

# 13<sup>o</sup> CONGRESSO Nazionale IEA



Associazione Italiana  
di Endourologia

Presidente del Congresso: Marco Carini



**Firenze**  
**13-15**  
**marzo 2014**





Cari Amici, cari Colleghi, cari Soci

La chirurgia sta vivendo profondi cambiamenti da una parte intesi ad esplorare le basi biomolecolari delle patologie e dall'altra a ricercare approcci tecnici innovativi a vantaggio del paziente; l'endourologia è stata antesignana proprio nella proposta di tecniche e di esperienze sempre più spesso alternative alla chirurgia tradizionale.

Incontrarsi, conoscersi e confrontarsi è quanto mai necessario.

Il Comitato scientifico ha sviluppato un programma aperto ad nuove acquisizioni senza nulla togliere ad un aggiornamento su tematiche tradizionali, come è nello spirito di questa nostra giovane Società.

Le sessioni scientifiche daranno ampia luce ad un confronto costruttivo.

Formulo quindi a nome mio e della Società Italiana di Endourologia un vivo ringraziamento per la vostra qualificante partecipazione e contributo, chiave di un meritato successo.

Arcangelo Pagliarulo





Carissimi Colleghi,

È per me grande onore e soddisfazione ospitare a Firenze per la prima volta dalla sua fondazione il Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Endourologia, proprio quest'anno in cui le Cliniche Urologiche dell'Università di Firenze si sono trasferite dalla storica sede di Villa Monna Tessa all'interno dell'Ospedale Careggi, nella moderna sede di San Luca Nuovo, dove abbiamo a disposizione 4 nuove sale operatorie integrate e multimediali.

Il programma scientifico coprirà le più interessanti novità dell'Endourologia tradizionale e della chirurgia Robotica e Laparoscopica e offrirà ampi spunti di dibattito costruttivo per tutti noi. Le strategie di Training in endourologia hanno secondo noi meritato un approfondimento specifico.

La Chirurgia in diretta andrà a puntualizzare aspetti tecnici e trucchi del mestiere dei più grandi endourologi italiani.

Quest'anno abbiamo puntato moltissimo sulla parte formativa, organizzando degli Hands On Training con postazioni di simulazione sia per la chirurgia Robotica che Laparoscopica, sia per la Percutanea che per l'Ureterosopia, sia per la TULEP che per l'HOLEP. Questo sforzo è stato fatto, anche a scapito di alcune comodità ma pensando ad incontrare le esigenze degli specializzandi e dei giovani specialisti.

Non dimentichiamoci che potrebbe essere davvero l'occasione giusta per passare un bel week end nella capitale del rinascimento italiano, magari approfittando di un interessante programma sociale.

Vi aspettiamo numerosi,  
Benvenuti a Firenze!

Marco Carini  




# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## 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 *Coordinatore*  
Marco Carini *Ex officio*  
Pier Luigi Bove  
Nicolò Buffi  
Alessandro D'Addessi  
Luigi Schips  
Ivano Vavassori

## COMMISSIONE RICERCA SCIENTIFICA

Luigi Cormio *Coordinatore*  
Alfonso Crisci *Ex officio*  
Gaetano De Rienzo  
Marco De Sio  
Roberto Miano  
Andrea Minervini  
Bernardo Rocco

## COMMISSIONE EDUCAZIONALE

Francesco Mangiapia *Coordinatore*  
Andrea Cestari *Ex officio*  
Carlo Ceruti  
Andrea Galosi  
Marco Garofalo  
Giuseppe Ludovico  
Alberto Saita

## COMMISSIONE COMUNICAZIONE

Antonio Celia *Coordinatore*  
Antonio Amodeo  
Stefania Ferretti  
Lorenzo Masieri

*Con l'adesione del Presidente della Repubblica*

**e con il Patrocinio di:**



*Ministero della Salute*



ORDINE DEI MEDICI  
DI FIRENZE



PROVINCIA  
DI FIRENZE



COMUNE  
DI FIRENZE



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE



Azienda  
Ospedaliera  
Universitaria  
Careggi



SOCIETÀ ITALIANA  
di UROLOGIA  
FONDATA NEL 1908



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

AULA MAGNA

13.00-13.30 RegISTRAZIONI e apertura del congresso

### 13.30-18.00 **CHIRURGIA IN DIRETTA**

Diretta dalle sale e Presentazione casi clinici  
*A. Tuccio*

**Sala A: Mini-Perc**  
*Operatore: A. Frattini*

**Sala B: Idrodissessione di neoplasia vescicale**  
*Operatore: A. Lapini*

**Sala B: Micro-Perc**  
*Operatore: E. Montanari*

**Sala C: ECIRS**  
*Operatore: C. Scoffone*

*Moderatori: L. Cormio, L. Defidio, G. Nicita*

*Provokers dalla sala operatoria: A. D'Addressi, M. Garofalo, I. Kartalas-Goumas, F. Mangiapia*

AULA COMUNICAZIONI

14.00-15.00 **COMUNICAZIONI** (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

### **LAPAROSCOPIA**

*Moderatori: A. Antonelli, S. Micali*

**C1. ACCESSO LAPAROSCOPICO: ANALISI MULTICENTRICA SULLE COMPLICANZE DI PIÙ DI 65.000 PROCEDURE**

*Elisa Paiolo, Eugenio Martorana, Matteo Rani, Riccardo Galli, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*

*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico Di Modena, Università Degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

**C2. NEFROURETERECTOMIA LAPAROSCOPICA PER I TUMORI UROTELIALI DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE, RISULTATI ONCOLOGICI E CONFRONTO CON LA TERAPIA OPEN.**

*Giuseppe Lotrecchiano, Aldo Delle Cave, Vincenzo Tripodi, Enrico De Fortuna, Antonio Quaranta, Franco Attanasi e Luigi Salzano*

*Dipartimento di Scienze Chirurgiche – UOC di Urologia Direttore L. Salzano – AORN "Rummo" Benevento*

**C3. FOLLOW UP ONCOLOGICO DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFROURETERECTOMIA VLS SENZA LA REALIZZAZIONE DI PASTIGLIA VESCICALE**

*Andrea Corona; Danilo Abate; Giuseppe Giusti; Antonello De Lisa  
Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari*

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

- C4. LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL PYELOLITHOTOMY FOR MANAGEMENT OF RENAL STONE**  
*R. Nucciotti, F.M. Costantini, A. Bragaglia, F. Viggiani, F. Mengoni, V. Pizzuti*  
*Ospedale della Misericordia Grosseto*
- C5. NEFROPESSI LAPAROSCOPICA CON UTILIZZO DI RETE IN POLITETRAFLUOROETILENE**  
*Simonelli Giovanni, Molinari Alberto, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Zeccoloni Guglielmo, Silvestre Pasquale, Celia Antonio*  
*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*
- C6. SACROCOLPOPESSIA LAPAROSCOPICA PER POP MULTICOMPARTIMENTALE CON APPLICAZIONE DI MESH IN POLIPROPILENE E COLLA CHIRURGICA**  
*Giuseppe Giusti; Simona Serra; Antonello De Lisa*  
*Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari*
- C7. MINI LAPAROSCOPIC VERSUS ROBOTIC "SINGLE SITE" PYELOPLASTY: ANALYSIS OF PERIOPERATIVE AND COSMETIC RESULTS**  
*Fiori C., Morra I., Grande S., Ragni F., Aimar R., Checcucci E., Serra N., Cossu M., Poggio M., De Luca S., Porpiglia F.*  
*San Luigi Hospital, Dept. of Urology, Orbassano (Turin), Italy*

AULA 7 (NIC)

14.00-17.45 Hands on - Laparo/Robotica

AULA 8 (NIC)

14.00-17.45 Hands on - Endourologia

AULA COMUNICAZIONI

15.00-16.20 **COMUNICAZIONI (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)**

### ROBOTICA

*Moderatori: M. De Angelis, B. Rocco*

- C8. SATURATION BIOPSY PROSTATICA CON USO DI SCHEMA MODIFICATO SENZA TEMPLATE. ANALISI DEGLI OUTCOMES IN 152 CASI CHE NECESSITANO DI RE-BIOPSIA.**  
*Eugenio Martorana, Alessio Zordani, Maurizio Paterlini, Riccardo Galli, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*  
*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico di Modena, Università Degli Studi di Modena e Reggio Emilia*
- C9. PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA IN PAZIENTI PRECEDENTEMENTE SOTTOPOSTI A TURP. ANALISI DELLE VARIBILI PERI-, POST-OPERATORIE ED ONCOLOGICHE**  
*Eugenio Martorana, Alessandra Beato, Stefano Puliatti, Maria Chiara Sighinolfi, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*  
*U.o. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*



## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

- C10. ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC VESICULECTOMY FOR SEMINAL VESICLE CYSTOADENOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE**  
*Riccardo Campi, Agostino Tuccio, Giampaolo Siena, Andrea Mari, Andrea Cocci, Gianni Vittori, Alfonso Crisci, Marco Carini, Sergio Serni, Andrea Minervini*  
*Clinica Urologica I di Firenze.*
- C11. A MULTICENTER MATCHED-PAIR ANALYSIS COMPARING ROBOT-ASSISTED VERSUS LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY**  
*Andrea Minervini<sup>1</sup>, Gianni Vittori<sup>1</sup>, Francesco Porpiglia<sup>2</sup>, Alessandro Antonelli<sup>3</sup>, Sam B. Bhayani<sup>4</sup>, Giorgio Guazzoni<sup>5</sup>, Andrea Mari<sup>1</sup>, Maria Abbinante<sup>13</sup>, Michiele Zazzara<sup>13</sup>, Marta Rossanese<sup>13</sup>, Agostino Tuccio<sup>1</sup>, Giampaolo Siena<sup>1</sup>, Nicola Longo<sup>6</sup>, Cristian Fiori<sup>2</sup>, Riccardo Bertolo<sup>2</sup>, Giuseppe Martorana<sup>7</sup>, Giuseppe Morgia<sup>8</sup>, Alex Mottrie<sup>9</sup>, Porter J.<sup>10</sup>, Claudio Simeone<sup>11</sup>, Sergio Serni<sup>1</sup>, Filiberto Zattoni<sup>12</sup>, Marco Carini<sup>1</sup>, Vincenzo Ficarra<sup>13</sup>*  
*<sup>1</sup>University of Florence, Department Of Urology, Florence, Italy, <sup>2</sup>Università Di Torino, Ospedale San Luigi Gonzaga, Department Of Urology, Orbassano, Torino, Italy, <sup>3</sup>University of Brescia, Department Of Urology, Brescia, Italy, <sup>4</sup>Washington University School of Medicine, Department Of Urology, Saint Louis, United States, <sup>5</sup>Vita-Salute University, San Raffaele-Turro Hospital, Department Of Urology, Milan, Italy, <sup>6</sup>University Federico II, Department Of Urology, Naples, Italy, <sup>7</sup>University of Bologna, Department Of Urology, Bologna, Italy, <sup>8</sup>Luna Foundation, A, A, Italy, <sup>9</sup>OLV Robotic Surgery Institute, Department of Urology, Aalst, Belgium, <sup>10</sup>Swedish Urology Group, Department of Urology, Seattle, United States, <sup>11</sup>University of Brescia, Department of Urology, Brescia, Italy, <sup>12</sup>University of Padua, Department Of Urology, Padua, Italy, <sup>13</sup>University of Udine, Department Of Urology, Udine, Italy*
- C12. ROBOTIC SIMPLE ENUCLEATION FOR THE TREATMENT OF T1a-T1b RENAL CELL CARCINOMA. A SINGLE CENTER MATCHED-PAIR COMPARISON OF PERIOPERATIVE OUTCOMES WITH THE OPEN APPROACH**  
*Andrea Minervini, Gianni Vittori, Lorenzo Masieri, Riccardo Fantechi, Graziano Vignolini, Alfonso Crisci, Marco Carini, Sergio Serni*  
*Department of Urology, Careggi Hospital, University of Florence, Italy.*
- C13. PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA (RALP) TRANS DOUGLAS: RI-PRODUCIBILITÀ E RISULTATI SULLA CONTINENZA IMMEDIATE IN UNA SERIE INIZIALE.**  
*Filippo Annino, Mario Pulvirenti, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Tiziano Verdacchi, Michele De Angelis.*  
*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL8 Arezzo*
- C14. ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY (RAPN): NOSTRA ESPERIENZA.**  
*Filippo Annino, Luigi Quaresima, Mario Pulvirenti, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Tiziano Verdacchi, Michele De Angelis*  
*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL 8, AREZZO*
- C15. SINGLE SITE DAVINCI DISMEMBERED PYELOPLASTY: NOSTRA ESPERIENZA.**  
*Filippo Annino, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Mario Pulvirenti, Tiziano Verdacchi, Michele De Angelis.*  
*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL8 Arezzo.*
- C16. CONFRONTO TRA NEFRECTOMIA PARZIALE ROBOTICA TRANS E RETROPERITONEALE IN UN'ESPERIENZA INIZIALE**  
*Alessandro Antonelli, Maria Furlan, Angelo Peroni, Irene Mittino, Marco Finamanti, Giacomo Galvagni, Claudio Simeone.*  
*Cattedra e Divisione di Urologia, Università degli Studi e Spedali Civili di Brescia.*



## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

### C17. ANATOMICAL RECONSTRUCTION FOR URETHRO-VESICAL ANASTOMOSIS DURING ROBOTIC PROSTATECTOMY: PRELIMINARY CLINICAL RESULTS

*Porpiglia F., Morra I., De Luca S., Mele F., Manfredi M., Distasio A., Bertolo R., Ragni F., Garrou D., Amparore D., Cattaneo G., Fiori C.*

*San Luigi Hospital, Dept. of Urology-University of Turin, Orbassano (Turin), Italy*

AULA VIDEO

15.00-16.30 **VIDEO** (Video 5 minuti + discussione 3 minuti)

#### LAPAROSCOPIA

*Moderatori: P. Bove, L. Masieri*

#### V1. URETHROVESICAL ANASTOMOSIS AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: INITIAL EXPERIENCE WITH THE FILBLOC® BARBED SUTURE

*Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Creta Massimiliano<sup>1</sup>, Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>, Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>*

*1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*

*2. University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*

#### V2. LAPAROSCOPIC TRANS-PERITONEAL PYELOLITHOTOMY IN A MALROTATED KIDNEY

*Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Creta Massimiliano<sup>1</sup>, Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>, Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>*

*1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*

*2. University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*

#### V3. CISTECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA CON CONFEZIONAMENTO EXTRACORPOREO DI CONDOTTO ILEALE O URETEROCUTANEOSTOMIA NELL'ANZIANO

*Pagliarulo Vincenzo\*, Alba Stefano\*, Chiaradia Francesco\*, Salerno Annamaria\*, Intermite Igino\*, Pagliarulo Arcangelo\**

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

#### V4. LA LINFADENECTOMIA PELVICA ESTESA MEDIANTE ACCESSO VIDEO LAPAROSCOPICO TRANSPERITONEALE

*Pagliarulo Vincenzo\*, Alba Stefano\*, Chiaradia Francesco\*, Salerno Annamaria\*, Boccasile Stefano\*, Pagliarulo Arcangelo\**

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

#### V5. SURRENALECTOMIA VLP DI VOLUMINOSA LESIONE SURRENALICA SINISTRA

*M. Zacchero, G. Bondonno, P. De Angelis, B. Cavallone, R. Tarabuzzi, C. Terrone.*

*Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Ospedale Maggiore della Carità, Novara*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

- V6. RESEZIONE SEGMENTARIA LAPAROSCOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE STENOSI URETERALI: DESCRIZIONE DELLA TECNICA CHIRURGICA**  
*S. Zaramella, R. Tarabuzzi, P. Mondino, G. Bondonno, P. De Angelis, B. Cavallone, C. Terrone.*  
*Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Ospedale Maggiore della Carità, Novara.*
- V7. PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA IN PAZIENTE CON DOPPIO DISTRETTO INCOMPLETO: UN CASE REPORT.**  
*Pierluigi Bove<sup>1</sup>, Dario Del Fabbro<sup>1</sup>, Mauro De Dominicis<sup>2</sup>, Giuseppe Vespasiani<sup>1</sup>, Lorenzo De Fidio<sup>2</sup>*  
*1 Cattedra di Urologia Università degli studi Roma "Tor Vergata",  
2 U.O. Urologia Ospedale Cristo Rè - Roma.*

### ROBOTICA

*Moderatori: A. Cestari, M. Gacci*

- V8. POSIZIONAMENTO DI RESERVOIR PER PROTESI TRICOMPONENTE DURANTE PROSTATECTOMIA RADICALE EXTRAFASCIALE ROBOTICA**  
*Ceruti Carlo, Rolle Luigi, Bosio Andrea, Sedigh Omidreza, Timpano Massimiliano, Falcone Marco, Preto Mirko, Frea Bruno*  
*Università degli Studi di Torino, A.O. Città della Salute e della Scienza, Clinica Urologica*
- V9. RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA DI URETERE RETROCAVALE MARCO FINAMANTI – ALESSANDRO ANTONELLI – LORENZO GATTI – ANGELO PERONI – CLAUDIO SIMEONE**  
*Unità operativa di Urologia Spedali civili di Brescia. Università degli studi di Brescia.*
- V10. URETEROCISTONEOSTOMIA ROBOTICA PER ENDOMETRIOSI SEVERA DELL'URETERE**  
*Alessandro Antonelli, Angelo Peroni, Marco Finamanti, Giuseppe Ciravolo\*, Giacomo Galvagni, Elena Finotto, Claudio Simeone*  
*Cattedra e Divisione di Urologia e di Ginecologia\*, Università degli studi e Spedali Civili di Brescia*
- V11. NEFRECTOMIA PARZIALE ROBOT ASSISTITA CON SISTEMA AIRSEAL IN PAZIENTE MONORENE CON DOPPIA LESIONE RENALE.**  
*Filippo Annino, Tiziano Verdacchi, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Mario Pulverenti, Stefano Rosadi, Michele De Angelis*  
*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL 8 Arezzo*
- V12. POSIZIONAMENTO DI STENTS URETERALI PER VIA TRANSURETRALE DURANTE PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA**  
*Molinari Alberto, Simonelli Giovanni, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Silvestre Pasquale Zeccolini Guglielmo, Celia Antonio*  
*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

### AULA COMUNICAZIONI

16.20-18.20 **COMUNICAZIONI** (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

#### NUOVE TECNOLOGIE

Moderatori: V. Li Marzi, R. Miano

- C18. CONFRONTO PROSPETTICO TRA TAMSULOSINA E RENALIT COMBI COLIC COME TRATTAMENTO ESPULSIVO DELLA CALCOLOSI RENO-URETERALE DOPO LITO-TRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL)**  
*Alessio Zordani, Marco Rosa, Elisa Paiolo, Maria Chiara Sighinolfi, Eugenio Martorana, Simone Morselli, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi*  
*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico Di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*
- C19. USE OF THE HEMOSTATIC MATRIX FLOSEAL® IN CASE OF SEVERE BLEEDING FROM THE RENAL PELVIS DURING URETEROSCOPIC SURGERY: PRELIMINARY EXPERIENCE.**  
*Creta Massimiliano<sup>1</sup>, Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>, Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup> *Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*  
<sup>2</sup> *University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*
- C20. EFFICACIA DELL'ASCOLTO DI BRANI MUSICALI NEL RIDURRE IL DOLORE DURANTE TRATTAMENTO ESWL**  
*Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Ettore Dalmasso, Paolo Destefanis, Andrea Buffardi, Eugenio Alessandria, Mirko Preto, Silvia Santià, Alessndro Bisconti, Paolo Gontero, Bruno Frea*  
*Clinica Urologica, Città della Salute e della Scienza – Ospedale Molinette – Torino*
- C21. LA COMBINAZIONE DI MARCATORI MOLECOLARI MULTIPLI DEI TUMORI UROTELIALI PUÒ PREDIRE IL RISULTATO DI UNA RETUR? RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO.**  
*Chiaradia Francesco\*, Salerno Annamaria\*, Pagliarulo Arcangelo\*, de Rienzo Gaetano\*, Alba Stefano\*, PagliaruloVincenzo\**  
*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*
- C22. PCR, INDICE PREDITTIVO DI ESPULSIONE SPONTANEA DI CALCOLI? RISULTATI PRELIMINARI.**  
*Paolo Guiggi, Gianluca Manasse, Amelia Pietropaolo, Herald Nikaj, Vittorio Bini, Carla Micheli*  
*Clinica Urologica e Andrologica- Università degli Studi – Perugia*
- C23. DIECI ANNI DI ESPERIENZA NELLA NEUROMODULAZIONE SACRALE: EFFICACIA A LUNGO TERMINE.**  
*Chiarulli Elisabetta Francesca\*, Intermite Iginio\*, De Rienzo Gaetano\*, Giocoli Nacci Gianfranco\*, Galeone Gianfranco\*, Pagliarulo Arcangelo\*, Pagliarulo Vincenzo\**  
*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

- C24. TERMOABLAZIONE CON MICROONDE DI PICCOLE MASSE RENALI: NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE**  
*Selvaggio Oscar, Cormio Luigi, Di Fino Giuseppe, Liuzzi Giuseppe, Ciavotta Giuliano, Carrieri Giuseppe*  
*Università degli Studi di Foggia - Clinica Urologica e Centro Trapianti di Rene*
- C25. LA LITOLISI FARMACOLOGICA PUÒ ESSERE EFFICACE NELLA CALCOLOSI URATICA?**  
*Paolo Beltrami\*, Laura Bettin\*, Alessandro Iannetti\*, Fabio Zattoni\*, Francesco Cattaneo\*, Patrizia Bernich\*\*, Filiberto Zattoni\**  
*(\*) Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*  
*(\*\*) U.O.C. di Nefrologia e Dialisi d.U. – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona*
- C26. UN SEMPLICE DISPOSITIVO PER LA SALVAGUARDIA DELL'URETEROSCOPIO FLESSIBILE**  
*Laura Bettin, Luca Meggiato, Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Francesco Cattaneo, Claudio Valotto, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*
- C27. EFFICACIA DELLA CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE CON SUNITINIB NELLE NEOPLASIE RENALI T4: UN CASE REPORT**  
*De Concilio Bernardino, Ricciardulli Stefano, Molinari Alberto, Del Biondo Dario, Celia Antonio*  
*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*
- C28. L'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE PUÒ AVERE UN RUOLO NELLA DIAGNOSI DI SCLEROSI CONGENITA DEL COLLO VESCICALE?**  
*Saldutto Pietro, Masciovecchio Stefano, Galica Vikiela, Toska Elona, Biferi Daniela, Paradiso Galatioto Giuseppe, Vicentini Carlo.*  
*(Università degli Studi dell'Aquila, S.S. Urologia-Direttore Prof. C. Vicentini)*
- C29. RUOLO DELL'ECOGRAFIA TRANSRETTALE NELLA VALUTAZIONE DELL' ANASTOMOSI VESCICOURETRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: CONFRONTO DOPPIO CIECO CON CISTOGRAFIA.**  
*Alessandro Calarco, Francesco Pinto, Angelo Totaro, Emilio Sacco, PierFrancesco Bassi.*  
*Clinica Urologica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*
- C30. RIPARAZIONE PERCUTANEA DI FISTOLA URINARIA DOPO NEFRECTOMIA PARZIALE CON UTILIZZO DI COLLA DI N-BUTIL-2-CIANACRILATO**  
*Simonelli Giovanni, Molinari Alberto, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Zeccoloni Guglielmo, Silvestre Pasquale, Celia Antonio*  
*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*
- C31. STUDIO UNICENTRICO COMPARATIVO DELL'EFFICACIA DI CEFIXIME + PRULIFLOXACINA VS. PRULIFLOXACINA IN MONOTERAPIA NELLA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE INFETTIVE DOPO BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTALE DI SATURAZIONE.**  
*Gianni Vittori, Michele Lanciotti, Jacopo Frizzi, Riccardo Fantechi, Vincenzo Li Marzi, Andrea Minervini, Sergio Serni, Marco Carini, Alfonso Crisci.*  
*Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze.*

## GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

### C32. I SEGNI SECONDARI EVIDENZIATI ALLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA MULTISTRATO IN CASO DI UROLITIASI URATICA E CALCICA SONO FRA LORO SOVRAPPONIBILI?

*Stefano Masciovecchio, Pietro Saldutto, Elona Toska, Vikiela Galica, Daniela Biferi, Cristian Cicconetti, Giovanni Giovanditti, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini (Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente, S.S. urologia P.O. "G. Mazzini" – Teramo; Direttore: Prof. Carlo Vicentini)*

**AULA MAGNA**

- 18.00-18.45 TAVOLA ROTONDA**  
**Laparoscopia vs Robotica in Urologia**  
*Moderatori: G. Bianchi, C. Terrone*
- 18.00-18.10 Presente e futuro della laparoscopia in urologia**  
*F. Porpiglia*
- 18.10-18.20 Presente e futuro del robot in urologia**  
*S. Serni*
- 18.20-18.30 Analisi dei costi**  
*F. Francesca*
- 18.30-18.45 Discussione**
- 18.45-19.00 Ruolo dell'Innovazione e della Formazione nella realtà di un'Azienda Ospedaliero-Universitaria**  
*M. Calamai, Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi*
- 19.00-19.15 Inaugurazione del congresso**



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

**VENERDÌ 14 MARZO 2014**

**AULA MAGNA**

**08.00-11.30 CHIRURGIA IN DIRETTA**

Diretta dalle sale e Presentazione casi clinici  
*G. Siena*

**Sala A: Enucleazione Robotica**  
*Operatore: L. Masieri*

**Sala B: Enucleazione laparoscopica**  
*Operatore: M. Gallucci*

**Sala C: RIRS**  
*Operatore: D. Tolley*

*Moderatori: G. Grosso, G. Guazzoni, A. Pagliarulo*  
*Provokers dalla sala operatoria: A. Antonelli, P. Bove, M. Falsaperla, V. Pizzuti*

**AULA7 (NIC)**

**08.30-14.00 Hands on - Laparo/Robotica**

**AULA 8 (NIC)**

**08.30-14.00 Hands on - Endourologia**

**AULA COMUNICAZIONI**

**09.00-11.00 COMUNICAZIONI (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)**

**ENDOUROLOGIA - ALTE VIE**  
*Moderatori: M. Cossu, C. Cracco*

**C33. MICROPERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (MICROPERC) IN HORSESHOE KIDNEY: A CASE REPORT**  
*Marco Rosa, Riccardo Galli, Alessio Zordani, Giacomo Maria Pirola, Corradino Di Pietro, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*

*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico Di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

**C34. MICRONEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (MICRO-PERC): RISULTATI PRELIMINARI DELLA PRIMA ESPERIENZA ITALIANA**

*Riccardo Galli, Marco Rosa, Alessio Zordani, Corradino Di Pietro, Francesco Antonio Fianza. Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*

*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico Di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

## VENERDÌ 14 MARZO 2014

- C35. NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (PCNL): 12 ANNI DI ESPERIENZA**  
*Marco Rosa, Riccardo Galli, Elisa Paiolo, Alessio Zordani, Corradino Di Pietro, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi.*  
*U.O. Urologia (Dir. Prof. G. Bianchi), Policlinico Di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*
- C36. RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS): OUR EXPERIENCE**  
*Forlani Tommaso, Baccos Alessandro, Ronci Luca, Montanari Francesco, Zaccagnino Bartolomeo, Aiello Ernesto.*  
*U.O. Urologia, Ospedale "Infermi", Rimini*
- C37. LA VALUTAZIONE ENDOSCOPICA ALLA TERMINE DI UN'URETERORENOSCOPIA OPERATIVA (RIRS) PUÒ ESSERE CONSIDERATA VALIDO PREDITTORE DEL RISULTATO DEL TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI?**  
*Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Paolo Destefanis, Ettore Dalmaso, Eugenio Alessandria, Andrea Buffardi, Alessandro Bisconti, Fabrizio Fop, Paolo Gontero, Bruno Frea*  
*Clinica Urologica - Città della Salute e della Scienza – Ospedale Molinette – Torino*
- C38. RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS) FOR RENAL STONES > 2 CM: OUR EXPERIENCE**  
*Forlani Tommaso, Baccos Alessandro, Ronci Luca, Montanari Francesco, Zaccagnino Bartolomeo, Aiello Ernesto.*  
*U.O. Urologia, Ospedale "Infermi", Rimini*
- C39. STUDIO PROSPETTICO CON QUESTIONARIO VALIDATO SUI SINTOMI CORRELATI AGLI STENTS URETERALI DOPO URETEROSCOPIA NON COMPLICATA**  
*Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Paolo Destefanis, Eugenio Alessandria, Ettore Dalmaso, Alessandro Bisconti, Andrea Buffardi, Paolo Gontero, Bruno Frea*  
*Clinica Urologica - Città Della Salute e della Scienza di Torino – Ospedale Molinette – Torino*
- C40. EFFETTO DELLO STENTING URETERALE SULLE PRESSIONI INTRAPIELICHE**  
*Raffaele Balsamo, Carmine Di Palma, Alessandro Izzo, Marco Grillo, Marco De Sio*  
*(Seconda Università Degli Studi di Napoli)*
- C41. PCNL VERSUS RIRS: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E META-ANALISI DEI RISULTATI**  
*Carmine Di Palma, Raffaele Balsamo, Alessandro Izzo, Marco Grillo, Riccardo Autorino*  
*Cattedra di Urologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia*
- C42. IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO RETROGRADO DELLA CALCOLOSI ASSOCIATA AD ANOMALIE DELLA VIA ESCRETTRICE**  
*Laura Bettin, Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Vito Palumbo, Luca Meggiato, Alessandro Crestani, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## VENERDÌ 14 MARZO 2014

- C43. TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLE NEPLASIE UROTELIALI DELL'ALTA VIA ESCRETRICE: LA NOSTRA ESPERIENZA NEI CASI DI PRIMA OSSERVAZIONE**  
*Alberto De Gobbi, Laura Bettin, Andrea Guttilla, Fabio Zattoni, Alessandro Crestani, Massimo Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*
- C44. BACKSTOP GEL: UNA SVOLTA NELL'URETEROSCOPIA SEMIRIGIDA**  
*G. Giusti 1, S. Proietti 1, R. Peschechera 1, G. Taverna 1, P. Graziotti 1*  
*(1) Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia*
- C45. LO STENT URETERALE CALCIFICO E RITENUTO. UN PROBLEMA ANCORA ATTUALE.**  
*Matteo Vittori, Alessandro D'Addessi, Nazario Foschi, Marco Racioppi, Emilio Sacco, Francesco Sessa, Giuseppe Palermo, PierFrancesco Bassi.*  
*Clinica Urologica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*
- C46. ECIRS NELLA GESTIONE DI CASI 'COMPLESSI' DI LITIASI URINARIA : DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO ASSOCIATO AD EMATOMA PERIRENALE IN ESITI DI PREGRESSA PCNL**  
*Marco Grande, Matteo Moretti, Francesco Facchini, Gian Luigi Pozzoli, Michelangelo La Rosa, Marco Leone, Francesco Ziglioli, Antonio Frattini*  
*U.O.C. di Urologia – Ospedale Civile di Guastalla (RE)*

AULA VIDEO

09.00-10.00 **VIDEO** (Video 5 minuti + discussione 3 minuti)

### **ENDOUROLOGIA - ALTE VIE**

*Moderatori: M. Garofalo, G. Giusti*

- V13. TRATTAMENTO PERCUTANEO IN POSIZIONE SUPINA DI VOLUMINOSO DIVERTICOLO CALICIALE RENALE.**  
*Kartalas Goumas Ioannis, Itri Emanuele, Dell'Aglio Francesco, Pozzoni Fabrizio, Zanetti Gian Paolo*  
*UOC DI UROLOGIA, OSPEDALE DI VIMERCATE (MB)*
- V14. TRATTAMENTO URETEROSCOPICO RETROGRADO DI UN CASO DI CALCOLOSI IN IDROCALICE SUPERIORE CON STENOSI DEL COLLETTORE**  
*Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Francesco Cattaneo, Arjan Nazaraj, Laura Bettin, Luca Meggiato, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università Degli Studi di Padova*



## VENERDÌ 14 MARZO 2014

- V15. LITOTRISSIA URETEROSCOPICA DI UN CALCOLO IMPATTATO DELL'URETERE PROSSIMALE E CONTESTUALE RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO RESIDUO DA UN PRECEDENTE TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO**  
*Luca Meggiato, Francesco Cattaneo, Anna Congregalli, Alessandro Iannetti, Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*
- V16. DIAGNOSI ENDOUROLOGICA DI UNA PATOLOGIA NEFROLOGICA**  
*Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Laura Bettin, Antonio Piccoli\*, Patrizia Bernich\*\*, Arjan Nazaraj, Alessandro Iannetti, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento Di Scienze Chirurgiche, Oncologiche E Gastroenterologiche – Università Degli Studi Di Padova*  
*\* Nefrologia 1 – Azienda Ospedaliera Università di Padova*  
*\*\* U.O.C. di Nefrologia e Dialisi d.U. – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona*
- V17. MICRO-ECIRS: NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DELLA CALCULOSI RENALE**  
*M. Poggio, S. Grande, M. Cossu, G. Cattaneo, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia*  
*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*
- V18. TRATTAMENTO DI CALCOLO RENALE DI TRE CENTIMETRI MEDIANTE RIRS CON FIBRA LASER ACCUTRAC**  
*M. Cossu, M. Poggio, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia*  
*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

### **ENDOUROLOGIA - BASSE VIE**

*Moderatori: M. Garofalo, G. Giusti*

- V19. ENDOSCOPIC SPATULATION OF THE INTRAMURAL URETER IN ADJUNCT TO URETERAL ORIFICE RESECTION DURING TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR.**  
*Creta Massimiliano 1, Imperatore Vittorio1, Di Meo Sergio 1, Buonopane Roberto 1, Fusco Ferdinando 2, Spirito Lorenzo 2, Mirone Vincenzo 2*  
*1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*  
*2. University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*
- V20. TRATTAMENTO ENDOSCOPICO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO DEI TRAUMI E DI UNA STENOSI SERRATA DELL'URETRA**  
*Andrea Guttilla, Laura Bettin, Vito Palumbo, Massimo Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

**VENERDÌ 14 MARZO 2014**

**AULA MAGNA**

- 11.30-11.45 **LETTURA**  
Tumori renali intracapsulari, dalla sorveglianza attiva alla chirurgia  
*A. Minervini*  
*Moderatore: C. Terrone*
- 11.45-12.45 **UPDATE**  
La linfectomia in chirurgia mini-invasiva nelle neoplasie urologiche  
*Moderatori: V. Ficarra, G. Martorana*
- 11.45-12.00 **Il tumore della vescica**  
*V. Pagliarulo*
- 12.00-12.15 **Il tumore della prostata**  
*A. Celia*
- 12.15-12.30 **Il tumore del testicolo**  
*N. Nicolai*
- 12.30-12.45 **Discussione**
- 12.45-13.30 **Lunch**

**AULA MAGNA**

## 13.30-16.00 **CHIRURGIA IN DIRETTA**

**Diretta dalle sale e Presentazione casi clinici**  
*G. Siena*

**Sala A: Vaporizzazione della prostata**  
*Operatore: R. Giulianelli*

**Sala B: Laser IPB: TULEP**  
*Operatore: L. Carmigani*

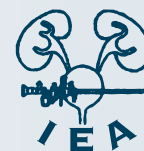
**Sala C: Laser IPB HOLEP**  
*Operatore: F. Blefari*

**Sala D: Biopsia Prostatica transperineale con sistema di navigazione stereotassica a immagini multimodali**

*Operatore: M. Paterlini*

*Moderatori: R. Leonardi, N. Pinzi, I. Vavassori*

*Provokers dalla sala operatoria: C. Ceruti, A. Galosi, V. Li Marzi, R. Miano*



## VENERDÌ 14 MARZO 2014

### AULA COMUNICAZIONI

14.00-17.30 **COMUNICAZIONI** (Presentazione 5 minuti + discussione 3 minuti)

#### **ENDOUROLOGIA - ALTE VIE**

*Moderatori: F. Mangiapia, S. Serni*

**C47. REGISTRAZIONE DELLE PRESSIONI INTRAPIELICHE DURANTE MICROPERC E SUE CORRELAZIONI CON I PAREMETRI POST OPERATORI: STUDIO PRELIMINARE**

*Raffaele Balsamo<sup>1</sup>, Carmine Di Palma<sup>1</sup>, Riccardo Autorino<sup>1</sup>, Leo Romis<sup>2</sup>, Salvatore Mordente<sup>2</sup>, Alessandro Pane<sup>2</sup>, Fabrizio Iacono<sup>3</sup>, Marco De Sio<sup>1</sup>, Giovanni Di Lauro<sup>2</sup>*

*1: Cattedra di Urologia, Seconda Università di Napoli*

*2: UOC Urologia, Ospedale S.Maria delle Grazie, Pozzuoli*

*3: Cattedra di Urologia, Università Federico II, Napoli*

**C48. LA PCNL "TUBELESS" NON È UN AZZARDO**

*G. Giusti<sup>1</sup>, S. Proietti<sup>1</sup>, R. Peschechera<sup>1</sup>, G. Taverna<sup>1</sup>, P. Graziotti<sup>1</sup>*

*(1) Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia*

**C49. RETROGRADE URETEROSCOPIC INTRARENAL SURGERY (RIRS) IN PATIENTS WITH RENAL AND UPPER URETERIC STONE UNTIL 4.3 CM : IS A GOOD AND EFFECTIVE TREATMENT?**

*Barbara Cristina Gentile, Roberto Giulianelli, Luca Mavilla, Luca Albanesi, Francesco*

*Attisani, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini*

*Division of Urology – Nuova Villa Claudia– Rome – Italy*

**C50. STUDIO PROSPETTICO DELL'OUTCOME DELLA LITOTRISSIA ENDOSCOPICA RENALE (RIRS) NEL TRATTAMENTO DEI CALCOLI RENALI FRA 2 E 3 CM**

*G. Giusti<sup>1</sup>, S. Proietti<sup>1</sup>, R. Peschechera<sup>1</sup>, G. Taverna<sup>1</sup>, P. Graziotti<sup>1</sup>*

*(1) Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia*

**C51. OUR INITIAL EXPERIENCE FOR THE TREATMENT OF KIDNEY STONES WITH MICRO-ECIRS (ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY) COSSU M., POGGIO M., FIORI C., MANFREDI M., SERRA N., GARROU D., CATTANEO G., AMPARORE D.,**

*Porpiglia F.*

*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

**C52. ECIRS (ENDOSCOPIC COMBINED INTRA RENAL SURGERY): RESULTS AFTER NINE YEARS OF EXPERIENCE**

*Cossu M., Poggio M., Fiori C., Manfredi M., Bertolo R., Mele F., Amparore D., Porpiglia F.*

*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

**C53. FATTORI PREDITTIVI DELL'OUTCOME DELLA RIRS (RETROGRADE INTRARENAL SURGERY) NELLA NEFROLITIASI**

*Michele Catellani, Stefano Paolo Zanetti, Edoardo Zanchetta, Fabrizio Longo, Alberto*

*Del Nero, Maurizio Delor, Michele Talso, Emanuele Montanari*

*A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## VENERDÌ 14 MARZO 2014

### C54. LITOTRISSIA INTRARENALE RETROGRADA (RIRS): RUOLO DEL PRE-STENTING NEL POSIZIONAMENTO DELL'INTRODUTTORE URETERALE E NELL'URETERORENOSCOPIA FLESSIBILE

*Michele Talso, Edoardo Zanchetta, Stefano Paolo Zanetti, Fabrizio Longo, Alberto Del Nero, Michele Catellani, Maurizio Delor, Emanuele Montanari*  
A.O. San Paolo, Università degli Studi di Milano

### C55. OUTCOMES AND SAFETY OF FLEXIBLE URETERORENOSCOPY AND HOLMIUM-LASER LITHOTRIPSY FOR RENAL STONE DURING THE LEARNING CURVE.

