



SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI ANDROLOGIA



What's up? Il maschio tra informazione, prevenzione e benessere

Ancona, 01 ottobre 2016

# Tavola rotonda Chirurgia Protesica

## TECNICHE DI IMPIANTO

Dr. Enrico Caraceni

Direttore U.O. Urologia Civitanova Marche

## IMPIANTO PROTESICO STEP BY STEP

- Strumentario
- Preparazione del paziente
- Vie di accesso
- Campo operatorio
- Incisione cutanea
- Isolamento corpi cavernosi
- Corporotomia
- Dilatazione
- Lavaggio dei corpi cavernosi
- Misurazione
- Scelta delle dimensioni e posizionamento protesi
- Prova di attivazione
- Sutura della corporotomia
- Posizionamento serbatoio
- Posizionamento pompa
- Connessione del sistema idraulico
- Prova di funzionamento impianto
- Sutura dei piani cutanei
- Medicazione compressiva

## PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

0022-5347/04/1721-0153\$0

THE JOURNAL OF UROLOGY®

Copyright © 2004 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

Vol. 172, 153–156, July 2004

Printed in U.S.A.

DOI: 10.1097/01.ju.0000132141.48587.f1

### PENILE PROSTHESIS CULTURES DURING REVISION SURGERY: A MULTICENTER STUDY

GERARD D. HENRY,\*† STEVEN K. WILSON,‡ JOHN R. DELK, II,§ CULLEY C. CARSON,  
ARI SILVERSTEIN, MARIO A. CLEVES AND CRAIG F. DONATUCCI

*From the Institute for Urologic Excellence, Van Buren (GDH, SKW, JRD), Department of Biostatistics, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock (MAC), Arkansas, Department of Urology, University of North Carolina, Chapel Hill (CCC), and the Division of Urology, Department of Surgery, Duke University, Durham (AS, CFD), North Carolina*

Colonizzazione batterica della protesi con formazione di un biofilm intorno alla protesi o sulla pseudo capsula da parte prevalentemente di Gram positivi provenienti dalla cute dell' operatore o del paziente.

*Stewart, Lancet 2001; Henry, Wilson, J Urol 2005*

Incidenza : 2-3% nell 'impianto vergine  
e fino al 13% nelle procedure di revisione.

*Jarow et al, J Urol 1996; Lotan, Urol 2003*

TABLE 2. *Isolates cultured from clinically uninfected penile prostheses*

Organism Cultured	No. (% total isolates)
<i>S. epidermidis</i>	25 (39)
<i>S. lugdunensis</i>	14 (22)
<i>S. capitis</i>	3 (5)
<i>S. haemolyticus</i>	3 (5)
<i>Streptococcus mitis</i>	3 (5)
Methicillin resistant <i>S. aureus</i>	2 (3)
<i>S. auricularis</i>	2 (3)
<i>Propionibacterium</i>	3 (5)
Others ( <i>S. warneri</i> , <i>S. ureolyticus</i> , <i>S. simulans</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , yeast [2], <i>Corynebacterium</i> [2])	9 (14)

## PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

### PROFILASSI ANTIBIOTICA

Chinolonici per os da 3 giorni prima (ad es. **Ciprofloxacina** 500 mg 1 cp mattina e sera a stomaco pieno), da riprendere in 1<sup>a</sup> giornata e continuare fino alla 7<sup>a</sup> giornata postoperatoria.

Antibiotico endovena a 1 ora prima dell'intervento e da ripetere nel pomeriggio (**Vancomicina** o **Teicoplanina** 200 mg e **Gentamicina** 80 mg).

Spugnature con **Clorexidina** o **Iodofori** la sera prima e in sala operatoria per 10 minuti.

## PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

### **Soluzioni di Brant**

1. 50% perossido di idrogeno e 50% soluzione fisiologica
2. 50% iodio povidone e 50% soluzione fisiologica
3. Cefazolina 1 g+ tobramicina 40 mg per litro di fisiologica
4. Vancomicina 500mg+ gentamicina 80 mg per litro di fisiologica

Lavare usando almeno 100 ml per ogni soluzione secondo l'ordine esposto.

Un secondo lavaggio deve essere effettuato iniziando dalla soluzione numero 4 e terminando con la 1.

