

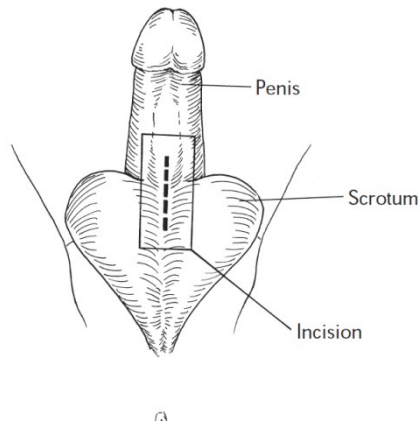
Modulo:
***La Chirurgia del Pene, dall'indicazione alla
soddisfazione***

Capitolo:
Tecniche di Chirurgia Protetica

- Approccio Chirurgico – Penoscrotale e Infrapubico
- Tecnica Chirurgica
- Scelta dei Cilindri Protesici e dei Rear Tip Extenders
- Scelta del Reservoir
- Posizionamento del Reservoir
- Posizionamento dell'attivatore
- Collegamenti e controllo finale
- Gestione Preoperatoria - Intraoperatoria - Postoperatoria

Approccio Chirurgico:

- 1) Peno-scrotale
- 2) Infrapubico



Approccio Chirurgico Peno-Scrotale



Approccio Penoscrotale

PRO :

- Eccellente esposizione dei corpi cavernosi e delle crura
- Non rischio di lesione del fascio vasculo nervoso dorsale
- Permette il posizionamento sottovista dell'attivatore protesico

CONTRO:

- Posizionamento del reservoir viene eseguito senza diretto controllo visivo (soprattutto in soggetti con adipe molto rappresentato), il che potrebbe creare problemi in caso di precedente chirurgica pelvica

Approccio Infrapubico

PRO :

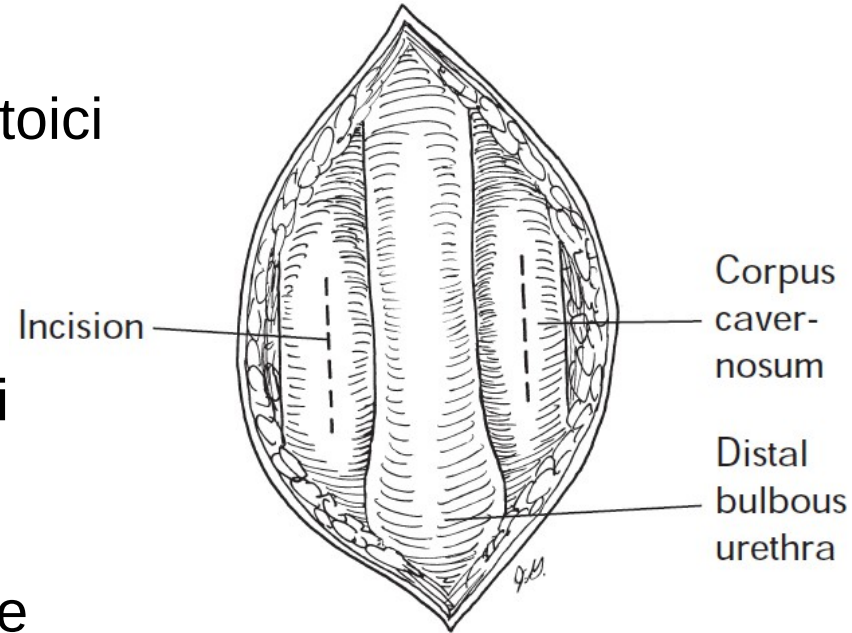
- Miglior controllo visivo nel posizionamento del reservoir nel Retzius
- Minor rischio di lesioni/complicanze uretreali

CONTRO:

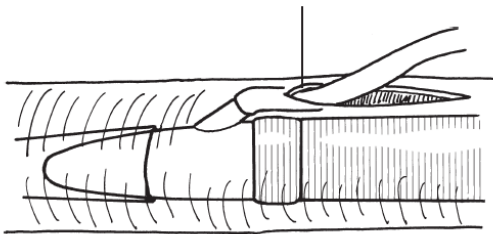
- Minor luce nel posizionamento dell'attivatore
- Maggior rischio di danni/lesioni del fascio vasculo nervoso dorsale
- Minor esposizione di corpi cavernosi e crura