*Francesco Berardinelli, Luca Cindolo, Fabio Neri, Fabrizio Pellegrini, Fabiola R. Tamburro, Luigi Schips,*  
Vasto, Italy

#### ENDOUROLOGIA - BASSE VIE

*Moderatori: F. Blefari, M. Motta - C56-C64*  
*L. Cormio, D. Villari - C65-C72*

### C56. "FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI PAZIENTI AFFETTI DA IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA CON VOLUME GHIANDOLARE SUPERIORE A 80ML SOTTOPOSTI A TURP"

*Valerio Caredda, Federico Meloni, Antonello De Lisa*  
Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari

### C57. VALUTAZIONE DELLA FATTIBILITA' DELL'ENUCLEORESEZIONE ENDOSCOPICA DELLA PROSTATA CON RESETTORE BIPOLARE: PRESENTAZIONE DELLA NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE

*de Rienzo Gaetano \*, Giocoli Nacci Gianfranco \*, Chiarulli Elisabetta Francesca \*, Pagliarulo Vincenzo \*, Salerno Annamaria \*, Pagliarulo Arcangelo \**  
*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

### C58. MULTIMODAL FIBER OPTIC BASED SPECTROSCOPIC APPROACH FOR THE DETECTION OF BLADDER TUMORS

*Suresh Anand,a,\* Riccardo Cicchi,b,a Alfonso Crisci,c Gabriella Nesi,c Marco Carini,c Francesco S. Pavone a,b,d*  
*a) European Laboratory for Non-Linear Spectroscopy (LENS), University of Florence, Via Nello Carrara, 1 - 50019, Sesto Fiorentino, Italy;*  
*b) National Institute of Optics, National Research Council (INO-CNR), Largo Enrico Fermi 6 - 50125, Florence, Italy;*  
*c) Division of Urology, Department of Surgical and Medical Critical Area, University of Florence, Florence, I-50100, Italy*  
*d) Department of Physics, University of Florence, Via Giovanni Sansone 1 - 50019, Sesto Fiorentino, Italy;*

### C59. IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLA LITIASI URINARIA NEI PAZIENTI MIELOLESI

*Alessandro Iannetti, Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Laura Bettin, Andrea Guttilla, Claudio Valotto, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Oncologiche, Chirurgiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

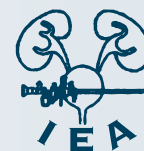
## VENERDÌ 14 MARZO 2014

- C60. TRATTAMENTO ENDOSCOPICO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO DEI TRAUMI E DELLE STENOSI SERRATE DELL'URETRA. NOTE DI TECNICA**  
*Andrea Guttilla, Laura Bettin, Vito Palumbo, Alessandro Crestani, Fabio Zattoni, Massimo Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni*  
*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*
- C61. TRANSURETHRAL ADENOMA ENUCLEATION'S IN SALINE BUTTON ELECTRODE (B-TUEP) WITH GYRUS PK SYSTEM FOR THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA. RUA'S PRELIMINARY EXPERIENCE**  
*Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti*  
*Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy*  
*RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy*
- C62. TUR-P "SEMINAL-SPARING": GOLD STANDARD PER LA DISOSTRUZIONE NEL GIOVANE?**  
*Pietro Saldutto, Stefano Masciovecchio, Vikiela Galica, Elona Toska, Daniela Biferi, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini*  
*(Università degli Studi dell'Aquila, S.S. Urologia-Direttore Prof. C. Vicentini)*
- C63. IS WHICH OF FALSE POSITIVE BLADDER LESION'S INCIDENCE FOLLOWING NBI CYSTOSCOPY? PRELIMINARY EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE.**  
*Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti*  
*Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy*  
*RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy*
- C64. CAN NBI CYSTOSCOPY'S USE INCREASE THE ABILITY TO DETECT NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER NEOPLASMS? PRELIMINARY EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE.**  
*Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti*  
*Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy*  
*RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy*
- C65. SISTEMA BIPOLARE PLASMA CINETICO (GYRUS ACMI®): SICUREZZA DELLA RESEZIONE DELL'OSTIO URETERALE**  
*Stefano Masciovecchio, Pietro Saldutto, Elona Toska, Vikiela Galica, Daniela Biferi, Cristian Cicconetti, Giovanni Giovanditti, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini*  
*(Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente, S.S. urologia P.O. "G.Mazzini" – Teramo; Direttore: Prof. Carlo Vicentini)*



## VENERDÌ 14 MARZO 2014

- C66. BIPOLAR GYRUS PK SCALPEL WITH CUTTING POWER OF 120 WATTS COMPARED TO THE STANDARD POWER OF 180W IN TURP, RANDOMIZED STUDY**  
*Roberto Giulianelli, Barbara Cristina Gentile, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti*  
*Division of Urology – Nuova Villa Cluadia Clinic- Rome- Italy*
- C67. NOSTRA ESPERIENZA NELLA CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA CON ESAMINOLEVULINATO NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DELLE NEOPLASIE SUPERFICIALI DELLA VESCICA.**  
*M. Poggio, S. Grande, M. Cossu, G. Cattaneo, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia*  
*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*
- C68. USO DELLA COLLA DI FIBRINA NEL TRATTAMENTO DELLA CISTITE EMORRAGICA SEVERA SUCCESSIVA A TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE.**  
*Bove P., Iacovelli V., Tirindelli M.C., Flammia G., Sergi F., Cerretti R., Cudillo L., Picardi A., De Angelis G., Arcese W., Vespasiani G.*  
*U.O.C. Urologia – Università degli Studi di Roma Tor Vergata – Dir. Prof. G. Vespasiani*
- C69. SAFETY OF COLD KNIFE URETHROTOMY FOR URETHRAL STRICTURE IN PATIENTS TAKING ANTI-AGGREGANT THERAPY FOR CARDIOVASCULAR DISEASES.**  
*Marengi Carlo, Stefano C. M. Picozzi, Giorgio Bozzini, Cristian Ricci, Luca Carmignani*  
*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*
- C70. TRANSURETHRAL THULIUM LASER VAPO-RESECTION VERSUS TRANSVESICAL OPEN ENUCLEATION FOR PROSTATE ADENOMA GREATER THAN 80 G: A STUDY OF 78 PATIENTS**  
*Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Elisabetta Finkelberg, Alberto Macchi, Gabriele Maffi, Marengi Carlo.*  
*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*
- C71. CLINICAL COURSE OF PATIENTS RECEIVING ANTI-PLATELETS THERAPY WHO UNDERWENT THULIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE.**  
*Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Elisabetta Finkelberg, Alberto Macchi, Gabriele Maffi, Stefano Casellato, Marengi Carlo.*  
*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*
- C72. ONE DAY SURGERY IN THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC ENLARGEMENT WITH THULIUM LASER: A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE**  
*Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Giorgio Bozzini, Stefano Casellato, Marengi Carlo.*  
*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*



## VENERDÌ 14 MARZO 2014

AULA 7 (NIC)

15.00-17.15 Hands on - Laparo/Robotica

AULA 8 (NIC)

15.00-17.15 Hands on - Endourologia

AULA MAGNA

### 16.00 -16.45 **TAVOLA ROTONDA**

**Diagnostica endoscopica delle neoplasie vescicali**

*Moderatori: G. Carrieri, G. Vespasiani*

16.00 -16.10 **Pdd**

*A. Saita*

16.10 -16.20 **Spice e Nbi**

*A. Lapini*

16.20 -16.35 **Il Corretto campionamento e Future perspectives**

*W. Artibani*

16.35 -16.45 **Discussione**

### 16.45-17.00 **LETTURA**

**Il paziente urologico in doppia antiaggregazione: costituisce una controindicazione all'intervento?**

*R. Naspro*

*Moderatore: C. Cracco*

### 17.00-17.15 **LETTURA**

**Nuove prospettive della terapia mini invasiva dell'IPB**

*S. Micali*

*Moderatore: G. Vespasiani*

### 17.15-18.15 **TAVOLA ROTONDA**

**Tumore della Prostata**

*Moderatori: M. De Angelis, A. Pagliarulo*

17.15-17.30 **Protocolli e tecniche di sorveglianza attiva**

*G. Martorana*

17.30-17.45 **Terapia focale: i più e i meno**

*C. Selli*

17.45-18.00 **Aspetti di anatomia e tecnica della prostatectomia robotica relativi alla continenza urinaria e alla potenza sessuale.**

*G.M. Ludovico*

18.00-18.15 **Discussione**



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

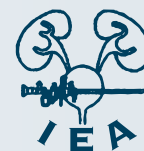
## VENERDÌ 14 MARZO 2014

18.15-18.30 Premiazione dei due migliori video e delle due migliori comunicazioni

18.30-19.30 Seduta Amministrativa ed Elezione del nuovo Consiglio Direttivo

20.00 *Cena sociale*





## SABATO 15 MARZO 2014

AULA MAGNA

08.30-08.45 **LETTURA**  
Terapia medica litolitica: cosa abbiamo in commercio?  
*D. Prezioso*

*Moderatore: G. Muzzonigro*

AULA 7 (NIC)

08.30-13.00 Hands on - Laparo/Robotica

AULA 8 (NIC)

08.30-13.00 Hands on - Endourologia

AULA MAGNA

08.45-09.00 **LETTURA**  
Terapia Medica dell'IPB  
*G. Morgia*

*Moderatore: A. Tubaro*

09.00-09.20 **LETTURA**  
Storia e aspetti innovativi dell'utilizzo del laser per la calcolosi  
*L. Ruggera*

*Moderatore: E. Mearini*

09.20-10.05 **UPDATE:**  
Cosa c'è di nuovo nel mondo...  
*Moderatori: G. D'Elia, A. De Lisa*

09.20-09.35 **In Endourologia**  
*M. De Sio*

09.35-09.50 **In Laparoscopia**  
*L. Schips*

09.50-10.05 **In Robotica**  
*B. Rocco*

10.05-11.05 **FOCUS ON**  
Training in Endourologia  
*Moderatori: R.M. Scarpa, F. Zattoni*

10.05-10.20 **Training in Laparoscopia e Robotica: modelli di insegnamento**  
*D. Veneziano*

10.20-10.35 **Training in Endourologia: modelli di insegnamento**  
*A. Crisci*

10.35-10.50 **Curriculum Endourologico**  
*A. Cestari*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## SABATO 15 MARZO 2014

10.50-11.05

### LETTURA

Le stenosi ureterali ab exstriseco neoplastiche: nuove soluzioni terapeutiche

*P. Beltrami*

*Moderatore: G. Nicita*

11.05-11.20

Neoplasia alta via escrettrice: tecnica di biopsia e valutazione del patologo

*G. Giusti*

*Moderatore: S. Ferretti*

11.20-12.00

### TAVOLA ROTONDA

Trattamenti Mini-Invasivi nella calcolosi renale pediatrica: indicazioni e prospettive attuali

*Moderatori: P. Caione, A.D. Danti*

- **Introduzione**

*P. Caione, A.D. Danti*

- **La microperc**

*M. De Dominicis*

- **La miniperc nel bambino**

*S. Ferretti*

- **La RIRS nella calcolosi pielocaliceale pediatrica: possibilità e limiti**

*P. Acquati*

Discussione

*Discussants e provokers: G. Collura, A. Frattini, S. Micali*

12.00-12.15

*Chiusura dei lavori e light lunch*

## TUTORS HANDS ON TRAINING

Responsabile: A. Crisci, D. Veneziano

### GIOVEDÌ 13 MARZO

**Simulatore ROBOT**

*M. Lanciotti, L. Masieri, G. Vittori*

**Simulatore LAPARO**

*P. Bove, L. Cindolo, V. Pagliarulo*

**Simulatore TULEP**

*G. Bozzini, L. Carmignani, C. Marenghi*

**Simulatore HOLEP**

*F. Blefari, F.G. Di Loro, A. Porreca, C.M. Scoffone*

**Simulatore puntura nefrostomica eco-guidata**

*G. Bozzini, A. Crisci, M. Garofalo, A. Tuccio*

**Simulatore URS-RIRS**

*C. Cracco, M. De Dominicis, A. De Lisa, A. Saita*

**Simulatore TURP**

*R. Giulianelli, V. Li Marzi, S. Micali, F. Travaglini*

### VENERDÌ 14 MARZO

**Simulatore ROBOT**

*B. Rocco, G. Siena, A. Tuccio*

**Simulatore LAPARO**

*G. Siena, A. Minervini, S. Zaramella*

**Simulatore TULEP**

*G. Bozzini, L. Carmignani, C. Marenghi*

**Simulatore HOLEP**

*F. Blefari, F.G. Di Loro, A. Porreca, C.M. Scoffone*

**Simulatore puntura nefrostomica eco-guidata**

*G. Bozzini, A. Crisci, M. Garofalo, A. Tuccio*

**Simulatore URS-RIRS**

*C. Cracco, M. De Dominicis, A. De Lisa, A. Saita*

**Simulatore TURP**

*R. Giulianelli, V. Li Marzi, S. Micali, F. Travaglini*

### SABATO 15 MARZO

**Simulatore ROBOT**

*A. Antonelli, M. Lanciotti, A. Peroni*

**Simulatore LAPARO**

*A. Celia, M. Garofalo, P. Parma*

**Simulatore TULEP**

*G. Bozzini, L. Carmignani, C. Marenghi*

**Simulatore HOLEP**

*F. Blefari, F.G. Di Loro, A. Porreca, C.M. Scoffone*

**Simulatore puntura nefrostomica eco-guidata**

*G. Bozzini, A. Crisci, M. Garofalo, A. Tuccio*

**Simulatore URS-RIRS**

*C. Cracco, M. De Dominicis, A. Saita, A. De Lisa*

**Simulatore TURP**

*R. Giulianelli, V. Li Marzi, S. Micali, F. Travaglini*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## FACULTY

Acquati Pietro  
Antonelli Alessandro  
Artibani Walter  
Beltrami Paolo  
Bianchi Giampaolo  
Blefari Franco  
Bove Pierluigi  
Bozzini Giorgio  
Caione Paolo  
Calamai Monica  
Carmignani Luca  
Carrieri Giuseppe  
Celia Antonio  
Ceruti Carlo  
Cestari Andrea  
Cindolo Luca  
Collura Giuseppe  
Cormio Luigi  
Cossu Marco  
Cracco Cecilia  
Crisci Alfonso  
D'Addessi Alessandro  
D'Elia Gianluca  
Danti Alfredo Dante  
De Angelis Michele  
De Dominicis Mauro  
De Lisa Antonello  
De Sio Marco  
Defidio Lorenzo  
Di Loro Filippo Giuseppe  
Ferretti Stefania

Ficarra Vincenzo  
Francesca Francesco  
Frattini Antonio  
Gacci Mauro  
Gallucci Michele  
Galosi Andrea Benedetto  
Garofalo Marco  
Giulianelli Roberto  
Giusti Guido  
Grosso Gaetano  
Guazzoni Giorgio  
Kartalas Goumas Ioannis  
Lanciotti Michele  
Lapini Alberto  
Leonardi Rosario  
Li Marzi Vincenzo  
Ludovico Giuseppe Mario  
Mangiapia Francesco  
Marenghi Carlo  
Martorana Giuseppe  
Masieri Lorenzo  
Mearini Ettore  
Miano Roberto  
Micali Salvatore  
Minervini Andrea  
Montanari Emanuele  
Morgia Giuseppe  
Motta Mario  
Muzzonigro Giovanni  
Naspro Richard  
Nicita Giulio

Nicolai Nicola  
Pagliarulo Arcangelo  
Pagliarulo Vincenzo  
Parma Paolo  
Paterlini Maurizio  
Peroni Angelo  
Pinzi Novello  
Pizzuti Valerio  
Porpiglia Francesco  
Porreca Angelo  
Prezioso Domenico  
Rocco Bernardo  
Ruggera Lorenzo  
Saita Alberto  
Scarpa Roberto Mario  
Schips Luigi  
Scoffone Cesare Marco  
Selli Cesare  
Serni Sergio  
Siena Giampaolo  
Terrone Carlo  
Tolley David  
Travaglini Fabrizio  
Tubaro Andrea  
Tuccio Agostino  
Vavassori Ivano  
Veneziano Domenico  
Vespasiani Giuseppe  
Villari Donata  
Vittori Gianni  
Zaramella Stefano  
Zattoni Filiberto

# A History of Commitment to Endourology.



Clinical **Excellence** | Meaningful **Innovation** | Physician **Education**

All cited trademarks are the property of their respective owners. CAUTION: The law restricts these devices to sales by or on the order of a physician. Indications, contraindications, warnings and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device. Information for the use only in countries with applicable health authority product registrations.

© 2013 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved. URO-143810-AA Feb 2013 Printed in Germany by medicalvision.

[www.bostonscientificstone.eu](http://www.bostonscientificstone.eu)  
[www.bostonscientific.com](http://www.bostonscientific.com)

# La chiamiamo **ACQUA DELLA SALUTE** perché:

## Accentuata Ipotonia

Residuo Fisso	<b>177,0</b>
Ph	<b>7,4</b>

## Povera di Sodio

Sodio	<b>4,6</b>
-------	------------

## Ricca di Bicarbonati

Bicarbonati	<b>178,0</b>
-------------	--------------

## Buon tenore di Calcio

Calcio	<b>57,1</b>
--------	-------------

Magnesio	<b>3,4</b>
----------	------------

Potassio	<b>0,5</b>
----------	------------

Stronzio	<b>0,2</b>
----------	------------

Solfati	<b>8,2</b>
---------	------------

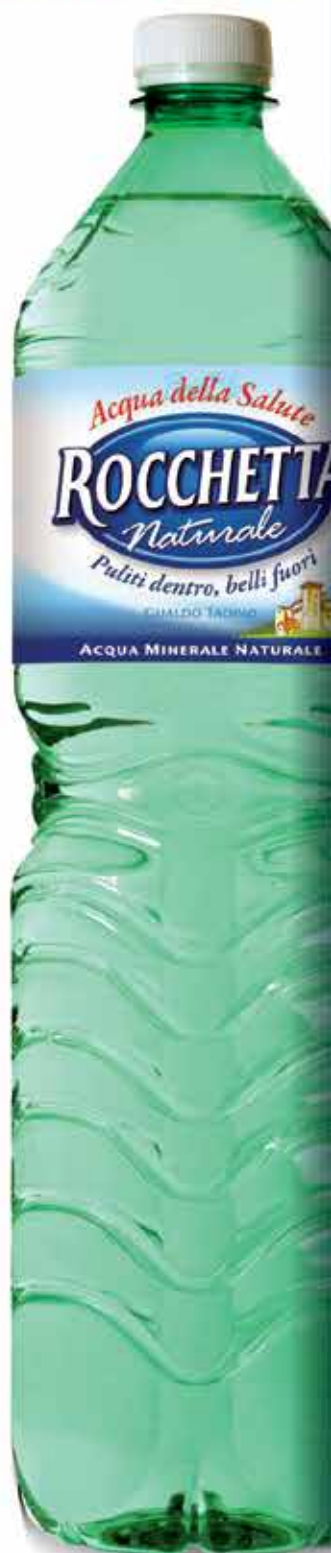
Cloruri	<b>7,9</b>
---------	------------

Nitrati	<b>1,4</b>
---------	------------

Fluoruri	<b>0,1</b>
----------	------------

Silice	<b>5,3</b>
--------	------------

**Microbiologicamente  
pura**



## 1 | **Depura**

Rocchetta, grazie alla sua leggerezza e al basso contenuto di sali minerali, attiva un vero e proprio "lavaggio interno" che elimina le scorie metaboliche in eccesso

## 2 | **Stimola la diuresi**

Rocchetta, bevuta durante tutta la giornata a intervalli regolari, favorisce la diuresi e aiuta a mantenere puliti i reni

## 3 | **Previene**

Rocchetta è consigliata nella prevenzione della calcolosi renale e delle vie urinarie perché non eccessivamente povera di calcio, con pochi solfati, buon contenuto di bicarbonati e basso residuo fisso

## 4 | **Idrata**

Rocchetta assicura un equilibrato livello di idratazione



Rocchetta, Acqua della Salute,  
aiuta a depurare i nostri reni.

## ABSTRACT

### GIOVEDÌ 13 MARZO 2014

#### COMUNICAZIONI

SALA COMUNICAZIONI 14.00-15.00

#### LAPAROSCOPIA

Moderatori: S. Micali, A. Antonelli

##### C1

#### ACCESSO LAPAROSCOPICO: ANALISI MULTICENTRICA SULLE COMPLICANZE DI PIÙ DI 65000 PROCEDURE.

**E. Paiolo, E. Martorana, M. Rani, R. Galli, S. Micali, G. Bianchi.**

*U.O. Urologia (Dir. Prof. Bianchi), Policlinico di Modena, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

**Introduzione:** Più dell' 80% delle procedure chirurgiche in campo urologico vengono eseguite laparoscopicamente, per via trans- o retro-peritoneale. Il tutto grazie all'avvento della tecnologia video e lo sviluppo dello strumentario. Un punto importante da analizzare rimane l'accesso, legato al quale possono insorgere svariate complicazioni. La scelta del tipo di accesso ottimale è legata al tipo di paziente, alla sua storia clinica, all'esperienza del chirurgo ed in base a preferenze personali. Va precisato che non tutti i pazienti siano predisposti ad un unico tipo di accesso. Il ruolo di questo lavoro è quello di analizzare le differenti tecniche di accesso laparoscopico e quanto vengano impiegate nelle varie procedure urologiche, con relative complicanze ad esse correlate. Per ottenere queste informazioni, ci siamo serviti di un questionario inviato a 80 chirurghi dei centri urologici più importanti, distribuiti tra USA, Europa ed Asia.

**Materiali e Metodi** Il questionario è stato inviato tramite mail ad 80 chirurghi laparoscopisti dal Giugno 2013 al Novembre 2013. Il questionario aveva lo scopo di valutare le singole esperienze in capo laparoscopico degli ultimi 10 anni. Il questionario era articolato in 12 domande suddivise in 3 parti. La prima parte quantificava il tipo di accesso utilizzato (trans- o retro-peritoneale), la tecnica utilizzata per creare l'accesso al peritoneo ed al retroperitoneo. La seconda parte del questionario identificava il numero di chirurghi che avevano modificato la tecnica di accesso laparoscopico durante la curva di apprendimento e le rispettive modifiche apportate. L'ultima parte del questionario ci consentiva di qualificare e quantificare le compli-

canze relative all' accesso pre- e post- operatorie e le rispettive gestioni. Tutte le complicanze chirurgiche sono classificate secondo "Clavien Score", che consta di 5 gradi. Tutti i dati sono stati raccolti in un database mediante foglio di lavoro Excel.

**Risultati:** 41 urologi hanno fornito i loro dati per quanto riguarda la tecnica laparoscopica (response rate 51, 25%). 2 questionari sono stati esclusi dai risultati finali poiché i chirurghi non hanno fornito completamente i dati relativi alla loro casistica. Il numero delle procedure ammonta a 65636 (56.236 per l'accesso trans peritoneale e 9.400 per l'accesso retroperitoneale). Tutti i chirurghi adottano l'accesso trans peritoneale. Il 61,5 % dei chirurghi (24/39) si serve dell'ago di Verres per creare lo pneumoperitoneo ed accedere alla cavità addominale.

4 chirurghi (10.3%), usano più di un solo metodo. La più comune modalità d'accesso usata risulta essere la tecnica "blind trocar" (38,5% dei chirurghi) e 2 di questi senza l'utilizzo dell' ago di Verres. 14 chirurghi utilizzano la tecnica open (33.3%), 7 chirurghi (17,9%) riportano l' utilizzo di trocar ottico ( 2 di questi senza l'utilizzo dell' ago di Verres). 5 chirurghi affermano di aver modificato la loro tecnica di accesso durante la curva di apprendimento, ma solo 2 ne specificano le modalità. 30/39 chirurghi (76.9 %) dichiarano di eseguire l'accesso retroperitoneale., il quale non è standard come quello trans peritoneale. L'accesso retroperitoneale viene eseguito tramite la dodicesima costa o il triangolo di Petit. La tecnica di accesso al retroperitoneo più utilizzata risulta essere quella "open" (90%), mentre solamente 3 chirurghi si servono del trocar ottico. La tecnica utilizzata per la creazione dello spazio di lavoro retroperitoneale può essere effettuata tramite ballon o con le dita. 31/39 chirurghi (79.5%) riporta complicanze intraoperatorie: 13 (33,3%) riferiscono lesioni intestinali, 13 (33,3%) danni vascolari maggiori, 22 chirurghi (56,4%) danni vascolari minori e 4 operatori (10.3%) riportano altre complicazioni come lacerazioni epatiche durante l' inserzione dell' ago di Verres, un' incorretta insufflazione o perforazioni vescicali. Considerando il numero totale di procedure, la percentuale di complicazioni intraoperatorie ammonta al 3.3%: 0,23% lesioni intestinali, 0,32% lesioni vascolari maggiori, 2,72% lesioni vascolari minori, 0,009% alter complicazioni. La gestione di queste dipende principalmente dal tipo e dal grado di complicazioni: il 41,95% dei chirurghi ha posto rimedio laparoscopicamente, il 19,4% mediante chirurgia "open", il 19,4% si è servito di entrambe le tecniche, il 6,5% ha risolto in maniera conservativa, il 12,9% non riporta alcun dato in merito.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

La difficoltà relative all'accesso hanno necessitate di conversione a cielo aperto (21 chirurghi – 53.8%) ed il tasso di conversione ammonta a 0.33%. 22 chirurghi (56.4%) riferiscono la necessità di trasfondere sangue. Il tasso di trasfusione ammonta a 1.13%. 35 chirurghi (89,7%) riferisce complicazioni post-operatorie legate all' accesso.

24 chirurghi segnalano febbre (2.78%), 25 chirurghi riferiscono ileo (4.15%), 23 chirurghi segnalano ematomi addominali (0.77%), il tasso degli ematomi sottocutanei ammonta all' 1,41% riportato da 26 chirurghi, erniazioni delle porte d'accesso sono descritte da 24 chirurghi (0.47%). Il 71,8% dei chirurghi (28) riferisce una percentuale di 0,3% di re-intervento. La grande maggioranza delle complicanze è stata classificata come Clavien Grade 1 e 2. Secondo il trattamento delle complicanze, lo 0.29% di esse, erano di Grade 3 e lo 0,3% di Grade 4. Non vengono riportate complicazioni di Grade 5.

**Conclusioni:** Dai dati emersi, risulta evidente come l'accesso laparoscopico sia un accesso sicuro, in particolar modo mediante trocar ottico. Risulta di maggior influenza il tipo di accesso rispetto all' esperienza del singolo operatore. Dalla nostra raccolta dati non si evince un'importante quantità di complicanze maggiori (Clavien Grade 4 e grade 5) legate all'accesso.

## C2

### NEFROURETERECTOMIA LAPAROSCOPICA PER I TUMORI UROTELIALI DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE, RISULTATI ONCOLOGICI E CONFRONTO CON LA TERAPIA OPEN.

**Giuseppe Lotrecchiano, Aldo Delle Cave, Vincenzo Tripodi, Enrico De Fortuna, Antonio Quaranta, Franco Attanasi e Luigi Salzano**

*Dipartimento di Scienze Chirurgiche – UOC di Urologia  
Direttore L. Salzano – AORN "Rummo" Benevento*

La nefroureterectomia radicale open (ORN) con asportazione dell'uretere distale e di una cuffia della vescica è considerato lo standard di cura attuale per il trattamento del carcinoma del tratto urinario superiore. Tuttavia, la laparoscopia ha dimostrato di essere ugualmente efficace con minore morbilità perioperatoria. La nefroureterectomia laparoscopica (LRN), pertanto sta emergendo come una valida alternativa minimamente invasiva. Rimane però la questione sulla sicurezza e l'efficacia oncologica della LRN e la sua equivalenza rispetto a ORN. Alcuni autori hanno ipotizzato che la dissezione del tu-

more e le alte pressione del gas che si instaurano per il pneumoperitoneo durante la LRN sono associati con un rischio più elevato di recidiva vescicale, di recidiva locale così come di metastasi sui siti dei trocar.

Abbiamo voluto valutare i nostri risultati clinici tra ORN e LRN eseguite dallo stesso chirurgo (L.S.) analizzando i dati di 45 NUL eseguite tra il 2006 e il 2013 confrontandoli retrospettivamente con i dati di 32 NUO eseguite negli anni 2002-2005 (era pre-laparoscopia).

ORN è stata eseguita secondo i criteri standard, cioè, la dissezione del rene con l'intera lunghezza dell'uretere e asportazione di una cuffia vescica con una seconda breve incisione. La linfadenectomia non è stata eseguita di routine a meno che il paziente non presentava linfonodi macroscopicamente o radiologicamente evidenti.

La tecnica laparoscopica è stata eseguita con approccio transperitoneale in 34 pazienti e con approccio retroperitoneale in 11. L'escissione della cuffia vescicale è stata effettuata con tecnica a cielo aperto utilizzando l'incisione per asportare il pezzo. I pazienti sono stati seguiti ogni 3 mesi per il primo anno, ogni 4 mesi per il secondo anno, ogni 6 mesi a partire dal terzo al quinto anno e successivamente ogni anno. Il follow-up consisteva di anamnesi, esame obiettivo, esami ematochimici di routine, citologia urinaria, radiografia del torace, uretrocistoscopica e Uro TC.

Il follow-up medio è stato di 23 mesi nei pazienti sottoposti a LRN e 48 mesi per quelli trattati con ORN. Abbiamo valutato in particolare la recidiva neoplastica, il sito di recidiva e la sopravvivenza.

Abbiamo avuto recidiva locale in 4 pazienti (8,8%) dopo LRN e in 2 (6,25%) dopo ORN.

3 pazienti sottoposti a LRN (6,6%) sono morti per malattia metastatica a 9 e 12 mesi, 3 pazienti sottoposti a ORN (9,3%) sono morti per metastasi a 12, 16 e 23 mesi.

E' stata riscontrata recidiva vescicale in 43 pazienti sottoposti a LRN e 4 dopo ORN.

I siti di recidiva neoplastica più frequenti sono stati: recidiva locale (4 LRN-2 ORN), 1 recidiva su porta laparoscopica, 3 recidive nei linfonodi regionali (2 LRN, 1 ORN), vescica (4 LRN, 4 ORN). Non ci sono state differenze significative nella recidiva di malattia e anche i tassi di sopravvivenza a 1 e 3 anni non sono risultati molto diversi tra le due tecniche.

Alcuni ricercatori hanno suggerito che la manipolazione del tumore durante la LRN può portare ad una migrazione delle cellule tumorali con eventuale impianto in siti secondari e in vescica, a causa dell'alta pressione



del gas necessaria per la procedura laparoscopica. Inoltre, è stato anche segnalato come una preoccupazione possibile con LRN l'impianto di cellule tumorali nei siti dei trocar. Tuttavia, questi rischi potenziali di LRN sono controversi e non hanno ottenuto riscontri nei vari lavori effettuati. Non abbiamo trovato nessuna differenza significativa nelle recidive, nelle recidive vescicali, e nel decesso causa specifica per la malattia tra i pazienti trattati con ORN e quelli con LRN.

Inoltre come in altri studi, non abbiamo trovato alcuna associazione significativa tra l'approccio chirurgico e il decesso per malattia.

Il grado e lo stadio del tumore influenzano l'incidenza di malattia metastatica, ed è un fattore prognostico negativo la localizzazione primitiva della malattia (peli-uretere-entrambi), piuttosto che la tecnica chirurgica utilizzata.

Non ci sono evidenze quindi che il controllo oncologico sia compromesso nei pazienti trattati con LRN piuttosto che con ORN.

### C3

#### **FOLLOW UP ONCOLOGICO DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFROURETERECTOMIA VLS SENZA LA REALIZZAZIONE DI PASTIGLIA VESCICALE**

**Andrea Corona, Danilo Abate, Giuseppe Giusti, Antonello De Lisa**

*Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari*

**INTRODUZIONE:** Il trattamento dei tumori uroteliali dell'alta via, non trattabili conservativamente, prevede come gold standard la nefroureterectomia open. Ha ormai preso piede da tempo la tecnica video laparoscopica, sicura ed efficace, e più di recente quella robotica, assai più dispendiosa. Queste metodiche prevedono l'asportazione della porzione perimeatale: "pastiglia vescicale". Questa metodica ha il razionale di escludere la recidiva vescicale nella zona in diretta comunicazione con l'uretere. Lo scopo del nostro studio è la valutazione di 54 pazienti con neoplasia transizionale dell'alta via, sottoposti a nefroureterectomia VLS senza realizzazione della "pastiglia vescicale".

**MATERIALI E METODI:** Lo studio include 54 pz, dei quali 31 Maschi e 23 Femmine; 24 neoplasie del rene destro e 30 del sinistro. 40 con lesioni monofocali e 14 multifocali. Per la diagnosi abbiamo eseguito: etg-reno vescicale, C.E. ambulatoriale mentre UroTc e scintigrafia renale per la stadiazione clinica. La Stadiazione patologica del

paziente è proseguita con lo studio dell'alta via per via endoscopica (URS) con biopsia delle lesioni. La nefrectomia è eseguita videolaparoscopicamente in decubito laterale destro o sinistro con posizionamento di 3 o 4 porte laparoscopiche. Effettuata l'incisione della doccia parieto-colica a partenza dal legamento freno colico, abbiamo proseguito lungo la fascia del Gerota accedendo alla loggia renale. Individuato il polo inferiore della capsula adiposa del Gerota si è isolato l'uretere sino al tratto intramurale dove abbiamo posizionato due clips Hem-olok tra le quali si è effettuata la sezione ureterale.

**RISULTATI** Lo studio include pazienti con follow up medio a 5 anni (Gennaio 2004 – Febbraio 2012). È stata eseguita a 6 mesi la prima cistoscopia ambulatoriale con esplorazione del breve moncone vescicale. Ad un anno la cistoscopia e l'uroTc rieseguite nelle scadenze annuali successive. Di 54 pazienti solo 1 paziente ha presentato una recidiva intrameatale ad un anno la quale è stata resecata inglobando la clip di isolamento dell'uretere terminale. Un altro paziente ha presentato un decubito della clip impedendo quindi la valutazione cistoscopica delle recidive, e pertanto è stato monitorizzato nel tempo solo tramite uroTC.

**DISCUSSIONE:** Sino ad oggi il gold standard nelle terapie dei tumori uroteliali dell'alta via è stato quello di eseguire la nefroureterectomia con "pastiglia Vescicale". Il nostro gruppo ha osservato esserci una completa sovrapponibilità di risultati tra la nefroureterectomia con realizzazione di pastiglia vescicale rispetto alla nostra tecnica in termini di intervallo libero da recidiva di malattia.

**CONCLUSIONI:** Quindi possiamo affermare che il confezionamento della "pastiglia vescicale" risulta essere un tempo operatorio aggiuntivo dell'intervento stesso, ed inoltre aumenta nel post operatorio i tempi di degenza e di cateterizzazione. Non comportando quindi un effettivo aumento di tempo libero da recidiva di malattia in vescica.

### C4

#### **LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL PYLELITHOTOMY FOR MANAGEMENT OF RENAL STONE**

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

*Ospedale della Misericordia Grosseto*

**Background:** Recent developments in laparoscopic and retroperitoneoscopic techniques have modified the treatment of renal and ureteral stones. We present the efficacy and possible adverse complications of laparoscopic pyelolithotomy for the treatment of



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

staghorn stones as an alternative to percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in our single-surgeon series.

**Patients and Methods:** 45 patients (36 males and 9 females) underwent transperitoneal laparoscopic pyelolithotomy for removal of staghorn stones. Mean stone size was 3.5 cm (range, 2–6.5 cm). All patients had large stones in the renal pelvis and several (more than two) calices with extrarenal pelvis.

**Results:** Mean operative time was 120 minutes (range, 90–170 minutes), and the mean hospital stay was 4 days (range, 3–7 days). Transfusion was not required in any patient, and open conversion did not happen. Overall success rate was 95,5% (43/45), and 2 patients had residual stones that were managed with extracorporeal shockwave lithotripsy. There were no major complications (bleeding, sepsis, bowel injury, or urinary leakage).

**Conclusion:** The role of laparoscopic kidney stone surgery has not been defined well, but laparoscopic transperitoneal pyelolithotomy may be performed with proper results and negligible complications in skillful hands. It could be a suitable alternative to PCNL for the treatment of staghorn and large stones in selected cases.

## C5

### NEFROPESSI LAPAROSCOPICA CON UTILIZZO DI RETE IN POLITETRAFLUOROETILENE

**Simonelli Giovanni, Molinari Alberto, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Zeccolini Guglielmo, Silvestre Pasquale, Celia Antonio**

*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*

La nefroptosi è una condizione caratterizzata dalla discesa del rene di almeno 5 cm (o due corpi vertebrali) in ortostatismo. E' più comune nel sesso femminile e può interessare più frequentemente il rene destro o, nel 20% dei casi, essere bilaterale. Condizione predisponente alla ptosi renale è una rapida perdita di peso corporeo. Il trattamento chirurgico è da riservare ai pazienti sintomatici.

**Case report:** descriviamo la nostra tecnica di nefropessi per via laparoscopica transperitoneale.

L'intervento è stato condotto su una paziente di 32 anni giunta alla nostra osservazione per dolore al fianco destro esacerbato dall'ortostatismo ed iperpiressia. L'Uro-TC e l'urografia endovenosa eseguita in posizione supina ed in stazione eretta dimostravano una condizione di ptosi renale associata alla rotazione

del polo superiore e stiramento del peduncolo renale. La paziente è stata posizionata in decubito laterale sinistro ed è stato introdotto un trocar ottico da 10 mm in sede ombelicale e due trocar operativi da 5 mm sulla linea mediana ed in pararettale destra. Dopo l'accesso alla loggia renale viene fissata la rete in politetrafluoroetilene (Dual-Mesh® (GORE Medical USA) alla faccia anteriore del rene mediante due punti staccati 3/0 monofilamento riassorbibili. L'estremità della rete viene poi ancorata alla parete addominale posteriore in corrispondenza del muscolo quadrato dei lombi con un punto 2/0 polifilamento riassorbibile e tre clips metalliche a spirale.

Il decorso post-operatorio è stato regolare e la sintomatologia è progressivamente regredita nelle settimane successive alla dimissione. L'efficacia della nefropessi è stata documentata da una TC addome eseguita a 30 giorni dall'intervento.

## C6

### SACROCOLPOPESSIA LAPAROSCOPICA PER POP MULTICOMPARTIMENTALE CON APPLICAZIONE DI MESH IN POLIPROPILENE E COLLA CHIRURGICA

**Giuseppe Giusti; Simona Serra; Antonello De Lisa**  
*Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari*

• Scopo del lavoro: Verificare fattibilità ed efficacia della sacrocolpopessia laparoscopica (LSC) per POP multi-compartimentale eseguita mediante applicazione di mesh in polipropilene e colla chirurgica IFABOND.

-Materiali e Metodi: Dal Novembre 2012 ad oggi abbiamo trattato 5 pazienti, tutte con utero in sede e volontà di preservare l'organo. A tutte le pazienti è stata richiesta la compilazione del questionario PISQ-12 per la valutazione della funzione sessuale pre e post-intervento.

Le pazienti sono state avviate al trattamento chirurgico programmato per via laparoscopica. Sono state posizionate cinque porte laparoscopiche. Sulla guida di una valva vaginale è stata eseguita l'incisione del peritoneo al di sopra della cupola vaginale e, a partire da tale incisione si è proceduto alla preparazione dei piani vescico-vaginale e retto-vaginale. L'incisione peritoneale posteriore è stata prolungata passando attraverso il legamento largo destro, fino a raggiungere il promontorio sacrale. Attraverso uno dei trocars è stata introdotta in addome la rete protesica (HALBA-MeshH®). La rete, sagomata a Y, è stata adagiata sulle pareti vaginali anteriore e posteriore, precedentemente isolate, e su queste è stata ancorata mediante

applicazione di colla chirurgica tissutale IFABOND®. L'estremità della rete è stata assicurata al legamento longitudinale anteriore del promontorio sacrale mediante due punti di sutura non riassorbibili.

Le pazienti sono state rivalutate a uno e sei mesi. Quattro pazienti su cinque sono state rivalutate a dodici mesi.

• **Risultati:** Nessuna procedura ha determinato comparsa di complicanze intra e/o post-operatorie. Tutte le pazienti, alla rivalutazione obiettiva eseguita a uno e sei mesi, hanno mostrato assenza di recidiva di prolasso genito-urinario. Tutte hanno riferito benessere ed assenza di disturbi della fase di riempimento e svuotamento vescicale. Non si è verificato alcun caso di incontinenza urinaria da stress. E' stata possibile la rivalutazione a un anno di quattro delle cinque pazienti. In queste, oltre all'assenza di recidiva, è stato possibile constatare un notevole miglioramento della funzione sessuale (valutata mediante PISQ-12).

-**Discussione:** L'intervento di sacrocolpopessia addominale a cielo aperto è considerata (EAU guidelines) la tecnica gold standard per la riparazione dei prolassi di cupola vaginale o di POP multi-compartimentali. L'approccio per via laparoscopica si è dimostrato in grado di ottenere gli stessi risultati della tecnica open senza la necessità di ricorrere ad un'ampia incisione addominale e ad una manipolazione intestinale. Uno dei maggiori svantaggi legati alla tecnica laparoscopica è la maggiore complessità nell'esecuzione dei nodi di sutura, risultante in un incrementato tempo operatorio. La tecnica con utilizzo di colla chirurgica mira ad agevolare il lavoro dell'operatore e a ottenere un miglior risultato funzionale grazie a una più uniforme aderenza della rete protesica alla vagina.

• **Conclusioni:** La tecnica che abbiamo descritto permette una migliore distribuzione delle forze di trazione sulla superficie anteriore e posteriore della vagina, riduce la traumaticità e la difficoltà tecnica dell'intervento, permettendo di limitare le suture in video-laparoscopia e di conseguenza il tempo operatorio.

## C7

### MINI LAPAROSCOPIC VERSUS ROBOTIC "SINGLE SITE" PYELOPLASTY: ANALYSIS OF PERIOPERATIVE AND COSMETIC RESULTS

**Fiori C., Morra I., Grande S., Ragni F., Aimar R., Checucci E., Serra N., Cossu M., Poggio M., De Luca S., Porpiglia F.**

*San Luigi Hospital, Dept. of Urology, Orbassano (Turin), Italy*

**Objectives:** Laparoscopic pyeloplasty has become the gold standard in the treatment of pelvi-ureteric junction (PUJ) obstruction (PUJO). New approaches have been developed to further reduce the invasiveness of the procedure. The aim of this study was to compare perioperative and cosmetic results after pure mini-laparoscopic pyeloplasty (mLP) and robotic assisted laparoscopic single site pyeloplasty (rLESS-P). **Methods:** From April 2009 to June 2010, 12 patients (11F and 1 M) with primary PUJO, age >18 years, BMI <25 with no previous abdominal surgery were enrolled in this prospective study and underwent mLP by using only 3 mm instruments. With the same indications from February 2012 to January 2013, 12 patients (8M and 4 F) underwent rLESS-P by using silicon "single site"® port (Intuitive Surgery) and 5 mm instruments (Da Vinci HD si robotic system, Intuitive Surgery). Both mLP and rLESS-P were performed according Anderson-Hynes technique and transperitoneal approach. Demographic, perioperative results were recorded and compared, cosmetic results were assessed using a Patient Scar Assessment Questionnaire (PSAQ). Groups were compared using chi-squared and Wilcoxon-Mann-Whitney tests ( $P < 0.05$  was considered significant).

**Results:** Baseline characteristics were similar between the groups. There were no differences in blood loss. Operative times were 134' in mLP group and 192' in rLESS-P group ( $p < 0.05$ ). Two/12 (16%) cases of mLP group required conversion to sLP due to minor bleeding while in 2/12 (16%) cases during rLESS-P an adjunctive 5 mm port was needed to complete the intervention. In 1/12 (8%) cases a conversion to standard robotic P was needed. In 4/12 (33%) cases of rLESS-P group one or more renal stones were removed by using a flexible nephroscoposcopy inserted through the "single site" port. Analgesic consumption, pain visual analogue scale scores, complication rate, postoperative hospital stay and cosmetic results (PSAQ scores) were not significantly different between the mLP and rLESS-P cohorts.

**Conclusions:** mLP and rLESS-P appear to be feasible and safe in the treatment of PUJOs. r-LESS requires longer operative times and higher costs. Cosmetically, no differences were noted. In our opinion both techniques represent an important step toward a (virtually) scarless surgery.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## COMUNICAZIONI

SALA COMUNICAZIONI 15.00-16.20

### ROBOTICA

Moderatori: M. De Angelis, B. Rocco

#### C8

#### **SATURATION BIOPSY PROSTATICA CON USO DI SCHEMA MODIFICATO SENZA TEMPLATE: ANALISI DEGLI OUTCOMES IN 152 CASI CHE HANNO NECESSITATO DI RE-BIOPSIA**

**Eugenio Martorana, Alessio Zordani, Maurizio Paterlini, Riccardo Galli, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi**

*U.O. di Urologia (Dir Prof. G. Bianchi), policlinico di Modena, Università degli studi di Modena*

**Introduction.** There is a challenging cohort of patients with high risk factors for prostate cancer and had previously negative biopsies. These patients are suitable candidates to a saturation biopsy. The incidence of PCa detected by saturation repeat biopsy is between 30% and 43% and depends on different clinical parameters, as prostate-specific antigen (PSA) value, digital rectal examination (DRE) findings, prostate volume, and the number of cores sampled during earlier biopsies. The standard technique of saturation biopsy, accurate number of cores, and timing of biopsy are still debatable. We describe our saturation biopsy technique and compared it with other techniques reported in literature.

**Materials and methods.** From October 2008 to July 2013, 152 consecutive patients underwent transperineal saturation biopsy at the Department of Urology of Policlinico of Modena.

Patients demographics were as the following: age was ranging from 52 to 81 years old (mean age: 64.73 years), PSA pre-saturation biopsy was ranging from 2.2 ng/mL to 36 ng/ml (mean: 9.49 ng / mL), PSA density ranged from 0.04 to 1.45 (mean: 0.184) and prostate volume ranged from 24.9 gm. to 150 gm. (mean: 57.95 gm.). All patients underwent at least one previous prostatic mapping with 12 cores. 31 of 125 patients had previous diagnosis of ASAP, 49 of 125 patients had previous diagnosis of multifocal HGPIN and 45 of 125 patients were negative at previous prostatic mappings but with persistently elevated PSA values. We performed transperineal saturation biopsy with a scheme of 32 cores (16 cores for each prostatic lobe). Access to the gland was created by drilling only a hole in the midline of the perineal region.

**Results.** The detection rate for prostate cancer in our study was 38.4% (48 of 125 patients). 61.3% of all patients with ASAP developed prostate cancer at saturation biopsy. Only 5 and 10 patients with 3 and 2 previous prostatic mapping respectively had diagnosis of cancer. 40.8% positive for prostate cancer were placed in transitional zone plus anterior zone. Ten patients had diagnosis of prostate cancer only in anterior plus transition zone (20.8%). The remaining patients had diagnosis of prostate cancer in anterior plus transitional plus peripheral zone (41.7%). No major complications were reported in our study.

**Conclusion.** Our transperineal saturation biopsy scheme is accurate to detect prostatic cancer in patient with high risk for PCa and negative previous prostatic mapping. This procedure should be directly performed in all patient with diagnosis of ASAP at previously prostatic mapping. Our study confirms the importance of transitional and anterior zones sampling in saturation biopsy for high risk patients. A large number of cores are necessary for larger prostate.

#### C9

#### **PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA IN PAZIENTI PRECEDENTEMENTE SOTTOPOSTI A TURP. ANALISI DELLE VARIBILI PERI-, POST-OPERATORIE ED ONCOLOGICHE**

**Eugenio Martorana, Alessandra Beato, Stefano Puliatti, Maria Chiara Sighinolfi, Salvatore Micali, Giampaolo Bianchi**

**Scopo del lavoro:** L'obiettivo di questo studio è quello di valutare i risultati chirurgici ed oncologici post-operatori di pazienti con pregressa resezione transureterale endoscopica di prostata (TURP), sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica robot assistita (RALP). Risulta, infatti, molto importante valutare la sicurezza e l'efficacia dell'intervento di prostatectomia robotica anche in casi complessi quali possono essere pazienti obesi, con prostate molto voluminose o, come nel caso di questo studio, pazienti che hanno eseguito una pregressa TURP.

**Materiali e metodi:** Dal 2007 al 2014 sono stati sottoposti a RALP 392 pazienti presso il nostro Centro. Di questi abbiamo valutato in maniera retrospettiva quelli precedentemente sottoposti a TURP (Gruppo A, 15 pazienti). Abbiamo quindi considerato un gruppo di controllo non sottoposto a precedente chirurgia prostatica (Gruppo B, 43 pazienti), arruolati in maniera randomizzata.

Non è emersa differenza statisticamente significativa

fra i due gruppi in termini di variabili preoperatorie (età, BMI, PSA, Gleason Score pre-operatorio).

Tutti gli interventi sono stati eseguiti da un unico operatore con Robot "da Vinci" standard a 4 braccia. La tecnica chirurgica prevede un accesso transperitoneale e una dissezione nerve sparing intrafasciale (inter-endo-fasciale).

Abbiamo pertanto confrontato fra i due gruppi alcuni parametri intra- e post-operatori (durata complessiva dell'intervento, durata della dissezione, perdite ematiche, peso della prostata, complicanze, stadio patologico, margini chirurgici, PSA nadir) mediante T test per campioni non appaiati e chi square test.

**Risultati:** Non sono emerse differenze statisticamente significative fra i due gruppi in termini di durata complessiva dell'intervento (243 min nel gruppo A sottoposto a TURP, 266 min nel gruppo B,  $p=0.08$ ) e di tempo di dissezione (154 min nel gruppo A, 171 min nel gruppo B,  $p=0.1$ ).

Le perdite ematiche sono risultate sostanzialmente sovrapponibili fra i due gruppi (276 cc nel Gruppo A, 285 cc nel gruppo B,  $p=0.87$ ) analogamente a quanto è emerso per il peso della prostata (38 gr nel gruppo A, 45 gr nel gruppo B,  $p=0.1$ ).

In entrambi i gruppi non si sono verificate complicanze intra- o post-operatorie. In 8/15 pazienti del gruppo A (TURP) è stato inserito uno stent ureterale di protezione bilateralmente.

Per quanto concerne l'outcome oncologico, 5/15 pazienti del gruppo A hanno presentato margini chirurgici positivi (tutte neoplasie in stadio pT3a) contro 7/43 pazienti del gruppo B (di cui 5 in stadio pT3); la differenza non è risultata statisticamente significativa ( $p=0.1$ ). Non sono emerse differenze anche in termini di livello di PSA nadir ( $p=0.7$ ).

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, seppur gravata dall'esigua numerosità del campione, la prostatectomia radicale robot assistita in pazienti sottoposti in precedenza a TURP non ha comportato un' aumentata incidenza di complicanze o un peggioramento degli outcomes peri-, post-operatori ed oncologici.

## C10

### ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC VESICULECTOMY FOR SEMINAL VESICLE CYSTOADENOMA: CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

**Riccardo Campi, Agostino Tuccio, Giampaolo Siena, Andrea Mari, Andrea Cocci, Gianni Vittori, Alfonso Crisci, Marco Carini, Sergio Serni, Andrea Minervini**

**Introduction:** Primary diseases of seminal vesicles

(SV) are very rare and include several entities of different malignant potential.

They usually appear as retro-vesicle cysts or masses, either totally asymptomatic or leading to unspecific signs and symptoms of the lower urinary tract.

Useful investigations to detect them and to help making the differential diagnosis include trans-rectal ultrasound (TRUS), possibly associated with biopsy, cystoscopy, computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI).

Nevertheless, the final diagnosis often requires final pathology after surgical excision.

It's always essential to exclude coexisting congenital abnormalities of the genito-urinary (GU) tract.

Herein we report a case of a SV Cystoadenoma causing hematuria and lower urinary tract symptoms (LUTS), managed by robot-assisted laparoscopic vesiculectomy (RALV).

**Case presentation and Management:** A 47 years old patient referred to our centre for gross hematuria, dysuria and other LUTS. PSA level was 1,7 ng/mL. Digital rectal examination (DRE) revealed a tense-elastic mass cranially to the prostate.

TRUS and MRI showed a 6.0 x 4,5 cm pseudo-nodular mass, filled with mixed "serous-hemorrhagic" remains, probably arising from the right SV.

Cystoscopy showed no lesions within the bladder. Prostatic and SVs biopsies were negative for neoplastic proliferation in all samples.

The patient was then scheduled for RALV, using a transperitoneal approach through a transversal incision of the peritoneum of Douglas pouch.