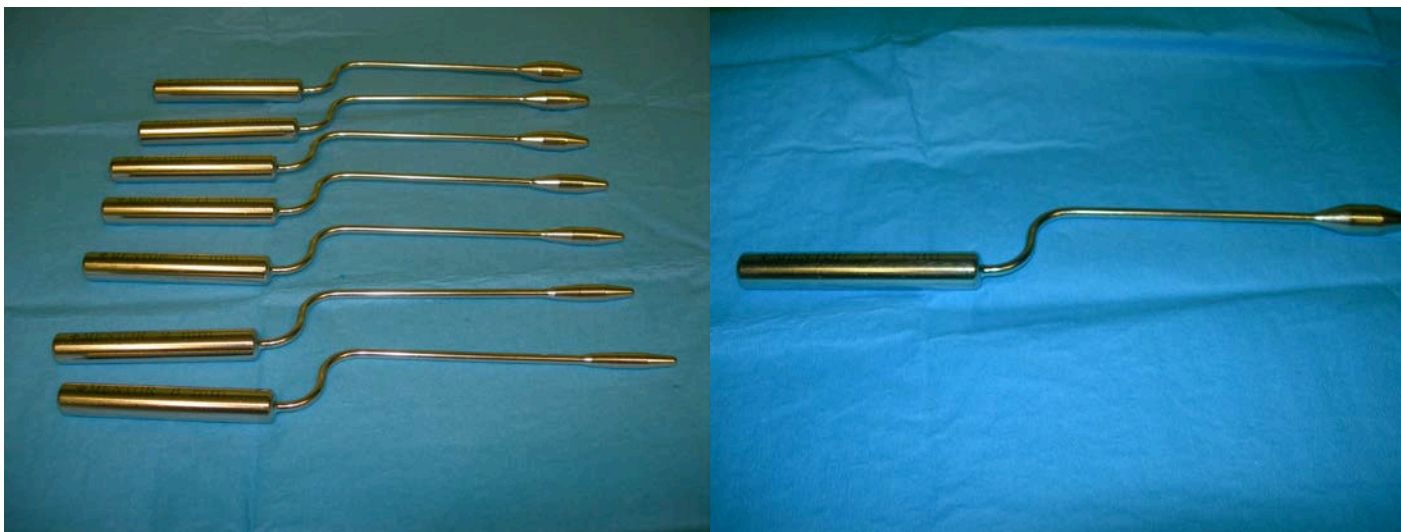
Lavaggio finale di ogni spazio usando 100 ml composti al 50% dalle soluzioni 3 e 4.

## PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Posizione supina

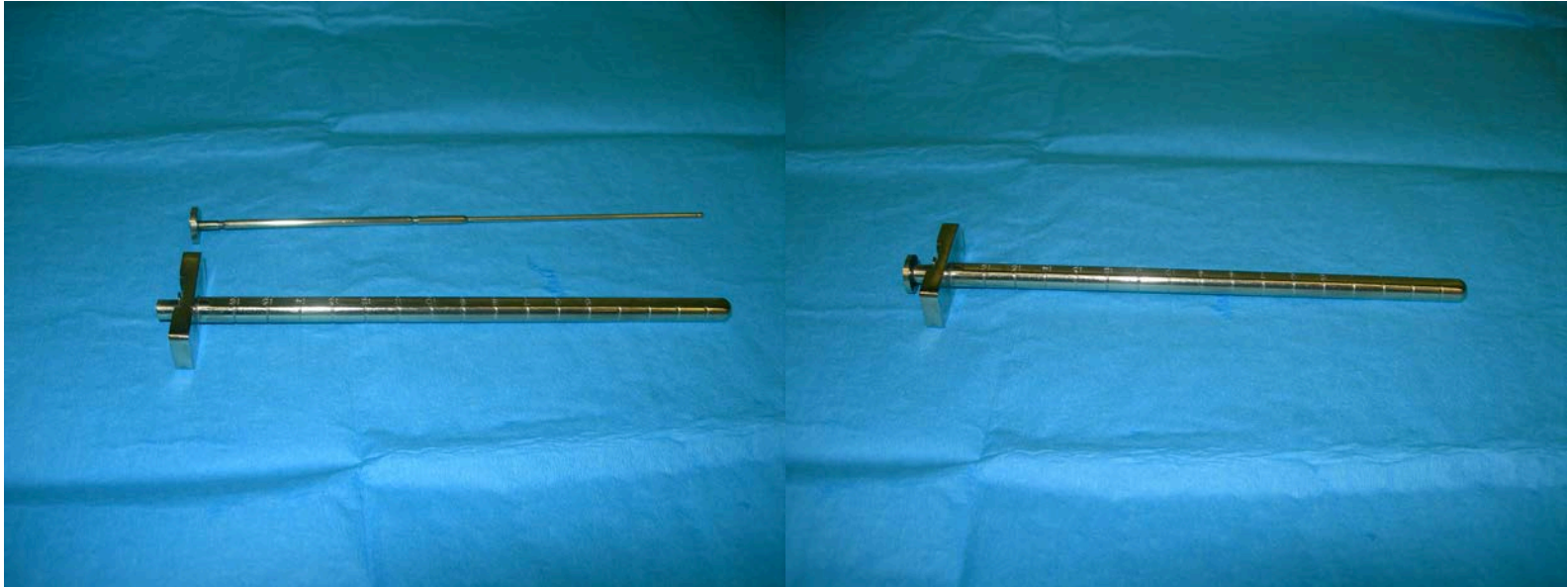


## STRUMENTARIO





## STRUMENTARIO

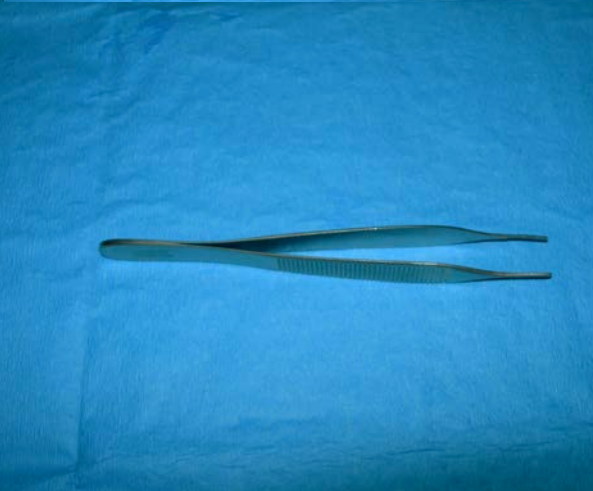




## STRUMENTARIO



## STRUMENTARIO





## FILI DI SUTURA



## VIE DI ACCESSO

CORONARICA (protesi non idrauliche)

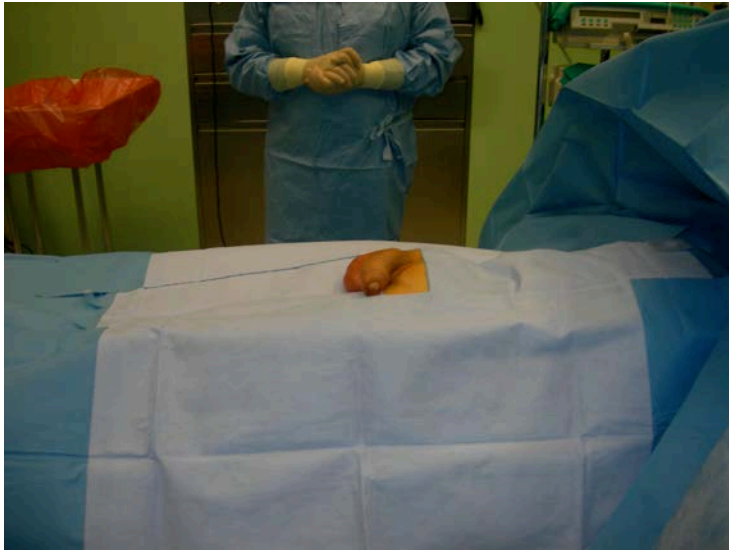
PENOSCROTALE

INFRAPUBICA o SOVRAPUBICA



Le dimensioni ridotte e l'accesso unico riducono il tasso di infezioni

## PREPARAZIONE DEL CAMPO OPERATORIO





## PREPARAZIONE DEL CAMPO OPERATORIO

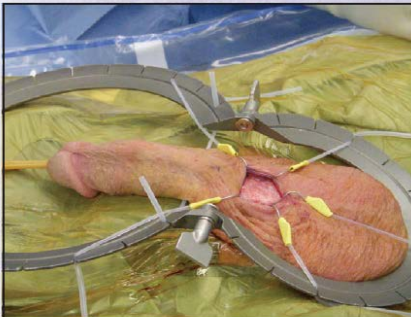
### No touch technique *Eid François, J Sex Med 2011; 8: 5-8*

Prior to no touch technique, and with limited set of instruments, exposure of penile corpora cavernosa is gained.

