

VIDEO LAPAROSCOPIA VIA ESCRETRICE

V5 PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA SINISTRA TRANSMESOCOLICA

R. Tarabuzzi, F. Varvello, S. Zaramella, G. Marchioro, G. Maso, C. Terrone (Novara)

SCOPO DEL LAVORO:

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 l'accesso transperitoneale favorisca un'immediata individuazione della pelvi ectasica ed un agevole accesso al giunto pielo ureterale.

Riportiamo il caso di una donna di 42 anni con sindrome del giunto pielo ureterale sinistro.

MATERIALI E METODI:

Con la paziente in decubito laterale destro di 45°, previo inserimento del trocar di Hasson in sede ombelicale con tecnica open, si induce lo pneumoperitoneo e vengono applicati sotto vista altri 3 trocar da 5 mm.

Individuata la pelvi ectasica si incide longitudinalmente per 4 cm il peritoneo posteriore poco al di sotto del legamento sospensore del Treitz. Si procede per via smussa fino ad esporre la pelvi renale e l'uretere sottogiuntale evidenziando un peduncolo vascolare polare che incrocia anteriormente il giunto pieloureterale. Viene quindi resecato il giunto con forbici a freddo e spatolato l'uretere che viene trasposto al davanti del peduncolo vascolare. Si confeziona l'anastomosi pieloureterale a punti staccati con Safil 40 su stent JJ 6 Ch x 26 cm. Il tratto craniale di pelvi eccedente viene suturato in continua con Safil 40. Viene infine ricostruito il peritoneo posteriore con punti in Safil 30 e applicato un drenaggio tubulare nella doccia parietocolica sinistra.

RISULTATI:

Il decorso postoperatorio è stato complicato da iperpiressia risoltasi dopo 48 ore. In IV giornata è stata eseguita una cistografia che documentava reflusso all'interno del JJ senza spandimenti a livello pellico. La paziente è stata dimessa in V giornata. Lo stent ureterale è stato rimosso a 20 giorni dall'intervento.

DISCUSSIONE E MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La pieloplastica laparoscopica eseguita con tecnica transperitoneale utilizzando un accesso transmesocolico, nella nostra esperienza, rende più agevole la sutura ureteropielica senza aumentare la morbilità rispetto alla tecnica retroperitoneoscopica.

V6 REIMPIANTO URETERALE LAPAROSCOPICO PER MEGAURETERE

F. Porpiglia, M. Billia, I. Morra, D. Vaccino, S. Grande, A. Di Stasio, R. Bertolo, F. Ragni, M. Cossu, M. Poggio, R.M. Scarpa (Orbassano)

SCOPO DEL LAVORO:

Nel corso degli ultimi anni la laparoscopia è stata utilizzata ampiamente in ambito urologico, non solo per la chirurgia demolitiva, ma anche per quella ricostruttiva. La chirurgia del reimpianto ureterale è prevalentemente pediatrica in quanto pochi casi sono stati riportati nell'ambito della popolazione adulta. Sono state descritte differenti tecniche di reimpianto ureterale, in base alla sede e alla causa della stenosi ureterale. Tali tecniche si basano sulla duplicazione dei principi della chirurgia open. In questo video presentiamo il caso di una giovane donna sottoposta a reimpianto ureterale laparoscopico per megau-
retere congenito ostruente.

MATERIALI E METODI:

Si tratta di una donna di 23 anni, con storia di infezioni urinarie ricorrenti ed idronefrosi sinistra. Alla TC addome, eseguita in seguito alla persistenza di dolore lombare sinistro, veniva evidenziato megau-
retere sinistro ostruente. La paziente è stata sottoposta a reimpianto ureterale sinistro laparoscopico. Le fasi principali dell'intervento sono: remodeling ureterale secondo Kalicinsky, successivo reimpianto ureterale con tunnel sottomucoso. Dopo aver inciso il peritoneo parietale posteriore, si identifica l'uretere e successivamente si diseca dai vasi iliaci sino al tratto terminale sottofasciale. Si incide l'uretere e si sutura la vescica con vycril 20. Si esegue rimodellamento dell'uretere pelvico secondo Kalicinsky eseguendo sutura continua con vycril 30. Si riempie la vescica con soluzione fisiologica. Si incide il peritoneo e si mobilizza la vescica. L'uretere viene fatto passare attraverso il neomeato. Si esegue iniezione di soluzione salina per creare un tunnel sottomucoso. L'uretere viene spinto delicatamente attraverso il tunnel sottomucoso e si esegue anastomosi con il nuovo meato ureterale eseguendo sutura a punti staccati in vycril 40. Al termine della procedura si applica stent ureterale JJ e si sutura la vescica.

RISULTATI:

L'intervento è durato 180 minuti. Non sono state riscontrate complicanze. Il catetere vescicale e lo stent sono stati rimossi in VII e XX giornata postoperatoria, rispettivamente. L'urografia, eseguita dopo un mese, non ha evidenziato stenosi ed idronefrosi.

DISCUSSIONE E MESSAGGIO CONCLUSIVO:

Il reimpianto ureterale laparoscopico è fattibile, sicuro ed efficace e potrebbe essere considerato quale nel management del megau-
retere ostruente.