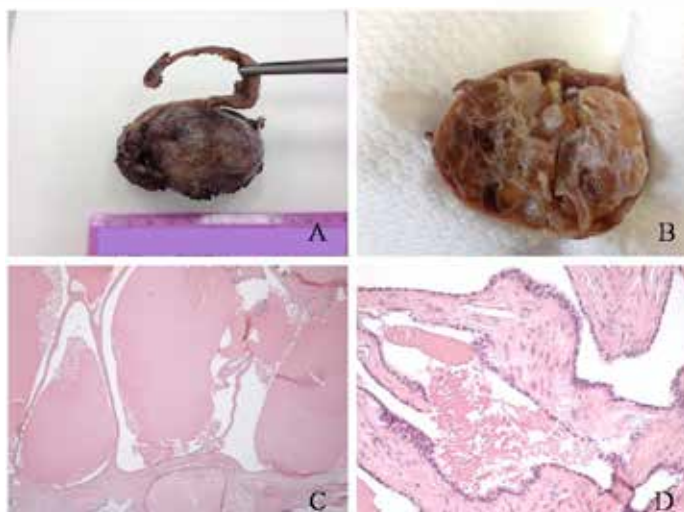
During the dissection, the plane between the mass and rectum was carefully developed; the neuro-vascular bundles (NVBs) were approached in an athermal, traction-free manner in order to preserve continence and potency.

Console time and estimated blood loss were, respectively, 120 minutes and 50 cc, without intraoperative complications.

Convalescence was uneventful and the patient was discharged on the fourth postoperative day.

A systematic review of the literature, focused on SV primitive masses and types of surgical intervention, was also performed through the Medline, Embase, and Cochrane databases.

**Results:** Final pathology showed a 7 x 4,5 x 4,5 cm cystic epithelial neoplasia containing the usual SV stroma, with no significant cytologic atypia, mitotic activity, or necrosis, thus compatible with a SV Cystoadenoma. The proliferation index, valued by the immunohisto-



**Figure 1**  
Surgical specimen and histopathological analysis.

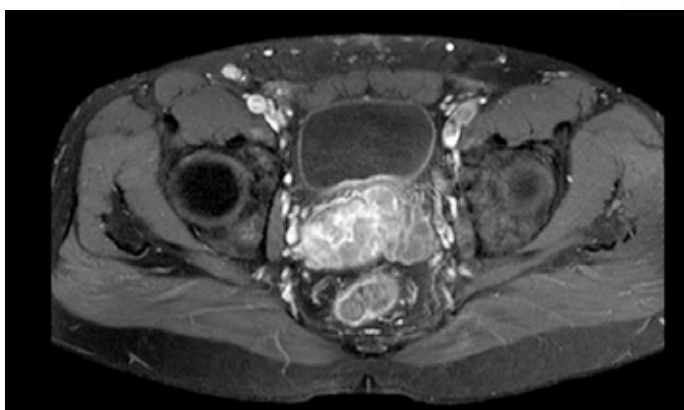
**Figure legends:**

**A:** Gross photography of Seminal Vesicle Cystadenoma in relation to the deferent tract.

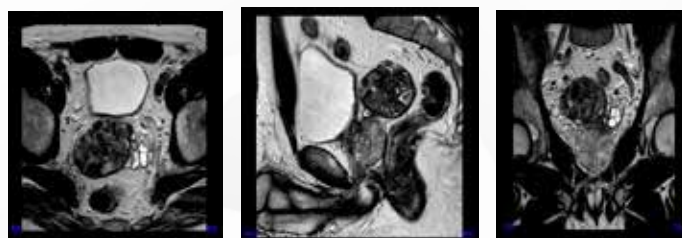
**B:** Gross photography showing multicystic cut surface.

**C:** Low magnification showing variable size cystic branching contours separated by spindle cell stroma that is similar to the usual seminal vesicle fibromuscular stroma.

**D:** High magnification that shows simple lining epithelium of cysts.



**Figure 2**  
After the administration of the contrast medium, no pathological contrast enhancement was seen on the T1-weighted images.



**Figures 3,4,5**

T2-weighted images of the SV mass and its relationships with the adjacent tissues and pelvic organs using, respectively, a transverse, coronal and sagittal section.

**C11**

**A MULTICENTER MATCHED-PAIR ANALYSIS COMPARING ROBOT-ASSISTED VERSUS OPEN PARTIAL NEPHRECTOMY**

**Vincenzo Ficarra<sup>1</sup>, Andrea Minervini<sup>2</sup>, Alessandro Antonelli<sup>3</sup>, Sam B. Bhayani<sup>4</sup>, Michele Gnech<sup>1</sup>, Alessandro Iannetti<sup>1</sup>, Giocchino De Giorgi<sup>1</sup>, Andrea Chindemi<sup>2</sup>, Giorgio Guazzoni<sup>5</sup>, Nicola Longo<sup>6</sup>, Andrea Mari<sup>2</sup>, Giuseppe Martorana<sup>7</sup>, Vincenzo Mirone<sup>6</sup>, Giuseppe Morgia<sup>8</sup>, Alex Mottrie<sup>9</sup>, James Porter<sup>10</sup>, Alfonso Crisci<sup>2</sup>, Agostino Tuccio<sup>2</sup>, Gianni Vittori<sup>2</sup>, Giampaolo Siena<sup>2</sup>, Marco Carini<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>University of Udine, Dept. of Urology, Udine, Italy, <sup>2</sup>Careggi Hospital, Dept. of Urology, I Clinic, Florence, Italy, <sup>3</sup>University of Brescia, Dept. of Urology, Brescia, Italy, <sup>4</sup>Washington University School of Medicine, Dept. of Urology, Saint Louis, United States, <sup>5</sup>Vita-Salute University, San Raffaele-Turro Hospital, Dept. of Urology, Milan, Italy, <sup>6</sup>University Federico II, Dept. of Urology, Naples, Italy, <sup>7</sup>University of Bologna, Dept. of Urology, Bologna, Italy, <sup>8</sup>Luna Foundation, Italy, <sup>9</sup>OLV Robotic Surgery Institute, Dept. of Urology, Aalst, Italy, <sup>10</sup>Swedish Urology Group, Seattle, Wa, United States.

**Introduction & Objectives:** The aim of this study is to compare the perioperative, pathological and functional outcomes in two contemporary, large series of patients in different institutions and who underwent open partial nephrectomy (OPN) or robot-assisted partial nephrectomy (RAPN) for suspected renal tumours.

**Material & Methods:** This was a retrospective, multi-centre, international, matched-pair analysis comparing patients who underwent RAPN or OPN for suspected renal cell carcinoma (RCC). Data on patients who under-

went OPN were extracted from the preliminary analysis of the REgistry of COnservative Renal surgery database (RECORD Project) that collected data from 19 different centres (368 patients), promoted by the 'Leading Urological No profit foundation Advanced research' (LUNA) of the Italian Society of Urology (SIU). Data on patients who received RAPN were extracted from a multicentre, international database collecting cases treated in four high-volume referral centres of robotic surgery (415 patients). The propensity score was calculated for each patient using multivariable logistic regression based upon the following covariates: age, clinical tumor size, longitudinal location (upper or inferior poles vs middle pole) and tumor exophytic rate (< 50% exophytic vs others). The matching was in a 1:1 ratio for the surgical approach and included 200 patients in each arm.

**Results:** The mean warm ischaemia time (WIT) was shorter in the OPN group than in the RAPN group (15.4±5.9 vs 19.2±7.3 min;  $P < 0.001$ ). Conversely, the median (interquartile range, IQR) estimated blood loss (EBL) was 150 (100-300) mL in the OPN group and 100 (50-150) mL in the RAPN group ( $P < 0.001$ ). There were no differences in operative time ( $p=0.18$ ) and the intraoperative complication rate ( $p=0.31$ ) between the approaches. Postoperative complications were recorded in 43 (21.5%) patients who underwent OPN and in 28 (14%) who received RAPN ( $p=0.02$ ). Moreover, major complications (grade 3-4) were reported in nine (4.5%) patients after OPN and in nine (4.5%) after RAPN. Positive margins were detected in nine (5.5%) patients after OPN and in nine (5.7%) after RAPN ( $p=0.98$ ). The mean ±SD 3-month estimated glomerular filtration rate declined by 16.6±18.1 ml/min from preoperative value in the OPN group and by 16.4± 22.9 ml/min in the RAPN group ( $p=0.28$ ).

**Conclusions:** RAPN can achieve equivalent perioperative, early oncological and functional outcomes as OPN. Moreover, RAPN is a less invasive approach, offering a lower risk of bleeding and postoperative complications than OPN. Tipologia abstract: Comunicazione

## C12

### ROBOTIC SIMPLE ENUCLEATION FOR THE TREATMENT OF T1A-T1B RENAL CELL CARCINOMA. A SINGLE CENTER MATCHED-PAIR COMPARISON OF PERIOPERATIVE OUTCOMES WITH THE OPEN APPROACH

Andrea Minervini, Gianni Vittori, Lorenzo Masieri, Riccardo Fantechi, Graziano Vignolini, Alfonso Crisci, Marco Carini, Sergio Serni

*Department of Urology, Careggi Hospital, University of Florence, Italy.*

**Background:** The Simple Enucleation (SE), is a technique of nephron sparing surgery who excises the tumor surrounded by no visible rim of healthy parenchyma, developing by blunt dissection the natural plane around the tumor pseudocapsule. No previous study evaluated surgical, pathological, and short-term functional outcomes of robotic approach to SE. Aim of this study is to compare surgical results, morbidity and pathological data, including positive surgical margin (PSM) rate, of endoscopic robotic-assisted simple enucleation (ERASE) with those of open simple enucleation (OSE).

**Patients and Methods:** We undertook matched-pair analysis (age, tumor size and nephrometry) of 392 patients treated with OSE or ERASE for T1a-T1b renal tumors in our department, including 160 patients in OSE group and 80 in ERASE. Surgical, pathological, short-term functional data and complications of ERASE and OSE were compared with univariate analysis. Perioperative variables independently associated with warm ischemia time (WIT)>25 min, complications, and postoperative acute kidney dysfunction (AKD) were assessed with multivariate analysis, separately.

**Results:** The matched groups were comparable in age, tumor size, nephrometry BMI, comorbidity index, and preoperative renal function. No significant difference resulted in ERASE vs. OSE group regarding WIT (18.5 vs. 16.4 min;  $p=0.5$ ), intraoperative complications, postoperative complications, transfusion rate, reoperation rate for Clavien grade≥3 complication, and PSM rate (2.9% vs. 2.1%;  $p=0.63$ ). In patients with elective indication to nephron sparing surgery, no significant difference resulted in variation of estimated glomerular filtration rate from baseline (8.5 vs. 13.9 ml/min;  $p=0.17$ ) and in the incidence of acute renal failure. In ERASE comparing with OSE group, the clamping of renal pedicle was used with a significantly lower frequency (60% vs. 93.8% of patients;  $P<0.0001$ ), EBL was lower, mean operative time was 50 min. longer, and median hospitalization resulted one day shorter (5 vs. 6;  $p=0.001$ ). On the multivariate analysis, the surgical approach resulted not independently correlated with postoperative complications, with WIT>25 min, nor with postoperative acute renal failure.

**Conclusions:** The robotic approach to SE is feasible, and not inferior to open regarding surgical, pathological, short-term functional outcomes and morbidity. In our



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

analysis the loss of tactile sensation did not increase the technical difficulty of SE, nor the positive surgical margin rate. ERASE showed comparable perioperative outcomes to OSE, with the added benefits of lower recourse to pedicle clamping, a one day shorter hospitalization, along with the clear advantages of mini-invasivity.

## **C13 PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA (RALP) TRANS DOUGLAS: RIPRODUCIBILITÀ E RI- SULTATI SULLA CONTINENZA IMMEDIATE IN UNA SERIE INIZIALE.**

**Filippo Annino, Mario Pulvirenti, Saba Khorrami,  
Valentina Giommoni, Tiziano Verdacchi, Michele De  
Angelis.**

*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL8 Arezzo*

Introduzione: Riportiamo la nostra esperienza con la tecnica trans-douglas per la prostatectomia Radicale robot assistita proposta da Bocciardi (Eur Urol sept 2010). Alla tecnica proposta abbiamo applicato alcune variazioni prima tra tutte l'estensione di dissezione dei fasci neurovascolari che eseguiamo, intra, inter ed extrafasciale a seconda dello stadio clinico della malattia.

Pazienti e metodi: Abbiamo analizzato i risultati a breve termine di 15 interventi (RALP) con tecnica totalmente posterior trans douglas secondo Bocciardi eseguiti da unico operatore tra dicembre 2011 e gennaio 2014. I parametri pre-intra e postoperatori sono stati registrati in modo prospettico e rivalutati in modo retrospettivo osservazionale per valutare in primis l'esito sul recupero della continenza alla rimozione del catetere. Parimenti sono stati analizzati i risultati sui margini chirurgici e PSA nadir per valutare la radicalità oncologica.

La tecnica è stata eseguita con Ottica 0° nella fase demolitiva e ottica 30° verso alto per eseguire l'anastomosi. A differenza della tecnica originalmente descritta non sono stati usati punti di sospensione della vescica ed il piano di dissezione è stato adeguato allo stadio clinico di malattia.

Risultati: L'età media dei pazienti è pari a 63,8 anni (R: 52-73). PSA medio 7,55 ng/ml (R: 5-11,2), Gleason 6(3+3) 86% (13 pz); Gleason 7 (3+4) 14% (2 pz). Dimensione prostatica media 54,8 (R: 32-86).

La nerve sparing è stata eseguita in 13 pazienti con tecnica Interfasciale (9) o Intrafasciale (4) in 2 casi

si è eseguita una dissezione extrafasciale del piano posteriore e laterale. L'anastomosi è stata eseguita in continua in 5 casi e con tecnica Van Velthoven "rovesciata" e filo autostatico nei restanti 10 casi.

Una Linfadenectomia iliaco-otturatoria è stata eseguita in 4 casi.

Un caso è stato convertito a tecnica montsouris per esecuzione di anastomosi ed emostasi del santorini che risultava difficoltosa per via posteriore.

La durata media dell'intervento è stata di 196 minuti (R: 125-240). Non sono state registrate complicanze intraoperatorie ne postoperatorie.

L'esito istologico è stato pT2 in 12 casi pt3a in 3 casi. Margini positivi 1 caso in pt2c. PSA Nadir 0,03. Due pazienti hanno fatto radioterapia adiuvante.

L'esito Funzionale è stato pari ad una ripresa con IIEF > 17 in 9/10 pazienti con IIEF preoperatorio > 17, con o senza farmaci e 10/10 pazienti con ripresa dei rapporti con o senza uso di inibitori delle 5 fosfodiesterasi.

La continenza considerata come 0 pad e valutata a T0 ovvero alla rimozione del catetere è stata pari a 13/15 pazienti pari al 84%. 2 pazienti utilizzano un pad di sicurezza. Questi pazienti sono stati sottoposti a radioterapia adiuvante.

Conclusioni: L'approccio posteriore alla prostatectomia radicale robot assistita proposta da Bocciardi e modificata per esecuzione di chirurgia più estesa quale nerve sparing interfasciale o dissezione extrafasciale sembra permettere ottimi risultati funzionali sin dai primi casi. La preservazione del complesso pubovesicale anteriore permette a nostro avviso una maggior stabilità del complesso vescico-uretrale garantendo un più rapido recupero della continenza.

La tecnica inoltre appare riproducibile e non necessita obbligatoriamente una dissezione intrafasciale, potendo permettere risultati oncologici di radicalità chirurgica ottimali.

L'approccio frontale ai fasci neurovascolari fa ipotizzare, alla luce degli ottimi risultati funzionali, un minor traumatismo da trazione ed una miglior esecuzione della nerve sparing.

Ovviamente un'analisi su casistica maggiore e più omogenea sarà necessaria per confermare tali ipotesi.



#### **C14 ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY (RAPN): NOSTRA ESPERIENZA.**

**Filippo Annino, Luigi Quaresima, Mario Pulvirenti, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Tiziano Verdacchi, Michele De Angelis**

*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL 8, AREZZO*

**Scopo del lavoro:** Verificare la fattibilità e l'efficacia dell'approccio chirurgico laparoscopico robot assistito nella chirurgia conservativa delle neoformazioni renali.

**Pazienti e metodi:** Da Gennaio 2011 ad dicembre 2013, presso l'U. O. Urologia di Arezzo abbiamo eseguito 70 interventi di RAPN. Criteri di inclusione lesioni renali suscettibili di intervento nephron sparing T1a. T1b. Criteri di esclusione, lesioni non aggredibili con intento nephron sparing o controindicazioni anestesiolgiche assolute alla chirurgia laparoscopica robot assistita.

La popolazione presentava le seguenti caratteristiche di stadiazione clinica.

Lateralità: 45 destra (64%), 25 sinistra (36%)

Sede della neoformazione: 15 casi (21%) polare superiore, 23 casi (33%) polare inferiore, 32 casi (46%) mesorenale;

Le dimensioni alla diagnosi delle neoformazioni renali sono state in media di 3,07cm (1,2 -7cm; DS 0,74cm) Il valore del R.E.N.A.L. calcolato pre-operatoriamente, utilizzato come indice predittivo di complessità dell'intervento, è risultato essere in media di 6 (range 4-10).

La tecnica eseguita è stata con clampaggio arterioso in tutti i casi tranne 5 in cui si è eseguita una tecnica 0 ischemia. L'emostasi è stata ottenuta con Monocryl 3/0 per la midollare e Vicryl 0 per la corticale con la tecnica delle Sliding clips. Agenti di emostasi ulteriori utilizzati sono stati il Tachosil, Floseal e Arista in base alle necessità.

**Risultati:** La durata media dell'intervento è stata di 154 minuti (Range 60-300 - DS di 43); quella dell'ischemia calda intraoperatoria di 18 minuti (Range 7-28 - DS 5). La differenza media tra la creatininemia valutata al ricovero e a G2 è risultata essere di 0,15 mg/dl (Range 0,21 - 1,03 - DS 0,27); la differenza media tra l'Emoglobinemia pre e post-intervento, è risultata di 2,56mg/dl (range 0,4- 6,5; DS 1,29). Quattro pazienti (5%) sono dovuti ricorrere a trasfusione nel post-operatorio, una paziente è stata sottoposta ad emobilizzazione selettiva di un ramo arterioso della gerota.

All'esame istologico definitivo la neoformazione è risultata essere un carcinoma a cellule renali di tipo cellule chiare nel 53% dei casi, un carcinoma a cellule renali di tipo papillare nel 15%, un carcinoma a cellule

renali di tipo cromofobo nel 11%, un oncocitoma nel 11%, cisti renale nel 8%, angiomiolipoma 2%; i margini chirurgici sono risultati positivi solo in un caso. TNM della popolazione, è risultato T1a (68%), T1b (17%), T2a (11%), T3a (4%); nessuno dei pazienti presentava metastasi linfonodali o a distanza (NO,M0); 5 dei 70 pazienti erano monorene chirurgico (7%).

**Discussione:** L'aumentato utilizzo di strumenti di imaging addominale ha portato ad un aumento di diagnosi incidentale di neoformazioni renali di piccole dimensioni: il 60% di queste diagnosi riguarda formazioni di dimensioni di diametro < 4cm.

I nuovi approcci chirurgici minimamente invasivi, in particolar modo la chirurgia laparoscopica robot assistita, assieme ad un più precoce riscontro di masse renali neo formate, hanno contribuito al diffondersi della Nephron-Sparing Surgery (NSS). In modo particolare la chirurgia robotica ha allargato tali indicazioni anche a masse più grandi e più complesse specialmente considerando l'approccio mini-invasivo.

In particolar modo, i temi analizzati su varie pubblicazioni a riguardo, hanno mostrato come la RAPN dia buoni risultati sia in termini di sopravvivenza a lungo termine che di qualità della vita (QoL) del paziente operato.

**Conclusioni:** Il nostro lavoro conferma la Nefrectomia Parziale Robot Assistita (RAPN) come trattamento di riferimento per i tumori renali in stadio pT1a e, in casi selezionati, anche per neoplasie di dimensioni maggiori.

L'approccio conservativo robot-assistito, confrontato con i dati presenti in letteratura, mostra risultati oncologici sovrapponibili a quelli della nefrectomia parziale open, una migliore conservazione della funzionalità renale, ed un minor sanguinamento intra-operatorio, confermando una migliore qualità di vita ed una sopravvivenza a lungo termine pari a quella dei pazienti operati con approccio open.

#### **C15 SINGLE SITE DAVINCI DISMEMBERED PYELOPLASTY: NOSTRA ESPERIENZA.**

**Filippo Annino, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Mario Pulvirenti, Tiziano Verdacchi, Michele De Angelis.**

*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL8 Arezzo.*

**Introduzione:** Presentiamo la nostra esperienza con il sistema Single Site daVinci per il trattamento della patologia del giunto pieloureterale con unico accesso dall'ombelico.

**Pazienti e metodi:** Il sistema prevede l'accesso singo-



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

lo tramite l'ombelico con un'incisione di 2 cm circa. Il trocar permette l'introduzione di 2 cannule robotiche da 5 mm curve 1 da 8 mm rettilinea per l'ottica, una da 5 o 10 mm per l'aiuto. Gli strumenti robotici si incrociano all'interno del trocar. Il software robotico riassegna gli strumenti in modo intuitivo eliminando l'incrocio, in modo che l'operatore guida con la mano destra lo strumento che nel campo operatorio si trova a destra ma è posto sul braccio robotico di sinistra.

In 6 di 7 interventi sono stati utilizzati i seguenti strumenti: uncino monopolare, forbici fredde, Maryland fredda, poraghi. In un intervento si è utilizzata la Maryland Bipolare e non si è utilizzato l'uncino. La sutura utilizzata è stata Monocryl 4/0 ago visiblack 17mm. La tecnica utilizzata è stata l'Anderson Hynes. Il doppio J è stato posizionato per via anterograda su guida sensor posizionata preventivamente per via endoscopica.

Abbiamo eseguito il primo caso in Luglio 2012 e da allora abbiamo eseguito 7 casi (4 destra 3 sinistra). Tranne il primo caso, selezionato per BMI, gli altri casi sono stati eseguiti progressivamente in tutti i pazienti con stenosi del giunto pieloureterale senza distinzione di BMI o pregressa chirurgia. Il BMI medio è stato di 24,8 (range 19,8-31). Un paziente era già stato operato di colecistectomia laparoscopica. L'età media era pari a 30 anni (range 22-45). Sei uomini e una donna.

**Risultati:** Tutti gli interventi sono stati completati con tecnica single site dal medesimo operatore con esperienza robotica e laparoscopica. Il tempo chirurgico medio è stato: Consolle 105 min (R: 68-132); Docking 13 min (R: 6-37); Posizionamento Singleport e accesso 24,5 min (R: 14-41); Totale 171 min (R: 118-211).

Non si sono osservate complicanze intraoperatorie. Nel postoperatorio 1 paziente ha sviluppato un'urinoma in 5 gg PO in conseguenza di ostruzione del doppio J ed è stata sottoposta a sostituzione dello stent ureterale e drenaggio percutaneo della raccolta. Tutti i pazienti sono stati dimessi in 3 gg PO tranne uno dimesso in 5 gg PO per iperpiressia.

Con follow-up medio e 7 mesi (R: 0-18) nessun paziente ha mostrato recidiva di stenosi.

**Conclusioni:** La Single Site daVinci Pyeloplasty è una metodica fattibile con risultati potenzialmente comparabili alla chirurgia robot assistita tradizionale. Il sistema single site di Intuitive permette di semplificare molto la chirurgia LESS seppur la strumentazione sia ancora limitata.

Le potenzialità del sistema sono promettenti per un possibile ampliamento di indicazioni.

## C16

### CONFRONTO TRA NEFRECTOMIA PARZIALE ROBOTICA TRANS E RETROPERITONEALE IN UN'ESPERIENZA INIZIALE

**Alessandro Antonelli, Maria Furlan, Angelo Peroni, Irene Mittino, Marco Finamanti, Giacomo Galvagni, Claudio Simeone.**

*Cattedra e Divisione di Urologia, Università degli Studi e Spedali Civili di Brescia.*

**Introduzione:** Il sistema robotico DaVinci sta trovando sempre maggior impiego per la nefrectomia parziale (RAPN) grazie agli indubbi vantaggi che può offrire rispetto alla tecnica laparoscopica tradizionale. La via di accesso maggiormente impiegata è transperitoneale, perchè è opinione diffusa che quella retroperitoneale comporti difficoltà specifiche per lo spazio operativo ridotto.

Il presente studio vuole giudicare la nostra esperienza iniziale confrontando i risultati ottenuti con i due differenti accessi.

**Materiali e Metodi:** Presso la nostra istituzione dalla metà degli anni '90 viene eseguita la nefrectomia radicale e parziale laparoscopica standard con un accesso quasi esclusivamente retroperitoneale. Il sistema robotico, acquisito nel 2010, viene impiegato soprattutto per la prostatectomia radicale, ma dal 2012 è stata introdotta anche la RAPN, trattando masse di piccole dimensioni ed esofitiche. In genere è stato scelto un accesso transperitoneale (TP-RAPN) per le lesioni anteriori, quello retroperitoneale (RP-RAPN) per le posteriori; tutti gli interventi sono stati eseguiti da due soli operatori, entrambi con esperienza laparoscopica, uno alla consolle ed uno al tavolo.

Per il presente studio sono stati confrontati i dati pre, intra e post-operatori dei due gruppi; non è stata eseguita un'analisi statistica vista la numerosità scarsa dei gruppi.

**Risultati:** Dal Gennaio 2012 al Dicembre 2013 sono state eseguite 35 RAPN, 18 transperitoneali e 17 retroperitoneali, tutte con indicazione elettiva. Nella tabella è riassunto il confronto dei due gruppi.

	TP-RAPN	RP-RAPN
età (anni)	58.1 (29-73)	61.3 (39-76)
genere M/F (%)	52.9/47.1	72.7/27.3
e-GFR preoperatorio	96.3 (55.0-149.0)	97.1 (63.3-120.0)
ASA score	2 (2-3)	2 (1-3)
lato dx/sn (%)	76.5/23.5	36.4/63.6
diametro tumorale (cm)	2.2 (1.3-4.6)	2.3 (1.4-4.0)
PADUA score	6.5 (4-8)	6.1 (4-8)
RENAL score	7.3 (5-10)	7.5 (6-9)
faccia anteriore/posteriore/convessità (%)	58.8/29.4/11.8	18.2/72.7/9.1
polo superiore/medio renale/polo inferiore (%)	11.8/58.8/29.4	27.3/36.4/36.4
tempo operatorio (min)	187 (80-310)	160 (85-230)
perdite ematiche stimate (cc)	44 (0-400)	29 (0-200)
casi clampless (%)	17.6	54.5
tempo di ischemia (min)	15.6 (9-25)	17.4 (10-22)
marginari positivi (%)	11.1	0.0
clavien 0/1/2 (%)	64.7/17.6/17.6	100/0/0
trasfusioni (%)	0.0	0.0
degenza (giorni)	6 (3-14)	5 (3-6)

Si nota la sostanziale sovrapposibilità delle caratteristiche dei pazienti e della complessità delle neoplasie trattate; nei casi trattati con RP-RAPN la neoplasia era più spesso a sinistra, sulla faccia posteriore e sul polo superiore; è stata superiore la quota di casi clampless tra le RP-RAPN.

**Conclusioni:** La casistica riportata rappresenta una esperienza iniziale, poco numerosa, con casi molto selezionati nell'indicazione, e quindi non permette conclusioni definitive. Tuttavia si dimostra come, partendo da un'esperienza precedente di laparoscopia retroperitoneale, la RP-RAPN permetta risultati perlomeno sovrapposibili alla TP-RAPN, a parità di complessità della neoplasia trattata. E' quindi presumibile che, una volta superata la curva di apprendimento, si possano individuare delle indicazioni specifiche per i due approcci.

#### C17 ANATOMICAL RECONSTRUCTION FOR URETHRO- VESCICAL ANASTOMOSIS DURING ROBOTIC PROSTATECTOMY: PRELIMINARY CLINICAL RESULTS

**Porpiglia F., Morra I., De Luca S., Mele F., Manfredi M., Distasio A., Bertolo R., Ragni F., Garrou D., Amparore D., Cattaneo G., Fiori C.**

*San Luigi Hospital, Dept. of Urology-University of Turin, Orbassano (Turin), Italy*

**Objectives:** Catheterization and urinary incontinence reduce quality of life after radical prostatectomy (RP)

and several surgical modifications have been proposed to minimize the incidence of urinary incontinence and to shorten catheterization. The aim of this study was to present our personal technique and preliminary perioperative and functional results of this technique.

**Methods:** From May 2013, after the removal of prostate gland, we performed urethro-vesical anastomosis (UVA) with an "anatomical" reconstruction by using Da Vinci SiHD system. Surgical technique. Briefly, posterior reconstruction is performed in triple layer by 3/0 barbed suture. The first suture is performed between the cranial portion of previously sectioned Denonvilliers' fascia and the median raphe. The second suture is performed between the retrotrigonal layer and the median raphe. The third suture involves extra-mucosally the bladder neck and a passage through the posterior rhabdosphincter. Tension-free UVA is now performed by 3/0 barbed running suture beginning from 4 o'clock and then continuing clockwise on 20F Foley catheter. It involves the full thickness of bladder neck and urethra. Anteriorly, to give reinforce and to reduce tension to the performed suture, muscular fibres of bladder neck are sutured by extramucosal involvement to the anterior rhabdosphincter. Finally, the visceral layer of endopelvic fascia still covering anterior surface of bladder is now sutured to endopelvic fascia covering deep venous complex, involving puboprostatic ligaments so that they can now be renamed as pubovesical ligaments. Demographic, perioperative data and complications were recorded. Continence was evaluated at catheter removal, then after 7, 30 and 90 days. Patients were defined as continent if they did not use any pads or used one safety pad/day. **Results:** Seventy five patients were involved in this study, mean age and PSA were 63yrs and 10.8 ng/ml. Mean operative times were 140', no intraoperative complications were reported. Catheter was removed after a mean of 3.8days (in 90%of cases on post operative day 3), acute urine retention and urine leakage was recorded in 4.1 and 2.7%of cases. Continence at catheter removal, 7, 30 and 90 days was 60, 81, 84, 91%, respectively.

**Conclusions:** From the technical point of view, urethro-vesical anastomosis is posteriorly protected by total posterior reconstruction and anteriorly protected by two layers, achieving total anatomical reconstruction of peri-urethral structures. In our experience this technique allowed early catheter removal and maximization of early continence with acceptable operative times and perioperative complications.



# 13<sup>o</sup> CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## VIDEO

SALA VIDEO 15.00-16.30

## LAPAROSCOPIA

Moderatori: P. Bove, L. Masieri

### V1

#### URETHROVESICAL ANASTOMOSIS AFTER LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: INITIAL EXPERIENCE WITH THE FILBLOC® BARBED SUTURE

Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Creta Massimiliano<sup>1</sup>,  
Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>,  
Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>

1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology  
Department, Naples, Italy

2. University of Naples Federico II, Urology Department,  
Naples, Italy

**Introduction:** The anastomosis between the urethra and the bladder is a critical step after laparoscopic radical prostatectomy (LRP). Creation of a watertight, optimally apposed, tension-free anastomosis remains the cornerstone for optimal healing. Urinary leakages frequently occur after inadequate reconstruction. In recent years, a new class of synthetic suture - barbed suture - has been introduced that eschew the traditional, smooth, knot-requiring characteristic of sutures in favor of barbs that serve to anchor the sutures to tissue without knots. The Filbloc® device is a synthetic absorbable barbed monofilament suture. It is the first surgical device of this type with the technology of absorbable suture with unidirectional barbs and final absorbable lock system that enables surgeons to close wounds quickly and securely without tying knots. Moreover, the device has barbs that extends for the entire length of the wire. We aimed to describe the technique and preliminary results with the use of the Filbloc® suture during urethrovesical anastomosis (UVA) after LRP.

**Materials and methods:** From May 2013 to January 2014 a total of 25 UVA were performed by the same experienced surgeon. The video shows the procedure. A conventional extraperitoneal LRP is performed. A single Filbloc® (2-0, 5/8 circle) device is used for the UVA. The initial throw is placed at the 6-o'clock position at the level of the bladder neck in a in an outside- in fashion. Then the suture is continued to construct the dorsal UVA plate. A 20 French bladder catheter is

easily placed and the sutures is further continued to construct the anterior plate of the anastomosis. At 7 days postoperatively, all patients were evaluated with a cystogram to determine UVA integrity. Time to complete the UVA, intra- and postoperative complications, results from cystogram, incidence of symptomatic bladder neck contractures (BNC) and continence status were analyzed.

**Results:** Mean patients' age was 65.7 years (range 50-75). Mean PSA value was 6.5 (range: 4-10) and mean biopsy Gleason score was 7.1 (range: 6-8). Mean time to complete the UVA was 20.1 minutes (range: 15-30). No intraoperative complications occurred. The rate of urinary extravasation on cystogram was 4% (1 patient, due to catheter obstruction). Mean post-operative hospital stay was 4.5 days (4-5). The bladder catheter was removed on post-operative day 7 in 24 patients (96%) and on post-operative day 15 in one patient (4%). At a mean follow-up of 4.5 months there were no BNC and all patients were continent (0 pads/die).

**Conclusions:** Filbloc® suture represent an easy, safe and efficacious alternative for UVA during LRP. The efficacy and safety of this technique need prospective controlled studies with long term follow-up.

### V2

#### LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL PYELOLITHOTOMY IN A MALROTATED KIDNEY

Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Creta Massimiliano<sup>1</sup>, Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>, Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>

1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology  
Department, Naples, Italy

2. University of Naples Federico II, Urology Department,  
Naples, Italy

**Introduction:** Percutaneous nephrolithotomy is the method of first choice for the treatment of stones > 2 cm within the renal pelvis. However, laparoscopic or open surgical stone removal may be considered in cases in which percutaneous nephrolithotomy or shockwave lithotripsy fail or are unlikely to be successful due to aberrant anatomy. When expertise is available, laparoscopic surgery should be the preferred option before proceeding to open surgery. The procedure can be performed either using a retroperitoneal or a transperitoneal approach. We describe a case of a laparoscopic trans-peritoneal pyelolithotomy for a 3.5 cm left pelvic stone. Aberrant anatomy due to kidney malrotation and high skin-to-stone distance (> 17 cm)

were contraindications to the percutaneous approach.

**Materials and methods:** After the induction of general anesthesia, the patient was placed in a standard 90° full flank position. The operating table was not flexed. A transperitoneal approach was used. The primary 12-mm trocar (camera) was inserted near the umbilicus using the open technique and the pneumoperitoneum was established. Another two secondary 12-mm trocars were placed under laparoscopic vision at the level of the anterior left axillary line above the iliac crest and near the costal margin. The abdominal cavity was explored. The left line of Toldt was incised and the colon was reflected medially to provide clear exposure of the kidney. The proximal ureter was identified in an abnormal position. The ureteropelvic junction and the renal pelvis were not clearly defined due to an intense perirenal post-inflammatory sclerolipomatosis that was carefully dissected. The pyelotomy was performed and a purulent fluid was aspirated. The stone was extracted and a double J ureteral stent was placed in an antegrade fashion. The pelvis was sutured in a continue fashion with a barbed 3/0 suture. The stone was extracted through a specimen retrieval bag. A 5 mm drain was passed through the most lateral port and placed in the peripelvic tissues, under endoscopic guidance.

**Results:** Operative time was 80 minutes. Intraoperative blood loss was 10 mL. The drain was removed in the third post operative day. Hospital stay was 4 days and the stent was removed after 30 days. No intra- and post-operative complications occurred.

**Conclusions:** Laparoscopic pyelolithotomy can be safely and effectively performed in cases of renal stones in malrotated kidneys when percutaneous nephrolithotomy is unlikely to be successful. The trans-peritoneal approach is familiar to the majority of surgeons, it allows wide working space and may be safe even in cases of infected urines.

### V3

#### **CISTECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA CON CONFEZIONAMENTO EXTRACORPOREO DI CONDOTTO ILEALE O URETEROCUTANEOSTOMIA NELL'ANZIANO**

**Pagliarulo Vincenzo\***, **Alba Stefano\***, **Chiaradia Francesco\***, **Salerno Annamaria\***, **Intermite Igino\***, **Pagliarulo Arcangelo\***

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

**Scopo del lavoro:** La Cistectomia radicale con linfadenectomia estesa pelvica (ePLND) è il gold standard nel trattamento del carcinoma uroteliale muscolo invasivo della vescica.

La complessità della procedura dovuta al tempo demolitivo ed al tempo ricostruttivo rappresenta un limite nel paziente anziano, spesso affetto da elevata comorbidità.

Scopo del lavoro è dimostrare fattibilità e sicurezza della Cistectomia radicale laparoscopica (CRL) con confezionamento extracorporeo di condotto ileale (CI) o ureterocutaneostomia bilaterale (UCS) anche in tale categoria di pazienti.

**Materiali e Metodi:** Criteri di inclusione: età > 70 aa, diagnosi istologica di carcinoma vescicale, ECOG performance status 0-3. Criteri di esclusione: carcinoma sincrono dell'alta via urinaria, pregressa irradiazione pelvica, cistectomia radicale a scopo palliativo.

La CRL con ePLND bilaterale è stata eseguita mediante accesso transperitoneale attraverso 5 trocar. Il pezzo operatorio, dopo introduzione in endo bag, è stato estratto attraverso un'incisione longitudinale mediana periombelicale di 8 cm, quindi utilizzata, ove indicato, per il confezionamento del CI, ovvero se controindicato, è stata eseguita UCS.

Sono stati valutati parametri operatori, perioperatori (clinici e patologici), postoperatori a breve termine.

**Risultati:** Da ottobre 2012 ad aprile 2013, 10 pazienti maschi di età media 75anni (range 71-79) sono stati sottoposti a CRL. In sette pazienti è stato eseguito un CI, in tre pazienti UCS bilaterale. In otto pazienti è stata eseguita una ePLND bilaterale. Tempo operatorio medio 225 min (range 170 – 260). Perdite stimate media 170 ml (150-550). Il numero medio di linfonodi rimossi è stato 17 (8- 26). Sette pazienti all'esame istologico definitivo avevano un pT2 G3, tre pT3, 1 N+. Nessuno margine chirurgico positivo è stato osservato.

Il tempo medio alla canalizzazione intestinale è stato 2,1 giorni e alla mobilizzazione attiva 2,3 giorni. Sei pazienti sono stati dimessi in VI giornata P.O., tre in VII P.O., uno in X P.O. Abbiamo osservato tre infezioni di ferita (Grado I sec. Clavien), una TVP (Grado II sec. Clavien) ed un paziente è stato trasfuso (Grado II sec. Clavien)

**CONCLUSIONI:** La cistectomia radicale laparoscopica è una tecnica fattibile e sicura anche nell'anziano nel quale è auspicabile una chirurgia veloce e mininvasiva. In questi pazienti il condotto ileale confezionato per



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

via extracorporea non compromette i vantaggi dell'approccio laparoscopico e rappresenta la migliore soluzione in termini di tipo di derivazione urinaria, tempo operatorio e complicanze a breve termine.

## V4

### LA LINFADENECTOMIA PELVICA ESTESA MEDIANTE ACCESSO VIDEO LAPAROSCOPICO TRANSPERITONEALE

**Pagliarulo Vincenzo\*, Alba Stefano\*, Chiaradia Francesco\*, Salerno Annamaria\*, Boccasile Stefano\*, Pagliarulo Arcangelo\***

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

**Scopo del lavoro:** Scopo di questo video è presentare la tecnica di linfadenectomia pelvica estesa (ePLND) video laparoscopica mediante accesso transperitoneale

**Materiali e metodi:** Paziente di 68 anni, con diagnosi di Cr uroteliale della vescica ad alto grado di malignità (G3) muscolo invasivo, sottoposto a linfadenectomia pelvica estesa e cistectomia radicale Video Laparoscopica mediante accesso transperitoneale. Il template della linfoadenectomia pelvica estesa prevede come limite craniale l'incrocio dell'uretere con i vasi iliaci comuni, come limite laterale i vasi iliaci esterni ed il nervo genitofemorale e come limite mediale i vasi iliaci interni sino ad arrivare alla fossa otturatoria.

**Risultati:** La durata della linfadenectomia bilateralmente è stata di 40 minuti con perdite ematiche trascurabili. Il numero di linfonodi asportati è stato di 18 a dx e 14 a sin, esenti da malattia neoplastica. Il decorso postoperatorio è stato privo di complicanze degne di nota. La diagnostica per immagini a distanza dall'intervento chirurgico non evidenziava la presenza di raccolte riferibili ad ematomi e/o linfoceli.

**Conclusioni:** L'accesso transperitoneale consente di eseguire agevolmente un linfadenectomia estesa

## V5

### SURRENALECTOMIA VLP DI VOLUMINOSA LESIONE SURRENALICA SINISTRA

**M. Zacchero, G. Bondonno, P. De Angelis, B. Cavallone, R. Tarabuzzi, C. Terrone.**

*Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Ospedale Maggiore della Carità, Novara*

**Scopo del Lavoro:** Presentiamo il caso di una giovane

donna di 30 anni, con recente insorgenza di dolore lombare a sinistra e riscontro ecografico, confermato alla TC, di lesione solida di 12 cm al surrene sinistro. Il work-up endocrinologico non ha evidenziato iper-increzione ormonale della ghiandola.

**Materiali e Metodi:** Incisione pararettale sinistra ed applicazione di trocar di Hasson con tecnica "open laparoscopy". Induzione dello pneumoperitoneo ed applicazione di altri due trocar da 5 mm e uno da 12 mm. Incisa la doccia parieto-colica sinistra ed esposta la loggia renale, si evidenzia la voluminosa massa surrenalica che si presenta fortemente adesa alla coda del pancreas, al polo superiore ed all'ilo vascolare del rene.

Preparato il peduncolo vascolare renale, si procede a sezione fra clip della vena surrenalica sinistra e ad altri vasi arteriosi e venosi di pertinenza ghiandolare. Il successivo isolamento graduale della massa sul versante pancreatico presenta notevoli difficoltà richiedendo la preparazione della vena e dell'arteria splenica. Analoghe difficoltà si incontrano nell'isolamento della neoplasia a livello del polo renale superiore, dello psoas e del pilastro diaframmatico omolaterali, ai quali risulta tenacemente adesa.

Completata la surrenalectomia, si procede ad emostasi del letto chirurgico. Applicazione di drenaggio in loggia surrenalica. Inserita la lesione in endobag, si completa estrazione del pezzo chirurgico tramite incisione di servizio sec. Pfannestiel, reiterando la cicatrice sovrapubica del recente cesareo.

**Risultati:** L'esame istologico estemporaneo della massa ha deposto per una lesione surrenalica di tipo angiomaso. L'esame istologico definitivo risulta attualmente in corso di refertazione. Il decorso postoperatorio è stato regolare. Il drenaggio è stato rimosso in seconda giornata post-operatoria e la paziente è stata dimessa in quarta GPO.

**Conclusioni:** In centri con adeguata esperienza laparoscopica, la surrenalectomia con tecnica laparoscopica risulta essere fattibile e sicura anche per masse di notevoli dimensioni.

## V6

### RESEZIONE SEGMENTARIA LAPAROSCOPICA NEL TRATTAMENTO DELLE STENOSI URETERALI: DESCRIZIONE DELLA TECNICA CHIRURGICA (Video)

**S. Zaramella, R. Tarabuzzi, P. Mondino, G. Bondonno, P. De Angelis, B. Cavallone, C. Terrone,**

*Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Ospedale Maggiore della Carità, Novara.*

**Scopo del Lavoro:** Presentiamo 2 casi di resezione ureterale segmentaria laparoscopica e successiva anastomosi termino-terminale, eseguiti per stenosi ureterale non risolvibile endoscopicamente.

In entrambi i casi la stenosi era a livello dell'uretere lombare destro, come conseguenza di calcolosi complessa trattata con ureterorenoscopia (URS) e litotrissia extracorporea.

**Materiali e Metodi:** In entrambi i pazienti la sede e la lunghezza della stenosi ureterale (rispettivamente di 1 cm e 1,5 cm) sono state valutate nel pre-operatorio con URS e ureteropielografia retrograda. Durante l'intervento, nel primo caso il tratto ureterale stenotico è stato individuato grazie all'utilizzo di un cateterino ureterale (CU), introdotto fino a valle della stenosi (non valicabile); mentre nel secondo caso con ureteroscopia flessibile. Il tempo laparoscopico ha previsto l'introduzione di Hasson con tecnica open in sede pararettale per via tranperitoneale, quindi l'applicazione di altri 3 trocar operativi (da 3 o 5 mm). Dopo incisione della doccia parieto-colica destra, si isolano i vasi gonadici e l'uretere dai vasi iliaci fino all'ilo renale. L'uretere, nel tratto stenotico, appare coinvolto da tenace periureterite. Una volta isolato, nel primo caso si distende l'uretere con fisiologica da CU, evidenziando il tratto stenotico che viene asportato con forbice a freddo. Nel secondo caso, l'utilizzo dell'ureteroscopia flessibile, oltre che ad individuare la stenosi, permette anche il trattamento di calcolosi renale residua. Spatulati i capi ureterali, si esegue anastomosi termino-terminale con due semicontinue in Vicryl 4-0 su stent JJ 6 Ch x 26 cm. Si applica infine drenaggio tubulare paraureterale.

**Risultati:** Il tempo operatorio è stato di 180 e 280 minuti, le perdite ematiche minime e non quantificabili. Non si sono verificate complicanze intra- e post-operatorie. Il catetere vescicale è stato rimosso in sesta giornata ed i pazienti sono stati dimessi in settima giornata. L'esame istologico ha confermato la presenza di abbondante tessuto fibroso peri-ureterale. Lo stent ureterale è stato rimosso in entrambi i casi dopo 5 settimane. A 6 mesi di distanza dalla rimozione dello stent i pazienti sono stati controllati con TC ed urografia che hanno dimostrato assenza di idronefrosi e di tratti stenotici ureterali.

**Discussione:** Il trattamento laparoscopico delle stenosi ureterali con resezione segmentaria presenta vantaggi in termini di mini-invasività rispetto all'analogo accesso open. L'URS flessibile intra-operatoria consente di individuare con precisione la sede della stenosi e di trattare eventuale calcolosi

associata. L'utilizzo di trocar da 5 e 3 mm consente di ottenere un buon compromesso fra ricerca della mini-invasività, sicurezza ed efficacia nella dissezione.

**Conclusioni:** L'approccio laparoscopico alla resezione ureterale segmentaria rappresenta un intervento di chirurgia ricostruttiva tecnicamente difficile, ma risulta fattibile ed efficace in centri con adeguata esperienza laparoscopica ed endoscopica.

