

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI CIRCONCISIONE/FRENULOPLASTICA

FIMOSI



PARAFIMOSI CON EDEMA



CIRCONCISIONE



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 costringitivo) 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 minorenne)

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.

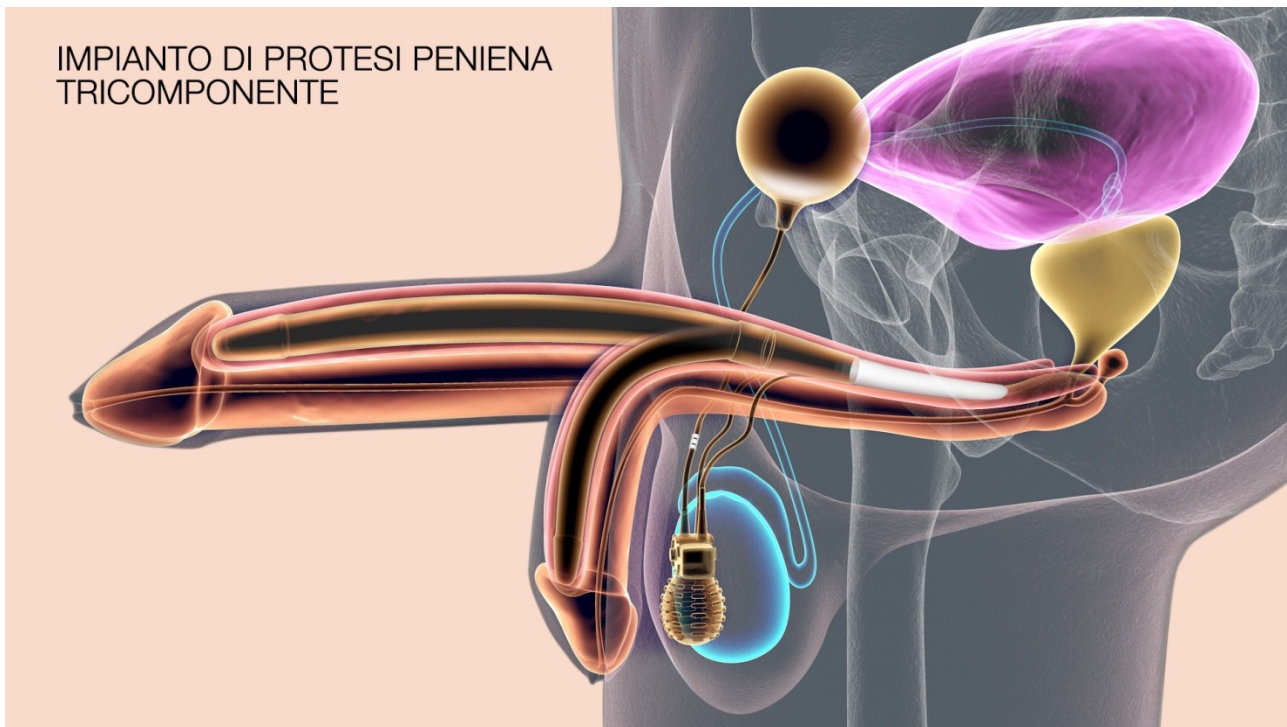
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI IMPIANTO DI PROTESI PENIENA PREMESSE



La protesi peniena è un dispositivo meccanico utilizzato in chirurgia per ripristinare la funzione erettile.

Tutti i pazienti affetti da disfunzione erettile che non abbiano ottenuto una risposta efficace con l'utilizzo di farmaci per uso orale (iPDE5) o iniettati per via intracavernosa o che abbiano una controindicazione assoluta all'assunzione di detti farmaci o non vogliano ricorrere a terapie medico-fisiche (anche tipo vacuum device) possono essere sottoposti a chirurgia implantologica peniena.

LE DIFFERENTI TIPOLOGIE DI PROTESI

- **Idraulica tricomponente**
- **Idraulica bicomponente**
- **Malleabile monocomponente o semirigida**
- **Soffice**
- **Rigidità differenziata (spectra)**

La scelta del dispositivo è concordata dal medico impiantatore con il paziente tenendo conto di:

- a) Aspettative del paziente
- b) Età
- c) Compliance del paziente (accettazione ed abilità del paziente all'attivazione del dispositivo) e coinvolgimento della partner
- d) Severità della disfunzione erettile
- e) Malformazioni del pene eventualmente associate
- f) Condizioni generali (malattie associate quali diabete, ipertensione, neoplasia e cardiopatia)

Sarà comunque discrezione del paziente informare il/la partner.

FUNZIONE DELLA PROTESI

Permette al paziente di ripristinare un'attività sessuale penetrativa soddisfacente.

COSA NON FA

- a) Non ripristina l'eiaculazione o l'orgasmo se precedentemente compromessi**
- b) Non allunga il pene**
- c) Non aumenta il desiderio sessuale**
- d) L'erezione è limitata ai soli corpi cavernosi e non interessa il glande pertanto sarà presente la sensazione di "glande freddo" avvertibile dal paziente e dalla partner**

L'intervento protesico più frequentemente eseguito prevede l'impianto di protesi tricomponenti.

Questo dispositivo è composto da due cilindri di silicone o altro materiale biocompatibile che vengono inseriti nei corpi cavernosi. Un serbatoio che contiene il liquido necessario a riempire i cilindri presenti nei corpi cavernosi ed una pompa di attivazione posizionata nello scroto, per il trasferimento del liquido di gonfiaggio dal serbatoio ai cilindri nei corpi cavernosi stessi. I cilindri, la pompa e il serbatoio sono tra loro connessi mediante sottili tubi di raccordo.

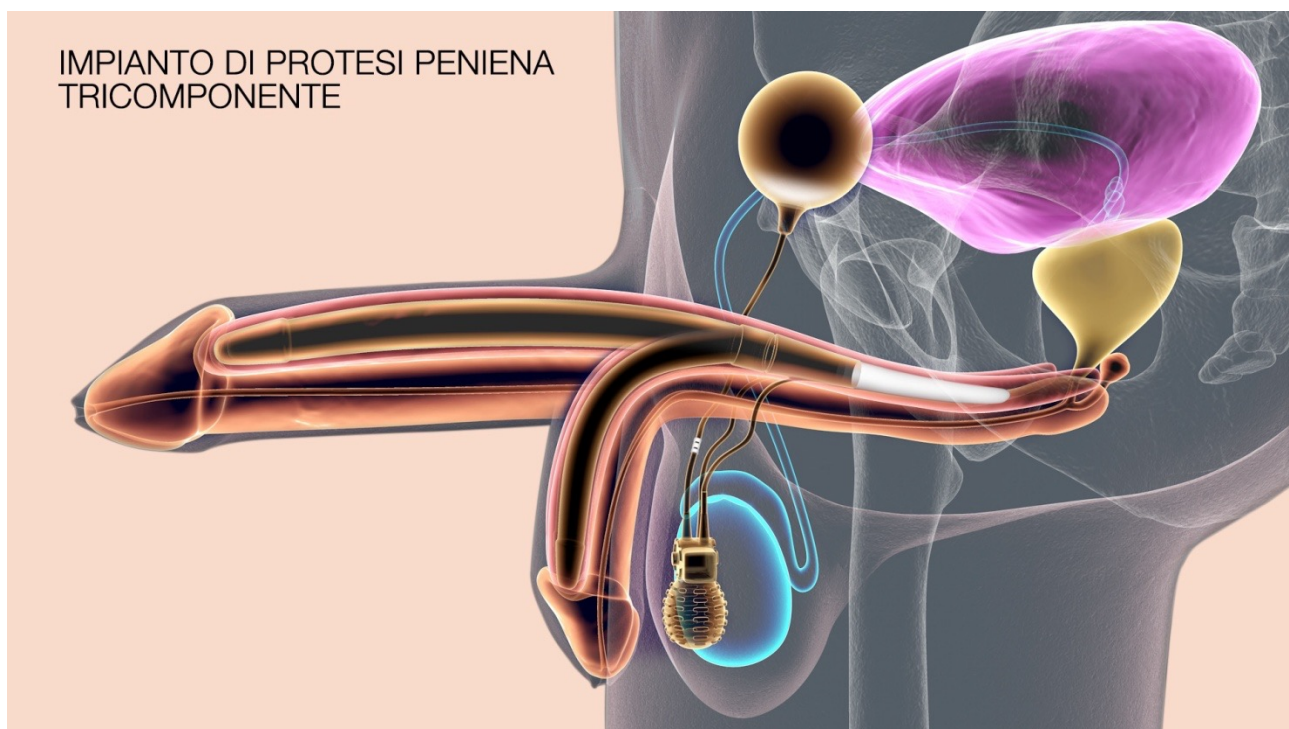
La protesi idraulica bicomponente, diversamente da quella tricomponente, è costituita da cilindri connessi con tubi di raccordo alla pompa che funge anche da serbatoio. La protesi pertanto si caratterizza per un maggiore ingombro volumetrico della pompa, per una minore capacità di riempimento e distensione dei corpi cavernosi, e per una minore rigidità.

