

La nefrectomia radicale laparoscopica è un intervento ben codificato ed eseguito in molti centri.

Le complicanze vascolari di questo intervento, soprattutto quelle a carico della vena cava, sono però sempre possibili e rivestono un carattere spesso drammatico per l'entità del sanguinamento, tanto da comportare in moltissimi casi la conversione in open surgery.

Nel video si riporta una lesione della vena cava occorsa durante una nefrectomia radicale destra che è stata riparata senza convertire l'intervento in open. Questo grazie alla esperienza del chirurgo che, in quell'occasione, operava come tutor nella nostra sala operatoria.

Abstract n. 22 Video

TRATTAMENTO URETEROSCOPICO DI SOSPETTO TUMORE RECIDIVO DELL'URETERE

Sblendorio D., Piccinni R., Callea A., Berardi B., Zizzi V., Tempesta A., Gala F., Cafarelli A., Traficante A.

U. O. Clinicizzata di Urologia Ospedale "Di Venere" AUSL BA/4, Bari

Introduzione e Obiettivi: La nefroureterectomia è il trattamento d'elezione delle neoplasie uroteliali (TCC) della pelvi renale e dell'uretere, ma in casi selezionati (pazienti monorene, neoplasie bilaterali, di basso grado e stadio) è possibile un trattamento endourologico conservativo.

Metodi: In 7 anni abbiamo eseguito 99 ureterorenoscopie diagnostiche e operative in 44 pazienti (52 unità renoureterali) per sospetto TCC della pelvi o dell'uretere; in 27 di essi è stata effettuata una ureterosopia con prelievo biotico e fotocoagulazione laser della neoplasia; in 17 pazienti è stata effettuata solo una ureterosopia diagnostica.

Risultati: Quindici pazienti (20 unità renoureterali) sono stati sottoposti a biopsia a freddo e a fotocoagulazione laser transureteroscopica, 6 di questi hanno manifestato recidive di basso grado ed hanno richiesto mediamente 1,7 procedure/unità renoureterale, ma ad un follow up medio di 31,7 mesi sono liberi da recidiva; 3 pazienti hanno manifestato recidive di alto grado e sono stati avviati a nefroureterectomia.

Il tasso complessivo di recidiva è stato, in questi casi, del 75%; in 8 pazienti sottoposti a ureterosopia per sospetto TCC la biopsia transureteroscopica è risultata negativa. Il video documenta una di queste procedure che ha consentito di risparmiare una unità renoureterale.

Sempre in questi 7 anni abbiamo eseguito per TCC della pelvi o dell'uretere 33 nefroureterectomie, in 19 delle quali abbiamo effettuato preventivamente la disinserzione endoscopica del meato ureterale.

Conclusioni: Secondo una recente revisione della letteratura (Bagley DH, 2005) il trattamento conservativo transureteroscopico dei TCC comporta un tasso di recidive del 31-65% con disease free rate del 35-86% e tassi di progressione e di metastatizzazione bassi, correlati al grading del tumore. L'ablazione ureteroscopica di un TCC di basso stadio e grado (G1-2) sembra un trattamento valido anche in pazienti con reni controllaterali normali (Tolley DA, 2004). Una eventuale terapia adiuvante topica con mitomicina e BCG sembra essere ben tollerata ed efficace (Gupta M, 2004).

Abstract n. 23 Comunicazione

HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU): QUATTRO ANNI DI ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO

Callea A., Zizzi V., Cafarelli A., Piccinni R., Berardi B., Sblendorio D., Tempesta A., Gala F., Fiorentino N., Traficante A.

AUSL BA 4, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere", Bari

Introduzione e Obiettivi: L'HIFU nel trattamento del carcinoma prostatico si prefigge la termoablazione della ghiandola con ultrasuoni focalizzati ad alta energia. Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia e la tollerabilità del trattamento in pazienti con carcinoma localizzato ed in quelli con recidiva locale dopo radioterapia o prostatectomia radicale, ma esistono pochi dati sulla sua efficacia in pazienti con carcinomi localmente avanzati o ad alto rischio di progressione.