Midline vertical incision



Five yellow hooks utilized to expose subcutaneous tissue on midline to Bucks fascia.



After initial instruments and gloves that previously contacted patient's skin are removed, no touch technique, markedly reducing contact with patient's skin, begins.

Using new set of sterile surgical gloves, sterile loose surgical drape is brought onto surgical field.



Sterile loose surgical drape covers entire surgical field so there is limited contact with patient's skin.



Small opening in drape over incision allows additional yellow hooks to secure drape to edges of skin incision.



Entire procedure performed through small opening in drape over incision; corporotomy is fashioned; note, skin is not touched.

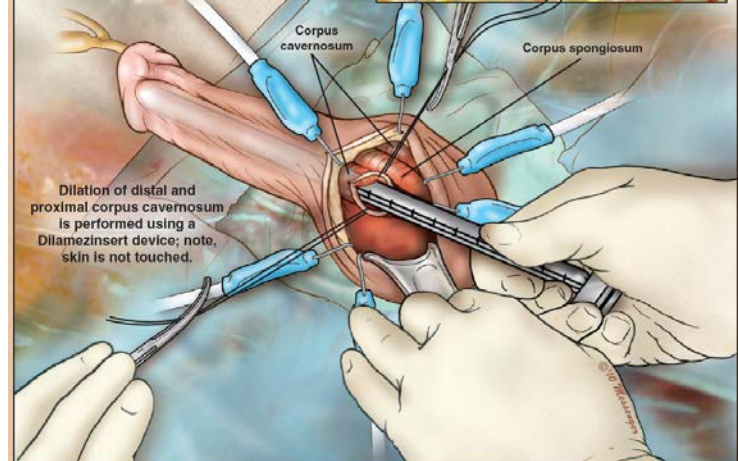
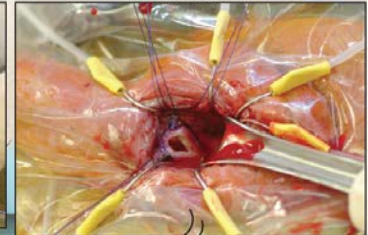