La protesi semirigida è costituita da un'anima metallica rivestita da un involucro esterno in silicone.

L'effetto estetico è diverso rispetto alla protesi idraulica, in quanto il pene è costantemente in semierezione.

La protesi soffice è un cilindro di puro silicone morbido indicata nei casi di DE incompleta in cui è presente un'erezione residua.

TECNICA CHIRURGICA IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE



La suddetta tecnica prevede i seguenti passaggi chirurgici:

Anestesia generale e/o periferica, catetere vescicale, accesso unico penoscrotale oppure o infrapubico, poco al di sopra della radice dell'asta. Incisione dei corpi cavernosi e dilatazione di essi con ausilio di dilatatori

progressivi, il tutto al fine di posizionare due cilindri espansibili a livello dei corpi cavernosi del pene. Preparazione spazio scrotale per inserimento della pompa. Inserimento del serbatoio nello spazio a lato della vescica extraperitoneale utilizzando sempre la stessa incisione peno scrotale. In caso di impossibilità a posizionare il serbatoio in tale spazio, verrà collocato in sede diversa, direttamente nel peritoneo con incisione nella parte inferiore della parete addominale oppure in sede retroperitoneale con incisione più alta e laterale.

Questa chirurgia non è scevra da possibili complicanze che vanno dal rigetto della protesi per infezione o per intolleranza soggettiva (evenienza rara ma possibile) fino alla rarissima necrosi/gangrena del glande.

In letteratura sono descritte le seguenti complicanze:

Ematoma/soffusione ecchimotica peno scrotale.

Lesione e/o rottura dell'uretra con necessità di ricorrere a posizionamento di epicistostomia e riparazione della stessa uretra in tempi chirurgici diversi.

Perforazione dei corpi cavernosi.

Rigetto della protesi con fibrosclerosi e fibromatosi cicatriziale dei corpi cavernosi per infezione o intolleranza soggettiva, necrosi del glande.

Possibili deformità peniene o incurvamento del glande (effetto concord).

Sintomatologia dolorosa anche tale da non permettere il rapporto.

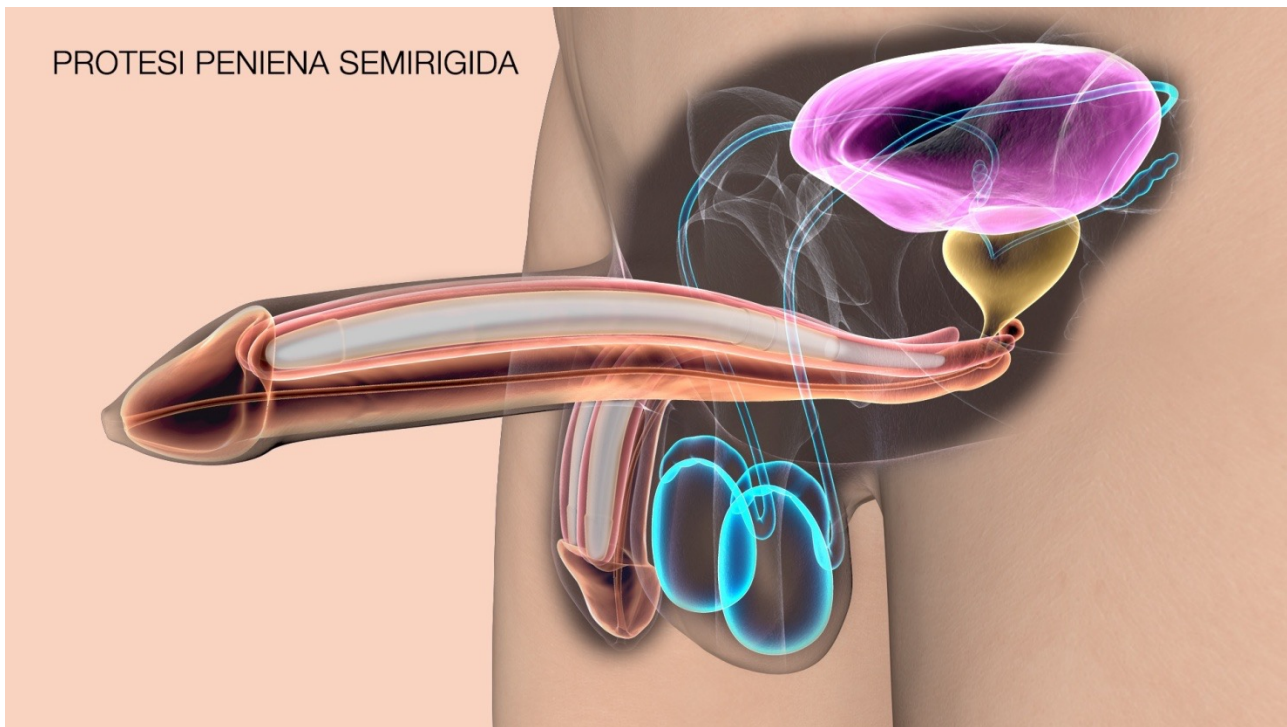
Scarsa sensibilità del glande in percentuale significativa.

Dolore scrotale anche in caso di corretto posizionamento del device (pompa scrotale).

Malfunzionamento del sistema protesico (possibile estrusione della pompa scrotale).

L'intervento solitamente ha una durata massima di 3 ore. Verrà posizionato un catetere vescicale per 24-48 ore ed un drenaggio delle tonache dartoiche, che però non sempre è necessario.

PROTESI NON IDRAULICA



Nel caso di impianto di protesi semirigida o soffice le complicanze possono essere:

- ematoma penieno;
- lesione dell'uretra con perforazione della stessa e epicistostomia temporanea;
- perforazione durante la dilatazione dei corpi cavernosi con riparazione degli stessi qualora possibile.

Infezione

- rigetto o estrusione della protesi anche a distanza;
- dolore nei rapporti fino alla assoluta impossibilità ad averne, con possibilità di rimozione della stessa protesi;
- necrosi del glande;
- ridotta sensibilità del glande fino all'anorgasmia.

