

LAPAROSCOPIA IN UROLOGIA. COSA È E QUALI SONO LE INDICAZIONI.

Collana “tecniche”



WHAT'S NEW IN
MONTALEGRO
CULTURA DELLA SALUTE





Dott. CARLO INTROINI
Medico Chirurgo

Nato a Savona il 06/11/1966.

Laurea in Medicina e Chirurgia
presso l'Università di Pisa
nel settembre 1993.

Abilitazione all'esercizio della
professione Medico Chirurgo
nel 1993.

Specializzazione in Urologia
presso l'Università degli Studi
di Trieste nel 2000.

Direttore Struttura Area
Dipartimentale di Urologia
Ospedale Evangelico
Internazionale
Genova.

Carlo Introini garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Laparoscopia in urologia. Cosa è e quali sono le indicazioni". Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

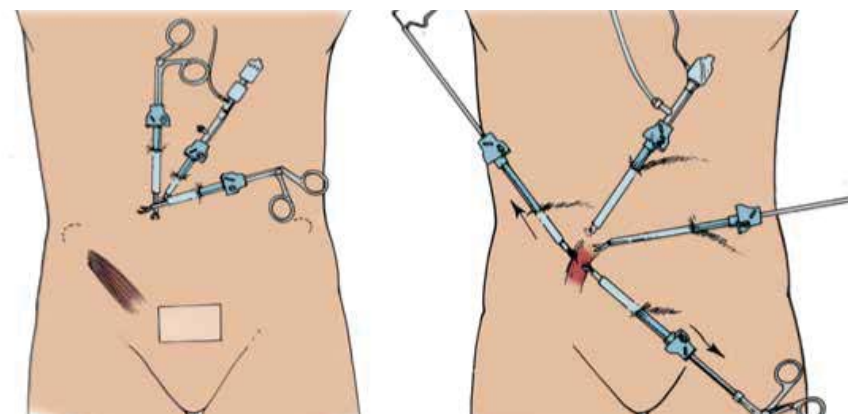
UN PO' DI STORIA

Più di 100 anni fa, il padre della medicina moderna, sir William Osler, disse: "Diseases that harm require treatments that harm less", cioè malattie che nuocciono, richiedono trattamenti che nuocciano meno. In risposta a questo principio, le tecniche chirurgiche si sono evolute alla ricerca di trattamenti sempre meno invasivi e più tollerabili per il Paziente.

La chirurgia videolaparoscopica si propone di raggiungere gli stessi obiettivi della chirurgia tradizionale attraverso accessi mininvasivi nella cavità addominale. L'inizio di questo tipo di chirurgia si fa risalire al 1987, anno in cui è stata eseguita in Francia la prima colecistectomia videolaparoscopica su uomo.

PRINCIPI BASE DELLA (VIDEO) LAPAROSCOPIA

La laparoscopia si avvale di alcuni piccoli tramiiti, creati a livello della parete addominale attraverso i quali vengono inseriti strumenti (chiamati *trocar*) che permettono il passaggio degli stessi. Una telecamera posizionata in addome, attraverso uno dei *trocar*, consente al Chirurgo la visualizzazione della sede di intervento.



Poiché in condizioni normali gli organi contenuti nell'addome sono addossati l'uno all'altro - e lo spazio di manovra sarebbe troppo scarso per eseguire le procedure chirurgiche - prima dell'introduzione degli strumenti, viene creato il cosiddetto pneumoperitoneo.

Il pneumoperitoneo consiste nell'immissione all'interno dell'addome (grazie a un ago, chiamato di Verres o, direttamente, tramite il primo *trocar*) di un gas, solitamente la CO₂ per l'elevata solubilità e inerzia, che distende l'addome e consente la creazione di un adeguato spazio di manovra.

Dopo l'introduzione della telecamera (ottica), il Chirurgo esplora la cavità addominale e sceglie il luogo dove posizionare gli altri *trocar* necessari all'esecuzione dell'intervento. Solitamente vengono usati strumenti con calibro da 5 a 10 mm; di conseguenza le cicatrici addominali per l'inserimento dei *trocar* sono piccole e lasciano pochi segni estetici.

I principali vantaggi della laparoscopia rispetto alla chirurgia tradizionale sono:

1. minor dolore post operatorio; le incisioni chirurgiche infatti sono più piccole e la ridotta apertura della parete addominale causa meno dolore nel periodo successivo all'intervento;
2. tempi di recupero post operatorio più rapidi (per la stessa ragione sopra esposta);
3. ridotto sanguinamento durante l'operazione (l'utilizzo dell'ingrandimento ottico consente un controllo più efficace del sanguinamento intraoperatorio);
4. tempi di degenza accorciati;
5. ripresa funzionale e vita di relazione spesso più precoce;
6. minor rischio di:
 - laparoceli (ernie dei visceri in sede di pregresse ferite chirurgiche);
 - contaminazione batterica;
 - aderenze viscerali post operatorie.



