

plicazione della corporoplastica per recurvatum e motivo di insuccesso in termini di soddisfazione generale del paziente.

**Materiali e metodi.** Dal Gennaio 2010 al Settembre 2012 abbiamo operato 25 pazienti con età dai 16 ai 33 anni che presentavano recurvatum ventrale congenito. La plicatura della tunica albuginea con sutura non riassorbibile Sec. Perovic è un metodo efficace nella correzione del recurvatum quando la curvatura non supera i 60° e l'asta è abbastanza lunga. Per la correzione della curvatura abbiamo eseguito plicatura della tunica albuginea con sutura a sei passaggi a forma di S con filo 2/0 intrecciato non riassorbibile che crea 'bumps' sulla tunica albuginea secondo le indicazioni di Perovic. Per la preservazione del fascio vasculo-nervoso abbiamo eseguito stripping della vena dorsale profonda con le sue ramificazioni per una lunghezza necessaria alla plicatura di correzione.

**Risultati.** Sei mesi dopo la correzione venivano valutati i risultati e la soddisfazione dei pazienti attraverso questionario IIEF-5 e FIC. In nessun paziente è stata osservata disfunzione erettile; uno ha riportato infezione grave della ferita; cinque 'suture knots' alla palpazione; tre curvatura residua di 20°; tre parestesia moderata del glande; quattro accorciamento dell'asta significativo; diciotto pazienti si sono dimostrati soddisfatti o molto soddisfatti dei risultati dell'intervento.

**Conclusioni.** Nelle correzioni di recurvatum congeniti ventrali la plicatura secondo Perovic si dimostra efficace ma con alcuni limiti migliorabili, invece lo stripping della vena profonda dorsale e delle sue ramificazioni è significativamente efficace nella preservazione della sensibilità del glande.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### **P18 CORPOROPLASTICHE DI RADDRIZZAMENTO PENIENO: RISULTATI DELLA TECNICA A "BINARIO" E GRADO DI SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI**

Giovanni Alei, Piero Letizia, Lavinia Alei  
Dipartimento di chirurgia "P. Valdoni" - Dipartimento di Dermatologia Sapienza Università di Roma

**Introduzione.** Le corporoplastiche di raddrizzamento penieno prevedono l'allungamento del lato corto (concavo) o accorciamento del lato lungo (convesso). La prima tecnica descritta è stata quella di Nesbit, negli sono state proposte alcune varianti di tecniche. Gli autori descrivono una tecnica di plicatura effettuata in anestesia locale e valutano i risultati e grado di soddisfazione a distanza.

**Materiali e metodi.** I pazienti effettuano preoperatoriamente: questionario IIEF, esame rigiscan, test con PGE1 e foto sui piani ortogonali esame Genito Sensory Analyzer. L'intervento viene effettuato con un accesso baso penieno dorsale per gli incurvamenti ventrali e peno scrotale per gli incurvamenti dorsali e laterali. Dopo aver effettuato il degloving si effettua la corporoplastica nel punto stabilito pre-operatoriamente. Si prepara la

fascia di Buck e si appone un punto di seta zero nel punto di massima trazione. Il punto è una variante della tecnica di *Ebbehoj* e prevede il passaggio transfiggente l'albuginea. L'erezione idraulica intra-operatoria mostra la perfetta correzione dell'incurvamento.

**Risultati.** Vengono illustrati i risultati di questa nuova tecnica usata in 32 pazienti di età compresa tra i 18 ed i 31 anni con un follow up di 24 mesi, l'incidenza delle recidive è molto bassa, non abbiamo avuto complicanze e soprattutto non si palpano tumefazioni o depressioni nei punti in cui vengono effettuate le corporoplastiche. Tutti i pazienti hanno riferito un ottimo risultato estetico e funzionale come dimostrato dal rigiscan e IIEF post operatori.