## V7

### PIELOPLASTICA LAPAROSCOPICA IN PAZIENTE CON DOPPIO DISTRETTO INCOMPLETO: UN CASE REPORT.

**Pierluigi Bove<sup>1</sup>, Dario Del Fabbro<sup>1</sup>, Mauro De Dominicis<sup>2</sup>, Giuseppe Vespasiani<sup>1</sup>, Lorenzo De Fidio<sup>2</sup>**

*1 Cattedra di Urologia Università degli studi Roma "Tor Vergata",*

*2 U.O. Urologia Ospedale Cristo Rè - Roma.*

**Introduzione:** La duplicazione pielo-ureterale è un'alterazione congenita che ricorre in circa l'1% della popolazione. Tale anomalia è spesso asintomatica ma si può associare a complicanze quali la litiasi, l'ureterocele e il reflusso vescico-ureterale. Più raramente si nota la presenza simultanea della stenosi del giunto pielo-ureterale come in questo case report.

**Case Report:** Una donna di 67 anni giunge alla nostra osservazione per dolore al fianco destro ad andamento ingravescente. Viene eseguita un'ecografia renale che dimostra una dilatazione calcicopielica associata alla presenza di alcune formazioni litiasiche sub-centimetriche a livello del gruppo caliceale inferiore. La successiva URO-TC evidenzia quindi una marcata pielocalicectasia con un doppio distretto renale incompleto destro, caratterizzato dall'inserzione pielica dell'emidistretto superiore sulla pelvi dell'emidistretto inferiore e dalla presenza di 3 formazioni litiasiche del gr caliceale inferiore. La scintigrafia renale sequenziale dimostra un ritardo della fase escretoria del radiofarmaco. Si decide quindi per una ricostruzione laparoscopica dell'anomalia congenita che viene mostrata nel video in allegato.

**Materiali e Metodi:** accesso transperitoneale mediante incisione minilaparotomica ombelicale; si posizionano n.2 trocar operativi sulla linea mediana. Medializzazione del colon DX ed isolamento dell'uretere nel tratto sotto giuntale fino cranialmente all'emidistretto superiore. Pielotomia della pelvi dell'emidistretto inferiore fino all'inserzione dell'emidistretto superiore e litolapassi mediante cistoscopia flessibile e basket



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

di tutte le formazioni litiasiche presenti. Asportazione della porzione di giunto stenotico, incisione a becco di flauto dell'uretere e pieloplastica secondo Handerson-Hynes comprensiva dell'emidistretto superiore.

**Risultati:** La procedura si è svolta senza complicanze in un tempo operatorio di 115 minuti; il drenaggio è stato rimosso in II giornata e la paziente è stata dimessa in III giornata PO. Lo stent ureterale è stato rimosso ad un mese dall'intervento.

**Conclusione:** Si è ricostruita un'anatomia funzionale su un'alterazione congenita non frequente. Attualmente la paziente è asintomatica. La procedura laparoscopica ha quindi permesso una dimissione precoce e un risultato estetico ottimale.

## ROBOTICA

*Moderatori: A. Cestari, M. Gacci*

### V8

#### POSIZIONAMENTO DI RESERVOIR PER PROTESI TRICOMPONENTE DURANTE PROSTATECTOMIA RADICALE EXTRAFASCIALE ROBOTICA

**Ceruti Carlo, Rolle Luigi, Bosio Andrea, Sedigh Omidreza, Timpano Massimiliano, Falcone Marco, Preto Mirko, Frea Bruno**

*Università degli Studi di Torino, A.O. Città della Salute e della Scienza, Clinica Urologica*

**SCOPO DEL LAVORO:** I pazienti candidati a prostatectomia radicale che, pur desiderosi di mantenere una attività sessuale, non possono beneficiare di una procedura nerve-sparing, possono recuperare la possibilità di avere rapporti penetrativi mediante un successivo impianto protesico. Il posizionamento in addome del serbatoio delle protesi tricomponenti in un secondo momento dopo prostatectomia robotica (di solito condotta per via transperitoneale) può risultare indaginoso ed esporre a rischi, come confermato da recenti segnalazioni apparse nella letteratura internazionale.

Di qui la proposta, in soggetti già motivati alla riabilitazione protesica al momento della prostatectomia robotica, di posizionare il serbatoio in addome contestualmente alla prostatectomia, in previsione del posizionamento della restante parte dell'impianto che avverrà in un secondo momento.

**METODI: TECNICA CHIRURGICA** Il posizionamento del serbatoio durante prostatectomia robotica avviene in sede intraperitoneale sotto visione laparoscopica;

unica variazione rispetto alla tecnica standard è l'utilizzo di un trocar da 15 mm (anziché da 12) in fossa iliaca destra. Il tubo di connessione, tappato con apposito accessorio, viene attratto nello scroto attraverso una minima incisione (1 cm) mediante una pinza di Kelly i cui rebbi vengono fatti penetrare in addome sotto controllo laparoscopico a monte dell'anello inguinale esterno; l'estremità del tubo viene fissata con un punto di sutura per evitarne la retromigrazione attraverso la stessa minima incisione scrotale.

**RISULTATI:** L'allocazione del serbatoio risulta agevole e richiede non più di 10 minuti; durante l'intervento di impianto protesico il reperimento dell'estremità distale del tubo di connessione a livello scrotale, avvolta dalla pseudocapsula connettivale, è risultato facile anche dopo alcuni mesi dal posizionamento; la posizione intraperitoneale del serbatoio previene la formazione di pseudocapsula, così che il riempimento del serbatoio non risulta problematico.

**DISCUSSIONE:** I rischi del posizionamento in addome del serbatoio dopo prostatectomia, soprattutto se transperitoneale, sono attualmente oggetto di discussione. Le possibili soluzioni sono rappresentate dal posizionamento intraperitoneale sotto vista del serbatoio mediante un'incisione di servizio oppure dal ricorso al posizionamento del serbatoio nella parete addominale, alternativa valida ma che può essere poco accettabile in pazienti magri, nonostante la disponibilità dei nuovi serbatoi a profilo ridotto, per la difficoltà di occultare completamente il serbatoio e che può esporre a problemi di dislocazione. L'impianto del serbatoio durante prostatectomia open era stato proposto da Boyd, che ne aveva verificato fattibilità e sicurezza; il posizionamento del serbatoio durante prostatectomia robotica, finora mai proposto, permette un posizionamento intra-addominale sicuro, scevro dai rischi di lesione intestinali connessi con un posizionamento differito, e con rischi infettivi minimizzati dai vantaggi della tecnica robotica, tra cui la perfetta tenuta dell'anastomosi. Il posizionamento dell'impianto protesico risulta rapido per il facile reperimento dell'estremità distale del tubo di connessione in sede scrotale.

**CONCLUSIONI:** Il posizionamento contestuale del serbatoio per protesi peniena tricomponente durante prostatectomia robotica extrafasciale può rappresentare una valida opzione per pazienti motivati alla riabilitazione protesica.



**V9****RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA DI URETERE RETROCAVALE****Marco Finamanti – Alessandro Antonelli – Lorenzo Gatti – Angelo Peroni – Claudio Simeone***Unità operativa di Urologia Spedali civili di Brescia. Università degli studi di Brescia.***SCOPO DEL LAVORO** Descrivere con supporto video una riparazione laparoscopica robot assistita di uretere retrocavale in un paziente maschio di 26 anni.**MATERIALI E METODI** Presentiamo il caso di un paziente maschio di 26 anni che dopo ripetuti episodi di lombalgia destra giunge alla nostra osservazione con una diagnosi radiologica (TC, RMN, ureteropielografia retrograda) di uretere retrocavale con secondaria idroureteronefrosi di II-III grado.

L'angiofotoscintigrafia renale con test alla Furosemide ha dimostrato una funzionalità renale destra del 38% e un ritardo della fase escretoria.

La malformazione è stata corretta con una tecnica laparoscopica robot assistita con accesso trans-peritoneale.

Isolata la cava sottorenale e l'uretere pre- retro- e sottocavale, è stata eseguita una resezione del tratto retrocavale e del giunto pielo-ureterale, con successivo confezionamento di una pieloureteroplastica secondo Anderson-Hynes tutelata da tutore ureterale DJ, mantenuto poi 30 giorni.

**RISULTATI** L'intervento non ha avuto eventi di complicazione e la degenza è durata 3 giorni. Si è verificata una completa risoluzione della sintomatologia dolorosa e un controllo ecografico a 50 giorni ha dimostrato la scomparsa dell'idroureteronefrosi.**DISCUSSIONE:** A differenza della tecnica classica a cielo aperto, la tecnica laparoscopica in generale e quella robotica in particolare, offrono molti vantaggi nell'approccio alla correzione dell'uretere retrocavale sintomatico, soprattutto per la maggior facilità di accesso alla porzione di uretere interessata dalla malformazione. Infatti un accesso laparoscopico trans-peritoneale permette una immediata visualizzazione delle strutture anatomiche interessate e minimizza la mobilizzazione intestinale che sarebbe invece necessarie nell'intervento a cielo aperto. A questo si aggiunga che una laparotomia mediana è probabilmente sproporzionata all'entità della fase demolitiva dell'intervento, che è limitata a pochi cm di uretere retrocavale, e che l'accuratezza richiesta nella fase ricostruttiva viene agevolata dai noti vantaggi offerti dalla robotica.**CONCLUSIONI:** La chirurgia laparoscopica in generale e robot assistita in particolare può essere considerata il gold standard per il trattamento di questo tipo di malformazione.**V10****URETEROCISTONEOSTOMIA ROBOTICA PER ENDOMETRIOSI SEVERA DELL'URETERE****Alessandro Antonelli, Angelo Peroni, Marco Finamanti, Giuseppe Ciravolo\*, Giacomo Galvagni, Elena Finotto, Claudio Simeone***Cattedra e Divisione di Urologia e di Ginecologia\*, Università degli studi e Spedali Civili di Brescia***Introduzione** Il coinvolgimento severo dell'uretere da parte dell'endometriosi pelvica può richiedere la resezione del tratto coinvolto dalla malattia ed il confezionamento di una ureterocistoneostomia. Nella maggioranza dei centri tale procedura è stata storicamente eseguita a cielo aperto, in contrasto con la preferenza del ginecologo che è invece orientato verso la via mini-invasiva nell'approccio all'endometriosi.

Il sistema robotico daVinci trova in questa patologia un'indicazione ideale per i vantaggi che può offrire, rispetto alla laparoscopica tradizionale, nella chirurgia urologica ricostruttiva.

Nel video presentiamo due casi di endometriosi severa ureterale sottoposti ad ureterocistoneostomia robotica.

**Caso #1** Paziente con endometriosi infiltrante recidiva, coinvolgente la pelvi estesamente, soprattutto nel versante di sinistra, la base vescicale e l'uretere di sinistra a determinare una severa dilatazione della via escretrice con sofferenza funzionale. Dopo una cistoscopia preliminare, per marcare i margini della placca di E vescicale anche nei confronti dell'ostio ureterale controlaterale, si procede all'accesso trans peritoneale, con la paziente supina ed in Trendelenburg a 25° ad arti inferiori divaricati ed estesi, posizionando 5 trocar (ottica sovra ombelicale, 2 trocar robotici lungo la linea bisiliaca a 8-10 cm dall'ottica, 1 trocar da 12 mm e 1 da 5 mm a destra per l'assistente). La prima fase dell'intervento è condotta dal ginecologo che esegue una ovariectomia sinistra ed una salpingectomia bilaterale. Si mobilizza quindi ampiamente la vescica e si procede alla resezione di una porzione della parete posteriore e della base, avendo come repere la traccia della diatermocoagulazione cistoscopica. L'uretere di sinistra viene lisato dall'endometriosi



e quindi resecato sino ad un tratto sano, posto immediatamente dopo il passaggio iliaco. Dopo una spatulazione dorsale si anastomizzano uretere e vescica iniziando dal contorno ureterale ventrale, si posiziona per via retrograda trasurretrale un catetere retto ureterale e si completa quindi l'anastomosi uretero-vescicale nei suoi versanti laterali e dorsali. La vescica viene quindi suturata, apponendo alcuni punti staccati per ottenere una plicatura del detrusore alla base dell'ingresso dell'uretere, per ricreare un tratto intramurale. Il decorso è stato privo di complicanze, il catetere ureterale è stato rimosso in 7a giornata e quello vescicale in 8a, dopo controllo radiologico.

**Caso#2** Paziente con endometriosi infiltrante recidiva, coinvolgente l'emipelvi di destra e l'uretere pelvico, a determinare una severa dilatazione della via escretrice con necessità di derivazione nefrostomica. La cistoscopia esclude un coinvolgimento della vescica. Il posizionamento della paziente e dei trocars è analogo al caso precedente. Il primo tempo dell'intervento è del ginecologo che esegue una toilette del parametrio di destra. Viene quindi isolato l'uretere, nettamente stenotico, resecandolo su un tratto sano posto immediatamente a valle del passaggio iliaco, confermandone l'assenza di ostruzione con un'irrigazione dalla nefrostomia. Viene quindi eseguita una cistotomia obliqua sul versante destro della parete posteriore e confezionata una ureterocistoneostomia con tecnica analoga a quella del caso precedente, apponendo in questo caso i punti di plicatura del detrusore ventralmente all'ingresso dell'uretere. Il decorso è stato privo di complicanze, catetere ureterale e vescicale sono stati rimossi dopo controllo radiologico in 7a, 8a giornata; la nefrostomia in 14a giornata dopo aver verificato il buon transito dall'anastomosi.

### V11

#### **NEFRECTOMIA PARZIALE ROBOT ASSISTITA CON SISTEMA AIRSEAL IN PAZIENTE MONORENE CON DOPPIA LESIONE RENALE.**

**Filippo Annino, Tiziano Verdacchi, Saba Khorrami, Valentina Giommoni, Mario Pulvirenti, Stefano Rosadi, Michele De Angelis**

*UOC Urologia, Ospedale San Donato, AUSL 8 Arezzo*

**Scopo dello studio:** Riportiamo la nostra esperienza di utilizzo del sistema airseal in corso di nefrectomia parziale. Il video mostra un caso di duplice lesione renale in paziente monorene.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo utilizzato il sistema AirSeal in 5 casi di nefrectomia parziale robot assistita.

Il video mostra i tempi salienti di un caso di duplice enucleazione in monorene chirurgico per una lesione endofitica di circa 4 cm di diametro ed una seconda lesione satellite di 18 mm.

La lesione minore è stata asportata senza ischemia mentre per l'enucleoresezione della lesione maggiore si è eseguito un clampaggio arterioso con bulldog laparoscopici.

Il sistema AirSeal permette grazie ad un brevetto che determina un flusso laminare, di mantenere costante il pneumoperitoneo anche in caso di aspirazione o di fuoriuscita delle porte.

**Risultati:** L'intervento è stato portato a termine con conservazione d'organo senza complicanze per il paziente. Un modesto rialzo della creatinina si è avuto in 2 gg postoperatoria ma non ha richiesto trattamenti medici ulteriori. La durata dell'intervento è stata di 110 minuti ed il tempo di ischemia di 14 minuti.

Il paziente è stato dimesso in 3 gg postoperatoria.

**Discussione:** Il sistema airseal mantenendo costante il pneumoperitoneo permette una riduzione del sanguinamento venoso nella rima di resezione durante enucleoresezione renale. Ciò consente una migliore visualizzazione del retto di resezione e permette una più agevole e sicura enucleazione delle lesioni renali. Inoltre, l'aspirazione continua dei fumi che è eseguita dal sistema airseal che riduce l'appannamento dell'ottica e la costanza del pneumoperitoneo riduce il rischio di fuoriuscita dei trocars e conseguentemente riduce eventuali perdite di tempo secondarie alla pulizia dell'ottica o al riposizionamento dei trocars robotici che possono fuoriuscire in perdite di pneumoperitoneo.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza il sistema d'insufflazione airseal è uno strumento molto utile in corso di enucleoresezione renale laparoscopica robot assistita che agevola l'operatore e potenzialmente migliora il risultato del intervento in termini di radicalità chirurgica e tempi di ischemia. Ovviamente studi di confronto su ampie serie dovranno confermare le nostre impressioni di valutazione preliminare.

### V12

#### **POSIZIONAMENTO DI STENTS URETERALI PER VIA TRANSURRETRALE DURANTE PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA**

**Molinari Alberto, Simonelli Giovanni, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Silvestre Pasquale Zeccolini Guglielmo, Celia Antonio**

*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano - Bassano del Grappa (VI)*

L'incisione del collo vescicale rappresenta uno step impegnativo durante la prostatectomia radicale robot-assistita (RARP). Identificare precisamente la giunzione vescico-prostatica può essere difficoltoso nel caso sia presente un voluminoso lobo medio, un'asimmetria dei lobi prostatici o nel caso in cui il paziente sia stato precedentemente sottoposto a chirurgia transuretrale della prostata.

Possibili complicanze conseguenti a tali condizioni possono essere il danno degli osti ureterali durante la sezione della porzione posteriore del collo vescicale, una loro accidentale inclusione durante il confezionamento dell'anastomosi vescico-uretrale oppure l'insorgenza di edema degli osti stessi nel caso siano troppo a ridosso della linea di sezione.

In pazienti ad alto rischio di tali complicanze può essere indicato un posizionamento preoperatorio di stent ureterali. In presenza invece di varianti anatomiche imprevedibili, difficoltà nella sezione del collo vescicale o nel caso in cui l'incisione del collo vescicale sia eseguita da chirurghi nella loro curva di apprendimento può essere necessario il posizionamento degli stents ureterali in corso di RARP. Il video illustra step by step la nostra tecnica originale di posizionamento intraoperatorio degli stents ureterali per via transuretrale. Tale metodica prevede l'introduzione attraverso il lume del catetere vescicale di una guida in nitinol con punta idrofilica retta, che viene inserita nell'asse escretore con l'ausilio delle braccia robotiche. Sulla guida viene poi introdotto lo stent ureterale tipo "doppio J". Alla fine dell'intervento il corretto posizionamento degli stent viene controllato radiologicamente. Il posizionamento del tutore ureterale transuretrale durante RARP è semplice e rapida (in media 5-7 minuti) e riproduce fedelmente quella utilizzata nel posizionamento endoscopico, sfruttando l'asse anatomico tra l'uretra e gli osti ureterali e l'estrema facilità di movimento garantita dagli strumenti robotici.

## COMUNICAZIONI

SALA COMUNICAZIONI 16.20-18.20

### NUOVE TECNOLOGIE

Moderatori: V. Li Marzi, R. Miano

C18

#### CONFRONTO PROSPETTICO TRA TAMSULOSINA E RENALIT COMBI COLIC COME TRATTAMENTO ESPULSIVO DELLA CALCOLOSI RENO-URETERALE DOPO LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL)

**A. Zordani, M. Rosa, E. Paiolo, MC Sighinolfi, E. Martorana, S. Micali, G. Bianchi**

**Scopo del lavoro:** In questo preliminare studio prospettico confrontiamo l'efficacia della terapia espulsiva con Tamsulosina 0.4 mg rispetto ad un'associazione di Dimettosi-Diidrossi-Aporfina 250 mcg, Arbutina 60 mg ed Umbelliferone (Renalit-Combi Colic) dopo ESWL. L'Aporfina è da tempo nota per la sua azione alfa-litica, essendo un'antagonista diretta degli adrenorecettori di tipo 1a e 1b. Recentemente è stata combinata con l'arbutina ad azione infiammatoria per l'inibizione dell'enzima fosfolipasi A2, l'asparagina ad azione diuretica e l'herniaria con azione antiadesiva sulle cellule dell'urotelio.

**Materiali e metodi:** Da Gennaio 2013 abbiamo considerato in maniera prospettica 51 pazienti candidati a trattamento ESWL per calcolosi reno-ureterale (età media: 54 +/- 14,8; 35 uomini, 16 donne). L'ESWL è stata condotta mediante Dornier Lithotripter S XXP, utilizzando il puntamento sia ecografico che fluoroscopico. Al termine del trattamento i pazienti sono stati randomizzati a ricevere terapia espulsiva mediante: a) aporfina (Renalit Combi Colic®) per 12/die; b) tamsulosina 0,4 mg/die per 20/die (gruppo di controllo). Il follow up è stato condotto a circa 30/die dal trattamento ESWL mediante ecografia renale e, in casi selezionati, radiografia dell'addome. Le variabili considerate sono state: sede e dimensione dei calcoli; apparente frammentazione del calcolo in corso di trattamento; espulsione di frammenti o evidente riduzione di dimensioni del calcolo. Le variabili ottenute sono state inserite in un apposito data base ed analizzate mediante SPSS 12 per Window, mediante l'utilizzo di test parametrici e non parametrici (chi square).

**Risultati:** 24 pazienti sono stati sottoposti a terapia con aporfina (A) e 27 pazienti a terapia con tamsulosina (B) dopo ESWL. Le dimensioni medie dei calcoli nei due gruppi erano pari a 8,3 mm e 9,5 mm rispettivamente (p=0.058). La localizzazione era prevalentemente pellica ed ureterale in entrambi i gruppi (21/24 pazienti del gruppo A, 23/27 pazienti del gruppo B, p=0.8). 6 casi sono stati esclusi dall'analisi per assenza di significativa frammentazione in corso di trattamento. L'espulsione di frammenti o comunque un'evidente riduzione delle dimensioni del calcolo al follow up è avvenuta in 90,4% (19/21) pazienti in terapia con aporfina e in 91,6% (22/24) pazienti in terapia con tamsulosina (p=0.64). Nei restanti pazienti non è stata documentata alcuna evidenza di espulsione di



frammenti. Non si sono registrati effetti collaterali (connessi ad ESWL o a terapia medica) in entrambi i bracci di trattamento.

**Discussione:** L'utilizzo di Renalit Combi Colic® in questa preliminare esperienza sembra mostrare un'efficacia sovrapponibile a quella della tradizionale tamsulosina in termini di espulsione dei frammenti. Questa formulazione consente inoltre di superare le difficoltà che spesso si incontrano nella prescrizione di un farmaco off label in alcune categorie di pazienti, come le donne ed i bambini.

**Conclusioni:** Ulteriori studi su campioni più ampi e selezionati potranno confermare l'efficacia dell'aporfina come terapia espulsiva dopo ESWL.

### C19

#### USE OF THE HEMOSTATIC MATRIX FLOSEAL® IN CASE OF SEVERE BLEEDING FROM THE RENAL PELVIS DURING URETEROSCOPIC SURGERY: PRELIMINARY EXPERIENCE.

**Creta Massimiliano 1, Imperatore Vittorio1, Di Meo Sergio 1, Buonopane Roberto 1, Fusco Ferdinando 2, Spirito Lorenzo 2, Mirone Vincenzo 2**

1. *Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*

2. *University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*

**Introduction:** Severe upper urinary tract bleeding can occur during ureteroscopic surgery in about 2.1% of cases. Bleeding may potentially impair visibility and maneuverability of the instruments thus leading to the interruption of the procedure. Moreover, it may cause anemization and clot formation with subsequent upper urinary tract obstruction and pain. Hemostatic agents have been reported to represent a valid strategy in cases of bleeding from the renal pelvis during percutaneous renal surgery. The use of such agents in cases of severe bleeding from the upper urinary tract during ureteroscopic surgery has not been previously reported. We describe, for the first time, the use of the hemostatic matrix Floseal® in cases of severe bleeding from the renal pelvis during ureteroscopic surgery.

**Materials and methods:** From January 2011 to September 2013 severe bleeding from the renal pelvis occurred in 7/320 patients (1.8%) during ureteroscopic surgery. Five of them (71.4%) underwent ureteroscopic ballistic lithotripsy (URSL) for stones embedded in the ureteropelvic junction and two (28.5%) underwent ureteroscopic biopsy of transitional cell carcinoma of

the renal pelvis. All the procedures were performed with a 6-7.5 Fr semirigid ureteroscope. In all cases bleeding was severe thus impairing visibility. This complication was managed with the injection of 5 mL of Floseal® into the renal pelvis through the ureteroscope. The hemostatic matrix was left in situ for 10 minutes and then washed out with saline solution. We reported intra- and perioperative outcomes. A renal ultrasound and a kidney-ureter-bladder radiography were performed after 24 hours and at three months follow-up.

**Risultati** Mean patients' age was 55.4 years (range: 40-69). Mean stone size was 1.8 cm (range: 1.5-2). Male to female ratio was 5:2. Mean operative time was 48.1 minutes (range 30-55). In all cases, the use of the hemostatic matrix Floseal® stopped the bleeding, improved visibility and allowed the completion of the procedure. A double J ureteral stent was left in situ at the end of URSL in all cases. The post-operative course was uneventful. Not significant post-operative bleeding, sepsis, obstruction or pain occurred. All patients undergoing URSL were stone free and no stone recurrence occurred at three months follow-up. Renal pelvis biopsy revealed a transitional cell carcinoma in both patients.

**Conclusions** Transureteroscopic injection of the hemostatic matrix Floseal® may represent a valid strategy in cases of severe bleeding from the renal pelvis during ureteroscopic surgery. Further studies are needed to confirm the findings from our initial experience.

### C20

#### EFFICACIA DELL'ASCOLTO DI BRANI MUSICALI NEL RIDURRE IL DOLORE DURANTE TRATTAMENTO ESWL

**Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Ettore Dalmaso, Paolo Destefanis, Andrea Buffardi, Eugenio Alessandria, Mirko Preto, Silvia Santià, Alessndro Bisconti, Paolo Gontero, Bruno Frea**

*Clinica Urologica*

*Città della Salute e della Scienza – Ospedale Molinette - Torino*

**Introduzione** L'ESWL è il trattamento di scelta per una grande varietà di calcoli renali. Con i moderni litotrittori l'ESWL viene di solito eseguita senza anestesia, ma alcuni pazienti lamentano disagio o dolore. Un ottimale controllo del dolore durante il trattamento è importante soprattutto per limitare i movimenti indotti dal dolore stesso e le escursioni respiratorie eccessive. L'obiettivo del nostro studio è stato quello

di valutare se la musica possa in qualche modo ridurre il disagio o dolore durante il trattamento ESWL.

**Materiali e metodi** Tra Febbraio 2011 e Ottobre 2012 abbiamo proposto ai pazienti sottoposti ad ESWL di partecipare a questo studio prospettico randomizzato. I parametri del trattamento sono stati i seguenti: 3500-4000 shock-waves (SW), 20-24 kV secondo la tolleranza individuale, 1 Hz, sospensione di 1 minuto dopo le prime 1800 SW. I pazienti arruolati sono stati suddivisi secondo la lista di randomizzazione in gruppo A (ascolto della musica nella prima parte del trattamento – prime 1800 SW) e gruppo B (ascolto della musica nella seconda parte). Ai pazienti sono stati somministrati uno specifico questionario e la scala VAS del dolore riguardanti entrambe la parti del trattamento.

L'endpoint primario è stato la riduzione del punteggio VAS durante l'ascolto della musica. Gli endpoints secondari il gradimento dell'ascolto della musica e il ridotto incremento del punteggio VAS nella seconda parte del trattamento nel gruppo B.

**Risultati** 70 pazienti hanno partecipato allo studio nel periodo esaminato: 34 nel gruppo A e 36 nel gruppo B. Tutti i pazienti hanno gradito la possibilità di ascoltare la musica durante l'ESWL e sceglierebbero nuovamente di ascoltare musica in caso di ulteriore ESWL. Il 94% ha considerato utile la musica nella riduzione di dolore e disagio. Il punteggio VAS medio è stato significativamente più basso durante l'ascolto di musica nel gruppo A ( $4 \pm 2,17$  vs  $5,24 \pm 2,36$ ;  $p = 0,03$ ), ma non nel gruppo B. Il punteggio VAS è aumentato significativamente nella seconda metà del trattamento nel gruppo A e considerando entrambi i gruppi ( $p = 0,01$ ), ma non considerando singolarmente il gruppo B ( $p = 0,15$ ). La richiesta di analgesia è stata minore durante l'ascolto della musica in entrambi i gruppi, sebbene senza significatività statistica (29% vs 26% nel gruppo A con  $p = 0,41$  e 22% vs 19% nel gruppo B con  $p = 0,15$ ). Il numero di SW tollerate nella seconda parte del trattamento è stato maggiore nel gruppo B (2097 vs 2056), ma senza significatività statistica ( $p = 0,42$ ). Non è stata osservata differenza significativa nella richiesta di interruzioni tra i due gruppi e tra le due parti del trattamento.

**Conclusioni** L'apprezzamento dei pazienti per l'ascolto della musica durante l'ESWL è stato elevato e la grande maggioranza pensa che la musica aiuti ad alleviare il dolore.

Durante l'ascolto della musica il punteggio VAS diminuisce nella prima parte del trattamento e non aumenta nella seconda; la richiesta di analgesia tende a

ridursi e tende ad aumentare il numero di SW tollerate.

## C21

### LA COMBINAZIONE DI MARCATORI MOLECOLARI MULTIPLI DEI TUMORI UROTELIALI PUÒ PREDIRE IL RISULTATO DI UNA RETUR? RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO.

**Chiaradia Francesco\*, Salerno Annamaria\*, Pagliarulo Arcangelo\*, de Rienzo Gaetano\*, Alba Stefano\*, Pagliarulo Vincenzo\***

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

**Scopo del lavoro** Diversi studi in letteratura hanno dimostrato che test diagnostici quali BladderChek® nuclear matrix protein-22 (NMP22) e UroVysion™ fluorescence in situ hybridization (FISH) risultano utili nel migliorare la diagnosi e il monitoraggio oncologico di pazienti con neoplasie uroteliali non muscolo infiltranti della vescica. Ciononostante il loro significato clinico rimane poco chiaro. La citologia urinaria da sola ha una bassa sensibilità specie per i tumori uroteliali di basso grado. Scopo dello studio presente è verificare prospetticamente se la combinazione dei due test molecolari e della citologia urinaria sia predittiva di persistenza di malattia in pazienti sottoposti a re-TUR (Re-Trans Urethral Resection).

**Materiali e metodi** Oggetto dello studio è una coorte di pazienti affetti carcinoma uroteliale della vescica non muscolo infiltrante (NMIBC) di alto grado prospetticamente monitorati a partire da agosto 2011. In tutti i pazienti è stata eseguita una re-TUR entro 4-6 settimane dopo la TUR mediante cistoscopia a fluorescenza (HAL: Hexvix®, Photocure, Norway). Citologia urinaria, NMP22 e UroVysion™ sono state eseguite in tutti i pazienti prima e dopo la re-TUR.

**Risultati** Complessivamente sono stati analizzati 23 pazienti di età media di 65 anni (53-75). Il tempo medio alla re-TUR è stato di 36 giorni. Sei dei 23 pazienti (26%) mostravano persistenza di malattia vescicale alla re-TUR. Per ogni singolo esame eseguito (NMP22, UroVysion™ ed esame citologico delle urine) la sensibilità è risultata del 60, 75 e 66% rispettivamente, mentre il PPV del 37,5, 12,5 e 25% rispettivamente. Combinando i tre esami, sensibilità, PPV e accuratezza sono risultate rispettivamente del 75, 37,5 e 50%.

**Conclusioni** I nostri risultati preliminari dimostrano una bassa accuratezza dei test diagnostici biomolecolari (NMP22 e UroVysion™) nel predire la persistenza di malattia alla re-TUR. L'associazione di questi test



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

alla citologia urinaria tuttavia migliora la sensibilità delle tecniche. Pur se limitato dalle dimensioni del campione, il nostro studio suggerisce che i test diagnostici biomolecolari non offrono vantaggi nella selezione dei pazienti da sottoporre a re-TUR.

## C22 PCR, INDICE PREDITTIVO DI ESPULSIONE SPONTANEA DI CALCOLI? RISULTATI PRELIMINARI.

**Paolo Guiggi, Gianluca Manasse, Amelia Pietropaolo, Herald Nikaj, Vittorio Bini, Carla Micheli**

*Clinica Urologica e Andrologica- Università degli Studi - Perugia*

**Introduzione e obiettivo dello studio** Un calcolo, determina un incremento degli indici di una flogosi maggiore nell' uretere quando non è eliminato spontaneamente. Vogliamo pertanto valutare se la PCR può modificare la strategia terapeutica dei calcoli ureterali.

**Materiali e metodi** Disegno dello studio: pazienti con colica reno-ureterale da litiasi unica dell'uretere distale di 3- 8 mm. Al ricovero (giorno 0), sono sottoposti ad esami di routine comprensivi di PCR, esame urine, urinocoltura unitamente ad ecografia urologica; solo nei casi dubbi si esegue RX diretta apparato urinario e/o URO-TC. Tutti i pazienti ripetono gli esami di routine e l'ecografia urologica al giorno 28°. Nei pazienti non stone-free la routine è ripetuta in 10° giornata post litotrissia (ESWL-URS).

Sono valutati 48 pazienti, di 25-81anni (media: 46,83). Criteri di esclusione: tutte le patologie con caratteristico incremento degli indici di flogosi aspecifica: patologie infettive, neoplastiche, cardiovascolari nonché tutte le affezioni dell'apparato urinario.

I test statistici utilizzati sono: Chi-quadrato, Mann-Whitney U test, Wilcoxon Rank test.

**Risultati** Il 75%(36/48) ha espulso spontaneamente il calcolo entro 4 settimane (gruppo1). Nei rimanenti 12/48 pazienti (25%), si è proceduto a litotrissia, (gruppo 2).

Nel gruppo 1, con litiasi di 3-8 mm (media 5,14), il valore medio di PCR era di 0,644 mg/dl (0-4,5) che, in 28° giornata si riduceva a 0,217 mg/dl (0-2,5).

Nel gruppo 2, con litiasi di 5-8 mm (media 6,08), la PCR era mediamente di 2,70 mg/dl (1-6,2) che alla quarta settimana aumentava a 3,325 mg/dl (1-7,2). Nel gruppo 2 la PCR raggiungeva valori medi di 0,3716 mg/dl in 10° giornata post trattamento.

All'analisi statistica i due gruppi risultano omogenei per dimensione dei calcoli.

La PCR è un fattore predittivo indipendente, statisticamente significativo, per l'espulsione spontanea di calcoli, sia se misurata al giorno 0 sia al giorno 28 ( $p < 0,000$ ).

Inoltre, si osserva una relazione direttamente proporzionale e statisticamente significativa tra ( $p < 0,000$ ) espulsione spontanea dei calcoli ed età dei pazienti, che nel gruppo 1 è mediamente di 39,19 anni e nel gruppo 2 di 69,75 anni.

Non raggiunge la significatività statistica, la correlazione tra pH urinario, sedimento urinario e PCR. Le dimensioni del calcolo, inoltre, non sembrano influenzare la probabilità di espulsione spontanea nei 2 gruppi in studio ( $p < 0,034$ ). La PCR si riduce in maniera significativa ( $p < 0,002$ ) dopo 10 giorni dalla litotrissia.

**Discussione** Una delle cause della mancata espulsione dei calcoli è riconducibile, a parità di diametro, alla flogosi della parete ureterale, indice questo di un possibile impattamento. Dallo studio emerge che i pazienti che al giorno 0 hanno valori di PCR prossimi alla normalità (0,644mg/dl), espellono spontaneamente i calcoli indipendentemente dalle loro dimensioni; mentre valori superiori (2,70mg/dl) indicano la necessità di un trattamento attivo.

Pertanto, attraverso la determinazione dei livelli di PCR, sembra possibile individuare quei calcoli che non verrebbero espulsi nonostante le piccole dimensioni.

Nella nostra limitata esperienza, si possono considerare non passibili di espulsione spontanea quei calcoli la cui PCR è  $> 0,5$  mg/dl.

**Conclusioni** La PCR può facilitare la scelta della strategia terapeutica anche se sono necessari studi prospettici più ampi per validare la nostra ipotesi.

## C23 DIECI ANNI DI ESPERIENZA NELLA NEUROMODULAZIONE SACRALE: EFFICACIA A LUNGO TERMINE.

**Chiarulli Elisabetta Francesca\*, Intermite Iginio\*, De Rienzo Gaetano\*, Giocoli Nacci Gianfranco\*, Galeone Gianfranco\*, Pagliarulo Arcangelo\*, Pagliarulo Vincenzo\***

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

**Background** La neuromodulazione sacrale (NMS), è una metodica approvata per la cura della vescica iperattiva (VI) e dell'accontrattilità del detrusore (AD). Nonostante la sua dimostrata efficacia, è ancora sottoimpiegata. Preconcetti esistono circa la sua invasività e la sua efficacia a lungo termine. Scopo

dello studio: valutare i risultati clinici a lungo termine e la tollerabilità nella nostra casistica sulla NMS.

**Materiali e metodi** Sono stati analizzati i dati relativi ai pz sottoposti ad impianto di NMS dal 2003 gennaio? a 2013, per VI ed AD. Tutti i pz sono stati sottoposti preoperatoriamente ad esame urodinamico e a valutazione dei sintomi con diario minzionale e nei pz con diagnosi di AD è stato considerato il numero medio di autocateterismi (AC) al giorno. I pz sono stati valutati trimestralmente nel primo anno e quindi annualmente per controllare il corretto funzionamento del neuromodulatore (NEM) e la sua efficacia terapeutica. Abbiamo inoltre contattato telefonicamente i pz per porre loro le seguenti domande al fine di valutare la tollerabilità: ripeterebbe la NMS? considera la NMS una metodica invasiva? la consiglierebbe ad un suo conoscente?

**Risultati** Dei 60 pz con indicazione ad impianto di neuromodulatore sacrale (48 donne e 12 uomini), 35 hanno impiantato il NEM definitivo, di questi 22 affetti da VI e 13 da AD. Dei restanti 25 che non hanno risposto al test iniziale, 16 avevano una AD e 9 una VI. I pz sono stati seguiti per un periodo medio di 5 anni. Dei 35 pz con impianto definitivo, 4 hanno dovuto espianarlo per scomparsa della efficacia, ed erano tutti pz con AD. In 3 casi è stato sostituito il NEM per malfunzionamento dello stesso. Dei pz con VI, il 60% ha avuto scomparsa dei sintomi, il 40% miglioramento superiore al 50% della sintomatologia, che si è mantenuto stabile negli anni di osservazione. Il numero medio di riprogrammazione NEM è stato di 1,5 (C.I. 1-2) per i pz con VI. In 5 pz con diagnosi di AD si è ottenuta la scomparsa della ritenzione urinaria, ed in 4 casi si è ridotto di più del 50% il numero di AC. In media abbiamo eseguito 2,3 (C.I. 1,9-2,7) riprogrammazioni del NEM. Dei 60 pz analizzati, 46 comprendenti tutti i 35 pz sottoposti ad impianto definitivo, hanno risposto all'intervista telefonica. Il 90% avrebbe ripetuto una procedura di nms; l'80% dei pz considerava la tecnica non invasiva, ed il 93% dei pz l'avrebbe consigliata ad un conoscente.

**Discussione** Nella nostra esperienza la NMS ha mostrato un'efficacia duratura specie in caso di VI. I fallimenti negli anni in caso di AD sono accettabili considerando che non vi sono terapie alternative a questa patologia. In alcuni casi è stato necessario riprogrammare il NEM. La nms rappresenta una valida risorsa nel migliorare la sintomatologia nei casi di VI ed AD, e si mantiene efficiente anche nel corso degli anni. I nostri dati sono in linea con quanto è descritto in letteratura.

## C24

### TERMOABLAZIONE CON MICROONDE DI PICCOLE MASSE RENALI: NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE

Selvaggio Oscar, Cormio Luigi, Di Fino Giuseppe, Liuzzi Giuseppe, Ciavotta Giuliano, Carrieri Giuseppe

**INTRODUZIONE** L'uso di terapie ablative, in particolare modo l'ablazione con radiofrequenza (RFA) e la crioablazione, hanno mostrato risultati incoraggianti a medio e lungo termine nel trattamento delle piccole masse renali (SRMs), tanto da essere considerate come opzioni terapeutiche nelle linee guida europee EAU 2013. In questo studio abbiamo valutato l'efficacia e sicurezza di una nuova energia ablativa nel trattamento delle SMRs, la termoablazione con microonde (MWA).

**MATERIALI E METODI** Da dicembre 2011 a dicembre 2013, 12 pazienti con diagnosi di SMRs sono stati trattati con MWA per via percutanea ed eco guidata. Le caratteristiche dei pazienti sono riportate nella tabella 1. Prima del trattamento ablativo ogni paziente è stato sottoposto a biopsia della massa renale, per tipizzazione istologica. MWA è stata eseguita col sistema **EVIDENT SYSTEM® (COVIDIEN)**.

A 6 settimane dal trattamento è stata eseguita TAC addome con mdc per valutare l'efficacia dell'ablazione, quindi ogni 3 mesi durante il primo anno e ogni 6 mesi per i 3 anni successivi per valutare l'eventuale recidiva. L'incompletezza del trattamento e/o la recidiva tumorale sono state definite dalla presenza di contrast-enhancement alla TAC.

**RISULTATI** La dimensione media del tumore era 2.8 cm (range 2.0-6.0). Non sono state registrate complicanze intra e post operatorie. Il follow-up medio è stato di 13 mesi (range 3-25). Il successo del trattamento, valutato a 6 settimane, è stato dell' 83.3% così come il trattamento incompleto è stato registrato in 2 pazienti (16.7%): uno è stato sottoposto a nefrectomia radicale mentre l'altro a crioablazione. Tutti i 10 pazienti in cui il trattamento è riuscito, erano tumor free al follow-up su menzionato.

**CONCLUSIONI** Nella nostra iniziale esperienza, MWA ha dimostrato di essere una procedura sicura ed efficace in più dell'80% dei casi. Paragonata alla RFA, MWA ha i vantaggi di fornire il raggiungimento di una più alta temperatura intratumorale( circa 150° C), rapida generazione del calore, non necessità di messa a terra, minimi effetti di carbonizzazione ed essiccazione dei tessuti. MWA sembra essere pertanto una promettente opzione terapeutica nel trattamento



delle SMRs, sebbene un follow-up a lungo termine è obbligatorio.

Tabella 1

CARATTERISTICHE PAZIENTI	VALORE MEDIO (RANGE)
ETA' (aa)	72.4 (61-83)
DIAMETRO TUMORALE (cm)	2.8 (2-6)

### C25

#### LA LITOLISI FARMACOLOGICA PUO' ESSERE EFFICACE NELLA CALCOLOSI URATICA?

**Paolo Beltrami\*, Laura Bettin\*, Alessandro Iannetti\*, Fabio Zattoni\*, Francesco Cattaneo\*, Patrizia Bernich\*\*, Filiberto Zattoni\***

(\*) *Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

(\*\*) *U.O.C. di Nefrologia e Dialisi d.U. – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona*

**INTRODUZIONE** La calcolosi uratica ammonta a circa il 5% della litiasi urinaria. I fattori favorevoli comprendono l'iperuricemia e l'iperuricuria, la riduzione della diuresi ed il pH urinario acido, essendo il pKa dell'urato di 5.75. Per questo motivo valori di pH urinario superiori al pKa mantengono l'urato in soluzione con possibile scioglimento del calcolo. Non sono tuttavia completamente noti quali risultati si possano ottenere con la litolisi farmacologica, anche se ampiamente descritta ed utilizzata. Riportiamo un caso di un brillante risultato con la terapia medica nel trattamento della calcolosi uratica.

**MATERIALI E METODI** Una paziente di sesso femminile di 65 anni, con anamnesi positiva per calcolosi uratica espulsiva multirecidivante in controllo ecografico periodico, accusava coliche renali recidivanti e quindi eseguiva una radiografia diretta dell'addome, risultata negativa per calcoli, e un'ecografia che metteva in evidenza la presenza di un voluminoso calcolo renale sinistro. Una successiva TC in bianco, in quanto allergica al mezzo di contrasto, mostrava la presenza di un calcolo a stampo dell'ampolla e dei calici inferiori di 47x52 mm con densità di circa 300 HU. Indicato un trattamento percutaneo (PCNL), veniva nel frattempo prescritta una terapia litica con Allopurinolo 300 mg/die, alcalinizzazione delle urine con citrati e aumento dell'idratazione allo scopo di mantenere una diuresi

di almeno 2 L/die. La terapia farmacologica veniva seguita alla lettera dalla paziente con un aggiustamento frequente del dosaggio dei citrati e dell'introito idrico in base al pH urinario e alla diuresi.

**RISULTATI** A distanza di circa 45 giorni la paziente veniva ricoverata per essere sottoposta a PCNL, che nel nostro Istituto viene eseguita per lo più in 2 tempi. Durante il posizionamento della nefrostomia attraverso il gruppo caliceale inferiore non veniva evidenziata con certezza la presenza del calcolo descritto alla TC ed un'ecografia di controllo non risultava dirimente a causa della conformazione fisica della paziente. Veniva pertanto deciso di verificare per via retrograda l'effettiva presenza del calcolo, prima di procedere con la PCNL. All'ureterorenoscopia rigida l'ampolla renale risultava completamente libera da calcoli e, esplorate tutte le cavità intrarenali con ureteroscopio flessibile, non venivano messe in evidenza altre formazioni litiasiche.

**CONCLUSIONI** La litolisi farmacologica per il trattamento della calcolosi uratica può dare risultati molto variabili. Risulta più efficace se la superficie di contatto del calcolo con l'urina è ampia con riduzione di dimensioni del calcolo di circa 1 cm al mese, come descritto in letteratura. L'effetto può essere variabile e può dipendere dalla corretta assunzione della terapia. La mancata riduzione volumetrica potrebbe essere dovuta alla composizione del calcolo (mista) e/o al mancato controllo del pH urinario, che dovrebbe mantenersi su valori compresi tra 6.5 e 7.5.

La litolisi può essere un trattamento efficace della calcolosi uratica ed è consigliabile in presenza di calcoli radiotrasparenti e con bassi valori di densità alla TC. Se correttamente eseguita può essere risolutiva oppure utile per ridurre le dimensioni di un calcolo da trattare per via endourologica. In quest'ultimo caso riteniamo sia importante effettuare un imaging adeguato prima di procedere al trattamento endourologico precedentemente indicato.

