

tazione dei numerosi calcoli. Alcuni frammenti calcologici aggettanti dal colletto dell'idrocalice vengono estratti con cestello montato su ureteroscopia flessibile fatto entrare dalla porta laparoscopica. Chiusura del colletto dell'idrocalice ed in 2 strati del margine dell'idrocalice con punti di sutura staccati laparoscopici.

Conclusioni: Il paziente è stato dimesso in terza giornata, la TC di controllo a 20 giorni non ha evidenziato spandimenti e pertanto è stata rimossa l'endoprotesi. Un approccio combinato laparoscopico ed ureteroscopico flessibile può rappresentare, in casi selezionati come quello in oggetto, una modalità mini-invasiva per la soluzione di casi di calcolosi complessa.

V12 LAPARO ENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY (LESS) NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE RETROPERITONEOSCOPICA

S. Micali, G. Pini, M.C. Sighinolfi, G. Isgrò, F. Annino, S. De Stefani, G. Bianchi

Cattedra di Urologia, Università di Modena & Reggio Emilia, Modena, Italy

Scopo del lavoro: Recenti lavori hanno mostrato la fattibilità della tecnica LESS. Principali vantaggi sulla laparoscopia tradizionale sembrano essere un miglior risultato estetico ed una minor convalescenza.

Presentiamo un'innovativa tecnica LESS mediante utilizzo di ottica laparoscopica operativa eseguendo biopsia renale e contestuale marsupializzazione di cisti.

Materiali e metodi: Nel nostro centro eseguiamo usualmente biopsia laparoscopica in caso di controindicazione relativa o assoluta alla tecnica percutanea; tra queste poniamo il paziente monorene.

Paziente: Maschio 70 aa, morene chirurgico dx in ipertrofia compensatoria (trauma stradale) e cisti renale semplice 2 cm. Da 12 mesi proteinuria nefrosica.

Note di Tecnica: Accesso retroperitoneoscopico con Visiport® (ascellare posteriore, triangolo di Petit). Dissezione smussa mediante estremità distale del laparoscopio. Introduzione di ottica operativa 10 mm provvista di canale operativo di 5 mm (Karl Storz GmbH & Co. Kg, Tuttlingen, Germany). Incisione della capsula di Gerota con esposizione del margine laterale del rene. Recentazione della parete cistica al limite del parenchima con forbici e coagulazione bipolare dei margini. Esposizione del parenchima renale ed esecuzione di triplice biopsia parenchimale con pinza dedicata (5 mm). Diatermocoagulazione con Argon, Tabotamp® e drenaggio.

Risultati: Tempo operatorio 45 min. Non sanguinamenti intra e postoperatori. Rimozione di catetere vescicale, del drenaggio e dimissione in 1a giornata. Ritorno alle normali attività in 5a gg. Il paziente non ha lamentato nessun dolore postchirurgico. Diagnosi di glomerulonefrite a lesioni minime.

Discussione: La LESS, introdotta dai ginecologi negli anni '60 è stata recentemente riadattata dagli urologi come alternativa mini invasiva alla laparoscopia tradi-

zionale. Nell'ultimo anno molte indicazioni urologiche ablative e ricostruttive sono state eseguite. Dalla nostra esperienza si evince che la metodica è sicura, fattibile ed efficace. Confrontando questo caso con la nostra precedente esperienza biopsie eseguite mediante retroperitoneoscopica tradizionale, si evidenzia un migliore risultato estetico, assenza di dolore, ed una più breve convalescenza.

Alla fine di confermare queste nostre iniziali impressioni è necessario un maggior numero di casi clinici ed studi randomizzati prospettici.

V13 URETEROLITOTOMIA RETROPERITONEOSCOPICA IN TECNICA LESS IBRIDA

S. Micali, G. Pini, M.C. Sighinolfi, G. Isgrò, F. Annino, S. De Stefani, G. Bianchi

Cattedra di Urologia, Università di Modena & Reggio Emilia, Modena, Italy

Obiettivi: L'accesso retroperitoneale è l'accesso urologico per eccellenza. Abbiamo fuso la nostra esperienza retroperitoneoscopica con la nuova tecnica Laparo Endoscopic Single-site Surgery (LESS). Il video mostra i vantaggi e gli inconvenienti di un'ureterolitotomia retroperitoneoscopica con tecnica LESS.

Metodi: Un uomo di 38 aa è stato sottoposto a cateterismo ureterale JJ in regime di urgenza in seguito ad uno stato di urosepsi secondario a calcolo ureterale sinistro X-opaco (L3-L4) di 2 x 1 x 1,3 cm).

Tre mesi più tardi è stata eseguita ureterolitotomia retroperitoneoscopica in tecnica LESS.

Note di Tecnica: accesso retroperitoneoscopico con trocar ottico (Visiport®). Introduzione di porta multicanale TripPort (Olympus) e di videolaparoscopia articolabile (HD EndoEYE LFT-VH, Olympus). Dopo incisione della fascia di Gerota e sviluppo dello spazio retroperitoneale per via smussa si individua e si disseziona l'uretere lombare. Mediante fluoroscopia si identifica con certezza la sede del calcolo. Ureterolitotomia con bisturi a lama fredda e forbici di Potts. Estrazione del calcolo. La difficile sutura ureterale ha richiesto assistenza di una porta accessoria: il primo tentativo con pinza da 2mm inefficace e quindi con porta-ago 5mm. Inoltre, non è risultato agevole eseguire una sutura continua, sono stati posizionati 3 punti staccati. Posizionamento di drenaggio.

Risultati: Tempo operatorio 240 min. Sanguinamenti intraoperatorio < 25 ml. Durante la 1a giornata postoperatoria si è manifestata raccolta di urine dal drenaggio. Si decise di lasciare il catetere vescicale e drenaggio per 15 giorni. Lo stent ureterale DJ è stato rimosso in 30a. Il followup a 30 e 45 giorni ha escluso idronefrosi e perdite periureterali. Il paziente è sempre stato asintomatico, fatta eccezione per intolleranza al catetere vescicale.

Conclusioni: La ureterolitotomia retroperitoneale LESS in tecnica ibrida è fattibile, sicura e efficace seppur rimane una tecnica difficile. I principali vantaggi sem-