Tecnica Chirurgica:

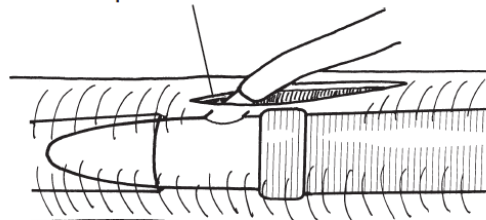
- Apertura dei piani sottocutanei e dartoici con esposizione dei corpi cavernosi e dell'uretra
- Apposizione di una coppia di punti di sospensione a U
- Corporotomia bilaterale, longitudinale il più possibile prossimale (vicino al punto di



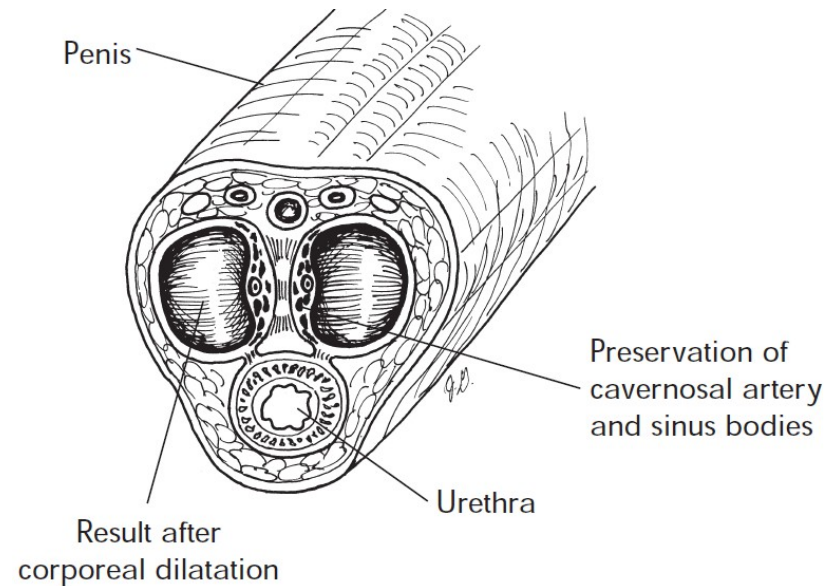
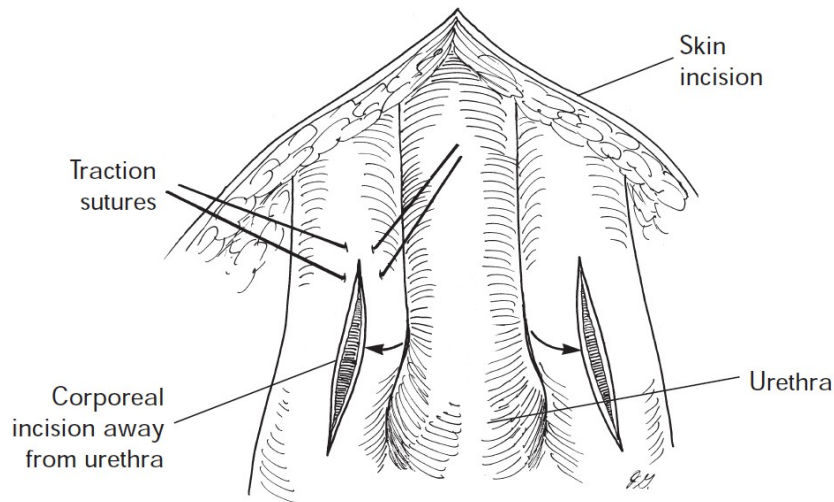
Incision too distal



