

BOOK OF ABSTRACTS

UrOP  Urologi Ospedaltà Gestione Privata

12° CONGRESSO NAZIONALE UROP

UrOP  Urologi Ospedaltà Gestione Privata

12° CONGRESSO NAZIONALE UROP

29-31 Maggio 2017

Università Statale di Milano

BOOK OF ABSTRACTS - UROP 2017



Mec Congress s.r.l.
Via Gorizia, 51 - 95129 Catania
Tel. 0952863502 Fax 0294755038
www.meccongress.it

BOOK OF ABSTRACTS
a cura di Carmelo Boccafoschi

Cari amici e soci,

in questo volume sono raccolti, divisi per tematica, i video e le comunicazioni fatti pervenire per essere presentati al 12° Congresso Nazionale Urop.

Sono certo che la loro raccolta e consultazione vi sarà utile durante e dopo i lavori scientifici.

Un sentito grazie a tutti gli autori ed ai membri del Comitato Scientifico che hanno selezionato i contributi presentati.

Buon lavoro.

Il Presidente del Comitato Scientifico

Carmelo Boccafoschi

CHIRURGIA ROBOTICA

V_01

CISTECTOMIA RADICALE ROBOTICA CON NEOVESCICA ILEALE INTRACORPOREA. TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI PERIOPERATORI PRELIMINARI

*G. Cozzi, D. Bottero, G. Musi, R. Bianchi, F.A. Mistretta, V.M.L. Tringali, O. De Cobelli.
Istituto Europeo di Oncologia, Milano*

Introduzione e obiettivi

La cistectomia radicale è il gold standard per il trattamento del carcinoma vescicale muscoloinfiltrante o recidivo dopo BCG. Descriviamo la nostra tecnica per la cistectomia radicale robotica con neovescica intracorporea e i risultati perioperatori dei primi 12 pazienti.

Materiali e metodi

Con il paziente in Trendelenburg 27°, si posiziona il primo trocar circa 6 cm sopra l'ombelico; si posizionano due porte robotiche a 7 cm lateralmente a destra e sinistra rispetto alla linea mediana a livello della linea ombelicale trasversa, e una successiva porta robotica a sinistra, a 9,5 cm dalla precedente. Tra trocar ottico e le due prime porte robotiche si posizionano due trocar da 12 mm per l'assistente. Il primo step è la linfadenectomia pelvica estesa bilaterale. Si repertano quindi gli ureteri. Si incide il peritoneo del Douglas e si reperta la fascia di Denonvilliers sotto gli apici delle vescicole seminali; il piano posteriore viene preparato fino all'apice prostatico. Si sezionano i peduncoli vescicali tra Hem-o-lok. Si dissezionano quindi i peduncoli prostatici con tecnica nerve-sparing. Si sezionano gli ureteri tra Hem-o-lok. Si incide il peritoneo lateralmente ai legamenti ombelicali e si scolla la parete vescicale anteriore. Si incide complesso venoso dorsale che viene legato selettivamente. L'incisione dell'uretra completa la cistoprostatovesciculectomia. Il pezzo viene estratto da una minilaparotomia sec. Pfannenstiel. Si riduce il Trendelenburg a 14°. A 15 cm dalla valvola ileociecale si isolano 42 cm di ileo con suturatrice digitale. La continuità dell'ileo è ripristinata con anastomosi laterolaterale meccanica. Viene quindi confezionato il piatto posteriore della neovescica ileale padovana, che viene anastomizzata all'uretra con una sutura continua tipo Van Velthoven modificata. Gli ureteri vengono anastomizzati per impianto diretto, tutelati da stents doppio J. Viene quindi richiusa la parete anteriore della neovescica.

Dall'agosto 2016 al febbraio 2017, 12 pazienti sono stati sottoposti a cistectomia radicale con neovescica robotica, e i loro risultati perioperatori sono stati raccolti in un database.

Risultati

Tempo operatorio medio: 523 minuti (360-625). Nessuna procedura è stata convertita in open. Numero medio di linfonodi asportati: 20 (16-37). Perdite ematiche medie: 500 ml (300-1000). Margini positivi: nessuno. Complicanze: 3 grado 2 e 4 grado 3a sec. Clavien.

Conclusioni

La cistectomia robotica con neovescica intracorporea si è dimostrata tecnicamente fattibile con risultati perioperatori e oncologici precoci incoraggianti. Pertanto, la tecnica sarà ancora applicata e sviluppata nel nostro Istituto.

V_02

TECNICA DI RICOSTRUZIONE DI NEOVESCICA IAI (INTUITIVA ANATOMICA INTRACORPOREA) IN CORSO DI CISTECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA

V. Dell'Acqua, I. Mittino, M. Ghezzi, M. Sangalli, M. Zanoni, F. Fabbri, F. Sozzi, G. Zanni, M. Ferrari, P. Rigatti, A. Cestari
Divisione di Urologia, Centro Avanzato di Urotecnologie, Istituto Auxologico Italiano, Milano, Italy

Introduzione ed obiettivi

Obiettivo del video è la descrizione della tecnica di confezionamento di neovescica Intuitiva Anatomica Intracorporea (IAI) in corso di cistectomia radicale per neoplasia transizionale infiltrante, eseguita nel nostro Centro

Materiali e metodi

63 pazienti (54 uomini e 9 donne) sono stati sottoposti a cistectomia radicale e confezionamento di neovescica ileale ortotopica. I principali step chirurgici sono i seguenti: a) identificazione dell'ansa ileale declive e mobilizzabile con facilità creazione di anastomosi uretro-neovescicale; b) isolamento di 25-30 cm di ileo a partire dall'anastomosi, bilateralmente; c) ripristino della continuità intestinale con Stapler; d) configurazione della neovescica a Y sospendendo le due corna laterali al muscolo psoas bilateralmente; e) anastomosi uretero-ileale tutelate da due tutori ureterali mono-J.

Risultati

Non sono state registrate complicanze intraoperatorie. In 14 pazienti sono state riportate 17 complicanze chirurgiche perioperatorie (<30 giorni), rispettivamente di grado 2 secondo Clavien in 14 (22%) casi e di grado 3 in 2 (3%) pazienti. Si sono verificate complicanze tardive grado 3b in 3 (4%) dei pazienti. La continenza diurna è stata osservata in 80% dei pazienti maschi, mentre la potenza nel 62% di quelli sottoposti a cistectomia nerve-sparing.

Conclusioni

La nostra tecnica di ricostruzione intracorporea di neovescica ileale ortotopica risulta facilmente riproducibile e priva di complicanze intraoperatorie, con risultati soddisfacenti in termini di continenza e potenza nel paziente maschio.

V_03

USE OF THE SEALING HEMOSTAT HEMOPATCH® FOR EARLY DECLAMPING OF THE RENAL ARTERY DURING ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY IN A CT1B LEFT RENAL MASS: STEP-BY-STEP TECHNIQUE

G. Musi¹, A. Russo¹, A. Mistretta¹, S. Luzzago¹, M. Catellani¹, A. Conti¹, R. Bianchi¹

G. Cozzi¹, M. Delor¹, G. Cordima¹, M. Ferro¹, V.D. Matei¹, O. De Cobelli¹

¹Department of Urology, European Institute of Oncology (IEO), Milan, Italy

Introduzione ed obiettivi

Nephron-sparing surgery (NSS) has demonstrated benefit in terms of renal function preservation and risk of end-stage renal disease, with similar oncologic outcome relative to radical nephrectomy (RN). The warm ischemia time appears the most prominent modifiable risk factor for the development of renal impairment partial nephrectomy (PN). We present a video outlining the step-by-step technique of robot-assisted PN (RAPN) with early declamping of the renal artery in a cT1b left renal mass using an hemostatic agent. Hemopatch® is a sealing hemostat made of a flexible collagen pad, coated with NHS-PEG which seals the bleeding surface and induces hemostasis.

Materiali e metodi

A 69 years old woman who underwent a partial mastectomy for breast cancer in March 2016 was incidentally diagnosed with a bilateral renal mass (55 mm on the right kidney, and 45 mm on the left kidney) in August 2016. In October 2016 she underwent RAPN on the right side and in November 2016 a left RAPN was performed. We describe the step-by-step technique of the left RAPN with early declamping of the renal artery using Hemopatch®.

Risultati

Total surgical time was 3.18 minutes, warm ischemia time was 9 min and estimated blood loss was 50 ml. On the first postoperative day (POD) the bladder catheter was removed. On the second POD the drainage was removed and the patient was discharged. Lab test at discharge reported: Hemoglobin 10.9 g/dl (12.5 g/dl pre-operatively), white blood cells $8.29 \cdot 10^3/\text{mcl}$ and serum creatinine 1.04 mg/dl. No perioperative complications were registered (Clavien-Dindo 0). The patient was not re-admitted within the first 90 days. Contrast-enhanced CT scan at 3 months was normal.

Conclusioni

The use of the sealing hemostat Hemopatch® during RAPN with early declamping of the renal artery in cT1b renal masses appears to be an easy and safe approach. Moreover, it allows reducing the warm ischemia time and therefore increasing the preservation of renal function.

V_04

ADENOMECTOMIA PROSTATICA ROBOT-ASSISTITA

V. Pansadoro, A. Brassetti

Obiettivo

Presentiamo i nostri risultati preliminari dopo adenomectomia retropubica laparoscopica robot-assistita (RASP, Robot Assisted Simple Prostatectomy) finalizzata al trattamento dei pazienti affetti da sintomi delle basse vie urinarie (LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms) secondari ad ipertrofia prostatica benigna (IPB).

Materiali e Metodi

Abbiamo arruolato in maniera prospettica una serie consecutiva di pazienti con LUTS/IPB sottoposti, tra giugno e novembre 2016, a RASP presso il nostro istituto.

Criteri di inclusione sono stati: volume dell'adenoma (PV) ≥ 100 ml documentato dalla ecografia prostatica transrettale preoperatoria, indici uroflussimetrici ridotti (flusso massimo (Qmax) ≤ 10 ml/s), sintomi moderati/severi (International Prostate Symptoms Score (IPSS) ≥ 8), inadeguata risposta ad almeno 6 mesi di terapia medica. Sono stati esclusi i pazienti con storia di precedenti interventi a carico del basso tratto urinario, sospetto clinico di cancro prostatico o vescicale, vescica neurologica.

Nel video presentiamo il caso di un uomo di 67 anni, senza comorbidità, affetto da ipertrofia prostatica sintomatica resistente alla terapia medica combinata di alfuzosina e dutasteride, con PV di 120 ml e voluminoso adenoma bilobato centrale di circa 100 ml.

Col paziente in posizione litotomica dorsale, sono state introdotte 6 porte da lavoro come da convenzionale chirurgia robotica pelvica extraperitoneale. Utilizzando un pallone della Covidien PB1000 è stato creato un idoneo spazio di lavoro. Dopo aver preparato l'aspetto ventrale della prostata e la fascia endopelvica, utilizzando le forbici monopolari, viene praticata una incisione trasversale di circa 5cm sulla faccia anteriore della prostata 2 cm caudalmente al collo vescicale. Il piano di enucleazione dell'adenoma, pressochè avascolare, è stato facilmente identificato e sviluppato con dissezione smussa e coagulazione puntiforme. Un punto in Vicryl 1 armato con una clip Hem-o-lock viene passato attraverso ciascuno dei due lobi adenomatosi. Utilizzando il terzo braccio viene esercitata la controtrazione necessaria per esporre il piano chirurgico, laterale e posteriore, tra adenoma e capsula prostatica. L'uretra, ben visualizzata grazie alla controtrazione sull'adenoma, viene sezionata a freddo al livello dell'apice. Analoga tecnica si utilizza per il collo vescicale. Al termine, un campo esangue è stato ottenuto mediante coagulazione mirata con corrente bipolare. Con due suture V-lock 2/0 si collega il collo vescicale alla capsula prostatica, in posizione immediatamente adiacente all'uretra membranosa, ricostruendo di fatto la continuità tra il collo e l'apice prostatico. La capsula prostatica viene chiusa con due suture V-lock 2/0. L'adenoma, viene morcellato al termine dell'intervento, ed inviato per l'esame istologico.

Risultati

Sette uomini con una età mediana di 66 anni (IQR 59-71), sono stati sottoposti a RASP. Il volume mediano è risultato essere di 135 ml (IQR 110-150). La durata media dell'intervento è stata di 181 ± 18 min con una perdita di sangue stimata in 200 ml (IQR 150-250). Il catetere è stato rimosso in tutti i casi in terza giornata post-operatoria ed i

pazienti dimessi il giorno successivo. Non abbiamo riportato complicanze di grado moderato-severo ($\geq$ Clavien 3). Nessun caso di incontinenza urinaria. Ad un followup mediano di 3.5 mesi (IQR 2-4), l'IPSS medio è risultato essere di 3 ± 2 ed il flusso massimo di 24 ± 5 ml/sec.

Conclusioni

La tecnologia laser ha permesso la rimozione di voluminosi adenomi con metodiche endoscopiche differenti dalla TURP, che consentono l'enucleazione dell'adenoma sviluppando un piano chirurgico pressoché avascolare.

L'adenomectomia retropubica, pubblicata da Millin su Lancet nel 1945, è tuttavia lontana dall'essere abbandonata e, eseguita per via laparoscopica robot-assistita, rappresenta una alternativa chirurgica sicura ed efficace, soprattutto in pazienti con prostate voluminose.

V_05

ENUCLEAZIONE CLAMPLESS ROBOT-ASSISTITA PER TUMORE RENALE SINISTRO

V. Pansadoro, A. Brassetti

Obiettivo

Presentiamo i nostri risultati dopo Enucleazione laparoscopica robot-assistita (RPN, Robot-assisted Partial Nephrectomy) *clampless* finalizzata al trattamento di grandi masse renali ($\geq$ cT2).

Materiali e Metodi

Abbiamo arruolato in maniera prospettica una serie consecutiva di pazienti sottoposti presso il nostro istituto, tra gennaio 2014 e marzo 2016, a RPN *clampless*. Una TC con mezzo di contrasto ha permesso di identificare il numero e la disposizione dei vasi arteriosi ed il loro rapporto con la neoplasia. L'indicazione alla Enucleazione è stata posta unicamente sulla base della profondità, della sede della neoformazione e sulle caratteristiche della capsula tumorale. In tutti i casi è stata posta l'indicazione ad un intervento clampless, salvo procedere ad un clampaggio in corso di enucleazione ove necessario.

Nel video presentiamo il caso di un uomo di 35 anni, senza comorbidità, con diagnosi incidentale di neoformazione cT2aN0M0 localizzata a carico del polo superiore del rene sinistro.

Col paziente in decubito laterale destro, 5 porte da lavoro sono state posizionate come da chirurgia robotica convenzionale del rene. Con forbici monopolari, è stata incisa la fascia di Toldt al fine di abbattere il colon discendente. Il legamento splenocolico è stato sezionato per permettere la ottimale medializzazione della flessura splenica. La fascia di Gerota è stata incisa ed il peduncolo renale identificato. Vena ed arteria renale sono state preparate e sottopassate con un vessel-loop. Identificata la neoformazione, la stessa è stata demarcata rispetto al parenchima sano adiacente per mezzo di coagulazione monopolare. Incidendo lungo la linea di demarcazione precedentemente praticata, è stata iniziata l'enucleazione della massa renale, procedendo lungo il piano pressoché avascolare della pseudocapsula: i piccoli vasi perforanti occasionalmente incontrati sono stati coagulati con corrente bipolare. L'assistente al tavolo, esercitando una controtrazione con l'aspiratore, ha contribuito ad esporre il piano di clivaggio peritumorale. Ad enucleazione completata, i margini della breccia parenchimale sono stati suturati con 3 continue in Monocryl secondo i principi della *sliding-suture*.

Risultati

Tredici uomini e 7 donne sono stati sottoposti ad Enucleazione con una età mediana di 55 anni (IQR 46-71). Il diametro massimo mediano è risultato essere di 7.5 cm (IQR 7-8.5). La durata media dell'intervento è stata di 170 ± 38 min con una perdita di sangue stimata in 250 ml (IQR 150-350). Dieci casi sono stati portati a termine con tecnica clampless; negli altri è stato necessario provvedere ad un clampaggio intraoperatorio dell'arteria renale per un miglior controllo dell'emostasi intraoperatoria. In tali circostanze, il tempo medio di ischemia è stato di 21 ± 18 min.

