

FOUNDED IN 1924

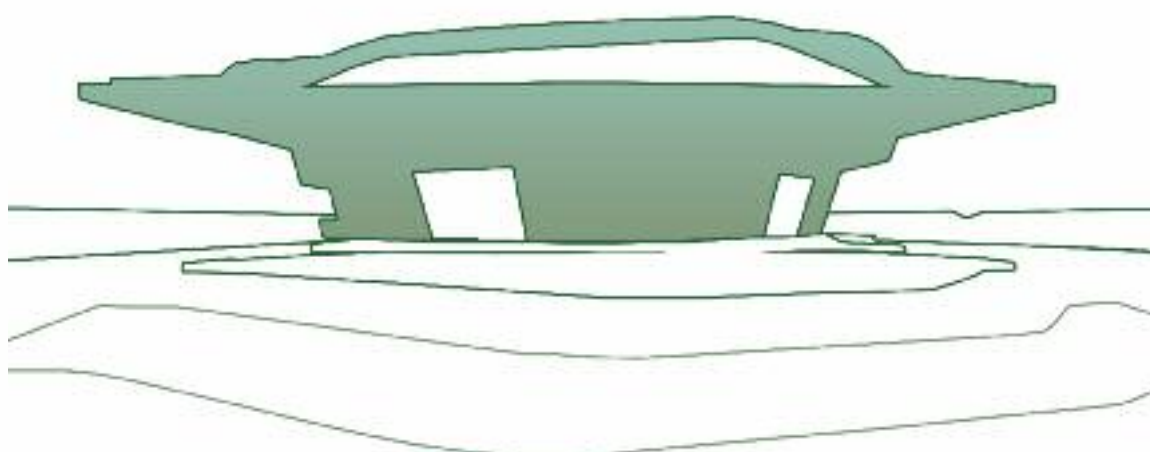
ISSN 1124-3562

ARCH ITAL UROL ANDROL

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA / ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

Vol. 90; n. 1, Supplement 2, March 2018

UrOP  Urologi Ospedalità Gestione Privata



13° Congresso Nazionale

Grand Hotel Salerno, 24 - 26 Maggio 2018



Indexed in:
Medline/Excerpta Medica,
EMBASE/Excerpta Medica,
Medbase/Current Opinion,
SCOPUS,
Sociedad Iberoamericana
de Información Científica
(SIIIC Data Bases), siliisalud

ABSTRACTS BOOK

SIA Official Journal



SIEUN Official Journal



SIURO Official Journal



UrOP Official Journal



ARCHITALUROLANDROL

ARCHIVIO ITALIANO DI UROLOGIA E ANDROLOGIA / ARCHIVES OF ITALIAN UROLOGY AND ANDROLOGY

GENERAL INFORMATION

AIMS AND SCOPE

"Archivio Italiano di Urologia e Andrologia" publishes papers dealing with the urological, nephrological and andrological sciences.

Original articles on both clinical and research fields, reviews, editorials, case reports, abstracts from papers published elsewhere, book reviews, congress proceedings can be published.

Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Melchiorre Gioia 41/A

20124 Milano - Italy

Tel. +39 0270608060

e-mail: scriman@tin.it

web: www.aiua.it

COPYRIGHT

Papers are accepted for publication with the understanding that no substantial part has been, or will be published elsewhere. By submitting a manuscript, the authors agree that the copyright is transferred to the publisher if and when the article is accepted for publication. The copyright covers the exclusive rights to reproduce and distribute the article, including reprints, photographic reproduction and translation. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

Registrazione: Tribunale di Milano n.289 del 21/05/2001

Direttore Responsabile: Pietro Cazzola

Pubbliche Relazioni e Marketing: Donatella Tedeschi

Comunicazione e Media: Ruben Cazzola

Grafica e Impaginazione: Cinzia Levati

Affari Legali: Avv. Loredana Talia (MI)

Stampa: Lalitotipo, Settimo Milanese (MI)

BUSINESS INFORMATION

SUBSCRIPTION DETAILS

Annual subscription rate

(4 issues) is Euro 52 for Italy

and US \$130 for all other Countries.

Price for single issue: Euro 13 for Italy

US \$32,5 for all other Countries.

Issues will be sent by surface mail; single issues can also be sent by air mail at an extra charge of US \$12.

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via M. Gioia 41/A - 20124 Milano - Italy

Tel. +39 0270608060

e-mail: scriman@tin.it

Payments should be made by Bank transfer to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Unicredit Milano

IBAN: IT 23 K 02008 01749 000100472830

Claim for missing issues should be made within 3 months from publication for domestic addresses, otherwise they cannot be honoured free of charge.

Changes of address should be notified Edizioni Scripta Manent s.n.c. at least 6-8 weeks in advance, including both old and new addresses. The handling of personal data concerning subscribers is managed by our electronic data base. It is in accordance with the law 675/96 regarding the tutorship of personal data. The use of data, for which we guarantee full confidentiality, is to keep our readers up to date with new initiatives, offers and publications concerning Edizioni Scripta Manent s.n.c. Data will not be released or disseminated to others and the subscriber will be able to request, at any time, variation or cancellation of data.

ADVERTISING

For details on media opportunities within this journal please contact

Mrs. Donatella Tedeschi, MD

at +39 0270608060



Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

Founded in 1924 by: G. Nicolich, U. Gardini, G.B. Lasio

Official Journal of SIA, SIEUN, SIUrO and UrOP

UrOP EDITOR

C. Boccafoschi (Alessandria)

UrOP EDITORIAL BOARD

R. Colombo (Milano), R. Giulianelli (Roma), M. Lazzari (Firenze),
A. Porreca (Abano Terme - PD), A. Russo (Milano),
M. Scarcia (Acquaviva delle Fonti - BA), N. Suardi (Milano)

Indexed in

Medline/Index Medicus - EMBASE/Excerpta Medica - Medbase/Current Opinion - SIIC Data Base





Cari Amici e Soci,

pubblichiamo in questo volume i contributi scientifici fatti pervenire alla Segreteria Scientifica di UrOP per essere presentati al 13° Congresso Nazionale del 24-26 maggio 2018.

I contributi sono divisi per tematica e modalità di presentazione (video/comunicazioni orali/poster).

Siamo sicuri che la loro raccolta e consultazione vi sarà di utilità sia durante lo svolgimento dei lavori scientifici del Congresso sia nella vostra pratica clinica quotidiana.

Ringraziamo sentitamente tutti gli Autori e i membri del Comitato Scientifico per il loro lavoro di valutazione, selezione e raccolta dei contributi scientifici.

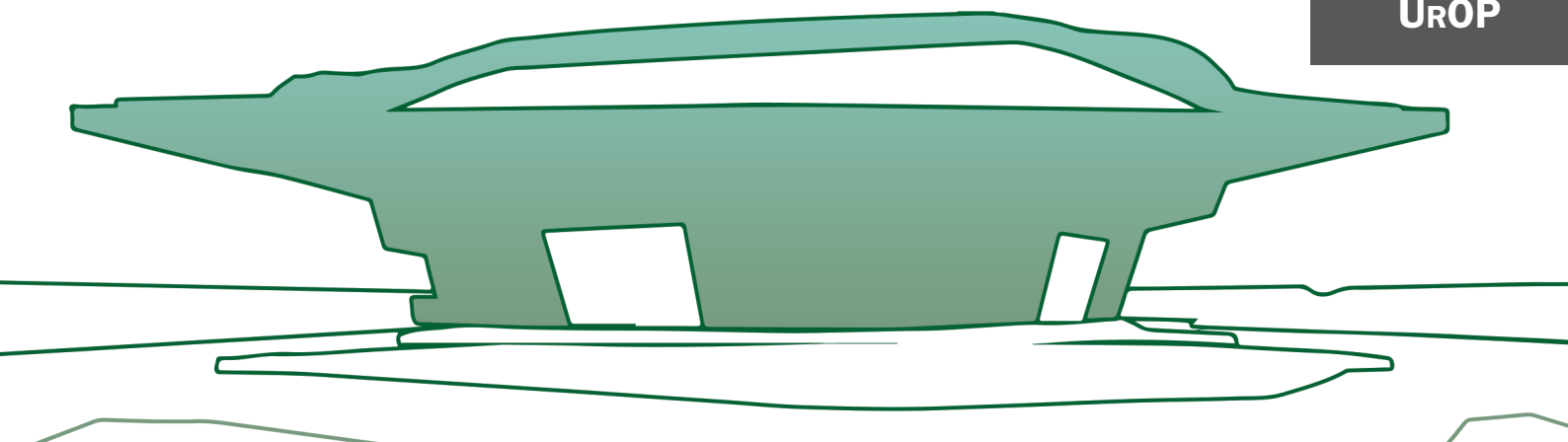
A tutti voi i nostri più sentiti auguri di buon lavoro.

Renzo Colombo

Il Presidente del Comitato Scientifico

Carmelo Boccafoschi

**Responsabile Organo Ufficiale di Associazione:
Archivio Italiano di Urologia**



INDICE

VIDEO

V_01	LA TERAPIA DELLE DISFUNZIONI ERETTILI VASCOLARI CON LE ONDE D'URTO EXTRACORPOREE A BASSA INTENSITÀ. ESPERIENZA PRELIMINARE SU 120 PAZIENTI	
	<i>Pozza D.</i>	<i>p. 9</i>
V_02	TRANSURETHRAL ENUCLEATION WITH THE NEW OVAL ELECTRODE BY OLYMPUS FOR THE TREATMENT OF BLADDER OUTLET OBSTRUCTION (BOO) DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA BPH	
	<i>Giulianelli R.</i>	<i>p. 13</i>
V_03	POLLACK URETERAL CATHETER IS MY BEST SAFETY GUIDEWIRE. A NEW WAY TO APPROACH URETERAL STONES TREATMENT	
	<i>Calarco A.</i>	<i>p. 14</i>
V_04	HOLEP EN-BLOC IN GRANDI ADENOMI PROSTATICI: NOTE DI TECNICA E TRUCCHI DEL MESTIERE	
	<i>Cappa M.</i>	<i>p. 14</i>
V_05	ADENOMECTOMIA PROSTATICA CON LASER AD HOLMIO 120W (HOLEP)	
	<i>Gallo G.</i>	<i>p. 15</i>
V_06	EN-BLOC TURBT (E-TURBT) WITH COLLINS LOOP: A NEW ENDOSCOPIC TREATMENT IN THE BLADDER TUMOUR	
	<i>Gentile B. C.</i>	<i>p. 19</i>
V_07	INTRAOPERATIVE EVALUATION OF RETROGRADE LEAK POINT PRESSURE (RLPP) DURING ROBOTIC ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY (RALP) FOR PROPER AUTOLOGOUS SLING TENSIONING TO IMPROVE EARLY URINARY CONTINENCE (EUC): THE TECHNIQUE	
	<i>Mittino I.</i>	<i>p. 20</i>

V_08	ROBOT-ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY WITH TOTAL INTRACORPOREAL NEOBLADDER: OUR TECHNIQUE	<i>Sangalli M.</i>	<i>p. 20</i>
V_09	TUMORECTOMIA RENALE ROBOTICA TRANSPERITONEALE CLAMPLESS	<i>Gallo G.</i>	<i>p. 21</i>
V_10	URETERECTOMIA TERMINALE ROBOT ASSISTITA CON SUCCESSIVA "BLADDER PSOAS HITCHING" ED URETEROCISTONEOSTOMIA	<i>Porreca A.</i>	<i>p. 21</i>
V_11	RESURFACING PARZIALE DEL GLANDE (PGR) E DELL'ASTA PER CARCINOMA SQUAMOCELLULARE SUPERFICIALE DEL PENE	<i>Dente D.</i>	<i>p. 21</i>
V_12	TUMORECTOMIA RENALE ROBOTICA CLAMPLESS RETROPERITONEALE	<i>Gallo G.</i>	<i>p. 21</i>
V_13	ROBOT ASSISTED NEOBLADDER PSOAS HITCHING, RIGHT DISTAL URETERECTOMY AND OMOLATERAL DISTAL URETEROCISTONEOSTOMY	<i>Porreca A.</i>	<i>p. 22</i>
V_14	NEFROURETERECTOMIA DESTRA ROBOT-ASSISTITA PER RIMOZIONE STENT ALLIUM: CASE REPORT	<i>Serino A.</i>	<i>p. 36</i>
V_15	RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI AMPIO DIFETTO DELL'URETERE DESTRO CON INTERPOSIZIONE DI APPENDICE	<i>Cappa M.</i>	<i>p. 37</i>
V_16	ROBOTIC ASSISTED LEFT RENAL CYST ABLATION WITH SUBSEQUENT OMOLATERAL PIELOPLASTY AND LEFT LUMBAR URETEROTOMY AND URETEROPLASTY	<i>Porreca A.</i>	<i>p. 37</i>
V_17	COLPOSACROPESSI ROBOTICA	<i>Gallo G.</i>	<i>p. 37</i>
V_18	URETROPLASTICA CON INNESTO DI MUCOSA BUCCALE E UTILIZZO DI GEL PIASTRINICO AUTOLOGO: RISULTATI DELLA NOSTRA INIZIALE CASISTICA CON LUNGO FOLLOW-UP	<i>Scarcia M.</i>	<i>p. 38</i>
V_19	URETROPLASTICA POSTERIORE PER VIA PERINEALE COMBINATA CON ACCESSO ENDOSCOPICO SOVRAPUBICO	<i>Palminteri E.</i>	<i>p. 38</i>

V_20	MALFUNZIONAMENTO POSTOPERATORIO DELLA POMPA SCROTALE DI SISTEMA PROTESICO PENIENO COLOPLAST TITAN OTR. VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REINTERVENTO CHIRURGICO E RISULTATI CLINICI	
	<i>Pozza D.</i>	<i>p. 39</i>

COMUNICAZIONI

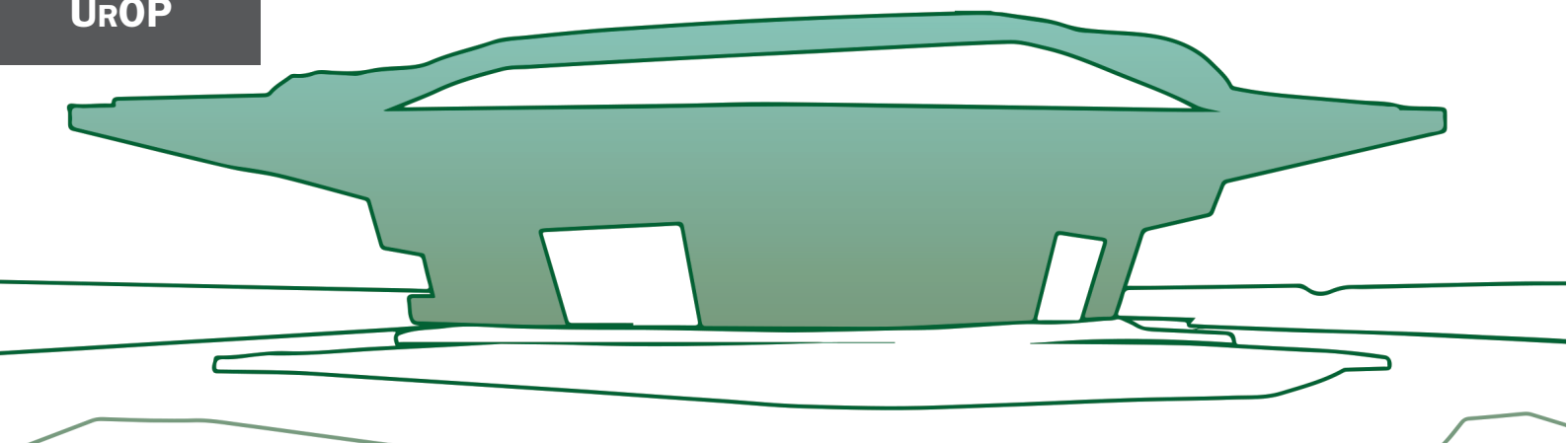
C_01	MID-URETHRAL SLINGS AND SEXUAL FUNCTION	
	<i>Seveso M.</i>	<i>p. 9</i>
C_02	SURGICAL CORRECTION OF PEYRONIE'S DISEASE VIA TUNICA ALBUGINEA PLICATION - LONG TERM FOLLOW UP	
	<i>Seveso M.</i>	<i>p. 10</i>
C_03	L'AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE DIMOSTRA DI ESSERE EFFICACE NEL RECUPERO DI SPERMATOZOI A FRESCO NEI CASI DI AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA: VALUTAZIONE DI DETECTION RATE ED OUTCOME FECONDATIVO	
	<i>Arrighi N.</i>	<i>p. 11</i>
C_04	CRIOELETTROFORESI, ULTRASUONI E RADIOFREQUENZA NELLA TERAPIA DEL MORBO DI LA PEIRONYE	
	<i>Brunori S.</i>	<i>p. 12</i>
C_05	SEVERE OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SYNDROME AND ERECTILE DYSFUNCTION: A PROSPECTIVE RANDOMISED STUDY TO COMPARE SILDENAFIL VS. NASAL CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE	
	<i>Pastore A. L.</i>	<i>p. 12</i>
C_06	RIRS IN ONE DAY	
	<i>Carmignani L.</i>	<i>p. 15</i>
C_07	HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF PROSTATIC ADENOMA – IMPROVING ITS INDICATION IN A HIGH VOLUME CENTRE	
	<i>Romagnoli D.</i>	<i>p. 16</i>
C_08	HOLMIUM LASER BLADDER NECK INCISION WITH EJACULATORY SPARING TECHIQUE: 7 YEARS EXPERIENCE IN A HIGH VOLUME CENTRE	
	<i>Romagnoli D.</i>	<i>p. 16</i>
C_09	PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY COMPARING MONOPOLAR WITH BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE IN BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION: 36-MONTH OUTCOMES	
	<i>Pastore A. L.</i>	<i>p. 17</i>
C_10	L'ENUCLEAZIONE NEL TRATTAMENTO DELL'IPB CON L'USO LASER THULIUM A 1.9μM, ABBINATO A UN DIODO DI 1470NM (RAMAN): RISULTATI PRELIMINARI	
	<i>Zani D.</i>	<i>p. 17</i>

C_11	B-TUEP VS OPEN PROSTATECTOMY FOR THE TREATMENT OF BOO DUE TO BPH IN PATIENTS WITH UP TO 80GR. OUR EXPERIENCE	<i>Giulianelli R.</i>	<i>p. 18</i>
C_12	SURRENAL MASS	<i>Casilio M.</i>	<i>p. 22</i>
C_13	ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER "SEMINAL SPARING"	<i>Casilio M.</i>	<i>p. 22</i>
C_14	OLIGOMETASTATIC PROSTATE CANCER: THE IMPORTANCE OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN A HIGH VOLUME ROBOTIC CENTER	<i>Conti A.</i>	<i>p. 23</i>
C_15	CISTECTOMIA RADICALE E LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA CON NEOVESCICA INTRACORPOREA: LA NOSTRA ESPERIENZA	<i>Porreca A.</i>	<i>p. 23</i>
C_16	STUDIO OSSERVAZIONALE SUI PATTERNS POSTURALI E BIOMECCANICI NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA CON INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO	<i>Maselli F. P.</i>	<i>p. 24</i>
C_17	NERVE-SPARING EXTRAPERITONEAL RADICAL PROSTATECTOMY: A HIGH VOLUME SURGICAL CENTRE EXPERIENCE	<i>Zazzara M.</i>	<i>p. 24</i>
C_18	CAN DAILY INTAKE OF ASPIRIN AND/OR STATINS INFLUENCE THE BEHAVIOR OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER? A RETROSPECTIVE STUDY ON A COHORT OF PATIENTS UNDERGOING TRANSURETHRAL BLADDER RESECTION.	<i>Pastore A. L.</i>	<i>p. 25</i>
C_19	OLIGOMETASTATIC PROSTATE CANCER: THE ROLE OF RADICAL PROSTATECTOMY AND EXTENSIVE RETROPERITONEAL LYMPHADENECTOMY	<i>Puglisi T.</i>	<i>p. 25</i>
C_20	IMPACT OF MULTIPARAMETRIC MRI IN PROSTATE CANCER STRATIFICATION AND PROPOSAL OF A NEW RISK CLASSIFICATION	<i>Di Trapani E.</i>	<i>p. 26</i>
C_21	TRATTAMENTO ENDOSCOPICO CONSERVATIVO (CON LASER AL TULLIO – RAMAN) DELLA NEOPLASIA UROTELIALE DELLA VIA ESORETRICE A BASSO RISCHIO	<i>Finamanti M.</i>	<i>p. 27</i>
C_22	HITACHI ARIETTA V70 SYSTEM IN PERFORMING FUSION TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSIES IS AN EFFECTIVE PROCEDURE FOR PCA DIAGNOSIS	<i>Lombardo R.</i>	<i>p. 27</i>

C_23	RE TURB DETECTION RATE AFTER NBI TURBT IN T1HG DISEASE. OUR EXPERIENCE <i>Lombardo R.</i>	<i>p. 28</i>
C_24	PROPOSAL OF A NOVEL PROCEDURE-SPECIFIC CLASSIFICATION SYSTEM FOR POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS UNDERGOING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY <i>Gandaglia G.</i>	<i>p. 28</i>
C_25	DEFINING CLINICALLY MEANINGFUL POSITIVE SURGICAL MARGINS IN PATIENTS UNDERGOING RADICAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER: A STAGE-BY-STAGE ANALYSIS ON THE RISK OF CLINICAL RECURRENCE <i>Gandaglia G.</i>	<i>p. 29</i>
C_26	CAN RE-CTURBT BE USEFUL IN PT1HG DISEASE AS A RISK INDICATOR OF RECURRENCE AND PROGRESSION? A SINGLE CENTRE EXPERIENCE <i>Giulianelli R.</i>	<i>p. 29</i>
C_27	VIRTUE SLING NEL TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA MASCHILE POST PROSTATECTOMIA: EFFICACIA, SICUREZZA RISULTATI A MEDIO TERMINE <i>Maselli F. P.</i>	<i>p. 30</i>
C_28	IS URODYNAMIC INVESTIGATION PROPERLY PRESCRIBED IN DAILY CLINICAL PRACTICE? REPORT OF DATA COLLECTED FROM AN URODYNAMIC CENTRE. <i>Palleschi G.</i>	<i>p. 39</i>
C_29	LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY EFFECTS ON OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS <i>Pastore A. L.</i>	<i>p. 40</i>
C_30	URETHRAL DIVERTICULA FOLLOWING EXPLANTATION OF ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER <i>Casilio M.</i>	<i>p. 40</i>
C_31	UNDIVERSION: RECONVERSION OF URINARY DIVERSION <i>Casilio M.</i>	<i>p. 41</i>
C_32	ADJUSTABILITY SINGLE INCISION SLING (ALTIS) FOR THE TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE, OUR EXPERIENCE <i>Gentile B. C.</i>	<i>p. 42</i>
C_33	SINGLE-INCISION MESH SURGERY (SIMS) FOR THE TREATMENT OF ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE, THREE YEARS FOLLOW UP <i>Gentile B. C.</i>	<i>p. 42</i>
C_34	OVERACTIVE BLADDER IN DIABETES MELLITUS PATIENTS: A QUESTIONNAIRE-BASED OBSERVATIONAL INVESTIGATION <i>Palleschi G.</i>	<i>p. 43</i>
C_35	MICROLITIASI TESTICOLARE BILATERALE ASSOCIATA A TUMORE TESTICOLARE BILATERALE IN ETÀ PEDIATRICA-ADOLESCENZIALE: CASE REPORT, ASPETTI DIAGNOSTICI-TERAPEUTICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA <i>Creti G.</i>	<i>p. 43</i>

C_36	PUNTURA LASER MULTIPLA («WATERING CAN PUNCTURE») DI URETEROCELE ECTOPICO IN ETÀ PEDIATRICA E DI URETEROCELE ORTOTOPICO IN ETÀ ADULTA	<i>Cretì G.</i>	<i>p. 44</i>
C_37	NEUROMODULAZIONE SACRALE CON DUPLICE ELETTRODO NEL TRATTAMENTO SINTOMATICO DELLA CISTITE INTERSTIZIALE REFRATTARIA	<i>Sebastio N.</i>	<i>p. 44</i>
C_38	VALUTAZIONE URODINAMICA NEL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA SPINA BIFIDA	<i>Sebastio N.</i>	<i>p. 45</i>
C_39	IMPATTO ECONOMICO DELL'INTRODUZIONE DELLA CHIRURGIA LASER NEL TRATTAMENTO DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA	<i>Maruccia S.</i>	<i>p. 46</i>
POSTER			
P_01	THULIUM LASER PROSTATE ENUCLEATION IN REFRACTORY URINARY RETENTION: OPERATIVE AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN A LARGE COHORT OF PATIENTS (MID-TERM RESULTS)	<i>Carmignani L.</i>	<i>p. 18</i>
P_02	PREDICTIVE FACTORS OF ACUTE URINARY RETENTION AFTER THULIUM PROSTATE SURGERY FOR BLADDER OUTLET OBSTRUCTION	<i>Carmignani L.</i>	<i>p. 19</i>
P_03	WHICH PROSTATE CANCER PATIENTS WITH CLINICALLY NODE POSITIVE DISEASE WOULD BENEFIT FROM RADICAL PROSTATECTOMY? THE IMPACT OF THE SIZE AND SITE OF CLINICAL NODAL INVOLVEMENT AT BASELINE IMAGING ON LONG-TERM OUTCOMES	<i>Rosiello G.</i>	<i>p. 30</i>
P_04	ROLE OF PELVIC LYMPH NODE DISSECTION DURING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY IN LOW-RISK PATIENTS	<i>Cozzi G.</i>	<i>p. 31</i>
P_05	WHAT'S BEHIND INTRAOPERATIVE FOCAL MARGINS DURING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: THE EXPERIENCE OF A HIGH VOLUME THIRD REFERRAL CENTRE	<i>Mistretta F. A.</i>	<i>p. 31</i>
P_06	POSITIVE SURGICAL MARGINS AFTER ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY IN THE MULTIPARAMETRIC MRI ERA: THE EXPERIENCE OF A HIGH VOLUME THIRD REFERRAL CENTRE	<i>Mistretta F. A.</i>	<i>p. 32</i>
P_07	PERCUTANEOUS IMAGE-GUIDED THERMAL RADIOFREQUENCY ABLATION FOR CT1A-B RENAL MASSES: LONG-TERM FOLLOW-UP EXPERIENCE OF A TERTIARY REFERRED CENTER	<i>Mistretta F. A.</i>	<i>p. 33</i>

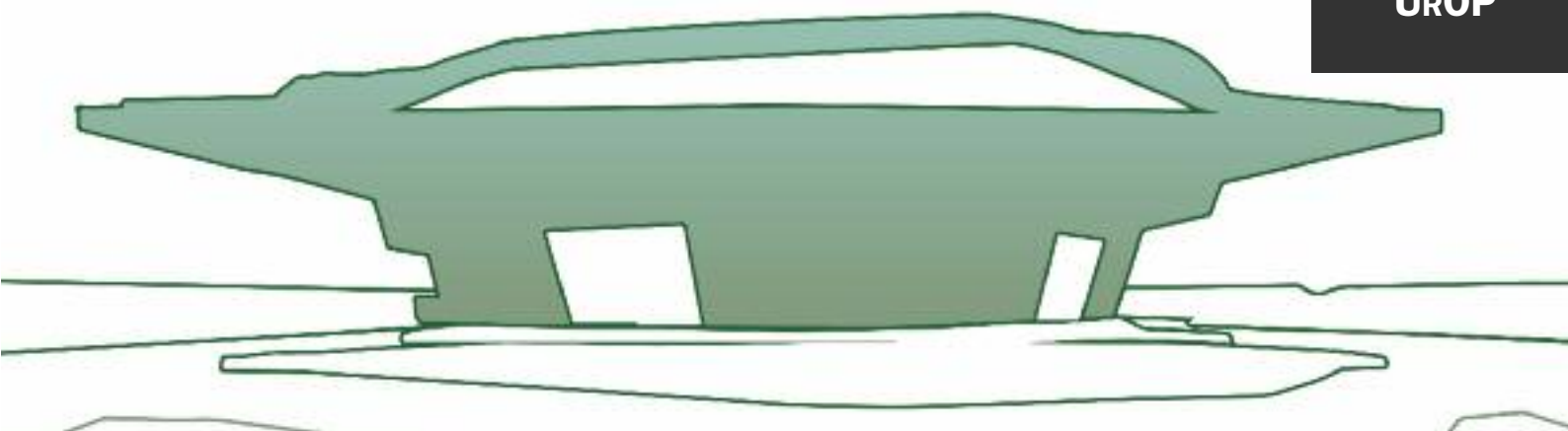
P_08	MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE OF THE PROSTATE SECOND OPINION MAY REDUCE THE NUMBER OF UNNECESSARY BIOPSIES: A SINGLE CENTER EXPERIENCE	<i>Luzza�o S.</i>	<i>p. 33</i>
P_09	ACTIVE SURVEILLANCE IN A HIGH-VOLUME CENTRE: ONCOLOGICAL OUTCOMES AND MANAGEMENT CHANGES OF A 12 YEARS EXPERIENCE	<i>Catellani M.</i>	<i>p. 34</i>
P_10	LOW RISK PROSTATE CANCER IN THE CONTEMPORARY MAGNETIC-RESONANCE ERA: ARE WE EXCLUDING TOO MUCH PATIENTS SUITABLE FOR ACTIVE SURVEILLANCE?	<i>Luzza�o S.</i>	<i>p. 34</i>
P_11	IN-BORE MAGNETIC RESONANCE (MPMRI)-GUIDED BIOPSIES REPRESENT THE FUTURE OF PROSTATE CANCER DIAGNOSIS? A SINGLE CENTER EXPERIENCE AND IMPLICATIONS FOR FOCAL THERAPY	<i>Catellani M.</i>	<i>p. 35</i>
P_12	NOMOGRAMMA PREDITTIVO DELLA RIPRESA DELLA FUNZIONALIT� SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA	<i>Cozzi G.</i>	<i>p. 36</i>
P_13	TRATTAMENTO DELLE STENOSI URETRALI BULBARI: VALUTAZIONE DEI RISULTATI A LUNGO TERMINE IN 1247 PAZIENTI	<i>Barbagli G.</i>	<i>p. 47</i>



ELENCO AUTORI

AUTORE	PAGINA
Arrighi N.	11
Barbagli G.	47
Brunori S.	12
Calarco A.	14
Cappa M.	14, 37
Carmignani L.	15, 18, 19
Casilio M.	22, 40, 41
Catellani M.	34, 35
Conti A.	23
Cozzi G.	31, 36
Cretì G.	43, 44
Dente D.	21
Di Trapani E.	26
Finamanti M.	27
Gallo G.	15, 21, 37
Gandaglia G.	28, 29
Gentile B. C.	19, 42
Giulianelli R.	13, 18, 29
Lombardo R.	27, 28
Luzzago S.	33, 34

AUTORE	PAGINA
Maruccia S.	46
Maselli F. P.	24, 30
Mistretta F. A.	31, 32, 33
Mittino I.	20
Palleschi G.	39, 43
Palminteri E.	38
Pastore A. L.	12, 17, 25, 29
Porreca A.	21, 22, 23, 37
Pozza D.	9, 39
Puglisi T.	25
Romagnoli D.	16
Rosiello G.	30
Sangalli M.	20
Scarcia M.	37
Sebastio N.	44, 45
Serino A.	36
Seveso M.	9, 10
Zani D.	17
Zazzara M.	24



ABSTRACTS

ANDROLOGIA

V_01

LA TERAPIA DELLE DISFUNZIONI ERETTILI VASCOLARI CON LE ONDE D'URTO EXTRACORPOREE A BASSA INTENSITÀ. ESPERIENZA PRELIMINARE SU 120 PAZIENTI

Pozza D, Pozza M, Pozza C.

Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica. Karol Wojtyła Hospital - Roma.

Introduzione ed Obiettivi. Le Onde d'Urto Extracorporee a Bassa Intensità (OUEBI), rappresentano una nuova modalità di trattamento della Disfunzione Erettile (DE) su base vasculogenica. Le OUEBI attiverebbero alcune cellule perivascolari con rilascio di sostanze angiogenetiche che indurrebbero le strutture arteriose periferiche a creare bottoni vascolari con creazione progressiva di nuove arterie capaci di garantire una buona irrorazione dei tessuti. Questa procedura terapeutica è stata sperimentata sul tessuto miocardico per indurre la creazione di nuove strutture arteriose dopo ripetute procedure di Angio Plastica Coronarica. Esperienze della Letteratura evidenziano risposte positive anche a livello prostatico e cavernoso.

Materiali e Metodi. Il paziente non necessita di nessuna preparazione. Si sdraia sul lettino e si applica una buona quantità di gel per ecografia. Le OUEBI con il sistema DORNIER vengono applicate ai corpi cavernosi del pene con una manipolo del tutto simile a quello di una sonda ecografica che viene posizionato in corrispondenza delle crura dei corpi cavernosi e si iniziano a somministrare le onde d'urto distribuite, 500 sulla radice destra e 500 sulla sinistra. Il numero di onde d'urto a bassa intensità viene segnalato dallo schermo dello apparecchio. Si passa poi a distribuire le onde d'urto sul corpo cavernoso, dalla base al glande, con lenti movimenti; In complesso si applicano 2000 onde

d'urto sul corpo cavernoso destro e 2000 su quello di sinistra. Il protocollo classico di trattamento con le OUEBI prevede una preliminare valutazione del tessuto vascolare cavernoso con un esame eco-colorDoppler per confermare la natura vascolare della DE del paziente, seguita da un ciclo di 6 sedute di terapia con somministrazione di 30.000 Onde d'Urto compressive.

Risultati. I risultati di questa terapia sono estremamente incoraggianti. L'esame eco-colorDoppler effettuato dopo 2 mesi mostra una maggiore responsività delle strutture arteriose del pene. Oltre l'80% dei pazienti riferiscono di avere erezioni migliori di prima della terapia. Spesso non hanno più bisogno dei farmaci PDE5i per poter avere dei rapporti sessuali oppure dichiarano di aver bisogno di quantità minori di tali farmaci. La terapia consente dei rapporti spontanei, non più legati alla assunzione dei farmaci o delle Iniezioni di PGE1, con netto miglioramento delle relazioni di coppia. Nella nostra iniziale esperienza, di oltre 100 casi di terapia applicata a pazienti di età variabile tra i 40 e 86 anni i risultati sono estremamente incoraggianti. Numerosi pazienti hanno richiesto di ripetere il trattamento.

Conclusioni. Il Trattamento con Onde d'Urto Extracorporee a Bassa Intensità potrebbe rappresentare una valida terapia del DE con ripristino della spontaneità dell'attività sessuale.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_01

MID-URETHRAL SLINGS AND SEXUAL FUNCTION

Seveso M, Inneo V, Di Paola G, Meazza A.

Istituto Clinico Città Studi - Milano.

Objective. Stress urinary incontinence (SUI) has been reported to have a negative impact on sexual relations

in up to 68% of women. Women with SUI report avoiding sexual intercourse because of wetness at night, leakage during intercourse, embarrassment and depression. Disorders of arousal, desire, and lubrication, as well as anorgasmia and dyspareunia, are typical complaints reported on sexual function questionnaires. Aging and the presence of certain comorbid conditions (i.e., cervical cancer or multiple sclerosis) clearly lead to worsened sexual functioning among women.

Other factors, such as hormonal status and absence of a uterus, have also been implicated, although much less clearly so, in the development of sexual dysfunction.

Sling procedures are a widely proven treatment for stress urinary incontinence.

The effects of outside-in transobturator midurethral sling procedures on women's sexual function are unclear.

We conducted this study to investigate sexual function alteration among women who underwent TOT for urodynamic stress incontinence.

Materials and Methods. Patients who underwent transobturator sling surgery were included in the present study if information was available on sexual activity before and 12 months after surgery. We included in the final analysis all the women who are sexually active at baseline. Between September 2010 and June 2017, 98 patients undergoing TOT were enrolled. An investigation was conducted using a validated, selfadministered questionnaire: Female Sexual Function Index (FSFI). The evaluation was repeated at the 3rd, 6th and 12th months post surgery and then yearly. The association between midurethral sling surgery and sexual function (coital incontinence, satisfaction, and dyspareunia) was compared.

Results. The mean age of patients was 46.7 ± 5.7 . The mean follow-up period was 18.2 ± 2.9 months. After the 12-month follow up, 86 out of 98 patients (88%) were dry, 6 improved their symptoms and the remaining 6 were unchanged. After adjusting for multiple testing, only age, menopause, and storage symptoms remained significantly correlated with the FSFI total score post-surgery as independent variable. A significant loss of total FSFI score was observed at postoperative 3 months ($P = 0.003$), which was regained after postoperative 6 months.

In comparison with baseline and postoperative 12 months, total FSFI score showed significant improvement ($P < 0.001$).

There were significant improvements in desire, arousal, orgasm, and satisfaction on FSFI domain. The frequency improved in 60 (70.5%) patients, lubricity improved in 49 (57.1%) patients, orgasm improved in 57 (67.1%) patients, pain improved in 59 (70%) patients, in leaking patients sexual satisfaction improved in 85.7% while in non-leaking patients improvement was seen in 40%. Sexual relation was not satisfactory in 65 (76.4%) of the patients before surgery; of them, 68 (80%) patients had improved sexual satisfaction after surgery. *De novo* urgency and dyspareunia developed in 6 and 3 patients, respectively.

Discussion. Despite the fact that SUI could be harmful in regard to sexual function, there has been little study of sexual function change after treatment of SUI, with most efforts focusing on incontinence, rather than the effect of cure on sexual function.

The sexual satisfaction is a difficult parameter to study. Reports on sexual function after surgery for SUI vary, with some authors reporting improved function and others reporting deterioration of

function (1, 2). Improvements in sexual function following vaginal surgery are believed to be due to the cessation of incontinence during intercourse, whereas worsening sexual function is believed to be caused by dyspareunia following colpohaphy (3, 4). This study was undertaken to assess the effect of the midurethral sling procedure for SUI on sexual function using a validated questionnaire.

Conclusion. These data show that midurethral sling surgery has an overall positive influence on sexual function in women with stress urinary incontinence. The TOT procedure has no significant negative impact on sexual function and it significantly improves female sexual function and overall sexual satisfaction in majority of the patients with SUI. The transobturator tape procedure has a positive effect on female sexual functioning by reducing urinary leakage and pain during or after sexual activity.

Women with coital incontinence show a significant higher improvement in sexual function after surgery for SUI compared to women without coital incontinence. Our results suggest that improvement in coital incontinence results in improvement of sexual function. Therefore, coital incontinence is a prognostic factor for improvement of sexual function following incontinence surgery.

References.

1. Ko YH, Song CH, Choi JW, et al. Effect on Sexual Function of Patients and Patients' Spouses After Midurethral Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: A Prospective Single Center Study. *Low Urin Tract Symptoms*. 2016; 8(3):182-5.
2. nKim DY, Choi JD. Change of sexual function after midurethral sling procedure for stress urinary incontinence. *Int J Urol*. 2008; 15(8):716-9.
3. Liang CC, Tseng LH, Lo TS, et al. Sexual function following outside-in transobturator midurethral sling procedures: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2012; 23(12):1693-8.
4. Bekker M, Beck J, Putter H, et al. Sexual function improvement following surgery for stress incontinence: the relevance of coital incontinence. *J Sex Med*. 2009; 6(11):3208-13.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_02

SURGICAL CORRECTION OF PEYRONIE'S DISEASE VIA TUNICA ALBUGINEA PLICATION - LONG TERM FOLLOW UP

Seveso M, Inneo V, Di Paola G, Meazza A.

Istituto Clinico Città Studi - Milano.

Objective. Peyronie's disease (PD) is an acquired connective tissue disorder of the tunica albuginea with

fibrosis and inflammation that lead to palpable plaques, penile curvature and pain during erection, compromising quality of life. Patients report negative effects in four major domains: physical appearance and self-image, sexual function and performance, pain and social stigmatization. Aim of present study is to evaluate outcome in term of patient satisfaction, anatomical and functional correction at long term follow up after surgical plication of albuginea.

Materials and Methods. Between 1998 and 2008 a total of 250 patients with PD underwent surgical correction using albuginea plication technique. We obtained complete long term (at 5 and 10 years) follow up data in 200 cases.

Results. After an average of 141 months the most common postoperative complications are loss of length (163 patients had a minimal penile shortening $\leq 1,5$ cm, 37 between 1,5 and 3 cm, none >3 cm), recurrent or residual penile curvature (in 15 without impairing sexual intercourse) erectile dysfunction (15 patients had IIEF-5 < 10 at 5 years follow up vs 28 patients at 10 years), change in penile sensation (37 lamented paresthesia of the glans 1 year after surgery, 28 at 5 years and 15 at 10 years); painful or palpable suture knots (in 20 cases) spontaneously revolved in 3 months. Overall 77% of the patients and partners were completely satisfied with the outcome of surgery, 14% partially satisfied and 9% unsatisfied.

Discussions. Regardless of surgical approach, all patients should be informed about the risk of penis shortening, hypoesthesia and residual curvature prior to surgery, being imperative open and honest discussion to avoid false expectations. The most common postoperative complications of this approach are loss of length, recurrent or residual penile curvature, ED, change in penile sensation, and painful or palpable suture knots. Many of these outcomes can be quite distressing for the patient and they may impact the operative technique selection and overall satisfaction postoperatively. In our hands this approach obtained good success for the correction of curvature, maintenance of erectile function and patient-reported treatment satisfaction.

The optimal surgical treatment for PD patients with erectile capacity is still controversial (1, 2): lengthening procedures – mainly performed on the patients with severe penile curvatures and /or narrowing or hourglass deformities – and tunical shortening procedures including incisional/ excisional corporoplasty and non-incisional plication techniques. Penile prosthesis implantation is typically reserved for patients with PD and concurrent ED, especially non responders to medical management.

The advantage of our technique is that it avoids incision or excision the tunica and yet achieved the desired result of straightening the deformity by shortening the longer side. It is simple to perform and there is no risk of excising too much of tunica. If after tying a suture the deformity appears over or under corrected, the suture can be cut or applied again as the case may be.

The use of non-absorbable stitches reduced the risk of recurrence of the curvature by comparing the results to the data of those who used useful absorbable stitches [Ebbelohj, Schroder-Essed (3, 4)]. The absorbable stitches probably cannot withstand the traction during replaced erections in the early postoperatively period. On the other hand, when nonabsorbable material is used, commonly problems are the formation of granuloma around the sutures and the unpleasant feeling of bumps under the skin. Very rarely the discomfort of the suture interfered with sexual intercourse with rates reported by Baskin and Hsieh as 0-10% (5, 6).

Conclusion. Plication procedure is safe and simpler to perform than the classical Nesbit's procedure with shorter surgical time, lower costs and could be successfully performed also by less experienced surgeons. It has a minimal risk of de novo erectile dysfunction, a minimal risk of injury to the dorsal neurovascular bundle and may be used for a variety of angulation deformities, including multi-planar curvature and severe degrees of curvature obtaining good results in term of patient satisfaction for anatomical and functional correction.

References.

1. Iacono F, Prezioso D, Ruffo A, et al. Tunical plication in the management of penile curvature due La Peyronie's disease. Our experience on 47 cases. *BMC Surgery*. 2012; 12(Suppl 1):25.
2. Langston JP, Carson CC. Peyronie's disease ligation or grafting. *Urol Clin North Am*. 2011; 38:207-2016.
3. Fried rich MG, Evans D, Noldus J. The correction of penile curvature with the Essed-Schroder technique: a long term follow up assessing functional aspects and quality of life. *BJU Int*. 2000; 86:1034-1038.
4. Baskin LS, Erol A, Li YW. Anatomy of the neurovascular bundle: is safe mobilization possible? *J Urol*. 2000; 164:977-980.
5. Hsieh Jt, Liu SP, Chen Y. Correction of congenital penile curvature using modified tunic all plication with absorbable sutures the long-term outcome and patient satisfaction. *Eur Urol*. 2007; 52: 261-6.
6. Makovey I, Higuchi TT, Montague DK, et al. Congenital penile curvature. *Curr Urol Rep*. 2012; 13:290-297.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_03

L'AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE DIMOSTRA DI ESSERE EFFICACE NEL RECUPERO DI SPERMATOZOI A FRESCO NEI CASI DI AZOOSPERMIA OSTRUTTIVA: VALUTAZIONE DI DETECTION RATE ED OUTCOME FECONDATIVO

Arrighi N¹, Zani D^{1,2}, Finamanti M¹, Balla J¹.

¹ Unità Operativa di Urologia, Istituto Clinico Città di Brescia-Istituti Ospedalieri Bresciani;

² Università degli Studi di Brescia, Cattedra di Urologia.

Scopo. Per le tecniche di fecondazione assistita di III livello (ICSI), nei casi di Azoospermia ostruttiva (OA), diverse procedure sono possibili. TESE e Micro-TESE sono largamente utilizzate, permettono di avere spermatozoi, ma sono più complesse, richiedono tempo (soprattutto per la preparazione del seme), richiedono approcci chirurgici e sono a costo elevato. L'aspirazio-

ne testicolare con ago sottile (TeSA) è più semplice, ma l'efficacia è ancora tema di dibattito. È generalmente accettato che siano necessari più prelievi consecutivi per ottenere gli spermatozoi e procedere quindi ad ICSI. Il nostro obiettivo è di valutare l'efficacia di TeSA nell'ottenere spermatozoi "a fresco" utilizzabili in questa tecnica.

Materiali e Metodi. Tra 9/2013 e 12/2017 28 pazienti (età media 41, mediana 41), affetti da OA (33) sono stati sottoposti a TeSA e quindi uso immediato degli spermatozoi. In tutti i casi si è trattato di procedura ambulatoriale. L'analgesia è stata possibile mediante spray di Etile cloruro. L'aspirazione testicolare mediante ago butterfly 21 G e siringa da 50 cc. Il materiale ottenuto è stato sospeso in terreno di coltura e quindi valutato dalle biologhe e quindi preparato per la fecondazione degli ovuli. Aspirazioni multiple sono state eseguite fino a che un adeguato quantitativo di spermatozoi non sia stato ottenuto. Sono stati valutati tasso di fecondazione e tasso di gravidanza della partner. Il dolore è stato valutato durante la procedura e dopo 5 minuti mediante scala VAS. Le complicanze sono state catalogate mediante Clavien.

Risultati. In tutti i 33 casi, un adeguato numero di spermatozoi è stato ottenuto, in alcuni casi è stato necessario procedere a più aspirazioni (mediana 2.06, mediana 2, 1-3). In 32 casi, sono stati ottenuti ovuli fecondati per l'impianto (media percentuale 56%, mediana 60%, 0-100%). La VAS in procedura è stata 1.52 (mediana 1; 0-7). La VAS a 5 minuti è stata di 0.07 (0-1). Non ci sono state complicanze, in 3 pazienti non è stato necessario sospendere terapia anticoagulante.

Conclusioni: Nella nostra esperienza, TeSA è una tecnica semplice, economica, sicura, capace di recuperare spermatozoi nella larga maggioranza dei pazienti (nella nostra casistica, tutti). È particolarmente veloce e ben tollerata. La preparazione degli spermatozoi è veloce, può essere svolta lo stesso giorno del prelievo degli ovuli, e permette di avere cellule fresche, che possono migliorare l'outcome fecondativo. In conclusione, TeSA può essere proposta come tecnica nel recupero di spermatozoi.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C_04

CRIOELETTROFORESI, ULTRASUONI E RADIOFREQUENZA NELLA TERAPIA DEL MORBO DI LA PEIRONYE

Brunori S¹, Mastrangeli B¹, Iaboni L¹, Cerasini M¹, Lamorte F¹, Sisti G², Piccolelli S².

¹ Villa Tiberia Hospital - Roma;

² Analisi Cliniche Malatesta - Roma.

Scopo. Nell'ambito dell'IPP la fisica trova sempre più un suo razionale. Riportiamo la nostra esperienza preliminare su 21 pazienti affetti da IPP trattati simultaneamente con criolettroforesi, ultrasuoni e radiofrequenza.

Materiali e Metodi. Dal Giugno 2016 ad oggi, abbiamo trattato con terapia combinata 21 pz con IPP in fase

florida. Tutti sono stati sottoposti a T0, ad eco-color-Doppler dinamico penieno, IIEF5 e foto acquisizione (FA) per la determinazione di stato e dimensione della lesione, grado della curvatura e funzione erettile, a T1-T2 (3-6 mesi) FA, IIEF5 e autodeterminazione del grado di dolore in fase erettile, al tempo T3 (9 mesi) è stato aggiunto l'eco-colorDoppler.

Tecniche:

- 1) **Criolettroforesi:** veicolazione transcutanea profonda per via elettrica di farmaci congelati; è costituita da un generatore di corrente computerizzato, da un elettrodo dispenser contenente il cocktail-miscela di vari farmaci da veicolare congelati, da un elettrodo passivo e dal tessuto biologico (nel nostro caso il pene).
- 2) **Ultrasuoni:** vibrazioni acustiche ad alta frequenza che generano un micromassaggio sui tessuti profondi provocando calore esercitando anche un effetto termico conseguente.
- 3) **Radiofrequenza:** con frequenza di lavoro tra i 1000 e i 1300 Khz e una potenza di 40 Watt; stimola le fibre la produzione di collagene.

Il ciclo di terapia consisteva in 15 sedute da 5 terapie per 3 settimane consecutive di: 15 criolettroforesi con diclofenac 150 mg + 12 ultrasuoni a 1 Mhz per 10 min e alternato a 3 radiofrequenza per 10 min.

Risultati. I risultati ottenuti mostrano una significativa riduzione dell'incurvamento penieno (13/21), del dolore (20/21) ed un miglioramento della qualità dei rapporti sessuali (18/21).

In 16 Pz si è osservata una riduzione del volume della placca. Non ci sono stati severi effetti collaterali, nessun trattamento è stato sospeso e tutti i pazienti hanno portato a termine la terapia.

Conclusioni. L'utilizzo della terapia fisica combinata nel trattamento della IPP è di sicura efficacia nel migliorare la sintomatologia dolorosa-infiammatoria, con risultati incoraggianti anche sulle dimensioni della lesione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C_05

SEVERE OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SYNDROME AND ERECTILE DYSFUNCTION: A PROSPECTIVE RANDOMISED STUDY TO COMPARE SILDENAFIL VS. NASAL CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE

Pastore AI^{1,2}, Palleschi G^{1,2}, Fuschi A¹, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martocchia A¹, Carbone A^{1,2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Background. A high incidence of erectile dysfunction (ED) among patients with obstructive sleep apnoea syndrome (OSAS) has been reported, with a strong correlation between obstructive sleep apnoea, ED, and quality of life (QOL), and it has been estimated that

10-60% of patients with OSAS suffer from ED. In this prospective randomised controlled trial, we investigated 82 men with ED consecutively who were referred to the outpatient clinic for sleep disorders and had severe OSAS (AHI > 30 events/h) without any other comorbidities as a possible cause of ED. The aim of this study was to evaluate and compare the efficacy of sildenafil vs. continuous positive airway pressure (CPAP) in men with ED and severe OSAS.

Methods. Eighty-two patients were randomised to two main treatment groups: group 1 patients (n = 41) were treated with 100-mg sildenafil 1 h before sexual intercourse without CPAP, and group 2 patients (n = 41 men) were treated with only nasal CPAP during night time sleep.

Both groups were evaluated with the same questionnaires (*International Index of Erectile Function-EF domain; Sex Encounter Profile; Erectile Dysfunction Inventory Treatment Satisfaction*) 12 weeks after treatment.

Results. In patients receiving sildenafil treatment, 58.2% of those who attempted sexual intercourses were successful compared to 30.4% in the CPAP group. The mean number of successful attempts per week was significantly higher in the sildenafil group compared with the CPAP group (2.9 vs. 1.7, respectively; $p < 0.0001$). The mean IIEF-EF domain scores were significantly higher in the sildenafil group compared with the CPAP group ($p < 0.0001$). The overall satisfaction rate was 68% with sildenafil treatment and 29% with CPAP treatment.

Conclusions. This study confirms that severe OSAS is strongly associated with erectile dysfunction. CPAP and sildenafil (100 mg) are safe and effective therapies for OSAS-related ED patients. In the present study sildenafil was more effective than CPAP in treating ED associated with OSAS, as indicated by a significantly higher rate of successful attempts at intercourse and higher IIEF-EF domain scores. Our study, to date, is the only that has investigated sildenafil in patients with severe OSAS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

CALCOLOSI

E CHIRURGIA ENDOUROLOGICA

V_02

TRANSURETHRAL ENUCLEATION WITH THE NEW OVAL ELECTRODE BY OLYMPUS FOR THE TREATMENT OF BLADDER OUTLET OBSTRUCTION (BOO) DUE TO BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA BPH

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

Division of Urology Nuova Villa Claudia Clinic - Rome- Italy.

Introduction. Although monopolar transurethral resection of the prostate (TURP) has long been considered the gold standard for the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia (BPH) that has failed

medical therapy, new procedures are constantly being developed to reduce patient morbidity and complication rates.

Objective. Evaluate the safety and efficacy of Transurethral Plasma Bipolar Enucleation with the new oval electrode by *Olympus* (plasma B-TUEP) for the treatment of bladder outlet obstruction (BOO) due to benign prostatic hyperplasia (BPH).

Materials and Methods. Six months ago, a 65 years old patient with hypertension, diabetes and anticoagulation therapy come to examination of our hospital to acute urinary retention (RUA). We placed a urinary permanent bladder catheter.

Since 7 yrs ago, he takes Tamsulosin 4 mg/die plus Finasteride 0,5 mg/die for BPH.

Pre-operative work-ups included urinalysis and urodynamic exams, transrectal ultrasonography (TRUS) assessing prostate volume. Intraoperatively, we evaluated plasma B-TUEP time (enucleation and resection time). Peri and postoperatively we calculated Hb dosage, bladder irrigation's time, catheterization's time, acute urinary retention events, hospital's stay, patient readmission and eventual endoscopic retreatments.

The operation was performed by an experienced endoscopic surgeon, he used ESG 400 as scalpel at 120 Watt for vaporization and cutting and 100 Watt for coagulation. He used a traditional bipolar TURP instruments (12 grade optics and *Olympus* 26Ch resectoscope), the "new oval button plasma electrode" by *Olympus* to perform the enucleation of the adenoma, and a standard wire loop to perform adenoma enucleated resection according to our standard enucleation technique (1).

The new oval button plasma electrode has the same surface but more efficient shape comparison to the current button (Plasma Button). Width increased by 25% depth reduced by 39%, height remains the same. This results in the surface area in working direction of the Plasma-OvalButton increased by 31%. Moreover durability and ignition performance are increased due to ceramic plate. The operator demonstrated in the video that vaporization with the Plasma-OvalButton creates well coagulated tissue and a smooth surface.

Results. The prostate volume was 85 gr. Plasma B-TUEP enucleation was < 30 min and resection time was < 40 min. Bladder irrigation time was 24 h, catheterization's time < 48 h and hospital stay 48 h. Haemoglobin value after 24 h from the procedure was similar to the previous one. During the peri and postoperative time, we not observed urinary retention or significant haematuria with clots or patient readmission and eventual endoscopic retreatments.

Conclusions. Transurethral Plasma Enucleation of Prostate with the new oval electrode by *Olympus* (plasma B-TUEP) with ESG 400 system is a rapid and safety technique, showing optimal outcomes.

Reference.

1. Giulianelli R, Gentile B, Albanesi L, et al. Bipolar Button Transurethral Enucleation of Prostate in Benign Prostate Hypertrophy Treatment: A New Surgical Technique. *Urology*. 2015; 7.

V_03**POLLACK URETERAL CATHETER IS MY BEST SAFETY GUIDEWIRE. A NEW WAY TO APPROACH URETERAL STONES TREATMENT**

Calarco A, De Dominicis M.

Ospedale Cristo Re, Roma.

Scopo. L'avanzamento tecnologico sempre maggiore ha portato, al giorno d'oggi, ad un più frequente utilizzo di tecniche operatorie mininvasive endoscopiche come l'ureterosopia e la RIRS (*Retrograde IntraRenal Surgery*). Tutte queste tecniche operatorie si basano sull'utilizzo di irrigazione per consentire la visione e sull'utilizzo di semplici manovre di sicurezza per ridurre al minimo il rischio di complicanze. Le manovre di sicurezza che riteniamo essere più importanti sono, il posizionamento di un filo guida di sicurezza, l'utilizzo di basse pressioni (no pompe), non forzare l'avanzamento dello strumento. In corso di ureterosopia semirigida, che sia essa per calcoli o per tumore, una delle condizioni essenziali è sicuramente la qualità della visione che oltre ad essere implementata da strumenti sempre migliori è di molto condizionata dalla qualità del mezzo in cui la telecamera è immersa. In poche parole, più pulito è il liquido in cui lavoriamo, meglio vediamo e migliori saranno gli esiti dell'intervento. In corso di ureterosopia inoltre, non essendo dotato lo strumento di flusso continuo, è buona norma interrompere la frammentazione ogni qual volta il flusso anterogrado cessa a causa del riempimento della via escretrice. Questo al fine di effettuare uno scarico del liquido accumulatosi nel rene, evitando così eccessive pressioni intrarenali. Le problematiche correlate all'aumento delle pressioni intrarenali sono fondamentalmente di tipo infettivo. L'arresto del flusso anterogrado e quindi lo scarico inoltre causano un rallentamento della procedura.

Materiali e Metodi. In questo video mostriamo il caso di una paziente di 64 anni affetta da calcolosi multipla dell'uretere sinistro (lunghezza totale calcoli 2,5 cm) trattata con ureterosopia semirigida laser con catetere ureterale di sicurezza.

