

Founded in 1924

ISSN 1124-3562

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA
ARCH IT UROL ANDROL
ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

Vol. 83; n. 1, Supplement 1, March 2011

Indexed in: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica, Medbase/Current Opinion, SIIC Data Base, SCOPUS

**10° Congresso Nazionale
Associazione Italiana di Endourologia**

**3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana**

**Presidenti del Congresso
Prof. Paolo Caione, Prof. Lorenzo Defidio**





Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

Founded in 1924 by: G. Nicolich, U. Gardini, G.B. Lasio

Official Journal of the SIEUN, the SIUrO, the UrOP

Indexed in

Medline/Index Medicus - EMBASE/Excerpta Medica - Medbase/Current Opinion - SIC Data Base





Cari Colleghi e Amici,

È un grande piacere e immenso onore per noi potervi accogliere a Roma, in occasione del 10° Congresso Nazionale della IEA, Italian Endourological Association, a nome del Comitato Direttivo della Società.

Come Presidenti del Comitato Organizzativo, è nostro grande impegno rendere questo Congresso attraente e memorabile, sia dal punto di vista scientifico che sociale.

Roma, con la sua storia plurimillennaria e con la sua calda atmosfera piena di arte e charme, Vi dà il benvenuto: noi desideriamo preparare un'ospitalità e un'accoglienza amichevole e gradevole, pur con la consapevolezza dell'impegno di offrire un programma scientifico stimolante e di elevato livello.

In particolare, il programma scientifico avrà come di consueto un'importante parte con dimostrazioni di procedure endo-urologiche e laparoscopiche in diretta dalle Sale Operatorie: per la prima volta nella IEA vi sarà una significativa componente pediatrica, realizzata presso l'Ospedale "Bambino Gesù", mentre l'attività clinica sul paziente adulto si realizzerà presso l'Ospedale "Cristo Re".

Desideriamo fin da ora ringraziare il Comitato Direttivo della IEA, il Comitato Scientifico e la Presidenza dei due Ospedali "Bambino Gesù" e "Cristo Re" per il supporto offerto. Un ringraziamento particolare è rivolto a tutti coloro che con la loro presenza e la loro partecipazione attiva contribuiranno al successo di questo 10° Congresso IEA.

Roma con i suoi colori e sapori antichi e con la sua tradizionale ospitalità, sempre calorosa e amichevole, Vi attende numerosi dal 3 al 5 marzo 2011.

Benvenuti a tutti!

A nome del Comitato Organizzatore

Paolo Caione, Lorenzo Defidio



10° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Endourologia

**3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana**

Presidenti del Congresso: Prof. Paolo Caione, Prof. Lorenzo Defidio

COMITATO DIRETTIVO IEA

SEGRETARIO GENERALE

Arcangelo Pagliarulo

CONSIGLIERI

Antonio Celia, Luigi Cormio, Francesco Mangiapia, Salvatore Micali

TESORIERE

Alfonso Crisci

SEGRETARIO AMMINISTRATIVO

Andrea Cestari

COMITATO SCIENTIFICO DEL CONGRESSO

Giampaolo Bianchi, Maurizio Buscarini, Giuseppe Martorana, Emanuele Montanari, Francesco Porphiglia, Domenico Prezioso, Roberto Mario Scarpa, Carlo Terrone, Andrea Tubaro, Alberto Saita

COMITATO DI PRESIDENZA

Pierfrancesco Bassi, Carlo De Dominicis, Jean De Ville De Goyet,
Pier Luigi Lelli Chiesa, Lucio Miano, Giuseppe Vespasiani

COMITATO ORGANIZZATORE LOCALE

PRESIDENTI

Paolo Caione, Lorenzo Defidio

COORDINATORI

Mauro De Dominicis, Simona Gerocarni Nappo

OSPEDALE "BAMBINO GESÙ"

Nicola Capozza, Mario De Gennaro, Francesco Emma, Alberto Lais,
Ennio Matarazzo, Giovanni Mosiello, Antonio Spagnoli

OSPEDALE "CRISTO RE"

Marcello Mauro, Vasco Santini, Andrea Vincenzoni

COORDINAMENTO LOCALE OSPEDALE "BAMBINO GESÙ"

Ufficio Organizzazione Eventi

SEGRETERIA SCIENTIFICA OSPEDALE "CRISTO RE"

Mauro De Dominicis

Informazioni Generali

Sede del Congresso

Roma Eventi - Fontana di Trevi

Piazza della Pilotta, 4
00187 Roma
Tel. +39 06 67015176 Fax +39 06 67015178

Segreteria IEA

Associazione Italiana di Endourologia c/o EVCM

Via Porrettana 76 – 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911 Fax +39 051 6194900
E-mail: iea.segreteria@emiliaviaggi.it
Web site: www.ieanet.it

Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.

Via Porrettana 76 – 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911 – Fax +39 051 6194900
E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it
Web site: www.emiliaviaggi.it



Segreteria Scientifica

Ospedale “Cristo Re”

Via delle Calasanziane 25
00165 Roma
Tel. +39 06 61245615 Fax +39 06 61245670
E-mail: dedominicism@alice.it

Norme per la preparazione e invio dell'Abstract, delle Comunicazioni, Poster e Film

L'abstract form dovrà essere compilato in tutte le sue parti in italiano e in inglese, specificando:

- La tipologia dell'abstract (Comunicazione, Poster, Video) ed eventuale disponibilità alla conversione da Comunicazione a Poster (e viceversa).
- Il titolo dovrà definire l'argomento trattato in maniera chiara e non contenere abbreviazioni
- I nomi degli autori scritti per esteso. L'autore designato alla preparazione va sottolineato, come segnalato sul sito, ed è tenuto, in caso di accettazione al più scrupoloso rispetto del tempo che verrà assegnato all'esposizione del lavoro, e che verrà comunicato dalla Segreteria Scientifica tramite e-mail. L'abstract dovrà essere esauriente e dettagliato. Non saranno accettate dichiarazioni del tipo "i risultati verranno discussi...".

La dimensione del testo non dovrà superare le 500 parole. I termini abbreviati andranno usati per la prima volta per esteso, seguiti dall'abbreviazione tra parentesi. I lavori condotti nell'ambito di studi multicentrici dovranno fare riferimento allo studio multicentrico di appartenenza.

- Il tempo a disposizione per le comunicazioni e per i video è di 5 minuti + 3 di discussione.
- I poster dovranno avere dimensioni di cm 120 x 70. I migliori poster saranno selezionati dal Comitato Scientifico, saranno selezionati per presentazione orale (2 min + 1 discussione).
- Lingue ufficiali: Italiano e Inglese.
Non è prevista traduzione simultanea. Per favorire i partecipanti non italiani, le diapositive e i poster dovranno essere scritti in inglese.

Iscrizioni al Congresso/Corso Infermieri

Quote	Entro il 10 gennaio 2011	Dopo il 10 gennaio 2011 e in sede congressuale
Quota di Partecipazione	Euro 380,00 + IVA 20%	Euro 480,00 + IVA 20%
Quota per Specializzandi/Studenti*	Euro 50,00 + IVA 20%	Euro 80,00 + IVA 20%
Quota per Infermieri/Allievi**	Euro 50,00 + IVA 20%	Euro 80,00 + IVA 20%
Cena sociale per accompagnatori	Euro 80,00 + IVA 20%	Euro 80,00 + IVA 20%

IL CORSO INFERMIERI È A NUMERO CHIUSO (80 partecipanti).

* L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di Urologia.

** La scheda di adesione degli Infermieri deve essere accompagnata dalla fotocopia della Tessera dell'Albo.

La scheda di adesione degli Infermieri deve essere accompagnata dalla dichiarazione della Scuola di Appartenenza.

La quota d'iscrizione comprende:

La partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, lunch, coffee break.

Espositori/Sponsor

Verranno forniti su richiesta un massimo di n. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda.

Regole generali

Per l'iscrizione al Congresso, sia individuale sia di gruppo, occorre compilare ed inviare la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa, debitamente compilata in ogni sua parte, per posta o per fax, allegando la ricevuta dell'avvenuto pagamento. In caso di mancanza dei sopracitati requisiti la scheda non sarà tenuta in considerazione.

Al ricevimento delle iscrizioni, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura. Sarà cura della Segreteria Organizzativa verificare l'appartenenza alla I.E.A.! RICORDATI DI RINNOVARE LA TUA ISCRIZIONE ALLA I.E.A.! La prima scadenza per l'iscrizione al Congresso è il 10 Gennaio 2011. Dopo tale data si accetteranno solamente iscrizioni in Sede Congressuale.

Aziende/agenzie

In aggiunta alle modalità di iscrizione generali sopracitate, nel caso di sponsorizzazioni di gruppo o individuali, sulla scheda dovrà essere indicato il riferimento dell'Azienda sponsorizzatrice e dell'eventuale Agenzia a cui fatturare.

Ritiro pre-iscrizioni da parte di Aziende/Agenzie

Il ritiro delle pre-iscrizioni di Aziende/Agenzie avverrà in Sede Congressuale in forma individuale da parte di ciascun preiscritto. Le Aziende/Agenzie dovranno obbligatoriamente richiedere per iscritto, contestualmente all'invio delle schede di iscrizione, un APPUNTAMENTO alla Segreteria Organizzativa. In questa sede verranno verificate le pre-iscrizioni già ricevute, accettati i cambi nome ed evase nuove iscrizioni non effettuate entro il 21 Febbraio 2011.

Modalità di iscrizione

Al ricevimento dell'iscrizione di gruppo, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura e le indicazioni relative all'orario e al giorno assegnato per l'appuntamento.

Crediti ministeriali E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

Il Congresso è stato sottoposto alla Commissione E.C.M. del Ministero della Salute per l'accreditamento ai partecipanti delle ore di formazione.

Sono stati richiesti anche i crediti EU-ACME.

La presente edizione del congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Endourologia, IEA verrà accreditata presso il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina).

EU * ACME



Al fine di permettere un preciso e puntuale svolgimento degli eventi accreditati ed il conseguente rilevamento delle presenze, sia i Relatori sia i Partecipanti sono pregati di voler rispettare puntualmente gli orari previsti e di voler seguire fino a completamento l'evento volta per volta scelto.

Verrà rilevata la presenza in aula sia in entrata sia in uscita e verranno certificati i crediti solo se il tempo di presenza in aula risulterà essere il 100% di quello previsto per l'evento stesso.

Al fine dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva degli operatori sanitari del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo, previa consegna presso la segreteria congressuale del questionario di verifica e della scheda di valutazione dell'evento formativo. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento.

L'attestato ECM verrà inviato dopo l'evento per posta o e-mail, all'indirizzo indicato sul Questionario di Verifica dell'evento, previo controllo delle ore di presenza effettiva nell'area congressuale del partecipante, che dovranno risultare il 100% delle ore accreditate.

Condizioni necessarie per poter ottenere i crediti ECM:

- Ritirare al momento della registrazione, unitamente alla borsa congressuale, la modulistica ECM.
- Registrare sia l'entrata che l'uscita di ogni giornata congressuale o corso formativo.
- Partecipare nella misura del 100% ai lavori scientifici previsti per ogni giornata o corso formativo.
- Riconsegnare alla Segreteria Organizzativa la modulistica relativa agli eventi accreditati cui si è partecipato, debitamente compilati e firmati, al termine di ogni giornata.

"10° CONGRESSO NAZIONALE ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ENDOUROLOGIA" accreditamento dell'evento n. 6541-11002930 per medici e n. 6541-11003726 per infermieri. L'evento è attualmente in valutazione da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Rinunce

Fino al 31 Gennaio 2011 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie. Dopo tale data non verrà effettuato nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

Cambi nome

Sono permessi fino al 21 Febbraio 2011. Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto. Oltre tale data potranno effettuarsi solo in Sede Congressuale. Le sostituzioni dovranno eseguirsi tramite nuova scheda di iscrizione.

In Sede Congressuale eventuali cambi nomi di partecipanti sponsorizzati verranno accettati solo con una dichiarazione scritta di autorizzazione da parte dell'Azienda Sponsor.

Fatturazione

Per la fatturazione, occorre indicare chiaramente sulla scheda di adesione l'intestazione, il codice fiscale e/o partita IVA e l'indirizzo completo.

Modalità di pagamento

Tutti i pagamenti devono essere indirizzati a Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l. Via Porrettana 76 - 40033 Casalecchio di Reno (BO) tramite:

Bonifico Bancario: Cassa di Risparmio di Cesena
IBAN IT03W061203667000000000833

intestato a: E.V.C.M. Srl, causale: 10° IEA 2011 + quota di iscrizione + nome iscritto

Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a E.V.C.M. S.r.l.

L'assegno dovrà essere accompagnato da lettera in cui si specifica causale del pagamento. I moduli di Iscrizione dovranno essere inviati, allegando fotocopia del bonifico o assegno, a:
 Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
 Via Porrettana 76 - 40033 Casalecchio di Reno (BO)
 Tel. 051.6194911- Fax 051.6194900
 evcongressi@emiliaviaggi.it

Categorie e tariffe alberghiere

ALBERGHI	TIPOLOGIA CAMERE	TARIFFE
Barocco **** Stendhal **** White ****	Doppia uso singola standard	A partire da Euro 180,00
Pace Helvetia **** Trevi ****s	Supplemento superior	A partire da Euro 20,00

N.B. Soggiorno minimo richiesto n. 2 notti. Diritto di prenotazione (non rimborsabile) Euro 25,00 IVA inclusa. I prezzi indicati si intendono per camera a notte con inclusa la prima colazione, tasse ed IVA.

Condizioni di prenotazioni

La scheda di prenotazione alberghiera ed il relativo pagamento (Assegno o copia bonifico bancario) dovranno pervenire a Emilia Viaggi Congressi & Meeting entro il 28 Gennaio 2011. Di ogni prenotazione verrà inviata relativa fattura: le prenotazioni ricevute dopo tale data verranno confermate in base alla disponibilità del momento. L'attribuzione dell'Hotel prescelto è condizionata dalla disponibilità al momento della richiesta. Per poter garantire la prenotazione è necessario ricevere l'importo totale dei pernottamenti più Euro 25,00 IVA inclusa (per camera) come diritto di prenotazione, non rimborsabile. I prezzi indicati si intendono per camera a notte, con inclusa la prima colazione, tasse e IVA, soggiorno minimo: n. 2 notti. Le prenotazioni che perverranno senza il pagamento allegato non verranno considerate.

Per informazioni e prenotazioni alberghiere rivolgersi a:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting
 Via Porrettana 76 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
 Tel. 051.6194911 - Fax 051.6194900
 robertadesimoni@emiliaviaggi.it
 stefaniaorlandini@emiliaviaggi.it

Modalità di pagamento

Bonifico bancario intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.

IBAN IT 82 N 06285 0240 1 008561250550 – Cassa di Risparmio di Rimini

Addebito su carta di credito*: VISA, Mastercard, CartaSi

* su tutti i pagamenti effettuati tramite carta di credito verrà addebitato l'1,8% di commissione bancaria

Assegno bancario o circolare intestato a EMILIA VIAGGI

I moduli di prenotazione alberghiera dovranno essere inviati a:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
 Via Porrettana 76
 40033 Casalecchio di Reno (Bo)
 Tel. 051.6194911
 Fax 051.6194900
 E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it

Come raggiungere la Sede

Mezzi di trasporto

È possibile raggiungere comodamente la sede del Congresso (Piazza della Pilotta, 4) utilizzando i mezzi pubblici:

DALLA STAZIONE "ROMA TERMINI":

Durata del Viaggio: 5 min (mezzi pubblici); 20 min (pedonale). Distanza 2 km.

Trasporto pubblico (bus):

- Uscire dalla stazione sul lato di Piazza dei Cinquecento.
 - Prendere il bus 40 Express (partenze ogni 5 min) per 3 fermate e scendere in Piazza Venezia.
 - Girare a sinistra in piazza SS. Apostoli, percorrerla per 50 mt. e girare a destra in via del Vaccaro che, dopo 40 mt. sfocia in piazza della Pilotta.
 - Il Centro Congressi è situato sul lato alto della piazza, all'interno del palazzo dell'Università Pontificia Gregoriana.
- Altre linee utilizzabili: bus 61, 62, 492.

Trasporto pubblico (metro):

- All'interno della stazione prendere la Metro A per 2 fermate e scendere alla fermata BARBERINI (proseguire a piedi per circa 800 mt. fino a raggiungere piazza della Pilotta).
- Oppure la Metro B per 1 fermata e scendere alla fermata CAVOUR (poi a piedi per circa 1,2 km).

Pedonale:

- Uscire dalla stazione sul lato di Piazza dei Cinquecento
- Proseguire in direzione dell'adiacente piazza della Repubblica e girare a sinistra in via Nazionale.
- Percorrerla tutta per 500 mt. fino a largo Magnanapoli e proseguire dritto (la strada cambia nome e diventa via IV Novembre).
- Discendere via IV Novembre per 100 mt.
- Girare a destra sotto l'arco in via della Pilotta che, dopo 30 mt. sfocia in piazza della Pilotta.

DALLE VARIE "RETI AUTOSTRADALI O STRADALI":

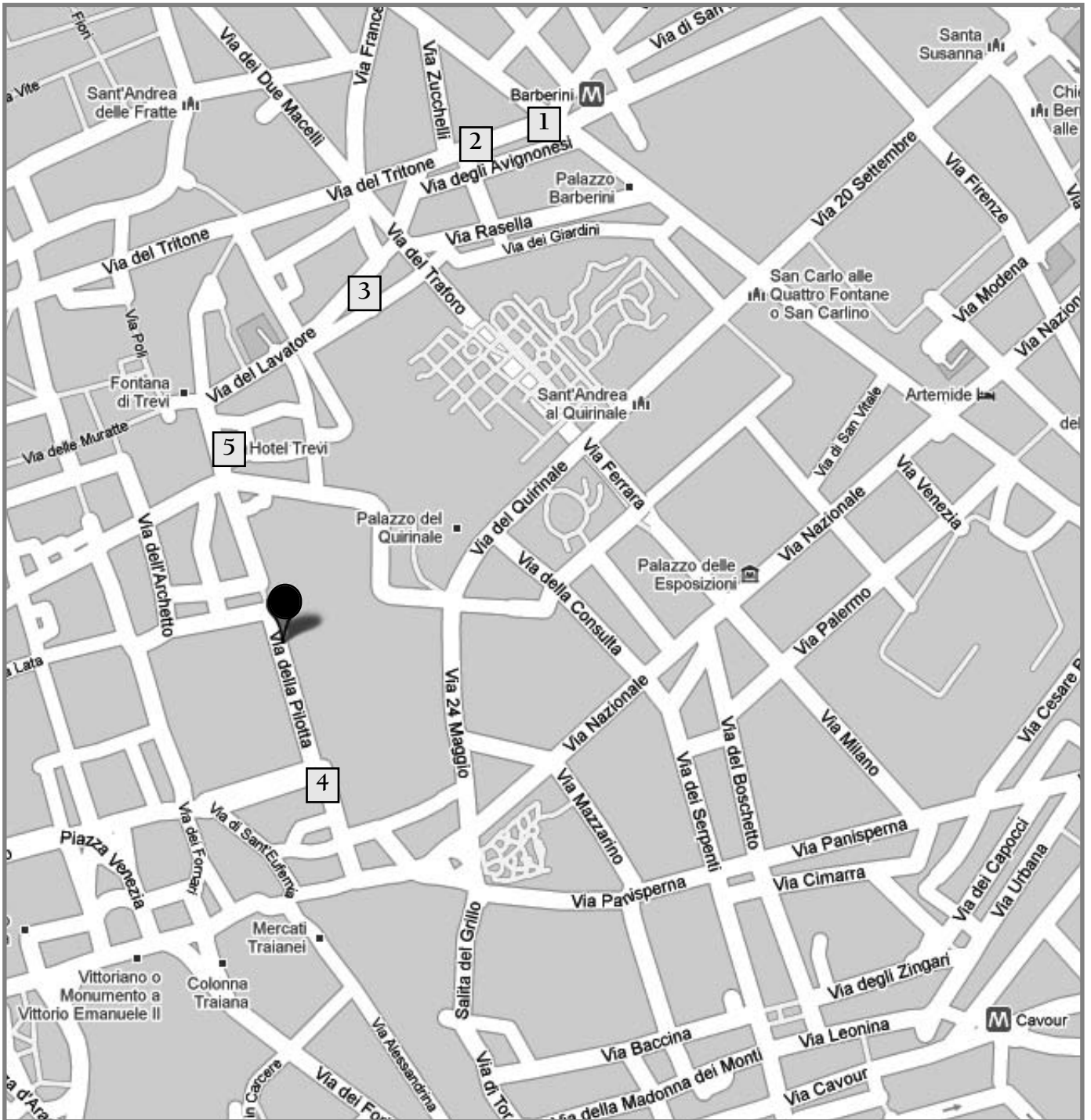
Durata del viaggio 30 min. circa (dall'ingresso sul raccordo). Distanza 13 km.

A1 (per chi arriva da Firenze):

- Dall'autostrada uscire sul G.R.A. in direzione Aurelia/Fiumicino e uscire dopo circa 2 km imboccando l'uscita 8 (Salaria) in direzione Centro.
- Percorrere tutta la via Salaria (8 km) fino a largo Nicola Spinelli e proseguire su via Pinciana per circa 1 km.
- All'altezza di piazzale Brasile girare a sinistra in via di Porta Pinciana (300 mt.); alla fine della via troverete il parking Ludovisi (altrimenti proseguendo dritto, dopo 200 mt. sulla destra si incontra il Parking di Villa Borghese).

A1 (per chi arriva da Napoli):

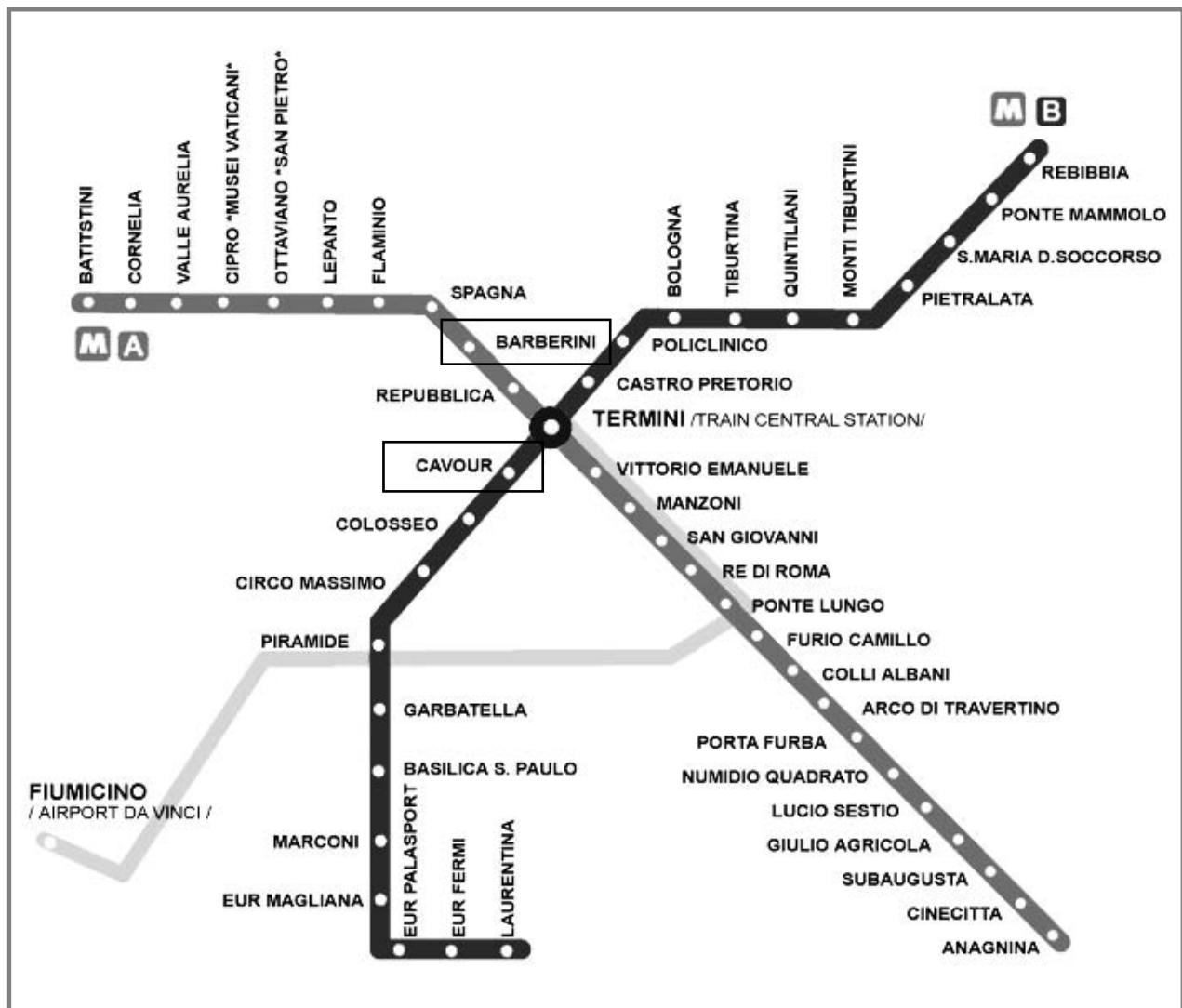
- Dall'autostrada uscire sul G.R.A. in direzione L'Aquila/Firenze e uscire dopo circa 8 km prendere l'uscita 14 (Tangenziale Est) in direzione Centro.
- Percorrerla per circa 7 km ed uscire sulla destra in Circonvallazione Tiburtina in direzione centro, poi proseguire fino a Scalo di S. Lorenzo per circa 1 km e girare a destra in via degli Ausoni per circa 400 mt.
- Girare a sinistra in via De Lollis e proseguire fino ad arrivare in piazza Sisto V; prendere a destra per via Marsala e girare a sinistra sotto il primo tunnel.
- Alla fine del tunnel troverete il parcheggio ES Park (via Giolitti – fronte stazione Termini) e da qui seguire le indicazioni sul trasporto pubblico.



● Sede Congressuale

- 1 Hotel Barocco, Piazza Barberini 9
- 2 Hotel Stendhal, Via del Tritone 113
- 3 Hotel White, Via In Arcione 77
- 4 Hotel Pace Helvezia, Via IV Novembre 104
- 5 Hotel Trevi, Vicolo del Babuccio 20/21

Mappa della Metropolitana



Fermate più vicine alla Sede Congressuale:

- BARBERINI (METRO A)
- CAVOUR (METRO B)

Parcheggi custoditi e coperti:

- **Parking LUDOVISI**, via Ludovisi, 60 – Tel. 06 4740632 (500 posti complessivi)
- **Parking VILLA BORGHESE**, v.le del Muro Torto, snc – Tel. 06 3225934 (600 posti complessivi)
- **ES Park GIOLITTI**, via Giolitti, 267 – Tel. 06 44704053 (450 posti complessivi)



10° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Endourologia

3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana

Con il Patrocinio di:



Ministero della Salute



Consiglio Regionale del Lazio



Provincia di Roma



Comune di ROMA



Società Italiana di Urologia - S.I.U.



Società Italiana di Urologia Pediatrica - S.I.U.P.



European Section of UroTechnology - E.S.U.T.



Società Italiana di Videochirurgia Infantile - S.I.V.I.



EU ACME



10° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Endourologia

3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana

L'Associazione Italiana di Endourologia ringrazia le seguenti Aziende che hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione del 10° Congresso Nazionale I.E.A.

Diamond Sponsor

COOK
KARL STORZ ENDOSCOPIA
OLYMPUS

GLAXOSMITHKLINE

IPSEN
ROCCHETTA
VE.DI.SE HOSPITAL

Platinum Sponsor

AMS
BOSTON SCIENTIFIC
CAO
COLOPLAST
MOVI
OCEANA THERAPEUTICS LTD.
TELEFLEX MEDICAL

Silver Sponsor

BIO-STILOGIT
EDAP TECHNOMED
EMS
ESSEDUE GROUP
GE HEALTHCARE
NATURAL BRADEL

Golden Sponsor

ALLIANCE MEDICAL
DIMED
DORNIER MEDTECH
ERBE
ETHICON JOHNSON & JOHNSON

Sponsor

ANGELINI
ASTELLAS
DIFASS
ENFARMA
FARMACEUTICA MEV
IDI PHARMA
SOFAR



10° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Endourologia

3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana

3 Marzo 2011

Ore 13.00	REGISTRAZIONE
Ore 14.00-14.30	LETTURA MAGISTRALE
Auditorium	Role of RIRS in the conservative treatment of UUTCC <i>A. Patel (London)</i> Presenta: <i>L. Defidio</i>
Ore 14.30-15.15	DIBATTITO
Auditorium	LA CALCOLOSI A STAMPO AMPOLLARE DEL RENE DI 2.5 CM Chairmen: <i>G. Bianchi, A. Pagliarulo</i> Panelists: <i>G. Giusti (Accesso Retrogrado), J. de la Rosette (Accesso Percutaneo)</i> <i>A. Cestari (Accesso Laparoscopico)</i> <i>(Ogni presentazione sarà accompagnata da un video di tecnica)</i>
Ore 15.15-15.45	CHALLENGING CASES IN ENDOUROLOGY (sessione interattiva)
Auditorium	Chairmen: <i>G. Fuchs, R.M. Scarpa</i> Panelists: <i>A. Patel, A. Tasca, A. Breda</i>
Ore 15.45-16.45	FOCUS ON: NOVITÀ TECNOLOGICHE IN ENDOUROLOGIA E LAPAROSCOPIA
Auditorium	Chairmen: <i>C. Scoffone, F. Cauda</i> Le guaine ureterali: cosa c'è di nuovo? <i>M. De Dominicis</i> I basket in Nitinol: piccolo è meglio? <i>R. Miano</i> L'ureteroscopio flessibile digitale: è veramente necessario? <i>A. Frattini</i> Trucchi del mestiere nella PDD <i>A. Lapini</i> I collanti in Laparoscopia urologica: sono utili? <i>C. De Dominicis</i>
Ore 16.45-17.45	LE MIGLIORI COMUNICAZIONI/VIDEO/POSTER IN ENDOUROLOGIA
Auditorium	Chairmen: <i>C. Terrone, G. Carrieri</i> C1 - Evoluzione del grado di ostruzione cervico-uretrale nei pazienti sottoposti a vaporizzazione prostatica fotoselettiva (PVP) mediante laser KTP <i>A. Tubaro, C. De Nunzio, A. Trucchi, R. Miano, S. Squillacciotti, M. Mattioli, C. Avitabile, A. Brassetti, L. Miano</i>

C2 - Confronto fra TURP-Gyrus e Holep nel trattamento di prostate di volume inferiore a 100 ml

G. de Rienzo, I. Martines, M. Scarzia, G. Giocoli Nacci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

V1 - Ureteroscopic laser management of symptomatic simple peripelvic renal cyst

L. Defidio, M. De Dominicis

P1 - Tre cm rappresenta il diametro massimo per ottimizzare i risultati della RIRS in caso di calcoli renali superiori ai 2 cm

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, O. Maugeri, A. Benetti, G. Bonvissuto, R. Peschechera, V. Guarrella, P. Graziotti

P2 - Trattamento endourologico della litiasi nel bambino: nostra esperienza preliminare

M. Garofalo, G. Montini, F. Pugliese, E. Brunocilla, R. Schiavina, G.C. Rocca, C.V. Pultrone, A. Baccos, C.N. Bizzarri, G. Passaretti, M. Borghesi, A. Vici, M. Marini, A. Savini, G. Martorana

C3 - International cooperation in endourology: supine versus prone percutaneous nephrolithotomy in obese patients

C. Scoffone, C. Cracco, R.M. Scarpa, F. Sanguedolce, S. Grande, A. Di Stasio, N. Serra, M. Poggio, M. Cossu, P. Kallidonis, E. Llatsikos, R. Sabockis, M. Brehmer, J. Jessen, T. Knoll, M. Franke, P. Osther, O. Traxer, T. Hermann, A. Merseburger, U. Nagele, F. Millan, A. Breda

V2 - Fotodiagnosi dinamica con ac. esaminolevulinico (Hexvix®) nell'alta via escretrice.

Note di tecnica

S. Ferretti, D. Campobasso, P. Granelli, D. Cerasi, M. Ciuffreda, A. Frattini

P3 - Retrograde intrarenal surgery (RIRS) alone or plus ESWL in the treatment of pelvic renal stones: ten years experience in a single stone center

F. De Marco, L. Grillenzoni, S. Di Nicola, D. Fini, P. Vicini, G.P. Ricciuti, U. Parente

P4 - Trattamento endourologico delle neoplasie dell'alta via escretrice di basso grado: nostra esperienza

P. Beltrami, B. Vezzù, L. Ruggera, F. Gigli, M. Iafrate, F. Zattoni

Ore 16.00-18.00

Sala Alighieri

"HANDS-ON" IN ENDOUROLOGIA

Tutors: A. Celia (Flex Advanced), R. Miano (PCNL), A. D'Addessi (Rigid Basic), M. Garofalo (Flex Basic)

Vi saranno postazioni di Ureterosopia Semirigida, di Ureterosopia Flessibile e di Percutanea in cui i partecipanti potranno esercitarsi sotto la guida dei Tutors.

N.B.: È indispensabile l'iscrizione, in quanto il corso è a numero chiuso. (8 partecipanti a postazione)

Ore 16.45-17.45

Sala Belli

COMUNICAZIONI DI ENDOUROLOGIA

Chairmen: P. Beltrami, C. Pavone

C4 - Ureterorenoscopia e trattamento conservativo con low-power HO:YAG laser delle neoplasie dell'alta via escretrice: nostra esperienza

L. Ruggera, P. Beltrami, B. Vezzù, F. Zattoni

C5 - First collaborative experience with thulium laser ablation of localized upper urinary tract urothelial tumors using retrograde intra-renal surgery

L. Defidio, M. De Dominicis, L. Di Gianfrancesco, G. Fuchs, A. Patel

P5 - Ureterorenoscopia nel trattamento dell'urolitiasi in età pediatrica. Nostra esperienza

S. Angelone, P. Bolchini, A.M. Cotrufo, A. Fonzone Caccese, G. Palazzo, S. Mariconda

C6 - RIRS bilaterale per calcoli renali inferiori ai 2 cm di diametro

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, A. Benetti, R. Peschechera, G. Bonvissuto, O. Maugeri, V. Guarella, P. Graziotti

P6 - L'approccio combinato anterogrado e retrogrado in posizione prona nella litotrixxia percutanea endorenale

G. Caddeo, S. Serra, A. Corona, A. De Lisa

P7 - "Tra passato e presente: la nefrolitotrixxia percutanea in due tempi"

E. Brunocilla, M. Garofalo, R. Schiavina, C.V. Pultrone, C.G. Rocca, A. Baccos, G. Passaretti, V. Vagnoni, G. Martorana

P8 - Holmium:Yag laser treatment of the ureteral stones: what we learned after a ten years experience and 2572 patients treated?

F. De Marco, L. Grillenzoni, S. Di Nicola, D. Fini, P. Vicini, G.P. Ricciuti, U. Parente

P9 - Il trattamento endourologico retrogrado della calcolosi renale. Studio clinico con riferimento ai pazienti plurirecidenti

P. Beltrami, A. Iannetti, L. Ruggera, M. Iafrate, M. Arancio, F. Zattoni

Ore 16.30-18.00**Sala Trilussa****VIDEO DI ENDOUROLOGIA**Chairmen: *L. Cormio, G. Giusti***V3 - Atypical continent heterotopic reservoir's stones in kidney transplant patient: endourological resolution***P. Granelli, A. Frattini, S. Ferretti, P. Salsi, D. Campobasso, M.P. Mazzoni, E. Capocasale***V4 - Bipolar resection plus narrow banding image (NBI) technology to improve bladder neoplasm detection rate during TURBt: a new approach***R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti***V5 - Bipolar surginmaster scalpel transurethral resection of prostate: initial experience in a trained centre with over 2000 bipolar TURP***R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti***V6 - TURis in transurethral resection of prostate: initial experience in a trained centre with over 2000 bipolar TURP***R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti***V7 - La fotovaporizzazione della prostata mediante green laser è una procedura innata per l'urologo. The Green Laser Photovaporization of prostate is an innate skills of the urologist***E. Cirillo-Marucco, G. Albino***V8 - PCNL in posizione Valdivia in rene a ferro di cavallo, BPCO ed obesità. Tips and tricks***T. Spiridon, G. Alkiviadis, K. Vassilis, I. Xoxakos, A. Tsiotras, D. Malovrouvas***V9 - Pielocalicosopia trans pielostomica dopo nefrolitotrixxia percutanea: efficace controllo e risoluzione di eventuale litiasi residua***M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina***V10 - Trattamento della calcolosi ureterale e pielocaliceale con ureterorenoscopia flessibile Olympus URF-V: nostra esperienza***S. Lacquaniti, E. Conti, P.P. Fasolo, M. Camilli, G. Fasolis***V11 - Trattamento conservativo endoscopico di stenosi dell'ostio ureterale destro in esiti di riparazione chirurgica di estesa lesione iatrogena del trigono vescicale durante parto cesareo***G. Isgro, N. Ferrari, M. Rosa, R. Galli, C. Guarasci, S. De Stefani, S. Micali, G. Bianchi***V12 - Resezione endoscopica nella erosione vescicale da tape della TVT***V. Imperatore, F. Cantiello, S. Di Meo, F. Fusco, C. Imbimbo, V. Mirone***Ore 14.00-18.00****Sala Alfieri****VIDEO IN MOTION***(Saranno proiettati ciclicamente tutti i video del Congresso)***Ore 18.00****Auditorium****CERIMONIA DI INAUGURAZIONE DEL 10° CONGRESSO NAZIONALE IEA***Prof. B. Dallapiccola, Direttore Scientifico Osp. "Bambino Gesù"**Dott. M. Raponi, Direttore Sanitario Osp. "Bambino Gesù"**Dott. M. Nonis, Direttore Sanitario Osp. "Cristo Re"**Prof. V. Pansadoro, Presidente SIU**Dott. E. Merlini, Presidente SIUP**Prof. A. Pagliarulo, Presidente IEA**Prof. P. Caione, Direttore U.O.C. Urologia Pediatrica Osp. "Bambino Gesù"**Prof. L. Defidio, Direttore U.O.C. Urologia Osp. "Cristo Re"***"Omaggio a Roma" (video di Franco Zeffirelli)****Ore 19.30****WELCOME BUFFET**

4 Marzo 2011

Ore 08.00-08.15 HIGHLIGHTS sul giorno precedente

Auditorium *A. Crisci*

Ore 08.15-08.30 PRESENTAZIONE dei casi del giorno

Auditorium *S. Gerocarni Nappo, D. Piccolotti*

Ore 08.30-14.00 VIDEO-CHIRURGIA IN DIRETTA: ENDOUROLOGIA

Auditorium Chairmen in Aula: *R.M. Scarpa, A. Tubaro, S. Mariconda, G. Vespasiani*

Ospedale "Bambino Gesù" PCNL supina combinata in età pediatrica

Sala A *C. Scoffone, A. Frattini*

Laser-endopielotomia

A. Frattini, E. Matarazzo

Trattamento mininvasivo della vescica neurologica infantile

M. De Gennaro, G. Mosiello

Sala B RIRS per Calcoli nel bambino

A. De Lisa, E. Matarazzo

ULT

A. Saita, E. Matarazzo

Correzione endoscopica del Reflusso Vescico-Ureterale (Dx/Ha)

N. Capozza, P. Caione

Trattamento endoscopico della incontinenza urinaria con Dx/Ha

P. Caione

Provokers in S.O.: *P. Caione, E. Matarazzo*

Ospedale "Cristo Re" PCNL supina combinata

Sala A *M. De Dominicis, F. Cauda*

TURP bipolare

C. Terrone

HOLEP

I. Vavassori

Sala B RIRS con NBI per TCC

A. Patel

RIRS per calcoli

G. Fuchs

TURis di prostata

R. Giulianelli

TURB con NBI

F. Longo

Provokers in S.O.: *D. Prezioso, A. Breda*

Ore 13.30-14.30 LIGHT LUNCH

Ore 14.30-14.45 LETTURA MAGISTRALE

Auditorium **"Training in ureteroscopy and percutaneous stone treatment"**

J. de la Rosette

Presenta: *R.M. Scarpa*

Ore 14.45-15.30 NIGHTMARES IN ENDOUROLOGY

Auditorium Chairmen: *J. Rassweiler, A. Tasca*

Participants: *J. de la Rosette, A. Saita, C. Scoffone, F. Zattoni*

Ore 15.30-16.10 FLASH SUL TRATTAMENTO MINIINVASIVO DELL'IPB: "La tecnica che preferisco"**Auditorium**Chairmen: *A. Pagliarulo, C. Magno***TURP Monopolare***V. Pansadoro***TURP Bipolare***R. Scarpa***KTP***A. Tubaro***Revolix***C. Corbu***Holep***I. Vavassori***Ore 16.10-17.10 LE MIGLIORI COMUNICAZIONI/VIDEO/POSTER IN ENDOUROLOGIA****Auditorium**Chairmen: *M. Carini, A. De Lisa***C7 - International cooperation in endourology: percutaneous and flexible ureteroscopic treatment of lower pole kidney stones***C. Scoffone, C. Cracco, R. M. Scarpa, F. Sanguedolce, S. Grande, A. Di Stasio, N. Serra, M. Poggio, M. Cossu, P. Kallidonis, E. Llatsikos, R. Sabockis, M. Brehmer, J. Jessen, T. Knoll, M. Franke, P. Osther, O. Traxer, T. Hermann, A. Merseburger, U. Nagele, F. Millan, A. Breda***C8 - Endoscopic combined intra-renal surgery (ECIRS): è necessaria la posizione modificata Galdakao?***L. Cormio, A. Perrone, F. Lorusso, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siatì, O. Selvaggio, R. Di Brina, V. Ariano, G. Carrieri***P10 - Trattamento endoscopico della litiasi nel bambino: stent o non stent?***M. Garofalo, G. Montini, F. Pugliese, E. Brunocilla, R. Schiavina, G.C. Rocca, C.V. Pultrone, A. Baccos, B. Barbieri, A. Vici, V. Vagnoni, D. Diazi, A. Savini, G. Martorana***V13 - Trattamento conservativo di neoplasia uroteliale dell'alta via escretrice in monorene chirurgico con storia di carcinoma uroteliale multifocale***M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina***P11 - Trans-urethral resection of bladder (TUR-B) performed by means of narrow-band imaging (NBI): a preliminary study***F. Longo, A. Del Nero, P. Bernardini, B. Mangiarotti, V. Usulli, Y. Hussein M.I., M. Delor, G. Varischi, M. Neganov, E. Montanari***C9 - Complications in percutaneous nephrolithotomy***A. Saita, A. Scavuzzo, M. Puglisi, G. Maugeri, A. Bonaccorsi, F. Spitaleri, M. Falsaperla, M. Motta, G. Morgia***Ore 17.10-18.00 LE MIGLIORI COMUNICAZIONI/VIDEO/POSTER IN LAPAROSCOPIA****Auditorium**Chairmen: *G. Martorana, F. Porpiglia***V14 - Sils extraperitoneal radical prostatectomy***V. Ferrara, W. Giannubilo, Behrouz Azizi, C. Vecchioli, A. Garritano, G. Pace***C10 - Enucleoresezione renale laparoscopica robot assistita: la nostra esperienza***A. Celia, G. Zeccolini, D. Del Biondo, G. Breda***C11 - Uno o due collanti per migliorare l'emostasi in corso di nefrectomia parziale laparoscopica?***F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, R. Bertolo, Lucci Chiarissi, F. Mele, M. Manfredi, A. Di Stasio, R.M. Scarpa***V15 - Modalità di legatura del plesso venoso profondo nella prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale: nostra iniziale esperienza***V. Imperatore, F. Cantiello, S. Di Meo, F. Fusco, C. Imbimbo, V. Mirone***P12 - Nostra esperienza iniziale sulla nefrectomia hand-assisted da vivente per il ricevente pediatrico: note di tecnica e risultati***G. Torino, M. Prieto, G. Collura, A. Genovese, E.A. De Marco, N. Capozza***V16 - Chirurgia laparoscopica nephron sparing nel trattamento del carcinoma a cellule renali (RCC) di 4-7 cm***A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso*

Ore 16.00-18.00

“HANDS-ON” IN LAPAROSCOPIA

Sala Alighieri

Tutors: P.L. Bove, M. Falsaperla, S. Micali, A. Minervini

Vi saranno 4 postazioni laparoscopiche (Tradizionale e LESS) in cui i partecipanti potranno esercitarsi sotto la guida dei Tutors.

N.B.: È indispensabile l'iscrizione, in quanto il corso è a numero chiuso (8 partecipanti a postazione)

Ore 16.10-17.00

ENDOUROLOGIA

Sala Belli

Chairmen: R. Miano, A. Crisci

P13 - International Cooperation in Endourology: Ureteral Access Sheath Utility During Flexible Ureterscopy for Lower Pole Kidney Stones

C. Scoffone, C. Cracco, R. M. Scarpa, F. Sanguedolce, S. Grande, A. Di Stasio, N. Serra, M. Poggio, M. Cossu, P. Kallidonis, E. Llatsikos, R. Sabockis, M. Brehmer, J. Jessen, T. Knoll, M. Franke, P. Osther, O. Traxer, T. Hermann, A. Merseburger, U. Nagele, F. Millan, A. Breda

P14 - Nefrolitotrixxia percutanea (PCNL) in posizione supina: nostra esperienza dopo i primi 50 casi

E. De Fortuna, G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasi, L. Salzano

P15 - Complications of ureteroscopy in the current era. a 5-years single institution experience

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

C12 - Combined treatment of impacted uretero-pelvic stones using laser ureteroscopic lithotripsy and extracorporeal shock wave lithotripsy

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P16 - ESWL della calcolosi renale: quando diventa “under treatment”?

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

P17 - ESWL al tempo dell'Olmium LASER: è ancora ragionevole trattare i calcoli ureterali?

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

Ore 17.00-18.00

ASPETTI PARTICOLARI DI ENDOUROLOGIA

Sala Belli

Chairmen: C. Cracco, M. De Gennaro

V17 - Polyscope™, il primo ureterorenoscopio flessibile monouso

G.G. Giusti, G.T. Taverna, S.Z. Zandegiacomo, G.B. Bonvissuto, A.B. Benetti, D.C. Centrella, O.M. Maugeri, V.G. Guarella, P.G. Graziotti

P18 - L'ureterosopia con uretroscopio flessibile Wolf “Cobra”: due canali sono veramente meglio di uno!

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, E. Ammirati, B. Frea

P19 - Utilizzo dello stent ureterale Allium® nel trattamento endoscopico delle stenosi ureterali: nostra esperienza e risultati preliminari

C. Leonardo, N. Tartaglia, G. Franco, C. Calìolo, P. Michetti, C. de Dominicis

P20 - Un nuovo metodo scintigrafico per lo studio dell'idronefrosi. Diagnosi differenziale tra dilatazione delle vie urinarie ed uropatia ostruttiva

A. D'Addessi, M. Vittori, G. Tartaglione, E. Sacco, P. Bassi

C13 - A mini-invasive endoscopic approach to severe neurogenic bladder dysfunction in selected children: an alternative to major surgery?

G. Mosiello, M. P. Pascali, A. Marciano, A.M. Zaccara, M.L. Capaitanucci, M. De Gennaro

V18 - Bulkamide idrogel limiti di un nuovo bulking agent

F. Mantovani

C14 - Artificial urinary sphincter ams 800 after failed first anti-incontinence procedures for post-prostatectomy stress urinary incontinence

I. Morra, A. Di Stasio, C. Fiori, S. Grande, F. Ragni, F. Porpiglia, R.M. Scarpa

Ore 16.00-16.50

VIDEO LAPAROSCOPIA PROSTATA

Sala Trilussa

Chairmen: V. Pagliarulo, G. D'Elia

V19 - Bladder neck sparing in pazienti con lobo medio prostatico in corso di prostatectomia radicale videolaparoscopica

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarfia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo

V20 - Isolamento della fascia endopelvica nella prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale: note di tecnica chirurgica

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarfia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo

V21 - Knotless three-layer anastomosis during radical robotic prostatectomy

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

V22 - Laparoscopic radical prostatectomy - a new concept for improvement of early continence

G. Pini, A. Serdar Goezen, J. Klein, M. Hruza, M. Schulze, D. Teber, J. Rassweiler

V23 - Robotic radical prostatectomy: a step by step approach

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

V24 - Prostatectomia radicale laparoscopica: esperienza Azienda Ospedale regionale San Carlo Potenza

V. Lorusso, S. Lioi, F. D'Amico

Ore 16.50-18.00**VIDEO LAPAROSCOPIA RENE****Sala Trilussa**

Chairmen: L. Schips, R. Tarabuzzi

V25 - Barbed suture and totally absorbable renorrhaphy in laparoscopic partial nephrectomy: increasing safety and decreasing warm ischaemia time

G. Pini, A. Gözen, M. Schulze, J. Rassweiler

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

V27 - La nefrectomia laparoscopica eseguita con tecnica GAS-LESS

L. Repetto, M. Oderda, G. Berta, P. Gontero

V28 - Laparo-assisted kidney enucleoresection: a safe approach

M. Oderda, L. Repetto, A. Gurioli, A. Greco, S. Giona, G. Berta, P. Gontero

V29 - Nefrectomia laparoscopica transmesocolica

S. Zaramella, R. Tarabuzzi, F. Varvello, M. Zacchero, A. Volpe, C. Terrone

V30 - Resezione renale polare superiore transperitoneale per doppia neoplasia

V. Pagliarulo, A. Filoni, I. Martines, A. Pagliarulo

V31 - Robotic partial nephrectomy: how to reduce ischemia time

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

V32 - Surrenalectomia laparoscopica con l'uso del device enseal

T. Brancato, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, G. Orsolini, G. Paulis, R. Alvaro

V33 - Lesione dell'arteria renale in corso di nefrectomia videolaparoscopica. Descrizione di un caso clinico

G. Lotrecchiano, E. De Fortuna, A. Delle Cave, A. Quaranta, V. Tripodi, F. Attanasi, L. Salzano

Ore 14.00-18.00**VIDEO IN MOTION****Sala Alfieri**

(Saranno proiettati ciclicamente tutti i video del Congresso)

Ore 17.00-18.00**RIUNIONE GIH (Gruppo Italiano HOLEP)****Sala Ungaretti****Ore 18.00-19.00****ASSEMBLEA GENERALE IEA****Auditorium****20.00****CENA SOCIALE**

5 Marzo 2011

Ore 08.00-08.10 **HIGHLIGHTS sul giorno precedente**

Auditorium *C. Cracco*

Ore 08.10-8.30 **LETTURA ESUT**

Auditorium **“Ergonomic platform and new suturing techniques for laparoscopic partial nephrectomy”**
J. Rassweiler (Heilbronn)
Presenta: *E. Montanari*

Ore 8.30-14.00 **VIDEO-CHIRURGIA IN DIRETTA: LAPAROSCOPIA**

Auditorium Chairmen in Aula: *M. Battaglia, G. Guazzoni, V. Pansadoro, V. Jasonni*

Ospedale “Bambino Gesù” **Retroperitoneal Laparoscopic Pyeloplasty in infant**

Sala A *A. El Ghoneimi, S. Gerocarni Nappo*

Eminefrectomia Laparoscopica in doppio distretto renale

F. Porpiglia, S. Gerocarni Nappo

Sala B **One-Port Retroperitoneoscopic Assisted Pyeloplasty (OPRAP)**

M. Lima, A. Lais

Pieloplastica Transperitoneale

P.L. Bove, A. Lais

Provokers in S.O.: *E. Matarazzo, P. Caione*

Ospedale “Cristo Re” **Single Port Radical Nephrectomy**

Sala A *L. Schips*

Prostatectomia Radicale Laparoscopica

F. Gaboardi

Sala B **Nefrectomia Parziale Laparoscopica**

A. Cestari

Crioterapia nel carcinoma della Prostata

A. Losa

Provokers in S.O.: *M. Falsaperla, S. Micali*

Ore 13.00-13.20 **LETTURA MAGISTRALE**

Auditorium **The “Ice era” in renal cancer**

F. Kim

Presenta: *G. Guazzoni*

Ore 13.30-14.30 **LIGHT LUNCH**

Ore 14.30-15.15 **TAVOLA ROTONDA**

Auditorium **“Pieloplastica laparoscopica: qual è il miglior accesso?”**

Chairmen: *J. de La Rosette, E. Merlini*

Participants:

Accesso retroperitoneale laparoscopico

A. El Ghoneimi

Accesso retroperitoneolaparo-assistito nel bambino

M. Lima

Accesso transperitoneale transmesocolico

R. Tarabuzzi

(Ogni presentazione sarà accompagnata da un video di tecnica)

Ore 15.15-15.45 **NIGHTMARES IN LAPAROSCOPY**

Auditorium Chairmen: *G. Bianchi, G. Guazzoni*

Participants: *V. Pansadoro, F. Porpiglia, J. Rassweiler, L. Schips*

Ore 15.45-16.10	LETTURA MAGISTRALE
Auditorium	New perspectives and common problems in urological laparoscopy in infancy and childhood: what every urologist should know <i>A. El Ghoneimi</i> Presenta: <i>P. Caione</i>
Ore 16.10-16.30	LETTURA MAGISTRALE
Auditorium	Up to Date in Chirurgia Robotica <i>G. Guazzoni</i> Presenta: <i>A. Pagliarulo</i>
Ore 16.30-17.30	LE MIGLIORI COMUNICAZIONI/VIDEO/POSTER SU LAPAROSCOPIA
Auditorium	Chairmen: <i>M. Brausi, G. Carrieri</i> C15 - LESS renal surgery: lesson learnt after 60 procedures <i>L. Cindolo, F. Greco, P. Fornara, R. Autorino, F. Berardinelli, L. Schips</i> V34 - LESS in urologia: la nostra iniziale esperienza <i>F. Varvello, R. Tarabuzzi, Zaramella, G. Marchioro, A. Volpe, C. Terrone</i> P21 - Complications in 400 laparoscopic radical prostatectomies: our experience <i>F. Manferrari, A. Baccos, M. Garofalo, A. Bertaccini, R. Schiavina, C.V. Pultrone, G.C. Rocca, M. Borghesi, A. Vici, V. Vagnoni, Z. Zuckerman, A. Savini, G. Martorana</i> P22 - Advantages of a new ergonomic operating platform for laparoscopic procedures: the ETHOS chair <i>A.S. Gözen, A. Jalal, G. Pini, M. Schulze, J. Rassweiler</i> V35 - One-port retroperitoneoscopic pyeloplasty (OPRAP) in children: points of the technique <i>P. Caione, A. Lais, S. Gerocarni Nappo, S. Battaglia</i> C16 - Pieloplastica retroperitoneale laparoscopica: risultati su 86 pazienti consecutivi <i>P. Verze, G. Martina, P. Giummelli, S. Scuzzarella, F. Cantoni, G. Grimaldi, F. Chiancone, L. Spirito, V. Viscusi e V. Mirone</i> V36 - Robotic pyelolithotomy: a novel approach for renal stones <i>F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Lucci Chiarissi, M. Manfredi, F. Mele, F. Valentino, N. Serra, R.M. Scarpa</i> P33 - Pieloureteroplastica laparoscopica: nostra esperienza <i>E. Scremin, G. Abatangelo, E. Bratti, L. Cavarretta, P. Ferrarese, G. Benedetto, C. Tambone, F. Nigro, A. Tasca</i>
Ore 15.30-16.15	COMUNICAZIONI DI ENDOUROLOGIA PROSTATA
Sala Belli	Chairmen: <i>M. Buscarini, A. Tasca</i> P24 - Procedure mininvasive per il trattamento della ipertrofia prostatica benigna a confronto: enucleazione laser versus vaporizzazione fotoselettiva <i>G. de Rienzo, E. Chiarulli, I. Martines, S. Alba, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo</i> P25 - Trattamento della prostata con green light LASER 120 W su 85 pazienti consecutivi: le nostre complicanze <i>P. Guaitoli, S. Crivellaro, G. Martinez Bustamante, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea</i> C17 - Vaporesezione prostatica con laser revolix duo per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna: risultati a 9 mesi di follow-up <i>G. Ciccarello, A. Inferrera, A. Gali, G. Mucciardi, G. Anastasi, A. Di Benedetto, A. Militello, P. Alongi, L. Macchione, G. Ricotta, R. Leonardi, C. Magno</i> P26 - Gyrus bipolar turp and erectile function: 9 years experience <i>R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti</i> P27 - Vaporization of the prostate using a high power diode laser (940 nm, 250 W) - clinical data with 12 months follow-up <i>F. De Marco, M. Rheinwald, T. Bayer</i> P28 - PVR (Prostate Vapo- resection) con "laser finger". Una fibra di nuova generazione <i>R. Leonardi, G. Di Leo, G. Iacona, S. Palmeri</i>
Ore 16.15-17.15	COMUNICAZIONI DI LAPAROSCOPIA
Sala Belli	Chairmen: <i>R. Tarabuzzi, S. Micali</i> C18 - Una proposta di topografia addominale da utilizzare in laparoscopia <i>L. Repetto, S. Rocca Rossetti</i>

C19 - Pieloplastica laparoscopica transmesocolica: nostre note di tecnica nell'applicazione del catetere ureterale a DJ intraoperatorio

A. De Lisa

P29 - Quali fattori aumentano il rischio di conversione nella nefrectomia laparoscopica retroperitoneale per patologia non neoplastica? Valutazione su una coorte di 70 pazienti

N. Arrighi, A. Antonelli, A. Peroni, D. Zani, S. Cosciani Cunico, C. Simeone

P30 - Laparoendoscopic adrenalectomy and partial nephrectomy. New progresses in challenging surgical procedures

L. Cindolo, F. Berardinelli, F. Neri, F. Schips

P31 - Ruolo della crioterapia nel trattamento dei tumori renali peri-ilari

V. Ferrara, B. Azizi, C. Vecchioli Scaldazza, W. Giannubilo, G. Pace, A. Garritano

P32 - Trattamento miniinvasivo con termoablazione delle piccole masse renali: nostra esperienza

D. Piccolotti, M. Mazzucc, B. Perin, A. Calabrò

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. Khorrami, M. Lanciotti, G. Vittori, O. Saleh, S. Serni, M. Carini

C20 - Lo stato dei margini chirurgici può predire la recidiva nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica? Esperienza dopo 400 procedure

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Manfredi, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi, S. Grande, R.M. Scarpa

P34 - Apical dissection during laparoscopic radical prostatectomy: is ligation of Santorini 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

P35 - Adenomectomia prostatica transcapsulare extraperitoneoscopica: risultati dopo un follow up minimo di un anno

C. Fiori, I. Morra, M. Poggio, M. Cossu, B. Cavallone, M. Manfredi, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi, N. Serra, F. Valentino, R.M. Scarpa, F. Porpiglia

P36 - Prostatectomia radicale robot-assistita: esperienza preliminare di un centro ad alto volume chirurgico, con esperienza di prostatectomia radicale anterograda

A. Minervini, G. Siena, G. Vignolini, L. Masieri, M. Gacci, A. Crisci, A. Tuccio, S. Khorrami, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

Ore 15.15-17.15

Sala Trilussa

VIDEO LAPAROSCOPIA - RENE E ALTE VIE URINARIE

Chairmen: P. Bove, A. Celia

V37 - Eminefrectomia laparoscopica per doppio distretto ureterale completo escluso

P. Gontero, S. Giona, M. Oderda, A. Gurioli, A. Greco, G. Berta, L. Repetto

V38 - Pieloplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson-Hynes: note di tecnica e risultati dopo 100 casi

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vignolini, A. Crisci, L. Masieri, O. Saleh, M. Salvi, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

V39 - Pieloplastica minilaparoscopica: note di tecnica

M. Falsaperla, M. Puglisi

V40 - Reimpianto ureterale con approccio combinato laparo-endoscopico

L. Repetto, P. Piana, A. Gurioli, M. Oderda, A. Greco, G. Berta, P. Gontero

V41 - Riparazione laparoscopica di fistola retto vescicale post prostatectomia radicale retropubica

P. Parma, A. Samuelli, B. Dall'Oglio, C. Bondavalli, F. De Luca

V42 - Riparazione laparoscopica di fistola vescico-vaginale: descrizione della tecnica e nostra esperienza

G. Caddeo, M. Fanari, S. Serra, A. Corona, P. Usai, A. De Lisa

V43 - Trattamento laparoscopico di fistola vescico sigmoidea

T. Brancato, R. D'Ascenzo, P. Nupieri, G. Orsolini, G. Paulis, L. Solinas

V44 - Robotic repair of vesico-vaginal fistula using a pedicled peritoneal flap

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

V45 - L'utilizzo di V-Loc™ 90 Absorbable Wound Closure Device per la chiusura di ureterotomia durante ureterolitomia laparoscopica retroperitoneoscopica

G. Isgro, S. Micali, C. De Carne, C. Guarasci, N. Ferrari, G. Bianchi

V46 - Robotic pyelolithotomy and pyeloplasty in horseshoe kidneys

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

V47 - Ureterocistoneostomia laparoscopica, nostra esperienza

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso

V48 - Asportazione laparoscopica di calcolo medio-ureterale

L. Repetto, M. Oderda, P. Gontero

V49 - La nefrectomia in pazienti adulti con malattia renale policistica: indicazioni e strategie chirurgiche

F. Nigro, G. Benedetto, E. Scremin, E. Bratti, A. Tasca

V50 - A technical description of the steps to perform robotic radical cystectomy

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

Ore 14.00-17.15**VIDEO IN MOTION****Sala Alfieri***(Saranno proiettati ciclicamente tutti i video del Congresso)***Ore 17.30****PRESENTAZIONE 11° CONGRESSO IEA DEL 2012 E CHIUSURA DEL CONGRESSO****Auditorium****POSTER SENZA PRESENTAZIONE****P37 - Comparison of contrast-enhanced ultrasound and mri in the follow-up of renal tumor's cryoablation: preliminary experience**

A. Celia, C. Cicero, G. Zeccolini, D. Del Biondo, A. Guarise, G. Breda

P38 - La chirurgia mini-laparoscopica viene percepita dai pazienti come "Acarless"?