Optimal incision

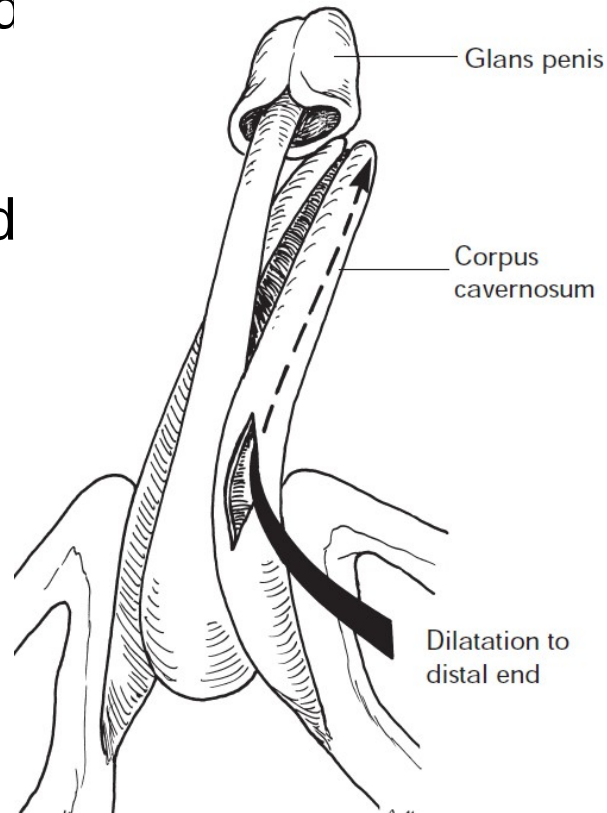


- Dilatazione dei corpi cavernosi (Forbici + Hegar o Subrini 7-13ch)
- Posizionamento di altre 2 coppie di punti ad U sui margini delle corporotomie eseguite (per un totale di norma 3 coppie per lato)

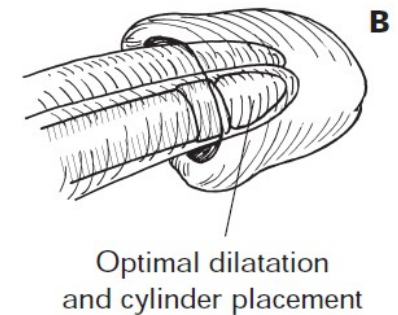
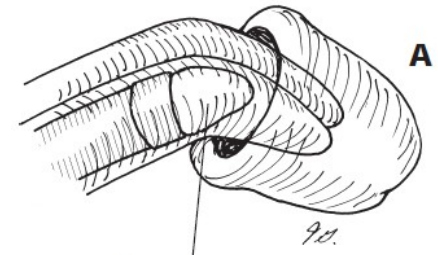


- Dilatare completamente il corpo cavernoso sino a livello apicale per rendere meno probabile l'atteggiamento SST dopo il posizionamento dei cilindri protesici:

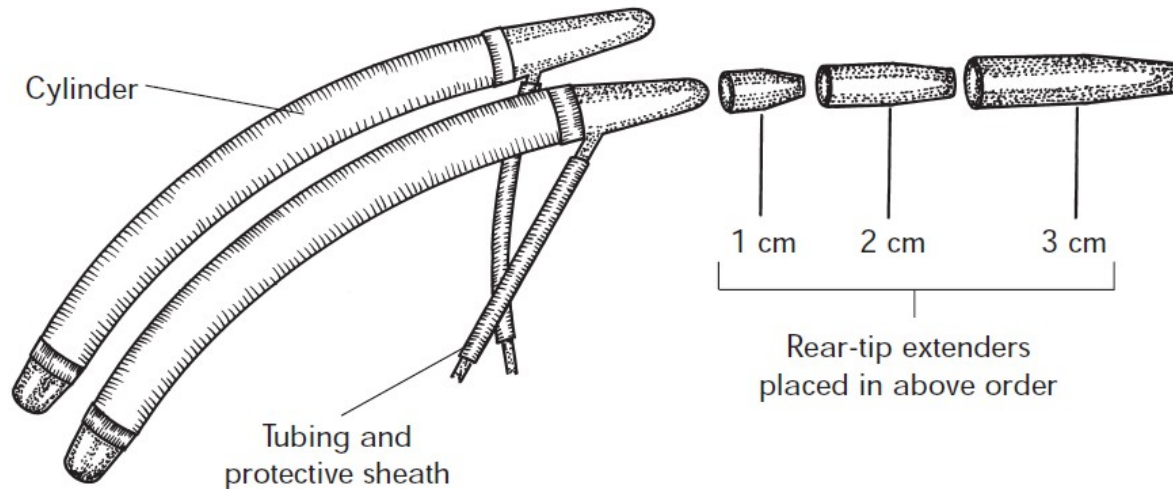
- Accurata misurazione del tunnel endocavernoso



SST Glandular Droop Syndrome



- Scelta del diametro (standard/narrow) e della lunghezza dei cilindri
- Scelta dei RTE (1-3 cm) a livello delle crura



- Una volta posizionati correttamente i cilindri protesici procedere con la chiusura delle corporotomie annodando le coppie di punti ad U precedentemente posizionati.

