

VIDEO LAPAROSCOPIA MISCELLANEA

V31 ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI LIPOSARCOMI RETROPERITONEALI, TECNICA E RISULTATI A DISTANZA.

S. Gigaro, O. Dalpiaz, L. Cindolo, L. Schips (Chieti)

SCOPO DEL LAVORO

Il liposarcoma è il primo tumore mesenchimale dello spazio retroperitoneale. Il trattamento chirurgico di tale neoplasia si basa sulla sua radicale escissione. In questo video presentiamo due casi di asportazione laparoscopica per liposarcoma retroperitoneale evidenziando la tecnica ed i risultati a distanza.

MATERIALI E METODI

K. B., donna di 61 anni, giunge alla nostra osservazione nel dicembre 2004 con una diagnosi di massa incidentale retroperitoneale. Il paziente, asintomatico, presentava alla Tc una massa retroperitoneale pararenale sinistra di tipo adiposo di circa 10 cm che mostra disomogenea captazione di mezzo di contrasto. La paziente è sottoposta ad intervento chirurgico laparoscopico transperitoneale per escissione della massa.

F.W., uomo di 72 anni, asintomatico, giunge alla nostra osservazione nel gennaio 2006 con diagnosi incidentale di sospetta neoplasia renale sinistra di 3 cm. Visto l'esame Tc si decide per una esplorazione laparoscopica per via transperitoneale. Entrambi i pazienti sono operati per via transperitoneale ed in decubito laterale. Nel primo caso tre trocar sottocostali vengono inseriti 1 cm dal margine costale. Nel secondo caso una minilaparotomia sovraombelicale ha permesso il primo accesso e 2 trocar da 10 mm sono stati posizionati in posizione pararettale sinistra per gli strumenti operatori.

RISULTATI

Nel primo caso la grande massa, subito visibile dietro l'angolo colico, è stata rimossa dopo la mobilizzazione del colon e della milza. La massa, ben capsulata, offriva un ben distinto piano di clivaggi con le strutture circostanti ed è stata rimossa in blocco per mezzo dell'utilizzo di un sacchetto da estrazione. L'intervento è durato 150 minuti e non ci sono state complicanze intra e post operatorie. Il paziente fu dimesso in 4° giornata post operatoria. L'esame istopatologico ha evidenziato un liposarcoma ben differenziato e margini di resezione negativi.

Nel secondo caso la neoformazione si è resa visibile solo dopo la dissezione del colon e la mediolizzazione del rene. La lesione sospetta non prendeva origine dal rene ma era a contatto con esso pur mantenendo un evidente piano di clivaggio, l'esame estemporaneo della lesione permetteva di escluderne l'origine renale. Veniva usato anche in questo caso un sacchetto da estrazione per la rimozione. L'intervento è durato 90 minuti e non ci sono state complicanze intra e post operatorie. Il paziente fu dimesso in 5° giornata post operatoria. L'esame istopatologico ha evidenziato un liposarcoma ben differenziato e margini di resezione negativi.

Entrambe i pazienti a controllo Tc a distanza di 25 e 12 mesi rispettivamente non mostrano recidivi locali ed a distanza.

DISCUSSIONE

A nostra conoscenza e dopo una revisione della letteratura questi sono i primi casi di asportazione di liposarcomi per via laparoscopica. A nostro parere l'approccio laparoscopico è tecnicamente sicuro e permette di rispettare i principi di chirurgia oncologica, rappresentando una valida opzione per il trattamento dei liposarcomi retroperitoneali.

V32 LESIONE VENA ILIACA ESTERNA: RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA

G. Janetschek, V. Pansadoro (Linz - AT)

INTRODUZIONE

la linfoadenectomia pelvica è un tempo chirurgico essenziale della prostatectomia radicale laparoscopica. Presentiamo in questo video la riparazione laparoscopica di una lesione accidentale della vena iliaca esterna di sinistra avvenuta durante il Congresso Challenges in Laparoscopy 2006.

MATERIALI E METODI

Il primo passo consiste nella localizzazione della lesione e nella valutazione del danno. Trattandosi di un vaso periferico il chirurgo ha ritenuto opportuno procedere alla preparazione dell'arteria iliaca comune sinistra che viene chiusa con un clamp vascolare nel tentativo di ridurre l'afflusso sanguigno alla vena. Dopo aver applicato un'altra porta di 12 mm si introduce un clamp atraumatico a bloccare l'arteria. Nonostante il blocco dell'arteria iliaca comune, l'emorragia continua, abbondante, rendendo difficoltosa la sutura emostatica.

