

260

Dott. MARIO PITTONI

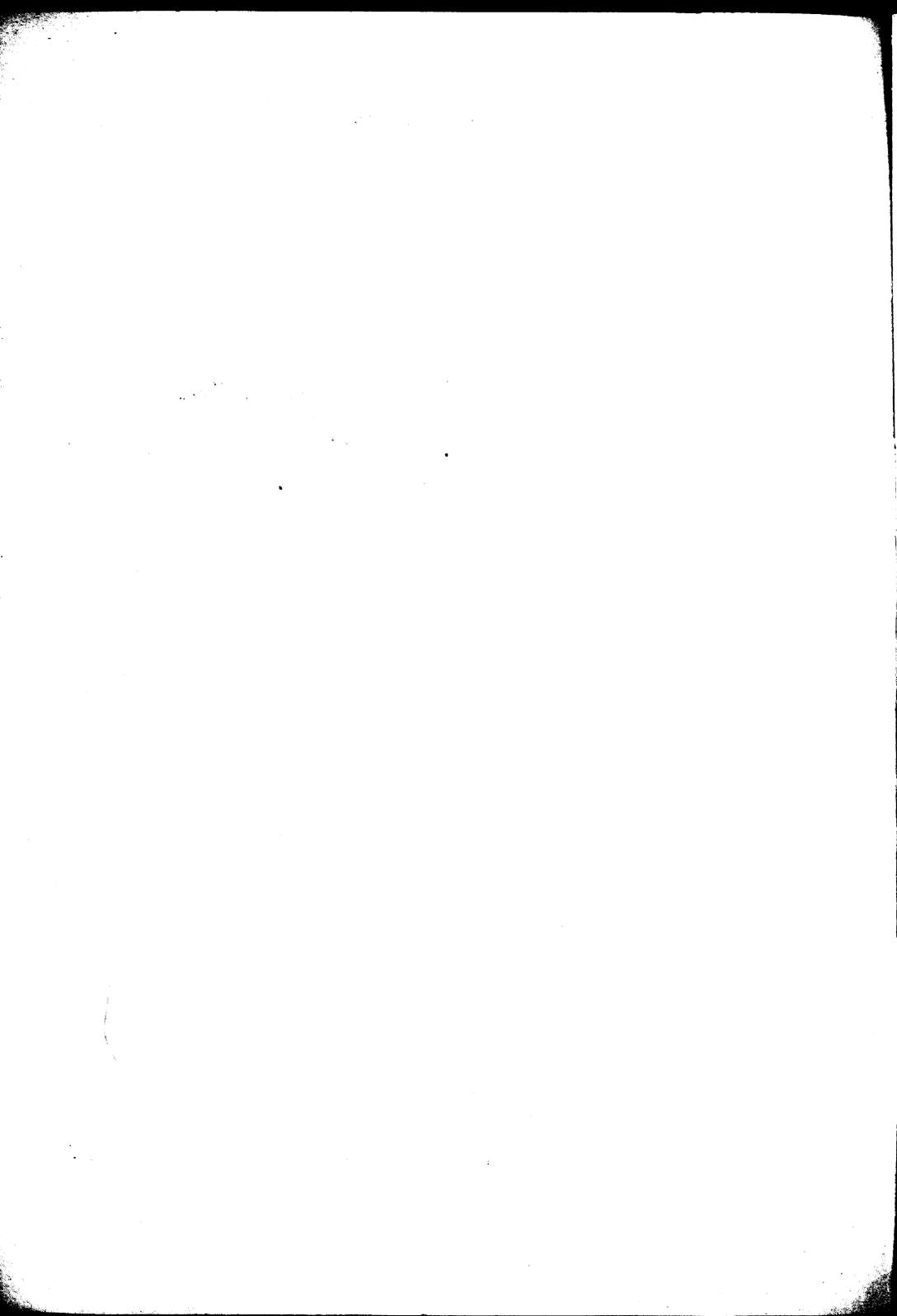
La zona di accollamento gastro-mesocolica.
(Studio anatomico-chirurgico).

Estratto dalla **Rivista Ospedaliera**



81
B
74

ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1942-XX



Dott. MARIO PITTONI

La zona di accollamento gastro-mesocolica.
(Studio anatomico-chirurgico).

