



XXVIII Congresso Macroregionale SIA
Sezione Lombardo-Piemontese-Valdostana
Sabato 18 giugno 2016
Auditorium Istituto G. Redaelli - Milano

**IO LO FACCIÒ COSÌ: INNOVAZIONI NEI PERCORSI TERAPEUTICI,
RIABILITATIVI E NELLE TECNICHE CHIRURGICHE MADE IN LPV**

I SESSIONE

L'impianto protesico tricomponente con approccio peno-scrotale “SEPTUM SPARING”

Francesco Varvello MD, FEBU, FECSM
Enrico Conti MD, FECSM

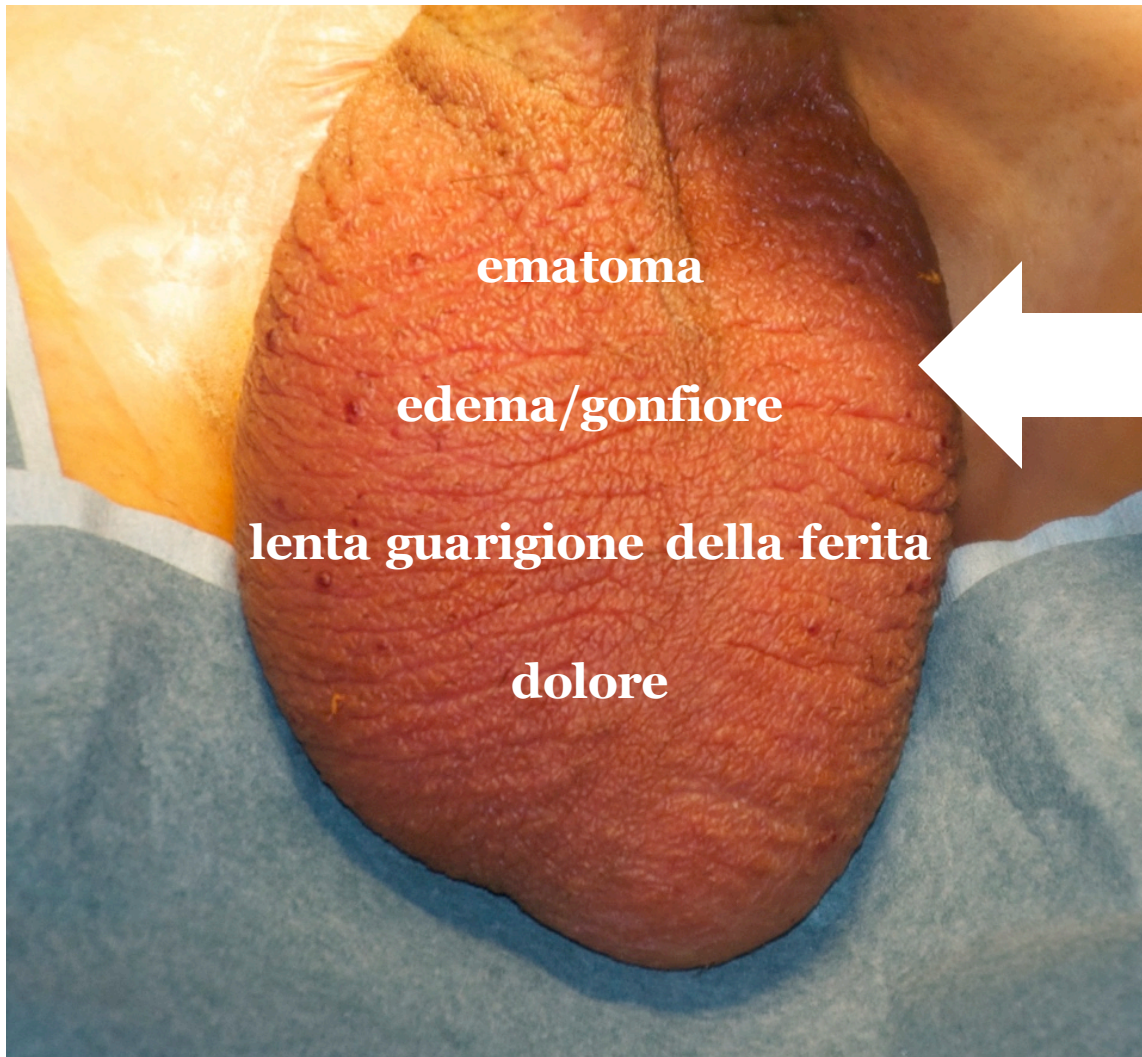


S.C. Urologia
P.O. San Lazzaro ASL CN 2
Alba



S.C. Urologia
P.O. Levante Ligure ASL 5
Sarzana – La Spezia

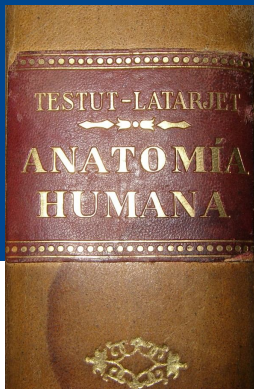
ACCESSI CHIRURGICI



- peno-scrotale
- infrapubico

?

Come fare per ridurre al minimo le
complicanze scrotali?



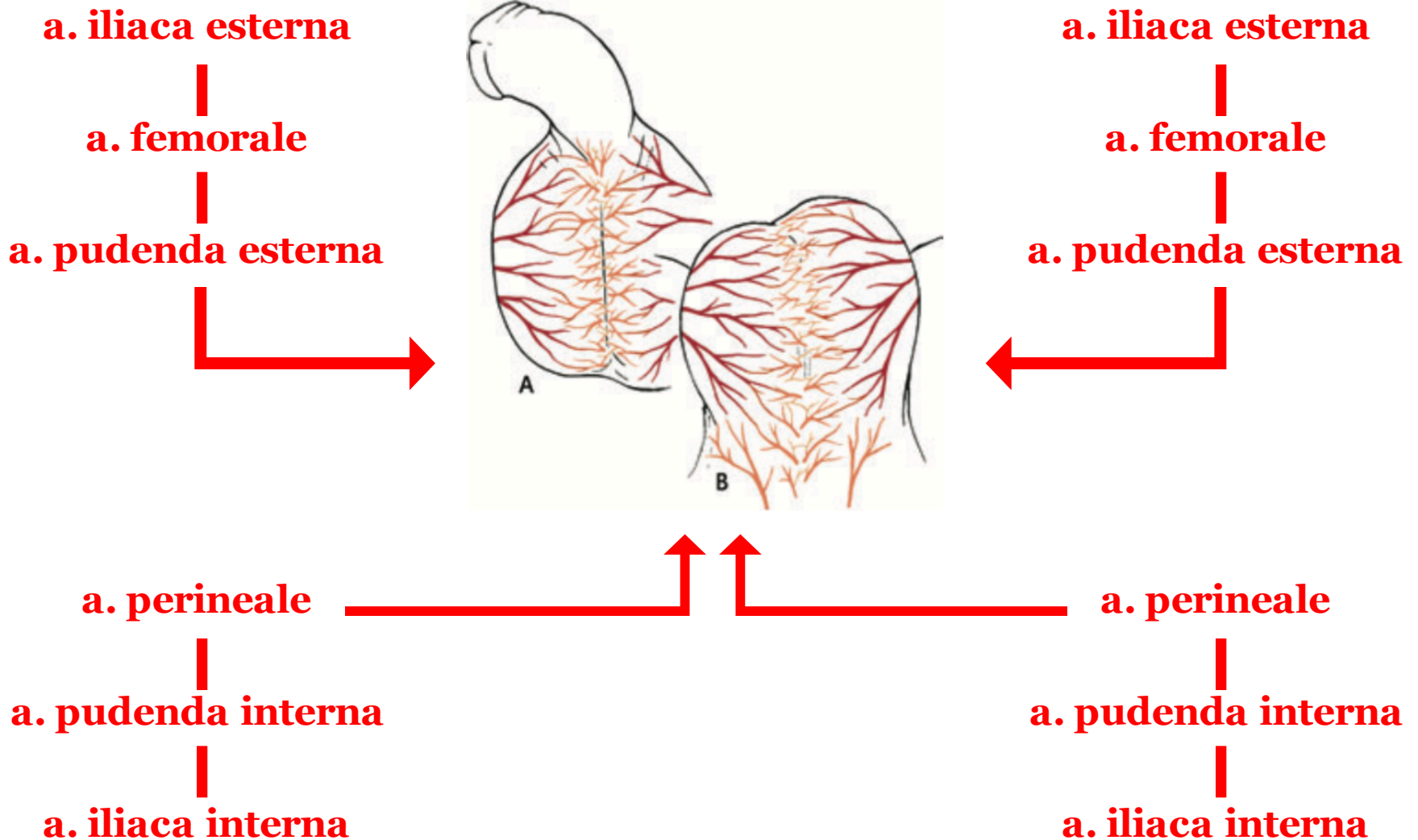
ANATOMIA DELLO SCROTO

2. Dartos. — Il dartos è un sottile strato giallastro, formato da fibrocellule muscolari lisce, che soppanna la faccia profonda della cute, alla quale intimamente aderisce (onde la tendenza delle labbra delle ferite dello scroto ad accartocciarsi in dentro), e con la quale si confonde interamente dal punto di vista chirurgico.

