

V2**CORPOROPLASTICA CON PATCH IN PELVISOFT E IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE CON ACCESSO PENO-SCROTALE SEPTUM SPARING**

Enrico Conti, Francesco Varvello, Sergio Lacquaniti, Marco Camilli, Jacopo Antolini, Luca Puccetti, Giuseppe Fasolis

SOC Urologia, Ospedale "San Lazzaro" ASL CN2, Alba (CN)

Introduzione. Il setto scrotale è una struttura di cellule muscolari lisce dotato di formazioni vascolari, linfatiche e nervose che separa in 2 compartimenti lo scroto e partecipa alla sua contrazione tonica. La sezione del setto scrotale durante l'impianto protesico per via penoscrotale può favorire complicanze e dolore post-operatorio con ritardo di guarigione clinica. Presentiamo un intervento 'septum sparing' con preventiva corporoplastica con patch in Pelvisoft.

Caso clinico. Paziente di 54 anni con obesità patologica, preventivamente sottoposto a lipectomia addominale per hidden penis, con ipertensione, diabete, IPP stabilizzata con recurvatum penieno dorsale di 45° e DE di grado moderato. Tecnica Degloving penieno, erezione idraulica, misurazione del recurvatum. Isolamento del fascio neurovascolare dorsale. Corporotomia dorsale trasversale ad H. Exeresi parziale di necessità di placca di IPP ossificata. Preparazione di adeguato patch di matrice di collagene acellulare (Pelvisoft, Bard) e sua sutura in corrispondenza del difetto di sostanza. Resintesi della fascia di Buck. Incisione penoscrotale trasversale, inserimento di protesi peniena tricomponente (CX 700, AMS) secondo i seguenti step: 1) inserimento del reservoir nello spazio retropubico 2) esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura settale 3) dilatazione e misurazione dei corpi cavernosi 4) fenestrazione per via smussa tra setto scrotale e uretra 5) trasposizione del cilindro protesico sinistro attraverso la fenestrazione 6) Inserimento dei cilindri e conclusione dell'intervento 7) Medicazione compressiva (*Henry Mummy Wrap*).

Conclusioni. Il rispetto della struttura del setto scrotale sembra in grado di ridurre le complicanze postoperatorie favorendo una precoce attivazione della protesi. La tecnica proposta appare efficace e facilmente riproducibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V3**FRATTURA DEL PENE: ACCESSO PENO-SCROTALE CON DEGLOVING COMPLETO DELL'ASTA DOPO VALUTAZIONE RMN**

Antonini G.¹, De Berardinis E.¹, Von Heland M.¹, Giovannone R.¹, Casciani E.², P. Vicini³, Gentile V.¹

¹Department of Urology, 'Sapienza' Rome University, Rome, Italy; ²Department of Radiology, 'Sapienza' Rome University, Rome, Italy; ³Casa di Cura INI (Istituto Neurotraumatologico Italiano) Grottaferrata, Rome, Italy

La frattura del pene, caratterizzata dalla rottura tra-

umatica della tunica albuginea con possibile lesione uretrale, costituisce un'urgenza urologica spesso generata da traumi durante il coito o automanipolazioni per sopprimere l'erezione.

La Risonanza Magnetica Nucleare rappresenta l'indagine diagnostica più accurata perchè in grado di fornire un'eccellente dimostrazione dell'anatomia rivelando lacerazioni sia dell'albuginea che eventualmente dell'uretra. Il trattamento, che consiste nella chiusura della lacerazione della tonaca albuginea, viene, generalmente, effettuato con un accesso sub-glandulare con degloving completo dell'asta. La quasi totalità delle fratture peniene è localizzata a livello del III prossimale dell'organo. Nel caso specifico, considerata l'impossibilità di aprire il prepuzio a causa del notevole ematoma presente nel III distale, è stato scelto di effettuare un accesso peno-scrotale. Paziente di 56 anni giunge alla nostra attenzione per comparsa, in seguito a trauma durante il coito, da circa 6 ore di ematoma penieno e disuria. All'esame obiettivo si evidenzia grossolano ematoma e pene lievemente deformato per deviazione verso destra. Viene effettuata d'urgenza una RMN con gadolinio che mette in evidenza un'interruzione della tunica albuginea in corrispondenza del versante ventrale del III prossimale del corpo cavernoso di destra, con associato ematoma contiguo e nel corpo spongioso, diffuso e marcato edema del tessuto sottocutaneo. Non si documentano lesioni uretrali associate. Si effettua, quindi, incisione peno-scrotale e degloving del pene; dopo l'apertura della fascia di Buck, si reperta il punto di frattura. Blocco emostatico con Tourniquet alla base del pene e sutura della corporotomia con Vicryl 3/0. Chiusura della breccia chirurgica dopo posizionamento di drenaggio Redon 14 Ch. Il paziente torna a controllo dopo circa 10 giorni, mostrando un quasi totale riassorbimento dell'ematoma e riferendo episodi erettili normali. Dopo circa 30 giorni viene effettuata una Rigidometria Peniena Notturna che documenta una funzionalità erettile nella norma. Nella frattura dei corpi cavernosi il gold standard è rappresentato dalla RMN per una corretta diagnosi, da un accesso peno-scrotale con degloving a carico del terzo prossimale dell'asta per il trattamento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

V4**INDURATIO PENIS PLASTICA E DEFICIT ERETILE: CORPOROPLASTICA DI RADDRIZZAMENTO CON PATCH DI PELVICOL E POSIZIONAMENTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE**

G. Liguori, N. Pavan, G. Chiapparrone, G. Mazzon, B. de Concilio, S. Bucci, E. Belgrano, C. Trombetta
Clinica Urologica, Ospedale di Cattinara Università di Trieste

Introduzione e obiettivi. L'induratio penis plastica (IPP) è una patologia cronica e progressiva, ad eziologia ignota che spesso si associa a dolore penieno e/o a disfunzione erettile (DE). Presentiamo un caso di un