

Conclusioni

La sonda ecografica robotica ProART, grazie alle caratteristiche di completa manovrabilità e delle immagini ad alta risoluzione, si è rivelata un valido ausilio, soprattutto se utilizzata in corso di enucleosezioni renali di neoplasie posteriori e di piccole dimensioni.

V34

TUMORE INTRARENAL CON APPROCCIO ECOGUIDATO, TUMORE DI 8CM CON CLAMPAGGIO SELETTIVO, TUMORE CON TROMBO NEOPLASTICO VENOSO INTRARENAL: 3 CASI INSOLITI DI ENUCLEAZIONE ROBOTICA DI NEOPLASIA RENALE

M. Gacci, M. Salvi, A. Sebastianelli, C. Giannessi, G. Vittori, O. Saleh, A. Crisci, F. Travaglini, A. Lapini, S. Serni, M. Carini (Firenze)

Scopo del lavoro

L'enucleazione tumorale laparoscopica robot-assisted (RATE) rappresenta una tecnica sicura ed efficace in termini sia di funzionalità renale sia di risultati oncologici, con l'ulteriore vantaggio della mini invasività. La maggior parte delle masse renali trattate con tecnica robotica risultano esofitiche, di dimensioni inferiori ai 7 cm e senza impegno vascolare venoso intrarenale. Esponiamo tre casi in cui è stata eseguita una RATE per masse che non presentavano tali caratteristiche.

Materiali e metodi

Nel primo caso si trattava di una lesione renale polare superiore di circa 1,5 cm completamente intraparenchimale (a circa 1 cm di profondità dalla superficie dell'organo), che non modificava il profilo renale ed era visibile esclusivamente con l'ausilio dell'ecografia intraoperatoria. Nel secondo caso è stata rimossa una massa renale di 8 cm esofitica polare inferiore con clampaggio selettivo dell'arteria polare inferiore. Nel terzo caso è stata eseguita una RATE per una neoplasia renale di circa 3,5 cm polare superiore, parzialmente esofitica, con riscontro intraoperatorio di trombo venoso intrarenale, non evidenziato dagli esami di imaging preoperatori.

Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 170 min (rispettivamente: 180, 150 e 180 minuti), con un tempo di consolle medio di 135 (150, 120 e 135). Il tempo di ischemia medio è stato 24 minuti

(27, 17* [*di ischemia parziale] e 30). Le perdite ematiche intraoperatorie medie sono state di 285 cc, (350, 200 e 300 cc). Non sono state riscontrate complicanze intra o peri operatorie. I valori di creatinina postoperatori sono risultati sovrapponibili a quelli preoperatori. La degenza media è stata di 6 giorni, (7, 5 e 6). All'esame istopatologico sono risultati: Ca renale a cellule cromofobe, neoplasia di diametro inferiore a 2,5 cm, nessuna evidenza di neoplasia nel parenchima renale sovrastante la lesione (pT1a); Ca renale a cellule cromofobe, variante eosinofila, Fuhrman G2, di 8 cm nel diametro maggiore (pT2a); Ca renale a cellule chiare, Fuhrman G2, diametro massimo 2,5 cm, neoplasia presente in corrispondenza del frammento riferito a trombo venoso, nessuna proliferazione neoplastica nel campione riferito a trombo estremo distale. Non sono stati evidenziati margini chirurgici positivi.

Discussione

La RATE è risultata una tecnica fattibile, con ottimi risultati oncologici e funzionali anche in casi di non frequente riscontro, come quelli sopra descritti.

Conclusioni

Il trattamento di neoplasie particolari come quelle riportate deve tuttavia avvenire esclusivamente in centri di riferimento terziario specializzati per questo tipo di neoplasie.

V35

ENUCLEAZIONE TUMORALE ROBOT-ASSISTITA (RATE) PER IL TRATTAMENTO DELLE MASSE RENALI: CONSIDERAZIONI TECNICHE E RISULTATI PRELIMINARI

G. Siena, A. Minervini, A. Tuccio, L. Masieri, S. Giancane, O. Saleh, A. Chindemi, R. Fantechi, G. Vittori, G. Vignolini, M. Salvi, A. Sebastianelli, A. Mari, M. Gacci, A. Lapini, S. Serni, M. Carini (Firenze)

Scopo del lavoro

L'enucleazione tumorale laparoscopica consente una massima preservazione del parenchima renale sano e al tempo stesso garantisce eccellenti risultati oncologici. Tale tecnica, seppur fattibile e sicura, richiede un training avanzato al fine di compiere un corretto clivaggio della neoplasia e minimizzare i tempi di ischemia. Il sistema robotico da Vinci, grazie al sistema endowrist e alla visione 3D, può velocizzare e rendere tecnicamente più agevole l'enucleazione

anche in caso di lesioni più complesse. Presentiamo i risultati chirurgici dell'enucleazione tumorale robot-assistita (RATE) eseguita nel nostro centro.