Metodi: In 50 mesi abbiamo effettuato 152 trattamenti ABLATHERM (EDAP TECHNOMED) in 132 pazienti (età media 74,3 anni, PSA medio 29,3 ng/ml e Gleason score medio 6,9) affetti da carcinoma prostatico localizzato o localmente avanzato (N0M0), non candidabili a chirurgia radicale per età superiore a 75 anni o per comorbilità. Il volume prostatico medio pre-trattamento era di 51,6 ml (range 1 - 172 ml); 20 erano neoplasie a basso rischio di progressione (T1-T2a con Gleason score ≤ 6 e PSA ≤ 10 ng/ml), 18 a medio rischio (T2b o Gleason score = 7 o PSA fra 10 e 20 ng/ml) e 94 (71,2%) ad alto rischio (≥ T2c o Gleason score > 7 o PSA > 20 ng/ml). In tutti i pazienti è stata effettuata una TURP prima del trattamento termoablativo. In 16 pazienti è stato effettuato un secondo trattamento HIFU per persistenza di cellule neoplastiche alla biopsia di controllo a 6 mesi, mentre in 4 casi un ritrattamento è stato necessario a causa di un volume prostatico superiore a 100 ml.

Risultati: Il follow up medio è di 30,3 mesi, con dosaggio del PSA ogni 3 mesi e biopsia prostatica a 6 mesi dall'HIFU. Il success rate biochimico (PSA stabilmente < 0,5 ng/ml) è stato 73,7% nei tumori a basso e medio rischio di progressione e 32,0% in quelli ad alto; il success rate istopatologico (negativizzazione della biopsia) è stato 84,6% nei tumori a basso e medio rischio e 66,0% in quelli ad alto.

I pazienti con PSA failure sono stati avviati a terapia con bicalutamide 150 mg/die e, al momento, abbiamo registrato solo 2 decessi per progressione della malattia ed 1 per complicanze (fistola rettale) del trattamento. Gli eventi avversi sono stati: UTI asintomatiche nel 21,9% dei casi, ematuria nel 4,5%, prostatiti nel 3,7%, orchiepididimiti e dolore emorroidario nel 2,2%, stenosi dell'uretra nel 9,0%, sclerosi del collo vescicale nel 14,3%, fistola uretro-rettale nello 0,7%, stress incontinenza di grado lieve nel 3,7% e disfunzione erettile nel 77,2% dei casi.

Conclusioni: La prostatectomia radicale è il trattamento d'elezione per le neoplasie localizzate e consente la migliore sopravvivenza. L'HIFU è un'alternativa promettente nelle neoplasie a basso e medio rischio di progressione, non candidabili a chirurgia radicale. Nelle forme localmente avanzate e ad alto rischio di progressione l'HIFU ha consentito una terapia risolutiva in circa un terzo dei casi. Sarà necessario un follow up più lungo per confermare questi dati preliminari.

Abstract n. 24 Comunicazione

ANALISI DI ESPRESSIONE CITOPLASMATICA E NUCLEARE DI PVHL E HIF-1 α NEI TUMORI RENALI A CELLULE CHIARE INTRACAPSULARI: L'ESPRESSIONE NUCLEARE DI HIF-1 α RAPPRESENTA UN FATTORE PROGNOSTICO SFAVOREVOLE INDIPENDENTE

Minervini A.¹, Di Cristofano C.², Serni S.¹, Lapini A.¹, Salinitri G.¹, Bertacca G.², Masieri L.¹, Lessi F.², Bevilacqua G.², Cavazzana A.², Minervini R.³, Carini M.¹

¹Clinica Urologica I, Università, degli Studi di Firenze;

²Dipartimento di Oncologia, Divisione di Anatomia Patologica, Università di Pisa; ³Dipartimento di Chirurgia, Clinica Urologica, Università di Pisa

Obiettivo: L'inattivazione del gene VHL rappresenta la più frequente anomalia genetica nel carcinoma renale a cellule chiare (ccRCC). Le proteine codificate dal gene VHL (pVHL), media-

te la formazione di un complesso eterotrimerico si legano ad HIF-1 α e promuovono la sua degradazione. Scopo dello studio è indagare il pattern di espressione e valutare il ruolo prognostico delle pVHL e del HIF-1 α nei cc-RCC T1-T2.

