STOMIE URETERALI

Ureterocutaneostomia (confezione 56.61 e revisione 56.62)
Ureteroileostomia (confezione e revisione 56.52): derivazione interna 56.71, esterna 56.91
Ureterosigmoidostomia (confezione 56.71 e revisione 56.62)
Ureterotransureteroanastomosi 56.75

Definizione:

La stomia ureterale è un intervento previsto nell'ambito della chirurgia pelvica demolitiva per neoplasia vescicale (cistectomia) o per altre patologie che contemplino la necessità di abboccamenti dell'uretere alla cute, all'intestino o all'uretere controlaterale.

Indicazioni:

Ureterocutaneostomia, ureteroileostomia, ureterosigmoidostomia e transureteroureteroanastomosi costituiscono la fase ricostruttiva derivativa dopo interventi demolitivi, generalmente pelvici per neoplasie vescicali infiltranti o altre patologie urogenitali.

- Ureterocutaneostomia e transureteroureteroanastomosi: derivazione diretta degli ureteri alla cute. Intervento praticato in pazienti ad alto rischio generico nei quali si programmano interventi demolitivi di necessità (emorragie vescicali non dominabili, oncologia di debulking (riduzione della massa tumorale), sintomatica, post-attinica o per inaffidabilità intestinale per pregressi interventi o radioterapie). La tipologia della derivazione prevede la tutorizzazione permanente delle stomie urocutanee (cateteri di Bracci, stent di Gilvernet, stent pielocutanei), con sostituzioni periodiche per prevenire stenosi cicatriziali.
- Ureteroileostomia: derivazione sempre attuale che viene praticata quando non sono possibili interventi di derivazione urinaria continenti o quando, per la presenza di localizzazioni secondarie pelviche o linfonodali si prospetti la necessità di una radioterapia di complemento dello scavo pelvico.
- Ureterosigmoidostomia: derivazione degli ureteri nel retto-sigma, con indicazioni particolari specie nel sesso femminile, fondamentalmente legate alla necessità di non utilizzare presidi esterni (tutori sacchetti adesivi) di difficile gestione personale o nursing.

Descrizione della tecnica:

- Ureterocutaneostomia transuretroureterostomia: prevede l'anastomosi degli ureteri direttamente alla cute dell'addome. A seconda della disponibilità del tessuto ureterale potrà essere eseguita una singola anastomosi con la cute (transuretroureterostomia) mentre in caso contrario verrà eseguita una anastomosi ai due lati opposti dell'addome (ureterocutaneostomia).

Un tutore ureterale verrà costantemente mantenuto in sede e sostituito periodicamente al fine di ovviare eventuali stenosi cicatriziali. Il paziente verrà istruito alla gestione dei sistemi di raccolta esterni per le urine e le eventuali complicanze stomali. Nel caso della transureteroureteroanastomosi la sostituzione dei tutori ureterali prevede l'ausilio di manovre radiologiche.

- Ureteroileostomia: questo tipo di anastomosi viene utilizzato dopo cistectomia quando si procede al confezionamento di un condotto ileale. In questo caso viene sezionato un segmento di 15 a 20 cm di ileo, del quale una estremità verrà anastomizzata alla cute dell'addome (parete destra o sinistra), all'altra verranno anastomizzati gli ureteri. Due tutori ureterali verranno mantenuti in sede per 1-2 settimane circa. Questo tipo di derivazione prevede un sistema di raccolta esterno per le urine per il quale il paziente verrà adeguatamente istruito.

Preparazione all'intervento:

- Preparazione intestinale con dieta priva di fibre (due giorni prima dell'intervento), purganti e clisteri il giorno prima dell'intervento (solo per gli interventi che prevedono l'uso di tratti di intestino).

- Preparazione della cute (tricotomia) ed individuazione dei punti prescelti per le stomie, compatibili con l'assetto somatico del paziente.
- Profilassi antibiotica.
- Profilassi antitrombotica.
- Sospensione anticoagulanti e antiaggreganti

Durata dell'intervento:

La durata dell'intervento varia da un minimo di 2 ore ad un massimo di 5 (compreso il tempo demolitivo).

Tipo e durata del ricovero:

Il ricovero è ordinario con degenza media di 7-14 giorni.

Risultati:

Ureterocutaneostomia, ureteroileostomia, ureteosigmoidostomia, transureteroureterostomia: buoni compatibilmente con la patologia di base, spesso neoplastica e come tale legata a stadio e grado di malignità.

Vantaggi:

- Ureterocutaneostomia, transureteroureteroanastomosi: non richiede resezioni intestinali, rappresenta la tecnica di più rapida esecuzione soprattutto in pazienti con scadenti situazioni cliniche.
- Ureteroileostomia: preserva la funzionalità renale.
- Ureterosigmoidostomia: mantenimento della continenza urinaria, assenza di presidi di raccolta esterni.

Svantaggi:

- Ureterocutaneostomia, transureteroureteroanastomosi: necessità di un sistema di raccolta delle urine esterno (sacchetti attaccati alla parete addominale) che può essere singolo o duplice e che possono dislocarsi, staccarsi, etc., necessità di nursing specifico anche nel caso di insorgenza di dermatiti da contatto (urina, placca).

