



Guido Barbagli

Centro di Chirurgia Ricostruttiva dell'Uretra

Arezzo

E-mail: guido@rdn.it

Sito web: www.urethralcenter.it

III Congresso Nazionale UROP

Urologi Ospedalità Privata

27 – 29 giugno, 2008

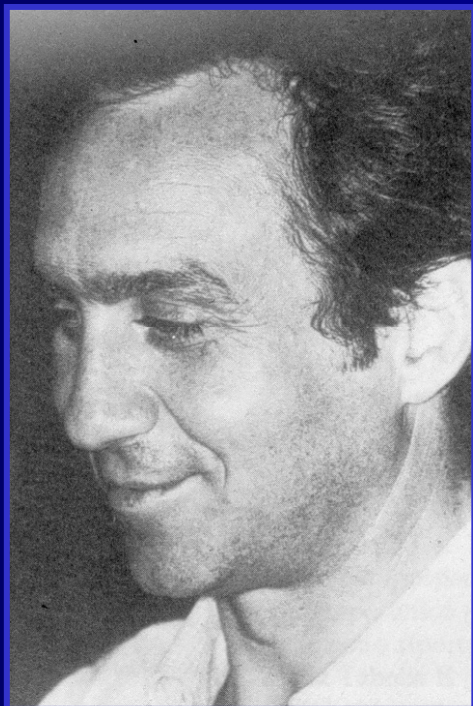
Mercogliano - Avellino



Stato dell'Arte nella Chirurgia dell'Uretra Anteriore



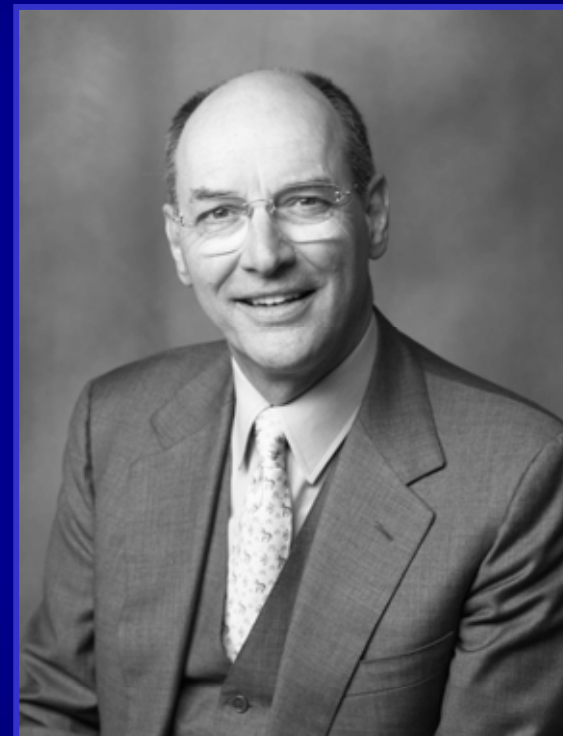
I grandi pionieri della Chirurgia dell'Uretra in Italia



Prof. Ruggero Lenzi
Firenze

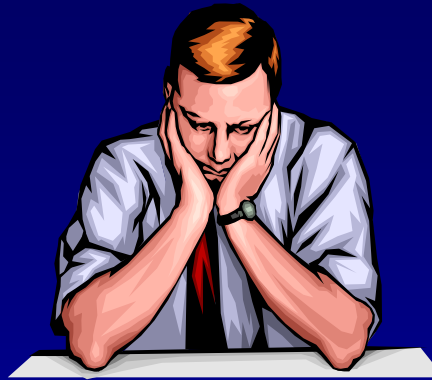


Prof. Edoardo Austoni
Milano



Prof. Vito Pansadoro
Roma





Una lettura magistrale dovrebbe fornire dei dati estrapolati dalla letteratura secondo i criteri della **“medicina basata sulla evidenza”**. Sfortunatamente, la letteratura sulla chirurgia dell'uretra è ancora così terribilmente confusa che raramente fornisce dei dati secondo questi criteri





In questa lettura, Vi presenterò quindi dei dati
estrapolati dalla “**esperienza personale**” di un singolo chirurgo
che lavora in un Centro di riferimento specializzato
nel trattamento delle stenosi dell’uretra

I dati che Vi presenterò hanno comunque sempre ricevuto
una validazione (peer review) su riviste internazionali



La Chirurgia dell'Uretra Anteriore nel 2008

- L'uso della mucosa orale
- La pubblicazione dei risultati



L'uso della mucosa orale



Mucosa orale

guancia destra	4 x 2.5 cm
guancia sinistra	4 x 2.5 cm
labbro	4 x 1.5 cm
lingua	4 x 2.5 cm
	4 x 2.5 cm



20 cm x 2,5 cm



Quale tipo di mucosa orale ?