**Conclusioni.** La tecnica descritta effettuata in Day-Hospital permette di ridurre notevolmente i costi con tempi di guarigione ridotti. Da quando *Nesbit* nel 1965 propose la prima tecnica negli anni numerose varianti sono state proposte. Questa variante plicatura a nostro avviso è una tecnica molto semplice ed allo stesso tempo molto efficace. Gli accessi basali garantiscono degli ottimi risultati estetici e funzionali. Valutando i risultati gli autori considerano questa tecnica di corporoplastica un affidabile e semplice procedura da eseguire per il trattamento degli incurvamenti penieni congeniti e in casi selezionati negli incurvamenti acquisiti da induratio penis plastica. La tecnica non modifica la qualità dell'erezione né la sensibilità peniena non effettuando come accesso chirurgico la circoscisione.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### **P19 INSOLITA COMPLICANZA IN PAZIENTE SOTTOPOSTO AD IMPIANTO DI PROTESI PENIENA**

Francesco Varvello, Enrico Conti, Sergio Lacquaniti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Giuseppe Fasolis  
SOC Urologica, Ospedale "San Lazzaro" di Alba, ASL CN2

**Introduzione.** Le complicanze relative al posizionamento del serbatoio delle protesi peniene sono rare e rappresentate di solito da migrazione o da erosione in visceri adiacenti. In letteratura l'occlusione intestinale viene riportata in soli 2 casi datati oltre 20 anni fa. Presentiamo un caso di occlusione ileale meccanica in paziente precedentemente sottoposto a cistectomia radicale e neovescica ortotopica.

**Caso clinico.** Pz di 72 anni, sottoposto nel 2008 a cistectomia radicale + neovescica ad Y e dopo 4 anni ad impianto protesico tricomponente. Per l'inserimento del serbatoio (sferico, 65 ml) era stata eseguita incisione complementare. Regolare il decorso post-operatorio, il paziente si era canalizzato in II giornata ed era stato dimesso in III giornata. A 11 giorni dalla dimissione il paziente si ripresentava con versamento ematico in emiscroto destro e quadro clinico di occlusione intestinale. Alla TC veniva rilevata dilatazione delle anse ileali a monte del serbatoio della protesi peniena. È stata eseguita una laparotomia esplorativa: il serbatoio è

risultato comprimere l'ansa efferente a livello della anastomosi ileo-ileale esito del confezionamento della neovesica ileale, le anse ileali a contatto con il serbatoio si presentavano sofferenti e coinvolte in tenaci aderenze cicatriziali. Dopo una complessa viscerolisi, è stata eseguita una resezione ileale ed è stato rimosso il serbatoio. Il paziente è stato dimesso dopo 23 giorni, canalizzato con alvo diarroico e sindrome da intestino corto. Durante il successivo follow up è comparsa prima una fistola addomino-cutanea e poi una raccolta in sede inguino-scrotale destra entrambe risoltesi spontaneamente. Dopo 8 mesi è stato necessario rimuovere l'impianto protesico in toto per erosione della cute scrotale da incipiente estrusione della pompa.

**Conclusioni.** L'occlusione intestinale in seguito ad impianto protesico penieno tricomponente è un'evenienza molto rara. I pazienti già sottoposti a chirurgia addominale, in particolare sottoposti a cistectomia sono evidentemente più a rischio. Nel caso specifico il serbatoio alloggiato in uno spazio intraperitoneale sede di aderenze unitamente alla relativa fissità dell'ansa efferente sembrano essere stati elementi determinanti per lo sviluppo della complicanza. L'utilizzo di serbatoi a conformazione appiattita e l'eventuale collocazione soprafasciale potrebbero essere utili accorgimenti per evitare questo tipo di complicanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P20

### CHIRURGIA DEL CAMBIAMENTO DI SESSO: RASSEGNA DI 20 ANNI DI RISULTATI CHIRURGICI

Paolo Verze, Davide Arcaniolo, Alessandro Palmieri, Roberto La Rocca, Vincenzo Viscusi, Enrico Maisto, Raffaele Bianco, Michele Barbieri, Marco Capece, Ciro Imbimbo, Vincenzo Mirone

Clinica Urologica, Università di Napoli Federico II

**Obiettivi.** Fornire un confronto retrospettivo tra le due diverse tecniche di SRS (Lembo penoscrotale-PSF ed Inversione della pelle del pene-PSI) in termini di chirurgia, risultati funzionali e soddisfazione del paziente.

