



Associazione Italiana
di Endourologia



CONGRESSO NAZIONALE IEA

MANFREDONIA (FG)
29-31 marzo 2012

PRESIDENTE DEL CONGRESSO
Giuseppe Carrieri



Cari Soci,

ho il piacere di presentare a Voi tutti la nuova struttura della IEA.

Come potete vedere, insieme con il Comitato Direttivo, si è deciso di creare delle Commissioni per lo sviluppo di ogni singolo ambito della Società dando spazi equivalenti alle varie "anime" della IEA, ovvero Endourologia, Laparoscopia/Robotica, Nuove Tecnologie.

I coordinatori delle diverse commissioni provvederanno ad illustrare nel corso della seduta amministrativa i programmi e quanto fatto finora; pertanto Vi aspetto tutti a questo importante momento societario..

Mi auguro che questa nuova organizzazione possa incontrare il vostro favore, ed attendo di incontrarVi a Manfredonia per raccogliere i Vostri commenti e contributi.

Arcangelo Pagliarulo

Segretario Generale IEA



Cari Amici e Colleghi,

è con immenso piacere che ho accolto l'invito del Presidente e del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endourologia ad organizzare a Foggia l'11° Congresso Nazionale.

La città di Foggia e la Capitanata tutta è lieta di accogliere i congressisti mettendo a loro disposizione la cordialità della sua gente, la bellezza delle sue colline e del suo mare, la bontà delle sue specialità enogastronomiche. Manfredonia, la porta del Gargano, farà da cornice al programma scientifico che come al solito sarà stimolante e ricco di interventi.

Il programma scientifico, come nella tradizione IEA, è impostato sulle ultime novità tecnologiche nel campo dell'Endourologia e della Laparoscopia con un approccio quantomai pratico e concreto.

Daremo inoltre spazio a temi di politica ed economia sanitaria che, di questi tempi, influiscono in maniera determinante sul nostro modo di fare gli urologi.

Nella speranza di aver realizzato un programma scientifico che possa incontrare il Vostro interesse ed apprezzamento, Vi aspetto numerosi nella nostra accogliente e generosa terra di Puglia.

Giuseppe Carrieri

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Carrieri', with a long, sweeping horizontal stroke at the end.

COMITATO DIRETTIVO IEA

Arcangelo Pagliarulo	<i>Segretario Generale</i>
Luigi Cormio	<i>Vice-Segretario Generale</i>
Antonio Celia	<i>Consigliere</i>
Francesco Mangiapia	<i>Consigliere</i>
Salvatore Micali	<i>Consigliere</i>
Andre Cestari	<i>Segretario Amministrativo</i>
Alfonso Crisci	<i>Tesoriere</i>

COMMISSIONE SCIENTIFICA

Salvatore Micali	<i>Coordinatore</i>
Pier Luigi Bove	
Nicolò Buffi	
Alessandro D'Addessi	
Luigi Schips	
Ivano Vavassori	

COMMISSIONE EDUCAZIONALE

Francesco Mangiapia	<i>Coordinatore</i>
Andrea Cestari	<i>Ex officio</i>
Carlo Ceruti	
Andrea Galosi	
Marco Garofalo	
Giuseppe Ludovico	
Alberto Saita	

COMMISSIONE RICERCA SCIENTIFICA

Luigi Cormio	<i>Coordinatore</i>
Alfonso Crisi	<i>Ex officio</i>
Gaetano De Rienzo	
Marco De Sio	
Roberto Miano	
Andrea Minervini	
Bernardo Rocco	

COMMISSIONE COMUNICAZIONE

Antonio Celia	<i>Coordinatore</i>
Antonio Amodeo	
Stefania Ferretti	
Lorenzo Masieri	

Con l'adesione del Presidente della Repubblica

e con il Patrocinio di:



Provincia di Foggia



Città di Manfredonia



**SOCIETÀ ITALIANA
di UROLOGIA**
FONDATA NEL 1908

Giovedì 29 Marzo 2012

14.30 APERTURA DEL CONGRESSO

Sala Plenaria A. Pagliarulo (Segretario Generale IEA)
G. Carrieri (Presidente del Congresso)

15.00 LETTURA MAGISTRALE

Sala Plenaria Surrenectomia ieri, oggi, domani.
F.P. Selvaggi

15.30-16.15 FOCUS ON: LA RICERCA ENDOUROLOGICA IN ITALIA

Sala Plenaria What's up alte vie
M. De Sio

What's up basse vie
G. De Rienzo

What's up laparo/robotica
B. Rocco

16.15-17.00 FACE TO FACE: SANITÀ E RICERCA, I DUE LATI DELLA MEDAGLIA

Sala Plenaria Presenta: D. Amoruso

Quanta e quale tecnologia si può oggi permettere la nostra economia sanitaria.
E. Attolini (Assessore alla Sanità Regione Puglia)

Quanta e quale ricerca medica si può oggi permettere la nostra Università.
G. Volpe (Rettore Università degli Studi di Foggia)

17.00-18.30 TALK SHOW: COME SCEGLIEREI LA MIA PROSTATECTOMIA RADICALE?

Sala Plenaria Presenta: C. Cipponi

Open: G. Martorana & P. Rigatti

Laparo: F. Gaboardi & F. Porpiglia

Robotica: G. Bianchi & V. Pizzuti

18.30-19.30 COMUNICAZIONI GOLD (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

Sala Re Enzo ENDOUROLOGIA

Moderatori: A. D'Addessi, M. Garofalo

C1. What we learned from the first 100 cases of Retrograde Intrarenal Surgery(RIRS)?. Villa Tiberia's experience.

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile,
M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti.

C2. Il trattamento della calcolosi renale in età pediatrica: cosa sta cambiando?

A.M. Salerno, M. De Dominicis, S. Gerocarni Nappo, E. Matarazzo, G. Bonatti, P. Caione

C3. Risultati a lungo termine del trattamento endourologico della cisti pielogenica

G. Benedetto, F. Nigro, P. Ferrarese, G. Abatangelo, A. Tasca

C4. Ureterorenoscopia flessibile nella gestione della calcolosi renale: nostra esperienza

P. Granelli, P. Salsi, D. Campobasso, A. Frattini*, S. Ferretti

- C5. Calcolosi renoureterale voluminosa e multipla: è possibile la gestione retrograda?**
P. Granelli, P. Salsi, D. Campobasso, A. Frattini, S. Ferretti*
- C6. Learning curve in nefrolitotriassia percutanea supina in posizione di valdivia modificata galdakao (s-pcnl).**
S. Zaramella, R. Tarabuzzi, G. Ceratti, D. Giraud, P. Mondino, C. Terrone
- C7. TachoSil®-sealed tubeless percutaneous nephrolithotomy to reduce urine leakage and bleeding: outcome from a randomized controlled study.**
L. Cormio, A. Perrone, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siati, O. Selvaggio, T. Mazzilli, V. Ariano, G. Carrieri.

18.30-19.30 COMUNICAZIONI GOLD (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

Sala Federico II LAPARO/LESS-NOTES/ROBOTICA

Moderatori: A. Cestari, S. Micali

- C8. Laparoscopic vs open partial nephrectomy for T1 renal tumors: evaluation of the long-term oncologic and functional outcomes in 340 patients.**
F. Greco, G. Pini, C. Springer, M. R. Hoda, H. Fajkovic, M. Nasreldin, P. Fornara
- C9. Laparoendoscopic single-site radical nephrectomy for renal cancer: technique and surgical outcomes.**
F. Greco, G. Pini, D. Veneziano, F. Kawan, M. Nasreldin, M. R. Hoda, P. Fornara
- C10. Laparoscopic vs open bilateral intrafascial nerve-sparing radical prostatectomy after TUR-P for incidental prostate cancer: surgical outcomes and effect on the postoperative urinary continence and sexual potency.**
F. Greco, G. Pini, C. Springer, R. M. Hoda, M. Nasreldin, P. Fornara
- C11. Nostra esperienza in oltre 4 anni di esperienza con la prostatectomia radicale robot assistita**
C. De Carne, F. Fidanza, A. Territo, M. Dandrea, S. Micali, S. De Stefani, G. Bianchi
- C12. Videolaparosurrenectomia transperitoneale: complicanze precoci e tardive di 195 casi operati in unico centro**
A. Vavallo, G. Lucarelli, C. Bettocchi, P. Martino, T. Ardit, S. Forte, C. Miacola, P. Ditunno, E. D'Orazio, V. Ricapito, S. Palazzo, F. P. Selvaggi, B. Michele
- C13. La sutura "Barbed" con renoraffia totalmente riassorbibile nella nefrectomia parziale garantisce un minor tempo di ischemia calda. Match case control con nostra vecchia tecnica.**
G. Pini, G. Ali, M. Schulze, J. Rassweiler
- C14. Laparoendoscopic single-site and conventional laparoscopic radical nephrectomy result in an equivalent surgical trauma: preliminary results of a single-centre retrospective controlled study.**
F. Greco, G. Pini, M. R. Hoda, M. Nasreldin, C. Springer, K. Fischer, P. Fornara

18.30-19.30 COMUNICAZIONI GOLD (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

Sala Svevi

IPB E MISCELLANEA

Moderatori: L. Schips, A. Tasca

- C15. Bipolar turbt narrow band imaging (NBI) assisted. Does it improve detection and re-treatment rates? Preliminary experience in a single centre.**
R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, Manlio*

- C16. Safety and efficacy of turis-vaporization in men on anticoagulant drugs: a preliminary experience.**
R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti
- C17. Transurethral prostate resection monopolar vs plasmakinetics gyrus vs bipolar turis surgmaster scalpel: single centre comparison study.**
R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti
- C18. Vaporizzazione prostatica con GreenLight HPS 120-W Laser versus TURP: valutazione retrospettiva di due anni di attività dello stesso centro.**
P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea
- C19. L'accuratezza della cistoscopia a fluorescenza in una coorte di pazienti sottoposti a cistectomia radicale.**
V. Pagliarulo, S. Albaa, F. Chiaradia, A. Venneri-Beccia, M. T. Balducci, A. Pagliarulo
- C20. Complicanze inattese in endourologia: alcune soluzioni estemporanee.**
P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea

Venerdì 30 Marzo 2012

07.30-08.30 **HANDS ON**
Sala Re Enzo **Endourologia**

07.30-08.30 **HANDS ON**
Sala Federico II **Laparo/robotica**

08.30-08.50 **LETTURA**
Sala Plenaria **Urologia Pediatrica 2012. Cosa fare open, laparo, endo.**
P. Caione

08.50-14.00 **LIVE SURGERY**
Sala Plenaria Moderatori in Aula: *V. Di Santo, C. Vicentini*
The wise man: interviste in S.O.: *G. D'Elia*

Sala A: Enucleoresezione robotica
G. Ludovico

Sala B: Crioterapia
A. Galosi

Radiofrequenza
O. Selvaggio

Sala C: Green laser
S. Crivellaro

Revolix
G. Di Lauro

14.00-15.00 **COMMUNICATIONS LUNCH**
Comunicazioni gold (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

Sala Re Enzo **ENDOUROLOGIA**
Moderatori: *A. Crisci, P. Martino*

C21. A prospective single centre study: safety and efficacy of turis plasma vaporization (TURIS-V) for the treatment of clinical obstructing benign prostate hyperplasia.

R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti

C22. Ematoma renale sottocapsulare: una complicanza rara dell'ureterorenoscopia

M. Grande, G. Pozzoli, M. Larosa, F. Facchini, M. Leone, A. Frattini

C23. Nefrolitotrixxia percutanea (PCNL) in posizione supina: nostra esperienza dopo 80 casi.

G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, E. De Fortuna, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasi e L. Salzano

C24. Endoscopic combined intra-renal surgery (ecirs): e' necessaria la posizione supina modificata galdakao?

L. Cormio, A. Perrone, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siati, O. Selvaggio, R. Di Brina, V. Ariano, G. Carrieri

C25. Trattamento ureteroscopico delle neoplasie uroteliali dell'alta via escrettrice: la nostra esperienza

C. Di Palma, R. Balsamo, A. Izzo, C. Quattrone, D. Sorrentino, M. De Sio

C26. Esperienza preliminare nel trattamento endoscopico della calcolosi reno-ureterale nel paziente pediatrico

F. Fidanza, C. Di Pietro, C. De Carne, E. Martorana, P. Ceccarelli, S. Micali, S. De Stefani, G. Bianchi

14.00-15.00 COMMUNICATIONS LUNCH

Comunicazioni brevi (Presentazione 4 minuti + discussione 2 minuti)

Sala Federico II LAPARO/ LESS-NOTES/ROBOTICA

Moderatori: C. Ceruti, G. Disabato

C27. Approccio combinato endoscopico e laparoscopico per la risoluzione di tre casi di calcolosi complessa

S. Giona, F. Peraldo, F. Soria, A. Gurioli, M. Oderda, P. Piana, P. Gontero

C28. Double synchronous laparoscopic surgeries: is minimally invasiveness maintained? three cases

M. Oderda, S. Giona, F. Peraldo, F. Soria, A. Gurioli, L. Repetto, P. Gontero

C29. Laparoendoscopic single-site upper urinary tract surgery: standardized Assessment of postoperative complications and analysis of risk factors

F. Greco, L. Cindolo, R. Autorino, S. Micali, R.J. Stein, G. Bianchi, C. Fanizza, L. Schips, P. Fornara, J. Kaouk

C30. Nephron sparing LESS: technique and review of the current literature

L. Cindolo, F. Greco, F. Berardinelli, F. Neri, L. Schips

C31. NOTES radical prostatectomy: Preliminary Ex- Vivo Experience

S. Micali, B. Duty, G. Isgrò, M. Rosa, E. Martorana, L. R. Kavoussi, G. Bianchi

C32. Plastica del giunto pielo-ureterale robot assistita. nostra esperienza

G. Bianchi, F. Fidanza, C. De Carne, A. Zordani, A. D'Andrea, S. Micali, S. De Stefani

C33. Prostatectomia radicale robot assistita e contestuale colecistectomia video laparoscopica: nostra esperienza.

F. Fidanza, C. De Carne, A. D'andrea, S. Micali, M. C. Sighinolfi, S. De Stefani, G. Bianchi

C34. Laparoscopic ureteroneocystostomy with psoas hitch

R. Nuccioti, V. Pizzuti

C35. Prostatectomia radicale robot-assistita: nostra esperienza, risultati oncologici e funzionali preliminari

A. Cafarelli, D. Dente, A. Salvaggio, G. Dipietrantonio, V. Di Santo, A. Porreca.

C36. Retzius sparing Robot-assisted laparoscopic prostatectomy: initial experience of a center with more than 200 robotic nerve sparing prostatectomies

R. Nuccioti, V. Pizzuti

14.00-15.00 COMMUNICATIONS LUNCH

Comunicazioni brevi (Presentazione 4 minuti + discussione 2 minuti)

Sala Svevi MISCELLANEA

Moderatori: F. Mangiapia, I. Vavassori

C37. Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP): our long term experience

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

- C38. Risoluzione endoscopica di uno pseudotumore della vescica da corpo estraneo.**
A. Vavallo, G. Lucarelli, C. Bettocchi, S. Palazzo, V. Ricapito, S. Forte, M. Matera, F. P. Selvaggi, P. Ditunno, M. Battaglia
- C39. Resezione trans-uretrale della prostata con resettore: ns esperienza preliminare a 1,5 anni di utilizzo**
G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, F. Attanasi, E. De Fortuna, A. Quaranta, V. Tripodi, L. Salzano
- C40. Prospective study on the 12 months quality of life outcomes after surgical repair for anterior pelvic organ prolapse: comparison between laparoscopic and vaginal repair.**
S. Khorrami, M. Milanese, A. Minervini, A. Mantella, M.A. Rossetti, A. Tuccio, O. Saleh, A. Crisci, S. Serni, A. Tosto, M. Carini
- C41. The predictive role of NBI Re-TURB in the evaluation of T1HG bladder neoplasm recurrence and progression rate. Preliminary experience.**
R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni*, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini
- C42. HIFU (high intensity focused ultrasound): la nostra esperienza nel trattamento del carcinoma prostatico a basso, medio ed alto rischio di progressione.**
A. Callea, R. Piccinni, V. Zizzi, D. Sblendorio, B. Berardi, A. Tempesta, F. G. Gala, A. Traficante
- C43. Conservative treatment for rupture of the urinary tract: 3 cases.**
A. Saita, A. Scavuzzo, M. Puglisi, M. Falsaperla, G. Morgia
- C44. Enucleazione laser della prostata (HOLEP): presentazione di un video e note di tecnica di esecuzione**
G. de Rienzo, G. Giocoli Nacci, G. Galeone, I. Intermite, A. Venneri Becci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

15.00-16.00
Sala Plenaria

TAVOLA ROTONDA

Piccole masse renali: sempre più frequenti, sempre più controverse

Moderatori: R.M. Scarpa, C. Terrone

Cosa possiamo aspettarci dalle tecniche di imaging

G. Angelelli

Cosa possiamo aspettarci dalla biopsia

A. Volpe

Possiamo identificare i potenziali killers?

M. Battaglia

Come muoversi tra le diverse opzioni terapeutiche

M. Carini

16.00-17.30
Sala Plenaria

CHALLENGING CASES

Moderatori: G. Carmignani, V. Pansadoro

PCNL

A. Frattini

URS

A. Breda

Laparo

G. Grosso

Robotica

F. Zattoni

17.30-18.30 VIDEO (Video 4 minuti + discussione 2 minuti)

Sala Re Enzo ENDOUROLOGIA E LAPAROSCOPIA

Moderatori: P. Beltrami, A. Saita

- V1. Soluzione non invasiva per l'estrazione di una sonda nefrostomica incarcerata**
F. Nigro, P. Ferrarese, E. Scremin, G. Benedetto, A. Tasca
- V2. Barbed Suture and totally absorbable renorrhaphy in laparoscopic partial nephrectomy: increasing safety and decreasing warm ischaemia time.**
G. Pini, G. Ali, M. Schulze, J. Rassweiler
- V3. Laparoscopic transperitoneal anderson-hynes pyeloplasty: technical notes and results after 100 cases**
A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, L. Masieri, M. Salvi, G. Vittori, R. Fantechi, A. Chindemi, A. Sebastianelli, O. Saleh, A. Crisci, A. Lapini, S. Serni, M. Carini
- V4. Trattamento ureteroscopico della calcolosi reno-ureterale: la nostra esperienza.**
A. Traficante, A. Callea, B. Berardi, D. Sblendorio, V. Zizzi, A. Tempesta, F. G. Gala, R. Piccinni
- V5. Linfadenectomia retroperitoneale laparoscopica mediante accesso transperitoneale.**
V. Pagliarulo, G. Giocoli-Nacci, F. Chiaradia, A. Venneri-Becci, A. Pagliarulo
- V6. Plasmakinetic turis gyrus system: villa tiberia preliminary experience**
R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti
- V7. Plasmakinetic button turis gyrus system in transurethral resection of prostate: preliminary experience in our centre after over 3000 bipolar turp**
R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti
- V8. Litoscultura**
P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea
- V9. Nefrolitotomia Percutanea (PCNL) in posizione supina in paziente con grave tetraparesi e deformità scheletrica.**
I. Kartalas-Goumas, E. Itri, S. Maruccia, F. D'addezio, F. Pozzoni, C. Gargantini, L. Innocenti, E. Montanari, G. Zanetti
- V10. Trattamento con ureterorenoscopia flessibile retrograda (RIRS) di calcolosi in diverticolo caliciale in malformazione delle vie urinarie.**
I. Kartalas-Goumas, E. Itri, S. Maruccia, F. D'addezio, F. Pozzoni, C. Gargantini, L. Innocenti, E. Montanari, G. Zanetti

17.30-18.30 COMUNICAZIONI BREVI/VIDEO (Presentazione 4 minuti + discussione 2 minuti)

Sala Federico II LAPARO/LESS-NOTES/ROBOTICA

Moderatori: P. Bove, A. Minervini

- C45. Minimally invasive intracorporeal urinary diversion after radical cystectomy in patients with transitional cell carcinoma of the bladder**
R. Nucciotti, A. Bragaglia, F. Viggiani, F. Mengoni, F.M. Costantini, G. Passavanti, V. Pizzuti
- C46. Partial cystectomy for the treatment of bladder endometriosis: open and laparoscopic approach in terms of surgical complications and recurrences**
A. Minervini, A. Antonelli, O. Saleh, C. Simeone, A. Sebastianelli, A. Tuccio, G. Siena, A. Mattei, E. Coccia, M. Luka, S. Khorrami, S. Cosciali Cunico, M. Carini

- C47. Colposacropessi laparoscopica con impiego di mesh in polipropilene: nostra esperienza.**
A. Delle Cave, G. Lotrecchiano, A. Quaranta, E. De Fortuna, V. Tripodi, F. Attanasi e L. Salzano
- C48. Transperitoneal Deviceless Hand-Assisted Laparoscopic procedure: our experience**
A. Vavallo, F. P. Selvaggi, G. Lucarelli, S. Forte, M. Matera, P. Ditunno, C. Bettocchi, M. Tedeschi, M. Falagario, S. Impedovo, F. Giangrande, M. Battaglia
- C49. Laparoscopia retroperitoneale Single-Port: Esperienza in Biopsie Renali**
R. Galli, A. Zordani, S. Micali, M. Rosa, A. Territo, M. C. Sighinolfi, G. Bianchi
- C50. Neurinoma sacrale causa idronefrosi: exeresi laparoscopica**
S. Giona, F. Soria, F. Peraldo, A. Gurioli, M. Oderda, D. Garbossa, P. Gontero
Università degli studi di Torino, Divisione di Urologia-1 e Divisione di Neurochirurgia, Ospedale Molinette, Torino.
- C51. Transperitoneal left laparoscopic pyeloplasty with transmesocolic access to the pelvi-ureteric junction: technique description and results**
R. Nuccioti, V. Pizzuti
- C52. Prostatectomia Radicale Laparoscopica 3D di quarta generazione: risultati preliminari.**
P. Bove, F. De Carlo, E. Finazzi Agrò, V. Iacovelli, R. Miano, G. Vespasiani
- V11. Enucleazione laser della prostata (holep): presentazione di un video e note di tecnica di esecuzione**
G. de Rienzo, G. Giocoli Nacci, G. Galeone, I. Intermite, A. Venneri Becci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo
- V12. Nefro-ureterectomia laparoscopica con asportazione di cuffia vescicale mediante Endo-GIA vascolare. Descrizione della tecnica.**
V. Pagliarulo, G. Giocoli Naccia, G. Galeone, F. Chiaradia, A. Venneri Beccia, A. Pagliarulo

17.30-18.30 VIDEO (Video 4 minuti + discussione 2 minuti)

Sala Svevi

MISCELLANEA

Moderatori: M. Brausi, R. Miano

- V13. Nefrectomia semplice laparoscopica con tecnica ibrida notes/minilap in rene con ectopia pelvica**
F. Varvello, M. Favro, M. Tarabuzzi, A. Volpe e C. Terrone
- V14. Narrow band imaging (nbi) assisted bipolar turbt in villa tiberia centre**
R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni*, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini
- V15. Enucleoresezione laparoscopica con clampaggio arterioso selettivo**
A. Di Domenico, F. Varvello, P. De Angelis, E. De Lorenzis, R. Tarabuzzi, A. Volpe e C. Terrone
- V16. NOTES radical prostatectomy: Preliminary Ex- Vivo Experience**
S. Micali, B. Duty, G. Isgro, R. Galli, E. Martorana, L. R. Kavoussi, G. Bianchi
- V17. Nefrolitotomia percutanea (PCNL) supina in rene a ferro di cavallo con accesso sottocostale superiore diretto.**
I. Kartalas-Goumas, E. Itri, S. Maruccia, F. D'addezio, F. Pozzoni, C. Gargantini, L. Innocenti, E. Montanari, G. Zanetti
- V18. La Pieloplastica Laparoscopica Knotless**
V. Lorusso, S. Lioi, F. D'amico
- V19. Surrenectomia destra laparoscopica per feocromocitoma**
F. Varvello, M. Zacchero, D. Giraudo, R. Tarabuzzi, A. Volpe e C. Terrone

- V20. Videolaparoscopic treatment of trigonal bladder endometriosis compressing the pelvic ureter: clinical case report**
A. Tuccio, A. Minervini, O. Saleh, I. D'Amato, A. Sebastianelli, M. Salvi, A. Mantella, M. Luka, G. Siena, A. Crisci, M.E. Coccia, S. Serni, M. Carini.
- V21. Laparoscopic and robot-assisted tumor enucleation for the treatment of cortico-medullar rcc**
A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vittori, L. Masieri, A. Chindemi, R. Fantechi, S. Giancane, A. Sebastianelli, M. Salvi, A. Crisci, A. Lapini, S. Serni, M. Carini
- V22. Correzione laparoscopica di plastica del giunto utilizzando strumentazione da 3mm.**
V. Pagliarulo, I. Martinesa, F. Chiaradia, A. Venneri Beccia, A. Pagliarulo

18.30-19.30
Sala Plenaria

SEDUTA AMMINISTRATIVA

20.30

Cena Sociale

Sabato 31 Marzo 2012

- 07.30-08.30** **HANDS ON**
Sala Re Enzo **Endourologia**
- 07.30-08.30** **HANDS ON**
Sala Federico II **Laparo/robotica**
- 08.30-08.50** **LETTURA GIOVANI ENDOUROLOGI**
Sala Plenaria
- 08.50-14.00** **LIVE SURGERY**
Sala Plenaria Moderatori in Aula: *R. Damiano, G. Vespasiani*
 The wise man: interviste in S.O.: *A. Celia*
- Sala A: RIRS NBI**
 E. Montanari
 RIRS per calcolosi
 L. De Fidio
- Sala B: Nefroureterectomia laparoscopica**
 V. Pagliarulo
 ULT con Backstop
 P. Annese
- Sala C: TUR PDD**
 A. De Lisa
 PCNL combinata
 L. Cormio, C. Scoffone
- 14.00-14.30** **LETTURA CONCLUSIVA**
Sala Plenaria **Decision making nel management del paziente litiasico:**
 Controversie nella diagnostica e terapia di supporto
 D. Prezioso (Club Litiasi Urinaria)

TIMETABLES

 Giovedì 29 Marzo 2012

	Sala Plenaria	Sala Svevi	Sala Re Enzo	Sala Federico II
14.30	APERTURA DEL CONGRESSO			
15.00	LETTURA MAGISTRALE Surrenectomia			
15.30	ieri, oggi, domani			
15.30	FOCUS ON: LA RICERCA ENDOUROLOGICA IN ITALIA What's up alte vie What's up basse vie What's up laparo/robotica			
16.15				
16.15	FACE TO FACE: SANITÀ E RICERCA, I DUE LATI DELLA MEDAGLIA Quanta e quale tecnologia si può oggi permettere la nostra economia sanitaria. Quanta e quale ricerca si può permettere la nostra Università			
17.00				
17.00	TALK SHOW: COME SCEGLIEREI LA MIA PROSTATECTOMIA RADICALE? Open Laparo Robotica			
18.30		COMUNICAZIONI GOLD Ibp e Miscellanea	COMUNICAZIONI GOLD Endourologia	COMUNICAZIONI GOLD Laparo / Less-Notes / Robotica
18.30				
19.30				

Venerdì 30 Marzo 2012

	Sala Plenaria	Sala Svevi	Sala Re Enzo	Sala Federico II
07.30 08.30			HANDS ON Endourologia	HANDS ON Laparo / Robotica
08.30 08.50	LETTURA Urologia Pediatrica 2012. Cosa fare open, laparo, endo.			
08.50 14.00	LIVE SURGERY Sala A: Enucleoresezione robotica Sala B: Crioterapia Radiofrequenza Sala C: Green laser Revolix			
14.00 15.00		COMMUNICATIONS LUNCH Comunicazioni brevi Miscellanea	COMMUNICATIONS LUNCH Comunicazioni Gold Endourologia	COMMUNICATIONS LUNCH Comunicazioni Gold Laparo / Less-Notes / Robotica
15.00 16.00	TAVOLA ROTONDA Piccole masse renali: sempre più frequenti, sempre più controverse Cosa possiamo aspettarci dalle tecniche di imaging Cosa possiamo aspettarci dalla biopsia Possiamo identificare i potenziali killers? Come muoversi tra le diverse opzioni tera- peutiche			
16.00 17.30	CHALLENGING CASES PCNL URS Laparo Robotica			
17.30 18.30		VIDEO Miscellanea	VIDEO Endourologia e Laparoscopia	COMUNICAZIONI BREVI / VIDEO Laparo / Less-Notes / Robotica
18.30 19.30	SEDUTA AMMINISTRATIVA			
20.30	CENA SOCIALE			

Sabato 31 Marzo 2012

	Sala Plenaria	Sala Svevi	Sala Re Enzo	Sala Federico II
07.30 08.30			HANDS ON Endourologia	HANDS ON Laparo / Robotica
08.30	LETTURA GIOVANI ENDOUROLOGI			
08.50	LIVE SURGERY Sala A: RIRS NBI RIRS per calcolosi Sala B: Nefroureterectomia laparoscopica ULT con Backstop Sala C: TUR PDD PCNL combinata			
14.00				
14.00	LETTURA CONCLUSIVA Decision making nel management del paziente litiasico: Controversie nella diagno- stica e terapia di supporto			
14.30				

Relatori e Moderatori

Amoruso Daniele	D'Elia Gianluca	Pagliarulo Arcangelo
Angelelli Giuseppe	Damiano Rocco	Pansadoro Vito
Annese Pasquale	De Lisa Antonello	Pizzuti Valerio
Attolini Ettore	De Rienzo Gaetano	Porpiglia Francesco
Battaglia Michele	Defidio Lorenzo	Porreca Angelo
Beltrami Paolo	De Sio Marco	Prezioso Domenico
Bianchi Giampaolo	Di Lauro Giovanni	Rigatti Patrizio
Bove Pierluigi	Di Santo Vincenzo	Rocco Bernardo
Brausi Maurizio	Disabato Giuseppe	Saita Alberto
Breda Alberto	Frattoni Antonio	Scarpa Roberto Mario
Caione Paolo	Gaboardi Franco	Schips Luigi
Carini Marco	Galosi Andrea	Scoffone Cesare
Carmignani Giorgio	Garofalo Marco	Selvaggi Francesco P.
Carrieri Giuseppe	Grosso Gaetano	Selvaggio Oscar
Celia Antonio	Ludovico Giuseppe	Tasca Andrea
Ceruti Carlo	Mangiapia Francesco	Terrone Carlo
Cestari Andrea	Martino Pasquale	Vavassori Ivano
Cippone Cristiana	Martorana Giuseppe	Vespasiani Giuseppe
Cormio Luigi	Miano Roberto	Vicentini Carlo
Crisci Alfonso	Micali Salvatore	Volpe Alessandro
Crivellaro Simone	Minervini Andrea	Volpe Giuliano
D'Addessi Alessandro	Montanari Emanuele	Zattoni Filiberto

ABSTRACTS

Giovedì 29 Marzo

COMUNICAZIONI

Sala Re Enzo - 29 Marzo 2012 - 18.30-19.30

C1

WHAT WE LEARNED FROM THE FIRST 100 CASES OF RETROGRADE INTRARENAL SURGERY(RIRS)?. VILLA TIBERIA'S EXPERIENCE.

