

COMUNICAZIONI LAPAROSCOPIA 3

C158

IL POSIZIONAMENTO DELLO STENT URETERALE NELLA PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA: TECNICA ANTEROGRADA VS RETROGRADA

A. Minervini, N. Arumainayagam, K. Davenport, V. Kumar, A.G. Timoney, F.X. Keeley, L. Masieri, M. Lanciotti, A. Lapini, G. Siena, S. Serni, M. Carini (Firenze)

SCOPO DEL LAVORO:

Analizzare la fattibilità ed il tempo specifico di inserimento dello stent mediante la tecnica anterograda e comparare i tempi operatori complessivi della pieloplastica laparoscopica eseguita con posizionamento dello stent ureterale mediante tecnica anterograda o retrograda.

MATERIALI E METODI:

Da Gennaio 2002 a Dicembre 2007 sono state eseguite, in due differenti centri e da tre differenti chirurghi, 143 pieloplastiche laparoscopiche transperitoneali secondo Anderson-Hynes. Le procedure sono state eseguite tutte con approccio transperitoneale mediante la stessa tecnica laparoscopica ed hanno differito unicamente per il posizionamento dello stent ureterale, il quale è stato posizionato sia per via retrograda, prima dell'inizio della procedura laparoscopica, che per via anterograda, durante l'esecuzione dell'intervento.

I tempi operatori complessivi (cutecute) sono stati estrapolati dal registro di sala operatoria.

Nella tecnica anterograda il solo tempo di stenting è stato calcolato dall'inserimento della cannula percutanea addominale da 18Gauge, fino al corretto posizionamento dello stent nella pelvi renale.

RISULTATI:

In 62 pazienti lo stent è stato posizionato per via anterograda, in 53 per via retrograda, in 8 è stata dapprima eseguita una pielografia ascendente e poi lo stent posizionato per via anterograda, mentre in 20 pazienti lo stent era già in sede. Il tempo medio (mediana, range) di inserimento dello stent per via anterograda è stato di 7'30" (6'13"; 3'40" 22'30"). I tempi operatori, nei pazienti in cui lo stent è stato posizionato per via anterograda, sono risultati significativamente più rapidi rispetto a quelli in cui lo stent è stato posizionato per via retrograda [mediana 183 vs 245 minuti, p<0.0001]. Nessuna differenza significativa tra le 2 tecniche è stata riportata per quanto concerne l'incidenza di complicazioni. Non è stato necessario eseguire routinariamente una radiografia diretta dell'addome per confermare il corretto posizionamento dello stent nella via escretrice dopo posizionamento per via anterograda. Non è stata necessaria nessuna conversione open delle procedure.

DISCUSSIONE:

I nostri dati dimostrano che il posizionamento dello stent per via anterograda porta ad una riduzione significativa dei tempi operatori dell'intera procedura, rispetto al posizionamento per via retrograda. Il non dover riposizionare il paziente e la dissezione più agevole della pelvi renale ancora dilatata, il sezionamento del tratto stenotico ureterale disabitato e la sutura della parete posteriore senza che lo stent occupi il campo operatorio sono alla base dell'abbattimento dei tempi.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

Il posizionamento per via anterograda dello stent è una procedura di semplice e rapida esecuzione, significativamente più veloce della tecnica retrograda, in grado di velocizzare l'intera procedura operatoria. Inoltre, l'assenza di complicazioni e della necessità di confermare con tecniche di imaging il corretto posizionamento dello stent, dimostrano che tale tecnica è sicura ed efficace.

C159

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEALE: RAPPRESENTA L'ALTERNATIVA ALLA CHIRURGIA A CIELO APERTO

M. Sangalli, A. Cestari, N. Buffi, L. Rigatti, L. Nava, A. Losa, P. Rigatti, G. Guazzoni (Milano)

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI:

La pieloplastica rappresenta la terapia gold standard nella stenosi del giunto pieloureterale. Riportiamo la nostra esperienza di pieloplastica laparoscopica con approccio retroperitoneale nel trattamento delle stenosi del giunto pieloureterale.

MATERIALI E METODI:

Dal gennaio 2002, 61 pazienti (38 maschi e 23 femmine; età media 39,7 anni (range 17-65 anni), sono stati sottoposti a pieloplastica laparoscopica retroperitoneale con tecnica sec. Anderson-Hynes. In due casi l'ostruzione del giunto pieloureterale era secondaria al fallimento di un'endopielotomia. In 11 pazienti (18%) era già stato posizionato preoperatoriamente un catetere ureterale tipo "doppio J", mentre in 7 pazienti (11,5%) era presente una calcolosi omolaterale.

