

Miniinvazivní pyeloplastika – zlatý standard?

Schmidt M., Chocholatý M., Veselý Š., Dušek P., Babjuk M.

Urologická klinika UK 2. LF a Fakultní Nemocnice Motol, Praha



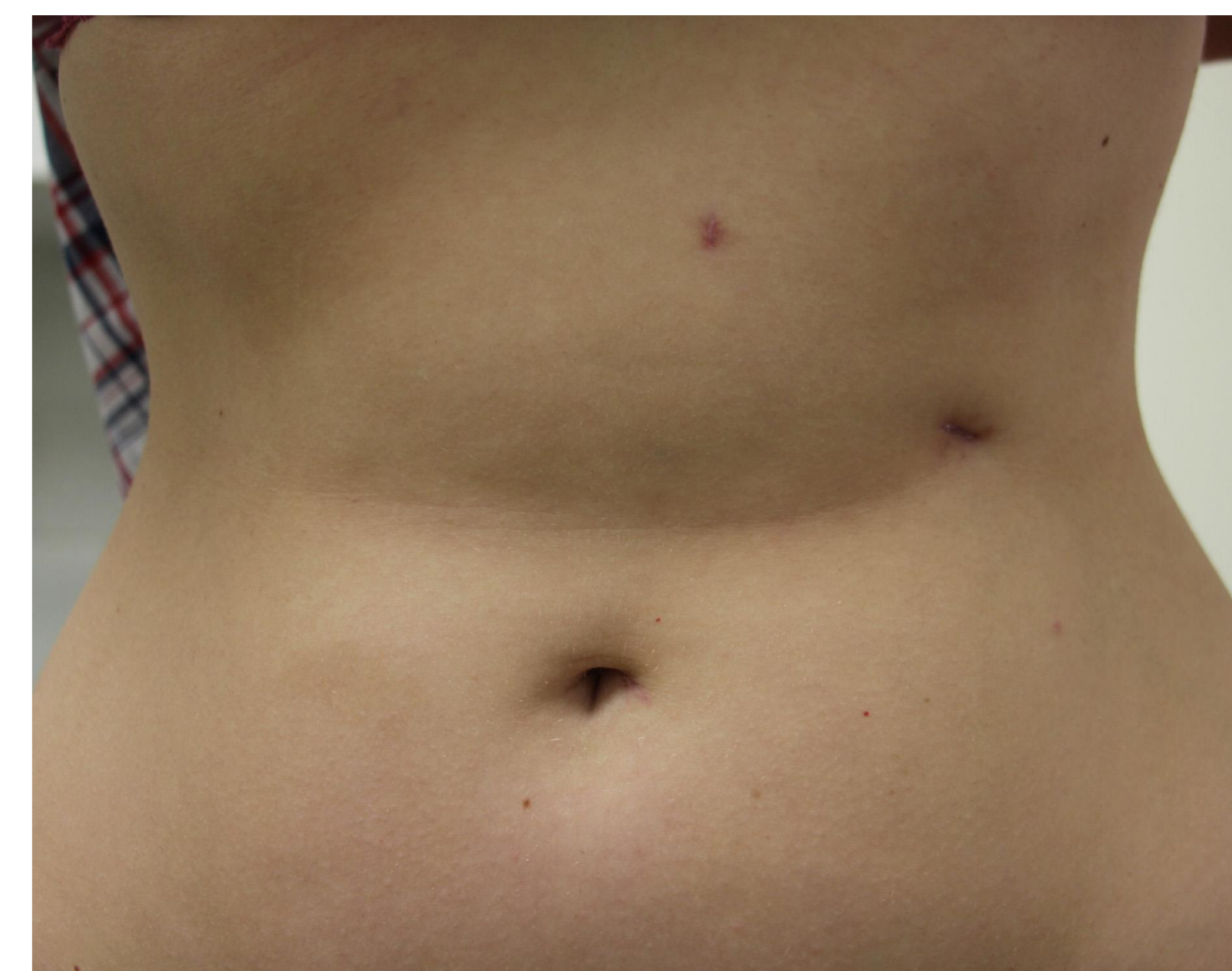
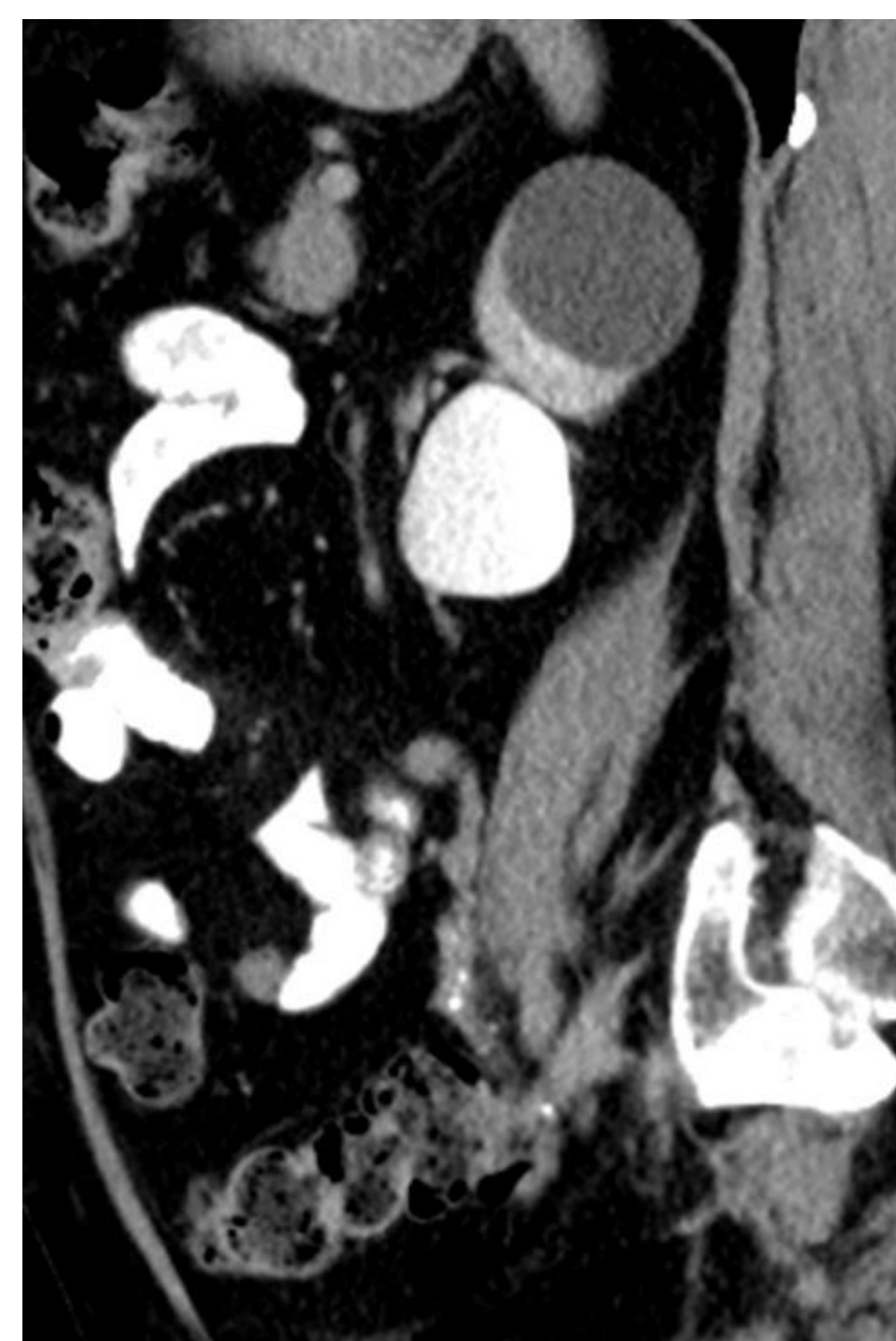
Laparoskopická meloplastika se v posledních letech stala nedílnou součástí léčby pacientů s hydronefrózou na podkladě kongenitální stenózy pyelo-ureterální junkce (PUJ). Ve srovnání s otevřenou operací způsobuje minimální narušení integrity těla pacienta, krátkou hospitalizaci a rychlou rekonvalescenci. Ve srovnání s endopyelotomií, vykazuje vyšší účinnost a nižší výskyt recidivy stenózy přechodu.

