

P 24

Priapismo: tre casi, tre soluzioni

P. Pittaluga, E. Gastaldi, S. Benvenuti, M. Moretti, M. Caviglione, M. Iacoviello, B. Malcangi, A. Cichero, G. Zaninetta, M. Varaldo

U.O. Urologia, A.O. «Villa Scassi», Genova

Introduzione: riportiamo l'esperienza occorsa presso l'U.O. di urologia tra il marzo e l'agosto del 2001 su tre casi di priapismo.

Materiali e metodi: sono giunti alla nostra osservazione i seguenti casi.

Caso 1 (B.A. 55 aa.) con episodio di priapismo insorto dopo l'esecuzione di un ecodoppler con 10 mcg di PGE1 intracavernosa per D.E.

Caso 2 (C.F. 53 aa) giunto presso il nostro reparto dopo 6 giorni di priapismo idiopatico (terapia anti-ipertensiva e cardiologica + mix di antiflogistici ed antibiotici con notevole incremento dei GB).

Caso 3 (R.G. 49 aa) insorgenza di priapismo dopo 12 h dall'intervento di nefrectomia radicale per K rene.

I pazienti dei casi 2 e 3 sono stati sottoposti ad emogasanalisi che ha evidenziato priapismo a basso flusso.

Risultati: caso 1: risoluzione con lavaggio dei corpi cavernosi con soluzione fisiologica ed iniezione intracavernosa di 1 fiala di efedrina diluita 1:10.

Caso 2: dopo emogasanalisi, tentativo infruttuoso di risoluzione con lavaggio dei corpi cavernosi ed iniezione intracavernosa di efedrina. Si esegue quindi fistola glandulocavernosa co Tru-Cut e conseguente risoluzione.

Caso 3: dopo emogasanalisi, tentativo infruttuoso delle soluzioni precedentemente adottate. Creazione di una fistola chirurgica (shunt cavernospongioso bilaterale sec. Quackles). Persistenza di priapismo ribelle con innalzamento della pO₂ e conseguente decremento della pCO₂. Rifiuto dell'arteriografia da parte del paziente quindi posizionamento di catetere vescicale che passato sotto la coscia determinava una compressione dei corpi cavernosi alla radice con risoluzione dopo 12 h.

Conclusioni: il trattamento del priapismo a basso flusso deve essere il più immediato possibile, tale da prevenire la fibrosi dei corpi cavernosi e la conseguente D.E. (50%). Parametri importanti sono l'anamnesi (priapismo post PGE1) e l'emogasanalisi, tali da indirizzare la terapia: nelle prime ore utilizzare sempre il lavaggio dei corpi cavernosi ed alfa-mimetico.

P 25

Erniazione del tessuto cavernoso: complicanza dell'intervento di Nesbit per curvatura congenita peniena

G. Morelli, A. Minervini, G. Salinistri, N. Dinelli, R. Minervini, C. Selli

Clinica Urologica, Università di Pisa

Introduzione: l'intervento di Nesbit rappresenta il gold standard per la correzione della curvatura congenita del pene. La curvatura residua è una delle cause più comuni di reintervento. Non ci risultano in letteratura, casi di «ernia acquisita del tessuto cavernoso».

Caso clinico: un uomo di 24 anni con pene curvo congenito, trattato in altra sede con intervento di Nesbit, con incisione cutanea a livello della curvatura, è stato inviato al nostro dipartimento per la valutazione di una tumefazione a livello dell'incisione chirurgica, comparsa ad un mese dall'intervento. La tumefazione, non dolente, visibile in stato di flaccidità, aumentava di volume durante l'erezione; le sue dimensioni erano progressivamente aumentate nel tempo. L'esame obiettivo eseguito a pene flaccido e dopo iniezione di PGE1 evidenziava una tumefazione del terzo prossimale del corpo cavernoso destro con ridotta consistenza dell'albuginea in assenza di curvatura residua. L'ecografia evidenziava un'area ipoecogena irregolare dell'albuginea a livello della protrusione del tessuto cavernoso. In sede chirurgica si procedeva alla sutura dei margini di albuginea di spessore normale con punti staccati di Maxon 2-0 e al posizionamento di un patch dermico di 2 x 4 cm sull'albuginea, con punti staccati in Dexon 4-0. A 12 mesi dall'intervento il risultato estetico è soddisfacente.

Discussione: questa «ernia acquisita del corpo cavernoso» o «relaxatio acquisita della tunica albuginea», rappresenta un'evenienza estremamente rara. Probabilmente è stata provocata da un indebolimento dell'albuginea per la rottura di alcuni punti di sutura durante un'erezione o per un difetto di cicatrizzazione. Nel nostro caso non abbiamo resecato l'albuginea eccedente per non indebolirla ulteriormente ma l'abbiamo rinforzata avvicinando i margini dell'albuginea normale. Il patch è stato utilizzato per colmare l'avvallamento creatosi dopo la correzione del difetto dell'albuginea.

P 26

Remissione di un disturbo d'identità di genere

G. Corretti, C. Basile Fasolo

Gruppo di Sessuologia, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Oggetto: il presente lavoro illustra un caso di transessualismo femmina verso maschio occorso alla nostra attenzione.

Materiali e metodo: paziente di anni 25 e sesso femminile, giunge alla nostra osservazione nel novembre 2000 riferendo la marcata sofferenza e disagio circa la propria identità sessuale presente fin dalla prima infanzia con forte identificazione con il sesso opposto e ferma intenzione di andare incontro alla riattribuzione dei caratteri sessuali con terapia medica, quindi chirurgica. Emergono inoltre sintomi di tipo depressivo di grado lieve e manifestazioni tipo attacchi di panico con limitazione funzionale. La vita sessuale del paziente risulta limitata con evitamento del contatto sia auto che eteromediato con i propri genitali.

Risultati: viene proposto inizialmente al paziente di intraprendere un adeguato trattamento per migliorare il proprio assetto timico e la sintomatologia ansiosa; nei successivi incontri viene illustrato l'iter terapeutico di riattribuzione del sesso. Il paziente durante i successivi mesi va incontro ad un progressivo miglioramento della sintomatologia psichica, con concomitante cambiamento della propria sessualità, caratterizzato da una maggiore facilità di esposizione alla vista ed al contatto con il partner, tale da permettere una vali-