LA LAPAROSCOPIA NELLA CHIRURGIA UROLOGICA

Anche in chirurgia urologica la laparoscopia trova sempre maggiori spazi: attualmente una buona parte degli interventi chirurgici per patologie sia benigne sia maligne può essere trattata efficacemente con la laparoscopia. Una crescente mole di lavori scientifici mette in rapporto la tecnica operatoria standard con la laparoscopia, evidenziando i risultati equivalenti sia dal punto di vista funzionale sia di controllo della malattia.

Per quanto riguarda la patologia benigna, nello specifico, la laparoscopia può essere utilizzata nella plastica del giunto pielo ureterale (che è il punto di passaggio tra pelvi renale e primo tratto dell'uretere), nella fissazione (nefropessi) del rene ptosico, nella marsupializzazione di cisti renali sintomatiche e di linfoceli sintomatici conseguenti a linfadenectomie per patologie maligne e nella colposacropessia per i prolassi completi e complessi del pavimento pelvico nella donna.

Nella patologia maligna trova un campo applicativo ancora più esteso: possono essere eseguite nefrectomie (l'asportazione del rene) totali e parziali, enucleoresezioni di tumori renali, prostatectomie radicali, surrenalectomie; si riscontra un sempre maggior interesse nei confronti della nefroureterectomia (l'asportazione di rene e uretere).

Infine la laparoscopia è la tecnica di scelta nell'asportazione della ghiandola surrenale per patologia benigna e nella stragrande maggioranza per la patologia maligna.

Sono stati altresì eseguiti interventi laparoscopici di cistectomia radicale (rimozione della vescica urinaria), risultando tuttavia non altrettanto efficaci rispetto all'intervento open nei confronti del controllo a distanza della malattia e peraltro gravati da forti limiti per quanto riguarda la tecnica operatoria.

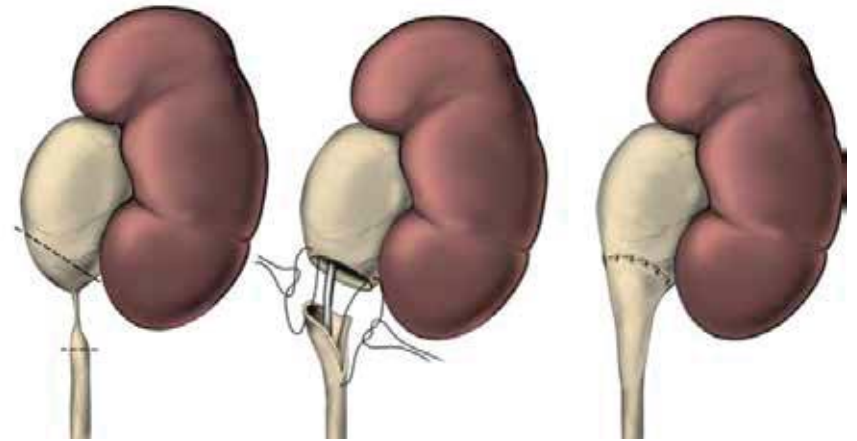
LA LAPAROSCOPIA NELLA PATOLOGIA BENIGNA UROLOGICA

La malattia del giunto

La malattia del giunto pieloureterale è tradizionalmente considerata un'ostruzione dell'uretere prossimale (quello più vicino al rene). Il rene convoglia le urine nella pelvi renale, una piccola ampolla di tessuto uroteliale (con cellule di rivestimento uguali a quelle che si trovano nell'uretere e nella vescica) a cui a sua volta si collega l'uretere. Un'ostruzione a livello della giunzione tra questi due organi causa una difficoltà nella progressione dell'urina e di conseguenza un suo ristagno nella cavità pelvica. La causa di questa patologia è ancora oggi oggetto di studio. Le varie ipotesi formulate nel tempo sono:

- > la possibile assenza della muscolatura propria dell'uretere, sostituita da strutture fibrose o da tessuti muscolari longitudinali che non permettono la corretta formazione dell'onda peristaltica che consente a sua volta all'urina di progredire all'interno dell'uretere fino in vescica;
- > la presenza di valvole all'interno della mucosa ureterale;
- > la presenza di briglie aderenziali all'esterno della pelvi renale;
- > la presenza di vasi anomali che potrebbero creare un'ostruzione ab-estrinseco (cioè per pressione dall'esterno) a livello della giunzione tra la pelvi e l'uretere.