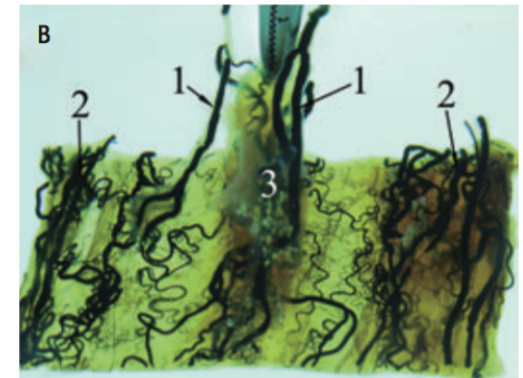
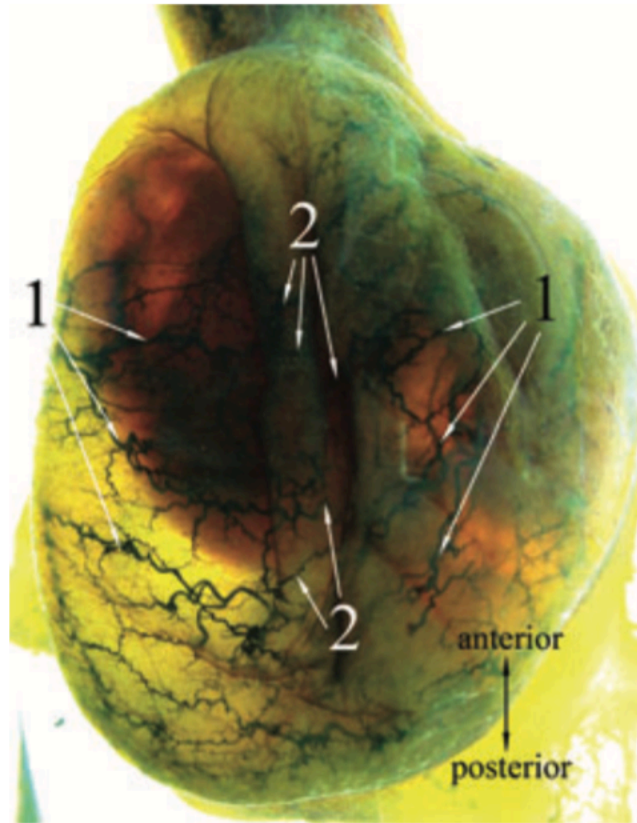
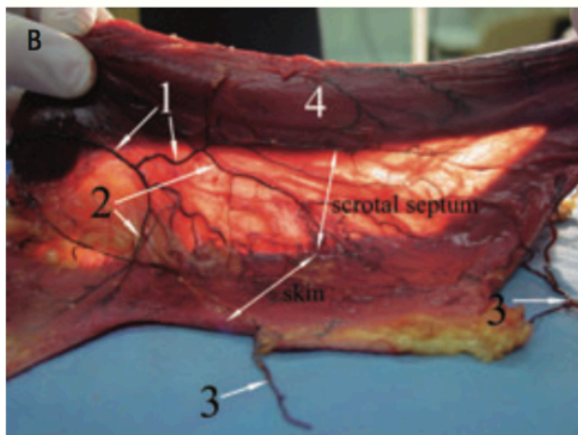
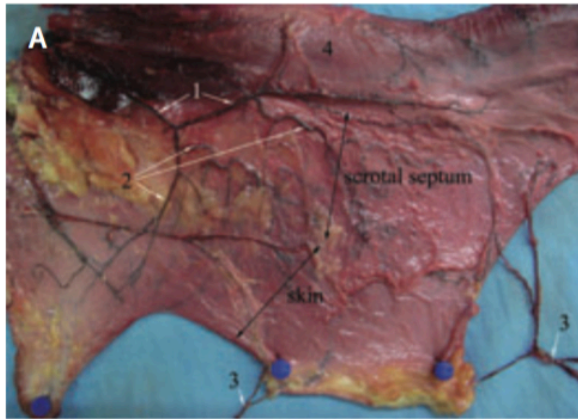
Come ha fatto notare TILLAUX, il dartos è un vero muscolo pellicciaio, che si contrae sotto l'influenza del freddo, che si rilascia invece al calore e la cui tonicità diminuisce con l'età. Da questo fatto dipendono i diversi aspetti sotto

Sul rafe, il dartos dà origine ad una specie di setto (*setto scrotale*), che si dispone in senso sagittale e divide così lo scroto in due metà, l'una destra, l'altra sinistra, ciascuna metà contenendo il corrispondente testicolo con i relativi involucri: così si spiega perchè i versamenti emorragici che si fanno nello scroto, tendono a restare localizzati da un lato solo.

ARTERIE DELLO SCROTO

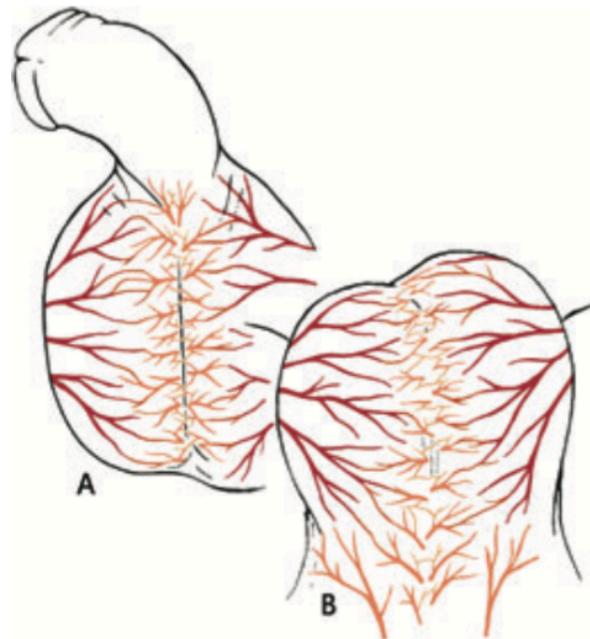


ARTERIE DELLO SCROTO



NERVI DELLO SCROTO

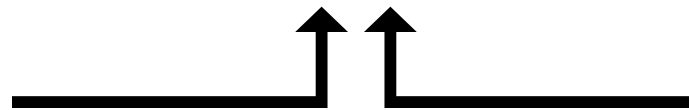
plesso lombare
|
n. genitofemorale
n. ileoipogastrico
n. ileoinguinale



