

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTIO DI INDURATIO PENIS PLASTICA / MALATTIA DI LA PEYRONIE



PREMESSE

La malattia di la Peyronie, definita anche induratio penis plastica (I.P.P.) è una patologia del pene ad etiopatogenesi sconosciuta per la quale non esistono terapie mediche risolutive o interventi chirurgici di efficacia accertata. Tale patologia interessa la tonaca di rivestimento dei corpi cavernosi (tonaca albuginea) (immagine1) ove si sviluppano placche o noduli fibrosclerocalcifici che, possono determinare deformità del pene (curvatura, riduzione del diametro a clessidra), con possibile accorciamento e deficit erettile, nonché difficoltà-impossibilità, totale o parziale, all'attività sessuale penetrativa.

Questi sintomi possono essere presenti singolarmente o contemporaneamente.

La malattia presenta una fase iniziale cosiddetta acuta, caratterizzata nella maggior parte dei casi da dolore in erezione, ed una fase di stabilizzazione in cui compare la lesione fibrosclerotica, responsabile della deformità. Il più delle volte, la fase acuta della malattia non viene riconosciuta dal paziente e pertanto la diagnosi è posta in fase conclamata. La malattia ha comunque un decorso in cui si alternano fasi di riacutizzazione e stabilità.

TERAPIA

La terapia medica della malattia, che si ribadisce di origine sconosciuta, prevede pertanto diverse opzioni sia farmacologiche orali che farmaco fisiche. Tali soluzioni di terapia potrebbero avere un ruolo nella fase acuta, con finalità di stabilizzazione della malattia. Quando la patologia determina la comparsa dei seguenti sintomi: incurvamento o deformazione significativa dell'asta con limitazione parziale o totale all'attività penetrativa o deficit erettivo, è indicata la terapia chirurgica.

TERAPIA CHIRURGICA

Il trattamento chirurgico della malattia di La Peyronie deve attuarsi a malattia apparentemente stabilizzata in assenza di sintomatologia dolorosa prevedendo la correzione del recurvatum e il ripristino della funzione sessuale e si avvale sostanzialmente di tre modalità terapeutiche:

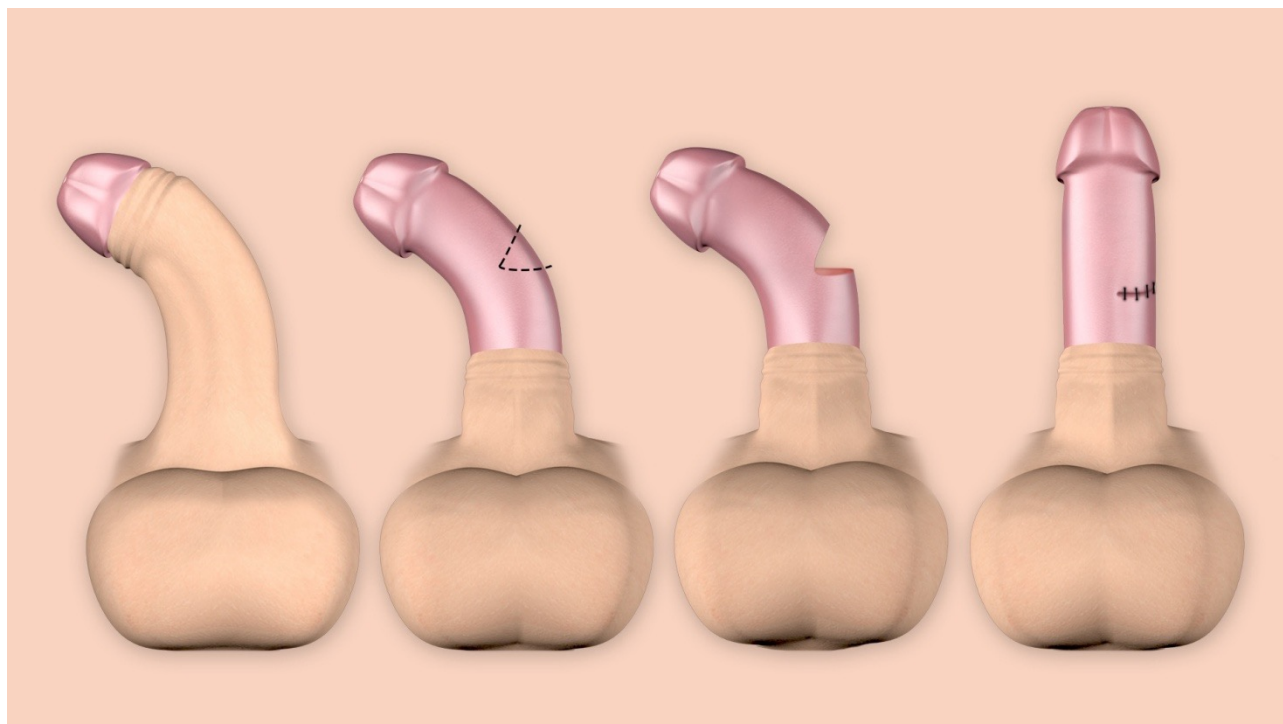
- **chirurgia di accorciamento** (CONTROLATERALE ALLA PLACCA) agendo su tessuto sano
- **chirurgia di allungamento** (CHIRURGIA DI PLACCA) condotta su tessuto patologico
- **chirurgia protesica**