Estratto dalla **Rivista Ospedaliera**

ROMA
Tipografia Consorzio Nazionale
Via E. Q. Visconti, 2
1942-XX

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

1950

La zona di accollamento gastro-mesocolica. **(Studio anatomico-chirurgico).**

Dot. MARIO PITTONI.

Nel corso di numerosissime resezioni gastriche che ho assistito e che in discreto numero ho eseguito personalmente ho avuto campo di fare alcune osservazioni anatomiche che credo opportuno illustrare perchè la loro conoscenza, oltre ad una importanza di pura anatomia, è utile per la tecnica operatoria della chirurgia gastrica.

Premetto alcuni ricordi di anatomia topografica, fo seguire le mie osservazioni anatomiche sulla zona di accollamento gastromesocolica dal punto di vista descrittivo ed espongo poi l'aspetto anatomico come è visto dal chirurgo che si accinge ad aprire la retrocavità degli epiploon attraverso il legamento gastro-colico. In ultimo metterò in rilievo l'importanza della conoscenza anatomica della suddetta zona di accollamento sia dal punto di vista patologico che tecnico nella resezione gastrica e nella gastroenterostomia posteriore transmesocolica. Esporrò in breve accenno la tecnica dello scollamento incruento della zona di accollamento nel corso di una resezione gastrica e della gastroenterostomia posteriore transmesocolica.

RICORDI DI ANATOMIA.

Al di dietro dello stomaco, del piccolo epiploon o legamento gastroepatico, di gran parte del legamento gastro colico (parte sinistra) e del legamento gastro splenico, esiste una cavità fortemente appiattita in senso antero posteriore che va sotto il nome di retrocavità degli epiploon o di borsa epiploica. Questa cavità, che ha grossolanamente come parete anteriore gli organi su riferiti, ha come parete posteriore gran parte della faccia anteriore del pancreas, la faccia supero anteriore del mesocolon trasverso ed in alto il lobulo dello Spigel. La borsa epiploica è un diverticolo della cavità peritoneale che si estende in larghezza dal forame epiploico fino all'ilo della milza e in altezza dalla parte più alta del lobulo dello Spigel fino al colon trasverso nell'adulto. Dico nell'adulto perchè nel neonato e nel bambino la cavità

scende molto più in basso cioè fino alla parte più declive del grande omento. Il limite inferiore della retrocavità degli epiploon non sempre arriva nell'adulto fino al colon trasverso ma talora, per l'accollamento fra il legamento gastro colico e il mesocolon, il che avviene specie nella sua metà sinistra, esso scende fino alla grande curvatura gastrica.

OSSERVAZIONI ANATOMICHE E METODO DI STUDIO.

Dai ricordi anatomici riferiti e che sono descritti in tutti i trattati classici di anatomia (Testut, Poirer ecc.) figura che la retrocavità degli epiploon si estende (oltre che nelle altre sezioni) anche dietro tutta la parete posteriore dello stomaco. Questo concetto ritengo che non sia esatto poichè ho potuto constatare che nell'adulto tra parete posteriore dell'antro gastrico anteriormente e mesocolon e talora anche pancreas posteriormente, esiste una zona di accollamento di estensione varia che quindi limita in basso e verso destra l'ampiezza della borsa omentale.

Quanto affermo l'ho potuto constatare all'osservazione sistematica sul vivente su un centinaio di soggetti sottoposti a resezione gastrica per ulcera duodenale o gastrica. Alla obbiezione che viene subito alla mente che la zona di accollamento predetta sia dovuta ad un fatto patologico aderenziale, rispondo subito dicendo che ho scartato dall'osservazione tutti i soggetti con ulceri posteriori in cui si poteva trattare di aderenze, mentre ho limitato l'osservazione a quei soggetti con ulceri piccolissime anteriori senza il minimo segno di periviscerite.

Dirò poi che è facile distinguere a prima vista, specie durante la lisi, se una zona di accollamento esiste per aderenze patologiche o per coalescenza anatomica. Nel primo caso durante il distacco la zona rimane sferitoneizzata ed inoltre sanguina; nel secondo caso le due superfici rimangono peritoneizzate perchè si passa per un piano avascolare di clivaggio, e manca quindi ogni emorragia. Di questi esempi ne è ricca l'anatomia chirurgica: ricorderò solo la zona di accollamento del mesocolon ascendente che tutti conoscono. Ciò nonostante per avere conferma di quanto ho osservato anche in soggetti con stomaco e duodeno assolutamente normali ho estesa l'osservazione anche sui cadaveri.

