

# Nefrectomia laparoscopica transperitoneale

R. Sanchez-Salas, E. Barret

*La nefrectomia laparoscopica transperitoneale è diventata la tecnica chirurgica standard per l'exeresi del rene lesionato o di tumori renali identificati. Dopo aver posizionato il paziente in decubito laterale bloccato, viene effettuata una minilaparotomia a livello dell'ombelico in modo da introdurre un trocar ottico di 10 mm nella cavità addominale. Dopo la creazione di uno pneumoperitoneo, sono posizionati sotto controllo visivo un trocar operatore di 10 mm e due o tre trocar operatori di 5 mm. L'apertura del peritoneo posteriore consente l'accesso diretto allo spazio retroperitoneale. L'accesso al peduncolo vascolare rappresenta un tempo chiave dell'intervento. L'arteria renale viene, in un primo tempo, legata con una clip senza essere tagliata. La vena renale viene completamente liberata prima di essere legata e tagliata, permettendo, così, il pieno controllo delle arterie. Dopo la sezione e la legatura dell'uretere, vengono liberate le diverse facce del rene. Il pezzo della nefrectomia è introdotto in un sacchetto sigillato e, poi, viene rimosso dalla cavità addominale. Dopo aver controllato l'emostasi, viene posizionato un drenaggio di Redon in aspirazione nella loggia della nefrectomia e vengono rimossi sotto visione diretta i trocar.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Rene; Laparoscopia; Nefrectomia; Complicanze della nefrectomia; Tumore del rene

## Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Richiami anatomici	2
■ Indicazioni e controindicazioni	2
Indicazioni	2
Controindicazioni relative	2
Controindicazioni assolute	2
■ Installazione e condizione del paziente	2
■ Intervento	2
Creazione dello pneumoperitoneo e posizionamento dei trocar	2
Strumentazione per la nefrectomia laparoscopica transperitoneale	3
Approccio al peduncolo vascolare	3
Dissecazione del rene	6
Enucleazione del rene e drenaggio	7
■ Alternative alla via laparoscopica convenzionale	7
Nefrectomia laparoscopica transperitoneale assistita manualmente	7
Nefrectomia laparoscopica transperitoneale robot-assistita	7
Nefrectomia laparoscopica transperitoneale "laparo-endoscopic single site" (LESS)	7
■ Gestione delle complicanze intraoperatorie	8
Gestione di un danno vascolare	8
Gestione di un danno gastrointestinale	8

■ Follow-up postoperatorio	8
■ Conclusioni	8

## ■ Introduzione

Dopo la prima nefrectomia laparoscopica effettuata da Clayman <sup>[1]</sup> nel 1990, la tecnica chirurgica è migliorata considerevolmente, soprattutto a causa dei progressi tecnologici, in particolare nel campo della strumentazione chirurgica. Nel corso di questi ultimi 20 anni, l'approccio laparoscopico nella chirurgia del rene si è affermato come un approccio fondamentale. Meno invasivo rispetto alla via d'accesso incisionale classica, permette di riprodurre esattamente le tappe della chirurgia a cielo aperto. Ha il vantaggio di ridurre il dolore perioperatorio, con una durata della degenza più breve e un ritorno più rapido alla normale attività. Inizialmente riservato all'exeresi dei reni lesionati, le sue indicazioni sono state estese alle patologie tumorali del rene, in particolare ai tumori maligni. Pertanto, l'approccio laparoscopico è, ora, diventato l'approccio di riferimento per la nefrectomia allargata. Questo intervento può essere indifferentemente eseguito con un accesso al rene transperitoneale o retroperitoneale, senza alcuna differenza significativa riportata <sup>[2]</sup>. Sebbene sia da consigliare la padronanza di entrambi questi accessi, la

limitazione dello spazio di lavoro dell'accesso retroperitoneale può rendere l'effettuazione di alcuni interventi più difficile, specialmente in caso di asportazione delle masse più grandi. Pertanto, e con lo scopo di standardizzare questa tecnica, privilegiamo, nella nostra pratica corrente, la nefrectomia laparoscopica trasperitoneale (NLT), di cui descriveremo i vari aspetti tecnici.

## ■ Richiami anatomici

Durante la NLT, l'accesso alla loggia renale è effettuato necessariamente con un approccio transperitoneale. È necessaria una conoscenza anatomica perfetta di questa regione per evitare possibili complicanze intra- o postoperatorie.

Inizialmente, l'obiettivo è l'identificazione delle strutture digestive (colon a sinistra, duodeno a destra) e delle linee di ripiegamento peritoneali che consentono l'accesso sicuro allo spazio retroperitoneale.