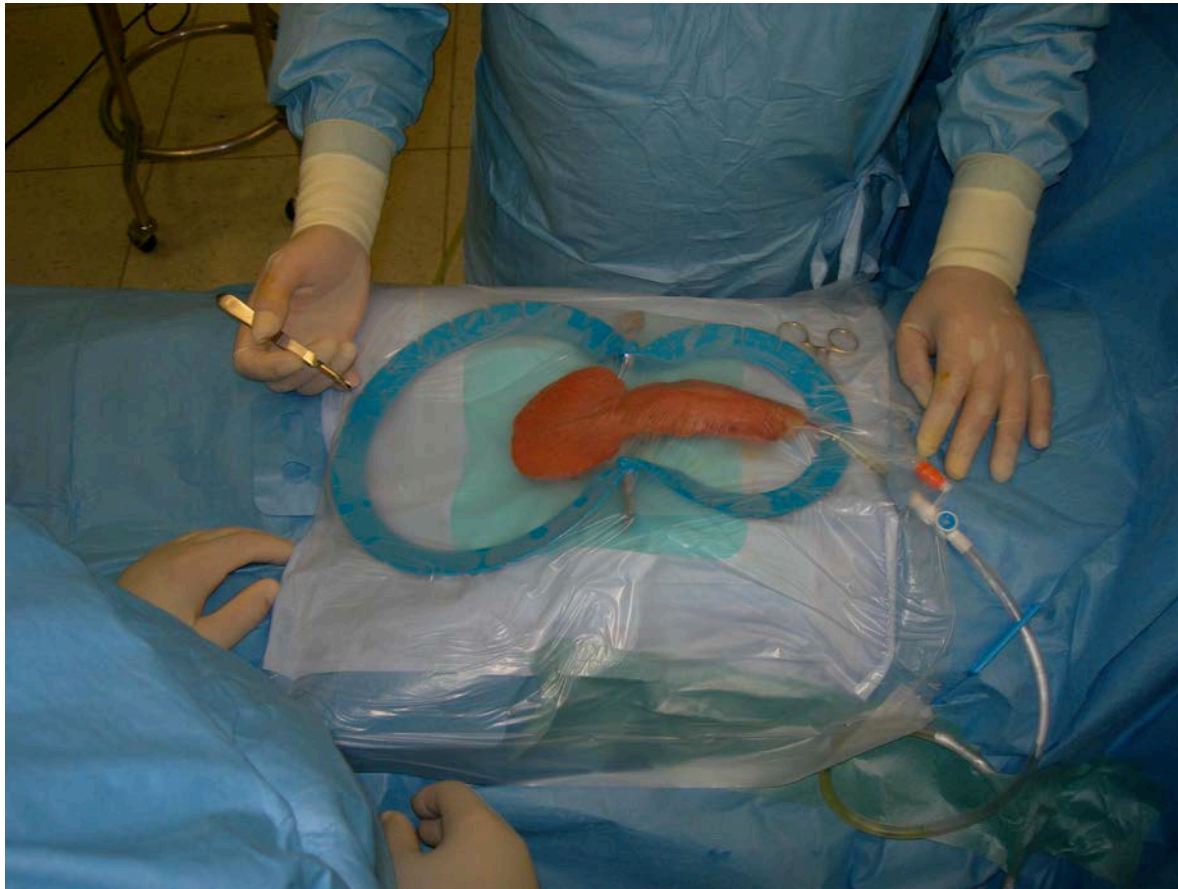
FIGURE 2

A small opening is made in the drape over the incision and four additional blunt yellow hooks are used to secure the drape to the edges of the incision. The entire procedure is performed through this opening. The tunica albuginea of each corpus is identified, tagged with 3-0 polydioxanone suture (DPS) on a RB-1 needle. A corporotomy is made at the crus of the right corpus cavernosum. Dilation of the distal and proximal corpus cavernosum is performed using a Dilaminsert device (Lone Star Medical Products, Stafford, TX, USA). Note that the patient's skin is not touched.



## PREPARAZIONE DEL CAMPO OPERATORIO

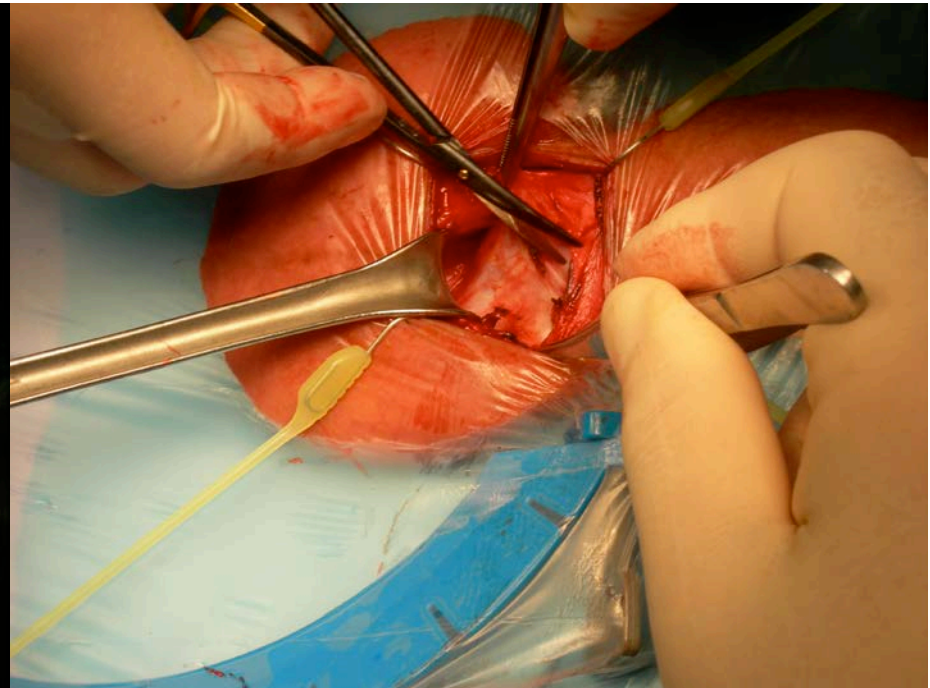
No touch technique *Eid François, J Sex Med 2011; 8: 5-8*