  Necessità della sostituzione periodica dei tutori, più indaginosa la sostituzione dei tutori nella transureteroureteroanastomosi.
- Ureteroileostomia: necessità di un sistema di raccolta delle urine esterno (sacchetti attaccati alla parete addominale) che può dislocarsi, staccarsi, etc. Necessità di nursing specifico anche nel caso di insorgenza di dermatiti da contatto (urina, placca). – Assunzione di mucolitici per ridurre il ischio di ostruzione del condotto da parte del muco.
- Ureterosigmoidostomia: necessità di protrarre la terapia antibiotica a pieno dosaggio per 2-4 settimane, sarebbe inoltre indicata una terapia batteriostatica a basso dosaggio costantemente. È necessaria inoltre l'assunzione orale costante di citrato di sodio e potassio per il controllo dell'equilibrio acido-base. Possibili pielonefriti ascendenti.

Effetti collaterali:

Per ureterocutaneostomia, transureteroureteroanastomosi ed ureteroileostomia: non sono segnalati effetti collaterali degni di rilievo.

- Ureterosigmoidostomia: feci costantemente liquide (raramente diarrea incoercibile), possibile insorgenza di acidosi ipercloremica in caso di inadeguata correzione con bicarbonati.

Complicanze:

- Ureterocutaneostomia: necrosi acuta, deiscenza e stenosi tardiva dello stoma sono le complicanze più frequenti: a tal fine è consigliabile la tutorizzazione permanente. Ernia parastomale, prolasso dello stoma

  Infezioni o incrostazione sui tutori in caso urine corpuscolate o da mancata osservanza nel sostituzione a tempo debito. Dermatiti da contatto peristomali da caratteristiche chimiche dell'urina e delle placche urostomali.
- Ureteroileostomia: deiscenza dell'anastomosi ureteroileale con fistola urinosa da distacco parziale o totale. Nel primo caso può essere tentata una ritutorizzazione per via percutanea anterograda. In caso di insuccesso della precedente manovra o di distacco totale è necessario il reintervento chirurgico. Altra complicanza è la stenosi della giunzione ureteroileale con ostruzione parziale o totale delle via escretrice superiore.

- In questo caso è opportuno ripristinare la funzione renale a monte con nefrostomia percutanea e successivo tentativo endourologico di ripristino della pervietà anastomotica. Occlusione intestinale o fistola enterica in sede di anastomosi ileale termino-terminale, che necessita di correzione immediata. Necrosi ileale.

- Ureterosigmoidostomia: deiscenza e stenosi dell'anastomosi ureterocolica (complicanza post-operatoria di maggior rilievo). La risoluzione di queste complicanze è di difficile risoluzione endourologica. Si preferisce, nella maggior parte dei casi ricorrere alla revisione chirurgica. Inoltre, infezioni renali ricorrenti con possibile calcolosi renale. Occlusione intestinale ed acidosi metabolica ipercloremica. Tumori colici (benigni e maligni) sono stati descritti nel 40% dei casi in prossimità delle anastomosi. Questa tendenza alla carcinogenesi intestinale non è stata osservata nelle altre forme di derivazione urinaria (sembra apparentemente indotta dalla mescolanza di feci ed urine).

- Ureterotransureteroanastomosi: oltre alle complicanze a livello cutaneo (già descritte) da segnalare l'eventualità di una deiscenza o stenosi a livello dell'ureteroureteroanastomosi che prevede la quasi costante revisione chirurgica.

Attenzione da porre alla dimissione:

Alla dimissione va suggerito al paziente un periodo di vita morigerata (ridotto stress fisico, scarsa attività sportiva, regime alimentare moderato, terapia antisettica urinaria) per un periodo variabile a seconda dei disturbi post-operatori.

Per i portatori di stomie cutanee è consigliata una oculata igiene degli stomi e periodica sostituzione dei sistemi di raccolta e l'osservanza rigorosa dei tempi di sostituzione dei tutori (se presenti).

Per i pazienti portatori di ureterosigmoidostomia è consigliato il periodico controllo dell'equilibrio acido-base.

L'abbondante idratazione (1-1.5 l/die) è una norma dietetica consigliata a tutti.

Come comportarsi in caso di complicanze insorte dopo la dimissione:

Nel caso di comparsa di dolore colico, ridotta o mancata emissione di urine (nel caso di ureterocutaneostomia, ureteroileostomia) e nel caso di irregolarità dell'alvo, contattare l'urologo di riferimento.

Controlli:

Il primo controllo post-operatorio, andrà effettuato entro 30-45 giorni.

Bibliografia:

1. W.E. Goodwin, P.T. Scardino: "Ureterosigmoidostomy". J. Urol., 1977; 118: 169.

2. E. Jackson Fowler jr.: "Manual of urologic surgery". Little, Brown and Company, 1990; 119-143. C. Clearance, Saelhof Professor of Urology and Chief of Urology, University of Illinois College of Medicine, Chicago.

3. G.D. Webster, B. Goldwasser: "Urinary diversion - Scientific foundation and clinical practice". Isis Medical Media Ltd., 1995.

4. P. Cortellini, S. Ferretti: "Atlante di uretero-anastomosi". Ed. CESI, Roma, 1996

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____