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti.

Department of Urology – Chief. R. Giulianelli. “Villa Tiberia” Clinic - Rome, Italy

Introduction: The aim of this study is to show the results of our series of Retrograde Intrarenal Surgery (RIRS) for kidney stones in an experienced centre.

Materials and methods: A database was created and 108 patients were treated between January 2008 and December 2011. Variables and data analyzed included case load number, preoperative and postoperative imaging, stone burned, anesthesia (general or spinal), access location and size, ureteral access sheath device, operation time, stone-free rate, JJ stenting or not, complication rate, the percentage of endoscopic “second look” and hospital stay.

Results: Preoperatively, in 90 pts (83,3%) diagnosis was made with CT KUB scan, whereas in the follow-up only 70 (64,8%) used CT KUB scan, while 30 pts (27,9%) kidney ultrasonography; X-ray and ultrasound only 8 pts (7,35%). Mean stone burned was $2,05 \pm 0,56$ cm². General anesthesia was induced in 99 pts (91,6%). In 53 pts (49,07%) the stones was in the lower pole, in 41pts (37,9%) in the medium and in 14 pts (12,4%) in the higher pole kidney. Only in 9 patients (8,33%) we had to perform a ureteral ostium dilatation. Operative time was 52 ± 37 minutes. In 68 pts (62,9%) a single procedure resulted effective, thus 37,1% of patients was treated with RIRS plus ESWL (20,5% one ESWL, 16,6% multiple ESWL).

In all RIRS we used the Holmium laser. In all pts we placed a JJ stent. No blood transfusion but haematuria in 42 pts (37,90%), pain in 19 pts (17,59%) and urosepsis in 3 patients (2,7%). Mean hospital stay was $2,8 \pm 1,9$ days.

Conclusions: The high success rates, relatively low mor-

bidity, short operative time and short hospital stay confirmed, in our experience, that RIRS is a good choice of treatment for patients affected by intrarenal stones.

C2

IL TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI RENALE IN ETÀ PEDIATRICA: COSA STA CAMBIANDO?

°A. Salerno, *M. De Dominicis, °S. Gerocarni Nappo, °E. Matarazzo, °G. Bonatti, °P. Caione

° Dip. Nefrologia-Urologia, Divisione di Urologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

** Divisione di Urologia, Stone Center, Ospedale Cristo Re, Roma*

Introduzione: Negli ultimi dieci anni l'incidenza della calcolosi reno-ureterale in età pediatrica è aumentata di circa il 20% probabilmente per le diverse abitudini alimentari e per l'incremento dell'obesità. A differenza dell'adulto la localizzazione dei calcoli è prevalentemente renale e la percentuale di recidiva è 5 volte maggiore in quanto associata il più delle volte ad alterazioni metaboliche e genetiche. Con la miniaturizzazione degli strumenti e l'avvento di strumenti flessibili è oggi possibile applicare tecniche endourologiche più sicure anche nel bambino. Scopo del nostro lavoro è valutare nella nostra esperienza l'evoluzione del trattamento della calcolosi renale negli ultimi 10 anni.

Pazienti e metodi: Abbiamo riesaminato tutti i casi di calcolosi renale trattati da giugno 2002 ad oggi, le cui informazioni sono raccolte in un sistema di archiviazione reso disponibile dal nostro Ospedale. I pazienti sono stati suddivisi in due periodi, A (2002-2006) e B (2007-2011). Sono stati esclusi dalla nostra valutazione tutti i calcoli dell'uretere. I dati demografici hanno compreso età del paziente alla diagnosi, valutazione metabolica, dimensioni e sede del calcolo e trattamento medico. Le tecniche adoperate sono state litotrixxia extracorporea (ESWL) con litotritore piezoelettrico (EDAP SONOLITH 4000), nefrolitotrixxia percutanea (PCNL) o nefrolitotrixxia retrograda (RIRS). L'efficacia del trattamento, in termini di stone free rate, è stata espressa dall'assenza di frammenti residui o dalla presenza di residui < ai 5 mm a tre mesi dalla procedura. Abbiamo confrontato nei due periodi A e B quali delle tre tecniche è stata scelta come primo trattamento, la percentuale di stone free rate dopo singola procedura, la necessità di ritrattamenti o di procedura ancillari e il numero di procedure per anno. Per la valutazione statistica è stato utilizzato il test chi-square, assumendo un $p < 0.05$ come statisticamente significativo.

Risultati: A partire da giugno 2002, 333 pazienti, di età media di 9.7 anni, sono stati trattati, di cui 161 nel periodo A e 172 nel periodo B. I dati demografici sono stati comparabili nei due periodi di studio. La scelta del trattamento è dipesa dalle dimensioni del calcolo e dall'età del paziente. Nel periodo A, ESWL è stata scelta come primo trattamento in 145 pazienti, la PCNL in 11 e la RIRS in 5. Nel periodo B, ESWL, PCNL e RIRS sono state eseguite rispettivamente in 97, 41 e 34 pazienti. La chirurgia a cielo aperto non è stata eseguita in nessun caso. Per tutte le tecniche, lo stone free rate è stato più alto e la necessità di ritrattamenti e/o di procedure ancillari si è ridotta nel periodo B. La RIRS si è rivelata la tecnica più efficace in entrambi i periodi (Fig 1). Negli ultimi 5 anni il numero di ESWL si è ridotto del 40%, mentre PCNL e RIRS sono aumentate rispettivamente dell'11% e del 10% (Fig 2).

Discussione e Conclusioni: Sebbene la ESWL rappresenti ancora oggi il trattamento di scelta della calcolosi renale in età pediatrica, le tecniche endourologiche stanno assumendo un ruolo sempre più predominante soprattutto nel caso di calcolosi complesse con una buona percentuale di successo.

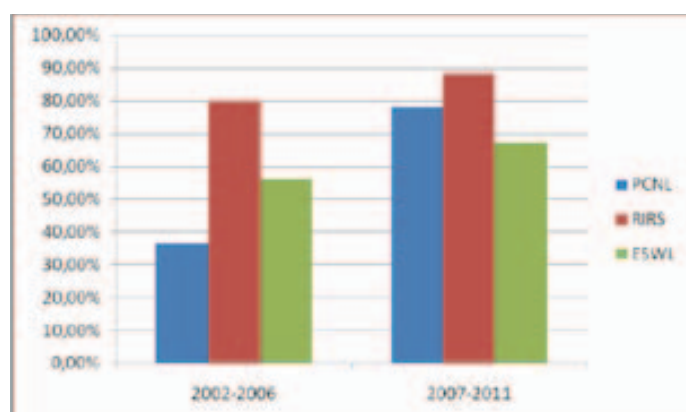


Fig. 1: stone free rate after single procedures(%)

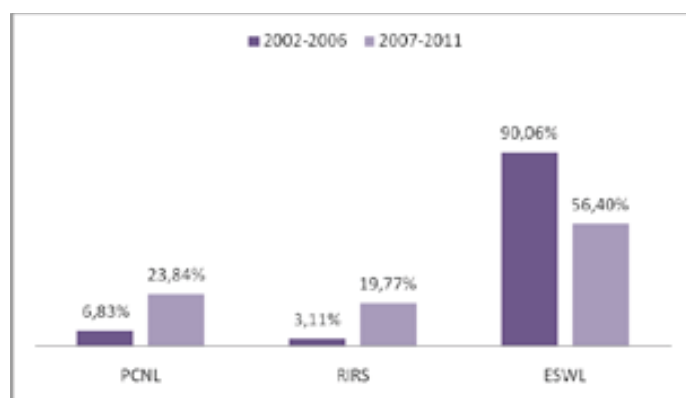


Fig 2: procedures for period

C3

RISULTATI A LUNGO TERMINE DEL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLA CISTI PIELOGENA

G. Benedetto, F. Nigro, P. Ferrarese, G. Abatangelo, A. Tasca

U.O.C. di Urologia, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Introduzione: L'approccio endourologico alla cisti pielogenica è considerato attualmente il gold standard in virtù del miglior rapporto costo/beneficio rispetto alla chirurgia aperta.

Materiale e metodi: Negli ultimi 4 anni, 20 pazienti con diagnosi di cisti pielogenica (tipo 1 in 4 casi, tipo 2 negli altri 16, contenente calcoli in 17) sono stati sottoposti presso il nostro Reparto a trattamento mini-invasivo. La sintomatologia, quando presente, è stata caratterizzata da dolore, ematuria e/o segni di infezione urinaria. La diagnosi, ottenuta in tutti i pazienti con ecografia renale ed urografia endovenosa, è stata perfezionata in 6 pazienti con TAC addome.

Quattro differenti approcci sono stati impiegati nel trattamento della cisti pielogenica:

1) percutaneo (PCN) a) diretto (9 casi): puntura della cisti sotto controllo fluoroscopico, dilatazione pneumatica del tramite, inserimento di una camicia teflonata 30F, eventuale bonifica della calcolosi, identificazione del tramite attraverso retroiniezione di colorante, by-pass o incisione laser (Holmium-YAG) o "a freddo" dell'orifizio diverticolare, posizionamento di endoprotesi ureterale; b) indiretto (4 casi): puntura del calice inferiore, inserimento di una camicia teflonata 18F, incisione laser dell'orifizio diverticolare e litotripsia utilizzando un nefroscopio flessibile 15.5F, posizionamento di endoprotesi ureterale; 2) transuretrale (6 casi): previa riposizione retrograda di guida ureterale, inserimento dell'ureterorenoscopio flessibile (6.7F), incisione laser dell'orifizio diverticolare e litotripsia, posizionamento di endoprotesi ureterale; 3) laparoscopico (1 caso): posizionamento di 4 trocar transperitoneali, marsupializzazione della cisti, cauterizzazione dell'urotelio esposto e sutura dell'orifizio diverticolare.

Risultati: Non si sono osservate complicanze post-operatorie. 2 casi di trattati con approccio transuretrale sono falliti: nel primo caso, l'orifizio non è risultato raggiungibile dall'ureterorenoscopico ed è stato convertito in PCN; nel secondo, una ingente fibrosi locale e la calcolosi impattata hanno richiesto una nefrectomia parziale. Un paziente è stato trattato con chirurgia aperta dopo una PCN infruttuosa. Una relativa riduzione volumetrica ed un efficace drenaggio è stato evidente all'urografia di controllo a 3 mesi nei rimanenti casi trattati con PCN o mediante ureterorenoscopia. Lo studio radiologico a 2 mesi ha confermato l'assenza di cisti pielogenica nel caso trattato laparoscopicamente.

Conclusioni: L'approccio mini-invasivo alla cisti pielogenica si è dimostrato sicuro ed efficiente (percentuale di successo: 85%). La chiave del successo sono rappresentate dall'accurata selezione del trattamento e dall'esperienza dell'operatore. I criteri di selezione per tipo di approccio appaiono così definibili: 1a) cisti pielogenica del versante posteriore, di medio volume (contenente calcoli); 1b) camera diverticolare piccola, non raggiungibile per via transuretrale e/o contenente una notevole massa calcarea; 2) piccolo diverticolo di un sistema collettore compiacente e raggiungibile con l'ureterorenoscopia flessibile; 3) ampia cisti pielogenica ricoperta da parenchima assottigliato.

C4

URETERORENOSCOPIA FLESSIBILE NELLA GESTIONE DELLA CALCOLOSI RENALE: NOSTRA ESPERIENZA

P. Granelli, P. Salsi, D. Campobasso, A. Frattini*, S. Ferretti

SC Urologia – Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma – Direttore: P. Cortellini

**SC Urologia – Ospedale di Guastalla (RE) – Direttore: A. Frattini*

Scopo: Riportiamo la nostra esperienza nell'ambito dell'ureterorenoscopia flessibile, con particolare riferimento alla gestione esclusivamente retrograda della calcolosi (RIRS).

Materiali e Metodi: Presso la SC Urologia dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma abbiamo eseguito dal gennaio 2006 al gennaio 2012 un totale di 837 procedure che prevedevano l'impiego di ureterorenoscopia flessibile; di cui un totale di 670 esclusivamente retrograda per calcolosi renoureterale in 384 maschi e 286 femmine, di età media $51,59 \pm 16,11$ anni (range 3-91 anni), di cui 14 monorene chirurgico, con calcoli singoli in 469 casi, multipli in 201 casi, in 296 casi a destra, in 316 a sinistra e in 59 bilaterali (trattati contestualmente), multirecidivi in 53 casi; 219 erano calcoli pelici, 262 caliceali inferiori, 123 medi, 60 superiori, 102 giuntali, 110 dell'uretere lombare, 37 del sacroiliaco, 53 del pelvico e 7 del terminale, di una massa litiasica media convenzionalmente considerata come somma dei diametri massimi dei singoli calcoli stimabile in $17,64 \pm 12,41$ mm (range 3-150 mm). In 565 casi si sono evidenziati calcoli rx opachi preoperatoriamente. In 303/670 casi la litiasi era complicata da vari gradi di retrostasi. In 116 casi si era evidenziata una refrattarietà alla litotrissia extracorporea, in 115 casi era già presente un drenaggio (stent o nefrostomia percutanea). Nella maggior parte delle procedure è stata utilizzata una guaina ureterale idrofila da 9,5 Fr ed occasionalmente da 11-13 Fr. In 436 procedure su 670 è stato utilizzato anche l'ureteroscopia semirigida da 8 Fr o da 7,5 Fr; si è utilizzato per la trissia in 585 casi il LASER

ad Holmio, in 9 casi (con lo strumento semirigido) anche l'energia balistica. In 276 casi si è anche proceduto a lapassi dei frammenti mediante basket. Al termine della procedura in 547 casi si è applicato uno stent, in 107 casi un mono-J e in 25 casi nessun drenaggio.

Risultati: Il tempo medio di intervento è stato di $67,98 \pm 29,29$ minuti (range 15-240 minuti), con un impiego medio di rx di $35,61 \pm 46,78$ secondi (range 1-446 secondi). Non si sono verificate complicanze maggiori intra- o perioperatorie; in 21 casi l'intervento è stato sospeso anche se la trissia e lapassi erano incomplete, per il protrarsi dei tempi chirurgici o per avaria della strumentazione. In 41 casi la procedura non ha evidenziato i calcoli documentati nel preoperatorio. Nel postoperatorio si sono manifestate come complicanze: 5 casi di ematuria prolungata (in un solo caso reintervento con diatermocoagulazione endoscopica della pelvi renale, negli altri cateterismo prolungato); 10 coliche, 21 casi di iperpiressia, 3 complicanze cardiovascolari (1 IMA, 1 ipertensione, 1 aritmia), 2 casi di intolleranza allo stent con necessità di rimozione precoce, 1 caso di shock settico. In 4 casi si è verificata una substenosi o stenosi dell'uretere con necessità di trattamento endourologico ulteriore (in un solo caso reimpianto ureterovesicale in open). In 550 casi (82%) i pazienti sono risultati stone-free dopo un unico intervento di ureterorenoscopia; negli altri 120 casi, la litiasi residua è stata completamente eliminata con nuova URS (35 casi, 5,2%), con ESWL (20 casi, 3%), con PCNL (5 casi, 0,75%) con terapia litolitica orale nella litiasi rx trasparente (25 casi, 3,7%); in 35 casi è stato sufficiente il monitoraggio; a tutt'oggi nessuno dei pazienti in monitoraggio appartenenti a questa casistica ha richiesto un trattamento invasivo della litiasi. La degenza media è stata di $3 \pm 3,06$ giorni (range 1-61 giorni), mentre la rimozione del tutore, quando presente, è stata effettuata dopo $14,13 \pm 14,35$ giorni (range 0-180 giorni).

Discussione e Conclusioni: Le fibre LASER e i basket per litolapassi attualmente in commercio hanno calibri talmente piccoli da consentire allo strumento una deflessione completa; tuttavia nella nostra casistica in almeno 21 casi non si è ottenuta una lapassi completa, anche se si sono trattati casi che solo pochi anni fa sarebbero stati senza dubbio sottoposti a PCNL. La metodica ha dimostrato una ampia efficacia in prima istanza e in seconda battuta e in altri casi si è ottenuta una successiva risoluzione completa con litolisi orale o ESWL di completamento. In definitiva solo in 5 casi (0,75%) è stato necessario ricorrere a procedure maggiormente invasive come la PCNL, perché il quadro non è stato completamente dominabile per via retrograda, mentre è bastato il monitoraggio in 35 casi (5,2%). La delicatezza dello strumentario flessibile necessita di un "nursing" più attento e di una curva di apprendimento

più lunga rispetto alla strumentazione rigida. Si deve comunque concludere che la URS flessibile è, in mani sufficientemente esperte, sicura ed efficace.

C5

CALCOLOSI RENOURTERALE VOLUMINOSA E MULTIPLA: È POSSIBILE LA GESTIONE RETROGRADA?

P. Granelli, P. Salsi, D. Campobasso, A. Frattini*, S. Ferretti

SC Urologia – Azienda Ospedaliero- Universitaria di Parma – Direttore: P. Cortellini

**SC Urologia – Ospedale di Guastalla (RE) – Primario: A. Frattini*

Scopo: Abbiamo analizzato la nostra casistica in ambito di gestione retrograda della litiasi urinaria (RIRS) con particolare attenzione alle dimensioni dei calcoli, al fine di stabilire se le dimensioni stesse influenzino significativamente l'efficacia e la sicurezza della metodica.

Materiali e Metodi: Dal gennaio 2006 al gennaio 2012, abbiamo eseguito un totale di 669 procedure esclusivamente retrograde per calcolosi reno-ureterale, in associazione o meno a strumentazione rigida in 626 pazienti (359 maschi e 267 femmine). Abbiamo quindi formato due gruppi, uno di interventi su litiasi > 15 mm, e l'altro su litiasi < 15 mm. Per quanto riguarda il primo gruppo, si è trattato di 368 interventi in 330 pazienti (206 maschi e 124 femmine, di età media 52,94 + 16,36 anni, range 3-91 anni) con calcoli singoli in 162 casi, multipli in 206 casi; massa litiasica media: 24,35 + 13,62 mm (range 15-150 mm). In 152 casi era presente retrostasi. Al termine della procedura in 316 casi si è applicato un tutore tipo stent a doppio pig-tail, in 43 casi un catetere ureterale a singolo pig-tail e in 10 casi non è stato lasciato alcun presidio. Per quanto riguarda il secondo gruppo, si è trattato di 301 interventi in 296 pazienti (153 maschi e 143 femmine, di età media 50,02 + 15,71 anni, range 4-90 anni) con calcoli singoli in 264 casi, multipli in 37 casi; massa litiasica media stimabile in 9,89 + 2,41 mm (range 3-14 mm). 150 casi con retrostasi presente. Al termine della procedura in 231 casi si è applicato un tutore tipo stent a doppio pig-tail, in 64 casi un catetere ureterale a singolo pig-tail e in 15 casi non è stato lasciato alcun presidio. Strumentario utilizzato: X-Flex 2 (Storz); fonte energetica LASER e balistica.

Risultati: Nel primo gruppo il tempo medio di intervento è stato di 76,64 + 29,32 minuti (range 20-240 minuti), con un impiego medio di radiazioni ionizzanti per intervento di 38,06 + 44,83 secondi (range 2-446 secondi). Non si sono verificate complicanze maggiori intra- o perioperatorie. Nel postoperatorio: 6 casi di ematuria prolungata per la quale in un solo caso è stato necessario reintervenire mediante diatermocoagulazione endoscopica della pelvi renale; 5 coliche, 15 casi di

iperpiressia, 2 casi di complicanze cardiovascolari (1 TEP, 1 aritmia), 1 caso di shock settico, 1 dislocazione spontanea dello stent, 1 focolaio broncopneumonico. 1 caso di stenosi ureterale (dilatazione pneum). In 254 casi i pazienti sono risultati stone-free al primo intervento; negli altri 114 casi, la litiasi residua è stata completamente eliminata con ulteriore ureterorenoscopia, con PCNL (5 casi), con ESWL (11 casi) e con litolisi orale (19 casi); in 37 casi l'entità modesta della litiasi residua e l'assenza di complicanze hanno consigliato il semplice monitoraggio. La degenza media è stata di 3,22 + 3,84 giorni (range 2-6,1 giorni), mentre la rimozione del tutore è stata effettuata dopo 16,16 + 16,58 giorni. Per quanto riguarda il secondo gruppo, il tempo medio di intervento è stato di 57,99 + 25,93 minuti (range 15-190 minuti), con un impiego medio di radiazioni ionizzanti per intervento di 32,77 + 48,85 secondi (range 1-442 secondi). Non si sono verificate complicanze maggiori intra- o perioperatorie. Nel postoperatorio: 3 casi di ematuria prolungata, risolta spontaneamente con un cateterismo prolungato; 5 coliche, 7 casi di iperpiressia, 2 casi di complicanze cardiovascolari (1 IMA, 1 crisi ipertensiva), 2 casi di intolleranza allo stent con necessità di rimozione precoce, 1 caso di shock settico, 1 dislocazione spontanea dello stent, 1 scompenso idroelettrolitico. 1 caso di stenosi dell'uretere (reimpianto uretero-vescicale). In 280 casi i pazienti sono risultati stone-free come esito di unico intervento; negli altri 21 casi, la litiasi residua è stata completamente eliminata con seconda ureterorenoscopia (8 casi), con ESWL (5 casi) con litolisi orale (1 caso); in 7 casi monitoraggio. La degenza media è stata di 2,75 + 1,77 giorni (range 1-20 giorni), mentre la rimozione del tutore è stata effettuata dopo 11,45 + 10,61 giorni.

Discussione e Conclusioni: La presenza di residui è stata più evidente nel primo gruppo, come era attendibile, richiedendo ulteriori procedure nel 16% dei casi, contro il 4,6% del secondo gruppo. La metodica nel primo gruppo ha dimostrato una efficacia in prima istanza del 76% (280 su 368 casi) ed in seconda dell'86,8%; nel secondo gruppo abbiamo avuto una efficacia immediata del 93,1% (280 casi su 301) e in seconda una efficacia globale del 95,7%. Riteniamo pertanto che la RIRS possa essere proposta anche per la risoluzione di calcolosi consistenti.

C6

LEARNING CURVE IN NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA SUPINA IN POSIZIONE DI VALDIVIA MODIFICATA GALDAKAO (s-PCNL).

S. Zaramella, R. Tarabuzzi, G. Ceratti, D. Giraud, P. Mondino, C. Terrone.

Clinica Urologica, Az. Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità, Novara.

Introduzione ed Obiettivi: diversi studi sono stati riportati in letteratura nella curva di apprendimento della PCNL prona (p-PCNL), mentre non esistono esperienze nell'analoga procedura supina. L'obiettivo del nostro studio prospettico è valutare la curva di apprendimento nella s-PCNL in posizione di Valdivia mod. Galdakao, di urologo senza precedente esperienza in p-PCNL, al fine di definire se esiste una learning curve, e l'impatto della stessa sul tasso di complicanze e di stone free rate. **Materiali e Metodi:** dal 2008 al 2011 abbiamo valutato prospetticamente i primi 65 pazienti sottoposti a s-PCNL da un singolo chirurgo (S.Z), senza esperienza in p-PCNL. Sono stati valutati età, BMI, sede e dimensione del calcolo, capacità di eseguire puntura, dilatazione e litotrixxia del calcolo, tempi operatori e di fluoroscopia, complicanze, tasso di trasfusione e stone free rate. Le procedure sono state tutte tutorate da un chirurgo esperto in PCNL prona e supina (R.T.). Al fine di analizzare la learning curve è stata condotta un'analisi statistica sui primi 60 pazienti suddividendoli in tre gruppi poi confrontati: Gr. A dal 1° al 20° caso, gr. B dal 21° al 40°, gr. C dal 41° al 60° caso.

Risultati: l'età media era di 50,1 anni, il BMI medio era di 25,7, n. di calcoli medio era di 1,7, area media era di 573 mm², il tempo operatorio medio era di 130 min e il tempo di esposizione agli RX era di 312 sec. Il tasso di trasfusione è stato del 3%, si sono verificati 2 ematomi perirenali trattati conservativamente e nessuna lesione colica. Il stone free rate complessivo era del 73,8%. Dall'analisi dei gruppi A,B e C non sono state riscontrate differenze in termini di età, BMI e dimensioni dei calcoli. La puntura del sistema collettore è stata eseguita con successo in 13/20 casi nel gr. A e 20/20 casi sia nel gr. B che nel C ($P=0,001$), nessuna differenza significativa fra i tre gruppi è stata riscontrata in termini di tempo operatorio, tasso di trasfusione e di complicanze, tempo di esposizione agli RX e stone free rate,

Discussione: dall'analisi dei dati emerge come dopo circa 20 procedure la s-PCNL venga eseguita in piena autonomia in tutti i suoi passaggi dal chirurgo junior, il tasso di complicanze è rimasto basso sin dai primi casi. Si evidenzia inoltre la tendenza a trattare calcoli con dimensioni sempre maggiori nei tre gruppi (area mediana gr.A: 351, gr.B: 458, e gr.C: 594 mm², $P=0,09$ prossimo alla significatività) con una contemporanea, anche se non significativa, tendenza alla riduzione dei tempi di esposizione agli Rx (tempo mediano gr. A: 345, gr. B: 245 e gr. C: 252 sec. $P=0,2$), mantenendo un buon stone free rate (gr.A: 80%, gr.B 60%, gr.C: 75% con $P=0,4$).

Conclusioni: la s-PCNL con adeguato tutoraggio nella fase di apprendimento, può essere eseguita in autonomia e sicurezza anche senza precedente esperienza percutanea dopo circa 20 procedure, con un basso tas-

so di complicanze e con uno stone free rate in linea con quello delle letteratura.

C7

TACHOSIL®-SEALED TUBELESS PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY TO REDUCE URINE LEAKAGE AND BLEEDING: OUTCOME FROM A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY.

L. Cormio, A. Perrone, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siatì, O. Selvaggio, T. Mazzilli, V. Ariano, G. Carrieri.

Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università di Foggia.

Introduzione: La "exit strategy" dopo nefrolitotrixxia percutanea (PCNL) è un argomento ampiamente dibattuto. Per tradizione, si posiziona una nefrostomia al fine di favorire l'emostasi, il drenaggio urinario ed un eventuale "second look" endoscopico. Negli ultimi 15 anni, tuttavia, una serie di studi ha dimostrato che l'omissione della nefrotomia (PCNL tubeless), quando possibile, riduce il dolore postoperatorio, il filtraggio di urine dal tramite e la degenza postoperatoria. Tuttavia, tale pratica resta sottoutilizzata. Scopo di questo studio è stato valutare efficacia e sicurezza del TachoSil® nel sigillare il tramite dopo PCNL.

Materiali e Metodi: Cento pazienti consecutive in nota per PCNL sono stati randomizzati 1:1 a ricevere a fine procedura una nefrostomia 16Fr (Gruppo A) o il sigillo del tramite con TachoSil® (Gruppo B). Tutti hanno ricevuto un mono-J 7Fr. Gli endpoints primary dello studio erano il sanguinamento ed il filtraggio percutaneo di urine, i secondari il dolore, valutato con scala visuale analogica (VAS) da 0 a 10 punti, il numero di dosi di analgesici e la degenza postoperatoria.

Risultati: I gruppi erano omogenei per caratteristiche pre- ed intra-operatorie. Quattro pazienti sono stati esclusi intraoperatoriamente, 3 nel gruppo A per sanguinamento importante del tramite ed uno nel gruppo B per idrotorace. Le complicanze del tramite sono state più frequenti nel gruppo A che nel gruppo B (25.5% vs. 2%; $p<0.001$); tuttavia, la differenza nel filtraggio urinario era statisticamente significativa (19.1% vs. 2%; $p=0.007$) mentre quella nella percentuale di ematomi perirenali no (6.4% vs. 0%; $p=0.113$). Non vi era inoltre differenza statisticamente significativa nel numero di dosi di analgesici (1.17 ± 1.56 vs. 1.20 ± 1.69 ; $p=0.791$) e nei punteggi VAS (4.77 ± 2.28 vs. 4.24 ± 2.32 ; $p=0.270$). La degenza postoperatoria era significativamente più breve nel gruppo B rispetto al gruppo A (5.15 ± 1.74 vs. 2.75 ± 1.78 ; $p<0.0001$).

Conclusioni: Pur non riducendo il dolore postoperatorio e la richiesta di analgesia, il sigillo del tramite con Ta-

choSil® ha dimostrato di fornire un miglior controllo del tramite, in termini di filtraggio urinario, ed una riduzione della degenza postoperatoria rispetto al posizionamento della nefrostomia. L'uso di tale presidio consente pertanto di estendere le indicazioni alla PCNL tubeless alla maggior parte delle procedure.

COMUNICAZIONI

Sala Federico II - 29 Marzo 2012 - 18.30-19.30

C8 LAPAROSCOPIC VS OPEN PARTIAL NEPHRECTOMY FOR T1 RENAL TUMORS: EVALUATION OF THE LONG-TERM ONCOLOGIC AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN 340 PATIENTS.

F. Greco, G. Pini, C. Springer, M. R. Hoda, H. Fajkovic, M. Nasreldin, P. Fornara

*Department of Urology and Kidney Transplantation "Martin-Luther-University", Halle/Saale, Germany
Ernst-Grube-Strasse 40 - 06120 Halle/Saale, Germany
gpini3@gmail.com*

Objective: To evaluate the long-term oncological and functional outcomes of laparoscopic partial nephrectomy (LPN) compared with open PN (OPN) for pT1 renal tumors.

Patients and methods: In this retrospective single-centre study, 340 consecutive patients underwent LPN and OPN for localised incidentally discovered renal masses of < 7 cm (cT1). All patients were matched for age, sex, body mass index, tumor side (right or left kidney) and tumor characteristics (R.E.N.A.L. nephrometry score).

Demographic data, peri- and postoperative variables, including operative duration, estimated blood loss, complications, hospital stay, renal function, histological tumor staging and grading, and metastasis rates were collected and analysed.

Results: The mean operative duration for LPN and OPN was 145.3 ± 45.4 min and 155.2 ± 35.6 min, respectively ($P = 0.07$). The mean WIT was 11.7 ± 2.2 min in the LPN and 14.4 ± 1.9 min in the OPN group ($P = 0.03$). The mean R.E.N.A.L. nephrometry score for LPN and OPN was 5.9 ± 1.6 and 6.1 ± 0.3 ($p=0.11$), respectively.

During follow-up, the biochemical markers of glomerular filtration were completely normalized, showing the absence of renal injury and there was no statistically significant difference in glomerular filtration rate between the groups, with a mean of 79.8 ± 3.0 mL/min/1.72m² for the LPN and 80.2 ± 2.7 mL/min/1.72m² for the OPN group at the 5-year follow-up ($P = 0.09$). The 5-year OS and cancer-specific survival (CSS), calculated using the Kaplan-Meier method, were 94% and 91% in the LPN

group, and 92% and 88% in the OPN group.

Conclusion: Laparoscopic and open NSS provide similar long-term oncologic outcomes in the therapy of T1 renal cancer. Concerning the renal function, no damage to the kidney could be evidenced after LPN and OPN, with a complete normalization of renal function at the 5-year follow-up in both groups.

C9 LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE RADICAL NEPHRECTOMY FOR RENAL CANCER: TECHNIQUE AND SURGICAL OUTCOMES.