Questa patologia può essere congenita o acquisita. Tradizionalmente si presentava come una massa palpabile al fianco causata dall'elevata quantità di urine presenti nella pelvi renale (idronefrosi), in grado di danneggiare irreversibilmente, nel lungo periodo, la funzione renale. Con il progredire delle capacità diagnostiche, la malattia congenita viene spesso identificata già in epoca prenatale e il suo trattamento è molto precoce. È possibile tuttavia che la patologia si presenti clinicamente in un'epoca più tardiva. I sintomi di presentazione sono: ricorrenti dolori al fianco, tipo colica renale, associati o meno a nausea e vomito, eventuale aumento della creatinemia e dell'azotemia, ematuria o microematuria, piuria e, talvolta, episodi di pielonefrite (infezione del rene) ricorrente.



La soluzione chirurgica della patologia è indicata in caso di dolori ricorrenti, riduzione della funzionalità renale, calcolosi renale ricorrente. Le controindicazioni principali sono deficit coagulativi, infezioni non eradicabili (che cioè non vengono eliminate) e patologie cardiopolmonari che non consentano al Paziente di affrontare l'intervento.

Esistono moltissimi approcci per il trattamento della malattia del giunto pieloureterale che variano dall'endoscopia, alla chirurgia a cielo aperto, alla chirurgia laparoscopica. La laparoscopia, che vanta 20 anni di esperienza nel trattamento di questa patologia (la prima pielo-plastica laparoscopica è stata eseguita da Schuessler nel 1993), ha una percentuale di successo che raggiunge la pielo-plastica open (maggiore del 90%) e contemporaneamente riduce la morbilità dell'intervento, consente una minor ospedalizzazione e una convalescenza più veloce, affiancata a risultati estetici ottimi.

Esistono fondamentalmente tre diversi approcci alla pielo-plastica laparoscopica: trans-peritoneale (il più utilizzato), trans-mesenterico e retroperitoneale. Prima di iniziare l'intervento chirurgico viene eseguita una cistoscopia (si tratta dell'endoscopia della vescica attraverso l'uretra) e un'ureteropielografia (indagine radiologica con mezzo di

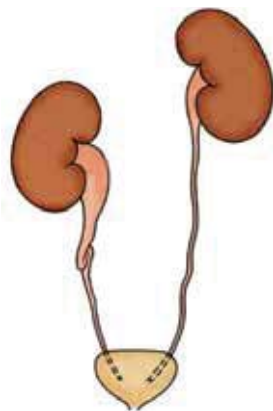
contrasto che permette la visualizzazione di uretere e pelvi renale e conseguentemente individua la stenosi). Viene poi lasciato in sede uno *stent* ureterale (un tubicino solitamente in silicone medico che serve da vero e proprio tutore ureterale), rimosso dopo l'intervento. A questo punto si creano le brecce (piccoli tagli sulla parete addominale), attraverso cui inserire gli strumenti chirurgici e la telecamera.

A seconda della conformazione anatomica e della difficoltà intraoperatoria vengono utilizzati da 3 a 5 accessi, il principale quasi sempre a livello dell'ombelico in modo da mascherare la cicatrice e avere un accesso diretto allo spazio peritoneale. Il Chirurgo isola quindi l'uretere e i vasi della pelvi renale e cerca di individuare la causa dell'ostruzione. Identificato il tratto stenotico, questo viene resecato e l'uretere, una volta "spatolato" (cioè messo a piatto per una piccola porzione), viene anastomizzato (cioè collegato) alla pelvi renale. Viene lasciato in sede uno *stent* ureterale che consente all'urina di defluire dalla pelvi alla vescica, senza intaccare eccessivamente le suture sulla via escrettrice.

Verrà rimosso poi nelle settimane successive all'intervento con una cistoscopia ambulatoriale. I giorni di degenza dopo l'operazione variano da 2 a 4; il catetere vescicale viene rimosso il primo o il secondo giorno dopo l'intervento.

Nefropessi nel rene ptosico

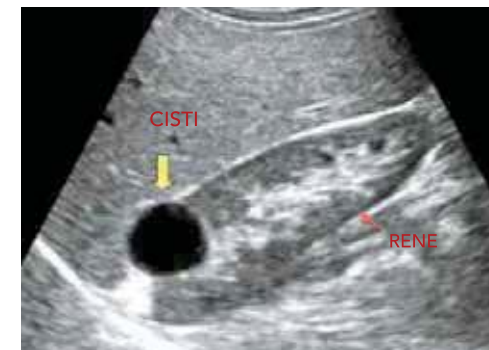
La ptosi renale è una patologia abbastanza rara: consiste nello spostamento del rene verso la pelvi (cioè più in basso) di una distanza superiore a due vertebre. Le Pazienti sono di solito giovani donne alte e magre. Si tratta di una patologia acquisita e si differenzia dall'ectopia renale pelvica