Le tecniche sopraindicate possono essere applicate singolarmente o anche in associazione in relazione alla gravità della deformità ed all'eventuale disfunzione erettile associata.

Gli obiettivi della terapia chirurgica sono comunque finalizzati alla correzione del recurvatum ed al ripristino dell'attività sessuale compromessa .

CHIRURGIA DI ACCORCIAMENTO PENIENO

(controlaterale alla curvatura)



Indicazioni

Curvature inferiore ai 40 gradi in assenza di gravi deformità a clessidra o stenosanti, adeguata lunghezza pre-operatoria, conservata erezione spontanea e/o indotta farmacologicamente.

TECNICA: l'intervento prevede l'asportazione di losanghe di tessuto albugineo o il posizionamento di punti di plicatura contro-lateralmente alla placca, sede della curvatura, per consentire il raddrizzamento del pene.

E' possibile eseguire l'intervento mediante incisione circolare sotto il glande oppure attraverso altri accessi.

Nel primo caso è prevista la possibilità di asportare parzialmente o totalmente la cute prepuziale (CIRCONCISIONE).

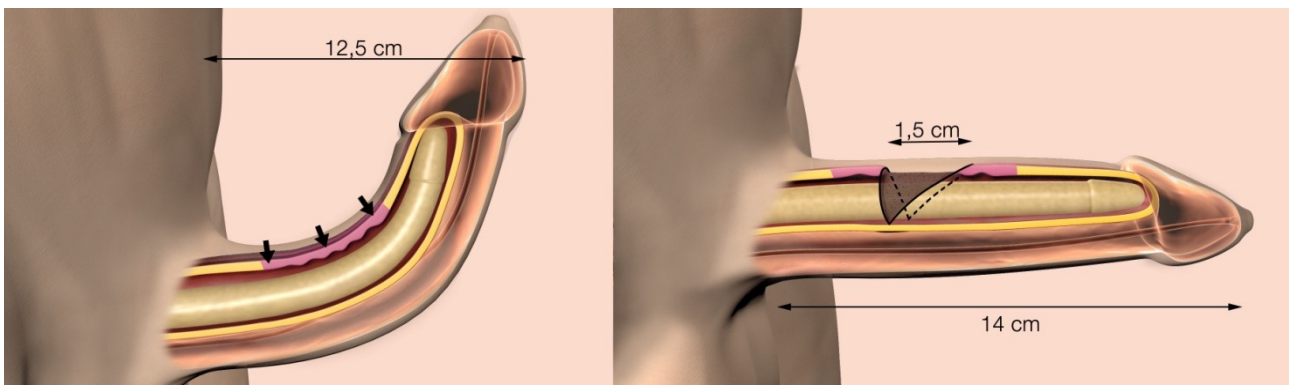
La chirurgia di accorciamento comporta necessariamente una riduzione della lunghezza dell'asta che è correlata e proporzionale all'entità del recurvatum.