### C26

#### UN SEMPLICE DISPOSITIVO PER LA SALVAGUARDIA DELL'URETEROSCOPIO FLESSIBILE

**Laura Bettin, Luca Meggiato, Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Francesco Cattaneo, Claudio Valotto, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

**INTRODUZIONE** La fragilità dell'ureteroscopio



flessibile è un dato noto e, ancor più, in questo periodo di “spending review”, poter salvaguardare la strumentazione evitando guasti o rotture indesiderate è imperativo. In questi ultimi anni sono stati forniti numerosi suggerimenti sia per la manutenzione che per la sterilizzazione degli strumenti in modo da ridurre il più possibile i guasti accidentali e poter prolungare la vita dell'ureteroscopio, stante le numerose procedure che attualmente vengono eseguite per la diagnosi e la terapia delle patologie della via urinaria superiore. Riportiamo un elenco dei possibili danni della strumentazione flessibile, il modo per poterli evitare ed un semplice dispositivo per ridurre il rischio di guasti e prolungarne pertanto la vita.

**MATERIALI E METODI** I danni di un ureteroscopio flessibile possono dipendere dalla normale usura, da difetti di manutenzione e sterilizzazione, da manovre incongrue nell'introduzione e nell'uso di accessori, da forzata deflessione dello strumento. Le rotture avvengono a carico della guaina, dei tiranti e delle fibre ottiche che trasportano la luce e l'immagine. In passato è stato calcolato che la vita media dell'ureteroscopio flessibile varia da 25 a 30 interventi, tuttavia i valori possono modificarsi in relazione al tipo di procedura, diagnostica o operativa e dall'esperienza dell'operatore. In questi ultimi anni, in cui l'impiego dell'ureteroscopio flessibile è divenuto più frequente, abbiamo messo in evidenza che un punto delicato dello strumento è rappresentato dalla zona di passaggio dall'impugnatura al corpo. Se lo strumento non viene mantenuto rettilineo questa zona può piegarsi e a lungo andare può determinarsi una lesione della guaina di rivestimento. I danni della guaina creano un passaggio di liquido di irrigazione nella struttura interna dell'ureteroscopio che può determinare un blocco dei tiranti con conseguente rottura degli stessi e perdita della deflessione attiva.

**RISULTATI** Un piccolo tratto di tubo di irrigazione di circa 5-6 cm inserito nell'ureteroscopio e fissato a pressione sull'impugnatura rende il passaggio tra le due strutture più robusto senza modificarne le caratteristiche. In questo modo si evitano pieghe anomale dello strumento quando si manovra l'ureteroscopio flessibile nella via escrettrice superiore.

**CONCLUSIONI** Qualsiasi strumento endourologico deve essere utilizzato dagli operatori con estrema attenzione e deve essere affidato a personale specializzato per la pulizia, sterilizzazione e manutenzione dello stesso. Ciononostante, data la delicatezza degli strumenti flessibili, si possono avere rotture accidentali, soprattutto in zone intrinsecamente fragili.

Con questo semplice dispositivo riteniamo sia possibile evitare o quantomeno ridurre rotture involontarie dell'ureteroscopio in un punto debole dello strumento. La cura e la salvaguardia dell'ureteroscopio flessibile sono le più importanti premesse per allungarne la vita.

## C27

### EFFICACIA DELLA CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE CON SUNITINIB NELLE NEOPLASIE RENALI T4: UN CASE REPORT

**De Concilio Bernardino, Ricciardulli Stefano, Molinari Alberto, Del Biondo Dario, Celia Antonio**

*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*

In ambito oncologico il termine “neoadiuvante” fa riferimento ad una modalità di trattamento utilizzata al fine di aumentare le possibilità di un intervento curativo, ad esempio chirurgico, grazie alla riduzione volumetrica della neoplasia. La terapia con Sunitinib ha dimostrato un miglioramento della sopravvivenza nei pazienti con carcinoma a cellule renali metastatico. Alcuni studi recenti hanno mostrato risultati incoraggianti in termini di remissione parziale del tumore primitivo, delle metastasi linfonodali e della componente sistemica con l'utilizzo di Sunitinib.

**Case report:** Uomo di 51 anni giunto alla nostra osservazione per macroematuria con riscontro occasionale di una neoformazione renale destra di 15 cm con interessamento epatico. Era segnalata inoltre una sospetta metastasi epatica di 1,2 cm al VII segmento e la TC stadiante escludeva secondarismi cerebrali, polmonari ed ossei (cT4N0M1). Dopo discussione multidisciplinare è stata proposta terapia neoadiuvante con Sunitinib previa biopsia renale eco guidata, che confermava la diagnosi di neoplasia a cellule renali. Dopo 4 cicli di chemioterapia (Sunitinib 50 mg/die per 4 settimane ogni 6 settimane) la TC ha dimostrato una riduzione del 40% (da 15 a 9 cm) del volume della neoplasia primitiva e del 33% (da 12 a 8 mm) del volume della lesione secondaria. Si documentava inoltre un cambiamento nella morfologia della neoplasia e della sua contiguità al fegato. Il trattamento è stato ben tollerato dal paziente; come unico effetto collaterale si segnala la comparsa di ipotiroidismo trattato con terapia medica. Dopo un'ulteriore ciclo di Sunitinib il paziente è stato sottoposto a nefrectomia destra per via laparoscopica trans-peritoneale con risparmio del surrene omolaterale. L'esame istologico definitivo ha documentato un carcinoma a cellule chiare pT2a.Nx.Mx.G3 sec. Fuhman con aspetti di



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

necrosi, collagenizzazione, ialinizzazione e infiltrato linfocitario. L'immunoistochimica con vimentina, CD10 e AE1/AE3 è risultata negativa confermando la necrosi e la regressione della neoplasia. Il paziente è stato pertanto sottoposto ad ulteriore ciclo con Sunitinib. Il controllo TC a 3 mesi ha evidenziato l'assenza di recidive locali e la completa remissione del secondarismo epatico.

Dai dati della letteratura si evince come la terapia neoadiuvante con Sunitinib possa cambiare l'approccio terapeutico nei pazienti affetti da carcinoma a cellule renali in stadio avanzato non candidati ad intervento chirurgico immediato.

## C28 L'ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE PUÒ AVERE UN RUOLO NELLA DIAGNOSI DI SCLEROSI CONGENITA DEL COLLO VESCICALE?

**Saldutto Pietro, Masciovecchio Stefano, Galica Vikiela, Toska Elona, Biferi Daniela, Paradiso Galatioto Giuseppe, Vicentini Carlo.**

*(Università degli Studi dell'Aquila, S.S. Urologia-Direttore Prof. C. Vicentini)*

**SCOPO DEL LAVORO** La sclerosi congenita del collo vescicale (Primary bladder neck obstruction -PBNO) è una delle cause di sintomi del basso tratto urinario nel giovane. La raccolta anamnestica e lo studio videourodinamico ne consentono, ad oggi, la diagnosi. Scopo dello studio è stato quello di valutare l'utilità dell'ecografia prostatica transrettale (transrectal ultrasound-TRUS) nella diagnostica della PNBO.

**MATERIALI E METODI** Da Marzo 2011 a Gennaio 2014 abbiamo reclutato 18 pazienti (età media 37,4 anni) affetti da PBNO. Tutti i pazienti oggetto di studio avevano un indice di ostruzione al flusso urinario (Bladder Outlet Obstruction- BOOI)  $\geq 40$ , indice di contrattilità vescicale  $\geq 100$ , in assenza di dissinergia detruso-sfinteriale ed evidenza, all'esame radiografico contrastografico, di ostruzione del collo vescicale in assenza di tratti stenotici uretrali. Tutti i pazienti arruolati sono stati sottoposti a TRUS dal medesimo operatore.

**RISULTATI** Il volume prostatico medio è risultato essere pari a 23 ml, il volume medio della zona di transizione pari a 4 ml; in tutti i pazienti abbiamo riscontrato la presenza all'ecografia prostatica transrettale, di un evidente alone ipo-anaecogeno peri-uretrale, apprezzabile in prossimità del collo vescicale, sia nelle scansioni assiale che sagittale (fig. 1)

**DISCUSSIONE** PNBO è una condizione caratterizzata dalla inadeguata apertura del collo vescicale durante

la fase minzionale responsabile dell'ostruzione al flusso urinario. Numerosi studi hanno avvalorato il ruolo dello studio videourodinamico per la diagnosi di PNBO; il riscontro di un aspetto ecografico suggestivo di sclerosi del collo vescicale potrebbe conferire alla TRUS un importante ruolo nella diagnostica di tale patologia.

**CONCLUSIONI** Seppur nei limiti della esigua numerosità del campione, la nostra esperienza ha evidenziato che la TRUS è una indagine utile nella diagnosi di PBNO.

## C29 RUOLO DELL'ECOGRAFIA TRANSRETTALE NELLA VALUTAZIONE DELL'ANASTOMOSI VESCICOUR- TRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: CON- FRONTO DOPPIO CIECO CON CISTOGRAFIA.

**Alessandro Calarco, Francesco Pinto, Angelo Totaro, Emilio Sacco, PierFrancesco Bassi.**

*Clinica Urologica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*

**Introduzione** Il controllo cistografico per la verifica di tenuta dell'anastomosi vescicouretrale dopo intervento chirurgico di prostatectomia radicale è attualmente l'unico esame strumentale con alto grado di affidabilità nella diagnosi di spandimenti anastomotici. Tale procedura è però gravata dalla necessità di una sala di radiologia, esposizione a radiazioni, utilizzo mezzo di contrasto nonché. L'ecografia transrettale invece avrebbe il vantaggio del poter essere eseguita direttamente in reparto ed esente all'esposizione a radiazioni.

**Materiali e metodi** In questo studio in doppio cieco sono state messe a confronto cistografia ed ecografia transrettale nella diagnosi di spandimenti anastomotici dopo prostatectomia radicale. Le due procedure sono state effettuate da due operatori diversi, entrambi con maturata esperienza. I dati raccolti sono stati messi a confronto prendendo la cistografia come esame di riferimento alla quale è stato attribuito un valore di affidabilità teorico del 100%.

Nell'anno 2013 sono stati analizzati 51 pazienti di età media 65,5 aa (range 49-75 aa) sottoposti ad intervento chirurgico di prostatectomia radicale (open o robot assistita). Nel postoperatorio (quarta o ventunesima giornata) i pazienti sono stati sottoposti a valutazione dell'anastomosi uretrovescicale con controllo cistografico ed ecografico transrettale. La prima procedura prevedeva ecografia transrettale con constestuale infusione continua tramite il catetere vescicale di soluzione fisiologica e contemporanea valutazione dell'anasto-

mosi secondo scansioni sagittali e trasversali. Successivamente è stata eseguita la cistografia con eventuale successiva rimozione del catetere vescicale e valutazione della fase minzionale. Il riempimento vescicale massimo è stato determinato dallo stimolo minzionale del paziente ed è stato da un minimo di 120 ad un massimo di 200 ml.

**Risultati** 13 su 51 (25,5%) ecografie transrettali hanno evidenziato la presenza di spandimenti anastomotici e nessuno di questi è stato poi confermato alla cistografia. Contrariamente 2 su 51 (3,9%) cistografie hanno documentato spandimento non confermato all'ecografia. Inoltre 3 su 51 (5,8%) pazienti sono risultati positivi per spandimenti durante la fase cistografica minzionale.

**Discussione e Conclusioni** La valutazione della corretta tenuta dell'anastomosi vescicouretrale dopo prostatectomia radicale effettuata tramite l'ausilio dell'ecografia transrettale non sembra raggiungere un livello di accuratezza tale da poter valutare come efficace tale procedura. Benché questa metodica risulti molto più economica, rapida ed esente dall'esposizione a radiazioni ionizzanti. Un limite è dato dall'alto numero di falsi positivi all'ecografia prostatica transrettale che avrebbe determinato l'inutile mantenimento in sede del catetere vescicale. Altro limite è l'impossibilità di effettuare lo studio minzionale tramite ecografia, che non permette di evidenziare spandimenti in fase minzionale escludendo così una fetta di possibili pazienti che beneficerebbero di riposizionamento del catetere vescicale e successivo comportamento attendistico. I risultati sono comunque inficiati dall'eterogeneità dei casi trattati in quanto presi in considerazione sia pazienti sottoposti a procedura open (valutati in quarta giornata postoperatoria), sia pazienti sottoposti a chirurgia robotica (valutati in ventunesima giornata postoperatoria).

### **C30 RIPARAZIONE PERCUTANEA DI FISTOLA URINARIA DOPO NEFRECTOMIA PARZIALE CON UTILIZZO DI COLLA DI N-BUTIL-2-CIANACRILATO**

**Simonelli Giovanni, Molinari Alberto, de Concilio Bernardino, Del Biondo Dario, Zeccolini Guglielmo, Silvestre Pasquale, Celia Antonio**

*S.C. Urologia - Ospedale San Bassiano – Bassano del Grappa (VI)*

Lo sviluppo di fistole urinarie rappresenta una complicanza nota dopo nefrectomia parziale. Presentiamo il caso di una fistola urinaria trattata con approccio percutaneo utilizzando colla di cianacrilato

dopo il fallimento di approcci convenzionali.

**Case report:** Uomo di 82 anni giunto alla nostra osservazione per riscontro incidentale di una massa renale sinistra di 46 mm in sede polare superiore apparentemente in contatto con il gruppo caliceale superiore. Il paziente è stato sottoposto a nefrectomia parziale sinistra robot-assistita convertita in procedura open per difficoltà tecniche riguardanti l'importante sclerolipomatosi renale.

Nell'immediato post-operatorio si è documentata radiologicamente la presenza di una fistola urinaria con urinoma di 5x3 cm, che è stata inizialmente trattata con posizionamento di stent ureterale tipo doppio J e catetere vescicale. Per il successivo insorgere di ipertensione e la persistenza del tramite fistoloso con urinoma il paziente è stato sottoposto a riparazione percutanea con utilizzo di colla di cianacrilato e posizionamento di nefrostomia e stent ureterale tipo mono J. A 30 giorni dalla procedura si documentava con TC la quasi totale chiusura del tratto fistoloso e la riduzione dell'urinoma. L'urocoltura da nefrostomia evidenziava infezione da *Klebsiella pneumoniae*, che è stata trattata con adeguata terapia antibiotica. Il controllo TC a 3 mesi ha dimostrato la scomparsa del tratto fistoloso e della raccolta urinosa e si è quindi optato per la rimozione della nefrostomia e del tutore ureterale.

Dai dati della letteratura le fistole urinarie dopo nefrectomia parziale sono generalmente trattate con approccio conservativo mediante drenaggio perirenale percutaneo; in caso di leakage persistente è indicato il posizionamento di stent ureterale.

Nella nostra esperienza clinica ed in accordo con i dati pubblicati, in caso di fallimento degli approcci convenzionali, l'utilizzo di colle chirurgiche rappresenta un'opzione valida e facilmente riproducibile.

### **C31 STUDIO UNICENTRICO COMPARATIVO DELL'EFFICACIA DI CEFIXIME + PRULIFLOXACINA VS. PRULIFLOXACINA IN MONOTERAPIA NELLA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE INFETTIVE DOPO BIOPSIA PROSTATICA TRANSRETTELE DI SATURAZIONE.**

**Gianni Vittori, Michele Lanciotti, Jacopo Frizzi, Riccardo Fantechi, Vincenzo Li Marzi, Andrea Minervini, Sergio Serni, Marco Carini, Alfonso Crisci.**  
*Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Firenze.*

**Introduzione e scopo dello studio** L'incidenza di ospedalizzazione dopo biopsia prostatica transrettale



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

eco-guidata (TRUSBx) è incrementata drammaticamente negli ultimi 10 anni, principalmente per complicanze correlate ad infezioni batteriche resistenti ai fluorochinolonici. Scopo del presente studio è valutare l'efficacia e la tollerabilità di un regime incrementato di antibiotico profilassi nel ridurre la morbilità infettiva, associando una cefalosporina al fluorochinolonico.

**Materiale e Metodi** Da febbraio 2012 a aprile 2013 tutti i dati peri-procedurali di 460 TRUSBx effettuate nel nostro centro sono stati raccolti e mantenuti prospetticamente. I primi 270 pazienti (Braccio A) hanno effettuato profilassi standard con chinolonico (Prulifloxacin 600 mg 1/cpr die per 5 giorni). A causa di un crescente numero di ospedalizzazioni correlate a infezioni, da ottobre 2012 abbiamo adottato un regime incrementato con associazione di antibiotici (Prulifloxacin 600 mg + Cefixime 400 mg per 5 giorni) per i 190 pazienti successivi (Braccio B). Abbiamo analizzato i risultati e le complicanze correlate alla procedura. Abbiamo considerato come morbilità infettiva le seguenti manifestazioni: prostatite con spermocoltura positiva, epididimite acuta, febbre uro settica e sepsi. Abbiamo valutato con analisi univariata la significatività delle differenze nei due gruppi riguardo risultati patologici e complicanze.

**Risultati** Il gruppo A (270) ed il gruppo B (190) sono risultati comparabili riguardo età media (66 vs. 67 anni), percentuale di pazienti con diabete mellito (14.1% e

12%), volume prostatico, PSA pre-biopsia, esplorazione rettale, precedenti biopsie negative e frustoli biotici effettuati. Nel gruppo A e nel gruppo B non sono emerse differenze significative in termini di detection rate (38.5% e 39.5%;  $p=0.74$ ) e densità biotica (30% vs. 38%). Nel gruppo A un maggior numero di pazienti ha avuto complicanze totali (4.8% vs. 2.1%;  $p=0.08$ ), includendo ritenzione urinaria acuta, sanguinamenti, e complicanze infettive. Nell'intera casistica di 460 pazienti, dieci hanno sviluppato complicanze infettive, di cui sette febbre uro settica con necessità di ricovero in ospedale. L'analisi univariata ha confermato che il numero di complicanze infettive è risultato significativamente maggiore nel gruppo A rispetto al B (3.3% vs. 0.5%;  $p=0.05$ ). Dei pazienti ospedalizzati, 6 avevano effettuato profilassi con singolo antibiotico, e uno con duplice antibiotico (2.2% vs. 0.5%;  $p=0.13$ ). L'emocoltura, effettuata nei 7 pazienti ospedalizzati, è risultata positiva in 4 pazienti, per E.Coli in 3 pazienti e E.Faecalis in 1, ognuno resistente ai fluorochinolonici.

**Conclusioni** L'aggiunta di una cefalosporina al chinolonico nella profilassi di TRUSBx ha ridotto significativamente le complicanze infettive, inclusa la febbre uro settica con necessità di ricovero, senza incrementare gli effetti collaterali. Sono necessari trials che includano la valutazione dei costi per investigare ulteriormente il rapporto rischio/benefico di questo schema di terapia.

	Prulifloxacin	Prulifloxacin + Cefixime	P value
Total No. pts undergoing prostate biopsy	270	190	
Time period	Feb 12 – Oct 12	Oct 12 – Apr 13	
Mean $\pm$ SD patients age	66 $\pm$ 7	67 $\pm$ 7	0.08
Patients with Mellitus Diabetes (%)	38 (14.1%)	23 (12%)	0.42
% patients with 1 previous prostate biopsy, or more.	79 (29.3%)	59 (31%)	0.56
Previous adenectomy	19 (7.0%)	7/190 (3.7%)	0.14
Prostate volume (cc)	57 $\pm$ 23	57 $\pm$ 29	0.94
PSA level median; quartiles (range)	7; 4,9-10,5 (0,35 – 600)	7; 5,6-11,5 (0,6 - 492)	0.91
PSA > 10	76 (28.1%)	55 (28.9%)	0.82
Positive DRE	163 (60.4%)	118 (62.1%)	0.77
Number of cores performed mean $\pm$ DS	21 $\pm$ 3	20 $\pm$ 4	0.17
Detection rate of prostate cancer	104 (38.5%)	64/162 (39.5%)	0.74
Biopic density (positive cores/cores done) median (IQR)	30% (15,5-55)	38 (12-68) %	
Biopsy-related pain (VAS scale)	2 (1-3)	2 (2-3)	0.07
Patients with overall complications	13 (4.8%)	4 (2.1%)	0.08
Biopsia interrotta per perdita di coscienza	0	1 (0.5%)	-
Bleeding complications	1 (0.4%)	1 (0.5%)	-
Complicanze ritenzione urinaria	3 (1.1%)	1 (0.5%)	-
Infectious complications:	9 (3.3 %)	1 (0.5%)	0.05
· Acute bacterial prostatitis	2 (0.7%)	0	
· Acute Epididimitis	1 (0.4%)	0	
· Hospitalization due to infectious complications	6 (2.2%)	1 (0.5%)	
o Febrile UTI without bacteriemia	2 (0.7%)	1 (0.5%)	
o Febrile UTI and bacteriemia	4 (1.5%)	0	0.13
Etiology:			
· Fluoroquinolone resistant E. coli	3		
· Fluoroquinolone resistant Enterococcus Faecalis	1		

C32

**I SEGNI SECONDARI EVIDENZIATI ALLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA MULTISTRATO IN CASO DI UROLITIASI URATICA E CALCICA SONO FRA LORO SOVRAPPONIBILI?****Stefano Masciovecchio, Pietro Saldutto, Elona Toska, Vikiela Galica, Daniela Biferi, Cristian Cicconetti, Giovanni Giovanditti, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini**

*(Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente, S.S. urologia P.O. "G. Mazzini" – Teramo; Direttore: Prof. Carlo Vicentini)*

**INTRODUZIONE** La tomografia computerizzata (T.C.) multistrato è l'indagine di imaging "gold standard" per lo studio del paziente (pz) affetto da urolitiasi. Tale metodica non è solo in grado di individuare la presenza di elementi litiasici nel tratto urinario ma anche di evidenziare segni radiologici secondari all'ostruzione da calcolo delle vie urinarie. Ad oggi soltanto un esiguo numero di lavori scientifici sono stati condotti al fine di correlare tali segni con la composizione del calcolo stesso. Maggiori evidenze scientifiche, invece, correlano il rischio di malattia renale terminale con la litiasi uratica. Scopo del nostro lavoro è stato quello di comparare la frequenza di segni radiologici indiretti all'imaging T.C. e la funzionalità renale di pz affetti da urolitiasi uratica con quelli di pz affetti da litiasi urinaria calcica.

**MATERIALI E METODI** Abbiamo valutato retrospettivamente segni all'imaging T.C. e laboratoristici di 57 pz affetti da calcolosi renoureterale monolaterale di cui 27 pz con litiasi uratica (gruppo A) e 30 pz con litiasi calcica (gruppo B). La valutazione della composizione del calcolo è stata eseguita in laboratorio dopo recupero dello stesso a seguito di espulsione spontanea o litotrixxia endoscopica ureterale. Abbiamo, quindi, comparato la presenza di idroureteronefrosi, di edema della parete ureterale contigua al calcolo (segno del rim), di edema perirenale, la differenza di densità fra i 2 reni maggiore di 5 unità hounsfield e il tasso di filtrazione glomerulare stimato fra i 2 gruppi. La stima del tasso di filtrazione glomerulare è stato ottenuto mediante l'utilizzo della formula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Le variabili continue sono state espresse in mediana ed interquartili e comparate mediante Mann-Whitney U test. Le variabili categoriche sono state espresse in valori per-

centuali e comparate con il Fisher's exact test.

**RISULTATI** I pz affetti da urolitiasi uratica rispetto a quelli affetti da calcolosi calcica hanno mostrato una maggiore frequenza di tutti i segni radiologici secondari all'ostruzione delle vie urinarie da calcolosi ureterale. La dilatazione calcicopieloureterale, il segno di rim, l'edema perirenale e la differenza di densità fra i 2 reni sono risultati presenti rispettivamente nel 92,5%, 81,4%, 74% e 70,3% dei pz del gruppo A e rispettivamente nel 90%, 80%, 46,6% e 70% dei pz del gruppo B. Tutte le differenze fra i parametri valutati sono risultate essere non statisticamente significative ( $p > 0,05$ ) ad eccezione dell'edema perirenale ( $p < 0,05$ ). Il tasso di filtrazione glomerulare stimato è risultato essere significativamente inferiore per il gruppo A rispetto al gruppo B (83,5 ml/min vs 42,1 ml/min) ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONE** Il nostro lavoro dimostra come in pz affetti da calcolosi uratica ureterale è più frequente osservare sia i segni radiologici indiretti di ostruzione della vie urinarie che le alterazioni degli indici laboratoristici di funzionalità renale come il tasso di filtrazione glomerulare stimato. Tale tendenza può essere, a nostro giudizio ed in accordo con la letteratura scientifica, spiegata da un ambiente sfavorevole alla funzionalità renoureterale in caso di calcolosi uratica.

## VENERDÌ 14 MARZO 2014

### COMUNICAZIONI

SALA COMUNICAZIONI 09.00-11.00

#### ENDOUROLOGIA - ALTE VIE

Moderatori: M. Cossu, C. Cracco

C33

**MICROPERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (MICROPERC) IN HORSESHOE KIDNEY: A CASE REPORT****M. Rosa, R. Galli, A. Zordani, GM Pirola, C. Di Pietro, S. Micali, G. Bianchi**

**INTRODUCTION** Beginning from February 2013, we started to introduce MicroPerc for renal stones treatment, by the placement of an "all seeing" 8 Ch needle under fluoroscopic and ultrasound guidance.

We report the case of a 2 cm right renal stone in an horseshoe kidney managed this way.

**CASE REPORT** In February 2013, we decided to attempt "MicroPerc" for a 2 cm renal stone in a horse-



shoe kidney. The patient carried a right "double J" ureteral stent positioned in another hospital and had a six months history of recurrent right renal colics.

The first step was extraction of the "double J" stent and placement of a 6 Ch ureteral catheter, than the patient was put in prone position and the procedure was done, by a 8 Ch MicroPerc device. Holmium laser lithotripsy made complete clearance of the stone, confirmed by fluoroscopic control.

The patient was discharged two days later in good clinical status.

**DISCUSSION** Horseshoe kidney is the most frequent congenital renal abnormality (1:400 individuals) and is particularly linked to urinary diseases like stone formation, that can lead to hydronephrosis, hematuria and fever. In this case the management with "MicroPerc" minimized the risk of complications related to percutaneous tract formation and allowed a complete stone clearance. Reviewing literature, it's the first description of MicroPerc in a horseshoe kidney.

**CONCLUSION** MicroPerc is a feasible and safe technique, allowing stone clearance with a mini-invasive approach. This case is emblematic of its advantages, decreasing risk of complications in a particular anatomy like horseshoe kidney.

#### REFERENCES

1. Armagan A, Tepeler A, Silay MS et Al. Micropercutaneous nephrolithotomy in the treatment of moderate-size renal calculi. J Endourol. 2013
2. Tepeler A, Armagan A, Sancaktutar AA. et Al. The role of microperc in the treatment of symptomatic lower pole renal calculi. J Endourol. 2013
3. Palmero, J.L.; Amoros, A.; Ramirez, M. et Al. Surgical therapy of lithiasis in horseshoe kidney. Actas Urol Esp. 2012.

#### C34

#### MICRONEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (MICRO-PERC): RISULTATI PRELIMINARI DELLA PRIMA ESPERIENZA ITALIANA

**Riccardo Galli, Marco Rosa, Alessio Zordani, Francesco Antonio Fidanza, Corradino Di Pietro, Micali Salvatore, Giampaolo Bianchi.**

*Department of Urology, University of Modena, Modena, Italy.*

**Scopo del lavoro** Le metodiche mini-invasive per il trattamento della calcolosi reno-ureterale quali nefrolitotrissia percutanea (PCNL) e ureterorenoscopia flessibile sono sempre più utilizzate. Eventuali

complicanze nella PCNL si possono riscontrare fin dalla puntura di accesso al rene; pertanto effettuare un accesso ottimale e atraumatico alle vie escretrici e il primo step per eseguire una PCNL con successo e per ridurre il rischio della più frequente complicanza legata a tale tecnica, cioè il sanguinamento del tramite di accesso.

**Materiali e metodi** Dal Febbraio 2013 ad Dicembre 2013 abbiamo eseguito 10 procedure di Micronefrolitotrissia percutanea (Micro-perc), sebbene una di queste sia stata convertita a miniperc per migrazione del calcolo. L'accesso è stato effettuato con l'utilizzo di "3-part all-seeing needle", costituito da un ago, un mandrino e una camicia da lavoro di 4.85 Fr (Polydiagnost) che permette l'inserimento di una micro-ottica con diametro di 0.9 mm, un angolo di visione di 120° e una risoluzione superiore a 10.000 pixel (Polydiagnost) e la puntura del rene sotto visione, caratteristica di questa tecnica. Sono disponibili inoltre camicie da lavoro del diametro di 8 Fr e 10 Fr.

**Risultati** Nei 9 pazienti trattati la dimensione media dei calcoli è 15mm (range 5-27 mm). Il valore in unità Hounsfield alla tomografia è 1032 (range 931-1130). Anomalie anatomiche erano presenti in un paziente (Rene a ferro di cavallo). I calcoli erano localizzati in pelvi renale (4) e nel calice inferiore (6). La polverizzazione del calcolo è stata ottenuta utilizzando camicie da lavoro del diametro di 4.8Fr, 8Fr o 10Fr in 6, 2 e 2 pazienti rispettivamente. Il tempo dell'intervento è stato registrato di 83.5 minutes (range 52-117 min). Il tempo medio di esposizione alla fluoroscopia è di 187 secondi (range 128-283 secondi). I pazienti sono stati dimessi in 2.4 giorni (range 1-3 giorni). Non si sono osservate perdite ematiche significative e non sono state necessarie trasfusioni ematiche in nessun paziente. **Discussione** La microperc si è dimostrata una tecnica efficace, riproducibile e sicura che riduce il costo del trattamento della calcolosi in termini di minor impiego di materiale chirurgico, riduzione dei giorni di ospedalizzazione, riduzione trasfusioni e farmaci antidolorifici e antibiotici. La microperc può rivelarsi utile, inoltre, nel trattamento della calcolosi pediatrica e in pazienti monorene o con compromissione del parenchima renale per la diminuzione delle complicanze come l'emorragie.

**Conclusioni** La microperc rappresenta una valida alternativa alla PCNL per la calcolosi renale non complessa. Inoltre si è evidenziata una diminuzione delle complicanze come l'emorragie, traumatizzando meno il parenchima renale e le vie urinarie (calici e pelvi), Questo potrà essere utile nel trattamento della

calcolosi renale in pazienti monorene o in pazienti con compromissione del parenchima renale e nel trattamento della calcolosi pediatrica.

### **C35 NEFROLITOTRISSIA PERCUTANEA (PCNL): 12 ANNI DI ESPERIENZA**

**Rosa Marco, Galli Riccardo, Paiolo Elisa, Zordani Alessio, Di Pietro Corradino, Micali Salvatore, Bianchi Giampaolo**

**Introduzione:** Da diversi anni la nefrolitotriassia percutanea (PCNL) rappresenta il trattamento d'elezione nei casi di calcolosi renale a stampo o nei casi di calcoli superiori ai 2 cm.

**Obiettivi:** In questo lavoro riportiamo la nostra esperienza dal 2001 al 2013 nel trattamento della calcolosi renale con la tecnica PCNL. Inoltre, la miniaturizzazione delle tecnologie ha portato il nostro gruppo ad applicare a tale tecnica sistemi di microinvasività per la creazione di un accesso alla cavità renale di 4.85 Fr.

**Materiali:** Abbiamo trattato con PCNL 618 casi di calcolosi renale dal febbraio 2001 a Dicembre 2013; la casistica comprende calcolosi "a stampo" (46.5%), calcolosi multipla (37%) e calcoli singoli (62%).

**Metodi:** La quasi totalità delle procedure sono state effettuate in posizione prona, dopo un primo tempo operatorio in posizione litotomica per il posizionamento del cateterino ureterale occlusore (68%). Le dimensioni dei calcoli trattati erano comprese tra 0.7mm (calcolosi multiple) e 5cm (calcoli "a stampo"). L'accesso percutaneo è stato eseguito sotto guida fluoroscopica pura (30%) o combinata con ultrasuoni (70%). La dilatazione del tramite è stata realizzata con sistema a palloncino NephroMax fino a 30 Ch. In 10 casi abbiamo utilizzato la tecnica Micro-Perc con camicia da 4.85, 8Fr o 10Fr. Nella maggior parte dei casi è stato utilizzato un nefroscopio rigido e una fonte d'energia combinata balistica e ad ultrasuoni, mentre solo in alcuni casi abbiamo utilizzato anche un nefroscopio flessibile con fibra laser per la bonifica completa di alcuni calici poco accessibili. Il sistema Micro-perc si avvale sempre di una fonte di energia laser.

**Risultati:** L'86.5% pazienti sono risultati "stone free" dopo un'unica procedura di PCNL, mentre nel restante 13.5% per raggiungere la bonifica completa è stato necessario eseguire successivamente, un "second look" percutaneo, la litotriassia extracorporea (ESWL) o l'uretrorenoscopia flessibile (RIRS). Il

tempo operatorio medio della PCNL è stato di 105 minuti (range 60-180 minuti). Solo in un caso si è resa necessaria la conversione "a cielo aperto" con nefrectomia semplice. Complicanze post-operatorie si sono assistite nel 4.9% (grado II-III sec. Clavien-Dindo) La degenza ospedaliera media è stata di 4 giorni (range 2-10).

**Discussioni:** La PCNL si è dimostrata una procedura sicura ed efficace nella risoluzione della calcolosi renale. L'esperienza del centro clinico e l'avvento di tecniche sempre meno invasive portano alla riduzione delle complicanze, dei giorni di ospedalizzazione e all'aumento del tasso di "stone free".

**Conclusioni:** Per ottenere buoni risultati tali interventi devono però essere eseguiti in un centro in cui sia disponibile uno strumentario adeguato ed un'equipe chirurgica che possieda un'ottima esperienza endourologica per poter ridurre al minimo le possibili complicanze e il tasso di "stone free".

### **C36 RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS): OUR EXPERIENCE**

**Forlani Tommaso, Baccos Alessandro, Ronci Luca, Montanari Francesco, Zaccagnino Bartolomeo, Aiello Ernesto.**

*U.O. Urologia, Ospedale "Infermi", Rimini*

**BACKGROUND AND OBJECTIVE** ESWL, PNL and RIRS are treatment options for renal calculi. According to EAU guidelines, for stones up to 20 mm, except for those at the lower pole, ESWL is the method of choice. For larger stones PCNL is indicated. However, RIRS can be successful in experienced hands in high-volume centres, in particular in lower-pole stones >15mm, where ESWL has lower clearance rate and PCNL seems to be a too much invasive treatment.

We present our experience after first 100 RIRS as primary treatment of renal stones.

**MATERIALS AND METHODS** From June 2011 to December 2013, 102 patients with solitary or multiple renal stones were treated by RIRS at our center. Stone size was measured as the sum of the diameters of individual stones. Flexible ureterorenoscopy with holmium laser lithotripsy was performed by three surgeons. After hospital discharge, patients underwent kidney-ureter-bladder (KUB) radiography and ultrasonography (US). "Stone free status" was defined as the absence of fragments > 3 mm.

We retrospectively evaluated mean stone size, number



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

of procedures, operative time, hospital stay, stone-free rates and complications.

**RESULTS** Mean stone size was 22.6 mm (range 6-50). The average number of endoscopic procedures was 1.1. The mean operative time and hospital stay were 117 minutes (30-300 min) and 1.3 days (1-3) respectively. The mean stone-free rate after primary procedure was 66%. Including active treatment of residual fragments, the average number of procedures was 1.2 and stone-free rate was 83.6%.

Patients with residual fragments underwent RIRS (10 pts), ESWL (12 pts), or follow up (12 pts). Mean stone size of patients that were not "stone free" after the first procedure was 28 mm and mean stone size of residual fragments was 14.7 mm. After second RIRS, 8 of 10 patients (80%) were stone free and mean stone size of the 2 patients with residual fragments after second RIRS was 6 mm.

An overall complication rate was 9%. Postoperative fever ( $>38^{\circ}$ ) was observed in 6 patients, haematuria in 3 patients.

**CONCLUSIONS** In our experience RIRS is an effective and safe treatment for renal stone disease. In high volume centers and experienced hands, this technique is an option even for large stones.

## C37

### LA VALUTAZIONE ENDOSCOPICA ALLA TERMINE DI UN'URETERORENOSCOPIA OPERATIVA (RIRS) PUÒ ESSERE CONSIDERATA VALIDO PREDITTORE DEL RISULTATO DEL TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI?

**Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Paolo Destefanis, Ettore Dalmasso, Eugenio Alessandria, Andrea Buffardi, Alessandro Bisconti, Fabrizio Fop, Paolo Gontero, Bruno Frea**

*Clinica Urologica*

*Città della Salute e della Scienza – Ospedale Molinette - Torino*

**Introduzione e obiettivi** L'uretereorenoscopia operativa (RIRS) è ormai una procedura standard nel trattamento della calcolosi renale. L'esito del trattamento è solitamente valutato con esami di imaging postoperatori. L'obiettivo di questo studio è stato di valutare se il giudizio endoscopico alla fine dell'intervento possa predire il successo della RIRS e quindi evitare inutili indagini post-operatorie.

**Materiali e metodi** E' stata eseguita un'analisi retrospettiva su tutte le RIRS eseguite nel nostro Centro tra Marzo 2008 e Settembre 2012. I risultati sono stati così definiti: stone free (completa assenza

di frammenti), litiasi residua non significativa (CIRF – frammenti  $< 5$  mm), litiasi residua significativa ( $> 5$  mm) e calcolosi invariata. Il successo della RIRS è stato considerato in caso di stone free o CIRF. Ecografia ed RX addome postoperatorie sono state confrontate con la valutazione endoscopica alla fine della procedura per valutare il valore predittivo di quest'ultima. L'analisi statistica è stata eseguita con i test Chi-square, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

**Risultati** L'analisi è stata effettuata su 161 pazienti sottoposti a RIRS. La valutazione endoscopica finale era disponibile in 113 casi. Pazienti con calcolosi multipla e fino a 2 cm sono stati inclusi nello studio. I tassi di successo, stone free e CIRF sono stati rispettivamente: 87%, 60% e 27% all'RX addome, 69%, 27%, 42% all'ecografia e 79%, 6%, 73% alla valutazione endoscopica finale. La concordanza complessiva tra i tassi di successo valutati al termine della RIRS e alle indagini postoperatorie è stata moderata (Cohen's kappa=0,49). La concordanza è però stata maggiore se la valutazione intraoperatoria era stata eseguita da un chirurgo endoscopista esperto (Cohen's kappa=0,6), minore se effettuata da un endoscopista con minor esperienza (Cohen's kappa=0,3). La valutazione endoscopica di successo ha predetto il successo radiografico nel 90% dei casi e quello ecografico nel 81%. L'esito della valutazione endoscopica, ma non di quella per imaging, è stato influenzato significativamente dal volume iniziale del calcolo ( $p=0.0001$ ). Sede e calcolosi multipla non hanno influenzato l'esito della RIRS. Il successo ecografico è dipeso significativamente dell'esperienza del chirurgo ( $p=0.019$ ).

**Conclusione** La valutazione endoscopica al termine della RIRS sembra essere un buon predittore del successo della procedura. Questo soprattutto quando la valutazione è eseguita o supervisionata da un chirurgo esperto in endoscopia; un endoscopista poco esperto tende invece a sovrastimare il successo. La valutazione endoscopica finale tende a sottostimare il successo definito con RX addome e il tasso di stone free e a sovrastimare il successo definito con ecografia e il tasso di CIRF, soprattutto nelle calcolosi di volume maggiore. Secondo questi dati l'imaging postoperatoria potrebbe non essere necessaria in caso di successo valutato intraoperatoriamente da un endoscopista esperto.

## C38

### RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS) FOR RENAL STONES $> 2$ CM: OUR EXPERIENCE

**Forlani Tommaso, Baccos Alessandro, Ronci Luca,**



**Montanari Francesco, Zaccagnino Bartolomeo, Aiello Ernesto.**

*U.O. Urologia, Ospedale "Infermi", Rimini*

**BACKGROUND AND OBJECTIVE** Actually, the standard treatment for renal stones up to 20 mm is PCNL. However, technological advances of the instruments (flexible ureteroscopes and lasers) have allowed the expansion of indications for RIRS. In literature have been published many studies on the efficacy and safety of the technique also in the management of large stone burden. Moreover at our center many patients prefer the risk of a retreatment to reach the "stone free status", rather than have to undergo an invasive treatment.

We present our experience with RIRS as a primary treatment of renal stones  $\geq 20$ mm.

**MATERIALS AND METHODS** From June 2011 to december 2013, 49 patients with solitary or multiple renal stones  $\geq 20$ mm in size were treated by RIRS at our center. All patients underwent TC abdomen or Rx Urography before procedure. Stone size was measured as the sum of the diameters of individual stones. Flexible ureterorenoscopy with holmium laser lithotripsy was performed by three surgeons.

After hospital discharge, patients underwent kidney-ureter-bladder (KUB) radiography and ultrasonography (US). "Stone free status" was defined as the absence of fragments  $> 4$  mm.

We retrospectively evaluated mean stone size, number of procedures, operative time, hospital stay, stone-free rates and complications.

**RESULTS** Mean stone size was 29.7 mm (range 20-50). The average number of procedures was 1.3. The mean operative time and hospital stay were 143 minutes (45-300 min) and 1.4 days (1-3) respectively. The mean stone-free rate after primary procedure was 57%. Including active treatment of residual fragments, the average number of procedures was 1.44. and stone-free rate was 79%.

Patients with residual fragments underwent RIRS (9 pts), ESWL (8 pts), or follow up (4 pts).

Mean stone size of patients that were not "stone free" after the first procedure was 31 mm. After second RIRS (mean fragment size 20mm), 6 of 9 patients (66,7 %) were stone free.

Overall complication rate was 8.2 %. Postoperative fever ( $>38^\circ$ ) was observed in 3 patients, haematuria in one patient.

**CONCLUSIONS** In our experience RIRS for renal stones  $\geq 20$  mm is a treatment option for renal stone disease

with a low complication rate. In high volume centers and experienced hands, this technique is an option even for large stones, especially in unfit patients or unwilling to undergo an invasive treatment.

### C39

#### **STUDIO PROSPETTICO CON QUESTIONARIO VALIDATO SUI SINTOMI CORRELATI AGLI STENTS URETERALI DOPO URETEROSCOPIA NON COMPLICATA**

**Andrea Bosio, Carlo Ceruti, Paolo Destefanis, Eugenio Alessandria, Ettore Dalmaso, Alessandro Bisconti, Andrea Buffardi, Paolo Gontero, Bruno Frea**

*Clinica Urologica*

*Città Della Salute e della Scienza di Torino – Ospedale Molinette - Torino*

**Introduzione ed obiettivi:** La necessità di posizionare uno stent ureterale dopo ureterosopia non complicata è ad oggi ancora dibattuta. Gli stents ureterali possono causare importante disagio al paziente. Solo pochi studi hanno valutato con questionari validati i sintomi correlati agli stents. Obiettivo di questo studio è stato valutare, con un questionario validato, la tolleranza dei pazienti agli stents ureterali posizionati dopo ureterosopia non complicata.

**Materiali e metodi:** Da Gennaio 2010 a Marzo 2012 abbiamo chiesto a tutti i pazienti sottoposti a ureterosopia semirigida o flessibile non complicata, con posizionamento di stent ureterale a doppio J, di partecipare a questo studio prospettico osservazionale monocentrico. Ai pazienti è stata consegnata la versione italiana validata del Ureteral Stent Symptoms Questionnaire. Il questionario comprende 6 sezioni che valutano i sintomi minzionali, il dolore, le condizioni generali di salute, l'attività lavorativa e sessuale e la soddisfazione generale della qualità di vita. Obiettivi primari dello studio sono stati la determinazione dell'incidenza dei singoli sintomi e l'impatto sulla qualità di vita. Obiettivo secondario è stato valutare eventuali differenze nella sintomatologia dopo ureterosopia semirigida o flessibile.

**Risultati:** A 155 pazienti è stato proposto di partecipare allo studio; 128 hanno compilato e restituito il questionario. I sintomi urinari hanno rappresentato un problema per l'88% dei pazienti e i tassi di incidenza sono stati: frequenza minzionale diurna ogni ora nel 57% dei pazienti, una o più minzioni notturne nell'89%, urgenza nel 90%, episodi di incontinenza da urgenza nel 38%, incompleto svuotamento vescicale nell'81%,



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

bruciore minzionale nell'82%, episodi di macroematuria nel 70% (marcata e/o con coaguli nel 28%). Lo stent è stato causa di dolore o fastidio nell'80% dei pazienti. Le sedi più frequenti di dolore sono state il rene durante la minzione (70%) e la vescica (37%). Il valore medio nella Visual Analogue Scale (VAS) del dolore è risultato  $5,72 \pm 2,36$  (range 0-10). L'88% dei pazienti lamentava dolore durante l'attività fisica. Il dolore è stato responsabile di interruzione del sonno nel 66% dei pazienti, è stato presente durante la minzione nel 93% e interferiva con la vita quotidiana nel 95%. Il 60% dei pazienti è ricorso all'utilizzo di antidolorifici. La salute generale, l'attività lavorativa e sessuale sono state influenzate negativamente dalla presenza dello stent. Il 65% dei pazienti sarebbe insoddisfatto (il 56% molto o terribilmente scontento) se in futuro dovesse essere posizionato un nuovo stent.

Non è stata individuata alcuna differenza significativa di incidenza e intensità dei sintomi nei pazienti sottoposti a ureteroscopia flessibile o semirigida.

**Conclusioni:** L'utilizzo di un questionario specifico validato ha evidenziato come gli stents ureterali posizionati dopo un'ureteroscopia non complicata abbiano un profondo impatto sulla sintomatologia delle basse vie urinarie, sul dolore, sulla salute generale, sulle attività lavorative, sociali e sessuali dei pazienti. I sintomi sono presenti indifferentemente dopo ureteroscopia flessibile o semirigida.

E' quindi consigliabile limitare il più possibile l'utilizzo ed il tempo di permanenza dei doppi J dopo un'ureteroscopia non complicata.

## C40

### EFFETTO DELLO STENTING URETERALE SULLE PRESSIONI INTRAPIELICHE

**Raffaele Balsamo, Carmine Di Palma, Alessandro Izzo, Marco Grillo, Marco De Sio (Seconda Università Degli Studi di Napoli)**

**OBIETTIVI** Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'effetto dello stenting ureterale sulle pressioni intrapieliche attraverso uno studio urodinamico.

**MATERIALI E METODI** 10 pazienti (6 uomini e 4 donne), di età media 47,3 anni (20-70anni), in cui a causa di ostruzione ureterale di diversa eziologia era stata posizionata una nefrostomia 10 Fr ed in cui successivamente si era introdotto uno stent ureterale 6 Fr, sono stati sottoposti ad esame urodinamico per registrare le pressioni intrapieliche. Le pressioni intrapieliche, le

pressioni intraddominali e le pressioni vescicali sono state registrate prima di iniziare la procedura, durante la fase riempimento e di svuotamento vescicale.

