

La rivascolarizzazione del pene nella impotenza a patogenesi vascolare

Metodiche terapeutiche

Introduzione

Una impotenza erettile è stata chiaramente collegata alla presenza di lesioni vascolari da Leriche (1948) nella descrizione della sindrome da obliterazione aorto-iliaca.

Di più recente acquisizione, grazie all'introduzione nella pratica clinica dell'arteriografia selettiva ipogastrica, è l'individuazione di lesioni isolate a livello del circolo ipogastrico, e in particolare dell'arteria pudenda o dei suoi rami, capaci di condizionare una diminuita irrorazione arteriosa ai corpi cavernosi, tali da determinare quale unico sintomo l'insorgenza di impotenza erettile.

L'iniezione diretta di mezzo di contrasto nelle arterie ipogastriche, tramite catetere introdotto per via femorale, permette la visualizzazione delle arterie pudende e dei suoi rami (arteria dorsale del pene, arteria cavernosa) deputati all'irrorazione del pene. Numerosi studi arteriografici hanno permesso di identificare lesioni, con caratteristiche topografiche di localizzazione tali da suggerire la definizione di una « sindrome del canale urogenitale ». L'arteria pudenda viene radiologicamente divisa in 3 segmenti. Nel primo segmento situato al di sopra del forame otturatorio le lesioni isolate sono estremamente rare, più frequentemente vengono colpiti da fenomeni o displasici, o, arteritici, o, aterosclerotici il II-III segmento. Il primo situato a livello del canale di Alcock ed il secondo al di sotto del diaframma urogenitale là dove l'arteria ha dato origine ai suoi rami terminali (arteria dorsale, bulbare, cavernosa).

Quando l'obliterazione è localizzata a livello aorto-iliaco, l'estensione dell'endoarteriectomia fino ad includere la ricostruzione dell'ori-

F. GIORDANENGO - P. MINGAZZINI
L. FRANCH - U. RUBERTI

*Università degli Studi di Milano
Istituto di Patologia Chirurgica II
(Direttore: Prof. U. Ruberti)*

gine dell'iliaca interna può stabilire un flusso diretto di sangue al pene tale da permettere il ripristino di valide erezioni. Un altro approccio chirurgico si rende necessario quando le lesioni sono localizzate isolatamente a livello dell'arteria pudenda o dei suoi rami.

In questa circostanza vengono attuate metodiche chirurgiche che prevedono la rivascolarizzazione del pene.

In questo articolo riportiamo la nostra iniziale esperienza nella chirurgia dell'impotenza, la cui patogenesi è da attribuire a lesioni isolate del distretto ipogastrico.

Materiale e metodo

Tra il maggio 1981 ed il novembre 1982 abbiamo eseguito 15 interventi di rivascolarizzazione del pene in 15 pazienti affetti da impotenza a patogenesi vascolare conseguente a lesioni isolate a livello del distretto ipogastrico. I soggetti in età compresa tra i 22 e 51 anni (media 40 ca.) riferivano la insorgenza del sintoma (erezioni assenti o comunque non valide per la penetrazione), da un periodo di tempo variabile da 2 a 8 anni dalla nostra osservazione. La tecnica chirurgica utilizzata è stata in 11 casi di innesto epigastrico-cavernoso, in 2 casi di innesto epigastrico-a. dorsale del pene, in 1 caso di by-pass safeno-cavernoso, ed in 1 caso di innesto epigastrico safeno-cavernoso.

Tecnica chirurgica

Con incisione pararettale si isola l'arteria epigastrica inferiore dalla sua origine dalla iliaca esterna fino a livello ombellicale, pre-

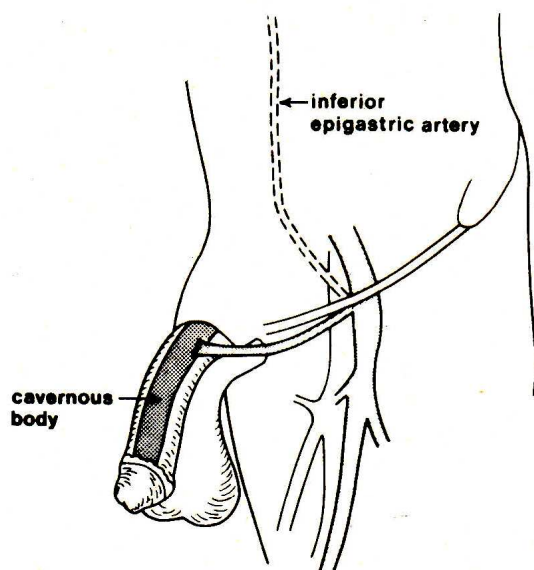


Fig. 1. — Innesto epigastrico-cavernoso.

