

V14

PROSTATECTOMIA LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE ROBOT ASSISTITA: EVOLUZIONE DALLA TECNICA EXTRAFASZIALE A QUELLA INTRAFASZIALE

G.M. Ludovico, G.D. Vestita, G. Cardo, G. Pagliarulo¹, M. Erinnio, F. P. Maselli, E. Restini¹
Dipartimento delle Specialità Chirurgiche, Unità Operativa di Urologia Ospedale "S. Giacomo" Monopoli, Bari; ¹Dipartimento di Chirurgia Generale Mininvasiva e Robotica "La Madonnina", Bari

Introduzione e Obiettivi: La tecnica della prostatectomia laparoscopica robotica per i pazienti con cr prostatico di recente ha assunto notevole interesse.

Riportiamo di seguito la nostra esperienza con il da Vinci[®] Robotic Surgical System (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, CA, USA) utilizzando l'accesso extraperitoneale.

Materiali e Metodi: 50 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia laparoscopica robot assistita da ottobre 2005 a aprile 2007 per via extraperitoneale nel Dipartimento di Chirurgia Generale Mininvasiva e Robotica "La Madonnina" di Bari. In 39 casi si è utilizzata la tecnica extrafasiale ed in 11 casi si è adottata la procedura intrafasiale. Età media 65 anni (range 51-75), valore medio del PSA preoperatorio di 7.3 ng/mL (range 2.3 - 18,4), gleason score medio 6 (4-9).

Risultati: Tempo operativo effettivo medio è stato di 220 min (range 120-400), la perdita media di sangue intraoperatoria è stata di 230 cc, l'emotrasfusione si è utilizzata in 12 paz soprattutto nella fase iniziale.

In tre pazienti si è avuta conversione a cielo aperto di cui uno per problemi tecnici alla consolle. Rimozione drenaggio in terza e catetere vescicale in settima giornata post operatoria.

Follow up medio di 10 mesi (3-18). Lo stadio patologico è stato pT2a nell'11%, pT2b nel 54%, pT3a 23% e pT3b 12%, con percentuale globale di margini positivi del 18%.

La continenza (no pad) a tre e sei mesi è del 89% e del 96% rispettivamente con paziente asciutto alla rimozione del catetere o entro una settimana nel 42% e nel 64%.

Il deficit erettile è presente nel 68% dei casi soprattutto nella serie extrafasiale giungendo al 32% nella serie intrafasiale.

Conclusioni: Nonostante il breve follow up, l'approccio extraperitoneale intrafasiale rappresenta una tecnica innovativa e sicura che offre i vantaggi dell'articolazione e della destrezza dei bracci robotici. I risultati oncologici e funziona-

li sembrano comparabili con le altre tecniche codificate.

V15

L'UTILIZZO DEL SISTEMA DI COAGULAZIONE GYRUS IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA (VIDEO)

R. Tarabuzzi¹, F. Varvello, S. Zaramella, G. Marchioro, G. Maso, S. Ranzoni e C. Terrone
Ospedale Maggiore della Carità, Novara

Obiettivi: La possibilità di utilizzare sistemi di emostasi efficaci contribuisce a ridurre i tempi della curva di apprendimento della prostatectomia laparoscopica.

È noto come uno dei fattori di resistenza alla diffusione di questa tecnica sia rappresentato dal potenziale spreco di risorse in termini di utilizzo di ore di sala operatoria.

Obiettivo del video è dimostrare come l'introduzione nella tecnica personale di uno strumento da taglio e coagulo abbinato alla tecnologia GYRUS abbia consentito di ottenere un rapido ed efficace controllo dell'emostasi in corso di prostatectomia radicale laparoscopica non nerve sparing.

Materiali e Metodi: La tecnologia GYRUS mette a disposizione diversi presidi per emostasi utilizzabili in diverse modalità (chirurgia open, endoscopia, laparoscopia). Il sistema eroga una coagulazione bipolare a bassi voltaggi (< 200 V) con minimo insulto tessutale, raggiungendo temperature inferiori rispetto alla comune coagulazione monopolare. Il sistema è utilizzabile in chirurgia laparotomica abbinato a pinze da coagulo monouso, in endoscopia abbinato ad anse monouso per resezione prostatica e vescicale e in laparoscopia abbinato ad una vasta gamma di pinze monouso da coagulo e da taglio e coagulo; in particolare per la chirurgia laparoscopica è disponibile in commercio una pinza da 5 mm di calibro che consente di coagulare e tagliare in successione automatica il tessuto coagulato.

Questo dispositivo è stato introdotto di routine in corso di prostatectomia radicale laparoscopica non nerve sparing nella nostra fase iniziale della curva di apprendimento. Il video dimostra l'impiego di questo strumento in alcuni tempi chirurgici a particolare rischio emorragico.