Il secondo obiettivo è l'identificazione del peduncolo renale. Nella dissecazione si deve tenere conto delle possibili variazioni anatomiche. A livello dell'ilo renale, la vena si trova in avanti rispetto all'arteria, che si trova essa stessa in avanti rispetto al bacino. Le vene renali confluiscono direttamente nella vena cava inferiore (VCI) a livello delle sue facce laterali. A sinistra, la vena renale sinistra, più lunga, drena tipicamente, sulla sua faccia superiore, la vena surrenale sinistra e, sulla sua faccia inferiore, la vena genitale sinistra. A destra, la vena renale non presenta, di solito, afferenze. Le arterie renali nascono dalle facce laterali dell'aorta al di sotto della nascita dell'arteria mesenterica superiore. Nel 70% dei casi, il rene è vascolarizzato da un'arteria renale unica. Nel 25% dei casi, le arterie sono in numero di due e sono tre o più nel 3-5% dei casi [3]. Arterie accessorie, che nascono dall'arteria renale principale, possono vascolarizzare la capsula, il bacinetto o l'uretere prossimale. A destra, l'arteria renale corre dietro la VCI e la vena renale destra. A sinistra, l'arteria renale, più breve, si trova dietro il bordo superiore della vena renale sinistra.

L'uretere è identificato al polo inferiore del rene in posizione laterale rispetto ai vasi genitali.

## ■ Indicazioni e controindicazioni

### Indicazioni

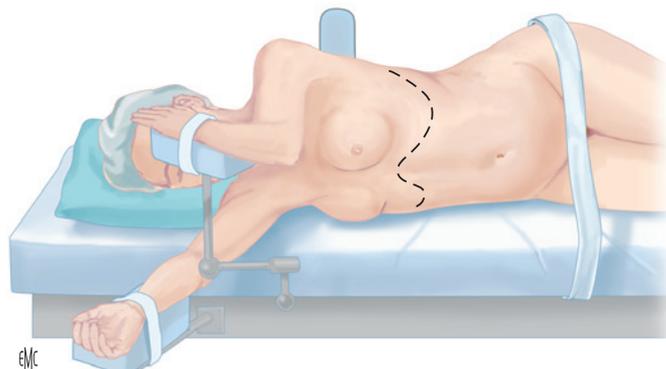
- Sono:
- reni non funzionali sintomatici;
  - tumori del rene dallo stadio T1 allo stadio T3a, in pazienti non eleggibili al trattamento conservativo [4, 5].

### Controindicazioni relative

- Sono:
- i tumori T3b con un trombo strettamente limitato alla vena renale e la cui estensione deve essere perfettamente nota, dal momento che la vena deve essere legata e tagliata in zona sana;
  - l'insufficienza respiratoria (enfisema grave), l'insufficienza cardiaca grave, i disturbi dell'emostasi, l'ascite e precedenti importanti di chirurgia addominale, da valutare in base alle competenze dell'operatore [6].

### Controindicazioni assolute

- Sono:
- i tumori T3b-T3c o T4, nella misura in cui non abbiamo alcuna valutazione della fattibilità e dei risultati oncologici;
  - antecedenti di tumore o di chirurgia intracranica (rischio di indurre o di aumentare l'ipertensione intracranica con la stasi venosa causata dallo pneumoperitoneo nella regione cefalica).



**Figura 1.** Posizionamento del paziente sul tavolo operatorio: decubito laterale fisso sul lato opposto al rene operato (qui: decubito laterale destro per una nefrectomia allargata sinistra).

## ■ Installazione e condizione del paziente

In un paziente con calze contenitive, senza particolare preparazione intestinale e rasato, se necessario, viene praticata un'anestesia generale, secondo le regole classiche di tutte le anestesie con: intubazione, ventilazione controllata, curarizzazione ed eventuale posizionamento di un sondino nasogastrico. Viene posizionato un catetere vescicale di Foley Ch18. Dopo aver controllato il lato da operare, il paziente viene posto in decubito laterale fisso opposto al rene da operare (decubito laterale destro per un rene sinistro e decubito laterale sinistro per un rene destro). Il paziente viene posizionato in modo che la sua parete addominale sia posizionata sul bordo del tavolo operatorio (Fig. 1). Non è necessario il posizionamento di un blocco sotto il margine costale. Il braccio controlaterale al rene operato è posizionato ad angolo retto e fissato su un braccio di supporto in modo da non ostacolare l'accesso all'addome. Il braccio omolaterale è posto su un supporto rialzato senza vincolo. Vengono posizionati un supporto posteriore e un supporto lombare e una cinghia che passa davanti al grande trocantere, al fine di garantire la posizione del paziente sul tavolo operatorio. Vengono posizionate delle protezioni tra le gambe e sotto i talloni, per evitare danni da posizione. Il chirurgo, legalmente responsabile, monitora il corretto posizionamento del paziente prima di lavarsi.

### “ Punto importante

- Per limitare il rischio di errori riguardanti il lato da trattare, deve essere visualizzato in sala operatoria lo scanner preoperatorio del paziente.
- La checklist viene regolarmente eseguita prima di incidere.
- Una strumentazione per la chirurgia aperta deve essere, in linea di principio, a disposizione in sala in caso di necessità di conversione urgente alla chirurgia aperta, potenzialmente possibile in qualsiasi momento.

## ■ Intervento

### Creazione dello pneumoperitoneo e posizionamento dei trocar

È consigliata una “minilaparotomia” per il posizionamento del trocar ottico per evitare il rischio di danneggiare un organo cavo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831447>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831447>

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