RISULTATI:

Il tempo operatorio medio è stato di 123,5 min (range 60-220 min) e le perdite ematiche medie di 47,9 cc (range 5-350 cc). I calcoli renali sono sempre stati rimossi. Contestualmente complicanze intraoperatorie con conversione a "cielo aperto" si sono verificate in due pazienti (4° e 14° caso) a seguito di una tenace fibrosi periureterale. Il catetere è stato rimosso dopo una media di 3,5 giorni (range 2-8 giorni) e il drenaggio dopo 4,8 giorni (3-15 giorni); la degenza postoperatoria media è stata di 5,37 giorni (range 2-8 giorni). Le complicanze postoperatorie sono state generalmente di tipo minore: 5 casi (8,1%) di secrezione prolungata dal drenaggio, 6 casi (9,8%) di febbre transitoria, 1 caso (1,6%) di riposizionamento dello stent ureterale per via cistoscopica e 1 caso (1,6%) di reintervento laparoscopico per migrazione nella cavità addominale dello stent per lesione medioureterale non riconosciuta intraoperatoriamente. Un paziente è stato perso al follow-up. Il follow-up medio di 60 pazienti è stato di 28,9 mesi (range 6-64 mesi). L'urografia eseguita dopo 6 mesi dell'intervento ha dimostrato l'assenza di idronefrosi o di semplice ipotonia in 55 pazienti (95%), una riduzione della dilatazione in 2 pazienti (3,3%) e una recidiva in 3 pazienti (5%). Questi ultimi sono stati quindi trattati con successo con un'endopielotomia retrograda entro il primo anno dalla chirurgia. È stata eseguita un'intervista telefonica sullo stato clinico attuale che ha dimostrato la completa assenza di sintomi in 57 pazienti (95%) mentre in 3 pazienti (5%) persistevano episodi sporadici di sintomatologia dolorosa al fianco sebbene di intensità minore rispetto all'inizio. In nessun paziente si è verificato un peggioramento soggettivo dello stato clinicointomatologico preoperatorio.

CONCLUSIONI:

La pieloplastica laparoscopica retroperitoneale rappresenta una procedura tecnicamente impegnativa, che richiede una buona capacità nelle tecniche di sutura laparoscopica ma offre, a lungo termine, risultati paragonabili a quelli della chirurgia a "cielo aperto", con tutti i vantaggi di un approccio realmente mini-invasivo e che evita la via transperitoneale. Tale tecnica dovrebbe essere quindi considerata una opzione terapeutica per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale.

C160

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA: CONSIDERAZIONI SU 94 CASI

P. Fedolini, D. Masala, R. Campese, C. Meccariello, D. Mattace Raso, M. Fedolini, A. Masala (Napoli)

INTRODUZIONE:

La pieloplastica a cielo aperto è ancora la procedura d'elezione per il trattamento della stenosi del giunto PU, considerato che il successo della tecnica arriva fino al 99%. La morbilità dell'incisione lombare ha portato all'esplorazione di nuove tecniche: l'endopielotomia anterograda o retrograda ha reso la metodica meno invasiva e in alcuni casi quasi ambulatoriale. Ma il successo di queste tecniche non va oltre il 70-80% e si associa ad un rischio emorragico superiore a quello della chirurgia aperta.

La pieloplastica laparoscopica introdotta nel 1993 combina ridotta morbilità laparoscopica con possibilità ricostruttiva chirurgica e mostra attualmente % di successo simili a quelle della chirurgia aperta.

MATERIALI E METODI:

