

zio prevescicale viene creato utilizzando un apposito dispositivo a palloncino. I trocar operativi vengono posizionati, sotto visione diretta del primo, rispettivamente 2 trocar da 5 mm sulla linea che congiunge la spina iliaca antero superiore destra e l'ombelico. Sulla medesima linea del versante opposto vengono posizionati un trocar da 10 mm cranialmente e uno da 5 mm caudalmente. Si incide la fascia endopelvica bilateralmente e si procede quindi alla dissezione del collo vescicale. Il tempo successivo è rappresentato dalla dissezione delle vescicole seminali lungo lo spazio interprostato-vescico rettale. Si procede pertanto alla dissezione dei peduncoli laterali per via anterograda. L'emostasi del plesso del Santorini con un filo in polysorb 2-0 si esegue subito prima della dissezione dell'apice prostatico. Il video mostra nel dettaglio la tecnica di confezionamento dell'anastomosi vescico-uretrale.

Conclusioni: La PRLE è una tecnica estremamente difficile anche per laparoscopisti esperti. Nella nostra esperienza, la standardizzazione di ogni singolo tempo operatorio secondo il modello dell'Istituto Montsuris, è risultata critica per diminuire le complicanze ed il tempo operatorio correlati alla lunga curva d'apprendimento.

LERP: TECNICA DOPO 200 PROCEDURE

GR Martina, S Scuzzarella, PI Giunelli, M Remotti, G Caruso
Reparto di Urologia Ospedale E. Morelli Sondato So

Nel video viene presentata la tecnica della prostatectomia radicale laparoscopica preperitoneale. Dopo 200 procedure la standardizzazione della tecnica è tale che in ogni intervento i passaggi sono ormai sempre gli stessi. I tempi chirurgici si sono attestati sotto le due ore. Preparato l'accesso con tecnica open e posizionati 5 trocar la procedura viene eseguita con ausilio di ultracision.

- linfadenectomia otturatoria se indicata
- minuziosa asportazione del grasso periprostatico con sezione della vena superficiale del Santorini.
- aperta la fascia endopelvica si libera il lobo prostatico laterale dai muscoli elevatori del Pano
- dal lato in cui si decide di eseguire tecnica

nerve sparing non si effettua apertura della fascia. La preparazione dell'apice si limita alla sola apertura della fascia, rimandando il punto di emostasi sul santorini a un tempo successivo e ciò per evitare fastidiosi sanguinamenti che potrebbero infastidire il tempo demolitivo

- identificazione del passaggio vescico prostatico, la sede del passaggio si localizza nel punto in cui il grasso periprostatico converge verso la vescica per poi sfociarsi nel grasso prevescicale, altro metodo di identificazione è dato da una trazione sul palloncino vescicale
- apertura del passaggio prostata vescicale, scollamento dei lobi prostatici dalla vescica e identificazione dell'uretra
- sezione del versante uretrale anteriore e poi del posteriore, agevolata da trazione sulla prostata
- identificazione e apertura della sede del piano delle vescicole, restando mediali
- liberazione e sezione dei deferenti e liberazione delle vescicole
- identificazione e creazione del piano prostata rettale
- dal lato da cui non eseguiamo nerve sparing sezione a tutto spessore del peduncolo tenendosi il più distante possibile dal lobo prostatico
- dal lato della nerve sparing, sezione della porzione mediale del peduncolo, e scollamento del bundle che viene lateralizzato e scollato dalla ghiandola sino a livello uretrale
- punto di emostasi sul Santorini
- sezione el santorini e identificazione dell'uretra che viene isolata il più possibile
- sezione a freddo prima del versante anteriore e poi del posteriore dell'uretra
- posizionamento dle pezzo in endobag e sua asportazione
- ricreata la cavità si esegue anastomosi a punti staccati in monofilamento 000.
- Posizionamento del catetere, prova di tenuta e drenaggio.

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOTIZZATA (VIDEO).

F Gaboardi., A. Lissiani, A. Simonato, A. Gregori, S. Galli, A. Bozzola, S. Zaramella, R. Radice
Div. di Urologia, Az. Ospedaliera "Luigi Sacco" Milano.