

ventuale possibilità di evitarla senza uso di altro dispositivo prima o dopo l'operazione ma semplicemente attivando la protesi immediatamente dopo l'impianto.

Metodi. 46 pazienti con protesi tricomponente impiantati tra il 1998 e il 2012 (AMS 700 CX o LGX). 27 su 46 pazienti hanno fatto la prima attivazione della protesi a 4 settimane dall'intervento chirurgico (gruppo NEA) e 19 su 46 pazienti hanno attivato la protesi immediatamente dopo la chirurgia (gruppo DEA). Lunghezza e circonferenza del pene è stata rilevata prima (nel gruppo DEA) e dopo l'intervento chirurgico.

Risultati. La lunghezza media dorsale del pene eretto post-impianto nel gruppo NEA è pari a 11,70 centimetri e ± 1.4 sd (Range 9-15 cm) mentre nel gruppo DEA pari a 14.98 ± 1.7 sd (Range 12-19 cm) con una differenza pari a 3,28 centimetri in più per il gruppo con attivazione precoce (DEA). La Pseudo-Capsula determina la dimensione del pene e la protesi può muoversi solo all'interno di essa in avanti e indietro a seconda che la si attivi o disattivi.

Conclusioni. I nostri dati confermano una vera riduzione in dimensioni del pene impiantato nel gruppo NEA. Questa riduzione non è presente nei pazienti del gruppo DEA o lo è in maniera trascurabile. La causa del fenomeno è la pseudo-capsula che arresta il potenziale allungamento sia della protesi che del pene cioè una pseudo-capsula troppo stretta. L'effetto 'bara' che è prodotto dalla tardiva attivazione della protesi è la causa della perdita dimensionale del pene dopo l'impianto. I nostri dati dimostrano, per quanto sappiamo per la prima volta in letteratura, che è la pseudo-capsula, attraverso l'"effetto bara" e non la protesi a determinare la dimensione finale del pene e la sua elasticità. Il timing di attivazione sembra essere la chiave per evitare la retrazione del pene. Riteniamo che ci sia una vera perdita dimensionale del pene causata dal "Coffin Effect" se la protesi non viene lasciata attiva subito dopo l'intervento.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C15 VANTAGGI DELL'APPROCCIO PENO-SCROTALE CON TECNICA SEPTUM SPARING PER L'IMPIANTO PRO- TESICO PENIENO TRICOMPONENTE: TRE ANNI DI ESPERIENZA

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

Introduzione e obiettivi. Dopo l'impianto protesico tricomponente con accesso peno-scrotale i pazienti spesso lamentano dolore scrotale e perineale prolungato. Tale condizione, insieme al frequente sviluppo di edema ed ematomi scrotali, ritarda l'attivazione della protesi e la ripresa dell'attività sessuale. Il modo in cui viene eseguita la dissezione dei piani scrotali potrebbe essere, in parte, responsabile di tali sintomi. L'obiettivo dello stu-

dio è di valutare se una dissezione meno invasiva dei piani scrotali (Tecnica Septum Sparing, TSS) possa ridurre la morbilità e migliorare il recupero postoperatorio.

Materiali e metodi. Sono stati valutati tutti i pazienti sottoposti nel nostro reparto a impianto protesico tricomponente con TSS. La TSS richiede poche e semplici modifiche all'approccio peno-scrotale standard: 1) dopo l'incisione della cute scrotale i corpi cavernosi vengono isolati separatamente senza sezionare il setto scrotale; 2) mediante dissezione smussa viene creata una fenestratura tra il setto scrotale e il corpo spongioso; 3) prima dell'inserimento nel corpo cavernoso uno dei due cilindri viene fatto passare attraverso tale fenestratura. Nel post-operatorio i pazienti sono stati valutati clinicamente ponendo attenzione all'eventuale sviluppo di ematomi e tumefazioni scrotali e all'evoluzione del dolore. Per ogni paziente sono stati registrati il numero di giorni intercorsi tra l'intervento e la prima attivazione autonoma della pompa scrotale.

Risultati. Dal gennaio 2009 al febbraio 2013 sono stati trattati 53 pazienti: 49 pazienti (92%) non hanno sviluppato ematomi né tumefazioni scrotali. Tutti questi non hanno segnalato significativo dolore post-operatorio e sono riusciti ad apprendere come attivare la pompa scrotale tra i 10 e i 15 giorni dopo l'intervento. Tre pazienti hanno sviluppato un ematoma scrotale e uno ha presentato un significativo edema dello scroto. In questi casi l'attivazione della pompa scrotale è avvenuta dopo 20 giorni dall'intervento.

Conclusioni. Le complicanze scrotali sono state limitate ed il rapido recupero post operatorio ha consentito un precoce training per l'attivazione della pompa scrotale. Le modifiche alla tecnica tradizionale da noi proposte sono semplici, efficaci e riproducibili. Il rispetto delle strutture anatomiche dello scroto della TSS potrebbe giustificare i nostri risultati, anche se l'assenza di un gruppo di controllo rappresenta un limite di questo studio.

Lo studio ha avuto finanziamenti: No

C16 IMPORTANZA DELLA FISIOTERAPIA LOCALE DOPO CORPOROPLASTICA CON INNESTI, NEL TRATTA- MENTO CHIRURGICO DELLA MALATTIA DI LA PEY- ONIE

Cristian Vincenzo Pultrone, Giorgio Gentile, Martina Sofia Rossi, Alessandro Franceschelli, Fulvio Colombo
SSD Andrologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Il principale limite delle corporoplastiche con innesti (di materiale autologo o eterologo) nel trattamento della M. di La Peyronie (PD) consiste nel lungo periodo necessario all'innesto per trasformarsi e stabilizzarsi. In questa fase è indispensabile contrastare la tendenza dell'innesto a retrarsi. La nostra Scuola ha da sempre enfatizzato l'importanza di una precoce e prolungata fisioterapia locale proprio nell'ottica di garantire il miglior risultato a distanza. In questo studio