

Nefrectomia laparoscopica su donatore vivente

A. Feifer, M. Anidjar

Il trapianto renale è il trattamento di scelta nel paziente in fase finale di patologia renale. Grazie allo sviluppo di metodi di prelievo più sicuri e all'immunosoppressione è stato possibile ottenere un miglioramento notevole dei risultati in questi ultimi anni, sia per il donatore sia per il ricevente. Un rene prelevato da donatore vivente rimane il fattore più importante per la sopravvivenza del ricevente e dell'impianto. La tecnica della nefrectomia laparoscopica su donatore vivente ha rivoluzionato il trapianto renale e permette, riducendo la morbilità chirurgica pur mantenendo le possibilità di un buon risultato nel ricevente, di aumentare il numero dei donatori. Questa tecnica è diventata il metodo di prelievo di riferimento nei centri di trapianti in tutto il mondo a dispetto della sua difficoltà tecnica e del suo processo di maturazione sempre in corso, particolarmente presto nella curva di apprendimento. Le vecchie controindicazioni alla nefrectomia laparoscopica del donatore non sono più assolute. Questo capitolo descrive in dettaglio la procedura laparoscopica nel donatore, in particolare la valutazione preoperatoria e la tecnica operatoria. Viene presentata anche una revisione della letteratura al fine di individuare, in confronto con le vecchie tecniche di prelievo, i diversi aspetti relativi tanto al donatore che al ricevente in termini di morbilità e di mortalità.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Laparoscopia; Donazione di rene; Nefrectomia; Trapianto; Curva di apprendimento; Radiologia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Storia della donazione di rene da donatore vivente	2
■ L'oggi nella donazione di rene da donatore vivente	2
Valutazione preoperatoria	2
Iconografia renale preoperatoria	3
■ Tecnica operatoria	3
Nefrectomia transperitoneale laparoscopica sinistra su donatore vivente	3
Nefrectomia transperitoneale laparoscopica destra su donatore vivente	4
Approccio retroperitoneale	5
■ Nefrectomia laparoscopica su donatore vivente: risultati su dieci anni	5
Donatore	5
Ricevente	7
■ Conclusioni	8

■ Introduzione

Il trapianto renale è, al momento, il trattamento di scelta di alcuni pazienti con insufficienza renale terminale. Nuove tecniche chirurgiche più sicure, associate ai progressi dell'immunosoppressione, hanno permesso a molti pazienti di condurre una vita in sostanza normale dopo un trapianto renale, senza i vincoli delle dialisi settimanali. Mentre il numero di pazienti in attesa di trapianto non ha cessato di aumentare

negli Stati Uniti, da 47 830 nel 2001 a 61 408 nel 2004, di cui il 75% con più di 50 anni, il numero di organi disponibili da cadaveri non è aumentato per rispondere a questa domanda. Nel 2003 il periodo di attesa media di un organo da cadavere era superiore a due anni per più del 40% dei pazienti nell'America del Nord [1]. Questa penuria persistente, associata agli enormi vantaggi della donazione di rene da donatore vivente e al miglioramento delle tecniche d'intervento, ha indotto un aumento del numero dei trapianti renali da donatore vivente. Mentre i progressi dell'immunologia, della farmacologia e della chirurgia hanno migliorato i risultati del trapianto renale, la donazione di organi da donatori viventi resta il fattore che, da solo, è responsabile del miglioramento della sopravvivenza del paziente e del trapianto [2]. Gli studi hanno chiaramente dimostrato che il trapianto da donatore vivente è associato a un tasso superiore di funzionalità del trapianto a lungo e breve termine, se si confronta con il trapianto di organo da cadavere, così come a un minore tasso di insuccesso tecnico [1, 3].