guancia



labbro



lingua



Il prelievo di mucosa orale

Trucchi e suggerimenti



Due team lavorano contemporaneamente



Due tavoli separati di strumenti



Mucosa orale



Uretroplastica



Vantaggi del doppio team

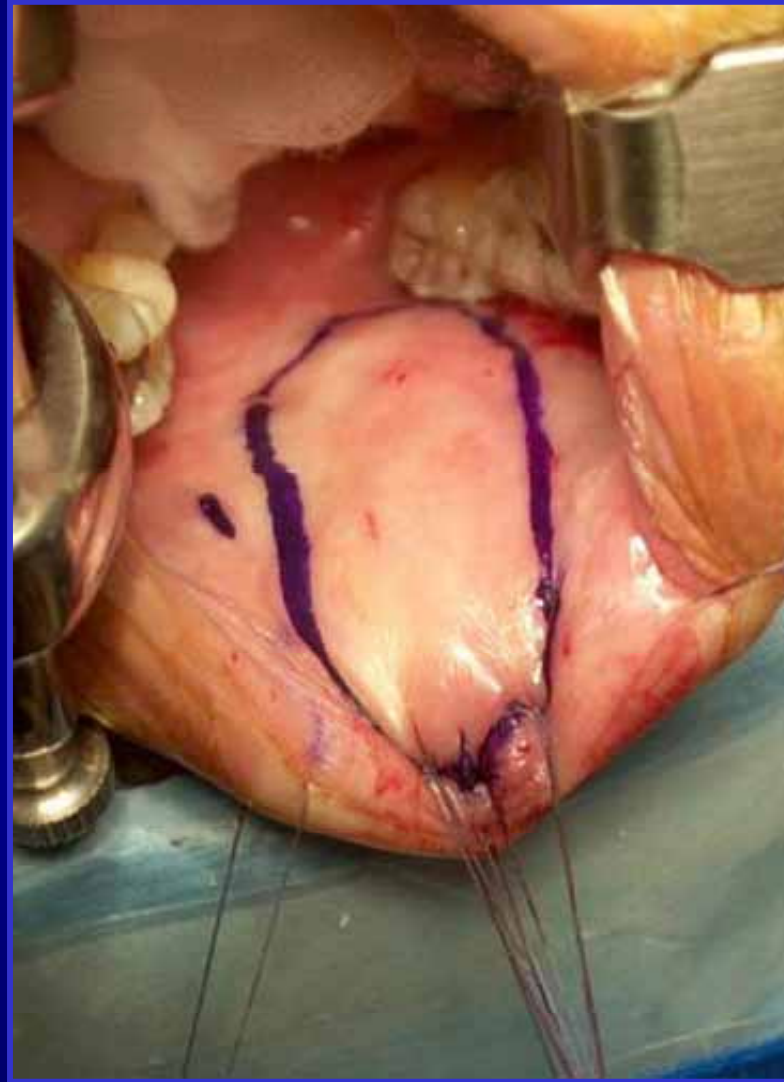
**Diminuisce il tempo
operatorio di circa
1 ora**

**Diminuisce il rischio
di contaminazione
crociata**

**Rappresenta un primo
training per un giovane
assistente interessato alla
chirurgia dell'uretra**



Prelievo dalla guancia



L'intubazione naso-tracheale lascia la cavità orale completamente libera



In alcuni pazienti la cavità orale è molto piccola

In alcuni pazienti la cavità orale non si apre bene

Il tubo oro-faringeo si può dislocare durante il prelievo

L'intubazione naso-tracheale non è mandatoria



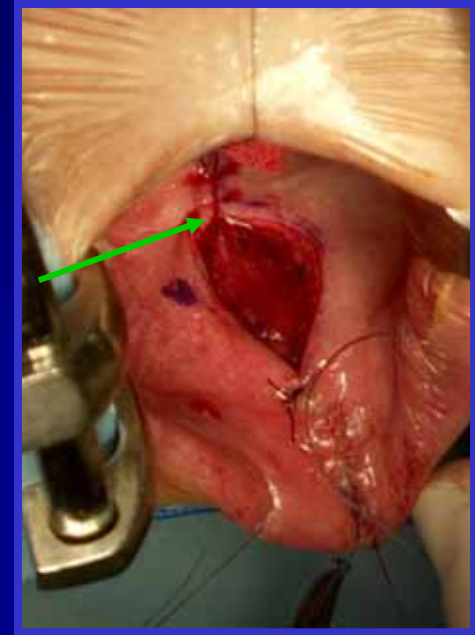
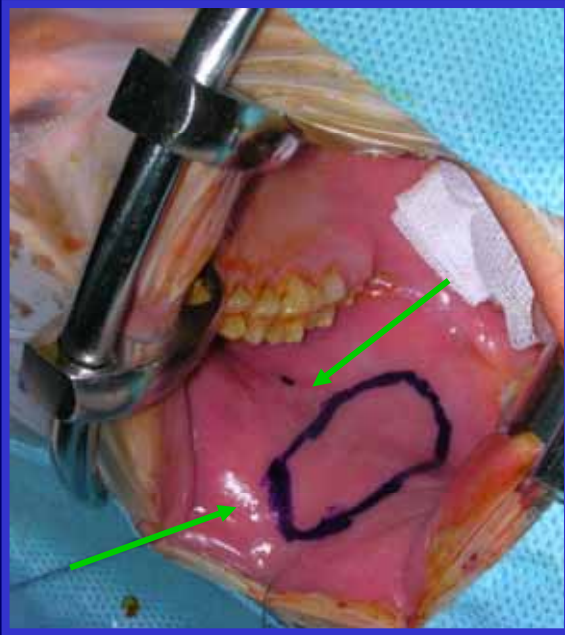