Per ovviare ad i problemi sopra esposti (scarsa visione, flusso interrotto, alte pressioni) descriviamo una nostra variante originale in merito all'utilizzo del filo guida di sicurezza tradizionale. In questo video il filo guida di sicurezza verrà sostituito con un catetere ureterale di Pollack (*COOK Medical®*). Tale catetere dalle dimensioni di 5 ch ed a punta morbida viene posizionato al posto del filo guida di sicurezza collegando quindi così la pelvi renale con l'esterno. I vantaggi che riscontriamo con questa tecnica sono molteplici e notevoli. Primo su tutti la qualità della visione in quanto in corso di litotrixxia laser la polvere generata viene subito allontanata ed espulsa attraverso il catetere. Il secondo vantaggio, direttamente collegato al primo, è che la visione è di molto migliore. Il terzo ed ultimo vantaggio è che è possibile così effettuare la procedura a flusso continuo abbattendo di molto i tempi chirurgici.

ci. Ovviamente rimane il senso di "filo guida di sicurezza" in quanto in qualsiasi caso di emergenza è possibile o lasciare il catetere in sede o sostituirlo con un JJ.

Conclusioni. Nella nostra esperienza la tecnica ha dimostrato di essere sicura oltre che di facile applicazione. Data la dimensione pari a 5 ch del catetere ureterale è mandatorio l'utilizzo di un ureteroscopia semirigida di piccole dimensioni. Nel nostro caso l'ureteroscopia è uno *Storz®* 7 ch. Crediamo che tale tecnica, dati i vantaggi rispetto all'utilizzo del filo guida tradizionale, sia da preferire ogni qual volta l'uretere accetti, senza forzare, la presenza del catetere e dell'ureteroscopia semirigida per un totale di 12 ch. Tale dimensione risulta essere accettabile, basti vedere l'ampio uso di guaine ureterali con diametri anche superiori. Risulta inoltre inferiore il rischio di complicanze correlato ad alte pressioni ed a tempi operatori più lunghi oltre che migliore la qualità del trattamento grazie alla visione più pulita.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_04**HoLEP EN-BLOC IN GRANDI ADENOMI PROSTATICI: NOTE DI TECNICA E TRUCCHI DEL MESTIERE**

Cappa M, Barrese F, Perugia C, Sciobica F, De Mayo E, Ioannilli F, Presicce F.

Clinica Fabia Mater - Roma.

Scopo. Numerose pubblicazioni in letteratura hanno dimostrato che la HoLEP è una tecnica efficace e sicura per il trattamento chirurgico dell'iperplasia prostatica benigna, specie nel caso di volumi prostatici > 80 ml. Tuttavia la disuria e l'incontinenza postoperatorie e i volumi prostatici > 250 ml sono considerati almeno in parte dei limiti della metodica. In questo video proponiamo passo dopo passo i nostri suggerimenti tecnici per ridurre al minimo queste complicanze e per affrontare endoscopicamente anche volumi prostatici > 250 ml.

Materiali e Metodi. Un uomo di 62 anni senza comorbidità significative e con un volume prostatico stimato di 320 ml all'ecografia è stato operato a dicembre 2017. Il paziente era portatore di catetere vescicale dopo un episodio d'infezione delle vie urinarie precipitata in ritenzione urinaria acuta. ER: prostata x4, consistenza conservata; PSA: 12.3 ng/ml, ratio 32% (pregressa biopsia prostatica e mpRMN negative per neoplasia). Per l'enucleazione sono stati impiegati un endoscopio 26F a flusso continuo, un'ottica 12°, una fibra laser da 550 micron, il laser ad olmo *Lumenis® MOSES Pulse™* 120H, con le seguenti impostazioni: energia 1.9 J, frequenza 53 Hz, potenza 100W. Per la morcellazione sono stati impiegati un nefroscopio 26F, il morcellatore *Versacut Lumenis* e un'irrigazione con doppio ingresso di soluzione fisiologica allo 0,9%, per mantenere la sovradistensione vescicale. Nella nostra tecnica l'enucleazione inizia a livello dell'apice prostatico e prevede l'iniziale scollamento del lobo laterale di sinistra, lateralmente e al davanti del veru montanum. La precoce incisione della mucosa a questo livello da

ore 5 a ore 12 permette di evitare pericolose trazioni e danneggiamenti sulle fibre circolari dello sfintere liscio interno sottostante, responsabile a nostro avviso della transitoria incontinenza urinaria da stress post-operatoria. Si esegue poi un'incisione a ore 5 dal collo vescicale, che è approfondita fino all'apice per ricongiungersi al piano di lavoro precedente. Si procede in seguito al distacco anatomico dell'adenoma dal piano della capsula, con una sapiente alternanza tra l'utilizzo del laser per la precisa dissezione delle aderenze e l'azione meccanica del resettore, in senso retrogrado e postero-anteriore. In questo modo il lobo laterale di sinistra è quasi completamente mobilizzato, rimanendo adeso solo a livello del collo vescicale. Si esegue quindi analoga procedura con il lobo destro, iniziando sempre a livello dell'apice, lateralmente e al davanti del *veru montanum*. Anche qui la precoce incisione della mucosa da ore 7 a ore 12 permette di evitare pericolose trazioni e danneggiamenti sulle fibre circolari dello sfintere liscio interno sottostante. Si completa quindi lo scollamento del lobo laterale destro fino al collo vescicale sempre alternando sapientemente l'azione del laser con quella meccanica del resettore. A questo punto i lobi laterali quasi del tutto mobilizzati, rimangono adesi alla capsula sottostante solo a livello del collo vescicale. Si procede pertanto all'incisione con il laser di queste ultime aderenze dalle fibre circolari del collo vescicale, completando l'enucleazione. L'adenoma ribaltato in vescica può essere a questo punto morcellato.

Risultati. L'enucleazione è durata 68 minuti e ha richiesto l'uso di 127 kJ di energia, la morcellazione dei 270 g pesati di adenoma è durata 139 minuti (110 minuti di effettiva morcellazione + 29 minuti di TUR dell'adenoma in vescica). Infatti, come descritto in letteratura i pazienti con prostate voluminose e precedente storia di cateterismi/infezioni delle vie urinarie, tendono a presentare un tessuto prostatico resistente alla morcellazione, rendendola lenta e poco efficiente. Pertanto nel caso in questione l'evacuazione del tessuto prostatico è stata completata con successo con una TUR in vescica dell'adenoma già enucleato. Il decorso postoperatorio è stato regolare con sospensione della cistoclisi dopo 18 ore e rimozione del catetere dopo 48 ore. Dopo 3 mesi dalla procedura i risultati funzionali sono ottimi: residuo postmizionale assente, uroflusometria Q_{max} 25 ml/s, IPSS 3, PSA totale 0.33 ng/ml, assenza di incontinenza urinaria e disuria post-operatoria già dopo la prima settimana dalla rimozione del catetere vescicale.

Conclusioni. Nella nostra esperienza ormai quinquennale la HoLEP *en-bloc* è una procedura fattibile, sicura ed efficace.

L'applicazione degli accorgimenti tecnici proposti in questo video ci ha consentito di ridurre l'intensità e la durata della disuria postoperatoria e di affrontare con successo anche i volumi prostatici > 250 ml.

V_05

ADENOMECTOMIA PROSTATICA CON LASER AD HOLMIO 120W (HoLEP)

Gallo G, Dente D, Mengoni F, Orciani R, Cafarelli A.

U.O. Urologia - Casa di Cura Villa Igea - Ancona.

Questo video mostra una adenomectomia prostatica transuretrale con laser ad Holmio 120w (HoLEP). Il paziente sottoposto a tale procedura ha 68aa e presenta una importante sintomatologia disurica ostruttiva secondaria ad un voluminoso adenoma prostatico. Viene allegata RMN multiparametrica che mostra una prostata dalle dimensioni complessive di circa 220 gr. La tecnica chirurgica mostrata prevede due incisioni, rispettivamente ad ore 5 ed ore 7, dal collo vescicale all'apice a livello del *veru montanum* sino al riconoscimento del piano di clivaggio dell'adenoma per enucleazione del lobo medio. Una ulteriore incisione viene praticata ad ore 12 a livello della commessura anteriore. Il piano di clivaggio ottenuto a livello dell'apice viene seguito a livello postero-laterale fino al ricongiungimento a livello anteriore con l'incisione praticata precedentemente ad ore 12. L'enucleazione viene ottenuta con utilizzo combinato di energia laser e trazioni esercitate dallo strumento sull'adenoma prostatico. La disconnessione apicale superiore con tecnica di preservazione sfinterica prevede una incisione bassa della mucosa allo scopo di detendere le fibre sfinteriali. Effettuata questa manovra, si procede con l'enucleazione completa dei lobi prostatici. I lobi enucleati restano fluttuanti in vescica. A questo punto si procede con l'emostasi selettiva delle fonti di sanguinamento. La fase conclusiva della procedura consiste nella morcellazione dell'adenoma in vescica sovradistesa e l'evacuazione dei frammenti.

La procedura è stata condotta in anestesia generale e la durata complessiva è stata di circa 115 min. Il tempo di cateterizzazione è stato di 36 ore; adenoma pesato: circa 168 gr.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_06

RIRS IN ONE DAY

Carmignani L, Clementi MC, Motta G, Nazzani S, Blezien O, Ratti D, Finkelberg E, Picozzi S, Manfredi M, Acquati P, Signorini C, Stubinski R, Vizziello D.

IRCCS Policlinico San Donato, Milano.

Introduction and Objectives. With rising prevalence of stone disease and in face of reduced resources, there is increasing of day surgery avoiding in-patient stay. With limited data on day case *retrograde intrarenal surgery* (RIRS), our study aimed to investigate outcomes of One Day RIRS for renal stone disease.

Material and Methods. From February 2017, 75 consecutive cases of adult RIRS for renal stones performed by a fully trained team were recorded in a prospective database. All patients underwent pre-operative coun-

selling and were admitted to the Department on the day of surgery. A standardized anesthetic protocol was performed in all cases. Data on patient demographics, stone parameters, pre-operative assessment, operative details, length of stay, stone free rate and complication rates were collected and analyzed. All patients underwent postoperative CT scan and considered stone free in case of residual lithiasis < 4 mm.

Results. A total of 51 of 75 consecutive adult RIRS (68%) had a hospital stay shorter than 24 hours. Within 48 hours 84% of patients were discharged and 93% within 72 hours. Longer hospitalizations (5 cases) occurred when antibiotics had to be administered at hospital. 32% percentage of failed day case RIRS were due to postoperative elevated WBC (9 cases), fever (7 cases), acute hypertension (1 case), hematuria (2 cases), intensive care unit monitoring (1 case, patient affected by severe aortic valve stenosis) or social reason (4 cases). The mean stone size, operating time and post-operative ureteral stent positioning rates were 10,49 ($\pm 4,62$) mm, 69,02 ($\pm 29,24$) minutes and 100% (22% MonoJ vs 88% DoubleJ), respectively. Post-operatively the stone free rate (SFR), unplanned readmissions and major complications (Clavien >III) for DC-RIRS patients were 85%, 2% and 0% respectively. The readmission (n = 1) comprised of stent pain (n = 1). **Conclusion.** Based on our results, one day RIRS can be obtained for majority of patients. With its acceptable complication rate, and low re-admission rates, resulting in a safe and feasible option in patients with renal stones. Lo studio ha avuto finanziamenti: No Conflitto d'interessi: No

C_07

HOLMIUM LASER ENUCLEATION OF PROSTATIC ADENOMA – IMPROVING ITS INDICATION IN A HIGH VOLUME CENTRE

Romagnoli D, D'Agostino D, Salvaggio A, Zuccalà A, Del Rosso A, Dandrea M, Porreca A.
Abano Terme Hospital, Abano Terme (PD), Italy.

Aim. The purpose of this paper is to present the experience of a High Volume Centre with long experience in *Holmium Laser Enucleation of the Prostate* (HoLEP), with a focus toward its indication for large prostates (> 100 cc).

Materials and Methods. We retrospectively evaluated the intraoperative items (enucleation time, morcellation time) and postoperative parameters (catheterization time, transfusion rate, post operative stress urinary incontinence, IPSS, Q_{max} , Post Void Residual Volume, PSA value) in a population consisting of patients submitted to HoLEP at our institution from June 2017 to December 2017, after a seven-year experience in this procedure. Patients were stratified in 3 groups, according to prostate volume as measured by multiparametric magnetic resonance (Group 1 < 100 cc, Group 2 between 100 and 150 cc, Group 3 > 150 cc). Postoperative parameters were collected at 3 and 6 follow up visits.

Results. We performed 1641 HoLEP procedures at Our Centre from 2010 to 2017. In the period considered 321 patients underwent HoLEP due to prostatic hyperplasia determining lower urinary tract obstructive symptoms. 199 patients (61.9 %) were enrolled in Group 2, while 42 patients (13.2 %) had prostate volume > 150 cc, thus putting them in Group 3. Mean prostate volume in Group 1 was 65.4 ± 13.6 , while in Group 2 was 110.9 ± 15.1 , and in Group 3 was 178.3 ± 30.3 . Enucleation and morcellation time were significantly higher in Group 2 and Group 3, and catheterization time was significantly higher in patients in Group 3 (48 ± 0.4 hours) compared with patients in Group 1 (24 ± 0.1 hours) and Group 2 (24 ± 1.2 hours).

In 0.2% and 1.8% of Groups 2 and 3, respectively, a single blood unit was transfused, and none patient experienced conversion to open prostatectomy. Considering follow up data, 2.0% and 14.2% of patients in Group 2 and 3 experienced transitory stress urinary incontinence, which resolved anyway within 3 months, and IPSS score, Q_{max} and PVR domains improved in every Group of the population considered.

Conclusions. HoLEP is a feasible and safe procedure for the mini invasive treatment of obstructive prostatic hyperplasia, and when performed in a Centre with long experience and high volume, it can be applied to any prostate despite its volume, thus making these procedure a promising gold standard for the mini-invasive treatment of this pathology.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_08

HOLMIUM LASER BLADDER NECK INCISION WITH EJACULATORY SPARING TECHNIQUE: 7 YEARS EXPERIENCE IN A HIGH VOLUME CENTRE

Romagnoli D, D'Agostino D, Salvaggio A, Zuccalà A, Del Rosso A, Dandrea M, Porreca A.
Abano Terme Hospital, Abano Terme (PD), Italy.

Aim. The purpose of the study is to present the 7-Years experience of Our Centre in performing Holmium Laser Bladder Neck Incision with Ejaculatory Sparing Technique, aimed at resolving the retrograde ejaculation which hampers patients submitted to the conventional procedure, which consist of bilateral incision of bladder neck at 5 and 7 hours.

Materials and Methods. We retrospectively evaluated patients admitted to Our Centre with a diagnosis of Bladder Neck Stricture (*Marion's Disease*) between June 2010 and December 2017. Each cervicotomy was performed with a 550 micrometers Holmium Laser fiber, and incisions were conducted at 3 and 9 hours, instead of 5 and 7 hours, from the mucosa to the periurethral fat. No haemostatic setting was adopted, in order to prevent any fibrosis, and any third lobe was left untouched. At the end of the procedure a 20 Ch Foley catheter was positioned, and removed within 5 days from the procedure. We collected postoperative data at 3 and 6

months control visit, considering IPSS score, PVR volume, Q_{max} and anamnestic report of ejaculation.

Results. From June 2010 to December 2017 we performed 189 Holmium Laser Bladder Neck Incision with Ejaculatory Sparing Technique at Our Centre. Mean patients age was 53 ± 10.3 . Mean surgical time was 20 ± 7.3 minutes, and the whole Equipe (7 Surgeons) took part in the total amount of the procedures. Mean catheterization time was 5 ± 1.5 days, and no Clavien II or higher complications were collected. No postoperative urinary retention episodes were documented, and IPSS score, PVR volume and Q_{max} values were found to be significantly improved at follow up visits. Among our population, 185 (98%) of the patients reported anterograde ejaculation.

Conclusion. Holmium Bladder Neck Incision with Ejaculatory Sparing Technique is a safe procedure which allows to grant to most patients both anterograde ejaculation and adequate disobstruction.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_09

PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY COMPARING MONOPOLAR WITH BIPOLAR TRANSURETHRAL RESECTION OF PROSTATE IN BENIGN PROSTATIC OBSTRUCTION: 36-MONTH OUTCOMES

Pastore AL^{1, 2}, Palleschi G^{1, 2}, Fuschi A¹, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martoccia A¹, Carbone A^{1, 2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Introduction and Aim. The gold standard surgical treatment for bothersome moderate to severe LUTS secondary to BPO with enlarged prostates is monopolar TURP (M-TURP). M-TURP is considered as both clinically and cost effective. However, the procedure is associated with complications occurring in the perioperative period, such as urethral strictures (US), bleeding, bladder neck contractures (BNC) or transurethral resection (TUR) syndrome. Bipolar technology incorporation represents a significant technical improvement in TURP over last years. Bipolar TURP (B-TURP) addresses a fundamental flaw of M-TURP due to the fact that it can be performed in normal saline solution. B-TURP has revealed promising results. In this prospective study we randomized two groups of patients with BPO and compared the standard M-TURP and B-TURP with regard to efficacy, complication rates and functional outcomes with a long term follow-up (36 months). **Material and Methods.** From January 2007 to July 2014 a total of 497 patients were randomized and prospectively scheduled to undergo bipolar (251) or monopolar (246) TURP. International prostate symptom score (IPSS), IPSS-Quality of life (QoL), post-void residual and maximum flow rate were assessed

preoperatively and postoperatively at 3, 12, 24 and 36 months.

The primary outcome parameter was the comparison of change (pre- and post-operative) in IPSS, IPSS-QoL scores, Q_{max} , and PVR between M-TURP and B-TURP. Secondary outcomes included the change in preoperative and postoperative PSA level, change in Hb level, blood transfusion, TUR syndrome, BNC, US, operative time, length of hospitalization and length of catheterization.

Results. In both groups preoperative age, prostate volume, Hb level, PVR, IPSS and IPSS-QoL scores were comparable without statistically significant differences. Perioperative results showed no statistical significance between the two groups in terms of catheterization days, post-void residual, IPSS, IPSS-QoL score. The operative time was proved to be similar between the two groups while the hospitalization days was found statistically significant in favour of the bipolar group. Regarding TURP complications, significant differences were observed in relation to urethral strictures, blood transfusion and TUR syndrome in favour of the bipolar group. The 3, 12, 24 and 36 months follow up showed significant and equal improvements in LUTS related to BPO in the 2 treatment groups.

Conclusion. Bipolar TURP in our prospective study reported the same functional efficacy of M-TURP, with a significant reduction of related morbidities (TUR syndrome, blood transfusions rate, and urethral strictures).

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_10

L'ENUCLEAZIONE NEL TRATTAMENTO DELL'IPB CON L'USO LASER THULIUM A 1.9 μ M, ABBINATO A UN DIODO DI 1470NM (RAMAN): RISULTATI PRELIMINARI

Zani D, Arrighi N, Finamanti M, Balla J.

UO Urologia Istituto Clinico Città di Brescia, Università degli Studi di Brescia.

Introduzione. L'arrivo della seconda generazione di laser Thulium a 1.9 μ m, abbinato a un diodo di 1470nm (Raman), ha dato un ulteriore impulso alla diffusione del trattamento laser della prostata. Questo nuovo tipo di laser permette rispetto al semplice laser a tulio di ridurre la potenza durante l'enucleazione ed ottenere un buon compromesso fra taglio e coagulo. Riducendo l'energia erogata.

Scopo. Dimostrare l'efficacia e la sicurezza di questo nuovo tipo di laser anche in mani non esperte, alla prima esperienza, con l'uso del laser nel trattamento dell'IPB.

Materiali e Metodi. Dal dicembre 2016 a tutt'oggi, presso l'UO di Urologia dell'Istituto Clinico Città di Brescia sono stati sottoposti a trattamento endoscopico con il laser Thulium a 1.9 μ m, abbinato a un diodo di 1470nm (Raman) 56 pazienti. Sono stati candidati a questo tipo di intervento i pazienti portatori di catetere vescicale a dimora, e pazienti con bassivalori di flusso associati o meno ad elevati valori di ristagno post minzionale o con

valori di IPSS. Elevati (> di 15). È stata fatta una valutazione dei giorni di mantenimento del catetere a dimora e di ospedalizzazione. È stata inoltre valutata alla dimissione, alla consegna dell'es istologico ed a tre mesi la sintomatologia dolorosa mediante l'uso della scala VAS. A tre mesi all'intervento è stata effettuata un controllo di UFM, con valutazione del residuo, ed un IPSS.

Risultati. I pazienti presentavano un'età media di 71 anni (range 52 -87). Di questi 33 erano portatori di un catetere vescicale a dimora. Negli altri 23 pazienti presentavano un adenoma del peso medio di 47 cc (20-120) il flusso medio peroperatorio era 7.2ml/sec (range 5-9,8) con un residuo medio di 115ml (range 50-350) IPSS medio di 28 (range 16-30) QL 5,3 (range 3-6).

I giorni di mantenimento del catetere vescicale a dimora sono stati 1,7 (range 1-14) degenza media di 2,1 giorni (range 1-5), con un VAS di 1,2 (range 0-5). All'esito dell'es istologico il peso medio dell'adenoma asportato è stato di 37 cc. Sono stati riscontrati 3 adenocarcinomi G1 3+3< al 5% 1 caso di HGPN. Con una sintomatologia quali completamente scomparsa. A 3 mesi dall'intervento nessun paziente ha lamentato sintomatologia dolorosa, Il flusso medio è stato di 18 ml/sec (range 12-31) ed il residuo medio 25 ml (0-75). Con un IPSS medio di 6 (1-20) e ql 1 (0-3).

Conclusioni. La tecnica di enucleazione con l'uso del laser Thulium a 1.9µm, abbinato a un diodo di 1470nm (Raman) è sicura e consente di ottenere fin da subito risultati funzionali quantomeno paragonabili alle tecniche più tradizionali. La presenza di dolore pelvico si riscontra solo in una modesta percentuale di pazienti e scompare nell'arco di breve tempo. La tecnica consente di ottenere un esame istologico.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_11

B-TUEP VS OPEN PROSTATECTOMY FOR THE TREATMENT OF BOO DUE TO BPH IN PATIENTS WITH UP TO 80GR. OUR EXPERIENCE

Roberto G, Lombardo R, Mirabile G, Gentile BC, Albanesi L, Tariciotti P.

Nuova Villa Claudia – Roma.

Objectives. To compare surgery outcomes and safety of button bipolar enucleation of the prostate vs open prostatectomy in patients with large prostates (> 80g) in a single center cohort study.

Materials and Methods. All patients with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic enlargement undergoing button bipolar enucleation of the prostate (B-TUEP) or open prostatectomy (OP) between May 2012 and December 2013 were enrolled in our study. Data on clinical history, physical examination, urinary symptoms, erectile function, uroflowmetry and prostate volume were collected at 0, 1, 3, 6, 12, 24 and 36 months. Early and long-term complications were recorded.

Results. Overall, 240 patients were enrolled. Out of them 120/240 (50%) performed an OP and 120/240 (50%)

performed a B-TUEP. In terms of efficacy both procedures showed durable results at three years with a re-intervention rate of 7.5% in the OP group and of 5% in the B-TUEP group. In terms of safety B-TUEP presented less high-grade complications when compared to OP.

Conclusion. In our single center study, B-TUEP represents a valid alternative to OP with excellent outcomes at three years. Further multicentre studies should confirm our results.

Keywords: Bipolar plasma enucleation, open prostatectomy, outcomes.

P_01

THULIUM LASER PROSTATE ENUCLEATION IN REFRACTORY URINARY RETENTION: OPERATIVE AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN A LARGE COHORT OF PATIENTS (MID-TERM RESULTS)

Carmignani L¹, Picozzi SC¹, Vizziello D¹, Finkelberg E¹, Ratti D¹, Stubinski R¹, Acquati P¹, Manfredi M¹, Motta G¹, Clementi MC¹, Signorini C¹, Blezien O¹, Maruccia S².

¹ IRCCS Policlinico San Donato – Milano;

² Istituti Clinici Zucchi GSD – Monza.

Aim. The objective of the study was to evaluate functional outcomes in patients with indwelling catheters for refractory urinary retention (RUR) underwent to thulium laser prostate vapoenucleation (ThuVep).

Materials and Methods. From January 2012 to August 2015 we prospectively enrolled patients undergoing ThuVep for benign prostate hyperplasia with indwelling catheters. Every episode of urinary retention was treated with urinary catheter positioning followed by at least two attempts of catheter removal. Incomplete bladder emptying was considered and defined as a post-void residual urine volume of 300 ml. Patients were investigated with flowmetry and the self-administered International Prostate Symptom Score (IPSS) questionnaire at 1, 3 and 12 month following ThuVep.

Results. 381 patients underwent ThuVep between January 2012 and August 2015; 99 of them had indwelling catheters, but only 93 (24%) were eligible according to the inclusion criteria. In 46 patients the catheter was removed on the first post-operative day, in 31 patients on the second, in 5 patients on the third, in 6 patients on the fourth, in 1 patient on the fifth and in 2 patients on the sixth and seventh day, respectively. The average hospital stay was 2.3 (± 1.7) days. No patients who underwent ThuVep required further catheterization at 90 days after surgery, but after 1 year 6 patients had indwelling catheter and 1 patient started self-autocatheterization for incomplete bladder emptying. Flowmetry showed significant improvement in all parameters (Q_{max} pre-operatively = 7.1 ml/sec; 1 month post-operatively = 21.25 ml/sec, 3 months = 16.81 ml/sec and 12 months = 19.5ml/sec. The mean IPSS score dropped from 21.33 pre-operatively to 4.84, 3.2 and 7 at 1, 3 and 12 months post-operatively ($p < 0.05$), respectively. Urge incontinence was observed in 4% of the population studied. All the episodes were transient and did not significantly worsen the QoL of patients.

In our series we observed a lower percentage of hematuria with respect to that previously reported in the literature (2.1% vs 3.1%) in addition only one patient developed a post-operative urinary tract infection.

The main limitations of our study are the single-centre, non-randomised study design, the lack of a control group (i.e. patients without RUR), and the absence of pre-operative urodynamic investigations. On the other hand the prospective study design, the standardization of the technique and the accuracy of data collected may counterbalance its main limits.

Conclusion. This prospective study shows that in patients with RUR, even in those with potentially impaired detrusor function, ThuVep represents a safe and effective therapeutic option with satisfying and promising outcomes. With regards to patients with no benefit at one year after surgery, a valid urodynamic assessment will be necessary to better understand their detrusorial function.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_02

PREDICTIVE FACTORS OF ACUTE URINARY RETENTION AFTER THULIUM PROSTATE SURGERY FOR BLADDER OUTLET OBSTRUCTION

Carmignani L, Picozzi SC, Vizziello D, Finkelberg E, Ratti D, Stubinski R, Acquati P, Manfredi M, Motta G, Clementi MC, Signorini C, Blezien O, Nazzani S.

IRCCS Policlinico San Donato - Milano.

Introduction and Objectives. To examine predictive factors of acute urinary retention in patient who underwent Thulium vaporization (ThuVap) and vapoenucleation (ThuVep) of prostate for bladder outlet obstruction.

Materials and Methods. A total of 698 patients with bladder outlet obstruction treated with ThuVap or ThuVep (Quanta System, Cyber TM, Thulium:YAG laser) in two different centers from 2012 to 2016 were examined. Univariable and after stepwise selection, multivariable logistic regression models were fitted to test predictors of post-operative acute urinary retention. Models were adjusted for all the covariates, namely pre-operative catheterization, anticoagulant or antiplatelet therapy, alpha-blockers or combination therapy with 5 α -reductase inhibitor, technique and post-operative hematuria.

Results. Of all 698 patients 485 (69.5%) underwent ThuVep and 213 (30.5%) ThuVap, 136 (19.5%) were in anticoagulant or antiplatelet therapy at the time of the procedure and 143 (20.5%) had indwelling catheter. During the first month after surgery 49 (7%) patients experienced at least one episode of post-operative acute urinary retention. In univariable and multivariable logistic regression models anticoagulant or antiplatelet therapy (OR: 2.69; 95% CI: 1.4-5.1; P = 0.0028) achieved independent predictive status. Formal test failed to prove an interaction between hematuria and therapy.

Type of surgery and pre-operative indwelling catheter were not related to acute urinary retention.

Conclusion. Antiplatelet or anticoagulant therapy are independent predictors of post-operative acute urinary retention in patient who underwent ThuVap or ThuVep.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

ONCOLOGIA E CHIRURGIA ONCOLOGICA

V_06

EN-BLOC TURBT (E-TURBT) WITH COLLINS LOOP: A NEW ENDOSCOPIC TREATMENT IN THE BLADDER TUMOUR

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

Nuova Villa Claudia - Roma.

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 classic transurethral tumour's resection using resection loops (cTURBT).