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 minorenne)

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 PAZIENTE

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

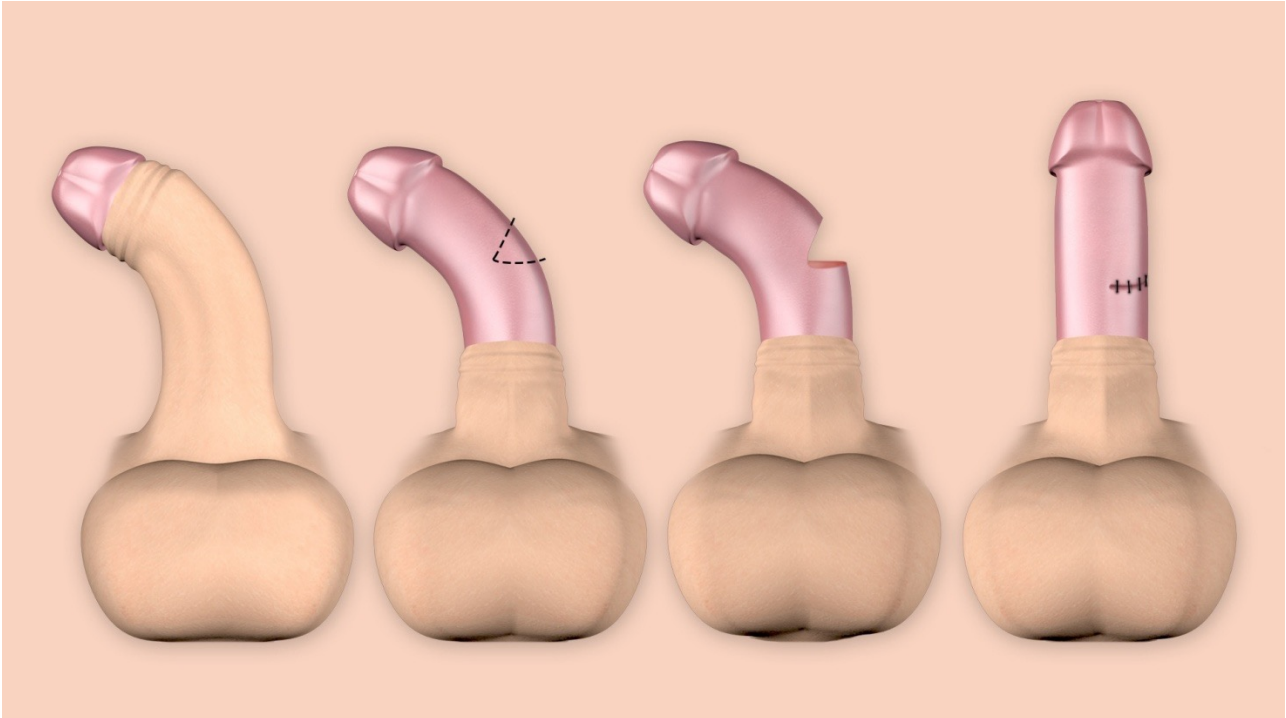
Firma del

Medico: _____

Firma del Paziente: _____

TESTIMONE
EVENTUALE

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI CORREZIONE DI RECURVATUM CONGENITO PENIENO



PREMESSE

Il recurvatum penieno congenito, non associato a patologia uretrale del tipo ipospadia è una patologia rara che si manifesta creando disagio sessuale nel giovane in occasione dei primi rapporti sessuali penetrativi o non penetrativi. Il recurvatum può essere dorsale verso l'alto, ventrale verso il basso, laterale dx o sx. Più raro il recurvatum complesso, dorso laterale o ventro laterale. Nella maggior parte dei casi il recurvatum è ventrale. La causa di tale patologia è da ricondurre ad ipoplasia dal lato del recurvatum della tonaca albuginea. La terapia chirurgica del recurvatum congenito è solo sintomatica in quanto non rimuove la causa ma solo il recurvatum.

Un esito fisiologico di questa chirurgia è l'accorciamento dell'asta.

La riduzione in lunghezza è proporzionale al recurvatum.

TECNICHE CHIRURGICHE

La tecnica più diffusa è la plastica dei corpi cavernosi secondo Nesbit. Viene rimossa un'ellissi di tonaca albuginea in sede controlaterale al recurvatum ed eseguita la sutura dell'albuginea che riveste il tessuto erettile con punti di sutura sottili non riassorbibili o a lento riassorbimento. Tecniche diverse sono possibili eseguendo ad esempio piccole e multiple incisioni longitudinali sulla tonaca albuginea di 1 cm che sono suture con punti trasversali (tecnica di Yachia) oppure praticando delle semplici plicature sulla tonaca albuginea senza rimozione o incisione della stessa. Altri autori suggeriscono delle tecniche di plastica di scorrimento o a doppio petto (Alei). L'accesso alla sede della corporoplastica può essere eseguito con incisione circolare sotto il glande o attraverso una semplice incisione all'angolo peno scrotale con un'evaginazione dell'asta da tale lato. Si realizza un'erezione artificiale per verificare la sede del recurvatum in sede intraoperatoria con tecnica idraulica o farmacologica. Nei casi di recurvatum ventrale è necessario spesso isolare il fascio vascolo nervoso dorsale cioè la struttura che è responsabile del trofismo del glande. Nel caso di recurvatum dorsale potrebbe essere necessario l'isolamento dell'uretra per ottenere una correzione completa della curvatura. Viene lasciato in sede un catetere vescicale per 24 ore, il drenaggio delle tonache dartoiche è facoltativo. La circoncisione è prevista nella tecnica chirurgica con accesso sotto il glande.

COMPLICANZE

Ematoma dell'asta, ecchimosi della cute peniena, del glande che possono richiedere un reintervento anche nelle ore successive all'atto chirurgico o nei giorni seguenti.

Necrosi cute dell'asta più frequente nei reinterventi o per uso prolungato del laccio nell'erezione idraulica indotta.

Necrosi del glande evenienza rara ma possibile relativamente ad un isolamento difficile del fascio vascolo nervoso dorsale.

Fistola uretrale, edema scrotale.

Dolore penieno spontaneo o coitale.

Recurvatum penieno recidivo o persistente nei gradi più marcati di recurvatum.

Disfunzione erettile, impossibilità assoluta al coito, ridotta sensibilità eiaculatoria, talora con eiaculazione ritardata, iposensibilità del glande talora insensibilità.

DEGENZA

La degenza è di norma 36 - 48 ore. Ricovero in one day surgery o ordinario.

CONTROLLI

Il paziente si impegnerà all'atto della dimissione a sottoporsi a controlli periodici e l'attività sessuale andrà ripresa non prima di 30 giorni ed al completo riassorbimento dei punti di sutura muco cutanea prepuziali.

All'atto della dimissione il paziente verrà rassicurato sulla possibilità di avvertire delle irregolarità al di sotto dei tegumenti dell'asta che sono da riferirsi ai punti di sutura della corporoplastica.

