

COMUNICAZIONI LAPAROSCOPIA

DISCUSSIONE

I programmi di mentoring hanno consentito di mantenere elevato lo standard terapeutico con una percentuale di complicanze sovrapponibile a quella riportata in letteratura dai maggiori centri urologici.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

un programma di mentoring laparoscopico è di fondamentale importanza per garantire al paziente un intervento senza "troppi rischi".

C49

NEFRECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA: OUTCOME ONCOLOGICI CON FOLLOW UP MINIMO DI 3 ANNI

F. Porpiglia, M. Billia, A. Volpe, J. Renard, R. Burrini, C. Terrone, R. Tarabuzzi, I. Morra, M. Poggio, C.M. Cracco e R.M. Scarpa (Orbassano)

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Scopo di questo studio prospettico è valutare i risultati oncologici della nefrectomia radicale laparoscopica (NRL) per carcinoma renale, eseguita presso il nostro centro. MATERIALI E METODI: Da Gennaio 2001 a Dicembre 2006 117 pazienti con neoplasia renale sono stati sottoposti a NRL con accesso transperitoneale. Le procedure sono state eseguite dallo stesso chirurgo che ha rispettato i principi della radicalità oncologica. I pezzi operatori, estratti attraverso incisione di Gibson e di Pfanesteil con sacchetto laparoscopico, sono stati esaminati tutti dallo stesso patologo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a follow up oncologico ambulatoriale con TC, ecografia addominale ed ematochimici di funzionalità renale e tutti i dati relativi al follow up sono stati registrati in un database dedicato. Sono state valutate: la sicurezza della tecnica, le curve di sopravvivenza sec. Kaplan Meier e gli outcomes oncologici.

RISULTATI

Sono state eseguite 56 NRL destre e 61 sinistre. L'età media era 61.5 +/- 10.6 anni ed il follow up medio 36.4 +/- 18.7 mesi. Il diametro medio del pezzo operatorio era 6.9 +/- 3.3 cm ed il peso medio del pezzo 269.7 +/- 254.68 g. Settanta pazienti hanno eseguito linfadenectomia loco regionale en bloc. L'esame istologico ha evidenziato: 63 pT1, 17 pT2, 34 pT3 e 3 pT4, 105 carcinomi renali a cellule chiare, 7 carcinomi papillari, 2 tumori sarcomatoidi e 3 carcinomi inclassificabili. In tutti i casi i margini di resezione sono stati negativi. Il grading secondo Fuhrman è risultato G1 in 44 casi, G2 in 44 e G3 in 29. Nei pazienti dove è stata eseguita la linfadenectomia, 10.4 +/- 3.27 (7/17) linfonodi sono stati asportati. Un solo caso è risultato N + (N2). Nessun paziente ha presentato seeding a livello dei trocar e/o della sede di estrazione del pezzo. Cinque su 117 pazienti sono deceduti (4.2%), di cui due per progressione sistemica e uno per recidiva locale e sottocutanea di malattia, mentre gli ultimi 2 per eventi non correlati alla malattia. La sopravvivenza globale è del 96% a 3 anni dall'intervento. Per quanto riguarda la sopravvivenza stadio correlata, per i pT1, pT2 la sopravvivenza a 3 anni è stata del 100% mentre per i pT3 è stata del 92%.

CONCLUSIONI

Nonostante il follow up medio di 3 anni, i nostri risultati dimostrano l'efficacia di questa tecnica, essendo sovrapponibili a quelli della chirurgia a cielo aperto.

C50

PIELOPLASTICA RETROPERITONEOSCOPIA: LA OPZIONE TERAPEUTICA PER IL TRATTAMENTO DELLA STENOSI DEL GIUNTO PIELO URETERALE

A. Cestari, G. Guazzoni, N. Buffi, L. Broglia, P. Bellinzoni, L. Rigatti, F. Fabbri, P. Rigatti (Milano)

INTRODUZIONE

La pieloplastica con tecnica a cielo aperto è considerata il trattamento di scelta per il trattamento della stenosi del giunto pielo ureterale, con risultati, in mani esperte e ampie casistiche, che raggiungono il 95-100% di successo. Al fine di ridurre l'invasività e la morbidità di questo intervento, è stata proposta l'esecuzione laparoscopica della procedura, in genere con approccio transperitoneale. Riportiamo i risultati della tecnica di pieloplastica retroperitoneoscopica, routinariamente eseguita nel nostro istituto.

