

candidato ad intervento di Linfoadenectomia paracavale stadiante, che abbiamo eseguito con tecnica laparoscopica robot-assistita.

Risultati

Con il paziente posto in posizione lombotomica sono stati posizionati: trocar ottico in sede paraombelicale destra con tencica open; due trocar robotici linea mammaria destra in sede sottocostale ed in fossa iliaca; due trocar laparoscopici da 5 mm per l'aiuto, cranialmente all'ottica sulla linea alba. Il robot "da Vinci" è stato posizionato dalla schiena del paziente perpendicolarmente all'asse longitudinale. Dopo medializzazione del colon ascendente ed identificazione dell'uretere lombare, si è iniziata la linfoadenectomia dall'incrocio dell'uretere con i vasi iliaci sino a raggiungere il peduncolo vascolare renale. I linfonodi interaortocavali risultavano già assenti sino all'emergenza della a. mesenterica inferiore. L'intervento è durato 180 minuti, non vi sono state complicanze perioperatorie. Il paziente è stato dimesso in 3^a giornata postoperatoria. L'esame istologico è risultato negativo.

Discussione

La linfoadenectomia retroperitoneale è un intervento ad alta invasività se eseguito per via laparotomica e viene eseguito in pazienti giovani. La vicinanza a strutture vascolari nobili rende l'intervento delicato ed a rischio di serie complicanze emorragiche. L'approccio mini-invasivo dato dalla laparoscopia può risultare difficoltoso a causa dei limiti di movimento e di visione propri della laparoscopia tradizionale. La chirurgia robotica può fornire un valido supporto per l'esecuzione di questo intervento, in sicurezza e possibilmente associando una dissezione "nerve-sparing" qualora essa sia indicata.

Conclusioni

La linfoadenectomia retroperitoneale per via laparoscopica robot-assistita è fattibile. La valutazione di più ampie casistiche potrà fornire maggiori informazioni sui risultati e sull'incidenza delle complicanze perioperatorie. Tale metodica potrebbe in futuro rivelarsi il Gold Standard per tale patologia.

V36

PRELIEVO DI RENE DA DONATORE VIVENTE IN LAPAROSCOPIA IN PAZIENTE CON MALFORMAZIONE CAVALE

F. Varvello, R. Tarabuzzi, S. Zaramella, G. Marchioro, E. De Lorenzis, A. Volpe, C. Terrone (Novara)

Scopo del lavoro

La trasposizione sinistra della vena cava inferiore è una rara anomalia congenita dei grossi vasi che origina dalla persistenza della vena sopracardiale sinistra. Nelle più numerose casistiche di prelievi di rene da donatore vivente questa anomalia viene descritta nello 0,5% dei casi. Nel caso descritto la vena cava inferiore incrociava anteriormente l'aorta a livello dei vasi renali proseguendo poi il decorso sul lato sinistro, rendendo in tal modo più breve la vena renale sinistra.