CÍL

Zhodnocení vlastního souboru 58 pacientů s prokázanou stenózou PUJ, kteří podstoupili laparoskopickou pyeloplastiku na našem pracovišti v období 2/2008– 6 /2015.

MATERIÁL A METODY

U 46 pacientů byl prokázán obstrukční nález při dynamické scintigrafii ledvin (DSL). U 12 pacientů předoperační DSL nebyla provedena pro přítomnost akutně zavedeného stentu při litáze, nebo infekci. U všech vyšetřených pacientů byl při DSL prokázán obstrukční charakter exkreční části křivky a paritně snížená funkce hydronefrotické ledviny. V 1 případě se jednalo o recidivu stenózy PUJ po otevřené pyeloplastice v dětství, v 1 po předchozí EPT. U 1 pacienta byla provedena operace na solitární ledvině, u 1 při ureter fissus. Operační výkon byl u všech pacientů proveden transperitoneálně, u 39 pacientů s využitím 3 portálních vstupů, u 19 se 4 porty. Ve všech případech byla provedena resekce stenotického PUJ, částečná resekce pánvičky a rekonstrukce dle Anderson-Hynese. V případě křížících pánvičkových cév byla provedena antepozice nově vytvořené junkce před cévní struktury. Pacienti byli pooperačně zajištěni pig tail katetrem ponechaným in situ 4-6 týdnů. U všech pacientů byl hodnocen ústup symptomatologie a u části pacientů kontrolní DSL cca za 6 měsíců od operačního výkonu. Pig tail byl ve většině případů zaveden předoperačně a anastomóza junkce provedena na stentu. Ve studii jsme hodnotili úspěšnost léčby, pooperační komplikace a délku hospitalizace.



VÝSLEDKY

Přítomnost aberantního cévního svazku pro dolní pól ledviny, jako příčinu hydronefrózy jsme identifikovali u 30 z 58 pacientů. Antepozice nově vytvořené junkce byla provedena u 28 pacientů. Současná extrakce nefrolitiázy pomocí flexibilního uretroskopu, zavedeného portálním vstupem byla provedena u 5 pacientů. Všechny operace byly dokončeny laparoskopicky bez potřeby konverze na otevřený výkon. Krevní převody nebyly nutné u žádného z pacientů. V pooperačním období jsme zaznamenali komplikaci u 2 pacientů (3,4%). V 1 případě bylo nutné zavedení perkutánní nefrotomie pro krvácení do pánvičky s neprůchodností stentu při výrazně hypofunkční ledvině, v 1 případě rehospitalizace pro febrilní stav zvládnutý konzervativně ATB. Při průměrné délce sledování 1304 dní (28-2702) jsme recidivu stenózy PUJ identifikovali u 2 z 58 pacientů (3,4%). U 1 pacienta byla recidiva řešena neúspěšnou endopyelotomií a pacientovi byla doporučena nefrektomie. U 1 pacienta byla restenóza řešena dočasným zavedením pig tail katetru bez nutnosti reoperace. Průměrná doba hospitalizace byla u našeho souboru pacientů 5,5 dní (2-10).

SOUHRN

Miniinvazivní pyeloplastika je bezpečná operační technika s vysokou účinností, krátkou hospitalizací a nízkým procentem komplikací. V léčbě stenózy PUJ u dospělých pacientů ji považujeme za zlatý standard.