

viene eseguita con 2 suture semicontinue in vicryl 4/0, una posteriore ed una anteriore dopo riposizionamento del pig tail in pelvi. Al termine della sutura viene eseguita una prova idraulica di tenuta. Lo stent Contour viene trasformato in doppio j previa pielografia di controllo.

Risultati:

Dal 2007 ad oggi abbiamo eseguito 25 pieloplastiche robotiche. Il tempo operatorio medio è stato di 155 minuti (range 120-250), senza alcuna conversione. Non sono state registrate perdite ematiche. L'ospedalizzazione media è stata di 5.2 giorni. Non è stato necessario reintervenire per casi di recidive.

Discussione:

Attualmente la pieloplastica laparoscopica robotizzata è considerata il gold standard per il trattamento della stenosi del giunto pielo-ureterale. Dalla prima procedura eseguita abbiamo apportato modifiche al fine di migliorare tecnica, raggiungendo una standardizzazione per il posizionamento dei trocar a seconda della lateralità della patologia. Inoltre l'uso di questo particolare tipo di stent permette una migliore identificazione della pelvi e una più rapida gestione post-operatoria del cateterino.

Messaggio conclusivo:

Nella nostra esperienza il sistema Da Vinci è in grado di assicurare risultati eccellenti e la minore invasività possibile.

V6**PRELIEVO LAPAROSCOPICO DI RENE DA DONATORE VIVENTE CON ANOMALIE VASCOLARI: DESCRIZIONE DI TRE CASI**

F. Varvello, A. Volpe, R. Tarabuzzi, L. Zegna, G. Ceratti, F. Sogni, P. Stratta, C. Terrone (Novara)

Scopo del lavoro:

La laparoscopia consente di eseguire il prelievo di rene per trapianto renale con risultati funzionali paragonabili alla tecnica a cielo aperto, con i noti vantaggi delle tecniche mini-invasive. Descriviamo tre casi in cui gli esami preoperatori avevano evidenziato la presenza di anomalie vascolari del peduncolo renale.

Materiali e metodi:

In tutti i casi descritti il rene sinistro è stato selezionato per il prelievo.

Nel primo caso la paziente presentava un'arteria polare inferiore con emergenza autonoma dall'aorta rispetto all'arteria renale principale. Durante la preparazione del peduncolo tale arteria è stata rispettata e isolata fino alla sua emergenza dall'aorta. Gli elementi vascolari sono stati clampati con Hem-o-Lock e sezionati con tecnica hand-assisted. Il rene è stato preparato su banco anastomizzando in un'unica bocca le due arterie renali a loro volta poi anastomizzate con l'arteria iliaca esterna del ricevente.

Nel secondo caso il paziente presentava una minuscola arteria polare superiore con emergenza autonoma dall'aorta rispetto all'arteria renale principale. Durante la preparazione del peduncolo tale arteria è stata rispettata e isolata fino alla sua emergenza dall'aorta. Gli elementi vascolari sono stati clampati con Hem-o-lock e sezionati con tecnica hand-assisted. Durante la preparazione su banco è stata eseguita un'anastomosi termino-laterale tra l'arteria polare e l'arteria renale principale.

Nel terzo caso la TC aveva evidenziato la presenza di due arterie renali poste rispettivamente al di sopra e al di sotto della vena renale. Entrambe le arterie sono state preparate fino alla loro emergenza dall'aorta, clampate con

Hem-o-Lok e sezionate con tecnica hand-assisted. In questo caso in sede di trapianto le due arterie sono state anastomizzate separatamente all'arteria iliaca esterna del ricevente.

Risultati:

Gli interventi hanno avuto una durata media di 200 minuti. Nessun rene prelevato ha subito ischemia calda superiore ai 3 minuti. Il decorso post operatorio dei donatori è stato esente da complicanze con dimissione entro la sesta giornata.

Messaggio conclusivo:

Il prelievo di rene da vivente con tecnica laparoscopica rappresenta una tecnica efficace e sicura anche in presenza di anomalie anatomiche della vascolarizzazione renale. Al fine di poter pianificare correttamente l'intervento è sempre indispensabile uno studio dettagliato preoperatorio dell'anatomia vascolare renale mediante TC con ricostruzioni 3D.