

Founded in 1924

ISSN 1124-3562

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA
ARCH IT UROL ANDROL
ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

Vol. 83; n. 1, Supplement 1, March 2011

Indexed in: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica, Medbase/Current Opinion, SIIC Data Base, SCOPUS

**10° Congresso Nazionale
Associazione Italiana di Endourologia**

**3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana**

**Presidenti del Congresso
Prof. Paolo Caione, Prof. Lorenzo Defidio**



CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO



PROVINCIA
DI ROMA



ROMA
CAPITALE

Assessorato
alle Politiche Culturali
e della Comunicazione



esut esl



SIU
SOCIETÀ ITALIANA
di UROLOGIA
FONDATA NEL 1986

SCRIPTA
MANENT
EDIZIONI

Early arterial unclamping. A 2nd suture is passed in the same way to provide resection edges approaching. The suture line is secured with multiple Lapra-Ty. The suture area is overlapped with TachoSil®.

We could retrieve from our LPN database (Excel) ischaemia data time in 65 case, whom 55 with WIT. We considered 2 group: A, 45 patients with the old style nephrorraphy and B, 10 patients with the new style nephrorraphy. *Results:* Comparing WIT of 2 group mean value (range) were respectively 24 min 12 sec (11-45) (A) and 17 min 20 sec (12-29) (B) with a better trend for new style group.

Conclusions: Up to date most important step in order to decrease WIT are 1) Knotless instead of classic suturing 2) Running instead of single suture 3) Sliding-clips renorrhaphy (2006), 4) Early arterial unclamping (2007) and 5) Barbed suture (2009).

The Heilbronn new technique for LPN is a totally absorbable renorrhaphy based on V-Lock barbed suture, avoid clips and bolster on bed of resection and secure the suture line with absorbable Lapra-Ty, the only clips made for this purpose.

V26

ENUCLEAZIONE TUMORALE LAPAROSCOPICA (LTE) PER IL TRATTAMENTO DI PICCOLE MASSE RENALI: ESPERIENZA PRELIMINARE E CONSIDERAZIONI SULLE POSSIBILI INDICAZIONI

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vittori, A. Crisci, L. Masieri, A. Mantella, M. Salvi, N. Tosi, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

U.O.C. Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Careggi, Firenze

Introduzione: La nefrectomia parziale laparoscopica (LPN) si è dimostrata una tecnica oncologicamente sicura per il trattamento delle masse renali, con il vantaggio della miniinvasività. L'enucleazione tumorale (TE) a cielo aperto garantisce un'eccellente radicalità oncologica, permettendo la massima preservazione di parenchima renale sano. Nel seguente video riportiamo la nostra esperienza di TE laparoscopica (LTE), descrivendo la tecnica chirurgica e valutando la fattibilità e le possibili indicazioni.

Metodi: Tra Novembre 2007 e Dicembre 2010, 93 pazienti con diagnosi di massa renale sono stati sottoposti a LPN. In 15 casi (15/93, 16%) è stata eseguita una LTE mentre in 78 casi è stata eseguita una LPN. Dopo l'identificazione della lesione, il limite sulla capsula renale tra tumore e parenchima renale sano viene demarcato mediante l'uso dell'uncino monopolare. Una volta posizionato il clamp vascolare, il tumore viene escisso per via smussa, utilizzando forbici a freddo e pinze atraumatiche, con l'ausilio dell'aspiratore, ed in caso di identificazione della capsula peritumorale questa viene isolata seguendo il naturale piano di clivaggio tra il parenchima renale sano e capsula tumorale.

Quindi, viene eseguita una continua con monocryl 3-0 sul letto di enucleazione per la sintesi di eventuali aper-

ture caliceali e/o per il controllo emostatico. La renorrhaphy viene completata mediante punti staccati o doppi in vicryl 2-0 transfiggenti la capsula renale che vengono serrati al momento della rivascolarizzazione o con tecnica di sliding-clip previa apposizione di Floseal e surgicel.