Di questi ne ho esaminati 50. Ad alcuni di questi ho asportato in blocco stomaco, duodeno, pancreas e mesocolon trasverso per modo di conservare integra la retrocavità degli epiploon in corrispondenza dell'antro gastrico; ho messo i pezzi anatomici in formalina al 10% per l'indurimento e poi ne ho potuto eseguire delle sezioni orizzontali e verticali che mi hanno dato modo di studiare me-

glio i caratteri della zona di accollamento fra antro gastrico e mesocolon.

DESCRIZIONE DELLA ZONA DI ACCOLLAMENTO GASTRO-MESOCOLICA.

Questa zona di accollamento esiste in circa il 70 % dei casi fra l'antro gastrico ed il mesocolon (e talora anche il pancreas). Questa zona quindi si trova in corrispondenza della faccia posteriore del-

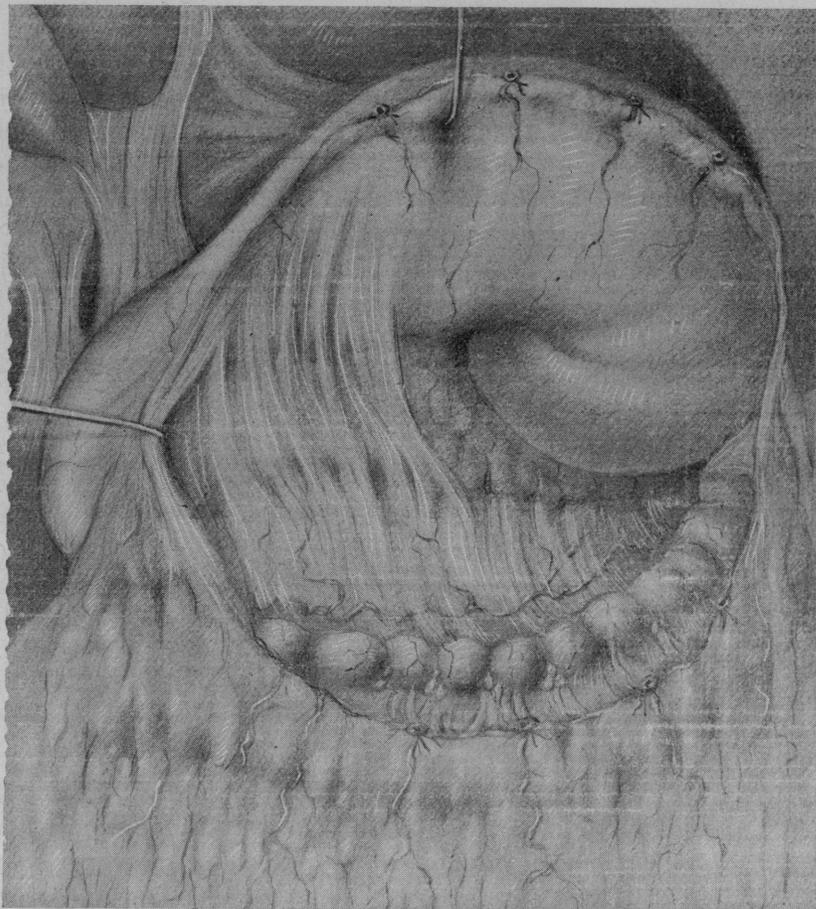


Fig. I. - La figura dimostra lo stomaco stirato in alto dopo sezione del legamento gastrocolico. Le pliche che vanno dall'antro al mesocolon sono dovute alla zona di accollamento gastro-mesocolica.

l'antro gastrico nel suo segmento più vicino al piloro e di preferenza nella metà inferiore di questa faccia. Solo raramente essa si estende fino alla piccola curvatura gastrica (5 % dei casi) il che si ha specie negli stomaci ptosici in cui è possibile che la coalescenza esista fra mesocolon e tutta l'altezza dell'antro gastrico per la nuova sede as-

sunta da questa parte dello stomaco ad un livello inferiore del corpo del pancreas, che viene invece ad essere ricoperto, in corrispondenza della testa, dal piccolo epiploon.