Il prelievo laparoscopico del rene è stato sviluppato per aumentare il numero di donazioni di organi riducendo alcuni degli svantaggi dell'approccio chirurgico tradizionale a cielo aperto. Riducendo il dolore postoperatorio, accorciando la convalescenza e la durata del ricovero e migliorando gli inconvenienti estetici, questa tecnica ha favorito la donazione di organi da potenziali candidati che prima rifiutavano la donazione a causa di questi inconvenienti [4]. Da quando è praticata, la donazione di rene con prelievo laparoscopico è diventata la tecnica di riferimento in molte istituzioni, dimostrando così il miglioramento dei parametri postoperatori riguardo i donatori, pur mantenendo risultati equivalenti nei trapiantati [5-8].

■ Storia della donazione di rene da donatore vivente

Numerosi elementi sono cambiati dal primo trapianto di rene da cadavere in clinica, eseguito nel 1945, e dal primo trapianto effettuato da un donatore consanguineo vivente nel 1953 [9]. Il primo trapianto da donatore vivente consanguineo coronato da successo è stato realizzato nel 1954 a Boston da Merrill [10]. Nel corso dei 30-40 anni seguenti la nefrectomia con donazione d'organo da donatore vivente, intervento raramente praticato, consisteva di solito nella realizzazione di una grande incisione del fianco (come si fa ancora in molti centri nel mondo) e nel prelievo del rene con accesso retroperitoneale. Gli svantaggi dell'incisione del fianco sono numerosi: dolore postoperatorio importante, possibilità di complicanze (pneumotorace), problemi alla ferita operatoria (ernia, diastasi, dolore e ipoanestesia) [11, 12], ritardo di ripresa della deambulazione e convalescenza prolungata [5]. Per questo motivo la donazione di rene da vivente era spesso fonte, per i pazienti e la famiglia, di importanti problemi fisici ed emotivi specialmente al momento della decisione e dello stesso intervento [13].

Al fine di ridurre la morbilità del donatore, e quindi aumentare il numero di organi vitali disponibili, è stato sviluppato un intervento chirurgico mini-invasivo per la nefrectomia da donatore vivente ed è stata poi migliorata e ridefinita. Dopo la prima nefrectomia laparoscopica eseguita nel 1990 Gill et al. [14] hanno messo a punto la tecnica su modello suino [15]. Nel 1995 Ratner et al. [16] hanno effettuato la prima nefrectomia laparoscopica su donatore vivente. Attualmente molti centri in tutto il mondo utilizzano questa tecnica di prelievo del rene. Malgrado i vantaggi della nefrectomia laparoscopica da donatore vivente di rene, questa tecnica resta difficile anche per i laparoscopisti più esperti. La maturazione procedurale ha necessità nel corso degli anni di miglioramenti specifici di tecnica chirurgica.

■ L'oggi nella donazione di rene da donatore vivente

Valutazione preoperatoria

Il successo della nefrectomia per donazione di rene da vivente dipende molto dal riconoscimento preciso delle indicazioni. Questo processo implica una valutazione psicologica, medica e chirurgica completa per definire i fattori che potrebbero far correre al donatore un rischio aumentato, nel periodo perioperatorio o a lungo termine.

Controindicazioni alla nefrectomia con donazione di rene da vivente

Sono state condotte ricerche sul modo di valutare in maniera precisa la potenzialità di donazione di rene da vivente [17, 18], tuttavia, essendosi dimostrato difficile stabilire norme standard ampiamente accettate, il bilancio consigliato è quindi variabile [19, 20]. Le controindicazioni alla nefrectomia per donazione di organo non sono specifiche alla laparoscopia. Le controindicazioni assolute alla donazione di rene sono le stesse per gli interventi aperti e laparoscopici e si focalizzano sul mantenere una funzionalità renale accettabile a lungo termine nel donatore. Il paziente deve corrispondere ad alcuni criteri di compatibilità con gli interventi laparoscopici addominali. Anche se il precedente di interventi addominali multipli può rappresentare una controindicazione relativa, può tuttavia essere tentato con sicurezza un approccio laparoscopico retroperitoneale o transperitoneale.