F. Greco, G. Pini, D. Veneziano, F. Kawan, M. Nasreldin, M. R. Hoda, P. Fornara

*Department of Urology and Kidney Transplantation "Martin-Luther-University", Halle/Saale, Germany
Ernst-Grube-Strasse 40 - 06120 Halle/Saale, Germany
gpini3@gmail.com*

Background: Laparoendoscopic single-site (LESS) surgery has been developed in attempt to further reduce the morbidity and scarring associated with surgical intervention.

Objective: To describe the technique and report the surgical outcomes of LESS radical nephrectomy (LESS-RN) in the treatment of renal cell carcinoma.

Design, Setting and Participants: LESS-RN was performed in 33 patients with renal tumors. The indications to perform a LESS-RN were represented by T2 renal tumors or lower without evidence of lymphadenopathy or renal vein involvement.

Surgical procedure: The Endocone (Karl Storz, Tuttlingen, Germany) was inserted through a transumbilical incision. A combination of standard laparoscopic instruments and bent grasper and scissors was used. The sequence of steps of LESS-RN was comparable to standard laparoscopic radical nephrectomy.

Measurement: Demographic data and perioperative and postoperative variables were recorded and analysed.

Results and limitations: The mean operative time was 143.7 ± 24.3 min, with a mean estimated blood loss of 122.3 ± 34.1 ml and a mean hospital stay resulted to be 3.8 ± 0.8 . The mean length of skin incision was 4.1 ± 0.6 cm and all patients were discharged from hospital with minimal discomfort, as demonstrated by their pain assessment scores (VAS= 1.9 ± 0.8). The definitive pathologic results revealed a renal cell carcinoma in all cases with a stage distribution of four T1a, 27 T1b and 2 T2. All patients were very satisfied with the appearance of the scars and at a median follow-up period of 13.2 ± 3.9 months, all patients were alive without evidence of tumor recurrence or port-site metastasis.

Conclusions: LESS is a safe and feasible surgical pro-

cedure for radical nephrectomy (RN) in the treatment of renal cell carcinoma, with excellent cosmetic results.

C10

LAPAROSCOPIC VS OPEN BILATERAL INTRAFASCIAL NERVE-SPARING RADICAL PROSTATECTOMY AFTER TUR-P FOR INCIDENTAL PROSTATE CANCER: SURGICAL OUTCOMES AND EFFECT ON THE POSTOPERATIVE URINARY CONTINENCE AND SEXUAL POTENCY.

F. Greco, G. Pini, C. Springer, R. M. Hoda, M. Nasrel-din, P. Fornara

*Department of Urology and Kidney Transplantation "Martin-Luther-University", Halle/Saale, Germany
Ernst-Grube-Strasse 40 - 06120 Halle/Saale, Germany
gpini3@gmail.com*

Objectives: To evaluate the surgical and functional outcomes in nerve-sparing laparoscopic radical prostatectomy (nsLRPT) and nerve-sparing retropubic radical prostatectomy (nsRRPT) after TUR-P for incidental prostate cancer.

Materials and Methods: Between January 2005 and March 2009, 60 nsLRPT and 60 nsRRPT for incidental prostate cancer diagnosed after TUR-P were performed at our clinic. Demographic data, peri- and postoperative measurements and functional outcomes were compared. Urinary continence and erectile function were evaluated using the International Prostate Symptom Score (IPSS), the International Consultation of Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence (ICIQ-UI) short-form instrument and the IIEF-5. Questionnaires were self-completed before surgery and at the 12-month follow-up. All the patients reporting the need of no pad were defined as continent. All the patients with an IIEF-5 of > 17 were defined as potent.

Results: The mean operative time was 165.3±45.2 min for nsLRPT and 172.5±67.5 min for nsRRPT (p=0.07). The mean catheterization time was 8±1 days in the laparoscopic group and 11±2 days in the open group (p=0.02). Also the length of hospitalization presents statistical significant difference in the two groups (7.2±2.1 vs 9.7±3.6 days, p =0.03). The laparoscopic group had a lower frequency of positive margins but without any statistically significant difference. Positive margins were detected in 2.7% and 5.2% of patients with pT2c tumours in the laparoscopic and open groups, respectively. (p = 0.08)

Twelve months postoperatively, complete continence was reported in 96.6% of patients who underwent a nsLRPT and in 90% of patients in the nsRRPT group (p= 0.03). At that time, 61.6% of patients in the nsLRPT group, and 53.3% in the nsRRPT group reported the ability to engage in sexual intercourse (p= 0.02).

Conclusion: nsLRPT after TUR-P, performed by expert

surgeons, results to be a safe procedure with excellent functional outcomes with regard to the urinary continence and sexual potency.

C11

NOSTRA ESPERIENZA IN OLTRE 4 ANNI DI ESPERIENZA CON LA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA

C. De Carne, F. Fidanza, A. Territo, M. Dandrea, S. Micali, S. De Stefani, G. Bianchi

Clinica Urologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Scopo dello studio: Riportiamo i risultati oncologico funzionali relativi alla nostra esperienza nella prostatectomia radicale laparoscopica robot-assistita (RALP) dopo oltre 4 anni dall'inizio della nostra esperienza.

Materiali e metodi: Da ottobre 2007 a marzo 2012 abbiamo eseguito 262 RALP con tecnica nerve sparing ed intento Tension Energy Free. La selezione dei pazienti rispettava i seguenti criteri: Gleason ≤ 7(3+4), PSA < 15 ng/ml e stadio clinico ≤T2b. Tutti gli interventi sono stati eseguiti con sistema "da Vinci" Standard a 4 braccia. La tecnica chirurgica prevede un'accesso transperitoneale ed una dissezione nervesparing intrafasciale (inter- o endo-fasciale). I pazienti sono stati seguiti ed i dati raccolti in maniera prospettica. I risultati funzionali sono stati raccolti mediante intervista verbale a 1, 3, 6, e 12 mesi e successivamente ogni anno.

Risultati: Tutti gli interventi sono stati completati per via robotica tranne in 3 casi di conversione a cielo aperto legate a malfunzionamento del sistema robotico (2 casi) o a complicanze anestesilogiche (1 caso). Nel 85.1 dei casi si è eseguita una tecnica nerve sparing bilaterale inter o intrafasciale e 14.9% monolaterale. La durata media dell'intervento è stata di 259 min con un tempo di console medio pari a 200 min. Si è resa necessaria la trasfusione in 18 casi (6.8 %). In 7 casi è stato necessario eseguire un re intervento a scopo emostatico.

Dal punto di vista funzionale i dati sulla continenza calcolata a 1, 3, 6 e 12 mesi sono stati rispettivamente 71,0%, 87.1% e 91.4% 93.3%. Per quanto riguarda la potenza sessuale abbiamo considerato soltanto i pazienti che preoperatoriamente presentava un IIEF 5-15 > 16. Di questi il 20.6 % ha avuto erezioni spontanee sufficienti alla penetrazione nel primo mese successivo all'intervento. A 3, 6 e 12 mesi le percentuali di recupero dell'attività sessuale, con penetrazione, sono pari rispettivamente al 48.4%, 57.7% e 69.23%, con o senza ausilio farmacologico per os.

Dal punto di vista oncologico il tasso di margini positivi complessivo è pari al 11.0%, 10.7% nei pT2; 60% nei pT3. Il PSA Nadir medio è risultato pari a 0.03 ng/ml (Range 0.01-0.6; DS 0.09).

Al follow-up attuale in 6 casi si è assistito a mancato azzeramento del PSA (0,5 ng/ml). In 4 casi si è proceduto a successivo monitoraggio del PSA. Al momento in tutti i 4 casi il PSA si è mantenuto a livelli paragonabili al primo dosaggio post operatorio. In un caso si è proceduto a Radioterapia con successivo azzeramento del PSA. Ed in un caso è stata data indicazione ad eseguire PET-TC, di cui al momento non disponiamo ancora di referto.

Conclusioni: La nostra esperienza conferma gli ottimi risultati riportati da altri autori con l'utilizzo della robotica, soprattutto per quanto riguarda i risultati funzionali nel rispetto dell'outcome oncologico, in casi selezionati.

C12

VIDEOLAPAROSURRENECTOMIA TRANSPERITONEALE: COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE DI 195 CASI OPERATI IN UNICO CENTRO

A. Vavallo, G. Lucarelli, C. Bettocchi, P. Martino, T. Ardit, S. Forte, C. Miacola, P. Ditunno, E. D'Orazio, V. Ricapito, S. Palazzo, F. P. Selvaggi, M. Battaglia

Università degli studi di Bari – Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti d'Organo (DETO) – Sezione ed U.O.C. di Urologia e Trapianto di Rene – Az. Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Introduzione: la video-laparo-surrenectomia (VLS) rappresenta oggi il gold standard per la maggior parte delle patologie surrenaliche di interesse chirurgico, in quanto permette di eseguire surrenectomie mini-invasive mediante ridotte incisioni chirurgiche, con notevoli vantaggi non solo dal punto di vista estetico, ma soprattutto in termini di dolore postoperatorio e di precoce ripresa funzionale. Nella nostra esperienza, la surrenectomia laparoscopica trans-peritoneale trova attualmente indicazioni in tutte le lesioni surrenaliche di dimensioni contenute, sia clinicamente silenti che funzionanti, compreso il feocromocitoma.

Pazienti e metodi: da Gennaio 1978 ad Ottobre 2011, sono state eseguite 386 surrenectomie presso il nostro centro, di cui 160 (41.5%) con accesso lombotomico, 26 (7%) con accesso anteriore, 5 (1%) con accesso toraco-addominale e 195 (50.5%) con accesso laparoscopico. L'età media della popolazione sottoposta a VLS era di 52 anni (range 16-76): 90 (46%) pazienti erano maschi e 105 (54%) femmine. La surrenectomia laparoscopica è stata eseguita in tutti i casi per via transperitoneale, ponendo il paziente in decubito laterale, con 3 porte per il surrene di sinistra e 4 per quello di destra. Sono stati valutati: tempi operatori, complicanze, canalizzazione, emotrasfusioni e giorni di degenza post-operatoria.

Risultati: sono state eseguite 95 (49%) surrenectomie dx e 100 (51%) surrenectomie sx; nessuna surrenectomia bilaterale è stata condotta per via laparoscopica. Il dia-

metro medio delle lesioni era di 4,5 cm (range 1-12). Il tempo operatorio medio è stato di 80 minuti (range 35-180). Si sono verificate complicanze emorragiche intraoperatorie in 9 (4.6%) pazienti e in 7 di questi si è resa necessaria una conversione alla chirurgia open. In 21 (11%) pazienti si sono verificate complicanze post-operatorie quali ileo paralitico, anemizzazione e pneumotorace. La canalizzazione alle feci si è avuta mediamente in terza giornata. In 15 pazienti si è resa necessaria emotrasfusione con una quantità media di 500 cc (range 250-1500). La degenza post-operatoria media è stata di 4 giorni (range 2-12).

Conclusioni: La nostra esperienza conferma che la VLS con approccio transperitoneale in decubito laterale rappresenta una tecnica sicura ed efficace nel trattamento della maggior parte delle lesioni surrenaliche. Tuttavia rimangono ancora aperte le controversie circa la sicurezza della laparoscopia nelle lesioni di grandi dimensioni, nella surrenectomia bilaterale e nella sua efficacia nel trattamento di neoplasie maligne localmente avanzate, quando cioè i requisiti di una corretta chirurgia oncologica potrebbero venir meno con la tecnica mini-invasiva.

C13

LA SUTURA "BARBED" CON RENORRAFFIA TOTALMENTE RIASSORBIBILE NELLA NEFRECTOMIA PARZIALE GARANTISCE UN MINOR TEMPO DI ISCHEMIA CALDA. MATCH CASE CONTROL CON NOSTRA VECCHIA TECNICA.

G. Pini, G. Ali, M. Schulze, J. Rassweiler

Introduzione: Dal 1999 abbiamo eseguito 130 nefrectomie parziali laparoscopiche nel trattamento di piccole masse renali. Descriviamo la nuova tecnica di nefrorraffia adottata e riportiamo il confronto con la vecchia tecnica, in termine di tempo di ischemia calda e perdite ematiche.

Materiali e metodi: La nefrorraffia classica prevede: applicazione di Tachosil® (Nycomed, Marlow, UK) su letto di resezione, sutura intrecciata (VICRYL P 3/0, SH needle 26mm 1/2c) assicurata a livello della coda con nodo e clip Lapra-Ty II™ (Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH, US) e tessuto (8x8mm) di Poliglicoliconato PGA Felt (Alpha Research GmbH, Switzerland). L'ago è inserito 1 cm lateralmente al margine di resezione e assicurato al lato controlaterale con clips in titanio ed Hem-o-Lock (Weck Closure Systems, Research Triangle Park, NC, USA).

La nuova tecnica prevede utilizzo di sutura "barbed" suture 3-0 V-Lock™ (V-20 1/2 c, 26mm) 180 (Covidien-TM, Norwalk, CT, USA) in poligliconato; la coda viene assicurata in egual modo; l'ago viene inserito come prima, ma viene eseguita sutura profonda sul letto di

resezione, senza nessuna applicazione di clip ed unica Lapra-Ty come punto di fissaggio a livello del margine controlaterale. Quando possibile si esegue declampaggio arteriale precoce. Una 2° sutura è passata per accostare i margini di resezione. Il Tachosil è apposto infine a livello dell'area di sutura.

Da agosto 2010 abbiamo randomizzato pazienti sottoposti a vecchia (n:17) e nuova tecnica, (n:19), accoppiati per età, BMI, sesso, Padua Score, dimensioni tumore, indici di funzione renale (Creatinina, GFR) ed Hb preoperatoria.

Riportiamo tempo medio di ischemia calda, complicazioni, variazioni dell'Hb e della funzione renale. Mann Withney test per dati statistici (significatività $p < 0.05$)

Risultati: Abbiamo notato a favore della nuova tecnica una riduzione del tempo di ischemia calda (21,8 vs 19,7 min) anche se non significativa ($p = 0.312$), riduzione del numero di complicanze (3 vs 1), minori perdite ematiche in Hb 2,5 vs 1,7, ($p = 0.055$) e trasfusioni richieste (2 vs 1), valori di creatinina (22,3 vs 14,6 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0.353$) e GFR (16,5 vs 13,0 ml/min/1,72 m^2) più stabili

Conclusione: La sutura "barbed" e la nostra nuova tecnica permettono di ridurre i tempi di ischemia calda grazie ad una semplificazione della sutura stessa e alla possibilità di eseguire un early declamping in maggiore sicurezza. L'utilizzo di materiali totalmente riassorbibili garantiscono un migliore visuale nell'imaging di follow-up.

C14

LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE AND CONVENTIONAL LAPAROSCOPIC RADICAL NEPHRECTOMY RESULT IN AN EQUIVALENT SURGICAL TRAUMA: PRELIMINARY RESULTS OF A SINGLE-CENTRE RETROSPECTIVE CONTROLLED STUDY.

F. Greco, G. Pini, M. R. Hoda, M. Nasreldin, C. Springer, K. Fischer, P. Fornara

*Department of Urology and Kidney Transplantation "Martin-Luther-University", Halle/Saale, Germany
Ernst-Grube-Strasse 40 - 06120 Halle/Saale, Germany
gpini3@gmail.com*

Background: Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) has been developed in an attempt to further reduce the morbidity and scarring associated with surgical intervention and it has been proposed to result in less induced surgical trauma than conventional laparoscopy. **Objective:** To investigate the surgical trauma after LESS radical nephrectomy (LESS-RN) and laparoscopic RN (LRN).

Design, Setting and Participants: This was a retrospective single-centre study including 66 patients, with 31

patients undergoing LESS-RN and 35 historical control patients with LRN. LRN were performed between April 2008 and May 2009 and LESS-RNs were performed between May 2009 and February 2011.

Intervention: LESS-RN and LRN were both performed via a transperitoneal access. Blood samples were collected pre- and intraoperatively, at 6h, 24h, 48 h and at 5 days postoperatively.

Outcome measurements and statistical analysis: Serum concentrations of acute-phase markers, C-reactive protein (CRP) and serum amyloid A (SAA) antibody and interleukins (IL-6, IL-10) were measured at each time-point by enzyme-linked immunosorbent assay. Clinical data were collected by reviewing the patient's records.

Results and limitations: There were no differences in serum CRP and SAA levels between the groups (CRP $p = 0.12$; SAA $p = 0.09$) at all measurement time-points. The changes in IL-6 levels in the LRN group were statistically significantly higher compared with the LESS-RN group at 6 h after surgery ($p = 0.02$), whereas LESS-RN group showed statistically significantly higher IL-6 levels than LRN group at 24 h after surgery ($p = 0.02$).

Also, the serum levels of the anti-inflammatory cytokine IL-10 showed different kinetics in each group, being higher in the LESS-RN during the early postoperative phase (at 6 h; $p = 0.01$) and higher in the LRN group at 48 h after surgery ($p = 0.01$). The limitations of this study were the non-randomized character and the small cohort of patients.

Conclusions: LESS-RN is as effective as LRN without compromising surgical and postoperative outcomes, but it does not add any significant advantage in comparison with traditional LRN in terms of systemic stress response and surgical

COMUNICAZIONI

Sala Svevi - 29 Marzo 2012 - 18.30-19.30

C15

BIPOLAR TURBT NARROW BAND IMAGING (NBI) ASSISTED. DOES IT IMPROVE DETECTION AND RE-TREATMENT RATES? PRELIMINARY EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE.

R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni*, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini

*Division of Urology - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy
Histopathological Service - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

Introduction: Narrow Banding Imaging (NBI) was developed with the goal of enhancing the definition of small lesions of the bladder that could be missed during White

Light Endoscopy. The aim of this study was to evaluate the efficacy to identify non-muscle invasive bladder cancer by comparing the predictive power of the white light cystoscopy versus NBI cystoscopy and white light endoscopic resection versus the NBI one.

Materials and methods: From June 2010 to June 2011, 482 patients, 301 male and 181 female, affected by non-muscle invasive bladder, underwent NBI Bipolar TURBT. Histological findings showed in the table below.

NEOPLASMS	PUMNPL	Ta	T1
PRIMITIVE NEOPLASMAS	49	159	74
RECURRENCE NEOPLASMS	30	115	55

The average age was 67,7 yrs. (range 46-88). All patients underwent preoperative white light cystoscopy: topography and characterization of neoplasms and/or suspicious lesions followed by a similar evaluation using NBI. Then all the patients underwent resection of the previously identified lesions performed at first using white light followed by NBI resection of the bed and surgical margins. All the removed tissue send separately for histological evaluation after mapping the areas of resection on a topographic sheet. All lesions of the lateral side walls were resected after preoperative additional anesthesia (obturator ipsilateral nerve block). The follow-up was carried out according to the EAU Guidelines about non-muscle invasive bladder tumors. **Results:** The use of NBI cystoscopy revealed a total of 325 patients (67,4%) affected by white light non-visible lesions, but only in 200 patients (41,4%), the histological findings showed neoplasms of the bladder. Overall, with the use of NBI cystoscopy and NBI TURBT, we identified 125 (25,9%) benign lesions (i.e., chronic inflammation, reactive urothelial hyperplasia). In the T1HG primitive bladder neoplasms group we observed a 40,2% (29/72 pts) cases free of disease, a relapse rate of 59,7% (43/72 pts), and a progression rate of 14% (10/72 pts).

The table below shows the detailed results.

T Neoplasms (pts)	Cistoscopy WL	Cistoscopy NBI	TURBT WL	TURBT NBI
PUNMPL (pts)	31	72	17	58
Ta (pts)	208	165	201	70
T1 (pts)	77	88	64	72
Primitive PUNMPL (pts)	21	40	9	38
Primitive Ta (pts)	115	78	108	49
Primitive T1 (pts)	49	37	43	29
Recurrent PUNMPL (pts)	10	22	8	20
Recurrent Ta (pts)	93	87	93	21
Recurrent T1 (pts)	28	51	21	43

Mean post-surgical hospitalization and catheter zation periods were, respectively, 36 and 12 hours; besides mean post surgical Hb value was 14,8 gr/dl. No pts. submitted haemotrasfusion. Early Adverse Events (EAs) included dysuria in 27,6% (133 pts.), urgency in 21,6% (104 pts.), haematuria in 21,4% (104 pts) and AUR with re-catheterization for clots in 10,4% (50 pts).

Conclusions: Despite the high rate of NBI false positives lesions (over 25%), the combination of white light and NBI appears to allow a better diagnostic and therapeutic approach of bladder tumours, especially in T1 lesions. The high rate of false positives could depend on artifacts produced during white light endoscopy. However, NBI TURBT in overall T1HG superficial disease patients identifies subjects with high rate of early progression (41,9%), who need an immediate radical surgical treatment.

C16

SAFETY AND EFFICACY OF TURIS-VAPORIZATION IN MEN ON ANTICOAGULANT DRUGS: A PRELIMINARY EXPERIENCE.

R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti

Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy

Introduction: Trans Urethral Resection of Prostate (TURP) represents the gold standard of LUTS treatment for Bladder Outlet Obstruction (BOO) caused by Benign Prostate Hypertrophy (BPH). It is proved that the use of new devices, working with saline solution, significantly reduced the bleeding risk. Since the rate of patients receiving anticoagulant therapies for secondary prevention increased significantly, and the interruption is associated with an increased risk of thromboembolic events, aim of our study is to critically review the clinical efficacy and safety of TUR-IS Plasma Vaporization (TUR-IS-V) technique, which uses the Olympus UES-40 Surgmaster generator and button va-po-resection electrode in patients affected by severe LUTs for BPH receiving therapy for high cardiovascular risk.

Materials and Methods: We present preliminary data related to 10 pts, affected by severe LUTS for BPH, no therapy responders, operated between June 2010 and May 2011, with a medium follow-up of 12 mo. (19-7 mo). The average age of the patients was 72 yrs (range 65-86 yrs). All of them presented significant cardiovascular co-morbidity (prior stroke or systemic embolism, coronary artery disease or peripheral vascular disease) and the interruption of antiplatelet therapy would have increased the risk of thromboembolism events.

6/10 pts had prior cardiac surgery, 2/10 had atrial fibrillation, and finally 2/10 had prior thrombosis diseases.

In this cohort, 4/10 pts were carriers of the catheters for prior UAR with previous unsuccessful attempts of catheter removal. Patient's evaluation at baseline included IPSS, QoL, maximum peak flow rate, post-voiding volume (PVR), prostate and adenoma dimension rate by TRUS. All pts underwent to standard endoscopic Button TURisV.

We evaluated Hgb rate value before and after surgery, operating time, catheter duration, transfusions rate, hospital stay and complications.

The post-operative follow-up examinations, were performed every 3 months and includes IPSS, QoL, urine culture, maximum peak flow rate and post-voiding residual volume.

Results: All pts have completed at least 7 mo. follow-up. We observed, a statistically significant increment of Qmax ($p < 0,001$) baseline, IPSS ($p < 0,01$) and QOL ($p < 0,01$). In all four pts with pre-operative bladder catheter, we assisted to revival of natural urination.

Mean post-surgical hospitalization and catheterization time were 36 and 12 hours respectively. Just in three cases, post surgical Hg value decreased more than 2 point but no pts were submitted to transfusions. We registered no cases of cardiovascular events peri and post-operative.

Early Adverse Events (EAs), in the first month, include dysuria, urgency, persisting haematuria and AUR with re-catheterization for clots in 1 case. We observed a single case of bladder neck contracture after 4 months, which required a second look endoscopic surgery.

Conclusions: In this preliminary study, the use of Button TUR-is Vaporization, also in pts with antiplatelet therapy for high risk of cardiovascular diseases, shows a significant improvement of Qmax and QoL, and induces significant reduction of PVR, IPSS. Furthermore AEs were the same as expected on general population.

C17

TRANSURETHRAL PROSTATE RESECTION MONOPOLAR VS PLASMAKINETICS GYRUS VS BIPOLAR TURIS SURGMASER SCALPEL: SINGLE CENTRE COMPARISON STUDY.

R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti

Division of Urology - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

Introduction: Transurethral resection of the prostate (TURP) is the current optimal therapy for the relief of bladder outflow obstruction, with subjective and objective success rate of 85 to 90%.

Aim of this study is to evaluate efficacy and safety of Bipolar TURis Scalpels versus Plasmakinetic energy ver-

sus standard monopolar transurethral resection of the prostate.

Materials and Methods: 320 consecutive patients, mean age 65.5 (48-83aa), with LUTS from BOO to BPE, no responders to drug therapies, were enrolled in our study to undergo surgical endoscopic treatment (TURP). The first 160 patients were enrolled before June 2010, and are part of a historical reference group, other 160 are part of our new experience with Bipolar Transurethral resection in saline (TURIS) using Surgmaster Scalpel from June 2010 until June 2011. All patients underwent standard TURP by a single surgeon: of those 80 with monopolar, 80 with Gyrus system and 160 with Bipolar TURIS with Surgmaster scalpel.

The preoperative investigation protocol included digital rectal examination, Prostatic specific antigen (PSA), International Prostate symptom Score (IPSS), quality of life (QOL), urinalysis with urine culture, uroflowmetry with post-voiding residual urinary volume (PVR) and transrectal ultrasonography assessing prostate volume. Before surgery we performed, in all patients, Hgb dosage, and we repeated it the day after surgery. Catheterization and hospitalization time and eventual transfusions were also registered. Post-operative evaluation included IPSS, IEFF-5, QOL, Uroflowmetry with assessment of PVR, PSA dosage, Hgb measurements; all of them repeated after one month and each 3 months for one year after surgery. After 3 months all the patients underwent TRUs.

Results: We observed, in all the patients, a statistically significant increment compared with Qmax and Qave baseline, IPSS and QOL, but not significant differences between energy sources used.

The mean post-surgical hospitalization and catheterization time were similar, 48 and 24 hours respectively; The results (Qmax, Qave, RPM, IPSS, IEFF-5, TRUS) significantly improved as functional outcome from the third month onward, remaining stable in the follow-up. In our experience, no death during peri or post-operative follow-up (meaning the 48 hours post TURP). We registered no statistically significant differences in blood loss for the 3 groups: 9 patients underwent post-surgical hemotransfusions. We needed to perform a "second look" in 11 patients (3,4%), without statistically differences in the three groups, 7 of them because of bladder neck contracture and 4 because of urethral stenosis.

Conclusions: Transurethral resection of the prostate (TURP) for Bladder Outlet Obstruction (BOO) caused by Benign Prostate Hypertrophy (BPE) is a technique, which showed, in our long time experience, no statistically differences in efficacy and safety aside from which energy we used.

C18

VAPORIZZAZIONE PROSTATICA CON GREENLIGHT HPS 120-W LASER VERSUS TURP: VALUTAZIONE RETROSPETTIVA DI DUE ANNI DI ATTIVITÀ DELLO STESSO CENTRO.

P. Guaitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea

Clinica Urologica

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Introduzione: Dal Marzo 2010 abbiamo acquisito il LASER Green Light HPS 120 Watt AMS. La fotoablazione LASER, pochi mesi dopo, è divenuta la procedura di scelta per il trattamento dell'ostruzione cervico uretrale nella nostra SOC.

Abbiamo confrontato età, durata di intervento, valori di emoglobina pre e postoperatori, tempo di cateterismo e giornate di degenza dei pazienti trattati con il Green LASER con gli stessi parametri dei pazienti sottoposti a TURP dal Marzo 2009 al Febbraio 2012.

Metodi: Negli anni esaminati abbiamo eseguito 191 fotoablazioni e 170 TURP.

Gli interventi LASER sono stati eseguiti da tre operatori certificati AMS mentre le TURP sono state eseguite dagli stessi tre operatori e da altri tre urologi utilizzando resettori monopolari.

I pazienti con PSA alterato o EDR sospetta da sottoporre a fotoablazione hanno eseguito biopsia consensualmente al trattamento.

Risultati: L'età media era di 70,7 aa. (range 41-95) per il gruppo del Green Laser e di 72,3 anni per il gruppo TURP (range 46-94).

Il tempo medio di fotoablazione è stato di 50' erogando mediamente 191984 Joule, contro i 30' della TURP. La variazione dell'emoglobina è stata di -0.8 grammi contro i -4,9 grammi della TURP.

Il catetere è stato tenuto per 16 ore per il Green Laser e per 80 ore (3.3 giorni) per le TURP.

L'ospedalizzazione media, incluso il giorno dell'intervento, è stata di 1,5 giorni per il GreenLight LASER contro i 5 giorni del gruppo TURP.

Non è mai stato necessario riportare in sala operatoria i pazienti del GreenLight per ricoagularli ecc.

Conclusioni: I gruppi di pazienti sono omogenei per età e con dimensioni prostatiche sovrapponibili.

La fotoablazione prostatica si è dimostrata sicura e completata l'apprendimento, sono state affrontate prostate voluminose (che hanno alzato la tempistica d'intervento).

La variazione dell'emoglobina è trascurabile per il GreenLight Laser mentre il calo dopo TURP di 4,9 grammi ha costretto talora a trasfondere.

La durata del cateterismo (16 ore) col GreenLight Laser è 5 volte minore del cateterismo delle TURP consentendo minori carichi assistenziali.

Negli ultimi 3 mesi abbiamo utilizzato l'upgrade del GreenLight Laser a 180 Watt che ci ha permesso una riduzione del 50% del tempo operatorio portandolo a circa 20' per prostate di medie dimensioni consentendo tempi sovrapponibili, se non minori, di quelli della TURP.

L'ospedalizzazione di 1,5 giorni del GreenLight Laser contro i 5 giorni della TURP è un altro punto di forza della macchina consentendo la realizzazione di una vera Day Surgery.

Può essere il momento di considerare il GreenLight il nuovo gold standard della chirurgia endoscopica prostatica.

C19

L'ACCURATEZZA DELLA CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA IN UNA COORTE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A CISTECTOMIA RADICALE.

V. Pagliaruloa, S. Albaa, F. Chiaradia^a, Arcangelo Venneri-Beccia, Maria Teresa Balducci^b, Arcangelo Pagliarulo^a

^a: Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO)

^b: Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia

Introduzione: La cistoscopia a fluorescenza (CF), in aggiunta alla cistoscopia standard (CS) può migliorare la diagnosi di lesioni vescicali quali il carcinoma in situ (Cis). Comunque, non è ben noto il tasso di fallimento della CF. Lo studio presente è stato progettato per valutare prospetticamente l'accuratezza della CF e il valore predittivo negativo (VPN) in una coorte di paziente sottoposti a cistectomia.

Materiali e metodi: A partire da Giugno 2009 sino a Luglio 2011, 78 pazienti sono stati sottoposti a cistectomia radicale nel nostro Dipartimento. Criteri di esclusione: TUR di stadiazione pre-cistectomia incompleta, malattia molto estesa (>1/3 della vescica). Alla fine, a 43 pazienti sono stati somministrati 50 ml di soluzione di Hexaminolevulinat (Hexvix®) 1 ora prima della cistoscopia. Se presenti, lesioni sospette alla CS e/o lesioni visibili con la luce blu, lontane dall'area della TUR iniziale, venivano biopsiate. In seguito alla cistectomia, tutte le aree di mucosa normale distante dall'area della prima biopsia o della TUR venivano approfonditamente analizzate in cerca di malattia residua, potendo così definire l'accuratezza della CS e della CF. Tutte le analisi sono state eseguite con software Epi Info 3.3.