La velocità di filtrazione glomerulare non è apparsa significativamente ridotta nel postoperatorio se paragonata ai valori pre-intervento (83 ± 10 ml/min vs 85 ± 12 ml/min, $p = 0,573$). Si sono verificate 4 complicanze: 2 pazienti (10%) sono stati trasfusi a seguito di sanguinamenti perioperatori. Non è stata necessaria alcuna conversione a cielo aperto né reintervento. All'istologico definitivo 17 pazienti presentavano un tumore pT2a, 3 un pT2b. Nella maggior parte dei casi è stato diagnosticato un carcinoma a cellule chiare (17/20); 2 sono stati carcinomi papillari ed uno a variante cromofoba. Margini positivi sono stati identificati in un singolo caso. Dopo un followup medio di 13 ± 6 , non abbiamo evidenziato alcun caso di ripresa di malattia locale o a distanza.

Conclusioni

L'enucleazione dei tumori renali rappresenta una valida strategia chirurgica anche per il trattamento di voluminose masse renali, in casi selezionati. Il volume della neoplasia non dovrebbe rappresentare un criterio di esclusione. Un approccio clampless dovrebbe essere sempre tentato. In caso di sanguinamento cospicuo, il clampaggio intraoperatorio è sufficiente per ottenere una buona emostasi permettendo di concludere l'intervento in condizioni di sicurezza e senza il pericolo di margini chirurgici positivi.

CHIRURGIA DELL' IPB

V_06

BIPOLAR PLASMA ENUCLEATION OF THE PROSTATE (B-TUEP) IN BENIGN PROSTATE HYPERTROPHY TREATMENT. MEDIUM-TERM RESULTS

*R. Giulianelli**, *B.C. Gentile**, *L. Albanesi**, *G. Rizzo***, *M. Vermiglio[#]*, *M. Buscarini[§]*,
*P. Tariciotti**, *G. Mirabile**

** C.Ur.A., Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

*** Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

Urology Department, Villa Gioia Clinic, Isola Liri

§ Urology Department, Campus Biomedico University, Rome

Introduction

Numerous endoscopic techniques have been described since Iglesias published the results of his modified resectoscope for the treatment of bladder outlet obstruction (BOO) due to benign prostate enlargement (BPE). Classic transurethral resection of the prostate (cTURP) has long been the accepted gold standard to treat symptomatic disease of prostates weighing 30-80g (1). A variety of therapeutic solutions and technical innovations have been developed to bring improvements to BOO endoscopic treatment. The plasma-button bipolar enucleation of the prostate (B-TUEP) is considered a successful treatment option mainly because the large surface creates the conditions for a fast enucleation process, continuous vaporization and concomitant haemostasis (2,3). Aim of this study was to assess safety, efficacy, and medium term durability of B-TUEP for the treatment of BOO due BPE.

Materials and methods

Between July 2011 and March 2012, 50 consecutive patients underwent B-TUEP at our institution, by a single surgeon (R.G.). All patients were pre-operatively assessed with maximum urinary flow rate (Q_{max}), the single-question quality of life (QoL), International Prostate Symptoms Score (I.P.S.S.) and the International Index of Erectile Function (IIEF-5) questionnaires, Transrectal Ultrasound gland volume evaluation (TrUS), prostate-specific antigen (PSA) and post-voided residual of urine (PVR). Postoperative parameters were evaluated and the patients were reassessed at 1-, 3-, 6-, 12-, 18-, 24-, and 36-month follow-up with the same examinations.

Results

We observed a significant improvement occurred at 12, 24 and 36 months in terms of Q_{max} (22.3 ± 4.74 mL/s, 23.2 ± 0.30 mL/sec and 23.6 ± 1.26 mL/sec, respectively, $p < 0.01$), and QoL (5.28 ± 0.97 , 5.69 ± 0.90 and 5.73 ± 0.87). IPSS and IIEF scores improved significantly ($p < 0.05$). Gland volume evaluation and postvoid residual decreased ($p < 0.001$). Prostate-specific postoperative antigen level was 0.76 ± 0.61 ng/mL, 0.7 ± 0.51 ng/mL and 0.62 ± 0.18 ng/mL, at 12, 24 and 36 months respectively. Two patients (4 %) had persistent BOO and requiring reoperation. During the 36-month follow up five patients (10%), developed neoplasms and turned so lost.

Conclusions

After 3-yr follow-up, B-TUEP represents an effective, durable and safe surgical intervention.

Voiding parameters such as Qmax, QoL score, IPSS, PVR improved significantly ($p < 0.05$) from baseline, starting from

3-mo after B-TUEP and continuing during the follow-up, until they reached a plateau that was stable up to the 36-mo visit.

The present report adds to the evidence that B-TUEP could be the alternative “size-independent” surgical treatment for symptomatic BPE-related BOO.

Bibliography

- Oelke M., Bachmann A., Descazeaud A., Emberton M., Gravas S., Michel MC., N'dow J., Nordling J., de la Rosette JJ : EAU guidelines on the treatment and follow up of Non-neurogenic male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction . European Urology, Vol 64 Is 1, July 2013, 118-140 ;
- Geavlete B., Steanescu F., Iacoboiate C., Geavlete P. : Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases - a medium term, prospective, randomized comparison. BJUI 2013 May;111(5):793-803.
- R. Giulianelli, B. Gentile, L. Albanesi, P. Tariciotti, G. Mirabile: Bipolar Button Transurethral Enucleation of Prostate in Benign Prostate Hypertrophy Treatment: A New Surgical Technique Urology 2015 Aug;86(2):407-13.

MISCELLANEA

V_07

ANASTOMOSI URETERO-ILEALE IN CORSO DI CISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON DERIVAZIONE URINARIA INTRACORPOREA SECONDO BRICKER – TECNICA PERSONALE

R. Bollens

Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

60 Boulevard Vauban - 59800 - Lille () - France

Email: renaud.bollens@gmail.com

Telefono: +330320225076

Altri Autori: F. Presicce, F.Barrese*, C.Perugia*, F.Sciobica*, E.De Mayo*, G.Di*

Giovanbattista, M.Cappa**

() Casa di Cura Fabia Mater, Roma*

Scopo del lavoro

La cistectomia radicale è una delle più complesse procedure chirurgiche in urologia gravata da un elevato numero di complicanze precoci e tardive. Tra le complicanze tardive che possono verificarsi, la stenosi/leakage dell'anastomosi uretero-ileale è sicuramente una delle più frequenti. In questo video proponiamo una nostra tecnica di anastomosi uretero-ileale in corso di condotto ileale con Bricker.

Materiali e metodi

A partire da gennaio 2012, 120 pazienti sono stati sottoposti nei nostri centri a cistectomia laparoscopica con derivazione urinaria intracorporea secondo Bricker. In tutti i pazienti è stata eseguita un'anastomosi uretero-ileale secondo la tecnica descritta nel video. Durante il periodo di follow-up, i pazienti sono stati monitorati con valutazione degli indici di funzionalità renale semestralmente e con periodici esami di imaging secondo lo schema proposto dalle

Linee guida EAU. È stata eseguita inoltre, un'accurata valutazione prospettica di eventuali: modificazioni della funzionalità renale, IVU ricorrenti, formazione di calcoli urinari de novo, insorgenza di idroureteronefrosi de novo.

Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 245 minuti e le perdite intraoperatorie di circa 50 cc. Tempi chirurgici dell'anastomosi uretero-ileale: spatulazione dell'uretere terminale per circa 15 mm sul versante antimesenterico; posizionamento di cateterino ureterale che viene trasfisso con un punto di sutura Vycril riassorbibile 4.0 e consolidato all'uretere stesso (rimosso dopo circa 14 gg), eversione a 180° della porzione antimesenterica dell'uretere fissandola con tre punti di sutura Vycril riassorbibile 4.0 (estroflessione "a polso di camicia" limitata esclusivamente alla porzione spatulata, metà circa della circonferenza ureterale), incisione del condotto ileale per circa un centimetro, passaggio del cateterino ureterale all'interno del condotto ileale, sutura con punti staccati Vycril riassorbibile 4.0 tra la parete dell'ileo a tutto spessore e il margine della mucosa ureterale precedentemente spatulato in modo da introflettere l'uretere all'interno del condotto ileale. Analoga procedura è eseguita per l'uretere controlaterale. Dopo un follow-up medio 36 mesi nella nostra coorte di 120 pazienti sono stati registrati rispettivamente un

singolo caso di stenosi dell'anastomosi e un singolo caso di leakage, avvenuti entrambi nei primi 50 casi e trattati conservativamente. La funzionalità renale dei pazienti è rimasta in media inalterata, nessun caso di IVU ricorrenti, calcoli urinari de novo è stata registrato.

Conclusioni

La nostra esperienza, seppur in assenza di un gruppo di controllo prospettico e con un periodo di follow-up di media durata, suggerisce che la tecnica di anastomosi uretero-ileale da noi adottata sia eseguibile in maniera sistematica con approccio laparoscopico e che possa garantire un'ottima preservazione della funzionalità renale e una riduzione significativa delle complicanze insite all'anastomosi uretero-ileale (stenosi/leakage).

V_08

RICOSTRUZIONE URETERALE SINISTRA LAPAROSCOPICA CON TECNICA DI MANSOURA MODIFICATA E CONCOMITANTE BOARI FLAP

R. Bollens

Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, 60 Boulevard Vauban - 59800 - Lille - France, Email: renaud.bollens@gmail.com, Telefono: +330320225076

Altri Autori: F. Presicce, F. Barrese*, C. Perugia*, F. Sciobica*, E. De Mayo*, F. Ioannilli*, M. Cappa* - Casa di Cura Fabia Mater, Roma*

Scopo del lavoro

La sostituzione ureterale parziale o completa rimane una sfida per l'urologo. La conservazione della funzione renale è l'obiettivo primario di questa procedura. Il problema fondamentale con la sostituzione ureterale è che nella maggior parte dei casi essa è preceduta da numerose complicanze chirurgiche e/o radioterapiche. Pertanto, raccomandazioni standardizzate potrebbero non essere applicabili e l'approccio deve essere personalizzato in base alla situazione individuale.

Materiali e metodi

L'intervento è stato eseguito su una Paziente di 45 anni con storia di pregressa isteroannessectomia e linfadenomectomia pelvica per carcinoma uterino, complicati da fistola ureterale sinistra, sepsi e peritonite. La paziente era stata trattata con ureterocutaneostomia sinistra circa 4 anni prima. Data la negatività nei successivi follow-up oncologici e la buona funzionalità renale è stata proposta una riconversione dell'ureterocutaneostomia per ristabilire la continuità della via escrettrice sinistra. L'intervento è stato eseguito con approccio laparoscopico.

Risultati

Il tempo operatorio è stato di 150 minuti e le perdite intraoperatorie di circa 50 cc. Tempi chirurgici: lisi delle aderenze in fossa iliaca sinistra e lombare sinistra, scollamento del sigma, preparazione del moncone ureterale con escissione del tratto terminale fibrotico, mobilizzazione del rene, preparazione di flap vescicale secondo Boari e fissazione del flap allo psoas di sinistra, resezione di 2 cm di ileo con successivo ripristino della continuità intestinale, retroperitoneizzazione del segmento ileale (passaggio al di sotto del mesosigma), apertura sul bordo antimesenterico del segmento ileale e sutura del piatto ileale in senso longitudinale in modo da ottenere una riconfigurazione del segmento ileale del calibro di 12 mm e della lunghezza di 6 cm, anastomosi uretero-ileale, sutura del segmento ileale e successiva anastomosi del moncone ileale con il lembo vescicale, posizionamento di stent ureterale 6 Ch 24 cm, sutura della vescica, posizionamento di drenaggio peritoneale 18 Ch a caduta. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da IVU e lieve ritardo della canalizzazione, Clavien II (iperpiressia in 2° giornata p.o. trattata con antibioticoteraia). Il drenaggio è stato rimosso in 5° giornata post-operatoria. La paziente è stata dimessa in 10° giornata post-operatoria. Dopo 24 mesi di follow-up la funzionalità renale della paziente è rimasta inalterata, assenza di IVU e di dilatazioni della via escrettrice all'imaging di follow-up.

Conclusioni

Il caso documentato evidenzia i vantaggi del contemporaneo utilizzo di multiple procedure di chirurgia ricostruttiva. In particolare questa modifica alla tradizionale tecnica di ricostruzione sec. Mansoura in combinazione con la tecnica di Boari, ha permesso con l'utilizzo di soli 2 cm di ileo di ristabilire la continuità della via escrettrice sinistra. Il ricorso ad un approccio laparoscopico ha permesso inoltre di ridurre l'invasività della procedura.

V_09

TRATTAMENTO CHIRURGICO LAPAROSCOPICO DELLA NEURALGIA DEL PUDENDO

Manlio Cappa

Casa di Cura Fabia Mater

Via Olevano Romano 25 - 00100 - Roma (RM) - Italia

Email: fabriziopresicce@libero.it

Telefono: +393396654432

Altri Autori: F. Presicce, F. Barrese*, C.Perugia*, F.Sciobica*, M.Valentini*, F.Ioannilli*, R.Bollens***

() Casa di Cura Fabia Mater, Roma*

*(**) Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille Lille, France*

Scopo del lavoro

La nevralgia del pudendo è un'espressione clinica della compressione cronica del nervo pudendo. La diagnosi, spesso significativamente ritardata, è essenzialmente clinica. Per supportare il medico nella corretta diagnosi di neuralgia del pudendo sono stati proposti i criteri di Nantes. I criteri di Nantes sono cinque e devono essere tutti presenti per la diagnosi; quattro dei criteri sono clinici e l'ultimo richiede la valutazione della risposta all'anestesia all'infiltrazione TC-guidata del nervo pudendo. La compressione del nervo pudendo può essere risolta chirurgicamente con diversi approcci, tra cui quello laparoscopico proposto per primo da T. Erdogru.

Materiali e metodi

A partire da giugno 2014 quindici pazienti sono stati sottoposti nei nostri centri a sbrigliamento del nervo pudendo con approccio laparoscopico. Per valutare il successo della procedura chirurgica, il dolore del paziente è stato valutato prima e dopo chirurgia (a 3 e 12 mesi dall'intervento) con una scala visivo-analogica (VAS scale). E' stato definito un successo nella chirurgia, una riduzione nella VAS scale di almeno 3 punti.

Risultati

Quindici pazienti sono stati sottoposti a sbrigliamento del nervo pudendo con approccio laparoscopico. 12/15 pazienti erano di sesso femminile, la procedura è stata eseguita bilateralmente in 10 casi. Il tempo operatorio medio è stato di 20 minuti nei casi eseguiti monolateralmente e 42 minuti quando la procedura è stata eseguita bilateralmente. Le perdite intraoperatorie sono state trascurabili (20 cc). Un successo chirurgico è stato ottenuto a 3 mesi in 12 su 15 pazienti, nel 100% dei casi dopo un anno. Un ritardo di risposta favorevole al trattamento è stato evidenziato nei pazienti con storia clinica di più lunga durata (>5 anni).

Conclusioni

La nostra esperienza, seppur limitata ad un numero ridotto di casi, suggerisce che lo sbrigliamento laparoscopico del nervo pudendo è una procedura sicura, di rapida esecuzione con un'ottima percentuale di risposta nei pazienti accuratamente selezionati. Una latenza di risposta è evidenziabile nei pazienti con diagnosi tardiva di compressione del nervo pudendo.

V_10

SFINTEROMETRIA RETROGRADA PER LA REGOLAZIONE INTRACORPOREA DI SLING SUBURETRALE AUTOLOGA A 6 BRACCIA PER IL RIPRISTINO DELLA CONTINENZA URINARIA PRECOCE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

V. Dell'Acqua, M. Sangalli, M. Zanoni, M. Ghezzi, I. Mittino, F. Fabbri, F. Sozzi, G. Zanni, P. Rigatti, A. Cestari

Divisione di Urologia, Centro Avanzato di Urotecnologie, Istituto Auxologico Italiano, Milano, Italia

Introduzione ed obiettivi

Numerose tecniche sono state applicate al fine di migliorare i risultati in termini di ripristino della continenza precoce dopo prostatectomia radicale. Scopo del lavoro è valutazione dell'utilizzo di una sling autologa a 6 braccia, creata ed applicata in corso di prostatectomia radicale, mediante sfinterometria retrograda intraoperatoria

Materiali e metodi

44 pazienti con età media 66.7 anni (53-75) e BMI medio 26,8 (20,3-36) affetti da carcinoma prostatico sono stati sottoposti a prostatectomia radicale. La sfinterometria è stata eseguita: a) prima dello pneumoperitoneo; b) dopo lo pneumoperitoneo; c) dopo la anastomosi uretro-vescicale; d) dopo aver applicato tensione alla sling.