Materiali e metodi

Da gennaio 2011 ad aprile 2012, 67 pazienti, età media (range) 62 (25-80) anni, con diagnosi di massa renale singola, sono stati sottoposti a chirurgia renale conservativa robot-assistita. Di questi, 44 (65,7%) pazienti sono stati sottoposti a RATE. Per ciascun paziente sono stati analizzati i parametri nefrometrici (PADUA score), le variabili intraoperatorie e le variabili clinico-patologiche.

Risultati

La dimensione tumorale media (range) è stata di 2.8 (0,8-6,5) cm. Il PADUA score medio è risultato pari a 7; 6 (8,9%) pazienti presentavano un PADUA score >10. Complessivamente, 3 casi (4,5%) completamente endofitici e 16 (23,9%) erano lesioni ≥50% endorenali, 47 (70,2%) >50% esofitici. In 5 casi (7,5%) la neoplasia coinvolgeva il seno renale e in 6 (8,9%) casi era in contatto o dislocava la via escrettrice. Il tempo medio (range) di ischemia è risultato pari a 19 (9-40) minuti. In 24 casi (35,8%) è stata eseguita una tecnica clampless. In tutti i casi è stata eseguita una sutura del letto chirurgico. Le perdite ematiche medie (range) sono risultate 190 (100-600) cc. Il tempo operatorio medio è stato di 166 (70-315) min. Nessuna conversione open è stata registrata. Complicanze postoperatorie sono state riportate in 6 pazienti (8,9%): 1 complicanza Clavien grade I, 4 Clavien grade II, 1 Clavien grade III. La degenza media (range) è stata di 5 (3-10) gg. I margini chirurgici sono risultati sempre negativi. Complessivamente, il 76,5% dei casi sono risultati carcinomi a cellule renali.

Discussione

La chirurgia laparoscopica robot-assistita offre vantaggi rispetto alla tecnica laparoscopica classica grazie ad una migliore visione del letto di enucleazione e ad una rapida esecuzione delle suture emostatiche, rendendo possibile il trattamento conservativo anche con tecnica clampless.

Conclusioni

La RATE si è dimostrata una tecnica sicura e fattibile che offre eccellenti risultati perioperatori. Il sistema robotico da Vinci consente un ottimo e rapido controllo emostatico e rende la tecnica di enucleazione riproducibile anche in caso di lesioni più complesse.

MERCOLEDÌ 24 OTTOBRE

SALA BUCINTORO

10.15 - 11.15

CHIRURGIA DEL RENE E DEL SURRENE

V36

NEFRECTOMIA PARZIALE RETROPERITONEOSCOPICA ROBOT ASSISTITA: TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI PRELIMINARI

A. Cafarelli, D. Dente, A. Salvaggio, G. Di Pietrantonio, V. Disanto, A. Porreca (Abano Terme, PD)

Scopo del lavoro

L'approccio transperitoneale per la nefrectomia parziale robot assistita è attualmente il più diffuso. Lo scopo del lavoro è quello di riportare la nostra esperienza nell'esecuzione della nefrectomia parziale robot assistita con approccio retroperitoneale.

Materiali e metodi

Con il paziente in posizione laterale, si effettua un'incisione di circa 1 cm sulla linea ascellare media, dietro l'arco costale, attraverso la quale si posiziona il trocar di Hasson, previa dilatazione dello spazio retroperitoneale. Si procede al posizionamento del trocar ottico da 12 mm, a livello della cresta iliaca sulla linea ascellare media, trocar robotico lungo il muscolo psoas dietro l'angolo costo-vertebrale, trocar laparoscopico da 12 mm, utilizzato dall'assistente, lungo il muscolo psoas dietro la cresta iliaca. Il secondo trocar robotico viene posizionato sulla linea ascellare anteriore sullo stesso asse dell'ombelico. Oltre all'ottica 0° vengono anche utilizzati forbici monopolari nel trocar posteriore, grasper bipolare sul trocar anteriore e due portaghi robotici. La procedura si svolge nei seguenti tempi chirurgici: 1) rimozione del grasso retroperitoneale esterno alla fascia del Gerota; 2) isolamento anteriore e posteriore della fascia di Gerota; 3) apertura superiore e inferiore della fascia di Gerota con isolamento dei poli superiore, inferiore e dell'uretere; 4) isolamento delle strutture dell'ilo renale; 5) defatting renale con eventuale rimozione del grasso perirenale; 6) clampaggio selettivo dell'arteria renale; 7) enucleoresezione della neoformazione; 8) sutura continua con Vycril 3/0 della midollare con posizionamento di Hem-o-lock alla coda; 9) sutura della corticale con 3-4 punti staccati Vycril 2/0 messi in tensione con l'ausilio di Hem-o-lock, colla emostatica e Tabotamp; 10) declampaggio dell'arteria.