MATERIALI E METODI

Dal gennaio 2002, 43 pazienti (26 maschi e 17 femmine; età media 37.9 anni range 17-65) sono stati sottoposti a pieloplastica retroperitoneoscopica per stenosi del giuntopieloureterale documentata radiologicamente. In due pazienti la stenosi era secondaria a trattamento endourologico. Preoperatoriamente 10 pazienti (23%) erano portatori di stent ureterale tipo DJ, inoltre 5 pazienti (11%) soffrivano di litiasi concomitante.

RISULTATI

I risultati peroperatori sono riportati in tabella I. In tutti i casi è stato possibile rimuovere la concomitante litiasi sotto visione diretta. Le perdite ematiche sono state minime in tutti i casi, mentre le complicanze intraoperatorie includono due conversioni (caso n° 4 e n° 14) dovute a una severa fibrosi a livello del tratto giuntale dell'uretere.

Un paziente è stato perso al follow up. Il follow up medio di 42 pazienti è di 22.58 mesi (range 6-51 mesi). Due pazienti (4.7%) lamentano la persistenza di modesta sintomatologia algica, sebbene migliorata rispetto allo status preoperatorio. La Urografia eseguita 6 mesi dopo l'intervento ha dimostrato l'assenza di dilatazione o una modesta ipotonia in 38 pazienti (90.6%), una diminuzione della dilatazione in 2 pazienti (4.7%), il sospetto di recidiva (in assenza di sintomatologia) in 1 paziente (2.35%) e una recidiva in 1 paziente (2.35%), trattata con successo mediante endopielotomia 1 anno dopo l'intervento. L'intervista telefonica relativamente allo status del paziente al tempo presente ha documentato l'assenza di sintomatologia in 39 pazienti (93%), un miglioramento in 3 (7%) e nessun paziente ha riferito un peggioramento od una stazionarietà della sintomatologia preoperatoria.

matologia preoperatoria.

CONCLUSIONI

La pieloplastica retroperitoneoscopica è un intervento tecnicamente impegnativo ma in grado di offrire, in mani esperte, risultati a lungo termine comparabili con la chirurgia a cielo aperto, offrendo i vantaggi tipici della chirurgia minimamente invasiva.

TABELLA 1

N° di pazienti	43
Tempo operatorio (min)	142.90(range 70-220)
Perdite ematiche (ml)	52.79 (range 10-350)
Complic. intraoperatorie (%)	6.9
Complic. postoperatorie (%)	23
Rimozione catetere (giorni)	3.37 (range 2-8)
Rimozione drenaggio (giorni)	4.74(range 3-15)
Degenza (giorni)	5.25(range 3-12)

C51

POSIZIONAMENTO DI STENT URETERALE DOPPIO J PER VIA ANTEROGRADA DURANTE PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA TRANSPERITONEALE

A. Minervini, L. Masieri, G. Siena, G. Giubilei, N. Tosi, F. Nelli, M. Carloni, M. Carini, S. Serni (Firenze)

SCOPO DEL LAVORO

Valutare la fattibilità, tempi di inserimento e le complicanze associate al posizionamento dello stent ureterale doppio J per via anterograda durante pieloplastica laparoscopica con accesso transperitoneale.

MATERIALI E METODI

Nel periodo compreso tra Aprile 2005 e Dicembre 2006, 24 pazienti (12 uomini, 12 donne; età media 33 anni, range 17-59) sono stati sottoposti a giuntoplastica laparoscopica transperitoneale sec. Anderson Hynes nel nostro dipartimento. In tutti i pazienti è stato programmato il posizionamento di stent ureterale doppio J per via anterograda. La tecnica prevede, dopo il completamento della parete posteriore dell'anastomosi in punti staccati 4/0, l'introduzione di ago cannula (14 G) all'interno della quale si passa la guida idrofilica. Quindi viene rimossa la cannula e si inserisce il catetere ureterale 6 Fr sulla guida. Una volta incannulato l'uretere si spinge la guida in vescica, si rimuove il catetere e si procede al posizionamento dello stent, 6 Fr, con l'ausilio delle pinze laparoscopiche.

RISULTATI

La procedura ha avuto successo in 23 pazienti (95.8%); solo nel primo paziente, per la difficoltà ad incannulare l'uretere, abbiamo completato l'anastomosi e quindi posizionato lo stent per via retrograda intraoperatoria con paziente in posizione lombotomica. Il tempo medio di inserimento è stato di 8'46" (range 3'50" - 22'30") con un trend verso la riduzione dei tempi. Nei primi 14 pazienti il tempo medio è stato di 9'40" mentre negli ultimi 10 di 6'30". Non abbiamo avuto casi di migrazione dello stent. All'atto della rimozione 4 settimane dopo l'intervento non abbiamo riscontrato casi di mancata discesa dello stent in vescica.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

Il posizionamento dello stent ureterale per via anterograda risulta una procedura tecnicamente fattibile e sicura. I tempi medi di inserimento sono stati nella nostra esperienza di 8'46" con un trend verso la riduzione dei tempi. In caso di eccezionale difficoltà si può ricorrere al posizionamento per via retrograda con paziente in posizione lombotomica documentando il successo della procedura per via laparoscopica. La tecnica anterograda garantisce inoltre un indubbio vantaggio nell'esecuzione della parete posteriore dell'anastomosi.