F. Porpiglia, C. Fiori, F. Ragni, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi, M. Manfredi, S. Grande, R.M. Scarpa

P39 - Prostatectomia radicale laparoscopica per carcinoma prostatico ad alto rischio

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, F. Ragni, M. Cossu, M. Poggio, M. Manfredi, M. Lucci Chiarissi, R. Bertolo, F. Mele, S. Grande, R.M. Scarpa

P40 - Active surveillance in prostate cancer patients: pathological features, disease free survival rate and functional outcomes after RRP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P41 - Intraoperative stenting of the upper urinary tract is not necessary after resection of the ureteric orifice during TURB

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P42 - ESWL in pazienti affetti da ureterocele. Nostra esperienza

A. Maletta, A. Palmieri, G. Grimaldi, F. Chiancone, C. Sciorio, L. Spirito, V. Viscusi, V. Mirone

P43 - ESWL nel rene a ferro di cavallo

F. Mangiapia, A. Palmieri, P. Verze, G. Cancelmo, A. Maletta, G. Ruoppo, C. Sciorio, M. Franco, V. Mirone

P44 - Litotrissia con onde d'urto extracorporee (ESWL): analisi di 7 anni di attività di un singolo centro

G. Cancelmo, A. Palmieri, C. Imbimbo, N. Longo, F. Mangiapia, G. Grimaldi, R. Riccio, M. Grillo, V. Mirone

P45 - Double J dislocato in uretere iliaco: metodica estemporanea di rimozione in radioscopia

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

P46 - Dynamic contrast enhanced MR evaluation of prostate cancer before and after robotic HIFU

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P47 - Trattamento endoscopico dell'ostruzione vescicale da cisti intra-prostatica benigna

A. Delsignore, S. Ranzoni, M. Arancio, N. Maffei, G. Landi, M. Marcato, A. Mina, C. Martinengo

P48 - Safety of early ureteroscopy for ureteral calculi in obstructed single kidney patient

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P49 - Biopsia renale laparoscopica-percutanea secondo tecnica molinette

L. Repetto, M. Oderda, G. Pasquale, L. Besso, F. Pisano, F. Peraldo, F. Soria, E. Ambrosini, E. Defilippi, A. Tizzani, P. Gontero

P50 - I cistoscopi flessibili con guaina: criticità e soluzioni

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

P51 - Diagnostic accuracy of prostate specific antigen-IGM immune complex in men aged less than 65 years with prostate cancer

R. Giulianelli, L. Albanesi, B.C. Gentile, F. Pisanti, L. Mavilla, F. Attisani, G. Mirabile, S. Brunori, T. Shestani, T. Damian, S. Cervo, A. Steffan

P52 - Evidenze microbiologiche in un singolo centro urologico

M. Vittori, A. D'Addessi, F. Sasso, M. Racioppi, G. Passaro, P. Bassi

P53 - Renal ultrasonography is a must after ureteroscopy

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P54 - Ruolo della TC multidetettore nella litotrissia extracorporea

M. Gelosa, G. Zanetti, G. Cozzi, D. Varisco, D. Abed El Rahman, L. Forzenigo, A. Pavan, M. Filizzolo, T. Tondolo, A.R. Nardin, M. Ferruti, F. Rocco

P55 - Ruolo della pieloplastica robotica assistita retro e transperitoneale negli adulti: tecniche e risultati

G. Lista, A. Cestari, N. Buffi, A. Larcher, M.N. Sangalli, A. Abrate, G. Lughezzani, M. Zanoni, E. Scapaticci, G. Gadda, P. Rigatti, F. Montorsi, G. Guazzoni

P56 - Monitored anesthesia care or subarachnoid anesthesia in trans-obturator midurethral sling procedures? A randomized controlled trial

I. Morra, E. Calza, A. Di Stasio, F. Prieri, C. Fiori, A. Tempia, R.M. Scarpa

P57 - Validazione esterna del padua score in una coorte di pazienti sottoposti a nefrectomia parziale laparoscopica robot assistita

M. Zanoni, A. Larcher, G. Lughezzani, N. Buffi, G. Lista, A. Abrate, E. Scapaticci, M. Sangalli, F. Fabbri, G. Gadda, A. Cestari, M. Lazzeri, P. Rigatti, F. Montorsi, G. Guazzoni

P58 - Impatto della "Learning Curve" sui risultati intra e perioperatori della tumorectomia renale robotica assistita in un centro ad alto volume

M.N. Sangalli, A. Larcher, G. Lista, G. Lughezzani, N. Buffi, A. Abrate, M. Zanoni, E. Scapaticci, G. Gadda, A. C., M. Lazzeri, P. Rigatti, F. Montorsi, G. Guazzoni

P59 - Fattori predittivi preoperatori di margini chirurgici positivi in una coorte contemporanea di pazienti sottoposti a prostatectomia radicale robotica assistita "Nerve sparing" bilaterale

G. Lughezzani, A. Larcher, G. Lista, N. Buffi, M.N. Sangalli, A. Abrate, M. Zanoni, E. Scapaticci, G. Gadda, A. Cestari, M. Lazzeri, P. Rigatti, F. Montorsi, G. Guazzoni

P60 - Clinical results of a retrospective study in 361 young patients about the correlation among luts, chronic prostate syndrome and anatomical/functional features of the bladder neck

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

P61 - Lo stent ureterale a doppio j in urologia pediatrica. Nostra esperienza

S. Angelone, P. Bolchini, A.M. Cotrufo, A. Fonzone Caccese, G. Palazzo, S. Mariconda

P62 - Il trattamento endoscopico del reflusso vescico-ureterale primario: gold standard terapeutico

S. Angelone, P. Bolchini, A.M. Cotrufo, A. Fonzone Caccese, G. Palazzo, S. Mariconda

P63 - ESWL low or high frequency?

C. Micheli, P. Guiggì, T. Villirillo, M. Porena

P64 - Endoscopic management of bladder foreign bodies: case report

G. Passaro, E. Cappa, A. D'Addessi, E. Sacco, M. Vittori, P. Bassi

P65 - L'ureterosopia operativa nella terapia della litiasi ureterale: risultati e complicanze

A. Delle Cave, G. Lotrecchiano, E. Fortuna, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasì, L. Salzano

3 Marzo 2011

Corso Infermieri

Ore 15.00-16.00 **REGISTRAZIONE**

Ore 16.30-18.30 **SESSIONE "HANDS-ON": ENDOUROLOGIA**

Sala Alighieri

(Saranno ammessi i primi 10 iscritti, in congiunzione con la componente medica)

Ore 18.30-19.30 **SESSIONE PLENARIA**

Auditorium

Cerimonia inaugurale del 10° Congresso IEA

Ore 19.30 **COCKTAIL DI BENVENUTO**

4 Marzo 2011

Corso Infermieri

Ore 08.00-14.30 **SESSIONE PLENARIA**

Auditorium

Videochirurgia urologica in diretta: Endo-urologia

(In congiunzione con il programma del Congresso medico)

Ore 16.00-18.00 **SESSIONE "HANDS-ON" IN LAPAROSCOPIA**

Sala Alighieri

(Saranno ammessi i primi 10 iscritti, in congiunzione con la componente medica)

5 Marzo 2011

Corso Infermieri

Ore 08.00-14.30 **SESSIONE PLENARIA**

Auditorium

Videochirurgia urologica in diretta: Laparoscopia

(In congiunzione con il programma del Congresso medico)

ORE 14.30-15.30 **TAVOLA ROTONDA**

Sala Alighieri

Come si prepara una Sala di Endourologia

Presenta: G. Cifrodelli, G. Bernardini

Moderatore: L. Di Rienzo

La posizione del paziente in base all'intervento

G. Cifrodelli

Cosa compete agli strumentisti e cosa compete agli infermieri di sala

G. Bernardini

Discussione Interattiva

Ore 15.30-16.30

TAVOLA ROTONDA

Sala Alighieri

Come si prepara una Sala di Laparoscopia

Presenta: *L. di Rienzo, G. Caggianelli, A. Aloisio*

Moderatore: *G. Cifrodelli*

L'infermiere in sala operatoria: ruolo e responsabilità nella laparoscopia colonna video laparoscopica

L. Di Rienzo

Paziente supino per interventi sullo scavo pelvico

G. Bernardini

Paziente sul fianco per interventi sul rene

E. Di Luca

Ore 16.30-17.30

COMUNICAZIONI INFERMIERISTICHE

Sala Alighieri

Assistenza infermierista al paziente sottoposto ad intervento di pieloplastica: comparazione open vs laparoscopia

S. Cuna, D. Sabatini, F. Masucci, V. De Pasquale, P. Caione

Comunicazione e rischio errore: check list e time out

L. Di Rienzo, E. Di Luca, G. Bernardini, P. Caione

Accessori idrofilici in endourologia: guida alle esatte procedure di attivazione da parte dell'infermiere strumentista

C. Cicala, R. Totaro, M. Murdocca

Aggiornamento delle procedure endourolgiche? risponde il personal computer!

C. Cicala

Ore 17.30

PRESENTAZIONE 11° CONGRESSO DEL 2012

Auditorium

CHIUSURA DEL CONGRESSO

TIMETABLES**Giovedì 3 Marzo 2011**

	Auditorium	Sala Belli	Sala Trilussa	Sala Alighieri	Sala Alfieri
13.00	REGISTRAZIONE				
14.00	LETTURA MAGISTRALE				
14.30	Role of RIRS in TCC				
14.30	DIBATTITO				
15.15	Calcolosi a stampo di 2.5 cm				
15.15	CHALLENGING CASES				
15.45	IN ENDOUROLOGY				
15.45					
16.00	FOCUS ON				VIDEO IN MOTION
16.00	Novità tecnologiche in				(tutti i video
16.30	Endourologia e Laparoscopia				del congresso)
16.30					
16.45				HANDS ON	
16.45	Le migliori	Comunicazioni/Poster in	ENDOUROLOGIA	IN ENDOUROLOGIA	
17.45	Comunicazioni/Video/Poster	Endourologia	Video		
17.45	in Endourologia				
17.45					
18.00					
18.00	CERIMONIA INAUGURALE				
18.30	"Omaggio a Roma" Video di Franco Zeffirelli				
19.00					
19.30	Welcome Buffet				

Venerdì 4 Marzo 2011

	Auditorium	Sala Belli	Sala Trilussa	Sala Alighieri	Sala Ungaretti	Sala Alfieri
08.00	HIGHLIGHTS					
08.15						
08.15	PRESENTAZIONE DEI CASI DEL GIORNO					
08.30						
08.30	CHIRURGIA IN DIRETTA ENDOUROLOGIA					
14.00						
14.00	LIGHT LUNCH					
14.30						
14.30	LETTURA MAGISTRALE Stone treatment					
14.45						
14.45	NIGHTMARES IN ENDOUROLOGY					
15.30						
15.30						
16.00	FLASH TRATTAMENTO IPB "La tecnica che preferisco"					
16.00						
16.10			VIDEO LAPAROSCOPIA PROSTATA			VIDEO IN MOTION (tutti i video del congresso)
16.10						
16.50	Le migliori Comunicazioni/Video/Poster in Endourologia	Comunicazioni/Poster in Endourologia		HANDS ON IN LAPAROSCOPIA		
16.50						
17.00						
17.00						
17.10		Aspetti particolari di Endourologia	VIDEO LAPAROSCOPIA RENE		RIUNIONE GIH Gruppo Italiano Holep	
17.10	Le migliori Comunicazioni/Video/Poster in Laparoscopia					
18.00						
18.00	ASSEMBLEA GENERALE IEA					
19.00						
20.00	CENA SOCIALE					

Sabato 5 Marzo 2011

	Auditorium	Sala Belli	Sala Trilussa	Sala Alighieri	Sala Alfieri
08.00	HIGHLIGHTS				
08.10					
08.10	LETTURA ESUT Laparoscopic partial nephrectomy				
08.30					
08.30	CHIRURGIA IN DIRETTA LAPAROSCOPIA				
14.00					
14.00	LIGHT LUNCH				
14.30	TAVOLA ROTONDA "Pieloplastica laparoscopica"				
15.15					
15.15					
15.30	NIGHTMARES IN LAPAROSCOPY				
15.30					
15.45					
15.45					
16.00	LETTURA MAGISTRALE Laparoscopy in childhood	COMUNICAZIONI ENDOUROLOGIA PROSTATA	VIDEO LAPAROSCOPIA RENE E ALTE VIE URINARIE	CORSO INFERMIERISTICO IEA	VIDEO IN MOTION (tutti i video del congresso)
16.00					
16.10					
16.10	LETTURA MAGISTRALE Up to date in Chirurgia Robotica				
16.15					
16.15					
16.30					
16.30		COMUNICAZIONI LAPAROSCOPIA			
17.00					
17.00	Le migliori Comunicazioni/Video/Poster in Endourologia				
17.15					
17.15					
17.30					
17.30	PRESENTAZIONE 11° CONGRESSO IEA 2012				
18.00	CHIUSURA DEL CONGRESSO				

Venerdì 4 Marzo 2011 – Chirurgia in Diretta - Endourologia

		Ospedale Cristo Re		Ospedale Bambino Gesù	
		Sala A	Sala B	Sala A	Sala B
8.30 14.00		PCNL supina combinata <i>M. De Dominicis, F. Cauda</i>	RIRS con NBI <i>A. Patel</i>	PCNL supina combinata in età pediatrica <i>C. Scoffone, A. Frattini</i>	RIRS per Calcoli nel bambino <i>A. De Lisa, E. Matarazzo</i>
		TURP Bipolare <i>C. Terrone</i>	RIRS per Calcoli <i>G. Fuchs</i>	Laser ENDOPIELOTOMIA <i>A. Frattini, E. Matarazzo</i>	ULT <i>A. Saita, E. Matarazzo</i>
		HOLEP <i>I. Vavassori</i>	TURis di Prostata <i>R. Giulianelli</i>	Trattamento minivasivo della vescica neurologica infantile <i>M. De Gennaro, G. Mosiello</i>	Correzione endoscopica del RVU <i>N. Capozza, P. Caione</i>
			TURB con NBI <i>F. Longo</i>		Trattamento endoscopico della Incontinenza urinaria con Dx/Ha <i>P. Caione</i>

Sabato 5 Marzo 2011 – Chirurgia in Diretta - Laparoscopia

		Ospedale Cristo Re		Ospedale Bambino Gesù	
		Sala A	Sala B	Sala A	Sala B
8.30 14.00		SINGLE PORT Radical Nephrectomy <i>L. Schips</i>	NEFRECTOMIA PARZIALE laparoscopica <i>A. Cestari</i>	PLP Laparoscopica Retroperitoneale <i>A. El Ghoneimi, S. Gerocarni Nappo</i>	OPRAP <i>M. Lima, A. Lais</i>
		PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA <i>F. Gaboardi</i>	CRIOTERAPIA nel Ca della Prostata <i>A. Losa</i>	EMINEFRECTOMIA Laparoscopica in DDR <i>F. Porpiglia, S. Gerocarni Nappo</i>	PIELOPLASTICA Transperitoneale <i>P.L. Bove, A. Lais</i>

Elenco Relatori e Moderatori

- Bassi Pier Francesco (*Roma*)
 Battaglia Michele (*Bari*)
 Beltrami Paolo (*Padova*)
 Bianchi Giampaolo (*Modena*)
 Bove Pierluigi (*Roma*)
 Brausi Maurizio (*Carpi*)
 Breda Alberto (*Barcellona - Spain*)
 Buscarini Maurizio (*Roma*)
 Caione Paolo (*Roma*)
 Capozza Nicola (*Roma*)
 Carini Marco (*Firenze*)
 Carrieri Giuseppe (*Foggia*)
 Cauda Furio (*Torino*)
 Celia Antonio (*Bassano del Grappa*)
 Cestari Andrea (*Milano*)
 Corbu Carlo (*Sassari*)
 Cormio Luigi (*Foggia*)
 Cracco Cecilia (*Torino*)
 Crisci Alfonso (*Firenze*)
 D'Addessi Alessandro (*Roma*)
 D'Elia Gianluca (*Roma*)
 De Dominicis Carlo (*Roma*)
 De Dominicis Mauro (*Roma*)
 De Gennaro Mario (*Roma*)
 De La Rosette Jan (*Amsterdam - Holland*)
 De Lisa Antonello (*Cagliari*)
 Defidio Lorenzo (*Roma*)
 De Ville de Goyet Jean (*Roma*)
 El Ghoneimi Alaa (*Paris*)
 Falsaperla Mario (*Catania*)
 Frattini Antonio (*Parma*)
 Fuchs Gerhard (*Los Angeles - USA*)
 Gaboardi Franco (*Milano*)
 Garofalo Marco (*Bologna*)
 Gerocarni Nappo Simona (*Roma*)
 Giulianelli Roberto (*Roma*)
 Giusti Guido (*Milano*)
 Guazzoni Giorgio (*Milano*)
 Kim Fernando (*Denver - USA*)
 Jasonni Vincenzo (*Genova*)
 Lais Alberto (*Roma*)
 Lapini Alberto (*Firenze*)
 Lelli Chiesa Pier Luigi (*Pescara*)
 Lima Mario (*Bologna*)
 Longo Fabrizio (*Milano*)
 Losa Andrea (*Milano*)
 Magno Carlo (*Messina*)
 Mariconda Salvatore (*Napoli*)
 Martorana Giuseppe (*Bologna*)
 Matarazzo Ennio (*Roma*)
 Merlini Emilio (*Novara*)
 Miano Lucio (*Roma*)
 Miano Roberto (*Roma*)
 Micali Salvatore (*Modena*)
 Minervini Andrea (*Firenze*)
 Montanari Emanuele (*Milano*)
 Mosiello Giovanni (*Roma*)
 Pagliarulo Arcangelo (*Bari*)
 Pagliarulo Vincenzo (*Bari*)
 Pansadoro Vito (*Roma*)
 Patel Anup (*London - UK*)
 Pavone Carlo (*Palermo*)
 Piccolotti David (*Este*)
 Porpiglia Francesco (*Orbassano*)
 Prezioso Domenico (*Napoli*)
 Rassweiler Jens (*Heilbronn, Germany*)
 Saita Alberto (*Catania*)
 Scarpa Roberto (*Orbassano*)
 Schips Luigi (*Vasto*)
 Scoffone Cesare (*Torino*)
 Tarabuzzi Roberto (*Novara*)
 Tasca Andrea (*Vicenza*)
 Terrone Carlo (*Novara*)
 Tubaro Andrea (*Roma*)
 Vespasiani Giuseppe (*Roma*)
 Vavassori Ivano (*Bergamo*)
 Zattoni Filiberto (*Padova*)

SESSIONI

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.30-18.00

Sala Trilussa: Video

Chairmen: L. Cormio, G. Giusti

V3 - ATYPICAL CONTINENT HETEROTOPIC RESERVOIR'S STONES IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENT: ENDOUROLOGICAL RESOLUTION

P. Granelli¹, A. Frattini¹, S. Ferretti¹, P. Salsi¹, D. Campobasso¹, M.P. Mazzoni², E. Capocasale²

¹Operative Unit of Urology - Hospital and University of Parma, Italy; ²Center of transplant - Hospital and University of Parma, Italy

V4 - BIPOLAR RESECTION PLUS NARROW BANDING IMAGE (NBI) TECHNOLOGY TO IMPROVE BLADDER NEOPLASM DETECTION RATE DURING TURBT: A NEW APPROACH

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

V5 - BIPOLAR SURGIMASTER SCALPEL TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE: INITIAL EXPERIENCE IN A TRAINED CENTRE WITH OVER 2000 BIPOLAR TURP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

V6 - TURIS IN TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE: INITIAL EXPERIENCE IN A TRAINED CENTRE WITH OVER 2000 BIPOLAR TURP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

V7 - LA FOTOVAPORIZZAZIONE DELLA PROSTATA MEDIANTE GREEN LASER È UNA PROCEDURA INNATA PER L'UROLOGO

E.C. Marucco, G. Albino

U.O.C. Urologia, Ospedale di Andria

V8 - PCNL IN POSIZIONE VALDIVIA IN RENE A FERRO DI CAVALLO, BPCO ED OBESITÀ. TIPS AND TRICKS

Tzoumas Spiridon, Grigorakis Alkiviadis, Kyrikos Vassilis, Xoxakos Ioannis, Tsiotras Alexis, Malouvrouvas Dimitrios

General Hospital of Athens "Evangelismos" - Urology Clinic - Athens, Greece

V9 - PIELOCALICOSOPIA TRANS PIELOSTOMICA DOPO NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA: EFFICACE CONTROLLO E RISOLUZIONE DI EVENTUALE LITIASI RESIDUA

M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina

UOC di Urologia, Ospedale degli Infermi di Rivoli, Torino

V10 - TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI URETERALE E PIELOCALICEALE CON URETERORENOSCOPIO FLESSIBILE OLYMPUS URF-V: NOSTRA ESPERIENZA

S. Lacquaniti, E. Conti, P.P. Fasolo, M. Camilli, G. Fasolis

S.O.C. Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba (CN)

V11 - TRATTAMENTO CONSERVATIVO ENDOSCOPICO DI STENOSI DELL'OSTIO URETERALE DESTRO IN ESITI DI RIPARAZIONE CHIRURGICA DI ESTESA LESIONE IATROGENA DEL TRIGONO VESCICALE DURANTE PARTO CESAREO

G. Isgrò, N. Ferrari, M. Rosa, R. Galli, C. Guarasci, S. De Stefani, S. Micali, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

V12 - RESEZIONE ENDOSCOPICA NELLA EROSIONE VESCICALE DA TAPE DELLA TVT

V. Imperatore¹, F. Cantiello¹, S. Di Meo¹, F. Fusco², C. Imbimbo², V. Mirone²

¹U.O.S. di Urologia - Ospedale Fatebenefratelli di Napoli; ²Dipartimento di Urologia - Università Federico II di Napoli

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.45-17.45

Auditorium: Video

Chairmen: C. Terrone, E. Montanari

V1 - URETEROSCOPIC LASER MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC SIMPLE PERIPELVIC RENAL CYST

L. Defidio, M. De Dominicis

Division of Urology, Cristo Re Hospital, Rome

V2 - FOTODIAGNOSI DINAMICA CON AC. ESAMINOLEVULINICO (HEXVIX®) NELL'ALTA VIA ESCRETRICE.

NOTE DI TECNICA

S. Ferretti, D. Campobasso, P. Granelli, D. Cerasi, M. Ciuffreda, A. Frattini

U.O. Urologia - Azienda Ospedaliera - Universitaria di Parma

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.45-17.45

Sala Belli: Comunicazioni

Chairmen: P. Beltrami, C. Pavone

C4 - URETERORENOSCOPIA E TRATTAMENTO CONSERVATIVO CON LOW-POWER HO:YAG LASER DELLE NEOPLASIE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE: NOSTRA ESPERIENZA

L. Ruggera¹, P. Beltrami², B. Vezzù², F. Zattoni²

¹S.C. di Urologia, Ospedale S. Maria degli Angeli, Pordenone; ²Clinica Urologica, Università degli Studi di Padova

C5 - FIRST COLLABORATIVE EXPERIENCE WITH THULIUM LASER ABLATION OF LOCALIZED UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL TUMORS USING RETROGRADE INTRA-RENAL SURGERY

L. Defidio¹, M. De Dominicis¹, L. Di Gianfrancesco¹, G. Fuchs², A. Patel³

¹Department of Urology, Cristo Re Hospital, Rome, Italy; ²Department of Urology, Minimally Invasive Urology Institute, Cedars Sinai Hospital, Los Angeles, USA; ³Department of Urology, St. Mary's Hospital at Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

C6 - RIRS BILATERALE PER CALCOLI RENALI INFERIORI AI 2 CM DI DIAMETRO

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, A. Benetti, R. Peschechera, G. Bonvissuto, O. Maugeri, V. Guarella, P. Graziotti
Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.45-17.45

Auditorium: Comunicazioni

Chairmen: C. Terrone, G. Carrieri

C1 - EVOLUZIONE DEL GRADO DI OSTRUZIONE CERVICO-URETRALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VAPORIZZAZIONE PROSTATICA FOTOSELETTIVA (PVP) MEDIANTE LASER KTP

A. Tubaro, C. De Nunzio, A. Trucchi, R. Miano, S. Squillacciotti, M. Mattioli, C. Avitabile, A. Brassetti, L. Miano

Divisione di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, II° Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "La Sapienza", Roma

C2 - CONFRONTO FRA TURP-GYRUS E HOLEP NEL TRATTAMENTO DI PROSTATE DI VOLUME INFERIORE A 100 ML

G. de Rienzo, I. Martines, M. Scarcia, G. Giocoli Nacci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

C3 - INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: SUPINE VERSUS PRONE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN OBESE PATIENTS

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu², P. Kallidonis³, E. Llatsikos³, R. Sabockis⁴, M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Osther⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹

¹Department of Urology, Autonomia University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy;

³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden;

⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of Urology, Frederica Hospital,

University of Southern Denmark, Fredericia, Denmark; ⁷Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France;

⁸Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany; ⁹Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol, Austria

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.45-17.45

Sala Belli: Poster

Chairmen: P. Beltrami, C. Pavone

P5 - URETERORENOSCOPIA NEL TRATTAMENTO DELL'UROLITIASI IN ETÀ PEDIATRICA. NOSTRA ESPERIENZA

S. Angelone, P. Bolchini, A.M. Cotrufo, A. Fonzone Caccese, G. Palazzo, S. Mariconda
Urologia Pediatrica - A.O.R.N. "Santobono-Pausilipon", Napoli

P6 - L'APPROCCIO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO IN POSIZIONE PRONA NELLA LITOTRISSIA PERCUTANEA ENDORENALE

G. Caddeo, S. Serra, A. Corona, A. De Lisa
Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

P7 - "TRA PASSATO E PRESENTE: LA NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA IN DUE TEMPI"

E. Brunocilla, M. Garofalo, R. Schiavina, C.V. Pultrone, C.G. Rocca, A. Baccos, G. Passaretti, V. Vagnoni, G. Martorana
Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

P8 - HOLMIUM:YAG LASER TREATMENT OF THE URETERAL STONES: WHAT WE LEARNED AFTER A TEN YEARS EXPERIENCE AND 2572 PATIENTS TREATED?

F. De Marco¹, L. Grillenzoni¹, S. Di Nicola¹, D. Fini¹, P. Vicini¹, G.P. Ricciuti², U. Parente²
¹Stone Center INI Grottaferrata, Rome; ²Department of Urology "La Sapienza", Rome

P9 - IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO RETROGRADO DELLA CALCOLOSI RENALE. STUDIO CLINICO CON RIFERIMENTO AI PAZIENTI PLURIRECIDIVI

P. Beltrami, A. Iannetti, L. Ruggera, M. Iafrate, M. Arancio, F. Zattoni
Clinica Urologica - Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche - Università di Padova

Giovedì 3 Marzo 2011 ore 16.45-15.45

Auditorium: Poster

Chairmen: C. Terrone, E. Montanari

P1 - TRE CM RAPPRESENTA IL DIAMETRO MASSIMO PER OTTIMIZZARE I RISULTATI DELLA RIRS IN CASO DI CALCOLI RENALI SUPERIORI AI 2 CM

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, O. Maugeri, A. Benetti, G. Bonvissuto, R. Pescechera, V. Guarrella, P. Graziotti
Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

P2 - TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLA LITIASI NEL BAMBINO: NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE

M. Garofalo¹, G. Montini², F. Pugliese², E. Brunocilla¹, R. Schiavina¹, G.C. Rocca¹, C.V. Pultrone¹, A. Baccos¹, C.N. Bizzarri¹, G. Passaretti¹, M. Borghesi¹, A. Vici¹, M. Marini¹, A. Savini¹, G. Martorana¹
¹Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna; ²U.O.S. Nefrologia e dialisi pediatrica

P3 - RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS) ALONE OR PLUS ESWL IN THE TREATMENT OF PELVIC RENAL STONES: TEN YEARS EXPERIENCE IN A SINGLE STONE CENTER

F. De Marco¹, L. Grillenzoni¹, S. Di Nicola¹, D. Fini¹, P. Vicini¹, G.P. Ricciuti², U. Parente²
¹Stone Center INI Grottaferrata, Rome; ²Department of Urology "La Sapienza", Rome

P4 - TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLE NEOPLASIE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE DI BASSO GRADO: NOSTRA ESPERIENZA

P. Beltrami, B. Vezzù, L. Ruggera, F. Gigli, M. Iafrate, F. Zattoni
Clinica Urologica - Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche - Università di Padova

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.00-16.50

Sala Trilussa: Video

Chairmen: V. Pagliarulo, G. D'Elia

V19 - BLADDER NECK SPARING IN PAZIENTI CON LOBO MEDIO PROSTATICO IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarcia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo
Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

V20 - ISOLAMENTO DELLA FASCIA ENDOPELVICA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarcia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo
Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

V21 - KNOTLESS THREE-LAYER ANASTOMOSIS DURING RADICAL ROBOTIC PROSTATECTOMY

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome, Italy

V22 - LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY - A NEW CONCEPT FOR IMPROVEMENT OF EARLY CONTINENCE

G. Pini¹, Ali Serdar Gozen¹, J. Klein¹, M. Hruza¹, M. Schulze¹, D. Teber², J. Rassweiler^{1, 2}
¹SLK Kliniken, Urology Department, Heilbronn, Germany; ²University of Heidelberg, Urology Department, Heidelberg, Germany

V23 - ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: A STEP BY STEP APPROACH

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome, Italy

V24 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA: ESPERIENZA AZIENDA OSPEDALE REGIONALE SAN CARLO POTENZA

V. Lorusso, S. Lioi, F. D'Amico
Struttura Semplice Laparoscopia Urologica

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.10-17.10

Auditorium: Video

Chairmen: M. Carini, A. De Lisa

V13 - TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI NEOPLASIA UROTELIALE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE IN MONORENE CHIRURGICO CON STORIA DI CARCINOMA UROTELIALE MULTIFOCALE

M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina
U.O.C. di Urologia, Ospedale degli Infermi di Rivoli, Torino

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.50-18.00

Sala Trilussa: Video

Chairmen: L. Schips, R. Tarabuzzi

V25 - BARBED SUTURE AND TOTALLY ABSORBABLE RENORRAPHY IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: INCREASING SAFETY AND DECREASING WARM ISCHAEMIA TIME

G. Pini, A. Gözen, M. Schulze, J. Rassweiler
SLK Kliniken, Heilbronn, Germany - University of Heidelberg, Germany

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

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 1- Az.O. S. Giovanni Battista di Torino (Molinette)

V28 - LAPARO-ASSISTED KIDNEY ENUCLEORESECTION: A SAFE APPROACH

M. Oderda, L. Repetto, A. Gurioli, A. Greco, S. Giona, G. Berta, P. Gontero
Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italy

V29 - NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSMESOCOLICA

S. Zaramella, R. Tarabuzzi, F. Varvello, M. Zacchero, A. Volpe, C. Terrone
Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

V30 - RESEZIONE RENALE POLARE SUPERIORE TRANSPERITONEALE PER DOPPIA NEOPLASIA

V. Pagliarulo¹, A. Filoni², I. Martines¹, A. Pagliarulo¹

¹Università degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia; ²U.O. Urologia 2 - Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi", Lecce

V31 - ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY: HOW TO REDUCE ISCHEMIA TIME

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome, Italy

V32 - SURRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA CON L'USO DEL DEVICE ENSEAL

T. Brancato¹, R. D'Ascenzo¹, P. Nupieri¹, G. Orsolini¹, G. Paulis¹, R. Alvaro²

IUOC Urologia; Ospedale Regina Apostolorum Albano Laziale; ²Università Tor Vergata, Roma

V33 - LESIONE DELL'ARTERIA RENALE IN CORSO DI NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

G. Lotrecchiano, E. De Fortuna, A. Delle Cave, A. Quaranta, V. Tripodi, F. Attanasi, L. Salzano

Dipartimento di Scienza Chirurgiche - Unità Operativa Complessa di Urologia - AORN "G. Rummo", Benevento

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.00-18.00

Sala Belli: Video

Chairmen: C. Cracco, M. De Gennaro

V17 - POLYSCOPE TM, IL PRIMO URETERORENOSCOPIO FLESSIBILE MONOUSO

G.G. Giusti, G.T. Taverna, S. Zandegiacomo, G.B. Bonvissuto, A.B. Benetti, D.C. Centrella, O.M. Maugeri, V.G. Guarella, P.G. Graziotti

Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

V18 - "BULKAMIDE IDROGEL: LIMITI DI UN NUOVO BULKING AGENT"

F. Mantovani

Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.10-18.00

Auditorium: Video

Chairmen: G. Martorana, F. Porpiglia

V14 - SILS EXTRAPERITONEAL RADICAL PROSTATECTOMY

V. Ferrara, W. Giannubilo, Azizi Behrouz, C. Vecchioli, A. Garritano, G. Pace

U.O. Urology - Jesi Hospital, Italy

V15 - MODALITÀ DI LEGATURA DEL PLESSO VENOSO PROFONDO NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA

V. Imperatore¹, F. Cantiello¹, S. Di Meo¹, F. Fusco², C. Imbimbo², V. Mirone²

¹U.O.S. di Urologia - Ospedale Fatebenefratelli di Napoli; ²Dipartimento di Urologia - Università Federico II di Napoli

V16 - CHIRURGIA LAPAROSCOPICA NEPHRON SPARING NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI (RCC) DI 4-7 CM

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso

Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pedersoli, Peschiera del Garda (VR)

COMUNICAZIONI

Sala Belli - 4 Marzo 2011 - 16.10-17.00

C12 - COMBINED TREATMENT OF IMPACTED URETERO-PELVIC STONES USING LASER URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY AND EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.10-17.10

Auditorium: Comunicazioni

Chairmen: M. Carini, A. De Lisa

C7 - INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: PERCUTANEOUS AND FLEXIBLE URETEROSCOPIC TREATMENT OF LOWER POLE KIDNEY STONES

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu², P. Kallidonis³, E. Liatsikos³, R. Sabockis⁴, M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Osther⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹

¹Department of Urology, Autonoma University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy;

³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden;

⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of Urology, Frederica Hospital,

University of Southern Denmark, Fredericia, Denmark; ⁷ Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France; ⁸

Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany; ⁹ Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol, Austria

C8 - ENDOSCOPIC COMBINED INTRA-RENAL SURGERY (ECIRS): È NECESSARIA LA POSIZIONE MODIFICATA GALDAKAO?

L. Cormio, A. Perrone, F. Lorusso, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siatì, O. Selvaggio, R. Di Brina, V. Ariano, G. Carrieri
Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università di Foggia

C9 - COMPLICATIONS IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

A. Saita, A. Scavuzzo, M. Puglisi, G. Maugeri, A. Bonaccorsi, F. Spitaleri, M. Falsaperla, M. Motta, G. Morgia
Università degli Studi di Catania - Clinica Urologica, Catania

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.00-18.00

Sala Belli: Comunicazioni

Chairmen: C. Cracco, M. De Gennaro

C13 - A MINI-INVASIVE ENDOSCOPIC APPROACH TO SEVERE NEUROGENIC BLADDER DYSFUNCTION IN SELECTED CHILDREN: AN ALTERNATIVE TO MAJOR SURGERY?

G. Mosiello, M.P. Pascali, A. Marciano, A.M. Zaccara, M.L. Capitanucci, M. De Gennaro

Bambino Gesù Pediatric Hospital, Department of Nephrology and Urology, NeuroUrology and Urodynamics Units, Rome

C14 - ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER AMS 800 AFTER FAILED FIRST ANTI-INCONTINENCE PROCEDURES FOR POST-PROSTATECTOMY STRESS URINARY INCONTINENCE

I. Morra, A. Di Stasio, C. Fiori, S. Grande, F. Ragni, F. Porpiglia, R.M. Scarpa

Department of Urology, University Hospital San Luigi Gonzaga, Orbassano, Turin

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.10-18.00

Auditorium: Comunicazioni

Chairmen: G. Martorana, F. Porpiglia

C10 - ENUCLEORESEZIONE RENALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA: LA NOSTRA ESPERIENZA

A. Celia, G. Zeccolini, D. Del Biondo, G. Breda

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

C11 - UNO O DUE COLLANTI PER MIGLIORARE L'EMOSTASI IN CORSO DI NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA?

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, R. Bertolo, M. Lucci Chiarissi, F. Mele, M. Manfredi, A. Di Stasio, R.M. Scarpa

S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga - Orbassano (Torino)

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.10-17.00

Sala Belli: Poster

Chairmen: R. Miano, A. Crisci

P13 - INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: URETERAL ACCESS SHEATH UTILITY DURING FLEXIBLE URETEROSCOPY FOR LOWER POLE KIDNEY STONES

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu²,

P. Kallidonis³, E. Liatsikos³, R. Sabockis⁴, M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Othser⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹⁰

¹Department of Urology, Cottolengo Hospital Torino, Italy; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy; ³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of Urology, Frederica Hospital, University of Southern Denmark, Frederica, Denmark; ⁷Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France; ⁸Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany; ⁹Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol, Austria; ¹⁰Department of Urology, Autonoma University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain

P14 - NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (PCNL) IN POSIZIONE SUPINA: NOSTRA ESPERIENZA DOPO I PRIMI 50 CASI

E. De Fortuna, G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasi, L. Salzano
Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Unità Operativa Complessa di Urologia - A.O.R.N. "Rummo", Benevento

P15 - COMPLICATIONS OF URETEROSCOPY IN THE CURRENT ERA. A 5-YEARS SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti
Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic, Rome

P16 - ESWL DELLA CALCOLOSI RENALE: QUANDO DIVENTA "UNDER TREATMENT"?

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea
S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

P17 - ESWL AL TEMPO DELL'OLMIUM LASER: È ANCORA RAGIONEVOLE TRATTARE I CALCOLI URETERALI?

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea
S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 16.10-17.10

Auditorium: Poster

Chairmen: M. Carini, A. De Lisa

P10 - TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA LITIASI NEL BAMBINO: STENT O NON STENT?

M. Garofalo¹, G. Montini², F. Pugliese², E. Brunocilla¹, R. Schiavina¹, G.C. Rocca¹, C.V. Pultrone¹, A. Baccos¹, B. Barbieri¹, A. Vici¹, V. Vagnoni¹, D. Diazzi¹, A. Savini¹, G. Martorana¹

¹Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna; ²U.O.S. Nefrologia e Dialisi Pediatrica

P11 - TRANS-URETHRAL RESECTION OF BLADDER (TUR-B) PERFORMED BY MEANS OF NARROW-BAND IMAGING (NBI): A PRELIMINARY STUDY

F. Longo, A. Del Nero, P. Bernardini, B. Mangiarotti, V. Usuelli, Y. Hussein, M.I.M. Delor, G. Varischi, M. Neganov, E. Montanari

Clinica Urologica III, Azienda Ospedaliera - Polo Universitario San Paolo, Milano

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.00-18.00

Sala Belli: Poster

Chairmen: C. Cracco, M. De Gennaro

P18 - L'URETEROSCOPIA CON URETROSCOPIO FLESSIBILE WOLF "COBRA": DUE CANALI SONO VERAMENTE MEGLIO DI UNO!

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, E. Ammirati, B. Frea
S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

P19 - UTILIZZO DELLO STENT URETERALE ALLIUM® NEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLE STENOSI URETERALI: NOSTRA ESPERIENZA E RISULTATI PRELIMINARI

C. Leonardo, N. Tartaglia, G. Franco, C. Caliolo, P. Michetti, C. De Dominicis
UOC Urologia e Tecniche Mininvasive, Dip. Urologia "U. Bracci", Università "Sapienza" di Roma

P20 - UN NUOVO METODO SCINTIGRAFICO PER LO STUDIO DELL' IDRONEFROSI. DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA DILATAZIONE DELLE VIE URINARIE ED UROPATIA OSTRUTTIVA

A. D'Addessi¹, M. Vittori¹, G. Tartaglione², E. Sacco¹, P.F. Bassi¹

¹Clinica Urologica, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²Servizio di Medicina Nucleare, Ospedale Cristo Re, Roma

Venerdì 4 Marzo 2011 ore 17.10-18.00

Auditorium: Poster

Chairmen: G. Martorana, F. Porpiglia

P12 - NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE SULLA NEFRECTOMIA HAND-ASSISTED DA VIVENTE PER IL RICEVENTE PEDIATRICO: NOTE DI TECNICA E RISULTATI

G. Torino¹, M. Prieto², G. Collura¹, E. A. De Marco¹, A. Genovese³, N. Capozza¹

¹Unità di Chirurgia del Trapianto di Rene e Patologie Correlate, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma (Italia); ²Unità Trapianto Rene e Pancreas, Mayo Clinic - Rochester (Minnesota-USA); ³Unità di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, Ospedale G.B. Grassi, Ostia (Italia)

Sabato 5 Marzo 2011 ore 15.15-17.15

Sala Trilussa: Video

Chairmen: P. Bove, A. Celia

V37 - EMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA PER DOPPIO DISTRETTO URETERALE COMPLETO ESCLUSO

P. Gontero, Si. Giona, M. Oderda, A. Gurioli, A. Greco, G. Berta, L. Repetto

V38 - PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE SEC. ANDERSON-HYNES: NOTE DI TECNICA E RISULTATI DOPO 100 CASI

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vignolini, A. Crisci, L. Masieri, O. Saleh, Ma. Salvi, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

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

V39 - PIELOPLASTICA MINILAPAROSCOPICA: NOTE DI TECNICA

M. Falsaperla, M. Puglisi

Clinica Urologica dell'Università di Catania

V40 - REIMPIANTO URETERALE CON APPROCCIO COMBINATO LAPARO-ENDOSCOPICO

L. Repetto, P. Piana, A. Gurioli, M. Oderda, A. Greco, G. Berta, P. Gontero

Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italia

V41 - RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI FISTOLA RETTO VESCICALE POST PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA

P. Parma¹, A. Samuelli², B. Dall'Oglio², C. Bondavalli¹, F. De Luca¹

¹Divisione di Urologia Ospedale Fatebenefratelli Milano; ²Divisione di Urologia Ospedale Carlo Poma Mantova

V42 - RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI FISTOLA VESCICO-VAGINALE: DESCRIZIONE DELLA TECNICA E NOSTRA ESPERIENZA

G. Caddeo, M. Fanari, S. Serra, A. Corona, P. Usai, A. De Lisa

Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

V43 - TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI FISTOLA VESCICO SIGMOIDEA

T. Brancato¹, R. D'Ascenzo¹, P. Nupieri¹, G. Orsolini¹, G. Paulis¹, L. Solinas²

¹UOC Urologia; ²UOC Chirurgia Ospedale Regina Apostolorum Albano Laziale, Roma

V44 - ROBOTIC REPAIR OF VESICO-VAGINAL FISTULA USING A PEDICLED PERITONEAL FLAP

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome

V45 - L'UTILIZZO DI V-LOC™ 90 ABSORBABLE WOUND CLOSURE DEVICE PER LA CHIUSURA DI URETEROTOMIA DURANTE URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEOSCOPICA

G. Isgrò, S. Micali, C. De Carne, C. Guarasci, N. Ferrari, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

V45 - L'UTILIZZO DI V-LOC™ 90 ABSORBABLE WOUND CLOSURE DEVICE PER LA CHIUSURA DI URETEROTOMIA DURANTE URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEOSCOPICA

G. Isgrò, S. Micali, C. De Carne, C. Guarasci, N. Ferrari, G. Bianchi
Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

V46 - ROBOTIC PYELOLITHOTOMY AND PYELOPLASTY IN HORSESHOE KIDNEYS

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome

V47 - URETEROCISTONEOSTOMIA LAPAROSCOPICA, NOSTRA ESPERIENZA

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso
Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pedersoli, Peschiera del Garda, Verona

V48 - ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI CALCOLO MEDIO-URETERALE

L. Repetto¹, M. Oderda², P. Gontero²

¹S.S.C.V.D "La Laparoscopia in Chirurgia ed in Urologia" - Dipartimento di Chirurgia - Az.O. S.Giovanni Battista di Torino (Molinette);

²SCU di Urologia 1- Az.O. S.Giovanni Battista di Torino (Molinette)

V49 - LA NEFRECTOMIA IN PAZIENTI ADULTI CON MALATTIA RENALE POLICISTICA: INDICAZIONI E STRATEGIE CHIRURGICHE

F. Nigro¹, G. Benedetto¹, E. Scremin¹, E. Bratti¹, A. Tasca¹

¹U.O.C. Urologia - Ospedale San Bortolo, Vicenza

V50 - A TECHNICAL DESCRIPTION OF THE STEPS TO PERFORM ROBOTIC RADICAL CYSTECTOMY

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome

Sabato 5 Marzo 2011 ore 16.30-17.30

Auditorium: Video

Chairmen: M. Brausi, G. Carrieri

V34 - LESS IN UROLOGIA: LA NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA

F. Varvello, R. Tarabuzzi, S. Zaramella, G. Marchioro, A. Volpe, C. Terrone
Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

V35 - ONE-PORT RETROPERITONEOSCOPIC PYELOPLASTY (OPRAP) IN CHILDREN: POINTS OF THE TECHNIQUE

P. Caione, A. Lais, S. Geroarni Nappo, S. Battaglia

Bambino Gesù Children's Hospital - Institute for Scientific Research - Department of Pediatric Nephrology and Urology - Division of Pediatric Urology, Rome

V36 - ROBOTIC PYELOLITHOTOMY: A NOVEL APPROACH FOR RENAL STONES

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Lucci Chiarissi, M. Manfredi, F. Mele, F. Valentino, N. Serra, R.M. Scarpa

SCDU Urologia - Università degli Studi di Torino - AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

Sabato 5 Marzo 2011 ore 15.30-16.15

Sala Belli: Comunicazioni

Chairmen: M. Buscarini, A. Tasca

C17 - VAPORESEZIONE PROSTATICA CON LASER REVOLIX DUO PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA: RISULTATI A 9 MESI DI FOLLOW-UP

G. Ciccarello, A. Inferrera, A. Gali, G. Mucciardi, G. Anastasi, A. Di Benedetto, A. Militello, P. Alongi, L. Macchione, G. Ricotta, R. Leonardi, C. Magno

Unità operativa complessa di Urologia, Università di Messina

Sabato 5 Marzo 2011 ore 16.15-17.15

Sala Belli: Comunicazioni

Chairmen: R. Tarabuzzi, S. Micali

C18 - UNA PROPOSTA DI TOPOGRAFIA ADDOMINALE DA UTILIZZARE IN LAPAROSCOPIA

L. Repetto¹, S. Rocca Rossetti²

¹S.S.C.V.D "La Laparoscopia in Chirurgia ed in Urologia" - Dipartimento di Chirurgia - Az. O. S.Giovanni Battista di Torino (Molinette);

²Già Direttore della Clinica Urologia - Università di Torino

C19 - PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSMESOCOLICA: NOSTRE NOTE DI TECNICA NELL'APPLICAZIONE DEL CATETERE URETERALE A DJ INTRAOPERATORIO

A. De Lisa

Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

C20 - LO STATO DEI MARGINI CHIRURGICI PUÒ PREDIRE LA RECIDIVA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA? ESPERIENZA DOPO 400 PROCEDURE

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Manfredi, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi, S. Grande, R.M. Scarpa

S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

Sabato 5 Marzo 2011 ore 16.30-17.30

Auditorium: Comunicazioni

Chairmen: M. Brausi, G. Carrieri

C15 - LESS RENAL SURGERY: LESSON LEARNT AFTER 60 PROCEDURES

L. Cindolo, F. Greco, P. Fornara, R. Autorino, F. Berardinelli, L. Schips

¹Urology Unit, S. Pio da Pietrelcina Hospital, Vasto (CH), Italy; ²Department of Urology and Kidney Transplantation, Martin-Luther-University, Halle/Saale, Germany; ³Clinica Urologica, Seconda Università degli Studi, Naples, Italy

C16 - PIELOPLASTICA RETROPERITONEALE LAPAROSCOPICA: RISULTATI SU 86 PAZIENTI CONSECUTIVI

P. Verze¹, G. Martina², P. Giummelli², S. Scuzzarella², F. Cantoni², G. Grimaldi¹, F. Chiancone¹, L. Spirito¹, V. Viscusi¹, V. Mirone¹

¹Area Funzionale di Urologia. A.O.U. Federico II di Napoli; ²Centro di Urologia Laparoscopica avanzata. AO.VV. Presidio di Sondalo (SO)

Sabato 5 Marzo 2011 ore 15.30-16.15

Sala Belli: Poster

Chairmen: M. Buscarini, A. Tasca

P24 - PROCEDURE MININVASIVE PER IL TRATTAMENTO DELLA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA A CONFRONTO: ENUCLEAZIONE LASER VERSUS VAPORIZZAZIONE FOTOSELETTIVA

G. de Rienzo, E. Chiarulli, I. Martines, S. Alba, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

P25 - TRATTAMENTO DELLA PROSTATA CON GREEN LIGHT LASER 120 W SU 85 PAZIENTI CONSECUTIVI: LE NOSTRE COMPLICANZE

P. Guaitoli, S. Crivellaro, G. Martinez Bustamante, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

P26 - GYRUS BIPOLAR TURP AND ERECTILE FUNCTION: 9 YEARS EXPERIENCE

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani,

G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology . "Villa Tiberia" Clinic, Rome

P27 - VAPORIZATION OF THE PROSTATE USING A HIGH POWER DIODE LASER (940 NM, 250 W) - CLINICAL DATA WITH 12 MONTHS FOLLOW-UP

F. De Marco¹, M. Rheinwald², T. Bayer³

¹Casa Di Cura I.N.I. Grottaferrata (Roma); ²Dornier MedTech Laser; ³Kempten-Oberallgäu Clinic

P28 - PVR (PROSTATE VAPO- RESECTION) CON "LASER FINGER". UNA FIBRA DI NUOVA GENERAZIONE

R. Leonardi, G. Di Leo, G. Iacona, S. Palmeri

C.U.R.A. Centro Uro-Andrologico Acireale; Casa di Cura Musumeci GECAS Gravina di Catania

Sabato 5 Marzo 2011 ore 16.15-17.15

Sala Belli: Poster

Chairmen: R. Tarabuzzi, S. Micali

P29 - QUALI FATTORI AUMENTANO IL RISCHIO DI CONVERSIONE NELLA NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEALE PER PATOLOGIA NON NEOPLASTICA? VALUTAZIONE SU UNA COORTE DI 70 PAZIENTI

N. Arrighi, A. Antonelli, A. Peroni, D. Zani, S. Cosciani Cunico, C. Simeone

U.O. di Urologia, Cattedra di Urologia, Spedali Civili-Università degli Studi, Brescia

P30 - LAPAROENDOSCOPIC ADRENALECTOMY AND PARTIAL NEPHRECTOMY. NEW PROGRESSES IN CHALLENGING SURGICAL PROCEDURES

L. Cindolo, F. Berardinelli, F. Neri, L. Schips
Urology Unit, S. Pio da Pietrelcina Hospital, Vasto (CH)

P31 - RUOLO DELLA CRIOITERAPIA NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI RENALI PERI-ILARI

V. Ferrara, Behrouz Azizi, C. Vecchioli Scaldazza, W. Giannubilo, G. Pace, A. Garritano
Unità Operativa di Urologia - Ospedale Civile di Jesi (AN)

P32 - TRATTAMENTO MINIINVASIVO CON TERMOABLAZIONE DELLE PICCOLE MASSE RENALI: NOSTRA ESPERIENZA

D. Piccolotti¹, M. Mazzucco², B. Perin³, A. Calabrò¹
¹U.O.C. Urologia-Este ULSS 17; ²U.O.S. Epatologia Diagnostica ed Interventistica-Este ULSS 17; ³U.O.C. Radiologia Este-Monselice-Dipartimento Immagini ULSS 17

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. Khorrami, M. Lanciotti, G. Vittori, O. Saleh, S. Serni, M. Carini
U.O.C. Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Careggi, Firenze

P34 - APICAL DISSECTION DURING LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: IS LIGATION OF SANTORINI NECESSARY?