plesso lombare
|
n. genitofemorale
n. ileoipogastrico
n. ileoinguinale

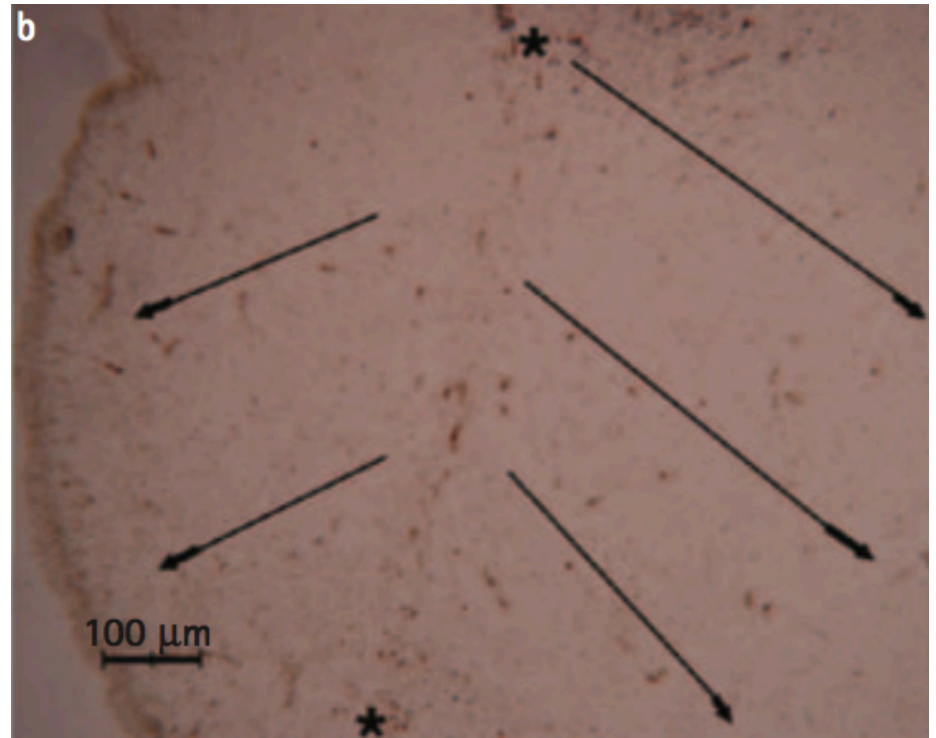
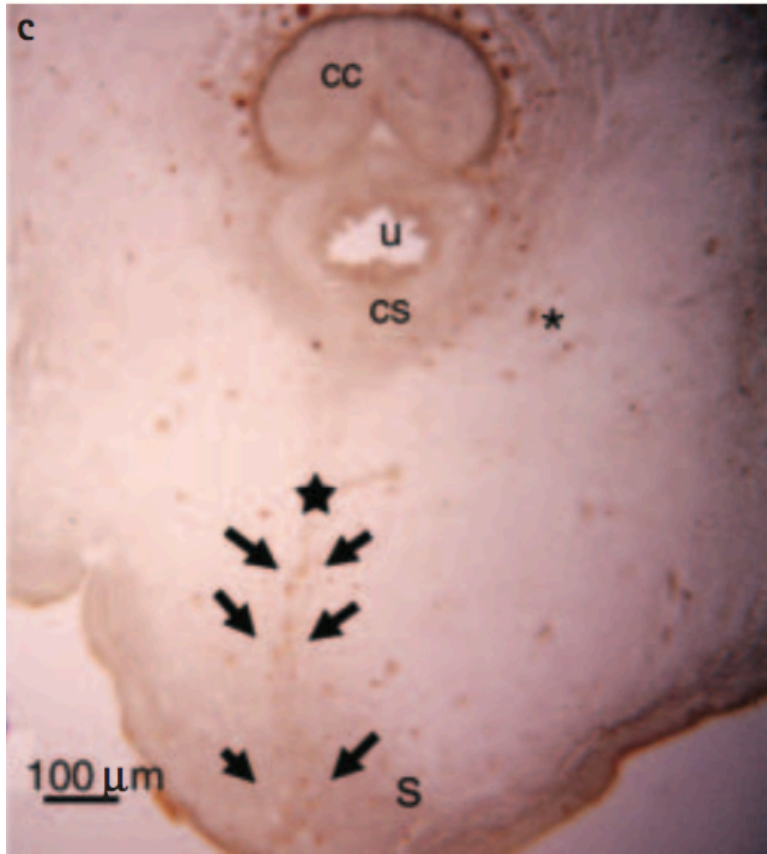


