

C133**URETEROCISTONEOSTOMIA LAPAROSCOPICA PER ENDOMETRIOSI PELVICA INFILTRANTE L'URETERE: LA NOSTRA ESPERIENZA**

G. Campo, G. Caleffi, M. Pastorello, S. Scarperi, M. Steinkasserer, M. Scio-scia, G. Ruffo, P. Mainardi, L. Minelli, A. Molon (Negrar)

Scopo del lavoro:

Per endometriosi si intende la localizzazione extrauterina di tessuto endometriale "attivo". La localizzazione urinaria è rara (15%); nel 85% dei casi si localizza a livello vescicale, nel 10% dei casi coinvolge l'uretere e solo raramente il rene e l'uretra.

Materiali e metodi:

Presso il "Centro multidisciplinare per l'endometriosi" del nostro Ospedale dal 2004 al 2009 sono stati effettuati in media 980 interventi per endometriosi pelvica all'anno. Sono stati eseguiti 185 interventi per endometriosi vescicale e 74 per endometriosi ureterale. Dal 2007 al 2009, 38 pazienti (pz) sono state sottoposte a ureterocistoneostomia (UCNS) laparoscopica per endometriosi ureterale. Criteri di inclusione: endometriosi severa con stenosi, noduli endometriocistici periureterali, idronefrosi moderata/severa.

Tutte le pazienti presentavano idroureteronefrosi. Tutte le pazienti sono state valutate preoperatoriamente tramite imaging (ecografia pelvica, Urografia, RMN) e in previsione dell'intervento è stato posizionato uno stent ureterale. Età media di 31.6 anni (range 23-48 anni), 31/38 pz. (81.6%) aveva effettuato in precedenza 1 o più interventi chirurgici per endometriosi.

Risultati:

Tutte le procedure venivano completate senza necessità di conversione a cielo aperto. Sono stati eseguiti 26 UCNS sx (68.4%), 8 UCNS dx (21.1%), 4 UCNS bilaterale (10.5%). In 4 casi è stata eseguita una cistectomia parziale in concomitanza della UCNS. All'esame istologico 35 (32.1%) pazienti presentavano un'endometriosi ureterale di IIIIV° Stadio, 3 (7.9%) di III° Stadio. In 18 (47.4%) casi l'uretere presentava infiltrazione endometriocistica e in 18 casi l'uretere non era infiltrato (47.4%), 2 (5.3%) casi con infiltrazione dubbia. Tra le complicanze postoperatorie minori, 4 pazienti (10.5%) presentavano ematuria postoperatoria con anemizzazione. Riguardo le complicanze maggiori, 1 pz. riportava uroperitoneo e 1 pz. emoperitoneo. Ad un follow-up medio di 17.8 mesi (Range 6-26), 4 pz. (12.9%) presentavano lieve reflusso vescicoureterale, 3 pz. con recidive pelviche da endometriosi, 0 pz. stenosi ureterali recidive.

Discussione:

L'ureterolisi e l'ureterectomia con anastomosi TT sono le tecniche maggiormente impiegate nella terapia dell'endometriosi ureterale. Nei casi di endometriosi intrinseca, estrinseca recidiva, di idronefrosi moderata/severa, stenosi ureterale recidiva, queste tecniche presentano una alta percentuale di insuccesso. Attualmente le indicazioni terapeutiche sono controverse, a causa della rarità della patologia che non ha consentito di effettuare degli studi prospettici randomizzati.

Messaggio conclusivo:

L'UCNS laparoscopica secondo la nostra esperienza è la tecnica di scelta perché:

- 1) Tecnica sicura ed efficace in centri con esperienza
- 2) Riduce la morbilità postoperatoria e il tempo di degenza
- 3) Consente di ottenere dei buoni risultati funzionali.

Pertanto riteniamo possa essere considerata "il gold standard" per il trattamento dell'endometriosi ureterale in casi ben selezionati.

C134**PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE SEC. ANDERSON-HYNES: 5 ANNI DI ESPERIENZA**

A. Tuccio, A. Minervini, G. Siena, L. Masieri, G. Vittori, A. Lapini, M. A. Rossetti, A. Mantella, S. Serni, M. Carini (Firenze)

Scopo del lavoro:

Presentare i risultati della pieloplastica videolaparoscopica sec. Anderson-Hynes transperitoneale per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale (SGPU), condotta su 84 pazienti in 5 anni.

Materiali e metodi:

Nel periodo compreso tra marzo 2005 e marzo 2010, 84 pazienti, 40 maschi, 44 femmine (età media 32, range 17-59) con diagnosi incidentale o sintomatica di SGPU, sono stati sottoposti ad intervento di pieloplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson-Hynes. In 8/84 (9.5%) casi è stato adottato un approccio transmesocolicco. In tutti i pazienti è stato utilizzato l'approccio con 35 porte di cui una da 12 mm (trocar di Hasson ombelicale/paraombelicale) e 24 porte da 5 mm. Lo stent doppio J è stato posizionato per via anterograda durante l'esecuzione dell'intervento, al termine della sutura del piatto posteriore dell'anastomosi. L'anastomosi è stata confezionata con sutura Vicryl 50.

Risultati:

Il tempo operatorio medio è stato di 145 min (90-390). Complessivamente, 16 pazienti (16/84, 19%) presentavano un vaso anomalo che ha richiesto la trasposizione in 13 casi (13/16, 81%) e 7 avevano litiasi associata (7/84, 8.3%). Nessuna conversione open delle procedure è stata richiesta. Il tempo medio di inserimento dello stent è risultato di 7 min (3-22 min), risultando correttamente posizionato in 83/84 casi (98.8%). La degenza ospedaliera media è stata di 4 giorni (3-10); abbiamo riportato 4 complicanze postoperatorie (4/84, 4.7%): perdita prolungata dal drenaggio in 2 casi, un caso di broncopneumonia trattata con antibiotici, un'emorragia sottoglissoniana, originata da un'emangioma epatico, trattata conservativamente senza la necessità di emotrasfusioni e dimissione in VII giornata postoperatoria.

Ad un follow-up medio (range) di 30 (16-2) mesi il successo della procedura, inteso come miglioramento morfofunzionale, con assenza o riduzione dell'idronefrosi, in paziente asintomatico, è stato del 97.7%. In 2 pazienti (2/84, 2.3%) si è osservata una recidiva, in entrambi i casi trattata con intervento di endopielotomia.

Discussione:

La pieloplastica videolaparoscopica sec. Anderson-Hynes rappresenta il gold standard per il trattamento della SGPU, essa infatti presenta risultati sovrapponibili a quelli che si ottengono con la tecnica open, con i vantaggi della chirurgia miniinvasiva.

Messaggio conclusivo:

La nostra casistica evidenzia una bassa incidenza di complicanze postoperatorie e l'assenza di conversioni in open. Inoltre, seppure con follow-up a medio termine, si conferma l'efficacia di questa tecnica, in termini di risoluzione del quadro morfofunzionale e della sintomatologia clinica, con un tasso di successo della procedura pari al 97.7%.