

Trapianti sono stati effettuati 2372 trapianti renali. 1523 riceventi erano di sesso maschile e 203 si sono presentati all'osservazione per DE dopo il 1998. 147 hanno accettato di assumere terapia con inibitori delle PDE 5 (Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil).

**Risultati:** In 60 pazienti (41%) si è osservata un'ottima risposta al trattamento. 13 pazienti (9%) hanno deciso di non effettuare la terapia dopo un test positivo. In 10 pazienti (6.8%) si sono osservati effetti collaterali tipici: flushing in 7 e cefalea con disturbi visivi in 3. Nel gruppo di pazienti che ha beneficiato del trattamento farmacologico, la durata del trattamento dialitico precedente il trapianto era stata di 22 mesi vs 42 mesi dei restanti pazienti.

**Discussione:** In accordo con le osservazioni di altri Autori, nella nostra esperienza il trattamento del deficit erettile dopo trapianto renale con inibitori delle PDE 5 si è dimostrato efficace, sicuro e ben tollerato. Gli effetti collaterali non differiscono rispetto alla popolazione generale, suggerendo come non vi siano particolari interazioni con i farmaci immunosoppressori. La breve durata del trattamento dialitico si è dimostrata predittore di migliore risposta alla terapia. Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### P37

#### POTENZA SESSUALE E PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE SPARING: CONFRONTO TRA TECNICHE, RETROPUBICA "OPEN", LAPAROSCOPICA E ROBOTICA IN UN SINGOLO CENTRO

S. Caroassai Grisanti<sup>1</sup>, A. Delle Rose<sup>1</sup>, A. Cocci<sup>1</sup>, F.D. Vitelli, A. Ringressi<sup>1</sup>, T. Jaeger<sup>1</sup>, T. Chini<sup>1</sup>, M. Milanese<sup>1</sup>, D. Villari<sup>1</sup>, M.C. Paoletti<sup>1</sup>, M. Marzocco<sup>1</sup>, G. Nicita<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Clinica Urologica II - Università degli Studi di Firenze

**Introduzione ed obiettivi:** Oltre all'obiettivo della radicalità oncologica, la chirurgia del carcinoma prostatico mira a ridurre lo stress chirurgico e a ottenere un migliore outcome funzionale in termini di potenza sessuale e recupero precoce della continenza.

Scopo di questo studio è confrontare i risultati delle tre principali tecniche chirurgiche impiegate nel nostro centro: PRR (prostatectomia radicale retropubica) PRL (prostatectomia laparoscopica) e RALP (prostatectomia robotica) in termini di recupero della potenza sessuale.

**Materiali e metodi:** Nel periodo 01/01/2008 - 30/11/2011 sono stati eseguiti 306 interventi di prostatectomia radicale con tecnica nerve-sparing. Il range di età dei pazienti era 42-75 aa con media di 66.

	2008	2009	2010	2011	Totale
PRR	57	69	42	44	212
PRL	23	18	11	1	53
RALP	////	////	19	22	41
Totale	80	87	72	67	306

Lo studio è stato eseguito mediante somministrazione

pre-operatoria e poi a 3-6-12-16-24 mesi dall'intervento del questionario IIEF-5. Soltanto l'81% dei 306 pazienti era interessato alla riabilitazione andrologica mediante somministrazione di PDE-5i o PGE1. I pazienti sono stati suddivisi in gruppi a seconda della tecnica chirurgica, 39 sottoposti a RALP, 48 a PRL e 161 a PRR. È stato considerato normale un IIEF 5 > 21.

**Risultati:** La tabella mostra le percentuali di recupero della potenza sessuale ai vari follow-up.

	3 mesi	6 mesi	12 mesi	16 mesi	24 mesi
PRR	32/161 19,9%	51/161 31,6%	59/139 42,4%	62/129 48%	53/97 54,6%
PRL	8/39 20,5%	10/39 25,64%	14/39 35,9%	17/39 43,6%	19/38 50%
RALP	9/39 23%	13/39 33,3%	12/29 41,3%	9/20 45%	5/8 62,5%

Dei 58 pazienti che non si sono sottoposti a terapia riabilitativa, a 24 mesi dall'intervento, 30 hanno compilato il questionario e solo 4 (13,3%) hanno mostrato recupero della potenza sessuale.