Risultati: In base alla sviluppo spaziale della neoplasia, in caso di lesione corticale (CT), LTE e LPN sono state adottate rispettivamente in 5 (5/55; 9%) e 50 (50/55; 91%) casi. In caso di tumori corticomidollari (CMT), LTE e LPN sono state adottate rispettivamente in 10 (10/38; 26%) e 28 (28/38; 74%) casi. In base alla sede, LTE è stata sempre eseguita in caso di neoplasia periferica (4 casi) ed in 11 (11/89; 12%) delle neoplasie localizzate in altra sede.

La dimensione tumorale media patologica (range) dei tumori sottoposti a LTE è stata di 2.4 (1.2-4) cm. Il tempo operatorio medio è stato di 134 min, mentre il tempo di ischemia medio (range) è stato di 21 (12-35) min. Le perdite ematiche intraoperatorie medie (range) sono state di 340 (100-2000) cc.

Abbiamo riscontrato un sanguinamento intraoperatorio in 2 (13.3%) casi, entrambi per clampaggio incompleto, che hanno richiesto emotrasfusione, e una fistola urinosa in 1 (6.6%) caso che ha richiesto il posizionamento di uno stent ureterale doppio J. Il tempo medio di rimozione del drenaggio è stato di 3 (2-10) giorni. La degenza media (range) è stata di 4 (3-14) giorni. All'esame istopatologico non sono stati evidenziati margini chirurgici positivi. Ad un follow-up medio di 15 mesi (range 1-37) non sono state riscontrate recidive locali

Conclusioni: Nella nostra esperienza, la LTE si è dimostrata una tecnica fattibile anche se di non prioritaria esecuzione per il trattamento laparoscopico delle neoplasie renali in stadio pT1a con l'eccezione dei tumori a sede peri-illare in cui l'esecuzione di una LTE porta a vantaggi rispetto alla LPN consentendo una maggior preservazione delle strutture adiacenti. La LTE è associata ad un basso rischio di complicanze postoperatorie e, come la tecnica di enucleazione a cielo aperto, non comporta un maggior rischio di margini chirurgici positivi.

V27

LA NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA ESEGUITA CON TECNICA GAS-LESS

L. Repetto, M. Oderda, G. Berta, P. Gontero

S.S.C.V.D "La Laparoscopia in Chirurgia ed in Urologia" - Dipartimento di Chirurgia - S.C.U. di Urologia 1- Az.O. S. Giovanni Battista di Torino (Molinette)

Il video descrive una nefrectomia destra eseguita con tecnica laparoscopica. Attuiamo la tecnica gas-less nei pazienti dove gli effetti collaterali sopra descritti potrebbero essere causa di complicanze serie.

Materiali e metodi: Posizioniamo il primo trocar in addome (ottica) con tecnica open-laparoscopy e dopo alcune manovre di sicurezza posizioniamo l'elevatore

di parete in sede sottocostale sulla linea ascellare anteriore. L'elevatore viene ancorato ad un braccio elettrico, solidale con il letto operatorio che alza il "laparolift" ed assicura una buona visione del campo operatorio. L'incisione necessaria per introdurre l'elevatore di parete è pari a 10-12 mm.

La via d'aggressione al rene con tecnica gas-less è rigorosamente trans-peritoneale.

Dopo aver scollato la doccia parieto-colica di destra evidenziamo il retro peritoneo con la fascia di Gerota. Esponiamo la vena renale e l'arteria, ambedue sino alla loro congiunzione con la cava e l'aorta. Proseguiamo l'isolamento dell'uretere sino a dove c'è l'indicazione. Clampiamo l'arteria renale con 2 Acuclips al titanio e la vena renale viene sezionata previo posizionamento di 3 Emolpck.

Completamente liberato l'organo viene introdotto nel sacchetto ed estratto dall'addome.

Risultati: Da alcuni anni applichiamo la tecnica gas-less. In un primo momento utilizzavamo tale tecnica solo nei casi dove il pneumoperitoneo era controindicato, adesso estendiamo la tecnica anche ad altre laparoscopie dove la pressione intraddominale di 12 mmHg sarebbe ben tollerata.

