

## COMUNICAZIONI LAPAROSCOPIA

### DISCUSSIONE

I programmi di mentoring hanno consentito di mantenere elevato lo standard terapeutico con una percentuale di complicanze sovrapponibile a quella riportata in letteratura dai maggiori centri urologici.

### MESSAGGIO CONCLUSIVO

un programma di mentoring laparoscopico è di fondamentale importanza per garantire al paziente un intervento senza "troppi rischi".

### C49

#### NEFRECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA: OUTCOME ONCOLOGICI CON FOLLOW UP MINIMO DI 3 ANNI

F. Porpiglia, M. Billia, A. Volpe, J. Renard, R. Burruni, C. Terrone, R. Tarabuzzi, I. Morra, M. Poggio, C.M. Cracco e R.M. Scarpa (Orbassano)

### INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Scopo di questo studio prospettico è valutare i risultati oncologici della nefrectomia radicale laparoscopica (NRL) per carcinoma renale, eseguita presso il nostro centro. MATERIALI E METODI: Da Gennaio 2001 a Dicembre 2006 117 pazienti con neoplasia renale sono stati sottoposti a NRL con accesso transperitoneale. Le procedure sono state eseguite dallo stesso chirurgo che ha rispettato i principi della radicalità oncologica. I pezzi operatori, estratti attraverso incisione di Gibson o di Pfannenstiel con sacchetto laparoscopico, sono stati esaminati tutti dallo stesso patologo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a follow up oncologico ambulatoriale con TC, ecografia addominale ed ematochimici di funzionalità renale e tutti i dati relativi al follow up sono stati registrati in un database dedicato. Sono state valutate: la sicurezza della tecnica, le curve di sopravvivenza sec. Kaplan Meier e gli outcomes oncologici.

### RISULTATI

Sono state eseguite 56 NRL destre e 61 sinistre. L'età media era 61.5 +/- 10.6 anni ed il follow up medio 36.4 +/- 18.7 mesi. Il diametro medio del pezzo operatorio era 6.9 +/- 3.3 cm ed il peso medio del pezzo 269.7 +/- 254.68 g. Settanta pazienti hanno eseguito linfadenectomia loco regionale en bloc. L'esame istologico ha evidenziato: 63 pT1, 17 pT2, 34 pT3 e 3 pT4, 105 carcinomi renali a cellule chiare, 7 carcinomi papillari, 2 tumori sarcomatoidi e 3 carcinomi inclassificabili. In tutti i casi i margini di resezione sono stati negativi. Il grading secondo Fuhrman è risultato G1 in 44 casi, G2 in 44 e G3 in 29. Nei pazienti dove è stata eseguita la linfadenectomia, 10.4 +/- 3.27 (7 / 17) linfonodi sono stati asportati. Un solo caso è risultato N+ (N2). Nessun paziente ha presentato seeding a livello dei trocar e/o della sede di estrazione del pezzo. Cinque su 117 pazienti sono deceduti (4.2%), di cui due per progressione sistemica e uno per recidiva locale e sottocutanea di malattia, mentre gli ultimi 2 per eventi non correlati alla malattia. La sopravvivenza globale è del 96 % a 3 anni dall'intervento. Per quanto riguarda la sopravvivenza stadio correlata, per i pT1, pT2 la sopravvivenza a 3 anni è stata del 100% mentre per i pT3 è stata del 92%.

### CONCLUSIONI

Nonostante il follow up medio di 3 anni, i nostri risultati dimostrano l'efficacia di questa tecnica, essendo sovrapponibili a quelli della chirurgia a cielo aperto.

### C50

#### PIELOPLASTICA RETROPERITONEOSCOPIA: LA OPZIONE TERAPEUTICA PER IL TRATTAMENTO DELLA STENOSI DEL GIUNTO PIELO URETERALE:

A. Cestari, G. Guazzoni, N. Buffi, L. Brogna, P. Bellinzoni, L. Rigatti, F. Fabbri, P. Rigatti (Milano)

### INTRODUZIONE

La pieloplastica con tecnica a cielo aperto è considerata il trattamento di scelta per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale, con risultati, in mani esperte e ampia casistica, che raggiungono il 95-100% di successo. Al fine di ridurre l'invasività e la morbilità di questo intervento, è stata proposta l'esecuzione laparoscopica della procedura, in genere con approccio transperitoneale. Riportiamo i risultati della tecnica di pieloplastica retroperitoneoscopica, routinariamente eseguita nel nostro istituto.

### MATERIALI E METODI

Dal gennaio 2002, 43 pazienti (26 maschi e 17 femmine; età media 37.9 anni - range 17-65) sono stati sottoposti a pieloplastica retroperitoneoscopica per stenosi del giunto pieloureterale documentata radiologicamente. In due pazienti la stenosi era secondaria a trattamento endourologico. Preoperatoriamente 10 pazienti (23%) erano portatori di stent ureterale tipo DJ, inoltre 5 pazienti (11%) soffrivano di litiasi concomitante.

### RISULTATI

I risultati peroperatori sono riportati in tabella I. In tutti i casi è stato possibile rimuovere la concomitante litiasi sotto visione diretta. Le perdite ematiche sono state minime in tutti i casi, mentre le complicanze intraoperatorie includono due conversioni (caso n° 4 e n° 14) dovute a una severa fibrosi a livello del tratto giuntale dell'uretere.