La forma dell'area di accollamento gastro-mesocolica è per lo più grossolanamente triangolare. Dei suoi tre lati uno è inferiore rivolto in basso, segue la grande curvatura dello stomaco ed è quindi curvilineo, un altro è rivolto verso destra e vicino al piloro e scende quasi perpendicolarmente sul precedente, il terzo lato è rivolto verso sinistra ed in alto, è il più lungo e costituisce l'ipotenusa del triangolo grossolanamente rettangolo. Questo lato è il più irregolare poichè costituito da una linea seghettata.

Le dimensioni della zona di accollamento sono variabili. Quella trasversale varia da 4 a 10 cm., misura che corrisponde al limite inferiore dell'area, cioè la linea che segue la grande curvatura. Quella verticale presa in corrispondenza del lato esterno è di 3-4 cm. Si comprende bene come le dimensioni in senso verticale decrescono da destra a sinistra, come quelle trasversali decrescono dal basso in alto poichè si tratta di un triangolo. Dimensioni maggiori della zona di accollamento le ho constatate nei soggetti brachitipi ed adiposi. L'accollamento è totale su tutta la suddetta zona nel maggior numero dei casi, in una piccola percentuale (5%) è solo parziale, cioè non si ha in tutti i punti della suddetta area. La disposizione abituale in questi casi è l'accollamento nella parte più alta di questa area mentre rimane non accollata la parte inferiore; in questi casi si forma come una specie di recesso, di fossetta peritoneale tra mesocolon e antro gastrico che si apre medialmente nella retrocavità del epiploon.

Questa è la descrizione della zona di accollamento gastro-mesocolica dal punto di vista anatomico; vediamo ora come appare al chirurgo la retrocavità degli epiploon nella sua porzione destra retroantrale mentre esegue da sinistra a destra la sezione del legamento gastro colico alla luce delle precedenti vedute anatomiche descritte.

Dopo la sezione del legamento gastrocolico verso la sua metà sinistra, si cade subito nella retrocavità degli epiploon. E' buona regola iniziare l'apertura sempre verso sinistra perchè il legamento gastrocolico da questo lato non è saldato con il mesocolon trasverso e quindi non è possibile l'errore di aprire insieme al legamento gastrocolico anche il mesocolon trasverso e di conseguenza cadere nello spazio sotto mesocolico invece che nella retrocavità degli epiploon. Verso sinistra esiste solo qualche briglia fibrosa che a guisa di filamento congiunge il legamento gastrocolico al mesocolon, e che non dà quindi nessuna difficoltà tecnica. Aperta che è la retrocavità degli epiploon si vede subito parzialmente la sua parete posteriore costituita in alto dal corpo del pancreas rivestito dal peritoneo ed in basso dalla mesocolon trasverso, che appare teso se si esercita una trazione sul colon trasverso verso il basso. Il mesocolon si origina al livello del margine

inferiore del pancreas: il limite fra queste due formazioni non è sempre ben riconoscibile solo alla ispezione. Per determinarlo basta palpare dall'alto in basso: mentre sul corpo del pancreas si ha una resistenza parenchimatosa subito al disotto di esso il dito che palpa avverte una scarsa resistenza dovuta alle anse digiunali poste al disotto del mesocolon. (Di questo accorgimento mi servo per riconoscere il