(cioè il rene spostato in un'altra sede anatomica, più spesso quella pelvica) per la presenza di una normale vascolarizzazione (infatti il peduncolo vascolare nel rene ptosico si trova in posizione normale sull'aorta e sulla vena cava, a differenza del peduncolo vascolare del rene ectopico che si posiziona in una zona vascolare diversa). La sintomatologia che si associa al rene ptosico comprende dolore al fianco tipo colica, nausea e vomito e soprattutto infezioni ricorrenti. Anche per questa patologia l'approccio laparoscopico, con l'utilizzo di 3/4 accessi, è il più consigliato. La tecnica consiste nell'esposizione completa del rene al di fuori della fascia di Gerota (cioè il complesso che fascia i reni) e della fissazione della capsula renale, con una retina simile a quella utilizzata per la correzione delle ernie inguinali, alle fasce muscolari e al peritoneo parietale. Secondo un recente studio, il 91% dei Pazienti sottoposti a questo intervento hanno mostrato una riduzione della sintomatologia dolorosa nel lungo periodo. La degenza media è di 3-5 giorni.

Marsupializzazione di cisti renali semplici

Le cisti renali semplici sono formazioni cistiche renali a contenuto sieroso - le cause sono ancora sconosciute - che si possono presentare a tutte le età, presenti nel 50% dei reni delle persone con più di 60 anni. Di norma queste formazioni sono totalmente asintomatiche e, in ragione della loro totale benignità, non necessitano di alcun trattamento. È possibile però che alcune, o per la loro posizione o per la loro dimensione, siano causa di una sintomatologia che può variare dal dolore lombare gravativo, alla colica renale, all'ematuria, all'ipertensione.



In questo caso il trattamento della cisti è necessario. La puntura percutanea della cisti, impiegata in passato, è tuttavia gravata da un'alta percentuale di recidive, anche se associata all'iniezione di sclerosanti. È quindi possibile utilizzare la laparoscopia anche nel trattamento di queste cisti: si può praticare una marsupializzazione, che consiste nell'asportazione della parete della cisti e nell'aspirazione del liquido. Usualmente si utilizzano tre accessi e la degenza post operatoria varia dai 2 ai 4 giorni.

Marsupializzazione di linfocele pelvico

La prostatectomia radicale retropubica, eseguita per via retroperitoneale, è spesso associata alla linfadenectomia pelvica, che ha lo scopo di stadiare (cioè verificarne l'estensione) al meglio la malattia e rimuovere le stazioni linfonodali che drenano la prostata, eliminando gli eventuali linfonodi malati. La linfadenectomia iliaco-otturatoria può però causare una complicanza: il linfocele pelvico (il linfocele è costituito dalla raccolta di liquido in una cavità di nuova formazione).

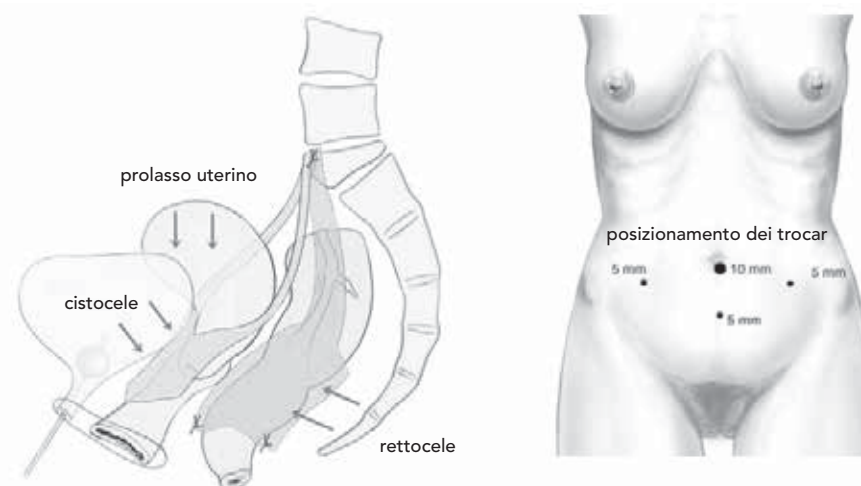
Durante la linfadenectomia i vasi linfatici vengono suturati; alcuni di essi però rimangono aperti, o perché troppo piccoli per essere individuati dal Chirurgo o perché vengono utilizzate delle tecniche meno accurate nella sutura. Di conseguenza nel periodo successivo all'intervento la linfa si accumula intorno ai vasi iliaci e crea delle raccolte; se queste non danno sintomi possono tranquillamente essere lasciate in sede. Possono però dare aumento di dimensione dell'arto inferiore (linfedema) od ostruzione della componente vascolare venosa o anticipare la sovrapposizione di infezioni. In questo caso devono essere trattate. La puntura percutanea e il drenaggio delle stesse raccolte sono gravati da un elevato numero di recidive.