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 minorenne)

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 :

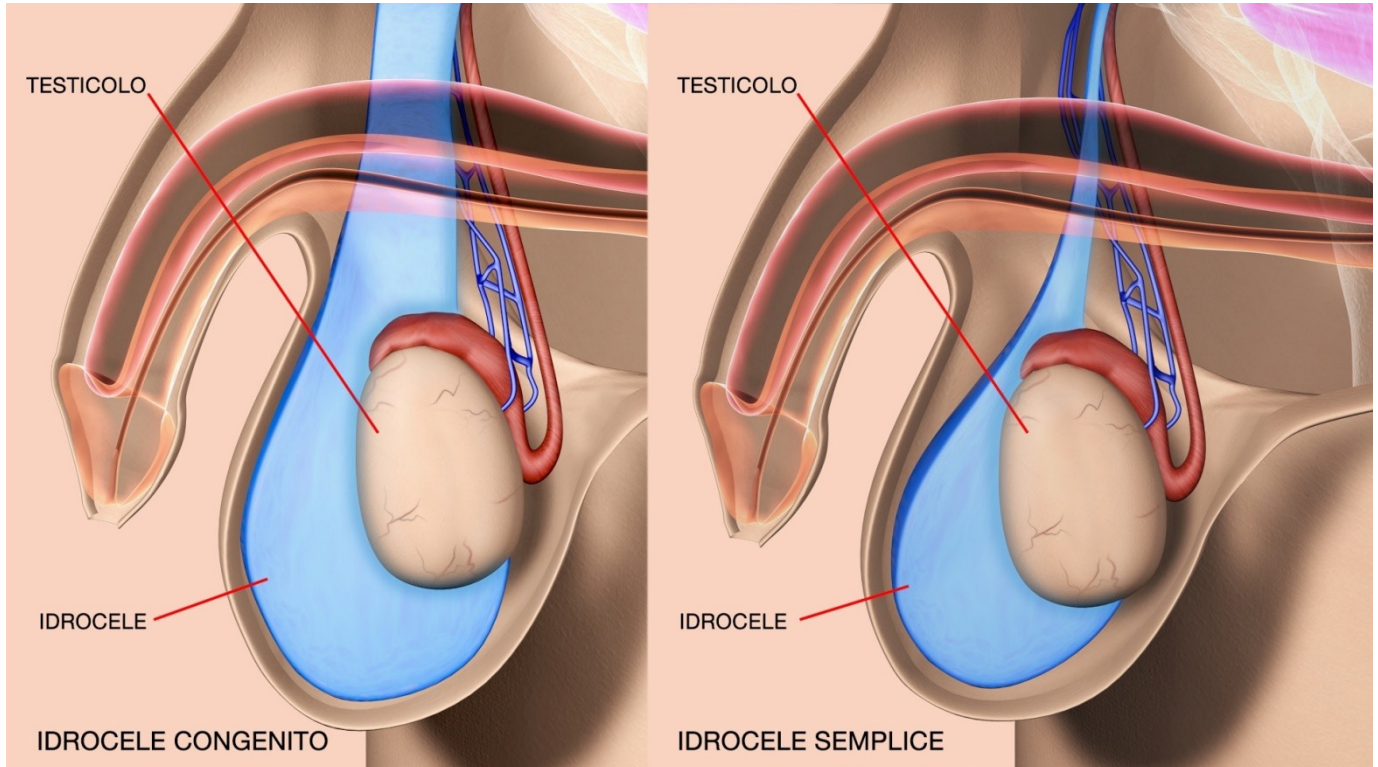
Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione soprariportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente.

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI EVERSIONE/RESEZIONE DELLA TONACA VAGINALE PER IDROCELE



L'intervento descritto consiste nella eversione, resezione della tonaca vaginale che riveste il didimo e che intercetta una cavità virtuale che può diventare sede di raccolta di trasudato.

- **Benefici:**

- risoluzione completa del quadro clinico con ripristino dell'aspetto originale della borsa scrotale;

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

- infezione della ferita chirurgica con diastasi della sutura (la cicatrice chirurgica cede in un suo punto ed i suoi margini si separano);
- emorragia dovuta a difetto di emostasi (un piccolo vaso riprende a sanguinare) con perdita di sangue all'esterno o all'interno (con formazione di ematoma che potrebbe richiedere il drenaggio chirurgico);
- infezione/inflammatione del testicolo (orchiepididimite);
- parestesie scrotali (alterazioni temporanee della sensibilità cutanea dello scroto);

• **Possibili alternative:**

- drenaggio percutaneo (aspirazione del liquido tramite puntura dello scroto) con elevato rischio di recidiva (nuova formazione della raccolta liquida) e possibile rischio di infezione.

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 minorenne)

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: _____

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:

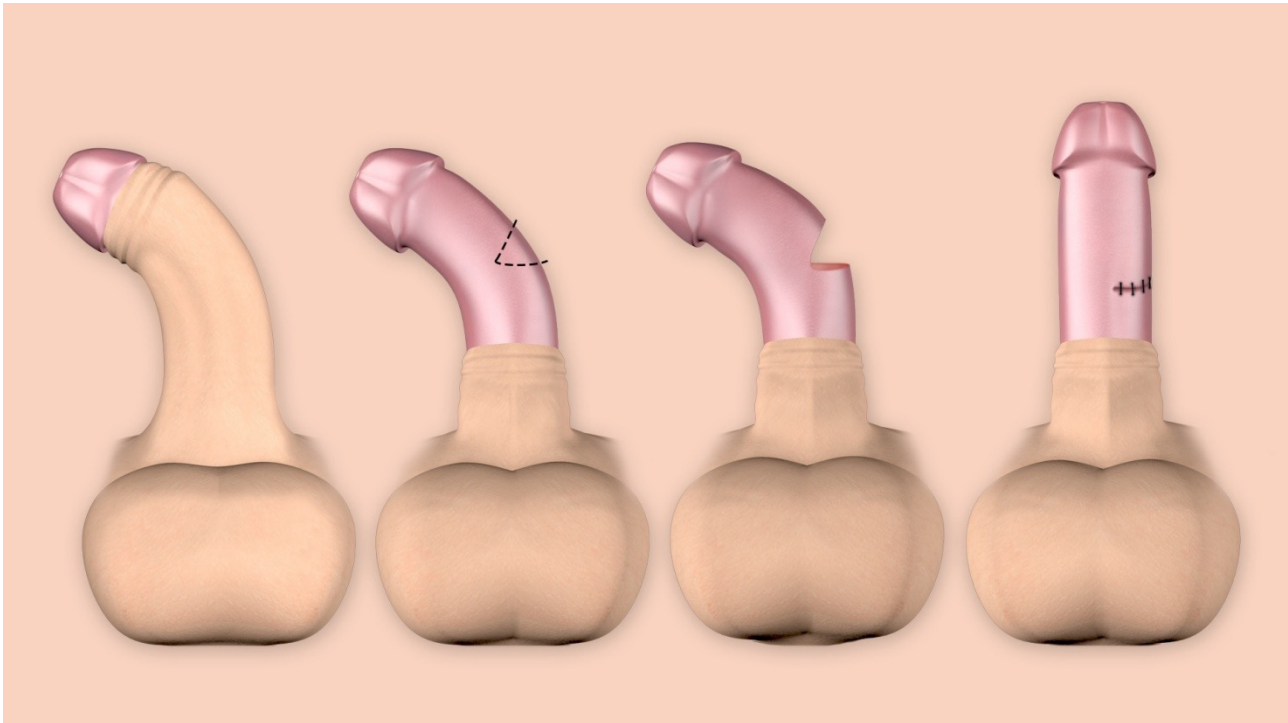
- **chirurgia di accorciamento** (CONTROLATERALE ALLA PLACCA) agendo su tessuto sano
- **chirurgia di allungamento** (CHIRURGIA DI PLACCA) condotta su tessuto patologico
- **chirurgia protesica**

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).