V7 REIMPIANTO URETERALE LAPAROSCOPICO TRANSPERITONEALE CON ROBOT DA VINCI

V. Disanto, F. Portoghese, M. Romano, P.L. Rizzo, S. Cotrufo, G.A. Scalese (Acquaviva Delle Fonti)

SCOPO DEL LAVORO:

Dimostrare la versatilità della tecnologia robotica nella risoluzione miniinvasiva di problemi urologici non frequenti

MATERIALI E METODI:

Nel febbraio 2008 giungeva alla nostra osservazione una paziente di 67 anni affetta da lesione iatrogena dell'uretere terminale destro incorsa dopo isterectomia transvaginale in altra sede.

Nel post operatorio era stata colta da colica renale destra ed era stata evidenziata marcata idronefrosi ad una ecografia. Abbiamo preliminarmente sottoposto la paziente UroTac e nefrostomia percutanea destra per individuare la sede della lesione ed eseguito il reimpianto ureterale per via laparoscopica transperitoneale con Robot da Vinci.

Video: Le manovre chirurgiche iniziano con l'apertura del peritoneo e la ricerca dell'uretere destro

Questo, una volta individuato, viene isolato per circa 10 cm conservando la vascolarizzazione.

Si seziona il tratto stenotizzato e si mobilizza la vescica.

Si fissa la stessa al muscolo psoas con 3 punti in PDS secondo la tecnica di psoas hitch.

L'uretere viene intubato con stent passante doppio J.

Viene eseguita la sutura anastomotica fra uretere e vescica con punti staccati in PDS 4.0.

L'intervento è durato 120 minuti. Non è stata eseguita emotrassufusione.

La degenza è durata 8 gg.

L'urografia di controllo eseguita nell'aprile 2008 ha confermato la perfetta guarigione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI:

Il Robot da Vinci permette l'esecuzione di interventi urologici nel piccolo bacino in cui si richiede precisione chirurgica e mini invasività. Non abbiamo riscontrato complicanze.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

Grazie alla robotica l'approccio laparoscopico miniinvasivo diventa il metodo migliore per trattare questa patologia.

V8 URETEROPIELOPLASTICA SEC. ANDERSONHYNES LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE ROBOTASSISTITA (DA VINCI): TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI CLINICI

O. Dalpiaz, H. Ho, R. Neururer, G. Bartsch, R. Peschel (Innsbruck)

SCOPO DEL LAVORO:

L'ureteropieloplastica a cielo aperto è ancora considerata la procedura d'elezione per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale con percentuali di successo fino al 100%. Tecniche miniinvasive, quali quella laparoscopica o robotassistita rappresentano valide opzioni alla chirurgia a cielo aperto in centri dedicati, offrendo una ridotta morbilità dell'incisione lombare con le stesse percentuali di successo a lungo termine.

MATERIALI E METODI:

Nel video descriviamo la tecnica chirurgica di ureteropieloplastica sec. AndersonHynes laparoscopica transperitoneale robotassistita. Presentiamo inoltre i risultati clinici di 92 pazienti sottoposti a tale intervento tra il gennaio 2001 ed il dicembre 2006. Tutti gli interventi sono stati eseguiti da un unico operatore. Il followup postoperatorio prevede l'esecuzione di urografia e scintigrafia renale dopo 3 mesi dall'intervento.

RISULTATI:

Presentiamo il caso di una paziente femmina di 56 anni con stenosi del giunto pieloureterale sinistra. La paziente era giunta alla nostra osservazione con febbre e dolore tipo colico al fianco sinistro. L'imaging preoperatorio dimostrava un quadro tipico di stenosi del giunto pieloureterale. In anestesia generale la paziente viene posizionata in decubito laterale a 45° ed in iperestensione. Vengono posizionate per via transperitoneale 4 porte operative. Una volta mobilizzato medialmente il colon vengono identificati l'uretere e la pelvi che vengono preparati dal grasso periureterale ed ilare. L'uretere viene quindi sezionato, inciso e adeguatamente spatolato. Si seziona quindi la pelvi renale rimuovendo il tratto stenotico ed eventualmente la porzione in eccesso. L'uretere spatolato viene inizialmente assicurato con sutura singola alla pelvi renale. Successivamente vengono eseguite due suture continue con MonocrylTM 40 sul piatto anteriore e posteriore della pelvi renale. Prima di terminare la sutura anteriore si posiziona per via anterograda uno stent ureterale tipo doppio J 7 French che viene rimosso dopo 46 settimane.

DISCUSSIONE:

Riportiamo l'esperienza di 92 pazienti, 48 maschi e 44 femmine con età media di 35 anni. Il tempo operatorio medio, inclusi preparazione e posizionamento del robot, è stato di 108 minuti. Sottolineiamo come il tempo operatorio medio sia diminuito significativamente tra i primi 12 ed gli ultimi 12 pazienti. Il tempo di anastomosi medio è stato di 24 minuti. Non si sono registrate complicanze intraoperatorie, né conversioni a cielo aperto. Nel postoperatorio 3 pazienti sono stati sottoposti a reintervento per leakage urinario o emorragia. Il tempo medio di degenza è stato di 4.6 giorni. Al followup medio di 39 mesi la percentuale di successo è stata del 97%.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La tecnica di pieloplastica sec. AndersonHynes laparoscopica robotassistita rappresenta una procedura sicura ed efficace e garantisce percentuali di successo a lungo termine sovrapponibili alla chirurgia a cielo aperto.