C52

RISULTATI DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITA' LAPAROSCOPICA: VALUTAZIONE DI UN MODELLO DI APPRENDIMENTO.

R. Tarabuzzi, M. Zacchero, S. Zaramella, G. Marchioro, F. Fontana, C. Marchetti, F. Varvello, S. Ranzoni, F. Porpiglia, R.M Scarpa, C. Terrone (Novara)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

La letteratura laparoscopica riporta molti contributi dedicati alla curva di apprendimento. L'analisi dei risultati di fattibilità, sicurezza ed efficacia consente di affermare che, per alcuni interventi, la laparoscopia rappresenta lo standard e siamo in una fase in cui l'interesse per la tecnica stimola la discussione su quale debba essere lo strumento ideale per diffonderla al di là di pochi centri di riferimento in cui opera la "prima generazione" di laparoscopisti.

Obiettivo del lavoro è valutare un modello di apprendimento attraverso l'analisi dei risultati del primo anno di attività di due laparoscopisti di "seconda generazione".

METODI

Dal Dicembre 2005 due urologi, trasferiti da un centro di riferimento di laparoscopia urologica ad un centro privo di esperienza, hanno eseguito interventi a diversa difficoltà. La selezione non si è basata sulla tipologia di intervento ma sulla complessità con particolare riferimento agli aspetti oncologici ed anestesiofisiologici. Il training nel centro di provenienza è consistito in corsi teorici pratici e a molti interventi come cameraman e come secondo operatore; la casistica come primo operatore contava meno di cinque interventi. Sono stati analizzati i primi 12 mesi di attività scegliendo alcuni indicatori: varietà, tempi operatori, complicanze precoci, degenza e, solo per la prostatectomia radicale, margini positivi.

COMUNICAZIONI LAPAROSCOPIA

RISULTATI

Sono stati eseguiti 63 interventi di cui 38 sulla loggia renale e 24 sulla pelvi, utilizzando vie di accesso transperitoneale ed extraperitoneale: 26 nefrectomie (16 radicali; 5 prelievi da donatore vivente; 5 per patologia benigna, 2 in età pediatrica), 19 prostatectomie radicali, 4 resezioni di cisti renali, 3 pieloplastiche, 3 uretero pielolitomie, 3 marsupializzazioni di linfoceli pelvici (1 bilaterale), 3 biopsie renali, 1 cistectomia parziale, 1 ureterectomia. I tempi operatori medi sono di 238 minuti (120-420); 3 casi (5%) hanno richiesto la conversione a cielo aperto (2 per lesione vascolare, 1 per difficoltà tecnica); complicanze precoci in 9 pz (13%) di cui 3 lesioni vascolari (2 convertite), 2 ematomi (1 perirenale; 1 nel Douglas), 1 linforrea severa che ha richiesto la revisione chirurgica, 1 fistola urinosa risolta mantenendo il catetere vescicale per 20gg, 1 idronefrosi transitoria e 1 linfocele che ha richiesto un drenaggio percutaneo. La degenza media è risultata di 5,4gg (range 2-27). Dei 19 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale 17 (89,5%) sono risultati pT2 e 2 (10,5%) pT3. Margini positivi sono stati riscontrati in 2 casi (10,5%) di cui 1 pT2 (6%) e 1 pT3 (50%).

CONCLUSIONI

I risultati osservati potrebbero suggerire che la permanenza in un centro di riferimento per laparoscopia urologica per un periodo di media durata consente di riprodurre la tecnica anche con un'esperienza da primo operatore pressoché nulla, percorrendo la successiva curva di apprendimento in sicurezza, anche dal punto di vista oncologico.