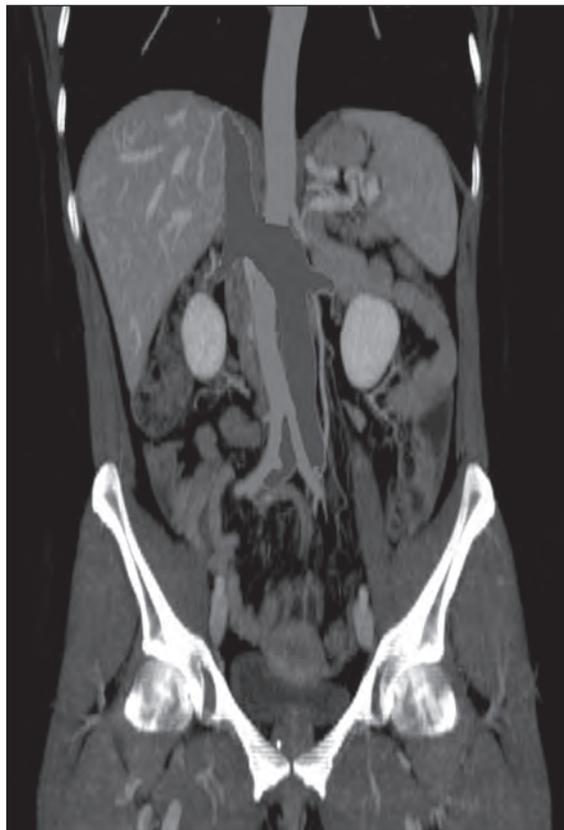
Materiali e metodi

Con la paziente in decubito laterale destro a 45 gradi si applicano: un trocar ottico sulla linea pararettale sinistra circa 3 cm cranialmente alla linea ombelicale trasversa; 2 trocar per l'operatore, uno da 6 mm e uno da 12 mm, a formare la classica triangolazione; infine un trocar da 6 mm in fossa iliaca sinistra per l'assistente. Si incide il peritoneo della doccia parieto colica si-

nistra per la medializzazione del colon e l'esposizione della loggia renale. Il rene viene isolato risparmiando la loggia surrenalica. Si raggiunge così il peduncolo renale. L'arteria viene isolata fino alla sua emergenza dalla parete dell'aorta. La vena cava viene esposta a livello della confluenza della vena renale. La vena gonadica e alcuni vasi lombari vengono clippati e sezionati. Si completa l'isolamento del rene e si seziona l'uretere al suo incrocio con i vasi iliaci. Si esegue l'incisione di Pfannestiel per consentire l'introduzione della mano dell'assistente che, sollevando il rene, espone il peduncolo per la sezione dei vasi. L'arteria viene clippata con Hem-o-Lock e sezionata subito a ridosso della parete aortica; la vena viene sezionata e suturata con Endo-GIA rasente alla parete cavale. Il rene è estratto dalla mano dell'operatore e consegnato su banco per la preparazione. Si applica ulteriore Hem-o-Lok di sicurezza sul moncone dell'arteria. L'emostasi viene revisionata e si inserisce un drenaggio.

Risultati

L'intervento è durato 190 minuti. Il rene ha subito una ischemia calda di 180 secondi. Le anastomosi vascolari sul ricevente non hanno presentato difficoltà. Il decorso postoperatorio del donatore è stato esente da complicanze con dimissione in sesta giornata e funzione renale di norma.



Discussione

La presenza di anomalie vascolari non rappresenta una controindicazione al prelievo di rene da vivente. Le anomalie del sistema venoso sono più difficili da identificare nel dettaglio con l'imaging preoperatorio. Durante l'intervento è quindi indispensabile una cauta ed accurata preparazione del peduncolo per evitare lesioni ed assicurare il prelievo più idoneo.

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.

V37

RESEZIONE DELLA VENA CAVA INFERIORE E SUA RICOSTRUZIONE DURANTE PC-RPLND PER NEOPLASIA TESTICOLARE METASTATICA IN UN PAZIENTE PORTATORE DI RENE A FERRO DI CAVALLO

P. Destefanis, B. Lillaz, A. Buffardi, M. Carchedi, A. Biscconti, A. Bosio, L. Rolle, F. Travaglini, A. Battaglia, E. Milanesi, P. Lista, L. Ciuffreda, P. Rispoli, D. Fontana (Torino)

Scopo del lavoro

Il coinvolgimento della vena cava inferiore è un evento raro nelle neoplasie urologiche. In caso di linfoadenectomia retroperitoneale post-chemioterapia (PC-RPLND) per neoplasia germinale, sono riportate percentuali tra il 6 e il 12% di procedure che comportano una resezione della vena cava a causa di un suo coinvolgimento da parte del tumore. Tuttavia la ricostruzione della vena cava inferiore è stata descritta raramente in caso di tumori testicolari.