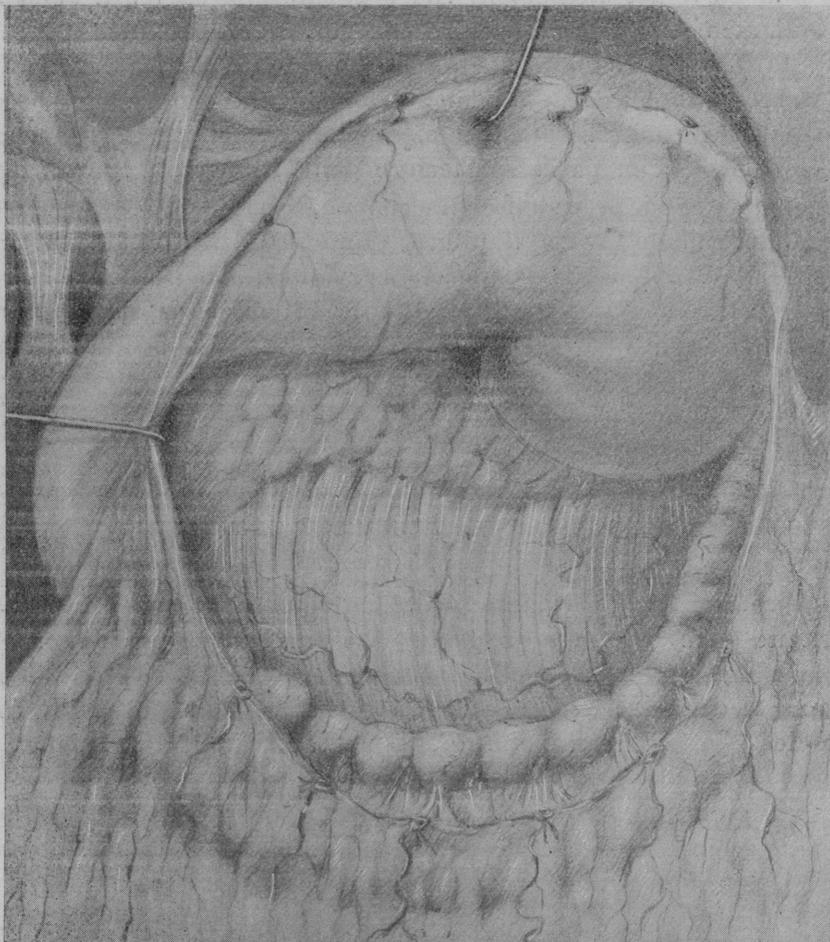


Fig. II. - Aspetto che si ottiene dopo la lisi della zona di accollamento gastro-mesocolica. La superficie posteriore dell'antro gastrico e quella superiore del mesocolon sono completamente dissociate. Il colon trasverso si dimostra ad un livello inferiore.

mesocolon quando, secondo il procedimento del Prof. Egidi, fo l'occhiello al mesocolon per farvi attraversare la prima ansa digiunale in corso di resezione gastrica).

Continuando a sezionare il legamento gastro-colico da sinistra verso destra, ci accorgiamo che in vicinanza dell'antro gastrico tale legamento diviene sempre più vicino al mesocolon con cui viene a contatto e si fonde. Per questa disposizione, come già precedente-

mente ho ricordato, è bene aprire la retrocavità degli epiploon incidendo il legamento gastro colico verso sinistra per evitare l'incidente di sezionare anche il mesocolon trasverso. Inoltre si nota che, sollevando lo stomaco afferrato nella sua grande curvatura isolata e cioè portandolo in un piano anteriore, *la faccia posteriore dell'antro gastrico non si rende visibile nella sua totalità perchè solleva in alto anche una parte del mesocolon.* Ciò è dovuto alla esistenza della zona di accollamento gastro-mesocolica che ho precedentemente descritta dal punto di vista anatomico. Quando lo stomaco è così attratto fuori dalla parete addominale dalla mano del chirurgo la zona di accollamento dà luogo ad una plica di mesocolon pinzettata in alto che rimane a ridosso della parete posteriore dello stomaco e che ha ugualmente, come nella precedente descrizione, una forma triangolare di cui un lato rimane verso il piloro, uno segue la grande curvatura gastrica e il terzo guarda la piccola curvatura. Questo terzo margine non è rettilineo ma seghettato. Dall'apice di ciascuna seghettatura si partono delle strie biancastre che sono dovute ad ispessimenti lineari della sierosa.

IMPORTANZA DELLA CONOSCENZA DELLA ZONA DI ACCOLLAMENTO GASTRO-MESOCOLICA E TECNICA DELLA SUA LISI.

La conoscenza di quanto precedentemente abbiamo descritto è importante oltre che come un particolare anatomico, specialmente per la tecnica dell'isolamento della grande curvatura gastrica in corso di resezione, e della esecuzione della gastroenterostomia posteriore transmesocolica. Sotto il primo punto di vista abbiamo che, quando noi isolando la grande curvatura gastrica da sinistra verso destra siamo arrivati in corrispondenza dell'antro, anche se portiamo gli strumenti di sezione vicinissimo alla grande curvatura, corriamo il rischio di ledere il mesocolon. Difatti questo, come abbiamo visto, viene pinzettato in alto ed è a ridosso anche della grande curvatura. Con tale nozione si evita questo pericolo, perchè prima di completare la sezione del legamento gastro-colico verso sinistra facciamo precedere la lisi della zona di accollamento su descritta, per modo che il mesocolon viene ricacciato posteriormente e lascia perfettamente libera la grande curvatura gastrica su cui rimangono inseriti i soli due foglietti del legamento gastro-colico. Dopo la lisi si viene a costituire un angolo diedro formato dalla faccia posteriore dello stomaco e dal mesocolon. Il colon trasverso intanto non essendo più attratto in alto dallo stomaco per mezzo della plica di accollamento può scendere un po' più in basso sotto la trazione della mano. Questo particolare è dimostrato dalla figura n.° 2.

