

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA PER VIA EXTRAPERITONEALE

G.Martina , S.Scuzzarella, P.I.Giumelli, G.Caruso, M.Remotti. Ospedale Di Sondalo - Sc Urologia - Direttore Dr G Martina

La nefrectomia laparoscopica extraperitoneale puà rappresentare in vari casi una valida alternativa alla nefrectomia laproscopica per via intraperitoneale, soprattutto in caso di patologia benigna ma anche per patologia neoplastica, purchè in presenza di neoplasie non eccessivamente voluminose. Utilizziamo sempre 4 porte e prepiariamo la cavità secondo le modalità proposte in un altro video(MODALITA' DI PREPARAZIONE DELLA CAVITA' PER ACCESSI LAPAROSCOPICI RETROPERITONEALI AL RENE). Dopo aver identificato il piano dello psoas e aver medializzato il rene con il grasso perirenale, identifichiamo l'ureere. - Si inizia con l'identificazione dell'arteria renale, seguendo il piano dello psoas l'identificazione è agevole, utilizzando l'ultracision si scolla il tessuto periavventiziale e con un passafili laparoscopico si isola ampiamente l'arteria. - La chiusura della stessa avviene con clip Hem-o-lok, particolare attenzione va posta nella loro chiusura. Se non vi fosse compreso l'intero vaso, si potrebbe provocare un'emorragia importante. - Completata la chiusura del vaso se ne esegue la sezione. - Subito dietro l'arteria si identifica la vena, anch'essa viene liberata dal tessuto periavventiziale utilizzando l'ultracision. - Anche per la chiusura della vena preferiamo utilizzare le clip hem-o-lok, in questo caso facciamo precedere l'applicazione della clip dal posizionamento di un laccio che riduce il calibro della vena, favorendo il corretto posizionamento della clip riducendo il rischio di lesione della parete. - Una volta completata la chiusura e la sezione dei vasi ilari risulta agevole lo scollamento del rene che iniziamo dal polo superiore. - A seconda del tipo di patologia si puà decidere di lasciare in sede o meno la ghiandola surrenalica - E' di fondamentale importanza per la prosecuzione dell'intervento identificare e sviluppare il piano tra capsula adiposa e peritoneo anteriormente - Dopo aver completato tale piano si isola il polo inferiore e si seziona tra clip l'uretere. - L'estrazione del pezzo avviene in un endo bag da 15 mm introdotto dopo aver sostituito il trocar da 10 mm con un trocar da 15 mm - L'endo bag viene quindi estratto da un ampliamento della porta centrale dopo aver divaricato a stella la muscolatura lombare - Il drenaggio e la sutura degli accessi completano l'intervento.