**Adeguate divaricatore
orale**



**Un solo assistente è
necessario per il prelievo**





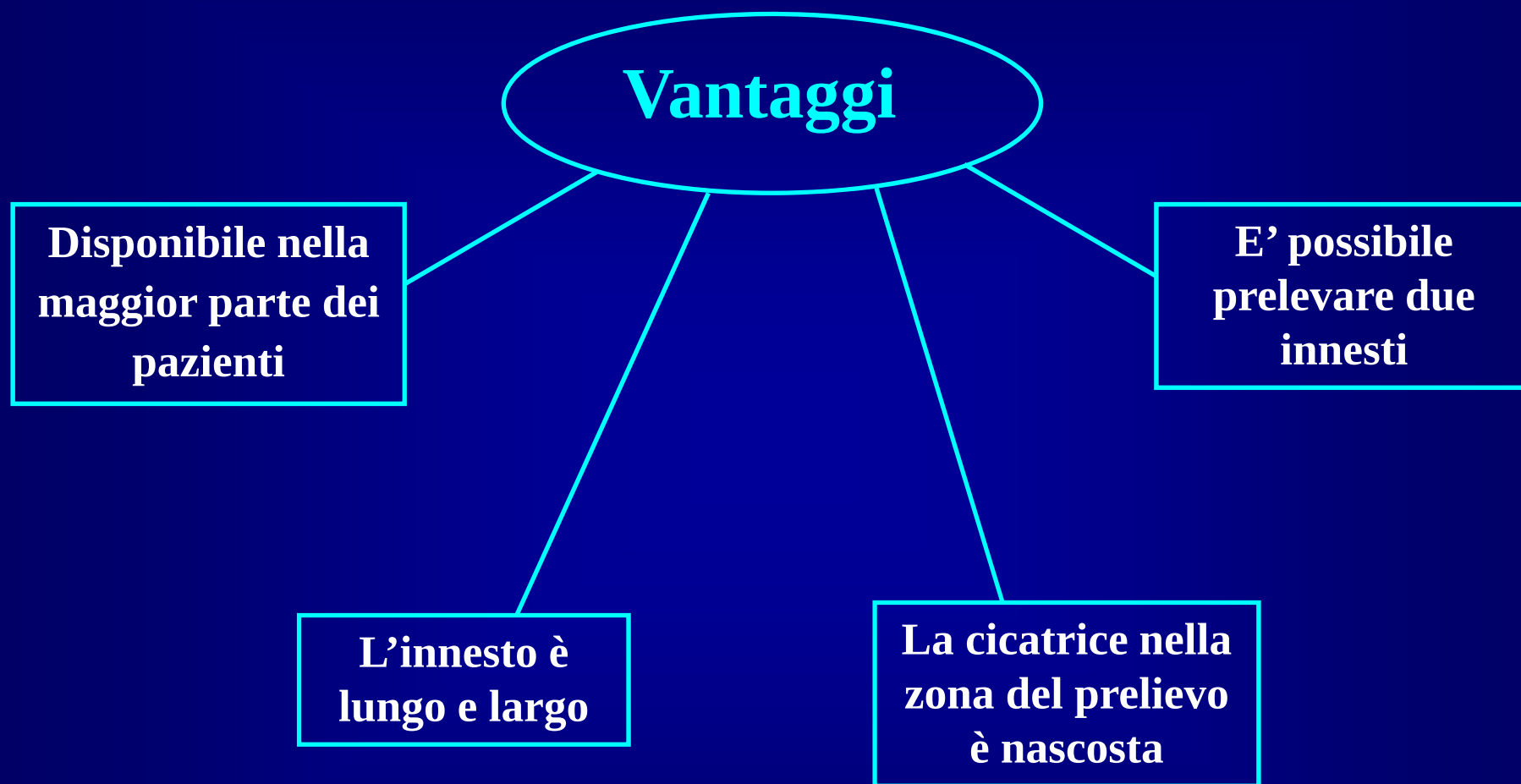
Mantenersi a circa 1 cm dal dotto salivare (II molare) ed a circa 1,5 cm dal bordo esterno della guancia

**Il prelievo non deve superare 2,5 cm in larghezza e 4 cm in lunghezza
(in relazione con la cavità orale del paziente)**

Il prelievo deve avere una forma ovoidale per favorire la sutura della ferita



Prelievo dalla guancia



Prelievo dalla guancia

Svantaggi



Quando prelevare l'innesto dalla guancia?



**Nelle tecniche bulbari
in tempo unico**



**Nelle tecniche
peniene in due tempi**

Prelievo dal labbro





Il prelievo non deve superare 1,5 cm in larghezza e 4 cm in lunghezza (in relazione con le dimensioni del labbro del paziente)



Prelievo dal labbro



Prelievo dal labbro

Svantaggi

E' possibile prelevare
un solo innesto

L'innesto è
sottile e
piccolo

**Molte volte
l'innesto è molto
più piccolo di
quanto
programmato**

Il prelievo può avere
conseguenze estetiche
negative

La cicatrice nella
zona del prelievo è
visibile

Quando prelevare l'innesto dal labbro?

