NEFROURETERECTOMIA RADICALE

DEFINIZIONE

L'intervento di "nefroureteropapillectomia" o "nefroureterectomia radicale" consiste nell'asportare il rene avvolto dalle strutture che lo circondano (grasso perirenale e fascia di Gerota) tutto l'uretere ed una pastiglia di parete vescicale che comprende lo sbocco dell'uretere stesso in vescica (papilla).L'asportazione del surrene viene eseguita solo in alcuni casi.

INDICAZIONI

Quest'intervento, per definizione demolitivo, viene eseguito usualmente in caso di tumore maligno delle vie urinarie superiori (calici e/o pelvi e/o uretere), quando, a giudizio dell'urologo, non è proponibile un trattamento conservativo di questa patologia. La nefroureteropapillectomia viene eseguita allo scopo di eliminare radicalmente la malattia tumorale e poiché questa ha la tendenza a recidivare con un andamento cranio-caudale, cioè ripresentarsi dopo un tempo assai variabile in una parte delle vie urinarie posta più in basso, è necessario che sia demolito tutto l'asse urinario del lato colpito sino al suo sbocco in vescica. Se, ad esempio, si asporta il rene e gran parte dell'uretere, ma non tutto, la malattia può recidivare (ripresentarsi) nella porzione di uretere rimasto in sede anche se molto piccola. D'altra parte non è proponibile eseguire periodicamente un controllo endoscopico di un moncone ureterale rimasto in sede inutilmente se si considera che non ha più nessuna funzione se non quella di mettere il paziente a rischio di una recidiva tumorale.

DESCRIZIONE DELLA TECNICA

Sulla base di quanto è stato appena detto, l'intervento può essere preceduto da una uretrocistoscopia al fine di verificare l'assenza di malattia tumorale in vescica o, nel caso ci fosse, asportarla endoscopicamente. L'operazione chirurgica di nefroureteropapillectomia prevede in sequenza: lalegatura e sezione (taglio) dei vasi sanguigni renali (una o più arterie ed una o più vene), l'isolamento extrafasciale del rene (il rene rimane avvolto dal grasso e dalla guaina descritta al punto 1, l'isolamento completo dell'uretere, la resezione di una pastiglia di parete vescicale comprendente lo sbocco dell'uretere stesso in vescica, l'asportazione in blocco di rene con o senza surrene), uretere e papilla ureterale, la chiusura della vescica. Concettualmente l'asportazione in blocco, cioè in un unico pezzo operatorio, dell'asse urinario superiore, eviterebbe la contaminazione del campo operatorio con cellule tumorali che, nell'eventualità succedesse, sarebbero responsabili di recidive locali di malattia. Per far questo è necessario che l'accesso chirurgico sia anteriore. Pertanto l'incisione cutanea (taglio) deve essere eseguita sull'addome (sulla pancia). In casi particolari la stessa incisione può o deve essere estesa al torace, ma l'aggressione chirurgica a tutto l'asse urinario superiore, destro o sinistro, resta comunque anteriore. Di prassi, insieme alla nefroureteropapillectomia radicale viene eseguita una linfoadenectomia locoregionale (asportazione dei linfonodi) anche se tale procedura,a rigor di termini, non rientra nel concetto di radicalità chirurgica ed è dubbia la sua utilità terapeutica. Il surrene può essere risparmiato se il tumore non ha invaso il parenchima (la parte carnosa) del polo renale superiore.

Dopo avere asportato l'organo, di norma attraverso un foro praticato sul fianco viene inserito un tubo in silicone che serve a drenare le secrezioni della fossa renale. Un altro dispositivo, tubulare o laminare, viene riposto in prossimità della vescica con lo stesso scopo del primo. Entrambi i drenaggi vengono rimossi usualmente qualche giorno dopo. L'intervento termina con la chiusura della parete addominale secondo tecnica standard e con la medicazione della ferita. La tecnica qui descritta per sommi capi è quella classica, standardizzata ed oncologicamente più corretta. La nefroureteropapillectomia può essere eseguita anche con tecnica laparoscopica grazie a strumenti che vengono introdotti attraverso alcuni fori praticati sull'addome (senza taglio sull'addome). Alla fine dell'intervento laparoscopico, il pezzo operatorio (rene, ureter, ecc) viene estratto eseguendo comunque una incisione (taglio) anche se decisamente più piccola di quella prevista dalla tecnica classica. Il recupero postoperatorio è più rapido, ma questa tecnica necessita di "mani" più che esperte e le complicanze intraoperatorie, sempre possibili, possono essere difficilmente dominabili costituendo in tal modo situazioni decisamente drammatiche.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Nella maggior parte dei casi la perdita intraoperatoria di sangue è tale da non necessitare di emotrasfusioni. Tuttavia è prudente prenotare 2-3 unità (sacche) di emazie concentrate (globuli rossi) o, nei casi in cui il paziente sia adeguato, sottoporlo al prelievo di 2-3 unità di sangue da utilizzare in caso di necessità (autotrasfusione). Questo eliminerebbe il rischio di infezioni connesso con le trasfusioni di sangue non proprio. Il giorno prima dell'intervento il paziente viene preparato facendogli consumare dei pasti leggeri ed invitandolo a rispettare un digiuno per cibi solidi nelle 12 ore antecedenti l'intervento stesso. Viene praticato un clistere evacuativo (1,5-2 litri) 6-12 ore prima dell'operazione e nei casi in cui sia posto il sospetto che possa essere necessario intervenire anche sull'intestino, è opportuno eseguire un vero e proprio lavaggio dell'intestino stesso con soluzioni isotoniche da assumere per bocca (bevande). E' prudente eseguire una profilassi antibiotica in accordo con gli schemi elaborati dalla commissione ospedaliera preposta, iniziando la somministrazione dell'antibiotico al momento dell'induzione dell'anestesia per sospenderla subito dopo la rimozione dei drenaggi. Questa profilassi è invece mandatoria nei casi in cui vi sia un rischio aumentato di endocardite batterica. Utile, inoltre, la profilassi farmacologica dell'embolia polmonare, in particolare tramite l'uso di eparina a basso peso molecolare, ma anche quella fisica, mediante l'applicazione di calze o fasce elastiche, se sono presenti vene varicose agli arti inferiori. Infine i pazienti cardiopatici devono essere preparati all'intervento ad opera del cardiologo.

