

DOMENICA 21 OTTOBRE

SALA BUCINTORO

15.00 - 16.00

CHIRURGIA MINI-INVASIVA DEL RENE

V9

LAPAROSCOPIC REPAIR OF MEDIUM CALYX FISTULA AFTER OPEN NEPHRON SPARING SURGERY

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipinti, G. Grosso (Peschiera del Garda, VR)

Aim of the study

Since 2003 in our Institution over 500 nephron sparing laparoscopic procedures have been performed. The spread of ultrasound diagnosis gives expanding indications for nephron sparing surgery, consequently laparoscopic skills acquired allow to treat larger masses. In relation to volume of masses treated the risk of complication increases, as bleeding, loss of kidney function, conversion to radical treatment, arteriovenous or urinary fistula. We report a rare case of calyx damage after open nephron sparing surgery in order to verify if laparoscopy is feasible for treatment of complication of open surgery in an expanding field as partial nephrectomy.

Materials and methods

A 59 aged male patient who recently underwent open right partial nephrectomy in other institution came to our observation for urinary leakage from lumbar drainage he still brought. Pathological data referred 3 cm renal cell carcinoma with negative surgical margins, Fuhrman 3 nuclear grade. Initially a conservative treatment was indicated, right pyelography documented medium calyx contrast leakage and ureteral stent was inserted. As the patient came to our Institution with lumbar drainage, continuous monitoring showed a reduction of urinary leakage, but after 3 weeks pyelography was positive. Indication to surgical repair of fistula was given. Although in most cases we adopt extraperitoneal approach, in this complex case we performed transperitoneal access. Right kidney was completely isolated and after defatting anterior capsule showed the area with loss of tissue with fistula: methylen blue was injected via ureteral catheter to individualize the calyx damaged. Necrotic tissue around previous bed of section was resected. The video shows that the suture of calyx was initially insufficient at blue test, and a second-

ary suture was performed. To get closer the medullary margins of kidney in order to avoid to apply too much tension to the suture, a first stich on the cortex was applied and fixed with hem-o-lok, so medullary suture was completed safely and cortex running suture was performed as usual.

Results

Operative time was 140 minutes, blood loss 200 ml. No post-operative complications were registered except for fever. Vesical catheter was removed after 48 hours. Abdominal drainage was removed at 5th post-operative day. Ureteral stent was removed after 4 weeks previous negative pielography. 6 months CT scan follow-up does not show tumoral recurrence or urinary leakage.

Discussion

In this case a lumboscopic access could have offered several difficulties to create a virtual working space cancelled by previous surgery. Moreover the first cortical stich was useful to obtain a complete and safe repair of the medullary new bed of resection.

Conclusions

Laparoscopy is feasible to treat laparoscopic and open surgery complications, in experienced hands the same reconstructive technique used for nephron-sparing surgery can be applied to treat complications like urinary fistulas.

V10

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE SEC. ANDERSON-HYNES: NOTE DI TECNICA E RISULTATI DI 120 CASI CONSECUTIVI

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

Scopo del lavoro

Descriviamo gli steps chirurgici della pieloplastica laparoscopica sec. Anderson-Hynes con approccio transperitoneale e posizionamento di stent per via anterograda e riportiamo i risultati morfofunzionali della nostra casistica.

Materiali e metodi

Tra marzo 2005 e marzo 2012, 120 pazienti, 54 maschi, 66 femmine (età media 31, range 15-59), con diagnosi incidentale o sintomo-

matica di SGPU, sono stati sottoposti ad intervento di pieloplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson-Hynes. In 11/120 (9,2%) casi è stato adottato un approccio transmesocolico. In tutti i pazienti è stato utilizzato l'approccio con 3-5 porte di cui una da 12 mm (trocar di Hasson ombelicale/paraombelicale) e le restanti da 5 mm. In alcuni casi sono stati utilizzati strumenti mini-laparoscopici da 3 mm. Lo stent doppio J è stato posizionato sempre per via anterograda, al termine della sutura del piatto posteriore dell'anastomosi. L'anastomosi è stata confezionata con sutura Vicryl 5-0.

Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 120 min (90-390). Gli ultimi 40 casi sono stati tutti effettuati con tempi chirurgici sempre inferiori a 120 minuti. Complessivamente, 24 pazienti (20%) presentavano un vaso anomalo che ha richiesto la trasposizione in 20 casi (83,3%); 12 (10%) avevano litiasi associata. Nessuna conversione open delle procedure è stata richiesta. Il tempo medio di inserimento dello stent ureterale è stato di 5 min (3-22 min), risultando correttamente posizionato in 119 casi (99,2%). La degenza ospedaliera media è stata di 4 giorni (3-10); abbiamo riportato 4 complicanze postoperatorie (3,3%): perdita prolungata dal drenaggio in 2 casi, un caso di broncopolmonite trattata con antibiotici, un'emorragia sottoglissoniana, originata da un emangioma epatico, trattata conservativamente senza la necessità di emotrasfusioni e con dimissione in VII giornata postoperatoria. Ad un follow-up medio (range) di 36 (1-72) mesi il successo della procedura, inteso come miglioramento morfofunzionale, con assenza o riduzione dell'idronefrosi, in paziente asintomatico, è stato del 97,5%. In 3 pazienti (3/120, 2,5%) si è osservata una recidiva, ritrattata per via endoscopica o chirurgica a cielo aperto/laparoscopica.

Discussione

La pieloplastica vlp sec. Anderson-Hynes con posizionamento di stent per via anterograda è il gold standard per il trattamento della SGPU; essa infatti presenta risultati sovrapponibili a alla tecnica open, con i vantaggi della chirurgia mininvasiva. L'uso degli strumenti mini-laparoscopici riduce ulteriormente il trauma chirurgico e migliora il risultato cosmetico della procedura.

Conclusioni

La nostra casistica evidenzia una bassa incidenza di complicanze postoperatorie e l'assenza di conversioni in open. Inoltre, seppure con follow-up a medio termine, si conferma l'efficacia di questa tecnica,

in termini di risoluzione del quadro morfofunzionale e della sintomatologia clinica, con un tasso di successo della procedura pari al 97,5%.

V11

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE MEDIANTE SUTURA V-LOC 180 KNOTLESS: PRESENTAZIONE DI UNA SOLUZIONE ORIGINALE

A. Lissiani, S. Benvenuto, P. Umari, E. Belgrano (Trieste)

Scopo del lavoro

La fase più impegnativa della pieloplastica laparoscopica, soprattutto per l'operatore meno esperto, è sicuramente rappresentata dal tempo ricostruttivo sia per la necessità di eseguire nodi intracorporei, sia per la cura richiesta nel confezionamento ed accostamento della pieloplastica a tenuta idraulica. In questo video illustriamo una possibile soluzione mediante l'impiego di una sutura riassorbibile di nuova concezione dotata di microalette distribuite lungo tutta la lunghezza del filo con lo scopo di mantenere automaticamente accostati i lembi di sutura e senza la necessità di eseguire nodi. Una semplice variante originale sul capo prossimale del filo ha permesso di eseguire con facilità la pieloplastica laparoscopica mediante sutura continua con un singolo filo.

Materiali e metodi

Il video illustra il caso di un paziente affetto da sindrome del giunto pieloureterale secondaria a presenza di vaso anomalo. Previo posizionamento di stent ureterale, si isola adeguatamente la pelvi e si traspone il vaso anomalo previa sezione della giunzione pieloureterale. Si procede quindi alla pieloplastica sec. Anderson Hynes mediante sutura Covidien V-Loc 180 in poligliconato 4/0. Al fine di agevolare ulteriormente l'esecuzione della sutura continua, si applica una coda in materiale intrecciato all'asola del filo con lo scopo di poter afferrare ed esercitare una controtrazione al filo stesso ed orientare al meglio la rima di sutura. In questo modo si riesce ad eseguire sia la sintesi del piatto posteriore sia di quello anteriore con un unico filo. Al termine della procedura si verifica la buona tenuta idraulica della pieloplastica.

Risultati

Con questa sutura sono state eseguite 8 pieloplastiche laparoscopiche: la durata media dell'intervento è stata di 92 minuti, le perdite