Risultati

Il tempo chirurgico medio è stato di 218.2 min (range 150-320), la degenza media 4.9 giorni (range 3-11) di cateterizzazione 9.93 giorni (range 7-13). Si sono verificate complicanze post-operatorie in 3 pazienti (6%). La tabella 1 mostra i valori di pressione vescicale (BP) e uretrale di chiusura (RLPP) registrati in corso di intervento; la tabella 2 mostra i risultati di continenza e residuo post-minzionale. Il paziente con ritenzione di urina ha mantenuto il catetere vescicale per altri 7 giorni.

Conclusioni

La nostra iniziale esperienza indica che l'uso della sling autologa a 6 braccia in associazione alla sfinterometria retrograda è sicura, efficace e riproducibile e offre buoni risultati in termini di continenza precoce. I dati preliminari devono essere verificati con estensione del campione

Tabella 1

	Prima dell'induzione di pneumoperitoneo	Dopo induzione di pneumoperitoneo	Dopo anastomosi uretro-vescicale	Dopo aver applicato tensione alla sling
BP (cm H2O) - range	7.4 (1-30)	17.7 (2-34)	-	-
RLPP (cm H2O) - range	32.6 (3-55)	40.4 (12-64)	29.5 (10-53)	42.9 (13-64)

Tabella 2

Numero di pz continenti (n-%)	Alla rimozione del catetere vescicale	A 10 giorni	A 30 giorni
0 pad	36 (81,8)	38 (86.4)	38 (86.4)
1-2 pads	2 (4.5)	3 (6.8)	3 (6.8)
>2 pads	5 (11.4)	3 (6.8)	3 (6.8)
Ritenzione	1 (2.3)	/	/
Residuo post minzionale medio (range)	38.5 (0-55)	32.6 (0-45)	35.7 (0-40)

V_11

ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE, THREE YEARS FOLLOW UP WITH ANTERIOR-APICAL SINGLE-INCISION MESH SURGERY (SIMS): OUR EXPERIENCE

Gentile B.C., Giulianelli R., Mirabile G., Tariciotti P., Albanesi L., Rizzo G., Buscarini M.

Introduction

THE AIM OF THIS STUDY WAS TO ASSESS the surgical and functional outcomes of single-incision vaginal surgery for the treatment of advanced pelvic organ prolapse (POP).

Materials and methods

Thirty-five patients underwent surgery to treat their symptoms of POP (> stage II) according to the Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q).

The primary objectives were the anatomical correction of anterior POP (> stage II), assessed by means of a vaginal examination and a translabial ultrasound, and resolution of cervico-urethral obstruction with elevated post-void residual assessed prior to surgery by means of urodynamic testing. Anatomical recovery was assessed via a vaginal examination using the ICS-POP-Q system, with uroflowmetry with assessment of post-void residual and with the use of a translabial ultrasound to assess the correct position of the mesh. The subjective outcome was measured using questions 2 and 3 of the Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6). We also assessed patient quality of life pre- and postoperatively.

Results

Thirty-five women with cystocele (III%/ IV), underwent surgery using the single-incision technique via the transvaginal route. The intermediate follow-up was three years. Restorelle SmartMesh with the Digitex suture delivery system via a single-incision technique was used in all patients. All patients showed a significant improvement in terms of anatomical outcome after prolapse surgery ($p < 0.05$), and there were no recurrences requiring further surgical intervention. The anatomical success coefficient was 96.3% with a significant improvement in quality of life ($p < 0.0001$) and a significant reduction (58 vs 2.9%) in post-void residual. There was a simultaneous significant improvement in POPDI-6, UDI-6, IIQ-7, and PISQ-12 scores after surgery. There were no cases of mesh dislocation. No *de novo* dyspareunia was reported. No mesh extrusion has been reported to date. However, some patients have presented with stress urinary incontinence, for which three patients were treated via surgery.

Conclusions

We can conclude that the single-incision technique via a transvaginal route for the repair of bladder prolapse is a safe, conclusive technique with a high rate of both recovery and continued recovery.

Keywords

Anterior-apical single-incision mesh; Elevate; Pelvic Organ Prolapse; Stress urinary incontinence

V_12

PEYRONIE: ESCISSIONE ENDOCAVERNOSA DI PLACCA SENZA INNESTO SOSTITUTIVO, ESPERIENZA CRITICA DI 5 ANNI

Mantovani F. - Clinica Sangiovanni - Milano

Scopo del lavoro

In disparte dalla fervente disputa su quale debba essere l'innesto ideale dopo escissione di placca, il collega polacco Darewicks pubblica la sua esperienza chirurgica di rimozione endocavernosa della lesione fibrosa senza necessità di alcun innesto sostitutivo.

Abbiamo voluto verificare tale ipotesi operativa attratti dall'imperdibile semplificazione intrinseca della metodica.

Materiali e metodi

L'intervento è attuabile con ogni tipo di anestesia. Personalmente adottiamo quella locale con Bupivacaina 5% 20ml alla radice del pene. All'incisione coronarica segue il degloving dartoico-cutaneo con evidenza dell'asse uretrocavernoso. Sul corpo più interessato dalla placca, al lato di questa di alcuni millimetri, e per tutta la sua lunghezza, o dal lato opposto ad un concomitante incurvamento laterale, si incide l'albuginea fino al tessuto erettile che viene scostato per via smussa. Quindi con forbici o bisturi, si procede al distacco della lesione indurativa dalla sovrastante albuginea, attraverso un piano di clivaggio sinechiale che di fatto è verificabile attualmente solo all'intervento: in caso contrario si convertirà la procedura in quella tradizionale di escissione placca con innesto. Rimossa la placca si sutura l'accesso cavernoso e si verifica il raddrizzamento conseguito. Segue riassetto penieno e medicazione aderente. Abbiamo, in 5 anni, selezionato 18 casi con malattia stabilizzata ed erezione conservata ma geometricamente disturbata per il severo incurvamento.

Risultati

Si è ottenuto per tutti un sostanziale raddrizzamento, anche se in 2 casi si è dovuta associare una chirurgia mininvasiva complementare sotto forma di plicatura ed altri 2 sono stati convertiti in innesto. Dapprima si è comunque cautelativamente isolato il fascio vascolo-nervoso dorsale, in seguito, scoprendo agevole il piano di dissezione sinechiale tra albuginea e lesione, ciò non è stato più necessario. Anche senza innesto sostitutivo si avverte, anche per 3 mesi, un aumento di consistenza alla palpazione in sede dorsale.

Discussione

Casistica e controlli attuali consentono di affermare che l'impressione è più che buona: l'apprendimento è lesto e l'intervento indiscutibilmente abbreviato e semplificato, senza isolamento del fascio vascolo-nervoso dorsale, senza prelievo di tessuto autologo o disponibilità di matrici eterologhe da innestare, consentendo quindi un decorso post-operatorio più confortevole e una più rapida ed agevole ripresa funzionale.

Messaggio conclusivo

La chirurgia della malattia di Peyronie rappresenta per tutti un percorso arduo: renderlo più scorrevole e gratificante nei risultati è un obiettivo primario.

V_13

URETROPLASTICA DI ANASTOMOSI DORSALE MUCO-MUCOSA “PRESERVING-SPONGIOSUM” PIÙ AMPLIAMENTO VENTRALE CON INNESTO DI MUCOSA BUCCALE

E. Palminteri (a), E. Berdondini (a), S. Maruccia (b), G. Cucchiareale (c), G. Milan (c), N. Ghidini (d), L. Gatti (d), G. Ferrari (d)

(a) Centro di Chirurgia Uretrale-Genitale, Arezzo-Torino, Humanitas Cellini.

(b) Istituti Clinici Zucchi Monza

(c) Urologia, Humanitas Cellini

(d) Urologia, Hesperia Hospital, Modena

Introduzione

Descriviamo una nuova tecnica per il trattamento delle stenosi uretrali bulbari sub-oblitterative tramite approccio uretrotomico ventrale, resezione di tessuto uretrale cicatriziale con preservazione della spongiosa, anastomosi dorsale muco-mucosa e ampliamento ventrale con innesto di mucosa buccale (MB).

Materiali e metodi

Il video mostra il caso di un pz di 38 aa con stenosi bulbare > 1 cm sub-oblitterativa. Dopo incisione cutanea perineale e preparazione dei muscoli bulbospongiosi, l'uretra stenotica viene aperta ventralmente. Il piatto uretrale appare molto ristretto e cicatriziale: rimozione della mucosa cicatriziale ma senza sezionare a tutto spessore la spongiosa dorsale che pertanto mantiene la sua continuità anatomica-vascolare. La mucosa uretrale viene mobilizzata dalla spongiosa, prossimalmente e distalmente alla zona di resezione, per 1-2 cm. I due margini di mucosa mobilizzati vengono suturati dorsalmente a ricostruire un neo-piatto uretrale. Il neo-piatto uretrale è ampliato ventralmente con un innesto di MB (prelevato dalla guancia) che verrà coperto dalla spongiosa preservata.

Risultati

Alla rimozione del catetere dopo 20 giorni non si sono evidenziate fistole. Non si sono verificate complicanze post-operatorie.

Conclusioni

Recentemente si sono sviluppate tecniche ricostruttive uretrali meno aggressive e risparmiatrici dei tessuti locali.

Nelle stenosi caratterizzate da un piatto uretrale molto stretto, la nostra tecnica consente di rimuovere la mucosa cicatriziale risparmiando la spongiosa circostante e ricreando un piatto uretrale da ampliare successivamente con un innesto di MB. La tecnica consente di riparare stenosi molto strette evitando l'aggressività della sezione della spongiosa tipica delle tradizionali tecniche anastomotiche ed al contempo rimuovendo la zona cicatriziale che potrebbe essere causa di recidiva nelle uretroplastiche di ampliamento con innesti.

L'uretroplastica Bulbare di anastomosi dorsale muco-mucosa “preserving-spongiosum” e ampliamento ventrale con innesto di MB ottiene buoni risultati mantenendo la continuità anatomica -vascolare dell'uretra.

V_14

ENUCLEAZIONE LOMBOSCOPICA DI NEOPLASIA RENALE DESTRA

A. Polara, Z. Zukerman, R. Bertoloni, G. Grosso

Introduzione

Il video descrive il trattamento laparoscopico di una neoplasia renale destra in paziente donna di aa 45.

Materiali e metodi

La patologia è stata stadiata mediante TC addome completo, con riscontro di neoformazione solida dal diametro di 4 cm, prevalentemente endofitica, sita al margine convesso-anteriore del rene destro.

Alla lesione è stato attribuito un valore nefrometrico PADUA SCORE 9

E' stata posta indicazione al trattamento conservativo, con accesso lomboscopico.

Nel video sono esposte le sedi degli accessi, la preparazione dello spazio di lavoro retroperitoneale, l'identificazione e l'isolamento dell'arteria renale destra.

E' descritta l'identificazione della massa, la marcatura della linea di sezione e l'enucleazione della neoformazione con forbici e pinza bipolare.

L'emostasi è stata eseguita mediante sliding suture su tampone di tachosyl prerolled.

Risultati e conclusioni

La procedura è stata di 50 minuti, le perdite ematiche sono state di 100 ML.

Il catetere vescicale ed il drenaggio sono stati rimossi rispettivamente in prima ed in seconda giornata postoperatoria, la paziente è stata dimessa in II giornata postoperatoria.

L'esame istologico della lesione è esitato in RCC ISUP II, margini di resezione negativi.

V_15

URETEROCISTONEOSTOMIA DESTRA LAPAROSCOPICA CON LEMBO DI BOARI

A. Polara, Z.Zukerman, R. Bertoloni, S. Grosso, G. Grosso

Introduzione

Il video descrive il trattamento laparoscopico di una stenosi ureterale destra in una donna di 65 anni.

Materiali e metodi

La stenosi dell'uretere, secondaria ad intervento chirurgico di sigmoidectomia, appendicectomia, linofadenectomia lomboaortica e pelvica, effettuato a Gennaio 2016 per recidiva di carcinoma ovarico, è stata valutata mediante TC addome completo e PA, documentante stenosi dell'uretere iliaco destro.

E' stata posta indicazione al trattamento laparoscopico mediante ureteroneocistostomia con lembo vescicale, dopo tentativi infruttuosi di posizionamento stent ureterali dx.

Il video descrive l'isolamento dell' uretere e la mobilizzazione della vescica. Per la soluzione di continuo rilevata è stato necessario psizzare la vescica. Si descrive l'incisione di un lembo vescicale, l'anastomosi ureterovesicale del piatto posteriore, lo stenting retrogrado intracorporeo, la tubularizzazione del lembo e la prova di tenuta.

Risultati

I tempi operatori sono stati 150 min, le perdite ematiche intraoperatoria pari a 100 ml.

In IV giornata postoperatoria è stata eseguita cistografia ed è stato rimosso il catetere vescicale.

La paziente è stata dimessa in V giornata postoperatoria pervia rimozione del drenaggio.

Lo stent ureterale è stato rimosso in XXVIII giornata postoperatoria.

Conclusioni

La tecnica di Boari applicata in laparoscopica permette di correggere gravi soluzioni di continuo ureterali (1/2 lunghezza ureterale) con approccio miniinvasivo.

V_16

PATCH DI COLLAGENO E FIBRINA (HEMOPATCH) CON ELASTOMERI CAVERNOSI IN SILICONE NELLA TERAPIA DI UN CASO COMPLESSO DI IPP

D.Pozza, M. Musy, C. Pozza, M. Pozza

Introduzione ed obiettivi

L'utilizzo di unpatch di fibrina (Hemopatch) che non richiede particolari suture di applicazione associato alla introduzione di cilindri protesici in silicone hanno consentito di risolvere in maniera soddisfacente una situazione di grave incurvamento del tratto distale dell'asta per una IPP con deficit sessuale completo da oltre 2 anni.

Materiali e metodi

Abbiamo operato un paziente di 56 anni, affetto da oltre 3 anni da una IPP con progressivo incurvamento dorsale dell'asta tale da rendergli impossibile, negli ultimi 2 anni, la penetrazione anche per una insoddisfacente rigidità dell'asta in erezione. L'esame ecocolordoppler penieno dinamico aveva evidenziato una concomitante patologia vascolare che giustificava il Deficit Erettile. Il paziente aveva rifiutato l'ipotesi di una protesi idraulica perché, a suo giudizio, interferente con la spontaneità del rapporto sessuale, preferendo una protesi semirigida. Sulla necessità di incidere o escindere la placca fibrosa albuginea si era deciso di utilizzare come patch un tessuto di matrice cellulare equina con Fibrinogeno umano e Trombina umana (Hemopatch) che non richiede alcuna sutura di solidarizzazione all'albuginea.

Risultati

Dopo aver preparato i corpi cavernosi con tecnica nerve-sparing abbiamo proceduto alla incisione del tessuto albugineo in sede distale dell'asta, in corrispondenza della placca fibrosa, in parte escissa, cauta dilatazione del tessuto cavernoso, piuttosto fibroso, fino ad accogliere due cilindri protesici di silicone, GIS SSDA di calibro 11 mm, lunghi 21 cm. Lo spazio albugineo determinato dall'inserimento dei cilindri protesici è stato coperto con il tessuto Hemopatch, semplicemente appoggiato sulla albuginea e coperto con la fascia di Buck

Conclusioni

L'inserimento dei cilindri protesici non ha presentato particolari difficoltà. La copertura dello spazio albugineo determinato dal raddrizzamento dell'asta è risultato estremamente agevole utilizzando hemopatch senza suture di accostamento, semplicemente adagiato e ricoperto dalla fascia di Buck. Non si sono verificati ematomi postoperatori ed il paziente è stato dimesso la mattina successiva dopo la rimozione del catetere vescicale. Il decorso postoperatorio non ha presentato complicanze ed il paziente ha ripreso una soddisfacente attività sessuale penetrativa dopo un mese circa.