F. Manferrari, A. Baccos, A. Bertaccini, M. Garofalo, R. Schiavina, G.C. Rocca, C.V. Pultrone, C.N. Bizzarri, A. Savini, D. Diazzi, G. Martorana
Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

P35 - ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSCAPSULARE EXTRAPERITONEOSCOPICA: RISULTATI DOPO UN FOLLOW UP MINIMO DI UN ANNO

C. Fiori, I. Morra, M. Poggio, M. Cossu, B. Cavallone, M. Manfredi, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi, N. Serra, F. Valentino, R.M. Scarpa, F. Porpiglia
S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga - Orbassano (Torino), Italy

P36 - PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA: ESPERIENZA PRELIMINARE DI UN CENTRO AD ALTO VOLUME CHIRURGICO, CON ESPERIENZA DI PROSTATECTOMIA RADICALE ANTEROGRADA

A. Minervini, G. Siena, G. Vignolini, L. Masieri, M. Gacci, A. Crisci, A. Tuccio, S. Khorrami, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini
U.O.C. Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Careggi, Firenze

Sabato 5 Marzo 2011 ore 16.30-17.30

Auditorium: Poster

Chairmen: M. Brausi, G. Carrieri

P21 - COMPLICATIONS IN 400 LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMIES: OUR EXPERIENCE

F. Manferrari, A. Baccos, M. Garofalo, A. Bertaccini, R. Schiavina, C.V. Pultrone, G.C. Rocca, M. Borghesi, A. Vici, V. Vagnoni, Z. Zuckerman, S. Savini, G. Martorana
Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

P22 - ADVANTAGES OF A NEW ERGONOMIC OPERATING PLATFORM FOR LAPAROSCOPIC PROCEDURES: THE ETHOS CHAIR

A.S. Gözen, A. Jalal, G. Pini, M. Schulze, J. Rassweiler
SLK Kliniken Heilbronn, Urology Department, Heidelberg University, Germany

P23 - PIELOURETEROPLASTICA LAPAROSCOPICA: NOSTRA ESPERIENZA

E. Scremin, G. Abatangelo, E. Bratti, L. Cavarretta, P. Ferrarese, G. Benedetto, C. Tambone, F. Nigro, A. Tasca
Unità Operativa di Urologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Corso per Infermieri

Comunicazioni

CI 2 - ASSISTENZA INFERMIERISTA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO DI PIELOPLASTICA: COMPARAZIONE OPEN VS LAPAROSCOPIA

S. Cuna¹, D. Sabatini², F. Masucci³, V. De Pasquale⁴, P. Caione⁵

¹Infermiere di Reparto; ²Caposala; ³Caposala Coordinatrice; ⁴Medico; ⁵Direttore Dipartimento Nefrologia-Urologia U.O.C. Chirurgia Urologica - Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma, Italy

CI 3 - COMUNICAZIONE E RISCHIO ERRORE: CHECK LIST E TIME OUT

L. Di Rienzo¹, E. Di Luca¹, G. Bernardini¹, P. Caione²

¹Infermiere di Sala Operatoria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; ²Direttore Dip. Nefrologia-Urologia, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

CI 1 - COME SI PREPARA UNA SALA DI LAPAROSCOPIA

L. Di Rienzo¹, G. Caggianelli², A. Aloisio²

¹Infermiere di Sala Operatoria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; ²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Poster

PI 1 - ACCESSORI IDROFILICI IN ENDOUROLOGIA. GUIDA ALLE ESATTE PROCEDURE DI ATTIVAZIONE DA PARTE DELL'INFERMIERE STRUMENTISTA

C. Cicala, R. Totaro, M. Murdocca

Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

PI 2 - AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE ENDOUROLOGICHE? RISPONDE IL PERSONAL COMPUTER!

C. Cicala

Infermiera - Strumentista - Coordinatrice Didattica "Master per Strumentisti di Sala Operatoria" - Università Cattolica Sacro Cuore, Roma





10° Congresso Nazionale Associazione Italiana di Endourologia

3-5 Marzo 2011
Roma Eventi - Fontana di Trevi
Università Gregoriana

Giovedì 3 Marzo 2011

Video

Sala Trilussa – 3 Marzo 2011 – 16.30-18.00

V3

ATYPICAL CONTINENT HETEROTOPIC RESERVOIR'S STONES IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENT: ENDOUROLOGICAL RESOLUTION

P. Granelli¹, A. Frattini¹, S. Ferretti¹, P. Salsi¹, D. Campobasso¹, M.P. Mazzone², E. Capocasale²

¹Operative Unit of Urology - Hospital and University of Parma, Italy; ²Center of transplant - Hospital and University of Parma, Italy

Introduction: Calculi formation in the reservoir is a well-known complication of urinary diversion. The incidence of stones in patients with continent urinary diversion is reported as 12-52.5%. Most patients will have multiple physical factors such as immobility, need for self catheterisation and poor urine drainage, so that it is not certain that an intestinal reservoir is the cause of stones on its own.

The management of urolithiasis in continent urinary diversion can be challenging and could be a difficult problem to resolve.

The less invasive technique like endourologic procedures is desirable, especially in patient with kidney transplant and low immune defence.

Materials and Methods: We present a case of woman 59 years old with previous history of spina bifida with neurogenic bladder. In pediatric age she underwent incontinent urinary diversion using a sigma-colic conduit.

For several years she was suffering from kidney stones and recurrent urinary infections that led to the intervention of left nephrectomy for pyonephrosis. Subsequent deterioration of renal function and dialysis. At our center in 2004 we performed an atypical continent

and self-catheterizable reservoir using the previous colic conduit detubularized and ileum-cecal tract with Mitrofanoff system conduit of 14 Fr size. Finally kidney transplant as last surgical procedure.

Recently came to our observation for multiple and large reservoir's stones.

Surgical Technique: Preliminary exploration of the continent pouch with flexible cystoscope. Percutaneous access with Endovision direct control through the afferent conduit with 8 Fr flexible ureteroscope. Dilation of percutaneous tract with pneumatic balloon and positioning 30 Fr Apmlatz sheet. Ultrasound and ballistic lithotripsy with 24 Fr rigid nephroscope and clearance with 2 and 3 branches forcep. Last control of the complete clearance of fragments with flexible cystoscope and fluoroscopy. At the end of the procedure we lost a percutaneous 12 Fr catheter and a 12 Fr Foley in the Mitrofanoff conduit.

Results: On third day post-operative we removed the percutaneous foley and after 7 days we performed a cystography with a normal pouch configuration and no residual fragments. The woman returns to usual self-catheterization.

Conclusion: In special cases, like this, the percutaneous procedure is prefer to open surgery for a best domain and control of the pouch and a simple complete clearance of the fragments.

V4

BIPOLAR RESECTION PLUS NARROW BANDING IMAGE (NBI) TECHNOLOGY TO IMPROVE BLADDER NEOPLASM DETECTION RATE DURING TURBT: A NEW APPROACH

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Non-muscle-invasive bladder cancer is a

common disease and urologists face it everyday. Recurrence rate in Ta and T1 bladder neoplasm remains high thus treatment must aim to reduce the probability of recurrence as much as possible. Narrow banding image (NBI) is an optical image enhancement technology showing advantages respect to white light (WL), increasing the possibility to detect urothelial lesions missed with the WL.

The aim of this video is to show the way of improving bladder neoplasm detection rate during bipolar TURBt using narrow banding image technology (NBI).

Materials and Methods: A 62 years old man affected by recurrent haematuria underwent bladder ultrasounds (bUS), showing a papillary neoplasm of the right postero-lateral bladder wall, about 3 cm in size.

We performed a transurethral approach beginning with the white light followed by narrow banding image cystoscopy. The examination confirmed the presence of a bladder neoplasm, about 3 cm, papillary, in the posterolateral wall, near the right ureteral orifice, broad-based plant and allowed to better characterized microvascular structures.

We carried out a conventional transurethral resection of the bladder using an Olympus continuous-flow resectoscope, Surgimaster bipolar scalpel, optical 30 degree, with a built-NBI system.

Results: The strategy of tumour resection consisted of resecting separately the bladder neoplasm in fragments including the exophitic/endoluminal part of the tumour, the underlying bladder wall with the detrusor muscle and the edges of the resection. In addition we performed a standardized bladder mapping of any suspicious area using NBI technology and a subsequent resection of these areas.

Our results showed insignificant blood loss, better "preservation" of the bladder wall and overall tissues, short catheterization and hospitalization time.

Conclusions: Adding narrow banding image technology (NBI) to the conventional transurethral bipolar resection of bladder neoplasm increased the possibility to detect microscopic urothelial cancer missed with the WL. Bipolar TURBt presents not only clinically advantages (no blood loss, no TUR syndrome, short hospitalisation time), but also a better preservation of the bladder tissue from an histological point of view.

V5

BIPOLAR SURGIMASTER SCALPEL TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE: INITIAL EXPERIENCE IN A TRAINED CENTRE WITH OVER 2000 BIPOLAR TURP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Conventional transurethral resection of the prostate (TURP) still remains the gold standard

treatment of LUTS due to bladder outlet obstruction (BOO) for benign prostatic hyperplasia (BPE). Since 2003 in our department, using Gyrus instrument, we performed over 2000 bipolar prostate resection. After June 2010 we started to use bipolar Surgimaster scalpel to perform endoscopic prostate resections.

Materials and methods: A man 72 years old, suffering from hypertension in good hemodynamic compensation, came to our center for an episode of acute retention of urine. Bladder catheterization showed about 500 cc of urine. Oral drug treatment, for about 5 years, consisted of Finasteride 5 mg/day and Tamsulosin 0.4 mg/day. Normal PSA value. TRUS showed increasing volume (about 50 g) and an obstructing third lobe; urodynamic tests a severe obstruction and beginning signs of detrusor ipocontractility.

We then performed a transurethral resection of the prostate (TURP) using Olympus bipolar Surgimaster scalpel, continuous-flow resectoscope, optical 12 degree. Surgical time was about 40 minutes. Histological examination showed prostate fibroadenomyomatosa hyperplasia with areas of chronic inflammation. The weight of the resected tissue was about 40 g.

Results: The endoscopic resection technique consisted in the removal of the lateral lobe followed by the demolition of the third one. Careful and complete removal of the apical tissue, careful control of hemostasis, placement of a catheter 20 CH. Postoperative course was uneventful, hemoglobin level was essentially unchanged after 24 hours, after 2 days the catheter was removed and the patient subsequently dismissed. After three months we made uroflusimetry which showed a standard maximum flow rate, no PVR and IPSS < 7.

Conclusions: In our experience resection using bipolar SURGIMASTER scalpel is a safe technique with an easy control of hemostasis and excellent functional outcome results in the short to medium term. Bipolar SURGIMASTER TURP shows not only clinically advantages (no blood loss, no TUR syndrome, short hospitalization time), but also a better preservation of the prostate tissue from an histologic point of view.

V6

TURIS IN TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE: INITIAL EXPERIENCE IN A TRAINED CENTRE WITH OVER 2000 BIPOLAR TURP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Conventional transurethral resection of the prostate (TURP) still remains the gold standard treatment of LUTS due to bladder outlet obstruction (BOO) for benign prostatic hyperplasia (BPH). Since 2003 in our department, using Gyrus System, we performed over 2000 bipolar prostate resection. From June 2010 we started to use TURis (bipolar Surgima-

ster scalpel with vaporization button) to perform endoscopic prostate resections.

Materials and methods: A man of 78 years, suffering from ischemic heart disease with previous position of two coronary stents (about three years ago) treated with antihypertensive therapy, anticoagulants, hypoglycaemic agents and 5 years long Finasteride 5 mg OD and Tamsulosin 0.4 mg OD, came to our department because of an episode of UTI with severe hematuria.

We performed an ultrasound examination of the whole urinary tract, including TRUS, which excluded the presence of cancer and urinary lithiasis but showed a severe cervico-urethral obstruction (bladder wall thickening, PVR > 100 ml) and an increased prostate volume with a third lobe (about 40 g). Carried out a urodynamic evaluation confirming the diagnosis of severe cervico-urethral obstruction. PSA value was normal.

Then we performed a transurethral resection of the prostate (TURis) using Olympus bipolar Surgimaster scalpel with vaporization button, continuous-flow resectoscope, optical 12 degree. Surgical time was about 50 minutes. Histological examination showed fibroadenomyomatosa hyperplasia of the prostate with some areas of chronic inflammation.

Results: The endoscopic resection technique consisted of removing the lateral lobes followed by the demolition of the third one. Careful and complete removal of the apical tissue, careful control of hemostasis, placement of a 20 Ch catheter. The optimized spherical shape button in combination with the easy to learn "honing technique" results in an effective, fast ablating and virtually bloodless vaporization of the tissue. The plasma corona creates well coagulated tissue and a smooth surface. We used the vaporization button in coagulation mode too and it showed excellent results. Postoperative course was uneventful and hemoglobin level essentially unchanged. After 2 days the 20 Ch catheter was removed and the patient subsequently dismissed. After three months we made uroflowmetry showing a standard maximum flow rate, no PVR and IPSS was < 7.

Conclusions: TURis is a bipolar electrical vaporization of the prostatic adenoma with a button-appearing electrode working in saline. TURis technique is a potential new alternative way to standard TURP and allows virtually bloodless resections, good tissue removal and a prostatic TURP-like cavity.

In our opinion TURis is an easy to learn technique, much more cost-efficient than laser equipment.

V7 LA FOTOVAPORIZZAZIONE DELLA PROSTATA MEDIANTE GREEN LASER È UNA PROCEDURA INNATA PER L'UROLOGO

E.C. Marucco, G. Albino

U.O.C. Urologia, Ospedale di Andria

Introduzione: La TURP è il gold standard delle procedure chirurgiche per il trattamento della iperplasia prostatica. La fotovaporizzazione della prostata (PVP)

effettuata con il Green Laser ha variato solo di poco la procedura operativa rispetto alla TURP.

TURP is the gold standard of surgical procedures for the treatment of benign prostatic hyperplasia. Green Laser Photovaporization of Prostate (PVP) has varied only slightly the operating procedure compared to TURP.

Metodi: Durante la curva di apprendimento sono state elette per la procedura solo prostate < 60gr con lobo medio di piccole dimensioni. Man mano che gli operatori hanno preso confidenza con la tecnica si sono cominciate ad effettuare vaporizzazioni su prostate di maggiori dimensioni con lobi medi più pronunciati.

La procedura operativa con i movimenti di oscillazione laterale del laser sono ben visibili nel video proposto. During the learning curve were selected for PVP only < 60 gr prostates with small middle lobe. As operators are familiar with the green laser technique, larger prostates have begun to be photovaporized.

The operating procedure with lateral oscillating of laser fiber are clearly visible in the video.

Risultati: A parità di tessuto vaporizzato/resecato la PVP è più lenta della TURP; in compenso le perdite ematiche sono quasi assenti. Al termine della procedura il letto di resezione dell'adenoma sembra più irregolare rispetto a quello della TURP (si regolarizzerà durante la fase riparatoria); il canale intraprostatico ottenuto è sovrapponibile. Il post-operatorio è più rapido. Non si può eseguire l'esame istologico.

PVP is slower than TURP to equal to remove the same volume of adenoma; on the other hand the bleeding are almost absent. At the end, the bed of resection of adenoma seems more irregular than TURP (it will become more regular during restorative phase); TUR-channel so obtained is comparable. The post-operative time is faster. You cannot run the histological examination.

Conclusioni: In casi selezionati la PVP è una procedura endoscopica di validità sovrapponibile alla TURP. Per chi possiede già una sufficiente esperienza con la TURP, la PVP è una tecnica con una rapidissima curva di apprendimento (bastano 2-3 procedure).

In selected cases, PVP is a procedure comparable validity to TURP. For those who already have sufficient experience with TURP, PVP is a procedure with a rapid learning curve (within just 2-3 procedures).

V8 PCNL IN POSIZIONE VALDIVIA IN RENE A FERRO DI CAVALLO, BPCO ED OBESITÀ. TIPS AND TRICKS

Tzoumas Spiridon, Grigorakis Alkiviadis, Kyrikos Vasiliis, Xoxakos Ioannis, Tsiotras Alexis, Malovrouvas Dimitrios

General Hospital of Athens "Evangelismos" - Urology Clinic - Athens, Greece

Introduzione: PCN in posizione Valdivia, in paziente con litiasi pielica in RFC, BPCO ed Obesità.

Metodi: Presentiamo il caso di un paziente di 32aa. con BMI (body mass index) 36,3 kg/m², BPCO (che proibì

va la posizione prona) e RFC con litiasi pellica di 2,5 cm a sinistra che è stato sottoposto a PCNL in posizione supina (Valdivia a 45°).

Risultati: Abbiamo documentato la chiara esposizione radiologica dei calici posteriori, la buona esposizione dell'area per la puntura percutanea (maggiormente posteriore rispetto al rene di anatomia normale). Verificato il grande vantaggio anestesiológico. Sono stati utilizzati una serie di trucchi per "bypassare" le difficoltà che presenta la posizione supina in relazione all'anatomia del RFC e l'obesità. Il paziente è stato dimesso in seconda giornata, stone free ed in assenza di complicazioni.

Conclusioni: La PCNL in posizione supina può essere utilizzata con la stessa efficacia ma offre maggiore sicurezza rispetto alla posizione prona, specialmente nei casi di anomalie anatomiche complicati da obesità e/o malattie cardiopolmonari.

V9

PIELOCALICOSOPIA TRANS PIELOSTOMICA DOPO NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA: EFFICACE CONTROLLO E RISOLUZIONE DI EVENTUALE LITIASI RESIDUA

M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina

UOC di Urologia, Ospedale degli Infermi di Rivoli, Torino

Introduzione: La nefrolitotriassia percutanea rappresenta il gold standard terapeutico della calcolosi renale complessa. Non sempre nella trissia percutanea di calcoli racemosi il paziente risulta stone free al termine della procedura, l'esplorazione dei calici con cistoscopia flessibile può essere difficoltosa per un sanguinamento anche modesto; presentiamo un caso di nefrolitotriassia percutanea in un paziente con calcolosi renale complessa bilaterale e revisione calico pellica successiva in anestesia locale con cistoscopia flessibile.

Descrizione del caso: Paziente di 64 anni di sesso maschile. Portatore di 2 by pass aortocoronarici per IMA e affetto da cardiomiopatia cronica post-ischemica. Arteriopatia obliterante cronica degli arti inferiori, portatore di stent vascolare a livello della arteria iliaca comune destra. Occlusione subtotale dell'asse iliaco esterno di sinistra e degli assi femorali comuni bilateralmente. IPB con LUTS, in terapia con alfa1-bloccante e inibitore 5-ARI. Storia trentennale di urolitiasi ossalocalcica con frequenti e ripetute espulsioni spontanee di piccoli uroliti. Nell'Aprile 2009 a seguito di IVU, eseguiva TC addome (calcolosi racemosa bilaterale) e scintigrafia renale (funzionalità renale ridotta, ripartita per il 58% a sin. e per il 42% a destra). Il paziente rifiutava qualsiasi procedura. Un anno dopo nuova IVU con insufficienza renale (creatininemia 5 mg/dL e kaliemia 6,5 mEq/L). La TC addome senza mcd evidenziava calcolosi renale a stampo bilaterale e dell'uretere pelvico destro di 7 mm. Sottoposto in urgenza a cistoscopia transuretrale e stenting ureterale bilaterale, dopo riduzione degli indici ritentivi renali (creatininemia 2,3

mg/dL e normalizzazione della kaliemia) si decideva di procedere a nefrolitotriassia percutanea destra vista la concomitante calcolosi ostruente dell'uretere terminale, previo posizionamento (24H prima) di nefrostomia percutanea in anestesia locale con tecnica eco guidata. La nefrolitotriassia percutanea veniva eseguita con paziente in decubito anterolaterale sinistro previa trissia e rimozione del calcolo ureterale. Utilizzando un dilatatore a palloncino con camicia di Amplatz 24 Ch (Ultraxx - Cook) si introduceva nefroscopio Wolf 21 Ch e con il Lithoclast master si otteneva una ottima clearance dei calcoli. Al controllo rx intraoperatorio dubbio residuo litiasico non accessibile con nefroscopio e nemmeno con cistoscopia flessibile per il lieve sanguinamento. Al termine posizionato stent a doppio J 6 ch e nefrostomia 8 ch. Durante la procedura non si sono verificate complicanze. In prima giornata postoperatoria riscontro ecografico di calcolosi residua di 12 mm del calice inferiore. Per tale motivo è stata eseguita agevolmente, in anestesia locale pielocalicoscopia con cistoscopia flessibile attraverso il tramite nefrostomico e concomitante trissia laser con estrazione del calcolo residuo. La nefrostomia è stata rimossa in terza giornata postoperatoria e il catetere vescicale in quarta giornata.

Discussione: Nella nostra esperienza nella PCNL risultano importanti: il decubito anterolaterale del paziente (consente un comodo accesso ai calici renali e una concomitante esplorazione dell'uretere, non crea limitazione della ventilazione polmonare), il posizionamento della nefrostomia 24 ore prima della procedura (ridotto sanguinamento, utile nelle litiasi più complesse) e l'utilizzo del cistoscopia flessibile che permette una rivalutazione mininvasiva delle cavità renali (eseguibile in anestesia locale) con eventuale bonifica della litiasi.

V10

TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI URETERALE E PIELOCALICEALE CON URETERORENOSCOPIO FLESSIBILE OLYMPUS URF-V: NOSTRA ESPERIENZA

S. Lacquaniti, E. Conti, PP Fasolo, M. Camilli, G. Fasolis
S.O.C. Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba (CN)

Scopo del lavoro: valutare se l'utilizzo dell'ureterorenoscopia flessibile URF-V abbia comportato un miglioramento dei risultati nella nostra personale esperienza di trattamento endoscopico retrogrado della calcolosi ureterale lombare e pielocaliceale.

Materiali e metodi: abbiamo valutato retrospettivamente gli ultimi 12 pazienti consecutivi trattati dal medesimo operatore con ureterorenoscopia flessibile a fibra ottica tradizionale per calcolosi uretere lombare e pielocaliceale e li abbiamo comparati con i primi 12 pazienti consecutivi trattati dopo l'acquisizione dell'ureterorenoscopia flessibile con microchip distale Olympus URF-V con le medesime indicazioni e stesso operatore. La fonte di energia per la litotriassia è stata in tutti i 24

casi una fibra laser olmio 230 micron con potenza di 0,8 J. Abbiamo valutato sede, dimensioni e composizione dei calcoli, tempo operatorio, percentuale di pazienti liberi da calcolosi, dimensioni frammenti residui dopo procedura endoscopica retrograda con tomografia addome spirale a strato sottile senza mezzo di contrasto. La valutazione statistica dei dati quantitativi è stata eseguita con il t-Test di Student per dati appaiati.

Risultati: non sono state riscontrate differenze statisticamente significative nei due gruppi in merito alla sede, dimensione e composizione della calcolosi trattata; differenza statisticamente significativa è stata riscontrata per il tempo operatorio e la dimensione media della calcolosi residua, in entrambi i casi a favore della serie trattata utilizzando Olympus URF-V. Il numero di pazienti con calcolosi residua è risultato minore, seppure non in maniera statisticamente significativa, nel gruppo trattato con URF-V.

Discussione: l'utilizzo dell'ureterorenoscopia flessibile Olympus URF-V ha dimostrato vantaggi rispetto al tradizionale ureterorenoscopia flessibile a fibra ottica nel trattamento endoscopico retrogrado della calcolosi lombare e pielocaliceale, in merito alle variabili tempo operatorio e dimensioni della eventuale calcolosi residua.

V11

TRATTAMENTO CONSERVATIVO ENDOSCOPICO DI STENOSI DELL'OSTIO URETERALE DESTRO IN ESITI DI RIPARAZIONE CHIRURGICA DI ESTESA LESIONE IATROGENA DEL TRIGONO VESCICALE DURANTE PARTO CESAREO

G. Isgrò, N. Ferrari, M. Rosa, R. Galli, C. Guarasci, S. De Stefani, S. Micali, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

Introduzione: La frequenza delle lesioni iatrogene dell'apparato urinario associate a interventi ginecologici è relativamente bassa, qualora vescica o uretere siano danneggiati durante tali procedure, è raccomandabile, per diminuire complicanze tardive di seria entità, riparare subito tali lesioni.

Caso Clinico: Presentiamo il caso clinico di una donna di ventotto anni giunta alla nostra osservazione per dolore di tipo colico a destra, comparso 3 settimane dopo taglio cesareo complicato da una lesione vescicale, riconosciuta e suturata durante lo stesso intervento. La Tac addome mostrava lieve dilatazione ureterale omolaterale in assenza di altre alterazioni. È stata eseguita cistoscopia in narcosi con riscontro di completo sovvertimento del trigono vescicale, suturato con plurimi punti staccati, tali da creare un'ampia reazione edematosa e da rendere impossibile il riconoscimento degli osti ureterali bilateralmente. Dopo infusione d'indaco di carminio, si è osservata eiaculazione dell'ostio ureterale sinistro fra due punti di sutura, in una zona relativamente risparmiata dalla perdita di tessuto. Dopo ripetuti tentativi infruttuosi di sondare lo spazio

fra i punti a livello della presumibile sede dell'ostio ureterale destro mediante cateterino conico-olivare 4 ch, si è proceduto a sezionare, con apposite forbici montate su cistoscopia, i punti di sutura presenti a tale livello. Dopo avere rimosso tre punti, è stata osservata la fuoriuscita dell'indaco anche in sede laterale destra. Non è stato tuttavia possibile identificare con chiarezza né incannulare con cateterino ureterale la zona dell'ostio ureterale, a causa della perdita di sostanza e della riparazione della lacerazione vescicale. Prima di procedere con un reimpianto ureterale chirurgico, è stato eseguito un ultimo tentativo di sondare la zona da cui era fuoriuscito l'indaco a destra, mediante ureterorenoscopia rigida 7 ch. Con questa manovra è stato così identificato lo sbocco ureterale di destra, nascosto dalle pieghe del tessuto vescicale da cui erano stati rimossi i fili di sutura. Si è eseguita una pielografia retrograda che non ha documentato la presenza di altre stenosi ureterali ed è stato posizionato uno stent ureterale DJ 6 ch. Lo stent ureterale è stato rimosso dopo 3 mesi, la cistoscopia ha mostrato la presenza di un "neostio" beante, la pielografia ascendente non ha mostrato la presenza di ristagno dimezzo di contrasto a monte della vescica.

Commento: Le lesioni vescico-ureterali in corso di taglio cesareo aumentano di frequenza e gravità in determinati casi: pluriparità, precedenti interventi chirurgici pelvici, regime di urgenza assoluta o relativa. Nel nostro caso la paziente era già stata sottoposta ad asportazione di cisti ovarica destra "open". Nonostante la lesione vescicale fosse stata diagnosticata e trattata intraoperatoriamente, la gravità del danno all'ostio ureterale di destra e il fatto che non si era provveduto a posizionare alcun drenaggio ureterale hanno richiesto un secondo intervento. L'individuazione dell'uretere destro e il posizionamento di uno stent ureterale, anche se avvenuti in un secondo tempo (a 3 settimane dal taglio cesareo) hanno comunque permesso una risoluzione mininvasiva del grave danno vescico-ureterale, evitando di dover eseguire una ureteroneocistoanastomosi "open".

V12

RESEZIONE ENDOSCOPICA NELLA EROSIONE VESCICALE DA TAPE DELLA TVT

V. Imperatore¹, F. Cantiello¹, S. Di Meo¹, F. Fusco², C. Imbimbo², V. Mirone²

¹U.O.S. di Urologia - Ospedale Fatebenefratelli di Napoli; ²Dipartimento di Urologia - Università Federico II di Napoli

Introduzione: L'incontinenza urinaria da stress è una condizione patologica molto diffusa colpendo circa il 10-20% della popolazione adulta femminile. La TVT (tension free vaginal tape) è attualmente la procedura più utilizzata nel suo trattamento a cui si associa un alto grado di soddisfazione riportata dalle pazienti ed un tasso di cura superiore all'80% ad un follow-up di 5 anni, simile a quello riscontrato per la colposospensione sec Burch. A fronte dell'alto tasso di successo, la proce-

dura può presentare delle complicanze tra cui l'erosione vescicale della banderella in polipropilene. Infezioni urinarie ricorrenti e/o sintomatologia da vescica iperattiva rappresentano, generalmente, i sintomi legati a questa evenienza. L'esame ecografico può essere utile nell'orientamento diagnostico ma, tuttavia, la certezza diagnostica si ottiene soltanto eseguendo un esame cistoscopio.

Materiali e metodi: Riportiamo il caso di una donna di 75 anni sottoposta circa 2 anni or sono ad intervento di TVT per incontinenza urinaria legata alla presenza di un quadro di cistocele con ipermobilità uretrale. La paziente sviluppava a distanza di due anni sintomatologia irritativa vescicale con infezioni ricorrenti e quadro di urgenza/frequenza. Sottoposta ad esame ecografico e, quindi, ad esame cistoscopio, le veniva diagnosticata un'erosione della parete laterosuperiore destra della vescica da parte del tape in polipropilene parzialmente calcificato e ricoperto da fibrina. Veniva, pertanto, sottoposta a resezione endoscopica della stessa senza alcun posizionamento di trocar sovrapubico transvescicale utile per l'inserimento di pinze per una trazione della banderella con migliore resezione della stessa vicino alla parete vescicale. A distanza di sei mesi, l'esame cistoscopio confermava la completa asportazione del corpo estraneo endovescicale con completa riepitelizzazione della mucosa vescicale.

Conclusioni: L'intervento di resezione endoscopica rappresenta una valida opzione terapeutica nell'asportazione del tape della TVT in caso di erosione della parete vescicale.

Video

Auditorium – 3 Marzo 2011 – 16.45-17.45

V1

URETEROSCOPIC LASER MANAGEMENT OF SYMPTOMATIC SIMPLE PERIPELVIC RENAL CYST

L. Defidio, M. De Dominicis

Division of Urology, Cristo Re Hospital, Rome

Purpose: The peripelvic renal cyst is a relatively common finding on routine urological examination, represent a unique subset of renal cysts, but only rarely needs treatment. Symptomatic peripelvic renal cysts are more difficult to treat than simple peripheral renal cysts. Laparoscopic treatment of parapelvic renal cysts, as a gold standard, is quick and effective. Ureteroscopic unroofing, however, could be used as an alternative technique in selected patients. We showed the ureteroscopic unroofing of a symptomatic simple peripelvic cyst with a holmium laser in a 54-year-old woman. **Materials and methods:** Intravenous urography and CT scan revealed a 3 x 4 cm right peripelvic cyst with hydronephrosis. The background to diagnosis was suspicion of flank pain. Semirigid ureteroscopy was performed in conjunction with the Holmium:YAG laser and the peripelvic cyst was incised and decompressed to the adjacent collecting system. The cytology

of cyst fluid were done. The patient was followed with ultrasonography after two weeks and 2, 6, and 12 months postoperatively. Endoscopic evaluation of cysts' walls was performed. The double J stent was left inside the cyst and removed after 4 weeks.

Results: We had no intraoperative or postoperative complications. Operative times were 35 minutes. Retrograde pyelography showed contrast media filling the peripelvic cyst and the collecting system without extravasation. No evidence of cystic renal cell carcinoma was found on aspiration cytology. Ultrasound showed absence of hydronephrosis and no evidence radiographic recurrences. At 1-year follow-up, the patient remains symptom free.

Conclusions: Ureteroscopic laser management of symptomatic simple peripelvic renal cysts is feasible and can be performed safely. Ureteroscopic decompression could be used as an alternative technique to the laparoscopic marsupialization in selected patients.

V2

FOTODIAGNOSI DINAMICA CON AC. ESAMINOLEVULINICO (HEXVIX®) NELL'ALTA VIA ESCRETTRICE. NOTE DI TECNICA

S. Ferretti, D. Campobasso, P. Granelli, D. Cerasi, M. Ciuffreda, A. Frattini

U.O. Urologia - Azienda Ospedaliera - Universitaria di Parma

Scopo del Video è di illustrare la metodica e la fattibilità della stessa, in un settore ancora in via di sperimentazione a fronte invece di una esperienza internazionale consolidata per quanto riguarda la diagnostica ed il follow up del tumore vescicale, in particolare del CIS o nel caso di citologie positive con riscontri endoscopici vescicali negativi.

Caso Clinico: F.P. Maschio 44 anni. Fumatore. 2003 nefroureterectomia ds: Ca. uroteliale pTaG1, N0, M0. Nel 2007, viene eseguita URS sin nel sospetto citologico/radiologico di lesione al giunto. Vengono eseguite 2 diatermocoagulazioni su mucosa iperemica previa biopsia, a distanza di circa 3 mesi l'una dall'altra, riscontri istologici di "aree sospette per malignità". Controlli successivi annuali con ureteroscopia negativa. A luglio 2010 riscontro di idroureteronefrosi di II° che viene studiata con ureteroscopia e riscontro di calcolosi pelvica mista < 1 cm, trattata con litotrissia balistica, basket e stenting. Ad agosto, dopo rimozione dello stent, controllo ecografico e 3 citologie urinarie che riportano il dubbio di atipie e ricomparsa di idroureteronefrosi di I°. Giunge alla nostra osservazione ad ottobre 2010, si esegue ureteroscopia rigida riscontrando una substenosi dell'uretere pelvico con edema di mucosa in sede di verosimile pregressa litotrissia, si risale fino al giunto e si esegue citologia; poi si esegue ureterorenoscopia flessibile negativa. Successive 3 citologie urinarie da monoJ tenuto in sede 48 ore. Il riscontro citologico pone nuovamente il dubbio di atipie uroteliali di grado moderato compatibili con neo-

plasia uroteliale papillare, probabile carcinoma uroteliale papillare. Si decide quindi a fine novembre 2010 di eseguire indagine endoscopica con strumentario dedicato per la fotodiagnosi dinamica.

Tecnica operatoria: instillazione vescicale preoperatoria con Hexvix® e valutazione negativa alla cistoscopia tradizionale e a luce blu. Si pone, quindi, cateterino ureterale con palloncino occlusivo 6Fr al GPU e si instillano lentamente 25cc di Hexvix®, si pone il paziente in Trendelenburg e si attendono 40'. Si esegue poi URS flessibile con guaina. Riscontro a luce bianca di calcificazione subcentimetrica con fibrina/mucosa di rivestimento in un calice superiore. A luce blu la lesione calcifica appare ricoperta da un tessuto francamente positivo. Asportato con basket, e biopsia di una piccola base d'impianto.

Referto istologico: frammento di mucosa di tipo transizionale comprendente proliferazione arborescente, Non si osserva infiltrazione stromale. I reperti orientano per una lesione riparativa o in alternativa con proliferazione uroteliale di basso grado; citologie urinarie negative.

Conclusioni: poiché in letteratura non sono riportate casistiche né esperienze sulla diagnostica fotodinamica a luce blu dell'alta via escretrice, attualmente, non si possono trarre dei giudizi sulla specificità e sensibilità della stessa; le uniche osservazioni sono a confronto della esperienza multicentrica internazionale sul tumore delle basse vie urinarie. L'evoluzione però della strumentazione flessibile consente oggi di proporre tale approccio in casi selezionati in particolare in presenza di citologie urinarie selettive dubbie/positive con riscontri strumentali e/o diagnostici per immagini negativi.

Comunicazioni

Sala Belli – 3 Marzo 2011 – 16.45-17.45

C4

URETERORENOSCOPIA E TRATTAMENTO CONSERVATIVO CON LOW-POWER HO:YAG LASER DELLE NEOPLASIE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE: NOSTRA ESPERIENZA

L. Ruggera¹, P. Beltrami², B. Vezzù², F. Zattoni²

¹S.C. di Urologia, Ospedale S. Maria degli Angeli, Pordenone; ²Clinica Urologica, Università degli Studi di Padova

Introduzione: L'estensione del trattamento conservativo delle neoplasie transizionali anche ai tumori dell'alta via escretrice rappresenta indubbiamente un'affascinante sfida. Riportiamo di seguito la nostra esperienza in tale ambito mediante fotoablazione con Ho:YAG laser. Risultati, incidenza di eventi avversi, percentuali di recidiva e necessità di terapie più invasive hanno rappresentato gli "outcome" primari di questo studio.

Metodi: Da gennaio 2006 a dicembre 2010, 25 pazienti (18 maschi e 7 femmine; età media 69 ± 9.8 anni) affetti da neoplasia transizionale superficiale dell'alta via escretrice sono stati sottoposti ad ureterorenoscopia

(URS) e fotoablazione con Ho:YAG laser. L'approccio conservativo è stato di necessità in 15 casi (paziente monorene chirurgico in 8, neoplasia bilaterale sincrona in 2, severa comorbilità in 5); nei rimanenti 10, l'indicazione è stata elettiva per iniziale riscontro di una neoplasia < 2 cm, unifocale, di basso grado. Alla diagnosi, le sedi delle neoplasie sono risultate: uretere pelvico in 7 casi, iliaco in 2, lombare in 3, pelvi in 6, calici superiori o inferiori in 1. I rimanenti 5 pazienti hanno evidenziato una neoplasia multifocale. Il follow-up ha previsto citologie urinarie ed ecografie addome trimestrali (TC in casi selezionati), ed ureterorenoscopia di controllo ad intervalli di 3-6 mesi. Nei casi di malattia ricorrente o ad alto rischio di progressione, è stata inoltre eseguita una terapia endocavitaria con BCG o Gemcitabina (in vescica, con stent doppio-J in sede, o attraverso stent mono-J, in base alla sede della neoplasia).

Risultati: Il trattamento ha previsto una iniziale biopsia con pinza della neoplasia e la sua successiva fotovaporizzazione laser fino ad ottenere lo "sbiancamento" della zona bersaglio. In nessun caso è stato evidenziato un sanguinamento significativo dalla sede di ablazione. Gli esami istologici alla diagnosi hanno evidenziato: carcinoma in situ (CIS) e displasia severa in 3 casi ciascuno, TaG1 in 6 pazienti, TaG1-2 in 5, TaG2 in 7 e TaG2-3 nel rimanente paziente. Complessivamente, sono state effettuate 98 URS, 63 delle quali (64,3%) positive per neoplasia (bilaterale in 6 casi e multifocale in 8). Il tempo operatorio mediano è risultato di 60 minuti [range interquartile (R.I.) 45-60] mentre la degenza post-operatoria è stata di 1 giorno (R.I. 1-2). Complicanze post-operatorie sono state rilevate dopo 8 procedure (8,2%): 4 casi di stenosi ureterale ed una stenosi caliceale, trattate efficacemente nel corso della successiva URS e 3 casi di iperpiressia > 38° C. Ad un follow-up mediano di 19 mesi (R.I. 12-25), 17 pazienti (68%), 6 con indicazione elettiva e 11 di necessità, hanno presentato una recidiva dell'alta via escretrice, con una sopravvivenza globale del 100%. In tutti i casi, l'esame istologico ha evidenziato un carcinoma superficiale, sebbene in 2 pazienti si sia resa necessaria una nefroureterectomia per il significativo aumento del numero di neoformazioni, dopo un follow-up di 3 e 19 mesi

Conclusioni: I nostri risultati confermano come il trattamento conservativo delle neoplasie uroteliali delle alte vie escretrici rappresenti un efficace approccio terapeutico nei casi di necessità, attualmente ben codificati, ed una suggestiva e possibile opzione terapeutica in selezionati casi di elezione.

C5

FIRST COLLABORATIVE EXPERIENCE WITH THULIUM LASER ABLATION OF LOCALIZED UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL TUMORS USING RETROGRADE INTRA-RENAL SURGERY

L. Defidio¹, M. De Dominicis¹, L. Di Gianfrancesco¹, G. Fuchs², A. Patel³

¹Department of Urology, Cristo Re Hospital, Rome, Italy; ²Depart-

ment of Urology, Minimally Invasive Urology Institute, Cedars Sinai Hospital, Los Angeles, USA; ³Department of Urology, St. Mary's Hospital at Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

Purpose: Thulium laser ablation (TLA) outcomes with blinded performance evaluation after retrograde intrarenal surgical (RIRS) treatment of upper urinary tract transitional cell carcinomas (UUT-TCC).

Materials and Methods: A UUT-TCC patient cohort undergoing RIRS-TLA by an international endoscopic surgical collaborative in a European center (April 2005 - July 2009), underwent outcomes evaluation. All 4 surgeons were blinded and independently scored both TLA and Holmium:YAG laser ablation performance aspects annually using a Likert scoring system (0-10). **Results:** All patients (n = 59, median age 66 years, 9 with solitary kidney) had complete UUT inspection. Presenting lesion(s) were intra-renal (n = 30, 51%), ureteral (n = 13, 22%), and combined (n = 16, 27%). Single-stage TLA sufficed in 81.4% (tumors ≤ 1.5 cm). Significant recurrence free survival differences occurred according to primary tumor size >/≤ 1.5 cm and multi-focality, but location made no difference. Median Likert scores were i) fiber-tip stability - 5.5/8.75, p = 0.016*; ii) reduced bleeding - 5/8.5, p = 0.004*; iii) fiber-tip precision - 5.5/8.5, p = 0.003*; iv) mucosal perforation reduction - 3.5/7.5, p = 0.001*; v) ablation efficiency tumors ≤ 1.5 cm - 6/9, p = 0.017*; tumors > 1.5 cm - 6.75 / 6.75, p=1, and vi) overall efficiency - 6/7.5, p = 0.09, for Holmium:YAG and TLA, respectively.

Conclusions: The Thulium laser delivered non-inferior recurrence free survival to RIRS-UUT-TCC Holmium:YAG laser ablation, but better median parameter performance scores in fiber-tip stability, precision, reduced bleeding and mucosal perforation reduction in expert ratings. Despite improved photothermal coagulation, and endo-visualization for tumors ≤ 1.5 cm, both ablation and overall efficiency remained challenging for larger tumors with both existing laser technologies.

C6

RIRS BILATERALE PER CALCOLI RENALI INFERIORI AI 2 CM DI DIAMETRO

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, A. Benetti, R. Peschechera, G. Bonvissuto, O. Mageri, V. Guarella, P. Graziotti

Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

I progressi nel moderno armamentario endourologico consentono attualmente di affrontare la gran parte dei calcoli dell'alta via escretrice per via ureterorenoscopica. Pertanto nel rispetto di rigide indicazioni, l'approccio ureterorenoscopico per via retrograda può rappresentare una valida opzione terapeutica in caso di calcolosi renale bilaterale inferiore ai 2 cm di diametro. In questo lavoro presentiamo la nostra casistica di 35 pazienti giunti alla nostra osservazione per calcolosi

renale bilaterale inferiore ai 2 cm trattati simultaneamente con RIRS in una unica seduta.

Materiali e metodi: A partire da settembre 2007 abbiamo trattato simultaneamente 35 pazienti con calcolosi renale bilaterale di diametro inferiore ai 2 cm per singolo lato. Tale procedura è stata proposta solo in caso di urinocoltura negativa. Il lato con il calcolo di maggiori dimensioni è stato aggredito per primo ad eccezione dei casi in cui la sintomatologia si originava esclusivamente dal lato del calcolo più piccolo. In tutti i casi è stata utilizzata una camicia ureterale. In caso di svolgimento regolare della procedura dal primo lato in un tempo non superiore ad un'ora, abbiamo trattato anche il secondo lato. Al termine della procedura è stato regolarmente posizionato un doppio J e lasciato il catetere a dimora per 24 ore. In caso di decorso regolare il paziente è stato dimesso la mattina successiva. Il risultato finale è stato calcolato dopo i 3 mesi dall'ultima procedura con l'esecuzione di una ecografia allo scopo di confermare l'assenza di calcolo e/o di dilatazione delle vie escrettrici.

Table 1. Demographics.

Età media (aa)	44,5 (27-73)
BMI	29.4 (19-33)
Ø media per singolo lato (cm)	1.2 (0.7-2)
Stone burden medio complessivo (cm ²)	5.4 ± 0.9 (3.0-7.9)

Risultati: Tutti i pazienti con calcoli non superiori al cm sono stati trattati con una singola procedura. Per contro, un secondo intervento si è reso necessario in 12 dei 15 paziente che presentavano almeno 1 calcolo di dimensioni superiori al cm. Il tempo operatorio medio complessivo è stato di 139.6 min (inclusi i 2nd look). L'aumento della creatinina è stato trascurabile (0.2 md/dL range 0.1- 0.6). Non abbiamo avuto complicanze degne di nota se si esclude un rialzo febbrile superiore a 38° in soli 4 casi (11.4%). La degenza media è stata di 2.9 gg con un tempo medio di recupero delle normali attività lavorative pari a 12.2 gg. Lo Stone free rate è riportato nella tabella 2.

Table 2.

Stone free rate dopo un singolo intervento	Overall: 60% (21/35) < 1 cm: 90% (18/20) > 1 cm: 20% (3/15)
Stone free rate dopo il 2 nd look	Overall: 85.7% (30/35) > 1 cm: 80% (12/15)*
* Tutti i pazienti, compresi quelli con calcolosi residua, sono stati comunque resi asintomatici e privi di idronefrosi.	

Conclusioni: La RIRS rappresenta una valida opzione terapeutica anche in caso di calcolosi renale bilaterale di dimensioni inferiori ai 2 cm in quanto offre un soddisfacente stone free rate con una percentuale di complicanze sostanzialmente sovrapponibile a quelle della procedura monolaterale. Quando il calcolo da trattare

è superiore al cm in almeno un lato, i pazienti devono essere edotti del fatto che tale procedura richiede in una alta percentuale un 2nd look per ottenere risultati soddisfacenti.

Comunicazioni

Auditorium – 3 Marzo 2011 – 16.45-17.45

C1

EVOLUZIONE DEL GRADO DI OSTRUZIONE CERVICO-URETRALE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VAPORIZZAZIONE PROSTATICA FOTOSELETTIVA (PVP) MEDIANTE LASER KTP

A. Tubaro, C. De Nunzio, A. Trucchi, R. Miano, S. Squilacciotti, M. Mattioli, C. Avitabile, A. Brassetti, L. Miano
Divisione di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, II° Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "La Sapienza", Roma

Introduzione: La vaporizzazione fotoselettiva della prostata (PVP) con il laser KTP si sta rapidamente diffondendo come uno dei possibili nuovi standard terapeutici dell'iperplasia prostatica benigna. La tecnica chirurgica permette di ottenere una loggia prostatica simile a quella di una resezione endoscopica tradizionale. Scopo del nostro studio è valutare l'evoluzione dell'iperattività detrusoriale (DO) e dell'ostruzione prostatica cervico uretrale (BPO) in un gruppo di pazienti affetti da sintomi del basso apparato urinario (LUTS) trattati mediante PVP.

Materiali e metodi: Da settembre 2005 a novembre 2009, una serie consecutiva di pazienti affetti da LUTS da BPO sono stati trattati con PVP. Tutti i pazienti sono stati valutati mediante esame clinico, esame urine ed urinocoltura, dosaggio del PSA, IPSS, uroflussometria, ecografia prostatica transrettale (TRUS) ed esame urodinamico. La procedura chirurgica è stata eseguita in anestesia spinale, con l'impiego di una LASER KTP con 80 W di potenza (laserscope, USA), un cistoscopio dedicato 23 Ch (Storz, Germania). Tutti i pazienti sono stati rivalutati a 1, 3, 6 e 12 mesi dal trattamento mediante IPSS, Uroflussometria, dosaggio del PSA. L'esame urodinamico è stato eseguito dopo 12 mesi dal trattamento. Tutti i trattamenti sono stati eseguiti con l'intento di ottenere una loggia prostatica simile a quella di una resezione endoscopica tradizionale.

Risultati: 30 pazienti con età media di 67 ± 7 anni, un volume prostatico medio di 55 ± 16 ml, un IPSS medio di 22 ± 5 , un Qmax pari a 9 ± 4.5 ml/sec ed una classe di Schaefer mediana di 3 (range 3-6) hanno completato la valutazione urodinamica a 12 mesi. I trattamenti sono stati eseguiti utilizzando $1,2 \pm 0.4$ fibre laser con una media di 189 ± 61 KJ (range 135-350) trasmesse in 68 ± 24 minuti con una media di 3.4 KJ/ml di tessuto prostatico. Il tempo medio di cateterizzazione è stato di 18 ore (range: 12-72). Il 67% dei pazienti riferiva eiaculazione retrograda a 12 mesi dal trattamento. Una significativa riduzione del PSA si è osservata a 12 mesi dal trattamento (2.6 ± 1.8 vs 0.9 ± 0.7 , $p = 0.001$). La

presenza di una DO si è riscontrata in 14 pts al baseline (46%) con una remissione completa della DO in 8 pts (57%) dopo il trattamento. In 6 pts la DO persisteva e un paziente presentava una de novo DO. Si è osservato un significativo miglioramento dei parametri urodinamici valutati a 12 mesi dal trattamento (Tabella I). L'analisi statistica è stata eseguita mediante test non parametrico di Wilcoxon. Dati presentati come media (DS) o valore mediano.

Tabella 1.

	Baseline	Follow-up (12 mesi)	p
IPSS	23 (5.7)	4.27 (3)	0.000
Q _{max} (ml/sec)	9.5 (4.6)	23.6 (6)	0.000
PVR (ml)	90 (98)	35 (0)	0.001
URA (cmH2O)	41 (16)	19 (12)	0.00
Classe di Schaefer*	3	1	0.00
Wmax (W)	13.8 (4)	12.7 (4.5)	0.534
W80-W20	-2 (2.7)	-4 (2.6)	0.02
Capacità cistometrica (ml)	321 (87)	356 (68)	0.71
DO (%)	14 (46%)	7 (23.6%)	0.000
* Valore mediano			

Conclusioni: La vaporizzazione della prostata mediante laser KTP sembra essere una tecnica sicura ed efficace. Un' elevata dose di energia e tempi operatori superiori ad un ora sono necessaria per ottenere una loggia prostatica simile a quella di una resezione endoscopica tradizionale e con una riduzione del 75% circa del valore di PSA. Ottenendo una loggia simile alla TURP la percentuale di pazienti con eiaculazione retrograda è elevata. Una riduzione significativa dei parametri urodinamici di ostruzione e dei casi di DO, come atteso dopo TURP si riscontra dopo 12 mesi di follow-up.

C2

CONFRONTO FRA TURP-GYRUS E HOLEP NEL TRATTAMENTO DI PROSTATE DI VOLUME INFERIORE A 100 ML

G. de Rienzo, I. Martines, M. Scarcia, G. Giocoli Nacci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo
Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

Introduzione: Nostro intento, è stato confrontare la TURP bipolare e la Holep al fine di verificarne l'equivalenza in termini di efficacia e morbilità.

Metodi: Confronto retrospettivo fra pazienti sottoposti nel 2009 a TURP bipolare con generatore Gyrus e pazienti sottoposti a HOLEP con generatore laser di Lumenis e fibre laser da 550 µm di Lumenis o Cook. Parametri considerati: variazioni a un anno di picco massimo (Q_{max}), residuo postmizionale (RPM); IPSS; PSA. Sono stati anche valutati: percentuali di tessuto rimosso; ore alla rimozione del catetere; degenza postoperatoria; necessità di trasfusione e/o ricoagulazione endoscopica.

