

insufficienza renale; monorene; PT > 50%; piastrine > 50.000/mm³; rifiuto della terapia chirurgica radicale.

Tutti i pazienti prima del trattamento hanno eseguito una TAC o RMN per stadiazione ed un prelievo istologico ecoguidato delle lesioni: 27 carcinoma a cellule chiare, 2 oncocitomi, 1 sarcoma.

Per le sedute di RFTA è stato utilizzato il generatore RF Radionics, con aghi elettrodo elettrodo cool tip 17G, mentre per i trattamenti MW il generatore MW AmicaHS con antenne 14G. Tutti i trattamenti sono stati eseguiti in sedazione profonda con paziente in respiro spontaneo in maschera di O₂.

Il posizionamento degli aghi elettrodo/antenne è stato eseguito sotto guida ecografica (Hitachi Preirus) e in alcuni con il contemporaneo controllo TAC.

Sono state eseguite 30 sedute complessive: 21 RFTA (da 1 a 2 aghi/seduta, tempo medio di trattamento 17 min) e 9 MWTA (1 antenna/seduta, tempo medio 9 min) con trattamento di 30 tumori (14 dx; 16 sin) con diametro medio di 24.9 mm (da 12 a 40 mm).

I controlli successivi hanno previsto l'esecuzione di TAC o RMN a 1, 6, 12 mesi con follow-up medio di 9 mesi (2-24 mesi).

Una risposta completa è stata definita come assenza di enhancement all'interno del nodulo e area necrotica avascolare di diametro maggiore del nodulo originale dopo 1 mese dal trattamento.

Risultati: Risposta completa è stata osservata in 25 pazienti (89.2%).

In 3 pazienti vi è stato il riscontro di: 1 recidiva locoregionale dopo 6 mesi (nodulo di 35 mm) con successiva nefrectomia; 1 residuo di malattia su neoplasia di 35 mm ritrattata con termoablazione con successo; 1 residuo di malattia in sarcoma di 40 mm paziente monorene chirurgico (sarcoma bilaterale: nefrectomia + MWTA).

Non abbiamo assistito ad alcuna complicanza.

Nessuna variazione dei livelli serici di creatinina nell'immediato e successivo follow-up.

Conclusioni: La termoablazione mediante radiofrequenza o microonde è trattamento sicuro ed efficace per i piccoli tumori renali, in particolare nei pazienti con alto rischio chirurgico o che rifiutano la chirurgia radicale. In particolare il trattamento a microonde si distingue per una minor durata del trattamento e necessità di un minor numero di inserzioni.

P33

CONTROLLO SUTURELESS DELL'EMOSTASI DURANTE NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA PER IL TRATTAMENTO DELLE PICCOLE MASSE RENALI

G. Siena, A. Minervini, A. Tuccio, A. Crisci, L. Masieri, S. Giancane, S. Khorrani, M. Lanciotti, G. Vittori, O. Saleh, S. Serni, M. Carini

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

Introduzione: Il controllo dell'emostasi ed il tempo di ischemia rappresentano due momenti fondamentali in corso di nefrectomia parziale laparoscopica (LPN). Lo

scopo del nostro lavoro è stato di valutare i risultati chirurgici e il decorso postoperatorio di pazienti sottoposti a LPN con controllo dell'emostasi eseguito senza apposizione di punti di sutura.

Metodi: Tra Novembre 2007 e Dicembre 2010, 93 pazienti con diagnosi di massa renale sono stati sottoposti a LPN. Il controllo dell'emostasi è avvenuto sia mediante apposizione di punti di sutura emostatici (LPN standard) sia mediante tecnica sutureless (s-LPN) sulla base delle caratteristiche intraoperatorie della lesione. Nella s-LPN, l'emostasi è stata ottenuta con cauterizzazione bipolare del letto di resezione e apposizione di matrice di gelatina e trombina bovina (FloSeal). I parametri intra- e postoperatori registrati sono stati: tempo operatorio, tempo di ischemia, perdite ematiche intraoperatorie, giorni di degenza e complicanze perioperatorie.

Risultati: In 61 pazienti (66.6%) è stata eseguita una LPN standard. In 32 casi (34.4%) il controllo dell'emostasi è stato ottenuto mediante tecnica sutureless; tali neoplasie avevano un diametro tumorale clinico medio (range, IQR) di 1.9 (1-3.5; 1.5-2.1) cm. La s-LPN è stato il trattamento di scelta nel 88% delle masse renali corticali con diametro ≤ 1.5 cm, indipendentemente dallo sviluppo spaziale della lesione e nel 38% delle masse con diametro compreso tra 1.6 e 2.5 cm. Nel gruppo s-LPN, il tempo medio (range; IQR) di ischemia calda è stato di 16 (8-28; 12-20) minuti; le perdite ematiche intraoperatorie medie (range) sono state di 107 (25-205) cc. Non è stata riscontrata nessuna complicanza perioperatoria nel gruppo di pazienti sottoposti a s-LPN. In particolare, non è stato osservato nessun sanguinamento postoperatorio precoce o a distanza. La perdita media di Hb (range) (Δ Hb preop - III postop) e di ematocrito (Δ Ht preop - III postop) è stata di 2 (0.8-3.5) gr/dl e 5.5 (1.9-10.7)%, rispettivamente. Il tempo medio di rimozione del drenaggio è stato di 3 (2-5) giorni. La degenza media (range) è stata di 4 (3-5) giorni.

Conclusioni: Nella nostra esperienza iniziale, il controllo emostatico sutureless, eseguito con cauterizzazione bipolare del letto di resezione e apposizione di FloSeal, si è dimostrato sicuro ed efficace nel trattamento per via laparoscopica di piccole masse renali corticali con dimensioni < 1.5 cm. Il suo impiego si è dimostrato sicuro anche in caso di lesioni esofitiche con diametro fino a 2.5 cm.

P34

APICAL DISSECTION DURING LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: IS LIGATION OF SAN-TORINI NECESSARY?

F. Manfredi, A. Baccos, A. Bertaccini, M. Garofalo, R. Schiavina, G.C. Rocca, C.V. Pultrone, C.N. Bizzarri, A. Savini, D. Diazi, G. Martorana

Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Background and objectives: During laparoscopic radical prostatectomy a careful dissection of the apex is of paramount importance for the recovery of urinary con-