**Conclusioni:** La nostra esperienza conferma che la ripresa della potenza sessuale è legata ad una adeguata terapia riabilitativa, raggiungendo il massimo recupero a 24 mesi dall'intervento.

I dati raccolti riguardo la tecnica RALP e PRL sono stati conseguiti durante la curva di apprendimento delle tecniche, ciò nonostante gli outcomes sono equiparabili alla consolidata tecnica 'open'.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

### VIDEO

#### V1

#### IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE CON TECNICA "SEPTUM SPARING": 3 ANNI DI ESPERIENZA

Enrico Conti<sup>1</sup>, Sergio Lacquaniti<sup>1</sup>, Pier Paolo Fasolo<sup>1</sup>, Marco Camilli<sup>1</sup>, Luca Puccetti<sup>1</sup>, Roberto Mandras<sup>1</sup>, Francesco Varvello<sup>2</sup>, Giuseppe Fasolis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SOC Urologia ASL CN2; <sup>2</sup>ASO Ospedale Maggiore della Carità Novara

**Scopo del Lavoro:** Il setto scrotale è una struttura di cellule muscolari lisce che separa in 2 compartimenti lo scroto e partecipa alla sua contrazione tonica con il dartos. L'impianto di protesi peniena idraulica tricomponente con accesso peno-scrotale comporta la sezione del setto scrotale per esporre i corpi cavernosi. Ipotezziamo che la sezione del setto scrotale e/o la sua imperfetta ricostruzione possano essere responsabili di alcuni casi di edema e dolore dello scroto. Presentiamo una modifica della tecnica chirurgica che preserva l'integrità anatomica del setto scrotale.

**Materiali e metodi:** tra Gennaio 2009 e Marzo 2012,

abbiamo candidato ad implantologia peniena 46 pz affetti da DE end stage di varia etiologia. I criteri di inclusione per intervento di protesi tricomponente erano: DE end-stage non responder/non compliant a terapia medica. I criteri di esclusione erano: Insufficiente manualità per l'attivazione della protesi, disturbi della personalità secondo il DSM-IV-TR. 44 pz sono risultati eligibili. Gli interventi sono stati eseguiti con accesso peno-scrotale secondo il seguente schema: 1) Inserimento del reservoir nello spazio retro pubico 2) Esposizione dei corpi cavernosi con rispetto della struttura settale 3) Fenestrazione tra uretra e setto scrotale 4) Passaggio del cilindro sinistro e del relativo raccordo nella fenestrazione prima del suo inserimento 5) Proseguimento dell'intervento secondo la tecnica tradizionale. Catetere vescicale e drenaggio in aspirazione rimossi in 1 giornata. Dimissione in 2 giornate. Ispezione dello scroto alla dimissione ed in 10 giornata.

**Risultati:** 44 pz di età tra 40 e 78. L'etiologia della DE era PR correlata in 21 pz, IPP in 7 pz, Diabete in 7 pz, Vasculogenica in 5, altra chirurgia oncologica in 2. In 11 pz è stato eseguito remodeling del pene. Le complicanze sono state 1 perforazione apicale riconosciuta e riparata, 1 perforazione di tubo di raccordo, 2 ematomi scrotali (trattati con aspirazione ambulatoriale). In 42 casi si è osservata assenza di edema scrotale alla dimissione e in 10 giornata.