Tutte le volte che **non** si può fare il prelievo dalla guancia

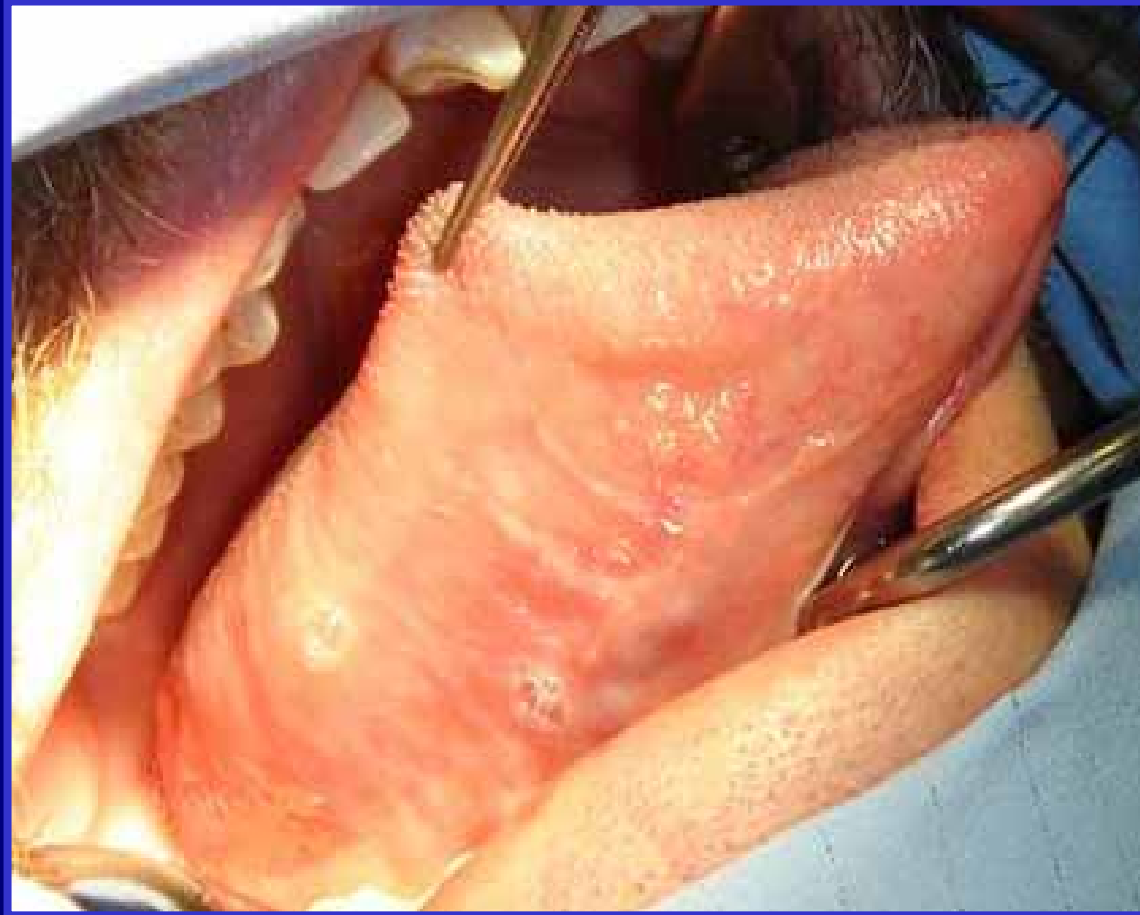


Nei casi pediatrici



Negli adulti che richiedono
un innesto piccolo e sottile

Prelievo dalla lingua



The Tongue as an Alternative Donor Site for Graft Urethroplasty: A Pilot Study

**Alchiede Simonato,* Andrea Gregori, Andrea Lissiani, Stefano Galli,
Francesco Ottaviani, Roberta Rossi, Anna Zappone and Giorgio Carmignani**

From the Department of Urology "Luciano Giuliani," University of Genoa (AS, GC), Genoa and Departments of Urology (AG, AL), Pathology (RR) and Anesthesiology and Intensive Care (AZ), and Otorhinolaryngological Clinic IV (FO), "Luigi Sacco" University Medical Center (SG), Milan, Italy

