

**Bibliografia:**

1. Migliari R, Pistolesi D, De Angelis M. Polypropilene sling of the bulbar urethra for post-radical prostatectomy incontinence. *Eur Urol* 2003; 43(2): 152-172
2. Ghoniem GM, Bryan W. Male repair sling. *Tech Urol* 2001; 7(3): 229-323
3. Defidio L, Franco N, Baum N. Suburethral sling for male urinary incontinence. *Arch Ital Urol Androl* 2002; 74(3):138-141

Abstract n. 41 - Video

**PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA EXTRA-PERITONEALE POST TURP**

**Martina G., Giumelli P.L., Scuzzarella S., Remoti M., Caruso G.**

*SC Di Urologia, "Ospedale Morelli" Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Struttura, Sondalo (SO)*

Su 80 prostatectomie radicali laparoscopiche extraperitoneali eseguite presso il nostro centro, a diciotto mesi dall'inizio di questa attività, nove sono state eseguite in pazienti già sottoposti a turp. Di queste circa la metà in turp relativamente recenti (almeno 3 mesi), le altre in turp di antica data (anche alcuni anni), in tutte i punti di maggiore difficoltà sono stati gli stessi ma comunque agevolmente superabili. Nel video è presentata la tecnica da noi utilizzata in questi casi, rimarcando però i passaggi più difficili riconducibili a:

- a) isolamento dell'apice prostatico reso difficoltoso dalle aderenze che si creano dopo una turp tra il muscolo elevatore dell'ano e la faccia laterale della prostata e dalla minore consistenza dei lobi prostatici laterali,
- b) identificazione e sezione del collo vescicale, dovuto al minor volume dei lobi prostatici post turp, è comunque localizzabile sia grazie alla trazione sul palloncino sia evidenziando la sede in cui confluisce il grasso periprostatico
- c) identificazione e liberazione delle vescicole e dei deferenti, e identificazione e creazione dello spazio prostata rettale: anche in questo caso le aderenze post turp rendono più difficoltose queste manovre.

Abstract n. 46 - Video

**PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA NERVE GRAFTING: UNA TECNICA ORIGINALE CON USO DEL NERVO CUTANEO MEDIALE ANTIBRACHIALE**

**Morgia G.<sup>1</sup>, Pirozzi Farina F.<sup>1</sup>, Madonna M.<sup>1</sup>, Pischetta A.<sup>1</sup>, Falsaperla M.<sup>1</sup>, Massarelli M.<sup>1</sup>, Pinna G.<sup>2</sup>, Crotti F.<sup>2</sup>**

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

**Introduzione e Obiettivi:** La chirurgia radicale della prostata rappresenta ad oggi un gold-standard nel trattamento del carcinoma prostatico organo confinato. Tuttavia, pur con l'utilizzo di metodiche definite "nerve sparing" la possibilità di una ripresa della funzione sessuale dopo l'intervento si attesta su percentuali variabili dal 20 al 80%. Inoltre in alcuni pazienti ad "alto rischio" una chirurgia che preveda un risparmio dei nervi erigenti può costituire un momento oncologicamente pericoloso. Pertanto si è pensato di interporre, in corso di prostatectomia radicale, un nervo donatore che potesse aiutare la rigenerazione neurale tra le fibre dei nervi erigenti interrotti. Le prime esperienze sono state condotte con l'uso del nervo surale che in una serie limitata di pazienti ha comunque prodotto un beneficio del 70-75% di ripresa dell'attività sessuale farmacologicamente assistita e non. Nessuna erezione è naturalmente dimostrabile prima di 5-6 mesi (legati al fenomeno della rigenerazione neurale) con le migliori performances dopo 14-18 mesi.

