

AULA B

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA DESTRA CON ACCESSO TRANSPERITONEALE (video)

Terrone C., Tarabuzzi R., Zaramella S., Fontana F., Varvello F., Marchioro G., Marchetti C., Ceratti G., Favro M., Pretti G.

Divisione Universitaria di Urologia, A.S.O. Maggiore "della Carità" - Novara

Introduzione

La pieloplastica laparoscopica è considerata un intervento ad elevata difficoltà tecnica relativa al tempo ricostruttivo che richiede l'esecuzione di suture "free hands". Non vi sono evidenze che suggeriscano la scelta della tecnica extraperitoneale rispetto a quella transperitoneale. Nella nostra esperienza riteniamo che, soprattutto a destra, l'accesso transperitoneale favorisca un'immediata individuazione della pelvi ectasica, attraverso il peritoneo sottoepatico, ed un agevole isolamento del giunto.

Materiali e Metodi

Dal maggio al settembre 2006 sono stati eseguiti due pieloplastiche destre con la tecnica descritta in seguito. Indotto il pneumoperitoneo con tecnica open di Hasson in sede ombelicale, sono stati posizionati altri 3 trocar da 5 mm. Sezionato il peritoneo sottoepatico e scollato infero-medialmente la flessura epatica si reperta l'uretere lombare che viene isolato dall'atmosfera adiposa. La dissezione procede cranialmente verso la pelvi e consente di evidenziare e risparmiare la vena gonadica fino alla confluenza nella cava. Evidenziata la vena renale si procede alla liberazione della pelvi dal tessuto lasso che la ricopre. Si individua un'arteria polare inferiore, che incrocia anteriormente il giunto, e si completa l'isolamento della superficie posteriore della pelvi e del giunto. L'uretere viene sezionato a spatolato circa 2 cm distalmente all'incrocio vascolare. Si seziona la pelvi lungo un piano a direzione declive laterale e si asporta il giunto pieloureterale. L'applicazione del primo punto dell'anastomosi pieloureterale avviene in assenza di tensione dei margini a differenza di quanto abbiamo potuto sperimentare nei precedenti casi eseguiti per via retroperitoneoscopica. L'inserimento di una guida idrofilica rende più agevole ed atraumatica l'applicazione dello stent a doppio J. Si completa il versante anteriore dell'anastomosi con punti staccati di Safil 4-0. Per agevolare l'applicazione dei punti posteriori è stato utile inserire un quarto trocar da 5 mm. Una sutura continua in Safil 4-0 ha completato la chiusura stagna della porzione di pelvi eccedente. Un drenaggio tubulare viene posto medialmente alla pelvi. L'intervento termina con la parziale ricostruzione del peritoneo sottoepatico a punti staccati.

Risultati

I tempi operatori sono risultati di 240 minuti +/- 20 minuti. Non si sono osservate complicanze perioperatorie. I pazienti sono stati dimessi in sesta giornata post-operatoria previa esecuzione di rx cistografia retrograda e successiva rimozione del catetere, una volta valutata l'entità del reflusso uretero-pielico e l'assenza di spandimento del m.d.c. a livello della anastomosi pieloureterale. Non sono ancora disponibili i dati funzionali scintigrafici previsti a 6 mesi dall'intervento.

Conclusioni

La pieloplastica laparoscopica eseguita con tecnica transperitoneale, nella nostra esperienza, rende più agevole la sutura uretero-pielica senza aumentare la morbilità rispetto alla tecnica retroperitoneoscopica.