V_17

PROTESI PENIENA IDRAULICA IN PAZIENTE DI 77 ANNI DIABETICO, CORONAROPATICO E PLURIOPERATO

D. Pozza, C. Pozza, M. Musy, M. Pozza.

Introduzione e obiettivi

Un paziente (pz) di 77 anni, affetto da una patologia del pene caratterizzata da IPP con curvatura dell'asta e Deficit Erettile (DE) quasi completo, vista la assente risposta ai 5PDEi, modestissima risposta alle PGE1, non significativo miglioramento dopo ciclo di terapia con Onde d'Urto richiedeva l'impianto di una protesi peniena idraulica.

Materiali e metodi

Il pz non fumatore, coniugato con prole; dal 1990 Ipertensione Arteriosa (Sartanici); dal 1995 Diabete Mellito (Metformina); nel 2002 IMA con Angioplastica coronarica e 3 stents (terapia anticoagulante); dal 2007 per Ipertrofia Ostruttiva della Prostata (alfalitici). Nel 2008 Ernioplastica inguinale destra con successiva necrosi testicolare che richiedeva orchietomia e protesi testicolare in silicone; nel 2010 Ischemia Miocardica con 2 By Pass AC; dal 2012 recidiva erniaria destra. In seguito ad una nuova e significativa situazione relazionale, pur consapevole della complessità correlata, chiedeva di poter avere una vita sessuale di tipo penetrativo. Dopo OK cardiologico ed anestesilogico veniva proposto l'impianto di una Protesi Peniena Idraulica Coloplast OTR con concomitante correzione dell'ernia inguinale recidiva destra. Le protesi venivano posizionate per via peno-scrotale. Il serbatoio (75 ml) veniva posizionato attraverso la incisione inguinale per la correzione dell'ernia recidiva. La protesi testicolare veniva rimossa e sostituita dalla pompa protesica.

Risultati

il pz, ricoverato ed operato nella stessa giornata, è stato dimesso il giorno successivo dopo rimozione del catetere vescicale, del redon e verifica del sistema protesico. Non si sono manifestate complicanze postoperatorie generali e locali. Il pz è ritornato alla sua attività lavorativa dopo 7 giorni. Ha avuto i suoi primi rapporti sessuali dopo 25 giorni ca. Dopo 5 mesi riferiva una ottimale soddisfazione pur se lamentava una certa riduzione di lunghezza del pene.

Conclusioni

Anche in situazioni caratterizzate da età avanzata e condizioni metaboliche e circolatorie complesse la protesi peniena idraulica può rappresentare un corretto modo per ripristinare una adeguata attività sessuale con un buon livello di autostima anche in pazienti oltre i 75 anni pur affetti da patologie metaboliche, circolatorie e chirurgiche complesse

NEOPLASIE VESCICALI

V_18

TURB EN BLOC WITH COLLINS LOOP: A NEW ENDOSCOPIC TREATMENT IN THE BLADDER TUMOUR

Giulianelli R., Gentile Bc, Albanesi L, Mirabile G, Rizzo G, Tariciotti P.

Introduction

Bladder cancer is the second most common malignancy of urologic. The bladder tumour's incidence rates increased with the aging population and new socioeconomic challenges. The standard treatment for non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) is the transurethral resection using resection loops (TURB), but different concepts of en bloc resection of bladder tumors have been developed. We know that the resection of tumors is contrary to all oncological surgical principles. We want show a new technique, an enucleation of bladder tumour with Collins loop with plasmakinetic gyrus system

Materials and methods

From 2013 we performed turb en bloc in bladder tumour. In the first time we used button loop but from the last 2 year we prefer bipolar Collins loop, because it's more fine and accurate. Goals of new treatment modalities are reduction of perioperative and postoperative comorbidities, better pathological work-up of the specimens and increased recurrence-free survival. We analyzed the hemoglobin pre and post turb, hospitalization days and complication during the treatment, in the hospital and at home.

Results

We not have complication during the TURB en bloc. The median hospitalization days was 1,5 days.

The hemostasis was better during the treatment and after the removing the catheter. The value of hemoglobin was stable after the treatment.

Conclusion

The advantages using turb en bloc with plasmakinetic Collins loop gyrus system are a more precise cutting line as well as better hemostasis. Today, the turb en bloc with plasmakinetic button turis gyrus system not play any role in treatment of lower urinary tract transitional cell carcinoma, but the technique is a good alternatives in the treatment of bladder cancer, but we need a randomized controlled studies with long-term follow-up.

V_19

LASER EN BLOC ENUCLEATION (TULE-B) OF NON MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER

R. Leonardi, N. Giacalone, F. Zingone, A. Spampinato

Introduction

Bladder cancer is one of the most common tumors in the genitourinary system. It has been estimated to result in > 76,960 new cases and to have resulted in 16,390 deaths in 2016 in the United States. Moreover, bladder cancer confers the largest financial burden per patient of all types of malignant tumors. This is because of the high frequency of recurrence and progression, which requires lifelong monitoring and repeated treatment. Most cases (75%) will be non muscle-invasive bladder cancer (NMIBC), and transurethral resection of bladder tumor (TURBT) is regarded as the standard diagnostic and therapeutic method even if, this technique, has been associated with significant complications (bleeding, bladder perforation, obturator nerve reflex, and even bladder explosion). Furthermore, the main disadvantage of TURBT is that the “incise and scatter” procedure contradicts the basic surgical oncologic principles of take out the tumor “en bloc” with sure margins of resection and histopathology evaluation of wall invasion. Other problem is the possible seating of exfoliated cancer cells. To solve these issues related to TURBT, the “en bloc” surgery of NMIBC was been proposed by several authors. The present study evaluated the safety and efficacy of the *Leonardo* laser for “en bloc” resection of non muscle invasive bladder tumors and share our initial experience.

Materials and methods

From Gennuary 2015 to February 2017, 27 patients underwent “en bloc” resection with the laser. Random cold forceps biopsy samples were also taken. The total operation time, pathologic result, and intraoperative and postoperative complications were recorded. Each patient was followed up for ≥ 12 month.

We used the Leonardo Laser. It is a diode dual length laser (980 nm-1470 nm). The two waves length can be free mixed. Was used a power of 15/20 watts with a mix of 85% of 980 and 15% of 1470. The conical front emitting laser fiber was used. We treated bladder tumor of a diameter since 2 cm of maximum diameter .

Results

The average total operation time was 35 minutes. The en bloc resection of all tumors was successful in all cases. The resected tumors were intact with detectable margins and the detrusor muscle architecture was always available for pathologic evaluation. The tumors were: 4 (14.8%) Ta,G1-G2; 1 (3.7%) T3,G2-G3; 2 (7.4%) T1,G2-G3 and 20 (74.1%) Ta,G2-G3. No complications occurred during or after surgery. All patients were able to return home the day after operation without catheter. At a median follow-up period of 6 months, we have no recurrence in the previous site of tumor. In the follow up at 3/6/12 months in 4 cases we have had a recurrence of pathology in different sites of bladder wall.

Conclusion

The results of our study have shown that laser “en bloc” resection is an effective, feasible, and safe for bladder tumor resection. It was associated with no complications and allows accurate pathologic evaluation. The laser en bloc surgery o NMIBC can be consider, in our preliminary experience, an evolution of endoscopic surgery of bladder cancer.

CHIRURGIA ROBOTICA

C_01

ROBOT ASSITED RETROPERITONEAL LYMPH NODE DISSECTION IS A SAFE AND FEASIBLE PROCEDURE FOR STAGE I AND II NON SEMINOMATOUS GERM CELL TESTICULAR CANCER

Roberto Bianchi, Valeria Maria Lucia Tringali, Andrea Russo, Michele Catellani, Francesco Alessandro Mistretta, Antonio Cioffi, Alessandro Serino, Gabriele Cozzi, Maurizio Delor, Victor Deliu Matei, Giacomo Piero Incarbone, Gennaro Musi, Ottavio De Cobelli

Introduction and objectives

Robot assisted retroperitoneal lymph node dissection (RA-RPLND) is an accepted staging and treatment option for non seminomatous germ cell tumor (NSGCT). Robotic surgery offers technical advantages and is being increasingly used in urologic procedures. Aim of this study is to evaluate surgical, perioperative and pathological outcomes of the patients treated with RA-RPLND at our Institution.

Materials and methods

A retrospective review of RA- RPLND performed by the four more expert surgeons at our Institution from January 2012 to September 2016 was performed. Data were collected regarding patient demographics, primary tumor characteristics, pathological findings, and clinical outcomes.

RESULTS

In total, 16 patients were treated with RA-RPLND. Twelve were right RPLND and 4 left. Fourteen patients had Clinical Stage (CS) I, two had CS IIA NSGCT. The median (interquartile range [IQR]) Body Mass Index (BMI) was 24.75 (23.22-26.84). Median (IQR) operative time was 240 (200-283) min, estimated blood loss was 100 (25-175) ml, node count was 15.50 (12-18), and length of stay was 6 (5-10) days. No blood transfusion was required. One intraoperative complication occurred: a duodenal lesion, robotically repaired, which required prolonged fasting. Five (31.25%) patients developed a postoperative complications Clavien-Dindo II, all of them were chylos ascites which required total parenteral nutrition, fasting and prolonged drain maintenance. No late complications were recorded. At final pathological examination, 4 (25%) patients had positive nodes (pN1). Three patients received adjuvant chemotherapy. One patient had teratoma and thus there was no indication for adjuvant therapy. The median follow-up was 18.6 (1-53) months and no recurrence was recorded. Limitations include retrospective design, small population and limited follow-up.

Conclusions

This series confirms the initial literature reported evidence that the RA-RPLND is a safe, reproducible and feasible procedure for stage I-II NSGCT, in the hands of experienced surgeons. Oncological outcomes and postoperative morbidity result similar to those reported for the traditional open surgery technique. Larger and comparative studies are needed in order to better support this evidence.

C_02

ROBOTIC-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY IN YOUNGER MEN (AGE ≤ 50 YEARS) AT A TERTIARY REFERRAL CENTER: CLINICAL CHARACTERISTICS, ONCOLOGICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES

M. Catellani, FA. Mistretta, A. Russo, A. Serino, A. Conti, S. Luzzago, R. Bianchi, G. Cozzi, M. Ferro, V. D. Matei, A. Brescia, G. Musi, O. De Cobelli

Introduction and objectives

Prostate cancer (PCa) in younger men (age ≤ 50 years) appears to present differently compared with older men. We report the risk factors, the oncological and functional outcomes of younger patients (age ≤ 50 years) treated with robotic-assisted radical prostatectomy (RARP) for localised PCa.

Materials and methods

A total of 103 (3.5%) younger patients (age ≤ 50 years) with clinically localized PCa who underwent RARP at a single referral tertiary center between 2006 and 2015 were identified. Comorbidities were assessed according to Charlson Comorbidity Index (CCI) while perioperative complications were categorized according to the Clavien-Dindo Classification. Urinary continence was defined as the use of no pads while biochemical recurrence (BCR) was defined as two consecutive PSA ≥ 0.2 ng/ml. Kaplan-Meier analysis assessed time to BCR.

Results

Table 1 summarizes clinical characteristics and risk factors. Median (IQR) operative time was 210 min (174-240). Median (IQR) blood loss was 200 ml (100-200), and only 1 (0.97%) patient needed blood transfusion. Overall, 2 (1.9%), 1 (0.97%) and 2 (1.9%) patients had Clavien I, II, III complications, respectively. At final pathology 65.1%, 23.3%, 5.8% and 1% of patients presented a pT2, pT3a, pT3b and pT4 stage respectively. Pathological Gleason score was 6, 7 and 8 or higher in 70%, 25% and 5% of patients, respectively. Moreover, 58.3% of patients had perineural involvement and 2.9% had vascular invasion. Positive surgical margin rate was 15.5% and 4.9 % of patients had positive lymph nodes. Finally, 6.3% and 6.3% of patients underwent adjuvant RT and HT respectively, 5.2% and 1% of patients required salvage RT and HT respectively. Median (IQR) follow up was 27 (23-29) months. At last follow-up BCR free survival rate was 94.6%, urinary continence rate was 93.6% and potency rate was 92.6%.

Table 1 – Clinical characteristics and risk factors	
Age at surgery - Median (IQR)	48 (46 - 49)
BMI - Median (IQR)	25.88 (24.38 - 28.08)
CCI index (%)	
0	91.3
1	7.8
≥2	1.0
PSA at diagnosis, ng/ml - Median (IQR)	5.47 (4.14 - 8.55)
Biopsy Gleason score (%)	
6	70
7	25
8-10	5
Number of biopsy cores taken - Median (IQR)	12 (11 - 14)
Number of biopsy cores positive - Median (IQR)	4 (2 - 6)
Percentage of positive cores (%) - Median (IQR)	33.33 (19.69 - 57.44)
Positive family history of cancer (%)	70.4
Number of relatives diagnosed with cancer (%)	
1	69.4
2	24.5
3-4	6.1
Coffee consumption (%)	93.8
Number of cups per day - Median (IQR)	2 (1 - 3)
Alcohol consumption (%)	63.4
Number of glasses per day - Median (IQR)	1 (1 - 2)
Smoking (%)	34.4
Number of cigarettes per day - Median (IQR)	15 (6.5 - 20)

Conclusion

RARP in patients in younger men (age ≤50 years) is a safe procedure with excellent oncological and functional outcomes in a high-volume center.

C_03

ROBOT-ASSISTED PARTIAL NEPHRECTOMY FOR CLINICAL STAGE $\geq$ T1B TUMORS: PERIOPERATIVE, ONCOLOGIC AND FUNCTIONAL OUTCOMES

Maurizio Delor¹, Andrea Russo¹, Francesco Alessandro Mistretta¹, Michele Catellani¹, Andrea Conti¹, Valeria Maria Lucia Tringali¹, Gabriele Cozzi¹, Giaocmo Piero Incarbone¹, Victor Deliu Matei¹, Gennaro Musi¹, Ottavio De Cobelli¹

¹ Division Of Urology, European Institute Of Tecnology, Milano (MI)

Introduction and objectives

Nephron sparing surgery (NSS) represents the gold standard treatment for small renal masses and recently indications have extended to larger lesions. It has been demonstrated that NNS has equivalent oncologic outcomes, improved renal function outcomes and decreased cardiovascular morbidity compared with radical nephrectomy. We present the outcomes of $\geq$ cT1b renal mass who underwent robot-assisted partial nephrectomy (RAPN).

Materials and methods

A total of 51 (25.1 %) patients with $\geq$ cT1b renal mass who underwent RAPN at a single referral tertiary center between 2010 and 2016 were identified. Comorbidities were registered according to Charlson Comorbidity Index (CCI) and lesions were categorized according to Preoperative Aspects and Dimensions Used for an Anatomical (PADUA) score. Surgical strategies were stratified using the surface-intermediate-base (SIB) margin score and perioperative complications were categorized according to the Clavien-Dindo Classification. Paired t-test assessed the differences in pre- and post- operative estimated glomerular filtration rate (eGFR).

Results

Median age at surgery was 58 years. Overall, 38 (74.5%) and 13 (25.5%) patients were male and female, respectively. Moreover, 35 (68.6%) and 16 (31.4%) patients had a CCI $\leq$ 2 and $>$ 2, respectively. Median (inter quartile range[IQR]) size of the lesion at preoperative imaging was 49 (44-55) mm. Overall, 4 (11.2%), 19 (52.7%) and 13 (36.1%) patients had a low (6- 7), an intermediate (8-9) and high ($\geq$ 10) PADUA score, respectively. Moreover, 27 (52.9%) and 24 (47.1) patients underwent a pure enucleation and a enucleo-resection. Median (IQR) operative time, warm ischemia time and blood loss was 170 (132-230) min, 20 (17-25) min and 200 (100- 600) ml, respectively. Median (IQR) size of the lesion at final pathology was 49 (4-60) mm. Overall, 56.3%, 25% and 18.7% of patients achieved a SIB margin score of 0-1, 2-3, 4-5, respectively. Moreover, 32 (64%), 11 (22%) and 7 (14%) patients at final pathology had a clear cell renal carcinoma, a cromophobe renal cell carcinoma and a papillary renal cell carcinoma, respectively. Finally, 43 (84.3%), 3 (5.9%), 5 (9.8%), 2 (3.9%) and 49 (96.1) patients had pT1b, pT2, pT3, pN0 and pNx disease, respectively. Overall, 5 (10.4%), 36 (75%) and 3 (14.6%) lesions were Fuhrman grade 1, 2 and 3, respectively. Positive surgical margin rate was 2%. Moreover, 4 (7.8%), 2 (3.9%) and 1 (2%) patients had Clavien I, II, III complications, respectively. Median (IQR) follow up was 21 (10-38) months without any

recurrences. Median (IQR) pre- and post- operative eGFR was 99 (85-121) ml/min/1.73m² and 79 (79-114) ml/min/1.73m², respectively (p=0.9).