DURATA DELL'INTERVENTO

L'intervento di nefroureteropapillectomia radicale con accesso anteriore (taglio sulla pancia) ha una durata che va dalle 3 alle 4 ore. La durata dell'intervento effettuato per via laparoscopica dura mediamente 2 ore in più.

TIPO E DURATA DEL RICOVERO

Si tratta di un ricovero ordinario della durata di circa una settimana anche se potrebbe essere ridotto a 4-5 giorni. Il dolore postoperatorio è di solito agevolmente controllato dai farmaci e già in prima giornata postoperatoria (il giorno dopo l'intervento), compatibilmente con le condizioni generali, il paziente viene invitato a sedersi sul letto. In seconda giornata può cominciare a deambulare (camminare) e ad alimentarsi se le condizioni sono permittenti. In terza giornata viene praticato un enteroclisma (clistere) ed in quarta, se non ci sono motivi contrari, il paziente può essere dimesso con il catetere a dimora che viene rimosso in sesta od ottava giornata postoperatoria. Il drenaggio lombare (tubo di silicone che fuoriesce dal fianco) viene rimosso non appena le secrezioni si saranno ridotte, in genere dopo 2-3 giorni, mentre quello inferiore, riposto in prossimità della vescica, viene rimosso dopo aver tolto il catetere. I punti di sutura possono essere rimossi dal medico curante o da un medico dell'equipe chirurgica 7-10 giorni dopo l'intervento. Nel caso di intervento laparoscopico la durata della degenza è mediamente di 3 giorni.

RISULTATI

La nefroureteropapillectomia radicale è la sola terapia che ha la possibilità di guarire un paziente affetto da tumore maligno delle vie urinarie superiori quando siano falliti i tentativi di terapia conservativa o siano sin dall'inizio improponibili.

VANTAGGI

Essendo una tecnica ben codificata, la nefreoureteropapillectomia consente, se attuata in presenza di malattia neoplastica organo confinata, buone possibilità di guarigione senza eccessivi rischi per il paziente. Rispetto alla tecnica chirurgica tradizionale, l'approccio laparoscopico consente una più rapida ripresa del paziente con dimissione più precoce.

SVANTAGGI

La difficoltà connessa all'intervento laparoscopico fa sì che questa metodica sia effettuabile solo in pochissimi centri nel nostro Paese.

EFFETTI COLLATERALI

Trattandosi di un intervento che prevede l'apertura del peritoneo può verificarsi un ritardo nella ripresa della motilità intestinale con eventuale necessità di sonda rettale e/o sondino naso-gastrico nei primo giorni dopo l'intervento.

COMPLICANZE

Il tasso di mortalità legato a questo intervento è pari all'1-2%, mentre le altre complicanze intraoperatorie e postoperatorie hanno una incidenza complessiva del 20%. Possono intervenire complicanze comuni a tutti gli interventi chirurgici come infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, embolia polmonare, polmonite , tromboflebite ed altre legate specificatamente all'intervento in questione quali emorragia, lesioni della milza, del fegato, del pancreas, dell'intestino, infezioni superficiali della ferita o profonde con possibile setticemia, insufficienza renale ed insufficienza surrenalica, pneumotorace, fistola vescico-cutanea (fuoriuscita di urina dal drenaggio in genere immediatamente dopo la rimozione del catetere).

ATTENZIONI DA PORRE ALLA DIMISSIONE

La profilassi antitrombotica va preferibilmente proseguita per 30 giorni.

A domicilio il paziente deve essere sottoposto a medicazioni della ferita ogni 2 giorni salvo diversa valutazione del medico curante. Una costante deambulazione deve essere rispettata senza affaticamento in particolare se alla dimissione è presente un certo grado di anemia.

COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE INSORTE DOPO LA DIMISSIONE

Febbre, infezione della ferita, astenia profonda (specialmente se insorta acutamente), difficoltà respiratorie sono motivo di una urgente rivalutazione da parte dei medici che hanno avuto in cura il paziente durante il ricovero ospedaliero. La deiscenza della ferita (apertura spontanea della ferita dopo la rimozione dei punti di sutura), se superficiale e non estesa, può essere curata dal medico di famiglia.

CONTROLLI

Il controllo a breve termine non è previsto. Può essere effettuato solo se ritenuto necessario dal medico curante. Dopo un tempo variabile tra 4 e 6 mesi è opportuna una rivalutazione mediante TC toraco-addominale o TC addominale e radiografia del torace, dosaggio della creatinina ed emocromo. I successivi controlli vengono eseguiti usualmente a cadenza semestrale per i primi 2 anni, poi annualmente per i successivi 3. Secondo tempi decisi dall'urologo che ha in cura il paziente vengono eseguiti controlli endoscopici della vescica in considerazione di quanto precedentemente detto e cioè che la malattia in questione tende a recidivare in tratti caudali (verso il basso) delle vie urinarie.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____