## INCISIONE CUTANEA

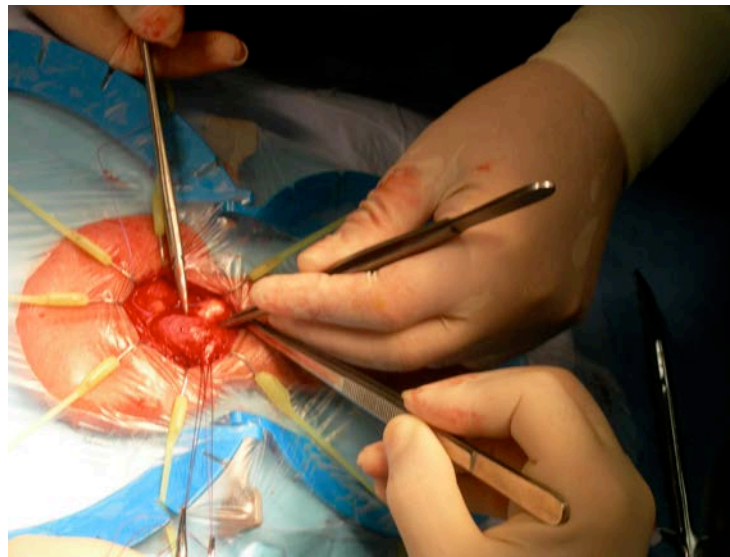
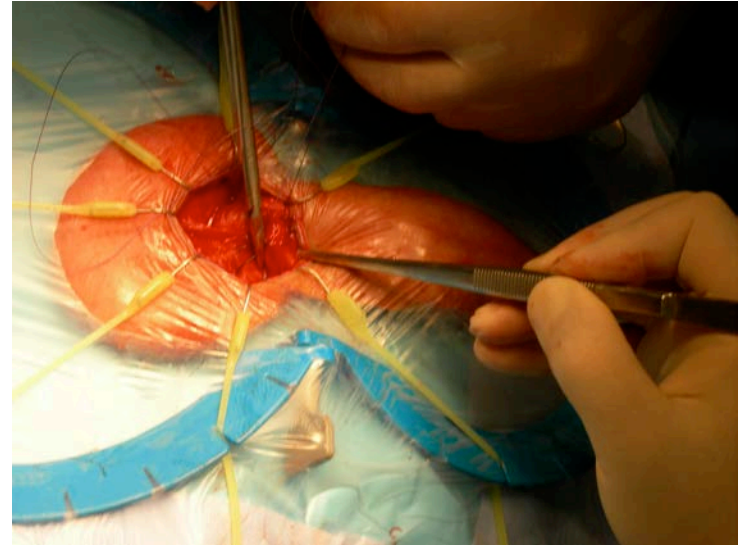
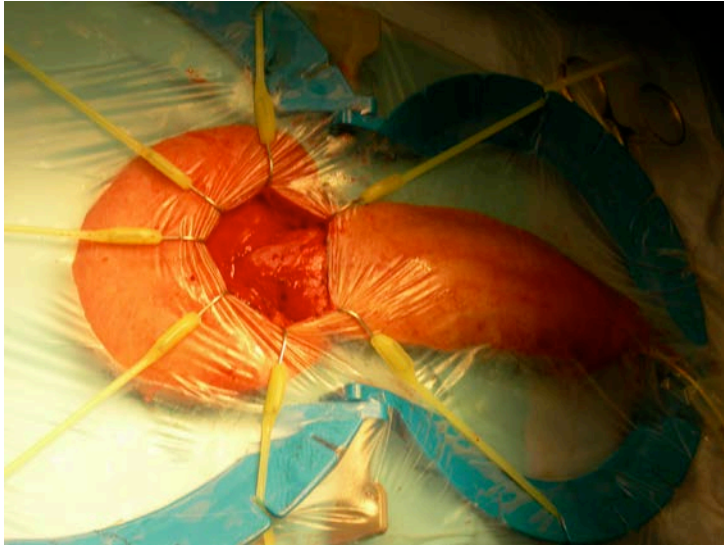


## INCISIONE CUTANEA





## ISOLAMENTO DEI CORPI CAVERNOSI



## CORPOROTOMIA BILATERALE