COMPLICANZE IMMEDIATE: ematoma dell'asta o del glande, infezione della ferita, disturbi della vascolarizzazione del glande inclusa la necrosi, disturbi trofici dei tegumenti scrotali, lesioni dell'uretra.

COMPLICANZE TARDIVE: diminuzione parziale o totale della sensibilità del glande, alterazione dell'orgasmo, transitorie o permanenti, uretriti, cavernositi, inestetismi della cute dell'asta, recidiva della deformità con necessità di nuovo trattamento chirurgico, aneurismi del corpo cavernoso, incompleta correzione del recurvatum in caso di deformità complesse e non risolvibili completamente.

CHIRURGIA DI ALLUNGAMENTO

(praticata sul lato della concavità)



La tecnica prevede l'incisione/rimodellamento del tessuto fibrosclerotico nel punto di massima deformità. In alcuni casi SELEZIONATI è possibile effettuare l'asportazione della placca, peraltro con un rischio accentuato di disfunzione erettile. Lo scopo dell'intervento è raddrizzare il pene così da permettere la penetrazione agevole dell'asta. Tuttavia l'intervento non potrà mai restituire la lunghezza del pene presente prima dello sviluppo della malattia che si ribadisce essere retraente su tutta l'albuginea.

INDICAZIONI

Recurvatum $> 40^\circ$, presenza di deformità complesse ed erezione perfettamente conservata. La tecnica prevede l'innesto di materiali

autologhi (graft) o eterologhi (patch) nella sede del tessuto albugineo rimodellato. L'innesto serve a ricoprire il tessuto cavernoso sottostante al difetto di rivestimento che si produce sulla tonaca albuginea in relazione all'incisione di rimodellamento.

I materiali eterologhi di possibile impiego sono di origine animale mentre, quelli autologhi sono rappresentati dalla mucosa buccale prelevata alla guancia e dalla vena safena prelevata in regione femorale o alla coscia. La molteplicità delle soluzioni adottate sta ad indicare come non esista un materiale ideale per questo tipo di intervento.

TECNICA: prevede un'incisione circolare sotto il glande e/o incisioni accessorie lungo lo scroto per meglio esporre la sede di malattia ove si andrà ad inserire il materiale di sostituzione, dopo accurato isolamento del fascio vascolo nervoso dorsale del pene, cioè di quell'insieme di vasi e nervi destinati al trofismo vascolare e nervoso del glande.

COMPLICANZE IMMEDIATE: ematoma/edema, necrosi del glande, lesione dell'uretra, reazione avversa al materiale eterologo impiantato.

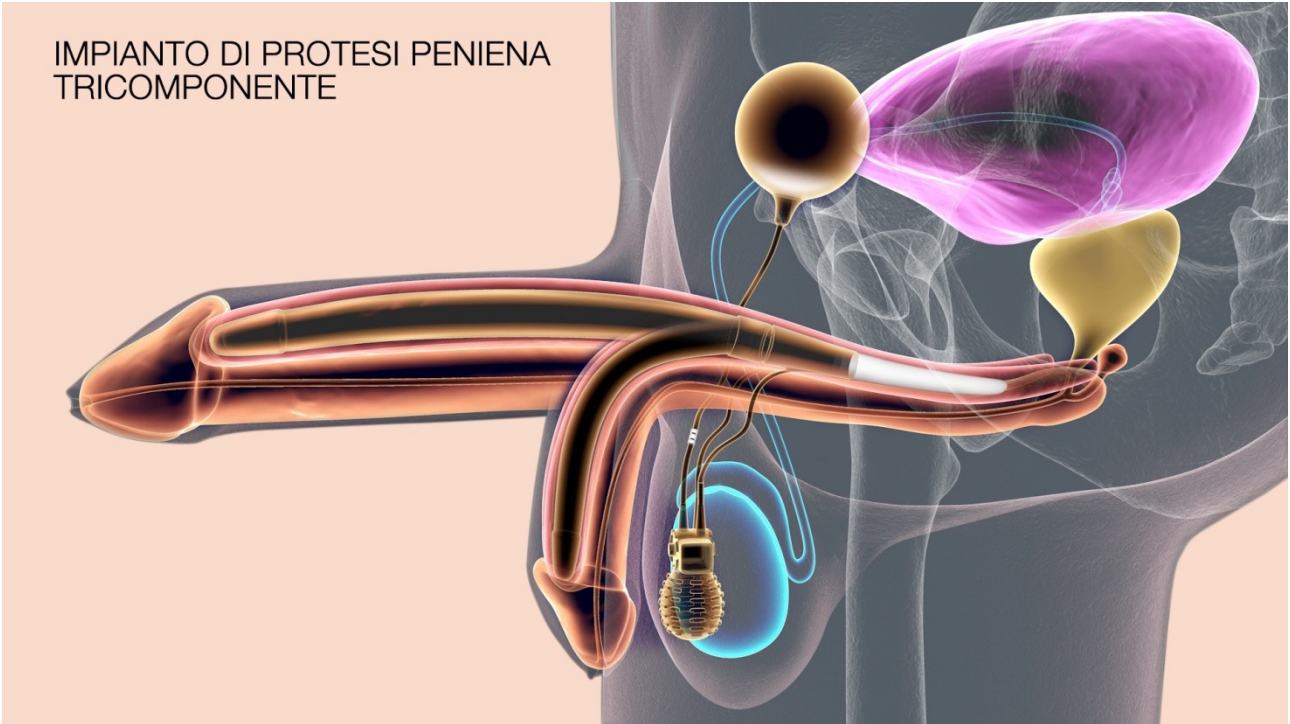
COMPLICANZE TARDIVE: retrazione del materiale di sostituzione con conseguente fallimento dell'intervento, recidiva della deformità con possibilità di ulteriore intervento, diminuzione parziale o totale della sensibilità del glande, disfunzione erettile, alterazioni dell'orgasmo transitorie o permanenti, inestetismi dei tegumenti penieni.