Anche in questa patologia la laparoscopia può essere utile, consentendo di marsupializzare la raccolta (eliminare la parete del-

la raccolta stessa) attraverso un approccio chirurgico mininvasivo con pochi giorni di degenza e una pronta ripresa funzionale. Sono utilizzati tre accessi, di cui uno periombelicale.

Colposospensione o colposacropessia

Vescica e uretra devono essere considerate un'unità morfo funzionale. Nella donna l'uretra risulta decisamente più corta rispetto a quella dell'uomo e il meccanismo della continenza è intrinsecamente legato alla funzionalità del pavimento pelvico. In seguito a danni legati al parto naturale o a un meccanismo parafisiologico (perdita di elasticità tissutale in seguito alla menopausa), è frequente che la donna presenti un certo grado di incontinenza nella seconda parte della sua vita adulta. È possibile che questo sia dovuto a una semplice perdita di funzionalità del pavimento pelvico, per cui l'uretra, non più sostenuta, tende a "scivolare verso il basso" e a perdere il meccanismo di continenza o che la perdita di funzionalità del pavimento pelvico si associ a prollasso della vescica sulla parete anteriore della vagina o a un prollasso pelvico completo.



Gli approcci chirurgici che prevedevano la sospensione dell'uretra e della vescica sono stati sviluppati a partire dal 1949 da Marshall, Marchetti e Krantz con la sospensione della fascia periuretrale alla faccia posteriore della sinfisi pubica (l'articolazione che collega le due ossa dell'anca). Burch ha sviluppato una tecnica modificata che prevede l'ancoraggio al legamento di Cooper, utilizzando il tessuto vaginale come ancoraggio per la fascia periuretrale.

Questa tecnica, modificata in alcuni aspetti tecnici, viene utilizzata ed eseguita per via laparoscopica, permettendo un approccio mininvasivo con tutti i vantaggi della laparoscopia. Per quanto riguarda invece i prolapsi maggiori è possibile praticare la colposacropessia, cioè la sospensione dell'uretra e della parete vaginale anteriore e posteriore alla faccia anteriore del sacro, eliminando o riducendo il prollasso vaginale e i sintomi urinari e sessuali che lo accompagnano.

LA LAPAROSCOPIA NELLA PATOLOGIA MALIGNA

La chirurgia renale laparoscopica

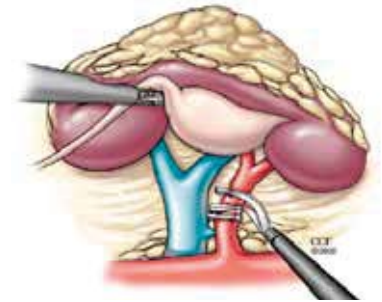
Il tumore del rene viene trattato con approccio chirurgico fin dalla seconda metà dell'800. La scarsa risposta di questo tipo di tumori alla chemioterapia fa sì che l'approccio chirurgico sia da sempre considerato la prima e principale opzione terapeutica. Tradizionalmente l'intervento per questo tumore è stato rappresentato dalla nefrectomia radicale, cioè dall'a-



sportazione in blocco del rene e del grasso perirenale contenuto nella fascia del Gerota. Inizialmente sviluppata come chirurgia alternativa per i Pazienti con un solo rene funzionante, incoraggiati dai risultati oncologici, la chirurgia parziale del rene ha preso sempre più piede.

La nefrectomia radicale laparoscopica

Lo sviluppo della laparoscopia è stato esteso anche alla chirurgia oncologica maggiore. In urologia i primi interventi eseguiti sono stati quelli di chirurgia radicale renale. La presenza di un solo peduncolo vascolare (formazione allungata che collega un organo interno con un altro), la posizione favorevole del rene e la semplicità di esecuzione



hanno diffuso la tecnica. Grazie a numerosi studi che mettono in paragone la chirurgia radicale open con la chirurgia radicale laparoscopica, le linee guida europee individuano la laparoscopia come tecnica *gold standard* nel trattamento del carcinoma renale localizzato. Tuttavia, la presenza di masse renali superiori ai 10 cm (T2b) e gli stadi successivi necessitano di un approccio chirurgico open per consentire al Chirurgo una miglior asportazione della lesione ed eventualmente far propendere per una nefrectomia allargata.