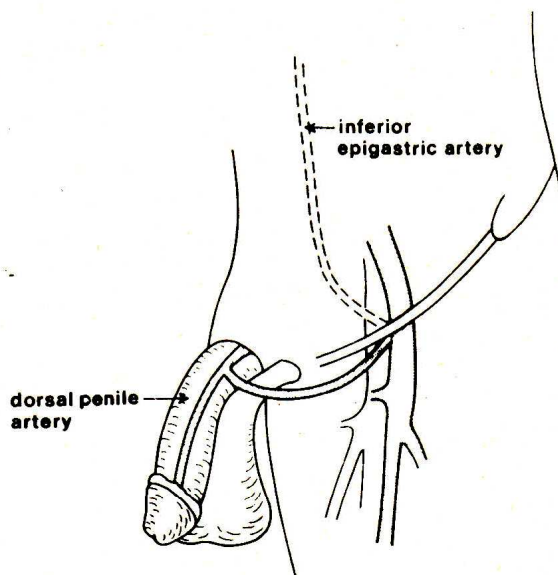


Fig. 2. — Innesto epigastrico-a. dorsale del pene.

via legatura di tutte le collaterali; si lega distalmente e si seziona l'arteria a questo livello clampandola alla sua origine. Si lava l'arteria con soluzione eparinata, con ago-bottonuto inserito nel suo interno. Incisione alla radice del pene ed isolamento del corpo cavernoso. Ribaltamento della a. epigastrica ed innesto, previa cavernosostomia di 2 mm, sul corpo cavernoso con punti staccati in prolene 7/0 (fig. 1). In 2 casi abbiamo eseguito l'innesto della a. epigastrica sulla a. dorsale del pene con punti staccati in seta 9/0 (fig. 2). La maggior parte degli A. indica in questo secondo tipo di tecnica, l'intervento di scelta, in quanto sembra offrire maggior garanzia di pervietà a distanza.

In alcuni casi la situazione anatomica della a. epigastrica, per la particolare brevità e precoce biforcazione, non permette la sua utilizzazione. In questa particolare situazione può essere utilizzata la vena safena invertita innestata a by-pass tra arteria femorale e radice del pene o interposta, come in un caso da noi eseguito, tra a. epigastrica e corpo cavernoso.

Risultati

I risultati immediati (fino a 60 giorni dopo l'intervento) sono stati ottimi in 11 soggetti che hanno riferito la comparsa di valide ere-

TABELLA 1.

Età	Tipo di rivascularizzazione	Pervietà anastomosi	Erezione post-operatoria	Abilità al coito post-operatoria
51 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 15 mesi	+	+
54 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 12 mesi	+	—
51 anni	Safeno-cavernoso	Chiusa 20 giorni	—	—
39 anni	Epigastrico-cavernoso	Chiusa 6 mesi	+	+
40 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 8 mesi	+	+
42 anni	Epigastrico-cavernoso	Chiusa 5 mesi	+	+
39 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 6 mesi	+	+
33 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 6 mesi	+	+
32 anni	Epigastrico-cavernoso	Chiusa 4 mesi	+	+
22 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 4 mesi	+	+
44 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 3 mesi	+	+
43 anni	Epigastrico-a. dorsale	Pervia 2 mesi	+	+
42 anni	Epigastrico-a. dorsale	Pervia 35 giorni	+	+
31 anni	Epigastrico-cavernoso	Pervia 29 giorni	+	+
26 anni	Epigastrico-safeno cavernoso	Pervia 20 giorni	+	—

zioni ed il ripristino di una normale vita sessuale.

In un caso si è osservata la oblitterazione dell'innesto in 20ª giornata P.O. (la pervietà dell'anastomosi viene controllata con un apparecchio doppler-sonografico). Due pazienti, con innesto pervio, pur riferendo la comparsa di valide erezioni spontanee, hanno mantenuto la incapacità al rapporto sessuale a conseguenza di cause psicogene. Tre pazienti hanno riferito la scomparsa di valide erezioni rispettivamente dopo 4-5-6 mesi dall'intervento, in conseguenza della oblitterazione dell'innesto (tab. 1).

Conclusioni

La conoscenza di questo particolare tipo di lesioni vascolari costituisce una nozione patologica che spiega in molti casi la patogenesi di questo sintoma e sembra essere responsabile del 25 % delle impotenze erettili ed in particolare del 70-80% di quelle a patogenesi organica. I risultati della nostra iniziale esperienza chirurgica di rivascolarizzazione del pene, sebbene limitata a pochi casi e, con un breve follow-up, sono estremamente incoraggianti. Non è ancora

possibile stabilire quale, fra i vari tipi di tecnica utilizzati, sia quella capace di offrire migliori risultati a distanza. Si tratta di una chirurgia ai primi stadi del suo sviluppo, ed è probabile, che, almeno nella nostra esperienza, alcuni degli insuccessi siano conseguiti ad errori tecnici nella esecuzione della anastomosi.

Riteniamo comunque che proprio la microchirurgia vascolare offra, là dove ne esista la indicazione, la soluzione fisiologica di un così invalidante sintoma, la cui alternativa terapeutica era, fino a pochi anni fa, unicamente rappresentata dagli innesti protesici endocavernosi.

BIBLIOGRAFIA

- Ginestie J. F., Formien A.: « L'exploration radiologique de l'impuissance ». Paris, Maloine s.a., 130, 1976.
- Leriche R., Morel D.: « The syndrome of thrombotic obliteration of the aortic bifurcation ». *Annals of Surgery*, 127, 193, 1948.
- Michal V.: « Personal communication. II World Congress on Vasculogenic Impotence, Monaco, 1981.
- Michal V., Kramarr: « Arterial epigastrico cavernosum anastomosis for the treatment of sexual impotence ». *World Journal Surgery*, 1, 515, 1978.
- Zorghiotti, Rossi, Padula: « Diagnosis and therapy of vasculogenic impotence ». *The Journal of Urology*, 123, 674, 1980.

[Indirizzo degli Autori:

F. Giordanengo

Ist. Pat. Chir. II Univ. Studi - Milano]