Risultati: Abbiamo reclutato 38 pazienti sottoposti a HOLEP e 62 sottoposti a TURP bipolare. La seguente tabella illustra la somiglianza dei due campioni, nonostante la loro differenza numerica. Tra parentesi gli intervalli di confidenza (c.i.):

	N pz	Volume (ml)	PSA preop. (ng/ml)	Qmax preop (ml/sec)	RPM preop (ml)	IPSS preop	IPSSQoL preop	Hb preop (g/dl)
TURP-B	62	82 (64-100)	4,8 (2,2-7)	6 (2-10)	191 (82-300)	22 (18-26)	5 (4-6)	14,2 (13,2-15,2)
HOLEP	38	80 (60-100)	5,2 (3,4-7)	7 (3-12)	160 (20-300)	22 (18-26)	5 (4-6)	13,8 (12,6-15)

Le variazioni medie (c.i.) a un anno dei parametri considerati sono le seguenti:

	Δ -PSA (%)	Δ -Qmax (%)	Δ -RPM (%)	Δ -IPSS (%)	Δ -IPSSQoL (%)	Δ -vol (%)
TURP-B	74,5 (66,5-72,5)	256 (48-364)	79 (58-100)	80 (70-90)	70 (58-82)	64 (50-78)
HOLEP	85,5 (75-96)	359 (120-479)	89 (78-100)	83 (70-96)	69 (59-79)	72 (58-86)
P	0,007	0,056	0,34	0,52	0,63	0,14

	Δ -Hb	Pz trasfusi (%)	Pz Ricoagulati (%)	Rimozione catetere (h)	Degenza (h)
TURP-B	4 (2-6)	6 (4-8)	12 (8-16)	68 (58-78)	82 (67-97)
HOLEP	2 (1-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	41 (31-51)	55 (43-67)
P	0,036	0,009	0,002	0,003	0,009

Le variazioni di PSA a un anno dall'intervento sono risultate statisticamente significative.

Nella seguente tabella, infine, il confronto sulla morbilità perioperatoria e degenza (c.i.):

Le differenze nelle percentuali di trasfusioni e ricoagulazioni sono risultate statisticamente significative in favore della HOLEP, così come i tempi di degenza e di rimozione del catetere.

Conclusioni: Esistono prove in letteratura che sia TURP-B che HOLEP danno risultati clinici a breve, medio e lungo termine paragonabili o superiori alla TURP. Tuttavia non esistono confronti diretti fra le varie metodiche mininvasive. I punti di forza delle metodiche mininvasive sono i punti deboli della TURP, riduzione di rischio di sanguinamento e degenza, ma non vi sono informazioni se le varie metodiche sono uguali fra loro. Il confronto fra TURP-B e HOLEP è risultato sicuramente favorevole per HOLEP in termini di rischi di sanguinamento e ricoagulazione endoscopica nelle ore successive all'intervento, con una rimozione del catetere e una dimissione più precoci. La percentuale di riduzione del PSA a un anno, più elevata per HOLEP, e il trend verso una più elevata percentuale di volume di tessuto rimosso, suggerirebbero che questa metodica dia risultati a lungo termine più duraturi.

C3

INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: SUPINE VERSUS PRONE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN OBESE PATIENTS

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu², P. Kallidonis³, E. Liatsikos³, R. Sabockis⁴,

M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Osther⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹

¹Department of Urology, Autonoma University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy; ³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of Urology, Frederica Hospital, University of Southern Denmark, Fredericia, Denmark; ⁷Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France; ⁸Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany; ⁹Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol, Austria

Introduction: Obesity places patients at a high risk for both anesthesiological and surgical complications. The objective of this study was to assess outcomes and safety of supine and prone percutaneous renal surgery in obese patients.

Material and methods: A database was created, and the centers retrospectively entered their data related to PNL management of intrarenal kidney stones. Patients included were treated between January 2005 and January 2010. Variables analyzed included case load number, BMI, prone versus supine position, access site, access dilation size, type of instrumentation, type of lithotripter, stone burden, operative time, stone free rate, and complication rate. Stone free rate was defined as no residual fragments, or single fragment < 2 mm in size at follow-up imaging. For the purpose of this study, only patients with BMI \geq 30 were evaluated.

Results: 350 PCNLs were collected. Of these, 55 (15.7%) PNLs met the criteria for BMI \geq 30. Overall, there were 50 patients (93%) with a BMI included between 30 and 40 and 5 patients (7%) with a BMI > 40. There were 35 males (64%) and 20 females (36%). 28 (51%) and 27 (49%) cases were performed in the prone and supine position, respectively. The mean BMI in the prone position group was 34 ± 5 kg/m² and was 33 ± 3.6 kg/m² in the supine position group (p = 0.3). There was no statistically significant difference between the two groups for access site, number of accesses, dilation size, nephroscopes size and type, lithotripter used, operative time and hospital stay. There was a higher number of renal pelvic stones in the supine than in the prone position group (61.5% vs. 33.3%, p = 0.04). Overall, the mean stone burden was 3.03 ± 1.9 cm² as

documented by preoperative CT scan, with no statistically significant differences in the two groups ($p = 0.4$). Stone clearance was 93% and 89% in the prone and supine group respectively ($p = 0.6$). There were two major complications for both groups (7 and 7.4%) ($p = 0.9$). However, no anesthesiological, cardiological or bowel complications were reported.

Conclusions: The data highlight the high success rate of both supine and prone PCNL in obese and morbidly obese patients. Furthermore, both supine and prone positions appear to be safe in this population.

Poster

Sala Belli – 3 Marzo 2011 – 16.45-17.45

P5 URETERORENOSCOPIA NEL TRATTAMENTO DELL'UROLITIASI IN ETÀ PEDIATRICA. NOSTRA ESPERIENZA

S. Angelone, P. Bolchini, A.M. Cotrufo, A. Fonzone Caccese, G. Palazzo, S. Mariconda

Urologia Pediatrica – A.O.R.N. "Santobono-Pausilipon", Napoli

Sebbene l'Urolitiasi (UL) sia una condizione morbosa rara in età pediatrica, è ormai noto agli Urologi Pediatrici il gold standard circa le attuali procedure terapeutiche già adottate per il trattamento negli adulti (ESWL, URS/URL, PCNL).

In particolare la ureterolitotriessia (URL), grazie alla miniaturizzazione della strumentazione, alla disponibilità di sonde di frantumazione con fonti di energia di vario tipo, all'utilizzo di diversi accessori, nonché ad una sempre maggiore competenza, ha reso possibile la risoluzione della calcolosi urinaria anche nel paziente pediatrico rendendo sempre più obsoleta la chirurgia open e consentendo di ottenere risultati certi con una minima durata di degenza a fronte di una bassa percentuale di complicanze. Presentiamo la nostra esperienza sull'utilizzo dell'URL con laser ad olmio nell'UL dopo un accurato assessment metabolico ed anatomico del piccolo paziente litiasico.

P6 L'APPROCCIO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO IN POSIZIONE PRONA NELLA LITOTRISSIA PERCUTANEA ENDORENALE

G. Caddeo, S. Serra, A. Corona, A. De Lisa
Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

Introduzione: Le manipolazioni litiasiche endorenali con tecnica combinata sono più semplici se condotte con il paziente in posizione supina. Avendo sviluppato una esperienza decennale nelle procedure percutanee in posizione prona, abbiamo voluto valutare l'associazione di una endoscopia flessibile retrograda (Endoscopic Combined Intrarenal Surgery) in questa posizione.

Materiali e metodi: 31 pazienti (21 maschi e 10 femmine) di età compresa tra i 25 e i 70 anni affetti da litiasi

complessa del rene sono stati sottoposti a trattamento combinato anterogrado e retrogrado.

La tecnica prevedeva: disposizione del paziente in decubito prono con tutti gli accorgimenti necessari a rendere sicura la posizione; accesso in vescica con il cistoscopio flessibile; inserimento di guida 0.038 stiff lubriglide punta retta-flessibile nell'albero urinario; inserimento di camicia ureteroscopica 11/13 Ch sino all'uretere lombare; fissaggio del padiglione della camicia con punto di sutura in posizione agevole per l'introduzione degli strumenti flessibili per via retrograda; sonda Nelaton sottile 10 Ch transuretrale di lato alla camicia per mantenere vuota la vescica durante la procedura di routine per la litotriessia endorenale coadiuvata dalla strumentazione flessibile per via retrograda. La procedura si concludeva con catetere transnefroscopico tipo Malecot re-entry © Boston Scientific.

Risultati: In tutti i casi è stato agevole applicare la guida e la camicia ureteroscopica. La presenza della camicia ha reso agevole l'ingresso e la progressione dello strumento flessibile per via retrograda sia nel sesso maschile che nel sesso femminile. I due operatori hanno lavorato facilmente nel trattamento della litiasi senza allungamento dei tempi nella percorrenza dell'uretra soprattutto maschile con scarsa traumaticità della procedura. *Conclusioni:* L'uso della camicia ureteroscopica stabilizzata sul campo operatorio permette la procedura combinata endorenale con strumenti flessibili in maniera agevole sia nel sesso maschile che in quello femminile con tecnica sicura ed efficace.

P7 "TRA PASSATO E PRESENTE: LA NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA IN DUE TEMPI"

E. Brunocilla, M. Garofalo, R. Schiavina, C.V. Pultrone, C.G. Rocca, A. Baccos, G. Passaretti, V. Vagnoni, G. Martorana

Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

La nefrolitotriessia percutanea (PCNL) rappresenta attualmente il "gold standard" per il trattamento della litiasi renale > 2-2,5 cm, nella calcolosi caliceale inferiore > 1,5 cm e nei casi di insuccesso dopo ESWL. Nei centri specializzati questa tecnica è agevolmente riproducibile ed i risultati sono soddisfacenti in termini di "stone free", degenza ed insorgenza di complicanze.

In letteratura le discussioni attualmente aperte relative alla PCNL riguardano soprattutto la necessità di lasciare una nefrostomia nel post-operatorio (tubeless PCNL o standard PCNL), la posizione del paziente (prona/supina), l'utilizzo di agenti emostatici, la diatermocoagulazione del tramite. Tuttavia pochissimi articoli trattano della necessità di eseguire la nefrolitotriessia in due tempi: posizionamento della nefrostomia e PCNL differita.

Il nostro intento in questa discussione è quello di riassumere le indicazioni al trattamento in due tempi (una "review" condotta su un numero esiguo di lavori scientifici e sulla nostra casistica) e di aprire un dibattito sull'argomento.

Dai dati presenti in letteratura le indicazioni alla PCNL differita sono:

- Litiasi con idropioneferosi
- Insufficienza renale
- Calcolosi complessa o a stampo da germi ureasi produttori

La litiasi con idropioneferosi, tra tutte, è la condizione che trae più vantaggi dalla PCNL in due tempi. Il posizionamento della nefrostomia in tali casi ha una funzione di drenaggio delle cavità caliceali e riduce quindi il rischio di sepsi. I vantaggi che derivano da questa tecnica sono: la decompressione del sistema collettore, un maggiore afflusso di antibiotico a livello parenchimale e la possibilità di eseguire lavaggi della via escretrice (con antibiotici). Tramite la nefrostomia è inoltre possibile eseguire una pielografia anterograda permettendo una maggiore definizione dell'ostruzione. Tuttavia alcuni studi condotti su pazienti con pioneferosi non hanno dimostrato vantaggi statisticamente significativi con l'uso di questa tecnica. Dal nostro punto di vista l'idropioneferosi rappresenta comunque una indicazione assoluta alla PCNL in due tempi.

L'insufficienza renale rappresenta un'ulteriore condizione in cui può essere indicato ricorrere alla PCNL in due tempi. Nei reni litiasici con grave ritardo funzionale, infatti, può essere utile posizionare e mantenere in sede una nefrostomia per almeno 30 giorni. Dopo questo periodo è possibile eseguire eventualmente una scintigrafia renale per decidere se procedere con la PCNL o eseguire una nefrectomia semplice.

Una indicazione relativa alla PCNL in due tempi è rappresentata, infine, dalla calcolosi complessa o a stampo. In particolare laddove sono necessari più di un tramite il posizionamento della nefrostomia in un primo tempo consente una maggiore stabilizzazione del tramite (minor sanguinamento quindi migliore visione nefroscopica con riduzione dei tempi operatori) e minor assorbimento del liquido di irrigazione.

In conclusione la PCNL in due tempi in alcuni casi selezionati rappresenta una valida opzione terapeutica. I dati ricavati dalla nostra casistica indicano infatti che questa tecnica trova tuttora indicazione benché il numero sia ridotto rispetto agli anni precedenti: dal 1986 al 2003 su 180 PCNL 54 sono state eseguite in due fasi (30%) mentre dal 2004 al 2010 su un totale di 216 PCNL 15 sono state eseguite con la suddetta procedura (6.9%).

P8

HOLMIUM:YAG LASER TREATMENT OF THE URETERAL STONES: WHAT WE LEARNED AFTER A TEN YEARS EXPERIENCE AND 2572 PATIENTS TREATED?

F. De Marco¹, L. Grillenzoni¹, S. Di Nicola¹, D. Fini¹, P. Vicini¹, G.P. Ricciut², U. Parente²

¹Stone Center INI Grottaferrata, Rome; ²Department of Urology "La Sapienza", Rome

Introduction: The technological development for the

treatment of urinary tract stones has made available several sources of energy for obtaining an optimal fragmentation with lower rates of morbidity. The Holmium:YAG laser is a pulsed laser with a wavelength of 2100 nm, a pulse duration of 250 microseconds, a frequency of 5 to 10 Hz and a variable energy from 0.2 to 1.8 J per pulse. The possibility of varying frequency and energy allows us to adapt the power of the laser to the different kinds of stones (eg impacted stones and/or harder chemical compositions).

A higher power can be used in the field of urology, for cutting or coagulation of tissue.

The versatility of this tool is also linked to the possibility of using flexible fibers with diameters ranging from 200 to 1000 microns, which can be inserted in the operative channels of the instruments with a minimal reduction of irrigation liquid.

Material and methods: From November 2000 to November 2010, we submitted 2572 patients, with ureteral stones, to the Holmium:YAG laser (Dornier MediLas) ureterolithotripsy.

A 9.5 Fr semirigid ureteroscope and, less frequently, a flexible ureteroscope were employed to reach the stones.

We never used baskets or other devices to maintain the stones or retired fragments.

The location of the stones was as follows: 970 in the upper ureter, 390 in the medial ureter, 1020 in the lower ureter, and 192 steinstrasse after ESWL.

The size of the stones ranged between 8 to 25 mm in the upper ureter, between 8 to 15 mm in the medial ureter, between 8 to 15 mm in the lower ureter, and the steinstrasse ranged between 25 to 70 mm.

The fiber laser most commonly used were 400 and 600 microns.

After the laser lithotripsy only the larger fragments were removed by Perez Castro forceps.

A double J was inserted just in case of impacted stones, in case of a very long procedure and in case of ureteral perforation; in the other cases a simple 4 Fr ureteral catheter was left in place within 24 hours.

Results: In the upper ureter stones group 910/970 (93.8%) were stone free after a single endoscopic procedure; in the remaining 57/970 patients (5.8%) the entire stone or fragments with a diameter > 5 mm were pushed-up and needed a ESWL.

Just in a 1 patient we couldn't reach the stone, due to its size (> 2.5 cm) and the patient underwent to a laparoscopic procedure. In 2 patients (0.2%), we had a major complication such as the stripping of the ureter and the patients underwent to open surgery.

380/390 patients (97.4%) with medial ureteral stones were treated successfully. In 1 case the presence of a large stone (> 2 cm) very close to an aneurismatic dilatation of the bifurcation, suggested us to stop the procedure. All the 1020 cases of the lower ureteral stones (100%), and the 192 steinstrasse (100%) were resolved in a single session.

The overall stone free rate amounted, after a single procedure, to 97.2% (2502/2572).

Major complications were 2 cases of stripping of the ureter on 2572 procedures (0.07%) and 21 (0.81%) stenosis of the ureter.

Minor complications such as fever and perforation of the ureter were present respectively on 54 (2.0%) and 31 (1.2%) patients.

Conclusions: The remarkable versatility in terms of treatment capacity and ability to reach all the location of the urinary tract by the new endoscopes and the very small size of the fibers, make the Holmium YAG laser the endourological ideal lithotripter and the retrograde approach the first choice for the treatment of the ureteral stones.

The efficacy of the Holmium YAG laser was proven on all the different chemical composition and size of the stones.

But despite these very good results in terms of stone free rates and lower morbidity the urologists must take in mind some advices: the ureterolithotripsy by Holmium laser can be a simple procedure but it could be turn in a nightmare for the urologist and for the patient; the impacted stones of the upper or medial ureter represent a challenge for the urologist and must be faced very carefully; don't force the uretroscope into the ureter and always see where is your fiber and what are you breaking; let's take in consideration to stop the procedure, positioning a double J or nephrostomy and come back after few days; Be patient, the lithotripsy by Holmium laser is a time consuming procedure; Share your complications with the colleagues; Let's face every procedure with care and humility.

P9

IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO RETROGRADO DELLA CALCOLOSI RENALE. STUDIO CLINICO CON RIFERIMENTO AI PAZIENTI PLURIRECIDIVI

P. Beltrami, A. Iannetti, L. Ruggera, M. Iafrate, M. Arancio, F. Zattoni

Clinica Urologica - Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche - Università di Padova

Introduzione: La litiasi urinaria è una patologia che colpisce nell'arco della vita dal 5% al 15% della popolazione mondiale ed è caratterizzata dalla presenza di calcoli lungo il decorso delle vie urinarie. Circa la metà dei pazienti affetti da nefrolitiasi recidivano nel corso della loro vita. Ai nostri giorni il perfezionamento di tecniche mininvasive ha portato alla drastica diminuzione della chirurgia a cielo aperto. La litotriassia extracorporea ad onde d'urto (ESWL) è stata introdotta negli anni 80s come tecnica innovativa per la disintegrazione dei calcoli renoureterali. A causa delle limitazioni dell'approccio extracorporeo, sono recentemente state sviluppate altre tecniche mininvasive per il trattamento della calcolosi renale come la nefrolitotomia percutanea (PCNL) e la chirurgia retrograda intrarenale (RIRS). Non sono a tutt'oggi ben definiti i confini tra

le indicazioni alle singole metodiche, soprattutto in quei pazienti con calcolosi multirecidivante sottoposti a plurime sedute di bonifica nel corso della loro vita. Gli scopi dello studio sono stati i seguenti: valutare l'efficacia e la sicurezza della RIRS; studiarne il possibile utilizzo come terapia di prima linea per la calcolosi renale di medie dimensioni (10-20 mm) e inquadrare la RIRS nella gestione dei pazienti multirecidivanti.

Metodi: Lo studio è stato condotto su 45 pazienti consecutivi con calcolosi renale sottoposti a RIRS in un periodo di tempo di 6 mesi. Nella ricerca sono stati analizzati la sede, il numero, le dimensioni dei calcoli tramite le convenzionali tecniche di imaging, la loro composizione, le modalità di accesso e la differente strumentazione chirurgica necessaria al buon fine dell'intervento, il tipo e la durata della derivazione ureterale necessaria, la durata della degenza ospedaliera nonché le complicanze intra e post-operatorie del trattamento. L'esito dell'intervento è stato valutato con successivo follow-up a tre mesi mediante ecografia addominale completa e radiografia diretta dell'addome.

Risultati: Lo stone free rate dopo singolo trattamento e dopo retreatment è stato rispettivamente del 63% e dell'80%. I calcoli singoli sono trattati con maggior successo (83%) rispetto ai calcoli multipli (41%) ($p = 0,002$). Esito del trattamento e dimensioni dei calcoli sono correlati in modo statisticamente significativo ($p = 0,004$): la RIRS ha un alto tasso di successo per calcoli di diametro inferiore ai 20mm. Abbiamo registrato complicanze post-operatorie maggiori nel 7% dei trattamenti. Non abbiamo trovato nessuna differenza statisticamente significativa tra i pazienti con calcolosi recidiva e calcolosi di primo riscontro in termini di risultati e complicanze post-operatorie.

Conclusioni: La chirurgia retrograda intrarenale è una procedura efficace e sicura nel trattamento della calcolosi renale. Può essere una valida strategia di prima linea per il trattamento di calcoli renali dal diametro inferiore ai 20 mm. Può essere il trattamento ideale per pazienti con calcolosi multirecidiva a cui va consigliato uno stretto follow-up per poter diagnosticare e trattare i calcoli quando sono ancora di modeste dimensioni (< 20 mm).

Poster

Auditorium – 3 Marzo 2011 – 16.45-15.45

P1

TRE CM RAPPRESENTA IL DIAMETRO MASSIMO PER OTTIMIZZARE I RISULTATI DELLA RIRS IN CASO DI CALCOLI RENALI SUPERIORI AI 2 CM

G. Giusti, S. Zandegiacomo, G. Taverna, O. Maugeri, A. Benetti, G. Bonvissuto, R. Pescechera, V. Guarrella, P. Graziotti

Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

Introduzione: In accordo con le linee guida internazionali, il gold standard nel trattamento dei calcoli renali

che sono troppo grandi per essere trattato con SWL o sono resistenti ad essa è rappresentato dalla litotrixxia percutanea. Tuttavia, negli ultimi anni i miglioramenti nella tecnica unitamente ai recenti progressi nella miniaturizzazione dei moderni endoscopi flessibili hanno offerto nuove potenzialità all'approccio retrogrado ureteroscopico per i calcoli renali anche di dimensioni superiori ai 2 cm. Scopo di questo lavoro è cercare di identificare il diametro da non oltrepassare per ottenere risultati che possano essere competitivi con quelli offerti dalla moderna litotrixxia percutanea (PCNL).

Materiali e metodi: A partire da aprile 2006, 102 pazienti con calcolosi renale di diametro superiore ai 2 cm sono stati trattati con RIRS. I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi tenendo come cut off il diametro di 3 cm. **Risultati:** I risultati sono riportati nella tabella 1

Tabella 1.

	Ø > 2 cm < 3 cm	Ø Stone > 3 cm	P
N° di pazienti	70	32	
Età media (aa)	57.2 (36-78)	53.8 (24-76)	
BMI	28.0 ± 5.2 (17.8-58.6)	33.1 ± 4.1(22.2-46.6)	
Ø (cm)	2.5 ± 0.6 (2.0-2.8)	3.3 ± 0.4 (3-4.6)	
Tempo operatorio complessivo (min)	98.4 (41.0-121.7)	138.4 (61.0-191.5)	P = 0.021
Febbre > 38°	10 (14.2%)	7 (21.8%)	P = 0.05
Complicanze settiche	3 (4,2%)	4 (12.5%) (1 severo shock) settico	P < 0.001
Ospedalizzazione (gg)	1.6 ± 0.2 (1-6)	2,1 ± 0.3 (1-14)	p = 0.021
1ry Stone free rate	49/70 (70%)	17/32 (53,1%)	P < 0.001
2ry Stone free rate	57/70 (81,4%)	22/32 (68.7%)	P = 0.003
3ry Stone free rate	63/70 (90%) *	25/32 (78.1%)	P < 0.001
Procedure per calcolo	1.45	1.78	P < 0.05

* 2 pazienti hanno rifiutato un terzo look perché già asintomatici e liberi da idronefrosi nonostante la presenza di calcolosi caliciale inferiore residua.

Conclusioni: Come già riportato in Letteratura, è ragionevole considerare la RIRS una alternative alla PCNL in caso di calcolosi renale superiore ai 2 cm. Tuttavia, i nostri risultati evidenziano come il diametro pari a 3 cm sia da considerare il cut off oltre il quale la percentuale di complicanze settiche, di stone free e di procedure per calcolo venga significativamente compromessa.

Pertanto, al di sotto dei 3 cm di diametro, la RIRS offre risultati analoghi alla PCNL ma con una invasività assai più limitata. Per contro per diametri superiori, ad eccezione di quei casi in cui sono presenti controindicazioni quali diatesi emorragica, malformazioni scheletriche e elevato BMI, in caso di calcolosi renale maggiore di 3 cm la PCNL deve essere ancora considerata la procedura di prima scelta.

P2 TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLA LITIASI NEL BAMBINO: NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE

M. Garofalo¹, G. Montini², F. Pugliese², E. Brunocilla¹, R. Schiavina¹, G.C. Rocca¹, C.V. Pultrone¹, A. Baccos¹,

C.N. Bizzarri¹, G. Passaretti¹, M. Borghesi¹, A. Vici¹, M. Marini¹, A. Savini¹, G. Martorana¹

¹Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna;

²U.O.S. Nefrologia e dialisi pediatrica

Introduzione: I bambini rappresentano l'1% dei pazienti con urolitiasi e la quasi totalità di essi è soggetto a recidiva, è quindi obiettivo principale il raggiungimento della condizione di "stone free". Le possibilità terapeutiche sono le medesime dell'adulto (ESWL, ureterosopia, mini-perc, chirurgia open/conservativa, con l'ovvia differenza che nel bambino esse richiedono tutte l'anestesia generale). Negli ultimi venti anni però la gestione di questa patologia ha subito notevoli cambiamenti. Attualmente infatti la disponibilità di strumenti efficaci e l'esperienza acquisita nell'adulto hanno consentito in una percentuale elevata di casi di modificare l'indicazione al trattamento da chirurgico ad endourologico e quindi con ridotta invasività.

In particolare, la litotrixxia endoureterale rappresenta attualmente in centri selezionati il trattamento di prima scelta nella maggior parte delle patologie litiasiche del tratto urinario superiore.

Pazienti e metodi: Nel periodo compreso tra Marzo e Dicembre 2010 sono stati trattati presso la nostra Clinica 5 bambini (3 M e 2 F) di età compresa tra 7 e 13 aa (età media 8,8 aa). In due casi i calcoli erano localizzati in corrispondenza della pelvi renale, in un caso a livello del tratto intercalare tra gruppo caliceale inferiore e medio ed in ulteriori due casi in corrispondenza del tratto prevescicale dell'uretere. La dimensione massima dei calcoli era compresa tra 9 e 16 mm (media 11,4 mm).

In quattro casi abbiamo utilizzato l'ureteroscopio semirigido (Storz, Ch 8) mentre in un caso, per la sede del calcolo (tratto intercalare), è stato necessario ricorrere all'uso di un ureteroscopio flessibile 9 ch previo posizionamento di introduttore ureterale tipo navigator 11-13F. In un caso è stato possibile asportare il calcolo con pinza (localizzazione prevescicale) e nei restanti casi è stato utilizzato il laser (YAG holmio).

Risultati: In quattro pazienti abbiamo ottenuto la completa rimozione dei calcoli e solo in un bambino sono residuati alcuni frammenti millimetrici compatibili con l'espulsione spontanea. Si può pertanto affermare di aver ottenuto una stone free rate vicina al 100%.

I tempi operatori sono risultati compresi tra 25 e 140 minuti (tempo medio 102.4 min). La degenza è risultata compresa tra 1 e 2 giorni (degenza media 1.6 gg). In due casi su cinque abbiamo ritenuto opportuno lasciare in sede uno stent ureterale tipo "JJ" (dimensioni) rimosso 15 giorni dopo l'intervento.

Discussione: Questa casistica preliminare indica come, una volta acquisita una buona esperienza nell'adulto, l'ureterosopia semirigida e flessibile risultino efficaci, sicure e riproducibili anche nel bambino rappresentando spesso trattamento di prima scelta. I risultati ottenuti, in termini di stone free rate e complicazioni, sono sovrapponibili ai dati riportati in letteratura.

P3 RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS) ALONE OR PLUS ESWL IN THE TREATMENT OF PELVIC RENAL STONES: TEN YEARS EXPERIENCE IN A SINGLE STONE CENTER

F. De Marco¹, L. Grillenzoni¹, S. Di Nicola¹, D. Fini¹, P. Vicini¹, G.P. Ricciuti², U. Parente²

¹Stone Center INI Grottaferrata, Rome; ²Department of Urology "La Sapienza", Rome

Introduction: The renal stones with a diameter greater than 2 cm has been controversial, for a long time, on the ideal type of approach. The "regression" in terms of stone free rates of new -generation lithotripters model compared with the Dornier HM3, the excessive use of PCNL, with its undoubted morbidity, has led to an assessment of the possible use of a retrograde approach. With the availability of new ureteroscopes and the technological evolution of sources of energy, such as the Holmium laser, which allow to easily reach and fragment the stones, this retrograde approach is actually widely used. Therefore, the use of the retrograde approach can be associated with one or more ESWL just to obtain a complete treatment of these stones.

Materials and methods: From September 1999 to April 2010, we treated 207 patients with pelvic stones using a retrograde approach.

The size of the stones ranged between 10 and 30 mm in diameter.

In some cases, the retrograde lithotripsy was followed by an unplanned session of ESWL, while in other cases, extracorporeal shock wave lithotripsy was planned as a corollary to the retrograde approach.

The 15 and the 20 Watts Holmium:YAG Laser (Medi-Las Dornier) was employed, adapting the frequency rate and the energy level, to the different chemical composition of the stones.

The Dornier Lithotripters (HM3, DLS I and II) were used if needed.

The purpose of this study was to determine the safety and efficacy of the retrograde approach in the pelvic stones whereas the International Guidelines indicate the PCNL ± ESWL as the treatment of choice in this group of patients.

The stone free rate after one endoscopic procedure or after RIRS + ESWL, the percentage of endoscopic "second look", the operative time, the percentage of ancillary procedures, such as the positioning of a double J and the complication rates were evaluated. *Results:* In 143/207 patients (69.8%) a single retrograde procedure resulted effective, obtaining a complete clearance of the fragments while in 44/207 (21.2%) cases the patients were treated with RIRS + ESWL (29/44 one ESWL, 15/44 > 1 ESWL). Twenty patients needed of RIRS + ESWL + an endoscopic "second look" to remove fragments into the ureter within 3 months. Anyway, despite all these procedures the overall stone free rate at three months amounted to 192/207 (92.7%). The duration of endoscopic procedures was between 15 and 45

minutes. In all the patients a double J was inserted at the end of the endoscopic procedure. There were no significant reductions in blood hemoglobin levels in all but one patient who had a subcapsular hematoma. A case of perirenal urinoma was resolved spontaneously. Fever (> 38°C) as a sign of urinary tract infection was present in 11/207 (5.8%).

Conclusions: The retrograde intrarenal approach for the treatment of renal stones with a diameter between 10-30 mm, was, in our series, feasible, safe and effective. The need for ESWL at the end of treatment should not be considered a failure of the retrograde approach, but a corollary to complete the treatment.

The association between the RIRS and ESWL should be preferable to a second intrarenal procedure and the second look should be considered just to remove ureteral fragments.

The higher stone free rates, the lower reduction in the hemoglobin levels, the lower morbidity and the short operative time indicated the retrograde approach (RIRS) plus or not to ESWL as a first choice in the treatment of the patients with pelvic stone between 10 to 30 mm.

Is this the new "sandwich therapy"?

Lectures

1. Grasso M (1996) Experience with the Holmium laser as an endoscopic lithotrite. *Urology*, 48:199

2. Fabrizio MD (1998) Ureteroscopic management of intrarenal calculi. *J Urol* 159: 1139-1143

3. Bagley DH (1990) Removal of upper urinary tract calculi with flexible ureteropieloscopy. *Urology*, 35: 412

4. Das A (1997) Intrarenal use of the holmium laser. *Lasers Surg. Med.* 21: 1997

P4 TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLE NEOPLASIE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE DI BASSO GRADO: NOSTRA ESPERIENZA

P. Beltrami, B. Vezzù, L. Ruggera, F. Gigli, M. Iafrate, F. Zattoni

Clinica Urologica - Dipartimento di Scienze Oncologiche e Chirurgiche - Università di Padova

Introduzione: La nefroureterectomia rappresenta il "gold standard" per il trattamento delle neoplasie uroteliali dell'alta via escrettrice (UUC TCC). Ciononostante il notevole miglioramento tecnologico della strumentazione endourologica ha rivoluzionato la diagnosi, il trattamento ed il follow-up di questa particolare neoplasia. L'approccio endourologico retrogrado alla via escrettrice superiore consente di porre quasi sullo stesso piano le neoplasie uroteliali della vescica e quelle della via escrettrice superiore potendo quest'ultima essere raggiunta con discreta facilità dai sottili strumenti rigidi e flessibili attualmente a disposizione.

Il nostro studio riguarda l'analisi del follow-up dei pazienti trattati in maniera endourologica retrograda cercando di identificare quali possano essere i parametri che rendano possibile la selezione di soggetti

con doppio asse escretore, da trattare in maniera conservativa e valutare i modi e i tempi di un follow-up ottimale.

Metodi: Dal gennaio 2006 al dicembre 2010 abbiamo reclutato per un trattamento conservativo 25 pazienti (18 maschi e 7 femmine) di età media di 69 anni (DS \pm 9.8) affetti da neoplasia della via escrettrice superiore. In 8 casi l'indicazione è stata di necessità in quanto si trattava di pazienti con monorene chirurgico per precedente nefroureterectomia per neoplasia uroteliale (7 casi) o per nefrectomia radicale per neoplasia renale. In 2 pazienti la neoplasia della via escrettrice si è presentata sincrona bilateralmente, in 5 casi gravi comorbilità sconsigliavano un intervento chirurgico radicale. Nei rimanenti 10 pazienti l'indicazione è stata d'elezione in presenza di un rene controlaterale sano. Una concomitante neoplasia vescicale è stata riscontrata in 9/25 pazienti (36%).

Risultati: Durante il periodo di osservazione (60 mesi) i 25 pazienti reclutati sono stati sottoposti a 86 uretroscopie e 98 ureterorenoscopie (URS). Nel corso delle 98 URS in 63 casi (64.3%) è stato riscontrato UUC TCC, in 6 casi bilateralmente e in 8 casi multifocale. Neoplasia vescicale sincrona è stata rilevata in 20 procedure endoscopiche, mentre in 13 casi era presente neoplasia vescicale senza neoplasia della via escrettrice superiore.

Le altre 53 uretroscopie (61.6%) sono risultate negative. Sono state registrate complicanze in 8 procedure (8.2% dei casi): febbre $>$ 38°C in 3 casi, stenosi ureterale trattata con incisione laser durante l'URS successiva in 4 pazienti e una stenosi di un collettore caliceale trattata con dilatazione pneumatica in 1 caso. Al follow-up mediano di 19 mesi (IQR: 12-25 mesi) la sopravvivenza globale è del 100%. Durante tale periodo 17/25 pazienti (68%) dei casi hanno presentato recidiva di TCC UUT. La differenza delle mediane del tempo di recidiva nel gruppo trattato per necessità ed in quello trattato in elezione non è risultata significativamente diversa ($p = NS$).

Conclusioni: Il trattamento conservativo può essere considerato una valida alternativa alla nefroureterectomia in casi selezionati. Nonostante gli alti tassi di recidiva il nostro ed altri studi hanno dimostrato che non vi sono differenze sulla sopravvivenza cancro specifica tra approccio endourologico e approccio chirurgico. Tuttavia è raccomandato un follow-up molto stretto. Nella nostra esperienza riteniamo indicato ripetere l'ureterorenoscopia a intervalli di 3-6 mesi dal trattamento iniziale per il primo anno, preceduta da citologie urinarie mensili ed imaging ecografico, mentre TC e Urografia vengono indicate se necessari.

Venerdì 4 Marzo 2011

Video

Sala Trilussa – 4 Marzo 2011 – 16.00-16.50

V19

BLADDER NECK SPARING IN PAZIENTI CON LOBO MEDIO PROSTATICO IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarcia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo

Università degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

Introduzione: In questo video descriviamo la tecnica di isolamento del collo vescicale dalla base prostatica in paziente con diagnosi ecografica di voluminoso lobo medio prostatico da IPB, durante la prostatectomia radicale laparoscopica preperitoneale.

Metodi: L'intervento proposto è stato eseguito su un paziente con stadio clinico T2a, Gleason 3+3 con interessamento del 20% dei frustoli, PSA 15,2 ng/ml. Abbiamo utilizzato 5 trocar di cui 1 ottico e 4 operativi (2 da 10 mm e 2 da 5 mm), introdotti con tecnica open-laparoscopy preperitoneale e scollamento dito guidato. Dopo induzione dello pneumoperitoneo e linfadenectomia ilio-otturatoria bilaterale, si è proceduto alla sezione del collo vescicale per via smussa dopo guadagno della commessura vescicolo-detrusoriale sinistra e successivamente per via posteriore controlateralmente. In questo modo l'esposizione del lobo medio prostatico è risultata più agevole ed ha permesso la sezione del collo vescicale senza alterazione della forma e della dimensione dello stesso. Dopo esposizione delle vescicole seminali, sono stati sezionati i deferenti ed esposti i peduncoli vascolari laterali della prostata che sono stati sezionati. L'apice prostatico è stato isolato per via smussa ed inciso a freddo con contestuale esposizione dell'uretra, anch'essa incisa a freddo. È stata, infine, confezionata una anastomosi vescico-uretrale con tecnica continua su guida di Beniquet.

Risultati: La durata dell'intervento è stata di 170 minuti. Le perdite ematiche sono risultate di circa 300 ml. L'esame istologico ha deposto per un adenocarcinoma prostatico Gleason 3+3 pT2cN0R-. Il paziente è stato dimesso in quarta giornata P.O. dopo rimozione del drenaggio pelvico. Il catetere è stato rimosso in ottava giornata P.O. Al controllo a 3 mesi il paziente risulta continente.

Conclusioni: L'isolamento del collo vescicale per via smussa a partire dalla commessura vescicolo-detrusoriale ha permesso la bladder neck sparing, anche in presenza di voluminoso lobo medio prostatico, senza differenza significativa in termini di sanguinamento e durata della procedura chirurgica. Pertanto il lobo medio da ipertrofia prostatica non rappresenterebbe più una limitazione alla tecnica operatoria laparoscopica, neanche nelle fasi iniziali della curva di apprendimento.

V20**ISOLAMENTO DELLA FASCIA ENDOPELVICA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: NOTE DI TECNICA CHIRURGICA**

V. Pagliarulo, I. Martines, M. Scarcia, G. De Rienzo, S. Alba, A. Pagliarulo

Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

Introduzione: In questo video descriviamo la tecnica di isolamento della fascia endopelvica durante la prostatectomia radicale laparoscopica preperitoneale.

Metodi: L'intervento proposto è stato eseguito su un paziente con stadio clinico T2a, Gleason 3+4 con interessamento del 30% dei frustoli, PSA 8,2 ng/ml. Abbiamo utilizzato 5 trocar di cui 1 ottico e 4 operativi (2 da 10 mm e 2 da 5 mm), introdotti con tecnica open-laparoscopy preperitoneale e scollamento digito guidato. Dopo induzione dello pneumoperitoneo e guadagno dello spazio del Retzius, è stata eseguita una linfadenectomia ilio-otturatoria bilaterale.

Si è proceduto, quindi, all'isolamento della fascia endopelvica per via smussa in senso medio-laterale ed esposizione dei ligamenti pubo-prostatici che non sono stati resecati. L'esposizione del complesso venoso dorsale del pene e dell'apice prostatico è risultata quindi più agevole.

Successivamente, con tecnica anterograda, è stato isolato il collo vescicale e sezionato dalla base prostatica; quindi, dopo esposizione delle vescicole seminali, sono stati sezionati i deferenti ed esposti i peduncoli vascolari laterali della prostata che, previa applicazione di clips, sono stati sezionati con tecnica nerve-sparing intrafasciale. L'apice prostatico, esposto nelle fasi iniziali, è stato reisolato per via smussa ed inciso a freddo con contestuale esposizione dell'uretra, anch'essa incisa a freddo. È stata, infine, confezionata una anastomosi vescico-uretrale con tecnica continua su guida di Beniquet.

Risultati: La durata dell'intervento è stata di 150 minuti. Le perdite ematiche sono risultate di circa 200 ml. L'esame istologico ha deposto per un adenocarcinoma prostatico Gleason 4+3 pT2cN0R-. Il paziente è stato dimesso in quarta giornata P.O. dopo rimozione del drenaggio pelvico.

Il catetere è stato rimosso in ottava giornata P.O. Al controllo a 6 mesi la continenza urinaria è stata completamente riacquisita, mentre è in corso riabilitazione funzionale peniena con PGE.

Conclusioni: L'isolamento precoce della fascia endopelvica ha permesso, a nostro parere, una migliore esposizione dell'apice prostatico e la legatura immediata del complesso venoso del Santorini ha ridotto l'entità del sanguinamento intraoperatorio.

V21**KNOTLESS THREE-LAYER ANASTOMOSIS DURING RADICAL ROBOTIC PROSTATECTOMY**

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Ancechi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome, Italy

Completion of the vesico-urethral anastomosis is a critical step of robotic radical prostatectomy. This video highlights a novel technique of three-layer knotless anastomosis using a barbed and looped suture.

This was a prospective single surgeon study of 21 consecutive patients who underwent three-layer anastomotic technique using a polyglyconate barbed suture. The first layer of the anastomosis approximates Denonvilliers fascia to the posterior rhabdosphincter; the second layer approximates the posterior bladder neck to the posterior rhabdosphincter; the third layer is precise urethral mucosa to bladder mucosa adaptation. We evaluated anastomosis time, the rate of urinary leaks and catheterization time. Furthermore, anastomotic strictures and urinary retention rates were examined at six months follow up.

Mean anastomosis time was 13 minutes (range 10 to 21 minutes). There was no anastomotic extravasation. Median catheterization time was 6 days. At 6 months, we did not observe any anastomotic stricture and/or urinary retention.

The knotless three-layer technique provides a stable and tension-free anastomosis. The barbed and looped suture maintains running suture line tension and optimizes mucosa-to-mucosa reapproximation and completion of a water-tight closure. Larger experience and further follow-up will determine any benefits of this technique on anastomotic urinary leak and stricture rates.

V22**LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY - A NEW CONCEPT FOR IMPROVEMENT OF EARLY CONTINENCE**

G. Pini¹, Ali Serdar Goezen¹, J. Klein¹, M. Hruza¹, M. Schulze¹, D. Teber², J. Rassweiler^{1, 2}

¹SLK Kliniken, Urology Department, Heilbronn, Germany; ²University of Heidelberg, Urology Department, Heidelberg, Germany

Introduction and objectives: There have been several proposals to modify the well standardize technique of open and laparoscopic radical prostatectomy to improve early continence. Based on recent anatomical studies, this video shows a new concept of dissection including the preservation of the puboprostatic collar and the levator fascia.

Methods: Based on the anatomical studies of Walsh, the fascias surrounding the prostate are the endopelvic fascia, the prostatic fascia, the levator fascia and Denonvilliers' fascia. Whereas in the original technique, both endopelvic and levator fascia were incised followed by secondary incision of the levator fascia covering the prostate, the new technique represent a blunt dissection between levator and prostatic fascia aiming to preserve the puboprostatic collar. For this purpose, the dorsal vein complex has to be divided

over the mid-part of the prostate. Thereafter, the apex and prostatico-urethral junction is dissected. The entire levator muscle lateral to the sphincter apparatus is kept intact.

Results: Based on Urine Loss Ratio (URL) following removal of the catheter, the rate of minor leakage (URL < 2%) could be increased from 52% to 92%, when using the new technique. In the meantime we could reproduce the same approach with the da Vinci device.
Conclusions: Preservation of the puboprostatic collar and the levator fascia has a significant impact on early continence after laparoscopic and also robotic radical prostatectomy.

Source of Funding: Karl Storz Germany

V23

ROBOTIC RADICAL PROSTATECTOMY: A STEP BY STEP APPROACH

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome, Italy

Aim of this study is to describe operative details of robotic radical prostatectomy and to evaluate perioperative and short-term functional and oncological outcome of the first 112 cases with a minimum follow up of 6 months.

One-hundred and twelve consecutive patients underwent robotic radical prostatectomy over a 24-month period. Two surgeons performed all the procedures. The senior surgeon proctored the junior surgeon after the first 50 cases utilizing a step-by-step approach. The first 20 procedures were performed via a five port extraperitoneal approach, whereas the remaining were performed via a six port transperitoneal approach. Perioperative data and functional and pathological results were prospectively collected. Perioperative outcome measures included: operative time, estimated blood loss, transfusion rate, perioperative complication rate according to modified Clavien system, median hospital stay, mean catheterization time. Pathologic outcome measures encompassed positive surgical margin rate and biochemical recurrence free survival (PSA < 0.2). Perioperative and pathologic outcomes were also analyzed using prostate weight as a continuous variable by multivariate regression. Return of continence was evaluated at 6 months (continent 0 pads; incontinent 1 or more pads). Return of potency was evaluated at 6 months with IIEF-5 scores in 54 patients who underwent a nerve-sparing procedure (mean age 61 years; range 47-67).

Mean age was 64.2 years. Mean body mass index (BMI) was 26.6. Median preoperative PSA level was 7.6 ng/ml. Mean operative time was 168 minutes. Mean estimated blood loss was 180 cc. Blood transfusion was needed in 3 patients. Median hospital stay was 4 days, mean catheterization time was 8.4 days. Clavien Grade III complication rate was 2.6 % (two rectal injuries, one anastomotic stricture). Positive surgical margin

rate was 13.8 % for pT2 disease and 25 % for pT3 disease. Mean prostate weight was 53 g. No correlation between prostate weight, perioperative outcomes and positive margins was found at the multivariate regression analysis ($P > 0,5$). Overall biochemical recurrence free survival is 95% at mean follow up of 8.9 months. Complete continence (pad free) at 6 months was achieved in 87.5 % of patients. At six months 56% of 54 evaluated patients with nerve-sparing were potent (IIEF-5 > 21) with the use of oral medications.

Robotic radical prostatectomy has a low perioperative complication rate and acceptable pathologic outcomes even during proctoring. Two surgeons accomplished their learning curve within 100 cases without posing outcomes at risk. Perioperative and pathologic outcomes seem to be unrelated to prostate weight. After this initial experience, robotic radical prostatectomy has replaced at our institution our previous standards of open and laparoscopic radical prostatectomy.

V24

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA: ESPERIENZA AZIENDA OSPEDALE REGIONALE SAN CARLO POTENZA

V. Lorusso, S. Lioi, F. D'Amico

Struttura Semplice Laparoscopia Urologica

Introduzione: La prostatectomia radicale laparoscopica rappresenta il trattamento elettivo nei pazienti con carcinoma prostatico localizzato.

Metodi: La prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale con 4 accessi è stata utilizzata in 30 pazienti e in 1 paziente si è utilizzata la tecnica sils-età dei pazienti 54-75 anni- asa 1 20-asa 2 15-asa 3 5-gleason bioptico 5-7 PSA 6-20.

Risultati: margini positivi 7/31; continenza 28/31; potenza 20/31.

Conclusioni: La prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale è un tecnica fattibile e riproducibile in pazienti affetti da carcinoma prostatico e con punteggio ASA più elevato ottenendo buoni risultati oncologici, sulla continenza e potenza sessuale.

Video

Auditorium – 4 Marzo 2011 – 16.10-17.10

V13

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI NEOPLASIA UROTELIALE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE IN MONORENE CHIRURGICO CON STORIA DI CARCINOMA UROTELIALE MULTIFOCAL

M. Mari, F. Mangione, S. Guercio, A. Ambu, F. Vacca, S. Canessa, M. Bellina

U.O.C. di Urologia, Ospedale degli Infermi di Rivoli, Torino

Introduzione: Le neoplasie uroteliali dell'alta via escrettrice rappresentano circa il 5% dei tumori uroteliali. Nel 20-30% dei casi è presente una storia di neoplasia

vescicale ed un tumore contro laterale sincrono è stato riscontrato fino al 2.5% dei casi. Inoltre il carcinoma transizionale dell'alta via urinaria è più frequente in pazienti trattati per neoplasia vescicale, probabilmente come risultato di ripetute resezioni vescicali e reflusso vescico ureterale. La nefroureterectomia è il trattamento di scelta quando la neoplasia dell'alta via escretrice non è suscettibile di trattamento endoscopico o di chirurgia conservativa.

In pazienti con malattia bilaterale, monorene o insufficienza renale questo approccio porta a dialisi ed in quelli ad alto rischio per età e condizioni generali sono richiesti trattamenti alternativi.

Descrizione del caso: Paziente di 81 anni di sesso maschile. In anamnesi cardiopatia ischemica severa con FE ridotta per pregresso IMA (1995 PTCA) in terapia con cardioasa e vasodilatatori, fibrillazione atriale in TAO, stenosi carotide destra, BPCO, IRC, fumatore. Pregresso carcinoma vescicale superficiale seguito in altra sede (T1G2) giunge alla nostra attenzione all'inizio del 2008 per ematuria e sospetta recidiva vescicale. Alla cistoscopia lesione affiorante dal meato di sinistra non eradicabile endoscopicamente alla contestuale ureterosopia; biopsia endoureterale: neoplasia uroteliale TaG2. Eseguita nefroureterectomia sinistra: pTaG1N0. Successivi controlli negativi. Alla TC di luglio 2009 due neoformazioni solide del diametro di circa 7 mm a carico della pelvi renale e dell'uretere lombare, creatininemia 2.27 mg/dl, citologia urinaria: flogosi. A settembre 2009 cistoscopia + biopsia di tre lesioni vescicali (istologico: iperplasia papillare), ureterosopia + biopsia di lesione dell'uretere intramurale, lombare e della pelvi renale + ablazione laser delle lesioni ureterali e pieliche (es. istologico: TaG1). Gennaio 2010 TC addome negativa per recidive, citologia urinaria negativa. Fibrocistoscopia (aprile 2010): negativa per recidive neoplastiche. Ad agosto 2010 è stato sottoposto a cistoscopia negativa per recidive vescicali; ureterosopia con assenza di lesioni ureterali. A livello della pelvi renale e di un calice superiore, riscontro di 3 neoformazioni recidive di circa 0,5 cm. a villi tozzi. Eseguita ablazione laser delle recidive con ureterosocopia flessibile.

In questo video presentiamo il controllo di tutta la via escretrice residua eseguita a inizio gennaio 2011. Si procedeva dapprima a cistoscopia (negativa per recidive) e a posizionamento di due fili-guida. Su filo-guida idrofilico si introduceva uretero-renoscopia flessibile e, dopo rimozione del filo guida idrofilico e contrastografia, si procedeva ad accurata pielocalicoscopia. Si evidenziava una piccola neoformazione a villi esili a livello dell'imbocco del calice medio ed un'altra più estesa e di aspetto superficiale nella pelvi. Biopsia delle due lesioni e accurata ablazione con laser. La successiva esplorazione dell'uretere risultava negativa per recidive o aree sospette. Il decorso post-operatorio è stato regolare. Creatinina alla dimissione 1,8 mg/dl.

Discussione: In caso di tumore dell'alta via escretrice in paziente monorene il trattamento endoscopico con

ablazione laser, in casi selezionati e con stretto follow-up, può essere un'alternativa alla nefroureterectomia e la conseguente dialisi.

Video

Sala Trilussa – 4 Marzo 2011 – 16.50-18.00

V25

BARBED SUTURE AND TOTALLY ABSORBABLE RENORRAPHY IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: INCREASING SAFETY AND DECREASING WARM ISCHAEMIA TIME

G. Pini, A. Gözen, M. Schulze, J. Rassweiler

SLK Kliniken, Heilbronn, Germany - University of Heidelberg, Germany

Introduction and objectives: Since 1999 we have performed 116 laparoscopic partial nephrectomy (LPN) for management of small renal masses. Post-operative renal hemorrhage is a major cause of morbidity and warm ischemia time (WIT) has a significant impact on overall renal function. In order to decrease these 2 parameters the techniques employed have evolved over the past years.

We describe the technique actually adopted in our clinic based on use of a barbed suture and a totally absorbable renorrhaphy.

Materials and methods: We describe evolution of LPN nephrorraphy technique.

Tumor resection: Intraoperative ultrasound; circumferential scoring of tumor on kidney surface with bipolar electrocautery (sparing 5mm of healthy renal parenchyma), resection with cold scissors.

Renorrhaphy:

Old Style: Bolster of human fibrinogen TachoSil® (Nycomed, Marlow, UK) on the bed of resection; braided suture (SH needle 26mm 1/2c VICRYL P 3/0); the tail is secured with a simple knot, one Lapra-Ty II™ (Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH, US) and an absorbable square patch (8x8mm) of Soft PGA Felt (Alpha Research GmbH, Switzerland). The needle is inserted 1 cm away from resection edge; as the needle exits the contralateral edge the suture line is secured with Titanium clips and Hem-o-Lock (Weck Closure Systems, Research Triangle Park, NC, USA). From 08/2010 to 10/2010 we have performed 10 partial nephrectomies changing our classic method of renorrhaphy.

New style: Fifteen cm long barbed suture 3-0 V-Lock™ (V-20 1/2 c, 26mm) 180 (Covidien™, Norwalk, CT, USA) composed by an absorbable (Polyglyconate) material.

The tail is secured as before. The needle is inserted as before; a deep running suture of the bed of resection controls calyceal and vessel damage. No clips are placed on the bed of resection. As the needle exits the contralateral edge at end of suture this is secured with Lapra-Ty. No use of Titanium or Hem-o-lock clips.

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 nephrorraphy and B, 10 patients with the new style nephrorraphy. *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 rivascolarizzazione 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 1- 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

di parete in sede sottocostale sulla linea ascellare anteriore. L'elevatore viene ancorato ad un braccio elettrico, solidale con il letto operatorio che alza il "laparolift" ed assicura una buona visione del campo operatorio. L'incisione necessaria per introdurre l'elevatore di parete è pari a 10-12 mm.

La via d'aggressione al rene con tecnica gas-less è rigorosamente trans-peritoneale.

Dopo aver scollato la doccia parieto-colica di destra evidenziamo il retro peritoneo con la fascia di Gerota. Esponiamo la vena renale e l'arteria, ambedue sino alla loro congiunzione con la cava e l'aorta. Proseguiamo l'isolamento dell'uretere sino a dove c'è l'indicazione. Clampiamo l'arteria renale con 2 Acuclips al titanio e la vena renale viene sezionata previo posizionamento di 3 Emolpck.

Completamente liberato l'organo viene introdotto nel sacchetto ed estratto dall'addome.

Risultati: Da alcuni anni applichiamo la tecnica gas-less. In un primo momento utilizzavamo tale tecnica solo nei casi dove il pneumoperitoneo era controindicato, adesso estendiamo la tecnica anche ad altre laparoscopie dove la pressione intraddominale di 12 mmHg sarebbe ben tollerata.

I vantaggi per il paziente sono assolutamente evidenti e sono ridotti gli effetti collaterali insiti nella tecnica laparoscopica classica. Il tempo dell'intervento si è allungato di pochi minuti, giusto il periodo necessario ad applicare il laparolift.

Conclusioni: Con la tecnica gasless si associano i vantaggi della laparoscopica con i vantaggi della chirurgia aperta senza associarne gli svantaggi.

Bisogna, per contro, sottolineare che la procedura Gasless secondo noi, in un primo momento, è tecnicamente più difficile.