Recurrence is seen in 50-70% of non-muscle invasive bladder cancer, mostly during the 1st year. Inadequacy of cTURBT is not only judged by absence of detrusor muscle in an initial specimen, but also by the rate of recurrence. To avoid all this, 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 *en-bloc* removal of bladder tumour (E-TURBT) with Collins loop with plasmakinetic ESG 400 system.

Materials and Methods. From 2014 we performed E-TURBT. In the first time we used bottom 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 ETURBT, hospitalization days and complication during the treatment, in the hospital and at home.

Results. We not have complication during the ETURBT. 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. In all operation piece was present the muscle layer so the pathologist is able to orient the surgical specimen and determine, in pT1HG, the presence and involvement of the muscularis mucosae, by evaluating the substaging.

Conclusions. The advantages using E-TURBT with plasmakinetic ESG 400 system are a more precise cutting

line as well as better hemostasis. The *en bloc* technique can send a operation piece with the muscle layer, so the pathologist can determine the presence and involvement of the muscularis mucosae, by evaluating the substaging.

The concept of removing a bladder tumor by cTURBT should be changed to a technique of *en-bloc* resection to provide better cancer control and long term outcome in non-muscle invasive bladder cancer.

V_07

INTRAOPERATIVE EVALUATION OF RETROGRADE LEAK POINT PRESSURE (RLPP) DURING ROBOTIC ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY (RALP) FOR PROPER AUTOLOGOUS SLING TENSIONING TO IMPROVE EARLY URINARY CONTINENCE (EUC): THE TECHNIQUE

Mittino I, Zanni G, Sangalli M, Ghezzi M, Fabbri F, Sozzi F, Cestari A.

Istituto Auxologico Italiano, Dept. of Urology, Milan, Italy.

Introduction. Early urinary continence (EUC) recovery is one of the main goal of modern radical prostate surgery. Aim of this work is to describe the technique of intraoperative retrograde leak point pressure (RLPP) evaluation in application and tensioning of proper 6-branches suburethral autologous sling to restore the efficacy of sphincteric apparatus and to improve EUC recovery after RALP.

Material and Methods. Retrograde leak point pressure (RLPP), as the measure of sphincteric apparatus effectiveness, was intraoperatively evaluated by connecting a catheter retracted to mid urethra with a bottle of saline solution. The saline bag is lowered progressively along the fluid supporting pole from an height of 1 meter above the pubis till the fluid stops to flow, representing the value of RLPP (cmH₂O). After prostatectomy, the six branches suburethral autologous sling is placed posteriorly to posterior reconstruction and urethrovesical anastomosis.

RLPP was evaluated before and after pneumoperitoneum induction (RLPPp), after urethrovesical anastomosis (RLPPa) and during proper sling tensioning (RLPPs). The goal of the sling tensioning was to obtain restore RLPPs the more similar to RLPPp.

Results. Mean surgical time was 218 - 39.78 min; the urodynamic evaluations required in all cases less than 15 minutes. RLPPa was significantly reduced compared to RLPPp, showing a significative reduction in sphincteric efficacy after prostatectomy (RLPPp vs RLPPa: -11.00 cmH₂O). Moreover, proper sling tensioning allowed for an improvement of RLPP values compared to post anastomosis completion evaluation (RLPPs vs RLPPa: +11.46 cmH₂O) showing the possibility to restore sphincteric efficacy to preoperative value (RLPPs vs RLPPp: +0.46 cmH₂O).

Conclusion. Our initial experience indicates that the use intraoperative RLPP evaluation for applying and tensioning

the six-branches suburethral autologous sling is feasible, safe, effective and reproducible.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_08

ROBOT-ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY WITH TOTAL INTRACORPOREAL NEOBLADDER: OUR TECHNIQUE

Sangalli M, Ghezzi M, Fabbri F, Sozzi F, Zanni G, Rigatti P, Cestari A.

Dept. Of Urology, Advanced Urotechnology Center, Istituto Auxologico Italiano, Milan, Italy.

Aim. Aim of this video is to describe the technique for robot-assisted radical cystectomy (RARC) with total intracorporeal neobladder developed in our institution. **Methods.** 63 patients (54 men e 9 women) underwent RARC with total intracorporeal neobladder for muscle-invasive bladder cancer. Neobladder reconstruction is a singular technique developed in our institution; main steps are:

- identifying the ileal loop easily mobilized for creation of uretero-neobladder anastomosis;
- isolation of 25-30 cm of ileum bilaterally, starting from anastomosis;
- recreating bowel continuity;
- configuration of pyramidal shape neobladder, suspending the two lateral branches to psoas muscle;
- bilateral uretero-ileal anastomosis on mono-J ureteral stent.

Results. No intraoperative complications have been registered. There have been 17 perioperative complications in 14 patients, according to Clavien classification they were grade 2 in 14 cases (22%), grade 3 in 3 cases (3%). Late post-operative complications occurred in 3 patients (4%), grade 3b.

Daytime continence was observed in 80% of male patients; potency was maintained in 62% of patients who underwent nerve-sparing procedure.

Conclusion. Our technique for radical cystectomy and intracorporeal neobladder is easily performed, we had no intraoperative complications and a few postoperative complications, many of which have been managed with conservative treatments. Results in terms of continence and potency are similar to those in literature. Six months after surgical procedure, a urodynamic evaluation in 20 patients revealed a bladder pressure of 12 cmH₂O during filling phase (range 9-15) and of 35 cmH₂O (range 31-40) during pressure-flowmetry.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_09**TUMORECTOMIA RENALE ROBOTICA TRANSPERITONEALE CLAMPLESS**

Gallo G, Dente D, Mengoni F, Orciani R, Cafarelli A.
U.O. Urologia - Casa di Cura Villa Igea - Ancona.

Questo video mostra una tumorectomia robotica clampless eseguita per via transperitoneale con ausilio di *Robot da Vinci Si*. Il paziente sottoposto a tale procedura è un uomo di 75 anni con riscontro incidentale di neoformazione mesorenale Sin di circa 42 mm. Il video mostra la sequenza dei passaggi chirurgici quali l'abbattimento della doccia parieto-colica Sin, l'individuazione della vena gonadica e dell'uretere fino all'ilo renale con isolamento dell'arteria e della vena renale che vengono repertate separatamente. Si procede quindi all'isolamento della neoformazione renale e successivamente alla enucleazione della stessa senza clampaggio. Vengono apposte suture emostatiche sul letto enucleativo utilizzando un monofilamento sulla midollare renale ed un filo intrecciato sulla corticale. In loggia renale viene posizionato un drenaggio che sarà poi rimosso in seconda giornata post operatoria. La dimissione del paziente è avvenuta in terza giornata post operatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_10**URETERECTOMIA TERMINALE ROBOT ASSISTITA ON SUCCESSIVA "BLADDER PSOAS HITCHING" ED URETEROCISTONEOSTOMIA**

Porreca A.

Unità operativa di Chirurgia Urologica Robotica e mini-invasiva Policlinico di Abano Terme - Padova.

Scopo. Illustrare la tecnica robotica di ureterectomia per stenosi ureterale non neoplastica con successiva ureterocistoneostomia e bladder psaos hitching.

Materiali e Metodi. Il video mostra la tecnica step by step.

Risultati e Conclusioni. La tecnica risulta sicura ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_11**RESURFACING PARZIALE DEL GLANDE (PGR) E DELL'ASTA PER CARCINOMA SQAMOCELLULARE SUPERFICIALE DEL PENE**

Dente D, Gallo G, Orciani R, Mengoni F, Cafarelli A.

U.o. Urologia Robotica e Mininvasiva Casa di cura Villa Igea - Ancona.

Introduzione. L'obiettivo dello studio è quello di riportare i risultati della nostra esperienza in merito alla tecnica chirurgica di *resurfacing* parziale del glande (PGR) e dell'asta per il trattamento del carcinoma squamocellulare superficiale del pene.

Materiali e Metodi. Abbiamo definito come indicazione alla tecnica la necessità di agire su < 50% del glande o della superficie dell'asta. Tecnica chirurgica: si procede a biopsia della lesione per esame istologico estemporaneo.

La lesione viene quindi asportata e inviata per l'esame istologico definitivo. Con il pene in massima estensione viene misurata la superficie da dover ricostruire. Si procede quindi a prelievo con dermatomo di *split skin graft* di coscia. Il *graft* viene posizionato sulla zona da ricostruire e ancorato con punti staccati riassorbibili modificandone la forma per potersi adattare al letto di resezione. Una volta ancorato il *graft* si posiziona catetere vescicale e si effettua medicazione complessa ancorata con punti mantenuta in situ per 5 giorni.

Risultati. L'esame istologico definitivo ha confermato la presenza di carcinoma squamocellulare con margini chirurgici negativi. Si è assistito un completo attecchimento del *graft* con un eccellente risultato estetico a distanza.

Conclusioni. La tecnica del *resurfacing* parziale è un trattamento sicuro, a basso rischio di recidiva ed efficace per il trattamento del carcinoma squamocellulare superficiale. I pazienti che vengono sottoposti a questo trattamento devono essere ben informati che, nonostante in circa il 28% dei casi è necessario un secondo intervento per sotto-stadiazione della malattia primaria, non c'è compromissione del controllo oncologico della malattia stessa. La procedura infine, permette la conservazione dell'aspetto estetico e della funzionalità del pene senza ad andare ad inficiare sui risultati oncologici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_12**TUMORECTOMIA RENALE ROBOTICA RETROPERITONEALE CLAMPLESS**

Gallo G, Dente D, Mengoni F, Orciani R, Cafarelli A.

U.O. Urologia - Casa di Cura Villa Igea - Ancona.

Questo video mostra una tumorectomia robotica clampless eseguita per via retroperitoneale con ausilio di *Robot da Vinci Si*. La paziente sottoposta a tale procedura è una donna di 55 anni con riscontro incidentale di neoformazione renale Sin polare superiore di circa 55 mm con associato nodulo surrenalico. Il video mostra la sequenza dei passaggi chirurgici quali il *defatting* preparatorio prerenale, l'individuazione della vena gonadica e dell'uretere fino all'ilo renale con l'isolamento di 3 arterie ed una vena renale che vengono repertate separatamente. Si procede quindi alla mobilitazione del rene ed all'isolamento della neoformazione renale e del nodulo surrenalico. Si esegue surrenalectomia. Successivamente si procede con l'enucleazione della massa renale senza clampaggio. Previo utilizzo di colla emostatica su letto enucleativo, vengono apposte suture emostatiche utilizzando un monofilamento sulla midollare renale ed un filo intrecciato sulla corticale. In loggia renale viene posizionato un drenaggio che sarà poi rimosso in seconda giornata post operatoria. La dimissione del paziente è avvenuta in terza giornata post operatoria.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_13**ROBOT ASSISTED NEOBLADDER PSOAS HITCHING, RIGHT DISTAL URETERECTOMY AND OMOLATERAL DISTAL URETEROCISTONEOSTOMY****Porreca A.***Unità operativa di Chirurgia Urologica Robotica e mini-invasiva Policlinico di Abano Terme - Padova.*

Scopo. Illustrare la tecnica chirurgica di ureterectomia e reimpianto ureterale con bladder psoas hitching in paziente con stenosi anastomosi uretero-ileale in neovesica ortotopica.

Materiali e Metodi. Il video mostra la tecnica step by step.

Risultati e Conclusioni. La tecnica risulta sicura ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_12**SURRENAL MASS****Casilio M., M. Schettini M.***Nuova Villa Claudia - Roma.*

Introduction. The pathology of the adrenal gland includes a considerable amount of diseases, many of which are non-surgical: adrenal cysts, often asymptomatic; the angiomyolipoma; hyperplasia of the adrenal cortex with hyperproduction syndrome of glucocorticoids, of aldosterone or of sex hormones, the latter conditions, which recognize a hypophyseal genesis from hyperin-crement of ACTH or reno-vascular and which therefore deserve a completely therapeutic approach. Of strictly surgical relevance are instead the adenomas, which may be non-functioning or functioning and express one of the three different hormonal lines of the gland, and, above all, the adrenal carcinoma.

For the exact diagnosis of an adrenal formation takes on a very important role the hormone study related to clinical manifestations, but it is clear that the most important data are taken from imaging, which has become very widespread in recent years.

Ultrasound, CT and MRI are methods, however, of great use in the diagnosis of masses even small, but very inaccurate as regards the diagnosis of the nature of the lesion identified. In this way we tried to obtain more reliable data by using these methods to precisely reach the suspicious lesions and to practice an agobiopsy.

However, the needle biopsy and the echo/TAC cytology show a good ability to discriminate the primitively adrenal masses from the metastatic ones, but within the first the diagnosis of malignancy is difficult to obtain. In fact, the most certain criteria of malignancy are not so much based on the cellular anomalies, as on the finding of a capsular invasion or of the surrounding tissues. It is obvious that this last information is rarely provided by a biopsy. Flow cytometry alone is able to identify and distinguish benign lesions: unfortunately, this investigation has value only if carried out on operating parts and not on cyto-aspirates.

The conclusion drawn from all this is that, despite the vast number of investigations available today, it is still

not possible to rule out with certainty the malignant nature of a non-functioning adrenal tumor discovered occasionally, if not by resorting to surgery.

Clinical Case. Patrizia R. aged 54, arrived at our observation following the occasional finding of right adrenal mass during the execution of an abdominal ultrasound for gynecological control. In the absence of any other clinical symptomatology URO-CT was performed with contrast agent that confirmed and specified the position, size and morphology of the neoformation: a round mass of about 5 cm of maximum diameter on the right adrenal, with clear delimitation in the regards the liver, kidney and vena cava. Within the same neoformation areas of irregular density were noted, as for the presence of hemorrhagic and necrotic areas.

The subsequent evaluation of urinary catecholamines gave negative results. It was decided to subject the patient to surgery for both diagnostic and therapeutic purposes, not having sufficient information and assessments on the exact nature of the new formation.

The patient underwent a laparatomic intervention of right adrenalectomy.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_13**ORTHOTOPIC ILEAL NEOBLADDER "SEMINAL SPARING"****Casilio M., Schettini M.***Nuova Villa Claudia - Roma.*

Introduction. Radical cystectomy is the treatment of choice in infiltrating bladder tumors or in high risk superficial bladder tumors. In these cases, when possible, we prefer to perform an orthotopic bladder reconstruction. Looking for a less demolitive surgery, most conservative when possible, we evaluated the possibility of preservation of erectile and ejaculatory function in male young patients and older sexually active at the time of diagnosis. To achieve this goal it is necessary to save not only the neurovascular bundles but all deferento-vesicular structure.

Materials and Methods. From 2000 to 2007 we perform 12 radical cystectomy with reconstruction of orthotopic ileal neobladder seminal sparing type.

The patients are all of age by 55 and all sexually active. The preoperative staging was performed by endoscopic resection of bladder, abdomino-pelvic TAC and total body bone scintigraphy.

Histology of the resected lesions was in 8 cases a urothelial carcinoma of the bladder G3T1 relapsed, in three cases G3T2, in one case a leiomyosarcoma.

Results. The average age was 47 years (39-55). The average operating time was 230 minutes.

7 patients, need blood trasfusion were necessary to treat post surgical anemia. Pelvic lymphadenectomy did not show the presence of pathological lymph nodes, except in the case of leiomyosarcoma, where there was positive the bilateral external iliac nodes.

Histological examination of the prostate has confirmed

the presence of benign hyperplasia in all cases. The mean follow up was 17.5 months (6-48).

All patients are completely continent during the day at 6 months follow-up with night-time dribbling, hourly urination and evening water restriction. The resumption of sexual activity was possible in all and defined satisfactory in 4 (75%). 1 patient (25%) required oral therapy with sildenafil 100 mg on demand. 2 patients (25%) retained partial anterograde ejaculation.

Discussion. Pelvic demulcent procedures with orthotopic reconstruction of urinary organs always involve the dual functional problem of continence and sexual function. Our seminal sparing cystectomy technique contemplates contemporary adenomectomy and it seems to us to be the most beneficial as it realizes in a single surgical time a good saving and excellent disobstruction. Same consideration can be given to sexual function: the sparing of the nerves and all the seminal system, it ensures these patients a sensational recovery of the erectile function that occurs very quickly. In our experience in one case it was necessary to use sildenafil, but it was the oldest patient in the series. The conservation of deferents, seminal vesicles and prostate carrots ensure the permanence of ejaculation, however, which is retrograde due to the demolition of the proximal urethral sphincter.

Conclusion. In selected cases, the orthotopic reconstruction of ileal neobladder with "seminal sparing" can be an excellent technique for reconstruction and sparing of sexual functions. The savings of the deferents and of the whole prostate block allows complete preservation of erectile function and partly of ejaculatory function.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 14

OLIGOMETASTATIC PROSTATE CANCER: THE IMPORTANCE OF A MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN A HIGH VOLUME ROBOTIC CENTER

Conti A, Catellani M, Delor M, Luzzago S, Mistretta FA, Serino A, Bianchi R, Cozzi G, Russo A, Di Trapani E, Ferro M, Musi G, Matei DV, De Cobelli O.

IEO European Institute of Oncology, Urology, Milan, Italy.

Introduction and Objectives. Oligometastatic prostate cancer (OpCa) is now being diagnosed more frequently thanks to the improvements in diagnostic modalities. Retrospective studies suggest that primary treatment, such as open radical prostatectomy and local or metastasis-directed radiotherapy (RT), can be performed in the metastatic setting with minimal risk of toxic effects. Our study aimed to assess peri-operative oncologic and functional outcomes of robot assisted radical prostatectomy (RARP) in oligometastatic disease.

Materials and Methods. We prospectively collected and retrospectively analyzed data on patients affected by OpCa. Oligometastatic disease was defined as the presence of ≤ 5 bone lesions whit or without suspicious pelvic or retroperitoneal nodal involvement at preoperative

imaging. Perioperative surgical outcomes, clinical progression, castration-resistency status (CRPCa) and cancer-specific mortality were evaluated.

Results. From January 2010 to December 2016, 34 patients with OpCa underwent RARP with extended lymph nodes (LN) dissection. Median age at surgery was 66 years [58 – 68] with a median BMI of 26 [24.8 – 27,75]. Thirteen (38%), Fourteen (42%) and 7(20%) patients presented LN, bone or both site of metastases at diagnosis, respectively. Three (9%) patients started androgen deprivation therapy (ADT) before surgery. Median operative time, blood loss, and length of stay were 240 min [197 – 285], 200 ml [100 – 300], and 2.5 [2 – 5] days, respectively. No hematic transfusions were performed. In 11 cases a monolateral nerve sparing procedure was performed. Catheter was removed in 5 POD in 27 (79,4%)patient. Overall, 1 and 2 Clavien-Dindo grade II and III complication were recorded, respectively. Five patients (6%) were readmitted to hospital because of a symptomatic lymphocele and were treated with percutaneous drainage. Median number of LN removed was 17.5 [11.25 – 26.75].

At pathological evaluation 7(20.5%), 5(14.5%) and 22(65%) ISUP grade group 3, 4 and 5 were found, respectively. Twenty-eight (82%) and 14(40%) patients had LN invasion and positive surgical margins, respectively. Adjuvant ADT was administered to 29(85%) patients after surgery and 17(50%) underwent adjuvant RT. Median follow-up time was 29 months [19.75 – 48.5]. At 1-year evaluation, 82% of patients were continent (0 - 1 pads), 15% have mild incontinence (2-3 pads) and only 3% developed complete incontinence (> 4 pads). Potency was not analyzed due to the high rate of ADT. Overall, 18 (53%) patients developed clinical progression with a median time of 19 months [12.75 – 33]. Five (15%) patients develop CRPCa with a median time of 37 months [18 – 57] No patients died because of PCa.

Conclusion. RARP is a safe and efficacious procedure with good functional outcome for OmPCa. A multimodal approach represents a feasible treatment in selected men and provide acceptable oncologic outcomes.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 15

CISTECTOMIA RADICALE E LINFADENECTOMIA PELVICA LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA CON NEOVESCICA INTRACORPOREA: LA NOSTRA ESPERIENZA

Porreca A¹, D'Agostino D¹, Romagnoli D¹, Salvaggio A¹, Dandrea M¹, Del Rosso A¹, Zuccalà A¹, Schiavina R², Brunocilla E², Wiklund P³.

¹ Casa di Cura Abano Terme, Abano Terme - Padova;

² Clinica Urologica. Università di Bologna S. Orsola Malpighi, Bologna;

³ Karolinska University Hospital, Urology, Stockholm, Sweden.

Introduzione. La Cistectomia radicale laparoscopica robot assistita con linfadenectomia rappresenta il più promettente tra i trattamenti mini-invasivi del tumore della

vescica muscolo invasivo. Presentiamo i risultati preliminari della nostra casistica; l'intervento è stato eseguito dopo adeguato training, da un'equipe operatoria con elevata esperienza nell'ambito della chirurgia robotica.

Materiali e Metodi. Sono stati valutati 60 pazienti sottoposti presso il nostro istituto, da giugno 2015 a gennaio 2018, a cistectomia radicale laparoscopica robot-assistita con linfadenectomia pelvica estesa con asportazione dei linonodi iliaci esterni, otturatori, iliaci comuni e presacrali. Ogni intervento è stato eseguito da un'equipe operatoria con lunga esperienza in chirurgia robotica dopo un adeguato periodo di training presso un centro di riferimento europeo per il trattamento min-invasivo della neoplasia vescicale muscolo-infiltrante. Sono stati valutati gli *outcomes* chirurgici oncologici (*status* dei margini, *node burden*) e le complicanze postoperatorie immediate e tardive (rispettivamente entro 30 e 90 gg dall'intervento).

Risultati. Il tempo medio operatorio è stato di 412 minuti; abbiamo osservato una diminuzione graduale nel tempo complessivo, secondo l'aumento dell'esperienza chirurgica. Il *node burden* medio è stato di 25, e un solo margine chirurgico positivo è stato evidenziato all'esame istologico definitivo. La degenza media è stata di 7,7 giorni.

Conclusioni. I risultati del nostro studio, benché preliminari e nonostante il basso numero di pazienti e il breve periodo di *follow up*, mostra che la cistectomia radicale laparoscopica robot-assistita con linfadenectomia eseguita da un operatore con adeguata esperienza in chirurgia e dopo training in centro di riferimento, consente di raggiungere risultati soddisfacenti sia in termini di *outcomes* chirurgici oncologici che di complicanze post operatorie.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_16

STUDIO OSSERVAZIONALE SUI PATTERNS POSTURALI E BIOMECCANICI NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA CON INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO

Maselli FP¹, Cardo G¹, Scarcia M¹, Donvito G⁴, Maselli F², Fusco G⁴, Pacelli F³, Ludovico GM¹.

¹ Osp. Gen. Reg. F. Miulli - Acquaviva delle Fonti, Bari;

² Fisioterapia Università di Genova;

³ PHD Università di Padova;

⁴ Studio privato - Gioia del Colle, Bari.

Introduzione. L'incontinenza urinaria da sforzo è presente nel 3%-10% dei pazienti sottoposti a *prostatectomia radicale robot assistita* (RRP); nella sua eziopatogenesi intervengono numerosi fattori; recenti evidenze dimostrano il ruolo della postura e del cingolo pelvico nel mantenimento della continenza urinaria.

Scopo. Lo scopo principale di questo studio è quello di verificare se vi sono *patterns* posturali e biomeccanici comuni in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale robotica con incontinenza urinaria da sforzo.

Materiali e Metodi. Da gennaio ad ottobre 2015 sono stati valutati 62 soggetti sottoposti ad intervento di Prostatectomia Radicale Nerve Sparing Robot Da Vinci assistita. Il campione è stato suddiviso in due gruppi: gruppo incontinenti (incontinenza urinaria da sforzo) e gruppo non-incontinenti (entrambi valutati con questionario ICIQ *short form*). I soggetti sono stati sottoposti a valutazione posturale e biomeccanica utilizzando test scientificamente validati: test di biomeccanica del cingolo pelvico (*One Leg Standing Test* – ASLR (*active straight leg rise*) test – *Distraction Test* – *Compression Test* – *Patrick's Faber Test* – test di palpazione del legamento lungo dorsale – valutazione clinica dell'angolo lombo-sacrale – Attivazione del Muscolo Trasverso dell'Addome TrA e del muscolo Multifido); test di valutazione del pavimento pelvico su comando dell'operatore (P.E.R.F.E.C.T. test: P *representing power*, E = *endurance*, R = *repetitions*, F = *fast contractions*, ECT = *everycontraction timed*).

Risultati. L'età media dei soggetti è di anni 64,66 ± 5,32. I dati relativi all'esecuzione dei test, messi a confronto, rivelano una differenza significativa tra i due gruppi. In particolar modo per i seguenti test: OLST per l'arto in carico ($p < 0,0001$); Faber test ($p < 0,0001$); test di palpazione del legamento lungo dorsale ($p < 0,0001$); valutazione clinico-osservazionale dell'angolo L5-S1 ($p < 0,0001$); attivazione dei muscoli TrA e multifido ($p < 0,0001$ e $p < 0,001$); $P \geq 3$ per la P.E.R.F.E.C.T. *scheme* ($p < 0,0001$). Risulta inoltre una correlazione significativa tra la positività ad alcuni test e l'incontinenza urinaria da sforzo e tra P (*power*), angolo L5-S1 ed incontinenza urinaria da sforzo.

Conclusioni. I risultati dello studio mostrano l'associazione della incontinenza urinaria da sforzo post prostatectomia radicale robotica ed alcuni pattern biomeccanico-posturali. Tuttavia riteniamo che la popolazione dello studio sia numericamente troppo bassa per poter trarre delle conclusioni significative. La valutazione su un maggior numero di casi potrà fornire maggiori evidenze, ed eventualmente definire se queste alterazioni posturali e del cingolo pelvico possano essere predittivi per incontinenza urinaria da sforzo.

Parole Chiave. Robot-assisted radical prostatectomy; stress urinary incontinence; pelvic floor muscles; pelvic girdle; postural and biomechanical assessment.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C_17

NERVE-SPARING EXTRAPERITONEAL RADICAL PROSTATECTOMY: A HIGH VOLUME SURGICAL CENTRE EXPERIENCE

Zazzara M¹, Scarcia M¹, Maselli FP¹, Cardo G¹, Nazaraj A², Colamónico O³, Ludovico GM¹.

¹ Osp. Gen. Reg. F. Miulli - Acquaviva delle Fonti, Bari;

² Azienda Ospedaliera di Padova - Urologia Universitaria;

³ Policlinico di Bari - Urologia Universitaria.

Background. Nerve sparing contributes to the recovery of sexual and urinary function after radical prostatectomy but it may be ineffective in some patients or carry

the risk of a positive surgical margin. We evaluated sexual and urinary function outcomes according to the degree of nerve sparing in patients with prostate cancer treated with extraperitoneal radical prostatectomy. **Materials and Methods.** We performed a descriptive analysis of patients with prostate cancer who underwent eRARP at our department between April 2009 and March 2016. Nerve-sparing techniques were applied in accordance with Tewari classifications.

Results. Of 1354 patients, 27.7% had low-risk prostate cancer, 61.0% had intermediate-risk prostate cancer, and 11.3% had high-risk prostate cancer as per the D'Amico classification. With regard to NSGS, 15.36% of cases were NSGS2 (bilateral intrafascial nerve-sparing); 35.75% were NSGS3-4 (at least monolateral intrafascial nerve-sparing or bilateral interfascial nerve-sparing grade 2); 34.05% were NSGS5-6 (bilateral interfascial nerve-sparing grade 2-3); and 14.84% were NSGS7-8 (monolateral interfascial nerve-sparing or no nerve sparing). Patients classified as NSGS2 showed the earliest recovery of continence and erectile potency; 81.2% were continent at 1 month and 65% reported erectile potency at 3 months post-operation. **Conclusion.** eRARP demonstrated high reproducibility and positive outcomes, especially for bilateral intrafascial nerve-sparing procedures; bilateral nerve sparing resulted in better sexual and urinary function outcomes than unilateral or no nerve sparing.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 18

CAN DAILY INTAKE OF ASPIRIN AND/OR STATINS INFLUENCE THE BEHAVIOR OF NON-MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER? A RETROSPECTIVE STUDY ON A COHORT OF PATIENTS UNDERGOING TRANSURETHRAL BLADDER RESECTION

Pastore AL^{1,2}, Palleschi G^{1,2}, Fuschi A¹, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martoccia A¹, Carbone A^{1,2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Background. This study aimed to evaluate the behavior of non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC) in patients submitted to transurethral bladder resection (TURB) comparing subjects in chronic therapy with aspirin, statins, or both drugs to untreated ones.

Methods. This retrospective study was conducted on 574 patients diagnosed with NMIBC who underwent TURB between March 2008 and April 2013. The study population was divided into two main groups: treated (aspirin and/or statins) and untreated. The treated group was further divided into three therapeutic subgroups: Group A (100 mg of aspirin, daily for at least two years); Group B (20 mg or more of statins, daily for at least two years); and Group C (100 mg of aspirin

and 20 mg of statins together). The mean follow-up of patients was 45.06 months.

