

ritoneo; il tempo successivo è il riconoscimento del muscolo psoas che può essere considerato punto di repere laterale del campo d'azione, medialmente ad esso infatti, si reperita il fascio vascolare spermatico.

Identificata e preservata l'arteria spermatica si procede alla legatura e sezione della vena spermatica interna, si ricercano inoltre le eventuali collaterali che vanno anch'esse trattate (Figg. 2-3-4).

Dopo attente manovre di emostasi l'intervento ha termine con la sintesi dei piani muscolo-fasciali e tugumentari senza posizionamento di drenaggi.

TECNICA DI PALOMO

La metodica in questione si differenzia dalla precedente perché prevede l'isolamento e la sezione del fascio vascolare spermatico prossimalmente al suo sbocco in vena renale e pertanto più in alto rispetto alla tecnica di Ivanissevich, questo per meglio evidenziare eventuali collaterali reno-spermatiche che a questo livello decorrono ancora vicino al tronco principale.

L'incisione pararettale del piano muscolo-cutaneo viene eseguita in modo che il suo terzo medio incroci l'ombelicale trasversa (Fig. 5).

I tempi dissettivi e di sintesi dei piani muscolari descritti da Palomo risultano sovrapponibili alla tecnica di Ivanissevich da cui la metodica si discosta prevedendo la legatura in blocco del fascio vascolare senza preservazione dell'arteria (una variante indicata come intervento di "Palomo modificato" prevede di contro l'esclusione dell'arteria spermatica della legatura).

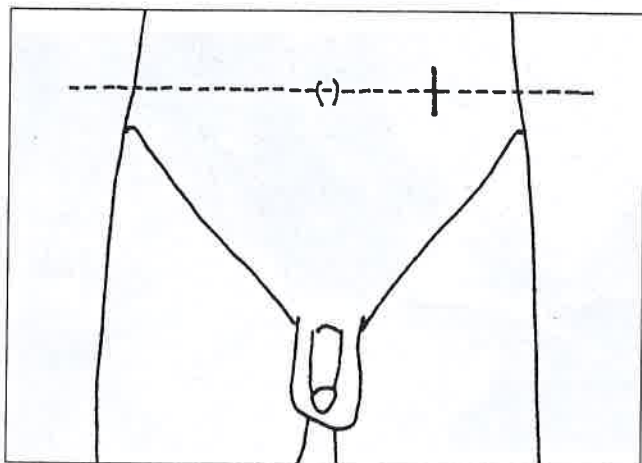


FIG. 5

PALOMO

CONSIDERAZIONI

Gli interventi di legatura alta trovano indicazione nei casi di varicocele sostenuti da un reflusso renospermatico interno, sia che si tratti di una vena unica sia che siano presenti vene accessorie o collaterali (tipo I di Coolsaet, tipo I Bahren; gruppo 1 e 1a Braedel; tipo 2 Bahren, gruppo 1b Braedel) (Tab. 1).

TABELLA 1

Indicazioni alla legatura alta della vena spermatica interna

Tipo I Coolsaet	Quando non trattabili con scleroterapia
Tipo I Bahren	
Gruppo 1 e 1a Braedel	
Tipo II Bahren	Sempre
Gruppo 1b Braedel	Sempre

Di fatto, però, considerato che nel caso di vena unica trova indicazione primaria la scleroembolizzazione, l'indicazione obbligatoria alla legatura alta rimane quella dei varicoceli sostenuti da reflusso in presenza di collaterali renali (tipo 2 Bahren, gruppo 1b Braedel) o comunque in tutti quei casi in cui non risulti agevole l'incannulamento della vena spermatica (3).

Le complicanze conseguenti all'uso di tali tecniche risultano fondamentalmente rappresentate da:

- Alterazioni testicolari
- Mancate guarigioni o recidive
- Idrocele

Per quanto concerne le alterazioni testicolari, le varie casistiche risultano alquanto disomogenee, riportando casi di atrofia testicolare con la tecnica di Palomo, valori di circa il 33% (4), mentre altri autori (5, 6) comparando la tecnica originale di Palomo con le metodiche che prevedano la preservazione dell'arteria, riportano soltanto riduzioni del volume testicolare non statisticamente significative, rilevando che la vascolarizzazione testicolare è viciariata dai rami arteriosi cremasterici e deferenziali.

Anche considerando i miglioramenti del liquido seminale e le gravidanze post-operatorie, dai dati raccolti in letteratura non si rilevano significative differenze tra le metodiche che prevedano la preservazione o meno dell'asse vascolare arterioso (7).

Le recidive sono da interpretare, in realtà come mancate guarigioni, dovute alla mancata sezione di eventuali rami venosi collaterali alla vena spermatica. Ciò avviene soprattutto quando l'intervento chirurgico non è preceduto dallo studio flebografico che consente la completa visione dell'anatomia venosa

23. Tecniche di legatura soprainguinale

M.A. LATTERI, N. GRASSI, G. PANTUSO, A. BOTTINO

Divisione di Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico, Università di Palermo

Con il termine di legatura alta si intende la legatura della vena spermatica interna nel suo decorso retroperitoneale.