(Solo per protesi idrauliche tricomponenti)

- Volume del Reservoir:

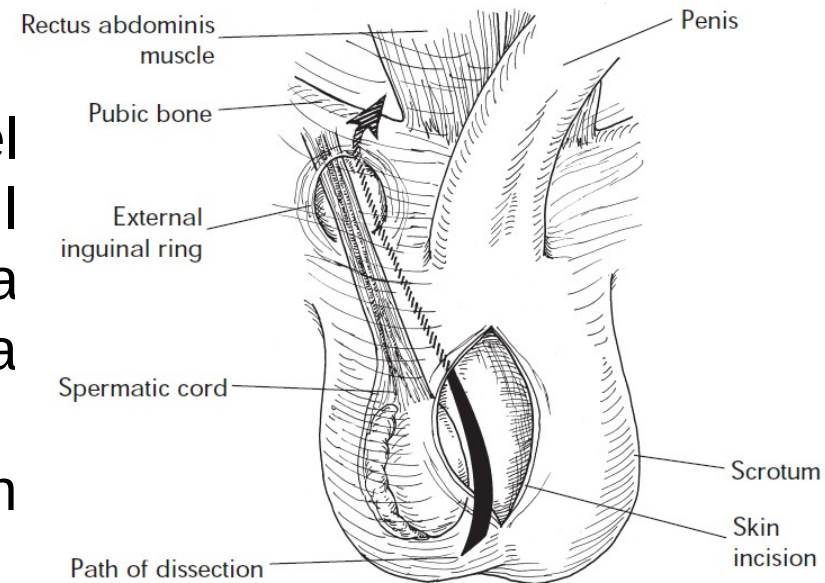
- lunghezza cilindri 12-15cm → Reservoir 65cc
- lunghezza cilindri > 18cm → Reservoir 100cc

- Modello di Reservoir:

- Standard
- Profilo piatto: tipicamente per posizionamento ectopico

- Posizionamento retropubico del Reservoir con monoincisione sec. Wilson

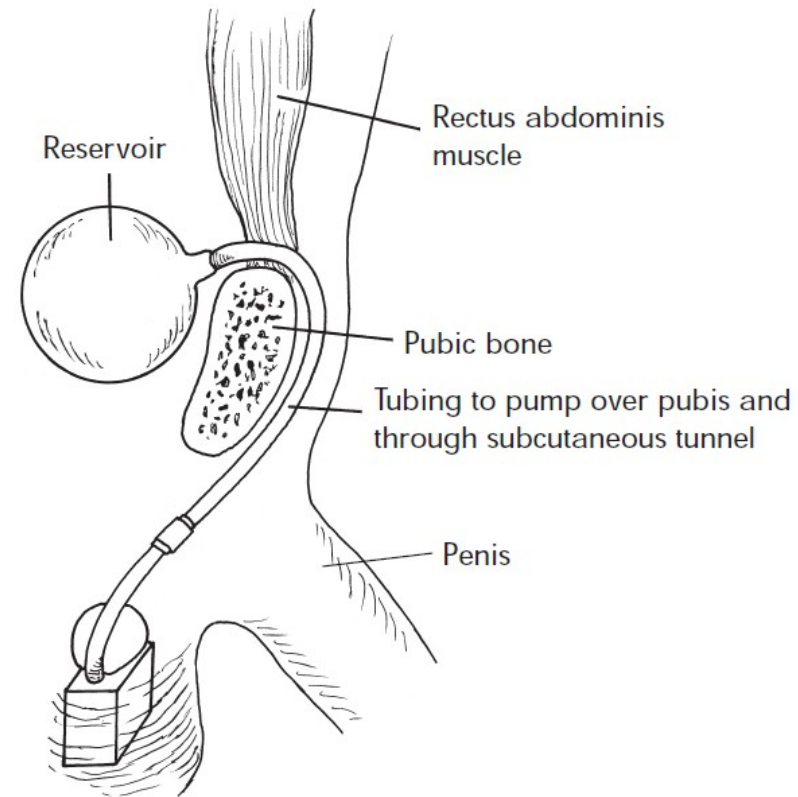
- Considerata oggi la tecnica standard
- Accesso attraverso il pavimento del canale inguinale, lateralmente al tubercolo pubico, perforando la fascia trasversalis con forbici e successiva creazione digitale dello spazio
- Posizionamento del reservoir con ausilio di rinoscopio di Killian
- Di norma non necessaria alcuna riduzione del tramite
- Operare a vescica vuota