La tecnica della lisi è semplicissima: si può fare completamen-

te per via smussa. Mentre la mano destra dell'operatore, il quale è posto a destra del paziente, trae fuori dalla cavità addominale lo stomaco afferrandolo per la grande curvatura in parte isolata, la sua mano destra munita di una pezzetta può scollare facendo forza dall'alto in basso la zona di accollamento. Se la manovra viene eseguita dolcemente si ottiene lo scopo senza il minimo sanguinamento perchè si passa per il piano anatomico di clivaggio.

Nella gastroenterostomia quando ci accingiamo a sezionare dal basso in alto il mesocolon, sostenuto (con la solita manovra classica)

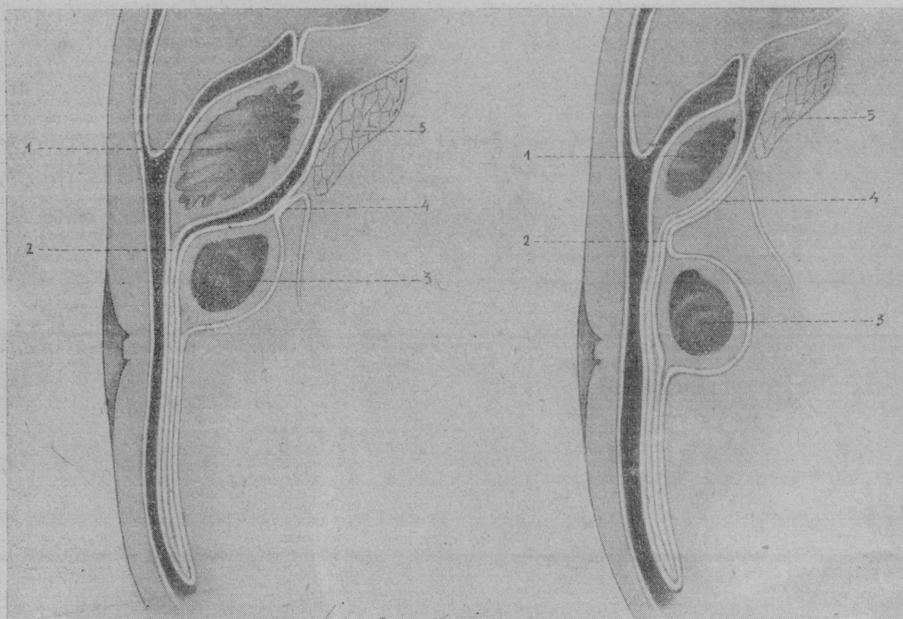


Fig. III - Sezioni sagittali dello stomaco in corrispondenza dell'antro ed in corrispondenza del corpo dello stomaco. - La prima sezione dimostra schematicamente che sono accollati oltre al legamento gastro-colico e mesocolon anche l'antro e il mesocolon (zona di accollamento gastro-mesocolica). - La seconda sezione dimostra che sono completamente dissociati dal mesocolon oltre lo stomaco anche il legamento gastro-colico. — 1.) stomaco; 2) legamento gastro-colico; 3) colon; 4) mesocolon, zona di accollamento gastro-mesocolica; 5) pancreas.

dalle dita della mano destra dell'operatore che spinge lo stomaco ruotandolo sotto il mesocolon, se si capita in corrispondenza della zona di accollamento non si entra nella retrocavità peritoneale se prima non facciamo la lisi della zona di accollamento. Solo allora possiamo trarre liberamente attraverso la breccia mesocolica una plica gastrica che ci dovrà servire per l'anastomosi.

Le nozioni quindi di anatomia che ho desiderato esporre in questo lavoro credo che siano utili, come ripeto, oltre che per la pura curiosità anatomica anche per la loro importanza dal punto di vista tecnico.