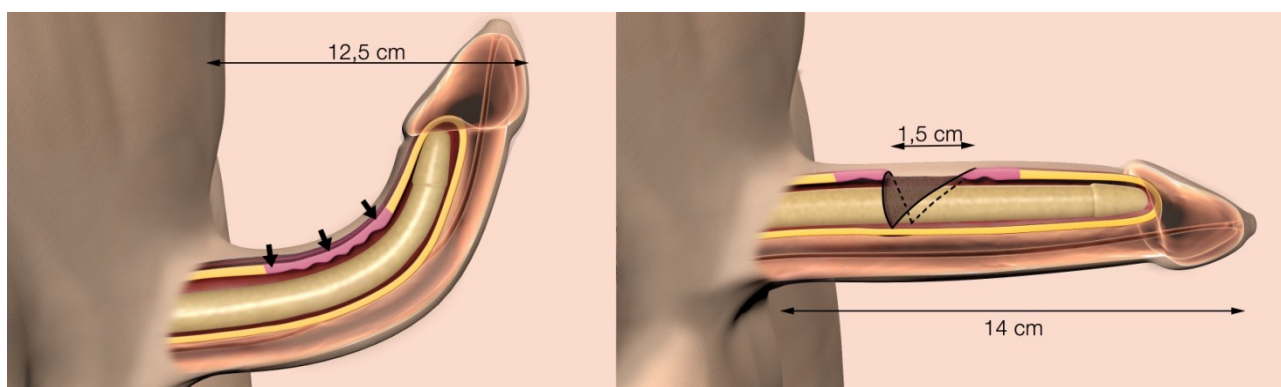
La chirurgia di accorciamento comporta necessariamente una riduzione della lunghezza dell'asta che è correlata e proporzionale all'entità del recurvatum.

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 risolubili 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.

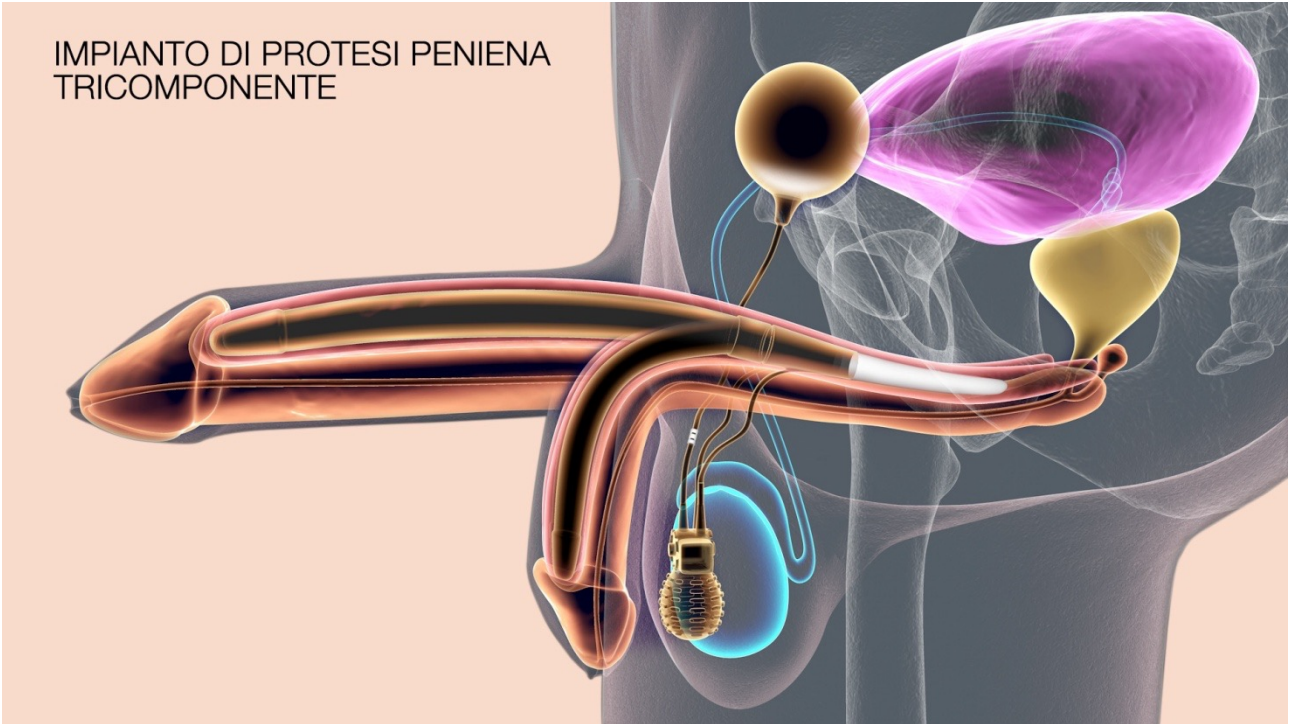
COMPLICANZE TARDIVE: retrazione del materiale di sostituzione con conseguente fallimento dell'intervento, recidiva della deformità con possibilità di ulteriore intervento, diminuzione parziale o totale della sensibilità del glande, disfunzione erettile, alterazioni dell'orgasmo transitorie o permanenti, 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 soprariportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaustivamente 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:

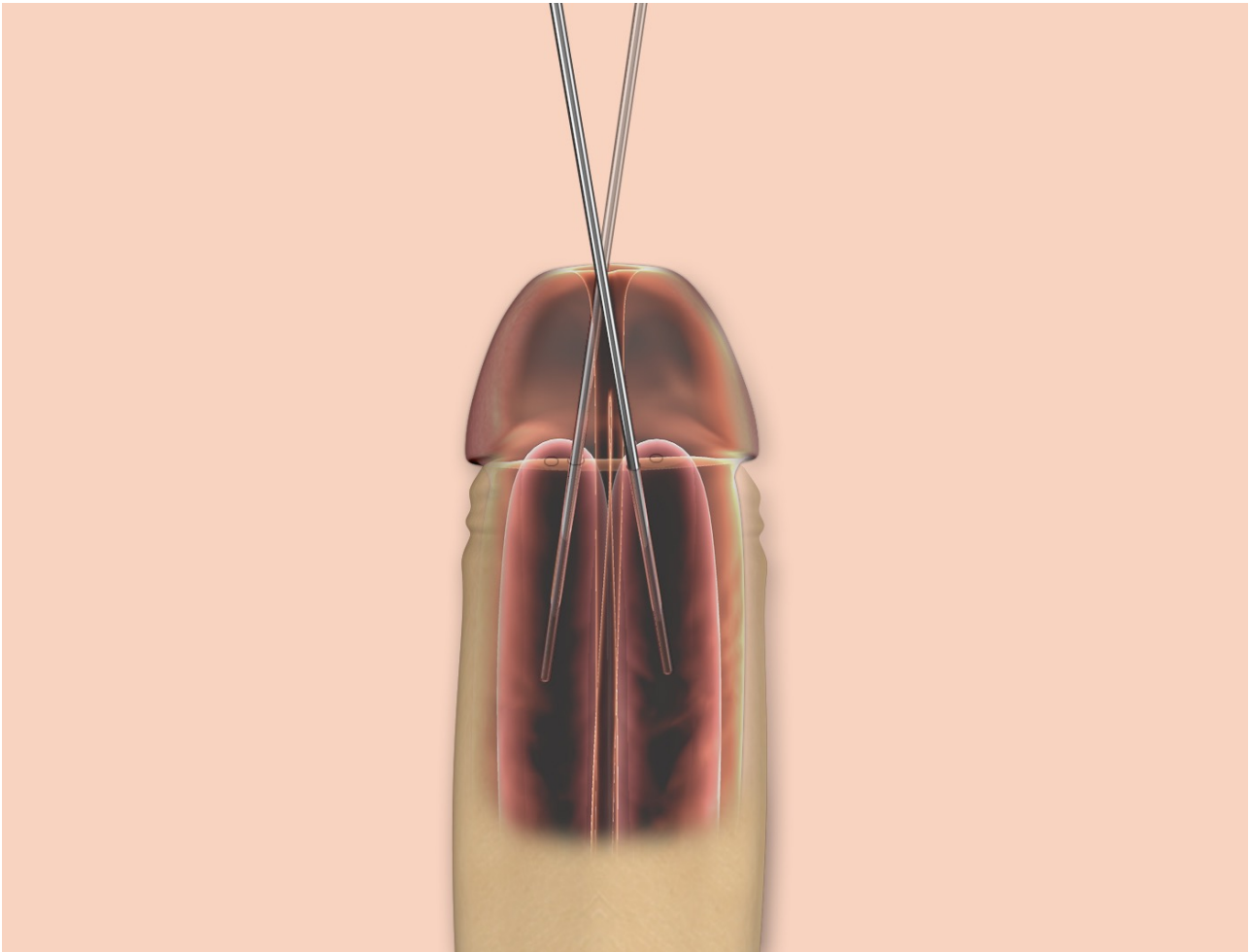
eventuali annotazioni

.....