Risultati: Da gennaio a dicembre 2006 sono state eseguite 19 prostatectomie radicali laparoscopiche non nerve sparing. La pinza da

emostasi GYRUS è stata introdotta a partire dalla quindicesima procedura.

I tempi chirurgici in cui lo strumento ha dimostrato i maggiori vantaggi sono risultati la dissezione del piano prostatico-vescicale ed il controllo dei peduncoli vascolari postero-laterali, mentre il controllo del plesso di Santorini ha sempre richiesto l'utilizzo di sutura intracorporea "free hands". Il video dimostra anche che il controllo ottimale dell'emostasi rende molto più agevole e tecnicamente precisa la preparazione del collo vescicale, agevolando notevolmente anche la successiva anastomosi uretro-vescicale.

Conclusioni: Nella nostra esperienza il sistema per emostasi GYRUS, con il costo di una unica macchina, offre il vantaggio di poter essere utilizzato con diversi presidi monouso come le anse da resezione prostatica, le pinze da emostasi per chirurgia laparotomica e le pinze da taglio e coagulo per laparoscopia.

V16

RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA EXTRAPERITONEALE DI ERNIA INGUINALE

A. Celia, G. Breda, G. Zeccolini

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

Introduzione: La tecnica chirurgica della riparazione dell'ernia inguinale ha visto nel corso degli anni un'evoluzione dalla semplice riparazione tissutale secondo Bassini, all'impiego delle protesi per via aperta, alla riparazione laparoscopica. L'impiego della "mesh" ha ridotto il tasso di recidiva dal 15 all'1%.

Obiettivi: Dimostrare in dettaglio la tecnica di riparazione laparoscopica extraperitoneale dell'ernia inguinale con mesh protesica.

Materiale e Metodi: In questo video viene inizialmente descritta l'anatomia laparoscopica extraperitoneale dell'ernia inguinale diretta o indiretta e successivamente vengono evidenziati i momenti salienti dell'intervento. Creato lo spazio extraperitoneale, si identificano il sacco erniario ed il funicolo spermatico. L'intervento continua con l'isolamento e la retrazione del sacco erniario in cavità addominale dalla fossetta erniaria, ponendo particolare cura nell'evitare lesioni accidentali del peritoneo e dei vasi funicolari. Completato l'isolamento del funicolo spermatico, viene inserita a cavalcioni dello stesso una mesh di Prolene 10 x 8 cm, sagomata con una particolare forma allo scopo di evitarne il dislocamento. La tecnica di modellaggio, posiziona-

mento e fissaggio della mesh è sostanzialmente analoga per entrambi i tipi di ernia. Il tempo impiegato per la riparazione laparoscopica dell'ernia è di circa 45 min. L'intervento si conclude con il posizionamento di un drenaggio in aspirazione per 12 ore nel Retzius al fine di evitare raccolte ematiche, potenziale causa di infezioni.

Discussione: Nella nostra esperienza la riparazione laparoscopica extraperitoneale dell'ernia inguinale, eseguita in associazione ad altra patologia urologica, si è dimostrata una procedura semplice ed efficace e con un tasso di recidiva dello 0%.

Riteniamo che l'urologo debba possedere nel suo armamentario chirurgico la tecnica di riparazione dell'ernia, open e/o laparoscopica, derivata dalla conoscenza e dalla competenza chirurgica della pelvi. Il nostro pensiero viene supportato dall'esperienza consolidata di molti centri urologici europei che eseguono tale procedura routinariamente. Ricordiamo inoltre che le linee guida dell'EAU, proposte nel 2002, presentano la "Laparoscopic Hernia Repair" come una procedura ad alto livello di raccomandazione (A).

Conclusioni: La riparazione laparoscopica extraperitoneale con mesh rappresenta una opzione valida, rapida e sicura nel trattamento dell'ernia inguinale.

Comunicazioni Aula Blu
19 SETTEMBRE 08.00-09.00
Miscellanea 2

C22

TURP GYRUS CON INTENTO RADICALE COME MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: DAL MITO ALLA REALTÀ

M. Tura, O. Fenice, M. Parravicini, P. Baroni

U.O. Urologia, Policlinico di Monza

Introduzione: Poichè la prostatectomia radicale è ormai accettata come prima scelta per il carcinoma prostatico, il trattamento endoscopico rappresenta una vera e propria sfida per l'urologo sebbene la tecnologia e la tecnica operatoria si siano evolute sempre più, a partire dagli insegnamenti pionieristici di Reuter, ed anche la diagnostica possa ormai essere considerata ottimizzata. D'altra parte la motivazione personale dei pazienti diventa un fattore sempre più importante, oltre alle implicazioni legali offerte dal consenso informato al trattamento, enfatizzando il concetto, già attuale e pregnante, del mantenimento della qualità di vita.