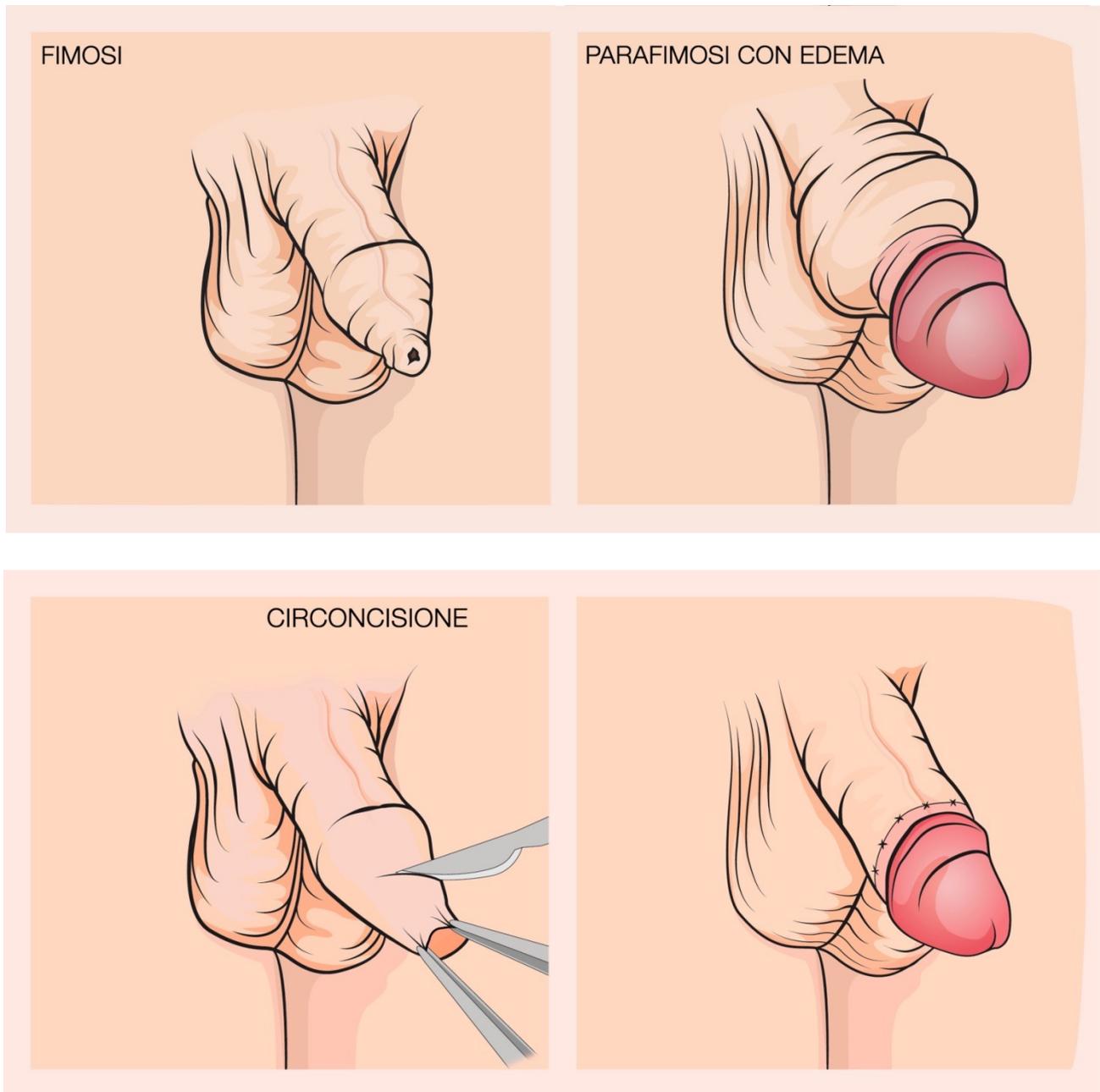


CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI CIRCONCISIONE/FRENULOPLASTICA



La circoncisione è un intervento chirurgico praticato allorquando esiste un restringimento del prepuzio, cioè del rivestimento cutaneo mucoso del glande, che impedisca o ostacoli lo scorrimento del prepuzio stesso sul glande rendendo difficoltosi i rapporti sessuali e la cura dell'igiene dei genitali (immagine). Può complicarsi con la parafimosi quando il prepuzio represso provocando gonfiore dei tessuti non può essere riportato a ricoprire il glande.

La circoncisione e la frenulo plastica non sono ad oggi considerate nelle linee guida come soluzioni terapeutiche dell'eiaculazione precoce.

TECNICA CHIRURGICA

La finalità di questo intervento è l'asportazione della cute e della mucosa del prepuzio in presenza di retrazione fimotica (restringimento costrittivo) e/o cicatriziale. Più raramente la procedura può essere praticata a scopo diagnostico istopatologico in presenza di lesioni di incerto significato. L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia locale praticata mediante iniezione alla radice del pene, in alcuni casi (infanzia/adolescenza) in anestesia generale o rachianestesia, in regime di one-day-surgery. Si esegue un'incisione circolare sotto il glande comprendente la porzione di tessuto da asportare che viene pertanto rimosso e, a discrezione del chirurgo, può essere inviato ad esame istopatologico.

La successiva sutura dei margini dell'incisione lascerà il glande scoperto al termine dell'intervento, in misura parziale (postectomia mucosa) o completa utilizzando fili di sutura assorbibili. Questo comporterà spesso una temporanea ipersensibilità del glande rimasto scoperto dalla piega cutanea prepuziale. Tale sintomatologia fastidiosa regredirà fino a normalizzarsi entro qualche settimana. Il paziente verrà dimesso dopo un periodo di osservazione, da alcune ore fino a 24 ore.

La frenuloplastica (sezione del frenulo e sua sutura longitudinale con allungamento dello stesso) si associa quasi sempre all'intervento di circoncisione. Nel caso in cui sia presente una brevità del frenulo o un esito cicatriziale da lacerazione traumatica può essere eseguita separatamente. Questo intervento di breve durata si differenzia dalla semplice frenulotomia e ha come finalità l'allungamento della piega frenulare onde consentire l'espletamento di un rapporto sessuale senza i fastidi provocati dalla brevità del frenulo durante l'erezione e l'attività sessuale.

• **Benefici derivanti dall'intervento:**

- igiene intima più agevole;
- minori fastidi durante il rapporto sessuale.

• **Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:**

- Infezione della ferita chirurgica con diastasi della sutura (in uno o più punti i suoi margini si separano). Questa evenienza comporta un ritardo nella guarigione e possibili inestetismi anche permanenti:

- sanguinamenti ed ematomi a livello della sutura cutaneo mucosa;
- ematoma del glande;
- edema dei tegumenti del pene (gonfiore dei tessuti sottocutanei dovuto alla stasi linfatica) con cicatrizzazione esuberante della sutura mucocutanea che potrebbe richiedere una revisione chirurgica;
- alterazioni, in genere transitorie, della sensibilità del glande, talora disturbi trofici del glande stesso;
- dolore da trazione della cicatrice durante l'erezione con rapporto penetrativo doloroso anche a distanza di mesi;
- rarissima la possibilità di fistola uretrocutanea.

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 soprariportato 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.

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: _____