- Posizionamento ectopico del Reservoir con incisione di servizio

- Spazio sovrapubico
- In fossa iliaca, sovrafasziale (solo soggetti con buon pannicolo adiposo)
- In fossa iliaca, sottofasziale
- Intraperitoneale (meno usato) Da considerare in caso di pregressa chirurgia pelvica o inguinale

Tubi di collegamento attraverso tramite sottocutaneo



• Posizionamento ectopico del Reservoir con monoincisione

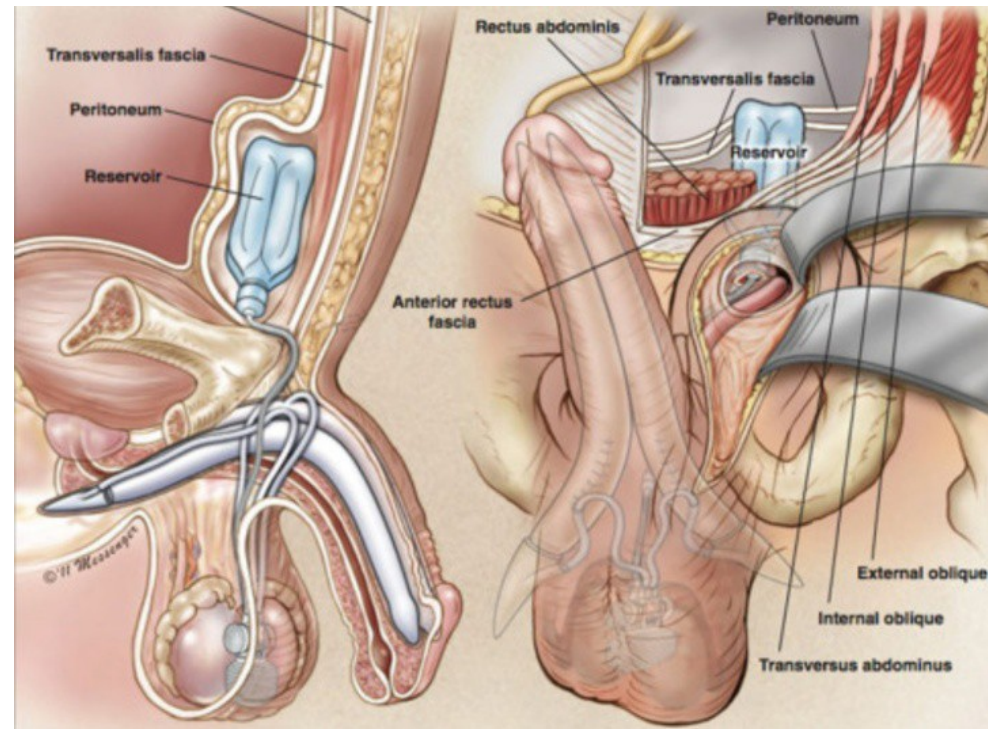
Sede retromuscolare sovrafasciale

Non richiede seconda incisione

Molto agevole dall'approccio infrapubico, ma possibile anche da quello peno-scrotale