Simonato et al, J Urol, 2006; 175: 589-592





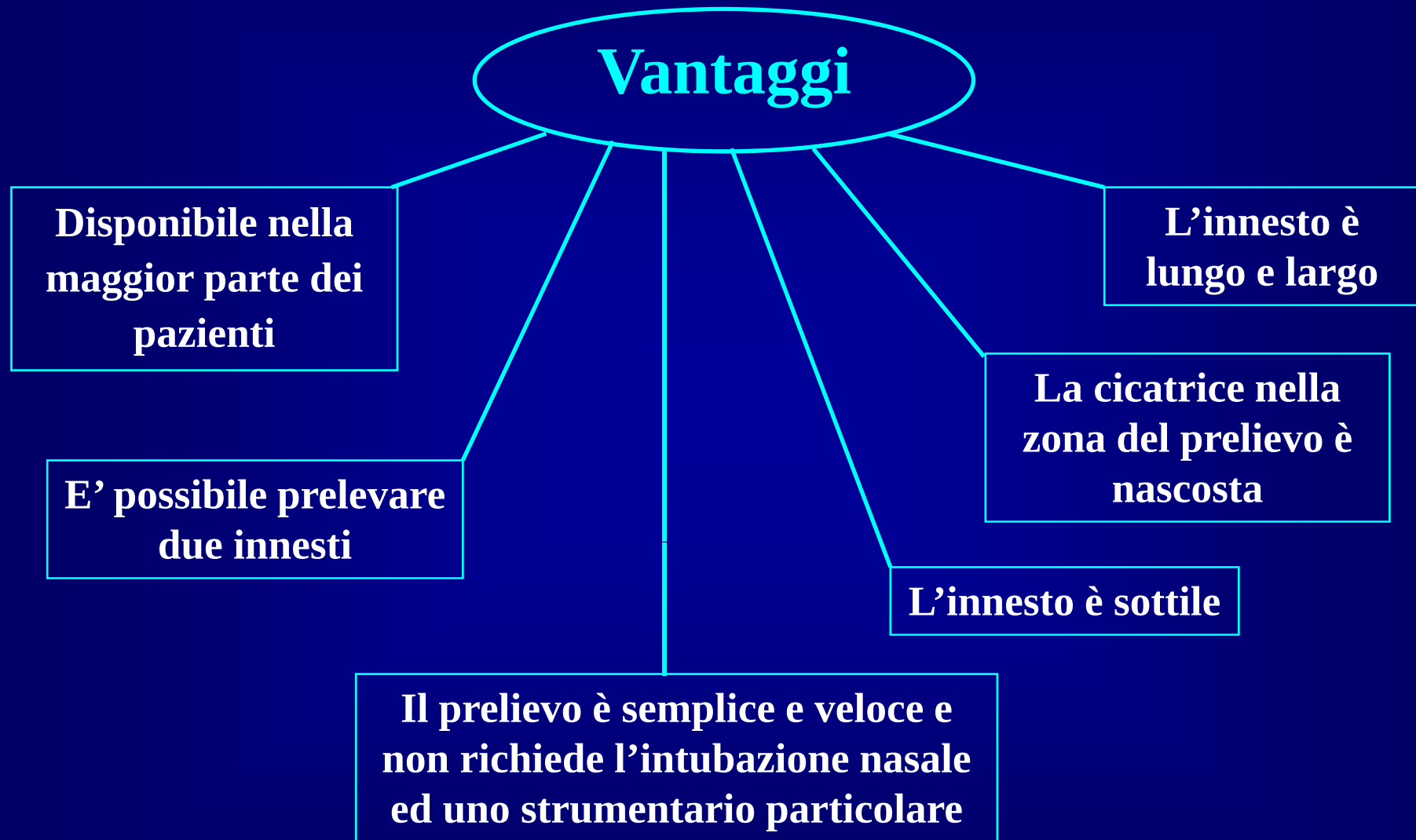


**Il prelievo non deve superare 2,5 cm in larghezza e 4 cm in lunghezza
(in relazione con le dimensioni della lingua del paziente)**

**Il prelievo deve avere una forma ovoidale per favorire la sutura della
ferita**



Prelievo dalla lingua



Prelievo dalla lingua

Svantaggi



```
graph TD; A([Svantaggi]) --- B[L'innesto è sottile];
```

L'innesto è sottile



Quando prelevare l'innesto dalla lingua?



**Quando è
richiesto un
innesto sottile**



**Quando non si può fare
il prelievo dalla guancia**



**Per evitare conseguenze
estetiche negative con il
prelievo dal labbro**



L'uso della mucosa orale nella chirurgia dell'uretra

La mucosa orale può essere prelevata da tre differenti siti orali

Ogni sito di prelievo presenta vantaggi e svantaggi

Le dimensioni e lo spessore dell'innesto variano notevolmente da sito a sito



L'uso della mucosa orale nella chirurgia dell'uretra

Che tipo di uretroplastica è stata programmata ?

Che dimensioni e spessore deve avere l'innesto/i ?

Che cavità orale ha il paziente ?

Che labbro inferiore ha il paziente ?

Che lingua ha il paziente ?

Che lavoro fa il paziente ? (Suona il clarinetto !)

Ci sono particolari controindicazioni
(anestesilogiche o malattie del cavo orale)
al prelievo di mucosa orale ?



L'uso della mucosa orale nella chirurgia dell'uretra

Perché ?

Per le sue caratteristiche biologiche ed istologiche

Per la sua elasticità che la rende estremamente maneggevole
e versatile per tutti i tipi di uretroplastica (onlay-inlay)
(one-stage - two-stage)

Perché in letteratura (periodo 1966-2006) sono stati pubblicati
1267 articoli sull'uso della mucosa orale per la ricostruzione
dell'uretra



L'uso della mucosa orale nella chirurgia dell'uretra

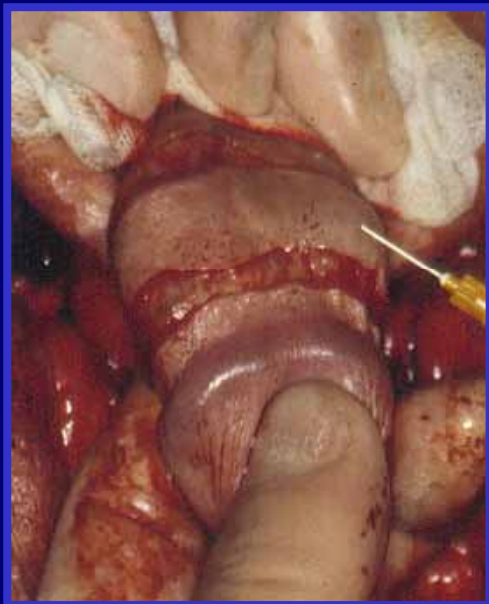
Perché ?