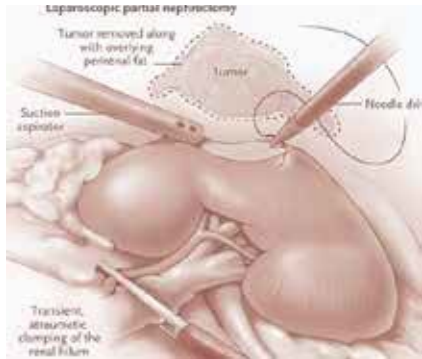
Per eseguire una nefrectomia radicale laparoscopica vengono utilizzati dai 4 ai 5 accessi addominali. Il Chirurgo isola il peduncolo vascolare



del rene e l'uretere attraverso un accesso peritoneale e lo scollamento del colon. Sutura l'uretere e i vasi dell'ilo renale. Dopo aver controllato le suture e verificato l'emostasi si rimuove il rene attraverso un accesso minimo eseguito in fossa iliaca. Viene lasciato un drenaggio in

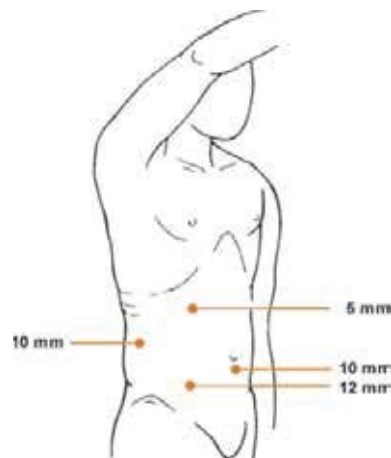
sede e un catetere vescicale. La degenza media dopo l'operazione varia da 3 a 5 giorni. Il recupero post intervento è molto rapido, il dolore post operatorio, in rapporto a un accesso classico "open", è decisamente inferiore e la radicalità oncologica è garantita, come si evince dalla numerosa mole di lavori scientifici.

L'enucleoresezione renale e la chirurgia *nephron sparing*



Le linee guida europee, forti di numerosi studi volti a valutare la radicalità oncologica nella semplice resezione della massa tumorale in rapporto alla chirurgia radicale, individuano nella chirurgia *nephron sparing* (quella in cui si resecta esclusivamente la massa tumorale e si

mantiene in sede il rene) un ottimo approccio terapeutico nel trattamento di tumori renali delle dimensioni inferiori a 7 cm (T1a e T1b). Pur se ancora non rappresenta il *gold standard* in questo tipo di chirurgia, la laparoscopia mostra risultati promettenti dal punto di vista oncologico in rapporto all'accesso open. Di conseguenza è consigliata in tumori renali facilmente raggiungibili ed eseguita a discrezione del Chirurgo. La tecnica prevede l'isolamento del rene e l'individuazione della lesione. Si può eseguire senza preventivamente "clampare" l'arteria renale (chiudere il circolo renale) somministrando al Paziente farmaci che riducono la pressione arteriosa sistemica durante l'operazione e quindi consentono una riduzione

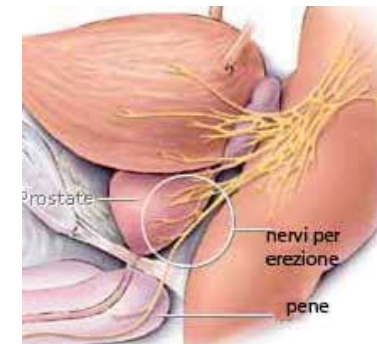


del sanguinamento. Un volta eliminato il tumore, viene suturata la breccia sul rene e la massa viene asportata attraverso uno degli accessi addominali utilizzati per i *trocar* (preferibilmente quello a livello ombelicale per migliorare i risultati estetici). I giorni di degenza variano da 3 a 5 e i vantaggi sono quelli tipici della laparoscopia, con in aggiunta la possibilità di non chiudere il circolo renale e quindi non creare danno alle cellule renali rimanenti.

La prostatectomia radicale laparoscopica

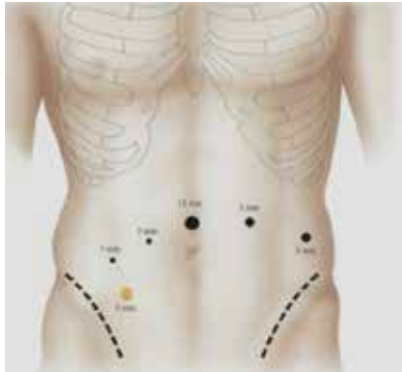
Il carcinoma della prostata rappresenta il primo tumore come incidenza nella popolazione maschile e comprende diverse entità cliniche. È noto infatti che esistano tumori con caratteristiche di aggressività biologica più spiccate rispetto ad altri tumori che ne hanno invece una minore.

