

Robotgeassisteerde T-plastie voor recurrenente blaashalsscleroses: beschrijving van de chirurgische techniek en een eerste rapportering van de chirurgische uitkomsten

Wesley Verla^{1,*}, Zeyu Wang¹, Mieke Waterschoot¹, Thomas Tailly¹, Nicolaas Lumen¹

¹ *Departement urologie, Universitair Ziekenhuis Gent, 9000 Gent, België*

^{*} *Corresponderend auteur*

Doelstelling: Een blaashalssclerose kenmerkt zich door een circulaire, fibrotische vernauwing van de blaashals en is een gekende complicatie na chirurgie voor benigne prostaathyperplasie. Deze complicatie wordt gezien bij 0 tot 10% van de geopereerde patiënten. De eerstelijnsbehandeling van een dergelijke blaashalssclerose betreft een endoscopische incisie of resectie van het littekenweefsel, wat een succespercentage van 50 tot 70% met zich meebrengt. Bij herval na een eerste endoscopische ingreep is er sprake van een 'recurrente' blaashalssclerose en is de slaagkans van een nieuwe endoscopische ingreep klein. In dat scenario kan een blaashalsreconstructie met een lokale blaasflap echter wel succesvol zijn. De T-plastie is hier een voorbeeld van en werd in 2016 als open ingreep beschreven. Dezelfde reconstructieve procedure is evenwel ook mogelijk via laparoscopie, al dan niet robotgeassisteerd. Het doel van deze studie is om de chirurgische techniek van een robotgeassisteerde T-plastie te beschrijven en de chirurgische uitkomsten te rapporteren.

Methoden: Sinds 2018 werd aan patiënten met een recurrenente blaashalssclerose in ons tertiair centrum een robotgeassisteerde T-plastie aangeboden en werd hun data bijgehouden in een prospectieve database na goedkeuring van het lokaal ethisch comité (B670201940616). Alle ingrepen werden uitgevoerd met een DaVinci (IntuitiveTM) robotsysteem. De systeemopstelling, positionering van de patiënt en trocarplaatsing is vergelijkbaar met de installatie voor een robotgeassisteerde radicale prostatectomie. Na het neerlaten van de blaas en het ontwikkelen van de ruimte van Retzius wordt de anterieure blaaswand mediaan longitudinaal geopend waarna de blaashalssclerose geïdentificeerd kan worden. Deze incisie wordt verdergezet in het anterieure prostaatkapsel tot het distale uiteinde van de fibrotisch zone weerhouden wordt. Hierna volgt een complete resectie van alle fibrose. Vervolgens wordt de vesicotomie aan het craniale uiteinde aan weerszijden horizontaal verlengd over 3 tot 4 cm (omgekeerde T-vorm) om zo 2 gevasculariseerde blaasflappen te bekomen welke naar beneden gebracht worden en ingehecht worden op het distale einde van de resectiezone, op het prostaatkapsel, ter reconstructie van de blaashals. De vesicotomie wordt nadien opnieuw T-vormig gesloten na het plaatsen van een transurethrale blaassonde. Finaal wordt een prevesicale drain geplaatst voor 24 tot 48 uur. De blaassonde wordt 10 tot 14 dagen behouden waarna een cystografie gepland wordt met sondeverwijdering indien geen lekkage. Nadien worden patiënten gevolgd op 3, 6 en 12 maanden postoperatief en nadien jaarlijks, telkens met anamnese, klinisch onderzoek, uroflowmetrie en residubepaling. Bij een Qmax < 15 ml/s of vermoeden van een recidief wordt een flexibele cystoscopie uitgevoerd en wordt van een recidief gesproken wanneer de 14 Charrière flexibele cystoscoop de blaashals niet kan passeren. Beschrijvende statistiek werd uitgevoerd en de Wilcoxon signed rank test werd gebruikt om preoperatieve en postoperatieve continue variabelen te vergelijken (p-waarde < 0,05 werd gedefinieerd als statistisch significant).

Resultaten: In totaal werden 6 patiënten geïncludeerd waarvan 5 na transurethrale resectie van het prostaatadenoom (TURP) en 1 na een robotgeassisteerde resectie van het prostaatadenoom. Het mediaan aantal voorgaande behandelingen voor de blaashalssclerose was 3 (range 1-16). De mediane operatietijd betrof 122 (range 110-159) minuten en de mediane hospitalisatieduur bedroeg 4 (range 3-18) dagen. Er waren geen peroperatieve complicaties. 3/6 (50%) patiënten had een Clavien-Dindo graad 2 complicatie, zijnde een urineweginfectie waarvoor antibioticabehandeling. Mediane verblijftijd van de sonde was 12 (range 3-30) dagen. Na een mediane follow-up van 26 (range 5-67) maanden waren 6/6 (100%) patiënten vrij van recidief en bleek geen de novo urinaire incontinentie of erectiele disfunctie bij een actieve bevraging hiernaar. De Qmax verbeterde van een mediaan van 5,0 (range 0-7,5) ml/s preoperatief naar een mediaan van 19 (7,0-23) ml/s postoperatief (p=0,028).

Conclusie: Het robotgeassisteerd uitvoeren van een T-plastie ter behandeling van recurrenente blaashalsscleroses is mogelijk en veilig. Het risico op een recidief is bovendien laag bij een opvolgtermijn van ongeveer 2 jaar. Grotere studies met een langere follow-up en controle groepen zijn nodig om deze resultaten te bevestigen de resultaten van deze techniek te vergelijken met de alternatieve behandelingen.