Risultati: Complessivamente, una malattia residua (Cis o displasia di grado avanzato) è stata riscontrata in 21/43 casi (48,8%). Cis è stato riscontrato in 17 (39%). CS e CF hanno rilevato malattia residua in 8 (18%) e in 17 casi (39%); il Cis, invece, è stato ritrovato in 5

(11,6%) e in 15 (34,8%), rispettivamente. L'accuratezza della CS e della CF è stata rispettivamente del 25% e del 75%; il VPN è stato del 32% e del 81%.

Conclusioni: La ricerca approfondita di malattia residua in pazienti poi sottoposti a cistectomia radicale risulterà in alti tassi di Cis (39,5%). La CF è molto accurata, confrontata alla CS, nella diagnosi di malattia residua, sebbene una minoranza dei casi possa essere non diagnosticata.

C20

COMPLICANZE INATTESE IN ENDOUROLOGIA: ALCUNE SOLUZIONI ESTEMPORANEE

P. Guitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea

Clinica Urologica

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Introduzione: Molte procedure endoscopiche ed endourologiche nascono semplici ma possono complicarsi in corso d'opera.

E' allora che viene messa alla prova l'inventiva dell'endourologo, il suo bagaglio di esperienze e spesso anche la sua fortuna.

L'endoscopista lavora spesso solo e non è frequente lo scambio ed il confronto di esperienze dell'attività quotidiana se non episodicamente.

L'endourologia però è continuamente aperta a variazioni (fauste od infauste) che rendono ogni procedura diversa dalle precedenti lasciando un grande spazio alla creatività e mantenendola "challenging" ed affascinante.

Metodi: Sono illustrate situazioni insolite ed alcune delle soluzioni tecniche attuate risolverle portando così a termine le procedure programmate.

Sono stati usati gli strumenti endoscopici rigidi e flessibili, il LASER e l'armamentario dell'endoscopia urologica.

Illustriamo alcuni incidenti di percorso e le procedure attuate per uscirne in caso di JJ ritenuti o incrostatati, risaliti in uretere, rotti, dislocati e alcune soluzioni a complicanze inattese o imprevedibili.

Tutte, situazioni contingenti nelle quali non potevano essere seguite le vie ortodosse.

Conclusioni: Riteniamo che la trasmissione di "trucchi del mestiere" sia uno dei primi compiti istituzionali della nostra Società e la comunicazione delle capacità acquisite agevola la progressione e lo sviluppo professionale di noi tutti.

Venerdì 30 Marzo

COMUNICAZIONI

Sala Re Enzo - 30 Marzo 2012 - 14.00-15.00

C21

A PROSPECTIVE SINGLE CENTRE STUDY: SAFETY AND EFFICACY OF TURIS PLASMA VAPORIZATION (TURIS-V) FOR THE TREATMENT OF CLINICAL OBSTRUCTING BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA.

R. Giulianelli, L. Albanesi, F. Attisani, S. Brunori, B. C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti

Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy

Introduction: The morbidity of transurethral resection of the prostate necessitates constant attempts of modifications of standard equipment and technique.

Recently the TURIS-plasma vaporization (TURIS-V) technique, which uses the Olympus UES-40 Surgmaster generator and 'button' va-po-resection electrode, was introduced in clinical practice. We evaluated our results with Button TURIS V for the treatment of bladder outlet obstruction (BOO) due to benign prostatic hyperplasia (BPH).

Materials and methods: Between June 2010 and June 2011, 2 different urologists, performed 44 Trans Urethral Prostate Resections in saline using Olympus Button Electrode for the treatment of BOO due to BPH. 10 of them presented significant cardiovascular comorbidity (prior stroke or systemic embolism, coronary artery disease or peripheral vascular disease) and did not interrupt antiplatelet therapy. The average age of the patients was 69 yrs (range 52-86 yrs) and medium follow-up 10 months.

The preoperative investigation protocol included digital rectal examination, Prostatic Specific Antigen (PSA), International Prostate symptom Score (IPSS), Quality of Life (QOL), urinalysis with urine culture, uroflowmetry with post-voiding residual urinary volume (PVR) and transrectal ultrasonography assessing prostate volume. Before surgery we performed Hbg dosage and we repeat it the day after. Catheter duration, hospital stay and eventual transfusions were also valued.

The patients were evaluated every 3 months after surgery using PSA, HB dosage, IPSS, QOL, urinalysis with urine culture, uroflowmetry with PVR and after 6 and 9 months by TRUS we assessed residual prostate volume. All the patients showing during follow-up a reduction of Qmax (< 15 ml/sec) or an increasing of IPSS or RPM (>50 ml), underwent an endoscopic second look.

Results: All patients have completed at least 6 months follow-up.

In the table are summarized our results.

	BASELINE	3 MONTH	6 MONTH	9 MONTH	12 MONTH
IPSS	23 +/- 5,7	8,5 +/- 5,6	6,2 +/- 4,5	7,1 +/- 5,2	6,7 +/- 5,5
QOL	4,4 +/- 1,1	1,6 +/- 1,4	1,5 +/- 1,2	1,3 +/- 1,2	1,2 +/- 1,1
IEFF-5	12 +/- 3,0	16 +/- 3,0	16 +/- 3,0	16 +/- 3,0	16 +/- 3,0
Qmax (ml)	4,7 +/- 3,4	21,0 +/- 8,5	20,4 +/- 8,0	20,1 +/- 8,9	19,9 +/- 8,8
PVR (ml)	112 +/- 119	35 +/- 15	15 +/- 5	15 +/- 5	15 +/- 5
Prostate (gr)	38,9 +/- 15,1		14 +/- 4,6		14 +/- 3,8
PSA (ng/ml)	2,6 +/- 1,7	0,7 +/- 0,5	0,5 +/- 0,4	0,5 +/- 0,3	0,5 +/- 0,3

The average weight of tissue resected was 25 gr. The mean operating time was 38 minutes, the median catheterization time was 24 hours and the mean hospital stay was 36 hours. Mean bleeding loss were 0,8 gr/dl. No death during peri or post-operative follow-up.

Early Adverse Events (EAs) include dysuria in 22,7% (10pz), urgency in 18,18% (8pz), haematuria in 11,3% (5pz) and AUR with re-catheterization for clots in 13,63% (6pz).

Conclusions: The endoscopic plasma vapo-resection of the prostate in saline (TURis V) using Olympus Button electrode for Bladder Outlet Obstruction (BOO) caused by Benign Prostate Hypertrophy (BPH) is a safe technique showing optimal outcomes.

C22

EMATOMA RENALE SOTTOCAPSULARE: UNA COMPLICANZA RARA DELL'URETERORENOSCOPIA

M. Grande, G. Pozzoli, M. Larosa, F. Facchini, M. Leone, A. Frattini

U.O.C. di Urologia – Ospedale di Guastalla (RE)

Introduzione: L'ematoma renale sottocapsulare è correlato ai traumi renali, rappresenta una complicanza nota di litotrixxia extracorporea ad onde d'urto e procedure angiografiche renali e può avere un'insorgenza anche spontanea in pazienti con neoplasie, malformazioni vascolari oppure in terapia anticoagulante. Rarissimi casi di ematoma renale sottocapsulare in conseguenza di una procedura ureterorenoscopica o di RIRS (retrograde intra-renal surgery) sono stati riportati in letteratura.

Materiali e Metodi: Unitamente ad una revisione della letteratura, descriviamo la nostra esperienza relativa al caso clinico di una paziente obesa affetta da litiasi pellica renale sin di 25 mm parzialmente ostruente. L'habitus della paziente con elevato BMI ha fatto propendere per un approccio retrogrado alla calcolosi, con iniziale impiego dell'ureterorenoscopia semirigida

per la trissia laser e successivo completamento della stessa tramite posizionamento di guaina ureterale ed utilizzo di ureterorenoscopia flessibile. Nel postoperatorio viene documentata come complicanza, la comparsa di ematoma renale sottocapsulare di 6.5 x 9 cm. Anche se differenti opzioni terapeutiche vengono menzionate in letteratura a seconda della severità dell'ematoma, l'atteggiamento conservativo, osservato nel caso clinico descritto, rappresenta la strategia di prima linea nella gestione dell'ematoma renale

sottocapsulare in pazienti emodinamicamente stabili

Risultati/Conclusioni: Nel nostro caso, l'iniziale impiego di un ureterorenoscopia semirigida in assenza di guaina ureterale ed un tempo operatorio prolungato potrebbero aver rappresentato dei fattori di rischio per lo sviluppo di pressioni intrarenali eccessive, in grado di determinare la rottura di un fornice caliceale ed un conseguente ematoma renale sottocapsulare. Nel corso di ureterorenoscopia e/o RIRS è auspicabile evitare, specie tramite l'ausilio di guaine ureterali, lo sviluppo di pressioni intrarenali elevate, allo scopo di prevenire le possibili complicanze ad esse correlate.

Key words: ematoma renale sottocapsulare, ureterorenoscopia, RIRS, complicanze.

C23

NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (PCNL) IN POSIZIONE SUPINA: NOSTRA ESPERIENZA DOPO 80 CASI.

G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, E. De Fortuna, V. Tripodi, A. Quaranta, F. Attanasi e L. Salzano

Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Unità Operativa Complessa di Urologia – A.O.R.N. "Rummo" – Benevento – Direttore: L. Salzano

La PCNL è da sempre stata eseguita, fin dalle prime procedure, in posizione prona. Tale posizione comporta alcuni svantaggi come la necessità intraoperatoria di variazione del decubito e gli effetti negativi sulla meccanica respiratoria e sull'emodinamica

La posizione supina presenta numerosi benefici in termini di sicurezza, efficacia e versatilità mantenendo immutati i rischi di complicanze vascolari o intestinali. Presso la ns Divisione abbiamo trattato dall'ottobre 2008 a dicembre 2011 consecutivamente 80 pazienti con PCNL in posizione supina. In pratica tutti i pazienti con calcolosi renale che sono stati sottoposti a PCNL sono stati trattati in posizione supina.

L'età media è stata di 56 anni con rapporto femmine/

maschi di 1,8. La procedura è stata eseguita a destra in 44 casi a sinistra in 36. In 25 casi si trattava di calcoli pelvici, in 21 casi di calcoli caliciali, in 23 casi si trattava di calcoli pielocaliciali e in 11 casi erano calcoli a stampo completo.

La tecnica è stata identica a quella adottata in posizione prona. Inserimento di un catetere ureterale 5-6 ch. Quindi si mette in posizione il paziente sollevando il dorso e il sacro e controlateralizzando l'arto superiore sul torace. A questo punto la tecnica è la medesima con puntura fluoro ed eco guidata e creazione, con dilatazione "rapida" del tramite nefrostomico; introduzione di Nefroscopio e litotrissia con ultrasuoni; estrazione con pinza dei frammenti maggiori; al termine drenaggio nefrostomico (di solito Foley 20 ch) lasciando in sede il cateterino ureterale precedentemente posizionato.

I risultati sono stati, esecuzione del tramite in tutti i casi, 85% di stone free, nessuna complicanza intraoperatorie né chirurgiche (lesioni coliche o vascolari) né anestesologiche.

Abbiamo notato nella nostra esperienza che la posizione supina è risultata altrettanto efficace nella risoluzione della calcolosi renale con un evidente maggiore comfort per il paziente, per l'anestesista e, dopo le prime procedure di familiarizzazione, anche dell'urologo con notevole riduzione inoltre dei tempi operatori.

La Pcnl in posizione supina presenta una efficacia analoga alla Pcnl in posizione prona ma con notevole comfort per il paziente, l'anestesista e l'urologo.

C24

ENDOSCOPIC COMBINED INTRA-RENAL SURGERY (ECIRS): E' NECESSARIA LA POSIZIONE SUPINA MODIFICATA GALDAKAO?

L. Cormio, A. Perrone, G. Di Fino, S. Pentimone, P. Annese, M. De Siatì, O. Selvaggio, R. Di Brina, V. Ariano, G. Carrieri.

Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene, Università di Foggia.

Introduzione: La nefrolitotrissia percutanea (PCNL) in posizione supina, oltre ad avere innegabili vantaggi anestesologici, consente di eseguire con semplicità il simultaneo accesso ureteroscopico alle cavità renali, definito endoscopic combined intra-renal surgery (ECIRS). Galdakao ha suggerito di eseguire la ECIRS in posizione litotomica modificata al fine di un agevole utilizzo dell'ureteroscopia rigida. Tale posizione, tuttavia, può esporre ai potenziali rischi di una posizione litotomica prolungata e risulta talora poco ergonomica. Scopo di questo studio è stato valutare efficacia e sicurezza della ECIRS in posizione supina standard o

modificata Galdakao.

Materiali e Metodi: Dal 2009 al 2012 abbiamo eseguito 56 ECIRS, 28 in posizione supina standard (gruppo 1) e 28 in posizione modificata Galdakao (gruppo 2). Nel gruppo 1, si utilizzava un cistoscopia flessibile per posizionare dapprima un filo guida e poi un mono-J 7Ch nelle cavità renali affette; dopo puntura percutanea della cavità renali e posizionamento di camicia di Amplatz, si sostituiva il mono-J con l'ureteroscopia flessibile. Nel gruppo 2, invece, l'accesso alle cavità renali affette avveniva direttamente con l'ureteroscopia rigida e lo si sostituiva con il flessibile solo al bisogno.

Risultati

	Gruppo 1 (28 pts) G	Gruppo 2 (28 pts)	p-value
Età media (anni)	47,5	1,5	n.s.
BMI medio	26	25	n.s.
Calcolo singolo (%)	32,2%	17,8%	n.s.
Calcoli multipli (%)	46,4%	50,1%	
Dimensioni medie (mm)	25,7	26,7	
Calcolo a stampo (%)	21,4%	32,1%	
Durata media intervento (min)	97,5	113	n.s.
Degenza media postoperatoria (gg)	4	4,1	n.s.
Complicanze	Fistola 3 → foley 1 → stent 2 Ematoma perirenale 1 Idronefrosi 1 → urs	Fistola 3 → foley 1 → stent 2 Ematoma perirenale 2 Vers. pleurico 1 → dren	n.s.
Stone-free (%)	71,4	67,8	n.s.

Conclusioni: L'esperienza riportata suggerisce che non vi sono differenze significative tra la posizione supina standard e quella modificata Galdakao nell'esecuzione dell'ECIRS.

C25

TRATTAMENTO URETEROSCOPICO DELLE NEOPLASIE UROTELIALI DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE: LA NOSTRA ESPERIENZA

C. Di Palma¹, R. Balsamo¹, A. Izzo¹, C. Quattrone¹, D. Sorrentino¹, M. De Sio¹.

¹ *Clinica Urologica, Seconda Università degli Studi di Napoli.*

Scopo del lavoro: La nefroureterectomia è il trattamento d'elezione delle neoplasie uroteliali della pelvi renale e dell'uretere ma, in casi selezionati (indicazioni imperative: pazienti monorene anatomico o funzionale, insufficienza renale, comorbilità o alto rischio chirurgico; indicazioni elettive: tumori di dimensioni <1,5 cm, di basso grado, non infiltranti), una valida opzione è rappresentata dall'approccio ureteroscopico.

In questo studio viene riportata la nostra esperienza nel trattamento ureteroscopico delle neoplasie uroteliali dell'alta via escrettrice.

Materiali e metodi: Dal 1999 al 2011, 24 pazienti (14

maschi e 10 femmine) con neoplasia uroteliale dell'alta via escrettrice, di età media di 62 anni (range 42-76 anni), sono stati sottoposti a trattamento endourologico conservativo; 13 con indicazioni elettive, 11 con indicazioni imperative. Di questi ultimi, 8 sono stati sottoposti a intervento con intento terapeutico e 3, a causa delle condizioni generali scadute e dell'elevato rischio operatorio (IV-III classe ASA), sono stati sottoposti ad intervento con intento palliativo. Il tumore era localizzato nella pelvi renale in 13 pazienti e nell'uretere nei restanti 11. In 7 pazienti vi era la contemporanea presenza di un tumore vescicale. I pazienti sono stati sottoposti ad un follow-up medio di 42 mesi.

Risultati: I risultati sono schematizzati nella seguente tabella:

Indicazioni	Elettive	Imperative terapeutiche	Indicative palliative
Pazienti (N°)	13	8	3
Recidive locali	5 (38%)	2 (25%)	
Recidive vescicali	6 (46%)	3 (38%)	
Mortalità Globale	1 (8%)	3 (38%)	3 (100%)
Mortalità cancro-specifica	0	1 (13%)	3 (100%)
Nefroureterectomia		1 (13%)	

Nel corso del follow-up sono stati riscontrati 8 tumori vescicali metacroni. Lo stadio anatomopatologico è risultato essere in 6 casi pTa, in 4 casi pT1, in 11 casi indeterminato per inadeguatezza del campione istologico e in 3 casi infiltrante. In accordo alla classificazione del grading WHO del 1973, 8 erano tumori di grado 1, 7 di grado 2 e in 6 casi il grado era indeterminato. **Discussione:** L'approccio endourologico considerato "the therapeutic frontier" fino al 1982, oggi, con strumenti ulteriormente perfezionati e con l'avvento di nuove tecniche, ha sicuramente ampliato la sua applicazione. La nostra esperienza a tal proposito tenuta in considerazione la sopravvivenza globale, la sopravvivenza cancro-specifica e il tasso di recidiva, anche se con una modesta casistica, è stata indubbiamente positiva, probabilmente perché riservata a neoplasie piccole, unifocali e di basso grado.

C26

ESPERIENZA PRELIMINARE NEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA CALCOLOSI RENO-URETERALE NEL PAZIENTE PEDIATRICO

F. Fidanza, C. Di Pietro C, C. De Carne, E. Martorana, P. Ceccarelli, S. Micali, S. De Stefani, G. Bianchi

Cattedra di urologia Università di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: Riportiamo la nostra esperienza preliminare nel trattamento della calcolosi reno-ureterale nel paziente pediatrico mediante la chirurgia endoscopica e l' ESWL.

Materiali e Metodi: Dal giugno 2007 al Febbraio 2012 presso il nostro centro si è proceduto all'esecuzione di 7 PCNL, 3 URS + ELT, ed 22 trattamenti di ESWL in pazienti pediatrici.

L'età media dei pazienti trattati con le manovre endoscopiche è di 9 anni (8 mesi - 14 anni)

L'indicazione alle 6 PCNL è stata la presenza di calcolosi pelvica del diametro di circa 2 cm condizionante in tutti i casi idronefrosi.

La PCNL è stata eseguita con un unico accesso attraverso un calice inferiore eseguito con ago 18 G, mediante duplice guida, sia ecografica che fluoroscopica e previa protezione mediante telini piombati delle gonadi. Il paziente più piccolo trattato con PCNL aveva 8 mesi di vita.

La litotrixxia del calcolo è stata eseguita mediante nefoscopia storz 12 ch in un caso, 20 Ch nei rimanenti casi, per la frammentazione dei calcoli si è avvalsi di sonde sia balistiche (lithoclast) che laser (Holmio).

In media le procedure chirurgiche sono durate complessivamente 180 minuti, non si sono registrate complicanze sia anestesologiche che chirurgiche nel pre-intraoperatorio. Il decorso postoperatorio è stato regolare, la degenza media è stata di 5 giorni, in 3°-4° giornata si è eseguita la transpielografia senza evidenza di spandimenti né frammenti litiasici indovati nell' uretere. In un caso si è riscontrato la migrazione di un frammento litiasico in un calice superiore successivamente trattato con ESWL, in un secondo caso invece si sono riscontrati minutissimi frammenti litiasici residui nei calici inferiori, ma visto l'esigua grandezza si è deciso di non trattarli al momento.

Nel caso del bimbo di 8 mesi la PCNL non è stata risolutiva pertanto si è deciso di eseguire una urs+ elt di completamento in attesa di esecuzione.

Una delle 7 PCNL è stata eseguita su un rene in esiti di eminefrectomia superiore per la presenza di un doppio distretto renale con l' emirene superiore non funzionante, pertanto la manovra endoscopica ha richiesto una attenzione particolare per quanto riguarda sia l'accesso che le manovre chirurgiche.

Nell' ottobre 2009 invece abbiamo eseguito la prima ureterorenoscopia pediatrica presso il policlinico di Modena. Si trattava di una bambina di 4 anni con un calcolo di circa 8 mm indovato a 1,5 cm dal meato ureterale . Mediante ureteroscopio 6/8 Ch si è eseguita l'ureterosopia e mediante sonda laser (Holmio)

si è proceduto alla polverizzazione del calcolo ed al successivo posizionamento di uno stent ureterale rimosso dopo 15 giorni. Successivamente sono state effettuate altre due URS, in una non si è riscontrato alcun calcolo precedentemente diagnosticato ecograficamente, in un'altra si è eseguita litotrixxia mediante sonda laser di un calcolo ureterale di circa 1 cm con sua completa polverizzazione.

Per il trattamento della calcolosi pediatrica presso il nostro centro ci serviamo anche dell' ESWL

Dal 2005 al 2012 sono stati trattati circa 22 pazienti con una età media di 16 anni (2- 18 anni), le calcolosi trattate erano sia caliceali che ureterali, il puntamento è stato eseguito quasi esclusivamente per via ecografica ed al follow-up risultavano stone-free più del 75% dei pazienti trattati. Durante il trattamento non si sono registrate complicanze ed in due casi il trattamento è stato eseguito in collaborazione con i colleghi anestesisti che hanno provveduto ad una blanda sedazione di due bambini per rendere meno difficoltosa e più sicura la manovra.

Conclusioni: La nostra esperienza preliminare nel trattamento della calcolosi nel paziente pediatrico ci suggerisce che l'approccio combinato endoscopico più ESWL ottiene ottimi risultati con il vantaggio che tali metodiche sono mini-invasive e psicologicamente poco traumatiche per il bambino .

Si rende necessaria tuttavia un'opportuna esperienza per la realizzazione di tali manovre endourologiche. Per tali patologie e per tali trattamenti, è altamente suggerita la concentrazione sia dello strumentario che dell'esperienza clinica in Centri di 3° livello appositamente dedicati.

COMUNICAZIONI

Sala Federico II - 30 Marzo 2012 - 14.00-15.00

C27

APPROCCIO COMBINATO ENDOSCOPICO E LAPAROSCOPICO PER LA RISOLUZIONE DI TRE CASI DI CALCOLOSI COMPLESSA

S. Giona, F. Peraldo, F. Soria, A. Gurioli, M. Oderda, P. Piana, P. Gontero.

Università degli studi di Torino, Divisione di Urologia-1, Ospedale Molinette, Torino.

Introduzione: Il trattamento della calcolosi complessa è attualmente oggetto di dibattito; non esiste infatti un'opzione terapeutica standard poiché spesso la rimozione del calcolo richiede numerosi e multipli interventi. La letteratura odierna considera l'approccio laparoscopico una valida alternativa al trattamento open, in partico-

lar modo quando sussistono alcune condizioni quali la presenza di calcolosi complessa, il fallimento dei precedenti approcci endourologici o di ESWL e la presenza di anomalie anatomiche. Abbinando a questa tecnica un approccio endoscopico con ureteroscopia flessibile si potrebbe ottimizzare la capacità di clearance di calcoli complessi.

Materiali e Metodi: Presentiamo tre casi di calcolosi complessa trattati mediante approccio combinato endoscopico e laparoscopico. Il primo caso riguarda una paziente di 49 che, in seguito a numerosi episodi di colica renale, ha eseguito una ETG AC che documentava la presenza di una calcolosi a stampo a livello del rene destro. Si è pertanto deciso di sottoporre la paziente ad un intervento combinato di pielolitomia laparoscopica e contestuale URS. Il secondo caso è inerente ad un paziente di 64 anni con diagnosi ecografica di calcolosi renale a stampo bilaterale con marcata idronefrosi. Si è pertanto deciso di trattare il paziente in due tempi. Nella prima fase è stata effettuata una URS flessibile sx con conseguente posizionamento di JJ. A distanza di un mese si è provveduto a rimuovere il calcolo dal rene destro mediante una pielolitomia laparoscopica dx ed una contestuale URS flessibile. L'ultimo caso riguarda un paziente di 75 anni con storia di calcolosi renale, già sottoposto a nefrolitomia con esiti infruttuosi. Alla RMN renale si evidenziava una marcata dilatazione del bacinetto renale e dell'uretere prossimale sx sostenuta da un calcolo di 11x28 mm. Si sottoponeva quindi il paziente a pielolitomia laparoscopica sx con contemporanea URS e posizionamento di stent ureterale.

Risultati: Gli interventi effettuati sono stati in grado di bonificare gran parte della massa calcolotica con calcolosi residua minima. L'utilizzo dell'ureteroscopia flessibile tran-trocar o endoureterale è risultato complesso nel corso di pielotomia laparoscopica. Il decorso dei pazienti è stato caratterizzato da comparsa di fistola in 2/3 casi che hanno reso necessario il posizionamento di pielostomia.

Conclusioni: L'approccio combinato laparoscopico ed endoscopico può essere considerato una valida alternativa terapeutica alla chirurgia open in caso di calcolosi complessa, rappresentando un importante primo passo nell'iter terapeutico.

C28

DOUBLE SYNCHRONOUS LAPAROSCOPIC SURGERIES: IS MINIMALLY INVASIVENESS MAINTAINED? THREE CASES

M. Oderda, S. Giona, F. Peraldo, F. Soria, A. Gurioli, L. Repetto, P. Gontero.

University of Turin, Department of Urology-1, A.O.U. San Giovanni Battista, Turin, Italy.

Introduction: we present our experience of combined laparoscopic procedures to treat two synchronous pathologies at the same time. We describe two cases of combined laparoscopic nephrectomy and cholecystectomy and one case of laparoscopic cholecystectomy and radical prostatectomy.

Objective: the adoption of a laparoscopic approach has permitted the performance of concurrent minimally invasive surgeries with several benefits to the patients.

Tools and methods: the first case involves a 70-yrs man diagnosed with left kidney cancer and lithiasic coledochitis, who underwent laparoscopic radical nephrectomy and cholecystectomy. In the second case we describe a combined laparoscopic simple nephrectomy and cholecystectomy performed in a 34-yrs man with non-functioning left kidney and cholelithiasis. In both surgeries, a transperitoneal approach was chosen, in order to potentially reuse the port sites during the various stages of the procedure. The last case shows a 62-yrs man with prostate cancer (Gleason 6 cT2a) and cholelithiasis treated with a transperitoneal laparoscopic cholecystectomy followed by suprapubic radical prostatectomy with nerve sparing approach;

Results: all the procedures were successfully performed with acceptable operative time and without intraoperative complications. The surgical postoperative course of all three patients was unremarkable. The first patient well tolerated this combined approach, notwithstanding his multiple comorbidities that probably would not have allowed two surgical procedures carried out in separate sessions. He needed a postoperative stay in ICU in order to monitor his general conditions but otherwise did not experience complications. The second and the third patients' postoperative course was completely uneventful with prompt recovery.

Discussion and conclusions: laparoscopic combined surgery offers a minimal invasive approach to treat concurrent pathologies, avoiding the morbidity associated with multiple operations and eliminating the time and convalescence associated with a second procedure. The possibility of using some of the trocar sites and the same extraction site for multiple procedures further reduces the additional morbidity compared to one surgery alone. However, the patients must be able to tolerate general anesthesia for a longer amount of time and face the risks of complications of a prolonged surgery.

C29

LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE UPPER URINARY TRACT SURGERY: STANDARDIZED ASSESSMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AND ANALYSIS OF RISK FACTORS

F. Greco^a, L. Cindolo^b, R. Autorinoc, S. Micalid, R. J. Steinc, G. Bianchid, C. Fanizzae, L. Schips^b,

P. Fornaraa, J. Kaoukc

^aDepartment of Urology and renal transplantation, Martin-Luther-University, Halle/Saale, Germany

^bDepartment of Urology, "S. Pio da Pietrelcina" Hospital, Vasto (CH), Italy

^cDepartment of Urology, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, USA

^dDepartment of Urology, University of Modena, Italy

^eDepartment of Clinical Pharmacology and Epidemiology, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Italy

Background: Laparoendoscopic single-site surgery (LESS) has been developed in an attempt to minimize the morbidity and scarring associated with surgical intervention.

Objective: To evaluate the incidence of and the risk factors for complications in patients undergoing laparoendoscopic single-site upper urinary tract surgery.

Design, setting, and participants: Between September 2007 and February 2011, 192 consecutive patients underwent LESS for upper urinary tract diseases at four institutions.

Measurements: All complications occurring at any time after surgery were captured including the inpatient stay as well as in the outpatient setting. They were classified as early (onset: <30d), intermediate (onset: 31–90d), or late (onset: >90 d) complications, depending on the date of onset. All complications were graded according to the modified Clavien classification.

Results and limitations: Patient population was generally young (mean age 55±18 years), non obese (mean BMI of 26.5±4.8kg/m²) and healthy (mean preoperative ASA score 2±1). Forty six patients had a prior abdominal surgery. Mean operative time was 164±63 min with a mean EBL of 147 ±221 ml. In 77 cases (40%) the surgeons required additional ports, with a standard laparoscopy conversion rate of 6%. Mean hospital stay resulted to be 3.3±2.3 days and the mean VAS at discharge was 1.7±1.43. Thirty three complications were recorded: 30 early, 2 intermediate and 1 late, for an overall complication rate of 17%. Statistically significant associations were noted between the occurrence of a complication and age, ASA score, EBL, LOS, and malignant disease at pathology. Univariable and the multivariable analyses showed that a higher ASA score (IRR 1.4, CI 1.0-2.1 p=0,034) and malignant disease at pathology (IRR 2.5, CI 1.3-4.7 p=0,039) represented risk factor for complications. Poisson regression analysis over time showed a 23% non statistically significant reduction in risk of complications every year (IRR 0.77, CI 0.5-1.19 p=0.242).

Conclusions: Malignant disease at pathology and high

ASA-score represent a predictive factor for complication after LESS for upper urinary tract surgery. Thus, surgeons approaching LESS should start with beni

C30 NEPHRON SPARING LESS: TECHNIQUE AND REVIEW OF THE CURRENT LITERATURE

L. Cindolo¹, F. Greco², F. Berardinelli¹, Fabio Neri¹, Luigi Schips¹

¹ Urology Unit, "S. Pio da Pietrelcina" Hospital, Vasto (CH), Italy;

² Department of Urology and renal transplantation, Martin-Luther-University, Halle Saale, Germany

Background: Nephron-sparing surgery (NSS) ensures excellent oncological and functional outcomes in treating small renal masses. Laparo-Endoscopic-Single-Site Surgery (LESS) is one of the major advances in the evolution of minimally invasive surgery.

Materials and methods. A prospective evaluation of patients underwent LESS NSS at our institutions for a solitary, exophytic, enhancing, small (≤ 4.0 cm) renal masses and normal contralateral kidney was done. Perioperative, pathological, hematological data together with a subjective evaluation of the pain (VAS) and the scars were collected.

A comprehensive electronic literature search was conducted in May 2011 using the Medline database to identify all publications relating to LESS NSS.

