RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI SFINTERE ARTIFICIALE O DI SUOI COMPONENTI NELL'UOMO

Definizione: consiste nella rimozione dell'intero dispositivo sfinterico artificiale o di uno o più suoi componenti.

Indicazioni: vi si ricorre quando vi sia una infezione nella sede dell'impianto sfinterico oppure una erosione dei tessuti interni alla cuffia dello stesso o quando il dispositivo risulti malfunzionante in uno o più dei suoi componenti.

L'evenienza, pur se meno frequente che in passato, si può osservare nel 30-40% per le revisioni del sistema e nell'8-13% per la rimozione completa di questo. I maggiori fattori di rischio sono rappresentati da lesioni intraoperatorie della parete vaginale e/o vescicale.

Descrizione della tecnica: l'accesso è condizionato dalla necessità di rimuovere tutto il dispositivo o solo uno dei suoi componenti: in questo secondo caso è più mirato e meno invasivo. I tessuti vanno in ogni caso abbondantemente irrorati con soluzione antibiotica; in caso di rimozione per complicanza infettiva, le raccolte vanno adeguatamente drenate all'esterno. Sono assolutamente proscritte condotte che vedano l'impianto di un nuovo sfintere laddove se ne sia dovuto rimuovere uno per problemi di sovrapposta infezione.

Preparazione all'intervento: profilassi antibiotica; adeguata accurata disinfezione della cute.

Durata dell'intervento: variabile, in rapporto con le difficoltà imposte dal quadro intraoperatorio. Più agevoli le sostituzioni di un singolo componente che non sia la cuffia.

Tipo di anestesia: generale, se si deve intervenire anche all'interno del peritoneo, o periferica.

Tipo e durata del ricovero: difficilmente eseguibili in Day-Surgery; prevedibili 3-4 giorni di degenza.

Risultati: gli stessi di un primo impianto se vi sono le condizioni per una semplice sostituzione di un singolo componente; a maggiore rischio anche il risultato finale se si sono realizzate delle erosioni dei tessuti interni alla cuffia o se si è intervenuti per un problema legato ad una sovrapposta infezione.

Complicanze: in caso di infezioni va temuto lo stato settico, favorito anche dalla collocazione del serbatoio all'interno del peritoneo. Non escludibile la comparsa di una fistola uretro-cutanea per fenomeni di erosione. C'è anche evidenza in letteratura dell'elevata probabilità che un reimpianto, realizzato in un tempo successivo ma sempre nella stessa sede, porti ad una recidiva dell'erosione dei tessuti interni alla cuffia. Per quanto concerne invece le revisioni, queste sono comunque da ritenere molto probabili quanto più tempo passa dall'impianto del sistema. Se grossi progressi si sono fatti nell'impedire banali kinking delle vie di connessione (i tubicini sono attualmente "armati"), rimane pur sempre il rischio di un blocco o di una perdita nel sistema della pompa e/o nel serbatoio, o ancora la necessità di incrementare la pressione di chiusura a livello della cuffia.

Attenzioni da porre alla dimissione: proseguire la terapia antibiotica secondo prescrizione medica. Fare riferimento all'urologo per ogni evenienza.

Controlli: vengono suggeriti di volta in volta in rapporto con quanto riscontrato e realizzato con l'atto operatorio.

Bibliografia:

1. - P.C. Walsh, A.B. Retik, T.A. Stamey, E. Darracott Vaughan jr.: "Urologia di Campbell". 2a ed. Italiana della 6a ed. americana, Verduci Editore, 1993.

2. - M. Diana, M. Schettini, M. Gallucci: "Evaluation and management of malfunctionings following implantation of the artificial urinary sphincter". Int. Surg., 84 (3): 241-5, 1999.

3. - C.A. Hajivassiliou, I.G. Finlay: "Uneven pressure application by the artificial urinary sphincter: an explanation for tissue ischaemia"? Bju. Int., 83 (4): 416-9, 1999.

4. - S. De Stefani, G. Liguori, S. Ciampalini, E. Belgrano: "AMS 800 artificial sphinter: an unusual case of circumscribed peritonitis due to prosthetic reservoir infection". Arch. Esp. Urol., 52 (84): 412-5, 1999.

5. - E.A. Miller, M. Majo, D. Kwan, M. Mitchell: "Simultaneous augmentation cystoplasty and artificial urinary sphincter placement: infection rates and voiding mechanisms". J. Urol., 160: 750-2, 1998.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____