

**C131****RISULTATI E INDICAZIONI ALLA NSS SUTURELESS VIDEOLAPAROSCOPICA PER IL TRATTAMENTO DELLE PICCOLE MASSE RENALI**

G. Siena, A. Minervini, A. Tuccio, L. Masieri, G. Vittori, A. Lapini, M. Lanciotti, N. Tosi, S. Serni, M. Carini (Firenze)

**Scopo del lavoro:**

Il controllo dell'emostasi ed il tempo di ischemia rappresentano due momenti fondamentali in corso di nefrectomia parziale laparoscopica. Al fine di ridurre il tempo di ischemia e quindi prevenire danni irreversibili al parenchima renale, abbiamo valutato i risultati chirurgici e le possibili indicazioni della NSS eseguita senza apposizione di punti di sutura emostatici.

**Materiali e metodi:**

Tra novembre 2007 e settembre 2009, 143 pazienti, con diagnosi di massa renale sono stati sottoposti a nefrectomia parziale (NSS). In 44 pazienti, la NSS è stata eseguita con approccio laparoscopico (LNSS). Il controllo dell'emostasi è avvenuto sia mediante apposizione di punti di sutura emostatici (LNSS standard) sia mediante tecnica sutureless (sLNSS) sulla base delle caratteristiche intraoperatorie della lesione. Nella sLNSS, l'emostasi è stata ottenuta con cauterizzazione bipolare del letto di resezione e apposizione di matrice di gelatina e trombina bovina (Fioseal).

**Risultati:**

In 24 casi (54%) il controllo dell'emostasi è stato ottenuto mediante tecnica sutureless; mentre in 20 pazienti (46%) è stata eseguita una LNSS standard. La sLNSS è stato il trattamento di scelta per le piccole masse renali corticali con diametro <2.5 cm, indipendentemente dallo sviluppo spaziale della lesione. Infatti, il diametro tumorale clinico medio (range) è stato di 2 (13.5) cm. Al contrario, le masse renali di dimensioni cliniche >2.5 cm sono state trattate con LNSS standard. Nel gruppo sLNSS, il tempo medio (range) di ischemia calda è stato di 21 (828) minuti; le perdite ematiche intraoperatorie medie (range) sono state di 107 (25205) cc. Non è stata riscontrata nessuna complicanza perioperatoria nel gruppo di pazienti sottoposti a sLNSS. In particolare, non è stato osservato nessun sanguinamento postoperatorio precoce o a distanza. Nel gruppo sLNSS, la perdita media di Hb (range) (Hb preop III postop) e di ematocrito (Ht preop III postop) è stata di 2 (0.83.5) gr/dl e 5.5 (1.910.7) %, rispettivamente. Nel gruppo sLNSS, il tempo medio di rimozione del drenaggio è stato di 3 (25) giorni. La degenza media (range) è stata di 4 (35) giorni.

**Discussione:**

L'utilizzo della NSS laparoscopica per il trattamento di piccole masse renali è incrementato notevolmente negli ultimi anni. Tuttavia, la complessità nell'apposizione di punti di sutura emostatici può determinare un allungamento dei tempi di ischemia soprattutto nella prima fase della curva di apprendimento della metodica e far propendere il medico verso una procedura a cielo aperto.

**Messaggio conclusivo:**

Nella nostra esperienza iniziale, la tecnica sutureless può rappresentare una valida alternativa alla tecnica standard per il trattamento di piccole masse renali con dimensioni < 2.5 cm indipendentemente dallo sviluppo spaziale della lesione. Inoltre, la sLNSS consente di ottenere tempi di ischemia al di sotto dei 30 minuti e può trovare una indicazione nelle linee guida per il trattamento delle piccole masse renali corticali.

**MARTEDÌ 19 OTTOBRE  
SALA MANZONI**

**16.00 - 17.00**

**LAPAROSCOPIA RICOSTRUTTIVA****C132****PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA: NOSTRE NOTE DI TECNICA SULL'APPLICAZIONE DEL CATETERE URETERALE A DOPPIO J INTRAOPERATORIO**

A. De Lisa, G. Caddeo, M. Fanari (Cagliari)

**Scopo del lavoro:**

Lo stent ureterale da utilizzare in corso di pieloplastica laparoscopica può essere inserito preoperatoriamente, intraoperatoriamente o postoperatoriamente. Relativamente all'applicazione intraoperatoria esso può essere introdotto sia per via anterograda che per via retrograda. Esponiamo la nostra esperienza sull'applicazione retrograda intraoperatoria.

**Materiali e metodi:**

20 pazienti affetti da malattia del giunto pieloureterale (12 maschi e 8 femmine) di età compresa tra i 10 e i 55 anni (13 sinistra e 7 destra) sono stati sottoposti a pieloplastica laparoscopica secondo Anderson Hynes tra il gennaio 2006 e il marzo 2010. Tutti i pazienti valutati in questa serie non erano portatori di catetere ureterale a doppio J preoperatorio. L'intervento veniva eseguito in decubito laterale e i genitali esterni venivano preparati sterilmente e compresi all'interno del campo operatorio. Veniva inoltre allestito un campo sterile con cistoscopia flessibile da utilizzare al momento dell'applicazione del catetere ureterale. Si procedeva con l'intervento di pieloplastica e solo dopo aver posizionato i primi 4 punti dell'anastomosi pieloureterale si effettuava cistoscopia flessibile con applicazione di sonda guida 0.038" o 0.035" stiff lubriglide punta retta flessibile a seconda del calibro ureterale e catetere ureterale 6 o 4.8 Ch. La guida veniva seguita con l'ottica laparoscopica sino a quando giungeva in pelvi o nei calici superiori e quindi, estratto il cistoscopo, si inseriva il catetere ureterale che veniva fatto progredire sino in pelvi ed estratta la guida se ne seguiva l'arricciamento. Un controllo endoscopico permetteva di verificare il corretto posizionamento in vescica. Sono stati quindi presi in esame i tempi dall'inizio compresi tra l'inizio del tempo cistoscopico e il completamento della procedura.

**Risultati:**

La procedura è stata agevole e portata e termine in tutti casi. I tempi per l'applicazione nel paziente di sesso maschile sono stati mediamente di 6.7 minuti (range 58) e nel sesso femminile di 8.5 minuti (range 710).

**Discussione:**

L'applicazione del catetere ureterale a doppio J nella pieloplastica laparoscopica può essere effettuato agevolmente anche per via retrograda durante l'intervento ed essere seguito laparoscopicamente. La procedura non appare dispendiosa in termini di tempo anche se nella donna va considerato un tempo aggiuntivo necessario a reperire il meato uretrale esterno, più difficoltoso a causa della posizione della paziente.

**Messaggio conclusivo:**

Questa tecnica di stenting intraoperatorio costituisce una valida alternativa qualora si decidesse di scegliere una via differente alla via anterograda o alla preoperatoria.