**RISULTATI** All'inizio della procedura la pressione intraddominale era di  $27.52 \pm 7.03$  cmH<sub>2</sub>O e la pressione intrapielica era di  $33 \pm 7.04$  cmH<sub>2</sub>O; durante la fase di riempimento alla capacità cistomanometrica massima la pressione intrapielica era di  $42.61 \pm 10.34$  cmH<sub>2</sub>O e quella vescicale era di  $39.44 \pm 7.33$  cmH<sub>2</sub>O; durante la fase di svuotamento la pressione intrapielica era di  $74.95 \pm 12.79$  cmH<sub>2</sub>O e quella vescicale di  $65.68 \pm 17.03$ .

**CONCLUSIONI** Esiste una stretta correlazione tra la pressione intrapielica e quella vescicale ( $P=0,0001$ ). La pressione intrapielica aumenta moderatamente durante la fase di riempimento vescicale e drammaticamente durante la fase di svuotamento vescicale. L'aumento della pressione intrapielica a valori che superano i 30 cmH<sub>2</sub>O durante la fase di svuotamento vescicale espone il paziente al rischio di reflusso pielotubulare e pielolinfatico. E' dunque consigliabile una rimozione precoce dello stent quando possibile.

## C41

### PCNL VERSUS RIRS: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA E META-ANALISI DEI RISULTATI

**Carmine Di Palma, Raffaele Balsamo, Alessandro Izzo, Marco Grillo, Riccardo Autorino**

*Cattedra di Urologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia*

**Introduzione** Il trattamento invasivo della calcolosi calcolosi renale ha visto ampliarsi il ruolo della chirurgia retrograda intrarenale (RIRS) con la quale è possibile trattare calcoli precedentemente di dominio della Nefrolitotomia Percutanea (PCNL). Quest'ultima negli ultimi anni è stata condotta con strumenti di calibro ridotto (Mini- Micro-PCNL)

**Scopo del lavoro** Analisi critica dell'evidenza emergente dagli studi comparativi tra RIRS e PCNL

**Materiali e Metodi** Revisione sistematica della letteratura effettuata a novembre 2013 sui motori di ricerca elettronici PubMed, Scopus e Web of Science. La qualità degli studi è stata valutata secondo la Jadad Scale per gli RCT e la Newcastle Ottawa scale per i rimanenti.

**Risultati** Sono stati selezionati 9 studi comparativi comprendenti 1066 pazienti (668 sottoposti a PCNL, 398 a RIRS). Di questi 2 erano RCT, 4 retrospective case-control studies, 1 matched pair analysis, ed 1

prospective case control. Lo stone free rate globale era più alto per la PCNL (Odds Ratio 1,86 - 95% CI -  $p=0,001$ ) così come il tasso di complicanze (Odds Ratio 1,81 - 95% CI -  $p=0,004$ ), la durata della degenza ( $p<0,00001$ ) le perdite ematiche ( $p=0,007$ ). Non sono state riscontrate differenze significative nel tasso di procedure ausiliarie (Odds Ratio 0,84 - 95% CI -  $p=0,64$ ) e per quanto riguarda la durata degli interventi ( $p=0,50$ ). All'analisi per sottogruppi RIRS vs Mini- e Micro- PCNL non sono merse differenze significative nello stone free rate (Odds Ratio 1,18 - 95% CI -  $p=0,54$ ) mentre il tasso di complicanze persiste più elevato per l'approccio percutaneo (Odds Ratio 1,84 - 95% CI -  $p=0,05$ ) seppur con un risultato solo tendente alla significatività.

**Conclusioni** La PCNL consente di raggiungere uno stone free rate più elevato rispetto alla RIRS ma al prezzo di maggiori tassi di complicanze e di perdite ematiche nonché di una più lunga degenza. L'utilizzo di nefroscopi di calibro ridotto riduce il tasso di complicanze legate all'approccio percutaneo ma rende lo stone free rate simile a quello della RIRS.

#### C42

### IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO RETROGRADO DELLA CALCOLOSI ASSOCIATA AD ANOMALIE DELLA VIA ESCRETTRICE

**Laura Bettin, Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Vito Palumbo, Luca Meggiato, Alessandro Crestani, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

**INTRODUZIONE** Le anomalie di posizione e di fusione del rene sono situazioni rare dovute ad un'alterata embriogenesi delle vie urinarie. La particolare morfologia che assume la via escrettrice in questi casi può determinare stasi urinaria, anche senza una vera e propria ostruzione, a cui si associa la formazione di calcoli, patologia frequentemente presente in questi soggetti. Essendo necessari plurimi interventi di bonifica della calcolosi, spesso recidivante, nel corso della vita, diventa fondamentale scegliere il trattamento più efficace e meno invasivo possibile: in questo scenario la litotrixxia ureterorenoscopica retrograda (RIRS) trova ampi spazi e frequenti indicazioni.

**MATERIALI E METODI** Dal Maggio 2012 al Febbraio 2014 sono stati reclutati 9 pazienti: 7 maschi (1 con ectopia pelvica, 5 con rene a ferro di cavallo e 1 con

rene sigmoideo) e 2 femmine con anomalie di posizione (ectopia crociata con rene malruotato in un caso, ectopia pelvica nell'altro) di età media alla procedura di 51 anni, sottoposti a trattamento endourologico per calcolosi reno-ureterale. Le dimensioni dei calcoli trattati variavano da 10 a 80 mm (media 27.6 mm). In un caso si trattava di calcolosi renoureterale e 2 pazienti con calcolosi in rene a ferro di cavallo presentavano una litiasi bilaterale (11 assi trattati). Eccetto un caso di calcolosi a stampo, le formazioni litiasiche inizialmente erano localizzate in ampolla renale (4 casi), nei calici medi (2 caso), nei calici inferiori (1 caso) e multipli (3 casi).

Tutti i pazienti sono stati valutati con imaging con MDC (URO-TC o urografia) in quanto proprio in questi casi riteniamo imperativa la visualizzazione della morfologia della via escrettrice in modo da pianificare il trattamento più opportuno. Sono state eseguite complessivamente 17 procedure, di cui 15 retrograde e 2 percutanee.

**RISULTATI** Considerando il trattamento per via ureterorenoscopica abbiamo ottenuto la bonifica completa in 10/15 procedure (66.7%), con dimensioni medie dei calcoli di 14.8 mm; i pazienti sottoposti a ritrattamento avevano calcoli di dimensioni medie di 43 mm. Considerando i casi con calcoli di dimensioni inferiori a 20 mm la RIRS è stata risolutiva con una seduta nel 100%. Per quanto riguarda il trattamento percutaneo, in un paziente si è ottenuta la bonifica completa con una singola procedura mentre nel secondo caso è stata effettuata una RIRS di completamento. Non sono state registrate complicanze maggiori intra o postoperatorie.

**CONCLUSIONI** Il trattamento endourologico della calcolosi in pazienti affetti da anomalie anatomiche della via escrettrice presenta problematiche diverse rispetto al trattamento della calcolosi in reni normali. Le dimensioni e la localizzazione intrarenale dei calcoli non sempre rappresentano il fattore principale per porre l'indicazione al tipo di procedura. Talvolta infatti la PCNL presenta difficoltà di accesso o rischi di complicanze maggiori e pertanto la scelta cade sulla RIRS, anche se può essere necessario uno o più retreatment. La RIRS comunque è una procedura efficace, sicura e mini-invasiva, di scelta in questi soggetti anche per la elevata probabilità di recidiva. Con la RIRS si hanno alti tassi di successo con una relativamente ridotta incidenza di complicanze, motivo per cui risponde ampiamente ai bisogni dei pazienti affetti da queste anomalie.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

C43

## TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLE NEPLASIE UROTELIALI DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE: LA NOSTRA ESPERIENZA NEI CASI DI PRIMA OSSERVAZIONE

**Alberto De Gobbi, Laura Bettin, Andrea Guttilla,  
Fabio Zattoni, Alessandro Crestani, Massimo  
Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche,  
Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli  
Studi di Padova*

**INTRODUZIONE** Le neoplasie uroteliali rappresentano il quarto tumore in ordine di frequenza e quelle della via escrettrice superiore ammontano a circa il 5-10% delle neoplasie uroteliali. Localizzazioni vescicali concomitanti o successive al riscontro di una neoplasia uroteliale della via escrettrice superiore si presentano nel 22-47% dei casi. I fattori di rischio più importanti sono rappresentati dal fumo di tabacco e dall'esposizione lavorativa ad amine aromatiche. Il trattamento di scelta è rappresentato dalla nefroureterectomia. Negli ultimi anni tuttavia il trattamento endourologico si è venuto affermando e rappresenta una valida alternativa terapeutica in casi selezionati.

**MATERIALI E METODI** Dal dicembre 2009 al marzo 2013 abbiamo trattato 62 pazienti con neoplasia dell'alta via urinaria, di cui 15 di nuovo riscontro trattati in maniera conservativa per via endourologica. I pazienti erano stati informati sulla necessità di un successivo stretto monitoraggio con controllo endourologico trimestrale nel primo anno e semestrale successivamente (se i controlli trimestrali risultavano negativi). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a biopsia con pinza o asportazione con cestello della lesione neoplastica e successiva fotocoagulazione laser fino a raggiungere la scomparsa della lesione e lo sbiancamento completo della mucosa.

**RISULTATI** Dodici pazienti sono attualmente in stretto follow-up, mentre 3 sono stati sottoposti a nefroureterectomia: in un caso per la comparsa di una recidiva infiltrante T1 di alto grado, in un altro per la comparsa di una recidiva di dimensioni superiori al 15 mm e un terzo per la decisione di uscire da una sorveglianza stretta. Non sono state registrate complicanze maggiori intra o postoperatorie e la maggior parte gli interventi (85%) sono stati effettuati in regime di day hospital. Tra le complicanze minori segnaliamo febbre per 24-48 ore nel 12% dei casi e un

sanguinamento significativo in un caso che comunque non ha richiesto trasfusioni di sangue.

**CONCLUSIONI** Il trattamento endourologico delle neoplasie uroteliali della via escrettrice superiore rappresenta attualmente una opzione terapeutica sicura ed efficace. Al trattamento, da eseguire dopo una adeguata esperienza endourologica, deve obbligatoriamente essere associata una stretta sorveglianza anche in relazione al fatto che le tecniche di imaging non riescono ad evidenziare lesioni produttive se non superano i 6-7 mm. L'indicazione nei casi di elezione deve limitarsi a neoformazioni di diametro inferiore ad 1 cm (o meglio di dimensioni tali da poter essere bonificate endourologicamente) superficiali e di medio-basso grado.

C44

## BACKSTOP GEL: UNA SVOLTA NELL'URETEROSCOPIA SEMIRIGIDA

**G. Giusti 1, S. Proietti 1, R. Peschechera 1, G. Taverna 1, P. Graziotti 1**

*1) Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia*

**Introduzione** Nonostante i progressi ottenuti in Endourologia nello strumentario endoscopico e disposable e nelle fonti laser di litotrixxia, l'ureteroscopia semirigida (URS) rimane ancora gravata da un tasso di retropulsione in caso di calcolosi ureterale del 3-15% per la litiasi ureterale distale e del 28-48% per quella prossimale. Questo può comportare una riduzione della percentuale di stone-free ed un incremento del tempo operatorio, della necessità di manovre complementari del tempo di ritorno alle normali attività e quindi in ultima analisi dei costi per il Sistema Sanitario. Numerosi sono i devices meccanici utilizzati per evitare tale inconveniente, ma questi sono gravati da potenziale trauma ureterale o interferenza con la fonte di energia utilizzata per la litotrixxia. Attualmente esiste un solo studio che mostra l'efficacia di un nuovo polimero termosensibile, il Backstop gel che previene la retropulsione del calcolo in corso di ureterolitotrixxia. Scopo di tale studio è stato quello di dimostrare l'efficacia e la sicurezza di tale gel nel trattamento endoscopico dei calcoli ureterali.

**Materiali e Metodi** Diciassette pazienti con calcolosi ureterale sono stati arruolati in tale studio prospettico. Prima dell'URS, effettuata con laser ad olmio, è stato posizionato il Backstop gel al di sopra del calcolo da trattare (la descrizione della procedura è fornita nel

video). 10 (58,8%) pazienti erano maschi e 7 (41,2%) donne. 11 pazienti (64,7%) presentavano un calcolo <10 mm, 6 (35,3%) >10 mm; 7 (41,2%) avevano un calcolo distale e 10 (58,8%) prossimale. Gli end-points analizzati sono stati: tasso di retrospulsione, stone-free rate, necessità di procedure complementari, occlusione ureterale post-intervento, eventuali eventi avversi. L'ecografia o la TC smc sono state impiegate nel pre e post-intervento.

**Risultati** I risultati sono riportati nella Tabella 1. Nei due casi in cui è avvenuta la retrospulsione del calcolo, si trattava di pazienti con calcolosi ureterale prossimale a circa 3-5 cm dal giunto pielo-ureterale con importante idroureteronefrosi.

**Tabella 1 – Risultati**

	<b>N/ N tot (%)</b>
Retrospulsione	2/17 (11,7%)
Stone-free	16/17 (94%)
Necessità di altre procedure	2/17 (11,7%)
Occlusione ureterale	0/17 (0%)
Eventi avversi	0/17 (0%)

### Discussione

Il Backstop gel termosensibile rappresenta una svolta per l'URS semirigida in quanto è un gel reversibile, atraumatico, ed efficace nel prevenire la retrospulsione nella maggior parte dei casi. Tale dispositivo può essere considerato particolarmente indispensabile in tutti quei reparti in cui lo strumentario endoscopico flessibile non è disponibile e in cui quindi un push up rappresenterebbe un chiaro insuccesso del trattamento endoscopico. La sua efficacia è inferiore quando la calcolosi è situata a pochi cm (3-5 cm) del giunto pielo-ureterale magari in presenza di idroureteronefrosi in quanto la probabilità che il plug stesso possa migrare nelle cavità renali è piuttosto elevata.

### Conclusioni

Il Backstop gel è sicuro ed efficace nel ridurre la percentuale di push up in corso di URS semirigida per calcolosi ureterale.

### C45

#### **LO STENT URETERALE CALCIFICO E RITENUTO. UN PROBLEMA ANCORA ATTUALE.**

**Matteo Vittori, Alessandro D'Addressi, Nazario Foschi, Marco Racioppi, Emilio Sacco, Francesco**

**Sessa, Giuseppe Palermo, PierFrancesco Bassi.**

*Clinica Urologica, Policlinico Universitario "A. Gemelli" - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*

**Introduzione** La calcificazione dei biomateriali lungo la via escretrice costituisce un problema attuale, spesso causa di idronefrosi, insufficienza renale o sepsi. Riferiamo su una serie di pazienti con stent ritenuti e calcifici, riportando le strategie terapeutiche applicate.

**Pazienti e metodi** 17 pazienti (10 maschi e 7 femmine) con stent ureterali vistosamente calcifici, inclusi negli ultimi quattro anni. Esclusi i casi trattati esclusivamente con procedure sull'estremità endovesicale dello stent e quelli con minute diffuse calcificazioni affrontati con litotrissia extracorporea. Tutti sono stati sottoposti a radiografia diretta delle vie urinarie, ecografia e TC.

15 casi: stent posizionato in corso o al termine di un trattamento per litiasi; 1 caso prima del trattamento chirurgico e radiochemioterapico di una neoplasia ginecologica; 1 caso per calcolosi ureterale in gravidanza. Tempo di permanenza 8 mesi (4-14 mesi).

Alla diagnosi: 2 pazienti con calcificazioni lungo l'intera lunghezza; 5 con voluminosa calcificazione dell'estremità prossimale (> 2,5 cm); 7 con calcificazione dell'estremità prossimale con estensione sottogiuntale nell'uretere e 3 con calcificazione dell'estremità prossimale ed estensione nel tratto lombare medio dell'uretere. Tutti presentavano calcificazioni dell'estremità distale. Motivo del ricovero: in 4 casi iperpiressia e dolore lombare, in 3 insufficienza renale lieve, in 6 dolore lombare gravativo; in 4 casi, asintomatici, la diagnosi è stata successiva ad accertamenti per altra causa.

Tutti sono stati sottoposti preventivamente a cistoscopia con frammentazione delle calcificazioni eventualmente presenti.

Trattamento: in 5 casi litotrissia percutanea (PCNL); in 4 casi PCNL con ureterorenoscopia anterograda flessibile (AURS) con litotrissia laser; in 6 casi ureterosopia (URS) retrograda con litotrissia laser e, nella stessa seduta, PCNL + AURS; in 2 pazienti con stent interamente calcifico URS fino al tratto lombare con sezione ed estrazione parziale dello stent quindi, dopo 7 giorni, PCNL + AURS.

Tutti hanno posizionato nefrostomia percutanea 6/8F 24 ore prima della procedura (7 giorni nei pazienti con iperpiressia). In tutti Uro-TC a 3 mesi.

**Risultati** Tempo operatorio medio di 150 minuti. Tutti resi stent e stone free senza complicanze precoci. In tutti è stato posizionato per 2 settimane



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

un nuovo stent. Ai controlli radiografici postoperatori: assenza di calcificazioni e normale pervietà della via urinaria in 16 casi; 1 paziente (stent prima di chirurgia pelvica e radiochemioterapia) ha evidenziato stenosi dell'uretere pelvico dopo 3 mesi ed è stata sottoposta a reimpianto ureterale con bladder psoas hitching.

**Discussione e Conclusioni** Nonostante la maggiore informazione a tutti i livelli, le complicanze legate alla presenza di stent ureterali "dimenticati" sono tuttora non rare e spesso anche gravi. Questo studio conferma la possibilità di evitare trattamenti a cielo aperto ricorrendo a procedure, anche multiple, di tipo endourologico.

Ci sembra necessario sottolineare la necessità di un tracciamento dei pazienti, anche mediante supporto informatico comprendente nomi e date di posizionamento degli stent. Particolare attenzione deve essere dedicata a pazienti affetti da litiasi recidivante o infezioni ricorrenti, nei quali il tempo di permanenza dello stent deve essere mantenuto al minimo, e, a chi necessita di sostituzione periodica, laddove è necessario predisporre un controllo eco/radiografico durante gli intervalli.

## C46

### ECIRS NELLA GESTIONE DI CASI 'COMPLESSI' DI LITIASI URINARIA : DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO ASSOCIATO AD EMATOMA PERIRENALE IN ESITI DI PREGRESSA PCNL

**Marco Grande, Matteo Moretti, Francesco Facchini, Gian Luigi Pozzoli, Michelangelo La Rosa, Marco Leone, Francesco Ziglioli, Antonio Frattini**

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

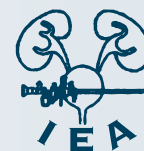
**Introduzione:** La ECIRS (endoscopic combined intra-renal surgery) può essere considerata un'evoluzione della nefrolitotomia percutanea con risultati comprovati in termini di versatilità, sicurezza ed efficacia nella terapia della litiasi renale a stampo e/o complessa. Presentiamo la nostra esperienza clinica in relazione ad un caso complesso di litiasi reno-ureterale associata a riscontro incidentale di ematoma perirenale in esiti di pregressa PCNL infruttuosa.

**Materiali e Metodi:** Descriviamo il caso clinico di un paziente di 52 anni affetto da litiasi cistinica a stampo renale sin di circa 5 x 2.5 cm già sottoposto a recente PCNL infruttuosa c/o altra sede e candidato c/o la nostra unità operativa ad intervento di ECIRS. Tale procedura verrà successivamente posticipata per riscontro preoperatorio ecografico e TC di

ematoma perirenale di circa 6 x 12 cm, conseguentemente sottoposto a gestione conservativa.

**Risultati:** A distanza di circa 40 gg dal riscontro incidentale di ematoma, viene programmato 1° tempo endoscopico con ureterolitotrixxia retrograda sin, bonifica di litiasi ureterale multipla (diam max 1.5/2 cm) migrata in esiti della pregressa PCNL e stenting ureterale omolaterale. Successiva programmazione, a distanza di circa un mese, di ECIRS in due tempi della voluminosa litiasi a stampo renale (2° tempo con tecnica tubeless) con ottenimento di bonifica completa della stessa, in assenza di complicanze post-operatorie.

**Conclusioni:** Grazie alle sue caratteristiche di versatilità, la tecnica ECIRS si dimostra efficace e sicura anche in situazioni di difficile gestione, rimanendo tuttavia fondamentale la disponibilità di uno strumento endoscopico adeguato e l'elevata esperienza degli operatori.



## VIDEO

SALA VIDEO 09.00-11.00

### ENDOUROLOGIA - ALTE VIE

Moderatori: M. Garofalo, G. Giusti

#### V13

#### TRATTAMENTO PERCUTANEO IN POSIZIONE SUPINA DI VOLUMINOSO DIVERTICOLO CALICIALE RENALE.

**Kartalas Goumas Ioannis, Itri Emanuele, Dell'Aglio Francesco, Pozzoni Fabrizio, Zanetti Gian Paolo**

*UOC di Urologia, Ospedale di Vimercate (MB)*

**Introduzione** Presentiamo la tecnica di approccio endoscopico per il trattamento di un voluminoso diverticolo renale dando enfasi al trattamento percutaneo finale.

**Materiali e Metodi** Si tratta di una paziente di 56 anni con un voluminoso diverticolo mesorenale sinistro. Nel diverticolo erano presenti numerosi piccoli calcoli e polvere. La paziente si è presentata con un urinoma da rottura del diverticolo di seguito ad ostruzione da un calcolo ureterale. Come primo approccio è stato rimosso il calcolo ureterale e posizionato uno stent ureterale. Successivamente è stato eseguito un tentativo infruttuoso di RIRS a causa del colletto particolarmente stenotico. Nella stessa seduta quindi è stata posizionata in posizione supina una nefrostomia percutanea nel diverticolo sotto guida ecografica - fluoroscopica. La vicinanza con la milza ha reso particolarmente difficile la puntura del diverticolo e quindi si è deciso di non procedere con la dilatazione. In un secondo momento è stato trattato per via percutanea il diverticolo. Tramite iniezione retrograda di blu di metilene è stato individuato il colletto diverticolare. Prima è stata eseguita una dilatazione seriale del diverticolo con dilatatori fasciali. Successivamente il colletto è stato inciso con il laser ad olmio.

**Risultati** Non ci sono state complicanze intra o postoperatorie. Dopo 3 mesi la TAC ha evidenziato un colletto diverticolare ampio ed una diminuzione del diametro del diverticolo.

**Conclusioni** Il trattamento endoscopico dei diverticoli renali può essere difficile specialmente dopo rottura. Nel caso presentato sono state richieste tre manovre, di cui un tentativo di RIRS fallito. Abbiamo dimostrato la fattibilità ed efficacia e presentato la tecnica dell'approccio percutaneo in posizione supina.

#### V14

#### TRATTAMENTO URETEROSCOPICO RETROGRADO DI UN CASO DI CALCOLOSI IN IDROCALICE SUPERIORE CON STENOSI DEL COLLETTORE

**Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Francesco Cattaneo, Arjan Nazaraj, Laura Bettin, Luca Meggiato, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

Il dolore colico reno-ureterale sostenuto da calcolosi renale secondaria a collettore di ridotte dimensioni ed associata ad idrocalice risulta essere una condizione patologica relativamente rara. Le anomalie dei collettori potrebbero essere associate a dilatazioni caliceali, formazione di litiasi renale ed infezioni delle vie urinarie.

In questo video riportiamo il caso di una giovane donna di 21 anni ricoverata d'urgenza presso la nostra struttura nel giugno 2013 per colica renale destra, a partenza lombare con irradiazione anteriore verso la regione inguinale, iperpiressia (TC 38.8°C) nausea e vomito. Anamnesi negativa per infezioni delle vie urinarie, calcolosi ed endometriosi.

L'esame delle urine deponeva per infezione delle vie urinarie, con indici di flogosi alterati. Gli indici di funzionalità renale risultavano nei limiti della norma (SCr 0.86 mg/dl). All'Ecografia veniva messa in evidenza una formazione iperecogena con cono d'ombra posteriore, localizzata a livello del polo renale superiore con parenchima sovrastante ad ecogenicità ridotta. La paziente veniva sottoposta a terapia antibiotica con risoluzione del quadro clinico. Dimessa in attesa di eseguire approfondimenti diagnostici tornava dopo qualche giorno con analogo sintomatologia. Veniva pertanto eseguita una Uro-TC documentante calcolo di 6 mm indovato in un calice del gruppo superiore con presenza di collettore sottile ed ipodensità del parenchima renale circostante. Le vie escrettrici risultavano nella norma.

La paziente, risolta l'iperpiressia, veniva sottoposta ad ureteropielografia retrograda che documentava la presenza di un calice superiore dilatato, di circa 1 cm, con esile collettore. Nell'idrocalice era localizzato un calcolo di 6 mm radioopaco.

E' stata effettuata una ureterorenoscopia flessibile e raggiunta l'ampolla renale e stato visualizzato un piccolo pertugio corrispondente ad un calice minore a livello del collettore primario del gruppo caliceale



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

superiore. Il collettore veniva quindi dilatato con catetere a palloncino, in modo tale da rendere possibile l'accesso dell'ureteroscopia nell'idrocalice, veniva frantumato il calcolo con laser ed asportati i frammenti con cestello. Successivamente veniva posizionato tutore ureterale tipo mono-J con ricciolo collocato nell'idrocalice. In prima giornata post-operatoria un'ecografia reno-vescicale risultava negativa per formazioni litiasiche lungo il decorso delle vie urinarie e quindi si procedeva alla rimozione del tutore ureterale tipo mono-J. Il decorso post-operatorio è stato regolare, con degenza di 3 giorni.

A distanza di un mese dalla procedura la paziente eseguiva un esame delle urine risultato negativo, un'ecografia addominopelvica non documentante presenza di calcoli ed il parenchima del polo renale superiore risultava privo di alterazioni significative. Persisteva un quadro di addominalgie per il quale la paziente eseguiva una Uro-RM che documentava solo un aspetto lievemente globoso di un calice superiore del rene destro.

Il trattamento endourologico con ureteroscopia flessibile è risultato efficace anche in questo particolare caso, tenendo presente comunque che rivestono sempre importanza anche tutti gli accessori a disposizione, come lo è stato in questo frangente il dilatatore a palloncino.

## V15

### LITOTRISSIA URETEROSCOPICA DI UN CALCOLO IMPATTATO DELL'URETERE PROSSIMALE E CONTESTUALE RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO RESIDUO DA UN PRECEDENTE TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO

**Luca Meggiato, Francesco Cattaneo, Anna Congregalli, Alessandro Iannetti, Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

In questo video presentiamo un caso di litotrissia per via ureteroscopica di un calcolo dell'uretere prossimale residuo a precedenti trattamenti endourologici e la contestuale rimozione di un frammento di pinza.

Il paziente di 46 anni, in seguito ad episodi di colica renale sinistra con diversi accessi in Pronto Soccorso, veniva sottoposto ad accertamenti mediante URO-TC che metteva in evidenza la presenza di un calcolo di 15 x 6 mm sottogiuntale, con dilatazione della via escretrice a monte. Dalla documentazione esibita, il

paziente risultava essere stato sottoposto a litotrissia ureteroscopica parziale e posizionamento di uno stent ureterale tipo doppio J. Questo si dislocava dopo qualche giorno e veniva successivamente riposizionato. A distanza di circa 2 mesi il paziente veniva sottoposto ad un tentativo di litotrissia ureteroscopica di completamento sospesa per la comparsa di una lesione imprecisata dell'uretere che richiedeva il posizionamento di una nefrostomia d'urgenza. Dopo qualche giorno veniva eseguita una canalizzazione anterograda dell'asse escretore attraverso la nefrostomia e posizionamento di uno stent ureterale tipo doppio J sempre per via anterograda.

Il paziente giungeva alla nostra osservazione dopo circa 3 mesi dall'ultimo trattamento con una radiografia diretta dell'addome la quale metteva in evidenza la presenza dello stent ureterale apparentemente in sede, un calcolo di 8 mm circa a livello L2 e un'opacità millimetrica a livello di L4, compatibile con frammento di pinza da corpo estraneo. L'ecografia addominopelvica non evidenziava dilatazione delle vie escretrici ed il parenchima renale risultava regolare bilateralmente. Il paziente veniva sottoposto a ureteroscopia dapprima con strumento rigido e successivamente con flessibile e veniva evidenziato e trattato un calcolo dell'uretere sottogiuntale di circa 12 mm, impattato con la mucosa. Ritirando lo strumento flessibile sotto il controllo della vista si evidenziava in trasparenza il frammento di pinza e quindi previa incisione con laser della mucosa sovrastante si asportava con cestello la branca di pinza. Lasciato in sede uno stent ureterale tipo doppio J il paziente è stato sottoposto dopo 40 giorni ad una ureteroscopia di controllo che non ha evidenziato frammenti litiasici residui e la parete della via escretrice è risultata regolare in tutto il decorso.

Riportiamo questo caso per enfatizzare che la litotrissia ureteroscopica, pur rappresentando il trattamento di scelta della calcolosi renale, a fianco della elevata efficacia e ridotta invasività può esporre il paziente a complicanze che poi richiedono diversi ulteriori trattamenti per una completa correzione. E' una metodica relativamente semplice ma richiede un training di apprendimento discretamente lungo e pertanto dovrebbe essere appannaggio dei centri a più elevato flusso di pazienti.

## V16

### DIAGNOSI ENDOUROLOGICA DI UNA PATOLOGIA NEFROLOGICA

**Paolo Beltrami, Andrea Guttilla, Laura Bettin, Antonio Piccoli\*, Patrizia Bernich\*\*, Arjan Nazaraj, Alessandro Iannetti, Filiberto Zattoni**



*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

*\* Nefrologia 1 – Azienda Ospedaliera Università di Padova*

*\*\* U.O.C. di Nefrologia e Dialisi d.U. – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona*

In questo video presentiamo un caso di patologia nefrologica alla cui diagnosi si è giunti dopo ripetuti accertamenti risultati sempre negativi. La paziente di 27 anni, con storia di coliche renali ricidivati e calcolosi espulsiva, veniva sottoposta ad accertamenti in seguito alla presenza di episodi di macroematuria alternati a microematuria e proteinuria persistente, di circa 1g/die. Tutte le indagini di imaging risultavano negative e quindi veniva sottoposta a biopsia renale. Interpretata come negativa, in realtà non erano presenti glomeruli sufficienti per poter porre una diagnosi di qualunque tipo. Veniva eseguita una cistoscopia, la quale evidenziava macroematuria lateralizzata a sinistra, ed una ureterorenoscopia bilaterale risultata negativa.

Persistendo il quadro clinico di episodi di macroematuria ricidivante con alternata microematuria e proteinuria, alla paziente veniva proposto di ripetere la biopsia renale, che però veniva rifiutata. Veniva pertanto indicata la ripetizione dello studio endourologico, possibilmente in corso di macroematuria.

Alla cistoscopia non erano presenti lesioni a livello vescicale; si notava però la fuoriuscita di urine ematiche dall'ostio ureterale di destra. L'ureteropielografia retrograda bilaterale risultava nella norma. Veniva pertanto eseguita una ureteroscopia bilaterale sia con strumento rigido sia con flessibile, che evidenziava la regolarità della mucosa ureterale. A livello intrarenale veniva evidenziata la presenza di papille ipertrofiche e di alcune placche di Randall. Non erano presenti neoformazioni, calcoli o angiomi e/o angiodisplasie. Si notava però un lievissimo gemizio ematico da aree papillari "cribrose", bilateralmente. Il quadro risultava molto suggestivo di una ematuria proveniente dal parenchima renale che si evidenziava a livello dei dotti papillari.

Nel sospetto di una nefropatia da IgA la paziente veniva sottoposta ad adeguata terapia corticosteroidica con risoluzione della proteinuria e con la scomparsa ad oggi degli episodi di macroematuria.

Recentemente la paziente accettava di sottoporsi a biopsia renale, dalla quale si è avuta la conferma della presenza di alterazioni glomerulari compatibili con una nefropatia da IgA.

## V17

### **MICRO-ECIRS: NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA NEL TRATTAMENTO DELLA CALCOLOSI RENALE**

**M. Poggio, S. Grande, M. Cossu, G. Cattaneo, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia**

*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

Le linee guida internazionali prevedono l'impiego di diverse tipologie di trattamento nei confronti della litiasi renale di medie dimensioni: nefrolitotrixxia percutanea (PCNL), litotrixxia extracorporea ad onde d'urto (ESWL), ureterorenoscopia operativa. La bonifica completa della litiasi può essere raggiunta mediante l'utilizzo di singolo accesso percutaneo renale associato a ureterorenoscopia flessibile retrograda (ECIRS). Ulteriore evoluzione di tale tecnica è rappresentata dalla Micro-ECIRS, che prevede l'accesso percutaneo mediante ago da microperc 4.8 ch, associato ad ureterorenoscopia flessibile retrograda. In questo video presentiamo la nostra iniziale esperienza con questa nuova metodica.

In questo video presentiamo il trattamento mediante microEcirs di 3 pazienti affetti da calcolosi renale

Tutti gli interventi sono stati eseguiti in anestesia generale ed i pazienti sono stati trattati in posizione supina di Valdivia modificata Galdakao. La puntura percutanea è stata sempre effettuata su guida combinata eco-fluoroscopica e quando possibile mediante l'ausilio di endovision (utilizzando l'ureteroscopia flessibile), la litotrixxia è stata effettuata mediante fibra Holmium Laser 200 micron. Al termine della procedura è stato effettuato il controllo ureteroscopico retrogrado per la valutazione/asportazione dei frammenti residui.

Risultati: Abbiamo sottoposto 3 pazienti alla procedura di MicroEcirs. L'età media era di 51.25 anni, il BMI era pari a 24.88; l'ASA score mediano pari a 2; nessun paziente era monorene. Il diametro medio dei calcoli trattati è risultato pari a 15.5 mm. In nessun caso era presente calcolosi ureterale associata.

Il tempo operatorio medio è stato di 116 minuti e non sono state registrate significative complicanze intraoperatorie né chirurgiche né anestesologiche. Tutti i pazienti sono stati dimessi in prima giornata postoperatoria. La percentuale di risultato pazienti stone-free dopo il singolo trattamento è risultata pari all'85%. Il tasso di complicanze di grado > III è risultato pari allo 0%.

Discussione: I preliminari dati della nostra casistica suggeriscono che la Micro-ECIRS è una tecnica sicura,



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

efficace e minimamente invasiva. Tuttavia, sono sicuramente necessari ulteriori studi per comprendere la reale efficacia di questa tecnica

## V18 TRATTAMENTO DI CALCOLO RENALE DI TRE CENTIMETRI MEDIANTE RIRS CON FIBRA LASER ACCUTRAC

**M. Cossu, M. Poggio, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia**

*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

In questo video è presentato il caso di un paziente di anni 65 affetto da calcolosi renale bilaterale in multicitosi. In particolare, in sede pelvica a livello del rene sinistro era presente un calcolo di circa 3 cm di diametro. La procedura ha avuto inizio con accesso in vescica mediante uretroscopio rigido ove si evidenziava l'estremo distale dello stent endoureterale sinistro precedentemente applicato, che è stato catturato con pinza ed estratto. Veniva applicato coassialmente filo guida idrofilico. Mediante ureteroscopio semirigido si risaliva quindi a livello delle cavità escrettrici sinistre ove si evidenziava, a livello della pelvi renale, il noto calcolo di circa 3 cm. Si è introdotta quindi fibra laser 200 micron (Accutrac - Boston Scientific) e si proceduto a lasertrissia, prima mediante lo strumento semirigido e, successivamente, con l'ureteroscopio flessibile. Le fibre Accutrac sono dotate di una punta di erogazione TracTip di forma sferica levigata, per un'ulteriore protezione nel passaggio interno del canale di ureterorenoscopi o strumenti flessibili.

La flessibilità della fibra è una caratteristica importante, da cui dipendono l'accessibilità ai calcoli renali e il grado di deflessione dell'ureteroscopio flessibile.

Sono costituite da tre speciali guaine di protezione contro le rotture termiche durante l'erogazione dell'energia laser. Le caratteristiche di flessibilità e di trasmissione della potenza, accorciano i tempi operatori, producendo una minuta polverizzazione dell'urolita. Al termine si evidenziava abbondante polvere litiasica e solo alcuni piccoli frammenti (circa 2 mm), che sono stati estratti con cestello 0 TIP. Si è effettuata pancalicosopia non evidenziando frammenti residui degni di nota a livello di tutti i calici. Il tempo operatorio complessivo è risultato di 105 minuti. Non si sono verificate complicanze intra- e post-operatorie. Il controllo strumentale a due mesi non ha messo in evidenza uroliti residui.

## ENDOUROLOGIA - BASSE VIE

*Moderatori: M. Garofalo, G. Giusti*

## V19 ENDOSCOPIC SPATULATION OF THE INTRAMURAL URETER IN ADJUNCT TO URETERAL ORIFICE RESECTION DURING TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR.

**Creta Massimiliano<sup>1</sup>, Imperatore Vittorio<sup>1</sup>, Di Meo Sergio<sup>1</sup>, Buonopane Roberto<sup>1</sup>, Fusco Ferdinando<sup>2</sup>, Spirito Lorenzo<sup>2</sup>, Mirone Vincenzo<sup>2</sup>**

*1. Buon Consiglio Fatebenefratelli Hospital, Urology Department, Naples, Italy*

*2. University of Naples Federico II, Urology Department, Naples, Italy*

**Introduction** Ureteral orifice (UO) resection during transurethral resection of bladder tumor (TURBT) is required in about 35% of cases, mainly when the tumor cover the UO or involve its close vicinity. Resection of the UO carries the risk of ureteral scarring and stenosis. According to literature data, this complication occurs in up to 16% of patients (4% in a recent wide serie). Vesicoureteral reflux has been reported to vary from 11% to 77% of patients. Ureteral spatulation is performed in open surgery to avoid stenosis. We describe the technique and results of endoscopic spatulation of the intramural ureter during UO resection.

**Materials and methods** Wide and deep resection of the tumor including the UO area is performed with pure cutting current. Subsequently, a ventral spatulation is performed using a Collins' knife in order to widen the orifice. An ureteral catheter may be used to guide incision.



Figure 1: Tumor near the UO.



Figure 2: The resected UO.



Figure 3: Ventral spatulation of the intramural ureter.

Bleeding sites are selectively coagulated. Ureteral stenting after the resection is avoided. Follow-up is performed with renal ultrasound after 7 days and, in absence of hydronephrosis, with Computerized Tomography Urography after 1 month. Further evaluations in patients with absence of hydronephrosis are performed according to guidelines. We reviewed the records of patients who underwent TURBT with UO resection and endoscopic spatulation of the intramural ureter from 2008 to 2013. Preoperative hydronephrosis, muscle invasive disease and history of previous resection of the UO were exclusion criteria. The primary study end-point was radiographic evidence of upper urinary tract obstruction. Recurrence rates and vesicoureteral reflux were also evaluated.

**Results** The study group included a total of 70 patients (52 males and 18 females, mean age: 67.5

years). Two patients required bilateral UO resection. Thus 72 renal units were evaluated. All resections were performed by the same experienced surgeon. No intra-operative complications occurred. Mean follow-up was 42.4 months. Overall, new onset hydronephrosis was observed in 12 renal units (16.6%) at a mean follow-up of 10.5 days. However, overt ureteral stricture at the ureterovesical junction requiring endoscopic intervention was diagnosed in only 2 renal units (2.7%). In the remaining cases, obstruction showed spontaneous resolution within one month. Vesicoureteral reflux was diagnosed in 16 renal units (22.2%). Bladder disease recurrence was 21.4% at 1 year. One patient (1.3%) had upper urinary tract recurrence.

**Conclusions** According to our experience, endoscopic spatulation of the intramural ureter in adjunct to UO resection during TURBT is a simple technique with the potential to lower the incidence of UO stenosis.

## V20

### TRATTAMENTO ENDOSCOPICO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO DEI TRAUMI E DELLE STENOSI SERRATE DELL'URETRA. NOTE DI TECNICA

**Andrea Guttilla, Laura Bettin, Vito Palumbo, Alessandro Crestani, Fabio Zatonni, Massimo Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zatonni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

**INTRODUZIONE** I traumi dell'uretra presentano ancora oggi controversie sulle modalità e tempi di intervento. In genere 3 sono gli approcci più utilizzati: riparazione immediata da eseguirsi entro 2 giorni dalla rottura dell'uretra con riallineamento chirurgico o anastomosi termino-terminale; riparazione dilazionata con riallineamento endoscopico o anastomosi chirurgica termino-terminale entro 2 settimane dal trauma; riparazione tardiva 3 o più mesi dopo il trauma. In genere l'approccio più frequentemente impiegato è quello tardivo, posizionando d'urgenza una epicistostomia e riservando l'intervento ricostruttivo quando il quadro clinico del trauma si sia stabilizzato. Riportiamo la nostra esperienza di trattamento endoscopico combinato di riallineamento in 3 casi di trauma complesso dell'uretra e, con la stessa tecnica, di un caso di stenosi serrata uretrale.

**MATERIALI E METODI** Sono giunti alla nostra osservazione negli ultimi 4 anni 3 pazienti con



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

trauma complesso dell'uretra e una caso di stenosi completa dell'uretra bulbare. I 3 pazienti con rottura traumatica dell'uretra (uno di 58, uno di 43 e l'altro di 39 anni) presentavano anche plurime lesioni ossee, tra cui fratture multiple del bacino, in seguito a trauma sul lavoro. Verificata la lesione uretrale, in particolare il distacco del blocco prostato-vescicale in due casi ed una rottura quasi completa dell'uretra posteriore nel terzo, erano stati trattati d'urgenza con il posizionamento di una cistostomia sovra pubica e venivano trasferiti presso il nostro reparto in un tempo medio di una settimana (2-14 giorni). Il quarto paziente è un giovane di 23 anni con storia di stenosi dell'uretra bulbare da causa sconosciuta, plurirecidiva, con ripetuti episodi di ritenzione acuta d'urina e, in seguito ad impossibilità alla cateterizzazione, era stato sottoposto temporaneamente a posizionamento di epicistostomia.

La tecnica di canalizzazione uretrale combinata prevede l'impiego di un cistoscopio o ureteroscopia flessibile per via sovrapubica e di un cistoscopio rigido per via transuretrale. Dopo la rimozione del catetere cistostomico e dilatazione del tramite viene introdotto lo strumento flessibile e si accede, attraverso il collo vescicale, all'uretra posteriore fino alla lesione. Un secondo operatore procede con una ureteroscopia retrograda, a raggiungere la soluzione di continuo o la stenosi serrata. Introdotta quindi una guida attraverso lo strumento flessibile sovrapubico si recupera l'estremità della stessa e la si porta al meato uretrale esterno. Su tale guida si posiziona un catetere vescicale.

**RISULTATI** Due pazienti con lesione uretrale una volta rimosso il catetere hanno ripreso delle minzioni spontanee con mitto valido e con un trascurabile ristagno, in un caso dopo alcuni episodi di ritenzione urinaria. L'altro paziente pur mantenendo un'uretra pervia ha sviluppato una vescica neurologica che necessita tuttora (follow-up di circa 3 anni) di cateterismo intermittente. Il paziente con stenosi serrata dell'uretra a distanza di 6 mesi dalla rimozione del catetere presenta minzioni spontanee, valide e con assenza di ristagno postminzionale.

**CONCLUSIONI** Abbiamo descritto questa tecnica, che risulta di semplice attuazione e può essere impiegata come prima strategia terapeutica nei traumi dell'uretra posteriore. L'allineamento precoce dell'uretra per via endoscopica combinata evita un intervento chirurgico e, come riportato in letteratura, non controindica un trattamento di seconda linea in caso di insorgenza di una successiva stenosi dell'uretra.

## COMUNICAZIONI

SALA COMUNICAZIONI 14.00-17.30

### ENDOUROLOGIA - ALTE VIE

*Moderatori: F. Mangiapia, S. Serni*

#### C47

#### REGISTRAZIONE DELLE PRESSIONI INTRAPIELICHE DURANTE MICROPERC E SUE CORRELAZIONI CON I PAREMETRI POST OPERATORI: STUDIO PRELIMINARE

**Raffaele Balsamo<sup>1</sup>, Carmine Di Palma<sup>1</sup>, Riccardo Autorino<sup>1</sup>, Leo Romis<sup>2</sup>, Salvatore Mordente<sup>2</sup>, Alessandro Pane<sup>2</sup>, Fabrizio Iacono<sup>3</sup>, Marco De Sio<sup>1</sup>, Giovanni Di Lauro<sup>2</sup>**

*1: Cattedra di Urologia, Seconda Università di Napoli*

*2: UOC Urologia, Ospedale S.Maria delle Grazie, Pozzuoli*

*3: Cattedra di Urologia, Università Federico II, Napoli*

**OBIETTIVI** Recentemente la Micro-perc sta guadagnando popolarità per la sua ridotta invasività. Non sono ancora state studiate le pressioni intrapieliche che vengono raggiunte durante questa procedura. E' noto che durante le procedure endoscopiche a carico della pelvi renale si possono verificare reflusso pielotubulare e pielolinfatico, spandimento di liquidi nello spazio retroperitoneale che possono condurre all'insorgenza di febbre nel post operatorio soprattutto durante il trattamento di calcoli infetti. Scopo del lavoro è stata la registrazione delle pressioni intrapieliche durante la procedura e delle complicanze post operatorie.

**MATERIALI E METODI** Abbiamo arruolato in questo studio 5 pazienti (3 donne e 2 uomini) di età media 43 anni (18-70anni). Le pressioni intrapieliche sono state calcolate in maniera continua durante la procedura collegando il trasduttore ad un catetere 6 Fr introdotto per via percutanea. E' stata valutata la correlazione tra le variazioni di pressione intrapielica e le complicanze post operatorie (febbre, dolore, variazione dell'emoglobina, tempo di ospedalizzazione).

**RISULTATI** Durante la procedura è stata registrata una pressione variabile tra 30cmH<sub>2</sub>O e 60cmH<sub>2</sub>O con picchi massimi di circa 140cmH<sub>2</sub>O. In questi pazienti l'aumento della pressione intrapielica non ha comportato complicanze nel post operatorio malgrado una pressione intrapielica superiore a 30cmH<sub>2</sub>O e spugna al rischio di reflusso pielotubulare e pielolinfatico.