Utile in pazienti con pregressa chirurgia pelvica

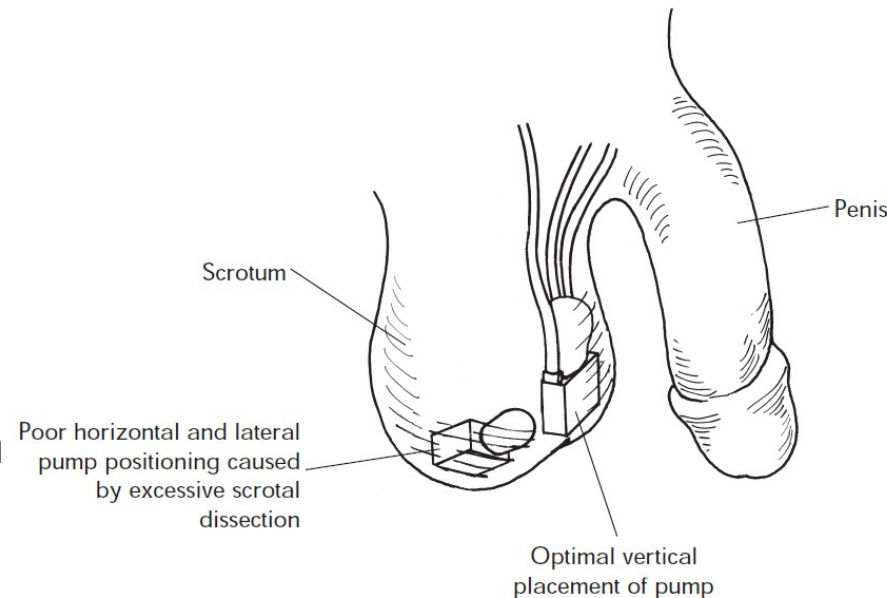
Serbatoio poco palpabile anche in soggetti magri



A livello scrotale in posizione verticale
Creazione di tasca sottodartica:

- evitare posizionamento troppo prossimale vicino alla radice del pene
- evitare eccessivo scollamento dei tessuti scrotali, che può esitare in un malposizionamento dell'attivatore con difficoltà nell'utilizzo della protesi

Collegamento con reservoir in posizione laterale evitando eccessiva lunghezza dei tubi



- Completare i collegamenti delle varie componenti protesiche con specifici connettori (protesi AMS con pinza serratrice dedicata, connettori Coloplast con serraggio manuale)
- Attenzione ad evitare bolle d'aria all'interno del sistema (preparazione della protesi e refill dei tubi)
- Controllo del corretto funzionamento dell'impianto protesico
- Chiusura per piani, interponendo il dartos tra le componenti protesiche e la cute («seppellimento» del tubing)
- Medicazione e Ghiaccio

- Valutazione dei fattori di rischio e manovre preventive (Ottimizzazione del bilancio glicidico in caso di Diabete Mellito, terapia di foci infettivi...)
- Doccia pre intervento
- Depilazione della zona genitale

- Primo Intervento della seduta e sala operatoria adeguatamente preparata
- Duplice Scrub cutaneo (Clorexidina e Iodio) prima della disinfezione
- Utilizzo di steril-drap e tecniche «no-touch»
- Scrupolosa asepsi durante tutta la procedura, poche persone in sala
- Cambio guanti per la manipolazione delle componenti protesiche
- Lavaggio con soluzione antibiotica durante la procedura
- Scelta di Impianti Protesici con rivestimento antibiotico precaricato (AMS) oppure con immersione della protesi in soluzione antibiotica prima del posizionamento (Coloplast)

- Mummy Wrap (consigliata se procedura associata a chirurgia di placca)
- Mantenere meno possibile catetere vescicale (massimo 24 ore) e drenaggio (massimo 48 ore) se utilizzati
- Proseguire Terapia ATB EV almeno fino alla rimozione di CV e drenaggio e poi terapia per os a domicilio (Ampio Spettro)
- Cilindri Protesici semigonfi (circa 60%) a scopo emostatico (e di stretching in caso di chirurgia di placca associata)
- Evitare rapporti per le prime 6 settimane
- Training protesico quando attivatore ben apprezzabile e non più dolore

Materiale didattico a cura della Commissione Certificazione Andrologica

AREA CHIRURGICA

- . Carlo Ceruti
- . Danilo Di Trapani

Collaboratori:

- . Luca Boeri
- . Chiara Sabbadin
- . Mirko Preto
- . Mattia Barbot

AREA MEDICA

- . Giorgio Piubello
- . Paolo Turchi

Supervisor:

- . Vincenzo Gentile