

CISTECTOMIA RADICALE "SEMINAL VESICAL SPARING": NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

S. Serni, L. Masieri, A. Minervini, A. Lapini, M. Carloni, C. Corvino, U. Locunto,
M. Carini

Università degli Studi di Firenze, Clinica Urologica I, Firenze

INTRODUZIONE

La cistectomia radicale rappresenta il trattamento di scelta del carcinoma vescicale invasivo e di quelle neoplasie vescicali superficiali ma biologicamente aggressive, refrattarie ai trattamenti conservativi, multifocali e rapidamente recidivanti. Nonostante la possibilità di ricostruire una neovescica ortotopica, La cistectomia rappresenta tuttora un trattamento con un forte impatto sulla qualità di vita, soprattutto in relazione alla sfera sessuale. Per tale motivo è stata proposta una tecnica di cistectomia seminal vesical sparing con neovescica ortotopica.

Gli autori propongono una tecnica di cistectomia seminal vesical sparing con particolare riguardo all'adenomectomia prostatica.

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

Mentre nella tecnica di cistectomia radicale convenzionale si sviluppa il piano tra complesso vescicoprostatico e retto in questo caso si procede nel piano tra vescica e trigono anteriormente e vescicole seminali posteriormente fino ad arrivare al collo vescicale. Si isola poi il collo vescicale dalla prostata avendo cura di lasciare la mucosa integra fino al primo tratto di uretra prostatica che viene sezionata e clampata per evitare fuoriuscita di urina. Si propaga quindi la dissezione fino al congiungimento con il piano retrovescicale precedentemente sviluppato. Viene quindi completata la cistectomia con la legatura dei peduncoli vescicali. Successivamente si effettua l'adenomectomia prostatica con la tecnica descritta da Freyer-Harvard (1912-1954) con particolare attenzione all'emostasi della capsula, che viene effettuata con due suture semicontinue. Si accede quindi alla cavità peritoneale per riconfigurare una neovescica ileale detubularizzata sulla quale vengono anastomizzati gli ureteri con tecnica antireflusso secondo Gonheim. Il neoserbatoio si anastomizza alla capsula prostatica con due suture semicontinue con filo 3/0 riassorbibile. Si posiziona quindi catetere tipo Foley 22Ch.

RIABILITAZ
F. Colombo, E

NEUROPEP
DEL CARCI
M. Motta

TERAPIA DI
ORMONO-I
F. Di Silverio

FISIOPATOI
DEL CARCI
G. Forti, L. B

ASPETTI SE
E. A. Jannini

L'IPOGONA
PER LA TEF
G. Forti, M.

FISIOPATO
OSSEA DEI
G. Conti

BICALUTA
PROSTATA
V. Mirone

PROSTATI
E. Vicari, A.

PROSTATI
A. Lenzi, F.

PROSTATI
E. Pirozzi F.