A partire dagli anni Novanta, la terapia del carcinoma prostatico localizzato è stata rappresentata dalla prostatectomia radicale retropubica, intervento introdotto da Walsh, che prevede l'asportazione della prostata in blocco con le vescichette seminali con



successiva anastomosi (collegamento) tra vescica e uretra. Le complicanze maggiori di questo intervento possono essere il deficit della funzione sessuale (impotenza) e l'incontinenza urinaria dovuta all'eliminazione dello sfintere interno dell'uretra, che viene asportato insieme al pezzo operatorio. In seguito è stata introdotta la prostatectomia radicale nerve sparing con tecnica open (che risparmia cioè i tessuti che contengono i nervi deputati all'erezione). Grazie a studi compiuti

su Pazienti sottoposti a intervento chirurgico radicale o a radioterapia radicale della prostata è stato possibile raggruppare i Pazienti in diverse classi di rischio di progressione (basso, medio e alto grado), in base allo stadio clinico, al grado di Gleason (che rappresenta l'aggressività biologica del tumore) e al PSA preoperatorio.

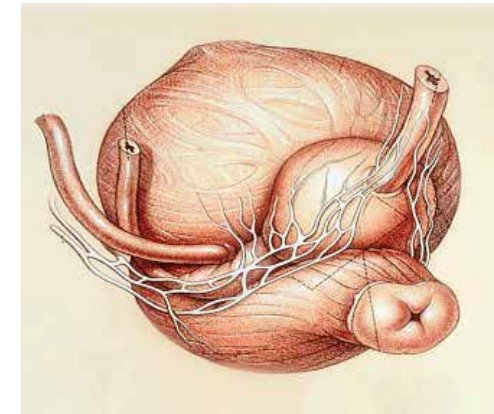


Nel 1997 è stata eseguita la prima prostatectomia radicale laparoscopica e la tecnica nel corso degli anni si è perfezionata. L'intervento richiede un Chirurgo esperto ma può consentire notevoli vantaggi. Le indicazioni alla chirurgia laparoscopica

sono identiche a quelle per la chirurgia tradizionale open (stadio clinico inferiore a T2) ma trovano maggior indicazione nelle classi a basso e medio rischio. La magnificazione (cioè l'ingrandimento della zona grazie all'utilizzo di una telecamera) consente di avere una miglior visualizzazione dei piani chirurgici e agevola una dissezione più accurata che, nel caso in cui venga adottata una strategia nerve sparing, garantisce maggiori probabilità di successo dell'intervento. Allo stesso modo l'esecuzione dell'anastomosi (vale a dire l'unione tra gli organi interni per consentirne la ripresa funzionale), seppur tecnicamente complessa per la difficoltà dell'esecuzione delle suture per via laparoscopica, permette, nelle mani di un Chirurgo laparoscopista esperto, di preparare al meglio l'anastomosi uretro-vescicale.

Inoltre la prostatectomia radicale laparoscopica consente minori tempi di degenza (il Paziente può essere dimesso dopo

2 o 3 giorni con il catetere vescicale in sede e trascorrere una parte della degenza al suo domicilio, con successiva rimozione del catetere vescicale), una minor incidenza di deficit erettile (grazie alla migliore conservazione dei bundle vascolo-nervosi, per la magnificazione ottica della laparoscopia) e una più precoce continenza postoperatoria. Diversi studi inoltre enfatizzano un minor dolore postoperatorio e risultati estetici eccellenti.



La surrenalectomia laparoscopica

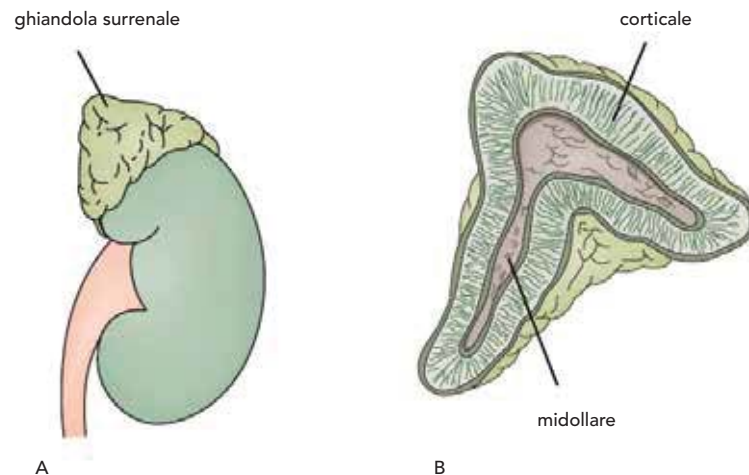
Il **surrene** è una ghiandola endocrina che, come suggerito dal nome, è situata sopra il rene, bilateralmente. Sono quindi due piccole ghiandole (4-6 grammi), di forma piramidale, costituite fondamentalmente da due zone. Per il 90% da una parte più esterna definita "corticale" e per il 10% da una più interna o "midollare".