Results and Limitations: In our center 14 patients were operated by a LESS unclamp NSS and 6 patients by a clamp LESS NSS (mean operative time: 125min and 137.4 min; mean blood loss: 207 ml and 113 ml). The mean warm ischemia time in the LESS clamped NSS was 11.1 ± 2.4 min using an early unclamped technique. Neither conversion to open surgery nor transfusions occurred. Three patients required conversion to standard laparoscopy (better tumor exposure, 1 case; better control of bleeding, 2 cases). Postoperatively, we recorded 1 Clavien II (acute gastritis), 1 Clavien IIIa (urinary fistula after NSS) and 1 Clavien IV (cerebral stroke) complications. Pathology revealed 13 T1a clear cell carcinoma, 4 complex renal cysts, 2 oncocytoma and 1 angiomyolipoma (surgical margin positive). With a minimal postoperative pain (VAP: 1.8 in POD1 2.3) the patients were discharged after 4.4days without variation in eGFR. No local or distant progression was detected. The evidence of the literature confirmed that the LESS NSS can safely and effectively be performed in a variety of urologic settings and represent one of the major interests among the LESS procedures. Although, the quality of evidence of all available studies remains low, mostly being small case series or case control studies from selected centers.

Conclusions. LESS NSS in selected renal masses is feasible, provides postoperative outcomes overlapping the standard counterpart and ensures subjective satisfaction. A more extensive surgical experience and a prolonged follow-up are necessary to point out the role of this technique.

C31 NOTES RADICAL PROSTATECTOMY: PRELIMINARY EX-VIVO EXPERIENCE

S. Micali, B. Duty*, G. Isgrò, M. Rosa, E. Martorana, L. R. Kavoussi*, G. Bianchi

Department of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

*Arthur Smith Institute for Urology, North Shore-Long Island Jewish Health System, New Hyde Park, NY 06883, USA

Introduction: Recently natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) has been evaluated also for Urological surgery.

Purpose: Present our preliminary experience of NOTES radical prostatectomy.

Material and Methods: In April 2011 five NOTES radical prostatectomy were performed. Corpses were placed in lithotomic position. Equipment used consisted of: 22 ch cystoscopes (Karl Storz Endoskope), 7 ch stabilizing catheter (Cook Medical Inc.), 100 W Revolix Thulium laser (Dimed, LISA laser products). Urethrovesical anastomosis was performed using a 27 ch nephroscope with 5 mm working channel and SR5 suture device (LSI Solutions). Prostatic dissection started at 7 o'clock and carried out until the prostatic apex, the periprostatic fat and the levator ani muscle fibres were visualized, the dissection is continued from 7 to 11 o'clock. The left lobe of the prostate is dissected starting at 5 o'clock in an anticlockwise fashion. After seminal vesicles dissection from the posterior wall of the bladder, the remnants attachment between prostate and bladder neck were

resected and the specimen was pushed into the bladder. Urethrovesical anastomosis was performed using four 2-0 poligecaprone interrupted sutures with extracorporeal knots that were seated using a knot pusher.

Results: Mean operative time was 184 ± 78 minutes; pathological examination demonstrated showed a radical excision of the gland though assessment of the neurovascular bundles was not possible.

Conclusion: NOTES radical prostatectomy is technically feasible in an ex vivo model. Clinical application of this technique is subject to careful patient selection.

C32

PLASTICA DEL GIUNTO PIELO-URETERALE ROBOT ASSISTITA. NOSTRA ESPERIENZA

G. Bianchi, F. Fidanza, C. De Carne, A. Zordani, A. D'Andrea, S. Micali, S. De Stefani.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Introduzione: La Pieloplastica Laparoscopica ha suscitato un discreto interesse quale approccio

mini-invasivo per la ricostruzione del Giunto Pielo- Ureterale (GPU), tuttavia i limiti tecnici e di movimento della laparoscopia, non sempre permettono l'esecuzione di suture precise e di una corretta esecuzione della tecnica di Anderson-Hynes. L'introduzione del sistema robotico "da Vinci" permette di superare i limiti di movimento della laparoscopia e permette l'esecuzione di un'accurata ricostruzione del GPU. Riportiamo la nostra esperienza e casistica.

Materiali e Metodi: Da Febbraio 2008 a Febbraio 2012 abbiamo eseguito 20 R-PUP secondo

Anderson-Hynes, di cui una su recidiva a pieloplastica Y-V laparoscopica (14 dx; 6 sin). Il primo caso è stato eseguito dopo 3 mesi e 10 casi di esperienza nella prostatectomia radicale robot assistita.

I pazienti sono posti in posizione lombotomica. Il trocar ottico viene posizionato in

sede ombelicale o paraombelicale sulla linea pararettale destra o sinistra a seconda del lato. Due trocar robotici vengono posizionati, a livello della linea mammaria, in sede sottocostale e fossa iliaca dx o sn. Due trocar da 5 mm sono posizionati a destra o sinistra dell'ottica per l'aiuto. Il sistema robotico viene avvicinato dal dorso del paziente con direzione cranio-caudale di circa 30° con l'asse longitudinale del paziente. La tecnica prevede un'accesso transperitoneale; minima mobilizzazione del colon; minimo isolamento della pelvi renale e dell'uretere sottogiuntale; Sezione della GPU; riduzione della pelvi ridondante se necessario; anastomosi pieloureterale con due suture emicontinue in monofilamento 4/0; posizionamento anterogrado di stent ureterale doppio J. Un drenaggio viene lasciato in sede.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato pari a 172 min (Range 90-250; DS 85,5). Il sanguinamento intraoperatorio stimato è stato inferiore a 50 cc in tutti i casi. In un solo caso si è stata necessaria la conversione a cielo aperto per la presenza di una variante anatomica renale. Il catetere vescicale è stato rimosso in 2° gg ed il drenaggio il giorno seguente in tutti i casi. Tutte le pazienti sono state dimesse in 3° giornata postoperatoria con double J in sede rimosso a 30 gg. Ad un follow-

up medio di 23.1 mesi (range 1- 48) abbiamo assistito ad un unico caso di recidiva della stenosi che abbiamo sottoposto successivamente a re intervento con tecnica a cielo aperto. In un caso invece abbiamo assistito a sposizione dello stent ureterale in 2^ giornata, per cui è stato necessario riposizionare lo stent per via retrograda. Il successivo decorso post operatorio e di follow-up è stato regolare. Nei restanti casi il follow-up eseguito tramite ecografia, urografia e.v e scintigrafia mostrano un buon risultato morfologico e funzionale.

Conclusioni: I sette gradi di libertà del sistema Endowrist del sistema da Vinci e la magnificazione

di immagine permettono di eseguire un'accurata ricostruzione del giunto pieloureterale con una dissezione di minima entità che riduce la devascularizzazione delle strutture. Il chirurgo diventa perfettamente ambidestro e riesce ad eseguire un'anastomosi pieloureterale perfettamente a tenuta.

C33

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA 3D DI QUARTA GENERAZIONE: RISULTATI PRELIMINARI.

P. Bove, F. De Carlo, E. Finazzi Agrò, V. Iacovelli, R. Miano, G. Vespasiani

Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Introduzione: Questo è il primo studio pilota prospettico che compara la procedura di prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale effettuata usando un sistema tradizionale di visione bidimensionale (2D), con la stessa procedura eseguita attraverso un sistema di visione tridimensionale (3D) di 4th generazione.

Materiali e Metodi: Da Settembre 2010 a Marzo 2011, abbiamo esaminato 40 pazienti, operati consecutivamente, sottoposti ad un intervento di prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale. 20 pazienti sono stati trattati utilizzando il laparoscopia 2D (2D-HD Storz® - Gruppo 2D), mentre 20 pazienti sono stati trattati utilizzando un laparoscopia 3D (3D-HD Viking® - Gruppo 3D). I dati pre-operatori, le complicanze post-operatorie precoci e peri-operatorie inclusi i risultati funzionali a breve termine correlati con il recupero della continenza, sono stati analizzati e comparati tra i due gruppi.

Risultati: I due gruppi erano paragonabili per quanto riguarda l'età media, il PSA, il punteggio di Gleason e lo stadio clinico di malattia. Le perdite ematiche, seppur non statisticamente significative, sono risultate minori nel Gruppo 3D (532 vs 383 ml nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). Sono state osservate differenze statisticamente significative rispetto al tempo operatorio (241 minuti nel Gruppo 2D e 162 minuti nel gruppo 3D);

$p=0,001$), al tempo di esecuzione dell'anastomosi (32 minuti per il Gruppo 2D e 24 minuti per il Gruppo 3D; $p=0,03$) e al numero di punti usati per l'anastomosi (6,45 punti per il Gruppo 2D e 5,65 punti per il gruppo 3D; $p=0,018$). Si sono osservate minime differenze per quanto riguarda la degenza ospedaliera con risultati migliori per la 3D (7,6 vs 5,5 nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). Non si sono osservate differenze statistiche tra i due gruppi per quanto riguarda il tempo di cateterizzazione, il tempo di permanenza del drenaggio o le complicanze post-operatorie. La localizzazione e la frequenza dei margini chirurgici positivi erano comparabili nei due gruppi (10% e 5% nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). La percentuale di pazienti continenti è risultata più elevata nel Gruppo 3D (70, 85 e 95% vs 45, 55 e 70% a 1, 3 e 6 mesi nei Gruppi 3D e 2D rispettivamente).

Conclusioni: Questo studio preliminare ha mostrato che il sistema di visione 3D-HD di 4th generazione offre alcuni vantaggi chirurgici rispetto al sistema classico di visione bidimensionale. I nostri dati suggeriscono inoltre un trend in miglioramento sia per quanto riguarda le perdite ematiche che per la precoce ripresa della continenza post-operatoria, pur rispettando la radicalità oncologica. Saranno comunque necessari ulteriori studi randomizzati per confermare i dati ottenuti e per valutare il follow-up oncologico e i risultati funzionali a medio e lungo termine.

C34 LAPAROSCOPIC URETERONEOCYSTOSTOMY WITH PSOAS HITCH

R. Nucciotti, V. Pizzuti

U.O. Urologia Ospedale Misericordia Grosseto

Purpose: Evaluate our experience of laparoscopic ureteral reimplant for ureteral stenosis

Materials and Methods: From January 2011 to October 2011, 4 patients underwent laparoscopic reconstruction surgeries for ureteral stenosis. Two cases of stenosis of the distal ureter and two at the level of iliac vessels. All cases of vesical reimplant using the psoas hitch technique. In two cases the stenosis was consequent to ureteral end to end anastomosis after abdominal surgery and ureteral injury, in two cases due to pelvic endometriosis. The uretero vesical anastomosis was performed with antireflux technique

Results: The average surgical time was 154 min. (118-190 min), mean blood loss was 270 mL (150-330 mL) and the average hospital stay was 5 days (4-6 days). There were no complications. Urography examination performed three months later shows no signs of hydro-nephrosis

Conclusion: Laparoscopic surgery represents a feasible, safe and low morbidity technique for ureteral reimplant in ureteral stenosis. To avoid the risk of stenosis, in our opinion, it does not matter the type of anastomosis, but the integrity and length of ureteral reimplant.

C35 PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA: NOSTRA ESPERIENZA, RISULTATI ONCOLOGICI E FUNZIONALI PRELIMINARI

A. Cafarelli, D. Dente, A. Salvaggio, G. Dipietrantonio, V. Di Santo, A. Porreca

Dipartimento di Urologia, Policlinico Abano Terme (Padova)

Obiettivi: Lo scopo dello studio quello di riportare la nostra esperienza nell'uso della RARP (Robot Assisted Radical Prostatectomy) e i risultati oncologici e funzionali preliminari.

Materiali e metodi: Dal settembre 2010 al gennaio 2012, 141 pazienti, di età media 64 aa (52-76 aa) sono stati sottoposti a RARP presso il nostro centro. In 60 casi la procedura è stata eseguita con tecnica nerve-sparing bilaterale, in 8 nerve-sparing monolaterale, mentre in 73 non nerve-sparing. Tutti i pazienti hanno compilato il questionario IIEF prima e dopo l'intervento chirurgico; 68/141 pazienti presentavano, prima di effettuare l'intervento chirurgico, un IIEF score medio di 27. Sono stati valutati parametri intraoperatori come perdita ematica, peso del pezzo operatorio e tempo chirurgico medio. Il follow-up medio è stato di 8 mesi (1-15 mesi). Sono stati valutati inoltre Clavien grade, presenza di margini chirurgici positivi, continenza e potenza sessuale.

Risultati: I tempi chirurgici medi sono stati di 175 min (125-250), le perdite ematiche medie sono state di 95 cc (65-190) nessuno degli interventi è stato convertito in open, nessuno dei pazienti ha avuto necessità di trasfusione. Il peso medio del pezzo operatorio è stato di 85 gr (52-130 gr). Il Clavien grade calcolato è stato 1-2 (8%). La percentuale di margini positivi è stata del 16.3%. La percentuale di continenza è stata dell'81.3% a tre mesi dall'intervento e del 92% a 6 mesi. 60/141 pazienti, tutti sottoposti a intervento con tecnica nerve-sparing bilaterale, hanno presentato un IIEF score medio post operatorio di 24, sia con che senza l'ausilio degli inibitori delle PDE-5.

Discussioni e conclusioni: La RARP secondo la nostra esperienza è un trattamento sicuro con bassa percentuale di complicanze e di perdite ematiche. Inoltre l'accuratezza della metodica, data dalla magnificazione nella visualizzazione del campo operatorio, permette un risparmio delle strutture deputate a continenza e

potenza, con un piu' rapido recupero funzionale delle stesse. Tuttavia essendo questi dati preliminari necessitano ancora di ulteriore follow-up per essere confermati.

C36

RETZIUS SPARING ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC PROSTATECTOMY: INITIAL EXPERIENCE OF A CENTER WITH MORE THAN 200 ROBOTIC NERVE SPARING PROSTATECTOMIES

R. Nuccioti, V. Pizzuti

U.O. Urologia Ospedale Misericordia Grosseto

Purpose: The Retzius sparing approach for Robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP) passes through the Douglas space, following a completely intrafascial plane without any dissection of the anterior compartment, which contains neurovascular bundles, Aphrodite's veil, endopelvic fascia, the Santorini plexus, pubourethral ligaments, and all of the structures thought to play a role in maintenance of continence and potency. After seeing the Retzius sparing technique developed by prof. Boccardi, we realized the great potential of this approach that respects, like no other, the anatomical relationships

Patients and Methods: From September 2011 to December 2011 we performed seven robotic radical prostatectomies with Retzius sparing approach. The average age of patients was 54 years (45-59 years), the mean PSA 7.4 ng / ml (4.2-8.3 ng / ml), Gleason score <7,% Ca / core <30%, the mean volume was 48 ml (38-54 ml).

Results: After removal of the catheter in the fifth day we had 3 urinary retention, then the catheter was repositioned and removed the tenth day. In the other 4 cases after removing the catheter into the fifth day, the patients were continent without the need to use pads, mean blood loss was 270 ml (150-340), the average surgical time was 150 min. (125 - 170 min), no procedure was converted to other technical approach.

Conclusion: It 'a technique easily reproducible for a urologist who has done a lot of nerve sparing RALP, is not necessary to dissect the seminal vesicles to increase the operating space, the respect of anatomical structures and anatomical relationship is absolute. Functional results are promising, we think it's the best technique for the treatment of low-risk prostate cancer (D'Amico risk classification).

COMUNICAZIONI

Sala Svevi - 30 Marzo 2012 - 14.00-15.00

C37

PAPILLARY UROTHELIAL NEOPLASM OF LOW MALIGNANT POTENTIAL (PUNLMP): OUR LONG TERM EXPERIENCE

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Shestani, G. Vincenti, F. Pisanti

Department of Urology – Chief. R. Giulianelli. "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Few long term single center works showed outcome in patients affected by PUNLMP. The present study evaluates behavior of de-novo primary bladder PUNLMP lesions (Primary-PUNLMP) as well as Surveillance-PUNLMP (diagnosed during follow-up of a higher grade urothelial neoplasm).

Materials and Methods: From January 2006 to June 2011, 608 patients (Males = 430, Female = 178; mean age 71,8 + 9,2 years) underwent transurethral resection (TURBT) of all visible tumours. We retrospectively analysed our TURBT database and identified all patients with a histological examination revealed a PUNLMP lesion type.

Results: We identified a total a 61 PUNLMP of the bladder; 22 (36,07%) pts categorized as Primary-PUNLMP and remaining 39 (63,93%) pts as Surveillance-PUNLMP.

During follow-up, 36 mo. (range: 6-66 mo), in the Primary-PUNLMP group, 12/22 (54,5%) patients did not develop any recurrences vs. 13/39 (33,3%) in the Surveillance-PUNLMP group.

In the first group, 4/22 (18,8%) pts developed PUNLMP recurrence (1-2 episodes in 1-4 yrs) and 7/22 (31,8%) progression to a higher grade lesions within 1-4 yrs. Grade progression was non invasive low grade urothelial carcinoma (LG-TCC) in 6 pts (27,2%) and non invasive high grade urothelial carcinoma (HG-TCC) in 1 pts (4,5%). None of our Primary-PUNLMP pts developed muscle-invasive carcinoma or died because of disease progression. Tumour size did not correlate with likelihood for recurrence.

In the second group, 26/39 pts (66,6%) showed PUNLMP during surveillance for higher grade urinary bladder's lesions. These included 16 (41,02%) prior LG-TCC, 9 (23,07%) prior HG-TCC and 1 (2,56%) found in cystectomy for invasive neoplasm in bladder diverticula. Grade progression to LG-TCC was in 11 pts (28,2%) while progression to HG-TCC in 6 (15,3%). Two patients (5,12%) died in HG-TCC group and one (2,56%) in the LG-TCC after developing of a HG upper urinary tract cancer.

Conclusions: Bladder PUNLMP can occur either as a de novo lesion or during surveillance for prior higher grade urinary bladder urothelial neoplasm. None of

our Primary-PUNLMP pts developed invasive carcinoma or died because of the disease despite a 66% recurrence and 43,5% grade progression rates. Surveillance-PUNLMP was associated with a worse outcome (27,8% grade/stage progression, 3,27% deaths because of disease progression) most likely due to their initial higher grade/stage urothelial neoplasm.

C38

RISOLUZIONE ENDOSCOPICA DI UNO PSEUDOTUMORE DELLA VESCICA DA CORPO ESTRANEO

A. Vavallo, G. Lucarelli, C. Bettocchi, S. Palazzo, V. Ricapito, S. Forte, M. Matera, F. P. Selvaggi, P. Dittono, M. Battaglia

Università degli Studi "A. Moro" Bari – Sezione di Urologia, Andrologia e Trapianto di Rene

Introduzione: Lo pseudotumore infiammatorio della vescica rappresenta una lesione benigna di raro riscontro e difficile da differenziare dai veri tumori vescicali sia dal punto di vista clinico che radiologico. Colpisce più frequentemente giovani donne con un rapporto di 2:1 rispetto ai maschi.

Caso Clinico: nell'Agosto 2011, una donna di 54 aa si rivolgeva alla nostra attenzione per LUTS del riempimento. L'esame delle urine evidenziava una microematuria, mentre l'urinocoltura risultava negativa. La paziente, inoltre, riferiva un intervento di colposospensione retropubica secondo Burch 10 anni prima. Le indagini strumentali evidenziavano una lesione eterologa polare superiore del rene sinistro, che una volta asportata all'esame istologico definitivo risultava essere un carcinoma renale a cellule chiare ben differenziato pT1bN0Mx. A tre mesi dall'intervento, la paziente continuava a lamentare disuria e all'esame delle urine vi era ancora presenza di microematuria. Si eseguiva, quindi, una cistoscopia che evidenziava una lesione vegetante con superficie ulcerata a partenza dal versante vescicale del collo. Si procedeva, perciò, ad elettroresezione transuretrale della presunta neoplasia che al taglio appariva lardacea, solida e facilmente sanguinante. Dopo le prime ansate, affiorava dall'interno della lesione un filamento di colorito blastro che ad una osservazione più attenta si rivelava essere l'ansa di un filo di sutura, verosimilmente riconducibile al pregresso intervento di colposospensione. Lo stesso reperto appariva dal lato diametralmente opposto. A questo punto, si procedeva a sezionare il filo di sutura con forbici per nefroscopio, completando comunque la resezione delle aree pseudotumorali circostanti. L'esame istologico definitivo confermava il quadro di una cistite cronica follicolare con iperplasia reattiva dell'urotelio. Al controllo successivo, la paziente riferiva la scomparsa della sintomatologia disurica già a partire da 1 mese

dopo l'intervento e si apprezzava, inoltre, la negativizzazione degli esami di laboratorio. La cistoscopia di controllo accertava la completa riepitelizzazione delle aree elettroresecate.

Discussione e Conclusioni: con il termine di pseudotumore infiammatorio si fa riferimento ad un gruppo eterogeneo di lesioni per eziologia, biologia ed istologia il cui comune denominatore è la presenza di un prevalente infiltrato infiammatorio. La vescica rappresenta il sito in cui più frequentemente si osservano pseudotumori nell'ambito dell'apparato urinario. Le cause possono essere diverse: infezioni recidivanti, traumi, lesioni iatrogene in corso di chirurgia pelvica. Le complicanze perioperatorie più frequenti in corso di colposospensione retropubica secondo Burch sono rappresentate da sanguinamento, ematuria transitoria e ritenzione urinaria. Nel caso qui descritto, si fa riferimento ad una rara complicanza rimasta misconosciuta per tanti anni. I pazienti, che vanno incontro a questo tipo di complicanza, possono presentare ematuria, LUTS dello svuotamento, dolore pelvico "cronico" ed infezioni recidivanti. Pertanto, ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad una sintomatologia urinaria di tipo irritativo dopo un intervento di chirurgia pelvica per incontinenza, dovrebbe essere indicata una indagine endoscopica al fine di escludere una tale complicanza. Questo sottolinea l'utilità di eseguire una cistoscopia di controllo al termine di una chirurgia pelvica per incontinenza. Infine, la rimozione per via endoscopica del filo di sutura determina una risoluzione della sintomatologia e dovrebbe sempre essere tentata prima di passare ad un più invasivo approccio laparotomico.

C39

RESEZIONE TRANS-URETRALE DELLA PROSTATA CON RESETTORE: NS ESPERIENZA PRELIMINARE A 1,5 ANNI DI UTILIZZO

G. Lotrecchiano, A. Delle Cave, F. Attanasi, E. De Fortuna, A. Quaranta, V. Tripodi e L. Salzano

UOC di Urologia – AORN "G. Rummo" Benevento – Direttore: L. Salzano

Scopo del lavoro: La resezione prostatica trans-uretrale (TURP) resta a tutt'oggi il gold standard per il trattamento dell'ostruzione cervico-uretrale da iperplasia prostatica benigna (IPB).

L'utilizzo del Resettore bipolare, che lavora con soluzione salina isotonica, sembra ridurre le classiche complicanze del sistema tradizionale monopolare (sanguinamento, tur-sindrome). Scopo del ns lavoro è valutare preliminarmente l'efficacia clinica del resettore bipolare Storz nella nostra esperienza negli ultimi 18 mesi.

Materiali e metodi: Dal settembre 2010 a febbraio

2012, 254 pazienti che presentavano sintomi del basso tratto urinario da ostruzione cervico-uretrale da IPB sono stati sottoposti a TURP-Bipolare.

Tutti i pazienti pre-operativamente sono stati sottoposti a uroflussometria

con valutazione del RPM, ecografia prostatica, Psa.

L'età media dei pazienti era di 65,7 anni (range 51-84 aa).

Gli operatori sono stati sempre 2, gli stessi che precedentemente utilizzavano il resettore monopolare.

Nel post-operatorio sono stati valutati il valore di emoglobina ed elettroliti, la P.A. Inoltre sono stati valutati il tempo di cateterizzazione, di ospedalizzazione e le eventuali emotrasfusioni. Successivamente (a 1 e 3 mesi) la uroflussometria con RPM, l'ecografia prostatica e il PSA e l'urinocoltura.

Risultati: La media del tempo di ospedalizzazione e di cateterizzazione è stata rispettivamente di 5-3 giorni. Nessun decesso peri o post operatorio.

20 pazienti hanno avuto bisogno di emotrasfusione.

Non vi è stata nessuna Tur-syndrome.

Discussione e messaggio conclusivo: La resezione endoscopica della prostata (TURP) con il sistema bipolare, nella nostra esperienza, a breve termine, mostra un minor sanguinamento sia intra che post-operatorio ma con necessità di trasfusioni sovrapponibile alla procedura monopolare, nessuna riduzione del tempo di cateterizzazione e ospedalizzazione.

Pertanto riteniamo che tale tecnica sia particolarmente utile in quanto previene il rischio della TUR syndrome quindi risulta senza dubbio particolarmente indicata in prostate di grosso volume.

C40

PROSPECTIVE STUDY ON THE 12 MONTHS QUALITY OF LIFE OUTCOMES AFTER SURGICAL REPAIR FOR ANTERIOR PELVIC ORGAN PROLAPSE: COMPARISON BETWEEN LAPAROSCOPIC AND VAGINAL REPAIR

S. Khorrami, M. Milanesi, A. Minervini, A. Mantella, M.A. Rossetti, A. Tuccio, O. Saleh, A. Crisci, S. Serni, A. Tosto, M. Carini

Introduction and Objectives: The aim of our single center prospective non randomized study is to measure the difference in Quality of life outcome in women with Pelvic Organ Prolapse (POP) treated with two different surgical approach: Video Laparoscopic anterior Colpo-Sacropexy (VL-CSP) and anterior Vaginal Mesh Repair (VMR) with Prolift®.

Materials and Methods: We prospectively included select 60 female with POP (anterior vaginal prolapse, stage III-IV HWS) between 2009-2011. All patients answered the Pelvic Floor Impact Questionnaire-Short Form (PFIQ-7)(1) that showed a good responsiveness

in this fields in several clinical studies (2) before surgical procedure (baseline) and at 12 months follow up (postoperative). PFIQ-7 presents 7 items regarding the impact of prolapse-related signs and symptoms in the common daily activities regarding three scales: 1) urinary, 2) colorectal/anal and 3) vaginal. The patients gave a score from 0 to 3 (0-No at all, 1-Somewhat, 2-Moderately and 3-Quite a bit) at each of the 7 questions on the three domains (see table below). Each scale resulted in a score range between 0 and 21 (with 21 is worse) while the summary score resulted between 0 and 63.

Differences between baseline data, including age and sub scales scores were assessed by unpaired T test.

Mean change after treatment (baseline vs. Postop.) was calculated by a paired sample T test for both group of patients (see table). Mean difference in change from baseline between the groups treated with VL-CSP and VMR was calculate by unpaired T- Test.

Results: The overall compliance to the study design was above 90%. Patients treated with VL-CSP were younger than those treated with VMR, even if the difference was not statistically significant (67.8 vs. 62.3, $p=0.0872$). Baseline data of all patients were comparable across the groups (Bladder and urine: 14.1 vs. 12.2, $p=0.4370$; Bowel or rectum: 5.7 vs. 5.1, $p=0.7262$; Vagina or Pelvis: 9.4 vs. 8.42, $p=0.7096$; summary score: 29.3 vs. 25.8, $p=0.2827$).

Both surgical procedures allow to achieve significant improvement of all scales except for colorectal/anal in the VL-CSP group ($p=0.1093$). In the following table we resumed data collected for each group of patient.

The unpaired T test did not show any significant mean difference in change from baseline between group treated with VL- CSP and VMR in any of the 3 scales ($p=0.185$, $p=0.811$, $p=0.622$ respectively).

C41

THE PREDICTIVE ROLE OF NBI RE-TURB IN THE EVALUATION OF T1HG BLADDER NEOPLASM RECURRENCE AND PROGRESSION RATE. PRELIMINARY EXPERIENCE.

R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni*, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini

Division of Urology - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

*Histopathological Service - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

Introduction: High grade bladder neoplasia (T1HG TCC) represent a true therapeutic challenge because of a 20-30% risk of progression. Sometimes a restaging TURBt better predicts early stage progression. Small or flat cancerous lesions of the bladder surface should be

missed during white light imaging (WLI) cystoscopy. Different optical imaging techniques have been developed in an effort to minimize this failure. We investigate whether narrow band imaging (NBI) improves the detection in the follow-up of high-grade disease recurrence and progression rate (T1HG bladder neoplasm). *Materials and Methods:* From 06/2010 to 6/2011 a cohort of 276 patients presenting primary bladder neoplasms underwent TURBt with Bipolar Surgimaster Scalpel in saline (TURis); out of this number 72 (26,1%) were T1HG.

After a month HG cancer patients underwent re-TURBT of the previously resected area using NBI light to better characterize the "bottom of resection" and surgical margins: the aim was to evaluate, more precisely, recurrence and progression free survival time. The subsequent follow-up consisted of NBI cystoscopy with multiple biopsies, (randomly and in the previous zone of resection) each 3 months, urinary oncology on 3 specimens and kidney/bladder ultrasound each 6 months.

The average follow-up was 12 (6-18) months.

Results: The T1HG cancer group showed a 40,2% (29/72 pts) free of disease, a relapse rate of 59,7% (43/72 pts) and a progression rate of 13,8% (10/72 pts).

After NBI re-TURB we find an overall persistence of TCC in 31 (43,1%) cases: 23 (31,9%) high grade (HG) non muscle invasive disease and 8 (11,1%) high grade (HG) muscle invasive bladder cancer (T2HG). In the recurrence group (31 pts) 21 pts (29,1%) underwent WLI TURBt, while the remaining 10 (13,8%) NBI resection (located in the bed of resection in 2 cases (2,7%) and in surgical margins in 5 (6,9%)). Patients with a high grade (HG) muscle invasion disease (T2HG) were 6 (8,3%): 2 recurrences in the bed and 4 in the surgical margins related to NBI re-TURBt but only 2 (2,7%) in WL re-TURBT. We observed disease progression in 2 patients after 6 and 12 months respectively.

In the group of 41 (56,9%) patients T0, the NBI and WL re-TURB showed a recurrence in 12 pts (16,6%) and a progression in just 2 (2,7%) who presented a recurrence after 3 months, associated with CIS.

The multivariate analysis showed that the most important variable of early progression was the histopathological findings at re-TURBt ($p=0,01$) followed by the results of the NBI re-TURBt ($p=0,001$), presence of CIS ($p=0,02$) and absence of recurrence within 3 months ($p=0,02$).

Conclusion: NBI re-TURBt in T1HG patients identifies subjects with high risk of early progression disease who need an immediate radical surgical treatment (early cystectomy).

C42

HIFU (HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND): LA NOSTRA ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO, MEDIO ED ALTO RISCHIO DI PROGRESSIONE

A. Callea, R. Piccinni, V. Zizzi, D. Sblendorio, B. Berardi, A. Tempesta, F. G. Gala, A. Traficante

AUSL BA, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere" Bari

Numerosi studi clinici hanno dimostrato l'efficacia e la tollerabilità del trattamento HIFU del carcinoma prostatico in pazienti con malattia localizzata ed a basso rischio di progressione ed in quelli con recidiva locale dopo radioterapia o prostatectomia radicale; ancor oggi esistono pochi dati in letteratura sulla sua efficacia in pazienti con carcinomi localmente avanzati o ad alto rischio di progressione.

