

TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO E ROBOTICO DELLE STENOSI URETERALI (S.U.), RISULTATI DI UNO STUDIO RETROSPETTIVO MULTICENTRICO

S. Zaramella, A. Minervini, A. Cocci, R. Fantechi, D. Dente, P. Parma, A. Antonelli, M. Falsaperla, A. Ceila, B. Rocco, L. Cindolo, A. Porreca (Novara)

Scopo del lavoro

La chirurgia laparoscopica e robotica presentano indubbi vantaggi in termini di mini-invasività. In ambito urologico sono diventate il trattamento di scelta di molte patologie neoplastiche, funzionali e morfomative: scopo dello studio è valutare la morbilità e l'efficacia di queste tecniche nella correzione delle stenosi ureterali (S.U.) di varia eziologia

Materiali e metodi

sono stati raccolti retrospettivamente i dati di pazienti affetti da S.U. trattate per via laparoscopica o robot-assistita in 8 centri urologici italiani. Le variabili analizzate sono state: età dei pazienti, sede ed eziologia delle stenosi, tempo operatorio e di permanenza dello stent, le complicanze secondo classificazione di Clavien, e l'efficacia nel trattamento

Risultati

Tra Gennaio 2008 e Marzo 2013 42 pazienti sono stati operati (età media 46,2 anni (range 17-74)), tipo e sede della S.U.: sono state riportate in tabella 1, la lunghezza media delle stenosi era di 1,8 cm (range 0-5-4). In 20 pazienti è stata eseguita una resezione ureterale segmentaria con anastomosi termino-terminale, in 16 un'uretrotomiostomia ed in 5 un'uretrolisi. Tutti gli interventi sono stati eseguiti con approccio trans-peritoneale (29 per via laparoscopica, 13 per via laparoscopica Robot-assistita), 10 pazienti avevano calcoli associati, ed è stata eseguita una litotripsia intraoperatoria. Non sono state registrate conversioni a chirurgia open, il tempo operatorio medio è stato di 229 minuti (range 55-720), in tutti i pazienti è stato posizionato uno stent ureterale doppio J. Il tasso di trastusione è stato del 4,7% (2/42 pazienti) Clavien gr. 2), in un caso si è verificata una lesione della vena cava (Clavien gr. 2), un solo caso di fistola ureterale è stata trattata con nefrostomia percutanea (Clavien gr. 3a). La degenza media è stata di 6,6 gg (range 4-16), il tempo medio di permanenza dello stent 34,3 gg (range 3-90), 38 dei 42 pazienti sono valutabili ad un follow up medio di 20 mesi: 36 pazienti (94,8%) sono liberi da stenosi mentre in 2 pazienti (5,2%) si è verificata una recidiva. In un caso la recidiva è stata trattata con dilatazione endoscopica con palloncino, nel secondo caso con nefroureterectomia

Discussione

La chirurgia laparoscopica e robotica delle S.U. rappresenta spesso un intervento complesso di chirurgia ricostruttiva. In mani esperte presenta basso rischio di conversione, le complicanze nella nostra serie sono state accettabili, il tasso di re-intervento e di recidiva è basso. I tempi chirurgici relativamente lunghi risentono dell'esiguo numero di casi trattati per singolo centro, ed alla necessità di eseguire una litotripsia contestuale

Conclusioni

Anche con i limiti di uno studio retrospettivo, e con un follow-up ancora non significativo, i nostri dati dimostrano che la laparoscopica e la robotica sono un trattamento promettente delle S.U., in termini di complicanze ed efficacia. Idealmente sarebbe

auspicabile un prolungamento del follow-up e il disegno di uno studio prospettico di confronto tra le metodiche

Tabella N.1

Eziologia della stenosi	n. pazienti (tot.42)	Sede della stenosi	n. pazienti (tot.42)
Da calcolosi post-URS	13	Uretere lombare	15
Endometriosi	11	Uretere iliacco	3
Neoplasia	5	Uretere Pelvico	24
Dopo chirurgia addominale	5		
Trauma	3		
Uretere retrocaecale	2		
Fibrosi retro peritoneale	2		
TBC	1		