Conclusion

RAPN is a safe and efficacious procedure for the treatment of $\geq$ cT1b renal masses with excellent intermediate oncologic and functional outcomes.

CHIRURGIA LASER

C_04

CONFRONTO TRA VAPORIZZAZIONE E VAPOENUCLEAZIONE TRANSURETRALE CON LASER AL TULLIO

L. Carmignani¹; M.C. Clementi¹; G. Motta¹; S. Nazzani¹; C. Signorini; D. Ratti; S. Picozzi¹; S. Maruccia²; S. Casellato²; D. Vizziello.¹

Dipartimento di Urologia,

IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy

Istituti Clinici Zucchi, Monza, Italy

Università di Milano

Introduzione ed obiettivi

L'utilizzo dei laser per il trattamento chirurgico mininvasivo è sempre più diffuso grazie ai vantaggi forniti rispetto alle tecniche standard. Il laser al tullio permette di eseguire sia vaporizzazione (ThuVAP) che vapoenucleazione (ThuVEP) transuretrale. L'obiettivo dello studio è quello di confrontare i risultati funzionali e le complicanze tra ThuVEP e ThuVAP.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati, raccolti prospetticamente, di 474 pazienti con IPB trattati presso il nostro centro da Febbraio 2012 a Giugno 2016. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in base alla tecnica utilizzata. 333 pazienti (Gruppo A) sono stati sottoposti a ThuVEP e 141 (Gruppo B) a ThuVAP. L'indicazione chirurgica è stata stabilita in accordo con le linee guida europee, mentre la scelta della tecnica è stata decisa in base all'esperienza dell'operatore. Il setting preoperatorio prevedeva l'analisi di: PSA, volumetria prostatica tramite EPTR, UFM, IPSS e QoL. Abbiamo confrontato il tempo operatorio e la degenza, oltre UFM, IPSS e QoL a 3 mesi.

Risultati

L'età mediana dei pazienti era 70 (65-75) anni per il gruppo A e 68 (63-73) per il gruppo B. L'IPSS e i valori di flusso massimo preoperatori erano rispettivamente 20 (15-25) e 8 ml/s (6-10) per il Gruppo A, mentre 18.5 (8.5-27) e 8.65 ml/s (6.68-11.1). A tre mesi invece, L'IPSS e i valori di flusso massimo erano rispettivamente 4 (2-7) e 20.2 ml/s (15.05-25.38) per il Gruppo A, mentre 6 (4-9) e 17.4 ml/s (11.4-22.6). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di degenza ($p>0,05$). Le complicanze, secondo la classificazione Clavien Dindo, sono state le seguenti: per il gruppo A 10,6% Clavien I, 2,4% Clavien II, 2,7% Clavien IIIa, 0,3% Clavien Iva, mentre nel gruppo B 9,8% Clavien I, 4,2% Clavien II, 1,4% Clavien IIIa

Conclusioni

I dati preliminari mostrano come ThuVEP e ThuVAP riducono in maniera sicura ed efficace i LUTS, con minori complicanze nella ThuVAP.

C_05

LA VAPORIZZAZIONE PROSTATICA CON LASER AL TULLIO È EFFICACE E SICURA COME LA VAPOENUCLEAZIONE ANCHE IN PROSTATE DI DIMENSIONI SUPERIORI AD 80 ML? STUDIO PRELIMINARE DI UN SINGOLO CENTRO

L. Carmignani; M.C. Clementi; G. Motta; C. Signorini; S. Nazzani; D. Ratti; C. Marenghi; D. Vizziello

Department of Urology, IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy, Università degli Studi di Milano

Introduzione

Le tecnologie mininvasive con energia laser per il trattamento dell'ostruzione prostatica benigna sono attualmente in continua crescita per i vantaggi offerti e il minor numero di complicanze rispetto a TURP e adenomectomia transvescicale. Il laser al Tullio può essere usato sia per eseguire vaporizzazioni (ThuVap) che vapoenucleazioni (Thuvep).

L'obiettivo dello studio è di dimostrare l'efficacia e la sicurezza di Thuvap e Thuvep in pazienti con prostata di dimensioni maggiori di 80 ml.

Materiali e metodi

Tra febbraio 2012 e giugno 2016 un totale di 160 pazienti con prostata di più di 80 ml sono stati sottoposti nel nostro centro a Thuvep (A- n° 108) o Thuvap (B- n°52). Le indicazioni chirurgiche sono state date secondo le linee guida EAU e la scelta della tecnica è stata basata sulle abilità del chirurgo.

Le indagini preoperatorie eseguite sono state esplorazione prostatica digitale, ecografia prostatica transrettale (TRUS), uroflussometria, International Prostatic Symptom Score (IPSS), Quality of Life (QOL), PSA, esami ematici, esame delle urine ed urinocoltura.

Abbiamo anche valutato il tempo chirurgico, il tempo di cateterizzazione e il tempo di ospedalizzazione. IPSS, QoL e flusso massimo (Qmax) sono stati misurati a 3 mesi dall'intervento per verificare l'outcome funzionale. Tutti i dati sono espressi come mediana e range interquartile. Le complicanze sono riportate usando la classificazione di Clavien (CCS).

Risultati

L'età media era di 68 anni nel gruppo A (62-74) e di 71 nel gruppo B (66-75). Il volume prostatico medio era di 106 ml (90-131.5) per il gruppo A e 109.5 ml (95-151.25) per i pazienti sottoposti a Thuvap. Il tempo medio di cateterizzazione era di 27.5 h (22-43) per il gruppo A e 41h (28-48) per il gruppo B. L'ospedalizzazione media è stata di 2 giorni (2-3) per la Thuvep e di 3 giorni (2-3) per la Thuvap.

Gli outcome funzionali per i pazienti sottoposti rispettivamente a Thuvep e Thuvap sono rispettivamente IPSS: 4 (2-6) e 6 (2.5-7.75), QoL: 1(0-1) per entrambi, Qmax 20.6 ml/sec (16.6-25.92) e 19 ml/sec (13.6-23.85).

Abbiamo registrato complicanze minori (Clavien I/II) nel 16.66% dei pazienti del gruppo A e nel 21.15% del gruppo B. Complicanze maggiori (Clavien3a) sono occorse solo nel gruppo di pazienti sottoposti a Thuvep nel 4.63%. Una complicanza Clavien IV è occorsa nel gruppo A.

Conclusioni

Possiamo quindi concludere che la Thuvap ha un numero minore di complicanze maggiori rispetto alla Thuvep correlato a pari outcome funzionale a 3 mesi. La Thuvap è una tecnica sicura ed efficace per il trattamento dell'ostruzione prostatica benigna anche per prostate maggiori di 80 ml.

C_06

THULIUM LASER TREATMENT OF EARLY STAGE PENILE CANCER: INITIAL RESULTS AND FUNCTIONAL OUTCOMES

A Conti, A. Russo, M. Catellani, FA. Mistretta, VML. Tringali, S. Luzzago, R. Bianchi, G. Cozzi, M. Delor, VD. Matei, G. Musi, O. De Cobelli

Introduction and objectives

Traditional surgical treatment of penile carcinoma was amputation of the glans, resulting in organ dysfunction and disfigurement, with a strong impact on patient's quality of life. Several conservative treatment modalities have been introduced with the goal of achieving conservative treatment. We present the initial experience with thulium laser excision of early stage penile lesions.

Materials and methods

A total of 26 patients with early stage penile lesions undergoing thulium laser treatment in a tertiary referral center between 2013 and 2016 were identified. Patients underwent ablation with a RevoLix 200 Watt Continuous Wave Laser. Under local anesthesia, the procedure was carried out with a pen-like laser-handpiece, using a 360 µm laser fiber and 15-20 Watts of power. Perioperative characteristics, pathological and functional outcomes were assessed.

Results

Median (IQR) age at surgery was 61 (54-72) years. Median (inter quartile range) size of the lesions was 15 (10-20) mm. At final pathology 2 patients reported lichen sclerosus, 1 patient presented balanitis and 1 patient was affected by giant condylomata acuminata of Buschke and Lowenstein. Among the remaining 23 patients, 11 (47.8%) and 12 (52.2%) at final pathology presented in-situ and invasive squamous cell carcinoma (SCC), respectively. Final pathological stage was pTis, pT1, pT2 and pT3 in 11 (47.8%), 7 (30.4%), 3 (13.0%) and 2 (8.7%) patients, respectively.

Moreover, 4 (22.2%) patients had a recurrence of which 3 (75%) and 1 (25%) patients developed an invasive or in situ recurrence. The site of recurrence was the treated area in all patients, no inguinal recurrence occurred. Three patients after laser ablation had a T2 or T3 disease and were submitted to amputation and sentinel lymph node biopsy or inguinal lymph node dissection according to clinical parameters. Finally, the totality of the recurring patients underwent repetition of Tm:YAG laser treatment.

Overall, 6 (46.1%), 2 (15.4%), 2 (15.4%) and 3 (23.1%) patients had erections after less than a week, after around two weeks, after less than a month and after a month, respectively. Post operative sexual activity was achieved after less than a month in 6 (50.0%) patients, after less than two months in 2 (16.7%) patients, after more than two months in 1 (8.3%) patient, while 3 (25.0%) patients did not report sexual activity after surgery. After treatment 5 (33.3%) patients reported a conserved penile sensitivity, while 7 (46.7%) and 3 (20.0%) patients experienced a better or worse sensitivity, respectively.

Conclusions

Early-stage penile carcinomas can be effectively treated with an organ preservation strategy. Thulium laser treatment with a pen-like laser-handpiece is more ergonomic than the traditional CO₂ laser treatment. Thulium laser conservative treatment is easy, safe and offers good functional outcome, with a minor impact on patient's quality of life.

C_07

ENUCLEATION OF THE PROSTATE AND TRANSURETHRAL RESECTION (B-TUEP) VS TRANSVESICAL PROSTATECTOMY FOR ENLARGED PROSTATE: INITIAL EXPERIENCE IN A SINGLE CENTRE WITH 3-YEAR FOLLOW-UP

R. Giulianelli, B. Gentile*, L. Albanesi*, G. Rizzo*, C. Falavolt[#], M. Buscarini[§], P. Tariciotti*, G. Mirabile**

** C.Ur.A., Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

*** Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

Urology Department, Villa Betania Clinic, Rome

§ Urology Department, Campus Biomedico University, Rome

Introduction

Open surgery (i.e. open prostatectomy, OP) or transurethral holmium laser enucleation (HoLEP) is indicated for men with prostates > 80 ml. For many years, OP had been the primary treatment option in patients with benign prostatic hyperplasia until it was gradually replaced by transurethral endoscopy.

Button bipolar enucleation of the prostate (B-TUEP), a novel personal technique, is a safe and effective procedure for the treatment of bladder obstruction secondary to BPH.

Aim of this study was to evaluate, retrospectively, the overall efficacy and safety of B-TUEP vs OP for large BPO.

Secondary end points were the intraoperative and perioperative results and whether B-TUEP and OP improved all baseline values.

Materials and methods

The clinical data for 240 consecutive patients (120 pts. who underwent OP and 120 pts submitted to B-TUEP) for BPH from May 20012 to December 2013 at our centre were retrospectively analysed

Indications for surgery were a preoperative International Prostate Symptom Score (IPSS) ≥ 12 points, Quality of life (QoL) < 4, maximal urinary flow rate (Q_{max}) < 15 mL/s, post-void residual urine volume (PVR) > 50 mL, prostate volume ≥ 80 gr on transrectal ultrasounds and non-responder to therapies. Age, BMI, haemoglobin levels, IPSS, QoL score, International Index of Erectile Function (IIEF-5) Questionnaire, prostate specific antigen (PSA), prostatic volume (PV) and PVR were compared preoperatively between the two groups.

Data following a normal distribution are presented as mean $\pm$ standard deviation and were compared using the t-test. Categorical data (percentages) were compared using the chi-square test or Fisher's exact probability test. P-values < 0.05 were considered statistically significant.

A total of 211 (87.9%) of 240 patients were followed for 3 years. During the follow-up, we analysed Q_{max} score, I.P.S.S. score, QoL score, PSA and PVR rate at 1, 3, 6, 12, 18, 24, 30 and 36 mo., IIEF-5 Questionnaire score at 3 mo. and prostatic volume only at 3, 12, 26 and 36 mo.

Results

In our experience, B-TUEP and OP techniques showed significantly different results in the intra- and perioperative time. OP procedure required significantly shorter operative time than the B-TUEP (WMD - 41.5 min, $p < 0.05$). Postoperative bladder irrigation time (WMD - 27.5 h $p < 0.05$), Hb value (WMD - 0.91 g/dl, $p > 0.05$), catheterization time (WMD - 38.14 h $p < 0.05$) and hospital stay (WMD - 16.82 h, $p < 0.05$) were significantly shorter in the B-TUEP group. According to Clavien-Dindo Grade System, we observed in the OP group a more number of Grade II-III complications.

Both treatments resulted in statistically significant improvements of all parameters evaluated at each postoperative assessment for each parameter at all intervals compared with baseline in both groups ($p < 0.05$).

During the follow-up, there were no significant differences between the groups for Qmax score, QoL score, IIEF-5 Questionnaire score, PSA and prostatic volume. A total of 211 (87.9%) of 240 patients were followed for 3 years. Re-operations for BOO resulted in exclusion of 9 pts (7.5%) in the OP group (2 cases of BNC, 5 cases of residual adenoma, and 2 urethral strictures) and 6 pts (5%) in B-TUEP group (4 BNC and 2 urethral strictures).

Conclusion

In this study, we showed that B-TUEP has early and intermediate efficacy and safety equivalent to OP in the treatment of large BPH.

C_08

LASER SINGLE INCISION FOR TREATMENT OF CONGENITAL BLADDER NECK SCLEROSIS: NEW TECHNIQUE

Stefano Mattioli, Alessandro Picinotti, Andreina Burgio

Introduction

The primary bladder neck obstruction (PBNO) has been recognized in 41-45% of young men suffering from a chronic lower urinary tract symptoms (LUTS). Few studies are published in Literature about the use of laser devices in the surgical treatment of PBNO and none about the use of Thulium Laser. The aim of our study is to report the results of our follow up in the endoscopic treatment of PBNO with Thulium Laser.

Materials and methods

From January 2012 to January 2015 we treated 214 patients using Thulium laser for primary bladder neck sclerosis. All patients had symptoms suggestive of LUTS or prostatism: filling or irritative symptoms and voiding or obstructive symptoms. In 157 patients the incision was performed unilaterally at 7 o'clock of the bladder neck. In 57 cases was performed bilateral incision at 5 and 7 o'clock without vaporizing the tissue between the two incision. We chose to make the incision bilaterally in cases where a single incision was not enough to solve the obstruction from the bladder neck and prevent a recurrence. Bladder irrigation was used overnight in all cases, and the catheter was removed after 12 hours.

Results

196 patients enrolled completed 1 year follow-up: 157 patients underwent to unilaterally incision and 39 to bilateral incision. In 179 cases (91,3%) there was unchanged antegrade ejaculation, while reduced semen volume was reported by 14 men (7,1 %) and retrograde ejaculation by only 3 (1,5%) but these patients underwent to bilateral incision. The quality of orgasm and sexual satisfaction were not permanently changed by the operation.

Conclusion

In patients with PBNO it is possible to perform endoscopic treatment with Thulium laser that we think an effective and safe procedure, not affecting sexual functioning and particularly retrograde ejaculation.