CHIRURGIA PROTESICA

Indicazioni

Deficit erettivo completo/parziale e deformità dell'asta. Laddove presente una grave deformità è possibile associare all'impianto protesico una chirurgia di placca.

IMPIANTO DI PROTESI PENIENA TRICOMPONENTE



TECNICA: la tecnica prevede l'inserimento all'interno dei corpi cavernosi di protesi idrauliche oppure di protesi soffici.

Le protesi idrauliche sono costituite da due cilindri posti nei corpi cavernosi e connessi ad un serbatoio collocato vicino alla vescica e ad una pompa collocata nello scroto. Diversamente dalle protesi idrauliche che prevedono un'attivazione da parte del paziente, le protesi soffici conferiscono al pene uno stato permanente di debole tumescenza con asta allungata per la quale è sufficiente un minimo afflusso ematico nel tessuto erettile per ottenere una piena erezione. Le protesi soffici impediscono altresì un accorciamento dell'asta nel periodo postoperatorio

Le variazioni in lunghezza dell'asta a riposo ed in erezione sono in tal caso modestissime.

COMPLICANZE IMMEDIATE: ematoma penieno e/o del glande, lesioni uretrali, necrosi del glande, infezione della protesi, dislocazione e/o malfunzionamento della protesi, dolore penieno.

Complicanze tardive: estrusione della protesi, malfunzionamento protesico, erosione degli apici dei corpi cavernosi, infezioni sistemiche, alterazione della sensibilità del glande, dolore cronico, algie perineali, Fistola uretro-cavernosa, fistola uretro-spongiosa, sensazione di glande freddo.

In tutti i tipi di interventi descritti è previsto un ricovero ordinario, catetere vescicale per 24-48 ore e drenaggio tubulare in aspirazione dei tegumenti penieni per 24-48 ore.

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE

Data/...../.....

Firma e timbro del Medico _____

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenni)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

Eventuale firma del paziente (in caso di curatela o amministrazione)

CONSENSO ALL'INTERVENTO DA PARTE DEL PZ

Io sottoscritto _____

nato a _____, il _____,

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Prof/Dott. _____

che per la patologia riscontratami è indicato l'intervento chirurgico di :

Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente.

Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Sono altresì consapevole che il tipo di chirurgia a cui acconsento di sottopormi potrebbe non essere risolutiva della deformità peniena.

Tuttavia, consapevolmente acconsento al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione.

Firma del Medico:

Firma del Paziente:

eventuali annotazioni

.....

.....

Firma ev testimone