**Perché i pazienti non amano
essere considerati animali da
esperimento**



L'uso della mucosa orale: conclusioni



59.6%



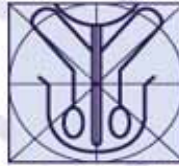
82.8%

La mucosa orale costituisce il miglior materiale di sostituzione nelle uretroplastiche bulbari in tempo unico



La pubblicazione dei risultati





CENTRO DI CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELL'URETRA
Direttore: GUIDO BARBAGLI

Prof Guido Barbagli
Dove siamo
Articoli scientifici
Libri
Che cosa è il Centro
La patologia uretrale
Attività clinica svolta presso il centro
Attività di ricerca clinica
Risultati delle uretroplastiche
Incontinenza urinaria maschile
Meetings e congressi
Tirocinio
Editoriale
Archivio storico
Atlante di tecniche chirurgiche
Video
Lecture a congressi
Links & Partners
Direttore scientifico Dr. Massimo Lazzeri

- **Anastomosi termino-terminale**
- **Anastomosi termino-terminale con innesto dorsale di cute**
- **Anastomosi termino-terminale con innesto dorsale di mucosa buccale**
- **Anastomosi termino-terminale con innesto ventrale di mucosa buccale**
- **Uretroplastica con innesto dorsale di mucosa buccale**
- **Uretroplastica con innesto laterale di mucosa buccale**
- **Uretroplastica con innesto ventrale di mucosa buccale**
- **Uretroplastica con sostituzione completa con mucosa buccale**
- **Uretroplastica con innesto dorsale di cute peniena**
- **Uretroplastica in due tempi**
- **Perineostomia**
- **Rimozione chirurgica di stents endouretrali**



Evoluzione culturale della professione e della professionalità

In una cultura dominata dal sospetto di “malasanità”, la nostra iniziativa di rendere accessibili e privi di qualsiasi censura i nostri risultati vuole essere l’inizio di una nuova professionalità

Riportare in maniera trasparente i risultati di una procedura chirurgica, rappresenta un punto di riferimento indispensabile per la valutazione della prestazione stessa e permette di superare lo scetticismo che molti hanno nei confronti dei risultati “statisticamente significativi” riportati dalla letteratura



Evoluzione del rapporto medico-paziente

I pazienti sono diventati dei sofisticati consumatori di internet e desiderano avere sempre più un facile accesso ai dati per poter scegliere

E' dovere dei medici e delle Istituzioni dove essi operano riportare con trasparenza i loro risultati affinché i pazienti possano trarre utili indicatori per una personalizzazione della cura, scegliendo quelle strutture sanitarie che erogano prestazioni chirurgiche secondo un rapporto costo/beneficio a loro favorevole



Evoluzione del rapporto chirurgo-tecnica chirurgica

Il chirurgo conosce i risultati aneddotici o quelli statistici dei suoi interventi ?

La continua elaborazione ed aggiornamento statistico dei risultati consente di valutare, anno dopo anno, il deterioramento della percentuale di successo dovuto all'estensione del follow-up

La continua elaborazione dei risultati consente di valutare la validità delle nuove tecniche chirurgiche che sono state suggerite in letteratura



EUROPEAN UROLOGY 53 (2008) 828–833

available at www.sciencedirect.com

journal homepage: www.europeanurology.com



European Association of Urology



Reconstructive Urology

One-Stage Bulbar Urethroplasty: Retrospective Analysis of the Results in 375 Patients

Guido Barbagli^a, Giorgio Guazzoni^b, Massimo Lazzeri^{c,*}

^a Center for Reconstructive Urethral Surgery, Arezzo, Italy

^b Department of Urology, University Vita-Salute San Raffaele Hospital, Milan, Italy

^c Department of Urology, Santa Chiara-Firenze, Florence, Italy



Center for Reconstructive Urethral Surgery



Obiettivi dello studio



Rivalutare retrospettivamente
la documentazione clinica di
375 pazienti sottoposti ad
uretroplastica bulbare con
tecniche in tempo unico



Criteri di esclusione dallo studio



1



2



3

I pazienti con lichen sclerosus (1), ipospadia fallita (2) o stenosi estese al tratto penieno ed a quello bulbare (3)

Popolazione e criteri di follow-up

Pazienti: 375

Età media: 39 anni (14 – 80 anni)

Follow-up medio: 53 mesi (12 – 218 mesi)

Il risultato è stato considerato un fallimento quando, dopo l'intervento, si è resa necessaria una qualunque manovra strumentale sull'uretra, compresa la dilatazione



Tecniche chirurgiche

Anastomosi termino-terminale : 165 (44%)