**CONCLUSIONI** Durante la procedura di Microperc i pazienti sono soggetti ad un aumento della pressione intrapielica superiore a 30cmH<sub>2</sub>O potenzialmente a rischio di complicanze nel post operatorio.

**C48**
**LA PCNL "TUBELESS" NON È UN AZZARDO**
**G. Giusti 1, S. Proietti 1, R. Pescechera 1, G. Taverna 1, P. Graziotti 1**
*Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia*

**Introduzione ed Obiettivi** Recentemente, il CROES ha riclassificato le complicanze della PCNL secondo il sistema di Clavien-Dindo, migliorando l'accuratezza nel riportare gli eventi avversi correlati a tale procedura. Molti studi hanno dimostrato che non ci sono differenze in termini di efficacia e sicurezza fra la litotrissia renale percutanea "tubeless" (t-PCNL) e la PCNL standard (s-PCNL), ma nessuno di essi ha mai utilizzato la sovracitata classificazione per comparare le complicanze di queste procedure. Scopo di questo studio è riclassificare le complicanze della nostra serie di t-PCNL e s-PCNL in accordo con questa nuova validazione del sistema di Clavien-Dindo.

**Materiali & Metodi** Abbiamo retrospettivamente analizzato 652 PCNL, 354 s-PCNL e 298 t-PCNL, comparandone le complicanze secondo la validazione CROES per la PCNL del Clavien score. Abbiamo inoltre valutato il dolore postoperatorio, la necessità di analgesici e l'ospedalizzazione.

**Risultati** Le caratteristiche demografiche del campione e quelle dei calcoli sono illustrate in tabella 1

	s-PCNL	t-PCNL
N° of patients	354	298
Age (yrs)	48.5 (20-75)	52.3 (22-71)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	26.3 (20-31)	25,2 (21-29)
Stone burden (cm <sup>2</sup> )	6.3 (2.1-20)	5.8 (2.2-19.2)

Le complicanze riclassificate secondo il sistema di Clavien modificato sec Dindo sono riportate nella Tabella 2.

Clavien score	s-PCNL	t-PCNL	P
Grade 0	110 (31%)	121 (59,4%)	P<0.01
Grade I	210 (59,3%)	94 (31,5%)	P<0.01
Grade II	13 (3,7%)	10 (3,4%)	p>0.05
Grade IIIA	11 (3,1%)	9 (3%)	p>0.05
Grade IIIB	8 (2,3%)	6 (2%)	p>0.05
Grade IVA	2 (0,6%)	2 (0,7%)	p>0.05
Grade IVB	-	-	-
Grade V	-	-	-

L'ospedalizzazione media è stata significativamente più breve nel gruppo della t-PCNL (2.2±0.5 vs. 5.3±1.6; P <0.01 ); il dolore valutato mediante average visual analogue scale (VAS) in prima giornata postoperatoria per il gruppo s-PCNL è stato di 6.5±2.1, contro 3.1±1.7 per il gruppo t-PCNL (P < 0.01). La richiesta media di analgesici per il gruppo s-PCNL è stata significativamente più alta se comparata con quella del gruppo t-PCNL (P < 0.01).

**Conclusioni** Nel nostro studio, i pazienti sottoposti a t-PCNL hanno riportato un tasso di complicanze di Grado I significativamente più basso rispetto a quelli della s-PCNL. Nella maggior parte dei casi, il Grado I è dovuto alla richiesta di analgesici. Questo dato concorda con le precedenti evidenze sull'importanza della nefrostomia nel causare dolore postoperatorio in maniera direttamente proporzionale al suo diametro. La t-PCNL andrebbe quindi considerato non un azzardo ma la naturale conclusione di una PCNL priva di complicanze intraoperatorie. L'inquadramento delle complicanze secondo il Clavien score consente di standardizzare e migliorare l'accuratezza nel riportare gli effetti avversi della PCNL. Riteniamo pertanto che tale sistema debba essere universalmente adottato per migliorare l'affidabilità della letteratura scientifica urologica.

**C49**
**RETROGRADE URETEROSCOPIC INTRARENAL SURGERY (RIRS) IN PATIENTS WITH RENAL AND UPPER URETERIC STONE UNTIL 4.3 CM : IS A GOOD AND EFFECTIVE TREATMENT?**
**Barbara Cristina Gentile, Roberto Giulianelli, Luca Mavilla, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini**
*Division of Urology – Nuova Villa Claudia– Rome – Italy*

Flexible ureteroscopes allows a variety of procedures like treatment of kidney stones, renal pelvic tumors and calyceal diverticulum's. It's possible with many accessories instruments like, tipless nitinol baskets, wire, thinner hydrophilic coated kink resistant access sheath, Holmium laser with thinner fibers (200 micron) to access lower calyx without affecting the deflection of the flexible scope.

The percutaneous nephrostolithotripsy (PCNL) is a gold standard procedure for large kidney stones , and also has certain limitations in patients with bleeding diathesis,[1] obesity and malrotated kidneys.

Retrograde ureteroscopic intrarenal surgery (RIRS) is



a less morbid procedure than PCNL, less hospitalization time and better compliance for the patients. So, we have evaluated the feasibility of RIRS as a viable alternate to PCNL in treating patients with renal and upper ureteric calculus of 2 cm to 4.3 cm stone burden, the cases which are usually taken up for PCNL otherwise.

The stone free rate in RIRS is 82.6% in first sitting, 97.2% % and 100% in thirth sitting.

RIRS is superior in terms of less complication, less morbidity and good stone free rate and has an advantage of one day of hospital stay and resuming duties after two days. RIRS is, for us, a viable alternate for PCNL for upper tract stones up to 4.3 cm.

### C50 STUDIO PROSPETTICO DELL'OUTCOME DELLA LITOTRISSIA ENDOSCOPICA RENALE (RIRS) NEL TRATTAMENTO DEI CALCOLI RENALI FRA 2 E 3 CM

G. Giusti<sup>1</sup>, S. Proietti<sup>1</sup>, R. Pescechera<sup>1</sup>, G. Taverna<sup>1</sup>, P. Graziotti<sup>1</sup>

(1) Istituto Clinico Humanitas, Stone Center presso l'U.O di Urologia

**Introduzione ed Obiettivi** La RIRS sta ormai diventando una valida alternativa nel trattamento della calcolosi renale fino a 3cm. Fino ad ora, tutti gli studi volti a valutarne l'efficacia e la sicurezza su calcoli superiori a 2cm sono stati condotti retrospettivamente. Nessuno di questi ha previsto l'uso della TC addome pre e postoperatoria nè l'inquadramento delle complicanze secondo la classificazione di Clavien-Dindo. Inoltre, pochi studi hanno usato il volume del calcolo come misura della sua effettiva grandezza. Scopo di questo studio è valutare l'efficacia e la sicurezza della RIRS per il trattamento di calcoli renali fra 2 e 3cm.

**Materiali e Metodi** Questo è uno studio prospettico di un centro di riferimento di terzo livello. Da settembre 2012 a settembre 2013 abbiamo arruolato in sequenza tutti i pazienti che si sono sottoposti a RIRS per calcoli renali compresi fra 2 e 3cm. La valutazione preoperatoria ed il controllo ad un mese dall'intervento prevedevano: anamnesi, esame obiettivo, esame delle urine ed urinocoltura, ematocrito, dosaggio sierico della creatinina e TC addome senza mdc. Nei pazienti con calcolosi multipla, è stata presa considerata la somma del volume dei singoli calcoli. Il volume dei calcoli è stato ricavato utilizzando una formula per sferoide scaleno (se diametro massimo superiore a 15mm), oblato (se diametro fra 9 e 15mm) e prolato (diametro inferiore

a 9mm). Per le complicanze, è stata utilizzata la classificazione di Clavien-Dindo. In caso di calcolosi residua significativa post RIRS, è stato programmato un 2nd look o un 3rd look endoscopico. L'endpoint primario dello studio è consistito nell' valutazione dello Stone Free Rate (SFR); secondariamente, è stata valutata la relazione fra volume del calcolo e suo diametro con SFR, tempo operatorio, possibilità di sottoporsi ad un 2nd look, ospedalizzazione e complicanze. La significatività statistica è stata considerata ottenuta se  $p < 0,05$ .

**Risultati** Le caratteristiche demografiche del campione e quelle dei calcoli sono illustrate in tabella 1

Patients (n)	42
Gender, n (%)	
Male n (%)	25 (59.5)
Female n (%)	17 (40.5)
Age (yr), mean±SD	56.6±12.3
BMI (kg/m <sup>2</sup> ), mean±SD	27.1±5.5
Pre-procedure stent placement, n (%)	8 (19)
Stone maximum diameter (mm), mean±SD	23.7±4.3
Stone burden (mm <sup>3</sup> ), mean ±SD	3654±2053
Hounsfield unit, mean±SD	1120±280
Stone number, n (%):	
Single	27 (64.3)
Multiple	15 (35.7)

La tabella 2 mostra l'outcome intra e postoperatorio

Use of access sheath	41 (97.6)
Operating (OR) time per procedure (min)	76.5±21.6
Total OR time per patient(min)	89.4±18.3
ΔHt	1,2±0.3
ΔCreatinine	0.01±0.03
Hospital stay per procedure (days)	1.3±0.9
Hospital stay per patient (days)	1.6±0.5
1 <sup>st</sup> Stone free rate	34/42 (80.9)
2 <sup>nd</sup> Stone free rate	37/42 (88.1)

3 <sup>rd</sup> Stone free rate	39/42 (92.8) *1 paziente ha rifiutato il 3 <sup>rd</sup> look perchè asintomatico e senza evidenza ecografica di dilatazione delle vie escretoric
procedures per patient (n)	1.28
Clavien system, n (%):	
Grade 0	32 (76)
Grade I	7 (16.6)
Grade II	3 (7)
Grade III/IV/V	0

Il volume del calcolo ha correlato statisticamente con lo SFR ( $p < 0.01$ ), con un più lungo tempo operatorio ( $p < 0.05$ ) e con possibilità di sottoporsi a più procedure ( $p < 0.01$ ). Nessuna correlazione statisticamente significativa è stata riscontrata fra il diametro massimo del calcolo ed altre variabili considerate.

**Conclusioni** La RIRS, talvolta effettuata in più steps, è un'efficace alternativa alla litotrixxia percutanea (PCNL) nel trattamento dei calcoli renali fra 2 e 3cm. Le sue complicanze sono poco frequenti ed il tempo di ospedalizzazione breve. Insistiamo quindi sul fatto che il volume del calcolo vada adottato come indice di massa litiasica perché nel nostro studio correla con lo SFR. Questo consentirebbe una più accurata pianificazione dell'intervento dopo aver adeguatamente informato il paziente della possibilità di sottoporsi ad una procedura in più tempi per una completa bonifica.

## C51

### OUR INITIAL EXPERIENCE FOR THE TREATMENT OF KIDNEY STONES WITH MICRO-ECIRS (ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY)

**COSSU M., Poggio M., Fiori C., Manfredi M., Serra N., Garrou D., Cattaneo G., Amparore D., Porpiglia F.**

**Objectives:** ESWL and RIRS represent the gold standard in the treatment of 10-20 mm kidney stones. However, these procedures could require repeated sessions or ancillary maneuvers. Therefore, in selected cases, a percutaneous approach is indicated to offer a higher success rate even if a greater invasiveness is the price to pay. The recent introduction of micro-percutaneous technique using instruments with small diameter may be a good compromise between the effectiveness of the procedure and its invasiveness. The entire procedure is indeed performed using a 4.85 F needle, 0.9 mm micro-optical system and a 200 micron Ho laser fiber. By using these instruments, no dilation

is required for the creation of nephrostomy tract, thus the trauma on renal parenchyma and the morbidity are reduced. We present our initial experience with Endoscopic Combined Intra Renal Surgery by using this micro-instrumentation (micro-ECIRS).

**Methods:** Data from our prospectively maintained database of patients undergoing Micro-ECIRS were extracted. All procedures were performed under general anesthesia and patients were placed in Galdakao-modified supine Valdivia position. Under US guidance a puncture of the targeted calyx was performed by 16 G needle (MICROPERC®), endowed by a dedicated sheath (4.85 F). When possible, the access to the urinary tract was conducted by Endovision technique. The needle was then removed while the 4.85 F sheath was left in place. An adapter was connected to the needle. After its setup, the optical fiber was inserted through the sheath and moved forward to collecting system. Finally a 200 micron Ho laser fiber was inserted and lithotripsy was performed with Ho laser. At the end of the procedure a retrograde inspection was done to remove residual fragments. Demographic and stone characteristics, perioperative data and the stone-free rate were evaluated. We defined stone-free condition as the absence of significant residual fragments ( $> 3\text{mm}$ ) in US and Rx imaging undergone 3 months after treatment. Postoperative complications were classified according to the Clavien-Dindo system.

**Results:** Five patients from May 2013 to August 2013 were treated. The mean age was 51.25(+6.4) years, mean BMI was 24.88(+3.8), the median ASA score was 2(1-3). The mean diameter of the treated kidney stones was equal to 15.5(+5.7) mm. All patients had single stones, and the stone location was as follows: 1(20%) at upper renal calyx, 4(80%) at renal pelvis. None of the patients had an associated ureteral stone. The mean operative time was 116.25(+20.4) min and there were no significant intraoperative complications. The median hospitalization time was 3(2-5) days. The stone-free rate after a single treatment was 85%. No Clavien-Dindo grade  $> \text{III}$  complications were recorded.

**Conclusions:** Our results suggest that the Micro-ECIRS seems to be feasible, safe and effective. Further studies are needed to better identify those patients who can benefit from the procedure.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

**C52**

## **ECIRS (ENDOSCOPIC COMBINED INTRA RENAL SURGERY): RESULTS AFTER NINE YEARS OF EXPERIENCE**

**Cossu M., Poggio M., Fiori C., Manfredi M., Bertolo R., Mele F., Amparore D., Porpiglia F.**

**Objectives:** Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is the standard treatment for voluminous and/or complex kidney stones and the Endoscopic Combined Intra Renal Surgery (ECIRS) with the patient in the supine position is a valid alternative to standard PCNL. The aim is to present the results of 9 years of experience with ECIRS in our Department.

**Methods:** Data of patients undergoing ECIRS from January 2004 to July 2013 were extracted from our prospectively maintained database.

**Operating technique.** All procedures were performed under general anesthesia and patients were treated in the Valdivia modified Galdakao position. When possible kidney puncture was performed under direct vision (i.e. endovision technique), the access dilation was performed using balloon or Alken dilators, lithotripsy was performed predominantly with ballistic/ultrasonic instrument. At the end of the procedure a retrograde ureteroscopic or anterograde flexible nephroscopic inspection was done to evaluate/remove the residual fragments.

Demographic and stone characteristics, perioperative data and the stone-free rate were evaluated. We defined stone-free condition as the absence of significant residual fragments (> 3 mm) in ultrasound and radiological imaging undergone three months after treatment. Postoperative complications were classified according to the Clavien-Dindo system.

**Results:** Data from 254 patients consecutively treated at our Division were analyzed. The mean age was 52.5 (+13.1) years, BMI and ASA score were respectively 26.3 (+4.6) and 2 (1-4), 5 (1.9%) patients had solitary kidney. Mean stone size was 22.7 (+9.2) mm. 143 (56.9%) patients had multiple stones. The stone location was represented as follows: 156 (62.2%) at lower calyx, 80 (31.9%) at middle calyx, 67 (26.7%) at the upper calyx, 160 (63.7%) at renal pelvis. 98 (39%) patients had staghorn stones, 21 (8.4%) patients had concomitant ureteral stones.

The mean operative time was 88.8 (+46) min and there were no significant intraoperative complications. The mean hospital stay was 4.9 (+2.2) days. The stone-free rate after a single treatment was 85%. Five (1.9%)

Clavien-Dindo grade >III complication (3 IIIa, one IIIb and one IV) were recorded.

**Conclusions:** Our results suggest that the ECIRS is a safe and effective technique. It seems particularly useful in the treatment of multiple, voluminous, and/or complicated reno-ureteral stones.

**C53**

## **FATTORI PREDITTIVI DELL'OUTCOME DELLA RIRS (RETROGRADE INTRARENAL SURGERY) NELLA NEFROLITIASI**

**Michele Catellani, Stefano Paolo Zanetti, Edoardo Zanchetta, Fabrizio Longo, Alberto Del Nero, Maurizio Delor, Michele Talso, Emanuele Montanari**

**Introduzione** L'ureterorenoscopia flessibile rappresenta attualmente una valida opportunità nel trattamento dei calcoli renali. Le indicazioni a tale approccio endoscopico, però, non sono ancora state completamente delineate. L'obiettivo del nostro lavoro è quello di identificare alcuni fattori predittivi dell'outcome della RIRS nella nefrolitiasi.

**Materiali e Metodi** 64 unità renali sottoposte a un totale di 73 RIRS per calcoli renali dal gennaio 2011 al giugno 2013 sono state valutate retrospettivamente. Il successo della procedura è stato definito come la condizione di stone-free o la presenza di frammenti < 4 mm all'ecografia di follow-up eseguita un mese dopo l'intervento in tutti i pazienti. L'intero campione è stato sottoposto a una TAC addominale prima della procedura. I parametri analizzati sono stati: il BMI del paziente, la lateralità e il numero dei calcoli, la localizzazione degli uroliti singoli, la densità Hounsfield media dei calcoli, il diametro massimo, la superficie planare massima e il volume cumulativi dei calcoli.

L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il test del Chi-quadro o il test esatto di Fisher per le variabili categoriche, il Test T di Student per le variabili scalari continue distribuite normalmente e il Test U di Mann-Whitney per quelle non distribuite normalmente. La normalità delle distribuzioni è stata saggiata utilizzando il Test di Kolmogorov-Smirnov a campione singolo. I valori di cut-off per diametro, superficie planare e volume sono stati stabiliti tramite la creazione di curve ROC. L'analisi statistica è stata effettuata servendosi del software SPSS Statistics versione 21.0.

**Risultati** Si è ottenuto un successo della RIRS nel 70,3% delle unità renali studiate.

Il BMI del paziente, la lateralità, il numero, la



localizzazione e la densità dei calcoli non si sono rivelati, nella nostra esperienza, parametri associati con differenze significative nei tassi di successo della procedura. Al contrario, abbiamo osservato differenze significative sulla base delle dimensioni degli uroliti:

	CUT-OFF	TASSO DI SUCCESSO	P-VALUE
DIAMETRO (mm)	<18,35	81%	0,010
	≥18,35	50%	
SUPERFICIE (mm <sup>2</sup> )	<102,37	84%	0,003
	≥102,37	50%	
VOLUME (mm <sup>3</sup> )	<506,57	81%	0,005
	≥506,57	48%	

Inoltre, utilizzando il test U di Mann-Whitney abbiamo rilevato delle differenze statisticamente significative nelle distribuzioni dei diametri, delle superfici planari e dei volumi dei calcoli tra le procedure riuscite e quelle fallite:

	MEDIANA SUCCESSI	MEDIAN INSUCCESSI	P-VALUES
DIAMETRO (mm)	14,2	21	0,046
SUPERFICIE (mm <sup>2</sup> )	80,1	131,9	0,013
VOLUME (mm <sup>3</sup> )	305,5	632,5	0,016

**Conclusioni** Le voluminose dimensioni dei calcoli sono associate, nella nostra esperienza, con una probabilità significativamente più bassa di successo della RIRS e potrebbero rappresentare una limitazione all'indicazione della procedura. Inoltre, sulla base dei p-values ottenuti con il test U di Mann-Whitney, abbiamo osservato che la superficie planare e il volume degli uroliti appaiono maggiormente predittivi dell'outcome della RIRS rispetto al diametro.

Al contrario, il BMI del paziente, la lateralità, il numero, la localizzazione e la densità dei calcoli sono parametri che, nella nostra casistica, non hanno condizionato il risultato dell'intervento. L'ureterorenoscopia flessibile, dunque, sembra configurarsi come trattamento attuabile ed efficace in pazienti obesi, nelle calcolosi multiple, caliciali inferiori e con uroliti duri.

## C54

### LITOTRISSIA INTRARENALE RETROGRADA (RIRS): RUOLO DEL PRE-STENTING NEL POSIZIONAMENTO DELL'INTRODOTTORE URETERALE E NELL'URETERORENOSCOPIA FLESSIBILE

**Michele Talso, Edoardo Zanchetta, Stefano Paolo Zanetti, Fabrizio Longo, Alberto Del Nero, Michele Catellani, Maurizio Delor, Emanuele Montanari**

**Introduzione e Obiettivi** Un introduttore ureterale (IU) può essere utilizzato per facilitare l'inserimento dell'endoscopio, ma non sempre può essere posizionato con successo. Il pre-stenting ureterale è spesso eseguito allo scopo di ottenere una dilatazione passiva dell'uretere e di facilitare il posizionamento dell'introduttore o dell'ureterorenoscopia flessibile. Il nostro studio ha l'obiettivo di valutare l'utilità del pre-stenting ureterale ai fini del posizionamento dell'introduttore e/o dell'ureterorenoscopia flessibile.

**Materiali e Metodi** Sono state valutate tramite studio retrospettivo 81 procedure RIRS eseguite su 70 pazienti tra gennaio 2011 e giugno 2013. L'età media della popolazione era di 56,5 anni (24-84) e il rapporto maschi/femmine era di 33/37. Il diametro cumulativo medio dei calcoli era di 18,6 mm (2-81) e in 40 casi erano presenti calcoli multipli. In 40 unità renali (UR)(49,4%) era stato posizionato uno stent ureterale, con un tempo medio di permanenza di 42,3 giorni (1-425), mentre 41 RIRS sono state eseguite senza pre-stenting. In 57 UR (70,4%) un IU (Olympus Uro-Pass 12/14 Fr) è stato posizionato con successo fino al rene coassialmente ad una guida idrofilica sotto controllo fluoroscopico; in 14 UR il posizionamento dell'IU non è stato possibile, mentre in 10 non è stato ritenuto necessario. È stato dunque introdotto l'ureterorenoscopia flessibile (R. Wolf Cobra 6/9.9 Fr a 2 canali) e i calcoli sono stati frammentati utilizzando un laser Ho:YAG (Dornier Medilas H20, fibre da 270 µm). Per l'analisi dei dati abbiamo utilizzato il test Chi-quadro ed esatto di Fisher.

**Risultati** L'introduttore è stato posizionato con successo in 35 (88%) UR preparate con stent e in 22 (54%) non preparate (p=0,015). L'ureterorenoscopia flessibile è risultata possibile in 38 (95%) UR preparate e in 34 (83%) non preparate (p=0,155).

**Conclusioni** L'accesso retrogrado alle cavità renali è stato ottenuto con successo tramite endoscopia flessibile nella maggior parte delle procedure e non è stata trovata una differenza statistica tra i pazienti preparati con stent e quelli non preparati. In qualche unità renale l'ureterorenoscopia flessibile non è risultata possibile a causa dell'anatomia e la



procedura è stata interrotta. Dai nostri dati emerge una differenza statisticamente significativa rispetto al posizionamento dell'introduttore in favore dei pazienti preparati con stent, sottolineando dunque l'utilità del pre-stenting per dilatare passivamente l'uretere. A ogni modo, il pre-stenting non sembra facilitare direttamente l'introduzione dell'ureterorenoscopia, suggerendo dunque che sono necessari sia il pre-stenting che l'impiego dell'introduttore per completare l'accesso retrogrado. In particolare, il pre-stenting dovrebbe essere preso in considerazione ogniqualvolta una procedura RIRS sembra richiedere il posizionamento dell'introduttore ureterale.

### C55

#### **OUTCOMES AND SAFETY OF FLEXIBLE URETERO-RENSCOPY AND HOLMIUM-LASER LITHOTRIPSY FOR RENAL STONE DURING THE LEARNING CURVE.**

**Francesco Berardinelli, Luca Cindolo, Fabio Neri, Fabrizio Pellegrini, Fabiola R. Tamburro, Luigi Schips, Vasto, Italy**

**Introduction and Objectives:** Flexible ureterorenoscopy (f-URS) is gaining space as first-line treatment for renal stones up to 2cm with stone-free rates higher than ESWL and morbidity lower than PCNL. The aim of the study is to analyze the outcomes and safety of our initial 70 f-URS procedures.

**Materials & methods:** We prospectively collected demographic, perioperative and postoperative data on 58 consecutive patients that underwent f-URS for renal stones. General complications were reported following the Clavien classification and ureteral complications were described following the Traxer classification.

**Results:** From March 2012 to October 2013 we performed 70 f-URS in 58 patients (36 males, 22 females). Mean patient age was 55 years (range: 15-80), mean BMI was 27.1 kg/m<sup>2</sup> (range: 16-36) and mean stone size was 17mm (range: 5-30mm). The stones were radiopaque in 48 cases (82%) and were localized in the renal pelvis (n=29), the upper calyces (n=2), the lower calyces (n=11), in pelvis and calyces (n=9) or in multiple calyceal locations (n=7). In 7 patients (12%) a DJ stent was placed before surgery for dilatation with pain or fever. The interventions were performed by 2 different surgeons with significant experience in rigid ureteroscopy but small experience in f-URS.

A ureteral access sheath was utilized in all cases (usually a 9.5/11,5 F sheath). The Flex-X2 ureteroscope was used in 63 procedures (90%), and the digital Flex-XC in 7 (10%) procedures. A 200 micron fiber laser was used in all cases. Mean operative time was 84 minutes (range: 40-125) and mean fluoroscopy time was 125 sec (range: 30-240 sec). A DJ was placed at the end of the procedure in 62 cases (88%). No serious intraoperative complications were encountered (bleeding, perforation etc) and all cases were uneventfully completed.

In 1 patient a grade 1 ureteral lesion (according to Traxer classification) was recorded. Mean hospital stay was 2 days. Postoperatively, 6 patients (8.5%) developed fever >38°C, 1 patient (1.4%) had a temporary hematuria, which was resolved within 24 hours and 1 patient (1.4%) complained of severe sciatic nerve pain (Clavien grade I complications, treated with medical therapy). At 1 month a KUB and renal US was performed in all patients. 39 patients (67%) were complete stone-free, 9 patients (15%) had residual fragments smaller than 5 mm (for which 5 received ESWL) and 10 patients (17%) had fragments larger than 5mm. For these 10 patients (all had initial stones > 2 cm) a second f-URS was performed. 6 patients (10%) achieved the stone-free status and 3 (5%) required a third procedure.

**Conclusions:** f-URS is a safe procedure even during the initial learning curve. f-URS is effective for treatment of renal stones up to 2 cm and should be considered as alternative option for even larger stones. In these cases however the need for additional procedures should be considered in order to render the patient stone-free.

## ENDOUROLOGIA - BASSE VIE

Moderatori: *F. Blefari, M. Motta - C56-C64*  
*L. Cormio, D. Villari - C65-C72*

### C56

#### **"FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI PAZIENTI AFFETTI DA IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA CON VOLUME GHIANDOLARE SUPERIORE A 80ml SOTTOPOSTI A TURP"**

**Valerio Caredda, Federico Meloni, Antonello De Lisa**  
*Clinica Urologica, Università degli Studi di Cagliari*

**INTRODUZIONE:** Secondo le più recenti linee guida della EAU, i trattamenti chirurgici di prima scelta in caso di adenomi prostatici con volumi superiori agli 80ml sono rappresentati dalla adenomectomia 'open' e dall'enucleazione con laser ad Holmio (HoLEP). La TURP e la vaporizzazione fotoselettiva con laser KTP/Greenlight rappresentano attualmente un trattamento alternativo.

**PAZIENTI E METODI:** Sono stati valutati 83 pazienti sottoposti a resezione endoscopica di prostata con resettore bipolare Cyrus tra il Gennaio 2008 e il Dicembre 2009, tutti con volumi prostatici superiori agli 80ml e un età media di 71.21 anni (range 56-92). Sono stati presi in considerazione i tempi operatori, l'eventuale sanguinamento intra- e peri-operatorio, l'assorbimento dei fluidi irriganti ed eventuali modificazioni elettrolitiche, il volume di tessuto resecato, la degenza post-operatoria, la tipologia ed i tempi di cateterizzazione, le complicanze precoci e tardive.

Nel Follow-up eseguito a 1, 3, 6, 12 mesi e successivamente con cadenza annuale fino al novembre 2013, sono stati valutati i referti istologici, è stata fatta una nuova compilazione dei questionari per la valutazione sintomatologica (IPSS, IIEF-5 e QOL), un esame uroflussometrico, una valutazione ecografica reno-vescicale e prostatica sovrapubica.

**RISULTATI:** Il tempo operatorio medio è stato di 105,7 minuti, il tessuto medio resecato 94g, i valori medi di Hb sono passati da 13,61g/dl a 12,72gr/dl. Il tempo di degenza e di cateterizzazione è stato in media, rispettivamente, di 3,8 giorni e 3,2 giorni. 4 pazienti sono stati sottoposti a revisione endoscopica della loggia nelle 24h successive l'intervento. Un unico paziente è stato emotrasfuso (1U). Non ci sono stati casi di sindrome post-TURP. All'ultimo follow-up effettuato a distanza di 46-66 mesi dall'intervento (follow-up medio 56 mesi) l'IPSS è passato da un valore medio pre-intervento di 21,2 (range 9-35) a un

valore di 3,83 (range 0-8) con una riduzione dell'81,9%; l'IIEF-5 medio è passato da un valore di 13.18 (range 1-24) a un valore di 14,25 (range 2-25) con un aumento dell'8,1%. Il QOL è passato da un valore medio di 3,63 (range 3-6) a un valore di 0,41 (range 0-2) con una riduzione dell'88,71%. Il Qmax medio pre-intervento di 8,5ml/sec (range 3,8-13,9) è passato ad un valore medio di 18,21ml/sec (range 10,6-33) con un aumento del 114,23%; il residuo post-minzionale medio pre-intervento di 38,96ml (range 0-227ml) è passato ad un valore medio di 6 ml (range 0-36,5ml) con una riduzione dell'84,6%.

**CONCLUSIONI:** Il trattamento endoscopico con resettore bipolare di adenomi prostatici con volumi maggiori di 80ml ha mostrato buoni risultati in termini di sicurezza ed efficacia a distanza di 5 anni dall'intervento. La TURP può essere considerata, secondo la nostra esperienza, un trattamento di prima scelta per voluminosi adenomi prostatici.

### C57

#### **VALUTAZIONE DELLA FATTIBILITA' DELL'ENUCLEAZIONE ENDOSCOPICA DELLA PROSTATA CON RESETTORE BIPOLARE: PRESENTAZIONE DELLA NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE**

**De Rienzo Gaetano \*, Giocoli Nacci Gianfranco \*, Chiarulli Elisabetta Francesca \*, Pagliarulo Vincenzo \*, Salerno Annamaria \*, Pagliarulo Arcangelo \***

*\*Sezione di Urologia e Andrologia, Dipartimento delle Emergenze e Trapianti di Organi (DETO), Università degli Studi di Bari "A.Moro"*

**Background** La TURP per il trattamento dell'ostruzione da ipertrofia prostatica benigna è attualmente condotta nella maggior parte dei centri italiani con resettore bipolare. Essa, inoltre, è stata recentemente affiancata da metodiche di chirurgia mininvasiva che prevedono l'uso del laser, dotato di possibili vantaggi in termini di riduzione del sanguinamento e accorciamento dei tempi di degenza.

L'enucleazione laser della prostata con laser a olmio (HOLEP), inoltre, ha mostrato efficacia terapeutica paragonabile alla adenomectomia prostatica, con riduzione dei rischi di sanguinamento e annullamento della disfunzione erettile secondaria alla chirurgia. Scopo del nostro lavoro è valutare la fattibilità dell'enucleazione prostatica dell'adenoma prostatico mediante l'uso del resettore bipolare, seguendo una procedura chirurgica simile alla HOLEP.

**Materiali e Metodi** Da giugno a luglio 2013 abbiamo



eseguito 6 enucleoresezioni bipolari della prostata. Per la valutazione di fattibilità della tecnica abbiamo selezionato prostate non superiori a 100ml. Tutti i pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con uroflussometria e questionario di valutazione dei sintomi IPSS.

Per l'esecuzione della procedura è stato utilizzato il resettore bipolare Gyrus Acmi/Olympus, montato in una camicia ad irrigazione continua tipo Iglesias 26 Fr Storz. I pazienti sono stati valutati a 3 e 6 mesi con questionario di valutazione sintomatologica IPSS e uroflussometria.

A 3 e 6 mesi è stata valutata la continenza.

**Risultati** Il volume medio delle prostate sottoposte a enucleoresezione è stato di 78,5ml (range 65-100ml). Le perdite ematiche e la degenza postoperatoria sono state le seguenti:

PZ	VOL (ml)	HB preoperatoria (g/dl)	HB in prima giornata PO (g/dl)	Degenza postoperatoria
1	65	12,2	11,5	3
2	68	14,3	14,2	3
3	85	14,8	13,2	3
4	100	13,0	11,0	4
5	80	13,6	12,7	2
6	73	15,0	14,5	2

I risultati funzionali a 3 e 6 mesi sono stati i seguenti:

PZ	VOL (ml)	IPSS preop.	IPSS 3 mesi	IPSS 6 mesi	Qmax preop	Qmax 3 mesi	Qmax 6 mesi	Continanza 3 mesi	Continanza 6 mesi
1	65	25	6	7	4	16	21	Ok	Ok
2	68	19	12	3	12	24	22	Urgenza (1 pad)	ok
3	85	24	3	0	6	23	20	Ok	Ok
4	100	-- (cat)	5	2	-- (cat)	18	24	Sforzo (2 pad)	Ok
5	80	17	2	1	2	32	30	Ok	Ok
6	73	20	2	2	9	14	20	Ok	Ok

Cat= dato non calcolabile perchè paziente portatore di catetere a permanenza; Ok= paziente completamente continente; Urgenza= paziente affetto da incontinenza da urgenza; Sforzo= paziente affetto da incontinenza da sforzo.

In 2 pazienti è stata riscontrata incontinenza nel postoperatorio. In un caso si trattava di incontinenza da urgenza, che è stata risolta prontamente con l'impiego di ossibutinina. Nel secondo caso di incontinenza

da sforzo, che è regredita spontaneamente e completamente a 6 mesi dall'intervento.

**Conclusioni** In base ai risultati della nostra esperienza l'enucleazione endoscopica della prostata può essere adeguatamente condotta mediante l'uso del resettore bipolare. Questa tecnica è fattibile e potrebbe rappresentare un'evoluzione della resezione endoscopica tradizionale, in grado di migliorare questa procedura ed estenderne le indicazioni a volumi ghiandolari maggiori.

### C58 MULTIMODAL FIBEROPTIC BASED SPECTROSCOPIC APPROACH FOR THE DETECTION OF BLADDER TUMORS

**Suresh Anand,a,\* Riccardo Cicchi,b,a Alfonso Crisci,c Gabriella Nesi,c Marco Carini,c Francesco S. Pavone a,b,d**

<sup>a</sup>European Laboratory for Non-Linear Spectroscopy (LENS), University of Florence, Via Nello Carrara, 1 - 50019, Sesto Fiorentino, Italy;

<sup>b</sup>National Institute of Optics, National Research Council (INO-CNR), Largo Enrico Fermi 6 - 50125, Florence, Italy;

<sup>c</sup>Division of Urology, Department of Surgical and Medical Critical Area, University of Florence, Florence, I-50100, Italy

<sup>d</sup>Department of Physics, University of Florence, Via Giovanni Sansone 1 - 50019, Sesto Fiorentino, Italy;

The current diagnostic standard for detection of bladder tumors is standard white light cystoscopy. The major concerns related to cystoscopy include its invasive, causes discomfort to the patient and also misses flat tumors (carcinoma in situ). In order to address these limitations we propose to use different optical techniques based on fluorescence and Raman spectroscopies to obtain complementary for the detection of bladder tumors. In addition spectroscopic techniques offer the advantage of being minimally invasive, real time and quantitative. We used fluorescence excitation at two distinct wavelengths, 378 and 445 nm to find out the differences in fluorophores inherent to the tissue such as nicotine amide adenine dinucleotide and flavin adenine dinucleotide. The relative abundance of these fluorophores changes when tissue progress towards the state of malignancy. Considerable differences were observed in the wavelength range between 520 and 650 nm of the emission spectra. Raman spectroscopy yields biochemical spectral fingerprints typical of normal and tumor tissues. The advantage

of Raman spectroscopy is that it provides spectral signatures which are unique for each molecule. Our preliminary results on freshly excised bladder biopsies show that combining two different spectroscopic techniques yielded a sensitivity and specificity of about 77 and 80% respectively. If implemented in endoscopy, this method has the potential to improve clinical diagnostic capabilities on bladder lesions, as well as to non-invasively determine the tumor grade.

### C59

#### IL TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLA LITIASI URINARIA NEI PAZIENTI MIELOLESI

**Alessandro Iannetti, Vito Palumbo, Paolo Beltrami, Laura Bettin, Andrea Guttilla, Claudio Valotto, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Oncologiche, Chirurgiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*

**INTRODUZIONE** La calcolosi urinaria è una patologia frequente nelle persone con lesioni del midollo spinale. Spesso di grosse dimensioni ed associata ad infezioni urinarie, il suo trattamento presenta difficoltà chirurgiche ed anestesologiche particolari: la spasticità eventualmente presente può creare problemi nel posizionamento del paziente; la frequente associazione con infezioni delle vie urinarie aumenta il rischio di complicanze infettive post-operatorie; le alterazioni neurologiche della vescica e dell'alta via escrettrice rendono difficoltosa l'espulsione di eventuali frammenti residui; infine la disriflessia autonoma rende impegnativa la gestione cardio-respiratoria intra- e post-operatoria.

Lo scopo dello studio è quello di valutare l'efficacia e la sicurezza delle tecniche endourologiche nel trattamento della calcolosi urinaria nei pazienti mielolesi.

**MATERIALI E METODI** Riportiamo la nostra esperienza sui 6 pazienti trattati tra il dicembre 2009 e il dicembre 2012 con lesione del midollo spinale in esiti di traumatismo stradale, di età compresa tra i 26 e 60 anni. Quattro di loro presentavano una calcolosi renale, uno di loro una calcolosi reno-ureterale e il sesto una calcolosi vescicale. Tutti i pazienti hanno eseguito un'indagine contrastografia (URO-TC o urografia) preliminare per visualizzare la morfologia della via escrettrice e quindi pianificare la strategia endourologica. Il follow-up delle singole procedure è stato effettuato mediante radiografia dell'addome in bianco ed ecografie. Sono state effettuate 6 litotriessie percutanee (PCNL), 9 trattamenti retrogradi

intrarenali (RIRS), in un caso era presente anche un calcolo ureterale ed un'asportazione endoscopica di calcolosi vescicale.

**RISULTATI** Il Paziente 1, l'unico con calcolosi vescicale, ha richiesto un unico trattamento endoscopico per ottenere una completa bonifica della calcolosi. Il Paziente 2 è stato completamente bonificato per una calcolosi renale destra con un'unica PCNL nel 2009 e a distanza di 3 anni, per una calcolosi bilaterale recidiva, con 2 RIRS a destra e due a sinistra. Il Paziente 3 ha richiesto 3 trattamenti retrogradi per un risultato completo. Il Paziente 4 con calcolosi renale bilaterale ha richiesto 1 trattamento retrogrado e una ESWL a sinistra e 3 trattamenti retrogradi ed una ESWL per il lato destro, dove residua un piccolo calcolo ai calici inferiori. Il Paziente 5 ha richiesto 2 PCNL, la prima delle quali interrotta per complicanze respiratorie in corso di intervento ed una RIRS di completamento. Il Paziente 6, con calcolosi renale bilaterale, è stato trattato con 1 trattamento percutaneo a sinistra e con 1 trattamento percutaneo e 2 trattamenti retrogradi a destra, ottenendo una bonifica completa.

Per quanto riguarda le complicanze maggiori, il Paziente 2 è stato ricoverato d'urgenza per shock settico circa 4 settimane dopo un trattamento retrogrado intrarenale; il Paziente 5 ha richiesto il supporto intensivo e un trattamento broncoscopico per un'insufficienza respiratoria acuta da polmonite bilaterale insorta dopo il trattamento percutaneo; il Paziente 6 ha richiesto il supporto intensivo per un rialzo della troponinemia con alterazioni ecocardiografiche dopo una procedura percutanea.

**CONCLUSIONI** Il trattamento endourologico della calcolosi urinaria nei pazienti tetraplegici risulta efficace ma necessita di un'adeguata esperienza endourologica e di una equipe coordinata per il supporto intensivo e semi-intensivo nella gestione delle eventuali complicanze post-operatorie.

### C60

#### TRATTAMENTO ENDOSCOPICO COMBINATO ANTEROGRADO E RETROGRADO DEI TRAUMI E DELLE STENOSI SERRATE DELL'URETRA. NOTE DI TECNICA

**Andrea Guttilla, Laura Bettin, Vito Palumbo, Alessandro Crestani, Fabio Zattoni, Massimo Iafrate, Paolo Beltrami, Filiberto Zattoni**

*Clinica Urologica – Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche – Università degli Studi di Padova*



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

**INTRODUZIONE** I traumi dell'uretra presentano ancora oggi controversie sulle modalità e tempi di intervento. In genere 3 sono gli approcci più utilizzati: riparazione immediata da eseguirsi entro 2 giorni dalla rottura dell'uretra con riallineamento chirurgico o anastomosi termino-terminale; riparazione dilazionata con riallineamento endoscopico o anastomosi chirurgica termino-terminale entro 2 settimane dal trauma; riparazione tardiva 3 o più mesi dopo il trauma. In genere l'approccio più frequentemente impiegato è quello tardivo, posizionando d'urgenza una epicistostomia e riservando l'intervento ricostruttivo quando il quadro clinico del trauma si sia stabilizzato. Riportiamo la nostra esperienza di trattamento endoscopico combinato di riallineamento in 3 casi di trauma complesso dell'uretra e, con la stessa tecnica, di un caso di stenosi serrata uretrale.

**MATERIALI E METODI** Sono giunti alla nostra osservazione negli ultimi 4 anni 3 pazienti con trauma complesso dell'uretra e un caso di stenosi completa dell'uretra bulbare. I 3 pazienti con rottura traumatica dell'uretra (uno di 58, uno di 43 e l'altro di 39 anni) presentavano anche plurime lesioni ossee, tra cui fratture multiple del bacino, in seguito a trauma sul lavoro. Verificata la lesione uretrale, in particolare il distacco del blocco prostatico-vescicale in due casi ed una rottura quasi completa dell'uretra posteriore nel terzo, erano stati trattati d'urgenza con il posizionamento di una cistostomia sovra pubica e venivano trasferiti presso il nostro reparto in un tempo medio di una settimana (2-14 giorni). Il quarto paziente è un giovane di 23 anni con storia di stenosi dell'uretra bulbare da causa sconosciuta, plurirecidiva, con ripetuti episodi di ritenzione acuta d'urina e, in seguito ad impossibilità alla cateterizzazione, era stato sottoposto temporaneamente a posizionamento di epicistostomia. La tecnica di canalizzazione uretrale combinata prevede l'impiego di un cistoscopio o ureteroscopia flessibile per via sovrapubica e di un cistoscopio rigido per via transuretrale. Dopo la rimozione del catetere cistostomico e dilatazione del tramite viene introdotto lo strumento flessibile e si accede, attraverso il collo vescicale, all'uretra posteriore fino alla lesione. Un secondo operatore procede con una ureterosopia retrograda, a raggiungere la soluzione di continuo o la stenosi serrata. Introdotta quindi una guida attraverso lo strumento flessibile sovrapubico si recupera l'estremità della stessa e la si porta al meato uretrale esterno. Su tale guida si posiziona un catetere vescicale.

**RISULTATI** Due pazienti con lesione uretrale una volta rimosso il catetere hanno ripreso delle minzioni

spontanee con mitto valido e con un trascurabile ristagno, in un caso dopo alcuni episodi di ritenzione urinaria. L'altro paziente pur mantenendo un'uretra pervia ha sviluppato una vescica neurologica che necessita tuttora (follow-up di circa 3 anni) di cateterismo intermittente. Il paziente con stenosi serrata dell'uretra a distanza di 6 mesi dalla rimozione del catetere presenta minzioni spontanee, valide e con assenza di ristagno postminzionale.

**CONCLUSIONI** Abbiamo descritto questa tecnica, che risulta di semplice attuazione e può essere impiegata come prima strategia terapeutica nei traumi dell'uretra posteriore. L'allineamento precoce dell'uretra per via endoscopica combinata evita un intervento chirurgico e, come riportato in letteratura, non controindica un trattamento di seconda linea in caso di insorgenza di una successiva stenosi dell'uretra.

## C61

### **TRANSURETHRAL ADENOMA ENUCLEATION'S IN SALINE BUTTON ELECTRODE (B -TUEP) WITH GYRUS PK SYSTEM FOR THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA. RUA'S PRELIMINARY EXPERIENCE**

1. Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti
2. Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy  
RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy

**INTRODUCTION** The morbidity of transurethral resection of the prostate requires new equipment and technique.

We evaluated our results with Transurethral in saline Enucleation with Button electrode (TUEP-B) for the treatment of bladder outlet obstruction (BOO) due to benign prostatic hyperplasia (BPH).

**MATERIALS and METHODS** Between July 2011 to March 2012, one urologist, performed 50 Transurethral in saline Enucleation with Button electrode (TUEP-B) with Gyrus PK system for the treatment of BOO due to BPH. The average age of the patients was 71 years (range 58-84 yrs) . The preoperative investigation protocol included digital rectal examination, Prostatic Specific Antigen (PSA), International Prostate symptom Score (IPSS), IIEF-5, Quality of Life (QOL), Uroflowmetry with post-voiding residual urinary volume (PVR) and transrectal ultrasonography assessing prostate volume. The aim of this study was to evaluate Qmax's improvement, and, in second time,

to evaluate the change in IPSS, IEFF-5, QOL, PSA, PVR, Prostate weight e HB. Intraoperatively, we evaluated total B-TUEP time, including total enucleation's and resection's time and prostate's and adenoma's weight. Following surgery, we evaluated bladder irrigation's time, catheterization's time, RUA post B-TUEP, hospital's stay and any emergency after the surgery within 30 days.

The follow up was performed after one month from the surgical procedure and then every 3 months, with PSA and HB dosage, IPSS, IEFF-5, QOL, Uroflowmetry with PVR. Postoperatively, TRUS was performed 6 months.