Esse producono alcune sostanze definite ormoni (**aldosterone**, **cortisolo** e **ormoni sessuali** nella zona esterna; **adrenalina** e **noradrenalina** nella zona midollare): tutti questi ormoni svolgono importanti funzioni e risultano fondamentali per la sopravvivenza dell'individuo; sono fondamentali, infatti, nelle risposte acute agli eventi stressanti e improvvisi, nello sviluppo dei caratteri sessuali, o addirittura nell'impedire una caduta a terra quando si passa dalla posizione sdraiata a quella eretta; infatti, chi è stato sottoposto ad asportazione chirurgica di

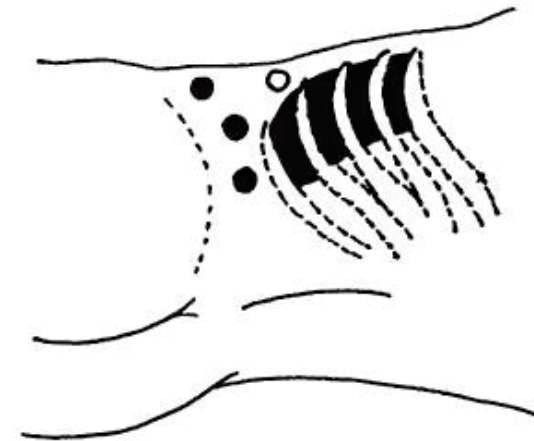
entrambi i surreni deve necessariamente effettuare una terapia sostitutiva, cioè deve prendere dei farmaci che sostituiscano, in tutto e per tutto, gli ormoni che normalmente vengono prodotti dai surreni. Le ghiandole surrenaliche, inoltre, possono causare dei disturbi nel caso in cui funzionino o troppo o troppo poco; le cause di queste disfunzioni sono molteplici, e variano dalle condizioni più benigne a quelle più aggressive a seconda delle cause e delle zone interessate. Esse sono conosciute per esempio come iperalderosteronismo, morbo di Cushing, sindrome adrenogenitale, feocromocitoma, iposurrenalismo.

Le cellule delle ghiandole surrenaliche possono anche andare incontro a una degenerazione tumorale che può essere benigna, non preoccupante, o maligna. Quest'ultima situazione è abbastanza rara, ma con un andamento molto aggressivo.

Inoltre le ghiandole surrenaliche possono essere bersaglio di lesioni secondarie metastatiche.



Il trattamento chirurgico laparoscopico dei tumori benigni del surrene di dimensioni non superiori ai 6 cm è considerato da tutte le linee guida nazionali e internazionali la terapia *gold standard*. Fondamentalmente i *trocar* vengono posizionati in modo molto simile a quello che avviene per gli interventi laparoscopici sul rene.



Le caratteristiche della chirurgia laparoscopica che abbiamo già precedentemente elencato e cioè: minore invasività, rapida ripresa dell'autosufficienza, degenza postoperatoria di circa 2-4 giorni, una minor incidenza dell'infezione delle ferite e dei laparoceli (ernie postoperatorie), più rapida dimissione e precoce ripresa dell'attività sportiva e lavorativa, sono vantaggi che si ottengono anche per questo tipo d'intervento.

È possibile utilizzare la chirurgia laparoscopica anche per quanto riguarda la patologia maligna (primitiva o metastatica), ma in casi selezionati e in centri di riferimento.

PUBBLICAZIONE

What's new in

COLLANA

Tecniche

TITOLO

Laparoscopia in urologia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

AUTORE

Dott. Carlo Introini

EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

PROGETTO GRAFICO

Gommapane

Stampato nel mese di dicembre 2013



MONTALLEGRO



COLLANA "TECNICHE"

La parola tecnica deriva dal greco τέχνη (téchne) che letteralmente significa "arte", intesa come capacità di "saper fare" o "saper operare". Tecnica rappresenta perciò l'insieme delle norme da seguire in un'attività, sia essa esclusivamente intellettuale o anche manuale.

Questa definizione si adatta perfettamente alle "tecniche" diagnostiche e terapeutiche che prevedono una pianificazione precisa degli obiettivi (l'inquadramento diagnostico e la successiva terapia del malato) e la scelta dei mezzi più opportuni (le procedure, le attrezzature e lo strumentario chirurgico) per raggiungerli. La collana ha lo scopo di divulgare i materiali e i metodi utilizzati oggi "nell'arte medica" per raggiungere lo scopo ultimo di tutti i nostri sforzi: diagnosticare e curare.

Altre pubblicazioni della stessa collana:

Laparoscopia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

Laparoscopia in ginecologia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

clienti@montallegro.it - info@montallegro.it - www.montallegro.it