**Metodi.** Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati di 219 transessuali maschio-femmina sottoposti ad intervento chirurgico di riassegnazione di sesso presso il nostro Istituto tra il gennaio 1992 ed il novembre 2011. È stato stabilito un contatto telefonico con i pazienti da 12 a 18 mesi dopo l'intervento ed è stato per invitarli ad una visita di controllo. Nell'ambito di tale visita sono stati invitati a compilare un questionario per valutare il grado di soddisfazione messo a punto dal nostro team specializzato. 147 pazienti (67%) sono stati sottoposti a vaginoplastica PSF, 66 pazienti (30%) sono stati sottoposti a vaginoplastica PSI e 6 pazienti (3%) sono stati sottoposti a colonvaginoplastica. Questi 6 pazienti sono stati esclusi.

**Risultati.** Il 94% dei pazienti si sono ritenuti soddisfatti del loro nuovo status sessuale senza rimpianti, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi. Interrogati sulla loro vita sessuale, 164 pazienti (75%)

hanno riferito di godere di una vita sessuale più soddisfacente dopo la SRS senza differenze significative tra i due gruppi. I pazienti sottoposti a PSI hanno espresso maggiore soddisfazione riguardo l'aspetto estetico della loro neovagina ( $p < 0.001$ ), mentre i pazienti nel gruppo PSF hanno espresso maggiore soddisfazione della profondità della loro neovagina ( $p < 0.001$ ). Le complicanze intraoperatorie: lesioni del retto (6 pzz - 3%) e lesioni del fascio vascolo-nervoso (1 pz - 0,5%); complicanze a breve termine: sanguinamento uretrale perimeatale (66 pzz - 31%) ed infezioni della ferita chirurgica (41 pzz - 19,5%); unica complicanza a lungo termine: completa stenosi o necrosi della neovagina in 7 pazienti (3%). Non sono state notate differenze tra i due gruppi in termini di complicanze.

**Conclusioni.** Il livello relativamente elevato di soddisfazione per le qualità funzionali ed estetiche dei genitali neo acquisiti riportato dai pazienti è dovuto alla sinergia tra il livello di competenza chirurgico, un programma efficace di preparazione pre-operatoria ed un'adeguata consulenza post-operatoria. Tali elementi sono indispensabili per il successo della SRS. Entrambe le tecniche forniscono buoni risultati sia estetici che funzionali e si sono dimostrate sicure.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## P21

### TUMORI TESTICOLARI A CELLULE GERMINALI: ANALISI DI INCIDENZA E SHIFT DI PATTERN ISTOLOGICO

Vincenzo Favilla<sup>1</sup>, Cimino Sebastiano<sup>1</sup>, Daniele Urzi<sup>1</sup>, Fabio Spitaleri<sup>1</sup>, Giorgio Ivan Russo<sup>1</sup>, Alberto Saita<sup>1</sup>, Gianmarco Garau<sup>2</sup>, Massimo Madonia<sup>2</sup>, Furio Pirozzi Farina<sup>2</sup>, Carlo Corbu<sup>2</sup>, Giuseppe Morgia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Università di Catania; <sup>2</sup>Clinica Urologica, Università di Sassari

**Introduzione e obiettivi.** I tumori testicolari a cellule germinali (TCG) presentano un picco d'incidenza in corrispondenza della terza e quarta decade di vita. Recenti dati epidemiologici hanno documentato, specialmente nei paesi più industrializzati, un costante aumento dell'incidenza di queste neoplasie e in particolare dell'istotipo seminomatoso. L'obiettivo dello studio è stato quello di verificare nella nostra casistica queste recenti osservazioni.

**Materiali e metodi.** Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva su 126 pazienti sottoposti ad orchifuniculectomia tra il 2004 e il 2012 per TCG. Sono stati esclusi dall'analisi 9 casi di tumori testicolari non a cellule germinali. Per ciascun paziente abbiamo valutato: anno della diagnosi, esito istologico ed età alla diagnosi. La proporzione relativa di TCG con istotipo seminomatoso (TCGS) e di TCG con istotipo non seminomatoso (TCGNS) trattati sono stati comparati mediante il test chi-quadro e l'analisi della varianza.

**Risultati.** L'età media dei pazienti alla diagnosi era di 34 anni. Su 126 pazienti sottoposti ad orchifuniculectomia per TCG, l'analisi istologica ha documentato: 76 (60.3%) casi di TCGS e 50 (39.6%) casi di TCGNS