Si riduce l'emorragia, sia pure temporaneamente, con una compressione esercitata con una piccola garza procedendo poi alla preparazione della vena iliaca esterna di sinistra a monte della lesione. La vena viene preparata completamente per poterla circondare con un tourniquet. Questo viene introdotto nella cavità addominale, già passato attraverso un piccolo tubo in silicone, utilizzato a sua volta per bloccare la vena. Una clip Hem o lok blocca in sede il tourniquet. Nonostante la chiusura della vena, a monte della lesione c'è ancora un afflusso di sangue a causa della vena otturatoria sinistra che si inoscula nella iliaca esterna a valle dell'ostruzione. Utilizzando ancora la compressione sulla vena iliaca esterna a valle della lesione per bloccare il sangue refluo della cava, è possibile finalmente procedere alla sutura emostatica in un campo esangue. L'utilizzo di una Hem o lok permette di sospendere la parete venosa al fine di facilitare la sutura dopo il primo passaggio. Una seconda clip Hem o lok è utilizzata per concludere la sutura continua emostatica. Sezione del tourniquet. Rimozione della pinza vascolare sull'arteria iliaca comune e controllo dell'emostasi.

CONCLUSIONI

È essenziale negli incidenti vascolari in Laparoscopia mantenere la calma. Introdurre altre porte per ottenere l'emostasi e mantenere liberi gli strumenti del chirurgo per lavorare. Se possibile,

può essere utile chiamare al tavolo un aiuto esperto. Nelle emorragie venose, come nel caso presentato, bloccare il vaso a monte ed a valle facilita in misura notevole l'emostasi. L'utilizzazione di clips Hem o lok e di Laparotie è ideale in queste situazioni.

V33 PLASTICA DEL GIUNTO PIELO URETERALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA

M. Schenone, P. Cortese, F. Gallo, C. Giber (Savona)

SCOPO DEL LAVORO

Tra le varie opzioni terapeutiche miniinvasive per il trattamento della patologia del giunto pieloureterale, quella laparoscopica riveste un ruolo importante, in alternativa al trattamento chirurgico "a cielo aperto" ed endoscopico, visti gli ottimi risultati funzionali ed estetici riportati in letteratura. Tuttavia il trattamento laparoscopico presenta notevoli difficoltà tecniche soprattutto nel confezionamento della plastica pieloureterale con un allungamento del tempo chirurgico ed una lunga curva di apprendimento.

La laparoscopia robot assistita permette di ottenere più rapidamente dei risultati positivi soprattutto in caso di giuntopatia recidiva. Presentiamo un video relativo ad un intervento di plastica del giunto pieloureterale destra laparoscopica robot assistita sec. Handerson Hynes

MATERIALI E METODI

L'accesso prevede il posizionamento di 5 porte laparoscopiche (tre robotiche e due gestite dall'assistente); dopo l'induzione del pneumoperitoneo, previo scollamento della flessura epatica, si procede all'incisione della fascia di Gerota con individuazione e isolamento dell'uretere, della pelvi e del peduncolo vascolare; si procede quindi alla sezione dell'uretere sottogiuntale con successivo spatolamento ed a resezione della pelvi esuberante con plastica pieloureterale su stent Percuflex 6 X 26 utilizzando una sutura continua di Vicryl 3/0. Viene posizionato un drenaggio in loggia renale e suturata la fascia di Gerota. La durata operatoria è stata di 202 minuti. Le perdite ematiche sono risultate pressoché inesistenti. La dimissione è avvenuta in VI giornata.

RISULTATI

Il paziente ha riferito un miglioramento della sintomatologia clinica preoperatoria. L'urografia endovenosa ha dimostrato una fase morfofunzionale nella norma. Non si sono verificate complicanze peri o postoperatorie. Non è stata documentata recidiva di stenosi dell'anastomosi ad un follow up di 11 mesi.

DISCUSSIONE

La giuntoplastica laparoscopica rappresenta ormai il gold standard nel trattamento della malattia del giunto pieloureterale. La laparoscopia robot assistita, grazie alla notevole magnificazione con ricostruzione tridimensionale dell'immagine e alla possibilità di eseguire movimenti molto complessi, garantisce una straordinaria precisione, che, in particolare in caso di recidiva di stenosi pieloureterale, permette di ottenere risultati decisamente favorevoli.

V34 PRELIEVO DI RENE DA DONATORE VIVENTE CON TECNICA LAPAROSCOPICA (VIDEO)

C. Terrone, F. Porpiglia, R. Tarabuzzi, G. Ceratti, M. Favro, F. Arceci, F. Varvello, S. Zaramella, F. Fontana, G. Marchioro, C. Marchetti, M.C. Barbè, D. Palmieri, E. Turello, P. Stratta, R.M. Scarpa (Novara)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Il prelievo di rene da donatore vivente, negli USA, è divenuta la modalità più frequente di donazione ai fini di trapianto. La laparoscopia consente di eseguire tale tipo di nefrectomia con risultati funzionali paragonabili alla tecnica a cielo aperto e con i noti vantaggi della tecnica mini invasiva. Tuttavia, in Italia sono ancora una minoranza i centri abilitati al trapianto di rene che impiegano la laparoscopia per il prelievo di rene da donatore vivente.