.....

Firma ev testimone

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PRIAPISMO



DEFINIZIONE

Il priapismo è un'erezione prolungata che permane oltre le quattro ore, dolorosa ed indipendente da stimolazioni erotiche.

Le cause possono essere iatrogene: iniezione intracavernosa di sostanze vasoattive del tipo prostaglandina a scopo diagnostico o farmacoprotesico o farmaci per uso orale (i-PDE5), nonché sostanze d'abuso.

A queste si aggiungono una possibile serie di cause organiche, ematologiche neurologiche centrali e periferiche.

Esistono forme ad alto flusso (iperafflusso) e basso flusso (stasi)

Nelle forme da iperafflusso posta la diagnosi e' indicata l'embolizzazione del tramite. La causa più frequente e' la fistola arterocavernosa post traumatica.

Le forme da stasi, le più frequenti peraltro vanno trattate con somministrazione intracavernosa di vasocostruttori, efedrina o metaraminolo.

In caso di insuccesso si passa allo shunt glandulo cavernoso seguito in caso di insuccesso dal confezionamento di uno shunt caverno-spongioso o safeno cavernoso in rari casi.

LA COMPLICANZA PIU TEMIBILE DI TALE EVENIENZA E' LA DISFUNZIONE ERETTILE COMPLETA O IMPOTENZA PROPRIAMENTE DETTA.

LESIONI DELL'URETRA, EMATOMI PENIENI SEPSI UROGENITALE, LESIONI NECROTICHE DELLA CUTE DELL'ASTA.

NEL PRIAPISMO A BASSO FLUSSO NON RISOLTO CON LE TECNICHE DESCRITTE E' POSSIBILE RICORRERE IMMEDIATAMENTE ALL'IMPIANTO DI UNA PROTESI SEMIRIGIDA O SOFFICE CHE RAPPRESENTANO UN PRIMO STEP PER POI ESEGUIRE L'IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE

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 minorenne)

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 :

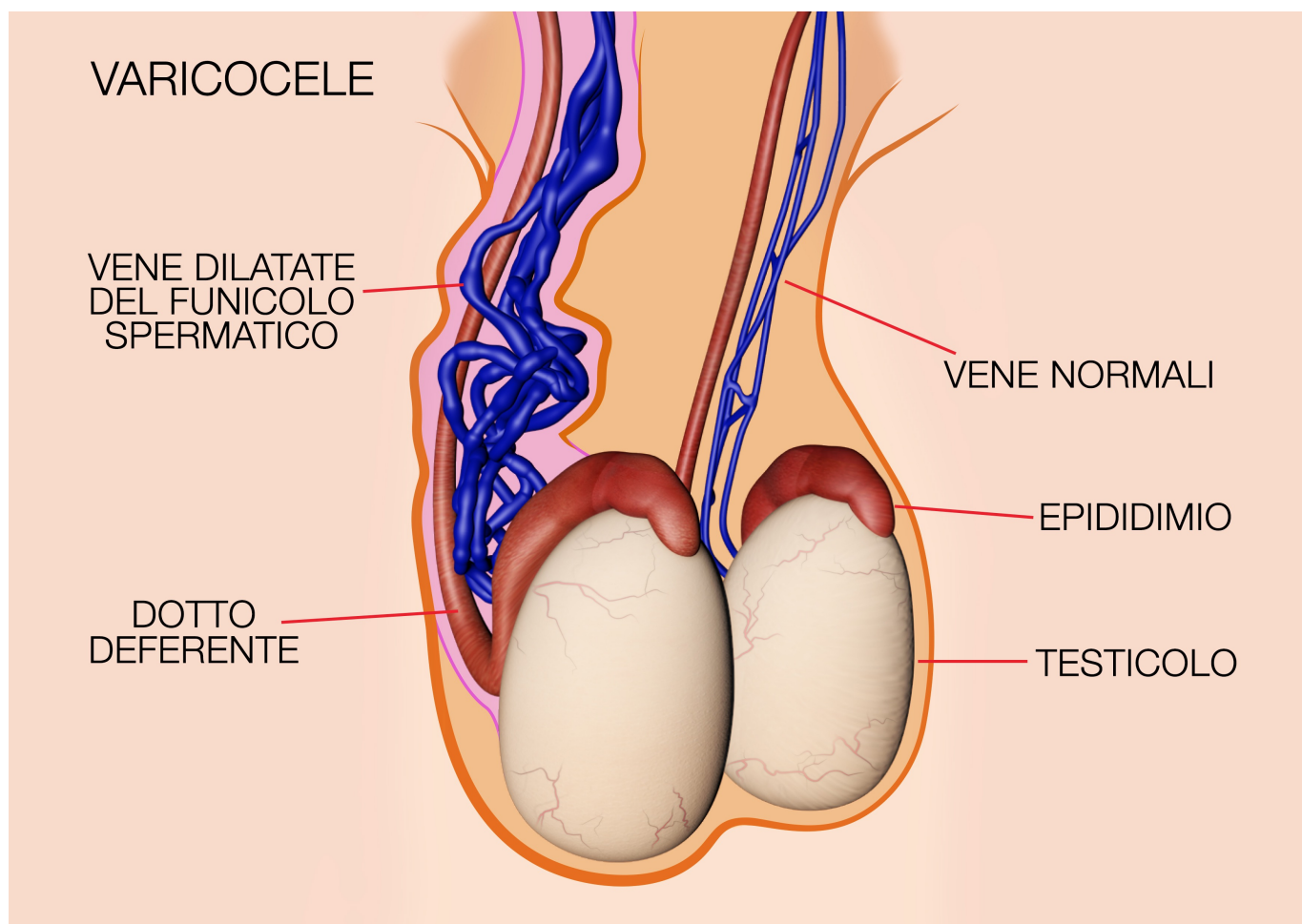
Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente.

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. 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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI CORREZIONE DI VARICOCELE



PREMESSE

Il varicocele è una varice cioè una dilatazione delle vene del funicolo spermatico e/o dello scroto associato a reflusso di sangue nelle vene stesse (documentato con ecocolor doppler scortale) Può essere sx come, nella maggior parte dei casi dx o più raramente bilaterale. A sinistra le caratteristiche anatomiche ne favoriscono l'insorgenza. La dilatazione delle vene del funicolo spermatico è più evidente in stazione eretta. Il varicocele può essere asintomatico o nelle forme più avanzate generare dolore. Nei pazienti con varicocele è sempre indicato uno studio del liquido seminale (spermioγραμμα) per le note implicazioni di questa patologia sulla fertilità del maschio . L'alterazione del liquido seminale più frequente e diffusa legata al varicocele è una ridotta concentrazione degli spermatozoi ed una ridotta motilità (oligoastenospemia) Il

miglioramento dei parametri seminali in genere si osserva dai tre a nove mesi post intervento.

La correzione del varicocele è possibile con diverse tecniche: laparoscopica ormai peraltro abbandonata e citata solo aneddoticamente, scleroembolizzazione, chirurgica.

