

## CHIUSURA DI PARETE ADDOMINALE (tratto dal "buonsenso di Moshe Shein" )

Generalmente, il cedimento della sutura della parete addominale è dovuto:

- alla scarsa qualità dei tessuti,
- alla presenza di una elevata pressione addominale
- ad una tecnica scorretta
- alla combinazione di tutti questi elementi

### Principi di chiusura:

#### Materiale di sutura

- Preferire sutura monofilamento non riassorbibile (ad es. nylon o prolene) o a "lento"riassorbimento (ad es. PDS o Maxon).

Il monofilamento apporta diversi vantaggi poiché scivola meglio, "sega" meno i tessuti e, se in continua, la tensione si distribuisce in modo ottimale lungo tutta la ferita.

Il materiale intrecciato non riassorbibile (ad es. la seta) può determinare la formazione di *sinus* cronici infetti

#### **Chiusura di parete "a tutto spessore"**

Numerosi studi la indicano come tecnica da preferire.

- per la chiusura di incisioni mediane
- per la chiusura di incisioni trasversali con sezione dei muscoli

Alcuni chirurghi preferiscono per le incisioni trasversali la chiusura a strati (fascia posteriore e anteriore).

"chiusura a tutto spessore"

→ sutura monostrato in continua comprendente **tutte** le strutture della parete → "cicatrice forte"

**Fare delle grosse prese sui tessuti, ad almeno 1 cm dai margini della ferita con punti così vicini da non creare soluzioni di continuità >1 cm.**

Mentre suturete la fascia evitate **l'errore frequente di escludere il muscolo**; questo non dà come risultato la desiderata "cicatrice".

- adeguata tensione sulla continua
- se troppo stretta si necrotizza;  
se troppo lenta i margini della ferita si aprono.

mentre chiudete considerare che:

- i muscoli sono (o dovrebbero essere) rilassati. Dopo l'intervento torneranno al loro tono normale
- i tessuti della ferita si gonfieranno ed aumenterà la circonferenza addominale

Sono cambiamenti mettono in tensione la sutura; se questa è già in tensione qualcosa potrebbe cedere

#### **Utilizzare un rapporto lunghezza-sutura/lunghezza-ferita di almeno 3:1**

Gli angoli dell'incisione rappresentano il tallone di Achille della chiusura, soprattutto l'angolo che è chiuso per ultimo. C'è il rischio di danneggiare l'intestino che spesso protrude verso l'ago

- fate rilassare dall'anestesia ulteriormente il paziente
- proteggere l'intestino con lingua di gatto\altro

## Lo spazio sottocutaneo:

Non ci sono prove che dimostrino che la cosiddetta riduzione dello spazio morto avvicinando il grasso sottocutaneo riduca le complicanze della ferita.

- le suture nel sottocute agiscono da corpi estranei
- drenaggi sottocutanei aumentano la percentuale di infezione
- inutile lavare con semplice *soluzione fisiologica*
- **antibiotici topici diminuiscono ulteriormente le infezioni di ferite contaminate**

## “Chiusura primaria differita” o “chiusura secondaria”

In caso di laparotomia contaminata o infetta → raramente indicate

### Decidere di lasciare la ferita aperta:

- pazienti con peritonite franca in atto, purulenta o fecale
- pazienti in cui siano stati programmati dei reinterventi a breve
- pazienti sottoposti a re-laparotomie

lasciando aperte ferite contaminate e potenzialmente infette – in attesa di una chiusura spontanea o secondaria – determiniamo una inutile morbilità di natura sia fisica che finanziaria.

### Chiudere il sottocute di una ferita:

- Irrighiamo i tessuti sottocutanei con antibiotici (dopo aver chiuso la fascia)
- Chiudiamo la cute con agraphes o punti staccati

Molti chirurghi moderni preferiscono chiudere quasi tutte le ferite con punti sottocutanei in materiale riassorbibile. Questo evita:

- la scomodità – e i costi – di dover rimuovere i punti
- la cicatrice risulta meno visibile
- una eventuale infezione della ferita non è un disastro ed è semplice da trattare

Quando insorge una infezione della ferita, di solito questa risponde positivamente a medicazioni locali.

## La chiusura addominale ad alto rischio

fattori sistemici (ad es. cancro) o locali (ad es. distensione addominale) predisponenti una deiscenza della ferita.

### suture di “contenzione” o “sicurezza”:

suture di grosso calibro, a tutto spessore, non in continua, penetrano per almeno 2 cm attraverso tutti gli strati della parete addominale – cute compresa – prevenendo così l'eviscerazione ma non la formazione di un eventuale laparocele e determinano orribili cicatrici

**Utili sono i punti staccati monostrato (esclusa la cute) a “tutto spessore”** per eliminare la tensione dalla sutura continua a “tutto spessore”.

Se, la continua non dovesse tenere, i punti staccati eviterebbero la separazione dei margini fasciali e l'eviscerazione

l'utilizzo di suture di “sicurezza”, associato alla distensione addominale, determina una ipertensione intra-addominale → **sindrome compartimentale addominale**

Quando la fascia è distrutta come spesso accade dopo re-laparotomie addominali multiple, o quando la sutura della parete determina una eccessiva pressione intra-addominale, vi suggeriamo di non chiudere l'addome ma di coprirlo con un dispositivo di chiusura addominale temporanea (**TAC**)

**“Grosse prese in continua, con monofilamento, non troppo serrate – ecco come evitare la deiscenza ed il laparocele”.**

**“Sutura della parete addominale: se sembra tutto a posto, significa che è troppo stretta – se sembra troppo lenta, è tutto a posto.” (Matt Oliver)**

.....e.....VENTRIERA!!!!