Results. No significant differences were observed among the different groups at baseline. On multivariate analysis, statin treatment, smokers and high stage disease (T1) achieved the level of independent risk factor for the occurrence of a recurrence. When patients were stratified according to the different treatment; patients treated with statins (Group B) presented an higher rate of failure (56/91 patients; 61.5%) when compared to Group A (42/98 patients; 42.9%), Group C (56/98; 57.1%) and (133/287 patients; 46.3%). This difference corresponds to a significant difference in recurrence failure free survival ($p = 0.01$).

Conclusion. Our results suggest that long-term treatment with aspirin in patients with NMIBC might play a role on reducing the risk of tumor recurrence. In contrast, in our investigation data from statins and combination treatment groups showed increased recurrence rates. A long-term randomized prospective study could definitively assess the possible role of this widely used drugs in NMIBC.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 19

OLIGOMETASTATIC PROSTATE CANCER: THE ROLE OF RADICAL PROSTATECTOMY AND EXTENSIVE RETROPERITONEAL LYMPHADENECTOMY

Puglisi T¹, Coraci G¹, Salamone G¹, Napoli E¹, Giacalone A¹, Solazzo A¹, Biancorosso S¹, Rigatti P^{1,2}.

¹ Unità operativa complessa di Urologia, Istituto Fondazione Giglio - Cefalù.

² Unità Operativa di Urologia, Istituto Auxologico Italiano - Milano

Purpose. The role of surgery in oligometastatic cancers is recently rising and has demonstrated to increase survival in a wide spectrum of cancers including renal cell cancer. Typically prostate surgery is reserved for local or locally advanced prostate cancer while the anti-androgen and chemotherapy modality still represents the treatment of choice for metastatic disease. However, has been demonstrated, in patients with few metastatic lesions, that the surgical radical treatment might be a safe procedure and improve their clinical condition. Although we do not have strong data, in very selected patients and after a global clinical judgment, surgery might have a cytoreductive role.

The aim of our study is to evaluate the safety of the surgical procedure and the post operative outcomes.

Materials and Methods. We retrospectively reviewed the records of 21 oligometastatic patients treated with RP and extensive retroperitoneal lymph node dissection between 2012 and 2017. The inclusion criteria were few osseous metastases (3 or fewer), absence of visceral metastases with or without suspicious of retroperitoneal lymph node involvement. Adjuvant androgen deprivation therapy was administered to all patients after and/or before surgery.

Demographic data, perioperative and oncological outcomes were evaluated. All patients were evaluated with targeted abdominal computed tomography (CT) and Tc 99m bone scans before surgery. Postoperative PSA follow-up analysis was performed at 40 days and then every 3 months, 18F-choline PET/CT was used in the detection of recurrent disease or distant metastases. Descriptive statistics was used to analyse the features of the data.

Results. Median age at surgery was 69,5 year (44 -75), Charlson comorbidity index was <2 in 58% of the patients, >2 in 41%. and median PSA was 32 ng/ml (22-128). Median operative time was 235 min (160 - 380), the estimated blood loss was 400 ml, and median length of hospitalization was 11 days (6-30). Overall, three patients (14.3%) experienced grade 3 complications in the postoperative period and in one patients occurred rectal injury treated with a temporary diverting colostomy, five (23,8%) received blood transfusions.

Regarding the pathological findings, the median number of positive lymph nodes was 21, 17 patients (80.9%) had positive surgical margin. Among the staging group, pT2c was found 6 patients (28.57%), pT3a and pT3b in 13 (61,9%), and two patient (9,5%) had pT4 disease, Gleason score 8-10 was found in 76%.

The median follow-up time was 39 months and cancer specific free survival was 86 %.

Conclusions. Although our serie is small and follow up is short, our findings demonstrated the safety of surgery approach in oligometastatic PCa patients. Removing the primary tumors, RP might prevent local complications and oncological progression and distant or bone metastasis. Further studies need to corroborate this thesis.

Conflitto d'interessi: No

Table 1. Multivariable analysis predicting lymph node invasion.

Variables	Sig.	OR	95% CI	
			Lower	Upper
IEO risk groups				
low	0,01			
intermediate	0,40	0,34	0,03	4,18
high	0,05	5,23	1,02	26,83
D'Amico risk class				
low	0,03			
intermediate	0,20	6,20	0,368	104,53
high	0,04	21,03	1,19	369,78
Age	<0,001	0,91	0,87	0,96
Prostate Volume ml	0,75	0,99	0,96	1,03
Number Positive Cores	0,19	1,12	0,95	1,32

C_20

IMPACT OF MULTIPARAMETRIC MRI IN PROSTATE CANCER STRATIFICATION AND PROPOSAL OF A NEW RISK CLASSIFICATION

Di Trapani E, Catellani M, Russo A, Cozzi G, Bianchi R, Delor M, Conti A, Bianco R, Mistretta FA, Bottero D, Musi G, De Cobelli O.

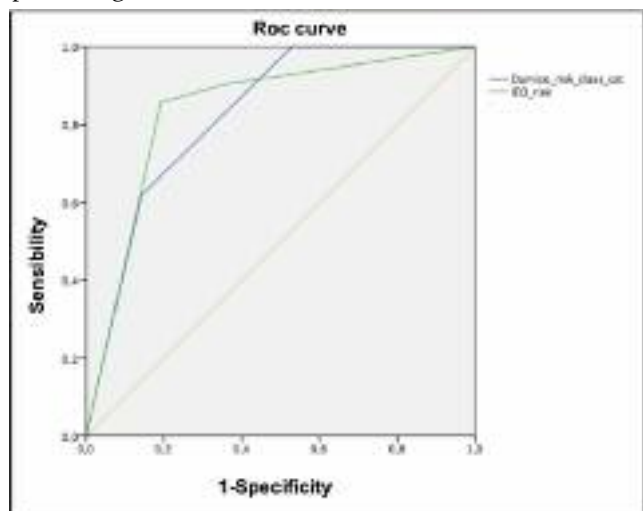
Division of Urology, European Institute of Oncology - IEO, Milan, Italy.

Background/Aim. Lately multi parametric magnetic resonance imaging (mpMRI) of the prostate is used in the diagnosis and staging of prostate cancer (PCa). We aimed at evaluating the risk of Lymph node invasion (LNI) of patients with PCa with respect of mpMRI data such as PI-RADS and ECE score.

Materials and Methods. We included 301 patients who underwent mp MRI and RARP with lymph node dissection for PCa at a single referral tertiary centre between 2012 and 2013. All patients underwent 1.5 Tesla mpMRI with an eight-channel phased-array coil and images were reviewed by a highly experienced dedicated radiologist, using PIRADS version 2. Uni- (UVA) and multi variable (MVA) logistic regression analyses assessed the predictors of LNI. Three different groups of risk (low-, intermediate-, and high- risk) were set. A ROC curve analysis assessed the accuracy of our model compared to the D'Amico risk classification.

Results. Median age at biopsy was 64 years [interquartile range (IQR)=58.3-68.4]. Overall 182 (60,5%) patients had a pT2 disease at final pathology, 42 (14%) had a PI-RADS <3 lesion at MRI, 71 (23,6%) had a PI-RADS 4 and 188 (62.5%) had a PI-RADS 5 lesion. Roughly the 60% (188 patients) of our cohort had an ECE score >3. Globally, 168 (55.8%), 102 (33.9%) and 31 (10.3%) had a Gleason 6, or >8 respectively, and 21 (7%) patients had positive nodes at final pathology. At MVA high-risk group of our and the D'Amico classification were significantly associated with LNI, while older age was linked with a lower rate of LNI (Table 1).

Figure 1. ROC curve comparing accuracy of the two predicting tools.



The ROC curve analysis showed better accuracy (84%) compared to the D'Amico risk classification (82%) (Figure 1).

Conclusion. We demonstrated the use of mpMRI to better stratify PCa patients compared to the standard clinical tools. We propose the use of our classification identifying three groups predicting LNI risk.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C.21

TRATTAMENTO ENDOSCOPICO CONSERVATIVO (CON LASER AL TULLIO – RAMAN) DELLA NEOPLASIA UROTELIALE DELLA VIA ESORETRICE A BASSO RISCHIO

Finamanti M, Zani D, Arrighi N, Balla J.

Istituto Clinico Città Di Brescia.

Scopo. Il trattamento conservativo endoscopico della neoplasia dell'alta via esoretrice è ormai considerato la procedura di prima scelta per le neoplasie considerate a basso rischio (diametro < 1cm, citologie urinarie a basso grado e assenza di un quadro radiologico di invasione locale o metastasi). Il trattamento endoscopico è stato effettuato con laser Thulium a 1.9µm, abbinato a un diodo di 1470nm (Raman).

Materiali e Metodi. Presentiamo 3 casi clinici di pazienti affetti da neoplasia uroteliale a basso rischio, dell'alta via esoretrice, sottoposti a trattamento con laser Thulium a 1.9µm, abbinato a un diodo di 1470nm (Raman) con potenze di tullio 25J e raman 15J.

Tutti i pazienti sono stati preventivamente sottoposti a raccolta di citologie selettive, UPASC ed URS con strumento semirigido Wolf con biopsia della parte esofitica e della base d'impianto della lesione.

Risultati.

CASO CLINICO 1. Maschio di 74 anni iperteso con rene a ferro di cavallo, che, a seguito di colica renale sx con ematuria. La TAC dimostrava una neoformazione medio-uretrale sinistra di 0.5cm, e citologie urinarie positive per malattia a basso grado.

L'istologico definitivo deponeva per neoplasia uroteliale a basso grado pTaG2 con citologie selettive negative. Il successivo controllo TC con MDC a 2 mesi confermava la completa bonifica della neoplasia e i due successivi controlli con URS e biopsia a 3 e 6 mesi dal primo intervento sono risultati negativi per recidiva.

CASO CLINICO 2. Donna di 81 anni ipertesa e cardiopatica, nota da tempo per NVNMI a basso grado già sottoposta a plurimi trattamenti endocavitari con chemioterapici e BCG. Nel 2012 nefroureterectomia sx LPS per neoplasia uroteliale a basso grado con infiltrazione focale del connettivo sottoepiteliale (pT1 G2). Al follow-up riscontro TC di recidiva di neoplasia a livello del moncone ureterale di 0.6 cm N0M0 con citologie positive per malattia a basso grado.

L'esame istologico definitivo deponeva per neoplasia uroteliale a basso grado pTa G2.

Il successivo controllo endoscopico e biotico a 3 mesi è risultato istologicamente negativo.

CASO CLINICO 3. Donna di 75 anni giunta presso il PS per quadro di ematuria e ritenzione da coaguli con riscontro TC di formazione caliceale superiore di 0.8 cm N0M0. Anche in questo caso l'esame istologico evidenziava una neoplasia uroteliale a basso grado pTaG2. Il successivo controllo endoscopico biotico a 3 mesi dal primo intervento è risultato negativo.

Il follow up in tutti i casi sta procedendo come previsto dalle linee guida.

Conclusioni. L'uso del laser Tullio-Raman si è rilevato ottimale anche nel trattamento delle neoplasie della via esoretrice superiore a basso rischio. È stata ottenuta una radicalità oncologica, l'assenza di recidive o di complicanze anche se il follow up è breve.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C.22

HITACHI ARIETTA V70 SYSTEM IN PERFORMING FUSION TRANSPERINEAL PROSTATE BIOPSIES IS AN EFFECTIVE PROCEDURE FOR PCA DIAGNOSIS

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

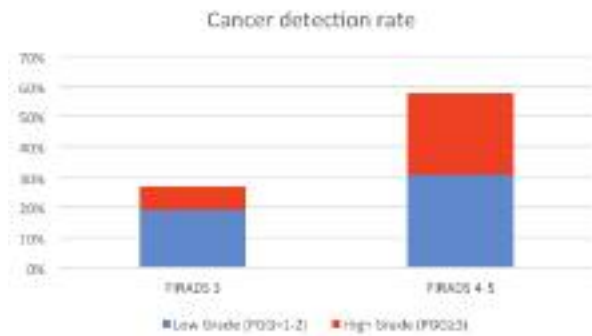
Nuova Villa Claudia - Roma.

Introduction. Ideally, patients should perform all their diagnostic/therapeutic pathways in the same hospital. Not every center has a mpMRI and therefore the use of a system which is able to integrate images and perform fusion biopsies is interesting and may overcome the limitations of cognitive biopsies. Aim of our study was to evaluate the efficacy of Arietta-8-V-8s in performing transperineal (TP)-fusion prostate biopsies.

Patients and Methods. From January 2017 to January 2018, a total of 79 men (median age, 65 years) with positive mpMRI underwent TP fusion prostate biopsy. MRI was read by a single expert radiologist and PIRADSv2 was used to classify lesions. All patients with PIRADS<3 were excluded from the study. Fusion biopsy was performed with Hitachi Arietta V70 ultrasound equipment and software to perform fusion. All specimens were reviewed by a single expert pathologist and graded according to ISUP 2014 classification.

Results. Median prostate-specific antigen was 6.1 ng/mL, median PV was 50 cc (38/66) and median number of cores was 20 (19/23). 18% of the patients had previous negative biopsies. On mpMRI 41/79 (52%) patients presented a PIRADS 3 lesion, 27/79 (35%) presented a PIRADS 4 lesion and 9/79 (12%) presented a PIRADS 5 lesion. Prostate cancer was detected in 32/78 (41%) of the patients and out of them 13/41 (38%) presented high grade PCa (PGG≥3). Prostate cancer detection rate per PIRADS is represented on Figure 1. On binary logistic regression analysis PIRADS score ≥4 was a risk factor for PCa diagnosis (OR=3.81, p=0.06) and high grade PCa diagnosis (OR=4.87, p=0.025).

Figure 1.



Conclusion. Arietta 8 V8 system is effective in performing fusion biopsies. Detection rate in patients with PIRADS 4-5 is as high as 58 % with more than half of this tumours being significant tumours. Further studies are needed to confirm our results.

C 23

RE TURB DETECTION RATE AFTER NBI TURBT IN T1HG DISEASE. OUR EXPERIENCE

Lombardo R, Taricotti P, Mirabile G, Gentile BC, Rizzo G, Giulianelli R.

Nuova Villa Claudia - Roma.

Objectives. To evaluate the persistent rate on repeated transurethral resection of the bladder (re-TURB) 6 weeks after the first TURB in patients with pT1HG disease undergoing resection of the margins and bed on Narrow Band Imaging.

Materials and Methods. A consecutive series of patients undergoing TURB and a diagnosis of pT1 high grade disease were prospectively enrolled. On initial TURB patients underwent classic white light resection of the tumour followed by narrow band image (NBI) resection of margins and bed. After 6 weeks from the initial TURB, patients underwent a re-TURB under white light. Persistence rates on re-TURB were recorded.

Results. Overall 797 patients underwent TURB, out of them 126 patients with pT1 high grade disease were included in the study. The total number of lesions was 226 meaning 1.79 lesions per patient. On re-TURB 21/126 (17%) of the patients presented residual disease with a total of 28/226 (12%) lesions identified. All these patients presented a pTa residual disease. Out of them 8/21 (38%) presented bladder cancer on the resection bed and 13/21 (62%) presented bladder cancer on margins.

Conclusion. Narrow Band Imaging trans-urethral resection of the bladder is an oncological effective procedure in the treatment of pT1HG disease. The procedure has a 17% of persistence rate which is inferior when compared to the available evidence on white light TURB. Further multicenter studies are needed in order to validate our results.

Key Words. Narrow Band Imaging, Trans-urethral resection of bladder, Outcomes.

C 24

PROPOSAL OF A NOVEL PROCEDURE-SPECIFIC CLASSIFICATION SYSTEM FOR POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS UNDERGOING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY

Gandaglia G.

Division of Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.

Introduction. A non-negligible proportion of Prostate cancer (PCa) patients undergoing robot-assisted radical prostatectomy (RARP) experience postoperative complications and/or readmission after surgery. The *Clavien-Dindo classification system* is commonly used to report complications. However, it was not specifically developed for patients undergoing RARP and, therefore, it might misclassify complications in this setting. We aimed at developing a novel classification system predicting prolonged length of stay (pLoS) and/or readmission in a cohort of patients with detailed perioperative data undergoing RARP.

Methods. Overall, 205 PCa patients who received RARP ± pelvic lymph node dissection (PLND) between September 2016 and August 2017 were identified. Perioperative data were prospectively collected by physicians during a patient interview at 30-day after surgery. Data on complications classified according to the *Clavien-Dindo system*, length of stay (LoS) and readmission were collected. The most frequent complications after RARP were identified and univariable analyses were used to test their impact on a LoS above the median (3 days) and/or 30-day readmission. Complications significantly associated with the risk of pLoS and/or readmission were then included in a novel risk score. In particular, the presence of other complications conferred a score of 1, one of the selected complications associated with pLoS and/or readmission conferred a score of 2 and two or more of them conferred a score of 3. The accuracy of the novel risk score in predicting pLoS and/or readmission was assessed using the ROC-derived area under the curve (AUC) and was compared with the *Clavien-Dindo classification system*.

Results. Median age and PSA were 64.7 years and 6.8 ng/ml. Overall, 24 (11.7%), 130 (63.4%) and 51 (24.9%) patients had low-, intermediate- and high-risk disease and 150 (75.4%) of them underwent a PLND. Median operative time, blood loss and length of stay were 185 min, 150 ml and 3 days. A total of 53 patients (25.9%) experienced 30-day complications. Overall, 40 (19.5%), 28 (13.7%) and 29 (14.1%) experienced complications during hospitalization, after discharge and were readmitted, respectively. Complications were graded as *Clavien-Dindo* 1, 2 and ≥3 in 20 (9.8%), 24 (11.7%) and 9 (4.3%) patients, respectively. The most frequent complications identified in our series were fever (n=11, 5.4%), anastomotic leakage (n=10, 4.9%), acute bleeding or hematoma (n=8, 3.9%) and lymphocele (n=7, 3.4%). Among those, only anastomotic lea-

kage, bleeding and lymphocele were significantly associated with the risk of pLoS and/or readmission (all $P \leq 0.04$) and were included in the novel risk score. The proportion of individuals who experienced pLoS and/or readmission was 55.6%, 76.5% and 80% among those with a risk score of 1 (other complications), 2 (the presence of one of the selected complications) and 3 (the combination of two or more of the selected complications). This risk score had an AUC of 76% when predicting pLoS and readmission that was comparable to what observed using the *Clavien-Dindo system*.

Conclusion. We developed and internally validate a novel procedure-specific risk score to classify complications after RARP. Its use would facilitate the reporting and grading of postoperative outcomes in PCa patients undergoing RARP maintaining similar a accuracy when predicting prolonged LoS and readmission as compared to the *Clavien-Dindo system*.

C 25

DEFINING CLINICALLY MEANINGFUL POSITIVE SURGICAL MARGINS IN PATIENTS UNDERGOING RADICAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER: A STAGE-BY-STAGE ANALYSIS ON THE RISK OF CLINICAL RECURRENCE

Gandaglia G.

Division of Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.

Introduction. Although positive surgical margins (PSM) may be associated with an increased risk of prostate cancer (PCa) recurrence, their association with stronger oncological endpoints such as clinical recurrence (CR) is still debated. Moreover, no study has tried to test the impact on PSM and long-term risk CR according to individualized pathological features. We therefore aimed at identifying clinically meaningful PSM associated with CR according to individual patient stage.

Methods. Overall, 2,810 PCa patients treated with RP $\pm$ ePLND between 2011 and 2017 at a single tertiary referral center were identified. Among those, 344 (12.2%) patients had PSM with available details on total length (mm) and focality (defined as single vs. multiple). *Biochemical recurrence* (BCR) was defined as two consecutive PSA >0.2 ng/ml. *Clinical recurrence* (CR) was defined as positive imaging during follow-up after the onset of BCR. Multivariable Cox regression analyses tested the impact of length and focality on the risk of BCR after adjusting for pathologic characteristics. Patients were then stratified according to the presence of PSM and to margins characteristics in three groups based on the presence of PSM, the length (categorized according to the highest quartile) and focality: no PSM vs. favourable PSM (single margin <3 mm) vs. unfavourable (≥ 3 mm or multifocal margin). Kaplan-Meier and Cox regression analyses assessed the impact of PSM on CR after stratifying patients according to pathologic characteristics ($\leq$ pT3a and grade group ≤ 3

and pN0 disease vs. pT3b/4 and/or pathologic grade group 4-5 and/or pN1).

Results. Overall, 1,795 (63.8%), 721 (25.7%) and 294 (10.4%) patients had pT2, pT3a and pT3b/4 PCa, respectively. Overall, 420 (14.9%) and 259 (9.2%) patients had grade group 4-5 and pN1 disease, respectively. The median PSM length was 2 mm and 204 (59.3%) patients had multifocal margins. Median follow-up for survivors was 36 months. Overall, 210 and 40 patients experienced BCR and CR, respectively. The 5-year BCR- and CR-free survival rates were 76.4 and 96.1%, respectively. The extension and focality of PSM were significantly associated with the risk of BCR after adjusting for confounders (all $p < 0.001$). Overall, 95 (3.4%) vs. 249 (8.9%) patients had favourable vs. unfavourable PSM. In patients with $\leq$ pT3a and grade group ≤ 3 the presence of both favourable and unfavourable PSM significantly increased the risk of BCR ($p < 0.001$) but not the risk of CR ($p \geq 0.1$). Conversely, in patients with pT3b/4 and/or pathologic grade group 4-5 and/or pN1 only the presence of unfavourable PSM was associated with both BCR and CR ($p \leq 0.01$).

Conclusion. The presence of PSM is not invariably associated with an increased risk of metastases after surgery. Although PSM was indeed generally associated with BCR, the association between PSM and CR was evident only in men with adverse pathological characteristics having a PSM ≥ 3 mm and/or multifocal. These patients should be considered for additional cancer therapies immediately after surgery.

C 26

CAN RE-CTURBT BE USEFUL IN PT1HG DISEASE AS A RISK INDICATOR OF RECURRENCE AND PROGRESSION? A SINGLE CENTRE EXPERIENCE

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

Nuova Villa Claudia - Roma.

Introduction. Understaging after initial transurethral resection is common in patients with high-risk *non muscle infiltrating bladder cancer* (NMIBC) and can delay accurate diagnosis and definitive treatment. The rate of upstaging from T1 to T2 disease after repeated transurethral resection ranges from 0 to 28%, although the rate of upstaging may be even higher up to 49% when muscularis propria is absent in the first specimen. A restaging classic transurethral resection of bladder tumour (re-cTURBT) is the better predictor of early stage progression. According to some reports, the rate of positivity for tumor in re-cTURBT performed within eight weeks after initial cTURBT was as high as 18-77%, and in about 40% of the patients a change in tumor stage was reported. We aimed to investigate, in high risk group, the presence of residual tumor following white light classical transurethral resection of bladder tumor (WLre-cTURBT) and the different recurrence and progression rate between patients with

persistent or negative (pT0) oncological disease after WLre-cTURBT.

Materials and Methods. A cohort of 285 patients presenting with primitive bladder cancer underwent to WLcTURBT from January 2011 to December 2015; out of them 92 (32.28%) were T1HG. In according to EAU guidelines 2011, after 4-6 weeks all HG bladder cancer patients underwent a WL recTURBT. All patients were submitted to a subsequent follow up including cystoscopy every 3 months with multiple biopsies, randomly and in the previous zone of resection; urinary cytology on 3 specimens and kidney/bladder ultrasound every 6 months. The average follow-up was 48 months.

Results. Following WLre-cTURBT we observed a persistent disease in 18 (15.2%) patients: 14 (77.7%) with a HG-NMIBC and 4 (22.2%) with a high grade (HG) muscle invasive bladder cancer (pT2HG). After follow up of all 92 patients according to the guidelines EAU, we observed recurrence in 36/92 (39.1%) and progression in 14/92 (15.2%). Of 14 NMIBC with persistent disease, 10 patients (71.4%) showed recurrence: 4 patients (40%) were pT1HG with concomitant carcinoma in situ (CIS), 3 patients (30%) multifocal pTaHG, 2 (20%) patients CIS and one patient (10%) a muscle invasive neoplasm (pT2HG). Instead of the group of 48 patients pT0 following WL recTURBT, we observed recurrence in 26 patients (54.1%) and in two patients (4.1%) progressions, who presented after 3 months in association with CIS. The remaining 22 patients (45.9%) with initial pT1HG are still progression free. Multivariate analysis showed that the most important variable of early progression were persistent neoplasm and histopathological findings at WLre-cTURBT ($p = 0.01$).

Discussion. Following WLre-cTURBT in HG-NMIBC patients we identified in 15% of cases a persistent disease with a 4.3% of MIBC. In the high risk persistent bladder neoplasms group we observed recurrent and progression rate higher than in T0 bladder tumours group ($\Delta = + 17.3\%$ and $= \Delta + 62.5\%$, $p < 0.05$).

C 27

VIRTUE SLING NEL TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA MASCHILE POST PROSTATECTOMIA: EFFICACIA, SICUREZZA RISULTATI A MEDIO TERMINE

Maselli FP¹, Scarcia M¹, Zazzara M¹, Cardo G¹, Nazaraj A², Colamonico O³, Ludovico GM¹.

¹ Osp. Gen. Reg. F. Miulli - Acquaviva delle Fonti, Bari;

² Azienda Ospedaliera di Padova - Urologia Universitaria;

³ Policlinico di Bari - Urologia Universitaria.

Scopo. Valutare l'efficacia e la sicurezza della Virtue® male sling (Coloplast, Humlebaek, Denmark) nel trattamento della incontinenza urinaria post prostatectomia. **Materiali e Metodi.** Dal settembre 2015 a gennaio 2018 sono stati inclusi presso il nostro centro in uno studio prospettico non randomizzato 15 pazienti consecutivi con incontinenza urinaria post prostatectomi. Tutti i pazienti sottoposti ad impianto della sling, sono stati valutati pre operatoriamente e sottoposti a follow up post

operatorio sino a 36 mesi, mediante pad test delle 24 ore e International Consultation on Incontinence short-form questionnaire (ICIQ-SF), diario minzionale, flussometria, e Patient Global Impression of Improvement (PGI-I).

Risultati. L'età media dei pazienti era di 65.5 anni, il 70% dei pazienti aveva una incontinenza media (1-2 pads/die) 4 pz con incontinenza medio-grave (3-4 pads/die). Un paziente è stato sottoposto a revisione chirurgica, due pazienti hanno presentato ematoma scrotale. I pazienti hanno mostrato riduzione nel n. dei pads, e nei questionari somministrati, con outcomes stabili a 36 mesi. **Conclusioni.** Nella nostra valutazione la Virtue® male sling, ha mostrato efficacia e sicurezza nel trattamento della incontinenza urinaria post prostatectomia moderata. Una valutazione su un maggior numero di pazienti e studi randomizzati controllati, e di comparazione sarebbero necessari per confermare i risultati.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

P 03

WHICH PROSTATE CANCER PATIENTS WITH CLINICALLY NODE POSITIVE DISEASE WOULD BENEFIT FROM RADICAL PROSTATECTOMY? THE IMPACT OF THE SIZE AND SITE OF CLINICAL NODAL INVOLVEMENT AT BASELINE IMAGING ON LONG-TERM OUTCOMES

Rosiello G, Gandaglia G, Fossati N, Dell'Oglio P, Suardi N, Colombo R, Montorsi F, Briganti A.

Division of Oncology/Unit of Urology; URI; IRCCS Ospedale San Raffaele, Milan, Italy.

Introduction. To date, the optimal treatment of clinical node positive prostate cancer (PCa) is still under debate given the lack of prospective, randomized evidence. However, not all clinical node positive share the same prognosis. Despite this, there is virtually no data which may assist physicians in the identification of those patients with cN1 disease at preoperative imaging who could benefit the most from radical prostatectomy (RP). We aimed at assessing the outcomes of a large cohort of patients with cN1 PCa with long-term follow-up and we sought to identify predictors of recurrence and mortality.

Methods. Overall, 162 patients with cN1 PCa treated with RP with an extended pelvic lymph node dissection (ePLND) between 2001 and 2017 at three tertiary referral centers were identified. Clinical node positive status was defined as the presence of at least 1 enlarged lymph node with a short axis diameter >1 cm at conventional imaging (CT/MRI scan). Patients had available details on the site and maximum diameter of nodal metastases at CT/MRI scan. Logistic regression analyses assessed predictors of lymph node involvement (LNI) at final pathology. Clinical recurrence (CR) was defined as positive imaging during follow-up after the onset of biochemical recurrence (BCR). Kaplan-Maier analyses assessed time to CR and cancer-specific mortality (CSM) after stratifying patients according to the site and size of nodal involvement. Multivariable Cox regression analy-

ses tested the impact of the site of nodal involvement and the maximum diameter of clinically lymph node involvement on CR and CSM.