n. perineale
|
n. pudendo
|
plesso sacrale

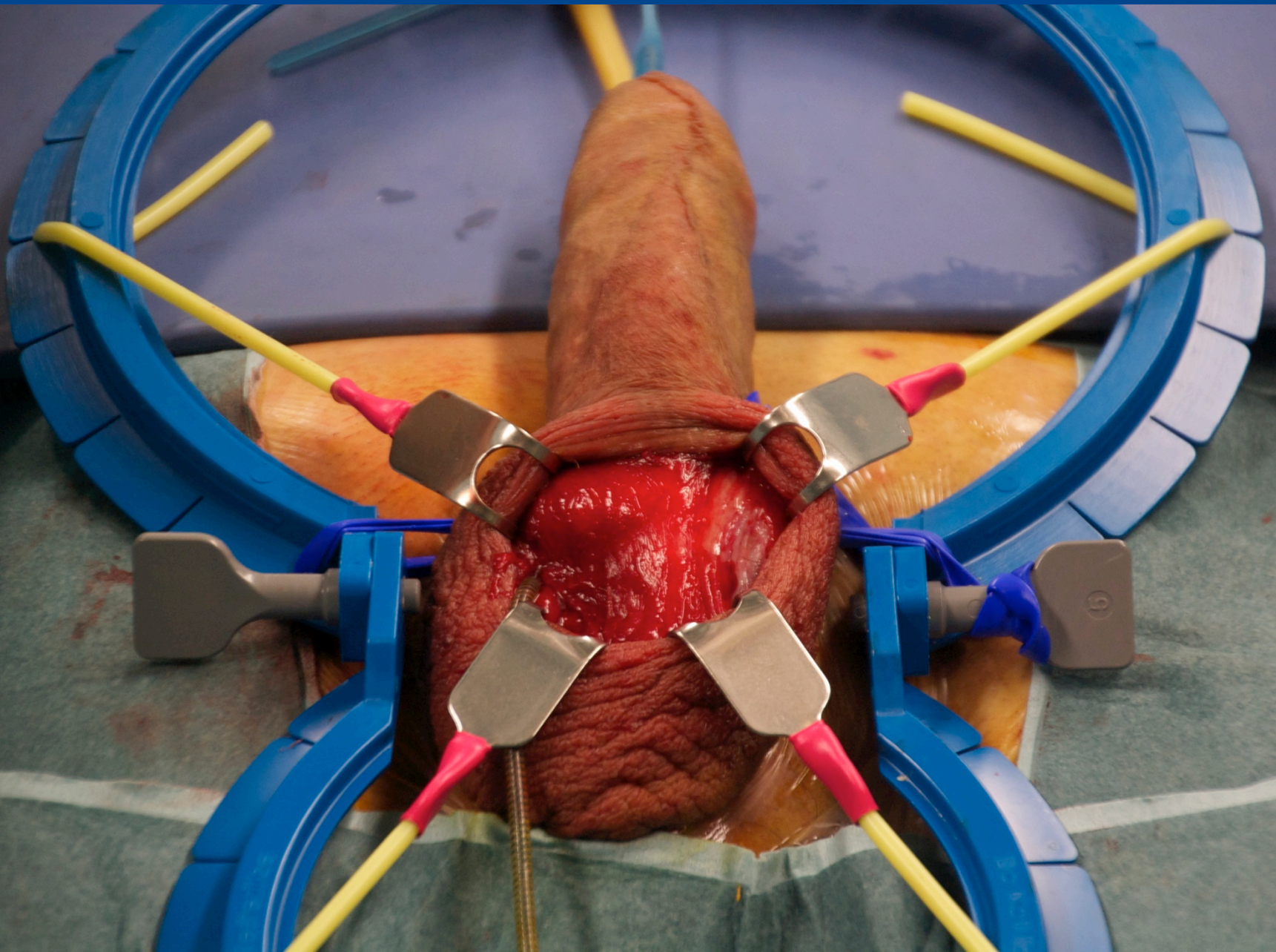


n. perineale
|
n. pudendo
|
plesso sacrale

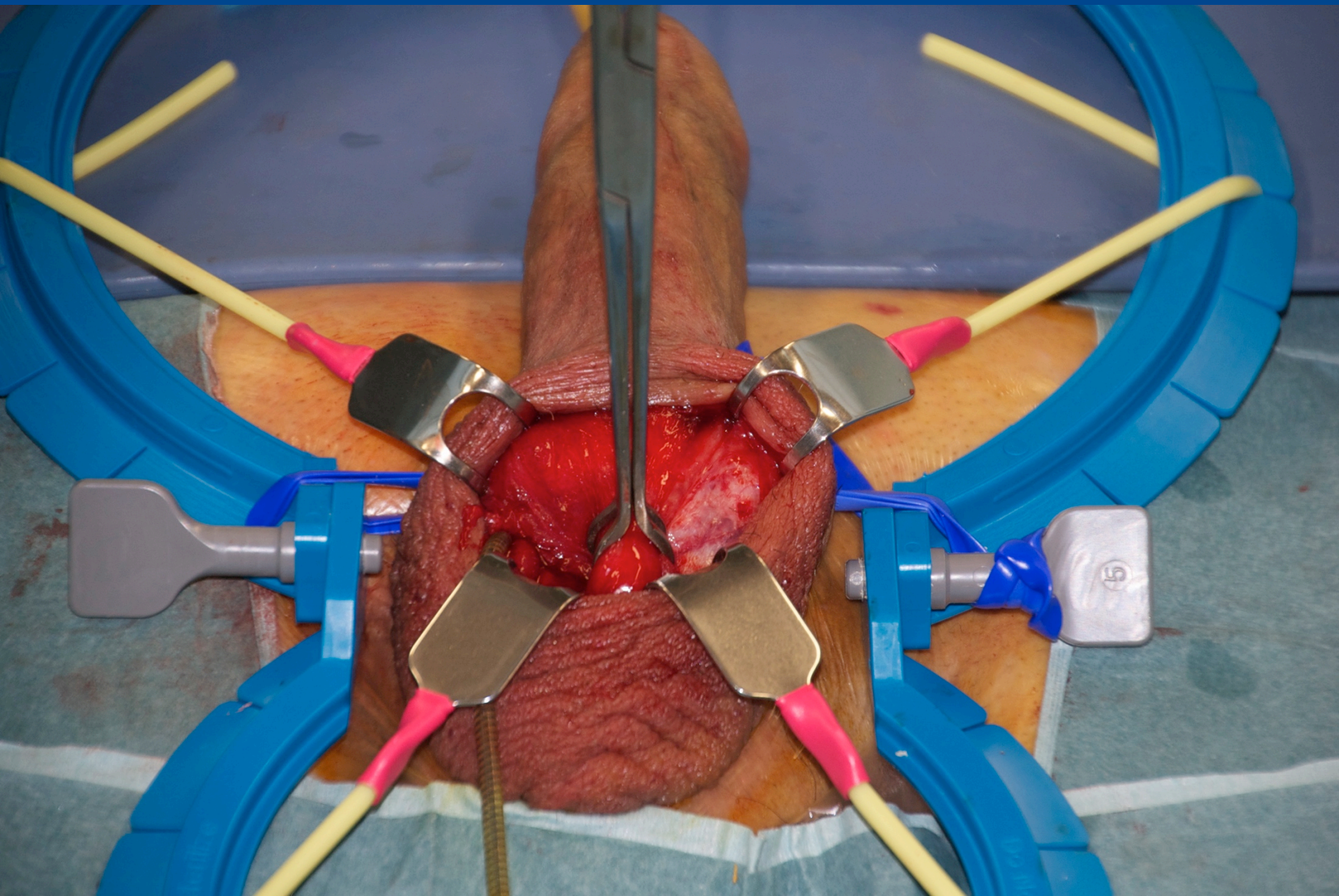
NERVI DELLO SCROTO



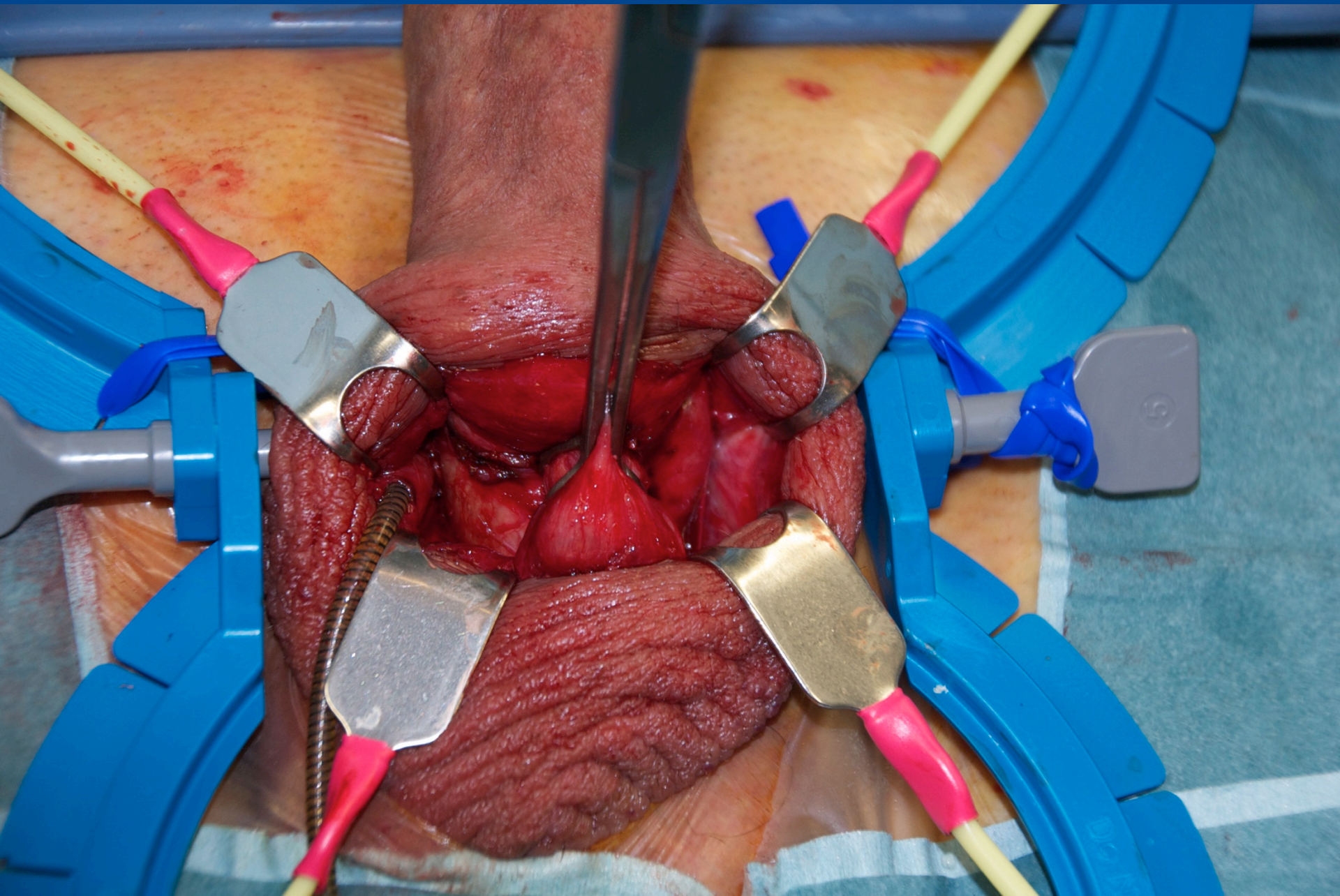
INCISIONE CUTANEA



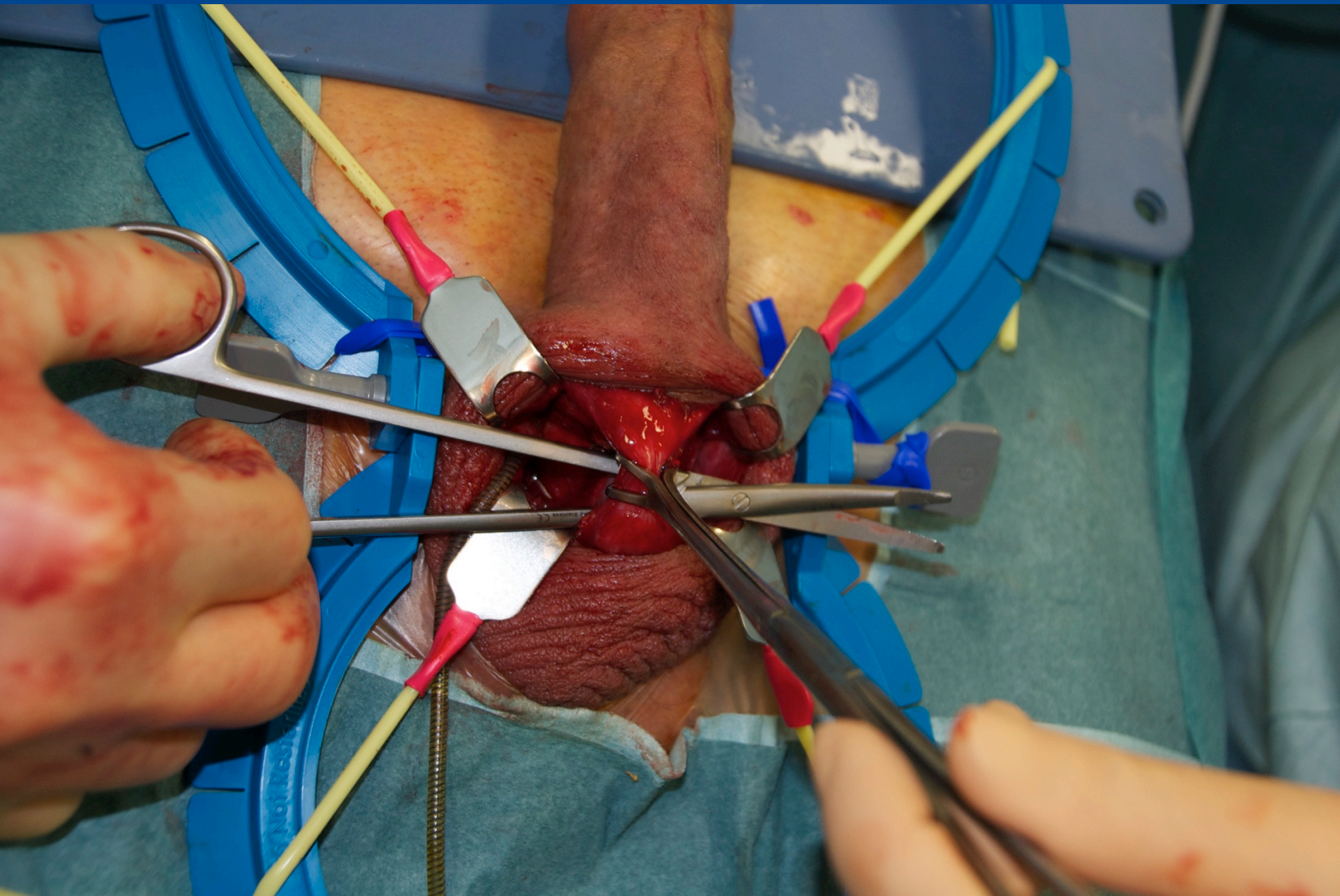
INDIVIDUAZIONE DEL SETTO SCROTALE



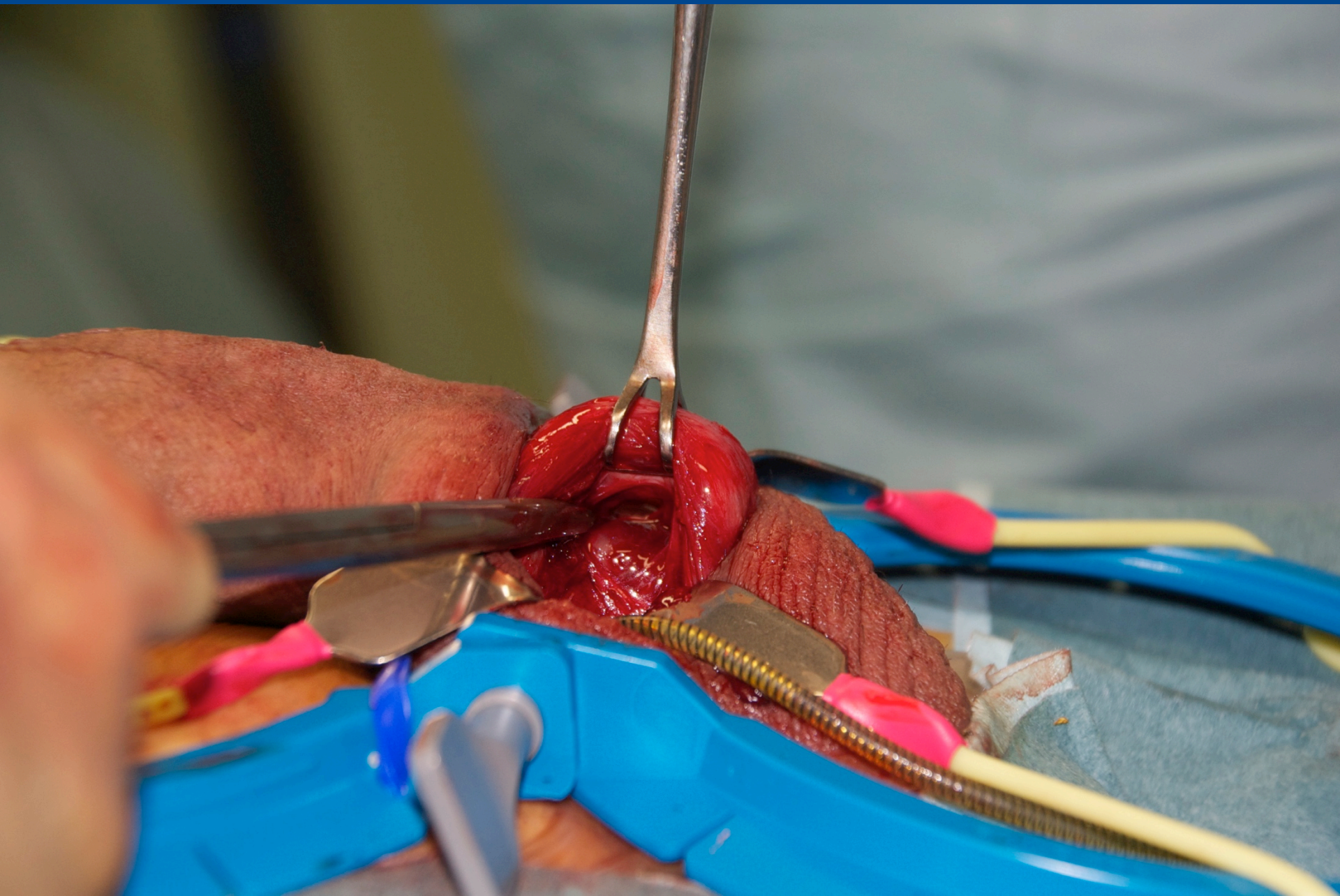
SEPARATA ESPOSIZIONE DEI C. CAVERNOSI



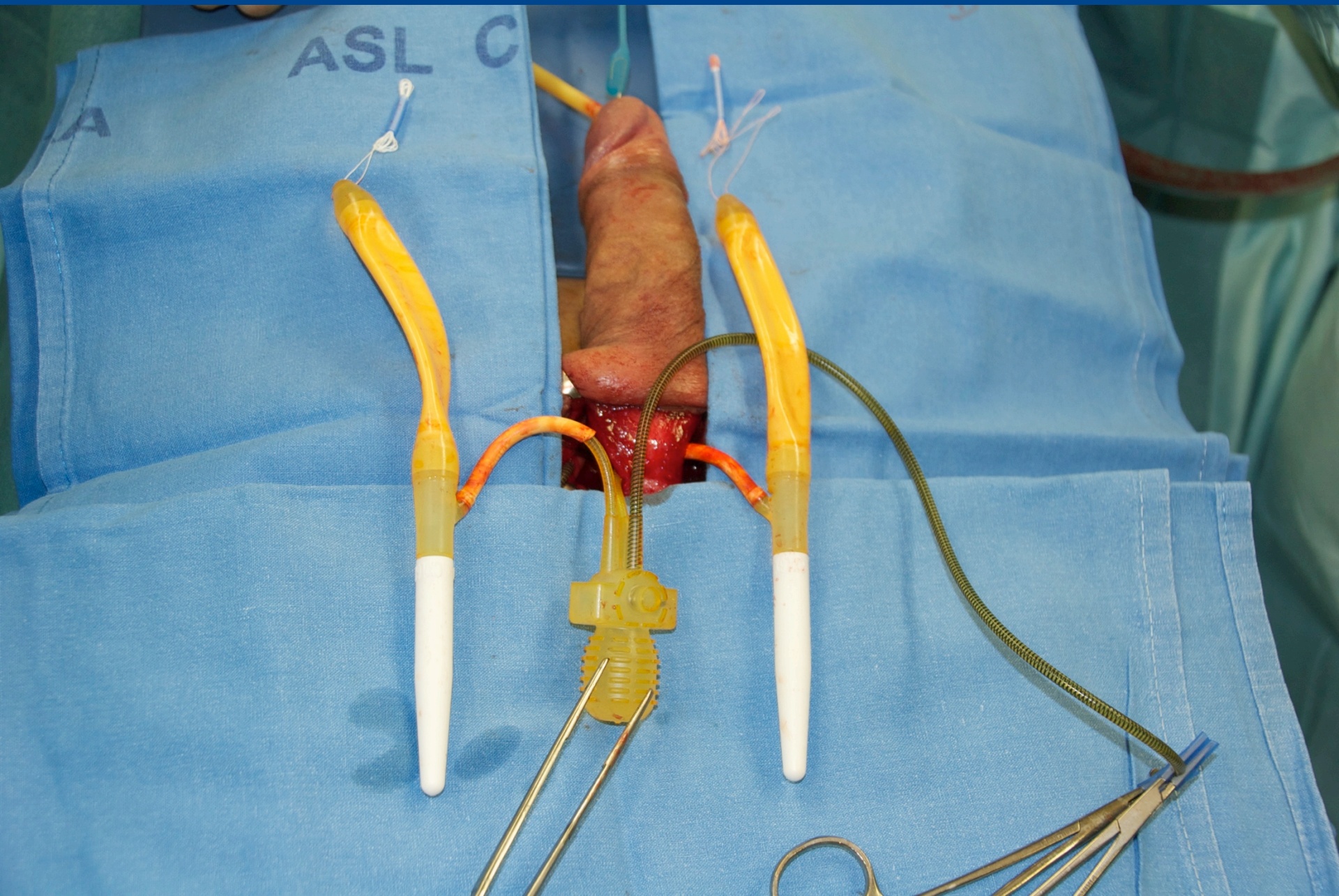
SOSPENSIONE DEL SETTO DAL C. SPONGIOSO



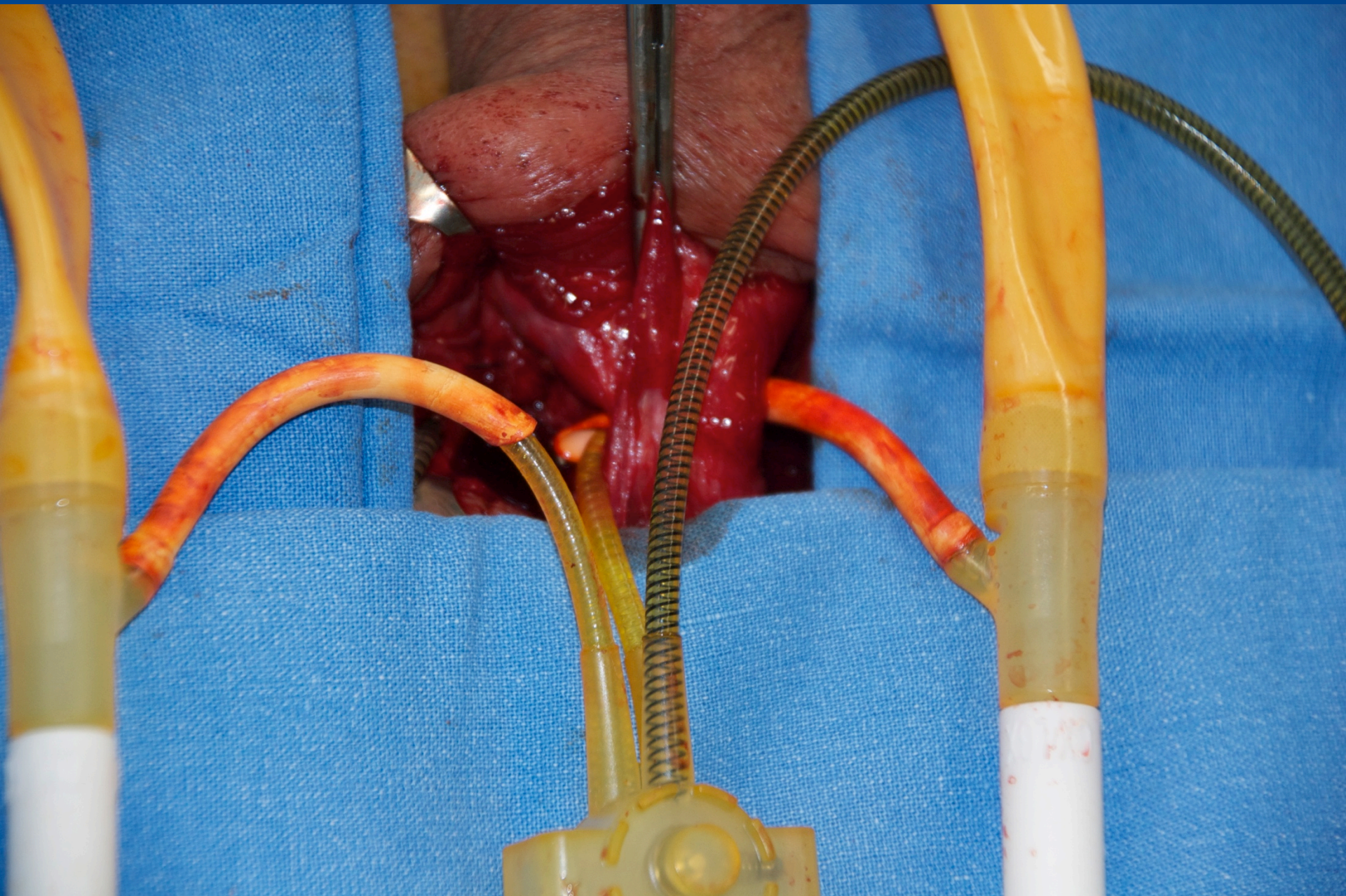
SOSPENSIONE DEL SETTO DAL C. SPONGIOSO