C_09

RETROGRADE INTRA-RENAL THULIUM LASER TREATMENT OF UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL CELL CARCINOMA

FA. Mistretta, M. Catellani, A. Russo, S. Luzzago, A. Serino, M. Ferro, G. Cozzi, M. Delor, R. Bianchi, VD. Matei, G. Musi, O. De Cobelli

Introduction and objective

Kidney-sparing surgery for low-risk (and for imperative high-risk) urinary tract urothelial carcinoma (UTUC) allows sparing the morbidity associated with radical surgery, without compromising oncological outcomes and kidney function. We evaluate the efficacy and safety of ureteroscopic thulium laser (TL) treatment of UTUC.

Materials and methods

Overall, 32 patients with a low-grade (or high-grade in imperative cases) UTUC undergoing conservative TL treatment at two referral institutions between 2012 and 2015 were evaluated. Among imperative cases 3 were solitary kidney patients and 2 had major comorbidities. All patients underwent a prior biopsy and then were subjected to a TL vaporization (using either RevoLix 200 Watt Continuous Wave Laser or Quanta System Cyber TM 150 Watt) of the lesion. A 265 micron and a 380 micron laser fiber was used with a flexible scope and a semirigid scope, respectively. Ablation was carried out at a 10-20 Watt power. Postoperative complications (categorized according to the Clavien-Dindo CD classification) were assessed. Follow up consisted of CT scan and ureterorenoscopy 4 months after surgery. Clinical recurrence was defined as relapse or occurrence of a new lesion.

Results

Mean age at surgery was 68 years (SD 10.7). Mean tumor size was 15.2 (range 2-30) mm. Overall, 6 (15.6%) and 23 (71.8%) patients had a history of previous contralateral UTUC and bladder transitional cell carcinoma, respectively. Moreover, 10 (31.2%) patients had a lesion located in the renal pelvis, 11 (34.4%), 4 (12.5%) and 3 (9.4%) patients had a lesion located in the lower, middle and upper ureter tract, respectively and 4 (12.5%) patients had multifocal lesions. Overall, 3 (9.4%), 21 (65.6%) and 8 (25%) patients had a positive, negative or suspicious preoperative urine cytology, respectively. Preliminary biopsy revealed the presence of low-grade disease in 22 (68.7%) patients, in 3 (9.4%) and 1 (3.1%) patients a high-grade and carcinoma in situ (CIS) disease, while it was not conclusive in 6 (18.8%) patients. Final stage was pTa and pTis in 31 (97%) and 1 (3%) patients, respectively. Overall, 42.9%, 53.6% and 3.6% of the patients experienced CD grade I, II and III complications, respectively. Five (15.6%) patients underwent a second-look procedure due to presence of residual disease after first ablation. Eight (25%) patients experienced clinical recurrence and underwent one or more subsequent TL vaporizations. Two patients (6.2%) underwent nephroureterectomy (one due to presence of CIS, the other refused a second conservative treatment). Pathological outcomes were pTis and pT0, respectively. Median follow-up was 18.2 (range 0-51) months, and no progression of upstaging of disease occurred.

Conclusions

TL management of UTUC is a safe and efficacious conservative treatment, even in solitary kidney patients or individuals with major comorbidities. This initial experience shows optimal vaporization and hemostatic control in the absence of major complications.

MISCELLANEA

C_10

HAEMATURIA ONE STOP CLINIC: 388 CASI

L. Carmignani, P. Acquati, R. Stubinski, S. Picozzi, C. Marenghi, E. Finkelberg, D. Vizziello, M.C. Clementi, G. Motta, S. Nazzani, C. Signorini, D. Ratti
IRCCS Policlinico San Donato, Milano

Obiettivi

riportare i risultati nella diagnosi precoce del TCC vescicale e di altre patologie oncologiche e non, presso la “One Stop Haematuria Clinic” (OSHC) del Policlinico San Donato.

Materiali e metodi

Tra ottobre 2010 e gennaio 2017, 388 pazienti con ematuria si sono rivolti presso la OSHC del nostro Istituto. Ogni paziente è stato sottoposto a visita, ecografia dell'apparato urinario, cistoscopia e TAC addome o pielografia ascendente in casi selezionati (evidenza di idronefrosi, alterazioni o lesioni del parenchima renale, presenza di calcolosi del tratto urinario, evidenza di CTM positivi o dubbi). In caso di diagnosi di TCC vescicale, i pazienti sono stati sottoposti a TURBT. In altri casi (calcoli, IPB...) è stato seguito l'iter terapeutico appropriato.

Risultati

Il 30,41% (118) dei pazienti con ematuria ha avuto riscontro di TCC vescicale; nel 2,57% (10) è stato diagnosticato un tumore dell'alta via escrettrice. Nel 14,69% (57) l'ematuria era stata determinata da litiasi urinaria. Nell'1,54% invece è stato riscontrato un tumore renale. Tutti i pazienti con riscontro di TCC vescicale sono stati sottoposti a TURBT: 25,42% (30) hanno avuto riscontro di pTa; il 14,40% (17) ha ricevuto diagnosi di pT1. Il 12,71% (15) dei pazienti, i quali hanno ricevuto diagnosi di pT2, sono stati sottoposti a cistectomia radicale. La tempistica media dall'accesso alla OSHC fino al giorno dell'intervento, in caso di TCC vescicale, è stato di 24.11 (± 20.15) giorni.

Conclusioni

I risultati hanno dimostrato che la OSHC è un modello efficace per la cura dei pazienti con ematuria accelerando il percorso diagnostico. Inoltre è stato possibile diagnosticare un elevato numero di patologie non oncologiche, sottolineando l'importanza dell'OSHC non solo come una clinica orientata all'oncologia ma come una clinica urologica completa.

C_11

CONFRONTO TRA PAZIENTI CON VOLUMI PROSTATICI > E < DI 80 GRAMMI SOTTOPOSTI A THUVP

Carmignani L.; Motta G.; Nazzani S.; Signorini C.; Vizziello D.; Finkelberg E.; Ratti D.; Marengi C.; Stubinski; Clementi M.C.
Department of Urology,
IRCCS Policlinico San Donato, Milan, Italy
Università degli Studi di Milano

Introduzione

La vaporizzazione transuretrale con laser al Tullio è una nuova tecnica chirurgica per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna (IPB) con efficacia sovrapponibile alle attuali tecniche considerate il gold standard per tale patologia ovvero TURP per prostate di piccoli volumi (30-80ml) e adenomectomia prostatica transvescicale per prostate con volumi > 80 ml. Tuttavia in letteratura sono ancora pochi i dati a disposizione su questa tecnica. L'obiettivo di questo studio è quello di confrontare gli outcome urinari della ThuVAP in pazienti con prostate di volumi < 80 ml e > 80 ml.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati raccolti prospetticamente di 128 pazienti con IPB, sottoposti a ThuVAP da Febbraio 2012 a Giugno 2016 presso la nostra Struttura. I pazienti sono stati divisi in due gruppi in base alla volumetria prostatica: 76 pazienti (Gruppo A) con prostate <80 ml e 52 pazienti (Gruppo B) con prostate >80 ml. L'indicazione all'intervento è stata decisa secondo le linee guida EAU. Sono stati raccolti e analizzati i dati preoperatori riguardo PSA, esplorazione rettale, EPTR, ecografia apparato urinario, urinocoltura, uroflussometria ed IPSS. Abbiamo inoltre valutato i tempi operatori e la degenza. L'outcome a 3 mesi è stato valutato con flusso massimo e IPSS. Tutti i dati sono espressi come mediana e range interquartile

Risultati

L'età dei pazienti era 69 anni (64-75) per il gruppo A e 71 anni (66-75) per il Gruppo B. L'IPSS per i due gruppi era 20 (11-27) e 27 (19.5-29), rispettivamente. A tre mesi il valore era 6 (4,25-9) per il gruppo A e 6 (2,5-7,75) per il gruppo B. Il flusso massimo preoperatorio era 8,6 (6,7-11,1) e 8,25 (5,9-10,4) mentre a tre mesi era 15 (10,87-19,9) e 19 (13,6-23,85). La mediana del tempo operatorio era 50 minuti (40-65) per il gruppo A e 70 minuti (50-95) per il gruppo B. La degenza mediana è stata 2 giorni (2-3) e 3 (2-3) per Gruppo A e B, rispettivamente. Le complicanze più frequenti sono state ritenzione urinaria acuta, infezioni delle vie urinarie e macroematuria. Nel gruppo A, 11,84% dei pazienti hanno avuto complicanze minori (Clavien I/II) mentre il 2,63% hanno avuto complicanze maggiori (Clavien III). Nel gruppo B invece, il 21,15% dei pazienti hanno avuto complicanze minori mentre non si è verificata nessuna complicanza maggiore.

Conclusioni

I nostri dati mostrano che la ThuVAP è un'opzione efficace in pazienti con prostate di grandi dimensioni, anche se con un rischio lievemente elevato di complicanze minori.

C_12

ESPERIENZA PRELIMINARE CON STENT URETERALE ALLIUM ®

F. De Marco, S. Di Nicola, . Grillenzoni, P. Vicini, D. Fini, A. Alfarone, U. Parente, M. Pozza, C. Corsi

Introduzione ed obiettivi

Le stenosi ureterali sono complicanze severe, difficili da trattare e che impattano significativamente sulla qualità della vita dei pazienti. Solitamente la risoluzione definitiva è chirurgica di natura ricostruttiva o con posizionamento di stent ureterali. Nella nostra esperienza abbiamo voluto valutare l'utilizzo di nuovi stent ureterali auto-espandibili (ALLIUM®) a largo calibro.

Materiali e metodi

Da Settembre 2016 a Marzo 2017, 25 pazienti sono stati arruolati nello studio e sono stati sottoposti al posizionamento per via endoscopica del presidio ureterale Allium®, pertanto con un breve follow-up. Dei 25 pazienti trattati, 13 presentavano stenosi ureterali iatrogene post-ULT/RIRS, in questi pazienti è stata sempre eseguita una dilatazione del tratto stenotico, 7 pazienti presentavano una stenosi come complicanza di patologia oncologica, 2 pazienti stenosi dell'anastomosi post reimpianto ureterale, 1 paziente stenosi dell'anastomosi uretero-neovesvicale, 1 paziente stenosi uretero-ileale (Bricker), 1 paziente con stenosi post pieloplastica.

Risultati

I tempi operatori sono risultati brevi nonostante fosse un'esperienza preliminare (massimo 30 minuti), la degenza post-operatoria è stata < di 48 ore in tutti i casi, tranne un caso in cui lo stent Allium® è stato rimosso in seconda giornata post-operatoria per compressione dell'uretere parallelo (Doppio distretto ureterale completo). Non si sono verificati casi con Febbre nel post-operatorio, né al follow-up ad 1 mese, tutti i pazienti presentavano una risoluzione dell'idronefrosi iniziale, non ci sono stati casi di migrazione dello stent.

Conclusioni

Lo stent ureterale Allium® si è dimostrato un presidio urologico che non necessita di una curva d'apprendimento, minime complicanze post-operatorie, minor impatto negativo sulla qualità della vita dei pazienti, nonché efficace nel trattare le ostruzioni ureterali nel breve termine, appare tuttavia necessario un follow-up a lungo termine per valutare i risultati definitivi sia in termini di complicanze, sia per quanto riguarda la risoluzione delle stenosi ureterali

C_13

PREOPERATIVE CLINICAL CHARACTERISTICS, SURGICAL AND PATHOLOGICAL OUTCOMES OF ANTERIORLY LOCATED PROSTATE CANCER TREATED WITH ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY AT A SINGLE REFERRAL TERTIARY CENTER

E. Di Trapani, A. Russo, FA. Mistretta, M. Catellani, VML. Tringali, A. Conti, S. Luzzago, M. Ferro, R. Bianchi, G. Cozzi, M. Delor, G. Cordima, G. Petralia, G. Musi, O. De Cobelli

Introduction and Objectives

Anteriorly located prostate cancer (PCa) frequently require several sets of prostate biopsy to diagnose it. The introduction of multi parametric magnetic resonance imaging (mpMRI) of the prostate has improved the diagnosis of anterior tumors. We present the preoperative characteristics, surgical and pathological outcomes of PCa anteriorly located at mpMRI in patients who underwent robot-assisted radical prostatectomy (RARP).

Materials and Methods

A total of 116 (6.1%) patients with clinically localized PCa and an anterior lesion at mpMRI who underwent RARP at a single referral tertiary center between 2012 and 2015 were identified. All subjects underwent 1.5 Tesla mpMRI with an eight-channel phased-array coil and images were reviewed by a highly experienced dedicated radiologist. Preoperative characteristics, surgical, perioperative and pathological outcomes were assessed. Univariable logistic regression analyses assessed the impact of PIRADS score on the risk of clinically significant disease (defined as pT3a/3b or pT4 or Gleason score ≥ 8 disease) at final pathology.

Results

Median age at surgery was 66 years. Overall, 46 (39.7%) and 70 (60.3%) patients had only anterior or anterior and posterior lesions, respectively. Moreover, 3 (3%), 20 (20.4%), 75 (76.5%) patients had a PIRADS ≤ 3 , 4, and 5, respectively. Median (inter quartile range[IQR]) PSA and size of the mpMRI lesion were 8.65 (6.20-16.12) ng/ml and 32 (23- 44) mm, respectively. Finally, 36 (31.3%) patients had one or more previous prostate biopsy and 61 (64.2%), 31 (32.6%), 3 (3.2%), patients had cT1, cT2, and cT3 disease, respectively. Overall, 63 (54.8%), 43 (37.4%), and 9 (7.8%) patients had, at biopsy, a Gleason score ≤ 6 , 7, and ≥ 8 , respectively. Median (IQR) operative time and blood loss was 194 (170-234) min and 150 (100-200) ml, respectively. Moreover, 67 (58.8%), 24 (21.1%), and 23 (20.1%) patients underwent a bilateral, unilateral and not nerve-sparing procedure, respectively. Median (IQR) urinary catheter stay was 5 (5-6) days. Finally, 24 (20.9%), 66 (57.4%), and 25 (21.7%) patients had pathologic Gleason score ≤ 6 , 7, and ≥ 8 , respectively. Overall, 60 (52.2%), 46 (40%), 8 (7%), 12 (10.3%) patients had pT2, pT3a and pT3b, pN1 disease, respectively. Moreover, 41 (36%) patients had a positive surgical margin, of which 11 (26.8%), 20 (48.8%), 21 (51.2%) were focally positive, anteriorly located or postero-laterally located, respectively. In univariable analyses, PIRADS 5 lesions were significantly associated with the risk of clinically significant disease (Odds Ratio [OR]: 6.00; 95% confidence interval [CI]: 1.82-19.7; $P=0.03$).

Conclusion

Anteriorly located PCa often harbors unfavourable characteristics at final pathology. PIRADS 5 lesions are associated with an adverse pathological outcome. In this scenario mpMRI plays a fundamental role in the management of this tumors.

C_14

LA SUPPLEMENTAZIONE ALIMENTARE PER LA TERAPIA DELLA INFERTILITA' MASCHILE IDIOPATICA: STUDIO PROSPETTICO SU 123 PAZIENTI

Luigi Gallo

Centro Uro-Andrologico Gallo

Via Santa Lucia 97 , 80132 Napoli , 081-7649530 ; 338-9838481

info@studiourologicogallo.it - www.studiourologicogallo.it

Introduzione e obiettivi

L'infertilità maschile si definisce idiopatica (IMI) nei casi in cui si assiste alla presenza di parametri seminali inferiori alla norma in assenza di cause predisponenti. Alti livelli di specie reattive dell'ossigeno nello sperma sono una delle cause ipotizzabili della IMI. In letteratura sono state pubblicate numerose esperienze circa la terapia medica dell' IMI basate sulla somministrazione di erbe, vitamine ed integratori alimentari dotati di proprietà antiossidanti. Lo scopo di questo studio prospettico è stato quello di valutare il miglioramento dei parametri seminali grazie all' impiego di supplementi alimentari che avevano in precedenza dimostrato efficacia per la terapia dell' IMI.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati in questo studio tutti i pazienti afferenti al nostro centro affetti da infertilità maschile per i quali non è stato possibile accertare cause definibili e correggibili di infertilità quali varicocele, ipogonadismo, criptorchidismo etc. All' ingresso dello studio sono stati valutati i parametri seminali in accordo con i criteri definiti dall' OMS e i livelli ormonali. Gli stessi parametri sono stati valutati dopo una terapia giornaliera per la durata complessiva di almeno 4 mesi con i seguenti principi attivi: Acido Folico 200 mcg, Vitamina A 800 mcg, Vitamina C 120 mg, Vitamina E 18 mcg, selenio 30 mcg, zinco 5mg, L-arginina 2,5 grammi; L- Acetilcarnitina 1,25 grammi, coenzima Q10 6. E' stato eseguito un test X2 sulla variazione dei predetti parametri prima e dopo il trattamento.