Results. Median age and preoperative PSA were 64 and 16 ng/ml. Overall, 102 (63%) and 66 (40.7%) patients had biopsy grade group 4-5 and cT3 disease. The presence of cN1 disease was detected by abdominal CT scan and abdominal MRI in 54.9 and 45.1% patients, respectively. Overall, 79.7 and 20.3% patients had cN1 at the level in the pelvis alone and retroperitoneum $\pm$ pelvis. Median size of positive nodes at preoperative imaging was 13 mm. Overall, 84 (51.9%) patients received neoadjuvant *androgen deprivation therapy* (ADT). Overall, 127 (78.4%) patients had LNI. Median number of nodes removed and positive nodes were 18 and 2. At multivariable analyses, biopsy grade group 4-5 was the only predictor of LNI at final pathology (Odds ratio: 3.2; 95% confidence interval [CI]: 1.5-8.7). Median follow-up for survivors was 64 months. A total of 100 (61.7%) patients received adjuvant ADT after RP. Overall, 53 and 27 patients experienced CR and CSM. The site of CR was the pelvis, the retroperitoneal nodes, the bone and visceral organs in 29.4, 11.8, 37.3 and 21.6% patients. The 8-year CR- and CSM-free survival rates were 51.4 and 74.6%. The 8-year CR- and CSM-free survival rates were 58.2 vs. 25.2% and 80.1 vs. 72.9% for patients with pelvic vs. retroperitoneal involvement at preoperative imaging (all $P < 0.05$). At multivariable Cox regression analyses, the presence of cN1 disease in the retroperitoneum but not the size of nodal metastases was a significant predictor of CR (Hazard ratio: 2.23; 95%CI: 1.10-4.55) and CSM (HR: 2.32; 95%CI: 1.03-5.71) after adjusting for confounders.

Conclusion. Approximately half of cN1 patients are free from CR at 8-year follow-up. The pelvis and the retroperitoneum represent the first site of recurrence in approximately 40% of cases. These findings indicate that not all cN1 patients are affected by a systemic disease at the time of diagnosis, where RP $\pm$ ADT might play a role in selected patients with enlarged lymph nodes in the pelvis. Conversely, the presence of clinically node positive disease in the retroperitoneum is associated with substantially worse oncological outcomes. In these individuals surgery might play a limited role, where the administration of systemic therapies upfront might be considered.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_04

ROLE OF PELVIC LYMPH NODE DISSECTION DURING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY IN LOW-RISK PATIENTS

Cozzi G, Mistretta FA, Musi G, De Cobelli O.

Istituto Europeo di Oncologia, Milano, Italy.

Aim. The therapeutic role of *pelvic lymph node dissection* (PLND) during radical prostatectomy is still debated.

In fact, the lack of clarity regarding the oncological benefit and the right template make it difficult to make comparisons. Furthermore, it has been suggested that PLND may be associated with an increased risk of adverse events, morbidity, length of stay and healthcare costs. Aim of this study was to evaluate oncologic results and complications in patients with low-risk prostate cancer (PCa) who underwent *robot-assisted radical prostatectomy* (RARP) with PLND.

Material and Methods. We reviewed our institutional database of patients undergoing RARP. We extracted all the patients fulfilling *D'Amico criteria* for low-risk disease, and we retrieved the following: number of PLND performed, mean lymph node yield, complications and *biochemical recurrences* (BCR). We then analyzed the differences between the two groups (NO PLND vs. PLND).

Results. From 01/11/2006 to 03/07/2017, 2682 patients underwent RARP at our Institution, with a median follow-up of 40 months (*interquartile range* [IQR] 31-84). Of them, 1495 fulfilled *D'Amico criteria* for low-risk disease. PLND was performed in 416 (27.83%) cases. Mean lymph node yield was 13 (IQR 10-16). Positive lymph nodes were retrieved in 23 (5.8%) cases; median number of positive lymph nodes was 1 (range 1-8). Complications occurred in 40 (9.61%) and 99 (9.17%) patients who had and did not have PLND respectively. Only 5 (1.2%) complications were related to PLND (4 lymphocele and one vascular injury).

67 (4.48%) patients received adjuvant treatment for BCR; of them 44 (65.67%) did not undergo PLND and 12 (34.33%) underwent PLND retrieving positive nodes. No BCR occurred in 11 patients who had PLND retrieving negative nodes.

Conclusion. PLND demonstrated to be a safe procedure, not conditioning a rise in surgical complications. Positive nodes were retrieved in 5.8% cases, which is consistent with available literature data. It is anyway interesting to note that two thirds of patients who received adjuvant treatment for BCR did not undergo PLND, suggesting a possible oncologic role of this procedure that needs further investigation.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_05

WHAT'S BEHIND INTRAOPERATIVE FOCAL MARGINS DURING ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: THE EXPERIENCE OF A HIGH VOLUME THIRD REFERRAL CENTRE

Mistretta FA¹, Di Trapani E¹, Bianchi R¹, Conti A¹, Russo A¹, Luzzago S¹, Cozzi G¹, Delor M¹, Serino A¹, Ferro M¹, Musi G¹, Matei DV¹, Renne G², De Cobelli O¹.

¹ Department of Urology, European Institute of Oncology, Milano;

² Department of Pathology, European Institute of Oncology, Milano.

Introduction and Objectives. Aim of the study was to assess the rate of *intraoperative focal positive margins* (IFPM) during *robot-assisted prostatectomy* (RARP)

and to determine potential predictors of biochemical relapse (BCR) in case of IPFM.

Material and Methods. From January 2014 to April 2017 a total of 1788 consecutive patients were subjected to RARP for prostate cancer, 98% underwent a preliminary mpMRI. All patients received a frozen section to determine possible PSMs, and focal margins were assessed if < 1mm. All data were prospectively collected in a customized database and retrospectively analysed. *Univariable analysis* (UVA) was used to identify potential predictors of BCR in case of IPFM.

Results. Out of all patients subjected to mpMRI and RARP, in 195 (11.1%) a PSM was determined, and among them in 53 (27.2%) IPFM was assessed.

Preoperative median PSA (IQR) was 8.98 ng/ml (5.91-13.18). Gleason Score (GS) was 3+3 in 20 patients (37.7%), 3+4 in 13 (24.5%), 4+3 in 8 (15.1%) and > 4+4 in 12 (22.7) patients. Clinical stage resulted T1 in 21 (39.6%) patients, T2 in 24 (45.3%) and T3 in 8 (15.1%). Index lesion was PI-RADS < 3 in 9 (17%) patients, 4 in 14 (26.4%) and 5 in 30 (56.6%). Nerve-sparing was executed in 46 (86.8%) patients, 78.3% bilateral and 21.7% monolateral. All IPFM were selectively resected in 22 (41.5%) of patients and the bundle resection resulted negative for PCa in 17 (77.3% out of 22). At final pathology all margins were confirmed as positive and 37 (69.8%) confirmed as focal. After a median follow-up of 22 months (15-27), a BCR occurred in 5 (9.4%) patients. At UVA, cT3 and GS 7 were significant predictors for BCR ($p < 0.01$). While preoperative PSA did not correlate with BCR in presence of IPFM. Moreover, selective resection of the bundle appeared to be protective against BCR ($p=0.004$).

Conclusion. Our results demonstrated that the introduction of the mpMRI in the preoperative workout and intraoperative histological analysis had lowered the rate of definitive PSMs if compared with data present in literature. In our series IPFMs represented more than a quarter of PSMs and were described as not free from BCR even in a short-term follow-up. Although, worse preoperative oncological outcomes correlated with BCR, selective resection in case of IPFM was described preventive of biochemical relapse.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_06

POSITIVE SURGICAL MARGINS AFTER ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY IN THE MULTIPARAMETRIC MRI ERA: THE EXPERIENCE OF A HIGH VOLUME THIRD REFERRAL CENTRE

Mistretta FA¹, Matei DV¹, Bianchi R¹, Di Trapani E¹, Conti A¹, Alessi S², Tringali V¹, Russo A¹, Luzzago S¹, Ferro M¹, Musi G¹, Petralia G², Renne G³, De Cobelli O¹.

¹ Department of Urology, European Institute of Oncology, Milano.

² Department of Radiology, European Institute of Oncology, Milano.

³ Department of Pathology, European Institute of Oncology, Milano.

Introduction and Objectives. Aim of the study was to

assess the rate of concordance of *positive surgical margins* (PSM) after *robot-assisted prostatectomy* (RARP) with *multi parametric MRI* (mpMRI) and to determine potential predictors of PSM in case of discordance with mpMRI.

Material and Methods. From January 2014 to April 2017 a total of 1788 consecutive patients were subjected to RARP for prostate cancer, 98% underwent a preliminary mpMRI. All patients received frozen sections to determine possible PSMs. Primary outcome investigated was the concordance between PSMs and location of primary lesions detected with mpMRI. *Univariable* (UVA) and *multivariable* (MVA) analyses were used to identify potential predictors of PSM in case of discordance with mpMRI.

Results. Out of all patients subjected to mpMRI and RARP, in 187 (10.67%) a PSM was determined, and among them, in 56 (3.2%) mpMRI primary lesion location and PSM were discordant (with a 76.8% of PI-RADS 4 or 5 as index lesion). Out of these 56, 20 patients had an intraoperative PSM (35.7%), described as focal (< 1 mm of extension) in 17 patients. Moreover, in 23 (41.1%) patients a multifocal mpMRI significant disease was detected (secondary lesion > PI-RADS 3), and among them, in 11 (19.6%; 5.9% of total) patients PSM were discordant with both primary and secondary lesions. Fifty-three (94.6%) patients were subjected to nerve-sparing, 14 (25%) monolaterally, 39 (69.9%) bilaterally.

At definitive histology *Gleason Score* (GS) was 3+3 in 6 patients (10.7%), 3+4 in 25 (44.6%), 4+3 in 14 (25%) and > 4+4 in 11 (19.7) patients. In 22 patients GS was assessed in specimens of PSMs, and accounted for 3+3 in 12 patients, 3+4 and 4+3 in 7 and 2 patients respectively, and 4+4 in the remaining 1.

Twenty-three patients (41.1%) resulted pT2, 25 (44.6%) pT3a and 8 (14.3%) pT3b. Distribution of PSMs was found divided in 14.8% anterior and 85.2% postero-lateral. Among the latter, 21 (42%) margins were apical and 17 (34%) basal. At MVA low and intermediate GS (low:6; intermediate:7) were significantly associated with discordancy between index lesion and PSMs (all $p < 0.05$).

Conclusion. Our results demonstrated that the introduction of mpMRI in the preoperative workout lowered the rate of PSMs. However, in a small number of patients subjected to nervesparing discordance between the site of PSM and MRI's lesions still exists. This issue has been described particularly for preoperative pathological low-intermediate risk patients due to a more aggressive nerve-sparing procedure performed distant from mpMRI index lesion.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_07**PERCUTANEOUS IMAGE-GUIDED THERMAL RADIOFREQUENCY ABLATION FOR CT1A-B RENAL MASSES: LONG-TERM FOLLOW-UP EXPERIENCE OF A TERTIARY REFERRED CENTER**

Mistretta FA¹, Di Trapani E¹, Bianchi R¹, Conti A¹, Bonomo G², Russo A¹, Catellani M¹, Luzzago S¹, Della Vigna P², Musi G¹, Matei DV¹, Renne G³, Orsi F², De Cobelli O¹.

¹ Department of Urology, European Institute of Oncology, Milano;

² Department of Interventional Radiology, European Institute of Oncology, Milano;

³ Department of Pathology, European Institute of Oncology, Milano.

Introduction and Objectives. To assess the technical safety and oncologic efficacy of percutaneous image-guided thermal radiofrequency ablation (TRFA) for cT1a-b renal masses, evaluating the possible preoperative predictors of persistence/relapse.

Material and Methods. From January 2008 to June 2015 a total of 155 consecutive patients were subjected to image-guided percutaneous TRFA. All patients received a preliminary intraoperative biopsy. All data were prospectively collected in a customized database and retrospectively analysed. Primary outcomes investigated were technical success, complications, treatment response, oncologic outcome, and overall survival. *Univariable* (UVA) and *multivariable* (MVA) analysis were used to identify predictors of persistency/relapse of the disease.

Results. Median age was 66 (IQR 60.5-75) years, 11 (7.1%) patients had a solitary kidney. Median tumour diameter was 27.5 (range 7-60) mm, with a median number of masses treated per each procedure of 1 (range 1-7). Eighty-one (52.2%) patients had a right kidney lesion, 68 (43.9%) a left and 6 (3.9%) a bilateral. Overall, the median PADUA score was 7 (IQR 7-10); 56.2% and 43.8% of our population had an endophytic and an exophytic lesion, respectively.

All patients were subjected to a CT-scan control at first postoperative day. In 13 (8.4%) patients the control described a persistence of disease. Out of them, 11 (7.1%) patients experienced a second TRFA that resulted successful, the remaining 2 decided for an active surveillance protocol. Five (3.3%) patients were subjected to a second (or multiple) TRAF due to multiple locations of renal masses. Eight (5.2%) patients experienced a local recurrence, 1 (0.6%) patient a distant recurrence in the contralateral adrenal gland. All these patients were subjected to a second TRAF that resulted successful for the oncologic control. Median follow-up was 72.5 (range 28-117) months. No progressions were described, while two patients died due to kidney cancer unrelated causes.

According to *Society of Interventional Radiology* (SIR) complication scale 7 (4.5%) patients experienced an A grade complication, 7 (4.5%) a C grade, 3 (1.9%) a D grade complication.

At MVA an endophytic lesion resulted the only predic-

tor of relapse, while PADUA score failed to predict our outcome.

Conclusion. CT-guided percutaneous thermal radiofrequency ablation was described as an oncologically safe and reliable procedure, with a low rate of complications. The presence of an endophytic lesion resulted the only predictor of relapse/persistency of the disease.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_08**MULTIPARAMETRIC MAGNETIC RESONANCE OF THE PROSTATE SECOND OPINION MAY REDUCE THE NUMBER OF UNNECESSARY BIOPSIES: A SINGLE CENTER EXPERIENCE**

Luzzago S¹, Catellani M¹, Mistretta FA¹, Conti A¹, Serino A¹, Bianco R¹, Tringali V¹, Di Trapani E¹, Ferro M¹, Alessi S², Petralia G², Musi G¹, Matei DV¹, De Cobelli O¹.

¹ IEO European Institute of Oncology, Urology, Milan, Italy;

² IEO European Institute of Oncology, Radiology, Milan, Italy.

Introduction. Multiparametric magnetic resonance (mpMRI) is a useful tool for detection of prostate cancer (PCa). Previous studies confirmed the existence of a steep learning curve in its interpretation. We systematically reviewed mpMRI performed at other centers to decide on the best clinical management for each patient.

Material and Methods. From 2016 to 2017, 267 patients were submitted to mpMRI at other centers. Images obtained were then reviewed by 2 expert radiologists (G.P. and S.A.) with seven and five-year experience, respectively. We recorded number, size, location and grading (PI-RADS score v.2) of mpMRI lesions before and after exam review. The rate of clinical strategy changes was assessed after second read according to PI-RADS score.

Results. Overall, 222 (83%), 29 (11%) and 16 (6%) exams were performed for detection, *Active Surveillance* (AS) and before *radical prostatectomy* (RP), respectively. Reported *Index Lesion* (IL) PI-RADS score was ≤ 2 in 39 (14.5%), 3 in 84 (31.4%), 4 in 101 (37.8%) and 5 in 16 (6.2%) patients, respectively. Surprisingly, in 27 (10.1%) IL, a PI-RADS score was not assigned. Initial clinical management was: to perform a target biopsy (195 patients, 73%) or a systematic random biopsy (8 patients, 3%), to continue AS (29 patients, 10.8%), to submit patients to RP (16 patients, 6%) or "only followup" (19 patients, 7.1%). Overall, reviewed IL PI-RADS score was ≤ 2 in 126 (47%), 3 in 38 (14%), 4 in 60 (22.5%) and 5 in 14 (5.5%) patients, respectively. Twenty-nine (10.8%) exams were considered inadequate due to the presence of suboptimal images and mpMRI repetition was then indicated. Overall, mpMRI re-read didn't change IL PI-RADS score in 89 (41.4%) cases, although in 19 (8.9%) and 107 (49.7%) PI-RADS have been increased or decreased, respectively.

Moreover, of the 55 second-lesions seen at other hospitals, our radiologist confirmed the presence of only 27 (50%) of them. Definitely, clinical management changed in 113 (47.5%) patients. These Figures overall

resulted in 93 (52.8%) target and 61 (33.1%) total-biopsies skipped by mpMRI second look. Seventeen (60%) of the 29 unreadable mpMRI were repeated at our center. The IL PI-RADS score discordance rate was 59%. Moreover, 54.5% and 45.5% of target and total biopsies in these patients were than skipped.

Fifty-two (62.5%) of 83 recommended target biopsies were performed at our hospital and a clinically-significant PCa was found in 77% of them. Moreover, 8 (20%) 2 (7%) and 1 (1.5%) of men needed active treatment during later months in the “systematic random biopsy”, “AS”, and “only follow-up” groups, respectively.

Conclusion. MpMRI second opinion may change clinical management in about 45% of patients. Roughly 55% of target and 33% of total-biopsies and related side effects and costs can be spared. Therefore, mpMRI-revision should be taken into account before taking clinical decisions.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_09

ACTIVE SURVEILLANCE IN A HIGH-VOLUME CENTRE: ONCOLOGICAL OUTCOMES AND MANAGEMENT CHANGES OF A 12 YEARS EXPERIENCE

Catellani M¹, Luzzago S¹, Mistretta FA¹, Conti A¹, Russo A¹, Bianchi R¹, Di Trapani E¹, Cozzi G¹, Petralia G², Ferro M¹, Musi G¹, Matei DV¹, De Cobelli O¹.

¹ IEO European institute of oncology, Urology, Milan, Italy;

² IEO European institute of oncology, Radiology, Milan, Italy.

Introduction. Active surveillance (AS) represents a viable option for favorable-risk prostate cancer (PCa), reducing the risk of overtreatment for these patients. We reported 12 years experience with long-term follow-up of a single high-volume center AS protocol, analyzing changes in clinical practice during time and oncological results.

Material and Methods. From April 2005 to April 2017, 389 patients were enrolled in AS protocol at our hospital. Men with low-risk pCa were included, according to PRIAS criteria, and followed prospectively on AS. From 2012 other criteria were included as the use of multiparametric MRI of the prostate (mpMRI), a third positive biopsy core and a single positive 3+4 Gleason score (GS) core. Follow-up consisted of regular PSA tests, digital rectal examinations, repeated mpMRIs (140 men underwent more than one mpMRI) and biopsies. Kaplan-Meier analyses quantified progression free survival (PFS) in patients submitted/not to mpMRI at the AS begin. Cox-regression analyses tested independent predictors of any cause discontinuation and biopsy-progression (Bp) (i.e. upstaging and/or volume progression) during AS. Moreover, logistic regression analyses were used to predict clinically significant PCa (csPCa: i.e. GS >4+3 and/or extraprostatic extension and/or pN+) at pathological evaluation.

Results. Median time of persistence in AS was 47 months [23-58]. Overall PFS rates at 1, 3, 5 and 10 years were 91%, 73%, 52% and 29% respectively.

Patients submitted to confirmatory mpMRI showed a significantly higher PFS and a lower Bp at 3 (85% and 90% vs. 75% and 80%) and 5 years (70% and 85% vs. 40% and 65%), respectively (all p<0.05). Overall, 140 (36%) men were switched to active treatment during AS, with a median time to progression of 21 months. Sixty-seven (48%), 31 (22%) and 33 (24%) patients exit AS due to Bp, PIRADS score 5 or patient choice, respectively. Overall, 119 (85%) men were treated with robot assisted radical prostatectomy (RARP) at our centre and 32 (23%) of them showed a csPCa.

Nine (6.4%) patients experienced biochemical recurrence and 7 (5%) underwent adjuvant or salvage RT. No patients died because of PCa. At multivariable Cox-regression analyses, a higher number of positive cores [OR 1,420; 95% CI:1,091-1,849; P=0.009] at diagnostic biopsy and a confirmatory negative mpMRI [OR0,510; 95% CI: 0,311-0,839; p=0.008] were independent predictors of progression to active treatment during AS. Moreover, only confirmatory negative mpMRI was associated to Bp over time [OR 0,480; 95% CI:0,232-0,993; p=0.048]. No clinical parameter has been found to predict csPCa at final histology.

Conclusion. Long-term follow up of a single institution AS program shows similar oncological results of those previously described by large European and American cohorts. However, the inclusion of mpMRI at the beginning of the protocol seems to confer a better PFS and a longer stay in AS.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_10

LOW RISK PROSTATE CANCER IN THE CONTEMPORARY MAGNETIC-RESONANCE ERA: ARE WE EXCLUDING TOO MUCH PATIENTS SUITABLE FOR ACTIVE SURVEILLANCE?

Luzzago S¹, Catellani M¹, Di Trapani E¹, Mistretta FA¹, Delor M¹, Brescia A¹, Cordima G¹, Cioffi A¹, Russo A¹, Petralia G², Ferro M¹, Musi G¹, Matei DV¹, De Cobelli O¹.

¹ IEO European institute of oncology, Urology, Milan, Italy;

² IEO European institute of Oncology, Radiology, Milan, Italy.

Introduction. Currently used active surveillance (AS) criteria incorrectly exclude some patients eligible for AS and misclassify some who harbor significant prostate cancer (csPCa). Multiparametric magnetic resonance (mpMRI) has emerged as a novel tool that reduces disease misclassification. We analyzed mpMRI results in a cohort of patients unsuitable for AS and submitted to radical prostatectomy (RP) at our center.

Material and Methods. We reviewed our PCa dataset and selected patients submitted to RP between 2012 and 2017. All patients were not eligible for AS because they did not respect one or more PRIAS criteria. Overall, 567 men underwent a 1.5-T mpMRI before RP. CsPCa was defined as GS ≥ 6 and/or extra-prostatic disease at RP. Prostate findings at mpMRI were considered positive for csPCa if PI-RADS score ≥ 4 and

negative if ≤ 3 . Sensitivity, specificity, *positive predictive value* (PPV) and *negative predictive value* (NPV) were calculated for mpMRI, in patients not eligible for AS because not respecting 1, 2, 3 and 4 of PRIAS criteria (PSA density was not available for each patient and was not used in our analysis).

Results. Overall, 344 (60.6%) patients were excluded from AS because not meeting only one (1-out patients) PRIAS criterion; 44 (12.7%), 12 (3.5%), 65 (19%), 104 (30%), 82 (24%) and 37 (10.8%) due to PSA>10 ng/ml, cT>2a, GS 3+4, 3, 4 or 5 positive cores, respectively. At pathological evaluation, 123 (35.7%) patients had a non-csPCa, of whom 71 (58%) had also a negative mpMRI. Overall, sensitivity, specificity, PPV and NPV of mpMRI in 1-out patients with regard to csPCa were 84%, 52%, 76% and 65%, respectively. After excluding patients with GS 3+4 and 4 or 5 positive cores, the NPV of mpMRI significantly increased to 72%. Moreover, 183 (32.3%) patients didn't respect two (2-out patients) criteria (12 possible combinations). Prostate specimens revealed 37 (20.2%) non-csPCa, of whom 16 (43.3%) had also a negative imaging. Overall, the PPV and NPV of mpMRI in 2-out patients were 86.5% and 60%, respectively. After excluding any single combination that includes GS 3+4 or 4/5 positive cores, only 32 patients and 13 non-csPCa were available for final analysis. In this setting, the NPV of mpMRI reached the 89%. Thirty-five (6.2%) subjects were 3-out patients (10 possible combinations). Of them, only 3 (8.5%) had a non-csPCa and everyone showed a PI-RADS 3 lesion at mpMRI. No one of the 5 (0.9%) 4-out patients (3 possible combinations) had a non-csPCa.

Conclusion. A significant number of patients with non-csPCa are considered not suitable for AS when PRIAS criteria are used. A negative mpMRI can help identify most of them, avoiding possible side effects related to active treatment. However, the NPV of mpMRI in 1-out and 2-out cohorts, suggest the need to perform a confirmatory biopsy before chose management strategy.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P 11

IN-BORE MAGNETIC RESONANCE (MPMRI)-GUIDED BIOPSIES REPRESENT THE FUTURE OF PROSTATE CANCER DIAGNOSIS? A SINGLE CENTER EXPERIENCE AND IMPLICATIONS FOR FOCAL THERAPY

Catellani M¹, Luzzago S¹, Mistretta FA¹, Conti A¹, Bianchi R¹, Di Trapani E¹, Cozzi G¹, Petralia G², Ferro M¹, Musi G¹, Matei DV¹, De Cobelli O¹.

¹ IEO European institute of Oncology, Urology, Milan, Italy;

² IEO European institute of Oncology, Radiology, Milan, Italy.

Introduction. Target biopsies have emerged as a useful tool for prostate cancer (PCa) detection. In-bore magnetic resonance (mpMRI)-guided technique represents an innovative method to better achieve an accurate evaluation of mpMRI index lesion (IL). We reported a single center

experience and analyzed clinical management according to biopsies results.

Methods. From 2015 to 2017, 334 patients were submitted to mpMRI-guided biopsies.

All procedures were performed by two expert mpMRI radiologists (G.P. and S.A.) with seven and five years' experience, respectively.

All biopsy procedures were performed on a 1.5T MR scanner (Magnetom Avanto, Siemens Healthineers, Erlangen, Germany) using a commercially available transrectal biopsy device (DynaTRIM, Invivo, Gainesville, FL, USA). After calibration of the biopsy device the first sample was obtained using the coordinates provided by the device software to guide the needle along a trajectory to the IL lesion. The trajectory of subsequent samples was manually adjusted to improve localisation to the target. Logistic regression analyses tested independent predictors of PCa and clinically significant PCa (csPCa: GS ≥ 7) detection at biopsies. Moreover, for patients treated at our center, we analyzed the concordance rate between biopsy and pathological Gleason score (GS). Logistic regression analyses were used to find independent predictors of GS discordance.

Results. 250 (75%) and 84 (25%) biopsies were performed for PCa detection and during Active Surveillance (AS), respectively. Reported IL PI-RADS score was highly suspicious for cancer (PI-RADS>4) in 209 (62.5%) men. Overall, 138 (41.5%) and 33 (10%) patients had >1 lesion and more than one lesion highly suspicious for PCa at mpMRI, respectively.

Median (IQR) number of cores performed was 4 (3-6). Overall, 187 (56%) and 112 (33.5%) biopsies were positive for PCa and for csPCa, respectively.

At *multivariable* (MVA) analyses, PSA-density (OR:1.3; p=0.048), total number of cores taken (OR: 2.1; p=0.002), cT stage (cT2 vs. cT1; OR:4.7; p=0.07), high IL PI-RADS score (OR: 5.2; p<0.001) and previous negative biopsies (OR:0.8; p=0.05) were independent predictors of cancer findings. Moreover, age (OR:1.08; p=0.01), total cores taken (OR:1.5; p=0.04) and high IL PI-RADS (OR:2.9; p<0.01) were predictors of a csPCa disease.

Active management and AS were then recommended in 155 (46.4%) and 38 (11%) cases. 73 (47%) patients were submitted to *radical prostatectomy* (RP) at our institution.

Interestingly, in 33 (45%) patients a GS change was observed between biopsy and RP-specimen. These Figures resulted in 24 (33%) risk-group change (75% of them from low to intermediate-risk *D'Amico group*). At MVA logistic regression analyses, a high number of lesions (OR:2.3; p=0.02) and high secondary lesion PI-RADS score (OR:1.2; p=0.05) at mpMRI were independent predictors of GS variation. Finally, the number of lesions (OR: 1.1; p=0.05) and the IL PI-RADS score (OR:4.4; p=0.03) were associated with *D'Amico* risk group changes.

Conclusion. In bore mpMRI-guided biopsies represent an accurate method to study the IL aggressiveness.

However, clinical parameters and mpMRI findings should be taken into account before deciding clinical management of these patients.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

P_12

NOMOGRAMMA PREDITTIVO DELLA RIPRESA DELLA FUNZIONALITÀ SESSUALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT-ASSISTITA

Cozzi G, Musi G, Monturano M, Bagnardi V, De Cobelli O.
Istituto Europeo di Oncologia, Milano, Italia.

Scopo. L'impotenza sessuale rappresenta uno delle principali conseguenze negative della prostatectomia radicale. Lo sviluppo di approcci miniminvasivi come quello robotico ha rinnovato l'interesse per i risultati funzionali e per la possibilità di individuare parametri predittivi preoperatori. Lo scopo del lavoro è la presentazione dei nostri risultati funzionali relativi alla potenza sessuale e l'elaborazione di un nomogramma predittivo di ripresa della funzionalità erettile a 12 mesi dall'intervento chirurgico.

Materiali e Metodi. Per lo studio è stato utilizzato il questionario EPIC 26 (*short-form*) che indaga continenza urinaria, potenza sessuale e qualità della vita. Previo consenso informato, il primo questionario è stato consegnato al momento del prericovero.

Al momento della dimissione il paziente ha ricevuto ulteriori questionari da compilare e spedire a 45 giorni e a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento.