V28

LAPARO-ASSISTED KIDNEY ENUCLEORESECTION: A SAFE APPROACH

M. Oderda, L. Repetto, A. Gurioli, A. Greco, S. Giona, G. Berta, P. Gontero

Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italy

Introduction: Laparoscopic surgery is becoming the preferred approach for radical nephrectomy. The current evidence supports the utility to carry out nephron-sparing surgery for kidney cancer even for T1b lesions, in order to preserve long-term kidney function that has been shown to have a positive impact on survival. However, up-to-date laparoscopic nephron-sparing surgery remains a challenging procedure with a high complication rate and the need for prolonged ischemia time. For these reasons, the advent of laparoscopy in the management of kidney cancer has witnessed an increase in the indications for radical surgery at the expense of partial nephrectomy.

In the current video, we propose a combined laparoscopic and open approach for nephron sparing surgery that utilizes the advantages of both techniques to achieve a

safe oncological procedure while reducing the degree of invasiveness.

Methods and Results: We present three cases of our laparo-assisted open nephron-sparing surgery, where nephron-sparing surgery is carried out via a combined laparoscopic and open surgical approach. While complete mobilization of the kidney, isolation of its vascular pedicle with passage of a vessel loop around the artery and identification of the tumour mass are achieved through a mini-invasive laparoscopic approach, the excision of the kidney mass and haemostasis are carried out with conventional open surgery via a small incision, usually under the 12th rib. The laparoscopic isolation of the kidney with placement of a vessel loop around the renal pedicle allowed to perform only a small service incision: in our series flank incision always measured less than 12 cm even in moderately overweighted patients. On the other hand, the open approach allowed low warm ischemia time (always below 25 minutes in our series) and a safe haemostasis. Operatory course was uneventful in all patients, who were discharged within 5 days from the surgery.

Conclusions: Laparo-assisted kidney enucleoresection represents a safe approach in the treatment of small renal masses for surgeons not yet confident in carrying out a pure laparoscopic enucleoresection. The advantages of this technique over conventional open nephron-sparing surgery for the patient's side rely on the ability to carry out even complex procedures through a relatively small incision without increasing the ischemia time. At the same time, the laparoscopic surgeon can carry on its learning curve in a safer manner without the need to give up nephron-sparing surgery even in challenging cases.

V29

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA TRANSMESOCOLICA

S. Zaramella, R. Tarabuzzi, F. Varvello, M. Zacchero, A. Volpe, C. Terrone

Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione: Descriviamo il caso di una paziente di 16 anni, con storia di doppio distretto escretore completo sinistro, distretto superiore escluso con ureterocele ectopico refluyente e giuntopatia del distretto inferiore. La paziente era stata sottoposta nei primi mesi di vita a nefrectomia del distretto superiore e successivamente a pieloplastica del distretto inferiore. La paziente, soggetta a pielonefriti recidivanti, aveva sviluppato un ascesso renale. L'applicazione di uno stent ureterale e la terapia medica non si erano mostrati sufficienti a risolvere il quadro. Il contributo funzionale dell'emirene sinistro si era assestato al 15%.

Metodi: L'endoscopia preliminare conferma la presenza di moncone ureterale residuo con sbocco caudale al meato ortotopico. Considerati i precedenti interventi chirurgici si è preferito eseguire un approccio trans peritoneale

con accesso alla loggia renale per via transmesocolica. Il mesocolon è stato inciso in direzione longitudinale ponendo attenzione ad evitare i vasi colici maggiori. Identificato l'uretere si è proceduto all'isolamento del rene partendo dal polo inferiore. Il margine laterale del rene, verso il polo superiore, presentava tenaci aderenze, esiti della pregressa chirurgia. L'arteria e la vena renale sono state clampate con Hem-o-lok e sezionate. L'uretere lombare è stato isolato, clampato e sezionato subito al di sopra del suo incrocio con i vasi iliaci. La breccia mesocolica è stata ricostruita mediante sutura continua. Al termine è stato inserito un drenaggio.

Risultati: La procedura non ha presentato complicanze peri e post operatorie. La paziente è stata dimessa in quinta giornata. Non sono stati più registrati episodi di IVU e la funzione renale non ha subito variazioni.

Conclusioni: In casi selezionati con pregressa chirurgia della loggia renale ed indicazione alla nefrectomia l'approccio laparoscopico transmesocolico può essere utilizzato per facilitare l'isolamento del rene e la sua asportazione.

V30

RESEZIONE RENALE POLARE SUPERIORE TRANSPERITONEALE PER DOPPIA NEOPLASIA

V. Pagliarulo¹, A. Filoni², I. Martines¹, A. Pagliarulo¹

¹Università degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia; ²U.O. Urologia 2 - Presidio Ospedaliero "Vito Fazzi", Lecce

Introduzione: Presentiamo il video di una resezione del polo superiore del rene sx in un paziente a cui è stata posta diagnosi di una doppia neoplasia contigua del diametro di circa 1,5 cm. Lo scopo del lavoro è valutare la fattibilità della tecnica già nelle prime fasi della learning curve.

Metodi: La Tc Addome-pelvi mostra le due neoplasie contigue del polo superiore del rene sx, in parte esofitiche che non infiltrano la via urinaria. Si è deciso di eseguire la resezione renale polare superiore con accesso transperitoneale. Pre-operatoriamente è stato applicato un catetere ureterale 5 fr, utilizzato intraoperatoriamente per iniezione di blu di metilene. Con il paziente in decubito laterale dx si posiziona un trocar ottico da 12 mm con tecnica open-laparoscopy e altri 3 trocars in visione di cui uno da 12 mm operativo ed altri due da 5 millimetri. Dopo aver indotto lo pneumoperitoneo si procede all'abbattimento dell'angolo colico sx e all'isolamento dell'ilo renale, quindi vengono repertati i vasi renali e su di essi viene applicato un vessel loop reperto all'esterno. Dopo apertura della fascia di Gerota, si espone il polo superiore del rene e con esso, la doppia neoplasia. Si procede al clampaggio dell'arteria renale tramite il vessel loop e quindi alla resezione del polo superiore del rene. Vengono applicati punti monofilamento 3/0 sulla midollare renale precedentemente preparati e, dopo iniezione di blu di metilene, si completa la raffia della via urinaria superiore. Si applicano quindi punti di emostasi sulla corticale renale previa applica-

zione di garze emostatiche. Al declampaggio dell'arteria renale il letto chirurgico pare non sanguinante. Viene quindi posizionato drenaggio tubulare 18 fr.

Risultati: Il tempo operatorio è stato di 170 minuti ed il tempo di ischemia è stato di 14 minuti. Non vi sono state complicanze intra o post operatorie. Il paziente è stato dimesso in quinta giornata dopo rimozione del drenaggio. L'esame istologico estemporaneo del pezzo chirurgico ha mostrato assenza di margini chirurgici positivi, mentre il definitivo depone per una doppia neoplasia renale di 1,5 cm pT1aN0.

Conclusioni: La tecnica di resezione polare renale laparoscopica si è dimostrata eseguibile in modo agevole fin dalle prime fasi della learning curve, dopo adeguata preparazione su pelvic trainer e dopo esecuzione di almeno 50 casi di nefrectomia radicale laparoscopica. L'approccio transperitoneale si è dimostrato un valido aiuto alla tecnica rendendola più agevole specie nella fase emostatica.

V31

ROBOTIC PARTIAL NEPHRECTOMY: HOW TO REDUCE ISCHEMIA TIME

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Ance-schi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome, Italy

Prevention of ischemic renal damage is of utmost importance during partial nephrectomy. Despite the robotic approach, suturing can prolong ischemia time. We describe our robotic partial nephrectomy technique, which allows to minimize ischemia time.

We isolate the renal artery, which is tractioned with a loop. We then completely mobilize the kidney to rotate it and facilitate visualization of the tumor. This is particularly important in cases of posteriorly located tumors for later resection and suturing. Before resection we introduce all the necessary tools, including sponges and the sutures for renorrhaphy. All sutures are first prepared on the back table with a Hem-o-lok clip anchored at one of its ends. The renal artery is clamped and the tumor excised.

The first layer of sutures encompasses the hemostatic inner stitches: the sutures are placed through the renal capsule and the clip anchored at one end allows traction on the parenchyma; as the suture is placed the assistant places a second Hem-o-lok clip on the loose end; this latter clip slides smoothly and permits to apply tension, tighten the renorrhaphy and obtain hemostasis. At this point, the artery is declamped. Tabotamp is placed on the renal defect before tightening the sutures for the renorrhaphy by using the sliding clip technique.

Twenty-one patients (mean age: 63 years) were submitted to robotic partial nephrectomy with this technique (seventeen renal cell carcinoma, three oncocytoma, one angiomyolipoma). Mean operative time was 145 minutes. Mean estimated blood loss was 150 cc. Mean tumor size was 3 cm and mean overall warm

ischemia time 15 minutes. We did not observe perioperative complications.

In comparison to our previous standard of open partial nephrectomy, the introduction of robotic partial nephrectomy with a sliding-clip renorrhaphy appears to contribute to significantly shorter overall operative times, less blood loss and, perhaps most critically, to shorter warm ischemia times.

V32

SURRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA CON L'USO DEL DEVICE ENSEAL

T. Brancato¹, R. D'Ascenzo¹, P. Nupieri¹, G. Orsolini¹, G. Paulis¹, R. Alvaro²

¹UOC Urologia; Ospedale Regina Apostolorum Albano Laziale; ²Università Tor Vergata, Roma

Introduzione: La surrenalectomia trova oggi la sua indicazione elettiva laparoscopica anche per lesioni superiori a 5 cm e per neoformazioni secernenti catecolamine. L'approccio transperitoneale in decubito laterale è tra i più utilizzati; esso permette l'asportazione di masse surrenaliche anche di grosse dimensioni. Riportiamo la nostra breve esperienza descrivendo anche gli ultimi casi con l'utilizzo del nuovo dispositivo di chiusura tissutale-bipolare avanzata Enseal Trio (Johnson & Johnson Medical SpA).

Materiali e metodi: Dal giugno 2009 al dicembre 2010 abbiamo sottoposto ad intervento di surrenalectomia per neoplasia 9 pazienti (4M; 5F) di età media 51,9 anni). Tutti i pazienti sono stati operati per via transperitoneale in decubito laterale con l'utilizzo di 3 o 4 trocar. In 5 casi si trattava di tumefazione del surrene sin ed in 4 casi del surrene dx. Nei primi 6 casi (Gruppo A) abbiamo utilizzato un manipolo Ultracision negli ultimi tre (Gruppo B) il nuovo dispositivo Enseal Trio ambedue della Johnson & Johnson Medical SpA.

Risultati: Le perdite ematiche sono state complessivamente di circa 160 ml, ed il tempo operatorio di 185 minuti. Non si sono osservate differenze significative tra i due gruppi per l'età (A = 53,3; B = 49,0 p = 0.33) il tempo operatorio (A = 199 min; B = 155 min p = 0.17) e le dimensioni della neoplasia (A = 3,2; B = 3,1 p = 0.46). Le perdite ematiche sono state complessivamente contenute (158 ml in media) con una differenza debolmente significativa per i pazienti operati con Enseal (A = 169,1; B = 136,60 p = 0.03). la degenza media è stata di 4 giorni senza differenze tra i due gruppi. Non è mai stato applicato drenaggio e non si sono osservate complicazioni.

Conclusioni: La nostra esperienza conferma che la surrenalectomia laparoscopica con approccio transperitoneale in decubito laterale è una tecnica sicura ed efficace per neoplasie surrenaliche inferiori a 6 cm. L'utilizzo di Enseal permette una migliore e più veloce dissezione dei piani in assoluta sicurezza per le strutture adiacenti permettendo la riduzione dei tempi di intervento e della degenza postoperatoria.

V33

LESIONE DELL'ARTERIA RENALE IN CORSO DI NEFRECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

G. Lotrecchiano, E. De Fortuna, A. Delle Cave, A. Quaranta, V. Tripodi, F. Attanasi, L. Salzano

Dipartimento di Scienza Chirurgiche - Unità Operativa Complessa di Urologia - AORN "G. Rummo", Benevento

La nefrectomia radicale vlp è un intervento ben codificato eseguito con procedure standard. Seppur rare, le complicanze vascolari di tale intervento possono assumere rapidamente un carattere drammatico, tale da rendere necessario convertire la procedura a cielo aperto. Il corretto isolamento degli elementi dell'ilo vascolare rappresenta un momento fondamentale dell'intera procedura.

Descriviamo il caso di una importante lesione dell'arteria renale nel corso di nefrectomia vlp radicale sinistra. L'imponenza del sanguinamento non ci ha consentito la riparazione della lesione per via laparoscopica ma ci ha costretti alla conversione a cielo aperto.

Le lesioni vascolari maggiori in corso di laparoscopia sono rare, stimate nell'ordine dello 0,5%.

Le cause sono molteplici:

- Malfunzionamento degli strumenti;
- Manovre errate durante l'isolamento degli elementi vascolari;
- Dislocamento o malposizionamento delle clips;
- Perdita dell'orientamento nel campo operatorio.

Dal febbraio 2002 all'ottobre 2010 abbiamo eseguito 240 nefrectomie vlp.

- Nel 58% dei casi abbiamo utilizzato la via retroperitoneale;
- La durata media dell'intervento è stata di 160 min.;
- Le complicanze intraoperatorie sono state: lesione arteria renale, lacerazione peritoneale, emorragia, rottura dell'endobag;
- In un solo caso si è reso necessario convertire la procedura.

Video

Sala Belli - 4 Marzo 2011 - 17.00-18.00

V17

POLYSCOPE TM, IL PRIMO URETERORENOSCOPIO FLESSIBILE MONOUSO

G.G. Giusti, G.T. Taverna, S. Zandegiacomo, G.B. Bonvissuto, A.B. Benetti, D.C. Centrella, O.M. Maugeri, V.G. Guarella, P.G. Graziotti

Stone Center dell'U.O. di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, IRCCS, Milano

Introduzione: Negli ultimi anni, I miglioramenti nella tecnica unitamente ai recenti progressi nella miniaturizzazione dei moderni endoscopi flessibili hanno offerto nuove potenzialità all'approccio retrogrado ureteroscopico per i calcoli renali. Pertanto, questo

approccio mini invasivo alla calcolosi renale sta acquistando una certa popolarità in un gruppo sempre crescente di endourologi.

Ciononostante, il maggior ostacolo alla diffusione su vasta scala di questa procedura è rappresentato dalla fragilità degli endoscopi flessibile piuttosto che da una loro insufficiente risoluzione ottica. In Letteratura è infatti riportato che il numero medio di utilizzi per strumento anche in centri di grande esperienza sia piuttosto basso partendo da un minimo di 6 fino ad un massimo di 34.

Questo comporta che un routinario impiego dell'ureterorenoscopia flessibile implichi costi significativi per l'acquisizione dello strumentario e per la sua manutenzione. Per questo,

Il Polyscope, il primo ureterorenoscopio flessibile monouso, potrebbe rappresentare una soluzione a tutti questi problemi di gestione senza nessun sacrificio dal punto di vista delle qualità visiva.

In questo video illustriamo un caso di un calcolo renale sinistro di 1.7 cm trattato per via retrograda ureterorenoscopica con lo strumento monouso Polyscope.

Materiali e metodi: Il catetere Polyscope ha un diametro di 8 F e offre immagini di alta qualità per mezzo di una fibra ottica da 10.000 pixels. Lo strumento presenta una deflessione attiva fino a 250° in un'unica direzione. Ha un singolo canale operativo da 3.6F per l'irrigazione e per l'introduzione di una fibra laser, cestelli, palloncini e pinze da biopsia.

Il canale per la fibra ottica è chiuso in maniera stagna da un piatto di vetro dimodocchè la fibra non viene mai in contatto con il paziente e pertanto non deve essere sterilizzata.

L'impugnatura dell'endoscopio offre un agevole controllo e graduale modulazione della deflessione della punta fino a 250°. Un dispositivo presente sull'impugnatura permette di ruotare lo strumento, anche piegato, sul suo asse in modo da poterlo orientare in qualsiasi direzione annullando di fatto la limitazione della deflessione in una singola direzione. Tutto il sistema è perfettamente adattabile a qualsiasi moderna colonna video.

La telecamera ed il cavo luce sono collegati al sistema ma tenuti fuori dal campo sterile.

Risultati: I nostri risultati si riferiscono ai primi 10 pazienti affetti da calcolosi renale trattati con RIRS utilizzando il Polyscope, il primo ureterorenoscopio flessibile monouso. Il diametro medio dei calcoli è 1.2 ± 0.3 cm (0.7-1.7). Con un tempo operatorio medio di 62 ± 13 min (41-84) siamo riusciti ad ottenere un incoraggiante 80% di bonifica completa con una degenza media di 1.9 ± 0.2 gg (range 1-3). Questi risultati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli della nostra serie storica con tradizionali strumenti pluriuso.

Conclusioni: Lo strumento Polyscope rappresenta una svolta nel campo dell'ureterorenoscopia flessibile in grado di offrire uno strumento monouso affidabile, efficiente che fornisce immagini di alta qualità ed elimina pertanto la necessità di risterilizzare gli strumenti tra un

caso e l'altro, il rischio di "tissue transfer" e contaminazione tra i pazienti e l'eventualità di una ingiustificabile interruzione della procedura a causa della rottura dell'unico strumento flessibile disponibile.

V18

"BULKAMIDE IDROGEL: LIMITI DI UN NUOVO BULKING AGENT"

F. Mantovani

Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Introduzione: Bulkamide, idrogel di poliacrilamide è un nuovo bulking agent, meno oneroso e più efficace dei precedenti perché ne occorre una minore quantità e non è riassorbibile.

Bulkamide può migliorare i risultati del trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo femminile, ove è ben sperimentata, ed è molto promettente anche in altri campi come l'incontinenza urinaria da sforzo dopo prostatectomia radicale ed il reflusso vescico-ureterale.

Materiali e metodi: il video riguarda le modalità personali di utilizzo di Bulkamide nel ripristino della continenza nell'uomo mediante ricostruzione dei lobi prostatici nello spazio anastomotico con l'impianto, agevolato dall'iniettore di McGuire, di una fiala in posizione 9 ed una in posizione 3 edificando così una barriera, per ammortizzare l'impatto diretto della pressione di svuotamento vescicale contro lo sfintere. La metodica si avvale di anestesia locale tramite irrigazione uretrale con bupivacaina 20ml.

Descrizione della procedura: si oltrepassa lo sfintere, uno sguardo alla vescica e quindi si procede al duplice impianto. Al termine si controlla il risultato con stop-test ad un riempimento vescicale di 200 ml.

Nei casi clinicamente severi o recidivi è indicata la tecnica a 3 impianti aggiungendone un terzo in posizione 6 quale rinforzo occlusivo. Infine, in un caso estremo ove l'incontinenza in esiti di PRR continua a manifestarsi anche dopo FKT, trattamenti farmacologici, uroriabilitazione ed impianto di ProAct, si può arrivare a distribuire ben 3 fiale con impianti speculari ad incastro dalla sede anastomotica fino all'uretra bulbomembranosa.

Risultati: sono stati valutati 12 pazienti di età media 68 anni, sottoposti a trattamento dal gennaio 2008 a dicembre 2009, con follow-up medio di un anno. I pazienti hanno riferito un discreto miglioramento della continenza: l'uso di pads si è ridotto da una media di 5.4/die a 2.7/die. In un questionario consegnato ai pazienti prima dell'intervento, su un punteggio da 0 a 10 la percezione del disturbo legato alla perdita di urina era in media di 8.8; dopo l'intervento la media è risultata di 7.2.

Conclusioni: Bulkamide non promette più di quello che può mantenere, ossia migliorare la qualità di vita riducendo le perdite, senza guarigioni complete.

Video

Auditorium – 4 Marzo 2011 –17.10-18.00

V14**SILS EXTRAPERITONEAL RADICAL PROSTATECTOMY**

V. Ferrara, W. Giannubilo, Azizi Behrouz, C. Vecchioli, A. Garritano, G. Pace

U.O. Urology - Jesi Hospital, Italy

Introduzione: Presentiamo la nostra esperienza di prostatectomia laparoscopica extraperitoneale mediante un single incision laparoendoscopic surgery (SILS) approach, eseguita attraverso una singola incisione di 2.5 cm sotto-ombelicale. Attraverso il dispositivo vengono introdotti tutti gli strumenti e la telecamera.

Materiali e metodi: La porta SILS viene posizionata sotto l'ombelico e la procedura viene eseguita come rappresentato nel video. Abbiamo selezionati 30 pazienti per trattarli con prostatectomia radicale extraperitoneale SILS per tumore della prostata localizzato. Abbiamo valutato i risultati chirurgici, funzionali e oncologici. *Risultati:* ad un follow-up medio di 15 mesi non abbiamo osservato complicanze, eccetto due fistole vescicouretrali trattate con prolungamento del cateterismo (15 giorni). Abbiamo osservato un 48 % di disfunzione erettile, e un 3% di incontinenza urinaria.

Conclusioni: I nostri risultati supportano che la prostatectomia radicale SILS sia una procedura sicura con buoni risultati che tuttavia necessitano di ulteriori conferme in un follow-up più lungo e su una casistica più ampia.

V15**MODALITÀ DI LEGATURA DEL PLESSO VENOSO PROFONDO NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE: NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA**V. Imperatore¹, F. Cantello¹, S. Di Meo¹, F. Fusco², C. Imbimbo², V. Mirone²¹U.O.S. di Urologia - Ospedale Fatebenefratelli di Napoli; ²Dipartimento di Urologia - Università Federico II di Napoli

Introduzione: Fino ad oggi, la tecnica chirurgica della prostatectomia radicale video laparoscopica non è stata ancora standardizzata ed è continuamente modificata al fine di migliorare i risultati oncologici e funzionali. Particolare attenzione viene posta alla dissezione dell'apice prostatico ed alla legatura del plesso venoso profondo del Santorini. A riguardo, riportiamo la nostra iniziale esperienza chirurgica.

Materiali e metodi: L'apertura della fascia endopelvica con la successiva sezione dei legamenti pubo-prostatici rappresentano la condizione preliminare all'approccio chirurgico del plesso venoso profondo ed è uno step influenzato e regolato, nelle sue modalità di esecuzione, dal tipo di tecnica chirurgica eseguita, se nerve sparing o meno. Successivamente si procede alla legatura del plesso venoso che, nella nostra esperienza, è stata sempre eseguita o mediante posizionamento di

un singolo punto a livello dell'apice prostatico in vicryl 0 cercando di evitare i tessuti circostanti ed in particolare modo le fibre muscolari dello sfintere uretrale, ovvero mediante una legatura selettiva degli eventuali vasi sanguinanti del plesso venoso profondo in vicryl 0 dopo incisione con forbice a freddo del plesso e dell'uretra e coagulazione con pinza bipolare, ovvero mediante l'utilizzo di strumenti di sintesi come l'ultracision. Quando viene eseguita una sutura selettiva dei vasi sanguinanti del plesso, si procede inizialmente, previa un aumento della pressione di insufflazione a 16-18 mmHg, a coagulare con pinza bipolare i vasi del plesso soprattutto nelle zone più laterali e, quindi, alla sezione con fobice della parte mediana del plesso e dell'uretra con rimozione della prostata. Se vi è ulteriore sanguinamento, si utilizza la pinza bipolare ed in caso di inefficacia della stessa uno o più punti selettivi in vicryl 0 sui vasi sanguinanti. Nei casi in cui si sono utilizzati strumenti di sintesi, si è preferito usare l'ultracision per una migliore capacità coagulativa rispetto al ligasure.

Risultati: 48 consecutivi pazienti con malattia clinicamente localizzata sono stati sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale. Il tempo medio operatorio è stato 230 ± 60 min mentre la perdita media dell'Hb è stata di 2.2 ± 1.2 gr/dl senza riscontrare una differenza statisticamente significativa nella perdita ematica tra i 3 metodi di legatura. I tempi medi di ospedalizzazione e di cateterizzazione sono stati 6.5 ± 5.2 e $12.9 \pm 4-5$ giorni. Una migliore capacità di continenza alla rimozione del catetere si è avuta quando veniva eseguita una legatura selettiva del santorini. A tale riguardo, tuttavia, è necessario un follow up più lungo per confermare questo trend positivo.

Conclusioni: La dissezione dell'apice prostatico e la legatura del plesso venoso profondo rappresentano uno step importante della prostatectomia radicale laparoscopica. Ad oggi non esiste una standardizzazione della tecnica chirurgica anche se noi riteniamo che la legatura selettiva dopo sezione del plesso e dell'uretra con forbice e minimo utilizzo della bipolare rappresentano la tecnica di scelta per minimizzare il danno termico e consentire una migliore ripresa della continenza, senza, tuttavia, aumentare le perdite ematiche.

V16**CHIRURGIA LAPAROSCOPICA NEPHRON SPARING NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI (RCC) DI 4-7 CM**

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso

Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pederzoli, Peschiera del Garda (VR)

Introduzione: La chirurgia nephron sparing costituisce ad oggi lo standard of care nella terapia delle neoplasie renali di piccole dimensioni. La letteratura ha dimostrato che l'approccio laparoscopico offre vantaggi in termini di morbilità, ma presenta più lunghi tempi operatori e di ischemia, e maggior sanguinamento rispetto alla tec-

nica open nella prima fase della learning curve. Sono inoltre ancora necessari follow up a lungo termine per i risultati oncologici. Abbiamo voluto analizzare i risultati oncologici a medio-lungo termine di 59 pazienti affetti da neoplasia renale di 4-7 cm (pT1b RCC) trattati con chirurgia laparoscopica nephron sparing.

Pazienti e metodi: Dal 2004 nel nostro Istituto sono stati sottoposti a chirurgia laparoscopica nephron sparing 248 pazienti, 59 dei quali affetti da RCC di 4-7 cm (41 uomini, 18 donne, età media 62 anni, diametro medio della neoplasia pari a 4.8 cm). L'accesso lomboscopico è stato preferito nella maggioranza dei casi, mentre la procedura transperitoneale è stata adottata nel 10% dei pazienti in relazione al sito della neoplasia.

Risultati: In tutti i casi è stato realizzato l'isolamento dell'arteria renale ed è stata applicata ischemia a caldo (9 minuti il tempo medio dell'ischemia a caldo, 7-18 minuti) mediante trazione di vessel loop. In 2 casi sono state eseguite biopsie estemporanee su letto di resezione; nel 30% è stata adoperata colla biologica emostatica. Il tempo operatorio medio è stato di 80 minuti, il tasso di conversione dello 0%, il tasso di trasfusioni dello 0%, la permanenza media in ospedale di 4 giorni. Complicanze: 4 casi di insufficienza respiratoria, 2 casi di apertura della via escretrice, trattati con rafia e stenting. I margini chirurgici hanno mostrato infiltrazione neoplastica focale in 4 casi, 2 di essi hanno sviluppato recidiva neoplastica in sedi differenti dal sito di resezione, per cui è stata effettuata nefrectomia radicale. La media del follow up è stata di 2.4 anni (1-5 anni). Al 5° anno di follow up è stato osservato un incremento medio della creatinina di 0.2 mg/dl.

Conclusioni: L'approccio laparoscopico è sicuro e adottabile per il trattamento delle RCC in centri specializzati. La nefrectomia radicale è tutt'ora il gold standard per i RCC pT1b, sebbene vi sia un grande incremento di richiesta di chirurgia nephron sparing. La nostra esperienza su neoplasie più estese è incoraggiante per la diffusione del trattamento laparoscopico anche per i RCC pT1b.

Bibliografia

Laparoscopic nephron sparing surgery: a multi-institutional European survey of 592 cases. *Arch Ital Urol Androl* 2008; 80:85-91.

Positive margins in laparoscopic partial nephrectomy in 855 cases: a multi-institutional survey from the United States and Europe". *J Urol* 2007; 178:47-50; discussion 50. *Epub* 2007 May 11.

Comunicazioni

Sala Belli – 4 Marzo 2011 – 16.10-17.00

C12

COMBINED TREATMENT OF IMPACTED URETERO-PELVIC STONES USING LASER URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY AND EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Management of impacted uretero-pelvic (UP) stones (both proximal ureter and pelvis) remains challenging for urologists. These calculi are frequently associated with obstructive uropathy and renal function deterioration. A kidney stone is considered to be impacted when the stone becomes lodged in the urinary tract and is unable to be passed through the urine stream. Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) is the least invasive treatment but its success rate decrease for stone size > 1 cm. So we first performed retrograde endoscopic treatment for impacted UP stones (both in pelvis and proximal ureter), then the residual escaped stone fragments were treated by ESWL.

Materials and methods: We analyzed the patients medical records between March 2005 and December 2010. A total of 12 patients with impacted UP stones, larger than 1 cm, after ESWL failing, were enrolled in this study. First endoscopic retrograde treatment was performed using a semirigid ureteroscope 7/9F and Holmium laser lithotripsy in general anesthesia on an inpatient. The day after the endoscopic procedure, ESWL was performed on the residual escaped stone fragments on an outpatient clinic using Dornier Compact Delta II lithotripter. The mean numbers of ESWL treatments were 1,2. Successful outcome was defined as: patient stone-free on radiography and renal ultrasounds (r US) 1 month after the treatment.

Results: Average stone diameter was 15,0 mm. All patients first underwent retrograde endoscopic holmium laser lithotripsy and then ESWL. Overall stone free rate was 100%. There were no significant complications.

Conclusions: Impacted kidney stones require immediate attention to avoid the risk of infection or more severe kidney damage. Ureteroscopic holmium laser lithotripsy and ESWL are usually reserved to complex proximal ureteral stones-impacted calculi who failed other stone removal procedures, in marked dilatation of renal collecting system and in large stone.

Comunicazioni

Auditorium – 4 Marzo 2011 – 16.10-17.10

C7

INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: PERCUTANEOUS AND FLEXIBLE URETEROSCOPIC TREATMENT OF LOWER POLE KIDNEY STONES

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu², P. Kallidonis³, E. Liatsikos³, R. Sabockis⁴, M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Osther⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹

¹Department of Urology, Autonomia University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy; ³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of

Urology, Frederica Hospital, University of Southern Denmark, Fredericia, Denmark;⁷ Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France;⁸ Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany;⁹ Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol, Austria

Introduction: Lower pole kidney stones still represent a challenge for the urologist. The gold standard treatment for intrarenal stones < 2 cm is Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL), for those > 2 cm is Percutaneous Nephrolithotomy (PNL). The success rate of ESWL decreases in lower pole stones, particularly in the presence of narrow calyces or acute infundibular angles. Studies have demonstrated that ureteroscopy (URS) is an efficacious alternative to ESWL for lower pole stones < 2 cm, however this is not evident in both European and American guidelines. The aim of this study is to present the results of a large series of flexible URS and PCNL for lower pole kidney stones from high volume centers.

Materials and methods: A database was created, and all the centers retrospectively entered their data related to percutaneous and flexible ureteroscopic management of lower pole kidney stones. Patients were all treated between January 2005 and January 2010. Variables analyzed included case load number, preoperative and postoperative imaging, stone burden, anesthesia (general vs. spinal), type of lithotripter, visual clarity, access location and size, access dilation type, ureteral access sheath use, operative time, stone-free rate, complication rate, hospital stay, analgesic requirement and follow-up time. Stone-free rate was defined as no residual fragments, or single fragment < 2 mm in size at follow-up imaging.

Results: 235 patients met the criteria for inclusion. There were 112 PNL (group 1) and 123 flexible URS (group 2). 96% of cases were diagnosed by CT KUB scan. Mean stone burden was $2.24 \pm 2.06 \text{ cm}^2$ and $0.75 \pm 0.81 \text{ cm}^2$ for group 1 and 2, respectively ($p = 0.0001$). General anesthesia was induced in 100 % and 80% of group 1 and 2, respectively ($p = 0.0001$). Pneumo-ultrasonic energy was used in 84% of cases in the PNL group, and Holmium laser in 95% of the cases in the flexible URS group.

Stone-free rate after a single treatment was 90% for group 1 and 81% for group 2. This was documented by follow-up CT KUB (22%) or combination of intravenous pyelogram, regular KUB and/or kidney ultrasound (78%). Mean operative time was 73.3 ± 40 and 63 ± 37 minutes for group 1 and 2, respectively. Overall 5.4% of group 1 and 15.2% of group 2 required a second look procedure ($p = 0.001$). There were 12 major complications (11%) in group 1 and no major complications in group 2 ($p = 0.01$). Blood transfusion rate was 5.4% and 0% in group 1 and 2, respectively ($p = 0.001$). Mean hospital stay was 5.7 ± 3.3 and 2.6 ± 1.7 days for group 1 and 2 respectively ($p = 0.0001$). 95% of group 1 and 52% of group 2 required analgesia for a period larger than 24 hours ($p = 0.0001$).

Conclusions: These data highlight the possible value of latest generation flexible URS as an alternative treatment to ESWL for < 2 cm lower pole kidney stones. Furthermore, the results confirm the high success rate and relatively low morbidity of modern PNL for lower pole stones > 2 cm.

C8 ENDOSCOPIC COMBINED INTRA-RENAL SURGERY (ECIRS): È NECESSARIA LA POSIZIONE MODIFICATA GALDAKAO?

L. Cormio, A. Perrone, F. Lorusso, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siati, O. Selvaggio, R. Di Brina, V. Ariano, G. Carrieri

Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università di Foggia

Introduzione: La nefrolitotrixis percutanea (PCNL) in posizione supina, oltre ad avere innegabili vantaggi anestesiologici, consente di eseguire con semplicità il simultaneo accesso ureteroscopico alle cavità renali, definito endoscopic combined intra-renal surgery (ECIRS). Galdakao ha suggerito di eseguire la ECIRS in posizione litotomica modificata al fine di un agevole utilizzo dell'ureteroscopio rigido. Tale posizione, tuttavia, può esporre ai potenziali rischi di una posizione litotomica prolungata e risulta talora poco ergonomica. Scopo di questo studio è stato valutare efficacia e sicurezza della ECIRS in posizione supina standard o modificata Galdakao.

Materiali e metodi: Negli ultimi 3 anni abbiamo eseguito 32 ECIRS, 14 in posizione supina standard (gruppo 1) e 18 in posizione modificata Galdakao (gruppo 2). Nel gruppo 1, si utilizzava un cistoscopia flessibile per posizionare dapprima un filo guida e poi un mono-J 7Ch nelle cavità renali affette; dopo puntura percutanea della cavità renali e posizionamento di camicia di Amplatz, si sostituiva il mono-J con l'ureteroscopio flessibile. Nel gruppo 2, invece, l'accesso alle cavità renali affette avveniva direttamente con l'ureteroscopio rigido e lo si sostituiva con il flessibile solo al bisogno.

Risultati:

	Gruppo 1 (14 pts)	Gruppo 2 (18 pts)	p-value
Età media (anni)	45,9	52,1	n.s.
BMI medio	27	26,7	n.s.
Calcolo singolo (%)	42.9%	16.7%	
Calcoli multipli (%)	35.7%	50.0%	n.s.
Dimensioni medie (mm)	28	32,6	
Calcolo a stampo (%)	21.4%	33.3%	
Durata media intervento (min)	113,4	110,8	n.s.
Degenza media postoperatoria (gg)	4,85	n.s.	
Complicanze	Fistola 3 -> foley 1 -> stent 2 Ematoma perirenale 1	Fistola 3 -> foley 1 -> stent 2 Ematoma perirenale 1	n.s.
Stone-free (%)	78.5	77.7	n.s.

Conclusioni: L'esperienza riportata suggerisce che non vi sono differenze significative tra la posizione supina standard e quella modificata Galdakao nell'esecuzione dell'ECIRS.

C9 COMPLICATIONS IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

A. Saita, A. Scavuzzo, M. Puglisi, G. Maugeri, A. Bonaccorsi, F. Spitaleri, M. Falsaperla, M. Motta, G. Morgia
Università degli Studi di Catania - Clinica Urologica, Catania

Introduzione: percutaneous nephrolithotomy (PCNL) have lead a important role for the treatment of pelvic and complex renal stones and it is widely considered in several endourological institutions as the first treatment. PNL is generally a safe treatment option and associated with a low but specific complication rate. Based on personal experience and overview of the literature, we discuss about the complications in PNL.

Metodi: we conducted a retrospective review of 390 patients (198 men,192 women;average age 49.9yr)who had undergone PCNL at a single institution from April 2001 to June 2010. We reviewed the literature focusing on incidence of complications of the procedure. The procedure made were 410(390 PNL and 20 second Look that we performed with flexible nephroscope without anesthesia). All patients underwent the diagnostic work-up: KUB, ultrasound, CTscan, Intravenous pyelogram, the urine analysis and culture, serum creatinine and clotting parameters. PNL was performed with the patient in prone(90%)and supine position. The pucture was made under combined ultrasound and X-ray control. The access site used most often was the dorsal calyx of the lower pole. Ballon or Alken (95%)were used for dilation, followed by placement of 28-30 F working sheath.

Risultati: Major complications included septicaemia in 0,2%, renal haemorrhage requiring angiographic intervention in 0,1% and pulmonary embolism in 0,2%. Minor complications in our series included fever (20%),extravasation (6%), clinically insignificant bleeding (7,9%). In the current literature the total complication rate is up to 83%. The number of significant bleedings is reported as < 8%. Conservative treatment is successful in most of these cases and in our series no blood transfusion was required. However a 5-18%blood transfusion rate is reported in the literature. The frequency of major complications was 0,9-4,7% for septicaemia and 0,6-1,4% for renal haemorrhage requiring intervention.

Conclusioni: complications can be attributable to incorrect patient selection, the lack of adequate equipment, technical errors. The minor number of extravasation could be ascribable to the correct dilatation with metallic ditators. The lower rate of haemorrhage could result from creating a puncture always guided ultrasound and radiological.

Complications	Literature	Personal series
Extravasation	7,2% (n = 582)	6%
Renal hemorrhage	0,6% (n = 318)	0,5%
	1,4% (n = 1854)	
	0,3% (n = 315)	
Transfusion	11,2% (n = 582)	0%
	17,5% (n = 103)	
	0,0% (n = 315)	
Acute pancreatitis	0,3% (n = 315)	0%
Fever	21,0% (n = 81)	20%
	21,4% (n = 103)	
	22,4% (n = 582)	
	32,1% (n = 315)	
Sepsis	0,8% (n = 582)	0,2%
	0,97% (n = 103)	
	2,2% (n = 318)	
	4,7% (n = 128)	
	0,3% (n = 315)	
Colonic injury	0,2% (n = 1000)	0%
	0,2% (n = 582)	
	0,29% (n = 5039)	
	0,8% (n = 250)	
	0,0% (n = 315)	
Pleura injury	2,3% (n = 128)	0%
	3,1% (n = 582)	
	0,0% (n = 315)	
Perioperative mortality	0,3% (n = 318)	0%
	0,3%, (n = 582)	
	0,78% (n = 128)	
	0,3% (n = 315)	
Deep Vein Thrombosis	1-3%	0,2%
Pulmonary embolism		
Retained Foreign Bodies	0,1	0,1%

Comunicazioni

Sala Belli – 4 Marzo 2011 – 17.00-18.00

C13 A MINI-INVASIVE ENDOSCOPIC APPROACH TO SEVERE NEUROGENIC BLADDER DYSFUNCTION IN SELECTED CHILDREN: AN ALTERNATIVE TO MAJOR SURGERY?

G. Mosiello, M.P. Pascali, A. Marciano, A.M. Zaccara, M.L. Capaitanucci, M. De Gennaro

Bambino Gesù Pediatric Hospital, Department of Nephrology and Urology, NeuroUrology and Urodynamics Units, Rome

Introduzione: Today to prevent renal damage is well established that urological and nephrological treatment of neurogenic bladder dysfunction (NBD) should start as soon as possible (1). For this reason in pediatric urology practice all newborns with spina bifida start clean intermittent catheterization (CIC) from birth with anticholinergics (2) Moreover a mini-invasive treatment of NBD in children is today strongly recommended, and for this reason in the past we suggested a combined endoscopic injections of botulinum toxin type A (BoNTA) and dextranomer/hyaluronic acid (DxHA) as an effective minimally invasive treat-

ment of vesico-ureteral reflux (VUR) and NBD not responding to CIC and anticholinergics (3). Anyway these patients have to perform CIC, and when patients, or their caregivers, are unable to catheterize native urethra surgical alternatives have to be considered: as urinary continent derivation according to Mitrofanoff's principle, or vesicostomy or ileal conduit when cerebral function is bad. It was demonstrated that button cistostomy is an effective form of bladder drainage, and recently good results were reported with endoscopic insertion (4). We included this procedure in the treatment of VUR and NBD using BoNTA and DxHA in children, unable to perform CIC, in a extended combined endoscopic approach.

Metodi: All patients were admitted after a written consent was obtained. 5 patients with NBD and VUR, enabled to perform CIC, for urethral stenosis (1 patient) or mental disabilities (4 patients) aged from 3 to 13 yrs, mean 6.5, were treated. All patients presented NBD, with associated VUR in all renal units, were evaluated with videourodynamics pre and post-op. In general anaesthesia endoscopic suburethral injection of DxHA (0.5-1 ml/side) and bladder BoNTA injections (10 IU/Kg, max 300 IU) were performed first (3) and then percutaneous-endoscopic cistostomy Mic-Key gastrostomy, button (Kimberly-Clark/Ballard, USA) insertion was performed according to original Subramaniam's technique (4).

Risultati: The mean overall operative time was 40 minutes, no surgical complications were reported. At the mean follow-up of 14,8 months urinary tract infections was solved in all, as well as VUR, but in one renal unit. The buttons were changed every 3 months, and are in situ and well working in all patients. No peristomal urine leakage, wound infection, erosion granuloma, were observed. Intermittent bladder emptying is regularly performed in all 4-5 times daily, as for CIC, opening the button and connecting it the feeding tube of gastrostomy set. BoNTA endoscopic injection was repeated after 9-12 months in all to maintain a low pressure bladder and a good continence status.

Conclusioni: Actually medical therapy and CIC are the cornerstone of NBD management, but in selected cases where surgical procedures for lower urinary tract reconstruction are required, without an objective improvement of quality of life. Our cumulative endoscopic treatment is a valid alternative to derivation, augmentation and reimplantation in the short and medium term period, helping child maturation and family education and a correct definitive management choice, improving children status, avoiding psychological pressure on relatives in patients with associated severe mental disability, where major surgical reconstruction could be considered an overtreatment. References.

Lectures

1. Bauer SB. The management of the myelodysplastic child: a paradigm shift. *Br. J. Urol. Int* 2003; 92, S1, 23-28.

2. Dik P, Klijn AJ, van Gool JD, de Jong-de Vos van Steenwijk CC, De Jong TPM. *Eur. Urol* 2006; 49:908-12.

3. Mosiello G, Pascali MP, Camanni D, Salsano ML, De Gennaro M. A minimally invasive approach in the treatment of vesicoureteral reflux in neurogenic bladder in children. *Eur Urol.* 2009; 55:254-256.

4. Haider N, Subramaniam R. Endoscopic insertion of cistostomy button for bladder drainage in children. *J Ped Urol* 2008; 4:457-459.

C14

ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER AMS 800 AFTER FAILED FIRST ANTI-INCONTINENCE PROCEDURES FOR POST-PROSTATECTOMY STRESS URINARY INCONTINENCE

I. Morra, A. Di Stasio, C. Fiori, S. Grande, F. Ragni, F. Porpiglia, R.M. Scarpa

Department of Urology, University Hospital San Luigi Gonzaga, Orbassano, Turin

Introduzione: Although the Artificial Urinary Sphincter (AUS) positioning is considered the "gold standard," for post-prostatectomy stress urinary incontinence (SUI), many minimally-invasive procedures have been described in order to decrease complications rate and recovery time. Notwithstanding the growing acceptance of these, a failure rate between 20% and 45.5% has been reported, and no recommendations for the treatment of patients are available in these cases.

In this study we report our experience with the use of AMS 800 to treat recurrent or persistent stress incontinence after a failed minimally-invasive procedure.

Metodi: Between January 2008 and August 2010, 7 patients who were treated with minimally invasive procedures for SUI after radical prostatectomy (Advance sling: 2 cases, Invance sling: 1 case, pro-ACT: 2 cases, inflatable periurethral constrictor-Silimed: 2 cases), referred to our Institution with persistent incontinence. The patient, successfully treated with Invance sling, referred recurrent SUI after rigid cystoscopy. AMS 800 positioning was planned and all patients signed a specific consent.

Operative technique: A transverse penoscrotal incision was used in all patients to insert the urethral cuff, the pump and the reservoir of the AUS; the same incision was used to remove the Invance sling.

Preoperative evaluation included history, physical examination, urethroscopy, urinalysis, urine culture, ICS pad test, number of pad per day and urodynamic studies. Continence was strictly defined as complete lack of urine leakage. At follow-up visits continence and daily pad were evaluated.

Risultati: The average age 65 years (r. 53 to 71 y.). The AMS 800 positioning was completed in all cases. At the time of the surgery, no patient presented urethral erosion. Advance Sling(s) were not removed because their position, while the removal of pro-ACT devices and Inflatable Periurethral Constrictors was carried out in ambulatory setting 6 weeks before AUS implantation. The Invance sling was removed during the AUS implantation.

The mean operative for AUS implant was 40 minutes, the mean AUS cuff size was 5 cm (range 4 to 6) and always a 51 to 60-cm water pressure reservoir was placed in the space of Retzius. Two patients were treated by insertion of an intracavernous cuff: one patient have a history of pelvic irradiation, the other present mild urethral atrophy due to inflatable periurethral constrictor.

No intraoperative complications occurred. After a mean of 17.5 months (r. 5 to 35 mo.), only one patient (14%) reported urine leakage (1 pad/day). In 1 case sphincter removal was required after 4 months due to local infection. The preoperative pad use was 3.6 (2-8) pads per day while the postoperative pad use was 0.1 (0-1) pads per day; Five patients (5/7-71%) results completely continent.

Conclusioni: Notwithstanding the limitations of the study such as small number of patients and short follow-up period, our results suggest that AMS 800 implantation is technically feasible and represents an effective and safe treatment option for SUI after the failure of previous minimally-invasive procedures. The success rates of this salvage procedure are comparable with those reported in literature for primary treatment of post-prostatectomy incontinence.

Comunicazioni

Auditorium – 4 Marzo 2011 – 17.10-18.00

C10

ENUCLEORESEZIONE RENALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA: LA NOSTRA ESPERIENZA

A. Celia, G. Zeccolini, D. Del Biondo, G. Breda

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

Introduzione ed obiettivi: La tecnica laparoscopica robot assistita viene considerata una valida opzione chirurgica per il trattamento delle piccole masse renali. Lo scopo di questo studio è di riportare la nostra esperienza con questa tecnica.

Materiali e metodi: Da Agosto 2009 a Dicembre 2010 ventisette pazienti (pts) sono stati sottoposti ad intervento di enucleoresezione robotica. L'età media dei pts era di 65 anni (range: 48-76 anni). La lesione renale si presentava in 18 pts a destra e in 9 pts a sinistra. Il volume tumorale medio era di 3.4 cm (range: 1.8-7 cm). Le lesioni renali erano prevalentemente esofitiche. In tutti i casi è stato impiegato il sistema da Vinci standard a 3 braccia utilizzando l'approccio transperitoneale. Il clampaggio dell'ilo renale (ischemia calda) è stato ottenuto utilizzando un tourniquet intracorporeo intorno all'arteria ed uno intorno alla vena renale. Negli ultimi 3 casi il clampaggio arterioso è stato ottenuto mediante l'applicazione di un clamp vascolare tipo bulldog. La tecnica chirurgica ha previsto l'enucleazione del tumore con forbici a freddo, la sutura del letto di resezione con monofilamento (Monocryl 00) e l'ac-

costamento del parenchima renale con punti a mate-rassaio (Vicryl 00) fermati con clips tipo Hem-o-Lok.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 150 minuti (range: 94-300 min.), il tempo medio di ischemia è stato di 15 minuti (range: 8-29). L'esame istologico ha documentato la presenza di neoplasia renale a cellule chiare in 18/27 pts, la neoplasia renale a cellule cromofobe in 8/27 pts e un nefroma cistico in 1/27 pts. In 1/27 pts era presente un margine positivo. La degenza media è stata di 6 giorni (range: 4-9 giorni). Al follow-up attuale in 26/27 pts non sono state evidenziate riprese dimialattia, 1/27 pts, a 11 mesi dall'intervento, è stato affidato ai colleghi oncologi per la presenza di N+ mediastiniche.

Conclusioni: La tecnica robotica presenta tutti i vantaggi legati all'approccio mini-invasivo laparoscopico e mantiene la qualità demolitiva della procedura open. Questa tecnica presente inoltre il vantaggio di facilitare il tempo ricostruttivo e quindi di ridurre il tempo d'ischemia e le complicanze urinarie. Tale procedura si offre come una valida opzione terapeutica nel trattamento conservativo della neoplasia renale.

C11

UNO O DUE COLLANTI PER MIGLIORARE L'EMOSTASI IN CORSO DI NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA?

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, R. Bertolo, M. Lucci Chiarissi, F. Mele, M. Manfredi, A. Di Stasio, R.M. Scarpa
S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga - Orbassano (Torino)

Obiettivo: L'uso di collanti biologici (allo stato liquido o applicati su e spugne medicate) è largamente diffuso per migliorare l'emostasi in corso di nefrectomia parziale laparoscopica (LPN). Lo scopo di questo lavoro è verificare un eventuale vantaggio che può derivare dalla combinazione di due collanti rispetto all'utilizzo di un solo collante in termini di complicanze emorragiche.

Materiali e metodi: da gennaio 2008 a luglio 2010, sono state eseguite, presso il nostro centro e dal medesimo operatore a completamento di adeguata curva di apprendimento, 90 LPN per lesioni renali < 7 cm. In tutti i casi, dopo il clampaggio dell'arteria renale mediante Bulldog e l'asportazione della neoplasia, la ricostruzione parenchimale è stata effettuata con una sutura continua riassorbibile in doppio strato. Al termine della sutura, il clamp vascolare è stato rimosso e sono stati utilizzati differenti collanti, secondo un criterio cronologico. In particolare: nei pazienti del gruppo A [casi - 32] è stato utilizzato il Floseal® (un collante di matrice trombinica); nei paziente del gruppo B [casi 33-70] sono stati utilizzati contestualmente Floseal e Tachosil® (una combinazione di fibrinogeno e trombina umani applicata su spugna) mentre in quelli del gruppo C [caso 71-90] è stato impiegato il solo Tachosil.

Sono state registrate le variabili demografiche e peroperatorie, le caratteristiche (diametro posizione pattern di crescita) delle lesioni e le complicanze (classificate secondo il sistema di Clavien), con particolare

attenzione a quelle emorragiche. Le differenze tra i gruppi sono state calcolate mediante Stasoft®, un p-value < 0.05 è stato considerato statisticamente significativo.

Risultati: I tre gruppi sono risultati paragonabili in termini di variabili demografiche e caratteristiche delle lesioni. Il tempo operatorio ($p = 0.010$) e il tempo d'ischemia calda (WIT) ($p < 0.042$) sono stati significativamente inferiori nel gruppo C rispetto al gruppo A. Nessuna differenza in termini di complicanze intraoperatorie (6.25%; 0%; 0%, Gruppi A, B, C rispettivamente). Il tasso complessivo di complicanze post-operatorie è stato inferiore nel gruppo C rispetto ai gruppi A e B ($p = 0.048$). Considerando le sole complicanze emorragiche abbiamo registrato 6 casi di sanguinamento post-operatorio trattato con trasfusione di emazie concentrate (II grado sec. Clavien): 2 nel gruppo A (6%) e 4 nel gruppo B e nessuno nel gruppo C ($p > 0.05$). L'analisi statistica non ha rivelato alcuna differenza significativa tra i tre gruppi in termini di decremento medio post-operatorio dei livelli di emoglobina ($p > 0.05$). Non sono state registrate complicanze di Grado > 3 secondo Clavien.

Conclusioni: La riduzione del tempo operatorio, del WIT e delle complicanze sembra essere correlata all'aumentata esperienza del chirurgo piuttosto che al tipo di collante impiegato. Non vi è differenza in termini di complicanze emorragiche fra i tre gruppi, e questo indica che l'uso di un singolo collante sia sufficiente. Il lieve decremento nel tasso di complicanze emorragiche nel gruppo C può suggerire che l'uso del solo Tachosil sia efficace nel migliorare l'emostasi in corso di LPN. Ulteriori studi sono richiesti per confermare i nostri risultati.

Poster

Sala Belli – 4 Marzo 2011 – 16.10-17.00

P13

INTERNATIONAL COOPERATION IN ENDOUROLOGY: URETERAL ACCESS SHEATH UTILITY DURING FLEXIBLE URETEROSCOPY FOR LOWER POLE KIDNEY STONES

C. Scoffone¹, C. Cracco², R.M. Scarpa², F. Sanguedolce¹⁰, S. Grande², A. Di Stasio², N. Serra², M. Poggio², M. Cossu², P. Kallidonis³, E. Liatsikos³, R. Sabockis⁴, M. Brehmer⁴, J. Jessen⁵, T. Knoll⁵, M. Franke⁶, P. Osther⁶, O. Traxer⁷, T. Hermann⁸, A. Merseburger⁸, U. Nagele⁹, F. Millan¹, A. Breda¹⁰

¹Department of Urology, Cottolengo Hospital Torino, Italy; ²Department of Urology, San Luigi Hospital, Turin, Italy; ³Department of Urology, Patras University, Patras, Greece; ⁴Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ⁵Department of Urology, Klinikum Sindelfingen-Boblingen, University of Tuebingen, Germany; ⁶Department of Urology, Frederica Hospital, University of Southern Denmark, Frederica, Denmark; ⁷Department of Urology, Tenon Hospital, 6th University of Paris, Paris, France; ⁸Department of Urology, Medical School of Hannover, Hannover, Germany; ⁹Department of Urology, General Hospital Hall in Tyrol,

Austria; ¹⁰Department of Urology, Autonoma University, Fundacion Puigvert, Barcelona, Spain

Introduction: Flexible ureteroscopy for the treatment of renal stone disease is slowly entering into the urological daily practice.

Progressing technology has led to the development of new generation ureteroscopes as well as of new devices facilitating flexible ureteroscopy. Among these, ureteral access sheaths (UAS) have shown their utility in facilitating ureteroscopic access and lowering intrarenal pressures. However, the risk of complications specifically related to their use (in particular, ureteral perforation and development of ureteral strictures) has to be considered. Furthermore, there are few data available on stone-free rate with their use. We herein present the results from a homogeneous series of flexible ureteroscopies for the treatment of lower pole kidney stones.

Materials and methods: A database was created, and the centers retrospectively entered their data related to flexible ureteroscopic management of lower pole kidney stones. All patients were treated between January 2005 and January 2010. Variables analyzed included case load number, stone burden, UAS use, visual clarity, operative time, stone-free rate, complication rate and follow-up time. Stone-free rate was defined as no residual fragments, or single fragment < 2 mm in size at follow-up imaging.

Results: 140 patients met the inclusion criteria. The mean stone burden was 0.56 ± 1.05 cm² as documented by preoperative CT scan. There were 66 cases (47%) performed with the aid of a UAS and 74 cases without (53%). Inner access sheath diameter was 9.5 Fr (50%) and 12/13 Fr (50%). UAS length was 35 cm, 45 cm and 55 cm in 55%, 40% and 5% of cases respectively. Mean stone burden was 0.75 ± 0.78 cm² and 0.66 ± 1.12 cm² for UAS and no UAS groups, respectively ($p = 0.2$).