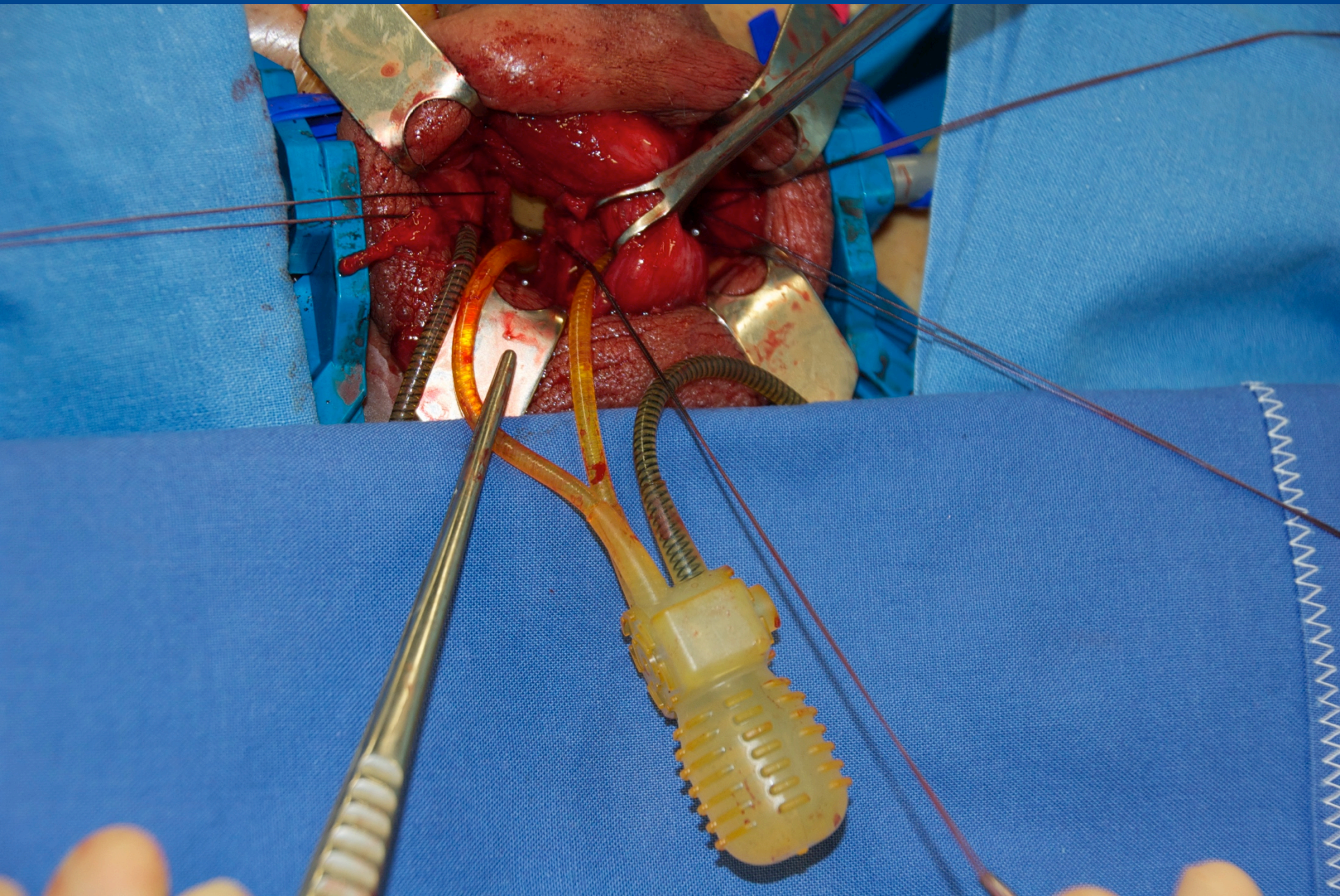
SOTTOPASSAGGIO DEL CILINDRO SINISTRO



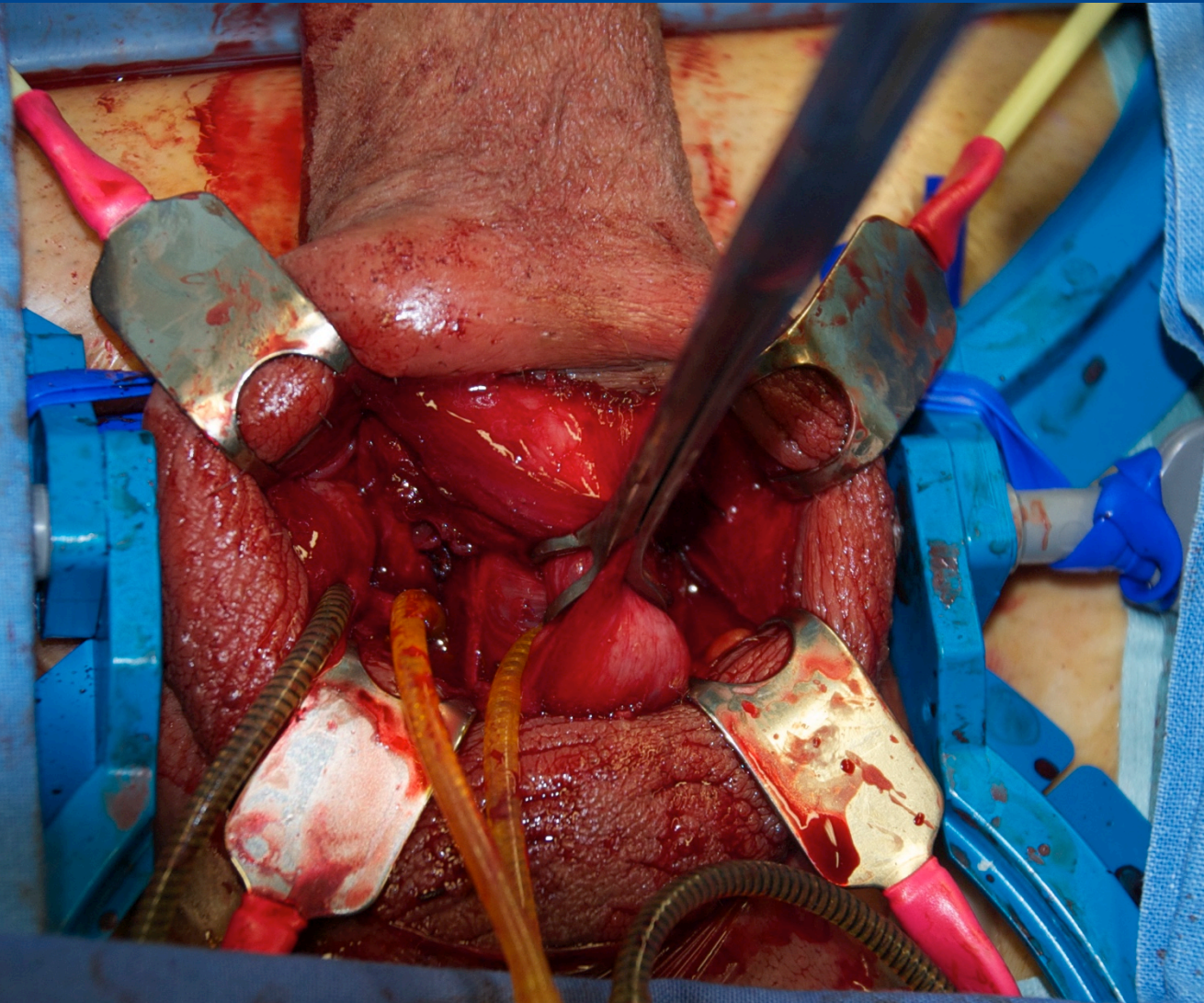
SOTTOPASSAGGIO DEL CILINDRO SINISTRO



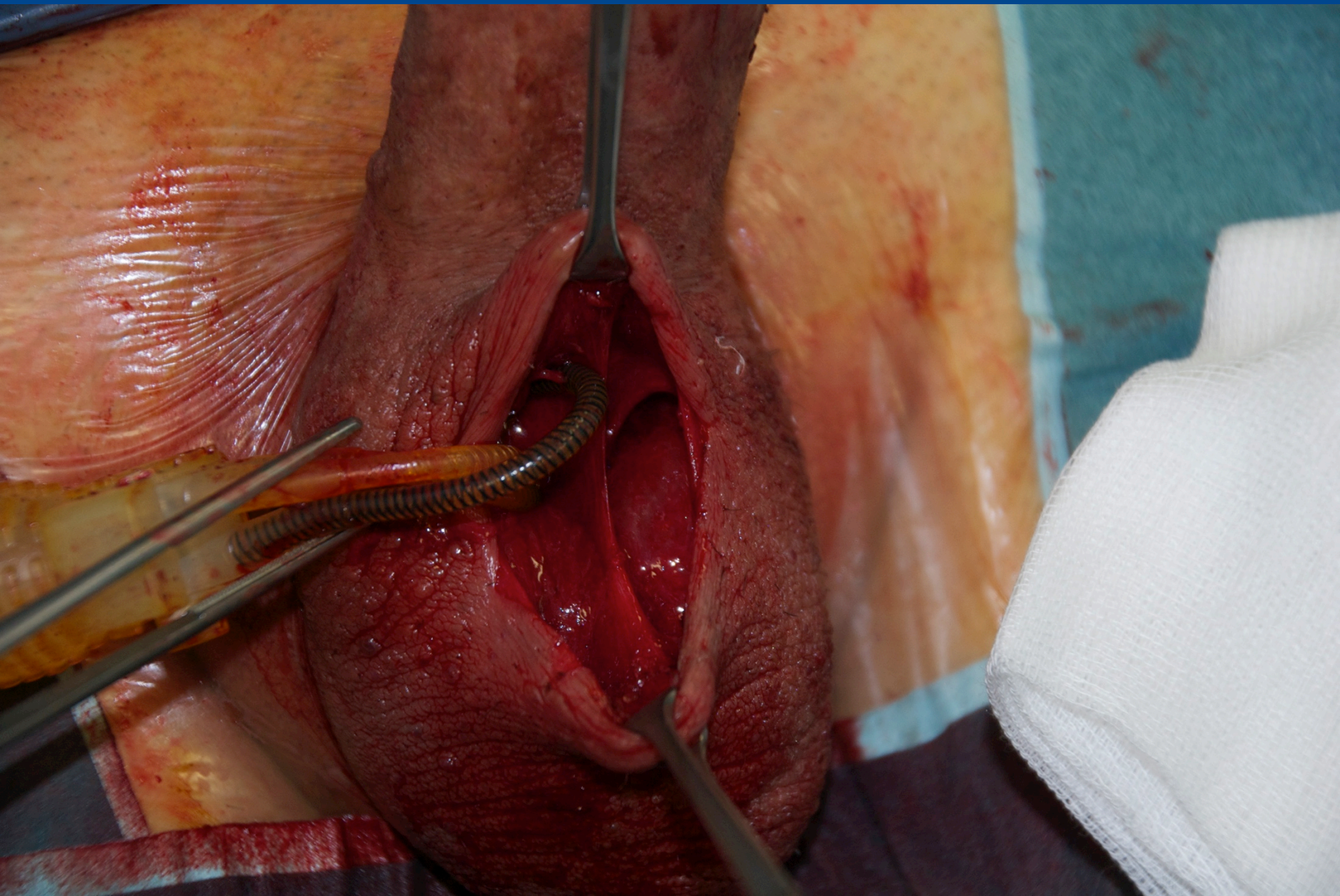
INSERIMENTO DELLA PROTESI



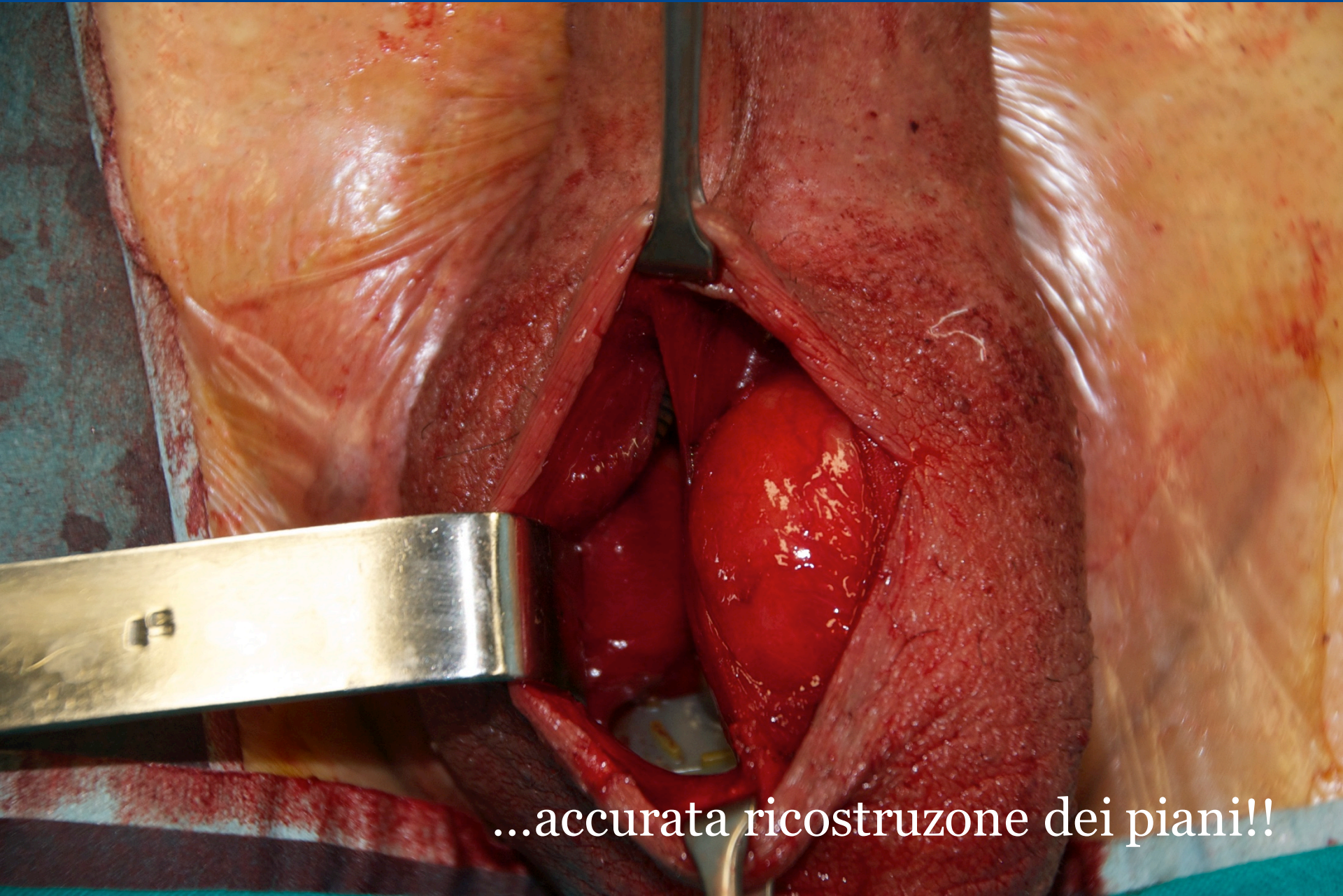
SUTURA DELLE CORPOROTOMIE



IL SETTO SCROTALE E' INTEGRO



INSERIMENTO DELLA POMPA



...accurata ricostruzione dei piani!!

MUMMY WRAP



CASISTICA

Pz = 61

ED etiology	n	%
Radical prostatectomy (all laparoscopic)	32	52
Other pelvic surgery	3	5
EBRT	1	2
Diabetes	5	8