Sulla base delle risposte fornite alle domande 8-12, che indagano la funzionalità sessuale, i pazienti sono stati divisi in 4 classi, a seconda dei punteggi ottenuti (rispettivamente 0%-25%, 26%-50%, 51%-75% e 76%-100% del punteggio massimo).

È stata svolta un'analisi multivariata che ha indagato l'influenza sulla potenza sessuale dei seguenti fattori: funzionalità sessuale al prericovero, età, stadio clinico, Gleason score biptico, PSA iniziale, classe ASA, *body mass index*, *Charlson Comorbidity Index*. Lo scopo dell'analisi è stata la costruzione di un nomogramma predittivo che fornisse la probabilità per ciascun paziente di rientrare in una delle quattro classi a 12 mesi dall'intervento.

Risultati. L'arruolamento è durato da maggio 2015 a luglio 2016. Dei 681 pazienti che hanno fornito il consenso informato allo studio, 592 (92%), 456 (71%), 425 (66%), 405 (63%), 368 (57%) e 355 (55%) hanno compilato e inviato il questionario a 45 giorni, 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi e 12 mesi rispettivamente.

I nostri risultati ritraggono una popolazione non selezionata: il 74% dei pazienti aveva più di 60 anni, il 44% aveva patologia cT2 o cT3, il 67% era sovrappeso o obeso e il 25% aveva un Gleason primario > 4 alla biopsia: tutti questi fattori sono noti per influenzare la potenza sessuale postoperatoria.

I pazienti che hanno ricevuto un risparmio bilaterale dei fasci vascolonervosi si presentavano con un punteggio di funzione sessuale media di partenza del 62,8% +

26,7%; il punteggio mediano era 67%. A 12 mesi dall'intervento, il punteggio di funzione sessuale media era 45.0% + 30.0%; il punteggio mediano era 40%.

Sulla base dell'analisi multivariata, funzionalità sessuale al prericovero, età e *Gleason score* biptico hanno dimostrato un'associazione significativa con la potenza sessuale postoperatoria. È stato possibile costruire un nomogramma predittivo che sulla base dei parametri sopraindicati stima la funzionalità sessuale di ciascun paziente a 12 mesi dall'intervento.

Conclusioni. La prostatectomia radicale *robot-assisted* si conferma una procedura chirurgica che consente di ottenere buoni risultati funzionali in una percentuale consistente di pazienti. La costruzione del nomogramma ha fornito un utile strumento che aiuta il clinico nel prospettare al paziente l'esito funzionale dell'intervento e quindi migliora la qualità del *counselling* pre-trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

PATOLOGIA BENIGNA

V_14

NEFROURETERECTOMIA DESTRA ROBOT-ASSISTITA PER RIMOZIONE STENT ALLIUM: CASE REPORT

Serino A, Bottero D, Luzzago S, Catellani M, Mistretta FA, Di Trapani E, Bianchi R, Cozzi G, Ferro M, Cioffi A, Musi G, Matei VD, De Cobelli O.

IEO, Istituto Europeo di Oncologia, Unità Operativa di Urologia, Milano, Italia.

Scopo. Valutare l'efficacia dello *stent Allium* nel trattamento a lungo termine delle stenosi ureterali.

Materiali e Metodi. Questo studio coinvolge 10 pazienti sottoposti tra maggio 2015 e agosto 2016 al posizionamento di 16 stent ureterali metallici di tipo *Allium* (14 10 x 120 mm; 2 8 x 120 mm; *Allium™ Medical*). L'età media dei pazienti è risultata di 63.7 anni (min-max: 52-77 anni) e il 60% erano di sesso maschile. In 9 pazienti, portatori di una derivazione urinaria effettuata contestualmente ad un intervento di cistectomia radicale eseguito per motivi oncologici, lo stent è stato posizionato in seguito al riscontro di una stenosi dell'anastomosi ureteroileale mentre una paziente presentava una stenosi di circa 5 cm dell'uretere distale in esiti attinici.

Risultati. Solo tre pazienti non hanno sviluppato complicanze (4 stent) durante un periodo medio di *follow up* di 23.3 mesi (min-max: 18-32 mesi). Gli altri 7 pazienti hanno avuto le seguenti complicanze: migrazione (7, 58%); occlusione (6, 50%). 10 stent sono stati rimossi mediamente a 9.6 mesi dal posizionamento (min-max: 1-22 mesi). In 3 casi, durante la rimozione, si è assistito alla frammentazione dello stent mentre 1 caso ha richiesto un intervento di nefroureterectomia, eseguita con tecnica laparoscopica robotizzata, per perdita progressiva della funzione renale.

Conclusioni. Lo stent ureterale a lunga permanenza di tipo "*Allium*" rappresenta un'opzione terapeutica con

un elevato tasso di complicanze nel trattamento a lungo termine delle stenosi ureterali in pazienti oncologici.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_15

RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA DI AMPIO DIFETTO DELL'URETERE DESTRO CON INTERPOSIZIONE DI APPENDICE

Cappa M, Bollens R, Presicce F, Barrese F, Perugia C, Sciobica F, De Mayo E, Ioannilli F, Valentini M, Di Giovanbattista G.

Clinica Fabia Mater - Roma, Italia.

Scopo. Sebbene siano stati proposti diversi approcci chirurgici al trattamento dei difetti ureterali, l'autotrapianto renale o la sostituzione ureterale con un segmento intestinale sono l'unica modalità di trattamento nel caso di un ampio difetto ureterale. Riportiamo qui un caso di riparazione laparoscopica di largo difetto dell'uretere destro con interposizione di appendice.

Materiali e Metodi. L'intervento è stato eseguito su un paziente di 35 anni senza significative comorbidità. Il paziente, portatore di nefrostomia, presentava un ampio difetto del tratto prossimale dell'uretere destro causato da una deiscenza di una precedente pieloplastica eseguita presso altra struttura. Data la buona funzionalità renale, è stata proposta una riparazione laparoscopica con interposizione di appendice per ristabilire la continuità della via escretrice destra. Anno di produzione 2018. Tempi chirurgici: scollamento del colon destro e lisi delle aderenze in fossa lombare, preparazione del polo inferiore del rene destro con individuazione della vena gonadica, lisi delle aderenze a livello dell'ilo renale, accurata mobilizzazione della vena gonadica, individuazione del moncone ureterale e sua mobilizzazione, escissione dell'estremità fibrotica e successiva spatulazione sul versante antimesenterico, individuazione e apertura della pelvi renale, mobilizzazione dell'appendice rispettando l'integrità del suo meso, distacco dell'appendice dal ceco e spatulazione della sua estremità, sutura a borsa di tabacco del ceco, configurazione dell'appendice in senso isoperistaltico e spatulazione dell'altra estremità, parziale anastomosi tra il moncone ureterale e l'appendice, inserimento di uno stent ureterale con l'ausilio di filo guida, anastomosi tra l'appendice e la pelvi renale, completamento dell'anastomosi tra il moncone ureterale e l'appendice, retroperitoneizzazione del neouretere, inserimento di drenaggio peritoneale 18 Ch a caduta.

Risultati. La procedura è durata complessivamente 145 minuti, le perdite ematiche sono state trascurabili. Il decorso postoperatorio è stato regolare con dimissione in quarta giornata post-operatoria e rimozione del catetere ureterale dopo tre settimane. A tre mesi dalla procedura la funzionalità renale del paziente è rimasta nella norma, assenza di deiscenze e di dilatazioni della via escretrice all'*imaging* di follow-up.

Conclusioni. Il caso documentato evidenzia la fattibilità dell'utilizzo dell'appendice per ristabilire la continuità

ureterale. Il ricorso ad un approccio laparoscopico ha permesso inoltre di ridurre l'invasività della procedura.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V_16

ROBOTIC ASSISTED LEFT RENAL CYST ABLATION WITH SUBSEQUENT OMOLATERAL PIELOPLASTY AND LEFT LUMBAR URETEROTOMY AND URETEROPLASTY

Porreca A.

Unità operativa di Chirurgia Urologica Robotica e mini-invasiva Policlinico di Abano Terme (PD), Italia.

Scopo. Illustrare la tecnica chirurgica di asportazione di cisti renale ostruente e successiva pieloplastica, ureterectomia per stenosi dell'ureter lombare ed ureteroplastica.

Materiali e Metodi. Il video mostra la tecnica step by step.

Risultati e Conclusioni. La tecnica risulta sicura ed efficace.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_17

COLPOSACROPESSI ROBOTICA

Gallo G, Dente D, Mengoni F, Orciani R, Cafarelli A.

U.O. Urologia - Casa di Cura Villa Igea - Ancona.

Questo video mostra una Colposacropessi robotica eseguita con ausilio di *Robot da Vinci Si*. La paziente sottoposta a tale procedura è una donna di 55 anni affetta da prolasso vaginale anteriore (cistocele di II°). La sintomatologia riferita comprende senso di peso/discomfort vaginale; nega incontinenza; pregressa chirurgia per isteroannessiectomia bilaterale. La fase iniziale della procedura prevede l'apertura del peritoneo posteriore e la preparazione del promontorio sacrale necessaria per la successiva fissazione della rete. L'incisione del peritoneo posteriore sino allo scavo del Douglas è preliminare alla preparazione del muscolo elevatore dell'ano, bilateralmente al retto, e del piano retto-vaginale. Si procede al confezionamento di una rete in polipropilene morbida che viene ancorata al m. elevatore dell'ano ed alla parete posteriore della vagina con suture in prolene 3-0. Si procede quindi alla preparazione del piano vescico-vaginale per il posizionamento di una seconda rete analoga che si ancora alla parete vaginale anteriore con una sutura continua in prolene 3-0 per ambedue i lati. Tali suture vengono rese solidali alla rete posteriore ed ai legamenti uterosacrali bilateralmente. Punto di ancoraggio in prolene 3-0 delle reti al promontorio sacrale con moderata tensione. Si procede quindi alla peritoneizzazione completa con esclusione della rete in retroperitoneo. Il catetere vescicale viene rimosso in I° giornata postoperatoria e la paziente viene dimessa in II° giornata dopo aver assistito a minzioni regolari con controlli ecografici negativi per ristagno urinario.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_18**URETROPLASTICA CON INNESTO DI MUCOSA BUCCALE E UTILIZZO DI GEL PIASTRINICO AUTOLOGO: RISULTATI DELLA NOSTRA INIZIALE CASISTICA CON LUNGO FOLLOW-UP**

Scarcia M¹, Maselli FP¹, Cardo G¹, Zazzara M¹, Nazaraj A², Colamonico O³, Ludovico GM¹.

¹ Osp. Gen. Reg. F. Miulli - Acquaviva delle Fonti, Bari;

² Azienda Ospedaliera di Padova - Urologia Universitaria;

³ Policlinico di Bari - Urologia Universitaria.

Scopo. L'uretroplastica (UP) con innesto di mucosa buccale (MB) è il trattamento di scelta per le stenosi uretrali lunghe e complesse. I punti deboli della tecnica sono rappresentati dalle recidive e dall'attecchimento del graft, in particolare in presenza di una stenosi lunga con fibrosi della spongiosa. Per superare questi problemi proponiamo l'impiego del gel piastrinico autologo allo scopo di migliorare la vascolarizzazione del graft di MB e ridurre i processi di fibrosi della spongiosa. Riportiamo i risultati con *follow-up* a lungo termine dei primi 10 casi.

Materiali e Metodi. Da gennaio 2013 a ottobre 2014 sono stati sottoposti a UP con innesto di MB e utilizzo di gel piastrinico 10 pazienti. Nessuno era stato sottoposto a precedenti interventi sull'uretra. Per iniziare sono stati selezionati pazienti con stenosi inferiori ai 4 cm. Tutti sono stati sottoposti a valutazione preoperatoria con: uroflussometria, uretrocistografia retrograda e minzionale, uretrocistoscopia e questionari di valutazione (IIEF, IPSS). La preparazione del gel piastrinico è stata eseguita presso la banca del sangue da prelievo venoso periferico autologo. Il preparato piastrinico è stato attivato circa 2 ore prima della procedura chirurgica. Sei pazienti sono stati sottoposti a UP con ampliamento dorsale e ventrale, mentre 4 pazienti ad ampliamento dorsale. Il catetere è stato rimosso dopo tre settimane e l'uretrografia di controllo è stata eseguita dopo 6 settimane, e successivamente ogni 6 mesi. I pazienti hanno eseguito l'uroflussometria e i questionari di valutazione ogni 3 mesi.

Risultati. Nessun paziente ha presentato problemi sul sito di donazione della MB. L'età media è stata di 46 anni (30-63). Sei pazienti avevano una stenosi ad eziologia idiopatica e quattro ad eziologia infiammatoria, localizzate tutte a livello bulbare. La lunghezza media delle stenosi è stata 3,4 cm (3-4,5). Il *follow-up* medio è stato di 44 mesi, durante questo periodo non si sono verificate recidive. I risultati uroflussometrici sono stati buoni. Non sono stati riportati episodi di ritenzione di urina e di fistole urinose.

Discussioni. In considerazione della nostra esperienza con *follow-up* e casistica limitata non è possibile un confronto tra questa metodica e la tecnica tradizionale. Comunque l'uso del gel piastrinico si è dimostrato di semplice e sicuro utilizzo.

Conclusioni. Secondo la nostra opinione è importante continuare la valutazione e sperimentazione di tale

procedura per i suoi potenziali vantaggi nei casi di stenosi uretrali complesse associate a processi di spongiosa fibrosi. Crediamo ancor più utile il suo impiego nel trattamento delle stenosi dell'uretra peniena.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

V_19**URETROPLASTICA POSTERIORE PER VIA PERINEALE COMBINATA CON ACCESSO ENDOSCOPICO SOVRAPUBICO**

Palminteri E¹, Cucchiareale G², Berdondini E¹, Preto M³, Battaglia A¹, Neira D², Di Piero GB⁴.

¹ Centro di Chirurgia Uretrale-Genitale, Arezzo-Torino, Humanitas Cellini;

² Urologia, Humanitas Cellini, Torino;

³ Clinica Urologica, Università di Torino;

⁴ Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche, Università Sapienza di Roma.

Il Video mostra l'Uretroplastica Posteriore utilizzando un accesso chirurgico perineale progressivo combinato con un accesso endoscopico sovrappubico.

Paziente con rottura dell'uretra posteriore dopo trauma pelvico.

Attraverso una incisione perineale l'uretra bulbare viene isolata e staccata dai corpi cavernosi. La sezione del Centro Tendineo Perineale consente la mobilizzazione circonferenziale dell'uretra bulbare prossimale e membranosa. La separazione mediana dei corpi cavernosi facilita l'accesso all'apice prostatico. Queste manovre consentono l'isolamento del blocco uretra bulbare prossimale-uretra membranosa-apice prostatico. L'uretra membranosa viene sezionata quanto più vicino possibile all'apice prostatico.

Tramite l'accesso sovrappubico il cistoscopia è inserito in vescica e, attraverso il collo vescicale, nell'uretra prostatica. Il perineo è transilluminato dall'endoscopia ed il chirurgo, seguendo la luce, incide l'apice prostatico e identifica il lume uretrale prossimale. Dopo la resezione dei tessuti cicatriziali, i due monconi uretrali sono spatolati e viene confezionata l'anastomosi bulbo-prostatica.

Nell'uretroplastica posteriore l'approccio perineale progressivo consente un soddisfacente accesso all'apice prostatico.

L'accesso endoscopico sovrappubico è una manovra meno aggressiva rispetto all'impiego alla cieca del *beniqué* poiché:

1. facilita il ritrovamento per via perineale del lume uretrale prostatico,
2. preserva la continenza urinaria poiché riduce il rischio di danneggiamento del collo vescicale che è l'unico sfintere residuo dopo la compromissione dello sfintere distale dovuta al trauma.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V_20

MALFUNZIONAMENTO POSTOPERATORIO DELLA POMPA SCROTALE DI SISTEMA PROTESICO PENIENO COLOPLAST TITAN OTR. VALUTAZIONE DEI RISCHI DI REINTERVENTO CHIRURGICO E RISULTATI CLINICI

Pozza D, Pozza M, Pozza C.

Studio di Andrologia e di Chirurgia Andrologica, Karol Wojtyła Hospital - Roma.

Introduzione ed Obiettivi. Valutazione della possibilità di reintervento in caso di impianto protesico penieno idraulico che presenta mal funzionamento o problematiche meccaniche senza rischi di infezioni.

Materiali e Metodi. Paziente di 76 anni, cardiopatico in terapia farmacologica. Pregresso *Infarto Miocardico Acuto* (IMA). In passato buona risposta ai farmaci 5PDEi, mai praticate le *Farmaco Iniezioni Cavernose* (FIC). Nel 2016 neoplasia prostatica G4+3, Video Laparo Prostatectomia; da allora assente risposta ai 5PDEi. Nel 2017 decide di avere un impianto protesico Idrraulico *Coloplast Titan OTR*. Sospensione della terapia coumadinica. Profilassi antibiotica con ceftriaxone e ciprofloxacina. Anestesia spinale. Incisione infrapubica. Difficile posizionamento del Reservoir nello spazio di Retzius per le aderenze postchirurgiche. Dilatazione dello spazio con catetere gonfiato a 80 cc. Il Reservoir protesico viene inserito e non mostra reflussi patologici. Facile inserimento dei cilindri cavernosi e della pompa scrotale in sede intertesticolare. Ai primi tentativi di gonfiare i cilindri protesici si incontra una concreta difficoltà alla deflazione perché il pulsante di deflazione appare coperto da un tratto dei tubetti protesici. Dopo svariati tentativi anche con l'ausilio di farmaci antidolorifici non si riesce a sgonfiare agevolmente la protesi attivata. Il paziente non riesce ad utilizzare la protesi e si decide di reintervenire chirurgicamente pur consapevoli dei rischi infettivi.

Risultati. Profilassi preoperatoria con ceftriaxone e ciprofloxacina. Incisione scrotale. Liberazione della pompa scrotale dalle numerose aderenze con i tubi protesici. Riposizionamento della pompa in una tasca dartoica sinistra. Sutura della incisione. Dopo pochi giorni la pompa viene facilmente attivata e sgonfiata. Dopo 10 giorni comincia a manifestarsi una secrezione sierosa dalla ferita scrotale. Piccola deiscenza della ferita scrotale che viene suturata in anestesia locale. Nei giorni successivi la secrezione sierosa persiste aumentando di quantità ma sempre di aspetto limpido, sieroso; non febbre, non dolore locale. Nei giorni successivi ad una più attenta valutazione si vede una re-deiscenza della ferita scrotale da cui è possibile intravedere la pompa. Si ritiene che il rischio di possibili infezioni sia estremamente elevato e si decide di procedere ad esplorazione chirurgica in sala operatoria, con anestesia locale e sedazione profonda. Viene effettuata una accurata toilette della cavità scrotale. Si perfora il setto scrotale e si crea, per via smussa, una nuova cavità nello emisacro destro in cui viene posizionata la

pompa dopo accurati lavaggi con H₂O₂, Ciprofloxacina e Gentamicina. Si suturano gli strati dartoici e la cute scrotale lasciando un drenaggio in aspirazione nello emisacro sinistro dove era stata inizialmente collocata la pompa e si era formato lo stato infiammatorio. Dopo 10 giorni non si sono registrate complicanze e la pompa poteva essere attivata e disattivata con corretta erezione dei cilindri protesici.

Conclusioni. Pur consapevoli degli elevati rischi di contaminazione infettiva dei sistemi protesici penieni è possibile intervenire, chirurgicamente, con oculata copertura antibiotica, al fine di correggere eventuali problemi meccanici o di procedura chirurgica che impediscano l'utilizzo del sistema protesico penieno.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_28

IS URODYNAMIC INVESTIGATION PROPERLY PRESCRIBED IN DAILY CLINICAL PRACTICE? REPORT OF DATA COLLECTED FROM AN URODYNAMIC CENTREPalleschi G^{1,2}, Pastore AL^{1,2}, Fuschi A¹, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martoccia A¹, Carbone A^{1,2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Aim. Urodynamic (UDM) test is scheduled in diagnostic algorithm of Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). The *European Association of Urology*, the *International Consultation on Incontinence*, the *American Association of Urology* and the *National Institute for Health and Clinical Excellence* provide recommendations for the use of UDM. Despite these indications, in daily clinical practice many UDM investigations are not properly prescribed. This fact may determine not only an economic expense for the National Health systems, but it can be also responsible for an erroneous diagnostic approach to LUTS. In this study, we analyzed the prescriptions for UDM of patients (pts) attending our clinic from January 2013 to December 2016 and verified how many did not respect the *International Guidelines*.

Methods. We reviewed our electronic database of patients attending the UDM clinic.

We evaluated who was the medical doctor prescribing the UDM and the clinical indication for the prescription. Finally, looking at the UDM outcome and considering the guidelines recommendations to perform UDM, we have expressed a definitive judgment on the appropriateness or not of the prescription.

Results. In the period examined, 504 UDM were performed (356 in males, 148 in females). Mean age was 57 in males and 46 in females.

Prescribers were represented by: general practitioners (8%), gynecologists (29%), neurologists (30%), urologists (33%).

UDM was prescribed due to: prostatic hyperplasia (43%), urinary incontinence (22%), symptoms of overactive bladder (12%), nocturia (10%), urinary infections (8%), enuresis (5%). Only in 44% of prescriptions a specific clinical question was reported by the prescriber. In most of the cases the prescription reported only the clinical condition (i.e.: prostatic hyperplasia). Considering clinical history of the patients and evaluating examinations previously performed by pts, only 24% of UDM resulted as an appropriate prescription respecting the guidelines recommendations. Highest rate of inadequate prescriptions was provided by general practitioners, followed by urologists, then neurologists and gynecologists. Furthermore, considering clinical history of pts and the UDM outcome, in 88% of the UDM adequately prescribed the results contributed to provide new informations respect to those acquired before with previous non-invasive methods.

Conclusion. In the case series examined, the UDM was often prescribed without a correct indication. In addition, in the vast majority of inappropriate cases, the test results did not significantly modify the therapeutic approach and did not added significative diagnostic data. This pilot study shows that in our experience and for pts referred to our centre still persists an incorrect indication to perform this diagnostic test. Compliance with the guidelines and the correct indication for performing UDM examination enhances its diagnostic value. In addition, its inappropriate use increases the waiting list of pts who really need it.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 29

LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY EFFECTS ON OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS

Pastore AL^{1,2}, Palleschi G^{1,2}, Fuschi A¹, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martoccia A¹, Carbone A^{1,2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Background. Morbidly obese patients may experience lower urinary tract symptoms. However, most studies focus only on urinary incontinence, with little regard to other symptoms as those suggestive for overactive bladder (OAB) syndrome. *Laparoscopic sleeve gastrectomy* (LSG) is commonly used to treat obesity; this procedure is effective, safe, and capable of reducing the impact of comorbidities associated with severe increase in body weight. Therefore, we investigated if LSG improves OAB symptoms in morbidly obese patients.

Methods. We prospectively recruited 120 morbidly obese patients (60 men and 60 women), evaluated by history taking, comorbidity assessment, physical examination, urinalysis and urine culture, renal and pelvic ultrasound, a 3-d voiding diary, and the OAB question-

naire short form. Outcomes of these investigations were assessed 7 d before and 180 d after LSG was performed. Controls were obese individuals (60 men and 60 women) from an LSG waiting list.

Results. Symptoms of OAB were common in the morbidly obese cohort, affecting more women than men. Compared with untreated patients, patients treated with LSG had significantly reduced *body mass index* 180 d postoperatively; this outcome was associated with improvement in OAB symptoms, whereas no change occurred in untreated controls.

Conclusion. OAB symptoms improve in morbidly obese patients successfully treated by LSG.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C 30

URETHRAL DIVERTICULA FOLLOWING EXPLANTATION OF ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER

Casilio M, Schettini M.

Nuova Villa Claudia, Roma, Italy.

Introduction. Urethral erosion accounts for one of the most dreaded complications after implantations of artificial sphincters. This dramatic event may occur both precociously (from 4.5 to 67% of all cases) and late (15% of all cases), due to excessive pressure applied by cuff to the urethra or due to prosthetic infection. In both cases, removal of prosthesis and restoration of the surgical area is mandatorily required.

We report two cases involving urethral diverticula, as a result of prosthetic removal caused by urethral erosion.

Materials and Methods. From 1989 to 2010 we have implanted 125 AMS 800 artificial urinary sphincters (115 men 5 women) in order to treat urinary incontinence from sphincter damage. After the implant, a 16 Fr bladder Foley catheter was applied for approximately 5 days (4-8) and the prosthesis was activated in the range of 31-54 days. 20 cases needed surgical revision, (17 men 3 women), from 9 days to 9 years from initial surgery. 11 explants were required due to an infection of the urethra, 8 patients required full re-implantation of the prosthesis: in 5 out of the above cases have experienced a new urethral infection-erosion which required a new removal, after a period ranging from 6 months to 2 years. Two of those patients showed formation of a bulky urethral diverticulum, requiring surgery.

Results. Case A: BG, patient aged 72, affected by urinary incontinence post-radical prostatectomy. In 1999 the patient had an implant of artificial sphincter and recovered fully continence. In 2006 the cuff was replaced due to relapsing urinary incontinence. After five months the patient was diagnosed urethral erosion and was thus subject to surgical removal of the sphincter and application of a bladder catheter for a period of 4 weeks. After 6 months, voiding cysto-urethrography showed a bulky urethral diverticulum, surgically removed, suturing the urethral injury.

Case B, PF, aged 71, affected by urinary incontinence

after endoscopic treatment of a stenosis of the bladder-urethral anastomosis. In July 2000 an AMS 800 was implanted and continence was recovered. In February 2009 the patient experienced recurrent urinary incontinence due to malfunctioning of the apparatus. The sphincter was thus removed and a new one was implanted in the same operation. In March 2012 the patient was diagnosed urethral erosion and subject to removal of the device.

3 months later a voiding cysto-urethrography showed a bulky diverticulum of the urethra originating from the organ.

Conclusion. Urethral erosion is a dreaded complication of the implant of AMS800 device. Its occurrence does not prevent a possible re-implantation, in extremely motivated patients, but exposes the same to a greater risk of infections and erosions, and possible formation of urethral pseudo-diverticula requiring complete removal of the diverticulum sac and concurrent perineum restoration of the urethra. In our opinion these patients are no longer eligible for urethral prosthetic surgery and the poor trophic conditions of the urethra could make any other approach, even a mini invasive one, inadvisable.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_31

UNDIVERSION: RECONVERSION OF URINARY DIVERSION

Casilio M, Schettini M.

Nuova Villa Claudia, Roma, Italy.

Introduction. Radical cystectomy is the ideal option in the treatment of bladder infiltrating tumors. This surgery always puts the surgeon on the question of the urinary tract ideal reconstruction: the best reconstruction is represented by the orthotopic neobladder, but is not always possible.

The pack of urinary derivation must also have three basic requirements:

- compatible with a complete oncological radicality,
- ensure a normal renal function,
- ensure a good quality of life.

Sometimes one or more of these requirements fail during the normal follow-up of a urinary diversion and these cases requires re-conversion.

Materials and Methods. Between 2000 and 2004 we performed 90 radical cystectomies in 77 males and 13 women. 38 patients underwent to a orthotopic reconstruction: 36 *Vescica Ileale Padovana* (VIP), 1 "S shaped" ileal neobladder seminal-sparing, 1 sigmoid neobladder. In 39 patients we performed an ileal conduit; In 6 bilateral ureterocutaneostomy, in 4 an ureterosigmoidostomy and in 3 a continent orthotopic ileo-cecal pouch. During the follow-up of these 90 patients we needed to reconvert 8 patients (8.9%), described in the Table.

Results. A patient undergoing to conversion of VIP into the ileal conduit for anastomosis neoplastic recurrence had a postoperative dehiscence of ileo-ileal anastomosis. It has been subjected to reconfiguring the intestinal anastomosis. In 4 of the 8 patients resurged, preoperative bilateral hydronephrosis was present with a different degree of renal failure: two of them required the use of preoperative percutaneous nephrostomy to normalize renal function parameters. Reconfiguration of the diversions has allowed normalization of renal function parameters in all these patients.

Follow-up varies between 12 and 42 months (mean 29 months): Two patients with ureteral recurrence of disease died at 6 and 8 months after surgery; the other patients are still free of illness and report good compliance with the new derivation.

Discussion. The choice of urinary diversion after radical cystectomy should always be carried out with great care: parameters concerning the type and extension of the disease, the general conditions of the patient, and the appropriate local possibilities of reconstruction should be considered.

Conclusion. The orthotopic neobladder is the gold standard in patients undergoing cystectomy who wants a satisfactory quality of life.