Materiali e metodi

Presentiamo il caso di un ragazzo di 21 anni, affetto da neoplasia testicolare non seminomatosa (teratoma immaturo), con metastasi retroperitoneali, epatiche e polmonari, b-HCG >2250000 UI/L e aFP 2 ng/ml. Secondo la classificazione prognostica, il paziente ricadeva nella categoria a prognosi povera. È stato sottoposto a 4 cicli di EP e successivamente a una chemioterapia di seconda linea con 4 cicli di VIP. Dopo la chemioterapia, la TC mostrava una riduzione volumetrica delle metastasi, ma la PET-TC mostrava malattia metabolicamente attiva a livello dei linfonodi retroperitoneali. Il paziente veniva quindi candidato a PC-RPLND con resezione del tumore residuo. La massa retroperitoneale era adesa alla vena cava inferiore e al muscolo psoas, in parte al di sotto dell'istmo del rene a ferro di cavallo. La massa risultava infiltrare completamente la vena cava inferiore e il tentativo di dissezione provocava l'inevitabile apertura della parete della vena. Dopo aver ottenuto un'adeguata emostasi del tratto da resecare, la vena cava è stata clampata sopra e sotto la lesione e asportata. La vena cava è stata ricostruita mediante una protesi tubolare in Gore-Tex.

Risultati

La TC effettuata un mese dopo la procedura non dimostrava alcuna lesione retroperitoneale residua o recidiva. Successivamente si è manifestata una

lesione cerebrale, sottoposta con successo a resezione chirurgica, e il paziente sta seguendo una terza linea di chemioterapia con TIP. È tuttora in corso una terapia anticoagulante e la protesi è pervia.

Discussione

I casi descritti in letteratura di resezione e sostituzione di vena cava in caso di neoplasia germinale metastatica sono pochi. La resezione della vena cava inferiore deve essere effettuata in tutti i casi di coinvolgimento di più del 50% della parete della vena da parte della neoplasia retroperitoneale, al fine di ottenere la radicalità oncologica, indispensabile in soggetti candidati a PC-RPLND. La sostituzione della cava con una protesi tubolare è necessaria in tutti i casi laddove non sia presente o sufficientemente sviluppato un adeguato circolo venoso collaterale.

Messaggio conclusivo

La nostra esperienza conferma che la resezione e sostituzione della vena cava inferiore in corso di PC-RPLND è sicura e fattibile, anche in presenza di anomalie anatomiche come il rene a ferro di cavallo.

V38

PIELOTOTOMIA COMBINATA LAPARO-NEFROSCOPICA PER CALCOLSI A STAMPO

A. Baccos, M. Garofalo, F. Manfredi, E. Brunocilla, A. Bertaccini, R. Schiavina, C. Bizzarri, Z. Zukerman, A. Savini, G. Martorana (Bologna)

Scopo del lavoro

L'introduzione delle tecniche miniinvasive e l'evoluzione tecnologica hanno determinato una progressiva riduzione dell'indicazione chirurgica nel trattamento della litiasi renale; tuttavia nel caso di litiasi complessa pluricaliciale e con elevato "stone burden" le linee guida indicano come possibilità terapeutica la chirurgia open o laparoscopica. La chirurgia a cielo aperto consente un'elevata "stone free rate" con una sola procedura. La PNL ha come vantaggio la miniinvasività e può essere indicata anche per calcoli voluminosi, ma nella calcolosi complessa possono essere necessari più accessi e/o più procedure per una completa bonifica del rene. Riportiamo un caso in cui la combinazione di più tecniche miniinvasive in un'unica procedura si è dimostrata efficace e riproducibile.

Materiali e metodi

Una paziente di 57 anni con calcolosi del rene di sinistra presentava un voluminoso calcolo pielico ramificato (4,5x2,7x1,5 cm) e 2 calcoli del calice inferiore di 1 cm di diametro ognuno, diagnosticati mediante Uro-Tc. Nell'intento di raggiungere la completa rimozione dei calcoli abbiamo ritenuto indicato un trattamento combinato "laparo-nefroscoptico" con i seguenti tempi chirurgici: posizionamento di 4 porte di accesso, incisione della doccia parieto-colica di sinistra ed esposizione del Gerota; isolamento della pelvi renale; pielotomia ed estrazione del calcolo a stampo; introduzione del nefoscopia flessibile attraverso un trocar, esplorazione dei calici ed estrazione dei due calcoli residui; posizionamento di stent ureterale tipo "JJ"; sutura della pelvi renale. La paziente è stata dimessa in quarta giornata; dopo 20 giorni è stato rimosso lo stent ureterale.

Risultati

A 40 giorni dall'intervento chirurgico è stata eseguita una Uro-Tc di controllo