Risultati

123 pazienti sono stati valutati. Un totale di 118 pazienti su 123 ha portato a termine lo studio. Dopo la terapia abbiamo assistito alla seguente variazione dei parametri seminali (media $\pm$ DS): volume dell' eiaculato da $1,35 \pm 0,27$ ml a $1,84 \pm 0,35$ ml; numero degli spermatozoi da $13,5 \pm 4,5$ mil/ml a $22,4 \pm 5,3$ mil/ml; motilità totale da $22,3 \pm 11,3\%$ a $46,6 \pm 16,3\%$; forme normali da $6,8 \pm 4,6\%$ a $15,5 \pm 7,8\%$. Dopo la terapia abbiamo assistito alla seguente variazione dei parametri ormonali: FSH da $3,7 \pm 1,3$ U/L a $5,1 \pm 1,5$ U/L, LH da $3,4 \pm 1,8$ U/L a $4,2 \pm 1,5$ U/L , Testosterone totale da $385,7 \pm 132,2$ ng/dL a $456,4 \pm 185,5$ ng/dL; Testosterone libero da $23,6 \pm 6,4$ pg/mL a $31,3 \pm 7,3$ pg/mL, inibina B da $156,3 \pm 63,2$ pg/ml a $114,7 \pm 39,4$ pg/ml. Un totale di 54 pazienti ha conseguito una gravidanza spontanea durante l'assunzione della terapia. Non sono stati riscontrati effetti collaterali degni di nota salvo una lieve dispepsia transitoria riportata in 12 casi.

Conclusioni

La terapia medica dell'IMI basata sulla supplementazione alimentare si è rivelata estremamente efficace sia nel miglioramento dei parametri seminali che dei valori ormonali. Sulla base dei nostri risultati raccomandiamo di utilizzare sempre questo tipo di terapia per almeno 4 mesi prima di indirizzare la coppia verso metodiche di PMA.

C_15

UROTENSIN II RECEPTOR PREDICTS THE CLINICAL OUTCOME OF PROSTATE CANCER PATIENTS AND IS INVOLVED IN THE REGULATION OF MOTILITY OF PROSTATE ADENOCARCINOMA CELLS

Roberto Giulianelli¹, Stefano Nardoni², Gabriella Mirabile¹, Dario Bruzzese³, Cristina Falavolti⁴, Maurizio, Buscarini⁵

1 C.UrA., Urology Department, Nuova Villa Claudia, Rome,

2 Dept. of Histology, Centro Medico Samar, Rome

3 Dept. of Public Health, University of Naples "Federico II", Naples,

4 Urology Department, Villa Betania Clinic, Rome

5 Urology Department, Campus Biomedico University, Rome

Introduction and objective

Urotensin II (UT-II) is a potent vasoconstrictor peptide and its receptor (UTR) was correlated with human cortico-adrenal carcinoma proliferation. In this retrospective study, we have evaluated the correlation between UTR expression and Gleason score of human prostate adenocarcinoma.

Materials and methods

In order to investigate UTR changes occurring in human prostate tumorigenesis, we have evaluated the expression of UTR in 143 human prostate tissue samples of patients affected by prostate adenocarcinoma and underwent prostate biopsy and then radical prostatectomy between 2007 and 2011. All patients had a minimum follow up of 5 years.

Univariate associations between Gleason Score upgrading and clinical and tumour characteristics were assessed using either the chi square test or the Mann-Whitney U test. Multivariable logistic regression models were used to explore the independent role of UTR expression in predicting Gleason upgrading with respect to a set of base prognostic factors including PSA, primary and secondary Gleason score and muscle invasion. The predictive accuracy of the models was evaluated by ROC curve analysis and measured using the area under the curve (AUC). Comparison among the different AUCs was carried out computing the bootstrap sampling distribution of the difference in the two AUCs.

Results

55 (38.5%) patients showed a Gleason score upgrading from biopsy on final pathology. The most frequent pattern (n=20, 36.4%) of upgrading was from a biopsy score of 3+4 to a RPP score of 4+3.

At univariate analysis, lower primary Gleason, presence of muscle invasion and higher UTR expression showed a significant association ($p < 0.001$) with Gleason upgrading. Although patients with GS upgrading were characterized by higher PSA values (median [range] PSA: 6.6 [4.8 to 9.5] vs 5.8 [4.4 to 7.8]), this difference did not reach statistical significance ($p = 0.215$). In a multivariable logistic model including both primary and secondary Gleason score, PSA, muscle invasion and UTR expression levels, patients with an high UTR

expression showed a more than ten-fold increase in the odds of upgrading (O.R. 13.77, C.I. 3.1 to 62.5, $p < 0.001$) with respect to patients with low UTR expression. In ROC analysis, this model predicted Gleason Upgrading with an AUC equal to 0.88 (95% C.I. 0.79 to 0.96, $p < 0.001$). With respect to base model not including UTR, the absolute gain in predictive accuracy of the complete model was equal to 9% ($p = 0.042$).

Conclusion

These data suggest that UTR can be considered a prognostic marker in upgrading human prostate adenocarcinoma patients from biopsy to radical prostatectomy.

C_16

SAFETY OF TESTICULAR PROSTHESIS INSERTION AT THE TIME OF RADICAL ORCHIECTOMY FOR TESTIS CANCER IN PATIENTS UNDERGOING ADJUVANT THERAPIES.

*G. Musi, G. Cozzi, R. Bianchi, F.A. Mistretta, V.M.L. Tringali, O. De Cobelli.
Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia, Milano.*

Introduction

Since the introduction of platinum-based chemotherapy (ChT), long-term survival following testicular cancer (TC) is now the norm; thus, quality of life after radical orchiectomy became of paramount importance. Testicular prostheses have been used since 1941. The first model was composed of vitallium. Nowadays, silicon-gel filled, saline-filled and elastomer prostheses are available. The safety of the concurrent insertion of a prosthesis in course of radical orchiectomy in terms peri-operative complications has already been assessed. Aim of this study was to assess if the insertion of a testicular prosthesis at the time of radical orchiectomy was related to a higher incidence of complications in patients undergoing adjuvant treatments.

Patient and methods

We retrospectively reviewed the records of all the patients who underwent radical orchiectomy at our Institution; we also retrieved the records of patients who underwent radical orchiectomy elsewhere and then had adjuvant treatment at our Institution since 1999. We recorded prosthesis-related complications. Statistical differences in the incidence of prosthesis-related complications in each group were evaluated with the chi-square test.

Results

We retrieved the records of 587 patients; 393 had a testicular prosthesis positioned at the time of orchiectomy. Median follow-up was 57,7 months. 138 patients had adjuvant ChT, 129 had RT and 10 had both ChT and RT; of them 6 (4.3%), 8 (6.2%) and 0 reported complications, respectively. 136 patients had no adjuvant treatment; 7 (5.1%) of them reported complications. No differences were found in the incidence of complications between patients who had no adjuvant treatment vs. patients who had chemotherapy ($p = 0.76$) or radiotherapy ($p = 0.71$).

Conclusions

Testicular prosthesis insertion at the time of radical orchiectomy is a safe procedure even in patients undergoing adjuvant treatments. Testicular prosthesis insertion should be offered to all candidates to radical orchiectomy despite the possible need for adjuvant treatment.

C_17

PREOPERATIVE CLINICAL CHARACTERISTICS ARE PREDICTIVE OF CLINICAL SIGNIFICANT DISEASE AT FINAL PATHOLOGY IN PROSTATE CANCER PATIENTS WITH A PIRADS LESION SCORE ≤ 3 : IMPLICATIONS FOR SELECTIONS OF CANDIDATES FOR ACTIVE SURVEILLANCE

A. Russo, M. Catellani, F. A. Mistretta, V. M. L. Tringali, A. Conti, S. Luzzago, R. Bianchi, G. Cozzi, M. Delor, A. Cioffi, G. Cordima, G. Petralia, G. Musi, O. De Cobelli

Introduction and objectives

Lately multi parametric magnetic resonance imaging (mpMRI) of the prostate has increased its role in diagnosing and staging prostate cancer (PCa). While lesions with PIRADS score ≥ 4 are predictive of clinically significant disease, PIRADS score ≤ 3 lesions are equivocal. We present the pathological outcomes of PCa patients who underwent robot-assisted radical prostatectomy (RARP) and had a PIRADS ≤ 3 lesion at mpMRI.

Materials and methods

A total of 265 (13%) patients with clinically localized PCa and a PIRADS score ≤ 3 lesion at mpMRI who underwent RARP at a single referral tertiary center between June 2011 and December 2015 were identified. All subjects underwent 1.5 Tesla mpMRI with an eightchannel phased-array coil and images were reviewed by a highly experienced dedicated radiologist, using PIRADS version 1. Uni- and multi variable logistic regression analyses assessed the impact of preoperative patient and disease characteristics on the risk of clinically significant disease (defined as extracapsular disease or Gleason score ≥ 7) at final pathology. In particular, covariates consisted of type of mpMRI lesion (focal vs diffuse), size of the mpMRI lesion (≥ 15 mm vs < 15 mm), preoperative clinical characteristics stratified into risk groups (low risk: biopsy Gleason score sum ≤ 6 , total PSA < 10 ng/ml and cT1-cT2 stage; high risk: biopsy Gleason score sum ≥ 7 or total PSA ≥ 10 ng/ml or cT3 stage).

Results

Median age at surgery was 63 years. Overall, 41 (15.5%) and 224 (84.5%) patients had a PIRADS score 2 or 3 lesion, respectively. Median (inter quartile range) size of the mpMRI lesion was 14 (10-21) mm. Moreover, 90 (34%) and 175 (66%) patients had a diffuse or focal lesion at mpMRI, respectively. Finally, 154 (63.4%), 84 (34.6%), and 5 (2%) patients had pathologic Gleason score ≤ 6 , 7, and ≥ 8 , respectively. Overall, 32 (14.3%) patients had positive surgical margins and 212 (87.2%), 31 (12.8%), 56 (21.1%) and 209 (78.9%) patients had pT2, pT3a/3b, pN0 and pNx, respectively. Moreover, 100 (41.3%) patients experienced clinically significant disease at final pathology. In uni variable analyses, the high risk group was significantly associated with the risk of clinically significant disease ($P=0.02$). In multi variable analyses, high risk group (Odds Ratio [OR]: 2.05; 95% confidence interval [CI]: 1.00-4.21; $P=0.05$), but not the type of mpMRI lesion or the size of the mpMRI lesion, represented an independent predictor of clinically significant disease at final pathology.

Conclusion

In PCa patients with a PIRADS score ≤ 3 lesion, preoperative clinical characteristics, and not mpMRI characteristics of the lesion, are predictive of clinical significant disease at final pathology. This results have implications in the risk stratification to assess which patients with a PIRADS score ≤ 3 lesion are suitable for active surveillance versus curative treatment.

NEOPLASIE VESCICALI

C_18

SMOKING AND BLADDER CANCER: DOES THE USE OF NBI INCREASE THE ABILITY TO DETECT SUSPICIOUS BLADDER LESIONS?

R. Giulianelli, B. Gentile*, L. Albanesi*, G. Rizzo, P. Tariciotti*, G. Mirabile**

** C.Ur.A., Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic Rome*

Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic Rome

Introduction

Smoking is a well known risk factor of chronic lung disease, heart disease and various types of cancer including bladder cancer.

In 50% of men and in 35% of women suffered from bladder cancer smoking cigarette is the primary risk factor. The aim of this study was to investigate the association between cigarette smoking and bladder cancer. Secondary end points were the correlations between sex, number of cigarettes smoked, efficacy of NBI cystoscopy versus WL cystoscopy in detecting suspicious bladder cancer.

Materials And Methods

From June 2010 to April 2012, 797 consecutive patients (pts.), 423 male and 374 female, affected by primitives or recurrences or suspicious non-muscle invasive bladder tumors underwent WL plus NBI cystoscopy. We differentiated them between smokers and no smokers (Table 1).

Table 1

	Smoked				No smoked			Total
	<10 cigarette smoked	10 to 20 cigarette smoked	20 to 30 cigarette smoked	>30 cigarette smoked	No smoked	Former cigarette smoked <12 mo.	Former cigarette smoked >12 mo.	
sex Male	26	71	157	20	73	45	31	423
Female	36	50	146	14	80	29	19	374
Total	62	121	303	34	153	74	50	797

Results

In our study we considered 797 consecutive pts. Through the use of WL Cystoscopy, we identified 602 pts. (75.53%) with suspicious lesions, whereas following NBI cystoscopy, we found 786 pts. (98.49%). In the smokers group (520 pts., 65.2%), there was an increased risk, greater than 85% (R/R 1.87), statistically significant ($p < 0.001$), to detect a patient with suspicious bladder cancer lesion during a cystoscopy (ADR 30.4%), than in non-smokers groups (no smokers plus former smokers, 277 pts, 34.7%). In the sub-groups 20-30 and > 30 cigarettes / day, we have identified a statistically significant ($p < 0.001$) greater number of patients, which showed suspected bladder lesions in comparison to the subgroups with <20 cigarettes / day (337 pts, 42.2%, vs 183 pts., 22.9%; ADR + 19%, 154 pts; RR 84%). With regards to sex, the higher incidence of

pts. who have suspicious lesions were males (423 pts., 53,97% vs 374 pts, 46.92% ; Δ = + 7%; OR; RR; p value not significant). Following WL and NBI cystoscopy, we detected a greater number of pts with suspicious cancer lesions in smokers group than in no-smokers groups (243 patients with a Δ = 30.4%; OR 1,8, RR 1.89). We mostly identified pts with suspicious cancer lesions, mostly, in 20-30 (p <0.001, 95% CI-0.14 to 0, 24) and > 30 cigarettes / days subgroups(p <0.001; 95% CI-0.09 to 0.37) than non-smokers subgroups (183 patients , Δ = 22.9%; OR 1.66, and RR 2.2) and former smokers subgroups (212 patients , Δ = 26.5%; OR 2.06 and RR 2.7). In 194 pts, NBI cystoscopy has identified suspicious cancer lesions which were not visible with WL cystoscopy alone, (24.2%, CI-95% from 0.19 to 0.26; p <0,01, OR 1,5, RR 1,57). One hundred twenty pts (61,8%) belonged to 20-30 and > 30 cigarettes/die subgroups (ADR +15,05%; RR 1,71). We do not find any statistically significant difference in the identification of suspicious bladder lesions by NBI between non-smokers (34 patients) and former smokers (34 patients). Whereas we found it between being a former smoker from <12 months compared to >12 months (p <0.005), with a statistical significant risk (ADR = + 54.1%; RR 1.84).

Conclusions

Our experience confirmed that smoking, in male subjects (53,97%) correlated with an increased risk of identifying suspicious lesions (520 pts., 65.2%, R / R 1.87). The risk seems to increase more if the number of cigarettes smoked per day were > 20/die(337 pts, ADR + 19%, RR 84%). Thanks to NBI cistoscopy we could identify 194 suspicious lesions not visible using WL only: 126 in the group smoking more than 20 cigarettes/day and 68 in the former and no smokers groups (194 pts, ADR + 15,05%; RR 1.71). Hence NBI gave a higher chance to identify lesions in the strong smokers group compared to WL.

C_19

NBI RE-TRANSURETHRAL RESECTION (RENBITURBT) FOR PT1HG NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER : DOES IT IMPROVE DETECTION RATE? PRELIMINARY EXPERIENCE IN SINGLE CENTRE

R. Giulianelli, B.C. Gentile*, L. Albanesi*, G. Rizzo**, M. Vermiglio#, M. Buscarini§, P. Tariciotti*, G. Mirabile**

** C.Ur.A., Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

*** Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

Urology Department, Villa Gioia Clinic, Isola Liri

§ Urology Department, Campus Biomedico University, Rome

Introduction

Bladder cancer has the highest incidence among all urogenital cancers, 80% of which are initially diagnosed at Ta or T1 stage or are classified as non-muscle invasive, also called no-muscle invasive bladder cancer. Of these, approximately 20% to 25% of initially with nonmuscle invasive cancers will progress to invasive types during the person's lifetime. However, at pathological examination the tumour stage of 9-49% of resected lesions is underestimated. EAU guidelines recommend repeat resection, especially when the risk of recurrences and progression is as high as for T1 tumours. Herr reported 75% of patients who underwent repeat TURBT in 2 to 6 weeks after initial resection had residual tumour. Forty-four percent of them were found to have T1 or muscle invasive tumour.