Obesità

Alcuni studi precedenti hanno osservato tassi di complicanze e di conversione più elevati e tempi operatori più lunghi nel paziente obeso che subisce una nefrectomia per donazione di organo [21]. La laparoscopia nel paziente obeso può essere più complicata per un aumento dei depositi grassi intra-addominali,

“ Iter da seguire

Bilancio preoperatorio al McGill Transplant Centre

Raccolta dell'anamnesi ed esame clinico completo.

Rx torace, elettrocardiogramma, ecocardiogramma.

Emocromo (emocromo con formula).

Elettroliti e creatinina sierici.

Bilancio della coagulazione.

Colesterolo, esami tiroidei.

HIV (virus dell'immunodeficienza umana), malattie veneree, CMV (citomegalovirus), EBV (virus di Epstein-Barr).

ANA (anticorpi antinucleari), anticorpi anti-DNA, marcatori del complemento, -C3, C4, C50.

Raccolta delle urine su 24 ore alla ricerca di proteine e misurazione della clearance della creatinina.

Analisi e coltura dell'urina.

PSA (antigene prostatico specifico) per gli uomini.

β-hCG, striscio di Papanicolau e mammografia per le donne.

Glicemia a digiuno, prova su tre ore.

Scintigrafia renale.

Visite di cardiologia, anestesia e altri consulti clinicamente necessari.

Consulto di psicologia, se giudicato necessario dal nefrologo trapiantatore.

così come per una pressione di insufflazione necessariamente più elevata per mantenere lo spazio di dissezione, cosa che può ridurre il flusso ematico renale. Un recente studio ha tuttavia dimostrato una migliore convalescenza e un minore tasso di complicanze in caso di chirurgia laparoscopica rispetto agli approcci a cielo aperto, nei pazienti con un indice di massa corporea superiore a 30 [22]. Attualmente i miglioramenti tecnici e una migliore comprensione dei parametri fisiologici specifici dei pazienti obesi hanno permesso di ottenere risultati migliori. Al momento attuale l'obesità non è più considerata una controindicazione alla nefrectomia per donazione di rene da vivente se non durante la fase iniziale della curva di apprendimento o nei centri a bassa attività. Le casistiche di pazienti dei centri con un'attività importante non mostrano differenza statistica tra i pazienti obesi e non obesi che subiscono una nefrectomia per donazione di organo, in termini di conversione alla chirurgia a cielo aperto o di altre difficoltà tecniche [23]. I tempi operatori tendono tuttavia a essere più lunghi nella popolazione obesa [24]. Risultati simili e favorevoli sono stati osservati nel gruppo del Maryland [25].

Alterazioni nefrovascolari

Alcuni studi hanno dimostrato che le anomalie nefrovascolari possono essere associate a un aumento del tempo d'ischemia calda (tempo trascorso tra il clampaggio delle arterie renali e il risciacquo del trapianto con la soluzione di conservazione) e a un rischio aumentato di ritardo di ripresa funzionale del trapianto, definito dalla necessità di eseguire una dialisi durante la prima settimana postoperatoria o il fatto che la creatinina sierica non si riduca del 20% nel primo giorno postoperatorio [26, 27]. Gli istituti che eseguono la nefrectomia per donazione di organo da relativamente poco tempo continuano a prelevare in modo tradizionale i reni sinistri, che hanno una anatomia vascolare particolare: una singola arteria e nessuna ramificazione arteriosa precoce inferiore a 1,5 cm dall'origine dell'aorta [28, 29]. Diversi centri importanti con forte attività hanno tuttavia dimostrato che le anomalie vascolari ben diagnosticate prima dell'intervento non erano una controindicazione [11, 30-32]. Queste comprendono le arterie multiple e le vene renali retroaortiche oppure circumaortiche [33, 34]. Una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284617>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284617>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)