TECNICHE DI SCLEROEMBOLIZZAZIONE

Possono essere eseguite iniettando una sostanza sclerosante in un vaso venoso scrotale sede di ectasia (tecnica di Tauber). Altra metodica ad appannaggio del radiologo interventzionista è la scleroembolizzazione per via trascutanea femorale o omerale secondo la tecnica di Seldinger. In genere si ricorre a questa metodica nella forme di varicocele recidivo.

TECNICHE CHIRURGICHE

L'interruzione del reflusso può essere ottenuta con incisione alta extrafunicolare secondo Ivanissevich o per via inguinale secondo Bernardi. Altra possibilità è la legatura sub inguinale secondo Goldstein cioè interrompendo il reflusso venoso fuori del canale inguinale.

TIPO E DURATA DEL RICOVERO

Ricovero in day hospital o one day surgery.

COMPLICANZE

Orchepididimite, idrocele, ematoma del funicolo spermatico che può rendere necessario un reintervento per drenaggio. Recidiva del varicocele 25 - 30% , persistenza di varicocele. Algie scrotali, peggioramento della qualità del liquido seminale.

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 minorenne)

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.

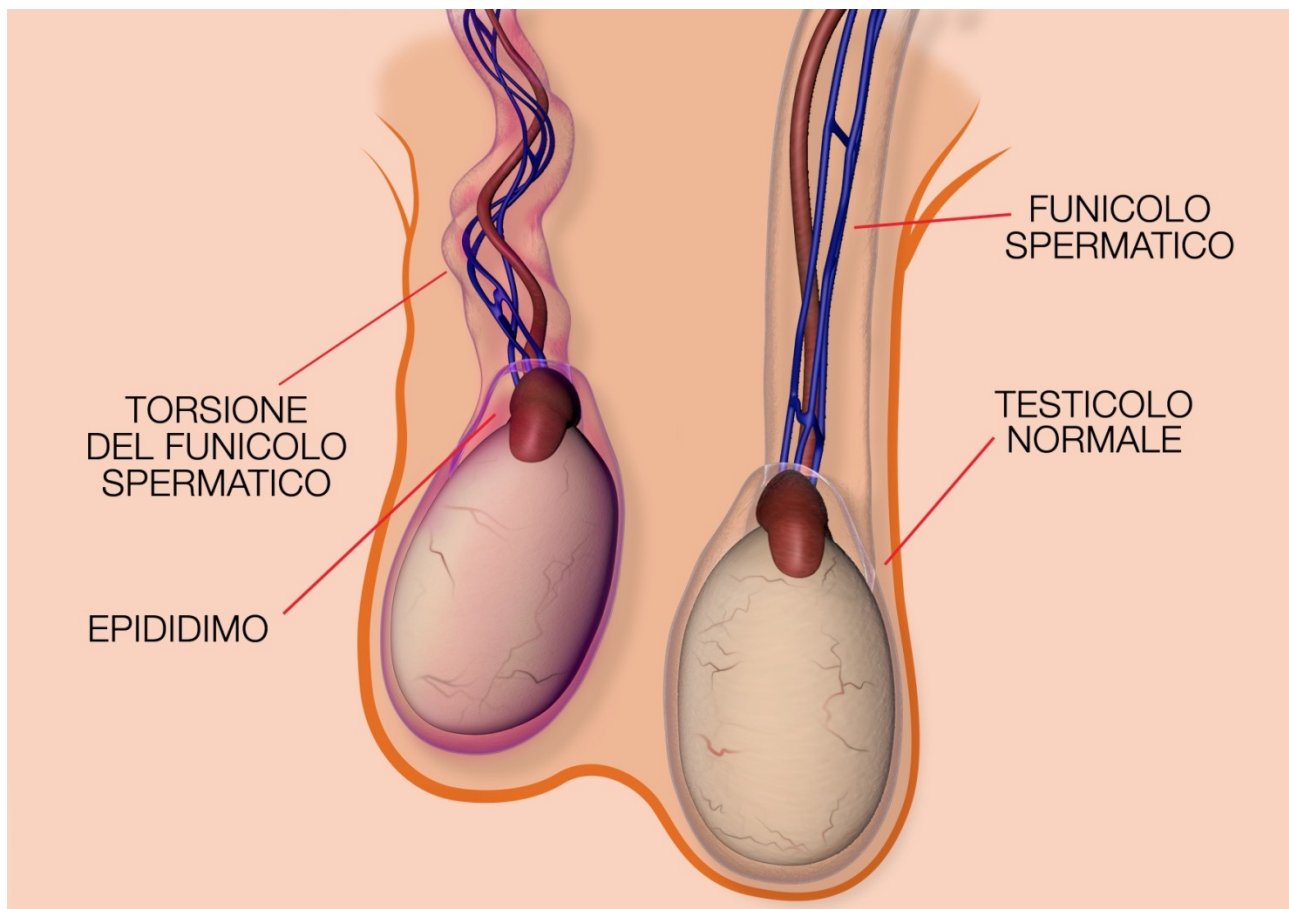
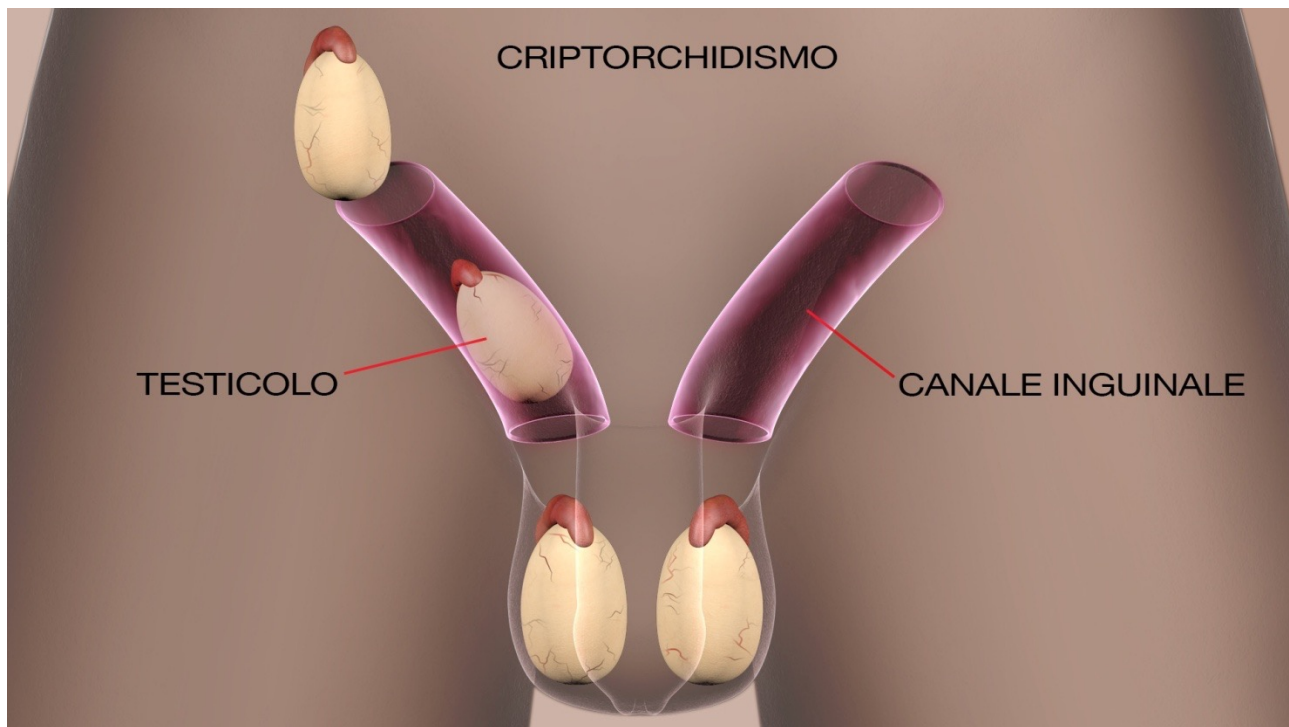
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI ORCHIDOPESSI



L'intervento di orchidopessi quando indicato, viene eseguito nei casi in cui il testicolo sia dislocato dalla nascita in sede diversa da quella scrotale (criptorchidismo). L'intervento andrebbe eseguito precocemente entro il terzo anno di età. La procedura può essere eseguita anche in caso di testicoli presenti in sede scrotale ma con ipermobilità tale, da determinare in alcune circostanze una facile risalita dei didimi nel sottocute della regione inguinale o nel canale inguinale stesso, ed esporre al rischio elevato di torsione del funicolo. Tale diagnosi può essere posta anche in età tardo-adolescenziale/adulta e trovare indicazione all'orchipessia semplice al setto scrotale.