The aim of this study was to evaluate the efficacy in identifying persistent bladder cancer following classic re-c White Light Transurethral Bladder Tumours (WL TURBT) regarding to re-NBITURBT.

Materials and methods

From June 2010 to April 2012, 797 patients, 423 male and 374 female, affected by primitives or recurrences or suspicious bladder lesions, were underwent to WL plus NBI cystoscopy and subsequently to WL Bipolar Gyrus PK cTURBT. We observed the presence of at least one cancer in 512 patients and of them only 474 (92,5%) were evaluated. We have identified 127 patients with pT1HG lesions (26,03%). A WL repeat TURBT (re cWLTURBT) was performed 4-6 weeks after initial cWLTURBT in all the patients. At this point, a NBI reTURBT was carried out to confirm what had been seen in the white light resection, and to report suspicious areas with NBI light. The re-cWLTURBT was performed by the same surgeon who was involved in the initial cWLTURBT. The average of the follow-up was at 24 (16-38) months.

Statistical analysis

The analysis carried out in the following work have been performed using the statistical software SAS 9.3. We have identified as significant, thanks also to the size of the examined sample, the ability of NBI repeat TURBT to increase of at least 10% the ability to detect bladder lesions not visible using only the WL repeat TURBT.

Results

Out of the total 127 patients treated with WL plus NBI re-cTURBT, positive tumors were found in 24 patients, and the total positive rate was 18.81%. Using only re WL cTURBT,

we identified 19 patients (79.1%) with bladder tumours, while only 5 pts. were visible by re-NBI cTURBT(20.8%, Z test> 20%).According to logistic-regression model analysis, multiple tumors in WLTURBT ($p < 0.01$) and high-graded tumor ($p < 0.05$) were independent risks for positive tumors in WL re-cTURBT than multiple tumours ($p < 0,05$), high-graded tumor ($p < 0.05$) and tumor in T1 stage ($P < 0,05$) were independent risks for positive tumors , in the NBI re cTURBT.

Conclusions

The authors concluded that a high rate of residual tumor presence would be found in the repeated WLTURBT for urothelial bladder carcinoma (18,8% , Z test > 10%) and transurethral resection could increase the pathological stage accuracy. Further, re - NBIcTURBT can be a safe option, recommended in non-muscle invasive bladder cancer patients with high risks such as multiple tumor, T1 tumor or high grade carcinoma to increase detection persistent bladder neoplasms rate.

Patient's data characteristics are showed in Table 1

Table 1

Primitive WLTURBT	Unifocal	Multifocal	Recurrence WLTURBT	Unifocal	Multifocal
pTa	4	6	pTa	4	5
pCIS	0	0	pCIS	0	0
pT1	0	0	pT1	0	0
Grading			Grading		
LG	1	2	LG	4	3
HG	3	4	HG	0	2
Primitive NBITURBT	Unifocal	Multifocal	Recurrence NBITURBT	Unifocal	Multifocal
pTa	0	2	pTa	1	1
pCIS	0	0	pCIS	2	0
pT1	3	1	pT1	4	0
Grading			Grading		
LG	0	0	LG	0	0
HG	3	3	HG	4	4

C_20

IS SUITABLE TODAY TO USE ONLY THE WLTURBT FOR A CORRECT STADIATION OF A NON MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER. PRELIMINARY EXPERIENCE IN HIGH-FLOW CENTRE WITH THE USE OF WL TURBT PLUS REPEAT NBI TURBT

R. Giulianelli, B.C. Gentile*, L. Albanesi*, G. Rizzo**, M. Vermiglio#, M. Buscarini§, P. Tariciotti*, G. Mirabile**

** C.Ur.A., Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

*** Urology Department, Nuova Villa Claudia Clinic, Rome*

Urology Department, Villa Gioia Clinic, Isola Liri

§ Urology Department, Campus Biomedico University, Rome

Objectives

A single centre, prospective trial was performed trying to assess the impact of NBI TURBT(repeat NBI TURBT) in cases of non-muscle invasive bladder tumors (NMIBT) by comparison to the standard approach (WLTURBT).

Our goal was to determine the superiority of the new method in terms of detection rates and subsequent postoperative treatment changes.

Materials and Methods:

A total of 797 NMIBT suspected consecutive cases were enrolled in the study. The inclusion criteria were represented by hematuria, positive urinary cytology and/or ultrasound suspicion of bladder tumors. All patients underwent WLC and NBI cystoscopy. Standard transurethral resection of bladder tumors was performed for all lesions visible in WL (WL TURBT) and following, the same surgeon, performed NBI guided resection on the margins and the bottom (repeat NBI TURBT).

Results

The overall persistent NMIBT detection rates were significantly improved for the NBI evaluation (454 lesions in 303 pts on the margins, 201 lesions in 151 pts on the bottom and 129 lesion margins plus bottom) ((Tab 1, 2 and 3)..

Regarding to positive with WL or NBI initial cystoscopy we observed a significant improvement following repeat NBI TURBT detection rate ($p<0,05$).

Tab 1

positive margins in NBI repeat TURBT	pos WL cisto neg NBI cisto	pos WL cisto Pos NBI cisto	neg WL cisto pos NBI cisto
pTa pts (%)	0	261 (72,91)	39 (47,56)
pT1 pts (%)	0	35 (9,78)	13 (15,85)
pCIS pts (%)	0	54 (15,08)	18 (21,85)
pT2 o oltre pts (%)	0	0	0
NO TUMOUR pts (%)	0	1 (0,28)	0
PUNPML pts (%)	0	7 (1,96)	12 (14,63)
LG pts (%)	0	174 (48,60)	39 (47,56)
HG pts (%)	0	176 (49,16)	31 (37,80)
NO TUMOUR pts (%)	0	1 (0,28)	0
UNIFOC pts (%)	0	23 (6,42)	69 (73,17)
MULTIFOC pts (%)	0	335 (93,58)	22 (26,83)
< 3 cm pts (%)	0	61 (17,04)	68 (82,93)
> 3 cm pts (%)	0	297 (82,969)	14 (17,07)
Primitive pts (%)	0	247 (68,99)	51 (62,20)
Recurrence pts (%)	0	111 (31,01)	31 (37,80)
totale	0	358	82

Tab 2

Positive bottom in NBI repeat TURBT	pos WL cisto neg NBI cisto	pos WL cisto pos NBI cisto	pos WL cisto pos NBI cisto
pTa pts (%)	1(100)	51 (27,13)	26 (45,61)
pT1 pts (%)	0	71(37,77)	21 (36,84)
pCIS pts (%)	0	0	2 (3,51)
pT2 o oltre pts (%)	0	16 (8,51)	7 (12,28)
NO TUMOUR pts (%)		50 (26,70)	0
PUNPML pts (%)	0	0	1 (1,75)
LG pts (%)	1(100)	31 (16,49)	28 (49,12)
HG pts (%)	0	107 (56,91)	28 (49,12)
NO TUMOUR pts (%)		50 (26,70)	0
UNIFOC pts (%)	1(100)	18 (9,57)	46 (80,70)
MULTIFOC pts (%)	0	170 (90,43)	11 (19,30)
< 3 cm pts (%)	1(100)	79 (42,02)	49 (85,96)
> 3 cm pts (%)	0	109 (57,98)	8 (14,04)
Primitive pts (%)	1(100)	95 (50,53)	36 (63,169)
Recurrence pts (%)	0	93 (49,47)	21 (36,84)
	1	188	57

Tab 3

Positive margins plus bottom in NBI repeat TURBT positiva	pos WL cisto neg NBI cisto	pos WL cisto pos NBI cisto s	pos WL cisto pos NBI cisto
pTa pts (%)	0	46 (55,42)	20 (46,51)
pT1 pts (%)	0	34 (40,96)	14 (32,56)
pCIS pts (%)	0	2 (2,41)	4 (9,30)
pT2 o oltre pts (%)			
NO TUMOUR pts (%)	0	1 (1,20)	0
PUNPML pts (%)	0	0	5 (11,63)
LG pts (%)	0	18 (21,69)	15 (34,88)
HG pts (%)	0	64 (77,11)	23 (53,49)
NO TUMOUR pts (%)	0	1 (1,20)	0
UNIFOC pts (%)	0	3 (3,61)	35 (81,40)
MULTIFOC pts (%)	0	80 (96,39)	8 (18,60)
< 3 cm pts (%)	0	12 (14,46)	36 (83,72)
> 3 cm pts (%)	0	71 (85,54)	7 (16,28)
Primitive pts (%)	0	55 (66,27)	27 (62,79)
Recurrence pts (%)	0	28 (33,73)	16 (37,21)
	0	83	43

Additional tumors were diagnosed by NBI repeat TURBT in a significantly higher proportion of CIS, pTa, pT1 tumours (see the table). As a result of these supplementary findings, the postoperative treatment was significantly improved in a substantial proportion of cases.

Conclusions

NBI cystoscopy represents a valuable diagnostic alternative in NMIBT patients, with significant improvement of tumor visual accuracy as well as detection rates. This approach provided a substantial amelioration to the risk category stratification and subsequent bladder cancer therapeutic management

INDICE

Cod.	Titolo	Primo Autore	Pag.
V_01	Cistectomia radicale robotica con neovescica ideale intracorporea: tecnica chirurgica e risultati perioperatori preliminari	Cozzi G.	3
V_02	Tecnica di ricostruzione di neovescica IAI (Intuitiva Anatomica intracorporea) in corso di cistectomia radicale robot assistita	Dell'Acqua V.	4
V_03	Use of the sealing hemostat Hemopatch® for early declamping of the renal artery during robot-assisted partial nephrectomy in a cT1b left renal mass: step-by-step technique	Musi G.	5
V_04	Adenomectomia prostatica robot-assistita	Pansadoro V.	6
V_05	Enucleazione clampless robot-assistita per tumore renale sinistro	Pansadoro V.	8
V_06	Bipolar plasma enucleation of the prostate (B-TUEP) in Benign Prostate Hypertrophy Treatment. Medium-term results	Giulianelli R.	11
V_07	Anamostosi uretero-ileale in corso di cistectomia laparoscopica con derivazione urinaria intracorporea secondo Bricker - tecnica personale	Bollens R.	14
V_08	Ricostruzione ureterale sinistra laparoscopica con tecnica di mansoura modificata e concomitante Boari Flap	Bollens R.	16
V_09	Trattamento chirurgico laparoscopico della neuralgia del pudendo	Cappa M.	18
V_10	Sfinterometria retrograda per la regolazione intracorporea di sling suburetrale autologa a 6 braccia per il ripristino della continenza urinaria precoce dopo prostatectomia radicale	Dell'Acqua V.	19
V_11	Anterior vaginal wall prolapse, three years follow up with anterior-apical single-incision mesh surgery (SIMS): our experience	Gentile B.C.	21
V_12	Peyronie: escissione endocavernosa di placca senza innesto sostitutivo, esperienza critica di 5 anni	Mantovani F.	22
V_13	Uretroplastica di anastomosi dorsale muco-mucosa "preserving-spongiosum" più ampliamento ventrale con innesto di mucosa buccale	Palminteri E.	23
V_14	Enucleazione lomboscopica di neoplasia renale destra	Polara A.	24
V_15	Ureterocistoneostomia destra Laparoscopica con lembo di Boari	Polara A.	25
V_16	Patch di collagene e fibrina (Hemopatch) con elastomeri cavernosi in silicone nella terapia di un caso complesso di IPP	Pozza D.	26
V_17	Protesi peniena idraulica in paziente di 77 anni diabetico, coronaropatico e plurioperato	Pozza D.	27
V_18	TURB en bloc with collins loop: a new endoscopic treatment in the bladder tumour	Giulianelli R.	29
V_19	Laser en bloc enucleation (TULE-B) of non muscle invasive bladder cancer	Leonardi R.	30

C_01	Robot assisted retroperitoneal lymph node dissection is a safe and feasible procedure for stage I and II non seminomatous germ cell testicular cancer	Bianchi R.	33
C_02	Robotic-assisted radical prostatectomy in younger men (age ≤ 50 years) at a tertiary referral center: clinical characteristics, oncological and functional outcomes	Catellani M.	34
C_03	Robot-assisted partial nephrectomy for clinical stage $\geq T1b$ tumors: perioperative, oncologic and functional outcomes	Delor M.	36
C_04	Confronto tra vaporizzazione e vapornucleazione transuretrale con laser al tullio	Carmignani L.	39
C_05	La vaporizzazione prostatica con laser al tullio è efficace e sicura come la vapornucleazione anche in prostate di dimensioni superiori a 80 ml? Studio preliminare di un singolo centro	Carmignani L.	40
C_06	Thulium laser treatment of early stage penile cancer: initial results and functional outcomes	Conti A.	42
C_07	Enucleation of the prostate and transurethral resection (B-TUEP) vs transvesical prostatectomy for enlarged prostate: initial experience in a single centre with 3-year follow-up	Giulianelli R.	44
C_08	Laser single incision for treatment of congenital bladder neck sclerosis: new technique	Mattioli S.	46
C_09	Retrograde intra-renal thulium laser treatment of upper urinary tract urothelial cell carcinoma	Mistretta F.	47
C_10	Haematuria One Stop Clinic: 388 casi	Carmignani L.	50
C_11	Confronto tra pazienti con volumi prostatici $> e <$ di 80 grammi sottoposti a Thuvap	Carmignani L.	51
C_12	Esperienza preliminare con stent ureterale®	De Marco F.	52
C_13	Preoperative clinical characteristics, surgical and pathological outcomes of anteriorly located prostate cancer treated with robot-assisted radical prostatectomy at a single referral tertiary center	Di Trapani E.	53
C_14	La supplementazione alimentare per la terapia della infertilità maschile idiopatica : studio prospettico su 123 pazienti	Gallo L.	55
C_15	Urotensin II Receptor Predicts the Clinical Outcome of Prostate Cancer Patients and Is Involved in the Regulation of Motility of Prostate Adenocarcinoma Cells	Giulianelli R.	57
C_16	Safety of testicular prosthesis insertion at the time of radical orchiectomy for testis cancer in patients undergoing adjuvant therapies	Musi G.	59

C_17	Preoperative clinical characteristics are predictive of clinical significant disease at final pathology in prostate cancer patients with a PIRADS lesion score ≤ 3 : implications for selections of candidates for active surveillance	Russo A.	60
C_18	Smoking and Bladder Cancer: does the use of NBI increase the ability to detect suspicious bladder lesions?	Giulianelli R.	63
C_19	NBI re-transurethral resection (reNBITURBT) for pT1HG non-muscle invasive bladder cancer : does it improve detection rate? Preliminary experience in single centre	Giulianelli R.	65
C_20	Is suitable today to use only the WLTURBT for a correct stadiation of a non muscle invasive bladder cancer. Preliminary experience in high-flow centre with the use of WL TURBT plus repeat NBI TURBT	Giulianelli R.	67

Elenco Autori

Bianchi R.	33	Giulianelli R.	63
Bollens R.	14	Giulianelli R.	65
Bollens R.	16	Giulianelli R.	67
Cappa M.	18	Giulianelli R.	44
Carmignani L.	39	Giulianelli R.	57
Carmignani L.	40	Leonardi R.	30
Carmignani L.	50	Mantovani F.	22
Carmignani L.	51	Mattioli S.	46
Catellani M.	34	Mistretta F.	47
Conti A.	42	Musi G.	5
Cozzi G.	3	Musi G.	59
De Marco F.	52	Palminteri E.	23
Dell'Acqua V.	19	Pansadoro V.	6
Dell'Acqua V.	4	Pansadoro V.	8
Delor M.	36	Polara A.	24
Di Trapani E.	53	Polara A.	25
Gallo L.	55	Pozza D.	26
Gentile B.C.	21	Pozza D.	27
Giulianelli R.	11	Russo A.	60
Giulianelli R.	29		