**Materiali e Metodi:** In questo video presentiamo una variante

originale della tecnica legata all'uso del nervo cutaneo mediale antibrachiale. In concomitanza con l'intervento demolitivo prostatico una seconda equipe operatoria ha prelevato dal braccio con un'incisione di 4 cm. ad esse un segmento di circa 8-10 cm. di nervo cutaneo mediale antibrachiale. Questo nervo del braccio, anch'esso con caratteristiche di nervo donatore, è stato sottoposto a neurolisi, suddiviso in due parti ed innestato come interposizione tra due capi dei nervi erigenti interrotti dalla chirurgia radicale. La visualizzazione dei due monconi interrotti è avvenuta con campo microchirurgico (12,5 x) e il graft è stato eseguito con anastomosi microchirurgica termino-terminale con sutura in vicryl 9 zeri. Al termine della sutura, adeguatamente preparata "tension free", si è proceduto all'ulteriore fissaggio del graft nervoso con colla di fibrina. Si è per ultimo proceduto al confezionamento dell'anastomosi uretro-vescicale.

**Risultati e Conclusioni:** I vantaggi, a nostro avviso, legati all'uso di questo nervo rispetto al surale sarebbero: 1) possibilità di prelievo in concomitanza con l'intervento radicale prostatico; 2) tempi operatori più rapidi; 3) minore discomfort all'arto donatore; 4) minori esiti di ipoestesia; 5) ridotti episodi di eritema sulla superficie della ferita. Di converso l'efficacia è assolutamente assimilabile in relazione alla omogeneità strutturale dei due nervi, alla possibilità di eseguire una anastomosi tension-free, ecc.

Abstract n. 64 - Video

**CHIRURGIA NEPHRON SPARING ESTREMA NELLA MALATTIA DI VON HIPPEL LINDAU**

**Graziotti P, Piccinelli A, Seveso M., Taverna G.L., Giusti G., Rocco B., Benetti A., Peluso G.**

*Istituto Clinico Humanitas, Rozzano, Milano*

Il film si riferisce al caso di una paziente di 27 anni, affetta da malattia di Von Hippel Lindau, sindrome ereditaria autosomica dominante caratterizzata dallo sviluppo di varie neoplasie benigne e maligne tra le quali cisti e carcinomi renali, cisti e carcinomi pancreatici, feocromocitomi, emangiomi retinici ed emangioblastomi cerebellari. Nel suddetto caso la paziente è risultata essere affetta da sola patologia renale bilaterale presentando, come dimostrato dalla diagnostica per immagini, multiple neoformazioni liquide e solide di cospicue dimensioni. Si è optato per un intervento in due tempi condotto per via lombotomica. Una volta isolato il rene ed il peduncolo vascolare si è proceduto con un'ecografia intraoperatoria per identificare tutte le lesioni, asportandone le più piccole e periferiche prima di clampare il peduncolo e perfrigerare il rene per contatto con ghiaccio sterile. Va sottolineato che, in questo tipo di malattia, lo scopo dell'intervento è quello di rimuovere tutte le masse visibili in quanto la radicalità oncologica non è proponibile, stante la presenza di innumerevoli foci microscopici di neoplasia e cisti che caratterizzano il parenchima renale apparentemente sano. Ne deriva di conseguenza la perdita di significato del concetto di margine chirurgico positivo. La via escretrice è stata poi francamente aperta e accuratamente suturata; si è ritenuto opportuno posizionare una piccola nefrostomia, fatta fuoriuscire da una controapertura parenchimale, rimossa in XII giornata postoperatoria. Le valve parenchimali sono state accostate con alcuni punti staccati in Maxon 4 zeri e la sutura completata con punti a U montati su placchette di Teflon, sigillando infine il tutto con colla di fibrina umana. Il tempo di ischemia totale si è aggirato intorno ai 20 minuti. Quaranta giorni dopo siamo intervenuti analogamente dall'altro lato sempre con l'ausilio dell'ischemia fredda. Si sono asportate numerose lesioni, in parte solide e in parte liquide, oltre a una piccola lesione periferica. Anche da questo lato la via escretrice è stata aperta franca-