

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 nephrorrhap and B, 10 patients with the new style nephrorrhap.

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 rivascularizzazione 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 perilare (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-ilare 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 I - 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