Video Gallery

Riparazione della valvola mitrale, a cuore battente, per via trans-apicale.

Dott. Stefano Salizzoni, Prof. Mauro Rinaldi - Chirurgia Cardiovascolare - Università degli Studi di Torino

In Italia 12mila persone ogni anno vengono operate per insufficienza mitralica. La valvola può essere sostituita o meglio riparata, quando possibile. L'intervento tradizionale avviene per via sternotomica con supporto della circolazione extracorporea del sangue e mediante l'arresto del cuore.

Nel nostro Centro, il 90% dei casi con patologia mitralica isolata, viene trattata con tecnica mini-invasiva, in toracoscopia e mediante un piccolo taglio di 5 cm, tre dita al di sotto dell'areola mammaria destra.

In casi selezionati è possibile eseguire l'intervento a cuore battente, senza l'ausilio della circolazione extracorporea, diminuendo così i rischi operatori ed i tempi di recupero. Questa tecnica, detta "impianto di neocorde per via trans-apicale", consente di trattare tutti i pazienti affetti da insufficienza mitralica causata da un prolasso del lembo posteriore.

Come si può vedere nel video, il prolasso del lembo posteriore non consente la corretta chiusura della valvola con conseguente reflusso sanguigno in atrio sinistro. Mediante una mini-incisione di 5cm sul torace sinistro, dopo l'apertura del pericardio, viene esposto l'apice del cuore, attorno al quale viene eseguita una borsa di tabacco per controllare il sanguinamento durante la procedura. Dopodiché viene inciso l'apice cardiaco, attraverso il quale viene inserito uno strumento, alla cui estremità è collocata una particolare pinza collegata a delle fibre ottiche, che permette di catturare correttamente il lembo prolassante.

Il cardiologo ecocardiografista aiuta il cardiochirurgo nel direzionare lo strumento all'interno del cuore e facilitare la presa del lembo mitralico. Quando tutte le luci diventano di colore bianco vuole dire che il lembo è stato catturato nel modo corretto e si può dunque procedere all'inserimento della corda in Gore-tex tramite un ago pre-caricato all'interno dello strumento. L'ago viene retratto ed i fili, una volta all'esterno del cuore, vengono incrociati fra di loro, formando un'ansa, che consente l'ancoraggio definitivo al lembo mitralico. I fili vengo passati su un rinforzo di forma rettangolare e poi sotto guida ecocardiografica il filo viene tirato fino a quando non scompare l'insufficienza.

Come si può notare nelle immagini in alto a sinistra, la freccia gialla indica un residuo di insufficienza, che però scompare al raggiungimento alla corretta tensione della corda. Infine, le corde vengono legate accuratamente e, dopo un ultimo controllo, si procede alla chiusura della ferita**.**

Presentazione (pdf - 62 KB)

Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) - Tecnica mininvasiva transanale per il trattamento delle neoplasie superficiali del retto.

Prof. Mario Morino, Prof. Alberto Arezzo, Dott. Marco Allaix - Chirurgia Digestiva, ColoRettale, Oncologica e Mininvasiva - Università degli Studi di Torino

Le lesioni del colon-retto sono in continuo aumento nei Paesi occidentali. L'implementazione dei programmi di screening consentono una diagnosi spesso abbastanza precoce della malattia. Ciò permette una chirurgia mininvasiva curativa per via transanale che evita i problemi legati all'approccio per via addominale, che possono provocare deiscenza di anastomosi, deficit di continenza anale, necessità di enterostomia e disfunzioni genito-urinarie.

Il punto cruciale è di evitare la diffusione della malattia e la sua recidiva e praticare un'asportazione il più precisa possibile. Questo è fattibile mediante una tecnica denominata Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM), messa a punto molti anni or sono da Gerhard

Buess e assai poco diffusa per la indubbia difficoltà tecnica che richiede un'esperienza specifica.

Il video mostra un intervento di TEM per un tumore maligno iniziale (pT1sm1) del retto. Le principali indicazioni a questa metodica sono i tumori benigni e maligni in stadio precoce o non invasivi del retto fino a circa 15 cm circa dal margine anale.

L'intervento chirurgico viene condotto in anestesia generale. L'insufflazione del retto consente l'introduzione del rettoscopio corredato di una telecamera e di 3 canali operativi per introdurre gli strumenti chirurgici. L'escissione del tumore avviene mediante elettrobisturi, a tutto spessore consentendo la giusta radicalità e una corretta stadiazione della malattia. L'integrità del lume intestinale è ripristinata mediante sutura con monofilamento chirurgico a lento assorbimento in continua assicurata con clips dedicate d'argento. L'esperienza acquisita nella tecnica negli ultimi vent'anni ci consente oggi l'asportazione di lesioni tanto vaste da interessare anche tutta la circonferenza.

Il decorso postoperatorio è praticamente indolore, la dimissione avviene in genere entro 48 ore dall'intervento. Gli evidenti vantaggi della TEM rispetto alla chirurgia tradizionale stanno portando a indagare nell'ambito di progetti di ricerca la possibilità di estendere l'indicazione anche a tumori invasivi purché precoci, combinando l'intervento con tecniche di campionamento di linfonodi sentinella nel mesoretto o radio e chemioterapia neoadiuvante.

- Presentazione (pdf - 60 KB)
- Video TEM