

Risultati: La colica reno-ureterale si presenta soltanto nel 15% dei casi e la sintomatologia pediatrica spesso è attenuata rispetto all'adulto. L'ecografia reno-vescicale è l'indagine di prima scelta perché non espone a radiazioni ionizzanti e nella maggior parte dei casi consente di identificare calcolo ed idronefrosi. Le indagini radiologiche tradizionali (Rx reno-vescicale diretta, urografia e TC) sono di secondo livello ed il loro utilizzo è limitato qualora l'ecografia non permetta la diagnosi. La terapia medica consente di eliminare il dolore e spesso favorisce l'espulsione del calcolo; qualora fallisca, la terapia più utilizzata rimane l'ESWL. L'ureteroscopia nei bambini è oggi più diffusa grazie alla disponibilità di strumenti di calibro ridotto (4.5, 6.8, 7 Fr) che rendono la procedura agevole e la trissia del calcolo. Tra le sorgenti energetiche utilizzate, quella più diffusa attualmente è il laser ad olmio seguita dal lithoclast. La PCNL e la chirurgia sono indicate soltanto in rari casi selezionati.

Conclusioni: In mani esperte e in centri attrezzati l'ureteroscopia con litotrissia laser infantile rappresenta una metodica sicura ed efficace, rispettosa dell'anatomia ureterale e vescicale.

PIELOPLASTICA RETROPERITONEOSCOPICA

G. Martina, P.I. Giumelli, G. Caruso, M. Remotti, F. Cantoni, S. Scuzzarella
SC Urologia, Ospedale Morelli, Sondalo (SO)

Nel video viene descritta la tecnica utilizzata per l'intervento di pieloplastica laparoscopica. L'accesso è retroperitoneoscopico classico con posizionamento di quattro trocar. Prima dell'intervento posizioniamo un monoJ che lasciamo all'esterno e che utilizzeremo al termine della procedura per eseguire una prova di tenuta. Prepariamo la cavità retroperitoneale e per aumentarne lo spazio sospendiamo il grasso perirenale con dei fili che passiamo all'esterno attraverso un ago. Nel video in questione trattasi di un'anomalia intrinseca del giunto. Sospendiamo con due fili passati all'esterno la parte declive e la porzione più alta del giunto stesso. Non disinseriamo subito la pelvi dall'uretere ma spatoliamo prima l'uretere e successivamente diamo il primo punto tra porzione declive dell'uretere e della pelvi ciò al fine di non aumentare troppo la diastasi tra uretere e pelvi con il rischio di lacerare l'uretere durante l'annodamento. Asportiamo quindi

la porzione giuntale e la pelvi in eccesso. Confezioniamo prima il piatto posteriore dell'anastomosi, utilizzando monofilamento 0000, con una sutura a punti staccati. Successivamente chiudiamo anche il piatto anteriore, sempre utilizzando punti staccati. Al termine della procedura eseguiamo prova di tenuta con riempimento retrogrado attraverso il monoJ. Il catetere monoJ viene spinto in vescica in 2a giornata postoperatoria e viene rimosso dopo 15 giorni.

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE - NOSTRA ESPERIENZA (VIDEO)

P. Fedelini, R. Campese, C. Meccariello, M. Rubino, M. Fedelini, A. Masala
UOSC Urologia Cardarelli Napoli

Introduzione: La pieloplastica a cielo aperto è ancora considerata la procedura d'elezione per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale, considerato che il successo della tecnica arriva fino a percentuali del 99%. La morbilità dell'incisione lombare ha portato all'esplorazione di nuove tecniche: l'endopielotomia anterograda o retrograda hanno reso la metodica meno invasiva e in alcuni casi quasi ambulatoriale. Ma le percentuali di successo di queste tecniche non vanno oltre il 70-80 % e si associano ad un rischio emorragico superiore a quello della chirurgia aperta. La pieloplastica laparoscopica introdotta nel 1993 combina la ridotta morbilità della laparoscopia con la possibilità ricostruttiva chirurgica e mostra percentuali di successo allo stato attuale simili a quelle della chirurgia aperta.

Materiali e metodi: Gli AA presentano attraverso il video la casistica riferita ad un periodo di 18 mesi (dal Maggio 2004 al Novembre 2005). In tale periodo sono stati sottoposti ad intervento di pieloplastica laparoscopica transperitoneale 21 pazienti. Contemporaneamente sono state effettuate 5 pieloplastiche a cielo aperto e 3 endopielotomie anterograde. L'età variava da 9 anni a 62 anni. In 18 casi è stata praticata la tecnica di Anderson-Hynes, in 2 casi la tecnica di Fenger e in un caso la ureteropielolisi (associata alla resezione di una voluminosa cisti parapielica ostruente la giunzione pelo-ureterale). Il tempo operatorio è stato di 6 h per i primi 2 casi a 2 h 30' per gli ultimi 6 casi con un minimo di 2 h ed una media di 3h 30'. La degenza media è stata di 5 giorni con