In circa 10 anni abbiamo effettuato 206 trattamenti HIFU (ABLATHERM EDAP TECHNOMED) in 179 pazienti affetti da carcinoma prostatico NOMO (età media 75 anni, PSA medio 28,3 ng/ml e Gleason score medio 7,4), non candidabili a chirurgia radicale per età superiore a 75 anni o comorbidità o PSA > 20 ng/ml o malattia localmente avanzata. Il volume prostatico medio pretrattamento era di 39,2 ml; 29 erano neoplasie a basso rischio di progressione (T1T2a con Gleason score < 6 o PSA < 10 ng/ml), 47 a medio rischio (T2b o Gleason score = 7 o PSA fra 10 e 20 ng/ml) e 103 ad alto rischio (> 6 o T2c o Gleason score > 7 o PSA > 20 ng/ml). In tutti i pazienti è stata effettuata una TURP prima del trattamento termoablativo.

In 23 pazienti è stato effettuato un secondo trattamento HIFU per persistenza di cellule neoplastiche alla biopsia di controllo a 6 mesi, mentre in 4 casi un ritrattamento è stato necessario a causa di un volume prostatico superiore a 100 ml.

Il follow up medio è di 79,3 mesi, con dosaggio del PSA ogni 3 mesi e biopsia prostatica a 6 mesi dall'HIFU.

Il success rate biochimico (PSA stabilmente < 0,5 ng/ml) è stato 82,8% nei tumori a basso e medio rischio di progressione e 42,7% in quelli ad alto; il success rate istopatologico (negativizzazione della biopsia) è stato 92,1% nei tumori a basso e medio rischio e 58,2% in quelli ad alto.

Gli eventi avversi sono stati: UTI asintomatiche nel 17,3% dei casi, ematuria nel 3,3%, prostatiti nel 2,7%, orchiepididimiti nel 1,6%, dolore emorroidario nello 0,5%, stenosi dell'uretra nel 7,2%, sclerosi del collo vescicale nel 12,2%, fistola uretrorettale nello 0,5%, stress incontinenza di grado lieve nel 3,9% e disfunzione erettile nel 77,6% dei casi.

I risultati oncologici definitivi ed il ruolo di alcune com-

plicanze, in particolar modo le sclerosi cervico-uretrali e la disfunzione erettile, devono essere meglio studiati con follow up adeguati per definire l'esatto ruolo di questa metodica nel trattamento del carcinoma prostatico.

C43

CONSERVATIVE TREATMENT FOR RUPTURE OF THE URINARY TRACT: 3 CASES

A. Saita, A. Scavuzzo, M. Puglisi, M. Falsaperla, G. Morgia

Università degli studi di Catania. Urologia.

Introduction & objectives: Rupture of the urinary collecting system is an unusual condition and commonly associated with obstructing stones. It is a potential urologic emergency. We report on three cases from our institutions.

Materials & methods: Between January 2010 and December 2011, were identified from our database three patients with rupture of the urinary collecting system. In all patients, the diagnosis was based on radiographic investigations with application of contrast media. The radiographic investigation included CT of the abdomen retrograde or antegrade pyelography. The rupture of renal pelvis or the ureter was defined as any extravasation of contrast media. At hospital admission, patients also had renal ultrasonography, a blood chemistry evaluation (at least full blood cell count, clotting parameters, creatinine level, and electrolytes) and urine tests (dipstick and urine culture). Basic care included check of vital signs and body temperature. Monitoring during hospital stay included ultrasonography, blood chemistry evaluation, urine test, and radiographic investigations according to the individual patient situation. Therapeutic procedures were performed according to the patient's individual condition. After diagnostic procedures, achievement of a low pressure system was the main focus of primary therapy.

Results: Case 1 A 45-year old man came to our emergency room for acute abdomen after car accident. Emergent CT scan discovered contrast medium extravasation into left perirenal and pararenal spaces without visualization of the left ureter (Fig.1-2). Since the patient was hemodynamically stable, percutaneous nephrostomy (PCN) with perirenal fluid drainage was done and antegrade pyelography showed a opacified ureter. Follow-up CT scan two week later revealed a 6x7 mm left mid ureteral stone (Fig.3) with healing of the ruptured collecting system. So patient underwent retrograde ureteroscopy and Ho:YAG laser-lithotripsy of the calculi; stent was placed to the end of the procedure and removed after 2 weeks.

Case 2 A 56-year-old woman was admitted due to left

flank pain for several days. She had mild fever and leukocytosis (20100/ul). She had a history of peripelvic cysts, that confounded a diagnosis of obstructive hydronephrosis during the abdominal sonography. Contrast-enhanced CT demonstrated extravasation of contrast outside the collecting system with the 5x5 ureteral-pelvic junction stone (fig 4-5-6). Percutaneous nephrostomy was performed, but the symptom was aggravated despite the conservative treatment. So repair of the ruptured renal pelvis and stone removal were achieved by open surgery.

Case 3 A 54-year-old man presented with right flank pain, nausea and hematuria. He denied any traumatic history. White blood cell count was 6540/ul. Abdominal CT scan showed contrast material extravasated into left renal fossa with fornix rupture and small renal mass in the right kidney. He received Foley's catheterization and insertion of a nephrostomy tube; antegrade pyelography, ureteroscopy and ureteral stent was arranged on the next week without evidence of stone and extravasation. After one month the patient underwent to nephron-sparing surgery.

Discussion: We believe that in the first case there was a left lower ureteral stone causing rupture of upper ureter and the sudden increase in intra-abdominal pressure during car accident have contributed to the partial rupture of upper ureter. In the second case we think aggressive hydrated intravenously caused the ruptured renal pelvis. The third case was a typical presentation of forniceal tear with extravasation.

When the ureteric peristalsis to overcome urinary calculi obstruction is very intense, the intraluminal pressure may be so high that it may cause rupture of the pelvi-calyceal system. There will be persistent pain and radiological study will show extravasation of contrast. If the leakage is severe, a collection of urine outside the urinary system, known as an urinoma, will form. This is a rare situation but it shows up in case reports. Management of rupture of urinary sistem is not standardized. Although urine is absorbed and the lesion of the collecting system may heal spontaneously, "deobstruction" should be performed by an endoscopic approach in the majority of patients.

Conclusion: Rupture of the urinary collecting system should always be considered in the differential diagnosis of a patient presenting with complex symptoms after renal colic.

True rupture of upper ureter or renal pelvis may be confused with the forniceal rupture with urine extravasation. A clear distinction between these two conditions becomes very important since both course and treatment are different.

Management in this scenario varies according to its severity. For small perforations, the condition improves

with conservative management. Although drainage with internal stenting by a double J catheter will provide a better environment for healing and less chance for progression of urinoma, manipulation with guide wire may change a minor perforation to a major one. Urinomas of a significant size will need to be drained. Operative repair may be necessary for major rupture. Definitive treatment will depend on the underlying stone disease.

To avoid complications and improve prognosis, immediate diagnosis and therapy are essential.

C44

ENUCLEAZIONE LASER DELLA PROSTATA (HOLEP): PRESENTAZIONE DI UN VIDEO E NOTE DI TECNICA DI ESECUZIONE

G. de Rienzo, G. Giocoli Nacci, G. Galeone, I. Intermite, A. Venneri Becci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

La HOLEP è una procedura presentata per la prima volta da Gilling e Fraundorfer nel 1995. Da tale data ha subito alcune modifiche atte a semplificarne l'esecuzione (morcellatore) e migliorarne i risultati funzionali.

Presso la nostra unità operativa tale procedura è eseguita dal 2009. All'inizio condotta secondo le indicazioni di Gilling, essa è stata da noi successivamente modificata seguendo anche le note di tecnica di Placer, con un approccio retrogrado postero-anteriore. Tale evoluzione ci ha consentito di ridurre le percentuali di incontinenza da sforzo postchirurgica che, pur essendosi nella nostra esperienza sempre risolta entro 6 mesi dalla chirurgia, è una complicanza piuttosto noiosa che costituisce l'essenza della morbidità postoperatoria della HOLEP. Con questo approccio le percentuali di incontinenza postoperatoria si sono ridotte dal 22,5% al 10,5%, in linea con i dati della letteratura. Presentiamo il video di una HOLEP eseguita in una prostata del volume complessivo di 90ml, a testimonianza che essa è efficiente ed eseguibile anche nelle prostate di maggior volume. Particolare risalto abbiamo posto alla individuazione dello sfintere uretrale e dei meati ureterali all'inizio e durante l'intera procedura, nonché ad alcuni accorgimenti atti ad evitare la perforazione capsulare, una complicanza minore che però, a nostro avviso è responsabile di una accentuazione dei disturbi del riempimento nel postoperatorio nonché accresce il sanguinamento intraoperatorio.

VIDEO

Sala Re Enzo - 30 Marzo 2012 - 17.30-18.30

V1

SOLUZIONE NON INVASIVA PER L'ESTRAZIONE DI UNA SONDA NEFROSTOMICA INCARCERATA

F. Nigro, P. Ferrarese, E. Scremin, G. Benedetto, A. Tasca

U.O.C di Urologia, Ospedale "San Bortolo", Vicenza ⁽¹⁾

Introduzione e obiettivi: È stata aneddoticamente riportata la possibilità che una sonda nefrostomica possa risultare incarcerata all'interno della via urinaria conseguentemente alla concrescenza di tessuto neoformato, che ne rende impossibile l'estrazione. Il video descrive una soluzione non invasiva realizzata attraverso il lume del catetere nefrostomico stesso.

Materiale e metodi: È riportato il caso clinico di un paziente maschio di 68 anni, affetto da nefrolitiasi sin sintomatica. L'urografia documentava una duplice calcolosi, dell'infundibolo inferiore e del corrispondente gruppo caliceale ectasico. Il Paziente veniva sottoposto a nefrolitotrixis percutanea, mediante accesso sull'idrocalice contenente il calcolo più declive, ed a contestuale dilatazione radiale dell'infundibolo. Al termine della procedura veniva inserita una sonda nefrostomica di Malecot 14F a scopo drenante e modellante. Il paziente veniva rivalutato dopo 35 giorni (con 15 giorni di ritardo rispetto al programmato controllo) con radiografia diretta dell'addome, che documentava la bonifica completa della calcolosi ed il corretto posizionamento della sonda nefrostomica. Il tentativo di rimozione di essa tuttavia falliva in quanto l'estremità della sonda stessa appariva incarcerata nel contesto della via escretrice. Nell'ipotesi che l'incarceramento fosse secondario alla crescita di tessuto al di sopra delle ali della Malecot, si pianificava un approccio non invasivo realizzato secondo tali sequenze: sezione dell'estremità della sonda stessa; inserimento nel suo lume di un ureterorenoscopia flessibile 7F; conferma endoscopica della diagnosi formulata clinicamente; inserimento di una sonda laser (200 µm) e laserizzazione del tessuto neoformato (Ho-YAG 0,6 J; 15 Hz), fino a liberare completamente l'estremità della Malecot; posizionamento sotto visione di una guida metallica all'interno della via escretrice ed estrazione della sonda nefrostomica. La procedura si esauriva con l'esplorazione delle cavità renali, che identificava il tessuto necrotico laserizzato e confermava l'assenza di lesioni a carico della via escretrice, e con il posizionamento di un catetere nefrostomico tipo Pig-tail 9F, lasciato in sede 24 ore.

Conclusioni: L'approccio descritto è, a nostro avviso, elegante, efficace e sicuro, soprattutto in presenza di vie escretrici di piccola capacità, in quanto la laterizzazione viene realizzata all'interno del lume della sonda nefrostomica. Il catetere di Malecot, anche se di piccolo calibro e lasciato in sede per un tempo presuntivamente

compatibile, espone a queste complicanze. Un fattore favorente potrebbe essere rappresentato dalle dimensioni ridotte dell'ampolla renale: questo particolare potrebbe rappresentare una controindicazione relativa all'impiego di sonde di questo tipo.

V2

BARBED SUTURE AND TOTALLY ABSORBABLE RENORRAPHY IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: INCREASING SAFETY AND DECREASING WARM ISCHAEMIA TIME.

G. Pini, G. Ali, M. Schulze, J. Rassweiler

Introduction & Objectives: Since 1999 we have performed 116 laparoscopic partial nephrectomy (LPN) for management of small renal masses. Post-operative renal hemorrhage is a major cause of morbidity and warm ischemia time (WIT) has a significant impact on overall renal function. In order to decrease these 2 parameters the techniques employed have evolved over the past years. We describe the technique actually adopted in our clinic based on use of a barbed suture and a totally absorbable renorrhaphy.

Material & Methods: The mean steps of the laparoscopic partial nephrectomy include for tumor resection the use of intraoperative ultrasound, the circumferential scoring of tumor on kidney surface with bipolar electrocautery (sparing 5mm of healthy renal parenchyma) and resection with cold scissors.

The Old Style nephrorraphy consist in applying a Bolster of human fibrinogen TachoSil® (Nycomed, Marlow, UK) on the bed of resection; use of braided suture (SH needle 26mm 1/2c VICRYL P 3/0) secured at level of tail with a simple knot, one Lapra-Ty II™ (Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH, US) and one absorbable square patch (8x8mm) of Soft PGA Felt (Alpha Research GmbH, Switzerland). The needle is inserted 1 cm away from resection edge; as the needle exits the contralateral edge the suture line is secured with Titanium clips and Hem-o-Lock (Weck Closure Systems, Research Triangle Park, NC, USA).

From 08/2010 to 10/2010 we have performed 10 partial nephrectomies changing our classic method of renorrhaphy.

We used 15 cm long barbed suture 3-0 V-Lock™ (V-20 1/2 c, 26mm) 180 (Covidien™, Norwalk, CT, USA) composed by an absorbable (Polyglyconate) material with tail secured as before. The needle is inserted as before; a deep running suture of the bed of resection controls calyceal and vessel damage. No clips are placed on the bed of resection. As the needle exits the contralateral edge at end of suture this is secured with Lapra-Ty. Titanium or Hem-o-lock clips are avoided. When possible the "early arterial unclamping" technique is performed. A 2nd suture is passed in the same way to

provide resection edges approaching. The suture line is secured with multiple Lapra-Ty. The suture area is overlapped with TachoSil®.

We could retrieve from our LPN database (Excel) ischaemia data time in 65 case, whom 55 with WIT. We considered 2 group: A, 45 patients with the old style nephrorraphy and B, 10 patients with the new style nephrorraphy.

Results: The mean WIT were respectively 24 min 12 sec (11-45) for the old stile grup (A) and 17 min 20 sec (12-29) for the new technique (B) with a significant trend for the latter.

Conclusions: The most important step in order to decrease WIT are: 1) Knotless instead of classic suturing 2) Running instead of single suture, 3) Sliding-clips renorrhaphy (2006), 4) Early arterial unclamping (2007) and 5) Barbed suture (2009).

The Heilbronn new technique for LPN is a totally absorbable renorrhaphy based on V-Lock barbed suture, it avoid clips and bolster on bed of resection and secure the suture line with absorbable Lapra-Ty, the only clips made for this purpose.

V3

LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL ANDERSON-HYNES PYELOPLASTY: TECHNICAL NOTES AND RESULTS AFTER 100 CASES

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, L. Masieri, M. Salvi, G. Vittori, R. Fantechi, A. Chindemi, A. Sebastianelli, O. Saleh, A. Crisci, A. Lapini, S. Serni, M. Carini.

Clinica Urologica I, University of Florence, AOU Careggi

Introduction and Objectives: The laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty is the gold standard for the treatment of the pyeloureteral junction obstruction (PUJO). We described the surgical steps of laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty with transperitoneal approach and anterograde stent placement done using a personal technique. We also reported the morphofunctional results after the first 100 cases.

Materials and Methods: Between March 2005 and December 2010, 100 patients, 47 males, 53 females (mean age 31, range 15-59) diagnosed with incidental or symptomatic PUJO, underwent transperitoneal laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty. In 11(11%) cases, a transmesocolic access to the PUJ was adopted. In all patients surgery was performed using 3 to 5 ports, a 12 mm umbilical/ paraumbilical port for Hasson trocar and the remaining were all 5 mm ports. The placement of an anterograde double J ureteral stent was performed using a personal technique after posterior anastomotic wall closure. The posterior wall was closure either as single sutures while the anterior wall was

closed either with single sutures or a continuous sutures according to the surgeon preference. The anastomosis was done with 5-0 Vicryl sutures.

V4

TRATTAMENTO URETEROSCOPICO DELLA CALCOLOSI RENO-URETERALE: LA NOSTRA ESPERIENZA.

A. Traficante, A. Callea, B. Berardi, D. Sblendorio, V. Zizzi, A. Tempesta, F. G. Gala, R. Piccinni

AUSL BA, U.O. Clinicizzata di Urologia, Ospedale "Di Venere" Bari

Negli ultimi venti anni la ureterorenoscopia ha rivoluzionato il trattamento della calcolosi reno-ureterale grazie alla miniaturizzazione degli strumenti, al miglioramento della loro qualità ottica, all'introduzione di ureteroscopi digitali, all'impiego del laser Ho:YAG e dei sistemi balistici per litotrissia intracorporea ed alla vasta disponibilità di accessori monouso dedicati (baskets, access sheaths ecc.).

Negli ultimi 12 anni abbiamo effettuato 294 ureteroscopie operative per calcolosi reno-ureterale; in 214 casi si è effettuata una litotrissia laser e/o balistica, mentre in 80 casi, già sottoposti ad ESWL, è stata effettuata solo una ureterolitotassi.

La durata media delle procedure è stata di 115 minuti (range 22' - 300') e ad un follow up medio di 60,5 mesi abbiamo ottenuto un success rate del 97,5%, con una bassissima incidenza di complicanze clinicamente significative (1 avulsione dell'uretere prevescicale e 3 iperpiressie prolungate).

La litotrissia transureteroscopica è sempre più spesso praticata in numerosi centri e, nonostante ciò, il tasso complessivo di complicanze riportato in letteratura si è progressivamente ridotto negli ultimi anni grazie al perfezionamento della tecnica e della strumentazione.

V5

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEALE LAPAROSCOPICA MEDIANTE ACCESSO TRANSPERITONEALE.

V. Pagliarulo^a, G. Giocoli-Naccia, F. Chiaradia^a, A. Venneri-Beccia, A. Pagliarulo^a

^a: Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO)

Presentiamo la videoregistrazione dell'intervento su un pz. di 30 anni, sottoposto precedentemente a orchietomia radicale sn per tumore a cellule germinali non seminomatoso del testicolo sn e posizionamento di protesi testicolare.

L'intervento viene eseguito con il paziente in decubito laterale destro a 90° rispetto al letto operatorio. Inserimento di trocar ottico ombelicale da 10 mm e posizion-

amento sotto visione diretta di altri 3 trocar fino a configurare un rombo sui quadranti addominali sinistri del paziente. Di questi trocar, in posizione opposta al trocar ottico si utilizza un trocar da 12 mm, mentre gli altri sono da 5 mm. Dopo aver reperito l'anello inguinale interno sinistro si procede all'isolamento del funicolo e dei vasi spermatici omolaterali che vengono completamente isolati sino all'ilo renale. La linfadenectomia retroperitoneale viene eseguita in direzione caudo-rostale a partire dai vasi iliaci comuni di sinistra fino ai vasi renali omolaterali e comprende l'isolamento e la rimozione dei linfonodi lateroaortici ed intercavaortici. La laparoscopia, grazie alla magnificazione del campo operatorio, permette il risparmio dei nervi simpatici deputati all'eiaculazione, che vengono visualizzati nel corso dell'intervento. Inoltre, i vantaggi della laparoscopia sono rappresentati da una migliore gestione del dolore postoperatorio, un notevole vantaggio estetico della cicatrice chirurgica e una riduzione del tempo di degenza.

V6

PLASMAKINETIC TURIS GYRUS SYSTEM: VILLA TIBERIA PRELIMINARY EXPERIENCE

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Sheshtani, G. Vincenti, F. Pisanti.

Department of Urology – Chief. R. Giulianelli. "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common non-malignant disorder of the prostate, affecting more than 50% of the aging male population. Transurethral resection of the prostate (TURP) continues to be considered the gold standard for the surgical relief of bladder outlet obstruction due to benign prostatic hyperplasia.

Recent development of the bipolar resection system permits resection using saline. Three systems exist today: ACMI Vista Controlled Tissue Ablation (ACMI Corporation, Southborough, MA), Gyrus PK Saline TUR (Gyrus Medical, Maple Grove, MN) and Olympus TURIS (Olympus America, Melville, NY).

The aim of this video is to show the clinical effectiveness of PLASMAKINETIC TURIS GYRUS SYSTEM technique that we utilize from December 2011 in Villa Tiberia Centre, where from January 2002 to January 2012 more than 3000 patients affected by mild-severe LUTS secondary to Bladder Outlet Obstruction (BOO) caused by Benign Prostate Hypertrophy (BPH) were underwent to endoscopic resection of the prostate (TURP). **Materials and Methods:** A man of 58 years, treated with antihypertensive therapy came to our depart-

ment because of severe LUTS symptoms.

We performed an ultrasound examination of the whole urinary tract, including TRUS, which excluded the presence of cancer and urinary lithiasis but showed a severe cervico-urethral obstruction (bladder wall thickening, PVR > 100 ml) and an increased prostate volume (about 55 g). Carried out a urodynamic evaluation confirming the diagnosis of severe cervico-urethral obstruction (Qmax: 11,2 ml/sec). PSA value was normal (1,2 ng/dL). Symptoms were determined pre and post operative by IPPS, IEFF-5, QOL. Presurgical and post 24 hours Hb measurement was performed. Then we performed a transurethral resection of the prostate with PLASMAKINETIC TURis GYRUS SYSTEM, continuous-flow resectoscope, optical 12 degree. Surgical time was about 30 minutes. Histological examination showed fibroadenomyomatosa hyperplasia of the prostate with some areas of chronic inflammation.

Results: The endoscopic TURIS "Giulianelli technique" resection consisted at first of removing the lateral lobes followed if needed by the demolition of the third one. Following the removal of both lobes paying attention to deeply remove and coagulate the prostate tissue close to the capsula.

Careful and complete 360 degree removal of the roof; careful and complete removal of the apical tissue just close to the sphincter. Standard TUIP technique sec. Orandi (bladder neck incision from right ureteral ostium to verum montanum), control of hemostasis, placement of a 20 Ch catheter.

Postoperative course was uneventful and hemoglobin level essentially unchanged. After 36 hours the 20 Ch catheter was removed and the patient subsequently dismissed. After one month we observed a significant increment in respect of the Qmax and Qave, the IEFF5 and a reduction of the RPM and PSA.

Conclusions: Bipolar TURP using the PLASMAKINETIC TURis GYRUS SYSTEM seems to be a safe and effective procedure that is potentially associated with fewer side effects.

V7

PLASMAKINETIC BUTTON TURIS GYRUS SYSTEM IN TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE: PRELIMINARY EXPERIENCE IN OUR CENTRE AFTER OVER 3000 BIPOLAR TURP

R. Giulianelli, F. Attisani, L. Albanesi, S. Brunori, B.C. Gentile, L. Mavilla, G. Mirabile, M. Schettini, T. Sheshtani, G. Vincenti, F. Pisanti.

Department of Urology – Chief. R. Giulianelli. "Villa Tiberia" Clinic - Rome, Italy

Introduction: Conventional transurethral resection of the prostate (TURP) still remains the gold standard treat-

ment of LUTS due to bladder outlet obstruction (BOO) for benign prostatic hyperplasia (BPH). Since 2003 in our department, using Gyrus System, we performed over 3000 bipolar prostate resection. From December 2011 we started to use PLASMAKINETIC BUTTON TURis GYRUS SYSTEM to perform endoscopic prostate resections.

Materials and Methods: A man of 68 years, suffering from ischemic heart disease with previous position of two coronary stents (about two years ago) treated with antihypertensive therapy, anticoagulants, and 3 years long Alfuzosin 10 mg OD, came to our department because of an episode of UTI with severe hematuria.

We performed an ultrasound examination of the whole urinary tract, including TRUS, which excluded the presence of cancer and urinary lithiasis but showed a severe cervico-urethral obstruction (bladder wall thickening, PVR > 100 ml) and an increased prostate volume (about 45 g). Carried out a urodynamic evaluation confirming the diagnosis of severe cervico-urethral obstruction. PSA value was normal.

Then we performed a transurethral resection of the prostate (TURis) using PLASMAKINETIC TURis GYRUS SYSTEM with vaporization button, continuous-flow resectoscope, optical 12 degree. Surgical time was about 20 minutes. Histological examination showed fibroadenomyomatosa hyperplasia of the prostate with some areas of chronic inflammation.

Results: The endoscopic TURIS button "Giulianelli technique" resection consisted at first of opening a deep channel at 4 o'clock for a large saline solution flow helping a clear view of the prostatic fossa.

Following the removal of the left lateral lobe paying attention to deeply remove and coagulate the prostate tissue close to the capsula. The procedure need a slow passage of the button on the surface of the tissue. Going on removing the right lateral lobe starting 7 o'clock because of the hemostasis of the main vessels pedicles. Deep opening of the smoothing bladder neck using a TUIP-like technique. Careful and complete removal of the roof; careful and complete removal of the apical tissue, control of hemostasis, placement of a 20 Ch catheter. The optimized spherical shape button in combination with the easy to learn "honoring technique" results in an effective, fast ablating and virtually bloodless vaporization of the tissue. The plasma corona creates well coagulated tissue and a smooth surface. We used the vaporization button in coagulation mode too and it showed excellent results. Postoperative course was uneventful and hemoglobin level essentially unchanged. After 24 hours the 20 Ch catheter was removed and the patient subsequently dismissed. After three months we made uroflowmetry showing a standard maximum flow rate, no PVR and IPSS was < 7.

Conclusions: PLASMAKINETIC BUTTOM TURis with GYRUS SYSTEM is a bipolar electrical vaporization of the prostatic adenoma with a button-appearing electrode working in saline. TURis technique is a potential new alternative way to standard TURP and allows virtually bloodless resections, good tissue removal and a prostatic TURP-like cavity.

In our opinion TURis is an easy to learn technique, much more cost-efficient than laser equipment.

V8

LITOSCULTURA

P. Guitoli, S. Crivellaro, M. Abbinante, B. Frea

Clinica Urologica

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine

Introduzione: Le procedure endourologiche sono spesso ripetitive e la litotrixxia, specie per calcoli voluminosi è noiosa.

La pazienza dell'endourologo viene messa alla prova e in certi casi viene a galla il lato infantile: chi non avrebbe voluto avere certi "giocattoli" da bambino?

Averli da grande può slatentizzare il lato artistico dell'endoscopista.

Il video mostra come si può diventare dei Michelangelo della scultura dei calcoli.

Conclusioni: Lo stress qualche volta è uno sgradito compagno di lavoro.

Cerchiamo di tenerlo lontano per ottenere anche risultati qualitativamente ed esteticamente migliori.

V9

NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA (PCNL) IN POSIZIONE SUPINA IN PAZIENTE CON GRAVE TETRAPARESIS E DEFORMITÀ SCHELETRICA.

I. Kartalas-Goumas[^], E. Itri[^], S. Maruccia[^], F. D'addezio[^], F. Pozzoni[^], C. Gargantini[^], L. Innocenti[^], E. Montanari^{*}, G. Zanetti[^].

[^] U.O.C. di Urologia, Ospedale di Vimercate, Monza Brianza

^{*} Clinica Urologica III, Ospedale San Paolo, Milano

Introduzione: Con questo filmato viene presentata la tecnica di PCNL in posizione supina in una paziente affetta da grave tetraparesi e deformità scheletriche.

Materiali e Metodi: Donna di 60 anni giunta alla nostra osservazione con un quadro clinico di urosepsi su base ostruttiva da calcolosi ureterale lombare e calcolosi renale destra con idronefrosi. La paziente era affetta da grave tetraparesi spastica in esiti di emorragia cerebrale, presentava deformità scheletriche con anchilosi ed era portatrice di tracheostomia e di gastrostomia

percutanea (PEG). I calcoli renali avevano le seguenti caratteristiche: calcolo a stampo pielico di 3,2 x 1,7 cm (3,128 cm²), calcolosi caliciale superiore multipla di 1,9 x 1,7 cm (2,090 cm²) e 1,1 x 0,8 cm (0,534 cm²). Il calcolo ureterale era pari a 2,3 x 1 cm. E' stata prima posizionata una nefrostomia percutanea e poi effettuata una ureterolitotomassi del calcolo ureterale. Infine è stata eseguita una PCNL. A causa della deformità scheletriche e della presenza della tracheostomia e della PEG è stata scelta la posizione supina. La puntura percutanea è stata eseguita sotto guida ecografica-fluoroscopica e il tramite è stato dilatato con la tecnica 'one-shot' con il posizionamento finale di una cannula di Amplatz di 24 Ch. E' stato usato solo un tramite, attraverso il quale sono stati inseriti prima il nefroscopio rigido e poi il nefroscopio flessibile. E' stata utilizzata la litotrixxia mista balistica-ultrasonica e il laser Ho:YAG. La litotomassi è stata effettuata con pinze metalliche e con un cestello in nitinol. Al termine è stata posizionata una nefrostomia 8 Ch e un cateterino ureterale 6 Ch. Non ci sono state complicanze intraoperatorie. Tempo operatorio 2,2 ore.

Risultati: Nel periodo postoperatorio non ci sono state complicanze. La differenza Hb pre e postPCNL è stata di 2,2 mg/dL. La paziente è stata dimessa con il solo catetere vescicale a dimora in 9a giornata post-PCNL. A 3 mesi la TAC ha evidenziato un piccolo residuo di 5 mm.

Discussione: Nel caso illustrato la PCNL in posizione prona non era fattibile. Ci sono pochi casi descritti in letteratura di PCNL in posizione supina nei pazienti con deformità scheletrica. La difficoltà principale consiste soprattutto nella riduzione dello spazio dell'accesso percutaneo. Una attenta valutazione radiologica con la TAC e la ricostruzione tridimensionale dell'anatomia renale con la simulazione dell'accesso percutaneo aiutano a realizzare questo approccio. Il puntamento ecografico inoltre permette di valutare i rapporti anatomici tra il rene e gli organi vicini, spesso alterati a causa delle retrazioni scheletriche.

Conclusione: La PCNL in posizione supina è fattibile e efficace anche nei casi di deformità scheletriche e può permettere di risolvere i casi di calcolosi renale complessa quando la posizione prona è controindicata o non eseguibile.

V10

TRATTAMENTO CON URETERORENOSCOPIA FLESSIBILE RETROGRADA (RIRS) DI CALCOLOSI IN DIVERTECOLO CALICIALE IN MALFORMAZIONE DELLE VIE URINARIE.

I. Kartalas-Goumas[^], E. Itri[^], S. Maruccia[^], F. D'addezio[^], F. Pozzoni[^], C. Gargantini[^], L. Innocenti[^], E. Montanari^{*}, G. Zanetti[^].

[^] U.O.C. di Urologia, Ospedale di Vimercate, Monza Brianza

* Clinica Urologica III, Ospedale San Paolo, Milano Paolo, Milano

Introduzione: Presentiamo il filmato di una infundibolotomia caliciale e litotrixxia laser eseguiti con ureterorenoscopia flessibile in un caso con malformazione delle vie urinarie.

