PLASTICHE URETERALI (Ricanalizzazioni ureterali chirurgiche) comprendente: Riparazione di lesioni ureterali Sutura di ureterostomia Riparazione di fistola ureterale Rimozione di legatura dell'uretere

Definizione: è una procedura chirurgica applicabile alla riparazione di danni ureterali prodotti in corso di chirurgia dell'uretere o di organi adiacenti, di manovre endourologiche, secondari a trauma o a terapia radiante, soprattutto quando sia stata inefficace o impossibile da praticare la ricanalizzazione endoscopica oggi sicuramente più accettabile e ricca di buoni risultati.

Indicazioni: l'indicazione ad operare a cielo aperto o in regime mininvasivo (laparoscopico o robo-assistito) un paziente con una lesione di questo tipo è quasi unanimemente accettata in seconda istanza dopo il fallimento di un recupero endoscopico.
L'indicazione ad intervenire in prima istanza nasce esclusivamente dal riconoscimento intraoperatorio del danno ureterale in corso di altra chirurgia.

Descrizione della tecnica: la sede della lesione condiziona il tipo di tecnica e l'incisione cutanea: le lesioni del terzo inferiore dell'uretere possono essere trattate con un reimpianto ureterale (vedi scheda informativa 56.74 ureterocistoneostomia); le lesioni dell'uretere medio e superiore richiedono una ricostruzione in situ con mobilizzazione dell'uretere al di sopra e al di sotto della zona lesionata o in casi estremi la sostituzione dello stesso uretere (con plastica di mucosa buccale od interposizione di segmento intestinale) o, quando non possibile, la nefroureterectomia, vale a dire l'asportazione del rene e dell'uretere.
Nel caso di legatura accidentale dell'uretere (parziale o totale) o di una lesione chirurgica misconosciuta all'atto dell'intervento, è importante verificare le condizioni vitali del tratto interessato e quindi ricostruire l'uretere dopo aver asportato i tessuti potenzialmente danneggiati dalla sclerosi post-ischemica. All'interno dell'uretere ricostruito viene posizionato un catetere ureterale autostatico (stent) o fuoriuscente dall'uretra.

Preparazione: è molto importante un trattamento antibiotico preliminare ad alto dosaggio e per via parenterale (di solito il paziente affetto da una lesione ureterale post-chirurgica o indotta da un trattamento ureteroscopico è affetto da uno stato febbrile indotto dall'ostruzione e dallo stravaso urinario per cui già pratica una terapia antibiotica e molto spesso è già stato sottoposto a nefrostomia percutanea allo scopo di tenere drenato il sistema urinario).
Profilassi antitromboembolica
Sospensione anticoagulanti e antiaggreganti

Durata della procedura: l'intervento ha una durata molto variabile in relazione alle condizioni di aderenze dei tessuti e alla loro vitalità (mediamente da 2 a 4 ore).

Tipo e durata del ricovero: l'intervento viene effettuato esclusivamente in regime di ricovero ordinario (il paziente è quasi sempre proveniente da un altro reparto o da un altro ospedale) e prevede una degenza post-operatoria di circa 7-10 giorni.

Risultati: i risultati sono buoni nel 90% dei casi e di solito non perdono di efficacia nel tempo; sono sicuramente superiori a quelli della riparazione endoscopica (30-70% nelle varie casistiche).

Vantaggi: si tratta di un intervento con ottime percentuali di successo nelle varie casistiche, in grado di risolvere quasi sempre il problema.

Svantaggi: lo svantaggio principale per il paziente affetto da una lesione ureterale post-chirurgica è quello di subire un secondo intervento dopo essere spesso già passato per una riparazione endoscopica fallita; appare però necessario far precedere questa chirurgia iterativa da una possibilità endoscopica che mostra risultati buoni sempre più frequenti.

.

Effetti collaterali: la necessità di portare un catetere ureterale per 4-6 settimane è l'effetto collaterale più frequente.

Complicanze: le complicanze possibili sono:
- deiscenza della sutura dei due monconi ureterali: può aver luogo quando l'anastomosi viene effettuata sotto tensione per mancanza di "stoffa"; può essere una piccola deiscenza che con un tutore in situ (catetere ureterale) si risolve spontaneamente o una grave deiscenza che richiede un nuovo intervento ricostruttivo con esiti non sempre fausti;
- stenosi dell'anastomosi: di questa ci si accorge dopo aver rimosso il tutore (catetere ureterale) e può beneficiarsi di una seconda ripararazione endourologica.

Attenzioni da porre alla dimissione: alla dimissione va suggerito al paziente di praticare una terapia antibiotica a lungo termine; di praticare una vita tranquilla con alimentazione leggera.

Come comportarsi in caso di complicanze a domicilio: in caso di febbre associata a dolori lombari dal lato sottoposto ad intervento è opportuno riconsultare un urologo per valutare il problema. Piccoli fastidi irritativi vescicali legati alla presenza dello stent possono essere trattati con antispastici vescicali per os.

Controlli: il primo controllo post-operatorio viene fatto dopo 3 settimane con esami generali ematochimici e urinocoltura.
A 4-6 settimane viene rimosso lo stent. A 3 mesi viene praticata l'ecografia renale e a 6 mesi può essere praticata l'urografia.

Bibliografia:
1. L.N. Zinman, J.A. Libertino: "Chirurgia dell'uretere medio e prossimale". In "Chirurgia Urologica Ricostruttiva" di J.A. Libertino. Mosby Italia, 1998.
2. J.E. Fowler jr.: "Chirurgia dell'uretere". In "Manuale di Chirurgia Urologica". Momento Medico, 1992.
3. A. Greenstein, M.J. Vernon Smith, W.W. Koontz: "Chirurgia dell'uretere". In "Urologia di Campbell". Verduci Editore, VII Edizione, 1999.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____