C53

SURRENECTOMIA LAPAROSCOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE METASTASI DA CANCRO DEL POLMONE: REVISIONE DELLA NOSTRA ESPERIENZA

F. Porpiglia, J. Renard, M. Billia, C. Cracco, A. Volpe, M. Poggio, D. Vaccino, S. Novello, G. Selvaggi, R.M. Scarpa (Orbassano)

INTRODUZIONE

Il management delle metastasi surrenaliche da cancro del polmone è oggi oggetto di grande dibattito e la surrenectomia laparoscopica, in considerazione della sua mini invasività, si propone come un'interessante soluzione. Tuttavia, il suo utilizzo rimane controverso in ragione della sicurezza della tecnica e del rischio di seeding a livello dei trocar. Scopo di questo studio è valutare la sicurezza e l'efficacia della surrenectomia laparoscopica per metastasi surrenaliche da carcinoma del polmone.

METHODS

Da luglio 2002 a Dicembre 2006, 13 pazienti con metastasi surrenalica da carcinoma del polmone sono stati sottoposti a surrenectomia laparoscopica, con accesso trans o retroperitoneale. La neoplasia primaria era adenocarcinoma in 11 casi e carcinoma squamoso in 2 casi. In 10 casi la diagnosi era sincrona alla diagnosi di carcinoma polmonare e in 3 casi metacrona. 5 pazienti erano sintomatici per dolore lombare cronico correlato alla metastasi surrenalica.

RISULTATI

Il follow up medio è risultato 7 (1-16) mesi. L'età media era 58,6 (40-76) anni. In 6 procedure è stato scelto l'approccio retroperitoneale e nei restanti 7 l'approccio transperitoneale. Il tempo operatorio medio era 130 (90-180) minuti. Le perdite ematiche medie erano 320 (50-400) ml. La degenza media è risultata pari a 5 gg (3-10). In 2 pazienti si è resa necessaria la conversione a cielo aperto a causa dell'infiltrazione dei tessuti circostanti da parte della massa. Il consumo medio di analgesici (tramadolo) era 3,2 fiale per paziente. Il diametro medio alla TC era 5,9 (1-12,5), mentre il diametro medio definitivo era 6,3 (1,5-13) cm. In tutti i casi, l'esame istologico ha confermato la metastasi da cancro polmonare. I margini di resezione sono risultati positivi in un caso. I pazienti (3/13, 23%) con margini positivi e/o che hanno richiesto conversione presentavano un diametro della lesione alla TC > 6 cm. Per quanto riguarda gli outcomes, abbiamo osservato la scomparsa del dolore lombare nei pazienti sintomatici. La sopravvivenza globale attuale è del 46% (3 pazienti hanno progressione di malattia e 3 sono attualmente liberi da malattia). Sette pazienti (54%) sono morti per causa tumore specifica e 3 di questi presentavano un diametro > 6 cm. I pazienti sono deceduti, 1 per progressione a livello della loggia surrenalica e 6 per progressione sistemica.

CONCLUSIONI

La surrenectomia laparoscopica per metastasi da carcinoma polmonare è fattibile e sicura, prevalentemente per masse con diametro < 6 cm. Consente di migliorare la qualità di vita poiché incide positivamente sul dolore. Non sembra modificare la storia naturale della malattia.

C54

SURRENECTOMIA LAPAROSCOPICA PER FEOCROMOCITOMA: NOSTRA ESPERIENZA

F. Porpiglia, M. Billia, A. Tempia, I. Morra, A. Volpe, J. Renard, D. Vaccino, S. Grande, R.M. Scarpa (Orbassano)

INTRODUZIONE

Il feocromocitoma è una rara neoplasia endocrinologica con incidenza pari a 1-2 casi/105. Nonostante la surrenectomia laparoscopica sia una tecnica accettata per il trattamento di tale patologia, è ancora controverso il suo ruolo per le lesioni di grandi dimensioni a causa del rischio di crisi ipertensive indotte dal pneumoperitoneo. Scopo di questo studio retrospettivo è valutare la sicurezza della tecnica.

MATERIALI E METODI

Da Gennaio 2001 a Dicembre 2006, 35 pazienti con diagnosi di feocromocitoma sono stati sottoposti a surrenectomia laparoscopica. Un mese prima dell'intervento tutti i pazienti hanno ricevuto terapia con alfa litico per stabilizzare la pressione arteriosa e prevenire crisi ipertensive. Tutte

le procedure sono state eseguite dallo stesso chirurgo tramite accesso transperitoneale allo scopo di legare preventivamente la vena surrenalica principale. L'anestesia è stata sostenuta con l'utilizzo di remifentanyl e propofol e, in caso di crisi ipertensiva, venivano somministrati urapidil e nitroglicerina. La pressione arteriosa è stata misurata ogni 15 minuti per registrarne le variazioni e l'eventuale insorgenza di crisi ipertensive. Sono state valutate le seguenti variabili: età, sesso, lato, peso, diametro TC della lesione, quindi correlate con il numero di crisi ipertensive intraoperatorie e complicanze perioperatorie.

