

Le complicanze chirurgiche post prelievo renale. La Laparoscopia può essere di aiuto?

L'incidenza delle complicanze chirurgiche del trapianto renale è paradossalmente modesta, si aggira intorno 18%. A dispetto anche degli evidenti fattori di rischio che gravano i soggetti immunodepressi, le sequele postoperatorie dipendono sia dalla terapia intensiva che dalla selettività degli immunosoppressori.

Le complicanze chirurgiche non sono meno gravi e richiedono un trattamento rapido e adeguato. Con lo sviluppo delle nuove tecnologie si è modificato il contesto del loro trattamento.

La prevenzione delle complicanze gioca un ruolo fondamentale, in relazione alla qualità dell'organo da trapiantare, specialmente con l'ispezione dei peduncoli vascolari e dell'uretere.

La maggiore complicanza post trapianto renale è rappresentata dai linfoceli, che varia dal 2% al 18%. La maggior parte dei linfoceli sono piccoli, asintomatici e si riassorbono spontaneamente. La presenza di questi viene confermata con l'ecografia; diagnosi differenziale va posta con una fistola urinaria.

La terapia dei linfoceli varia a seconda delle dimensioni: i linfoceli asintomatici vanno tenuti sotto osservazione; mentre in quelli sintomatici è indicata in prima istanza l'aspirazione del liquido; se il versamento persiste, o se la raccolta recidiva precocemente, si effettua un drenaggio percutaneo, se dovesse risultare insufficiente è necessario intervenire chirurgicamente.

Altre complicanze sono rappresentate da quelle vascolari, che possiamo dividere in complicanze precoci e tardive.

Tra le prime ritroviamo le emorragie postoperatorie. Che possono manifestarsi dalla semplice fuoriuscita di sangue dai drenaggi sino allo stato di shock ipovolemico del paziente. In queste situazioni è necessario un reintervento chirurgico precoce.

Complicanza rara (dal 0.9% al 3.5%) ma con prognosi grave è la trombosi dell'arteria renale. Questa evenienza può mettere in pericolo la sopravvivenza del rene trapiantato. Esistono diverse cause: una dissezione o un'estesa lesione intimale provocata da un'eccessiva trazione sui vasi, torsione dei vasi, confezione di un'anastomosi stenotante. Infine possono essere in gioco alcune cause di carattere generale come l'ipovolemia ed uno stato di ipercoagulabilità.

Nella maggior parte dei casi la diagnosi viene confermata da un ecodoppler o dall'angiografia che rileva l'assenza di qualsiasi segnale, quindi il trattamento sarà la trapiantectomia.

Altra complicanza rara e temibile è data dalla trombosi della vena renale. Essa è spesso legata ad un errore tecnico: una sutura stenotante, il malposizionamento del trapianto, una plicatura. Può essere causata anche da una compressione da parte di un linfocele oppure da un ematoma localizzato nella zona di trapianto.

La diagnosi della trombosi della vena renale si avvale principalmente dell'ecodoppler e/o dell'angiografia.

Il trattamento varia a secondo il tipo di trombosi. Se la trombosi è parziale, l'espianto del rene con una trombectomia e successivo reimpianto è l'opzione più favorevole.

Tra le complicanze tardive riscontriamo le stenosi arteriose. Rappresentano le complicanze vascolari più frequenti nel trapianto renale.

Molte volte sono asintomatiche; altre, invece possono essere diagnosticate con comparsa dell'aggravamento di uno stato di ipertensione arteriosa oppure in presenza di degradazione della funzione renale. L'esame principe per effettuare diagnosi è dato dall'arteriografia, che consente di individuare la sede della stenosi. Il trattamento si fonda in un primo tempo sulla radiologia interventistica, la percentuale di successo arriva sino al 75%.

In alcuni casi e soprattutto in casi di stenosi recidivante il trattamento è di tipo chirurgico.

Altre complicanze tardive sono rappresentate dai falsi aneurismi.

Essi compaiono in un contesto di sepsi locale con formazioni di ascessi in loggia renale, lungo la parete.

Ulteriori complicanze possono riguardare l'apparato urinario.

Le fistole urinarie sono ancora una causa di morbilità non trascurabile nei pazienti trapiantati.

La sintomatologia varia a seconda che la sede del trapianto sia ancora drenata o meno; in quanto una fistola precoce è spesso diagnosticata da una quantità abbondante di liquidi dai drenaggi. Invece, se la fistola non è drenata compare febbre, alterazione della funzionalità renale. La diagnosi è suggerita dall'ecografia che svela la presenza di una raccolta associata a idronefrosi. Ma la conferma della presenza della fistola avviene grazie ad una cistografia retrograda.

Altre complicanze urinarie sono date dalle stenosi precoci o tardive.

Le stenosi precoci sono legate alla presenza di un edema della giunzione ureterovesicale o ad un ematoma compressivo oppure da un errore tecnico.

Le stenosi tardive sono molto spesso dovute ad un'ischemia localizzata della parte distale dell'uretere; possono anche essere dovute ad un'estesa stenosi causata da un'infezione urinaria cronica.

Complicanze più rare sono rappresentate dagli idroceli.

La nefrectomia laparoscopica del donatore di rene è stata sviluppata a partire dagli anni '90 grazie all'esperienza di Clayman che ha effettuato la prima nefrectomia laparoscopica. Cinque anni dopo, Ratner e Kovoussi hanno eseguito la nefrectomia laparoscopica nel prelievo di rene da donatore vivente. Da allora la tecnica è stata progressivamente sempre più utilizzata, ed è diventata la tecnica standard di prelievo di rene in numerosi Paesi.

Le controindicazioni alla nefrectomia laparoscopica sono le stesse della nefrectomia open. I pazienti che vengono sottoposti all'intervento con tecnica laparoscopica dimostrano un vantaggio dal punto di vista della sintomatologia algica post-operatoria, di una ridotta ospedalizzazione, di una più rapida ripresa delle attività quotidiane. La nefrectomia del donatore presenta un rischio contenuto di complicanze chirurgiche, con sporadiche segnalazioni di complicanze maggiori ed una modesta incidenza di complicanze lievi, e riteniamo importante sottolineare che i fattori di rischio correlati allo sviluppo di tali complicanze sono, oltre a quelli generici quali l'obesità, l'abitudine al fumo e l'età avanzata, specificamente correlati al volume di attività del Centro. Numerosi Autori hanno confrontato i risultati a breve e a lungo termine nei donatori sottoposti a nefrectomia con tecnica *open* e laparoscopica e vi è un generale consenso nel ritenere la tecnica laparoscopica altrettanto sicura per il donatore di quella tradizionale, con il vantaggio di una riduzione del dolore post-operatorio e cronico, dell'ospedalizzazione e dei tempi di recupero delle normali attività lavorative e della vita quotidiana, oltre ad un risultato estetico più soddisfacente. I fattori tecnici che maggiormente possono influenzare la qualità dell'organo e quindi il risultato del trapianto

renale sono la lunghezza dei vasi renali, la durata dell'ischemia calda, la lunghezza e la vascolarizzazione dell'uretere, e l'eventuale effetto dello pneumoperitoneo sul flusso renale. La possibilità di effettuare un intervento mini-invasivo può essere di incentivo alla donazione di rene da vivente, il che risulta particolarmente importante nel contesto di carenza di organi da donatore cadavere.