Holmium laser was used in 97% of the cases. Stone-free rate after a single treatment was 85% and 71% for UAS vs. no UAS groups, respectively ($p = 0.07$). Mean operative time was 65.03 ± 38 and 65.24 ± 40 minutes for UAS and no UAS groups, respectively ($p = 0.2$). Subjective visual clarity was defined as good in 84% and 72% of the UAS and no UAS groups, respectively ($p = 0.09$).

There was 1 major complications (0.7%) for both groups (ureteral perforation) ($p = 0.9$), however no ureteral stricture was reported in the postoperative period with a mean follow-up of 25 months.

Conclusions: The data highlight that the use of UAS is not associated with an increased risk of perioperative complications. Furthermore, although statistical significance was not reached, the use of UAS appears to be associated with higher stone-free rates and better visualization during lower pole kidney stones treatment.

P14 **NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (PCNL) IN** **POSIZIONE SUPINA: NOSTRA ESPERIENZA DOPO** **I PRIMI 50 CASI**

E. De Fortuna, G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasi, L. Salzano

Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Unità Operativa Complessa di Urologia - A.O.R.N. "Rummo", Benevento

La PCNL è da sempre stata eseguita, fin dalle prime procedure, in posizione prona. Tale posizione comporta alcuni svantaggi come la necessità intraoperatoria di variazione del decubito e gli effetti negativi sulla meccanica respiratoria e sull'emodinamica.

La posizione supina presenta numerosi benefici in termini di sicurezza, efficacia e versatilità mantenendo immutati i rischi di complicanze vascolari o intestinali.

Presso la ns Divisione abbiamo trattato dall'ottobre 2008 a dicembre 2010 consecutivamente 50 pazienti con PCNL in posizione supina. In pratica tutti i pazienti con calcolosi renale che sono stati sottoposti a PCNL sono stati trattati in posizione supina.

L'età media è stata di 56 anni con rapporto femmine/maschi di 1,8. La procedura è stata eseguita a destra in 31 casi a sinistra in 29. In 15 casi si trattava di calcoli pielici, in 12 casi di calcoli caliciali, in 17 casi si trattava di calcoli pielocaliciali e solo in 6 casi erano calcoli a stampo completo.

La tecnica è stata identica a quella adottata in posizione prona. Inserimento di un catetere ureterale 5 ch. Quindi si mette in posizione il paziente sollevando il dorso e il sacro e controlateralizzando l'arto superiore sul torace. A questo punto la tecnica è la medesima con puntura fluoro ed eco guidata e creazione del tramite nefrostomico; introduzione di Nefroscopio e litotriassia con ultrasuoni; estrazione con pinza dei frammenti maggiori; al termine drenaggio nefrostomico lasciando in sede il cateterino ureterale precedentemente posizionato.

I risultati sono stati, esecuzione del tramite in tutti i casi, 85% di stone free, nessuna complicanza intraoperatorie né chirurgiche (lesioni coliche o vascolari) né anestesologiche.

Abbiamo notato nella nostra esperienza che la posizione supina è risultata altrettanto efficace nella risoluzione della calcolosi renale con un evidente maggiore comfort per il paziente, per l'anestesista e, dopo le prime procedure di familiarizzazione, anche dell'urologo con notevole riduzione inoltre dei tempi operatori. La Pcnl in posizione supina presenta una efficacia analoga alla Pcnl in posizione prona ma con notevole comfort per il paziente, l'anestesista e l'urologo.

P15 **COMPLICATIONS OF URETEROSCOPY IN THE** **CURRENT ERA. A 5-YEARS SINGLE INSTITUTION** **EXPERIENCE**

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C.

Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology "Villa Tiberia" Clinic, Rome

Introduction: Indications and selection of patients for ureteroscopy continue to evolve. The technologies for these procedures are improving. In older literature overall ureteroscopy complication rate have been reported between 10 to 20% and major complications rate 0-6%. With the increasing number of ureteroscopic procedures it is important to re-examine the complication rate in the current era.

Materials and methods: From a total of 698 uretero-renal procedures we retrospectively reviewed 602 consecutive ureteroscopy performed in our department. Intraoperative, immediate and late post-surgical complications were identified. We analyzed medical records of patients underwent retrograde semirigid or flexible ureteroscopy between March 2005 and December 2010.

Resulting 418 (69,4%) procedures because of lithiasis, 78 (12,9%) diagnostic purpose, 48 (7,97%) malignant neoplasms, 44 (7,3%) benign pathologies and 14 (2,32%) removal of foreign bodies. A semirigid ureteroscope was used in 52% of the procedures; a flexible one in 34%; both needed in 14% of the cases.

Results: The overall complication rate was 6,3% (44 on 698 uretero-renal procedures). Intraoperative complications occurred in 1,6% (11 cases); immediate post-surgical complications in 4% (29 cases) including re-hospitalization because of pain (2,6%), urosepsis (0,6%), and thrombo-embolic events (0,6%). Late post-operative complications occurred in 0,7% (4 patients). The major complication rate was 3,7% (26 cases).

Conclusions: Ureteroscopy, mainly indicate for stone disease, has been performed in a large number of patients with a low rate of serious complications. This procedure, thanks to the improving technologies, can be used in a broad variety of cases because of its safety and efficacy in a large series of cases.

P16 **ESWL DELLA CALCOLOSI RENALE: QUANDO** **DIVENTA "UNDER TREATMENT"?**

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

Introduzione: La litotriassia extracorporea ad onde d'urto (ESWL), ha rappresentato, a partire dalla seconda metà degli anni '80, un salto di qualità nel trattamento della calcolosi renoureterale.

Dopo i primi entusiasmi che hanno fatto trattare anche litiasi a stampo, tanto che nella seconda metà dei '90 ci si chiedeva se la PCNL avesse ancora ragion d'essere, ci si è uniformati concordando le dimensioni dei calcoli pielocaliciali da trattare per via extracorporea.

Le percentuali di bonifica completa dei calcoli variano, influenzate da dimensioni, sede, composizione del calcolo e morfologia della via escretrice.

I ri-trattamenti sono frequenti soprattutto per i calcoli più grandi e duri e conseguentemente le percentuali di ritrattamento possono arrivare fino all'80%.

Anche particolari conformazioni anatomiche pieloureterali possono influenzare l'esito dell'ESWL. Vi sono poi controindicazioni quali gravidanza, aneurismi aortici e dell'arteria renale, calcificazioni aortiche, difetti non correggibili della coagulazione.

Sono limiti all'ESWL anche grandi obesità o scoliosi grave, che rendono impossibile il corretto posizionamento del paziente o la centratura del calcolo.

Sono state documentate complicanze dopo ESWL quali ematomi, pancreatite, aumento delle transaminasi, erosioni della mucosa intestinale; nei bambini piccoli è possibile un danno polmonare. Sono state segnalate correlazioni con sviluppo diabete o di insufficienza renale dopo anni da trattamenti ripetuti.

Da parte di diversi Autori si è posto il problema di limitare il numero di trattamenti ripetuti identificando il cut off a tre trattamenti senza evidenza di frammentazione. Allora si dovrebbero abbandonare ulteriori ESWL considerando la via endourologica o chirurgica. Sempre gli stessi Autori però, propongono di reiterare ulteriori trattamenti se vi sia stata frammentazione.

Metodi: Ci siamo posti il problema dei trattamenti ESWL ripetuti in occasione di una review della nostra casistica per il congresso IEA di Milano verificando che avevamo eseguito da 1 a 6 SWL per paziente. Dall'Aprile 2010 perciò ci siamo limitati a due ESWL, che si ottenesse o meno una buona frammentazione.

In caso di calcolosi residua significativa, sono state eseguite ureterosopia e/o PCNL.

Risultati: Siamo così passati da una media di ritrattamenti ESWL del 20,2% dei 5 anni precedenti al 12,9% del periodo aprile-dicembre 2010. Si sono conseguentemente incrementate le ureteroscopie del 16% e le PCNL del 19%.

Le percentuali di stone free sono salite dal 67,3% al 88,2% ed il tempo trascorso dalla prima osservazione alla bonifica litiasica si è ridotto ad una media di 55 giorni.

Conclusioni: Un atteggiamento più aggressivo permette di ottenere in minor tempo lo stato di stone free evitando ricoveri ripetuti, manovre ancillari e, soprattutto, risolvendo completamente la patologia per la quale i pazienti ricorrono a noi.

Riprendiamo in esame le nostre posizioni ed indicazioni relative all'ESWL e confrontiamoci: potrebbe essere il momento di rivedere alcune linee guida.

P17

ESWL AL TEMPO DELL'OLMIUM LASER: È ANCORA RAGIONEVOLE TRATTARE I CALCOLI URETERALI?

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

La litotrissia extracorporea ad onde d'urto (ESWL), è

stata introdotta nell'uso clinico a partire dalla metà degli anni '80 rivoluzionando il trattamento della calcolosi urinaria.

Attualmente rappresenta il trattamento di prima scelta in circa 85% dei casi di calcolosi reno-ureterale, con percentuali di stone free del 70% (range dal 45% al 95%).

Fattori che limitano l'efficacia dell'ESWL sono legate ai calcoli e alla morfologia della via escretrice con percentuali di ri-trattamento fino all'80% per i calcoli più duri e voluminosi.

Esistono poi controindicazioni all'ESWL come gravidanza, coagulopatie, età e conformazione fisica.

Se questi limiti, negli anni '80, erano ben compensati dalla possibilità di dare una soluzione non chirurgica alla calcolosi, quando l'alternativa erano l'ureterolitomia, la pielolitomia o, in pochi centri avanzati la PCNL, oggi non è più così.

Allora l'endourologia era agli albori e gli ureteroscopi avevano calibri di 12-14 Ch con strumenti per la litotrissia che erano gli ultrasuoni, l'energia balistica e l'elettroidraulica. Oggi l'evoluzione degli ureteroscopi rigidi e flessibili, i cestelli in Nitinol e soprattutto l'Holmium LASER hanno accresciuto enormemente le potenzialità dell'ureterosopia (UPS).

La considerazione che l'ESWL non è invasiva continua a farci trattare la calcolosi ureterale per via extracorporea, trascurando la soluzione ureteroscopica, i costi dei ri-trattamenti e delle manovre ancillari, il tempo perduto dai pazienti.

Con una dotazione di strumenti rigidi e flessibili da 7 a 10,5 Ch e di LASER ad Olmio, dal Marzo 2010 abbiamo deciso di trattare prioritariamente con ureterosopia la litiasi ureterale ostruente.

Abbiamo eseguito 76 ureteroscopie per calcolosi ostruente ottenendo bonifica completa dopo ureterosopia in 64 pz (84,2%); 5 pz sono stati bonificati con un secondo trattamento (6,57%) e 5 dopo una UPS ed ESWL di frammenti residui (6,57%).

Nei pazienti che hanno subito due trattamenti era stato impossibile raggiungere i calcoli al primo approccio ed erano stati sottoposti a stenting.

Non è stato possibile risolvere due calcolosi ureterali che sono state operate in open (2,76%).

Complessivamente abbiamo ottenuto bonifica litiasica nel 97,3% dei casi trattati.

Complicanze quali la migrazione di calcoli nelle cavità renali sono state trattate nella stessa seduta con ureterosopia flessibile in 27 pazienti (35,52%).

Con gli strumenti a disposizione oggi ed il LASER ad Olmio è possibile risolvere con un solo intervento la maggior parte delle calcolosi con percentuali di successo superiori a qualsiasi trattamento extracorporeo. Alla luce di queste considerazioni possiamo cominciare a considerare l'ESWL nel trattamento della calcolosi dell'uretere come una procedura di completamento in caso di migrazione di frammenti.

Poster

Auditorium – 4 Marzo 2011 – 16.10-17.10

P10**TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA LITIASI NEL BAMBINO: STENT O NON STENT?**M. Garofalo¹, G. Montini², F. Pugliese², E. Brunocilla¹, R. Schiavina¹, G.C. Rocca¹, C.V. Pultrone¹, A. Baccos¹, B. Barbieri¹, A. Vici¹, V. Vagnoni¹, D. Diazzì¹, A. Savini¹, G. Martorana¹¹Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna; ²U.O.S. Nefrologia e Dialisi Pediatrica

Introduzione: I bambini rappresentano l'1% dei pazienti con urolitiasi e la quasi totalità di essi è soggetto a recidiva è quindi obiettivo principale il raggiungimento della condizione di "stone free". Negli ultimi venti anni la gestione chirurgica di questa patologia ha subito notevoli cambiamenti. In particolare grazie alla presenza di strumenti endoscopici di calibro sempre minore e al perfezionamento della tecnica, l'URS rappresenta attualmente in centri selezionati il trattamento di prima scelta nella litiasi del tratto urinario superiore. È fonte di discussione in letteratura l'opportunità di lasciare in sede uno stent ureterale tipo "JJ" al termine della procedura per la necessità di dover ricorrere ad un'ulteriore anestesia per la sua rimozione e la sintomatologia legata alla presenza del tutore ureterale stesso.

La decisione di lasciare in sede uno stent è correlata alla durata dell'intervento, al numero di passaggi dello strumento attraverso l'uretere e all'eventuale presenza di traumatismi della mucosa o edema al termine della procedura.

Riportiamo di seguito la nostra esperienza.

Pazienti e metodi: Nel periodo compreso tra Marzo e Dicembre 2010 sono stati trattati presso la nostra Clinica 5 bambini (3 M e 2 F) di età compresa tra 7 e 13 aa (età media 8,8 aa). In due casi i calcoli erano localizzati in corrispondenza della pelvi renale, in un caso a livello del tratto intercalare tra gruppo caliceale inferiore e medio ed in ulteriori due casi in corrispondenza del tratto prevescicale dell'uretere. La dimensione massima dei calcoli era compresa tra 9 e 16 mm (media 11,4 mm). In quattro casi abbiamo utilizzato l'ureteroscopio semirigido (Storz ch 7,5) mentre in un caso, per la localizzazione della litiasi (tratto intercalare), è stato necessario ricorrere all'uso di un ureteroscopio flessibile 8 ch previo posizionamento di introduttore ureterale tipo navigator 11-13F flessibile.

In un caso è stato possibile asportare il calcolo con pinza (localizzazione prevescicale) e nei restanti casi è stato utilizzato il laser (YAG olmio)

Risultati: In due casi su cinque abbiamo lasciato in sede uno stent ureterale tipo "JJ" (4,5 ch x 20 cm) rimosso 15 giorni dopo l'intervento. In questi due pazienti infatti, le dimensioni del calcolo erano maggiori rispetto agli altri tre casi (16 mm e 10 mm) determinando tempi operatori prolungati (140 min rispetto ai 102.4 di media degli altri) e numerosi passaggi con lo strumento.

Il decorso post operatorio dei pazienti trattati senza l'ausilio di stent ureterale è stato regolare e libero da complicanze.

Discussione: In casi selezionati in base alla durata ed al traumatismo legato all'intervento la nostra iniziale esperienza attesta la possibilità di eseguire la procedura, senza l'impiego di stent ureterale post operatorio, evitando il discomfort derivante dalla sua presenza ed il ricorso ad un'ulteriore anestesia.

P11**TRANS-URETHRAL RESECTION OF BLADDER (TUR-B) PERFORMED BY MEANS OF NARROW-BAND IMAGING (NBI): A PRELIMINARY STUDY**

F. Longo, A. Del Nero, P. Bernardini, B. Mangiarotti, V. Usulli, Y. Hussein, M.I.M. Delor, G. Varischi, M. Negagnov, E. Montanari

Clinica Urologica III, Azienda Ospedaliera - Polo Universitario San Paolo, Milano

Objectives: Narrow-band imaging (NBI) is a recent endoscopic technology able to increase the detection of urothelial lesions compared to standard white-light imaging (WLI). The aim of this preliminary study is to evaluate the feasibility of trans-urethral resection of bladder lesions (TUR-B) entirely performed by means of NBI.

Patients and methods: We performed 68 TUR-Bs, 34 entirely using NBI and 34 using WLI by the same operator. All the patients had a suspected bladder lesion diagnosed by cystoscopy. We evaluated: the complication rate grading by Clavien-Dindo system, average surgery time, average time of catheter removal, average time of discharge, the rate of absence of muscular tissue in the specimen, the rate of muscular invasive bladder cancer (MI TCC), the rate of non muscular invasive low grade bladder cancer (NMILG TCC), the rate of non muscular invasive high grade bladder cancer (NMIHG TCC), the rate of carcinoma in situ (CIS).

Results: The following table demonstrates the results

Characteristics	TUR-B NBI	TUR-B WLI
Complication rate (grade I-II)	12/34 (35%)	10/34 (29%)
Average surgery time (min)	27 min (range 55-10)	32 min (range 70-11)
Average time of catheter removal (days)	2 (range 1-6)	2 (range 1-7)
Average time of discharge	3 (range 1-7)	3 (range 1-8)
Rate of absence of muscular tissue	0/34	2/34 (6%)
Rate of MI TCC	3/34 (9%)	2/34 (6%)
Rate of NMILG TCC	10/34 (30%)	12/34 (35%)
Rate of NMIHG TCC	8/34 (23%)	9/34 (26%)
Rate of CIS	1/34 (3%)	0/34

There are no statistically relevant differences between the two groups.

Discussion: Several studies in the last three years have indicated that cystoscopy performed by means of NBI increases the detection rate of bladder cancer, especially for small papillary neoplasms and CIS compared

to WLI. In addition the follow up performed by NBI cystoscopy reduces the recurrence rate. The learning curve of the NBI technique is easy. Only one other study has been conducted on the feasibility of NBI TUR-B, and demonstrates concurring results.

Conclusions: This preliminary study showed that TUR-B performed entirely by means of NBI had comparable results compared to the standard WLI TUR-B. NBI TUR-B is a safe and feasible procedure. There needs to be further studies to assess whether NBI TUR-B is able to reduce the recurrence-free survival in the patients affected by non muscular bladder cancer compared to WLI TUR-B.

Poster

Sala Belli – 4 Marzo 2011 –17.00-18.00

P18

L'URETEROSCOPIA CON URETROSCOPIO FLESSIBILE WOLF "COBRA": DUE CANALI SONO VERAMENTE MEGLIO DI UNO!

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, A. Palazzetti, E. Ammirati, B. Frea

S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

L'ureteropieloscopia flessibile (UPS) ha indicazioni diagnostiche e terapeutiche, soprattutto per patologie pieliche e caliciale. La calcolosi rappresenta la prima di queste problematiche.

Fino allo scorso anno erano in commercio solo strumenti flessibili dotati di un unico canale operativo sia per l'irrigazione che per inserire di cestelli, pinze, fibre LASER. Una volta posizionato un qualsiasi strumento nel canale operativo dell'ureteroscopia si producono una minor deflessione dell'ureteroscopia e la riduzione dell'irrigazione.

Il Cobra Wolf, da poco commercializzato in Italia, ha le caratteristiche di un diametro del "tip" distale di 6 Ch, ed un diametro prossimale di 9,9 Ch; ha due canali operativi indipendenti di 3,3 Ch ciascuno ed una deflessione alto/basso di 270°.

La presenza dei due canali permette di avere uno strumento realmente operativo in quanto è sempre mantenuta un'irrigazione lavaggio sufficiente ad una buona visione che si mantiene anche se si introducono in ciascun canale strumenti come LASER o cestelli.

Abbiamo utilizzato lo strumento confrontando le tempistiche di procedure endourologiche sovrapponibili con un evidente guadagno nei tempi operatori e migliore successo delle procedure.

L'aspetto più entusiasmante dello strumento l'abbiamo rilevato nel trattamento di calcoli caliciale anche di dimensioni cospicue: raccolti i calcoli dal calice con un cestello di Dormia portandoli in pelvi o in un calice superiore, è stato possibile eseguire la litotrixxia LASER senza dover rilasciare i calcoli (con la conseguente possibilità di dislocamento) nel passaggio tra l'estrazione del cestello e l'introduzione della fibra LASER o in

quella di introduzione di uno strumento rigido col quale trattare il calcolo. Catturare i calcoli col cestello e trattarli col LASER ha permesso di frammentare i calcoli fino a dimensioni tali da poterli estrarre attraverso la camicia di accesso ureterale.

Il doppio canale di lavoro rende finalmente operativo l'ureteroscopia flessibile: una possibilità della quale si sentiva l'esigenza.

P19

UTILIZZO DELLO STENT URETERALE ALLIUM® NEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLE STENOSI URETERALI: NOSTRA ESPERIENZA E RISULTATI PRELIMINARI

C. Leonardo, N. Tartaglia, G. Franco, C. Caliolo, P. Michetti, C. De Dominicis

UOC Urologia e Tecniche Mininvasive, Dip. Urologia "U. Bracci", Università "Sapienza" di Roma

Introduzione: Scopo del nostro studio è stato valutare l'efficacia dello stent ureterale auto-espandibile Allium® nel trattamento delle stenosi ureterali.

Materiali e metodi: Da Gennaio 2010 a Giugno 2010 sono stati selezionati 3 pz di età compresa tra i 23 e i 64 anni, due dei quali affetti da stenosi congenita del giunto pieloureterale ed uno affetto da stenosi ureterale bilaterale conseguente a schistosomiasi urinaria, non candidabili a correzione chirurgica. Tutti i pz mostravano idronefrosi della via escretrice a monte della lesione e sintomatologia algica. Su tutti i pz è stato utilizzato lo stent ureterale auto-espandibile Allium® 30 Fr ed eseguito follow-up a 6 mesi.

Risultati: I pz sottoposti alla procedura sono andati incontro a risoluzione immediata della sintomatologia; non ci sono state complicanze intra, peri e post-operatorie. In tutti i pz è stata ottenuta la completa correzione delle lesioni stenotiche documentata con imaging radiologico. Il follow-up a 3 e 6 mesi non ha mostrato complicanze post-operatorie o recidiva di stenosi.

Conclusioni: Lo stent ureterale auto-espandibile Allium® rappresenta un efficace trattamento per le stenosi ureterali nei pz non candidabili a chirurgia.

P20

UN NUOVO METODO SCINTIGRAFICO PER LO STUDIO DELL'IDRONEFROSI. DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA DILATAZIONE DELLE VIE URINARIE ED UROPATIA OSTRUTTIVA

A. D'Addessi¹, M. Vittori¹, G. Tartaglione², E. Sacco¹, P.F. Bassi¹

¹Clinica Urologica, Policlinico "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²Servizio di Medicina Nucleare, Ospedale Cristo Re, Roma

Scopo del lavoro: Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare i risultati ottenuti nella diagnosi differenziale tra dilatazione dell'alta via urinaria ed ostruzione, confrontando due procedure di scintigrafia renale MAG3-Tc99m con test diuretico:

- 1) paziente in clinostatismo ed iniezione di 40 mg di furosemide 15 minuti prima del radiofarmaco (test F -15, secondo English)
- 2) una nuova procedura con paziente in posizione seduta (SP=sitting position) ed iniezione di 20 mg di furosemide al 10° minuto dopo l'iniezione del radiofarmaco (test F+10 SP).

Materiali e metodi: 34 pazienti con diagnosi ecografica di idronefrosi (7 bilaterale) sono stati sottoposti nell'intervallo di una settimana a due scintigrafie renali con test diuretico (F -15 ed F+10SP). I tracciati sono stati analizzati tutti dallo stesso medico, non a conoscenza della storia clinica dei pazienti. I risultati sono stati classificati come "test normale, dilatazione non ostruttiva (solo per test F+10 SP), ostruzione, test equivoco e dati non applicabili".

Risultati: Delle 68 unità renali arruolate nello studio, il test F+10 SP ha documentato condizione di normalità nel 30,8% dei casi (n = 21), dilatazione senza ostruzione nel 30,8% (n = 21), ostruzione nel 36,8% (n = 25), un caso è risultato equivoco. Il test F -15 ha documentato invece condizione di non-ostruzione nel 51,5% dei casi (n = 35), ostruzione nel 29,4% (n = 20), è risultato equivoco nel 16,1% (n = 11) e non applicabile per la ridotta funzionalità renale nel 2,8% dei casi (n = 2). Il test F+10 SP non ha provocato effetti indesiderati; mentre con il test F -15: 13 pazienti hanno lamentato senso di pienezza vescicale, tre pazienti colica renale, uno ipotensione e quattro pazienti hanno interrotto lo studio per il forte stimolo minzionale. Tutti i 20 renogrammi con ostruzione del F 15, sono stati correttamente identificati anche con il Test F+10 SP.

Discussione: Il metodo che proponiamo risulta uno strumento particolarmente utile a disposizione dell'Urologo: fornisce dati sulla condizione del rene circa l'eventuale uropatia ostruttiva o la semplice idronefrosi, condizionando in modo determinante l'iter terapeutico dei pazienti. Grazie infatti alla combinazione della posizione seduta con l'ottimizzazione dell'utilizzo del Lasix, si è riusciti ad abbassare sensibilmente la percentuale di esami definiti "equivoci" dal 16% del test F-15 a meno dell' 1,5% del nuovo test (F+10 SP), riducendo altresì gli effetti indesiderati.

Conclusioni: Il test F+ 10 SP fornisce chiarificazioni nei casi risultati equivoci al test F 15, è ben tollerato dai pazienti grazie alla minor dose di furosemide e rende più rapido l'iter diagnostico, rappresentando uno degli strumenti più promettenti nella diagnosi differenziale tra dilatazione delle alte vie urinarie ed ostruzione.

Poster

Auditorium – 4 Marzo 2011 – 17.10-18.00

P12

NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE SULLA NEFRECTOMIA HAND-ASSISTED DA VIVENTE PER IL RICEVENTE PEDIATRICO: NOTE DI TECNICA E RISULTATI

G. Torino¹, M. Prieto², G. Collura¹, E. A. De Marco¹, A. Genovese³, N. Capozza¹

¹Unità di Chirurgia del Trapianto di Rene e Patologie Correlate, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma (Italia); ²Unità Trapianto Rene e Pancreas, Mayo Clinic - Rochester (Minnesota-USA); ³Unità di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, Ospedale G.B. Grassi, Ostia (Italia)

Introduzione: La nefrectomia per donazione da vivente può essere eseguita mediante incisione chirurgica classica (tecnica "open") oppure mediante tecniche mininvasive come: la laparoscopia/retroperitoneoscopia standard, la "hand-assisted" laparoscopia, la laparoendoscopia con un singolo accesso chirurgico (L.E.S.S.) ed infine la chirurgia endoscopica transluminale mediante gli orifizi naturali (N.O.T.E.S.) che però rimane ad oggi ancora una soluzione sperimentale.

Noi riteniamo che tra le tecniche mininvasive, attualmente, la laparoscopica hand-assisted sia preferibile per la sua facilità di esecuzione oltre che sicurezza sia per il donatore che per il graft.

In questo studio è riportata la nostra iniziale esperienza (sia come note di tecnica che come risultati) inerente la nefrectomia hand-assisted da vivente per il ricevente pediatrico

Conclusioni: La nefrectomia hand-assisted per donazione da vivente rappresenta, nella nostra iniziale esperienza, una metodica minivasiva, sicura, facilmente eseguibile e con un buon outcome sia per il donatore che per il ricevente pediatrico.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 175 minuti (range 120-210 minuti) con assenza di perdite ematiche e complicanze intraoperatorie.

Il dolore postoperatorio è stato ben controllato con 90 mg di Toradol in prima giornata postoperatoria, 60 mg in seconda giornata mentre non sono stati necessari farmaci antidolorifici in terza giornata.

La degenza media è stata 3,3 giorni (range 3-4 giorni). Il follow-up postoperatorio è stato caratterizzato da una pressione arteriosa regolare, assenza di complicanze ed una funzionalità renale, sia del donatore che del graft, nella norma.

Metodi: Da Giugno 2010 a Gennaio 2011, 3 donatori (1 maschio e 2 femmine) sono stati ritenuti idonei alla donazione di rene per un ricevente pediatrico consanguineo. In tutti e 3 i donatori (range di età, 40-50 anni; età media 43,3 anni) è stato eseguito un prelievo di rene sinistro con tecnica hand-assisted.

Nella fase intraoperatoria sono stati valutati i tempi operatori, le perdite ematiche ed eventuali complicanze mentre nel follow-up postoperatorio (range 1-7 mesi; media 3 mesi) sono stati monitorizzati i tempi di degenza, il dolore (trattato farmacologicamente per VAS > 4), la pressione arteriosa, la funzionalità renale (mediante esami seriati di sangue ed urina) sia del donatore che del graft ed eventuali complicanze.

La nostra tecnica chirurgica è stata importata dalla Mayo Clinic (Rochester-USA) che nel periodo 01/01/2000 al 01/01/2010 ha eseguito 1684 nefrecto-

mie hand-assisted per donazione da vivente. Tale tecnica consiste nell'eseguire una incisione di 7 cm, a livello sottombelicale mediano o sovrappubico trasverso, attraverso cui si inserisce la mano sinistra dell'operatore previa applicazione di uno speciale strumento (Gel Port) necessario a mantenere il pneumoperitoneo. Successivamente, si posizionano altri due trocar di cui uno operativo da 12 mm nel punto di Mc-Burney ed uno da 5 mm per l'ottica (a 30 gradi) a 3 cm dall'arcata costale allineato al trocar operativo. Posizionati i trocar si apre la doccia parieto-colica e si scolla il colon dal rene, poi si apre la capsula di Gerota e si libera il rene. A questo punto si preparano i vasi renali che vengono sezionati con suturatrice vascolare a livello del piano aorto-cavale previa sezione su clip dell'uretere distale. Infine si estrae il rene dall'incisione precedentemente eseguita.

Sabato 5 Marzo 2011

Video

Sala Trilussa – Sabato 5 Marzo 2011 – 15.15-17.15

V37

EMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA PER DOPPIO DISTRETTO URETERALE COMPLETO ESCLUSO

P. Gontero, Si. Giona, M. Oderda, A. Gurioli, A. Greco, G. Berta, L. Repetto

Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italy

Introduzione: L'approccio laparoscopico sta divenendo lo standard of care nella chirurgia del rene. Oltre ai vantaggi di una più rapida ripresa post-operatoria e tempi di degenza più brevi rispetto alla chirurgia open, la laparoscopia consente una visione molto accurata di strutture anatomiche anomale nei casi di malformazioni renali, consentendo di eseguire interventi estremamente accurati mediante tecniche chirurgiche relativamente semplici. Il presente caso di eminefrectomia laparoscopica eseguita per un caso di un doppio distretto ureterale completo escluso efficace semplifica quanto detto.

Metodi: Presentiamo il caso di una donna di 70 anni con diagnosi di emirene sinistro escluso, in un quadro di duplicità ureterale completa, con funzionalità renale conservata. Da alcuni mesi la paziente lamentava algie persistenti al fianco sinistro. L'ecografia mostrava presenza a sinistra di una cisti concamerata di 9 x 6 cm, con parenchima renale non chiaramente visibile. Veniva consigliata quindi esecuzione di una uro-TC, che mostrava un quadro di doppio distretto completo sinistro. Il distretto inferiore, che interessava i 2/3 caudali dell'emuntore, era trasformato in grosse sacche

idronefrotiche, con netto assottigliamento del parenchima residuo. Non si osservavano segni di eliminazione di urina opaca; il relativo uretere non risultava opacizzato ma non appariva dilatato. Si notava la presenza di due arterie renali a sinistra. Alla luce della clinica e del dato TC, veniva posta indicazione ad esecuzione di eminefrectomia laparoscopica, previo posizionamento di catetere ureterale doppio J nell'emidistretto superiore.

L'approccio laparoscopico permetteva una precisa visualizzazione del rene e delle sue strutture vascolari consentendo un accurato isolamento. Si repertava due arterie renali, due vene renali messe in comunicazione da un ramo anastomotico e due ureteri. Si procedeva ad isolare il distretto renale inferiore, trasformato in una grossa sacca idronefrotica; veniva clippata l'arteria renale responsabile della vascolarizzazione di tale distretto. Successivamente venivano clippati i due rami venosi responsabili del drenaggio del distretto in questione. La cisti renale, descritta dall'ecografia, veniva repertata a livello del polo inferiore, separata dalla via escretrice. Si procedeva alla sua decapitazione, dopo aver escluso la presenza di lesioni al suo interno. Si completava quindi l'eminefrectomia con la sezione dell'emirene escluso e la ricostruzione con punti in Vycril su parenchima e capsula.

Risultati: Il catetere vescicale è stato rimosso in seconda giornata e la paziente è stata dimessa in quarta giornata post-operatoria. Il decorso post-operatorio è stato regolare, senza complicanze. Lo stent ureterale è stato rimosso dopo 8 giorni.

Dal 2006 al 2010 abbiamo eseguito 4 interventi di exeresi laparoscopica di un doppio distretto renale escluso risultati tutti tecnicamente semplici, con tempi operatori sempre inferiori ai 60 minuti e tempi di degenza non superiori ai 4 giorni.

Conclusioni: L'approccio laparoscopico di eminefrectomia in caso di doppio distretto renale escluso dovrebbe rappresentare la metodica chirurgica standard a motivo della sua semplicità di esecuzione e minima invasività.

V38

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE SEC. ANDERSON-HYNES: NOTE DI TECNICA E RISULTATI DOPO 100 CASI

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vignolini, A. Crisci, L. Masieri, O. Saleh, Ma. Salvi, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

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

Introduzione: La pieloplastica laparoscopica sec. Anderson-Hynes rappresenta il gold standard per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale (SGPU), essa infatti presenta risultati sovrapponibili a quelli che si ottengono con la tecnica open, con i vantaggi della chirurgia mininvasiva.

Nel seguente video descriviamo i tempi chirurgici della pieloplastica laparoscopica sec. Anderson-Hynes con

approccio transperitoneale eseguita presso il nostro centro e riportiamo i risultati morfofunzionali dopo l'esecuzione dei primi 100 interventi.

Metodi: Nel periodo compreso tra Marzo 2005 e Dicembre 2010, 100 pazienti, 47 maschi, 53 femmine (età media 31, range 15-59) con diagnosi incidentale o sintomatica di SGPU, sono stati sottoposti ad intervento di pieloplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson-Hynes. In 11/100 (11%) casi è stato adottato un approccio transmesocolico. In tutti i pazienti è stato utilizzato l'approccio con 3-5 porte di cui una da 12 mm (trocar di Hasson ombelicale/paraombelicale) e le restanti da 5 mm. Lo stent doppio J è stato posizionato sempre per via anterograda, durante l'esecuzione dell'intervento, al termine della sutura del piatto posteriore dell'anastomosi. L'anastomosi è stata confezionata con sutura Vicryl 5-0.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 120 min (90-390). Gli ultimi 30 casi sono stati tutti effettuati con tempi chirurgici sempre inferiori a 120 minuti. Complessivamente, 19 pazienti (19%) presentavano un vaso anomalo che ha richiesto in 15 casi (15/19, 79%) la trasposizione; 9 (9%) avevano litiasi associata. Nessuna conversione open delle procedure è stata richiesta. Il tempo medio di inserimento dello stent ureterale è stato di 5 min (3-22 min), risultando correttamente posizionato in 99 casi (99/100, 99%). La degenza ospedaliera media è stata di 4 giorni (3-10); abbiamo riportato 4 complicanze postoperatorie (4%): perdita prolungata dal drenaggio in 2 casi, un caso di broncopolmonite trattata con antibiotici, un'emorragia sottoglissoniana, originata da un'emangioma epatico, trattata conservativamente senza la necessità di emotrasfusioni e con dimissione in VII giornata postoperatoria.

Ad un follow up medio (range) di 36 (1-72) mesi il successo della procedura, inteso come miglioramento morfofunzionale, con assenza o riduzione dell'idronefrosi, in paziente asintomatico, è stato del 97%. In 3 pazienti (3/100, 3%) si è osservata una recidiva, ritrattata per via endoscopica o chirurgica a cielo aperto.

Conclusioni: La pieloplastica laparoscopica sec. Anderson-Hynes, con posizionamento di stent per via anterograda si dimostra una tecnica efficace e sicura in grado di determinare la risoluzione del quadro morfofunzionale e della sintomatologia clinica, con un tasso di successo pari al 97%.

V39 PIELOPLASTICA MINILAPAROSCOPICA: NOTE DI TECNICA

M. Falsaperla, M. Puglisi

Clinica Urologica dell'Università di Catania

Nel nostro video riportiamo il caso di una pieloplastica dismembered sinistra eseguita per via laparoscopica transperitoneale mediante tecnica minilaparoscopica con strumenti da 3 mm Storz (R) in paziente di sesso femminile di 15 anni di età giunta alla nostra osserva-

zione per idronefrosi gigante sintomatica, come documentato all'esame URO TC. La tecnica è stata eseguita posizionando trocar ottico a palloncino in sede ombelicale e 2 trocar da 3 mm in sede pararettale sinistra. Fase iniziale dell'intervento è stata rappresentata dalla mobilizzazione del colon discendente con accesso allo spazio retroperitoneale utilizzando hook per la creazione dei piani anatomici e per la dissezione della voluminosa pelvi e dell'uretere dai tessuti limitrofi. Eseguito un ottimale isolamento della giunzione pieloureterale si è effettuata incisione a freddo della parete pielicca che viene ampiamente rimossa previo spatulamento dell'uretere utilizzando come supporto ago di Ranfac per la sospensione pielicca. Si è effettuata quindi l'anastomosi tra l'uretere e la pelvi con 4 semicontinue, la prima posteriore, la seconda anteriore, concludendo l'anastomosi con 2 suture semicontinue configuranti la plastica propria della pelvi, previo posizionamento di stent ureterale JJ su guida idrofilica precedentemente inserita per via ascendente. Non si è avuto alcun sanguinamento intraoperatorio né evidenza di leakage per cui l'intervento si è concluso senza posizionamento di drenaggio.

La tecnica è particolarmente agevole soprattutto per la sutura in quanto i portaaghi ergonomici da 3 mm consentono una perfetta presa dell'ago da 17 mm altrimenti particolarmente complessa rispetto ai porta aghi standard. Ciò velocizza i tempi chirurgici, inoltre dal punto di vista estetico non è necessario eseguire suture ma sterilstrip. La porta ottica ombelicale da 10 mm è utile ed indispensabile nella necessità di dovere rimuovere delle ampie aree tissutali rimosse durante la pieloplastica stessa.

V40 REIMPIANTO URETERALE CON APPROCCIO COMBINATO LAPARO-ENDOSCOPICO

L. Repetto, P. Piana, A. Gurioli, M. Oderda, A. Greco, G. Berta, P. Gontero

Università di Torino, Divisione di Urologia, Ospedale Molinette, Italia

Introduzione: Stenosi dell'uretere terminale non infrequentemente possono rappresentare complicanze di interventi ginecologici eseguiti con tecnica laparoscopica. L'utilizzo di un approccio laparoscopico sincrono (in corso di intervento ginecologico) oppure metacrono per la loro correzione consente di garantire al paziente i criteri di mini-invasività adottati nell'intervento iniziale minimizzando nel contempo l'impatto emotivo derivante dalla complicanza stessa. In questo video, descriviamo una tecnica relativamente semplice di reimpianto ureterale con approccio combinato laparoscopico ed endoscopico.

Metodi: La paziente, di 46 anni, presenta comparsa di idronefrosi sinistra causata da una stenosi ureterale iatrogena, verificatasi in seguito ad intervento di isteroannessiectomia laparoscopica. La URO-TC dimostra una marcata dilatazione calicopielica ed ureterale a sinistra, con una netta riduzione del calibro ureterale

pelvico, a coda di topo, riconducibile ad esiti fibrocicatriziali. Viene perciò posta indicazione ad intervento di reimpianto ureterale. Si procede all'esecuzione dell'intervento con duplice approccio laparoscopico ed endoscopico. Alla paziente in decubito supino con Trendelenburg di circa 30° vengono inserite 3 porte laparoscopiche, una per l'ottica in sede paraombelicale e 2 porte operative. Dopo accurato isolamento dell'uretere distale (precedentemente stentato con doppio J), sezione del tratto stenotico e spatulamento del moncone in zona sana per via laparoscopica, viene effettuato un controllo endoscopico della vescica: la transilluminazione della vescica con cistoscopia consente di individuare con precisione la sede ottimale del reimpianto. Incisione della parete vescicale nel punto trans illuminato dal cistoscopia con bisturi laparoscopico. Con una pinza da presa endoscopica, fatta fuoriuscire dal tramite vescicale, si trascina il moncone ureterale all'interno della vescica per almeno 1 cm. L'uretere viene solidarizzato alla vescica mediante apposizione per via laparoscopica di 4 punti staccati in Vicryl 4-0 transfiggenti la muscolatura ureterale ed il detrusore.

Risultati: La paziente è stata dimessa in terza giornata post-operatoria con catetere vescicale, che è stato rimosso dopo 10 giorni. Lo stent ureterale è stato rimosso dopo 40 giorni. L'ecografia/TC eseguita 2 mesi dopo l'intervento non ha evidenziato idronefrosi né ostruzione residua. La cistografia eseguita successivamente non ha evidenziato reflusso.

Conclusioni: L'approccio combinato laparoscopico/endoscopico testé descritto rappresenta una tecnica relativamente semplice e mini-invasiva di reimpianto ureterale nei casi di stenosi dell'uretere pelvico.

V41

RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI FISTOLA RETTO VESCICALE POST PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA

P. Parma¹, A. Samuelli², B. Dall'Oglio², C. Bondavalli¹, F. De Luca¹

¹Divisione di Urologia Ospedale Fatebenefratelli Milano; ²Divisione di Urologia Ospedale Carlo Poma Mantova

Introduzione: presentiamo il video di una riparazione laparoscopica di una fistola tra retto e vescica post intervento di prostatectomia radicale retro pubica. La lesione del retto non era stata riconosciuta durante l'intervento. La fistola retto vescicale è comparsa in 14° giornata post operatoria. Dopo un tentativo fallito di trattamento conservativo si è optato per la riparazione laparoscopica della fistola.

Metodi: si è eseguita preventivamente una uretrocistoscopia che evidenzia la fistola retto vescicale dietro il collo vescicale ad ore 5 distalmente all'ostio ureterale sx e si posizionano 2 stent ureterali. Col paziente in posizione supina si posizionano con tecnica di Hasson 5 trocar ad U rovesciata trans peritoneali in scavo pelvico come per la procedura di prostatectomia laparoscopica. Lisi di aderenze del sigma, aperto il Douglas si

separa la vescica dal retto. Procedendo distalmente si incontrano le tenaci aderenze tra vescica e retto nella sede della pregressa prostatectomia. Si apre ampiamente la parete posteriore vescicale longitudinalmente tra i 2 osti ureterali fino ad arrivare al collo vescicale. A questo punto si evidenzia la lesione del retto di 2 cm di diametro sulla parete anteriore. La fistola si trova distalmente all'ostio ureterale di sinistra in prossimità del collo vescicale. Si separano ampiamente le pareti della vescica dal retto in modo da esporre e i margini della lesione rettale. Asportazione dei margini del tramite fistoloso.

Si esegue la sutura in doppio strato della lesione del retto in Vicryl 3-0 e si esegue una prova di tenuta della sutura con una sonda rettale. Si scolpisce un lembo di peritoneo del Douglas che viene interposto tra la vescica ed il retto e fissato con 2 punti distalmente alla rima di sutura del retto. Chiusura della vescica con punti staccati a livello del trigono dove era presente il tramite fistoloso ed in continua sulla parete posteriore della vescica. Si posiziona un drenaggio, si chiudono le porte e si confeziona una colostomia escludente fatta uscire allargando il tramite del trocar in sede para-rettale di sinistra.

Risultati: il tempo operatorio è stato pari a 240 minuti. Non vi sono state complicanze post operatorie. Il catetere vescicale è stato rimosso ad 1 mese dall'intervento previa cistografia che non ha mostrato spandimenti urinosi. Dopo 3 mesi dall'intervento è stata chiusa la colostomia. Il paziente non ha presentato recidive del tramite fistoloso ad un follow up di 9 mesi.

Conclusioni: il trattamento delle fistole retto vescicali post intervento di prostatectomia radicale rimane una procedura complessa: diversi tipi di approccio chirurgico correttivo sono stati descritti. La correzione laparoscopica è una alternativa agli approcci standard. La visione magnificata permette una ottima visione della fistola in un campo molto profondo e stretto. Permette inoltre un agevole confezionamento della colostomia. La correzione laparoscopica delle fistole retto uretrali è un intervento difficile per laparoscopisti esperti che può essere considerato una alternativa ad altri approcci più invasivi.

V42

RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI FISTOLA VESCICO-VAGINALE: DESCRIZIONE DELLA TECNICA E NOSTRA ESPERIENZA

G. Caddeo, M. Fanari, S. Serra, A. Corona, P. Usai, A. De Lisa

Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

Introduzione: Il trattamento delle fistole vescico-vaginali, quali conseguenza di chirurgia ostetrica e ginecologica, prevede un trattamento transvaginale o transadominale a cielo aperto o laparoscopico. Descriviamo una tecnica di trattamento laparoscopico extravescicale, trans peritoneale al fine di ridurre la morbilità dell'intervento.

Materiali e metodi: Nel periodo tra Novembre 2009 e Luglio 2010, abbiamo trattato 4 pazienti con età media di 51 anni (range 29-80), affette da fistola vescico-vaginale, secondaria a chirurgia ginecologica (isterectomia). L'orifizio fistoloso era in tutti i casi sopra trigonale con un diametro variabile fra i 5 e 15 mm. La manifestazione clinica è avvenuta 1-6 settimane dopo l'intervento che è stato condotto a distanza di un tempo variabile tra 6 settimane e 5 anni dall'intervento Ginecologico. Le pazienti hanno eseguito: TC addome-pelvi con m.d.c. e cistografia. Le pazienti sono state poste in posizione supina a gambe divaricate Trendelenburg 45°. Disposizione di 5 trocar bladeless (adapt[®]) intraperitoneali, con il principale sull'ombelico, e gli altri disposti sulla linea che congiunge quest'ultimo alla spina iliaca antero-superiore. Individuata la cupola vaginale si procedeva ad incisione del peritoneo e a ricavarci nello spazio vescico-vaginale un piano tra la parete vaginale anteriore e la vescica, sino ad isolare l'orifizio fistoloso che veniva esciso. Successivamente dopo aver proceduto a sutura della parete vaginale e di quella vescicale in contrapposizione veniva inserito, qualora fosse disponibile, o un lembo omentale o il peritoneo della cupola vescicale. La riperitoneizzazione concludeva l'intervento. Sono stati valutati i giorni di degenza media, l'esito della cistografia dopo sette giorni, tempo di permanenza del catetere posizionato a fine intervento, complicanze precoci e tardive.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 180min, degenza media sei giorni, tempo alla rimozione del catetere vescicale 10 giorni, follow up medio 3 mesi (range 1-7). Recidive assenti. Numeri di successi è stato di 4:4. Non si sono rilevate complicanze precoci e tardive, non è stato necessario effettuare trasfusioni ematiche.

Discussione: Nel trattamento delle fistole vescico-vaginali, la scelta dell'approccio dipende dalle preferenze e dell'esperienza del chirurgo. Nella nostra clinica, l'approccio a questo tipo di patologia era per via trans vescicale a cielo aperto o trans vaginale. Con l'aumentare dell'esperienza in laparoscopia, si è voluto verificare la fattibilità di un intervento laparoscopico che, evitando la tecnica proposta da O' Connor, fosse meno invasivo in considerazione della limitata dissezione e sezione dei piani. La localizzazione della fistola, le dimensioni, le caratteristiche dei tessuti ed eventuali comorbidità della paziente, possono influenzare i risultati delle varie tecniche. In letteratura esistono serie limitate di pazienti trattate per via laparoscopica che prevedono sia l'approccio trans, che extra vescicale con percentuali di successo prossime al 100%, e con bassi tassi di conversione. Non si evidenziano grosse differenze nei tempi di permanenza del catetere tra le varie casistiche.

Conclusioni: La tecnica laparoscopica extravescicale nel trattamento delle fistole vescico-vaginali, sembra essere una procedura sicura ed efficace e costituisce una buona alternativa agli altri tipi di approccio.

V43

TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI FISTOLA VESCICO SIGMOIDEA

T. Brancato¹, R. D'Ascenzo¹, P. Nupieri¹, G. Orsolini¹, G. Paulis¹, L. Solinas²

¹UOC Urologia; ²UOC Chirurgia Ospedale Regina Apostolorum Albano Laziale, Roma

Caso Clinico: paziente di 46 anni senza precedenti di patologie vescicali o coliche, giunge alla nostra osservazione per riferita fecaluria e pneumaturia insorte 3 mesi prima dopo un episodio febbrile trattato come influenzale. Dopo esami ematochimici di routine, una TC addome pelvi con contrasto mostra, a livello pelvico, un ispessimento della parete laterale sinistra della vescica che risulta aderente ad un'ansa del sigma con notevole periviscerite. Si apprezza la presenza di due tramiti fistolosi tra il lume del sigma e quello della vescica nel cui contesto si apprezza bolla gassosa.

La colonscopia conferma lo stiramento del sigma verso la vescica e la presenza di numerosi diverticoli pur non evidenziando chiaramente il tramite fistoloso.

Anche un clisma opaco eseguito preoperatoriamente mostra numerosi diverticoli del 3° medio del sigma pur non evidenziando chiaramente il tramite fistoloso. La cistoscopia conferma la presenza di piccolo tramite fistoloso della parete laterale sinistra-cupola. Il paziente viene quindi sottoposto ad intervento di affondamento della fistola vescica-sigmoidea e colectomia sinistra per via laparoscopica.

Intervento: paziente in posizione supina con minimo Trendelenburg. Si posizionano sotto visione Hasson in sede ombelicale e, dopo pneumoperitoneo, altri due trocar da 10 mm tra ombelico e spina iliaca anteriore superiore.

Liberazione del tramite fistoloso dal sigma per via smussa e con l'ausilio dell'Ultracision (Ethicon Endosurgery Inc.); Recentazione della fistola con ultracision; Sutura della breccia vescicale con 2 piani mucoso e muscolare in Vicril 3/0.

Terminato il tempo vescicale si introduce un quarto trocar da 10 mm sulla ascellare media destra e si inizia la liberazione del colon sinistro. Si evidenzia l'uretere sinistro ed i vasi mesenterici inferiori che vengono legati con clip Hem-o-lock (Teleflex Inc.) e sezionati; Preparazione della doccia parietocolica e del colon pelvico fino alla riflessione peritoneale; Sezione del colon distale con endogiaTS 45 (Ethicon Endo-surgery Inc.) Si amplia quindi la porta pelvica sinistra fino a permettere la fuoriuscita del colon sinistro che viene sezionato per circa 15 cm. Sul moncone prossimale si esegue borsa di tabacco sulla testa di un Stappler EEA 28 (Covidien Surgical) e si riaffonda il colon nell'addome.

Un assistente introduce il braccio dell'EEA 28 nell'ano con fuoriuscita dell'ago attraverso il moncone del retto. La testina viene quindi infilata sull'ago e lo strumento viene chiuso per eseguire l'anastomosi meccanica. Il controllo della tenuta è ottenuto introducendo dell'aria nel retto.

Si procede quindi a riperitoneizzazione dello scavo pelvico previa applicazione di un tubo di drenaggio retroperitoneale paraanastomotico e di un secondo drenaggio peritoneale.

Le brecche chirurgiche sono suturate con vicril rapid 3/0. Le perdite ematiche sono state di circa 200 ml, ed il tempo operatorio di 260 minuti. Il paziente è stato dimesso in nona giornata postoperatoria ed ha eseguito una clisma di controllo, risultato negativo per deiscenze o fistole, dopo circa 10 gg dalla dimissione.

Conclusioni: il trattamento laparoscopico può ormai sostituire l'approccio "open" nel trattamento delle fistole vescico-sigmoidee.

V44

ROBOTIC REPAIR OF VESICO-VAGINAL FISTULA USING A PEDICLED PERITONEAL FLAP

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Aneschi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome

Vesico-vaginal fistulas are rare in the western world and are usually a complication of gynecologic surgery. We describe in this video our technique of robotic repair of complex vesico-vaginal fistulas by interposition of a pedicled peritoneal flap.

Salient features of the technique are as follow: cystoscopy with bilateral ureteral stenting; placement of a 5 Charr catheter into the fistula brought out through the vagina; posterior longitudinal cystotomy; excision of the fistula; viable tissue between vagina and bladder is found; opening of the vesico-vaginal septum and mobilization of the vaginal flaps to allow transverse tension-free closure; double-layer longitudinal bladder closure to avoid overlapping sutures; interposition of a pedicled peritoneal flap between the two perpendicular suture lines.

Three patients underwent robotic repair of vesico-vaginal fistula by the use of a pedicled peritoneal flap. Mean operative time was 127 minutes. No intraoperative or postoperative complications were encountered. Hospital stay was between two and three days. Catheter was removed at 2 weeks postoperatively. At 10 months we did not observe any fistula recurrence.

Robotic repair of complex vesico-vaginal fistula using a pedicled peritoneal flap can be safely and efficiently performed. It represents a minimally invasive alternative to the standard open repair.

V45

L'UTILIZZO DI V-LOC™ 90 ABSORBABLE WOUND CLOSURE DEVICE PER LA CHIUSURA DI URETEROTOMIA DURANTE URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEOSCOPICA

G. Isgro, S. Micali, C. De Carne, C. Guarasci, N. Ferrari, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

Introduzione: L'ureterolitotomia laparoscopica eseguita

sia per via trans peritoneale sia retro peritoneale, è considerata un trattamento di seconda linea per la calcolosi ureterale è tuttavia indicata nei casi di calcoli ureterali impattati.

Caso Clinico: Maschio di 35 anni, anamnesi personale negativa per altri episodi di colica renoureterale, giunto all'osservazione urologica per dolore e senso di peso persistente al fianco di destra; l'urografia, eseguita circa 2 mesi prima mostrava la presenza di litiasi ureterale radiopaca prossimale di 2 cm di diametro massimo, associata a modica dilatazione renoureterale.

Tecnica Chirurgica: Il paziente è stato sottoposto ad ureterolitotomia retroperitoneoscopica destra: con il paziente in decubito laterale destro lsi accede sotto visione allo spazio retro peritoneale a livello del triangolo di Petit mediante trocar ottico da 10 mm, lo spazio di lavoro viene creato secondo la tecnica di Gaur. L'uretere è isolato fino ai vasi iliaci comuni caudalmente, sotteso mediante filo di sutura passato attraverso la cute, ed isolato cranialmente fino al di sopra del calcolo. Dopo l'ureterotomia e l'asportazione del calcolo, si posiziona stent ureterale 4.7 ch x 26 cm e successivamente si sutura agevolmente l'ureterotomia mediante il filo di sutura V-Loc™ 90 2-0. Tale passaggio è eseguito con grande facilità e rapidità. Grazie alle proprietà di questo filo non sono necessari nodi intracorporei per serrare la sutura. Il paziente è stato dimesso dopo 36 ore dalla fine della procedura, dopo avere rimosso catetere la sera dell'intervento ed il drenaggio il mattino della I giornata post operatoria. Lo stent è stato rimosso senza problemi dopo 14 giorni.