Pazienti e Metodi: Un tissue microarray è stato sviluppato su 136 cc-RCC intracapsulari con un follow up medio di 74 mesi. Sono stati utilizzati due anticorpi monoclonali (clone Ig32 e clone Ig33) e un anticorpo policlonale anti-HIF-1 α . Il pattern di espressione di tali markers è stato messo in relazione con variabili clinicopatologiche riconosciute. La probabilità; di sopravvivenza stratificata per le variabili analizzate è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier, utilizzando il log-rank test per determinare le differenze tra le variabili considerate.

Risultati: Gli anticorpi Ig32 and Ig33 anti pVHL hanno mostrato una positività; citoplasmatica nel 89.7% e nel 85.7% dei casi. La positività; citoplasmatica e nucleare per HIF-1 α è stata riscontrata nel 90.5% e nel 67.4% dei casi. La mancata espressione di pVHL e la presenza di HIF-1 α a livello nucleare si sono rivelati fattori prognostici sfavorevoli significativi ed indipendenti $p=0.0079$ e $p=0.0055$). L'espressione di HIF-1 α a livello citoplasmatico si è rivelata un fattore prognostico favorevole statisticamente significativo ($p=0.0027$).

Conclusioni: Le pVHL sono espresse nella maggioranza dei cc-RCC a livello citoplasmatico e la mancata espressione di tali proteine rappresenta un fattore prognostico sfavorevole. HIF-1 α è espresso sia a livello citoplasmatico che nucleare ma solo l'espressione nucleare determina una prognosi sfavorevole. Il traffico citoplasmatico-nucleare di HIF-1 α sembra essere un fattore determinante per la progressione dei cc-RCC. Sia pVHL che HIF-1 α si sono rivelati fattori prognostici indipendenti.

Abstract n. 25 Poster

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEGLI ANGIOMIOLIPOMI MEDIANTE TECNICA DI ENUCLEAZIONE SEMPLICE: 20 ANNI DI ESPERIENZA

Giubilei G., Minervini A., Masieri L., Lanzi F., Manoni L., Lapini A., Serni S., Carini M.

Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: L'angiomiolipoma renale è un tumore benigno il cui trattamento è indicato in caso di dimensioni superiori a 4 cm per il rischio di complicanze quali dolore, ematuria franca ed emorragia retroperitoneale. Attualmente, la chirurgia conservativa, se tecnicamente fattibile, rappresenta il gold standard terapeutico di tale patologia. Riportiamo la nostra casistica di angiomiolipomi renali trattati con tecnica di enucleazione valutando con particolare attenzione il rischio di recidiva locale e le complicanze intra e postoperatorie associate a tale trattamento.

Materiali e Metodi: Dall'1986 al 2005, 37 pazienti consecutivi sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per angiomiolipoma renale. Le indicazioni per il trattamento hanno incluso: sintomi associati, dimensioni >4 cm e/o sospetto di malignità. Di questi, 34 (89%) (4 uomini, 30 donne; età media 50 anni, range 26-75,) sono stati sottoposti a trattamento conservativo mediante tecnica di enucleazione. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a controllo ecografico ogni 6 mesi per i primi due anni e successivi controlli ecografici con cadenza annuale. In caso di necessità i pazienti hanno eseguito esame TC addome o RMN. Data ultimo follow-up Gennaio 2006.

Risultati: Follow-up medio 56 mesi (range 10- 120). Diametro massimo medio della neoplasia 5.2 cm (range 1.5-15 cm, DS 4.7). Dei pazienti trattati con enucleazione 5 presentavano lesioni monolaterali multicentriche, in 3 era presente patologia bilaterale. Tre pazienti sono andati incontro a recidiva di malattia: 2 omolateralmente, 1 controlateralmente al rene trattato. Nessun paziente è deceduto nell'immediato postoperatorio. Tra le complicanze riportiamo 1 caso di sanguinamento trattato con emotra-

sfusioni (2.9%) e due episodi di febbre urosettica non associata a raccolte perirenali e trattati con terapia medica (5.9%).