URS: ureterotomoscopia

PLICANZE INTRA E POSTOPERATORIE DELLA PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA SECONDO LE CLASSIFICAZIONI DI SATAVA E CLAVIEN-DINDO: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO CON 236 CASI CONSECUTIVI

P. FEDELINI, P. VERZE, D. TAGLIALATELLA, M. FEDELINI, A. OLIVA, C. MECCARIELLO, D. MATTACE RASO, V. MIRONI (NAPOLI)

Scopo del lavoro

Obiettivo dello studio: analisi delle complicanze intra- e postoperatorie della pieloplastica laparoscopica (PL) con tecnica di Anderson-Hynes per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale (MGPU), effettuata presso un singolo centro.

Materiali e metodi

236 pazienti sono stati sottoposti a PL secondo Anderson-Hynes per via transperitoneale tra il 2004 e il 2012. Le complicanze intra e postoperatorie sono state incluse in un database e riportate secondo la classificazione di Satava e Clavien-Dindo, rispettivamente.

Risultati

L'indicazione alla PL è stata la MGPU primitiva nel 96% dei casi, recidiva nel 4%. Nel 53% dei casi si trattava di pazienti di sesso femminile, nel 54% il lato interessato era il destro e nell'89% la MGUP aveva avuto un esordio clinicamente sintomatico. Si associavano litiasi e nefroprosi rispettivamente nel 9 e nel 3% dei casi. Nel 40% dei casi è stata riscontrata la presenza di un vaso anomalo. Lo stent pieloureterale (SPU) è stato posizionato in tutti i casi; per via retrograda nelle femmine, al termine della PL e con controllo fluoroscopico nei maschi. La procedura di PL è stata risolutiva nel 97% dei casi. Complicanze intra- e postoperatorie si son verificate rispettivamente in 9 (4%) e 32 (14%) casi e son state riportate nella tabella 1.

Discussione

In analogia ad altre casistiche precedentemente pubblicate, abbiamo riportato complicanze intra e postoperatorie rispettivamente nel 4% e nel 14% dei pazienti sottoposti a PL. La complicità intraoperatoria più frequente è stata la delocalizzazione dell'SPU (2%) verificatosi in pazienti femmine (ove il posizionamento dell'SPU è intraoperatorio) necessitando sempre di un "ripar" endoscopico. La complicità intraoperatoria più grave è stato il coinvolgimento dell'SPU nella sutura pieloureterale con suo conseguente malfunzionamento, idronefrosi, apertura della sutura del giunto ed uropoietoneo risolto con un reintervento chirurgico. Senza conseguenza sono state le 2 infrazioni della capsula renale. La complicità postoperatoria più frequente (3%) è stata la fuoriuscita di urine dalla sutura pieloureterale per ostruzione dell'SPU con necessità di posizionare una nefrostomia percutanea e sostituire l'SPU. Tuttavia nel caso in cui l'SPU era ancorato alla sutura è stato necessario un reintervento chirurgico per riposizionare l'SPU e drenare la raccolta infetta. Questa è stata la complicità postoperatoria più severa. Enfisema sottocutaneo o ematuria, verificatosi in meno del 4% dei casi non hanno necessitato di terapia. Infezioni, febbre ed illo paratitico, verificatosi in meno di 4% dei casi, si sono risolti spontaneamente. I casi di UPJO recidivante (3%) son stati sottoposti con successo a re-PL.

Conclusioni

La nostra analisi conferma che la PL è una procedura sicura ed efficace. Le complicanze più frequenti e più gravi intra e postoperatorie sono legate al posizionamento e soprattutto al funzionamento dell'SPU la cui gestione rappresenta uno dei momenti più delicati ed importanti del periodo postoperatorio.