**Conclusioni:** L'edema ed il dolore scrotale prolungato dopo impianto di protesi idraulica con accesso peno-scrotale comportano un ritardo all'attivazione della protesi. Il rispetto della struttura del setto scrotale sembra ridurre tali problematiche e quindi favorire una più precoce attivazione della protesi. La modifica di tecnica chirurgica proposta appare semplice, efficace e riproducibile.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V2

### IMPIANTO PROTESI TRICOMPONENTE AMS 700 CX MOMENTARY SUEEZE CON ACCESSO INFRA-PUBICO IN PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE SECONDARIA A CHIRURGIA DEL RETTO

Giovanni Alei, Piero Letizia, Francesco Ricottilli  
Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni", Sapienza Università di Roma

**Introduzione:** Riportiamo il caso clinico di un paziente sottoposto a resezione del retto per neoplasia portatore di stomia cutanea affetto da disfunzione erettile non responder alle comuni terapie. Abbiamo sottoposto il paziente ad esame rigiscan ed ecocolor doppler penieno dinamico entrambi deponevano per una disfunzione erettile organica di natura mista: vasolare u neurologica. Dopo aver provato tutti i farmaci orali, abbiamo fatto test farmaco-infusivi fino ad arrivare al dosaggio massimo del trimix senza aver nessun risultato. A questo punto abbiamo deciso di impiantare una protesi idraulica considerando anche la giovane età del paziente.

**Materiali e metodi:** Si effettua un'incisione dorsale lon-

gitudinale infrapubica e dopo aver preparato i piani sottocutanee si raggiunge la radice dorsale del corpo cavernoso sinistro che viene clampato tra due pinze di allis. Si procede con la corporotomia longitudinale. Tunnellizzazione del corpo cavernoso dapprima con forbice di metzenbaun per via smussa e successivamente con dilatatori di subrini fino al diametro 13 bilateralmente. Si crea digitalmente uno spazio nell'emiscroto destro dove sarà alloggiata la pompa del sistema. A questo punto con l'ausilio dell'ago di keit e dell'inseritore di furlow si procede all'impianto dei cilindri protesici della protesi idraulica AMS 700 CX momentary sueeze con inibizione. Si alloggia la pompa nell'emiscroto destro verificandone il giusto orientamento individuata e sezionata la linea alba si divaricano i muscoli retti dell'addome e si crea digitalmente uno spazio dove poter alloggiare il reservoir del sistema che viene posizionato nello spazio prevescicale, lo si riempie con soluzione isotonica e si sutura a strati la parete addominale con l'ausilio di apposite spatole protettive si effettuano le corpororrafie in vaicril due zeri si procede alla connessione del sistema mediante apposito kit. verificato l'ottimo funzionamento della protesi si procede alla sutura dei piani più profondi in vaicril due zeri. Si posiziona un drenaggio di redon nello spazio più declive sottocute sempre in vaicril due zeri cute a punti staccati in seta due zeri.

**Risultati e conclusioni:** Abbiamo un follow up ormai di un anno ed il paziente ha una normale attività sessuale. Non ci sono state complicanze nel post operatorio ne a distanza.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

## V3

### ESPIANTO PROTESI PENIENA IDRAULICA PER DILATAZIONE ANEURISMATICA CON INGLOBAMENTO TISSUTALE E IMPIANTO DI NUOVA PROTESI

M. Marzotto Caotorta, B. Gorgone, S. Sandri  
Ospedale Civile Fornaroli di Magenta, Milano

Paziente di anni 58 operato in altra sede nel 1999, con protesi idraulica tri-componente AMS 700 CX; nel 2007, dopo 8 anni dal posizionamento della protesi, esegue una ecografia peniena che documenta grave dilatazione aneurismatica del corpo cavernoso di destra, che non consente al paziente rapporti sessuali. Pertanto si decide di espianare la protesi con incisione scrotale, trasversale. Si isolano i tubi di connessione e la pompa che risulta ancora funzionante. Durante la rimozione del cilindro di sinistra, si riscontra una aderenza completa del rivestimento protesico, con inglobamento del tessuto stesso alla parete interna del corpo cavernoso. In considerazione del cedimento e della lacerazione del rivestimento del cilindro, vengono espianate tutte le componenti della protesi. Durante la procedura si irriga il campo operatorio con soluzione antibiotica. Il serbatoio da 100 cc essendo stato alloggiato in sede intraperitoneale, viene rimosso con un 2°