Conclusioni: Se tecnicamente fattibile, l'enucleazione garantisce ottimi risultati in termini di "sopravvivenza" libera da recidiva. Tale tecnica garantisce inoltre una bassa incidenza di complicanze legate a danno vascolare e del sistema collettore e permette la massima preservazione di tessuto parenchimale sano.

Abstract n. 26 Comunicazione Selezionata

RISULTATI DELLA TECNICA DI ENUCLEAZIONE NEL TRATTAMENTO CONSERVATIVO DEI TUMORI RENALI (RCC) CON DIAMETRO MASSIMO \leq 4 CM: ANALISI A LUNGO TERMINE SU 232 PAZIENTI

Minervini A., Serni S., Masieri L., Lanzi F., Tosi N., Giubilei G., Lapini A., Carini M.

Clinica Urologica I, Università degli Studi di Firenze

Obiettivo: La chirurgia nephron sparing condotta mediante tecnica di enucleoresezione rappresenta la tecnica di scelta per il trattamento dei tumori renali con diametro massimo \leq 4 cm. Obiettivo dello studio è presentare la nostra ventennale esperienza nell'utilizzo della tecnica di enucleazione semplice in una serie consecutiva di RCC in stadio pT1a.

Pazienti e Metodi: Da Gennaio 1986 a Settembre 2004, 298 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia renale per RCC e con dimensioni patologiche massime \leq 4 cm (pT1a). Di questi 257 (86%) sono stati sottoposti a enucleazione semplice e 41 (14%) a nefrectomia radicale. Dei 259 pazienti, 232 presentavano RCC singolo e sporadico e sono stati inclusi nello studio. L'enucleazione, prevede l'escissione della neoplasia con il tessuto adiposo perirenale utilizzando il piano di clivaggio tra parenchima sano e pseudocapsula. Ultimo follow up Settembre 2005. La probabilità di sopravvivenza è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier.

Risultati: Diametro medio della neoplasia 2.8 cm (SD 0.78, mediana 2.85, range 0.6-4). Distribuzione in base al grado nucleare di Fuhrman: 75 (32.3%) G1, 119 (51.3%) G2 e 38 (16.4%) G3-4. La valutazione istopatologica in base alla nuova classificazione (UICC and AJCC 1997) ha rivelato 198 cellule chiare (85.3%), 18 papillari (7.8%), 15 cromofobi (6.5%) e un (0.4%) carcinoma dei dotti collettori. Nessun paziente è deceduto nell'immediato postoperatorio. Follow up medio (mediana, range) 76 mesi (61, 12-225). Non ci sono state complicanze maggiori quali necrosi tubulare acuta/IRC e casi di sanguinamento che abbiano richiesto reintervento. Un paziente (0.4%) ha sviluppato una raccolta retroperitoneale/urinoma a distanza dall'intervento che ha reso necessario aspirazione con posizionamento di drenaggio in situ e inserimento di JJ stent per 3 settimane. La sopravvivenza tumore-specifica a 5 e 10 anni è stata del 96.7% e 94.7%, rispettivamente. La sopravvivenza libera da progressione di malattia a 5 e 10 anni è stata del 96% e 94%, rispettivamente. Complessivamente, in 13 pazienti si è avuta ripresa di malattia (6.4%): 3 recidive locali isolate (1.5%) in altra sede e quindi dovute a multifocalità. Non si sono osservati casi di recidiva locale sul letto di enucleazione.

Conclusioni: Se tecnicamente fattibile, l'enucleazione garantisce tassi di sopravvivenza tumore specifica e libera da progressione locale e sistemica eccellenti, del tutto paragonabili alla nefrectomia radicale e all'enucleoresezione. Questa tecnica garantisce inoltre una più ampia preservazione di tessuto sano e ad un minor rischio di complicanze maggiori.

Abstract n. 27 Video

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRA-PERITONEALE: COME PRESERVARE LA POTENZA E LA CONTINENZA

Celia A., Breda G.

Struttura Complessa di Urologia, Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)