Anastomosi termino-terminale con innesto: 40 (10.6%)

cute peniena : 9

mucosa orale 31

Tecniche onlay con innesto: 170 (45.3%)

cute peniena : 38

mucosa orale: 132



Risultati

76% dei pazienti: 14-49 anni

65% delle stenosi: eziologia sconosciuta

47% delle stenosi: < 3 cm di lunghezza



Risultati

tecnica chirurgica	N. pazienti	materiale di sostituzione	% successo	follow-up medio (mesi)
Anastomosi termino-terminale	165		90,9%	64
Anastomosi termino-terminale con innesto	40	mucosa orale cute peniena	60,0%	46
Tecniche onlay con innesto	170	mucosa orale cute peniena	81,8%	56
<i>totale</i>	<i>375</i>		<i>83,5%</i>	<i>53</i>



Risultati

materiale di sostituzione	N. pazienti	% successo
cute peniena	28/47	59.6%
mucosa orale	135/163	82.8%



Percentuale di successo in rapporto con l'età dei pazienti

età	pazienti		% successo	
	N	%	N	%
14-49 anni	285	76.0%	238	83.5%
50-69 anni	65	17.3%	52	80.0%
> 70 anni	25	6.7%	23	92.0%



Percentuale di successo in rapporto con l'eziologia della stenosi

eziologia	pazienti		% successo	
	N	%	N	%
sconosciuta	245	65.3%	207	84.5%
catetere	52	13.9%	39	75,0%
trauma	38	10.1%	34	89.5%
strumentazione	29	7.8%	25	86.2%
infezione	7	1.9%	7	100,0%
radioterapia	2	0.5%	1	50,0%
congenita	2	0.5%		



Percentuale di successo in rapporto con la lunghezza della stenosi

lunghezza	pazienti		% successo	
	N	%	N	%
1-2 cm	104	27.7%	96	92.3%
2-3 cm	74	19.7%	65	87.8%
3-4 cm	65	17.3%	47	72.3%
4-5 cm	87	23.2%	70	80.5%
5-6 cm	35	9.4%	27	77.1%
> 6 cm	10	2.7%	8	80,0%



Percentuale di successo in rapporto con i precedenti trattamenti

trattamento precedente	pazienti		% successo	
	N	%	N	%
uretrotomia	135	36,0%	115	85.2%
dilatazione	12	3.2%	9	75,0%
uretroplastica	9	2.4%	8	88.9%
trattamenti associati	104	27.7%	79	76,0%
nessun trattamento	115	30.7%	102	88.7%



Percentuale di successo in rapporto con la tecnica chirurgica

tecnica chirurgica	N. pazienti	% successo	follow-up medio (mesi)
Anastomosi termino-terminale	165	90,9%	64



Nella nostra esperienza, su 60 pazienti sottoposti ad anastomosi termino-terminale:

14 (23.3%) disfunzioni nella eiaculazione

11 (18.3%) diminuzione della sensibilità al glande

7 (11.6%) glande flaccido durante in erezione

1 (1.6%) glande freddo

Barbagli G. et al, J Urol 2007



Percentuale di successo in rapporto con la tecnica chirurgica

tecnica chirurgica	N. pazienti	materiale di sostituzione	% successo	follow-up medio (mesi)
Anastomosi termino-terminale con innesto	40		60,0%	46
<i>dorsale</i>	24	mucosa orale	79,2%	31
<i>dorsale</i>	9	cute peniena	33,3%	102
<i>ventrale</i>	7	mucosa orale	28,6%	32



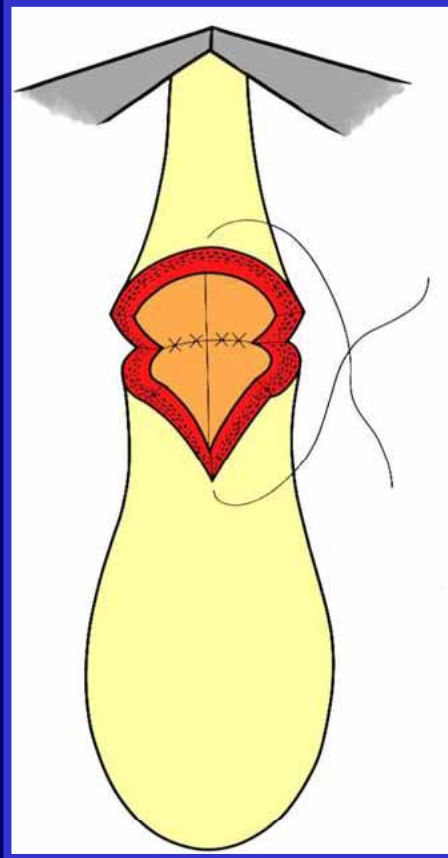
Percentuale di successo in rapporto con la tecnica chirurgica

tecnica chirurgica	N. pazienti	materiale di sostituzione	% successo	follow-up medio (mesi)
Tecniche onlay con innesto	170		81,8%	56
<i>ventrale</i>	93	mucosa orale	91,4%	36
<i>laterale</i>	6	mucosa orale	83,3%	77
<i>dorsale</i>	22	mucosa orale	77,3%	41
<i>dorsale</i>	38	cute peniena	65,8%	111
<i>circonferenziale</i>	11	mucosa orale	63,6%	48