**RESULTS** All patients have a period of 12 months of follow-up.

After three months the patients (82%) had an improvement of  $Q_{max} > 15 \text{ ml/sec} < 25 \text{ ml/sec}$ , ( $p < 0,001$ ). After six months they had an improvement in 80% ( $p < 0,001$ ) and after twelve months in 77,2% ( $p < 0,001$ ), respectively.

All end point have an improvement compared to the baseline ( $p < 0,001$ ). The Hb no change pre and after the operation surgery ( $p < 0,1$ ).

The resection time was minor than 40 minutes in 34 pts (68%), less than 75 minutes in 14 pts (28%) and more than 75 min in 2 pts (4%).

The bladder irrigation time was between 24h and 36h in about 80% (40 pts). In 14% of pts we had haematuria and clot retention and only one pts (2%) was necessary a second look endoscopy. The hospitalization time was less than 48 hour in 74% and minor than 72 hours in 74% and 12% of patients respectively.

In 6% of pts we had a new readmission in hospital for haematuria with RUA.

We had no urinary incontinence

After six months we had 2 pts with urinary obstruction and in second time we performed a TUIP.

**CONCLUSIONS** Transurethral in saline Enucleation with Button electrode (B-TUEP) with Gyrus PK system for Bladder Outlet Obstruction (BOO) caused by Benign Prostate Hypertrophy (BPH) is a rapid and safety technique, showing optimal outcomes.

## C62

### TUR-P "SEMINAL-SPARING": GOLD STANDARD PER LA DISOSTRUZIONE NEL GIOVANE?

**Pietro Saldutto, Stefano Masciovecchio, Vikiela Galica, Elona Toska, Daniela Biferi, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini**

*(Università degli Studi dell'Aquila, S.S. Urologia-Direttore Prof. C. Vicentini)*

**INTRODUZIONE** La condizione di ostruzione prostatica benigna (BPO) può manifestarsi anche nel giovane. È ben noto come l'ipertrofia prostatica benigna (IPB) sia un processo "età-correlato", tuttavia alcune situazioni cliniche quali la malattia del collo e le cisti intraprostatiche a ridosso del collo possono determinare ostruzione del basso tratto urinario e sono di frequente riscontro negli uomini di età inferiore ai 50 anni. Abbiamo valutato nel nostro studio la possibilità di ottenere una disostruzione prostatica "seminal-sparing" ovvero preservando l'eiaculazione anterograda.

**MATERIALI E METODI** Da gennaio 2012 a dicembre 2013, sono stati arruolati nel nostro studio 22 pazienti (età media 41 anni range 22-47) affetti da BPO. Tutti i pazienti erano sessualmente attivi in assenza di disfunzioni erettive o eiaculatorie. Tutti i pazienti avevano manifestato, al momento della decisione chirurgica, la volontà di poter mantenere una funzionalità sessuale completa e performante, che non venisse condizionata dall'intervento chirurgico endoscopico. La resezione è stata eseguita incidendo dapprima il collo vescicale alle ore 6, poi la porzione anteriore ad ore 12, lasciando integri i lobi prostatici ottenendo una cavità con conformazione della ad "8".

**RISULTATI** In nessuno degli interventi chirurgici eseguiti si sono verificate complicanze peri e post-operatorie. Il tempo chirurgico medio è stato di 22 minuti (range 16-31). Tutti i pazienti, al follow up annuale, hanno riferito preservazione dell'eiaculazione anterograda. Contestualmente ad un miglioramento dei parametri uroflussometrici.

**CONCLUSIONI** La nostra esperienza evidenzia che in pazienti giovani affetti da BPO, può essere eseguito un intervento disostruttivo mini-invasivo "seminal-sparing" che risulta efficace dal punto di vista terapeutico pur non influenzando sulla funzionalità eiaculatoria.



### C63

#### IS WHICH OF FALSE POSITIVE BLADDER LESION'S INCIDENCE FOLLOWING NBI CYSTOSCOPY? PRELIMINARY EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE.

**Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti**

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

*RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy*

**INTRODUCTION** NBI cystoscopy provided a much better view of UCs than conventional WLI cystoscopy: with NBI the vasculature appears dark green or black against the almost white normal urothelium, whereas with WLI these lesions appear red on a background of pink normal urothelium. NBI cystoscopy provided a much clearer view of papillary tumours, in particular their delicate capillary architecture, than with WLI cystoscopy. NBI better defined the margins of lesions with surrounding normal-appearing mucosa.

The aim of this study was to evaluate the false positive bladder lesion's NBI cystoscopy rate than WL false positive bladder lesion's cystoscopy rate.

**MATERIALS AND METHODS** From June 2010 to April 2012, 797 consecutive patients, male and female, affected by primitives or recurrences or suspicious non-muscle invasive bladder tumours, underwent WL plus NBI cystoscopy and following to WL Bipolar Gyrus PK TURBT. The average follow-up was at 24 (16-38) months.

Indication of suitability for TURBT was provided on the basis of the EAU Guideline 2010. All patients provided written informed consent prior to the study. All procedures were carried out initially by performing a cystoscopy with white light. The characterization of the sites, including the number, size and appearance of the neoplasms, were recorded on a topographic bladder map. At this a cystoscopy with NBI was carried out to confirm what had been seen in the white light examination, and to report suspicious areas with NBI light. These, too, were recorded on the topographic bladder map. All endoscopic resections were performed with an Gyrus PK scalpel, bipolar generator (Olympus, Tokyo, Japan). Resection of each lesion was carried out with white light, whilst a resection of surgical margins was performed along with the bed of surgical resection using only NBI light, which was sent separately

with a sequence number identifying them. All histopathological evaluations were performed by a single pathologist based on the 2004 WHO classification.

The follow-up was performed in according to the EAU Guide lines 2010. During the follow-up, all procedures were always performed by the same urologists who had performed the initial TURBT, after the initial assessment of the topographic map where they were shown the location of the tumours detected in white light or in NBI light.

**RESULTS** In our experience, in 797 patients, before WL cystoscopy, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate of 75,65% (603 pts.). Following NBI cystoscopy we observed an overall increased suspicious bladder lesions detection rate of 37,89% (190 pts.). Overall false positive detection rate was 35,75% (285 pts.)

In the positive oncological specimens before WL TURBT group, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate by 64,24 % (512 pts), with an overall increased NBI suspicious bladder lesions, visible lesions only before NBI cystoscopies, detection rate by 12,42% (99 pts.) and an overall false positive rate by 11,91 % (95pts).

Overall false positive detection rate was 35,75% (285 pts.); of those overall false positives visible lesions only before NBI cystoscopies, were 11,91 % (95 pts) . Regarding to STATUS, FOCALITIES and DIMENSIONS increased false positive visible lesions only before NBI cystoscopy detection rate are showed in table 1 (Table 1)

**TABLE 1**

Neoplasms (pts)	WL Cystoscopy FALSE POSITIVE detection rate (%)	Increased NBI FALSE POSITIVE Cystoscopy NBI detection rate (%)
PRIMITIVE	146 (51,2%)	45 (15,7%)
RECURRENCE	44 (8,59%)	50 (17,54 %)
UNIFOCAL (pts)	90 (31,57%)	81 (28,42%)



MULTIFOCAL (pts)	<b>100</b> <b>(35,08%)</b>	<b>14</b> <b>(4,91%)</b>
< 3 cm (pts)	<b>176</b> <b>(61,75%)</b>	<b>75</b> <b>(26,3%)</b>
> 3 cm (pts)	<b>24</b> <b>(8,42%)</b>	<b>10</b> <b>(3,50%)</b>

**DISCUSSION** Overall false positive detection rate was 35,75% (285 pts.); of those overall false positives visible lesions following NBI and WL cystoscopies were 11,91 % (95 pts) and 23,83% (190 pts) , respectively.

**C64**  
**CAN NBI CYSTOSCOPY'S USE INCREASE THE ABILITY TO DETECT NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER NEOPLASMS? PRELIMINARY EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE.**

**Roberto Giulianelli, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Barbara Cristina Gentile, Davide Granata, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti**

*Division of Urology - Villa Tiberia Clinic- Rome- Italy*  
*RUA- Nuova Villa Claudia- Rome- Italy*

**INTRODUCTION** Bladder cancer remains an important and hard to treat pathology in modern urology, as it is considered the most expensive tumour with regard to both costs per patient per year, as well as lifetime costs per patient. Up to 70% of patients with NMIBC will develop a recurrence after the TURBt . The purpose of this study was to evaluate how the use of preoperative NBI cystoscopy respect to the WL cystoscopy, related to pT and the grading after TURBT, increases our predictive power of identifying non-muscle invasive bladder lesions

**MATERIALS AND METHODS** From June 2010 to April 2012, 797 consecutive patients, affected by primitives or recurrences or suspicious non-muscle invasive bladder tumours, underwent WL plus NBI cystoscopy and following to WL Bipolar Gyrus PK TURBT. The average follow-up was at 24 (16-38) months.

Indication about use of TURBt was performed in agreement to the EAU Guideline 2010. The characterization of the sites, including the number, size and appearance of the neoplasms, were recorded on a topographic bladder map. Before we performed a cystoscopy with white light and after with NBI light. All endoscopic resections were performed with an Gyrus PK scalpel, bipolar generator (Olympus, Tokyo,

Japan). Resection of each lesion was carried out with white light, whilst a resection of surgical margins was performed along with the bed of surgical resection using only NBI light, which was sent separately with a sequence number identifying them. All histopathological evaluations were performed by a single pathologist based on the 2004 WHO classification.

The follow-up was performed in according to the EAU Guide lines 2010. During the follow-up, all procedures were always performed by the same urologists who had performed the initial TURBT, after the initial assessment of the topographic map where they were shown the location of the tumours detected in white light or in NBI light.

**RESULTS** In our experience, in 797 patiens, before WL cystoscopy, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate of 75,65% (603 pts.). Following NBI cystoscopy we observed an overall increased suspicious bladder lesions detection rate of 37,89% (190 pts.). Overall false positive detection rate was 35,75% (285 pts.)

In the positive oncological specimens before WL TURBT group, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate by 64,24 % (512 pts), with an overall increased NBI suspicious bladder lesions, visible lesions only before NBI cystoscopies, detection rate by 12,42% (99 pts.) and an overall false positive rate by 11,91 % (95pts).

About to **pT (Ta, T1 and CIS)** , in WL positive cystoscopy group, with positive oncological specimens following WL TURBT, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate by 65,23% (334 pts). In this group , after NBI cystoscopy we observed an overall suspicious bladder lesions, not visible in WL cystoscopy, increased detection rate by 16,61% (85 pts). In Ta, T1 and CIS groups, following NBI cystoscopy, we observed an increased detection rate of 9,37%, 4,29% and 2,76% respectively.

Table 1)

Neoplasms (pts)	Cystoscopy WL pts (%)	Increased detection rate plus Cystoscopy NBI pts (%)
<b>Ta</b>	<b>226</b> <b>(44,14%)</b>	<b>48</b> <b>(9,37%)</b>
<b>T1</b>	<b>120</b> <b>(23,43%)</b>	<b>22</b> <b>(4,29 %)</b>
<b>CIS</b>	<b>12</b> <b>(2,76%)</b>	<b>5</b> <b>(0,97%)</b>



About to **GRADING (PUNMPL, LG, HG)**, we observed an overall suspicious bladder lesions detection rate 64,24% (512 pts). In this group, before NBI cystoscopy we observed an overall suspicious bladder lesions, not visible in WL cystoscopy, increased detection rate of 19,33% (99 pts). In PUNMPL, LG, HG groups, following NBI cystoscopy, we observed an increased detection rate by 3,32%, 6,83% and 8,78% respectively.

**Table 2)**

Neoplasms (pts)	Cystoscopy WL pts (%)	Increased detection rate plus Cystoscopy NBI pts (%)
<b>PUNMPL</b>	<b>62 (12,1%)</b>	<b>17 (3,32%)</b>
<b>LG</b>	<b>166 (32,42%)</b>	<b>35 (6,83%)</b>
<b>HG</b>	<b>187 (36,52%)</b>	<b>45 (8,78 %)</b>

**CONCLUSIONS** NBI cystoscopy increased suspicious bladder lesions, not visible in WL, overall detection rate more in HG lesions (8,78 %, 45 pts) than LG lesions (6,83%, 35 pts). In pT group, NBI cystoscopy increased overall detection rate in pTa, pT1 and CIS pts. about 9,37%, 4,29% and 0,97%, respectively. Regarding to High Risk (H.R.) lesions group (T1HG, CISHG and TaHG) we observed that NBI cystoscopy increased suspicious bladder lesions, not visible in WL, detection rate by 16,20% (35 pts).

### C65

#### **SISTEMA BIPOLARE PLASMA CINETICO (GYRUS ACMI®): SICUREZZA DELLA RESEZIONE DELL'OSTIO URETERALE**

**Stefano Masciovecchio, Pietro Salduetto, Elona Toska, Vikiela Galica, Daniela Biferi, Cristian Cicconetti, Giovanni Giovanditti, Giuseppe Paradiso Galatioto, Carlo Vicentini**

*(Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di medicina clinica, sanità pubblica, scienze della vita e dell'ambiente, S.S. urologia P.O. "G.Mazzini" - Teramo; Direttore: Prof. Carlo Vicentini)*

**Introduzione:** Nella resezione dei tumori vescicali può rendersi necessaria la resezione dell'ostio

ureterale. L'esecuzione di tale manovra presenta il rischio di sviluppare complicanze come la stenosi dell'ostio ureterale o il reflusso vescico-ureterale. L'obiettivo del nostro lavoro è stato quello di valutare lo sviluppo di tali complicanze, anche a lungo termine, dalla resezione dell'ostio ureterale mediante sistema bipolare plasmacinetico (Gyrus ACMI®).

**Materiale e Metodi:** Nel periodo compreso fra Dicembre 2011 e Dicembre 2013 sotto state eseguite 39 resezioni di neoformazioni vescicali, isolate o multiple, coinvolgenti direttamente o indirettamente l'ostio ureterale mediante resettore Gyrus ACMI®. Tutti gli interventi sono stati eseguiti dallo stesso operatore. Ogni paziente (pz) è stato sottoposto a valutazione ematochimica della funzionalità renale, a valutazione morfologica del sistema escretorio tramite Rx-urografia o uro-T.C. e ad uretrocistoscopia prima dell'intervento. Inoltre è stato eseguito follow-up con uretrocistoscopia (sec. guidelines EAU), con eco reni eseguito nell'immediato post-operatorio e mensilmente nei primi 3 mesi dall'intervento e con Rx-cistografia a distanza di 6 mesi dalla resezione.

**Risultati:** Trentadue pz presentavano dilatazione calico-pielica da ostruzione neoplastica dell'ostio ureterale, in tutti i casi risolta con l'intervento. Dopo la resezione sono stati rilevati solo 2 casi di idronefrosi ex-novo evidenziati ad 1 mese dall'intervento risolti ricanalizzando il neo-ostio tramite metodica combinata anterograda trans-nefrostomica ed endoscopica trans-uretrale seguita da posizionamento di stent ureterale D-J con completo ripristino della pervietà ostiale. Nessun quadro clinico riconducibile a reflusso vescico-ureterale di grado elevato è stato documentato a 6 mesi.

**Conclusioni:** Il sistema bipolare plasmacinetico offre, secondo la nostra esperienza, in mani esperte, alto livello di sicurezza nella resezione di neoformazione vescicali coinvolgenti l'ostio ureterale. Tale metodica è gravata, infatti, da scarse e reversibili complicanze (stenosi dell'ostio ureterale e reflusso vescico-ureterale).

## C66

### BIPOLARGYRUSPKSCALPELWITHCUTTINGPOWER OF 120 WATTS COMPARED TO THE STANDARD POWER OF 180W IN TURP, RANDOMIZED STUDY

**Roberto Giulianelli, Barbara Cristina Gentile, Luca Albanesi, Francesco Attisani, Luca Mavilla, Gabriella Mirabile, Francesco Pisanti, Manlio Schettini, Giorgio Vincenti**

*Division of Urology – Nuova Villa Cluadia Clinic- Rome-Italy*

**INTRODUCTION** Morbidity of transurethral resection of prostate requires changes of standard equipment and technique. Recently the TURIS-plasma resection technique, which Olympus Gyrus PK generator, was introduced in clinical practice. We Evaluated our over results by comparing the data obtained in the group that used a generator Gyrus PK to a cutting current standard (180 watt) vs. those obtained from a group which has instead used a lower cutoff current (120 watts), in the treatment of bladder obstruction (BOO) in pts with benign prostatic two hyperplasia (BPH).

**MATERIALS AND METHODS** Between June 2012 to June 2013, the RUA's urologists, performed 140 Trans Urethral Prostate Resections in saline using Olympus Gyrus PK for the treatment of BOO due to BPH. The choice for randomization was 1:1. All procedures were performed by urologists over 500 Endoscopic resection procedures (RG, BCG and LA). The average age of the patients was 71,5 yrs (range 54-89 yrs) and medium follow-up 13 months (range 19-7 mo.) . The pre-operative investigation was: *digital rectal examination (DRE)*, Prostatic Specific Antigen (*PSA*), International Prostate symptom Score (*IPSS*), Quality of Life (*QOL*), urine culture, *uroflowmetry* with post-voiding residual urinary volume (*PVR*) and transrectal ultrasonography assessing *prostate volume*. During surgery, we evaluated total Bipolar TURP time, including total resection's time and prostate's and adenoma's weight. Before surgery, we evaluated Hb dosage, bladder irrigation's time, catheterization's time, RUA post B-TUEP, hospital's stay and < 30 days in hospital patient readmission's.

Patients were assessed after 30 days from the surgical procedure and then every 3 months, using PSA and HB dosage, IPSS, IEFF-5, QOL, Uroflowmetry with PVR. The patients were evaluated after 6 and 12 months using TRUS (to evaluate residual prostate volume).

## RESULTS

180 ww	baseline	30 day	3 month	6 month	9 month	12 month
IPSS	23 ± 2,3	12 ± 2,0	6,2 ± 0,8	6,0 ± 1,0	6,0 ± 1,0	6,0 ± 1,0
Qol	4,4 ± 0,6	2,1 ± 0,9	1,7 ± 0,3	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5
IEFF-5	12 ± 2,0	17 ± 2	18 ± 2	19 ± 2	19 ± 2	19 ± 2
Qmax (ml/sec)	4,7 ± 2,8	15,8 ± 2,8	20,2 ± 1,8	20,7 ± 2,1	20,7 ± 2,1	20,7 ± 2,1
RPM (ml)	112 ± 20	35 ± 5	15 ± 5	10 ± 5	10 ± 5	10 ± 5
Prostate weight	38,9 ± 12,1			15,6 ± 2,4		15,6 ± 2,4
Hb (gr/dl)	14,1 ± 0,4	13,1 ± 1,9	14,4 ± 0,3	14,6 ± 0,3	14,6 ± 0,3	14,6 ± 0,3

120 w	baseline	30 day	3 month	6 month	9 month	12 month
IPSS	22,4 ± 1,6	8,1 ± 0,9	6,6 ± 0,4	6,2 ± 0,8	6,2 ± 0,8	6,2 ± 0,8
Qol	4,1 ± 0,9	1,6 ± 0,4	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5
IEFF-5	14 ± 3	17 ± 2	19 ± 2	19 ± 2	19 ± 2	19 ± 2
Qmax (ml/sec)	5,0 ± 2,7	18,2 ± 2,7	20,7 ± 2,4	20,6 ± 2,1	20,6 ± 2,1	20,6 ± 2,1
RPM (ml)	95 ± 10	10 ± 5	10 ± 5	10 ± 5	10 ± 5	10 ± 5
Prostate weight (gr)	35,6 ± 14,7			14,8 ± 3,2		14,8 ± 3,0
Hb (gr/dl)	14,1 ± 0,4	13,6 ± 1,2	14,0 ± 1,3	14,0 ± 1,2	14,0 ± 1,0	14,0 ± 1,0

Before surgery we observed in 180 watt group a Total Adenoma's Resection Time (TART) > 20 min in 15 patients, >20 < 40 min in 47 pts and only 2 pts > 40 min thus in 120 watt group > 20 min in 10 patients, >20 < 40 min in 49 pts and only 11 pts > 40 min.

We have not observed between the two groups important difference between the pre-and post-operative Hb value ( 13.1 ± 0.3 vs 12.9 ± 0.5), the same time of catheterization ( ± 36 vs 36 ± 4h 8h). All patients were discharged from the hospital within 48 h after surgery, two patients in the group at 180 watts, who presented AUR, we performed a re- catheterization. In 2 patients in the group at 180 watts within 30 days was required for admission episode of hematuria with clots, whereas none of the group to 120 watts. No patient required transfusion in the post-operative use. At 6 months, no patient was subjected to second-look endoscopic BOO in the group that used 120 watts, while in the group at 180, it was necessary in two.

**CONCLUSIONS** In our experience the use of the Gyrus PK generator to a power cut than recommended, allowed to obtain functional results statistically similar



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

to those obtained with the standard power, but in the short postoperative period, after 30 days, a minor irritative symptoms (IPSS  $8.1 \pm 0.9$  vs  $12 \pm 2.0$ ) and a better quality of life (QOL  $1.6 \pm 0.4$  vs  $2.1 \pm 0.9$ ) reported by patients.

## C67 NOSTRA ESPERIENZA NELLA CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA CON ESAMINOLEVULINATO NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DELLE NEOPLASIE SUPERFICIALI DELLA VESCICA.

**M. Poggio, S. Grande, M. Cossu, G. Cattaneo, C. Fiori, M. Manfredi, N. Serra, F. Porpiglia**  
*S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino)*

**Introduzione:** La cistoscopia a fluorescenza (FC) con esaminolevulinato (HAL) è una procedura endoscopica di diagnosi fotodinamica, in grado di migliorare in maniera significativa l'identificazione delle lesioni vescicali rispetto alla cistoscopia a luce bianca (WLC). Presentiamo la nostra esperienza di impiego combinato di WLC con HAL-FC nella diagnosi e nel follow up delle neoplasie superficiali ad alto rischio della vescica.

**Metodi:** Da Gennaio 2007 a Settembre 2013 abbiamo sottoposto a cistoscopia combinata a luce bianca (WLC) e a fluorescenza con HAL (HAL-FC) 93 pazienti con sospetta prima diagnosi di tumore vescicale o in follow up per pregressa neoplasia vescicale superficiale ad alto rischio. Un'ora prima della procedura abbiamo instillato in vescica HAL 85 mg diluito in 50 ml di fisiologica. Prima è stata eseguita una WLC tradizionale, seguita da FC in luce blu. Abbiamo sottoposto a resezione tutte le lesioni sospette (202 biopsie) reperite in luce bianca e/o luce blu. In 12 casi abbiamo eseguito una FC semplice senza biopsie (WLC e HAL-FC entrambe negative).

**Risultati:** WLC ha evidenziato 126 lesioni sospette, con 56 casi negativi, FC invece 188 lesioni sospette, con 107 casi negativi. WLC ha trovato 75 tumori/displasie, mentre FC 64 tumori/displasie (+10 Cis). Delle 126 lesioni WLC+(FC+/FC-), 37 erano neoplasie, 23 Cis e 66 flogosi. Tra le 184 lesioni FC+ (WLC+/WLC): 42 erano neoplasie, 36 Cis e 106 flogosi. Le lesioni FC+/WLC-sono risultate 64: 20 sono risultate positive per tumore/displasia (12 Cis). Il guadagno diagnostico del gruppo FC è risultato superiore rispetto al gruppo WLC (31%), soprattutto nei confronti della diagnosi di Cis.

**Conclusioni:** HAL-FC è una procedura sicura ed efficace, utile nell'integrare WLC. Sicuramente risulta

utile approfondire il reale impatto della metodica, mediante un'approfondita analisi costi/benefici.

## C68 USO DELLA COLLA DI FIBRINA NEL TRATTAMENTO DELLA CISTITE EMORRAGICA SEVERA SUCCESSIVA A TRAPIANTO ALLOGENICO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE.

**Bove P., Iacovelli V., Tirindelli M.C., Flammia G., Sergi F., Cerretti R., Cudillo L., Picardi A., De Angelis G., Arcese W., Vespasiani G.**

**SCOPO DEL LAVORO:** I pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche sono particolarmente esposti al rischio di sviluppare una cistite emorragica con caratteristiche cliniche variabili dalla franca ematuria all'insufficienza renale. La cistite emorragica può ridurre notevolmente la qualità della vita divenendo, in taluni casi, intrattabile e letale per il paziente. Il trattamento della cistite emorragica non è stato ancora chiarito in maniera univoca. In questo studio prospettico, abbiamo usato colla di fibrina, un agente emostatico derivato dal plasma umano, per trattare 34 pazienti con cistite emorragica post-trapianto refrattaria alle terapie standard.

**MATERIALI E METODI:** Da Gennaio 2006 a Ottobre 2012, 1116 pazienti (249 bambini e 867 adulti) sono stati sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche presso il centro trapianti di Roma. Tra gli adulti, 554 hanno ricevuto un trapianto autologo senza sviluppare cistite emorragica. Dei 313 pazienti sottoposti a trapianto allogenico, 45 (14%) hanno sviluppato una cistite emorragica; in 34 casi di grado II o superiore (grado: II n=10, III n= 21, IV n=3). Tutti questi pazienti refrattari alla terapia convenzionale per cistite emorragica sono stati trattati con colla di fibrina. Attraverso un cistoscopio e un insufflatore di anidride carbonica si è ottenuta una pneumo-cistoscopia con pressione endovesicale costante di 12 mmHg. La colla di fibrina è stata diffusamente applicata sulle superfici ulcerate e sanguinanti della mucosa vescicale attraverso un applicatore endoscopico. La risposta è stata valutata a 10, 30 e 60 giorni dalla prima applicazione di colla di fibrina.

**RISULTATI:** Il numero di applicazioni di colla di fibrina è stato di 1 in 21 pazienti, 2 in 10 e 3 in 3 con un volume medio di 10.8 ml (range, 6.3-16). Il dolore pelvico è scomparso nelle prime 24 ore dalla applicazione della colla di fibrina in tutti i pazienti e la remissione completa, definita come la scomparsa di tutti i sintomi e di

ematuria, valutata a 10, 30 e 60 giorni è stata ottenuta nel 18%, 61% e 83% dei pazienti rispettivamente. La risposta è stata indipendente dal recupero delle piastrine e dal trattamento della viruria da BK virus.

**DISCUSSIONE:** Il trattamento delle cistiti emorragiche in pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche può risultare difficoltoso. L'applicazione endoscopica della colla di fibrina offre buoni risultati a breve, medio e lungo termine.

**CONCLUSIONI:** La terapia endoscopica con colla di fibrina rappresenta una procedura efficace, possibile e riproducibile per il trattamento delle cistiti emorragiche di grado II o superiore refrattarie alle terapie convenzionali.

#### C69

### **SAFETY OF COLD KNIFE URETHROTOMY FOR URETHRAL STRICTURE IN PATIENTS TAKING ANTI-AGGREGANT THERAPY FOR CARDIOVASCULAR DISEASES.**

**Marengi Carlo, Stefano C. M. Picozzi, Giorgio Bozzini, Cristian Ricci, Luca Carmignani**

*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*

**INTRODUCTION** The extensive use of dual anti-platelet therapy presents a significant dilemma for the perioperative management of patients who undergo genitourinary surgery. There are no data in the literature regarding the possibility to performed direct vision internal cold knife urethrotomy in patients taking mono and double anti-aggregant therapy and the related bleeding complications. The aim of this study was to evaluate the clinical course in patients receiving mono and double anti-thrombotic therapy who underwent endoscopic surgery for urethral stenosis.

**MATERIALS AND METHODS** One hundred forty-three male patients were treated between January 2008 to December 2011. The mean age was 68 years (51-86 years). Patients were divided in three groups based on the assumption of no, mono or double anti-aggregant therapy. A 4 Fr flexible ureteric catheter or a guide wire was first passed through the stricture to guide the blade for accurate cutting right across the stricture in all cases. Bleeding complication was divided as urethrorragy and haematuria. Every of these were divided on the basis of their entity in no, light, moderate and major and they were evaluated by the same urologist on the basis of clinical monitoring and

the need of auxiliary procedure to ensure haemostasis.

**RESULTS** There were no statistical differences in terms of different number and severity of bleeding complications in patients who don't take and patients who take mono anti-platelet therapy. Even if, patients in double anti-aggregant therapy don-t present an increased incidence of urethrorragy and haematuria, we could no drive statistically valid conclusions due to the exiguity of the patients. There is no statistical difference also in terms of hospital stay related to the onset of bleeding complications. No post-operative major bleeding complications occurred after patients dismission.

**CONCLUSIONS** In this article we report the feasibility of internal urethrotomy in patients taking antiplatelets. This surgical procedure can be performed without an increased risk of moderate and major bleeding. This article will be helpful in drafting in future general and specific guidelines for the urological procedure that results currently inconsistent.

#### C70

### **TRANSURETHRAL THULIUM LASER VAPORESECTION VERSUS TRANSVESICAL OPEN ENUCLEATION FOR PROSTATE ADENOMA GREATER THAN 80 G: A STUDY OF 78 PATIENTS**

**Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Elisabetta Finkelberg, Alberto Macchi, Gabriele Maffi, Marengi Carlo.**

*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*

**Introduction** Prostate adenomas greater than 80 ml have traditionally been treated with open prostatectomy or transurethral resection by skilled resectionists. This procedure may involve considerable blood loss, morbidity, prolonged hospital stay and recovery time. We compare transurethral Thulium laser enucleation (ThuLEP) of the prostate to open prostatectomy for the surgical management of large prostate adenomas. **Materials and Methods** A total of 78 obstructed patients with a prostate larger than 80 ml on transrectal ultrasound undergo ThuLEP or open prostatectomy. All patients were assessed preoperatively and postoperatively. Patient baseline characteristics, perioperative data and postoperative outcome were compared. All complications were noted.

**Results:** 48 patients undergo to ThuLEP and 30 to open prostatectomy. Mean patient age is 78 in the ThuLEP group and 72 in the open adenomectomy group. Mean



preoperative transrectal adenoma volume is 126 ml and 115 ml respectively. Mean Hemoglobin loss was significantly less ( $p < 0,05$ ), and catheterization time ( $p < 0,05$ ) and hospital stay ( $p < 0,05$ ) were significantly shorter in the Thulep group. Adverse events ( $p < 0,05$ ) were more frequent in the open prostatectomy group such as prolonged haematuria, surgical infection, fever and analgesic drugs use. None of the Thulium group patients needed blood transfusions in contrast to 6 patients (20%) in the prostatectomy group.

**Conclusions:** ThuLep and open prostatectomy are equally effective procedures for removal of large prostatic adenomas. ThuLep resulted in significantly less perioperative morbidity and may become the endourological alternative to open prostatectomy.

### C71

#### CLINICAL COURSE OF PATIENTS RECEIVING ANTI-PLATELETS THERAPY WHO UNDERWENT THULIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE.

**Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Elisabetta Finkelberg, Alberto Macchi, Gabriele Maffi, Stefano Casellato, Marengi Carlo.**

*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*

**INTRODUCTION** With the progressive ageing of the population, the prevalence of vascular disease as the prevalence of benign prostatic enlargement is increasing. In recent years, laser prostatectomy is emerging as a replacement for the standard transurethral resection of prostate (TURP). The aim of this study was to evaluate the clinical course of patients receiving anti-platelets therapy who underwent Thulium Laser Enucleation of the Prostate.

**MATERIALS AND METHODS** From September 2011 we start a prospective study on patients who underwent ThuLEP. All candidates for surgical therapy of lower urinary tract symptoms (LUTS) and obstruction due to a BPH. This work evaluated the surgical outcomes of 42 ThuLEP in patients taking anti-platelet therapy to 50 procedures performed in patients who have never taken anti-platelet agents before surgery.

**RESULTS** The study group included 39 patients who had been on anti-platelet monotherapy with ASA 100 – 300 mg and 3 in Ticlopidine. In the study group 37 procedures (88%) were performed under spinal ana-

esthesia, while 5 were performed under general anaesthesia. There was not a significant difference in operative time. A comparison test between groups was not statistically significant with regards to the decrease in haemoglobin concentration. Transfusional support was required in one procedures performed in patients taking anti-platelet therapy, and in no procedures in controls. There were no adverse cardiac events (myocardial infarction, angina, cardiovascular failure, hypovolaemic shock). One patient in the treatment group required re-intervention to ensure haemostasis. During this period one case of haematuria happens two week in every of the two group that was treated conservatively. No further bleeding or cardiac events were recorded.

**CONCLUSION** In this study we demonstrated for the first time that patients undergoing ThuLEP, who continued taking anti-platelet agents had no a significantly increased incidence of perioperative bleeding-associated morbidity compared with those who were not taking any anti-platelet medication.

### C72

#### ONE DAY SURGERY IN THE TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC ENLARGEMENT WITH THULIUM LASER: A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

**Luca Carmignani, Stefano C. M. Picozzi, Giorgio Bozzini, Stefano Casellato, Marengi Carlo.**

*Urology Department, IRCCS Policlinico San Donato, University of Milan, San Donato Milanese, Milan, Italy*

**PURPOSE** Recently, different articles deal with the introduction of new surgical laser therapy for enlarge prostate gland causing obstructive symptoms. The objective of this study was to report the feasibility of performing in a one day surgery the endoscopic surgical treatments for benign prostatic obstruction with the Thulep procedure.

**MATERIAL AND METHODS** From September 2011 to September 2013 we start a prospective study on patients who underwent ThuLEP in a one day surgery. Perioperatively the primary outcomes measured included operative time, resected tissue weight, hemoglobin decrease, transfusion rate, postoperative irrigation and catheterization time, and postoperative hospital stay. Also the preoperative and post-operative IPSS score and an uroflowmetry performed at the

7<sup>TH</sup> and 30<sup>TH</sup> post-operative days were recorded. All perioperative and postoperative complications were monitored.

**RESULTS** 53 patients performed the surgical treatment in one day surgery. Seven patients continued anti-aggregant therapy with aspirin. Mean preoperative prostatic adenoma volume was 56.6 mL. Mean operative time was 71 min. The average catheter-time was respectively of 14.8 hours. The 7th day peak urinary flow rate improved from 9.3 to 17.42 ml/s ( $P < 0.001$ )

and IPSS from 18 to 10,2 ( $P < 0.01$ ). Patients were routinely discharged the same day of catheter removal. Complications were not recorded.

**CONCLUSION** ThuLEP can be conducted safely as a one day surgery procedure. This strategy results cost saving. ThuLEP shows a good standard outcomes considering flow parameters improvement, length of bladder catheterization.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## INFORMAZIONI GENERALI

### SEDE CONGRESSUALE

Auditorium CTO  
AOU Careggi  
Largo Palagi 1  
Firenze

### SEDE HANDS ON

Aula 7 e Aula 8  
NIC (Nuovo Ingresso Careggi)  
Largo Brambilla, 3  
Firenze

### SEGRETERIA IEA

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  
www.emiliaviaggi.it

### NORME PER LA PREPARAZIONE E INVIO DELL'ABSTRACT, DELLE COMUNICAZIONI E DEI VIDEO

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

- La tipologia dell'abstract (Comunicazione o Video).
- 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.
- Gli Abstract dovranno essere inviati a mezzo e-mail alla Segreteria Scientifica:  
[salvatore.micali@unimore.it](mailto:salvatore.micali@unimore.it)



## ELEZIONE NUOVO DIRETTIVO IEA

Durante il 13° Congresso Nazionale IEA si terranno le votazioni per l'elezione del Nuovo Direttivo IEA.

Per esercitare il diritto di voto è necessario essere in regola con il pagamento della quota associativa.

È possibile verificare la propria posizione presso la segreteria IEA:

Tel. 051 6194911

e-mail: [iea.segreteria@emiliaviaggi.it](mailto:iea.segreteria@emiliaviaggi.it)

Il pagamento della quota di iscrizione annuale potrà avvenire anche in sede congressuale, purché entro il termine previsto per la chiusura del seggio.

**Il seggio elettorale seguirà i seguenti orari:**

**13 marzo 2014 dalle ore 16.00 alle ore 19.00**

**14 marzo 2014 dalle ore 9.00 alle ore 13.00**

Le votazioni avverranno per lista e non per singolo candidato.

Ogni Socio può formare una lista e presentarla alla segreteria IEA.

La lista con le candidature alle diverse posizioni del Consiglio Direttivo Nazionale devono pervenire alla Segreteria IEA 10 giorni prima della data dell'assemblea generale annuale e quindi entro e non oltre il **28 febbraio 2014** (si considera valido l'invio per e-mail o fax).

Il Consiglio Direttivo Nazionale è composto dal Segretario Generale, da quattro Consiglieri, dal Segretario Amministrativo e dal Tesoriere.

I componenti del Consiglio Direttivo Nazionale durano in carica tre anni e non possono essere rieletti nella stessa funzione ma sono rieleggibili in cariche diverse dopo la scadenza del mandato.

Sono ammesse solo le liste con le candidature dei Soci in regola con il pagamento della quota Sociale dell'anno in corso.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## MODALITÀ D'ISCRIZIONE

### ISCRIZIONI AL CONGRESSO

Quote	Entro il 10 gennaio 2014	Dopo 10 gennaio 2014 e in sede congressuale
Quota di Partecipazione	Euro 400,00 + IVA 22%	Euro 500,00 + IVA 22%
Quota per Specializzandi*	Euro 100,00 + IVA 22%	Euro 100,00 + IVA 22%

\* L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di Urologia e non include la cena sociale.

La scheda di adesione degli Allievi e Studenti 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 **10 gennaio 2014** 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 3 marzo 2014. 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.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

## COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

### SEDE CONGRESSUALE

Auditorium CTO  
AOU Careggi  
Largo Palagi 1  
Firenze

### MEZZI PUBBLICI

Dalla stazione ferroviaria di Firenze Santa Maria Novella prendere il bus 14C ATAF

Dalla stazione ferroviaria di Firenze Rifredi prendere il bus "R" ATAF

Dalla stazione ferroviaria Firenze Campo Marte prendere i bus 20 + 14C ATAF

### IN AUTO

- Dall'Autostrada A1: uscita Firenze Nord, proseguire in direzione Firenze fino al termine del tratto autostradale (Peretola) e quindi seguire le indicazioni per la zona ospedaliera di Careggi.
- Dall'Autostrada A11: percorrerla tutta fino al termine del tratto autostradale (Peretola) e quindi seguire le indicazioni per la zona ospedaliera di Careggi.
- Dal Raccordo Autostradale Firenze - Siena: percorrerlo tutto fino alla rotatoria del casello Firenze Certosa e imboccare a sinistra l'Autostrada A1 in direzione Bologna, quindi uscire al casello Firenze Nord.
- Dalla S.G.C. FI-PI-LI (Strada di Grande Comunicazione Firenze Pisa Livorno): dopo l'uscita Scandicci, superare l'imbocco dell'A1, uscire in direzione Careggi e percorrere la rotatoria verso il Viadotto dell'Indiano, quindi percorrerlo tutto. Al termine, al semaforo, andare a dritto e quindi seguire le indicazioni per la zona ospedaliera di Careggi.

### IN AEREO

Raggiungere la stazione ferroviaria di Firenze Santa Maria Novella con la navetta aeroportuale e prendere il bus 14 C ATAF



in auto  
Autostrada: uscita A11 Peretola

in bus (servizio urbano)  
Linee: 2 - 8 - 14 - 18 - 40 - 43 - 56 - R **ataf&Li-nea**

in bus (servizio extraurbano)  
ACV - COPIT



in taxi  
CO.TA.FI.: tel. 055 4390 - 4499 SO.CO.TA.: tel. 055 4242 - 4798

in treno  
FIRENZE S. M. Novella (oppure FIRENZE Rifredi)

in aereo  
Aeroporto "Amerigo Vespucci" (Peretola)

**Si ringraziano le Aziende che con la loro partecipazione  
hanno reso possibile la realizzazione  
del 13° Congresso Nazionale IEA**

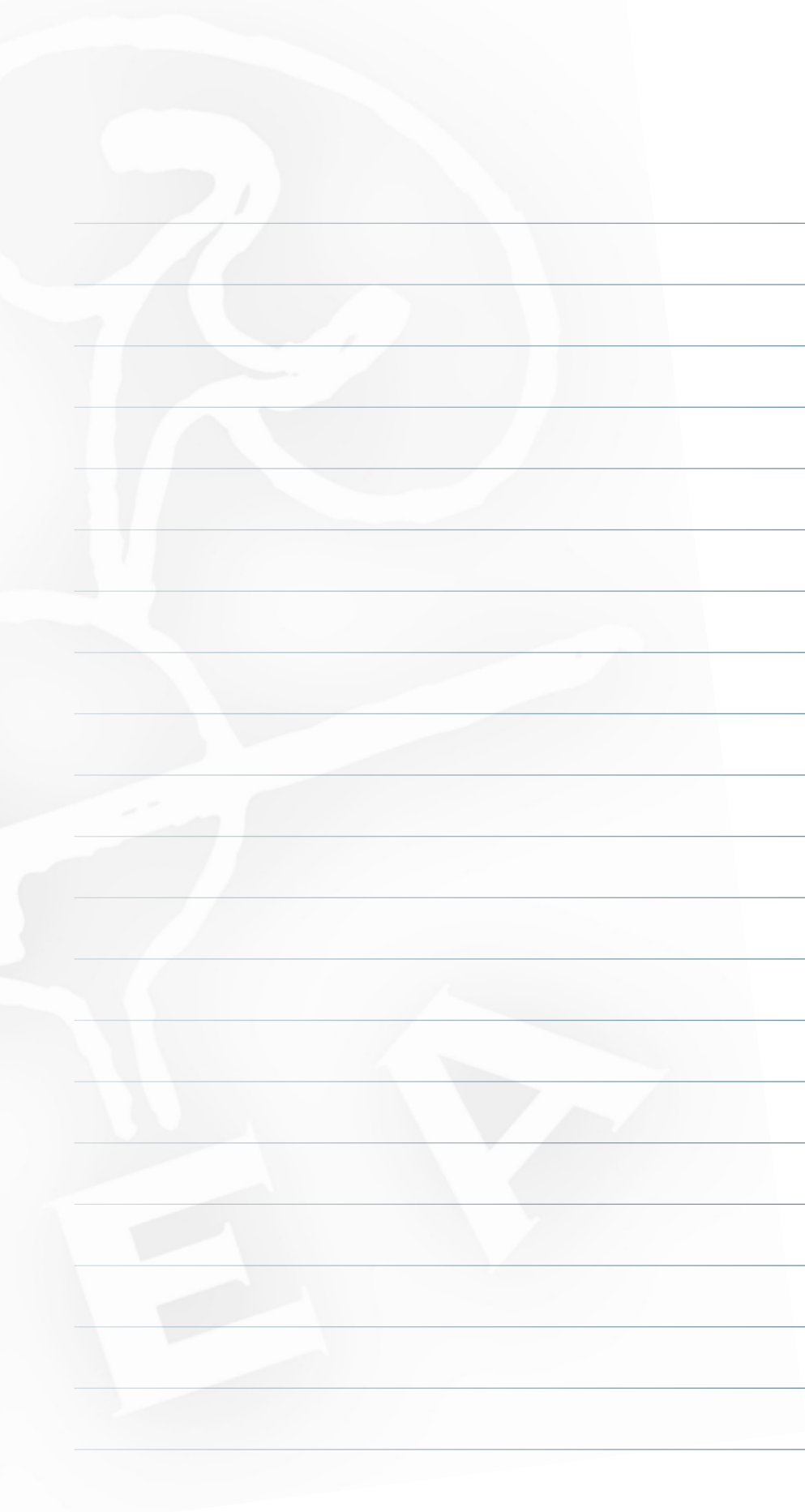
AB MEDICA	FERRING
ACCAFARMA	GLAXOSMITHKLINE
AM NEXT	IDI PHARMA
ANGELINI	IPSEN
ARS CHIRURGICA	JOHNSON & JOHNSON MEDICAL
B-K MEDICALE	KARL STORZ ENDOSCOPIA
B. BRAUN	LUMENIS
BAYER	MEDAID
BIO STILOGIT PHARMACEUTICALS	MOVI
BOSTON SCIENTIFIC	MULTIMED
CAO	NATURAL BRADEL
COLOPLAST	NEXUS
COOK	OLYMPUS
DIFASS	PIERRE FABRE PHARMA
DIMED	PRESIFARM
DIV. UNIV. UROLOGIA, POLICLINICO SAN DONATO	PROMED
DORIA & BELLISARIO ASSICURAZIONI	RECORDATI
DUEERRE	ROCCHETTA
ELI LILLY	SOFAR
EMS	TAKEDA
ENFARMA	TEGEA
ERBE	TEMASINERGIE
EUROMEDICAL	UROLOGY DIAGNOSTIC
F.A.S.E.	VE.DI.SE HOSPITAL
FARMACEUTICA MEV	VIRTUAL TRAINING SUPPORT



A series of horizontal lines for writing, spanning the width of the page.







A series of horizontal blue lines spanning the width of the page, providing a space for handwritten notes or text.



# 13° CONGRESSO Nazionale IEA

FIRENZE, 13-15 marzo 2014

A series of 25 horizontal blue lines for writing, arranged in a single column.

# emilia viaggi 40@nni

...dal 1973 vi facciamo viaggiare e sognare!!!  
...e non solo!



## EMILIA VIAGGI CONGRESSI & MEETING

la divisione Congressi & Meeting ha coniugato negli anni competenze professionali e capacità organizzative che hanno reso possibile la realizzazione di eventi di alto livello, sia in ambito nazionale che internazionale.

**Siamo Provider accreditato presso il Ministero della Salute secondo il programma di Educazione Continua in Medicina (ECM)**

### Emilia Viaggi snc:

Via Porrettana 76/2 40033 Casalecchio di Reno (Bo) tel +39 051591430

### Emilia Viaggi Congressi & Meeting srl:

Via Porrettana 76/2 40033 Casalecchio di Reno (Bo) tel +39 0516194911



[www.emilaviaggi.it](http://www.emilaviaggi.it)



Arrivederci al



Associazione Italiana  
di Endourologia

# 14<sup>o</sup>

## CONGRESSO Nazionale

# IEA

Presidenti del Congresso

**Guido Giusti**  
**Bernardo Rocco**

Presidente Onorario  
**Francesco Rocco**

# MILANO

## 12-14 Marzo 2015

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](mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it)  
web: [www.emiliaviaggi.it](http://www.emiliaviaggi.it)



ISO 9001

Sede del congresso

Ospedale Maggiore Policlinico  
Via Francesco Sforza, 33  
Milano