The management of complications of urinary tract requires careful evaluation of the clinical and general problem related to urinary function and the patient itself, however, in performing such interventions, technical know-

ORIGINAL DIVERSION	SEX	COMPLICATION	RECONVERSION
VIP	M	ANASTOMOSIS DEHISCENCE	ILEAL Conduit
VIP	M	NEOPLASTIC URETHRAL RECURRENCE	ILEAL Conduit
VIP	F	URETHRAL SYNDROME	ILEOCECAL POUCH
ILEAL Conduit	M	NEOPLASTIC URETERAL RECURRENCE	URETEROCUTANEOSTOMY
ILEAL Conduit	M	NEOPLASTIC URETERAL RECURRENCE	URETEROCUTANEOSTOMY
ILEAL Conduit	M	URETERAL STENOSIS	URETEROCUTANEOSTOMY
ILEAL Conduit	M	URETERAL STENOSIS	URETERO-URETERO-OMBELICALSTOMY
ILEOCECAL POUCH	F	URETERAL STENOSIS	URETEROCUTANEOSTOMY

wledge and background versatility must be required which does not preclude the surgeon from choosing original and unexpected, in order to achieve the best solutions for the patient.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_32

ADJUSTABILITY SINGLE INCISION SLING (ALTIS) FOR THE TREATMENT OF FEMALE STRESS URINARY INCONTINENCE, OUR EXPERIENCE

Gentile BC, Albanesi L, Mirabile G, Taricitti P, Rizzo G, Lombardo R, Giulianelli R.

Nuova Villa Claudia, Roma, Italy.

Aim. Stress urinary incontinence (SUI) is a common problem worldwide. The aim of this study is to describe the surgical technique, and middle-term results of the adjustability single incision TOT sling (*Altis*) for the surgical treatment of stress urinary incontinence.

Methods. The patient-reported cure rate, objective cure rate, operative time, postoperative pain, lower urinary tract injuries, groin pain, postoperative voiding difficulties, de novo urgency, vaginal tape erosion, and other related data on both surgical methods were evaluated.

Inclusion criteria. Patients with genuine SUI and patients with SUI plus concomitant procedures as prolapse.

Exclusions criteria. Patients with ISD and or neurogenic incontinence.

Procedure. There are four components that make up the *Altis Single Incision Sling System*: the introducers, the sling, the anchors and the tensioning suture. The anchors are placement into the obturator membrane with the introducers as a set for the inside-out approach. The sling is 7.75 cm and spans from obturator to obturator. Extending from the sides of the sling is a size 1 PP monofilament suture that is attached to the sling body. The suture extending from the sling and through the dynamic anchor or the movable anchor is designed for two way adjustability. The dynamic anchors holding force and suture design prevents sling movement during the tissue in-growth period. This also eliminates the need for a locking mechanism. Following the procedure, the excess suture is cut and discarded.

Results. 30 patients with a mean age of 55 years (from 36 to 79). Follow-up period: 24 months. SUCCESS RATE: (83%) Improved rate: 4% Failure rate: 3%. Mean operating time of sling procedure alone: 11 minutes.

Complications. 3 patients had mesh extrusion solved with estrogens, no voiding difficulties and no dysuria.

Conclusion. *SIMS-Altis* is safe and effective in the treatment of female stress urinary incontinence. The results of the study suggest that the adjustability single incision sling (*Altis*) can be considered a minimally invasive TOT with no-needles and maintaining the same cure rate than our TOT cases at 2 years follow up.

Compared with TVT-O/TOT surgery, *SIMS-Altis* surgery has the same high objective cure rate and patient-reported cure rate and low incidence of perioperative compli-

cations, in addition to its short operative time and low incidence of groin pain. Its long-term efficacy needs further observation.

C_33

SINGLE-INCISION MESH SURGERY (SIMS) FOR THE TREATMENT OF ANTERIOR VAGINAL WALL PROLAPSE, THREE YEARS FOLLOW UP

Gentile BC.

Nuova Villa Claudia, Roma, Italy.

Introduction. The aim of the 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. Forty-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 seven patients were treated via surgery.

Conclusion. 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.

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

C_34**OVERACTIVE BLADDER IN DIABETES MELLITUS PATIENTS: A QUESTIONNAIRE-BASED OBSERVATIONAL INVESTIGATION**

Palleschi G^{1,2}, Pastore AL^{1,2}, Fuschi A1, Al Salhi Y¹, Velotti G¹, Capone L¹, Martoccia A¹, Carbone A^{1,2}.

¹ Urology Unit, Department of Medico-Surgical Sciences and Biotechnologies, ICOT, Faculty of Pharmacy and Medicine, "Sapienza" University of Rome, Latina (LT), Italy;

² URORESEARCH, Nonprofit association for research in Urology, Latina, Italy.

Purpose. Bladder dysfunction, secondary to diabetes, is mainly characterized by poor bladder emptying and overflow incontinence. However, there is evidence in literature that storage symptoms, as those suggestive for overactive bladder (OAB), may also affect people with diabetes. The aim of this study was to evaluate the prevalence of overactive bladder, the complaint of urinary urgency with/without urge incontinence, usually with frequency and nocturia, in people with diabetes compared to healthy subjects (control group).

Methods. Symptoms were assessed through the overactive bladder questionnaire (OAB-q), an investigative tool, specifically developed for OAB diagnosis.

Results. OAB-q scores resulted higher in diabetic people than those of the control group. Age and disease duration resulted in measurements that showed a statistical correlation with the OAB-q scores.

Conclusion. OAB symptoms are more prevalent in diabetic people than in non-diabetic people. This prompts further research to determine whether the onset of OAB symptoms can be considered as an indicator of diabetic neuropathy.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

Conflitto d'interessi: No

C_35**MICROLITIASI TESTICOLARE BILATERALE ASSOCIATA A TUMORE TESTICOLARE BILATERALE IN ETÀ PEDIATRICA-ADOLESCENZIALE: CASE REPORT, ASPETTI DIAGNOSTICI-TERAPEUTICI E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Creti G¹, Latiano C¹, Sebastio N¹, Miglionico L², Ladogana S², Cisternino A¹.

¹ U.O.C. Urologia Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS San Giovanni Rotondo;

² U.O.C. Oncoematologia Pediatrica Ospedale CSS – IRCCS San Giovanni Rotondo.

Introduzione. Dalla prima descrizione di Doherty (1982) il suggestivo quadro ecografico del "cielo stellato" della microlitiasi testicolare (MT) ha suscitato costante e crescente interesse in Letteratura per gli aspetti tuttora incerti e controversi inerenti principalmente il nesso eziopatogenetico con il tumore testicolare oltre che l'associazione con altre patologie (infertilità, criptorchidismo, CIS, atrofia testicolare, disgenesi gonadica). La "nebulosità" più inquietante che appare nel cielo stellato della MT rappresenta ancora oggi il

dilemma interpretativo se considerare l'MT- tumore testicolare come una correlazione di causa-effetto o se considerare puramente "incidentale" l'evidenza della MT-tumore testicolare al momento della diagnosi ed, ancora, se assegnare all'MT un ruolo di potenziale condizione precancerosa in soggetti a rischio per tumore testicolare ed, infine, quale significato attribuire all'associazione MT-CIS.

Obiettivo. Gli Autori, nell'ambito della loro esperienza clinica sulla MT e sui tumori testicolari, riportano un singolare caso di MT bilaterale diagnosticata in età pediatrica-adolescenziale successivamente all'insorgenza di un teratocarcinoma metastatico in sede retroperitoneale e conclusosi con l'evidenza finale di un tumore a cellule germinali in entrambe le gonadi.

Materiali e Metodi. B.S, di 15 aa. viene ricoverato d'urgenza per comparsa di dolori addominali diffusi ed ingravescenti, massa addominale palpabile nei quadranti addominali di dx, severa anemizzazione. Dal *work-up* diagnostico iniziale (ECO addome, TAC addome) emerge il dato significativo di una voluminosa lesione espansiva retroperitoneale (18 x 6,5 cm) caratterizzata da sporadiche calcificazioni e da ampie aree di necrosi colliquativa, dalla compressione-dislocazione della v. cava inferiore e dei vasi iliacy di dx. Considerata la gravità del quadro di presentazione, il paziente viene rapidamente avviato all'intervento chirurgico, purtroppo, con solo finalità diagnostiche, data l'impossibilità di un'exeresi chirurgica radicale della massa tenacemente adesa alla parete posteriore del duodeno e della v. cava inferiore. La diagnosi istopatologica depone per una neoplasia germinale maligna con caratteristiche di teratocarcinoma secretivo. Avviato ad un programma di chemioterapia citoriduttiva neoadiuvante (TCGM-04) il paziente effettua 4 cicli di PEB ed a distanza di circa 6 mesi dal primo intervento viene sottoposto all'exeresi della massa eteroplastica residua con istologico definitivo che attesta le vaste aree di necrosi teratocarcinomatosa e l'assenza di metastasi linfonodali locoregionali. Nel *follow-up* successivo la TAC addome documenta la presenza di uno scarso residuo tumorale (2,5 x 5 cm) in assenza di tumefazioni linfadenopatiche mediastiniche e retroperitoneali. A distanza di circa un anno dall'esordio del quadro clinico descritto, per la comparsa di un modesto varicocele sn, il paziente effettua una consulenza urologica che segna incidentalmente "la svolta finale" in senso diagnostico-terapeutico in quanto la "semplice" ecografia scrotale evidenzia un quadro conclamato di microlitiasi testicolare bilaterale con la contestuale presenza di aree ipoecogene sospette in entrambe le gonadi (2 a sn ed 1 a dx).

Pur nella condizione di grave stress psicofisico per l'aggressività dei trattamenti chirurgici e polichemioterapici vissuti, con il consenso condiviso del paziente e dei suoi famigliari, dopo la procedura di crioconservazione del liquido seminale, si è proceduto all'atto finale dell'orchifunilectomia bilaterale+posizionamento protesico. L'esame istopatologico definitivo ha rilevato in entrambe le gonadi la presenza di neoplasia germinale

maligna tipo seminoma con adiacente neoplasia germinale in situ (GCNIS) (*intratubular seminoma type*) in un contesto diffuso di MT pT1a pN0 V0 L0 R0.

Discussione e Conclusioni. La straordinaria “singolarità” del caso clinico presentato risiede nella mancata valutazione urologica iniziale giustificata, peraltro, dall’impotenza e dalla gravità del quadro clinico di presentazione (massa addominale palpabile, severa anemia), dall’assenza di segni e sintomi a carico dei testicoli e dal rassicurante *follow-up* clinico-strumentale. La valutazione urologica unitamente all’ecografia scrotale avrebbe modificato sensibilmente il “pesante” percorso terapeutico effettuato escludendo la laparotomia esplorativa iniziale a scopo diagnostico, limitandosi ad una meno invasiva esplorativa chirurgica scrotale in grado di fornire in maniera adeguata gli strumenti di valutazione per il corretto trattamento chirurgico e polichemioterapico del caso.

C_36

PUNTURA LASER MULTIPLA («WATERING CAN PUNCTURE») DI URETEROCELE ECTOPICO IN ETÀ PEDIATRICA E DI URETEROCELE ORTOTOPICO IN ETÀ ADULTA

Creti G¹, Sebastio N¹, Latiano C¹, Santodirocco M¹, Palladino D², Miglioranza E³, Guacci P⁴, Cisternino A¹.

¹ UOC Urologia Osp. Casa Sollievo della Sofferenza - IRCCS - San Giovanni Rotondo (FG);

² Imaging Osp. Casa Sollievo della Sofferenza - IRCCS - San Giovanni Rotondo (FG);

³ Clinica Urologica Università del Sacro Cuore – Policlinico “A. Gemelli” Roma;

⁴ UOC Neonatologia Osp. Casa Sollievo della Sofferenza - IRCCS - San Giovanni Rotondo (FG).

Introduzione. La gestione dell’ureterocele (UTC) continua a suscitare vivo interesse ed un ampio dibattito in Letteratura per gli aspetti controversi e tuttora irrisolti relativi ai criteri di scelta della più idonea, sicura, non invasiva ed efficace opzione terapeutica attualmente disponibile. Se intorno alla decompressione endoscopica dell’UTC sembra coagularsi il consenso generale come trattamento di prima scelta per la maggior parte dei casi, rimane aperta la discussione sull’identificazione del gold standard endoscopico: elettrocoagulazione, incisione con lama fredda, recente impiego della tecnologia laser. Gli Autori sulla base della selezione e revisione critica della propria casistica presentano 2 modelli di trattamento laser relativi, rispettivamente, ad UTC ectopico in età pediatrica precoce ed ad UTC ortotopico in età adulta, evidenziando le peculiarità della propria tecnica, il profilo di sicurezza e di efficacia di tale procedura endoscopica.

Materiali e Metodi. Nell’ambito della propria casistica relativa a 51 pz. (M/F: 19/32) affetti da DPU e da anomalie associate, osservati dal 1996 al 2013 in età compresa fra 23 gg e 16 aa. (media di 3,6 aa.) e con un *follow-up* medio di 6,2 aa., l’UTC è stato associato in 23 casi (45%) (14 ectopici e 9 ortotopici). Il trattamento iniziale endoscopico dell’UTC è stato effettuato in 18 pz:

- a) Incisione endoscopica 12 pz (3 con Bugbee 3 Fr; 9 Fibra laser (diodi, holmio);
- b) Puntura laser multipla 6 pz: (Ho-YAG laser, fibra da 365 millimicron, potenza 0.5W, 0.8 Hz).

Risultati. L’incisione endoscopica dell’UTC è risultata efficace (risoluzione o riduzione) nel 73.6% dei casi (8/14 UTC ectopici (57,1%) ed in 8/9 UTC ortotopici (88.8%). Il RVU secondario è stato registrato in 8 casi (34,7%). Gli ultimi 6 casi consecutivi di UTC (4 ectopici, 2 ortotopici) sono stati trattati con modifica di tecnica consistente nella puntura multipla (“watering can puncture” con laser ad olmio) che ha prodotto la soddisfacente decompressione della sacca ureterocelica e l’assenza di reflussi vescico-ureterali secondari.

Conclusioni. Nell’ambito delle diverse opzioni terapeutiche attualmente disponibili, il trattamento laser dell’UTC rappresenta una procedura mininvasiva, sicura, efficace; la disponibilità di piccole fibre la rende più consona ed adeguata in età neonatale, più precisa ed accurata rispetto alle altre procedure endoscopiche, vaporizza il tessuto trattato più che coagularlo riducendo il rischio di nuova chiusura, riduce la morbidità per una chirurgia secondaria ed, in particolare, l’introduzione di modifiche di tecnica, quale la puntura multipla vs l’incisione-laser sembra incidere positivamente sull’outcome con una minore incidenza di reflussi vescico-ureterali de novo.

C_37

NEUROMODULAZIONE SACRALE CON DUPLICE ELETTRODO NEL TRATTAMENTO SINTOMATICO DELLA CISTITE INTERSTIZIALE REFRATTARIA

Sebastio N, Colella A, Santodirocco M, Cisternino A.

IRCCS - Casa Sollievo della Sofferenza U.O.C. Urologia - San Giovanni Rotondo (FG).

Introduzione. La Cistite Interstiziale (CI), denominata anche Sindrome Dolorosa della Vescica (*Painful Bladder Syndrome* - PBS), è una condizione che può diventare seriamente invalidante, caratterizzata da dolore pelvico, pressione o disagio legato alla vescica associato a sintomi del basso tratto urinario come nella vescica iperattiva da almeno sei settimane, in assenza di una comprovata infezione e di altre ovvie patologie.

Il fallimento delle terapie tradizionali per la CI può essere attribuito ad una comprensione incompleta della fisiopatologia di questa affezione.

Recentemente, la neuromodulazione sacrale sembra rappresentare una valida alternativa nel trattamento delle disfunzioni del basso tratto urinario in casi selezionati. Il meccanismo di azione è soltanto parzialmente noto, ma sembra coinvolgere la modulazione nel midollo spinale per via della stimolazione degli interneuroni inibitori. Questa tecnica è attualmente indicata nel trattamento della vescica iperattiva asciutta e bagnata, ma anche nei casi di ritenzione cronica non ostruttiva e nella sindrome del dolore pelvico cronico.

Materiali e Metodi. Lo studio ha valutato l’efficacia della neuromodulazione sacrale con impianto di elettrodi

bilaterali nel trattamento dei sintomi della cistite interstiziale refrattaria in una giovane donna di 42 anni che continua ad essere seguita a *follow up* da 10 anni.

La paziente affetta da cistite interstiziale istologicamente confermata da biopsia è stata da noi sottoposta nel 2007 a PNE monolaterale con una deludente risposta.

Abbiamo quindi posizionato bilateralmente un elettrodo definitivo quadripolare in S3 connesso a uno speciale generatore di impulsi esterno provvisorio con una brillante risposta sul miglioramento della sintomatologia disurica. La paziente è stata quindi sottoposta a impianto di uno specifico neurostimolatore che permette la duplice stimolazione bilaterale degli elettrodi.

Risultati. La paziente seguita a *follow up* da 10 anni, continua stretto controllo ogni 6 mesi e poche sono state le modifiche apportate ai parametri di stimolazione, il generatore di impulsi, esaurito dopo sei anni è stato sostituito. La qualità della vita è migliorata ed è stata valutata con i punteggi dell'*Interstitial Cystitis Symptom Index* e dell'*Interstitial Cystitis Problem Index* e si sono ridotti rispettivamente da 18 a 5 e da 16 a 4). Il dolore è diminuito da 6 a 1 punto in una scala da 0 a 10. I risultati di questo caso clinico e la nostra esperienza nel campo della neuro modulazione sacrale hanno dimostrato che la NMS è un trattamento sicuro ed efficace nella disfunzione da svuotamento della vescica e nei casi con dolore pelvico associato a disfunzione da svuotamento della vescica nei pazienti con cistite interstiziale che sono refrattari ad altri trattamenti.

Conclusioni. Nella nostra esperienza i sensibili miglioramenti ottenuti sulla qualità di vita indicano che si tratta di una metodica di seconda scelta talvolta risolutiva, anche se richiede un'accurata selezione dei pazienti.

In letteratura molteplici sono i lavori che evidenziano i risultati della neuro modulazione sacrale, pochi sono i lavori con pazienti sottoposti a un duplice impianto bilaterale con un generatore di impulsi che stimola due elettrodi o con doppio generatore che stimolano rispettivamente due elettrodi.

La neuromodulazione sacrale cronica bilaterale si rende necessaria in particolare nei casi in cui la valutazione nervosa percutanea monolaterale fallisce. Pare che la stimolazione bilaterale non incrementi la risposta eccitatoria, ma aumenta l'inibizione della vescica ad un'intensità di stimolazione inferiore.

Noi proponiamo di testare il paziente bilateralmente con il duplice elettrodo in casi selezionati specie se affetti da dolore pelvico cronico nel caso in cui un PNE test omolaterale abbia dato risultati insoddisfacenti.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C_38

VALUTAZIONE URODINAMICA NEL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI AFFETTI DA SPINA BIFIDA

Sebastio N, Creti G, Croce M, Beccia E, Colella A, Cisternino A.

IRCCS - Casa Sollievo della Sofferenza U.O.C. Urologia - San Giovanni Rotondo (FG).

Scopo. Ci proponiamo due obiettivi principali per la cor-

retta gestione neuro-urologica dei pazienti con mielodisplasia: proteggere le alte vie urinarie e la vescica da lesioni funzionali e morfologiche irreversibili e trattare i sintomi urinari per migliorare la qualità della vita dei bambini in modo che possano partecipare alla vita sociale.

Materiali e Metodi. I risultati dei pazienti sottoposti a controlli urodinamici durante il periodo di *follow-up* sono stati confrontati con i risultati precedenti e sono stati determinati i loro percorsi clinici.

Valutiamo le variazioni urodinamiche ottenute e le variazioni delle opzioni terapeutiche adottate nel tempo. Tra i parametri valutati: l'eventuale necessità del cateterismo intermittente pulito, l'eventuale necessità di irrigazioni trans anali per la stipsi neurogena, la terapia farmacologica anticolinergica, la necessità di procedure chirurgiche urologiche associate rese necessarie (chirurgia dei genitali, iniezioni di tossina botulinica intra detrusoriale, correzione dei reflussi vescico ureterali).

Sono stati esaminati i risultati degli studi urodinamici eseguiti durante il monitoraggio e valutato il trattamento proposto ai pazienti.

Risultati. Sono stati valutati retrospettivamente le cartelle cliniche e gli esami urodinamici eseguiti in *follow up* dai pazienti affetti da spina bifida seguiti dal nostro centro da un gruppo multidisciplinare.

I pazienti vengono sottoposti a visite urologiche di controllo ogni 6 mesi muniti di esame urine, urinocoltura e diario minzionale, annualmente a esame ecografico delle vie urinarie e ogni 18 mesi circa ad esame urodinamico completo. Dal 2010 al 2018 sono stati eseguiti 518 esami urodinamici sempre dallo stesso medico specialista.

Abbiamo arruolato 187 pazienti (84 maschi e 103 femmine) affetti da spina bifida, dell'età compresa tra 4 e 28 anni, che riportavano diverse alterazioni della dinamica minzionale.

142 pazienti eseguono il cateterismo intermittente pulito, 18 pazienti sono stati sottoposti a iniezioni di tossina botulinica per aumentare la compliance detrusoriale, 2 pazienti sono state sottoposte a chirurgia dei genitali per facilitare l'autocateterismo vescicale, 12 pazienti sono stati sottoposti a iniezioni ostruenti il meato ureterale per la correzione dei reflussi vescico ureterali.

Verranno discussi gli ulteriori trattamenti proposti e i risultati in qualità di vita e autonomia acquisita dai pazienti.

Conclusioni. Un inquadramento urodinamico è un elemento fondamentale per questa patologia specialmente in età pediatrica e questo significa che per il bambino è indispensabile ricorrere a centri specializzati di urologia pediatrica, che abbiano preferibilmente personale dedicato, condizione necessaria per ottenere la collaborazione e la tranquillità del paziente.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C_39**IMPATTO ECONOMICO DELL'INTRODUZIONE DELLA CHIRURGIA LASER NEL TRATTAMENTO DELL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA**

Maruccia S¹, Cacace G¹, Galbiati G¹, Spiga P¹, Palleschi G², Pastore AL², Carmignani L³, Casellato S¹.

¹ Istituti Clinici Zucchi GSD Monza;

² Sapienza Università Roma. Ospedale Icot. Latina;

³ Policlinico San Donato GSD.

Scopo. Presso gli Istituti Clinici Zucchi di Monza, dal gennaio 2017, con il cambiamento dell'equipe urologica, è stato introdotto il laser al Tulio nel trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna.

Prima dell'introduzione del Tulio, le opzioni chirurgiche prevedevano bTURP e adenomectomia in mano di due operatori esperti con oltre 500 procedure ciascuno. La nuova equipe era a sua volta esperta sulla metodica laser.

Abbiamo quindi valutato l'impatto economico e gestionale dell'introduzione della chirurgia laser al Tulio nel trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna.

Materiali e Metodi. Con la nostra direzione sanitaria, abbiamo analizzato tutte le adenomectomie e bTURP eseguite nel 2016, confrontate con le ThuVEP eseguite dal 2017.

Abbiamo valutato tempo di occupazione della sala operatoria, tempo di degenza e costo procedura. Abbiamo

quindi valutato il numero totale di procedure svolte dal 2016 al primo trimestre 2018.

Risultati. Abbiamo assistito ad un sensibile aumento del numero di procedure per ipertrofia prostatica (+20%). Il tempo medio di degenza è passato da 7.2 (adenomectomia) e 4.22 (bTURP) a 2 giorni con un risparmio medio del 53% vs TURP e 72% vs adenomectomia. (Costo medio per giornata di degenza 674€). I tempi operatori si sono ridotti del 52% vs adenomectomia e del 35% vs TURP. Costo/procedura della ThuVEP è maggiore del 25% rispetto ad un'adenomectomia e del 22% rispetto alla bTURP.

Il solo azzeramento del numero di trasfusioni ha portato ad un risparmio di 2353,80€ il numero di Thulep dal primo trimestre 2017 al primo trimestre 2018 è aumentato del 79%.

Conclusioni. A fronte di un contenuto aumento del costo/procedura, l'introduzione della chirurgia laser ha ridotto sensibilmente i costi in termini di occupazione della sala operatoria, di occupazione media del posto letto e dell'azzeramento delle richieste di trasfusioni. L'introduzione del laser comporta inoltre un aumento dell'utenza per patologia specifica. La riduzione della degenza e l'aumento della casistica portano globalmente ad una ottimizzazione ed una razionalizzazione delle risorse umane e strutturali.

	2017 THUVEP		2016	
			ADENOMECTOMIE	bTURP
Interventi ThuVEP	72 (17%)		16 (6%)	44 (15%)
Tot Interventi	415		282	
SSN	56		15	37
Solvenza	16 (23%)		1 (6%)	7 (16%)
Degenza (gg)	2		7,2	4,22
Costo Medio SSN	2.284,34		4.565,00	2.484,99
Durata Procedura min	64,5 (15-180)		133 (20-219,43)	99 (58,86-206,57)
Costo Medio Procedura €	171,00		127,00	133,00
Trasfusioni	0		10 (costo trasfusione € 235.38)	
	Costo fibra 800	80/procedura		
Costo/gg medio degenza	674 *			

	1 trimestre 2017	1 trimestre 2018
Interventi ThuVEP	19	34

* Ministero dell'Economia e delle Finanze – Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica (2004) http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivita/Bilancio_di_previsione/Missioni_e_programmi_delle_ACdS/LaPrecedentestrutturadelbilancio468/Libro-verde-sulla-spesa-pubblica/Sanit-.pdf

P_13**TRATTAMENTO DELLE STENOSI URETRALI BULBARI: VALUTAZIONE DEI RISULTATI A LUNGO TERMINE IN 1247 PAZIENTI****Barbagli G¹, Sansalone S², Balò S¹, Rimondi C¹, Lazzeri M³.**¹ Centro Chirurgico Toscano - Arezzo, Italy;² Department of Experimental Medicine and Surgery, University of Tor Vergata - Rome, Italy;³ Department of Urology, Humanitas Clinical and Researcher Center, Humanitas University - Rozzano, Italy.

Scopo. Abbiamo investigato il risultato a lungo termine del trattamento delle stenosi uretrali bulbari usando tecniche differenti.

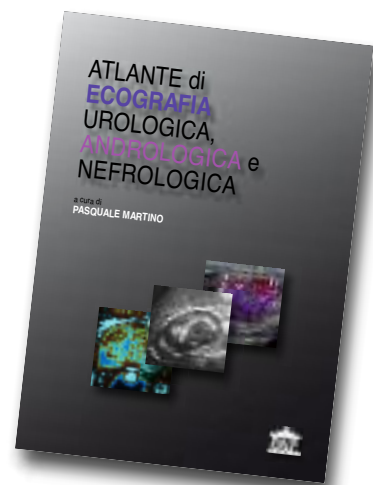
Materiali e Metodi. Abbiamo fatto un studio retrospettivo in pazienti con stenosi uretrale bulbare escludendo i pazienti con stenosi uretrale peniena (ipospadia fallita, lichen sclerosus) e pazienti che non avevano un completo *follow-up*. Lo scopo primario dello studio è stato quello di valutare i risultati complessivi del trattamento (successo vs fallimento) utilizzando tecniche diverse; quello secondario era quello di valutare i risultati in accordo con tutte le altre tecniche chirurgiche. Una uretrocistografia è stata eseguita dopo un mese dal trattamento a tutti i pazienti. I pazienti sono stati valutati cli-

nicamente con, l' uroflussometria e valutazione del residuo post minzionale ogni 6 mesi per i primi due anni post intervento e successivamente una volta all'anno. Quando i pazienti mostravano sintomi ostruttivi, $Q_{max} < 12$ ml/sec, l'uretrocistografia veniva ripetuta. Pazienti che ripresentavano una stenosi venivano classificati come fallimentari.

Risultati. Sono stati inclusi 1247 pazienti (mean age 40 aa) la lunghezza media della stenosi era di 4 cm (range 1-8). *Follow-up* medio di 103 mesi (range 12-362). In 916 pazienti (73.5%) hanno avuto successo e 331 (26,5%) un fallimento. Quattordici diverse tecniche chirurgiche hanno mostrato un tasso di successo che variava dall'87,5% al 14,3% con un *follow-up* a lungo termine. L'uretroplastica con mucosa orale ha mostrato un successo del 78% contro il 48% dell'utilizzo della cute peniena.

Conclusioni. I nostri risultati hanno mostrato che il trattamento della stenosi uretrale bulbare è soddisfacente sul 73,5% dei pazienti, ma con una vasta gamma di percentuale di successo (dal 14,3% all'87,5%) utilizzando diverse tecniche e con un lungo *follow-up*. La mucosa orale risulta essere molto superiore alla cute come materiale sostitutivo.

ATLANTE di **ECOGRAFIA** UROLOGICA, **ANDROLOGICA** e NEFROLOGICA



a cura di
PASQUALE MARTINO



124 autori
592 pagine
+ di 1500 immagini ecografiche
61 video
Hardcover
Cofanetto



Prezzo speciale per Congresso
UrOP 2018 € 120,00*

Acquistabile inviando un'e-mail a:
atlantediecografia@gmail.com

indicando il codice sconto: **CONGR18**

** IVA e Spese di spedizione comprese*