Vascular	7	11
Priapism	1	2
Peyronie's disease	12	20

Surgical procedure	n	%
<i>Device implanted</i>		
AMS CX	33	54
AMS CXR	7	11
AMS LGX	21	35
<i>Reservoir placement</i>		
No additional incision (through inguinal ring)	50	82
Suprapubic incision	11	18
<i>Contextual procedures</i>		
Wilson modeling	18	30
Prosthesis removal	3	5
Corporoplasty	1	2

RISULTATI

Pz = 61

Tempo medio procedura	90 minuti
Mediana tempo attivazione protesi	14 giorni
Mediana tempo al primo rapporto	32 giorni

RISULTATI



COMPLICANZE

Perforazione corpo cavernoso	1/61 pz
Ematoma scrotale	3/61 pz
Edema scrotale	3/61 pz

Complications	Clavien-Dindo grading	n	%
<i>Intraoperative</i>		1	2
Corpus cavernosum perforation (intraoperative repair)	III	1	2
Urethral and visceral injury	III	0	0
<i>Early postoperative</i>		6	10
Scrotal hematoma	I	3	5
Scrotal edema	I	3	5
Wound infection	I	0	0
Prosthesis infection	III	0	0
<i>Late postoperative</i>		0	0
Mechanical failure	III	0	0
Extrusion	III	0	0
Prosthesis infection	III	0	0

COME FARE PER RIDURRE AL MINIMO LE COMPLICANZE SCROTALI?

- Risparmio del setto scrotale
- Accurata ricostruzione dei piani
- Medicazione compressiva

LA VARIANTE “SEPTUM SPARING” PERMETTE

- Rispetto dell’anatomia dello scroto
- Riduzione delle complicanze scrotali
- Precoce recupero post-operatorio e utilizzo della pompa scrotale
- Migliore occultamento dei tubi di raccordo

LIMITI DELLA NOSTRA ESPERIENZA

- Non esiste un gruppo di controllo
- Il dolore post operatorio non è stato valutato con una scala
- Non esiste un metodo oggettivo per valutare il gonfiore e gli ematomi scrotali
- Il tempo alla prima attivazione può dipendere dalla motivazione e dalla soglia del dolore del paziente