I vantaggi per il paziente sono assolutamente evidenti e sono ridotti gli effetti collaterali insiti nella tecnica laparoscopica classica. Il tempo dell'intervento si è allungato di pochi minuti, giusto il periodo necessario ad applicare il laparolift.

Conclusioni: Con la tecnica gasless si associano i vantaggi della laparoscopica con i vantaggi della chirurgia aperta senza associarne gli svantaggi.

Bisogna, per contro, sottolineare che la procedura Gasless secondo noi, in un primo momento, è tecnicamente più difficile.

V28

LAPARO-ASSISTED KIDNEY ENUCLEORESECTION: A SAFE APPROACH

M. Oderda, L. Repetto, A. Gurioli, A. Greco, S. Giona, G. Berta, P. Gontero

Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italy

Introduction: Laparoscopic surgery is becoming the preferred approach for radical nephrectomy. The current evidence supports the utility to carry out nephron-sparing surgery for kidney cancer even for T1b lesions, in order to preserve long-term kidney function that has been shown to have a positive impact on survival. However, up-to-date laparoscopic nephron-sparing surgery remains a challenging procedure with a high complication rate and the need for prolonged ischemia time. For these reasons, the advent of laparoscopy in the management of kidney cancer has witnessed an increase in the indications for radical surgery at the expense of partial nephrectomy.

In the current video, we propose a combined laparoscopic and open approach for nephron sparing surgery that utilizes the advantages of both techniques to achieve a

safe oncological procedure while reducing the degree of invasiveness.

Methods and Results: We present three cases of our laparo-assisted open nephron-sparing surgery, where nephron-sparing surgery is carried out via a combined laparoscopic and open surgical approach. While complete mobilization of the kidney, isolation of its vascular pedicle with passage of a vessel loop around the artery and identification of the tumour mass are achieved through a mini-invasive laparoscopic approach, the excision of the kidney mass and haemostasis are carried out with conventional open surgery via a small incision, usually under the 12th rib. The laparoscopic isolation of the kidney with placement of a vessel loop around the renal pedicle allowed to perform only a small service incision: in our series flank incision always measured less than 12 cm even in moderately overweighted patients. On the other hand, the open approach allowed low warm ischemia time (always below 25 minutes in our series) and a safe haemostasis. Operatory course was uneventful in all patients, who were discharged within 5 days from the surgery.

Conclusions: Laparo-assisted kidney enucleoresection represents a safe approach in the treatment of small renal masses for surgeons not yet confident in carrying out a pure laparoscopic enucleoresection. The advantages of this technique over conventional open nephron-sparing surgery for the patient's side rely on the ability to carry out even complex procedures through a relatively small incision without increasing the ischemia time. At the same time, the laparoscopic surgeon can carry on its learning curve in a safer manner without the need to give up nephron-sparing surgery even in challenging cases.

V29

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSMESOCOLICA

S. Zaramella, R. Tarabuzzi, F. Varvello, M. Zacchero, A. Volpe, C. Terrone

Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione: Descriviamo il caso di una paziente di 16 anni, con storia di doppio distretto escretore completo sinistro, distretto superiore escluso con ureterocele ectopico refluyente e giuntopatia del distretto inferiore. La paziente era stata sottoposta nei primi mesi di vita a nefrectomia del distretto superiore e successivamente a pieloplastica del distretto inferiore. La paziente, soggetta a pielonefriti recidivanti, aveva sviluppato un ascesso renale. L'applicazione di uno stent ureterale e la terapia medica non si erano mostrati sufficienti a risolvere il quadro. Il contributo funzionale dell'emirene sinistro si era assestato al 15%.

Metodi: L'endoscopia preliminare conferma la presenza di moncone ureterale residuo con sbocco caudale al meato ortotopico. Considerati i precedenti interventi chirurgici si è preferito eseguire un approccio trans peritoneale