Gli AA presentano la casistica riferita al periodo dal Maggio 2004 a Aprile 2008, durante cui sono stati sottoposti ad intervento di pieloplastica laparoscopica 94 pz. Contemporaneamente sono state effettuate 7 pieloplastiche open e 5 endopielotomie anterograde. L'età da 9 a 68 anni. In 88 casi è stata praticata la tecnica di AH, in 3 casi la tecnica di Fenger e 3 casi la ureteropielolisi (associata in un caso alla resezione di voluminosa cisti parapielica ostruente la giunzione PU, in un altro consistita nell'asportazione di tessuto periureterale fibrotico ostruente e in un terzo alla nefropessia e alla sezione di piccoli vasi venosi ostruenti la giunzione). Il tempo operatorio è variato da 6h (primi 2 casi) a 90' (ultimi 20 casi), min 50 e media di 2h10'. La degenza media è stata di 5 gg (max 7, min 2 gg per gli ultimi casi). Le complicanze osservate: un ileo paralitico per 48h in pz affetta da calcolosi secondaria, un sanguinamento da vaso peripielico proveniente da vaso polare anomalo, una piccola lacerazione parenchimale da divaricare in idronefrosi estrema in monorene, risulta con sutura intracorporea, un incarcerationamento di sonda ureterale da filo di sutura nel corso della ricostruzione, un uropertoneo da stravasamento urinoso dovuto ad ostruzione di stent di piccolo calibro per associata stenosi ureterale pelvica. A tutti i pz è stato posizionato stent doppio J tenuto in sede per 3 settim. In 89 casi posizionamento di catetere ureterale 5 Ch e successiva pielografia preoperatoria. Ultimato il piatto posteriore il catetere ureterale è stato spinto su filoguida in pelvi renale. A fine intervento il catetere ureterale è stato sostituito con stent doppio J. In un caso è stato invece posizionato direttamente per via laparoscopica lo stent doppio J. In 4 casi è stato preposizionato uno stent doppio J. In 36 casi (38%) la giunzione ostruita incrociava un vaso anomalo (arteria e vena polare inferiore). In 5 casi si associava calcolosi renale secondaria risultata contestualmente in 4. In 3 casi si associava nefropessi, trattata con nefropessi. Tecnica eseguita per via transperitoneale tranne 1 caso.

RISULTATI:

Sono ottimali considerato il breve follow-up (6 mesi-4 anni). Solo 2 di 94 casi hanno avuto recidiva, poi ritrattati. Tutti gli altri mostrano ai periodici controlli eco e uroscintigrafici miglioramento morfofunzionale entusiasmante.

C161

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA: GOLD STANDARD NEL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA DEL GPU

M. Falsaperla, A. Saita, G. Caldarella, B. Tomasi, M. Puglisi, F. Marchese, G.L. Salerno, G. Salemi, A. Bonaccorsi, M. Motta, G. Morgia (Catania)

OBIETTIVI:

Riportiamo la nostra esperienza maturata con la tecnica videolaparoscopica transperitoneale nel trattamento ricostruttivo della patologia del giunto pieloureterale.

MATERIALI E METODI:

Da giugno 2005 a marzo 2008 abbiamo eseguito 33 pieloplastiche laparoscopiche con tecnica transperitoneale. Nel seguente lavoro riportiamo le caratteristiche preoperatorie e i risultati postoperatori nei pazienti trattati.

RISULTATI:

I 33 soggetti valutati presentavano una stenosi primitiva in 20 casi e un vaso anomalo singolo in 13 casi. Il range di età era compreso tra 13 e 43 anni (età media 33 anni). L'intervento è stato condotto mediante il posizionamento di 3 trocar operativi. In tutti i casi è stata eseguita la tecnica dismembered secondo Anderson-Hynes con posizionamento di trazione pielica prossimale mediante punto percutaneo transfixio con ago retto. Tale accorgimento ci ha consentito di limitare i tempi operatori, variabili tra 115 e 189 minuti (tempo medio 135 minuti), in rapporto alla rettilineizzazione della rima di sutura pielica dopo plastica riduttiva. Tale sutura è stata eseguita in continua in vicryl 40. L'anastomosi pieloureterale è stata sempre realizzata in vicryl 40 con 2 suture continue, una anteriore e una posteriore, previo posizionamento di punto singolo distale pieloureterale. Lo stent doppio J è stato posizionato su guida idrofilica inserita per via ascendente, dopo l'esecuzione della sutura pielica e della sutura pieloureterale posteriore. Non sono state riportate complicanze intraoperatorie, né conversioni in chirurgia open. È stata sempre eseguita una ripertonealizzazione della doccia parietocolica, con posizionamento di drenaggio parapielico tubulare 16 Ch. Il numero di giorni di ospedalizzazione è stato in media 3,2 con rimozione del drenaggio addominale in seconda giornata postoperatoria. Si sono verificate 2 complicanze post operatorie (1 caso di leakage urinario protrattosi per circa 4 giorni con mantenimento del drenaggio e del catetere vescicale per 6 giorni, e 1 caso di dislocamento dello stent doppio J). In 2 casi è stata documentata, a 6 mesi dall'intervento, una stenosi pieloureterale cicatriziale, valutata mediante urografia ev eseguita in rapporto alla evidenza ecotomografica di persistenza dilatazione calicopielica.