**Alla luce di questi risultati, deve essere cambiato
l'approccio al trattamento chirurgico delle stenosi
dell'uretra bulbare?**



Anastomosi termino-terminale



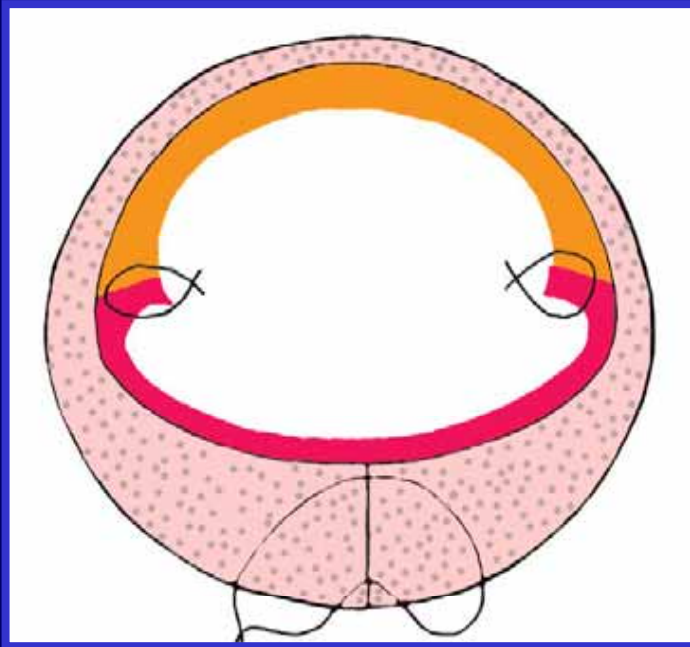
90.9% successo

L'anastomosi termino-terminale
rappresenta tuttora una delle tecniche
migliori per il trattamento delle stenosi
dell'uretra bulbare

Tuttavia, il paziente dovrebbe essere
informato che questo invento può
comportare l'insorgenza di disturbi
“ minori “ a carico della sfera sessuale



Tecniche onlay con innesto



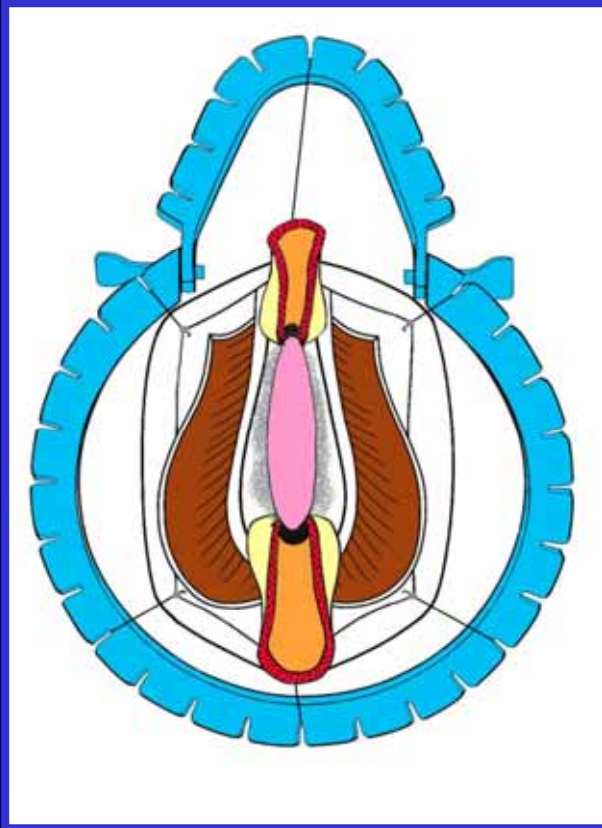
91,4% successo

La tecnica onlay con innesto
ventrale di mucosa orale fornisce
risultati superiori alla anastomosi
termino-terminale

Questa tecnica potrebbe diventare
il trattamento di elezione per le
stenosi bulbari di origine non
traumatica



Anastomosi termino-terminale con innesto



L'anastomosi termino-
terminale con innesto
dovrebbe essere
abbandonata

60% successo



**Sezionare o non
sezionare l'uretra ?
Questo è il problema !**



La pubblicazione dei risultati: conclusioni



Solo la monitorizzazione continua dei risultati delle uretroplastiche effettuate su gruppi omogenei di pazienti, fornisce dati fondamentali per poter migliorare la qualità delle nostre prestazioni umane e professionali



www.urethralcenter.it



What can you find in www.urethralcenter.it?

- Up-to-date Information on urethral pathology and surgery
- Everything you need to know about urethral stricture diseases
- How to make a diagnosis
- All the surgical techniques performed at our Center
- An up-to-date database of surgical outcome
- Information and opportunities for "hands-on" training
- Up-to-date literature
- The articles published by Guido Barbagli
- The books published by Guido Barbagli
- The lectures presented by Guido Barbagli at Meetings and Congress
- The history of urethral surgery
- An Atlas of Surgical Techniques
- Video
- Comments and suggestion for the urologists of XXI century
- ... and more!

The website is up-to-date monthly

**Il mese prossimo, questa lettura sarà
completamente disponibile nel nostro sito**



Center for Reconstructive Urethral Surgery