Commento: L'adozione di questo filo di sutura ha reso questa procedura più rapida, facile e sicura tanto da poter eseguire anche con tecnica LESS. In questo caso, viste le difficoltà avute precedentemente ad eseguire questo intervento in LESS, la procedura è stata eseguita in modo laparoscopico "tradizionale". La proprietà auto-bloccante del filo rendono superfluo eseguire nodi intracorporei, e quindi si adatta alla mancanza di triangolazione della tecnica LESS ed al ridotto spazio di lavoro della chirurgia retroperitoneoscopica.

V45

L'UTILIZZO DI V-LOC™ 90 ABSORBABLE WOUND CLOSURE DEVICE PER LA CHIUSURA DI URETEROTOMIA DURANTE URETEROLITOTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEOSCOPICA.

G. Isgro, S. Micali, C. De Carne, C. Guarasci, N. Ferrari, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università di Modena e Reggio Emilia, Policlinico Universitario di Modena

Introduzione: L'ureterolitotomia laparoscopica eseguita sia per via trans peritoneale sia retro peritoneale, è considerata un trattamento di seconda linea per la calcolosi ureterale è tuttavia indicata nei casi di calcoli ureterali impattati.

Caso Clinico: Maschio di 35 anni, anamnesi personale negativa per altri episodi di colica renoureterale, giunto

to all'osservazione urologica per dolore e senso di peso persistente al fianco di destra; l'urografia, eseguita circa 2 mesi prima mostrava la presenza di litiasi ureterale radiopaca prossimale di 2 cm di diametro massimo, associata a modica dilatazione renoureterale.

Tecnica Chirurgica: Il paziente è stato sottoposto ad ureterolitotomia retroperitoneoscopica destra: con il paziente in decubito laterale destro l'isi accede sotto visione allo spazio retro peritoneale a livello del triangolo di Petit mediante trocar ottico da 10 mm, lo spazio di lavoro viene creato secondo la tecnica di Gaur. L'uretere è isolato fino ai vasi iliaci comuni caudalmente, sotteso mediante filo di sutura passato attraverso la cute, ed isolato cranialmente fino al di sopra del calcolo. Dopo l'ureterotomia e l'asportazione del calcolo, si posiziona stent ureterale 4.7 ch x 26 cm e successivamente si sutura agevolmente l'ureterotomia mediante il filo di sutura V-Loc™ 90 2-0. Tale passaggio è eseguito con grande facilità e rapidità. Grazie alle proprietà di questo filo non sono necessari nodi intracorporei per serrare la sutura. Il paziente è stato dimesso dopo 36 ore dalla fine della procedura, dopo avere rimosso catetere la sera dell'intervento ed il drenaggio il mattino della I giornata post operatoria. Lo stent è stato rimosso senza problemi dopo 14 giorni.

Commento: L'adozione di questo filo di sutura ha reso questa procedura più rapida, facile e sicura tanto da poter eseguire anche con tecnica LESS. In questo caso, viste le difficoltà avute precedentemente ad eseguire questo intervento in LESS, la procedura è stata eseguita in modo laparoscopico "tradizionale". La proprietà auto-bloccante del filo rendono superfluo eseguire nodi intracorporei, e quindi si adatta alla mancanza di triangolazione della tecnica LESS ed al ridotto spazio di lavoro della chirurgia retroperitoneoscopica.

V46 ROBOTIC PYELOLITHOTOMY AND PYELOPLASTY IN HORSESHOE KIDNEYS

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli
San Giovanni Hospital, Rome

One of the more challenging situations when considering pyeloplasty and pyelolithotomy is the presence of a horseshoe kidney. We describe our technique of robotic pyelolithotomy and pyeloplasty in two patients with a horseshoe kidney.

A 34-year-old woman with a 2 cm pelvic stone and UPJ obstruction in the left hemisystem of a horseshoe kidney and a 58-year old male with two stones, respectively 5 cm in the pelvis with ramification in the lower calyx and 3 cm in the upper calyx of the left hemisystem of a horseshoe kidney. A transperitoneal four-port approach is used. In this cases we do not use the fourth arm. We identify and prepare the ureter up into the dilated renal pelvis. In a horseshoe kidney the left gonadal vein crosses the UPJ and is therefore divided. The renal pelvis is isolated and then opened. The sto-

nes are found and extracted. The redundant pelvis is excised. The ureter is spatulated on its posterior side. A running suture is performed for the posterior aspect of the pelvi-ureteric anastomosis. A 6 French JJ stent is introduced in an antegrade manner through the assistant port. The anterior aspect of the anastomosis is then completed with a running suture.

In both cases we did not consider necessary the division of the isthmus. We did not observe perioperative complications. Operative time was 148 and 105 minutes respectively, estimated blood loss was negligible and hospital stay was 3 days in both cases. The patients had durable clinical and radiographic success at 6 months.

The indications for robotic-assisted pyeloplasty and pyelolithotomy can be extended to anatomically challenging cases such as patients with horseshoe kidneys. Robotics allows surgeons to perform these complex procedures safely and effectively.

V47 URETEROCISTONEOSTOMIA LAPAROSCOPICA, NOSTRA ESPERIENZA

A. Polara, L. Aresu, A. Cielo, F. Maritati, M. Occhipiti, G. Grosso

Casa di Cura Polispecialistica Dott. Pederzoli, Peschiera del Garda, Verona

Obiettivi: Nel presente video descriviamo la tecnica di ureterocistoneostomia sec. Le Duc riprodotta con approccio laparoscopico.

Materiali e metodi: Dal 2003 ad oggi nella nostra Istituzione sono stati eseguiti 70 interventi di ureterocistoneostomia laparoscopica. La valutazione preoperatoria ha incluso TC, RM o pielografia retrograda, le indicazioni a tale procedura sono state la stenosi ureterale (32.2%), complicanza intraoperatoria in corso di prostatectomia radicale (2.8%), l'endometriosi pelvica (65%). Riportiamo i principali steps operatori: individuazione ed isolamento dell'uretere, sezione dell'uretere, sutura del detrusore al tendine dello psoas, incisione del detrusore, creazione del tunnel sottomucoso, reimpianto ureterale, stenting intracorporeo, completamento dell'anastomosi.

Risultati: È stato registrato un tempo medio operatorio di 110 min ed un tempo medio di ospedalizzazione di 5 giorni.

Non sono state registrate complicanze intraoperatorie. In un caso è insorta sepsi da uroperitoneo infetto, trattata con drenaggio percutaneo.

Ad un follow-up mediano di 3 anni non sono stati eseguiti re-stenting o re-trattamenti.

È stata rilevata recidiva di reflusso vescico ureterale sintomatico in una paziente affetta da megauretere refluyente.

Conclusioni: L'ureterocistoneostomia sec Le Duc riprodotta laparoscopicamente si è dimostrata una tecnica sicura ed efficace. La psoizzazione della vescica, effettuata nell'80% dei casi, ha permesso il confezionamen-

to di anastomosi tension-free in assenza di recidive stenotiche, risultato che riteniamo ascrivibile altresì al minimale isolamento dell'uretere pelvico, con conseguente minor devascularizzazione della tonaca sierosa.

V48

ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI CALCOLO MEDIO-URETERALE

L. Repetto¹, M. Oderda², P. Gontero²

¹S.S.C.V.D "La Laparoscopia in Chirurgia ed in Urologia" - Dipartimento di Chirurgia - Az.O. S.Giovanni Battista di Torino (Molinetto); ²SCU di Urologia I - Az.O. S.Giovanni Battista di Torino (Molinetto)

Il filmato descrive la risoluzione di una marcata idronefrosi determinata da un calcolo di più di 1 cm di diametro incuneato circa a metà dell'uretere. I calcoli si formò e si ingrandì a causa di un ben evidente kinking che impediva un buon drenaggio dell'urina. Questo inginocchiamento impediva per altro la risalita di qualunque ureteroscopio per tentare la litotrissia con Laser. *Materiali e metodi:* Abbiamo posizionato il paziente in decubito controlaterale con modica spezzatura e Sondino NasoGastrico. Utilizziamo l'accesso trans peritoneale per avere più spazio di manovra. Isoliamo l'uretere in una ampia porzione dopo aver scollato la doccia parietocolica e medializzato il colon. Con questa manovra risolvemmo anche l'inginocchiamento ureterale vera causa di tutta la conseguente patologia. Incidemmo l'uretere verticalmente ma subito sopra la collocazione del calcolo al fine di incidere e suturare su mucosa più sana e non gravata dal decubito. Sgusciammo il calcolo e dopo aver posizionato il filo guida e collocato lo stent suturammo l'uretere in senso trasversale.

Posizionammo anche colla tissutale diluita opportunamente in modo che avesse azione incollante e non vetrificante.

Conclusioni: In questo specifico caso la laparoscopia ha dimostrato tutta la propria efficacia. Tre piccole incisioni e tre giorni di degenza hanno permesso la guarigione del paziente, avendo rimosso il calcolo e risolto l'idronefrosi.

La laparoscopia ha permesso la risoluzione definitiva del kinking che qualunque altra tecnica endoscopica non avrebbe mai rimosso.

Da tempo noi crediamo sempre più in un coinvolgimento laparoscopico nella cura della calcolosi del bacinetto e dell'uretere ma senza perdere d'occhio l'enorme efficacia delle tecniche endoureterali o percutanee

V49

LA NEFRECTOMIA IN PAZIENTI ADULTI CON MALATTIA RENALE POLICISTICA: INDICAZIONI E STRATEGIE CHIRURGICHE

F. Nigro¹, G. Benedetto¹, E. Scremin¹, E. Bratti¹, A. Tasca¹

¹U.O.C. Urologia - Ospedale San Bortolo, Vicenza

Scopo del lavoro: il rene policistico dell'adulto (ADPKD)

è una malattia cistica a carattere autosomica dominante, che evolve in uremia allo stadio terminale e che può richiedere talora una chirurgia ablattiva. Lo scopo del nostro studio è di valutare le indicazioni per la nefrectomia e l'impatto di un intervento chirurgico in pazienti uremici con ADPKD.

Materiali e metodi: 40 dei 244 pazienti (16%) affetti da dialisi cronica afferenti nei nostri centri (18 maschi, 22 femmine, di età compresa tra 24 a 69 anni - media 48 anni) sono affetti da ADPKD. 18 (43%) pazienti, 11 in emodialisi e 7 in dialisi peritoneale sono stati sottoposti a nefrectomia negli ultimi 4 anni a causa dei seguenti quadri clinici: ostruzione intestinale (7 casi), ematuria e dolore al fianco (3 casi), urosepsi recidivanti imputabili a cisti infette (3 casi), voluminosi reni estesi fino alla fossa iliaca (5 casi) Il volume medio di reni alla TC o RMI era 2020 cc. (1470-6780 cc.), superiore a quello dei pazienti non operati di 1640 cc. (1280-2140 cc.). La diuresi era preservata in tutta la popolazione di pazienti con una diuresi giornaliera di 900 cc. (range 400-1900). 9/18(50%) pazienti erano ipertesi in terapia farmacologica. Un approccio chirurgico transperitoneale è stato selezionato per i pazienti sottoposti a nefrectomia bilaterale (3 casi) o in emodialisi (7 casi). Gli altri 7 pazienti in dialisi peritoneale sono stati sottoposti ad accesso lombotomico. In un caso con macroematuria e lombalgia è stata eseguita una nefroureterectomia per positività delle citologie selettive. Nessun paziente era stato sottoposto ad embolizzazione selettiva pre-operatoria.

Risultati: L'intervento è stato eseguito dopo 1 mese dalla comparsa della macroematuria associata a lombalgia e in media 15 gg dalla comparsa dei sintomi nelle cisti infette. Il tempo medio dell'intervento è stato pari a 186 minuti; non sono state evidenziate complicazioni durante e nel post operatorio. I reni asportati avevano una media ponderata di 3,6 kg (range 1,6-7 kg). L'esame istologico ha documentato in 2 casi un carcinoma a cellule renali incidentale e in 1 caso una forma transizionale pellica. In 4/9 pazienti ipertesi la pressione del sangue si è normalizzata nel post-operatorio.

Si sono evidenziati, invece, episodi di ipertensione arteriosa intermittente, nonostante il trattamento farmacologico, in 3 pazienti, sottoposti a nefrectomia bilaterale. 5/18 pazienti sono stati successivamente sottoposti a trapianto renale da cadavere.

Messaggio conclusivo: nell'iter clinico del paziente con ADPKD in fase uremica la nefrectomia è frequentemente indicata. Il fattore prognostico dominante sembra essere il volume dei reni, al momento della dialisi. Reni policistici con volume superiore a 3000 cc hanno un incrementato rischio di conversione dall'intervento laparoscopico, per cui l'approccio nel nostro caso è stato open; lombotomico in caso di dialisi peritoneale. Lo svantaggio della nefrectomia bilaterale è la deprivazione completa della diuresi e la possibile insorgenza di ipertensione non responders.

V50**A TECHNICAL DESCRIPTION OF THE STEPS TO PERFORM ROBOTIC RADICAL CYSTECTOMY**

G. D'Elia, P. Emiliozzi, G. Ortolani, A. Iannello, U. Anceschi, A. Martinelli

San Giovanni Hospital, Rome

Aim of this study is to report our initial experience with robotic radical cystectomy, describing stepwise the surgical procedure and evaluating perioperative and pathologic outcomes.

Over a 14-month period, fifteen patients (14 male, 1 female) underwent robotic radical cystectomy for muscle-infiltrating clinically localized bladder cancer. The stepwise operative procedure is described in detail. Salient features of the technique involve dissection of the ureters up to the vesical hiatus, opening of the paravesical space, incision of the peritoneum in the Douglas pouch, pelvic lymphadenectomy from the aortic bifurcation extending laterally to the genitofemoral nerve, distally to lymph node of Cloquet and medially into the obturator fossa and hypogastric area, incision of the peritoneum laterally to the umbilical ligament, selective lateral and posterior pedicle control, anterior dissection, clipping and division of the urethra and, as a last step, clipping and division of the ureters. Perioperative data and pathological results were prospectively collected. Outcome measures evaluated included operative time, estimated blood loss, transfusion rate, time to oral diet, hospital stay, complication rate (Clavien) up to 90 days postoperatively and pathologic outcomes.

Mean age was 73 years (range 59-88). Mean body mass index was 26. Eleven patients underwent ileal conduit diversion and four patients underwent a Studer orthotopic neobladder. In all male patients the urinary diversion was performed extracorporeally. In the four cases with orthotopic reconstruction the DaVinci System was redocked to perform urethro-neovesical anastomosis. In the female patient the specimen was extracted through the vagina and the ileal conduit was performed intracorporeally. Mean operative time was 390 minutes. Mean estimated blood loss was 225 cc. Blood transfusion was required in 3 patients. Mean time to oral diet was 5 days. Median hospital stay was 15 days. Clavien Grade III complication rate was 31 % (one rectal injury, one wound dehiscence, one urethral anastomosis dehiscence, two patients requiring percutaneous nephrostomy for ureteroileal anastomotic leaks). On surgical pathology, 6 patients were pT2, 8 patients were pT3 and 1 patient was pT4. Surgical margins were negative except in the pT4 patient. Mean number of lymph nodes retrieved was 19 (range: 9-35). One patient was pN1.

Our early experience with robotic radical cystectomy shows a high complication rate. Analysis of these complications led us to refinements of surgical technique, as shown in the video. Short-term surrogates of oncological outcomes (positive surgical margin rate, num-

ber of retrieved nodes) are non-inferior to major open series.

Video

Auditorium – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.30-17.30

V34**LESS IN UROLOGIA: LA NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA**

F. Varvello, R. Tarabuzzi, S. Zaramella, G. Marchioro, A. Volpe, C. Terrone

Clinica Urologica - Università del Piemonte Orientale, Novara

Introduzione: Gran parte delle procedure urologiche eseguite in laparoscopia utilizzando un singolo accesso sono ormai state descritte in letteratura. Presentiamo la nostra iniziale esperienza descrivendo i primi interventi eseguiti in LESS.

Metodi: A partire dal marzo 2009 abbiamo eseguito 5 interventi in LESS: 2 marsupializzazioni di cisti renali, una ureterolitomia e due nefrectomie semplici. Abbiamo utilizzato i seguenti strumenti: TriPort e QuadPort Olympus come port di accesso, ottica con punta flessibile da 5 mm, strumenti standard laparoscopici, precurvati e articolati a seconda delle esigenze specifiche. Tutti gli interventi sono stati condotti per via transperitoneale. Per la marsupializzazione delle cisti, l'ureterolitomia e la nefrectomia semplice destra il port è stato introdotto attraverso l'ombelico. Per la nefrectomia semplice l'incisione per l'accesso è stata eseguita sulla linea pararettale circa 3-4 cm al di sopra della linea ombelicale trasversa. L'accesso alla loggia renale sinistra, sia per la marsupializzazione della cisti che per la nefrectomia semplice, è stato eseguito per via transmesocolica.

Risultati: La durata media degli interventi è stata 125 minuti. Nel primo intervento, marsupializzazione di cisti renale, si è resa necessaria la conversione della procedura in laparoscopia standard. In tale occasione erano stati utilizzati solo strumenti laparoscopici retti che non consentivano all'operatore i movimenti necessari a svolgere la procedura. Durante la prima nefrectomia semplice è stato necessario introdurre un trocar da 5 mm in fossa iliaca per l'aiuto. L'incisione è stata effettuata in corrispondenza di cicatrice in esiti di pregressa laparoscopia, ed è stata utilizzata per l'introduzione del drenaggio. Tutte le procedure si sono svolte in assenza di complicanze peri o post operatorie. Il recupero post operatorio è stato analogo agli interventi laparoscopici standard. I risultati cosmetici sono stati soddisfacenti.

Conclusioni: La tecnica LESS è fattibile e applicabile agli interventi urologici. Gli operatori con background laparoscopico possono avvicinarsi a questa tecnica selezionando attentamente i pazienti e gli interventi più semplici. È indispensabile dotarsi degli strumenti dedicati alla LESS per far fronte alle difficoltà tecniche che presentano queste procedure mini invasive.

V35**ONE-PORT RETROPERITONEOSCOPIC PYELOPLASTY (OPRAP) IN CHILDREN: POINTS OF THE TECHNIQUE**

P. Caione, A. Lais, S. Gerocarni Nappo, S. Battaglia

Bambino Gesù Children's Hospital - Institute for Scientific Research - Department of Pediatric Nephrology and Urology - Division of Pediatric Urology, Rome

Purpose: Laparoscopic retroperitoneal pyeloplasty is still a challenging technique in pediatric patients. The One-Port Retroperitoneoscopic Assisted Pyeloplasty (OPRAP) is a innovative technique that joins the advantages of the pure laparoscopic procedure with the open dismembered pyeloplasty. The aim was to present the surgical technique step-by-step.

Methods: The patient is in lateral position, with the bladder filled with saline (120 mls) and methylene blue (2 mls).

Through a 15 mm incision under the 12 rib, the retroperitoneal perirenal space is entered by the Hasson technique. A 10 mm balloon trocar and a 10 mm operative scope is used. The usual retroperitoneoscopic landmarks are identified, the lower pole of the kidney, proximal ureter and ureteropyelic junction (UPJ) are gently mobilized. The UPJ is lifted by a vessel-loop to the skin level and the trocar is removed. Dismembered pyeloplasty is accomplished in a open fashion with x 3,5 loops at this level (PDS 7/0-6/0). A double J is positioned. No drain.

Results: Mean surgical time was 95 mins, no conversion, no surgical complications occurred but one perirenal urinoma secondary to malposition of the double J stent at the beginning of the experience.

Post-operative pain was significantly lower and hospital stay shorter than in open dismembered pyeloplasty. Functional results on renal parenchyma were optimal and the single scar length was 17 mm.

Conclusion: The OPRAP technique is a safe and effective procedure, with minimal invasiveness and very good functional and cosmetic results. The OPRAP technique doesn't need the skillness of full laparoscopic pyeloplasty and joins the advantages of both, open and laparoscopic techniques.

V36**ROBOTIC PYELOLITHOTOMY: A NOVEL APPROACH FOR RENAL STONES**F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Lucci Chiarissi, M. Manfredi, F. Mele, F. Valentino, N. Serra, R.M. Scarpa
SCDU Urologia - Università degli Studi di Torino - AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

Introduction: Percutaneous nephrolithotomy remains the treatment of choice for staghorn renal calculi, nevertheless, many reports suggest that laparoscopy, can be an alternative treatment for large renal stones in selected cases.

The known advantages of the robot-assisted laparoscopic

approach can facilitate removal of stones and complex reconstruction of the collecting system.

We present a case of 78 years old female patient with a large left pyelo-caliceal stone. She refused percutaneous approach so we performed a robot assisted transperitoneal pyelolithotomy.

Methods: The patient and the laparoscopic ports are placed as during a partial nephrectomy. The posterior peritoneum is incised and the Gerota fascia is exposed. Peri-pyelic fat tissue is spared and suspended with a single stitch.

The ureter is suspended with a loop secured with Hem o lok clips.

Once a complete exposition of the pelvis is obtained, a longitudinal incision of the posterior wall of the pelvis is performed with scissors. The incision also involves the proximal tract of the ureter

The stone is identified, extracted with forceps and then is placed in a sterile retrieval bag.

The collecting system is irrigated to allow a complete clearance of stone dust.

Then a 18 French flexible cystoscope is used through the pyelic incision to evaluate the collecting system and identify small adjunctive stones.

The suture of pyelotomy is begun with a 5/0 monofilament running suture, then a 6 French double J stent is placed in a retrograde way on a hydrophilic guidewire placed with the cystoscope through the ureteral meatus. The suture of the ureter is completed, the haemostasis is verified and a drain tube is placed through the assistant port.

Results: Operative time was 100 minutes, blood losses were negligible and no perioperative complications were recorded.

After two months from the operation, the CT scan showed a normal left collecting system with no residual stones.

Conclusions: Given the known advantages of the robotic system in conjunction with its reconstructive capabilities, the applications of robot-assisted pyelolithotomy is encouraging.

Comunicazioni

Sala Belli – Sabato 5 Marzo 2011 – 15.30-16.15

C17**VAPORESEZIONE PROSTATICA CON LASER REVOLIX DUO PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA: RISULTATI A 9 MESI DI FOLLOW-UP**G. Ciccarello, A. Inferrera, A. Galì, G. Mucciardi, G. Anastasi, A. Di Benedetto, A. Militello, P. Alongi, L. Macchione, G. Ricotta, R. Leonardi, C. Magno
Unità operativa complessa di Urologia, Università di Messina

Obiettivo: Lo scopo del nostro studio è valutare l'efficacia e la sicurezza della vaporesezione di adenoma pro-

statico tramite laser a Tullio Revolix Duo per il trattamento endoscopico dell'ipertrofia prostatica benigna. *Materiali e metodi:* Da Marzo a Dicembre 2010, presso la nostra unità operativa, 30 pazienti, affetti da ipertrofia prostatica benigna, sono stati operati con laser Revolix Duo 120 Watt (W). Tutti i pazienti riferivano sintomatologia ostruttiva ed irritativa delle basse vie urinarie (LUTS) di grado medio-severo non responsiva alla terapia medica. In 4 casi si trattava di pazienti portatori di catetere vescicale a permanenza per ripetuti episodi di ritenzione urinaria acuta. L'età media dei pazienti era 68,2 + 7,5 anni ed il volume prostatico medio era 60,3 + 17 mL. I parametri uroflussometrici evidenziavano un valore medio del flusso massimo (Qmax) pari a 7,4 + 2,1 ml/s ed un residuo postmizionale (PVR) medio pre-trattamento di 89,5 + 63,9 mL. Inoltre, tutti i pazienti compilavano i questionari International Prostate Symptom Score (IPSS) e sulla qualità della vita (QoL). I risultati sono stati valutati tenendo conto del tempo operatorio medio, dei valori di emoglobinemia e natremia, dei tempi di cateterizzazione e degenza. Infine sono stati rivalutati alla dimissione, a 3, 6 e 9 mesi dall'intervento sia i parametri uroflussometrici (Qmax e PVR) che i parametri IPSS e QoL.

Risultati: Il tempo medio di vaporesezione è stato di 49,8 + 6,3 minuti. Nessun paziente ha richiesto emotrasfusione. Solo in 3 pazienti (10%) si è ricorso al lavaggio urologico per una lieve ematuria. Il tempo medio di cateterizzazione è stato 1,4 giorni. La degenza media è stata 2,3 giorni. Dopo rimozione del catetere, solo per 1 paziente (3,3%) è stato necessario ricorrere ad ulteriore cateterizzazione. La concentrazione media di emoglobina è stata di 134 g/L preoperatoriamente e 128 g/L postoperatoriamente. Anche i livelli sierici di sodio prima e dopo la vaporesezione prostatica non hanno subito sostanziali modifiche. In 5 pazienti (16,6%) è insorta disuria di grado lieve o moderato, che si è risolta spontaneamente entro 2 settimane dopo l'intervento. In nessun caso si è verificata incontinenza. Il follow-up non è stato completato in 4 pazienti (13,3%), poiché si sono rifiutati di sottoporsi ai controlli periodici programmati. I parametri uroflussometrici ed i questionari hanno evidenziato sensibili miglioramenti ad ogni controllo postoperatorio. In particolare, dopo 9 mesi di follow-up, l'IPSS score medio è migliorato da 22,1 + 4,7 a 4,6 + 1,7 punti, il Qmax medio si è incrementato del 136,4%, mentre il PVR si è ridotto da 89,5 + 63,9 a 24,5 + 20,3 ml. Infine non si è osservato alcun caso di stenosi uretrale o sclerosi di collo vescicale.

Conclusioni: La vaporesezione prostatica con laser Revolix Duo 120 W risulta essere una procedura sicura ed efficace dopo 9 mesi di follow-up. I principali vantaggi consistono in un minore tempo operatorio rispetto a quello riportato in letteratura per il Revolix 70 W, in una minima anemia, ma ancor più nel breve tempo di ospedalizzazione e degenza.

Comunicazioni

Sala Belli – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.15-17.15

C18

UNA PROPOSTA DI TOPOGRAFIA ADDOMINALE DA UTILIZZARE IN LAPAROSCOPIA

L. Repetto¹, S. Rocca Rossetti²

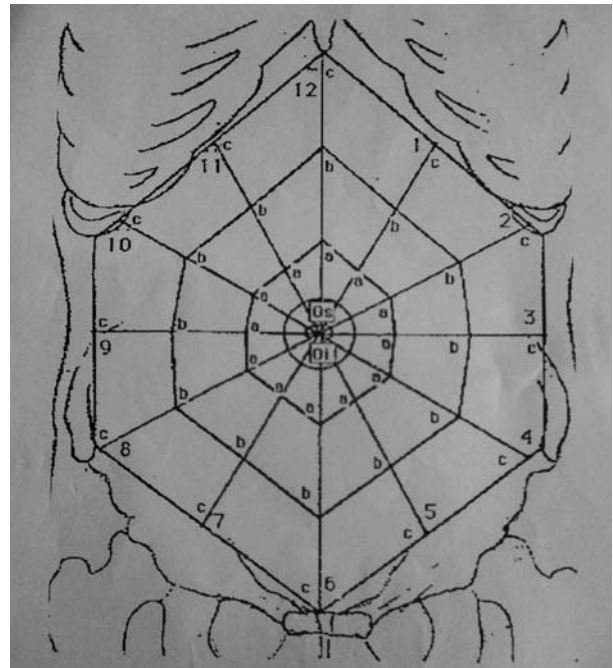
¹S.S.C.V.D "La Laparoscopia in Chirurgia ed in Urologia" - Dipartimento di Chirurgia - Az. O. S.G. Giovanni Battista di Torino (Molinette); ²Già Direttore della Clinica Urologia - Università di Torino

La divisione topografica dell'addome che viene comunemente usata in chirurgia tradizionale perde la propria funzione se rapportata nella tecnica laparoscopica. In chirurgia laparotomia si parla di linee di incisione. In tecnica laparoscopica si parla di punti di incisione. Ne deriva la necessità di topografare l'addome considerando questa esigenza.

Al fine di codificare e semplificare la descrizione degli interventi, da un'inedea del Prof. Edmond Estour della Clinica Saint Joseph di Valance (F) abbiamo elaborato e modificato una nuova divisione topografica dell'addome che a nostro avviso, favorisce l'aspetto descrittivo della tecnica.

Il campo addominale è delimitato da un perimetro a sua volta diviso in 12 parti e queste parti a loro volta sono divise in tre settori. Si prospetta una divisione centrifuga a partenza ombelicale.

È codificata la cronologia delle incisioni addominali ed il diametro dei trocar utilizzati.



C19

PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSMESOCOLICA: NOSTRE NOTE DI TECNICA NELL'APPLI-

CAZIONE DEL CATETERE URETERALE A DJ INTRAOPERATORIO

A. De Lisa

Clinica Urologica - Università degli Studi di Cagliari

Introduzione: Il tutore 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 via retrograda. Esponiamo la nostra esperienza sull'applicazione retrograda intraoperatoria.

Materiali e metodi: 25 pazienti affetti da malattia del giunto pelo-ureterale (13 maschi e 12 femmine) di età compresa tra i 10 e i 75 anni (14 lato sinistro e 7 lato destro) sono stati sottoposti a pieloplastica laparoscopica secondo Anderson Hynes. Tutti i pazienti 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 all'interno del campo operatorio. Veniva preparato 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 cistoscopica flessibile, 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 ottica laparoscopica sino a quando giungeva in pelvi o nei calici superiori e quindi estratto il cistoscopia si inseriva il catetere ureterale che con apposito spingitore veniva fatto progredire sino in pelvi ed estratta la guida se ne seguiva l'arricciamento. Un controllo endoscopico permetteva di verificarne l'arricciamento in vescica.

Venivano calcolati i tempi dall'inizio del tempo cistoscopico sino a completamento della procedura.

Risultati: La procedura è stata agevole e portata a termine in tutti i casi. I tempi per l'applicazione sono variati dai 5 agli 8.5 minuti per i maschi e dai 6 ai 10 minuti per le femmine.

Conclusioni: L'applicazione del catetere ureterale a doppio J nella pieloplastica laparoscopica può essere effettuata agevolmente anche per via retrograda durante l'intervento ed essere assistita laparoscopicamente. I tempi sono accettabili con allungamento per le donne legato a difficile reperimento del meato uretrale esterno a causa della posizione della paziente.

Esso costituisce una valida alternativa qualora si decidesse di scegliere una via differente alla via anterograda o alla preoperatoria.

C20

LO STATO DEI MARGINI CHIRURGICI PUÒ PREDIRE LA RECIDIVA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA? ESPERIENZA DOPO 400 PROCEDURE

F. Porpiglia, C. Fiori, I. Morra, M. Manfredi, R. Bertolo,

F. Mele, M. Lucci Chiarissi, S. Grande, R.M. Scarpa
S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

Obiettivi: Lo scopo di questo studio è stato analizzare lo stato dei margini chirurgici prostatici in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica (PRL) e di correlarlo con il tasso di sopravvivenza libera da ripresa biochimica di malattia (SLRB).

Pazienti e metodi: La popolazione in studio è stata selezionata dal database di 405 pazienti, sottoposti a PRL tra luglio 2000 e dicembre 2009 presso il nostro Centro. Per isolare l'effetto dei margini chirurgici sulla SLRB (ricidiva biochimica definita come aumento di PSA al di sopra di 0,2 ng/ml), sono stati esclusi dallo studio i pazienti sottoposti a terapia neoadiuvante o adiuvante. Trecento pazienti soddisfacevano tutti i criteri: 232 (77,3%) avevano margini chirurgici negativi (MCN) mentre 68 (22,7%) presentavano margini chirurgici positivi (MCP). Abbiamo valutato il valore prognostico dei MCP rispetto alla SLRB e rispetto alla mortalità tumore-specifica e non specifica. I MCP sono stati poi classificati secondo l'estensione (< 3 mm e > 3 mm); secondo la sede (apicale e non apicale) e secondo il numero (monofocale e multifocale). Questi dati sono stati poi inseriti in un'analisi multivariata per valutare in maniera indipendente il valore di ciascun fattore prognostico nei confronti della ripresa biochimica, insieme ad età, PSA preoperatorio, Gleason Score patologico, stadio pT, volume prostatico e tumorale.

Risultati: Il follow-up mediano è stato 56 (7-118) mesi. La percentuale di SLRB è stata il 67,6% per i MCP e l'88,8% per i MCN. Abbiamo registrato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi sia mediante analisi di sopravvivenza univariata ($p < 0.001$) che multivariata (HR 3,78, 95% CI 1,91-7,51, $p < 0.0001$). I pazienti con MCP hanno anche dimostrato una peggior sopravvivenza tumore-specifica e non specifica rispetto ai MCN ($p > 0.05$). Per quanto riguarda l'analisi univariata: in base all'estensione, il tasso di SLRB è stato del 77,8% per i MCP < 3 mm e del 38,9% per i MCP > 3 mm ($p = 0.003$); in base alla sede, la SLRB è stata del 59% nei MCP apicali e del 77% nei MCP non apicali ($p = 0,038$); in base al numero la SLRB è risultata pari al 73% nei MCP monofocali e del 53% nei MCP multifocali ($p = 0,014$). All'analisi multivariata, un HR di 5,46 (IC 95% 1.42-21.07, $p 0.0137$) indica come un MCP >3 mm sia il fattore di rischio più importante per la recidiva biochimica nella nostra serie di pazienti rispetto allo stadio patologico (HR 4.54) ed il PSA (HR 3.82) mentre la sede e il numero dei margini non sembrano costituire fattore prognostico indipendente ($p = 0.06$ e $p = 0.38$ rispettivamente).

Conclusioni: Il nostro studio dimostra come lo stato dei margini chirurgici dopo prostatectomia radicale abbia un'importanza fondamentale nel follow up uro-oncologico dei pazienti. Un margine chirurgico positivo determina una maggiore probabilità di ripresa biochimica di malattia e, se esso è esteso per oltre 3 mm, indi-

pendentemente dalla sede e dalla multifocalità la prognosi risulta peggiore. Pertanto, si raccomanda un'attenta valutazione dei pazienti con margine chirurgico positivo, soprattutto se questo supera i 3 mm, per iniziare una terapia adiuvante dopo la chirurgia.

Comunicazioni

Auditorium – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.30-17.30

C15

LESS RENAL SURGERY: LESSON LEARNT AFTER 60 PROCEDURES

L. Cindolo, F. Greco, P. Fornara, R. Autorino, F. Bernardinelli, L. Schips

¹Urology Unit, S. Pio da Pietrelcina Hospital, Vasto (CH), Italy; ²Department of Urology and Kidney Transplantation, Martin-Luther-University, Halle/Saale, Germany; ³Clinica Urologica, Seconda Università degli Studi, Naples, Italy

Objectives: To present perioperative outcomes in an observational cohort of patients who underwent LaparoEndoscopic Single Site (LESS) urologic surgery at two European centers.

Methods: A prospective study was performed to evaluate patient outcomes after LESS urologic surgery.

Demographic data including age, body mass index, operative time, estimated blood loss, operative indications, complications, postoperative Visual Analog Pain Scale scores (IPOD VAPS) and subjective scar satisfaction were accrued. Patients were followed postoperatively for evidence of adverse events.

Results: Between July 2008 and September 2010, 60 patients underwent LESS urologic surgery (mean age 60 ± 13.9 y).

Specifically, the following procedures were performed: 6 adrenalectomy; 6 simple nephrectomy; 9 partial nephrectomy; 36 radical nephrectomy; 1 cyst marsupialization; 1 varicocelelectomy; 1 nephropexy. Mean body mass index was 27.4 ± 4.1 kg/m². Mean operative time was 154 ± 37 minutes.

Mean estimated blood loss was 131 ± 101 mL. No major intraoperative complications occurred (1 intraoperative bleeding). In 4 cases an additional 3 or 5 mm port was added. Four patients required conversion to standard laparoscopy.

In 41 cases articulating/prebent instrument were used. Mean scar size was 4.3 ± 1.1 cm. IPOD VAPS was $1.8 \pm 1.2/10$. The mean length of hospitalization was 4.3 ± 1.7 days. Regarding subjective scar perception, 39/60 (65%), 15/60 (25%) and 6/60 (10%) of patients were enthusiastic, very satisfied and satisfied, respectively. At a mean follow-up of 12 months, 3 Clavien Grade I (2 haematoma, 1 ileus), 2 Clavien Grade II (acute gastritis) and 2 Clavien Grade IV (cerebral stroke) surgical complications occurred, without recurrence or disease progression.

Conclusions: In our experience, LESS urologic surgery is feasible, offers improved cosmesis, and may offer decreased pain. Our intraoperative and perioperative

data are consistent with the published data. Proper patient selection could ensure an acceptable safety profile with low conversion and complications rates. Whether LESS urologic surgery is superior in comparison with standard laparoscopy still needs to be demonstrated.

C16

PIELOPLASTICA RETROPERITONEALE LAPAROSCOPICA: RISULTATI SU 86 PAZIENTI CONSECUTIVI

P. Verze¹, G. Martina², P. Giummelli², S. Scuzzarella², F. Cantoni², G. Grimaldi¹, F. Chiancone¹, L. Spirito¹, V. Viscusi¹, V. Mirone¹

¹Area Funzionale di Urologia. A.O.U. Federico II di Napoli; ²Centro di Urologia Laparoscopica avanzata. AO.VV. Presidio di Sondalo (SO)

Obiettivo dello studio: riportare i risultati di 86 casi consecutivi di pieloplastica retro peritoneale laparoscopica.

Pazienti e metodi: da gennaio 2004 a gennaio 2009 86 pazienti, affetti da ostruzione del giunto pieloureterale, sono stati sottoposti a pieloplastica con tecnica videolaparoscopica.

In tutti gli interventi è stato utilizzato un approccio retro peritoneale con l'impiego di quattro porte, ed è stata effettuata una semplice modifica personale della classica tecnica di Anderson-Hynes, che ha previsto l'inserimento di un punto di avvicinamento e di stabilizzazione tra la pelvi renale e l'uretere. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a visite di controllo postoperatorio mediante l'esecuzione di una urografia perfusionale e una ecografia renale a 6, 12 e 18 mesi. **Risultati:** tutti gli interventi sono stati completati in laparoscopia senza mai ricorrere alla conversione chirurgica.

La durata media dell'intervento è stata di 79.3 minuti (range 65-125). La perdita ematica media è risultata di 10 ml (range 5-40), e la degenza postoperatoria media è stata di 5.7 giorni (dai 3 ai 14). In nessun caso sono state riscontrate complicanze intraoperatorie. In 31 pazienti l'ostruzione del giunto era causata dalla presenza di un vaso anomalo e in 55 casi da una stenosi primitiva. In 6 pazienti è stata riscontrata una perdita transitoria dall'anastomosi, risolta in maniera conservativa.

In 3 pazienti è stata riscontrata alla prima visita di controllo un'ostruzione persistente del giunto pieloureterale; in 2 casi è stato previsto un trattamento conservativo, nell'altro caso è stata effettuata una pieloplastica a cielo aperto. Il follow-up medio è stato di 29 mesi (da 18 a 48) e la percentuale di successo complessiva è risultata del 96.6%.

Conclusioni: la nostra esperienza con la pieloplastica laparoscopica retroperitoneale conferma che si tratta di una procedura efficace, con alta percentuale di successo, breve degenza ospedaliera e una trascurabile incidenza di complicanze precoci.

Poster

Sala Belli – Sabato 5 Marzo 2011 – 15.30-16.15

P24**PROCEDURE MININVASIVE PER IL TRATTAMENTO DELLA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA A CONFRONTO: ENUCLEAZIONE LASER VERSUS VAPORIZZAZIONE FOTOSELETTIVA**

G. de Rienzo, E. Chiarulli, I. Martines, S. Alba, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

Univeristà degli Studi di Bari - D.E.T.O. - Sezione di Urologia e Andrologia

Introduzione: L'offerta per il trattamento chirurgico mininvasivo dell'ipertrofia prostatica benigna (IPB) contempla oggi 2 principali opzioni: la HOLEP (enucleazione laser della prostata) e la PVP (vaporizzazione fotoselettiva della prostata). Noi abbiamo confrontato l'outcome terapeutico e il tempo alla dimissione di due campioni di pazienti (pz) sottoposti dal medesimo chirurgo ai suddetti trattamenti da gennaio ad agosto 2010.

Metodi: Disponevamo di 2 coorti di 33 e 36 pz sottoposti rispettivamente a HOLEP e PVP. Abbiamo preso in considerazione preoperatoriamente, a 1 mese e a 2 mesi dopo la chirurgia i seguenti parametri: IPSS, picco massimo (Q_{max}), residuo postmizionale (RPM), PSA. A 1 mese e a 3 mesi, in particolare abbiamo posto la nostra attenzione sulle variazioni dei suddetti parametri rispetto al preoperatorio (delta), sia calcolandone gli intervalli di confidenza sia eseguendo un confronto fra le coorti. Per semplicità di calcolo tutti i valori sono stati approssimati all'unità. Infine è stato confrontato anche il tempo alla dimissione.

Risultati: Le caratteristiche preoperatorie dei 2 campioni sono illustrate nella seguente tabella. Sono riportati per ogni parametro i valori medi e tra parentesi i range di valori.

	HOLEP	PVP media
Numero pazienti	33	36
IPSS	24 (18-29)	26 (20-29)
Q_{max} (ml/sec)	8 (3-12)	7 (2-15)
RPM (ml)	80 (0-120)	100 (30-150)
Volume prostatico (ml)	47 (35-60)	43 (30-53)
PSA (ng/ml)	3,1 (0,8-5,6)	2,7 (0,5-4,2)

Il tempo alla dimissione è stato in media per HOLEP 42 ore (c.i. 24-60), per PVP 26 ore (c.i. 18-34), differenza statisticamente significativa (P 0,002).

Segue il confronto per gli altri parametri a 1 e 3 mesi dall'intervento.

A 1 mese:

Variazioni (delta)	HOLEP (c.i.)	PVP (c.i.)	P
Delta IPSS	7 (3-11)	10 (5-15)	0,183
Delta Q_{max}	12 (7-17)	8 (2-14)	0,154
Delta RPM	80 (40-120)	30 (10-50)	0,050
Delta PSA	1,8 (0,4-3,2)	0,5 (0-1)	0,001

A 3 mesi:

Variazioni (delta)	HOLEP (c.i.)	PVP (c.i.)	P
Delta IPSS	12 (7-17)	8 (4-12)	0,103
Delta Q_{max}	15 (11-20)	10 (2-18)	0,058
Delta RPM	78 (46-110)	60 (35-96)	0,168
Delta PSA	7 (0,2-4,2)	1,5 (1-2)	0,038

A 3 mesi si sono evidenziate differenze statisticamente significative a favore della HOLEP nella riduzione del PSA.

Conclusioni: HOLEP e PVP sono entrambe delle valide opzioni di scelta per prostate di volumi contenuti quali quelli del campione esaminati, e sono apparse equivalenti nei risultati funzionali e nel sollievo sintomatologico a breve termine. La PVP consente una dimissione più rapida del paziente e può davvero porsi come una procedura eseguibile in day surgery. Le ragioni di una degenza più lunga per la HOLEP sono state le numerose ritenzioni urinarie che ci spingono a non rimuovere il catetere prima di 48 ore. Viceversa è più elevata nella HOLEP la riduzione del PSA, che è da considerarsi un indice del volume di tessuto rimosso e indirettamente del rischio di recidiva e fallimento a lungo termine della chirurgia.

P25**TRATTAMENTO DELLA PROSTATA CON GREEN LIGHT LASER 120 W SU 85 PAZIENTI CONSECUTIVI: LE NOSTRE COMPLICANZE**

P. Guaitoli, S. Crivellaro, G. Martinez Bustamante, M. Abbinante, A. Palazzetti, B. Frea

S.O.C. Clinica Urologica Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

Introduzione: La fotoablazione della prostata con il LASER Green Light HPS è una tecnica innovativa e poco diffusa per il trattamento dell'ostruzione cervico-uretrale. Rappresenta un'alternativa alla resezione transuretrale standard per i minori costi di ospedalizzazione e la maggior sicurezza della procedura.

Metodi: Da Marzo 2010 a Dicembre 2010 abbiamo eseguito 85 fotoablazioni della prostata. Gli interventi sono stati eseguiti da due operatori con certificazione AMS. I pazienti erano stati valutati con ecografia prostatica TR, uroflussimetria con residuo pm, studio pressione flusso, IPSS e QoL index, PSA.

I parametri erano:

età media 68 anni (range da 53 a 91); volume medio prostatico 71.7 cc (range da 33 a 250); IPSS di 24,4; QoL medio 5,7. La flussimetria dimostrava un Q_{max} medio di 6,57 ml/s con residuo pm. medio di 134,9 cc. 34 pazienti avevano iperattività detrusoriale; 24 portavano catetere a dimora per ritenzione e 22 assumevano anticoagulanti.

Risultati: Il tempo medio di vaporizzazione è stato di 36 minuti e l'energia media erogata di 191984 Joule.

L'ospedalizzazione media che è stata 1,7 giorni nei primi quattro mesi di attività, è scesa a 24 ore a curva d'apprendimento ottimizzata. Analogamente il tempo

di cateterismo da 1,4 giorni (range da 1 a 3 giorni) è sceso a 13 ore (range da 7 a 26 ore) nella seconda fase. Abbiamo avuto problemi intraoperatori legati a diversi fattori.

In un paziente non abbiamo potuto eseguire il trattamento in quanto lo strumento era troppo corto per la conformazione anatomica: lo segnaliamo anche se non è stato incluso nella della casistica.

In tre casi la procedura è stata interrotta per sanguinamento ed è stata eseguita TURP tradizionale.

Nell'immediato postoperatorio un paziente ha dovuto essere trasfuso (due unità).

Un paziente ha accusato dolori ipogastrici simulanti una ritenzione d'urina pur drenando urine chiare dal Foley. La verifica ecografica ha dimostrato presenza di cospicua falda liquida nello spazio retropubico che abbiamo attribuito a filtrato pericapsulare. Il quadro è completamente regredito col cateterismo a dimora per tre giorni.

Abbiamo osservato ritenzione d'urina postoperatoria in 6 casi. In 5 è ripresa la minzione spontanea mentre un paziente, dopo ripetute ritenzioni ed endoresezione di regolarizzazione di "nidi di rondine" ha adottato un regime di autocateterismo. Alla valutazione urodinamica preoperatoria, peraltro, era affetto sia da ostruzione che da ipocontrattilità detrusoriale.

Il 39% dei pazienti ha accusato emissione di urine più o meno ematiche fino a 6 settimane dopo l'intervento. 4 pazienti (4,7%) hanno accusato incontinenza da sforzo persistente a 12 settimane dall'intervento e sono stati avviati a fisioterapia.

Altre complicanze sono state LUTS per il 28%; urge incontinenza nel 3,1%; urgenza minzionale nel 10%. Nessun problema si è verificato nei pazienti in trattamento anticoagulante.

Conclusioni: La metodica si è dimostrata sicura e completa la fase di apprendimento anche le prostatiche più voluminose possono essere affrontate tanto che stiamo iniziando ad eseguire enucleazioni anche di adenomi voluminosi.

P26 GYRUS BIPOLAR TURP AND ERECTILE FUNCTION: 9 YEARS EXPERIENCE

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology . "Villa Tiberia" Clinic, Rome

Introduction: TURP effect on erectile function is still a controversy.

The aim of this study was to report our 9 years experience in over 2000 patients underwent Gyrus Bipolar TURP.

Materials and methods: From January 2002 to December 2009 2354 patients affected by LUTS due to BPH underwent TURP using Gyrus Plasma Kinetic system. All patients, no drug therapy responders, made a pre-surgical clinical evaluation with sexual performance status and QoL tests.

The average age of the patients was 67,5 yrs (range 52-84 yrs) and medium follow-up 49 months. Post-operative evaluation included I.I.E.F.-5 and QoL tests after 3, 6, 9 and 15 mo. Before surgery we divided the pts in 5 groups: no erectile dysfunction (ED) (22-25) 18 % (424 pts), low (17-21) 24%(565 pts), low/mild (12-16) 19% (447 pts), mild (8-11) 23% (541 pts) and severe (5-7) 16% (377 pts).

After 3 mo. no ED in 18% (424 pts), mild ED 22% (518 pts), low/mild 21%(494 pts), mild 22% (518 pts) and severe 17% (400 pts),

After 6 mo. no ED in 20% (471 pts), mild 24% (565 pts), low/mild 21%(494 pts), mild 17% (400 pts) and severe in 13% (306 pts),

After 9 mo. no ED in 20% (471 pts), low 28% (659 pts), low/mild 23% (541 pts), mild 16% (377 pts) and severe in 12% (282 pts); after 15 mo. no ED in 20 % (471 pts), low 29% (682 pts), low/mild 23% (541 pts), mild 16% (377 pts) and severe in 12% (282 pts).

Results: According to IIEFF-5 score we decided to re-group our 5 classes in 2: no significative ED (25-12) and significative ED (11-5). Our pre-surgical results showed 61% no significative ED vs 39% significative while post-operative results 72% no significative ED vs 28% significative.

Conclusions: In our experience patients underwent Gyrus Bipolar TURP showed a post-surgical better sexual performance (increasing of IIEF-5 score and QoL) reducing the percentage of significative ED.

P27 VAPORIZATION OF THE PROSTATE USING A HIGH POWER DIODE LASER (940 NM, 250 W) - CLINICAL DATA WITH 12 MONTHS FOLLOW-UP

F. De Marco¹, M. Rheinwald², T. Bayer³

¹Casa Di Cura I.N.I. Grottaferrata (Roma); ²Dornier MedTech Laser; ³Kempton-Oberallgäu Clinic

Introduction: The light of diode lasers for the treatment of benign prostatic hyperplasia that operate on wavelengths in the near infrared is absorbed in both hemoglobin and water which leads to good hemostasis.

Purpose: To assess the clinical value of the high power diode laser Dornier Medilas D UroBeam.

Methods: Since June 2008, the Dornier Medilas D UroBeam (Dornier MedTech, Wessling, Germany), operating at 940 nanometers and emitting a maximum power of 250 Watt in cw mode, was applied for treating BPH in 70 consecutive patients.

Pre-operatively, we examined the patients on their general status (American Society of Anesthesiologists – ASA score), their disease history and their hemoglobin (Hb) levels.

Specifically, we assessed potential cardiac diseases and prior prostate therapies. Patients with prior surgical treatment were excluded from UroBeam treatment, whereas those under anticoagulant medication therapy remained included in the series. Based on their general condition as assessed by the anesthesiologist, the

medication regime could remain unchanged for the UroBeam intervention or was amended upon the anesthesiologist's advice. In terms of their lower urinary tract symptoms (LUTS), we assessed the patients' symptoms using the international prostate symptom score (IPSS) scale, their prostate specific antigen (PSA) levels, the maximum flow rate (Qmax) using uroflowmetry and urine culture to assess the presence of a urinary tract infection (UTI); if the culture was positive, antibiotic medication was started before the laser intervention already. The patients' prostates were also examined by digital rectal examination (DRE) and transrectal ultrasound (TRUS) imaging, in order to evaluate the size of the prostate and the presence and amount of post-void residual urine. Patients displaying indications for prostate cancer were evaluated by needle biopsy in order to exclude the presence of carcinoma. If a carcinoma was confirmed, the respective patient was also excluded from the series. In the few cases of suspected urethral stenosis, the patients underwent retrograde urethrocytography.

After a urethrocytography, the procedure started by a 26 Fr. continuous flow resectoscope (Karl Storz, Tuttlingen, Germany) with a working element for the side-firing laser fiber (Dornier SideFocus; Dornier Med-Tech, Wessling, Germany). Saline at room temperature was used as irrigation fluid. The fluid inflow reservoir was installed at a height of about 80 cm over the patient. At the outflow side, active suction was applied, setting the hospital vacuum to -0,2 bar underpressure. With these measures, it was attempted to achieve a consistently high irrigant flow rate of about 400-500 millilitre per minute (ml/min) in order to provide an efficient cooling of the vaporization cavity and the instruments used. The laser was set to operate in Standard + LPS mode ("Lightguide Protection System") and continuous wave (cw) emission. Following the statement that more is the power of the laser beam and more is the vaporisation effect and less is the coagulation effect and vice versa, at the beginning of the treatment, the laser power was set to 175 Watt in most of the cases; if the prostate was smaller than 40 ml, the power was set to 200 Watt. During the treatment, the laser power was increased in steps of 25 Watt every 50 Kilojoules (kJ) of applied energy up to the maximum laser power of 250 Watt. The treatment started at the bladder neck, with the fiber moved in a sweeping manner. In order to maximize the intensity of the therapeutic laser light on the surface of the target tissue, the fiber was held in a distance of about 1-2 mm from the tissue with the laser beam irradiating the tissue surface perpendicularly, not deviating more than 30° from that axis. To allow for a good vaporization of the tissue, the sweeping speed of the laser spot on the tissue surface was held within 1-2 mm/s. It was aimed at creating a funnel-shaped cavity by opening the cavity from the bladder neck downward. Subsequent layers of tissue were treated with some delay in time in order to permit the tissue to cool down to the irrigant temperature

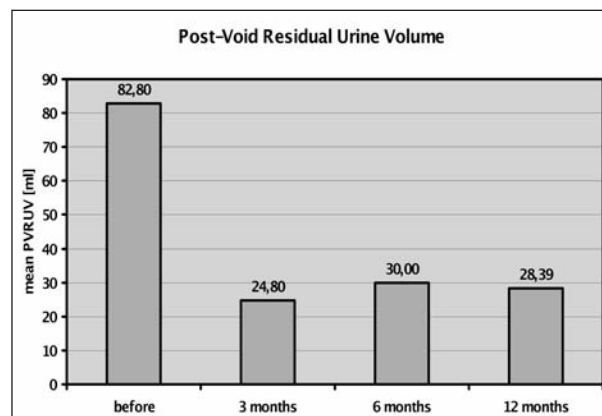
and to compensate for potential losses of water concentration following tissue coagulation. The apical areas or the para-collicular zone was treated with the maximum power setting of 250 Watt in order to avoid damages to the sphincter. For the same reason, a safety margin of 5-8 millimeters was left between the endpoint of vaporization with respect to the capsule and the sphincter. The treatment was considered to be complete if it was possible to endoscopically see the bladder from the para-collicular area.