METODI

Da Gennaio a Settembre 2006 sono stati eseguiti in laparoscopia 5 prelievi di rene (3 maschi e 2 femmine). La scelta è ricaduta in tutti i casi sul rene sinistro per le caratteristiche anatomiche del peduncolo vascolare. È stato utilizzato un accesso transperitoneale con 4 trocar. Al termine dell'isolamento completo del rene, dell'uretere fino all'incrocio con i vasi iliaci e del peduncolo vascolare (arteria renale alla sua origine, vena renale a valle dell'emergenza della succlavia) si esegue una piccola incisione di servizio in fossa iliaca adatta all'estrazione del rene con tecnica hand assisted. Si chiude l'uretere con un Hem o lok e lo si seziona a monte; si sezionano arteria e vena a monte di Hem o lok lasciando fuoriuscire il sangue refluo. Il tempo di ischemia calda è stato calcolato dalla sezione dei vasi al momento in cui il rene viene posto su banco a contatto con il ghiaccio.

RISULTATI

I tempi operatori sono risultati di 217 minuti \pm 23 minuti. I tempi di ischemia calda sono risultati di 185 secondi \pm 85 secondi. Non si sono osservate complicanze perioperatorie. Nel post operatorio un donatore ha richiesto la trasfusione di 2 sacche di emazie concentrate. La valutazione del dolore post operatorio ha evidenziato una buona compliance relativa alla sede dell'incisione di servizio. Il valore medio di creatinina preoperatoria di 0,96 mg/dl (range 0,7 1,2 mg/dl) è passato a 1,4 mg/dl (range 1,2 1,6 mg/dl). I donatori sono stati dimessi in sesta giornata post operatoria (media, con range 5 8). Il valore medio della creatinina dei riceventi alla dimissione è stato di 1,5 mg/dl (range 1,2 2,0 mg/dl).

CONCLUSIONI

Il prelievo di rene da donatore vivente con tecnica laparoscopica nella nostra esperienza risulta sicuro per il donatore, mantenendo un'efficacia funzionale inalterata per il ricevente rispetto alla

VIDEO LAPAROSCOPIA MISCELLANEA

tecnica open. Inoltre, come riferito in altre esperienze, sembra che questo approccio riduca i livelli di ansia del ricevente in relazione alla mini invasività della procedura.

V35

RIALLINEAMENTO DI URETERE RETROCAVALE CON PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA

F. Porpiglia, J. Renard, M. Billia, S. Grande, M. Cossu, F. Ragni, M. Poggio, G. Biamino, M. Cussotto, I. Morra, R.M. Scarpa (Orbassano)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

L'uretere retrocavale è una malformazione con incidenza di 1/1500. Il trattamento chirurgico di questa patologia può essere eseguito mediante pielo pieloanastomosi, uretero ureteroanastomosi e pielooplastica sec. Anderson Hynes. La laparoscopia rappresenta un'alternativa alla chirurgia a cielo aperto, ma è stata descritta raramente in letteratura. In questo video, presentiamo un caso di riallineamento laparoscopico di uretere retrocavale mediante pielooplastica sec. Anderson Hynes.

METODI

La paziente è una giovane donna di 15 anni, affetta di dolore lombare cronico. Alla RMN era evidente uretere retrocavale destro con idronefrosi.

La paziente viene posizionata in decubito laterale a 45°. Vengono inseriti 4 trocar e viene utilizzato un approccio transperitoneale. La procedura inizia con la mobilizzazione del colon ascedente e della flessura epatica. La vena cava inferiore viene dissecata e progressivamente esposta. Si identificano la pelvi renale e l'uretere che vengono successivamente dissecati. La porzione retrocavale dell'uretere viene liberata dalle aderenze alla vena cava eseguendo dissezione smussa fino alla sua completa mobilizzazione. La pelvi viene incisa, la giunzione pielo ureterale viene resecata. L'uretere viene riposizionato lateralmente alla vena cava e viene spatolato. Si esegue pielooplastica sec. Anderson Hynes. Prima del completamento dell'anastomosi viene inserito un doppio J, infine il peritoneo posteriore viene ricostruito e la flessura epatica riposizionata.

RISULTATI

L'intervento è durato 3 ore. Non sono state registrate complicanze. Le perdite ematiche sono state 50 cc.

CONCLUSIONI

L'uso della laparoscopia per il trattamento di malformazioni, come l'uretere retrocavale, è possibile ma presenta un alto grado di difficoltà.