

Discussione

La chirurgia robotica consente di eseguire interventi pelvici complessi grazie ai vantaggi che il robot offre (magnificazione tridimensionale dell'immagine, sei gradi di movimento). Questo permette di eseguire una chirurgia mini-invasiva riproducendo i principi chirurgici della tecnica open.

Messaggio conclusivo

Nella nostra iniziale esperienza la cistectomia robotica con linfo-adenectomia estesa nella donna rappresenta un intervento riproducibile a bassa morbidità.

MARTEDÌ 25 OTTOBRE
SALA MANIN

14.00 - 15.00

UROLOGIA FEMMINILE LAPAROSCOPIA

V26

TRATTAMENTO VIDEOLAPAROSCOPICO DI ENDOMETRIOSI VESCICALE TRIGONALE CON COINVOLGIMENTO AB ESTRINSECO DELL'URETERE PELVICO: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

A. Tuccio, M. Coccia, O. Saleh, I. D'Amato, A. Sebastianelli, M. Lanciotti, S. Serni, G. Scarselli, M. Carini, A. Minervini (Firenze)

Scopo del lavoro

L'endometriosi è una patologia cronica complessa caratterizzata dalla disseminazione di tessuto endometriale attivo al di fuori della cavità uterina. In circa il 10% dei casi l'endometriosi può coinvolgere anche l'ultimo tratto intestinale e/o il basso apparato urinario, richiedendo un approccio terapeutico multidisciplinare. Presentiamo un caso di endometriosi pelvica profonda con coinvolgimento vescicale localizzato a livello trigonale e dell'uretere pelvico trattato mediante cistectomia parziale ed ureterolisi laparoscopica condotta fino al tratto intramurale.

Materiali e metodi

Paziente di 35 anni affetta da dismenorrea severa, dispareunia e disturbi urinari aspecifici da circa 8 anni accentuatisi negli ultimi mesi, per cui era stata posta diagnosi di endometriosi pelvica profonda. L'iter diagnostico ha compreso: Eco transvaginale, RMN, isterosalpingografia, colonscopia e cistoscopia con evidenza di nodulo di 3 cm coinvolgente la parete vescicale posteriore a tutto spessore in regione trigonale e sopratrigonale senza evidenza di coinvolgimento ureterale. Ulteriore nodulo di 4 cm in sede pararettale sinistra. Disomogeneità dei tessuti molli paracervicali di sinistra indissociabili dalla cervice uterina e nodulo ovarico sinistro. È stato eseguito intervento di cistectomia parziale vlp con asportazione dei noduli vescicale ed ovarico. Al termine della cistectomia parziale, nonostante la presenza del getto ureterale, si è preferito posizionare uno stent ureterale doppio J per proteggere l'uretere durante la raffia vescicale con evidenza di ostacolo invalicabile nel tratto terminale dell'uretere. Si è quindi proceduto ad isolamento dell'uretere lombare fino al tratto pelvico intramurale con asportazione del tessuto fibroso aderenziale paracervicale. Successivo posizionamento dello stent ureterale doppio J. Cistografia a punti staccati Vycril 2/0.

Risultati

Tempo operatorio 240 minuti. Non sono state riscontrate complicanze intra- o perioperatorie. Drenaggio rimosso in VII con conseguente dimissione. Catetere vescicale rimosso in XIV senza esecuzione di cistografia. Stent ureterale rimosso a 4 settimane dall'intervento. Ad un follow-up di 6 mesi la paziente è asintomatica.

Discussione

L'approccio chirurgico laparoscopico con asportazione del nodulo di adenomiosi uterina infiltrante il muscolo detrusore e spesso la mucosa vescicale è da considerarsi l'approccio di scelta. L'asportazione per via endoscopica