Materiali e Metodi: Si tratta di una donna di 32 anni affetta da calcolosi renale sinistra, doppio distretto completo del rene sinistro, dolore e infezioni recidivanti delle vie urinarie. Il calcolo aveva dimensioni di 1,8 x 1,2 cm ed era localizzato in un diverticolo del distretto inferiore (idrocalice con colletto stenotico) con parenchima assottigliato. Inoltre, era presente reflusso pieloureterale completo nel distretto superiore.

E' stata eseguita una ureterorenoscopia con strumento flessibile senza camicia esterna. Prima è stato inciso con il laser Ho:YAG il colletto caliciale stenotico e poi è stata effettuata la litotrixxia laser con polverizzazione del calcolo. Alla fine e' stato posizionato uno stent ureterale DJ e un catetere vescicale. Il decorso post-operatorio è stato complicato con un quadro di urosepsi, risolto dopo terapia medica. Alla TAC addome di controllo residuavano frammenti caliciali inferiori. 40 giorni dopo è stato effettuato un second-look utilizzando una camicia esterna. Il colletto si era parzialmente stenotizzato per cui è stata effettuata di nuovo l'incisione laser e poi la litolapassi completa dei frammenti residui. E' stato posizionato un cateterino ureterale 6 Ch per tre giorni. Non ci sono state complicanze postoperatorie.

Risultati: Tre mesi dopo la seconda procedura la paziente risulta libera da calcoli per cui è stato possibile pianificare l'intervento di reimpianto ureterale del distretto superiore.

Discussione: La RIRS è una procedura mini-invasiva che può essere utilizzata anche nella calcolosi in malformazioni delle vie urinarie, come nei casi con doppio distretto completo del rene. Inoltre, durante la procedura può essere eseguita l'incisione laser di infundibuli caliciali stenotici senza complicanze emorragiche. Lo svantaggio principale consiste nella probabilità di dover eseguire più procedure per raggiungere gli obiettivi terapeutici. Inoltre, anche se è meno traumatica rispetto alla PCNL, non è esente da possibili complicanze, soprattutto infettive. Nel caso mostrato, malgrado l'antibiotico profilassi, la prima procedura è stata complicata da urosepsi. Una delle probabili cause può essere il fatto che non è stata utilizzata una camicia esterna, la quale può abbassare le pressioni endocavitarie e velocizzare la procedura.

Conclusione: La RIRS è una metodica mininvasiva e può essere utilizzata efficacemente in casi complessi come nella calcolosi in diverticoli caliciali e nelle malformazioni

delle vie urinarie. Malgrado la minor traumaticità rispetto alla PCNL, esiste la possibilità di complicanze, soprattutto infettive. In questi casi complessi e' raccomandato l'utilizzo della camicia esterna.

COMUNICAZIONI/VIDEO

Sala Federico II - 30 Marzo 2012 - 17.30-18.30

C45

MINIMALLY INVASIVE INTRACORPOREAL URINARY DIVERSION AFTER RADICAL CYSTECTOMY IN PATIENTS WITH TRANSITIONAL CELL CARCINOMA OF THE BLADDER

R. Nucciotti, A. Bragaglia, F. Viggiani, F. Mengoni, F.M. Costantini, G. Passavanti, V. Pizzuti

Scuola Internazionale di Chirurgia Mininvasiva, Ospedale Misericordia, Grosseto

Objective: Robot- assisted radical cystectomy (RARC) and laparoscopic radical cystectomy (LRC) are becoming increasingly widespread for the treatment of bladder tumor. We present our technique of intracorporeal urinary diversion and present oncological and functional outcomes focusing specifically on the oncologic parameters and comorbidity of the procedures.

Materials and Methods: Single hospital case series from 2009 to 2011 including 23 selected patients with high grade and/or muscle invasive urothelial cancer of the bladder without clinical evidence of lymph-node involvement and an American Society of Anesthesiologists (ASA) score < 4. Group A (N=16) underwent robotic intracorporeal neobladder after robotic radical cystectomy, whereas group B (N=6) underwent laparoscopic ileal conduit after laparoscopic cystectomy. The two groups were demographically comparable. We evaluated the mean age, clinical stage, operative time, blood loss, intraoperative complications and transfusions, type of diversion, time of catheterization, analgesic consumption, start of oral nutrition, rate of postoperative complications, length of hospital stay, pathologic diagnosis of the specimen, number of lymph nodes removed, and the oncologic outcome.

Results: The mean operative time was 320 minutes (range: 280-380 minutes) for group A and 280 minutes (range: 260-310 minutes) for group B. The mean blood loss was 640 mL (range: 370-810 mL) in group A and 410 mL (range: 300-650 mL) in group B. The mean of lymph nodes removed was 18 (range: 16-21) for group A and 13 (range: 11-16) for group B. Five patients were diagnosed with positive lymph nodes. Surgical margins were clear in all but one patient. Early complications occurred in 8 patients. Median postoperative stay was 14 d (range: 12-18).

Conclusion: Laparoscopy/robotic assisted radical cyst-

nectomy and minimally invasive intracorporeal urinary diversion is a safe procedure, like open surgery, but it offers the advantage of minimal invasiveness, represented by reduced analgesic consumption and early recovery of peristalsis with rapid oral nutrition.

C46

PARTIAL CYSTECTOMY FOR THE TREATMENT OF BLADDER ENDOMETRIOSIS: OPEN AND LAPAROSCOPIC APPROACH IN TERMS OF SURGICAL COMPLICATIONS AND RECURRENCES

A. Minervini¹, A. Antonelli², O. Saleh¹, C. Simeone², A. Sebastianelli¹, A. Tuccio¹, G. Siena¹, A. Mattei³, E. Coccia³, M. Luka, S. Khorrami, S. Cosciali Cunico², M. Carini¹

¹Urologic Clinic I, University of Florence, AOU Careggi

²Division and Cattedra of urology, Spedali Civili di Brescia, University degli studi of Brescia

³Gynecology Department, Perinatology and Human Reproduction, University of Florence, AOU Careggi

Introduction: Endometriosis affects approximately 10% of fertile women and among those, 12% of the cases involve the urinary tract and predominantly the bladder. Bladder Endometriosis is a rapidly increasing disease with important consequences on quality of life. There is no standardization of treatments options. The aim of our study is to retrospectively evaluate the outcome of open and laparoscopic partial cystectomy for endometriosis in terms of complications and recurrence.

Materials and Methods: A retrospective bicentric analysis was performed on all data about endometriosis surgery from 1992 to 2011. We enrolled 52 patients with clinical and instrumental evidence of urological endometriosis. Overall, 30 patients (30/52, 58%) had bladder involvement and of those 7 (7/30, 23%) had concomitant ureteral involvement. Moreover, in 23 patients (23/30, 77%) bladder endometriosis was associated with other pelvic endometriosis localizations (ovarian and Douglas).

Results: All patients were treated with partial cystectomy. The laparoscopic approach was adopted in 19 patients (19/30, 63%) and the open standard procedure was used in 11 patients (11/30, 37%) according to the surgeon preferences and independently from the severity of disease. In 7 cases there was a simultaneous involvement of the ureter that was treated with laparoscopic ureterolysis and removing of periureteral endometriosis in 3 patients while 4 patients had open ureterocystostomy. The mean age of patients at surgery was 39 (range 26-55) years. There were no intraoperative complications and only 1 postoperative complication occurred after laparoscopic partial cystectomy (1/30,

3.3%; bacterial peritonitis in the sixth postoperative day requiring a new surgical procedure to drain multiple abdominal abscesses). After surgery, 8 patients (8/30, 27%) had medical therapy (7 with LHRH analogues and 1 with estroprogestinic drugs). At a mean follow-up of 41 months (range: 6-90), 26 patients were free from recurrence at imaging and asymptomatic (26/30, 87%). In 2 cases, treated by the laparoscopic approach, there was an instrumental and symptomatic recurrence of bladder endometriosis (2/19, 10.5%), while in two patients treated by the open approach there was only a symptomatic recurrence without instrumental evidence of endometriosis (2/11, 18.2%). The mean time to recurrence was 8 months (range 6-11).

Conclusions: Partial cystectomy has proved extremely safe and effective for the treatment of bladder endometriosis (87% clinical and instrumental success). The laparoscopic approach provides excellent surgical results and should be considered a viable alternative to the laparotomic approach for its characteristics of miniinvasivity in young patients undergoing this surgery. However, it is of outmost importance to achieve a complete removal of endometriosis foci to avoid clinical and instrumental recurrences.

C47

COLPOSACROPESSI LAPAROSCOPICA CON IMPIEGO DI MESH IN POLIPROPILENE: NOSTRA ESPERIENZA.

A. Delle Cave, G. Lotrecchiano, A. Quaranta, E. De Fortuna, V. Tripodi, F. Attanasi e L. Salzano

Dipartimento di Scienze Chirurgiche – Unità Operativa Complessa di Urologia – A.O.R.N. "Rummo" – Benevento – Direttore: L. Salzano

L'obiettivo della chirurgia pelvica ricostruttiva è ripristinare l'anatomia, la funzione del tratto urinario inferiore e la funzione sessuale e migliorare la qualità di vita a lungo termine.

La colposacropessi (csp) è l'intervento volto a ripristinare l'anatomia del pavimento pelvico.

Per tale intervento utilizziamo presso la nostra Divisione mesh in polipropilene sia dopo intervento di Isterectomia sia preservando l'utero.

Dopo isterectomia utilizziamo 2 mesh rettangolari, dopo ampia preparazione delle pareti vaginali anteriore e posteriore e del promontorio sacrale.

Le mesh vengono retroperitoneizzate.

Preservando l'utero la mesh anteriore viene sagomata ad Y mentre la posteriore a rettangolo.

Tale tecnica veniva effettuata presso la nostra struttura in chirurgia open, ma da circa 3 anni viene eseguita in videolaparoscopia.

Abbiamo effettuato negli ultimi 3 anni, 6 colposacropessi

ssi e 10 istero-colposacropessi laparoscopiche. Le differenze principale tra le tecniche open e laparoscopica riguardano i tempi operatori ancora leggermente più lunghi in laparoscopia e la più breve degenza dopo tale tecnica. Il dolore post-operatorio è minimo, la mobilitazione è più precoce così come l'alimentazione. Il rischio di perdite ematiche intraoperatorie è veramente minimo.

I risultati funzionali sono invece sovrapponibili.

La colposacropessi è al momento il gold standard nel trattamento del prolasso della volta vaginale sia in tecnica open che, nella nostra esperienza, in videolaparoscopia.

C48

TRANSPERITONEAL DEVICELESS HAND-ASSISTED LAPAROSCOPIC PROCEDURE: OUR EXPERIENCE

A. Vavallo, F.P. Selvaggi, G. Lucarelli, S. Forte, M. Matera, P. Ditunno, C. Bettocchi, M. Tedeschi, M. Falagario, S. Impedovo, F. Giangrande, M. Battaglia

Università degli studi di Bari – Dipartimento dell’Emergenza e dei Trapianti d’Organo (DETO) – Sezione ed U.O.C. di Urologia e Trapianto di Rene – Az. Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari

Introduction: nowadays, the role of minimally invasive surgery, including hand assisted and full laparoscopic procedure, is well established and tends to replace open surgery at many institutions. Deviceless hand-assisted laparoscopic (DHAL) procedure is an alternative surgical technique that relies on the classic laparoscopic approach. We report a retrospective experience to compare the outcome of this operative procedure at our institution.

Materials and methods: we retrospectively reviewed 57 patients who underwent DHAL living donor nephrectomy (n=25), DHAL adrenalectomy (n=8), DHAL nephrectomy and nephroureterectomy (n=24) between April 2006 and December 2008. Demographic data, operative time, side, estimated blood loss and length of hospital stay were recorded. DHAL procedure was initially experimented in the removal of adrenal masses larger than 8 cm, in several radical nephrectomies and nephroureterectomies. Nowadays, we use this technique also for living donor nephrectomy.

Results: in DHAL adrenalectomy, the mean surgical time was 96 minutes (70-120) with a average blood loss of 40 cc (50-200) and mean hospital stay of 4 days (2-12). In DHAL nephrectomy and nephroureterectomy the mean surgical time was 142 minutes (100-220); in one case requiring conversion to open surgery for intraoperative bleeding. The mean hospital stay was 5,5 days (4-10). Finally, in DHAL living donor nephrec-

tomy operative time ranged from 60 to 250 minutes (means=105); average estimated blood loss was 100 ml (50-200); in one case requiring conversion to open surgery for a renal vein lesion. Mean hospital stay was 4 days (3-6).

Discussion and conclusion: laparoscopic approach is becoming a gold standard for many urological procedures. However, the adoption of this technique by general urologists still limited by lengthy operative time, a steep learning curve and need of experienced surgeon. After the first nephrectomy reported by Nakada et al in 1997, hand assisted laparoscopy and retroperitoneoscopic approaches have been used to treat most of urological pathology, in particular when an incision approximately the size of the hand access port must be made at the end of the procedure to retrieve the specimen. Therefore, the opportunity to decrease the laparoscopy learning curve, the tactile feedback, the ability to better control bleeding by manual compression, shorter hospital stay and cost saving compare to pure laparoscopy and device hand assisted laparoscopy make this DHAL procedure a good technique both for kidney recovery for transplantation both for nephrectomy and for adrenalectomy.

C49

LAPAROSCOPIA RETROPERITONEALE SINGLE-PORT: ESPERIENZA IN BIOPSIE RENALI

R. Galli, A. Zordani, S. Micali, M. Rosa, A. Territo, M. C. Sighinolfi, G. Bianchi

Dipartimento di Urologia, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia

Scopo: La laparoendoscopia Single-Port (LESS) è stata sviluppata nel tentativo di ridurre ulteriormente la morbidità e le cicatrici associate alla chirurgia laparoscopica. Riportiamo la nostra esperienza in 10 procedure di biopsia renale.

Materiali e Metodi: La biopsia renale laparoendoscopica single-port è stata eseguita in 10 pazienti tra 40 e 79 anni di età (età media 63.3) durante un periodo di 36 mesi. Il paziente viene posizionato in decubito laterale standard. La procedura è stata eseguita usando una tecnica Single.Port per via retroperitoneale, con una porta laparoscopica 10-12mm (SILS port) posizionata a livello della linea ascellare media. Delle pinze da biopsia sono state usate per raccogliere il campione sotto visione diretta e l'emostasi è stata ottenuta tramite Argon e garze di cellulosa.

Risultati: La biopsia è stata eseguita con successo in tutti i casi. Il tempo operatorio medio è stato 25 minuti, la perdita ematica è stata minima e il tempo di ospedalizzazione da 0 a 1 giorno (le ultime 4 procedure sono state eseguite in regime di Day-Hospital).

Conclusioni: La tecnica laparoendoscopica Single-Port (LESS) è sicura, affidabile (100% di successo), facile da imparare e può offrire al paziente benefici cosmetici soggettivi in un tempo operatorio ragionevole. La minima ospedalizzazione necessaria dopo una biopsia renale LESS è un ulteriore vantaggio rispetto alla biopsia renale laparoscopica, ma soprattutto rispetto alla chirurgia open.

C50

NEURINOMA SACRALE CAUSA IDRONEFROSI: EXERESI LAPAROSCOPICA

S. Giona, F. Soria, F. Peraldo, A. Gurioli, M. Oderda, D. Garbossa, P. Gontero.

Università degli studi di Torino, Divisione di Urologia-1 e Divisione di Neurochirurgia, Ospedale Molinette, Torino.

Introduction and objectives: il neurinoma è un tumore benigno derivante dalle cellule di Schwann, le cui principali sedi di insorgenza extracranica sono localizzate a livello del tratto dorsale (80%) e cervicale (8%) della colonna spinale. Origina prevalentemente a livello delle radici posteriori dei nervi spinali, a cui la capsula rimane tenacemente aderente e dalle quali risulta difficilmente dissociabile. Si tratta di neoplasie frequentemente asintomatiche, talvolta una sintomatologia da lesione occupante spazio può costituirne la principale manifestazione clinica, spesso costituita da algie di tipo radicolare ad andamento lento e progressivo.

Tools and methods: presentiamo il caso di una donna di 71 anni che negli ultimi mesi aveva presentato diversi episodi di IVU. Durante gli accertamenti ETG si era rilevata una modesta calicopielectasia a livello del rene destro, in assenza di immagini di ostacolo a livello delle vie urinarie. È stata pertanto posta indicazione all'esecuzione di una TC che ha dimostrato la presenza di una massa ovalare di 4 x 4 cm a livello del tratto sacrale dell'uretere pelvico, in continuità con il secondo forame sacrale destro. La successiva indagine diagnostica mediante RMN era fortemente indicativa per neurinoma. Gli accertamenti preoperatori non avevano posto controindicazioni all'intervento, che è stato condotto per via laparoscopica con la consulenza esterna del neurochirurgo. Si è posizionata l'ottica 30° in sede sovraombelicale, due trocar in sede pararettale bilateralmente e la quarta porta in sede iliaca destra. Si è proceduto per via trans-peritoneale all'isolamento dell'uretere lombare fino all'incrocio con i vasi iliaci. Si è conseguentemente raggiunta la massa sospetta in sede retro-ovarica destra e si è proceduto alla sua exeresi, previo isolamento circonferenziale e scollamento della sua capsula. L'emostasi dell'abbondante

letto vascolare peri-tumorale, dipendente dall'arteria sacrale media, è stata raggiunta mediante l'utilizzo di un elettrodo bipolare e con l'apposizione di Floseal e Tabotamp a ridosso del osso sacro.

Results: il decorso post-operatorio è stato regolare, senza complicanze. La paziente è stata dimessa in sesta giornata postoperatoria.

Discussion and conclusions: l'approccio laparoscopico ha permesso di eseguire l'exeresi della neoplasia in condizioni di ottimale visibilità e controllo emostatico a livello del letto tumorale; ha inoltre consentito un minore stress chirurgico e una rapida ripresa postoperatoria.

C51

TRANSPERITONEAL LEFT LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY WITH TRANSMESOCOLIC ACCESS TO THE PELVIOURETERIC JUNCTION: TECHNIQUE DESCRIPTION AND RESULTS

R. Nucciotti, V. Pizzuti

U.O. Urologia Ospedale Misericordia Grosseto

Purpose: We present our experience with dismembered left-sided pyeloplasty using a transmesocolic technique as a way to reduce operative time and facilitate repair by avoiding colon displacement.

Patients and Methods: Between January 2011 and July 2011, a total of 3 transmesocolic laparoscopic pyeloplasties were performed by the same surgeon at our institution. The mean patient age was 39.2 years (range 21-48 years). Operative records and follow-up were reviewed.

Results: A dismembered Anderson-Hynes pyeloplasty was carried out. Crossing vessels were observed in 1 patient. A ureteral stent was left in all patients. The mean operative time was 88.6 minutes (range 60-125 minutes), and blood loss was minimal. Compared with classic transperitoneal laparoscopic left pyeloplasties, transmesocolic cases showed a significant reduction in operative time (88.6 minutes v 117 minutes; $P < 0.05$). There were no intraoperative complications or open conversions. The mean hospital stay was 2.1 days (range 2-3 days).

Conclusions: The transmesocolic approach to a dilated left pelvis enables a shorter operative time without increasing morbidity. More patients and longer follow-up are necessary to determine its effect on convalescence. This approach should be considered for all patients with left primary PUJ obstruction who are eligible for a LP and especially for slim patients or patients with a large renal pelvis.

C52

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA 3D DI QUARTA GENERAZIONE: RISULTATI PRELIMINARI.

P. Bove, F. De Carlo, E. Finazzi Agrò, V. Iacovelli, R. Miano, G. Vespasiani

Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Introduzione: Questo è il primo studio pilota prospettico che compara la procedura di prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale effettuata usando un sistema tradizionale di visione bidimensionale (2D), con la stessa procedura eseguita attraverso un sistema di visione tridimensionale (3D) di 4th generazione.

Materiali e Metodi: Da Settembre 2010 a Marzo 2011, abbiamo esaminato 40 pazienti, operati consecutivamente, sottoposti ad un intervento di prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale. 20 pazienti sono stati trattati utilizzando il laparoscopia 2D (2D-HD Storz® - Gruppo 2D), mentre 20 pazienti sono stati trattati utilizzando un laparoscopia 3D (3D-HD Viking® - Gruppo 3D). I dati pre-operatori, le complicanze post-operatorie precoci e peri-operatorie inclusi i risultati funzionali a breve termine correlati con il recupero della continenza, sono stati analizzati e comparati tra i due gruppi.

Risultati: I due gruppi erano paragonabili per quanto riguarda l'età media, il PSA, il punteggio di Gleason e lo stadio clinico di malattia. Le perdite ematiche, seppur non statisticamente significative, sono risultate minori nel Gruppo 3D (532 vs 383 ml nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). Sono state osservate differenze statisticamente significative rispetto al tempo operatorio (241 minuti nel Gruppo 2D e 162 minuti nel gruppo 3D; $p=0,00$), al tempo di esecuzione dell'anastomosi (32 minuti per il Gruppo 2D e 24 minuti per il Gruppo 3D; $p=0,03$) e al numero di punti usati per l'anastomosi (6,45 punti per il Gruppo 2D e 5,65 punti per il gruppo 3D; $p=0,018$). Si sono osservate minime differenze per quanto riguarda la degenza ospedaliera con risultati migliori per la 3D (7,6 vs 5,5 nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). Non si sono osservate differenze statistiche tra i due gruppi per quanto riguarda il tempo di cateterizzazione, il tempo di permanenza del drenaggio o le complicanze post-operatorie. La localizzazione e la frequenza dei margini chirurgici positivi erano comparabili nei due gruppi (10% e 5% nei Gruppi 2D e 3D rispettivamente). La percentuale di pazienti continenti è risultata più elevata nel Gruppo 3D 70, 85 e 95% vs 45, 55 e 70% a 1, 3 e 6 mesi nei Gruppi 3D e 2D rispettivamente).

Conclusioni: Questo studio preliminare ha mostrato che il sistema di visione 3D-HD di 4th generazione offre

alcuni vantaggi chirurgici rispetto al sistema classico di visione bidimensionale. I nostri dati suggeriscono inoltre un trend in miglioramento sia per quanto riguarda le perdite ematiche che per la precoce ripresa della continenza post-operatoria, pur rispettando la radicalità oncologica. Saranno comunque necessari ulteriori studi randomizzati per confermare i dati ottenuti e per valutare il follow-up oncologico e i risultati funzionali a medio e lungo termine.

V11

ENUCLEAZIONE LASER DELLA PROSTATA (HOLEP): PRESENTAZIONE DI UN VIDEO E NOTE DI TECNICA DI ESECUZIONE

G. de Rienzo, G. Giocoli Nacci, G. Galeone, I. Intermite, A. Venneri Becci, V. Pagliarulo, A. Pagliarulo

La HOLEP è una procedura presentata per la prima volta da Gilling e Fraundorfer nel 1995. Da tale data ha subito alcune modifiche atte a semplificarne l'esecuzione (morcellatore) e migliorarne i risultati funzionali.

Presso la nostra unità operativa tale procedura è eseguita dal 2009. All'inizio condotta secondo le indicazioni di Gilling, essa è stata da noi successivamente modificata seguendo anche le note di tecnica di Placer, con un approccio retrogrado postero-anteriore. Tale evoluzione ci ha consentito di ridurre le percentuali di incontinenza da sforzo postchirurgica che, pur essendosi nella nostra esperienza sempre risolta entro 6 mesi dalla chirurgia, è una complicanza piuttosto noiosa che costituisce l'essenza della morbidità postoperatoria della HOLEP. Con questo approccio le percentuali di incontinenza postoperatoria si sono ridotte dal 22,5% al 10,5%, in linea con i dati della letteratura. Presentiamo il video di una HOLEP eseguita in una prostata del volume complessivo di 90ml, a testimonianza che essa è efficiente ed eseguibile anche nelle prostate di maggior volume. Particolare risalto abbiamo posto alla individuazione dello sfintere uretrale e dei meati ureterali all'inizio e durante l'intera procedura, nonché ad alcuni accorgimenti atti ad evitare la perforazione capsulare, una complicanza minore che però, a nostro avviso è responsabile di una accentuazione dei disturbi del riempimento nel postoperatorio nonché accresce il sanguinamento intraoperatorio.

V12

NEFRO-URETERECTOMIA LAPAROSCOPICA CON AS-PORTAZIONE DI CUFFIA VESCICALE MEDIANTE ENDO-GIA VASCOLARE. DESCRIZIONE DELLA TECNICA.

V. Pagliarulo^a, G. Giocoli Naccia, G. Galeone^a, F. Chi-

aradiaa, A. Venneri Beccia, A. Pagliarulo^a

^a Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO)

Nello scegliere l'approccio laparoscopico nel trattamento di neoplasie delle alte vie escrettrici, intervento di per sé complesso e ad elevata comorbidità, il chirurgo deve sempre considerare che a un chiaro vantaggio nella gestione delle condizioni postoperatorie del paziente, si contrappone la necessità di incontrare i criteri di radicalità richiesti dalla malattia oncologica che l'approccio laparotomico può assicurare.

L'intervento viene eseguito con il paziente in decubito laterale a 90° rispetto al letto operatorio. Inserimento di trocar ottico ombelicale da 10 mm e posizionamento sotto visione diretta di altri 3 trocars fino a configurare un rombo. Di questi trocar, in posizione opposta al trocar ottico si utilizza un trocar da 12 mm, mentre gli altri sono da 5 mm. L'intervento si compone di una fase renale che ripropone la classica tecnica laparoscopica della nefrectomia semplice o radicale. Successivamente si procede alla dissezione dell'uretere fino al suo tratto distale. Il reperimento della vescica viene facilitato tappando preventivamente il catetere e causando la replezione della stessa. In questo video si mostra lo scollamento della vescica in sede perimeatale in modo da garantire l'isolamento e la successiva resezione di una sufficiente area di vescica perimeatale. Tale resezione viene eseguita in maniera impermeabile mediante l'uso del dispositivo Endo-GIA vascolare che garantisce la radicalità oncologica dell'intervento impedendo il potenziale spilling di cellule neoplastiche. Il presente video ripropone in maniera didattica le varie fasi di questo intervento routinariamente eseguito presso il nostro centro di urologia.

VIDEO

Sala Svevi - 30 Marzo 2012 - 17.30-18.30

V13

NEFRECTOMIA SEMPLICE LAPAROSCOPICA CON TECNICA IBRIDA NOTES/MINILAP IN RENE CON ECTOPIA PELVICA

F. Varvello, M. Favro, M. Tarabuzzi, A. Volpe A. e C. Terrone

Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara

Introduzione: Descriviamo il caso di una paziente dializzata, candidata a trapianto renale, portatrice di rene sinistro idronefrotico con ectopia pelvica. Con l'obiettivo di rimuovere una possibile causa di

infezione, di liberare la pelvi e di rendere accessibili per il trapianto entrambi gli assi vascolari è stata programmata la nefrectomia laparoscopica.

Descrizione: Vengono utilizzati mini trocar che consentono l'ingresso di strumenti da 3 mm. L'ottica da 5 mm viene inserita attraverso un classico trocar da 6 mm. Indotto lo pneumoperitoneo con ago di Veress in sede ombelicale si inserisce sotto vista il trocar ottico. Altri due trocar da 3 mm vengono inseriti a formare la consueta triangolazione. Esposto lo scavo del Douglas viene introdotto per via transvaginale a livello del fornice posteriore un trocar da 12 mm. L'isolamento del rene ectopico inizia mediante la sezione del foglietto peritoneale sovrastante. Si isola per via smussa il peduncolo renale inferiore. I vasi di minor calibro vengono coagulati e sezionati. Attraverso il trocar transvaginale si introduce clippatrice automatica che consente di assicurare i vasi di maggior calibro prima della sezione. Analoga procedura si effettua dopo aver isolato il peduncolo superiore.

Anche l'uretere viene clippato e sezionato. Completato l'isolamento del rene viene introdotto l'endobag attraverso il trocar transvaginale e il rene viene inserito all'interno. L'endobag viene quindi estratto per via transvaginale previo breve ampliamento dell'incisione per il trocar da 12 mm.

Viene inserito un drenaggio in sede ombelicale e la breccia vaginale viene suturata dall'esterno.

Conclusioni: La tecnica descritta può essere adottata in casi particolari e si riferisce ai principi della "scarless surgery". L'utilizzo della porta introdotta per via vaginale consente di eseguire la procedura in sicurezza permettendo l'introduzione di strumenti da 12 mm.

V14

NARROW BAND IMAGING (NBI) ASSISTED BIPOLAR TURBT in Villa Tiberia centre

R. Giulianelli, S. Brunori, B. C. Gentile, G. Vincenti, S. Nardoni*, T. Shestani, L. Mavilla, L. Albanesi, F. Attisani, G. Mirabile, F. Pisanti, M. Schettini

Division of Urology - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

*Histopathological Service - Villa Tiberia Clinic - Rome - Italy

Introduction: Narrow Banding Imaging (NBI) was developed with the goal of enhancing the definition of small lesions of the bladder that could be missed during White Light Endoscopy. The purpose of this video was to evaluate the ability to identify the non-muscle invasive bladder cancer by comparing the predictive power of the white light cystoscopy to the NBI cystoscopy versus endoscopic resection toward the white light into one with NBI.

Materials And Methods: In Villa Tiberia's centre from June 2010 to June 2011, 482 patients, 301 male and 181 female, with non-muscle invasive bladder were underwent NBI Bipolar TURBT in our centre. All patients underwent preoperative cystoscopy with white light, with topographic characterization of the sites where they were present neoplasms or suspicious lesions, followed by a similar evaluation with use of NBI. We then subjected all patients to the removal of the lesions identified previously performed with the aid of white light, which was followed by the use of light NBI for resection of the bed and surgical margins. All the removed material was sent separately for histological evaluation, reproducing on a paper topographic map areas of resection.

Results/Conclusions: The combination of white light and the use of light NBI

V15

ENUCLEORESEZIONE LAPAROSCOPICA CON CLAMPAGGIO ARTERIOSO SELETTIVO

A. Di Domenico, F. Varvello, P. De Angelis, E. De Lorenzis, R. Tarabuzzi R., A. Volpe e C. Terrone

Azienda ospedaliero-universtaria "Maggiore della Carità" di Novara

Introduzione: L'enucleoresezione laparoscopica è considerata un intervento complesso. Il tempo di ischemia calda rappresenta un punto critico nel confronto con le tecniche a cielo aperto. La tecnica ischemia-zero prevede il clampaggio selettivo del ramo arterioso responsabile della vascolarizzazione tumorale, con l'obiettivo di minimizzare l'ischemia del rene sano. Descriviamo due casi eseguiti con tale tecnica.

Descrizione: Nel primo caso si tratta di un tumore di 2 cm del rene sinistro situato sul margine antero laterale del polo inferiore. Tramite attenta dissezione del peduncolo si isola l'arteria renale principale fino alla sua prima ramificazione. Il ramo posteriore viene isolato e sospeso con loop vascolare. Si pianifica il margine di resezione demarcando con il monopolare il contorno della lesione. La ramificazione anteriore dell'arteria viene clampata con mini bulldog. La lesione viene enucleata. La midollare viene suturata in continua fissando con Hem-o-lok alla capsula del rene il primo e l'ultimo passaggio. Si rimuove la bulldog e si procede con la sutura della breccia. Al termine viene applicato FloSeal sulla rima di sutura.