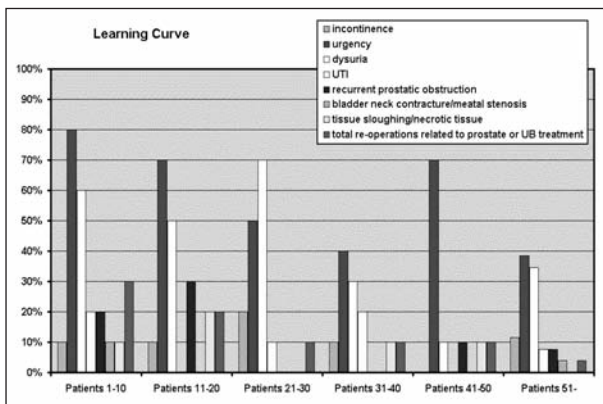
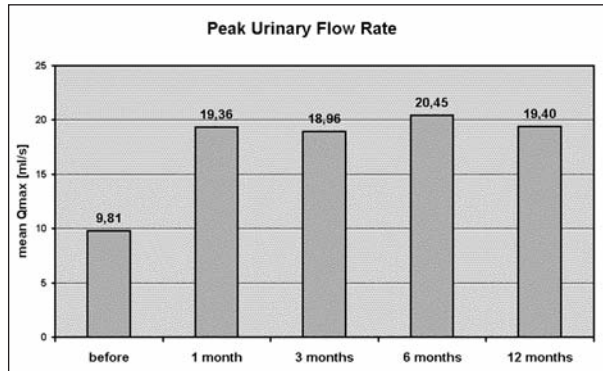
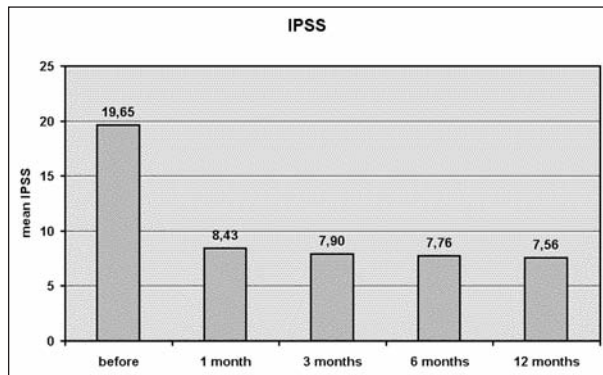
After the treatment, the total energy applied, the duration of the procedure and the number of fibers per treatment were registered. A 3 way Foley catheter was inserted; however, no irrigation was used due to the absence of bleeding. Antibiotic (ciprofloxacin 500 mg per day, or levofloxacin 600 mg per day) and anti-inflammatory drugs (Ketoprofene, 200 mg per day), both for 10 days, were administered after the procedure. Usually, the catheter was removed after 48 hours, and the hemoglobin (Hb) levels were evaluated to determine the presence of bleeding.

The follow-up of the patients consisted of the assessment of IPSS, Q max, post-void residual urine volume, and urine culture after 1, 3, 6 and 12 months. Recatheterization rates, need of TURP, UTI, and incontinence rates were evaluated as well.

Results: 42 patients have reached 12 months of follow-up so far. Mean (range in brackets, respectively) age of the patients was 73,4 (57 to 84) years; pre-operative TRUS volume: 54,8 (14 to 207) ml. 12/42 patients (26 %) suffered from acute urinary retention, 35/42 (74 %) were on alpha-blockers, and 18/42 (38 %) were on anticoagulants when presenting for intervention. 2/42 (4 %) patients experienced peri-operative bleeding. Average maximum flow rate increased from (pre-op) 9,81 ml to 19,36 ml (1 mo); 18,96 ml (3 mo); 20,45 ml (6 mo); and 19,40 ml (12 mo). Mean IPSS dropped from 19,65 to 8,43; 7,90; 7,76; and 7,56, respectively. Mean post-void urine volume dropped from 87,06 ml to 29,85 ml; 22,22 ml; 27,09 ml; and 26,34 ml, respectively.

Trying to improve the flow of irrigant fluid. An undisturbed circulation of fluid was found to allow for efficient cooling of tissue, laser fiber, and the instrument





by convection as well as the evacuation of steam bubbles originating from the tissue vaporization. increase the in-flow of saline creating a channel that permits the steam bubbles to move on the bladder without staying in contact with the resectoscope and the fiber.

Conclusions: The treatment of BPH with the high power diode laser in continuous wave mode at 250 W provides good clinical outcome regarding peri-operative bleeding and post-operative IPSS, maximal flow rate and residual urine in the follow-up of 12 months. The improvement of the results could be obtained trying to follow strictly the protocol using the correct setting power (different power in the different prostate zones) and the correct technical procedures (no TURP movement, speed and distance of the fiber ecc.) as indicated in the learning curve.

Further studies with extended follow-up and patient numbers are needed to confirm these data.

P28

PVR (PROSTATE VAPO- RESECTION) CON "LASER FINGER". UNA FIBRA DI NUOVA GENERAZIONE

R. Leonardi, G. Di Leo, G. Iacona, S. Palmeri

C.U.R.A. Centro Uro-Andrologico Acireale; Casa di Cura Musumeci GECAS Gravina di Catania

Scopo del lavoro: La vaporizzazione dell'adenoma prostatico, con energia laser, è sempre più considerata una possibile scelta terapeutica nel trattamento endoscopico dell'ipertrofia prostatica benigna. Diversi Laser, con differenti lunghezze d'onda, sono stati proposti per migliorare l'efficacia del trattamento. Le fibre finora impiegate hanno avuto una forma conica o cilindrica, quest'ultima con emissione laterale e, per questo motivo, chiamata "side fiber".

Nel nostro video mostriamo l'impiego di una fibra di forma diversa, innovativa, rispetto alle precedenti. Si presenta con una punta arrotondata inclinata di 30° e ricorda un dito indice nella posizione enucleante: da qui il termine "laser finger". Abbiamo voluto valutare la reale efficacia di questa nuova fibra, associata ad un Laser a Diodi ad alta potenza (180 Watts), in termini di rapidità d'azione, di precisione nella vaporizzazione, di efficacia nella coagulazione.

Materiali e metodi: Abbiamo impiegato la Laser finger per trattare 30 pazienti con prostate aventi un volume compreso tra 50 e 100 gr. Due pazienti erano portatori di catetere a dimora. Tre pazienti presentavano un lobo medio. Abbiamo impiegato un Laser a diodi con lunghezza d'onda di 980 nm. alla potenza di 180 watts in modalità continua.

I tempi operatori hanno oscillato da un minimo di 35 min. ad un massimo di 70 min. per le prostate più voluminose.

A fine intervento è stato posto a dimora un catetere n.18Ch tenuto in sede per 24-48 ore. Non è stato impiegato lavaggio continuo ad eccezione di una sacca di cinque litri iniziata in sala operatoria e finita in reparto.

Risultati: In media si è riusciti ad asportare 1,2 gr./min. di adenoma in assenza completa di sanguinamento. Tale valore è stato calcolato in base al volume prostatico prima e dopo il trattamento ed al tempo impiegato per realizzare l'intervento. L'impiego del Laser Finger permette di essere precisi nella vaporizzazione anche in aree critiche come gli apici prostatici ed il collo vescicale. A differenza di una fibra conica o di una side fiber si riesce a vaporizzare rapidamente tessuto senza dover ripassare, creando con estrema facilità una loggia ampia e simmetrica erogando poca energia per cm² di tessuto prostatico.

Abbiamo ottenuto, nell'80% dei casi, una preservazione dell'eiaculazione anterograda impiegando la tecnica, da noi già descritta e pubblicata, con preservazione del collo e dei dotti eiaculatori.

Discussione: Poter disporre di una nuova fibra consente di realizzare una buona vaporizzazione prostatica in tutte le varianti anatomiche. Nell'esperienza personale,

maturata nel corso degli anni e con una casistica di 280 casi realizzati con tecniche diverse di vapo-resezione, potenze e fibre di differente forma, ogni prostata richiede un approccio personalizzato. Fra tutte le fibre sinora impiegate la "Laser Finger" risulta, a nostro avviso, la fibra più duttile per le varie situazioni in quanto la sua forma permette facilmente di aggredire con successo e rapidità tutte le varianti anatomiche.

Messaggio conclusivo: La vapo-resezione laser della prostata si sta evolvendo, si aggiungono sempre nuovi supporti strumentali in termini di lunghezze d'onda e potenza dei laser. Anche le fibre hanno un'importanza fondamentale nella realizzazione dell'intervento e la Laser Finger, a nostro parere, costituisce un ottimo sussidio nelle mani dell'urologo.

Poster

Sala Belli – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.15-17.15

P29

QUALI FATTORI AUMENTANO IL RISCHIO DI CONVERSIONE NELLA NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEALE PER PATOLOGIA NON NEOPLASTICA? VALUTAZIONE SU UNA COORTE DI 70 PAZIENTI

N. Arrighi, A. Antonelli, A. Peroni, D. Zani, S. Cosciani Cunico, C. Simeone
U.O. di Urologia, Cattedra di Urologia, Spedali Civili-Università degli Studi, Brescia

Introduzione: La nefrectomia laparoscopica per via retroperitoneale rappresenta un'opzione tecnica nella nefrectomia mini-invasiva, sia per neoplasia sia per patologia benigna. È opinione comune che l'approccio sia più complesso e richieda maggiore esperienza rispetto all'accesso transperitoneale e che quindi possa essere maggiore il rischio di conversione.

Scopo di questo studio è valutare, pur in assenza di un confronto tra le due tecniche, quali fattori effettivamente possano condizionare la conversione ad "open" di tale intervento, eseguito per patologia non neoplastica.

Materiali e metodi: Nel nostro Istituto dal 2005 sono state eseguite 70 nefrectomie semplici per patologia benigna. In 6 casi è stato necessario convertire l'intervento (8,7%). Sono state eseguita da 3 diversi operatori. Abbiamo valutato se i seguenti parametri potessero avere un ruolo nell'aumentare il rischio di conversione a chirurgia open: il sesso, il BMI del paziente, la pre-

gressa chirurgia retroperitoneale, l'esperienza dell'operatore, il lato, le dimensioni dell'organo, le pregresse infezioni, la calcolosi, la pregressa RT, la sintomatologia, la febbre come sintomo d'esordio o la presenza di derivazione urinaria.

Risultati: Nessun parametro ha raggiunto la significatività statistica. Parametri quali l'esperienza laparoscopica od il BMI non sono significativi per il rischio di conversione. Va considerato però che le dimensioni dell'organo nei 6 casi di conversione erano diverse (media 10 cm di diametro maggiore rispetto a 8) rispetto ai casi non convertiti.

Il rischio di conversione (pur non essendo statisticamente significativo) era nettamente più alto nei pazienti che avevano in anamnesi episodi di infezioni urinarie.

Nei casi che sono andati incontro a conversione abbiamo valutato numerosi parametri al fine di analizzare il decorso clinico. In particolare vi era una differenza statisticamente significativa nell'uso di antidolorifici, nelle perdite ematiche intraoperatorie, nella velocità alla canalizzazione e mobilizzazione (vedi tabella).

Discussione: La nefrectomia retroperitoneoscopica rimane un'interessante opzione chirurgica nei pazienti che devono essere sottoposti a nefrectomia per patologia benigna. Non sembra esserci una correlazione tra il

		Interventi non convertiti		Interventi convertiti		P- value
Sesso	M	36	56.2%	3	50.0%	0.76
	F	28	43.8%	3	50.0%	
Età	Media	51.2		Media	62.8%	0.31
BMI	Media	26.2		Media	26.4%	0.79
Esperienza operatoria	< 10	12	18.67	0	0%	0.24
	> 10	52	81.3%	6	100%	
Lato	DX	28	43.8%	4	66.6%	0.28
	SX	36	56.2%	2	33.3%	
Pregresse infezioni	No	40	62.5%	2	33.3%	0.16
	Si	24	37.5%	4	66.6%	
Calcolosi	No	46	71.9%	4	66.6%	0.78
	Si	18	28.1%	2	33.3%	
Pregressa RT	No	61	95.3%	5	83.3%	0.22
	Si	3	4.7%	1	16.7%	
Ematuria	No	57	89.1%	6	100%	0.39
	Si	7	10.9%	0	0%	
Dolore	No	15	23.4%	2	33.3%	0.58
	Si	49	76.6%	4	66.6%	
Febbre	No	42	65.6%	2	33.3%	0.11
	Si	22	34.4%	4	66.6%	
Derivazione	No	47	73.4%	4	66.6%	0.72
	Si	17	26.6%	2	33.3%	
Dimensione organo	Media	82.4		Media	10.0	0.30
Tempi operatori	Media	210		Media	295	0.04
Δ HB post-operatoria	Media	1.4		Media	1.7	0.62
Δ HCT post-operatoria	Media	36.5		Media	38.9	0.43
Δ Creat post-operatoria	Media	0.0		Media	-0.1	0.51
Giorni di drenaggio in sede	Media	3.08		Media	4.0	0.69
Perdite operatorie	Media	70.0		Media	183	0.001
Numero totale antidolorifici	Media	3.6		Media	5.0	0.042
Mobilizzazione	Media	1,6		Media	2,2	0.008
Canalizzazione	Media	1,8		Media	2,0	0.001
Giorni di ricovero	Media	5.03		Media	6.5	0.20

rischio di conversione e numerosi parametri che di solito si considerano fattori di rischio chirurgico, compresa l'esperienza del chirurgo. Per contro, le dimensioni dell'organo sembrano avere un ruolo, poiché probabilmente gli spazi minori disponibili in un approccio retroperitoneale possono rendere più difficile l'isolamento dell'organo, così come l'anamnesi positiva per infezioni delle vie urinarie.

Sembra essere quindi necessaria in questi casi una valutazione più accurata all'indicazione laparoscopica retroperitoneale.

Emerge nei casi convertiti infine un decorso clinico peggiorativo sia in termini oggettivi (per esempio i giorni di ricovero, velocità alla canalizzazione) che soggettivi (per esempio il dolore valutando la richiesta di antidolorifici).

P30 LAPAROENDOSCOPIC ADRENALECTOMY AND PARTIAL NEPHRECTOMY. NEW PROGRESSES IN CHALLENGING SURGICAL PROCEDURES

L. Cindolo, F. Berardinelli, F. Neri, L. Schips
Urology Unit, S. Pio da Pietrelcina Hospital, Vasto (CH)

Since its initial clinical use in urology, there has been an increasing enthusiasm and a growing interest for LESS. All extirpative and reconstructive urological procedures has been described and shown to be feasible and safe. The adrenalectomy and the nephron-sparing surgery (NSS) represent the most complex procedures. We describe our initial cases of unclamp NSS and adrenalectomy describing peri-operative, pathological, hematological data together with a subjective evaluation of pain and scar.

Partial Nephrectomy. From April 2009 to September 2010, patients eligible for NSS were selected to receive unclamp LESS NSS. Using a rigid 5mm, 30-degree-lens laparoscope, rigid and articulable instruments (Covidien, Mansfield, MA) were used for dissection and tumor exposure. The excision under normal renal perfusion was done by LigaSure™ (Covidien, Mansfield, MA) 5-mm laparoscopic instrument having a standard laparoscopic aspirator in the left hand. Eleven patients (mean age 62 ± 12 y, BMI 27) have been treated by unclamp LESS NSS. A multichannel-port provided intra-abdominal transperitoneal access: 8 Triport™ and 1 QuadPort™ (Advanced Surgical Concepts, Ireland) 2 Endocone (Karl Storz, Tuttlingen, Germany). With a mean operative time of 138 ± 31 min and a mean estimated blood loss of 206 ± 70 ml, all masses have been resected successfully. A good haemostasis has been successfully achieved without postoperative transfusions using bipolar cautery, cellulose bolster, haemostatic agent and stitches (4 cases). Three patients required conversion to standard laparoscopy in order to expose a posterior mass (1 case) and to control an excessive bleeding (2 cases). Postoperatively, 2 Clavien II (acute gastritis and urinoma) and one Clavien IV (cerebral stroke) complications occurred.

Pathology revealed 6 T1a clear cell carcinoma, 4 renal cysts and 1 angiomyolipoma (surgical margin positive). No variation in eGFR was seen at follow-up visit. A 2.3g/dl hemoglobin decrease was recorded with IPOD pain score of 1.8/10. Mean length of stay was 4.6 ± 2.4 days. All subjects confirmed a great satisfaction about the scars (9 enthusiastic/very satisfied and 2 satisfied) with a mean skin incision of 3.4 ± 0.4 cm.

Adrenalectomy. From October 2008 and September 2010, patients with adrenal masses suitable for surgical resection have been operated by LESS adrenalectomy. Using a standard 10-mm and 5-mm, 30-degree-lens laparoscope (Karl Storz, Tuttlingen, Germany) we performed a conventional transperitoneal adrenalectomy. The Toldt line and the typical vascular landmarks were dissected and exposed using an articulating dissector or straight standard instruments. The adrenal vessels were identified, sealed and divided. After the first 3 cases where we used the 5mm Hem-O-Lok clips (Teleflex Medical, North Carolina, USA) and/or a 5-mm harmonic scalpel (Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH, USA), we opted for a cliplless and tubeless adrenalectomy by the use of LigaSure™ (Covidien, Mansfield, MA) 5-mm laparoscopic instrument. Retrieving the specimen was accomplished by inserting a 10-mm bag through the central 10-mm channel using a rigid 5-mm optic (Karl Storz, Tuttlingen, Germany) in a 5-mm channel. The specimens were extracted removing the bag and the trocar simultaneously. We successfully completed 6 procedures (mean operative time: 151min; estimated blood loss: 26 ml). A multichannel-port provided the access: 5 Triport™ and 1 QuadPort™ (Advanced Surgical Concepts, Ireland). Mean skin incision was 3.2 ± 0.2 cm. No intraoperative complications occurred, and in two right-sided diseases an additional 5-mm trocar was inserted for the liver retraction. Pathological examination revealed 4 non-functioning adrenal masses and 2 adrenal metastasis from lung cancer (mean tumor size 4.8 cm). The postoperative period was uneventful with early discharge (3 days). Short-term follow-up showed all patients very satisfied/enthusiastic about their scar.

In all cases, the surgeon experienced difficulties in manipulation, especially during the parallel driving of the instruments. This limitation was partially overcome with the introduction of articulating instruments and with the high coordination with camera driver. While acknowledging the need for prospective comparison with standard laparoscopy, good postoperative outcomes and high patient satisfaction were recorded for both procedures. In our opinion, in highly selected cases, the LESS unclamp-NSS and adrenalectomy are feasible, provide good postoperative outcomes and ensure subjective satisfaction. Additional trocars should be considered for the haemostatic stitches and for liver retraction, nevertheless a wider experience and longer follow-up are necessary to establish the role of this technique as far functional and oncological outcomes is concerned. Even if further studies are needed

to demonstrate the actual benefits of LESS, we still believe that this way should be followed because the early clinical outcomes reported by the patients seem to be convincing then winning.

P31

RUOLO DELLA CRIOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI RENALI PERILARI

V. Ferrara, Behrouz Azizi, C. Vecchioli Scaldazza, W. Giannubilo, G. Pace, A. Garritano

Unità Operativa di Urologia - Ospedale Civile di Jesi (AN)

Negli ultimi anni si è assistito allo sviluppo e alla diffusione di molti approcci conservativi nel trattamento delle neoplasie renali. Molte di queste tecniche, come per esempio la nefrectomia parziale video-laparoscopica, sono divenute il gold standard del trattamento di queste neoplasie anche in elezione. Ma la pratica clinica rende l'utilizzo di tali approcci di necessità ove esistano indicazioni assolute e/o relative al loro ricorso, come nei casi in cui il paziente sia monorene chirurgico, funzionale o congenito, oppure in quelle situazioni in cui il rene controlaterale presenti delle patologie preesistenti e potenzialmente pericolose e una nefrectomia radicale potrebbe inficiare la funzionalità renale complessiva.

La nefrectomia parziale tuttavia presenta dei limiti tecnici nella sua fattibilità che non sono esclusivamente legati alle dimensioni della neoplasia, ma anche alla posizione della stessa nel contesto del rene e la vicinanza all'ilo.

Pertanto, parallelamente alla nefrectomia parziale, oggi può essere necessario ricorrere ad altre tecniche ablativo meno invasive, che affrontano con uguale radicalità e risultati quelle stesse patologie che una volta necessitavano di interventi ben più demolitivi e che ora vengono risolte preservando il più possibile l'integrità fisica e psicologica oltre che la qualità di vita del paziente. Tra le tecniche di ablazione, la crioterapia è la più data-ta, infatti, già nel 1845 era stato ipotizzato da James Arnott che le basse temperature potessero essere utilizzate per distruggere i tessuti malati.

Per praticare la crioterapia si utilizzano sonde che possono essere raffreddate con argon o azoto liquido. Esse possono avere spessore e lunghezza differenti e vengono scelte a seconda della tecnica utilizzata (open, laparo, percutanea) e delle dimensioni della neoplasia. Sono capaci di raggiungere temperature di -187°C o -195°C , portando a necrosi i tessuti con cui vengono messe in contatto, attraverso un meccanismo di danno cellulare immediato, ottenuto: 1) dalla formazione di cristalli di ghiaccio nello spazio extracellulare, con aumento dell'osmolarità, richiamo di liquidi e conseguente lisi cellulare e 2) dai fenomeni di edema, occlusione vascolare e trombosì nel letto del microcircolo. Solitamente si eseguono 2 cicli di congelamento separati da circa 15 minuti di scongelamento, questo serve ad incrementare il rilascio di fattori citotossici dalle cellule colpite aumentando ulteriormente l'effetto necrotico che ne consegue, sulle cellule neoplastiche

Presso la nostra U.O. di urologia eseguiamo tale tecnica per via laparoscopica o retroperitoneoscopica (di solito 3 trocar). Attraverso questo approccio si isola la massa neoplastica, che viene biopsiata e poi trafitta dalla criosonda. Si eseguono 2 cicli di congelamento di circa 15 minuti l'uno, separati da 15 minuti di scongelamento. Alla fine non è necessario procedere ad alcuna emostasi visto che i vasi renali vengono trombizzati direttamente dall'azione del congelamento. Unico presidio emostatico che utilizziamo è l'inserimento di una "sigaretta" di Tabotamp e/o del Floseal nella breccia scavata dalla criosonda. Un drenaggio viene lasciato in sede e lo si rimuove in 2° giornata.

Presso la nostra U.O. sono state eseguiti da Luglio 1999 a Dicembre 2010 15 trattamenti, di cui 4 per neoplasia perilare e 1 con neoplasia multipla sincrona dello stesso rene. La tecnica risulta molto sicura in questi casi, in quanto il congelamento non risulta dannosa per i grandi vasi, la cui parete viene preservata dal calore del flusso ematico continuo all'interno di questi. Dei 15 pazienti 1 è stato sottoposto a nefrectomia a causa di una emorragia post-operatoria in seconda giornata, gli altri 14 non hanno avuto complicanze, sono stati dimessi in 4° giornata e non presentano attualmente segni di recidiva neoplastica al follow-up.

P32

TRATTAMENTO MINIINVASIVO CON TERMOABLAZIONE DELLE PICCOLE MASSE RENALI: NOSTRA ESPERIENZA

D. Piccolotti¹, M. Mazzucco², B. Perin³, A. Calabrò¹

¹U.O.C. Urologia-Este ULSS 17; ²U.O.S. Epatologia Diagnostica ed Interventistica-Este ULSS 17; ³U.O.C. Radiologia Este-Monselice-Dipartimento Immagini ULSS 17

Introduzione: I tumori renali rappresentano circa il 3% delle neoplasie maligne e ogni anno colpiscono circa 4000 persone in Italia.

La presenza di questo tumore appare in crescita negli ultimi decenni, ma il maggior numero di casi registrati va attribuito, in buona parte, al miglioramento delle tecniche diagnostiche, che consentono di identificare la malattia in fase precoce, spesso come reperto occasionale.

Dal punto di vista terapeutico, la comunità urologica è attualmente orientata a minimizzare l'invasività delle terapie con interventi chirurgici detti "nephron-sparing". Le terapie locoregionali comprendono la crio e la termoablazione che attualmente trovano indicazione nelle neoplasie renali recidive, pazienti monorene, alto rischio chirurgico/anestesiologico.

Metodi: Dall'aprile 2008 all'agosto 2010 sono stati sottoposti a trattamento locoregionale con termoablazione 28 pazienti (22 maschi, 6 femmine, età media 67.5 anni, da 35 a 82aa) portatori di 30 neoplasie renali.

Criteri di inclusione: neoplasie solide a sviluppo periferico con diametro < 4 cm; pazienti con comorbidità o patologie multiple; elevato rischio anestesiologico/chirurgico;

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. Khorrami, 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 (Flo seal). 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 Flo seal, 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. Manferrari, 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-

tinence and cancer control. Transection of dorsal vein complex (DVC) is one of most important steps because it involves several structures: veins, muscular sphincteric fibers and part of neurovascular bundles. The traditional technique involves the ligation of Santorini plexus by a suture passed between urethra and veins. It has been suggested that a deep, raw suture could damage the rhabdosphincter and the nerve fibres, leading to worse functional results. Our aim was to compare the intraoperative and functional outcomes between the two techniques: Santorini ligation and dissection of DVC without suture ligation.

Materials and methods: After 250 surgical procedures performed since 2003, we prospectively evaluated 100 patients with clinical localized prostate cancer that underwent radical laparoscopic prostatectomies at our institution, performed by a single surgeon, from april 2009 to july 2010. We divided the population into 2 groups: group A (50 pts) underwent extraperitoneal LRP with Santorini ligation, group B (50 pts) underwent extraperitoneal LRP without Santorini ligation.

Technique: Extraperitoneal LRP was the standard technique performed in the whole population. Group B underwent apical dissection without suture ligation: we performed a transection of the DVC with the harmonic scalpel and the use of blunt dissection, along the curvature of prostate apex, close to the capsula, following an avascular plane, until we visualize the longitudinal fibres of the anterolaterale aspect of urethra. Only "important" bleedings were managed with bipolar forceps.

Results: There were no statistical significant differences between the groups in term of clinical preoperative characteristics. Operative time were shorter in group B (110 min vs 121 min). There was no difference in terms of blood loss (mean 350 ml), hematocrit change and transfusion rate (1%). Apical positive surgical margins were similar. At 6 month evaluation, urinary continence was slightly better in group B (91% vs 86%), but this difference wasn't statistical significant.

Discussion and conclusions: We believe that in laparoscopic surgery a clear direct visualization of each step is critical for the success of procedure. Ultrasound scalpel ensure a perfect haemostasis and a "step by step" dissection, that allows the preservation of the sphincteric complex and avoids apical positive surgical margins. To refine haemostasis the use of bipolar forceps prevents any thermal injury, that in our experience didn't affect functional outcomes. Furthermore shorter operative time and continence rates led us to definitively discard Santorini ligation in the subsequent procedures.

P35 ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSCAPSULARE EXTRAPERITONEOSCOPICA: RISULTATI DOPO UN FOLLOW UP MINIMO DI UN ANNO

C. Fiori, I. Morra, M. Poggio, M. Cossu, B. Cavallone, M. Manfredi, R. Bertolo, F. Mele, M. Lucci Chiarissi,

N. Serra, F. Valentino, R.M. Scarpa, F. Porpiglia
S.C.D.U. Urologia - Università degli Studi di Torino - A.O.U. San Luigi Gonzaga - Orbassano (Torino), Italy

Obiettivi: Alcuni autori hanno dimostrato che l'adenomectomia prostatica extraperitoneoscopica (Laparoscopic Simple Prostatectomy LSP) è paragonabile alla procedura "open" in termini di sicurezza ed efficacia con il vantaggio di una minore invasività. Tuttavia, la maggior parte degli studi prende in considerazione soltanto la fattibilità della tecnica ed i risultati perioperatori. Scopo dello studio è stato di valutare le complicanze ed i risultati funzionali dei pazienti sottoposti a LSP con almeno un anno di follow-up.

Materiali e metodi: Abbiamo estratto dal nostro database i dati relativi ai pazienti sottoposti a LSP da gennaio 2004 a giugno 2010, con almeno 1 anno di follow up. Abbiamo valutato i parametri peri-operatori, analisi patologica e risultati funzionali. Le complicanze precoci (entro 30 giorni dall'intervento) sono state classificate secondo il sistema Clavien. Le visite di follow-up sono state programmate a 1,3,6,12 mesi e successivamente ogni 6 mesi, con il controllo di PSA, uroflussimetria (Q_{max}), IPSS, QoL index e IIEF-5. Per valutare la soddisfazione dei pazienti dopo l'intervento chirurgico è stata presentata anche la domanda 32 del questionario EPIC.

Risultati: Settantotto pazienti sono stati considerati per le analisi. La durata media del follow-up è stata di 30 mesi. L'età media dei pazienti era pari a 70anni, il volume della ghiandola a 96cc. I tempi operatori medi sono risultati pari a 103', con perdite ematiche stimate pari a 333cc. Il tempo di cateterismo è risultato pari a 2.4 giorni. Abbiamo registrato complicanze precoci in 11 casi: 9 casi (di cui quattro di tipo medico) di grado II ed in due casi di grado III sec. Clavien. Il sanguinamento è stata la complicanza più frequente (4/11;36%).

Abbiamo osservato 4 casi di complicanze tardive: un caso di stenosi uretrale trattata fruttuosamente con uretrotomia interna; un caso di pielonefrite, uno di prostatite ed uno di epididimite, in tutti i casi si è osservata la risoluzione dopo terapia antibiotica.

Risultati funzionali: È stata osservata una differenza statisticamente significativa tra i risultati dell'IPSS, del QoL index e del Q_{max} pre-operatori e post-operatori ($p < 0.05$). In particolare si è registrato un aumento del 130% del Q_{max} e una diminuzione del 56% del punteggio IPSS dopo un mese dall'intervento. Il punteggio IIEF-5 non ha subito variazioni dopo l'intervento confermando che questa procedura non influisce sulla sfera sessuale.

A tre mesi dall'intervento 73 pazienti (96%) si sono dichiarati soddisfatti o estremamente soddisfatti della procedura (EPIC domanda n° 32) mentre solo 5 (4%) si sono detti parzialmente soddisfatti.

Conclusioni: I risultati del nostro studio indicano che la LSP è sicura ed efficace come dimostrato dai risultati funzionali positivi e stabili nel tempo e dal basso tasso di complicanze. Riteniamo che i risultati del nostro

studio indichino che la LSP può essere offerta come valida opzione nel trattamento degli adenomi voluminosi nei centri laparoscopici avanzati. Ulteriori studi sono richiesti per definire il ruolo della LSP tra le varie opzioni di trattamento delle prostate voluminose, come HoLEP e TURP bipolare.

P36

PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA: ESPERIENZA PRELIMINARE DI UN CENTRO AD ALTO VOLUME CHIRURGICO, CON ESPERIENZA DI PROSTATECTOMIA RADICALE ANTEROGRADA

A. Minervini, G. Siena, G. Vignolini, L. Masieri, M. Gacci, A. Crisci, A. Tuccio, S. Khorrami, S. Giancane, G. Vittori, A. Lapini, S. Serni, M. Carini

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

Introduzione: Valutare i risultati preliminari della prostatectomia radicale robot-assistita (RARP) eseguita in un centro ad alto volume, con esperienza di prostatectomia radicale con tecnica anterograda.

Metodi: Da Aprile 2010 a Gennaio 2011, 46 pazienti, con diagnosi carcinoma prostatico clinicamente organo-confinato, sono stati sottoposti a RARP. L'intervento è stato eseguito da 5 differenti operatori con esperienza di prostatectomia radicale open anterograda. Sono stati valutati: PSA preoperatorio, Gleason score biottico, tempi operatori, perdite ematiche intra- e post-operatorie, perdite dal drenaggio, degenza media, stato dei margini chirurgici, stadio patologico, Gleason score patologico e PSA post-operatorio.

Risultati: I primi 4 casi, eseguiti con l'assistenza di un Tutor che ha eseguito parte della procedura, sono stati esclusi dall'analisi. Le successive 42 RARP sono state eseguite tutte con tecnica transperitoneale, in assenza di tutor, da 5 diversi operatori, di cui Chirurgo I, II, III, IV e V hanno eseguito 19, 11, 5, 5 e 2 RARP rispettivamente. Due pazienti sono stati convertiti a procedura open per complicanze intraoperatorie e uno per incorretto funzionamento del meccanismo di insufflazione. L'età media era di (range) 61 (50-73) anni, il PSA medio (range) di 6,5 (1,93-12,47) ng/dL. Il Gleason biottico è risultato < 7 in 35 casi (83,3%) e in 7 casi ≥ 7 (16,7%). In 4 casi è stata eseguita una prostatectomia radicale non nerve-sparing, in 5 una nerve-sparing monolaterale e in 33 nerve-sparing bilaterale. Le perdite ematiche intraoperatorie medie sono state di (range) 265 (100-800) cc ed in 4 casi è stata necessaria emotrasfusione per anemizzazione post-operatoria. Il tempo operatorio medio (range) è stato di 276 (150-540) minuti, con riduzione significativa del tempo di console dopo circa 5-8 procedure. Infatti, i due operatori che hanno eseguito > 10 RARP (Chirurgo I e II) hanno registrato, rispettivamente, a partire dalla ottava e quinta procedura, una riduzione significativa del tempo di console. Il tempo operatorio delle prime 8 procedure per il Chirurgo I è stato (range) 356 (240-420) minuti versus (range) 185 (130-240) minuti delle successive 9; il tempo operatorio medio del chirurgo II

è stato (range) 356 (300-450) minuti per le prime 5 procedure versus (range) 194 (150-240) minuti delle successive 6. La rimozione del drenaggio è avvenuta in media (range) dopo 3,5 (2-6) giorni e la degenza media (range) è stata di 4,8 (3-7) giorni. In 2 casi lo stadio patologico è risultato pT2a, in 1 pT2b, in 17 pT2c, in 3 pT3a, in 2 pT3b, in un caso si trattava di adenosi su sfondo di IPB, in 16 l'esame istologico è in corso. I margini chirurgici sono risultati positivi in 4/26 (15%) casi, 2 in caso di pT3b, 1 in caso di pT3a e uno in caso di pT2c. Dal punto di vista funzionale urinario e erettile i dati preliminari attualmente a disposizione non permettono di giungere a conclusioni statistiche.

Conclusioni: La nostra esperienza iniziale conferma la prostatectomia radicale robot-assistita (RARP) una tecnica sicura da un punto di vista oncologico e caratterizzata da una rapida curva di apprendimento. In particolare sono promettenti la progressiva riduzione dei tempi operatori dopo appena 5-8 procedure e la bassa incidenza di margini chirurgici positivi (15%). L'elevata esperienza di prostatectomia radicale open con tecnica anterograda ha contribuito a rendere maggiormente intuitiva e fattibile la procedura robotica sin dalla fase iniziale dell'apprendimento.

Poster

Auditorium – Sabato 5 Marzo 2011 – 16.30-17.30

P21

COMPLICATIONS IN 400 LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMIES: OUR EXPERIENCE

F. Manfredi, A. Baccos, M. Garofalo, A. Bertaccini, R. Schiavina, C.V. Pultrone, G.C. Rocca, M. Borghesi, A. Vici, V. Vagnoni, Z. Zuckerman, S. Savini, G. Martorana
Clinica Urologica - Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Introduction: Laparoscopic radical prostatectomy (LRP) is a worldwide adopted technique.

Most of the series in literature did not use a formal complication reporting system or a grading system and did not account for comorbidities or even define complications. We report the early morbidity in a homogeneous series of patients who underwent LRP at a academic referral center using a standardized method to report complications.

Materials and methods: We retrospectively evaluated the complications occurred in 380 LRP performed since 2003 at our institution. Complications were classified according to the Clavien-Dindo system occurred within 30 days postoperatively.

Results: Complications are listed in table 1.

Globally we experienced 71 complications over 400 LRP (17.75%). Clavien 1 and 2 complications (minor complications) occurred respectively in 7.25% and 7.50%. Complication that required intervention (3a and 3b) occurred in 0.75% and 0.75%. Intensive care unit was necessary in 1.25% of procedures. One

Table 1.

Clavien grade	Complication	Treatment	N	%
1	Lymphorrea	Prolonged drainage	12	3
1	Anastomosis leakage after catheter removal	Recatheterisation	15	3.75%
1	Haematuria	Bladder irrigation	2	0.5
2	Lymphocele	Antibiotics	3	0.75
2	Anaemia	Transfusion	14	3.5
2	UTI	Antibiotics	8	2%
2	Deep venous thrombosis	Anticoagulation	3	0.75
2	Extramucosal Rectal injury	Intraoperative suture	2	0.5
3a	Lymphocele	Drainage percutaneous	1	0.25
3a	Hydronephrosis	JJ stent	2	0.5
3b	Anastomotic stricture	Laser incision	1	0.25
3b	Dehiscence of the anastomosis	Revision	1	0.25
3b	Intraoperative maior vascular injury	Intraoperative suture	1	0.25
4a	Postoperative bleeding	Revision	1	0.25
4a	Pulmonary embolism	Intensive care unit	1	0.25
4a	Recto-urethral fistula	Ileostomy	3	0.75
5	Acute respiratory insufficiency	Intensive care unit	1	0.25

patient died for lethal respiratory insufficiency (0.25%).

Conclusions: Our LRP experience has been burdened by few complications and our results are comparable to published data of laparoscopic radical prostatectomies. Review of complications is an important moment of growth for the surgeon.

P22

ADVANTAGES OF A NEW ERGONOMIC OPERATING PLATFORM FOR LAPAROSCOPIC PROCEDURES: THE ETHOS CHAIR

A.S. Gözen, A. Jalal, G. Pini, M. Schulze, J. Rassweiler
SLK Kliniken Heilbronn, Urology Department, Heidelberg University, Germany

Introduction: Recently a new operating chair has been introduced on the market allowing the surgeon to operate in an sitting ergonomic position. Herein we present our experience with this operating platform during Laparoscopic Radical Prostatectomy and laparoscopic kidney procedures.

Materials and method: Since august 2010 to date 37 patients have been operated by laparoscopic surgery using the ETHOS Ergonomic Surgical Platform™: 23 radical prostatectomies (LRPs) 5 Radical and 4 Partial Nephrectomy 4 Pyeloplasty and 1 Colposacropexys. In LRPs and Colposacropexys, ETHOS is brought over patient's head enabling the surgeon to sit over the head of the patient. The monitor is placed between the patient's legs with an ergonomic horizontal or chin down position.

A retroperitoneal approach with patient in a flank position is used for kidney procedures and ETHOS is placed on the operating side.

Results: All the operations were accomplished without any complication or technical problem due to surgical chair. The ergonomic sitting surgeon posture has reduced leg and lower back pain and arm rests provided stability and reduced the tremor. The position has reduced also mainly the pain and fatigue syndrome.

Conclusion: The ETHOS Surgical Platform improves ergonomics of laparoscopic surgery and allows the surgeon to work in a less stressed position during prostate and kidney procedures. Main advantages are: ergonomic sitting surgeon posture, reduced leg and lower back pain, arm rests, stability and reduced tremors, less joints involvement (shoulder and elbow), reduced pain and fatigue syndrome, incorporated pedal reduces legs strain.

P23

PIELOURETEROPLASTICA LAPAROSCOPICA: NO- STRA ESPERIENZA

E. Scremin, G. Abatangelo, E. Bratti, L. Cavarretta, P. Ferrarese, G. Benedetto, C. Tambone, F. Nigro, A. Tasca
Unità Operativa di Urologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Scopo del lavoro: Valutare i risultati della pieloureteroplastica laparoscopica per malattia del giunto pieloureterale.

Materiali e metodi: 42 pazienti di età media di 41 anni. Sintomo d'esordio: dolore al fianco in 24 pazienti, pielonefrite acuta in 8. 10 riscontri incidentali. In 13 pazienti è stata posizionata una nefrostomia per pielonefrite resistente all'antibioticoterapia/idropioneftrosi o per esclusione funzionale del rene. I pazienti sono stati studiati preoperatoriamente con angiofotocintigrafia (70% dei casi), urografia (80%) e TAC per studio vascolare (30%). L'intervento è stato condotto per via laparoscopica in 39 pazienti, retroperitoneoscopica in 3 pazienti. In tutti i casi si è provveduto a posizionare preoperatoriamente un catetere ureterale. Nel corso della fase anastomotica si è provveduto a sostituire tale catetere con un double o mono J. Nel postoperatorio, il mono J è stato sostituito con double J. L'anastomosi è stata confezionata con duplice sutura continua con filo riassorbibile. In 23 casi erano presenti vasi anomali che hanno richiesto l'anteposizione dell'anastomosi. Il catetere ureterale (double J) è stato rimosso dopo 4 settimane dall'intervento. Il dolore postoperatorio è stato valutato con questionario.

Risultati: La durata media dell'intervento è stata di 4,5 ore, le perdite ematiche irrilevanti. Il dolore postoperatorio è risultato minimo. Complicanze precoci sono state lo spandimento urinoso in 6 pazienti, febbre in 5, 2 infarti miocardici, una chilorrea, secondaria a piccola soluzione di continuo della cisterna chili. In un caso, nel postoperatorio, non risultava estraibile il double J, incarcerato dalle calcificazioni. Lo spandimento urinoso si è risolto con il riposizionamento del double J dislocato e, in 3 casi, con la temporanea sostituzione del double J con mono J. La chilorrea si è risolta dopo 3 giorni con adeguata dieta. Per rimuovere il double J

incarcerato è stata necessario un accesso combinato, ureteroscopico e percutaneo. Con un follow up medio di 32 mesi (range 2-66), la percentuale di successo è del 93%. I 3 casi di stenosi postoperatoria del neogiunto sono stati risolti con una pieloureteroplastica chirurgica aperta (2 pazienti) e con una incisione anterograde con laser (Ho-YAG).

Discussione: La chirurgia laparoscopica nelle diverse patologie urologiche richiede correttezza di indicazioni

e certezze su fattibilità e sicurezza. Dall'analisi dei dati della nostra esperienza risulta che, nelle mani di un chirurgo esperto, la pieloureteroplastica laparoscopica è una procedura sicura, anche nelle prime fasi della curva di apprendimento. Essa inoltre garantisce risultati clinici ottimali, paragonabili alla chirurgia aperta.

Messaggio conclusivo: In "mani esperte" ed in centri in cui la laparoscopia è tecnica abituale, la pieloureteroplastica laparoscopica risulta fattibile, sicura ed efficace.

Corso per Infermieri

CI 2

ASSISTENZA INFERMIERISTA AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO DI PIELOPLASTICA: COMPARAZIONE OPEN VS LAPAROSCOPIA

S. Cuna¹, D. Sabatini², F. Masucci³, V. De Pasquale⁴, P. Caione⁵

¹Infermiere di Reparto; ²Caposala; ³Caposala Coordinatrice; ⁴Medico; ⁵Direttore Dipartimento Nefrologia-Urologia U.O.C. Chirurgia Urologica - Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma, Italy

Introduzione: Per idronefrosi si intende comunemente una dilatazione del sistema pielo – caliceale del rene, che può determinare un danno progressivo al parenchima renale ed infezione urinaria pielonefritica.

L'idronefrosi da ostacolo congenito ed intrinseco della giunzione pielo-ureterale è una delle più comuni anomalie riscontrabili nel bambino.

L'intervento di pielo-ureteroplastica secondo Anderson-Hynes rappresenta tuttora il "gold standard" con un'ottima percentuale di risoluzione dell'ostruzione e con un tasso di complicanze molto basse se l'assistenza è affidata a mani esperte.

Obiettivo: Nel lavoro verranno comparate le due tecniche di esecuzione:

OPEN vs LAPAROSCOPICA, descritti gli interventi assistenziali nei diversi tempi, dimostrando la più semplice gestione infermieristica e la più veloce ripresa dei pazienti trattati con tecnica OPRAP vs Open Tradizionale.

Pazienti e metodi: Da gennaio 2008 a Giugno 2009 sono stati comparati 28 pazienti (età media 18 mesi, 17 maschi e 11 femmine) trattati con tecnica OPRAP ad un gruppo di controllo di 25 pazienti (con caratteristiche simili al primo gruppo) trattati fra il 2006-07 con tecnica open tradizionale.

Sono stati valutati i seguenti parametri: complicanze assistenziali, complessità della medicazione, dolore post-operatorio, rischio di infezione post-operatorio, ansia del genitore e difficoltà di gestione del paziente, ripresa dell'alimentazione e delle condizioni fisiche.

Conclusioni: I pazienti trattati con tecnica OPRAP beneficiano di tempi di ripresa più veloci con minore dolore post-operatorio e più facile gestione del paziente da parte dei genitori con riduzione significativa dell'ansia degli stessi.

A tutt'oggi la tecnica OPRAP è preferita alla Open Tradizionale che tuttavia viene riservata a casi selezionati.

CI 3

COMUNICAZIONE E RISCHIO ERRORE: CHECK LIST E TIME OUT

L. Di Rienzo¹, E. Di Luca¹, G. Bernardini¹, P. Caione²

¹Infermiere di Sala Operatoria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; ²Direttore Dip. Nefrologia-Urologia, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

Introduzione: Il valore dell'accreditamento JCI (Joint Commission International) ha rivelato come tutti i

professionisti coinvolti nella struttura sanitaria abbiano effettuato un percorso volto verso la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi.

Semplici regole operative possono evitare gravi danni ai pazienti e conseguenti sequele giudiziarie.

L'esempio è la corretta identificazione dei pazienti, della sede e della procedura chirurgica con il "time out", cioè l'ultima verifica congiunta di tutti gli operatori prima dell'intervento con una comunicazione efficace tra loro.

Sono note a tutti le tragiche conseguenze di interventi chirurgici eseguiti su pazienti sbagliati. Bisogna fare molta attenzione al trasferimento di informazioni durante il processo clinico assistenziale che è sempre più complesso perché coinvolge un numero sempre più elevato di professionisti con il rischio aumentato di commettere errori.

La leadership dell'ospedale deve documentare la capacità di rispondere in maniera accurata e competente in particolare ai pazienti considerati ad alto rischio come i bambini.

Metodi: L'obiettivo è quello di prevenire gli errori durante le procedure chirurgiche attraverso:

- l'identificazione del paziente
- marcatura del sito chirurgico
- check list di sala
- Time Out (ultima verifica con tutto il team: chirurgo, anestesista e infermiere)

Nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, accreditato JCI nel 2007, è stato realizzato stilando una apposita procedura denominata: "Riduzione del rischio nel comparto operatorio" (TIME OUT).

Risultati: La procedura prevedeva inizialmente l'inserimento della fase "time out" nella cartella infermieristica di sala operatoria (novembre 2006).

L'applicazione del "time out" non ha avuto immediatamente successo, veniva considerata una perdita di tempo, ma il lavoro svolto dagli infermieri per sensibilizzare tutta l'équipe è stato capillare ed efficace. La procedura "time out" è stata successivamente inserita nella cartella anestesologica. La Direzione Sanitaria dell'ospedale ha inteso stilare una procedura apposita che ha visto l'inizio della sua applicazione definitiva nell'agosto del 2008 responsabilizzando l'anestesista di sala e il chirurgo nel momento dell'ingresso del paziente nel Comparto Operatorio. Dopo l'applicazione di detta procedura dall'agosto 2008 all'agosto 2010, una nuova revisione, con riferimento alla Raccomandazione n° 3 del Ministero della Salute del marzo 2008, ha stabilito che è sufficiente effettuare il time-out all'ingresso del paziente nel Comparto Operatorio con l'infermiere e l'anestesista e riverificare con il chirurgo i punti previsti dal Time-out al momento dell'inizio dell'atto chirurgico.

Ad oggi il Time-out viene applicato a tutti i pazienti che si sottopongono a procedure chirurgiche, preven-

nendo il rischio di errore. Tale procedura viene applicata con successo dal 2006 ad oggi.

Conclusioni: Il lavoro si propone di descrivere il percorso effettuato per rispondere alla Raccomandazione del Ministero della Salute del luglio 2006 e la successiva revisione del marzo 2008 (Raccomandazione n° 3) sull'applicazione della procedura di Time Out. Tale azione soddisfa il Goal 4 (Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong-procedure surgery), dell'JCAHO National Patient Safety Goals.

Bibliografia

1. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf
2. Ministero della Salute, Risk Management in Sanità: il problema degli errori – Commissione tecnica sul Rischio Clinico Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, (DM 5 marzo 2003) Marzo 2004.
3. Benci L., "Aspetti giuridici della professione infermieristica", McGraw-Hill Sett 2008.
4. Rischio Sanità, "Errori e danni nelle cure mediche: USA e Regno Unito lanciano l'allarme" di Marconi G., Giugno 2001 n°1.
5. Cinotti R., "La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie" Il Pensiero Scientifico, Ottobre 2004
6. <http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospital>.

CI 1

COME SI PREPARA UNA SALA DI LAPAROSCOPIA

L. Di Rienzo¹, G. Caggianelli², A. Aloisio²

¹Infermiere di Sala Operatoria, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma; ²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Per espletamento di interventi di chirurgia laparoscopica, la sala operatoria necessita, oltre alle attrezzature di base, che sono sempre presenti in sala, anche di attrezzature specifiche per l'esecuzione di questo tipo di chirurgia.

Il set-up di una sala operatoria, è un aspetto determinante ai fini dell'espletamento dell'intervento chirurgico, in quanto varia in base al tipo di procedura che dovrà essere eseguita.

La continua evoluzione della scienza e della tecnologia medica pone l'operatore sanitario di fronte alla necessità di adeguare sempre più il proprio bagaglio di conoscenze e competenze. Le sale operatorie, ad oggi, sono sempre più oggetto di evoluzione tecnologica, le stesse offrono sistemi integrati ad alta tecnologia.

La complessità organizzativa, la tecnologia, la comunicazione tra le diverse figure professionali, l'imprevedibilità e il rischio d'errore definiscono la sala operatoria un "sistema complesso", pertanto è indispensabile al fine di coniugare tali elementi la professionalità e l'alta specializzazione.

How to prepare a laparoscopic operating room.

To perform a laparoscopic operation surgery, the operating room requires, besides the basics equipment, already present, a specific one.

The set-up of an operating room is a decisive aspect to

get a good result and it changes according to the surgery procedure that is going to be performed.

The continuous science and medical technology evolution brings the sanitary operator to adapt his knowledge more and more. Nowadays operating rooms get a great technological evolution and offer integrated systems with high technology.

Organizational complexity, technology, communication among the different professional figures, unpredictability and risk let define the room operating a "system complex", therefore it is essential conjugate such elements.

Poster

PI 1

ACCESSORI IDROFILICI IN ENDOUROLOGIA. GUIDA ALLE ESATTE PROCEDURE DI ATTIVAZIONE DA PARTE DELL'INFERMIERE STRUMENTISTA

C. Cicala, R. Totaro, M. Murdocca

Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Introduzione: L'EndoUrologia costituisce una parte sempre più importante della attuale pratica chirurgica urologica. Le possibilità di applicazione sono in continuo aumento, anche in funzione del continuo progresso di tipo tecnologico, che condiziona fortemente lo sviluppo delle procedure. All'Infermiere strumentista è richiesto pertanto, non meno che all'Urologo, un continuo processo di aggiornamento al fine di padroneggiare uso e manutenzione di materiale in continua evoluzione.

Di questo materiale, gli accessori caratterizzati da idrofilia sono forse quelli che possono più di altri rendere possibile o facilitare, ad esempio, una procedura di tipo ureteroscopico per altri versi difficoltosa. Fili guida, cateteri ureterali, guaine e stent con rivestimento idrofilico possono giocare un ruolo determinante nel superare eventuali ostacoli e nel facilitare la progressione degli strumenti, preservando al massimo l'integrità di un'alta via escretrice, l'uretere, di calibro fisiologicamente sottile e soltanto relativamente elastica.

È necessario quindi conoscere le varie tipologie di accessori e, non meno importante, le corrette modalità di attivazione del rivestimento idrofilico degli stessi.

Metodi: Sono presentati fotograficamente in sequenza accessori di tipo idrofilico quali fili guida, cateteri ureterali, guaine ureterali, stent. Di ciascuno vengono analizzate le destinazioni d'uso più frequenti, le caratteristiche del rivestimento idrofilico e le modalità di attivazione e mantenimento dello stesso.

Viene infine ricordata la successione dei tempi della procedura, la conoscenza della quale consente all'Infermiere strumentista di predisporre per tempo il giusto presidio idrofilico e di presentarlo all'Urologo nelle condizioni corrette di operatività.

Conclusioni: La conoscenza specifica permette di anticipare le richieste dell'Urologo durante gli interventi di

EndoUrologia. La risposta anticipatoria deriva dall'esatta preparazione degli strumenti ed accessori.

Il riconoscimento dei presidi idrofilici e la conoscenza delle diverse modalità di attivazione (fili guida, guaine, stent single- e doppio J, cateteri ureterali con applicazioni differenti) rende di conseguenza rapida l'attivazione e facilita il "flusso chirurgico", quella sequenza condivisa ed ininterrotta di movimenti ed atti che garantisce l'evolversi armonico della procedura e la riduzione del tempo operatorio e, con questo, dell'esposizione del paziente e degli operatori a radiazioni ionizzanti nocive.

PI 2

AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE ENDOUROLOGICHE? RISPONDE IL PERSONAL COMPUTER!

C. Cicala

Infermiera - Strumentista - Coordinatrice Didattica "Master per Strumentisti di Sala Operatoria" - Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Introduzione: La reingegnerizzazione dei Blocchi Operatori ha favorito lo sviluppo di tecnologie informatiche sempre più avanzate. Tali tecnologie facilitano il percorso chirurgico, riducendo il rischio di errore per procedura in Sala Operatoria. Esse sono impiegate quotidianamente in molte realtà per l'identificazione, la registrazione ed il continuo monitoraggio del percorso del paziente, nonché la visualizzazione delle immagini radiografiche durante l'intervento.

Nei Blocchi Operatori di grandi dimensioni, giornalmente il personale infermieristico può essere assegnato, a

seconda delle necessità, a specialità chirurgiche differenti. Ciò spesso è fonte di difficoltà sia per l'infermiere che per il chirurgo, rallenta il lavoro dell'equipe operatoria e può compromettere la sicurezza dell'atto chirurgico.

A fronte delle conoscenze specifiche richieste soprattutto in alcune super-specialità come l'endourologia, abbiamo pensato di realizzare dei files di presentazione di Power Point, visualizzabili sul computer presente in Sala Operatoria, che descrivano in modo sintetico i tempi principali degli interventi più importanti, con le informazioni più utili per l'infermiere strumentista.

Materiali e metodi: È stato prodotto un file per ognuno dei principali interventi, suddivisi per specialità endourologica (uretroscopia, litotrissia percutanea ecc.). Ogni file è stato realizzato con 15-20 diapositive. Ogni slide conterrà una parte fotografica ed una parte descrittiva di ogni singola fase operatoria, ricordando il materiale necessario, la tecnica chirurgica, la competenza necessaria da parte dell'infermiere.

Conclusioni: Il principale risultato del nostro progetto è stato quello di aver realizzato un sistema rapido, accessibile a tutto il personale infermieristico e a costo limitato, in grado di migliorare sensibilmente le abilità del personale infermieristico di sala operatoria.

Ciò potrebbe costituire un progetto finalizzato a migliorare le competenze dell'infermiere, il suo livello di autonomia nonché a supportare un continuo aggiornamento delle procedure, che possa andare di pari passo con il continuo evolversi della chirurgia endourologica.



Associazione Italiana
di Endourologia



CONGRESSO NAZIONALE IEA

FOGGIA
1-3 marzo 2012

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
Giuseppe Carrieri

Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno (BO)
tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it
web: www.emiliaviaggi.it



Sede Congressuale

Palazzo della Dogana
Piazza XX Settembre, 20
Foggia