RISULTATI

18 pazienti erano maschi e 16 femmine. L'età media era 50,51 +/- 14,67 anni, il diametro medio della lesione alla TC era 2,67 +/- 3,19 cm (11 lesioni presentavano diametro superiore a 6 cm), il peso medio era 73,11 +/- 65,78 g. In 15 casi la lesione era sinistra, nei restanti 20 a destra. Il numero medio di episodi ipertensivi è risultato 1,8 +/- 1,68 (mediana=2) e la pressione sistolica media registrata durante le crisi ipertensive era pari a 180 +/- 35,7 mm Hg. Le crisi ipertensive si sono risolte entro 15 minuti e non sono state registrate complicanze intraoperatorie. Non è stata rilevata alcuna correlazione statistica tra le variabili analizzate (in particolare il diametro della lesione) ed il numero di episodi ipertensivi (p>0,05). In termini di complicanze postoperatorie, in un caso è comparso ematoma del fianco risolto spontaneamente in tre mesi ed in un altro caso è stato riscontrato dolore toracico sospetto per angina, non confermato da modificazioni del tracciato ECG e degli enzimi miocardici.

CONCLUSIONI

La surrenectomia laparoscopica per feocromocitoma è una tecnica sicura. Il numero di crisi ipertensive intraoperatorie non sembra essere influenzato dalle variabili analizzate ed in particolare dalle dimensioni della lesione.

C55

TRATTAMENTO PERCUTANEO DELLE CISTI RENALI: NOSTRA ESPERIENZA

G. Anastasi, C. Magno, G. Mucciardi, A. Inferriera, M. Catania, M. Castelli, G. Bonvissuto, G. Morgia (Messina)

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'efficacia di una tecnica di alcolizzazione delle cisti renali semplici in tre tempi, e verificare la percentuale di recidiva ad un follow up di cinque anni

MATERIALI E METODI

Dal Gennaio 1997 al Dicembre 2006 abbiamo trattato, mediante puntura percutanea ecoguidata ed alcolizzazione multipla, 255 pazienti affetti da cisti renale semplici, di dimensioni variabili tra 6 e 20 cm. L'indicazione al trattamento è stata posta nelle cisti uniloculari con diametro >5cm, sintomatiche o che presentavano ai controlli ecografici un progressivo e rapido aumento delle dimensioni. Dopo la scelta della finestra ecografica è stato posizionato un catetere nefrostomico 8 Fr a pig tail, secondo la tecnica di Seldinger, lasciato in situ per 3 giorni. Dopo l'evacuazione, mediante aspirazione del liquido cistico, effettuata in più tempi nelle cisti di dimensioni > 10cm per evitare il sanguinamento ex vacuo, si è introdotta nella cavità cistica una soluzione pari alla quantità totale del liquido aspirato, costituita per il 25% da alcol assoluto al 95%, 10cc di soluzione anestetica locale e per il 75% da soluzione fisiologica che veniva lasciata in situ per un'ora. L'alcolizzazione è stata ripetuta per 3 volte consecutive a distanza di 24 ore, riducendo del 50% la quantità di liquido introdotto nella cisti nei due giorni successivi, lasciando costanti la percentuale e la quantità di alcol e di anestetico. Il follow up è stato effettuato con controlli ecografici intervallati (1-3 mesi e successivi controlli semestrali per i primi due anni poi a controllo annuale).

RISULTATI

Il follow up a cinque anni è stato completato in 120 pazienti. Centootto pazienti (90%) hanno presentato la regressione completa della cisti ai successivi controlli ecografici. Dodici pazienti (10%) hanno presentato, una recidiva, cinque pazienti a 3 mesi con dimensioni < 3cm, quattro a 6 mesi con dimensioni >5cm e tre a 12 mesi con cisti < 4 cm, comunque a tutt'oggi le dimensioni della recidiva sono inferiori della cisti primitiva (>10cm) in tutti i pazienti che continuano a seguire il follow up annuale. In soli due pazienti (0,9%), con cisti parapieliche, si è avuta ematuria transitoria risolta spontaneamente.

DISCUSSIONE

Nonostante la nostra procedura sia più lunga rispetto a quella che prevede un unico trattamento, è stata ben tollerata da tutti i pazienti, ha avuto una bassa incidenza di complicanze, ed ottimi risultati.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

Possiamo quindi affermare che il trattamento con alcolizzazione multiple in tre tempi, possa costituire un razionale trattamento delle cisti renali semplici, che presentano una sintomatologia clinica ed un progressivo aumento delle dimensioni.