

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