Nel trattamento del varicocele esistono fondamentalmente due metodiche proposte rispettivamente da Palomo nel 1942 ed Ivanissevich nel 1960, che si differenziano tra di loro per alcune peculiarità tecniche (1, 2):

- L'altezza in cui viene eseguita la sezione del vaso venoso spermatico.
- La preservazione dell'arteria spermatica.

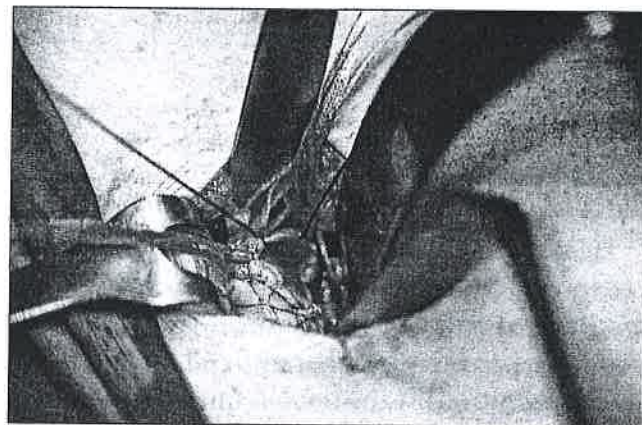


FIG. 2
Isolamento della vena spermatica

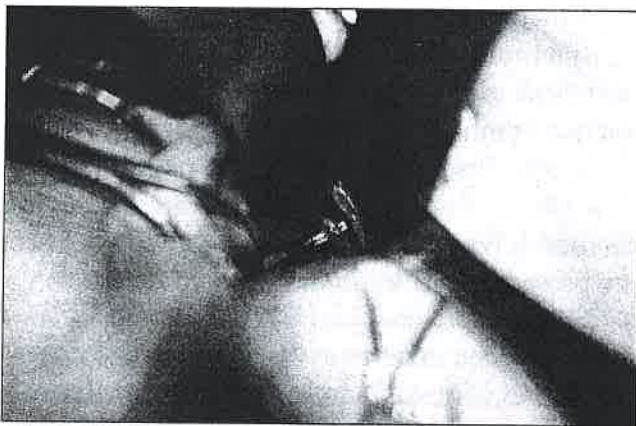


FIG. 3
Preservazione del ramo arterioso

—TECNICA DI IVANISSEVICH

Tale metodica prevede l'incisione del piano cutaneo in sede pararettale sinistra 2 cm al di sopra della linea bis-iliaca (Fig. 1), raggiunta ed incisa la fascia del muscolo obliquo esterno si dissociano, secondo l'orientamento, le fibre muscolari dell'omonimo muscolo, dell'obliquo interno e del trasverso.

Una volta evidenziato il sacco peritoneale questo viene spostato medialmente e caricato su un divaricatore di Leriche così da accedere al retrope-

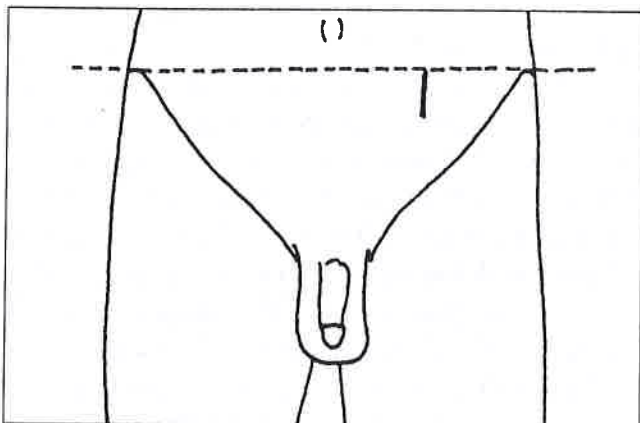


FIG. 1

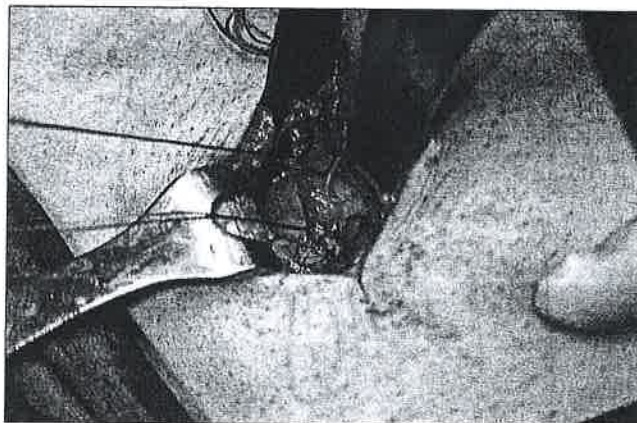


FIG. 4
Legatura della vena spermatica e di alcune collaterali

TECNICA DI IVANISSEVICH