Un paziente è stato perso al follow up. Il follow up medio di 42 pazienti è di 22.58 mesi (range 6-51 mesi). Due pazienti (4.7%) lamentano la persistenza di modesta sintomatologia algica, sebbene migliorata rispetto allo status preoperatorio. La Urografia eseguita 6 mesi dopo l'intervento ha dimostrato l'assenza di dilatazione o una modesta ipotonia in 38 pazienti (90.6%), una diminuzione della dilatazione in 2 pazienti (4.7%), il sospetto di recidiva (in assenza di sintomatologia) in 1 paziente (2.35%) e una recidiva in 1 paziente (2.35%), trattata con successo mediante endopielotomia 1 anno dopo l'intervento. L'intervista telefonica relativamente allo status del paziente al tempo presente ha documentato l'assenza di sintomatologia in 39 pazienti (93%), un miglioramento in 3 (7%) e nessun paziente ha riferito un peggioramento od una stazionarietà della sintomatologia preoperatoria.

matologia preoperatoria.

### CONCLUSIONI

La pieloplastica retroperitoneoscopica è un intervento tecnicamente impegnativo ma in grado di offrire, in mani esperte, risultati a lungo termine comparabili con la chirurgia a cielo aperto, offrendo i vantaggi tipici della chirurgia minimamente invasiva.

TABELLA 1

N° di pazienti	43
Tempo operatorio (min)	142.90(range 70-220)
Perdite ematiche (ml)	52.79 (range 10-350)
Complic. intraoperatorie (%)	6.9
Complic. postoperatorie (%)	23
Rimozione catetere (giorni)	3.37 (range 2-8)
Rimozione drenaggio (giorni)	4.74(range 3-15)
Degenza (giorni)	5.25(range 3-12)

### C51

#### POSIZIONAMENTO DI STENT URETERALE DOPPIO J PER VIA ANTEROGRADA DURANTE PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE

A. Minervini, L. Masieri, G. Siena, G. Giubilei, N. Tosi, F. Nelli, M. Carloni, M. Carini, S. Serni (Firenze)

### SCOPO DEL LAVORO

Valutare la fattibilità, tempi di inserimento e le complicanze associate al posizionamento dello stent ureterale doppio J per via anterograda durante pieloplastica laparoscopica con accesso transperitoneale.

### MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra Aprile 2005 e Dicembre 2006, 24 pazienti (12 uomini, 12 donne; età media 33 anni, range 17-59) sono stati sottoposti a giuntoplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson Hynes nel nostro dipartimento. In tutti i pazienti è stato programmato il posizionamento di stent ureterale doppio J per via anterograda. La tecnica prevede, dopo il completamento della parete posteriore dell'anastomosi in punti staccati 4/0, l'introduzione di ago cannula (14 G) all'interno della quale si passa la guida idrofilica. Quindi viene rimossa la cannula e si inserisce il catetere ureterale 6 Fr sulla guida. Una volta incannulato l'uretere si spinge la guida in vescica, si rimuove il catetere e si procede al posizionamento dello stent, 6 Fr, con l'ausilio delle pinze laparoscopiche.

### RISULTATI

La procedura ha avuto successo in 23 pazienti (95.8%); solo nel primo paziente, per la difficoltà ad incannulare l'uretere, abbiamo completato l'anastomosi e quindi posizionato lo stent per via retrograda intraoperatoria con paziente in posizione lombotomica. Il tempo medio di inserimento è stato di 8'46" (range 3'50" - 22'30") con un trend verso la riduzione dei tempi. Nei primi 14 pazienti il tempo medio è stato di 9'40" mentre negli ultimi 10 di 6'30". Non abbiamo avuto casi di migrazione dello stent. All'atto della rimozione 4 settimane dopo l'intervento non abbiamo riscontrato casi di mancata discesa dello stent in vescica.

### MESSAGGIO CONCLUSIVO

Il posizionamento dello stent ureterale per via anterograda risulta una procedura tecnicamente fattibile e sicura. I tempi medi di inserimento sono stati nella nostra esperienza di 8'46" con un trend verso la riduzione dei tempi. In caso di eccezionale difficoltà si può ricorrere al posizionamento per via retrograda con paziente in posizione lombotomica documentando il successo della procedura per via laparoscopica. La tecnica anterograda garantisce inoltre un indubbio vantaggio nell'esecuzione della parete posteriore dell'anastomosi.

### C52

#### RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITA' LAPAROSCOPICA: VALUTAZIONE DI UN MODELLO DI APPRENDIMENTO.

R. Tarabuzzi, M. Zacchero, S. Zaramella, G. Marchioro, F. Fontana, C. Marchetti, F. Varvello, S. Ranzi, F. Porpiglia, R.M Scarpa, C. Terrone (Novara)

### INTRODUZIONE E OBIETTIVI

La letteratura laparoscopica riporta molti contributi dedicati alla curva di apprendimento. L'analisi dei risultati di fattibilità, sicurezza ed efficacia consente di affermare che, per alcuni interventi, la laparoscopia rappresenta lo standard e siamo in una fase in cui l'interesse per la tecnica stimola la discussione su quale debba essere lo strumento ideale per diffonderla al di là di pochi centri di riferimento in cui opera la "prima generazione" di laparoscopisti.

Obiettivo del lavoro è valutare un modello di apprendimento attraverso l'analisi dei risultati del primo anno di attività di due laparoscopisti di "seconda generazione".

### METODI

Dal Dicembre 2005 due urologi, trasferiti da un centro di riferimento di laparoscopia urologica ad un centro privo di esperienza, hanno eseguito interventi a diversa difficoltà. La selezione non si è basata sulla tipologia di intervento ma sulla complessità con particolare riferimento agli aspetti oncologici ed anestesiofisiologici. Il training nel centro di provenienza è consistito in corsi teorici pratici e a molti interventi come cameraman e come secondo operatore; la casistica come primo operatore contava meno di cinque interventi. Sono stati analizzati i primi 12 mesi di attività scegliendo alcuni indicatori: varietà, tempi operatori, complicanze precoci, degenza e, solo per la prostatectomia radicale, margini positivi.