Nel secondo caso si tratta di un tumore di 3,5 cm del rene sinistro situato sul labbro anteriore del polo inferiore. La ricostruzione mostra il piccolo ramo arterioso diretto verso il tumore. Il peduncolo del rene è stato preparato isolando l'arteria renale fino alle sue diramazi-

oni di primo e secondo ordine. Il piccolo ramo diretto verso il tumore viene così clampato selettivamente con mini bulldog.

La lesione viene rimossa. Con la pinza bipolare si coagulano piccole arterie del letto di resezione.

Mediante iniezione di blu di metilene attraverso un cateterino ureterale si evidenzia l'infrazione della via escretrice che viene successivamente corretta mediante sutura della midollare. La bulldog viene rimossa. La breccia corticale viene suturata con punti fermati a Hem-o-lok. Infine si utilizza FloSeal per il perfezionamento dell'emostasi.

Conclusioni: Lo studio preoperatorio dell'anatomia vascolare renale mediante utilizzo delle immagini TC con ricostruzioni 3D permette una corretta pianificazione dell'intervento. Il clampaggio selettivo del ramo arterioso diretto al tumore consente di eseguire in sicurezza l'enucleoresezione riducendo al minimo l'insulto ischemico.

V16

NOTES RADICAL PROSTATECTOMY: PRELIMINARY EX- VIVO EXPERIENCE

S. Micali, B. Duty*, G. Isgrò, R. Galli, E. Martorana, L. R. Kavoussi*, G. Bianchi

Department of Urology, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

**Arthur Smith Institute for Urology, North Shore-Long Island Jewish Health System, New Hyde Park, NY 06883, USA*

Introduction: Recently natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) has been evaluated also for Urological surgery.

Purpose: Present our preliminary experience of NOTES radical prostatectomy.

Material and Methods: In April 2011 five NOTES radical prostatectomy were performed. Corpses were placed in lithotomic position. Equipment used consisted of: 22 ch cystoscopes (Karl Storz Endoskope), 7 ch stabilizing catheter (Cook Medical Inc.), 100 W Revolix Thulium laser (Dimed, LISA laser products). Urethrovesical anastomosis was performed using a 27 ch nephroscope with 5 mm working channel and SR5 suture device (LSI Solutions). Prostatic dissection started at 7 o'clock and carried out until the prostatic apex, the periprostatic fat and the levator ani muscle fibres were visualized, the dissection is continued from 7 to 11 o'clock. The left lobe of the prostate in dissected starting at 5 o'clock in an anticlockwise fashion. After seminal vesicles dissection from the posterior wall of the bladder, the remnants attachment between prostate and bladder neck wereresected and the specimen was

pushed into the bladder. Ureterovesical anastomosis was performed using four 2-0 polyglactone interrupted sutures with extracorporeal knots that were seated using a knot pusher.

Results: Mean operative time was 184 ± 78 minutes; pathological examination demonstrated showed a radical excision of the gland though assessment of the neurovascular bundles was not possible.

Conclusion: NOTES radical prostatectomy is technically feasible in an ex vivo model. Clinical application of this technique is subject to careful patient selection.

V17

NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA (PCNL) SUPINA IN RENE A FERRO DI CAVALLO CON ACCESSO SOTTOCOSTALE SUPERIORE DIRETTO.

Kartalas-Goumas Ioannis[^], Itri Emanuele[^], Maruccia Serena[^], D'addezio Franco[^], Pozzoni Fabrizio[^], Gargantini Costantino[^], Innocenti Lorenzo[^], Montanari Emanuele^{*}, Zanetti Gianpaolo[^].

[^] U.O.C. di Urologia, Ospedale di Vimercate, Monza Brianza

^{*} Clinica Urologica III, Ospedale San Paolo, Milano

Introduzione: Presentiamo il filmato della PCNL in posizione supina in rene a ferro di cavallo.

Materiali e Metodi: Si tratta di un uomo di 44 anni affetto da calcolosi renale sinistra in rene a ferro di cavallo. La calcolosi era a stampo dell'infundibolo caliciale superiore ($2 \times 1,8$ cm - superficie $2,08$ cm²) multipla del gruppo caliciale superiore ($0,9 \times 0,5$, $0,9 \times 0,5$, $1 \times 0,9$) e pielica ($1,1 \times 1$ cm). Il paziente è stato sottoposto a una procedura di PCNL in posizione supina obliqua secondo Valdivia. Sotto guida ecografica - fluoroscopica è stato effettuato un unico accesso percutaneo sottocostale diretto del gruppo caliciale superiore del rene sinistro. Il tramite è stato dilatato con il palloncino pneumatico fino a 24 Ch ed è stata posizionata una cannula di Amplatz 24 Ch. Prima è stata eseguita una nefroscopia con strumento rigido effettuando la litotrixxia mista ballistica e ultrasonica della calcolosi del gruppo caliciale superiore e dell'infundibolo. Dopo l'asportazione dei frammenti, è stato introdotto un nefroscopio flessibile con il quale è stata raggiunta la pelvi renale. Il calcolo pielico è stato frammentato con la litotrixxia laser Ho:YAG e i frammenti sono stati asportati con un cestello in nitinol di 2.2 Ch. Infine è stata effettuata l'asportazione di alcuni frammenti dislocati nel calice medio. Alla fine della procedura è stato posizionato uno stent ureterale DJ e una nefrostomia 8 Ch.

Risultati: Non ci sono state complicanze intra o postoperatorie. La nefrostomia è stata rimossa in seconda

giornata. Lo stent è stato rimosso dopo due settimane. Al follow up di tre mesi il paziente era libero da calcoli nella Rx addome e nell'ecografia renale.

Discussione: La calcolosi renale nel rene a ferro di cavallo può essere una sfida per l'urologo. La diversa anatomia topografica e della vascolarizzazione renale, e disposizione spaziale e orientamento dei calici rendono l'accesso percutaneo più difficile. La posizione supina offre dei vantaggi rispetto alla prona ma è stata criticata per lo spazio ridotto all'accesso percutaneo e per la difficoltà di accedere al calice superiore. Malgrado queste difficoltà, il trattamento percutaneo della calcolosi del rene a ferro di cavallo può essere fattibile ed efficace, soprattutto se vengono impiegati strumenti flessibili.

Conclusioni: La PCNL supina nella calcolosi del rene a ferro di cavallo è fattibile ed efficace, soprattutto se associata all'uso della strumentazione flessibile.

V18

LA PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA KNOTLESS

V. Lorusso¹, S. Lioi¹, F. D'Amico¹

¹ Azienda Regionale San Carlo - Potenza (Potenza)
Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo -Potenza
UOC Urologia – UOS Laparoscopia Urologica
Resp: Dott. V. Lorusso.

Introduzione: Nel video riportiamo l'esperienza di trattamento preliminare di stenosi del giunto pieloureterale mediante pieloplastica videolaparoscopica transperitoneale condotta con sutura senza nodi (knotless) - L'ureteropieloplastica dismembered costituisce il gold standard terapeutico nel trattamento dell'ostruzione del giunto pieloureterale, con percentuale di successo del 90-95%. Sono state eseguite 5 procedure sec. Anderson Hynes con accesso transperitoneale. Esponiamo la tecnica di anastomosi eseguita con sutura knotless-

Descrizione del video: Il video mostra i momenti operatori dell'intervento:

- Posizionamento via cistoscopica di cateterino ureterale in sede sottogiungale e fissato con cerotti al catetere uretrale,
- posizione lombotomica con spezzatura,
- posizionamento di un trocar di Hasson da 12 mm in sede pararettale o ombellicale in pazienti magri per intenti estetici, e 2 trocars da 5 mm in sede sottocostale ed in fossa iliaca,
- Creazione pneumoperitoneo
- Incisione della doccia parietocolica e preparazione dello spazio retroperitoneale
- Isolamento dell'uretere prossimale e della pelvi renale
- Pielotomia e riduzione della pelvi esuberante
- Sezione e spatulamento dell'uretere

.Confezionamento parziale dell'anastomosi pielo-ureterale

.Posizionamento per via retrograda di stent ureterale tipo doppio J su guida idrofilica introdotta attraverso cateterino ureterale introdotto per via cistoscopica

.Completamento dell'anastomosi knotless

-controllo controllo emostasi e rimozione pneumoperitoneo e trocar, sutura porte.

Risultati: Il successo è stato definito sulla base degli studi di immagine (riduzione o scomparsa dell'idronefrosi all'ecografia e all'UROTIC o urografia), in base agli studi funzionali (miglioramento della scintigrafia) o in base ai risultati clinici (scomparsa del dolore).

Le complicanze intraoperatorie sono state classificate secondo Satava in 3 gradi:

Satava Grado 1 0 Satava Grado 2 risalimento dello stent in 2 casi con necessità di recupero ureteroscopico 2 ,Satava Grado 0

Le complicanze post-operatorie sono state classificate con il grading di Clavien :

Grado I 0, Grado II 0, Grado IIIa 2 ureteroscopia per stent risalito in uretere pelvico, Grado IIIb, Grado IV Grado V 0.

La presenza di vaso anomalo si è verificata 1 caso ed è stato scrociato; In 1 caso si associava calcolosi pelvica e/o caliciale.

Il tempo medio dell'intervento è stato di 175 minuti (160-195). Tutti i pazienti sono stati dimessi in 3a giornata postoperatoria dopo rimozione catetere e non si sono registrate complicanze postoperatorie. Alla rimozione dello stent ureterale avvenuta a 30 giorni dall'intervento nessun paziente mostra segni diretti o indiretti di recidiva.

Conclusioni: Tutti gli interventi sono stati completati con tecnica di sutura knotless .Non si sono registrate complicanze intraoperatorie e postoperatorie ad eccezione di risalimento dello stent in 2 casi con necessità di recupero ureteroscopico.

L'esperienza preliminare dei nostri dati indica che la percentuale di complicanze della pieloplastica laparoscopica knotless è bassa, che la più grave e' legata alle complicanze da stent (stent-sindrome) che non dipende né esperienza del chirurgo, né dal grado di idronefrosi, né dalla presenza di vasi anomali o di nefrolitiasi associata e né dal tipo di pieloplastica effettuata e in particolare né dal tipo di sutura utilizzata.

V19

SURRENECTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA PER FEOCROMOCITOMA

F. Varvello, M. Zacchero, D. Giraudo, R. Tarabuzzi, A. Volpe e C. Terrone

Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara

Introduzione: Presentiamo il caso di un uomo di 73 anni, normoteso, con riscontro incidentale di feocromocitoma surrenalico destro di 8 cm.

Descrizione: Per il sollevamento del fegato viene applicato un trocar da 12 mm che consente l'ingresso del retrattore. Prima di completare l'introduzione dei trocar vengono lisate alcune aderenze coloparietali.

Si identifica la massa surrenalica che impronta il peritoneo sottoepatico. Il primo tempo consiste nella delicata medializzazione del duodeno. Si incide il peritoneo sottoepatico e si procede alla dissezione delle aderenze tra il fegato e la massa surrenalica. Si identifica la parete della vena cava e la confluenza della vena renale destra. La dissezione procede cranialmente verso la confluenza della vena surrenalica. Alcuni piccoli rami arteriosi e venosi posteriori di pertinenza surrenalica vengono clippati e sezionati. La vena surrenalica viene isolata, assicurata con clip metalliche e sezionata. Si procede alla separazione del margine supero-mediale del rene dalla loggia surrenalica. Le ultime connessioni posteriori, comprendenti piccoli rami arteriosi, vengono clippate e sezionate. Il pezzo viene introdotto in endobag e infine si applica drenaggio.

Conclusioni: Una adeguata esperienza laparoscopica sulla loggia renale consente di eseguire in sicurezza base ai risultati clinici (scomparsa del dolore).

V20

VIDEOLAPAROSCOPIC TREATMENT OF TRIGONAL BLADDER ENDOMETRIOSIS COMPRESSING THE PELVIC URETER: CLINICAL CASE REPORT

A. Tuccio, A. Minervini, O. Saleh, *I. D'Amato, A. Sebastianelli, M. Salvi, A. Mantella, M. Luka, G. Siena, A. Crisci, *M.E. Coccia, S. Serni, M. Carini.

*Urologic Clinic I, University of Florence, AOU Careggi
Gynecology Department, Perinatology and Human Reproduction, University of Florence, AOU Careggi

Introduction and Objectives: We present a deep endometriosis clinical case study involving the trigonal area of the bladder and pelvic ureter, treated with laparoscopic partial cystectomy and ureterolysis up to its intramural tract.

Materials and Methods: A 35 years old patient, suffering from severe dysmenorrhea, dyspareunia and non-specific urinary symptoms for 8 years, which increased in the last months.

Trans vaginal ultrasound, abdominal MRI showed the presence of a 3 cm nodular lesion in the trigonal area that involved the posterior bladder wall in its entire depth, with no evidence of ureteral involvement. No evidence of hydronephrosis. The exams also revealed

a 4 cm macronodular non homogeneous lesion of soft tissue with defined limits on the left pararectal, paracervical area, attached to the cervix and an ovarian nodule consistent with the diagnosis of deep pelvic endometriosis. Cystoscopy confirmed the presence of a trigonal endometriosic nodule close to the left ureteric orifice. Hysterosalpingography and colonoscopy were negative.

The patient had laparoscopic ovarian nodule removal associated with partial cystectomy (bladder endometriosis excision) and ureterolysis. After the excision of bladder endometriosis, double J stent positioning was attempted to protect the left ureteric orifice during bladder closure. Bladder closure with single Vycirl 2/0 sutures was done.

Results: Operative time was 240 min. No intra or post operative complications were observed. Abdominal drain tube was removed at postoperative day 7 and the patient was discharged. Urinary catheter was removed at postoperative day 14 without performing cystography. Ureteral stent was removed 4 weeks after surgery. At 6 months follow up done by TV and abdominal ultrasound the patient is asymptomatic with no signs of recurrence.

Conclusions: Laparoscopic partial cystectomy can be performed even for bladder endometriosis involving the trigonal area in proximity to the ureteric orifices. In such cases a double J stent should be placed as the first step of the procedure as a ureteric extrinsic obstruction should be expected even if no signs of hydronephrosis were present. However, the laparoscopic approach allowed for a precise and fine isolation of the non stented ureter up to the intramural tract and for periureteric and paracervical endometriosis excision without the need for ureteric reimplantation.

V21

LAPAROSCOPIC AND ROBOT-ASSISTED TUMOR ENUCLEATION FOR THE TREATMENT OF CORTICOMEDULLAR RCC

A. Minervini, G. Siena, A. Tuccio, G. Vittori, L. Masieri, A. Chindemi, R. Fantechi, S. Giancane, A. Sebastianelli, M. Salvi, A. Crisci, A. Lapini, S. Serni, M. Carini.

Clinica Urologica I, Ospedale di Careggi, Università degli Studi di Firenze

Objectives: Laparoscopic partial nephrectomy (LPN) is an oncologically safe treatment for renal masses, with the advantages of the minimally invasive surgery. Open Tumoral Enucleation (OTE) ensures excellent oncological safety allowing maximal parenchymal preservation. We report our laparoscopic and robot-assisted TE experi-

ence, describing the feasibility of the technique and the intra and postoperative complications of 3 patients who underwent TE for intracapsular RCC both laparoscopic and robot-assisted.

Materials and methods: 1. Case 1: an 80 years old woman, ECOG score 1, referred to our centre for incidental diagnosis of a right renal mass. CT-scan revealed a 3.6 cm right renal mass, located at the level of the mid-kidney, laterally, mostly endophytic, with a PADUA score of 9. The patient was scheduled for an elective retroperitoneal laparoscopic Nephron-Sparing Surgery (NSS). Once the tumor margins are clearly identified, before clamping, the excision template is marked with cautery, a few millimetres away from the lesion. En-bloc pedicle clamp was adopted. NSS was performed as TE, i.e. a tumorectomy done by a blunt dissection, using the natural cleavage plane between the tumor and normal parenchyma, with no ablation of the tumor bed. Calyceal openings are clearly identified and selectively sutured, followed by a 3-0 vycril interrupted suture to complete the renorrhaphy. Surgical bolster and floseal are placed before clamp removal.

2. Case 2: A 63 years-old woman referred to our department for a right flank pain and a diagnosis of renal mass was done. CT-scan showed a 3.3 cm neoplasm located at the level of the mid-kidney, laterally, more than 50% endophytic. Padua score was 5. The patient was scheduled for an elective transperitoneal robot-assisted NSS. The patient is placed onto her flank position, approximately at 70°; 2 robotic arms and 2 ports for the assistant were used. After the initial dissection directed towards defining the renal hilum and once the tumor margins are clearly identified, before clamping, the excision template is marked with cautery, a few millimetres away from the lesion. The pedicle was clamped en-bloc. Once the correct cleavage plane between the normal parenchyma and the tumor capsule is identified, with the help of the monopolar curved scissors and cadie scissors, the tumorectomy is performed as a TE, especially in the innermost part of the lesion. A 3-0 monocryl running suture for the inner layer is used and the suture is tighten with the sliding-clip technique. The bull-dog clamp is then removed and the renorrhaphy performed in the revascularized kidney with 3-0 vicryl interrupted suture after the apposition of floseal and surgical bolster.

3. Case 3: A 35 years-old woman referred to our department for an incidental diagnosis of renal mass. MRI showed a 5 cm neoplasm located at the level of the mid-kidney, laterally, more than 50% endophytic. Padua score was 11. The patient was scheduled for an elective transperitoneal robot-assisted NSS. Also in this case a TE was adopted, especially at the deepest level of penetration of tumor.

Results: Case 1: WIT was 30 minutes. Estimated blood

loss was 150 cc. Operative time was 120 minutes. No intra and postoperative complications were recorded. Drainage was removed on day 5 and patient discharged at day 6 postoperatively. Pathology showed a clear cell RCC, 3.8 cm in diameter, G1 Fuhrman grade; negative surgical margins. At last follow-up visit the patient was still alive and free of disease.

Case 2: WIT was 12 minutes. Estimated blood loss was 120 cc. Operative time was 130 minutes. No intra and postoperative complications were recorded. Drainage was removed on day 5 and patient discharged at day 6 postoperatively. Pathology showed a clear cell RCC, 3.6 cm in diameter, G2 Fuhrman grade and negative surgical margins. At last follow-up visit the patient was still alive and free of disease.

Case 3: WIT was 14 minutes. Estimated blood loss was 240 cc. Operative time was 120 minutes. No intra and postoperative complications were recorded. Drainage was removed on day 5 and patient discharged at day 6 postoperatively. Pathology showed a clear cell RCC, 5.6 cm in diameter, G2 Fuhrman grade and negative surgical margins. At last follow-up visit the patient was still alive and free of disease.

Discussion: TE technique is an oncologically safe technique. It can be decisive during challenging minimally invasive procedures, since the blunt dissection provides a clear dissection plane identification, helping the surgeon to discriminate the natural cleavage plane existing between the tumor and the renal parenchyma; moreover, thanks to the maximal parenchymal preservation, TE ensures the maximal safety margin while performing the tumor exeresis proximal to calyces and vascular structures, minimizing incidental calyceal tearing or vascular injuries.

Conclusions: Whenever technically feasible, the minimally invasive approach combined with the TE technique can help the surgeon during challenging intrarenal tumor exeresis, especially in proximity of vascular and calyceal structures, providing maximal parenchymal preservation and excellent oncological outcomes.

V22

CORREZIONE LAPAROSCOPICA DI PLASTICA DEL GIUNTO UTILIZZANDO STRUMENTAZIONE DA 3MM.

V. Pagliaruloa, I. Martinesa, F. Chiaradiaa, A. Venneri Beccia, A. Pagliaruloa

^a: Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO)

In questo video si descrive un intervento di correzione laparoscopica di stenosi del giunto pielo-ureterale utilizzando tecnica minilaparoscopica con accesso transperitoneale.

L'intervento è stato effettuato su un pz di 27 anni con diagnosi di stenosi R-U. E' stato utilizzato un trocar ottico ombelicale da 10 mm e 2 trocar operativi da 3 mm, introdotti sotto visione diretta in cavità addominale. Sono stati utilizzati strumenti dedicati minilaparoscopici e ottica 10 mm 0°.

In seguito a insufflazione di gas nello spazio peritoneale e individuazione del giunto pielo-ureterale si è proceduto alla resezione a freddo della porzione stenotica di uretere. La successiva plastica della pelvi renale, con anastomosi pielo-ureterale, è stata effettuata con suture semicontinue.

Alla luce della esperienza su 12 casi, si conclude che l'utilizzo di strumenti da 3 mm garantisce gli stessi risultati funzionali rispetto alla tecnica classica, pur consentendo un migliore risultato estetico e, probabilmente, una minore gestione del dolore post-operatorio. Il presente video ripropone in maniera didattica le varie fasi di questo intervento che da circa 12 mesi viene eseguito presso il nostro centro di urologia.

Informazioni GENERALI

SEDE DEL CONGRESSO

Regio Hotel Manfredi****
SP58 km12
71043 Manfredonia (FG)

SEGRETERIA I.E.A.

Associazione Italiana di Endourologia
c/o Emilia Viaggi Congressi & Meeting
Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
iea.segreteria@emiliaviaggi.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
elenadondi@emiliaviaggi.it

CREDITI MINISTERIALI E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)

Il Congresso sarà sottoposto alla Commissione E.C.M. del Ministero della Salute per l'accreditamento ai partecipanti delle ore di formazione.

NORME PER LA PREPARAZIONE E INVIO DELL'ABSTRACT, DELLE COMUNICAZIONI, POSTER E FILM

L'abstract form dovrà essere compilato in tutte le sue parti, specificando:

- La tipologia dell'abstract (Comunicazione, Poster, Video) ed eventuale disponibilità alla conversione da Comunicazione a Poster (e viceversa).
- Il titolo dovrà definire l'argomento trattato in maniera chiara e non contenere abbreviazioni
- I nomi degli autori scritti per esteso. L'autore designato alla preparazione va sottolineato, come segnalato sul sito, ed è tenuto, in caso di accettazione al più scrupoloso rispetto del tempo che verrà assegnato all'esposizione del lavoro, e che verrà comunicato dalla Segreteria Scientifica tramite e-mail. L'abstract dovrà essere esauriente e dettagliato. Non saranno accettate dichiarazioni del tipo "i risultati verranno discussi...".

La dimensione del testo non dovrà superare le 500 parole. I termini abbreviati andranno usati per la prima volta per esteso, seguiti dall'abbreviazione tra parentesi. I lavori condotti nell'ambito di studi multicentrici dovranno fare riferimento allo studio multicentrico di appartenenza.

- Il tempo a disposizione per le comunicazioni e per i video è di 5 minuti + 3 di discussione.
- I poster dovranno avere dimensioni di 120x70 cm. I migliori poster saranno selezionati dal Comitato Scientifico saranno selezionati per presentazione orale (2 min + 1 discussione).
- Gli Abstract dovranno essere inviati a mezzo e-mail alla Segreteria Scientifica:
salvatore.micali@unimore.it

Modalità ISCRIZIONI

ISCRIZIONI AL CONGRESSO

Quote	Entro il 23 gennaio 2012	Dopo 23 gennaio 2012 e in sede congressuale
Quota di Partecipazione	Euro 300,00 + IVA 21%	Euro 350,00 + IVA 21%
Quota per Specializzandi*	Euro 50,00 + IVA 21%	Euro 50,00 + IVA 21%
Cena sociale per accompagnatori	Euro 80,00 + IVA 21%	Euro 80,00 + IVA 21%

* L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di Urologia.

La scheda di adesione degli Allievi e Stutendi deve essere accompagnata dalla dichiarazione della Scuola di Appartenenza.

ESPOSITORI / SPONSOR

Verranno forniti su richiesta un massimo di nr. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda.

LA QUOTA D'ISCRIZIONE COMPRENDE

La partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, lunch, coffee break e cena sociale.

REGOLE GENERALI

Per l'iscrizione al Congresso, sia individuale sia di gruppo, occorre compilare ed inviare la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa, debitamente compilata in ogni sua parte, per posta o per fax, allegando la ricevuta dell'avvenuto pagamento. In caso di mancanza dei sopracitati requisiti la scheda non sarà tenuta in considerazione.

Al ricevimento delle iscrizioni, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura. Sarà cura della Segreteria Organizzativa verificare l'appartenenza alla I.E.A.! RICORDATI DI RINNOVARE LA TUA ISCRIZIONE ALLA I.E.A.!

AZIENDE/AGENZIE

In aggiunta alle modalità di iscrizione generali sopracitate, nel caso di sponsorizzazioni di gruppo o individuali, sulla scheda dovrà essere indicato il riferimento dell'Azienda sponsorizzatrice e dell'eventuale Agenzia a cui fatturare.

RITIRO PRE-ISCRIZIONI DA PARTE DI AZIENDE/AGENZIE

Il ritiro delle pre-iscrizioni di Aziende/Agenzie avverrà in Sede Congressuale in forma individuale da parte di ciascun preiscritto. Le Aziende/Agenzie dovranno obbligatoriamente richiedere per iscritto, contestualmente all'invio delle schede di iscrizione, un APPUNTAMENTO alla Segreteria Organizzativa. In questa sede verranno verificate le pre-iscrizioni già ricevute, accettati i cambi nome ed evase nuove iscrizioni.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Al ricevimento dell'iscrizione di gruppo, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura e le indicazioni relative all'orario e al giorno assegnato per l'appuntamento.

RINUNCE

Fino al 23 gennaio 2012 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie. Dopo tale data non verrà effettuato nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

CAMBI NOME

Sono permessi fino al 23 marzo 2012. Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto. Oltre tale data potranno effettuarsi solo in Sede Congressuale. Le sostituzioni dovranno eseguirsi tramite nuova scheda di iscrizione.

In Sede Congressuale eventuali cambi nomi di partecipanti sponsorizzati verranno accettati solo con una dichiarazione scritta di autorizzazione da parte dell'Azienda Sponsor.

FATTURAZIONE

Per la fatturazione, occorre indicare chiaramente sulla scheda di adesione l'intestazione, il codice fiscale e/o partita IVA e l'indirizzo completo.

CONDIZIONI DI PRENOTAZIONE

La scheda di prenotazione alberghiera ed il relativo pagamento (Assegno o copia bonifico bancario) dovranno pervenire a Emilia Viaggi Congressi & Meeting.

Prenotazione ALBERGHIERA

L'attribuzione dell'Hotel prescelto è condizionata dalla disponibilità al momento della richiesta. Per poter garantire la prenotazione è necessario ricevere l'importo totale dei pernottamenti più Euro 25,00 + IVA 21% (per camera) come diritto di prenotazione, non rimborsabile. I prezzi indicati si intendono per camera a notte con inclusa la prima colazione. Soggiorno minimo: n. 2 notti.

Le prenotazioni che perverranno senza il pagamento allegato non verranno considerate.

Emilia Viaggi Congressi & Meeting

Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. 051.6194911
Fax 051.6194900
elenadondi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it

Come raggiungere la sede

DA NORD

- Autostrada A14 uscita FOGGIA.
- Proseguire per MANFREDONIA imboccando la Strada Statale 89.
- Uscire a MANFREDONIA CENTRO.
- Proseguire in direzione SAN GIOVANNI ROTONDO per 1,5 km.

Il REGIOHOTEL MANFREDI è sulla Vostra destra.

DA SUD

- Dalla Strada Statale 16BIS uscire a MARGHERITA DI SAVOIA - SAN GIOVANNI ROTONDO.
- Proseguire in direzione ZAPPONETA-MANFREDONIA.
- Arrivato al bivio FOGGIA-MANFREDONIA seguire per FOGGIA.
- Imboccare la tangenziale di Manfredonia seguendo l'indicazione MATTINATAVIESTE.
- Uscire a MANFREDONIA CENTRO.
- Proseguire in direzione SAN GIOVANNI ROTONDO per 1,5 km.

Il REGIOHOTEL MANFREDI è sulla Vostra destra.



ARRIVANDO DAL NORD



ARRIVANDO DAL SUD

 Sede congressuale

IN TRENO

- Stazione di Foggia
- Stazione di Manfredonia
- Servizio Taxi per Regiohotel Manfredi

IN AEREO

- Navetta per stazione di Bari
- Treno per stazione di Foggia
- Treno o Bus per stazione di Manfredonia
- Servizio Taxi per Regiohotel Manfredi

NOTE

[illegible]

Si ringraziano le Aziende che con la loro partecipazione
hanno reso possibile la realizzazione dell'11° Congresso Nazionale IEA



ACCA FARMA
ALLIANCE MEDICAL
ALPAFARMA
ARS CHIRURGICA
ASTELLAS
AZ HOSPITAL
BIOSTILOGIT
BOSTON SCIENTIFIC
CAO
COLOPLAST
COOK MEDICAL
DIFASS
DIMED
EDAP TECHNOMED
LILLY
ERBE ITALIA
EUROMEDICAL
FASE
IPSEN
JOHNSON & JOHNSON MEDICAL
KARL STORZ ENDOSCOPIA
MOVI
NATURAL BRADEL
OLYMPUS
PIERRE FABRE PHARMA
ROCCHETTA
TAKEDA
TEGEA
TELEFLEX MEDICAL



"Un viaggio di mille miglia deve cominciare con un passo" recita un'antica massima cinese...

... quel primo passo, affinché ogni viaggio possa essere sempre ricordato piacevolmente, è quello che porta ad affidarsi all'agenzia EMILIA VIAGGI.

Fondato del 1973 dal presidente Guglielmo Vallisi, il Gruppo Emilia Viaggi è oggi leader in Emilia Romagna per un servizio al cliente a 360°. I migliori collaboratori a Vostra disposizione per:

TURISMO: Selezioni dei miglior tour operator, organizzazione di viaggi su misura in tutto il mondo, consulenza, organizzazione di viaggi di nozze.

TOUR OPERATOR: specializzato in turismo leisure e fieristico.

BUSINESS TRAVEL: le aziende nostre clienti possono contare su una gamma completa di servizi competitivi: voli, treni, hotel, autonoleggi etc.

CONGRESSI: EVCm - Emilia Viaggi Congressi & Meeting - società specializzata nell'organizzazione di congressi ed in particolar modo in quello medico-scientifico, coniugando esperienze professionali e capacità organizzative ad alto livello sia in ambito nazionale che internazionale proponendo soluzioni strategiche e innovative.

INCOMING: Ricettivo per gruppi e individuali in Emilia-Romagna per fiere e leisure: prenotazioni alberghiere, visite guidate, trasferimenti privati.

INCENTIVE & EVENTI: un interlocutore unico per progettare e gestire con creatività qualsiasi evento riguardante forze vendite, trade, dipendenti, pubblico.



Emilia Viaggi

Via Porrettana, 76
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
tel +39 051591430
fax +39 051592023
info@gruppoemiliaviaggi.it



Emilia Viaggi Congressi & Meeting

Via Porrettana, 76/2
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
tel +39 0516194911
fax +39 0516194900
evcongressi@emiliaviaggi.it

Arrivederci a

12° Congresso Nazionale IEA

Presidente del Congresso: Prof. Giampaolo Bianchi

Modena,

28 febbraio - 2 marzo 2013

Policlinico di Modena



Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.

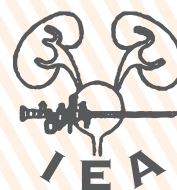
Via Porrettana, 76

40033 Casalecchio di Reno (BO)

tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900

e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it

web: www.emiliaviaggi.it



Associazione Italiana
di Endourologia