

Risultati: il tasso di neoplasia prostatica diagnosticata è stato del 38.4% (391/1016) di cui 36.1% (367/1016) alla prima biopsia, 17% (36/211) alla seconda e 11.7% (8/68) alla terza biopsia. Per quanto riguarda i pazienti classificati come T1c il tasso di diagnosi globale è stato del 36.3% (149/410). Tale valore, stratificato per il dosaggio del PSA, risulta essere rispettivamente del 34.6% (107/309) per PSA tra 4.1 e 10 ng/ml e del 41.5% (42/101) per PSA tra 10.1 e 20 ng/ml. Non si sono manifestate complicanze gravi, segnaliamo: 3 ematomi perineali (di cui uno perineo-scrotale completo), 2 casi di crisi vagale con pdc, 1 caso di iperpiressia con temperatura superiore ai 39 C.

Conclusioni: in base alla revisione della nostra casistica, la bassa morbilità e l'elevato tasso di diagnosi di T1c conferma l'efficacia del metodo biptico adottato rispetto ad altre procedure che utilizzano una via d'accesso diversa ed un numero maggiore o minore di prelievi.

Bibliografia:

1. Eskew L., Bare R.L., McCullough: Systematic 5 region prostate biopsy is superior to sextant method for diagnosing carcinoma of the prostate. *J Urol* 1997; 157:199-203
2. Presti J.C., Chang J.J., Bhargava V., Shinohara K.: The optimal systematic prostate biopsy scheme should include 8 rather than 6 biopsies: results of a prospective clinical trial. *J Urol* 2000; 163:163-167
3. Djavan B., Ravery V., Zlotta A, et al: Prospective evaluation of prostate cancer detected on biopsies 1,2,3 and 4: when should we stop? *J Urol* 2001; 166:1679-1683

Abstract n. 89 - Comunicazione

PUÒ LA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPI-CA FAR PARTE DEL BAGAGLIO CHIRURGICO DI UNA QUALSIASI UNITÀ UROLOGICA?

Martina G., Remotti M., Giumelli P.L., Scuzzarella S., Caruso G.

Sc di Urologia, Ospedale Morelli Sondalo, Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Sondalo (SO)

Riportiamo l'esperienza maturata nella esecuzione di 80 prostatectomie radicali laparoscopiche extraperitoneali, in 18 mesi di attività (dic 2001-mag 2003).

Metodo: L'accesso utilizzato è stata quello pubblicato dal dr G.Grosso utilizzando però 5 e non 4 porte: Non avevamo alcuna esperienza laparoscopica precedente. L'inizio dell'attività è stato preceduto da un training di 6 mesi durante il quale abbiamo:

- assistito a 20 interventi laparoscopici c/o il dr Grosso;
- fatto precedere le prostatectomie chirurgiche da una preparazione preperitoneale simile a quella della prostatectomia laparo;
- sempre eseguito l'intervento chirurgico con la stessa metodica e gli stessi tempi dell'intervento laparoscopico extraperitoneale. Avendo cura di utilizzare solo pinze e forbici;
- allenamento quotidiano su pelvic trainer.

Progressi interventi chirurgici sulla pelvi, hanno rappresentato controindicazione alla procedura. Abbiamo associato 20 linfoadenectomie in paz con psa >a 10 ng/ml e gleason > di 7. Età media dei pz 65 aa (min 45 max 78) Psa medio 7,38 ng/ml (min 3,1 ng/ml; max 58,8 ng/ml) Gleason score medio 6 Volume prostatico medio 30 cc (min 5 cc, max 118 cc) Stadio clinico T1 in 4 pz (5%), T2a in 49, (61%) T2b in 19 (24%), T3 in 8 (10%) Precedente tur in 9 pz. (11%) 11 pz avevano eseguito interventi per ernie inguinale, 8 per appendicectomia e 1 by-pass femoro-femorale.

Risultati: Abbiamo operato due conversioni chirurgiche nei primi 5 pazienti. 4 volte vi è stata apertura accidentale del peritoneo che non ha in alcun modo influenzato il decorso dell'intervento.

Tabella 1.

Pazienti	t medio	t max	t min
1-10	262'	360'	200
11-20	213	270	165
21-30	155	255	110
31-40	160	195	125
41-50	146	255	110
51-60	151	196	110
61-70	153	255	110
71-80	133	160	110
2 pz(3%) sono stati emotrasfusi			

Tabella 2.

	Prost chirurgica	Prost laparo
Primi 9 mesi	33	31 (48%)
Seguenti 9 Mesi	6	49 (89%)

I tempi chirurgici medi da cute a cute sono di 176', con una durata massima di 360' e una minima di 110' tali tempia hanno subito le seguenti variazioni in funzione della curva d'apprendimento (Tabella 1). Il dolore post operatorio è stato trattato con analgesici minori solo in prima giornata Il catetere vescicale è stato mediamente rimosso in 7 giornata , con rimozione minima in 4 e massima in 20 (difetto di tenuta dell'anastomosi). Un'unica complicanza maggiore da lesione degli epigastrici ha richiesto revisione chirurgica dell'emostasi In 2 pz vi è stata riposizione del catetere per ritenzione urinaria transitoria. In due pz ematuria in 14 giornata Una volta appresa la tecnica, vi è tendenza ad allargarne le indicazioni come si può evincere dalla Tabella 2

Conclusioni: Dall'analisi dei dati e dall'esperienza maturata emerge che:

- È fondamentale un training che preveda una riproduzione dell'intervento laparo da eseguirsi chirurgicamente;
- un approccio analogo a quello della prostatectomia radicale retropubica classica risulta più familiare a tutti gli urologi e facilita l'apprendimento della tecnica;
- in assenza di precedente esperienza laparoscopica la curva di apprendimento richiede 20 interventi per la fase demolitiva e 30 per l'anastomosi;
- È indispensabile un lavoro d'equipe con l'intervento eseguito da almeno tre persone- operatore, aiuto e telecamerista;
- una volta acquisita l'esperienza necessaria i tempi dell'intervento si riducono progressivamanete sino a raggiungere le 2 ore;
- la prostatectomia è l'unico intervento urologico che, per numero di casi eleggibili, permetterebbe di acquisire esperienza laparoscopica in tutte le u.o urologiche.

Abstract n. 95 - Comunicazione

CHIRURGIA RENALE CONSERVATIVA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI: ESPERIENZA DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Casale P., Simone M., Felipetto R., Catastini M., Salintri G., Francesca F.

U.O. Urologia Ospedaliera, Ospedale S. Chiara, Pisa