Il testicolo criptorchide può essere localizzato alla radice dello scroto, in sede inguinale o addominale.

TECNICA

L'intervento prevede un'incisione inguinale e talvolta una seconda incisione di ampiezza più limitata in sede scrotale, l'individuazione del testicolo, la sua liberazione dalle aderenze con le strutture adiacenti (fibre del muscolo cremastere), con l'obiettivo di mobilizzare il testicolo stesso e attrarlo nella sua sede naturale (cioè la borsa scrotale). I problemi tecnici che più spesso possono verificarsi nel corso dell'intervento sono i seguenti:

- necessità di sezionare il canale deferente per favorire il riposizionamento del testicolo nello scroto (impedendo il passaggio degli spermatozoi);
- necessità di riposizionare il testicolo alla radice dello scroto o a livello inguinale quando l'accentuata brevità del funicolo vascolare renda impossibile l'esecuzione di una corretta orchidopessi (ciò potrebbe rendere necessario un ulteriore tentativo di orchidopessi a congrua distanza di tempo);
- necessità di asportare il testicolo.

Nei casi in cui soprattutto in età adolescenziale il paziente presenti una ipermobilità dei didimi con localizzazione nello scroto, l'intervento prevederà una semplice apertura della tonaca vaginale con fissazione dei didimi al setto scrotale.

Complicanze e/o rischi correlati all'intervento:

- infezione della ferita chirurgica
- sanguinamenti e/o formazione di ematomi

- ipotrofia (riduzione del volume) o completa atrofia del testicolo operato;
- alterazione della qualità del liquido seminale.
- riduzione dei livelli ematici di testosterone

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 minorenne)

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 e esaurientemente spiegatomi oralmente.

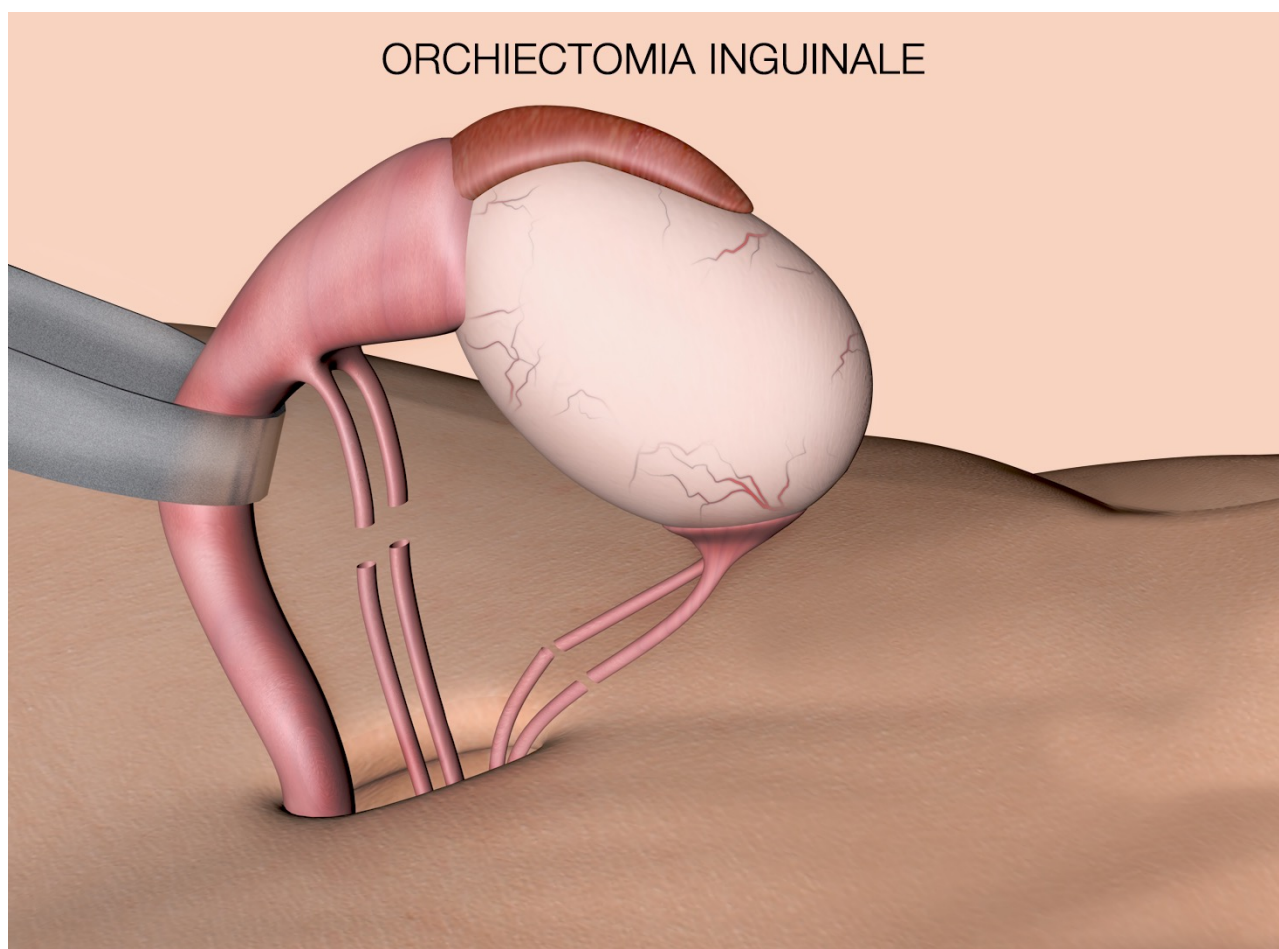
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI ORCHIFUNICOLECTOMIA PER PATOLOGIA NEOPLASTICA



L'intervento chirurgico in oggetto si rende necessario in caso di neoplasia accertata del testicolo e prevede sempre l'asportazione del didimo.

Premesse e tecnica

L'intervento si esegue solitamente in anestesia generale oppure loco-regionale (peridurale o spinale) e consiste nell'asportazione del testicolo e del funicolo spermatico, la struttura che contiene l'epididimo e le arterie vene nervi e vasi linfatici del testicolo. La tecnica prevede una incisione inguinale di circa 4-6 cm. Ciò consente di chiudere per prima cosa i vasi che arrivano al testicolo e poi di asportare il testicolo con tutte le sue tuniche. E' possibile eseguire un esame istologico estemporaneo per verificare la natura della lesione. La durata dell'intervento è in genere breve, intorno ai 20-40 minuti, in relazione anche all'esame estemporaneo istologico.

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

- infezione della ferita chirurgica e quindi dello scroto;
- sanguinamenti e/o formazione di ematomi nello scroto; con talora necessità di reintervento per drenaggio dell'ematoma ed assicurazione dell'emostasi;
- alterazione qualità liquido seminale fino alla sterilità.

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 minorenne)

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.

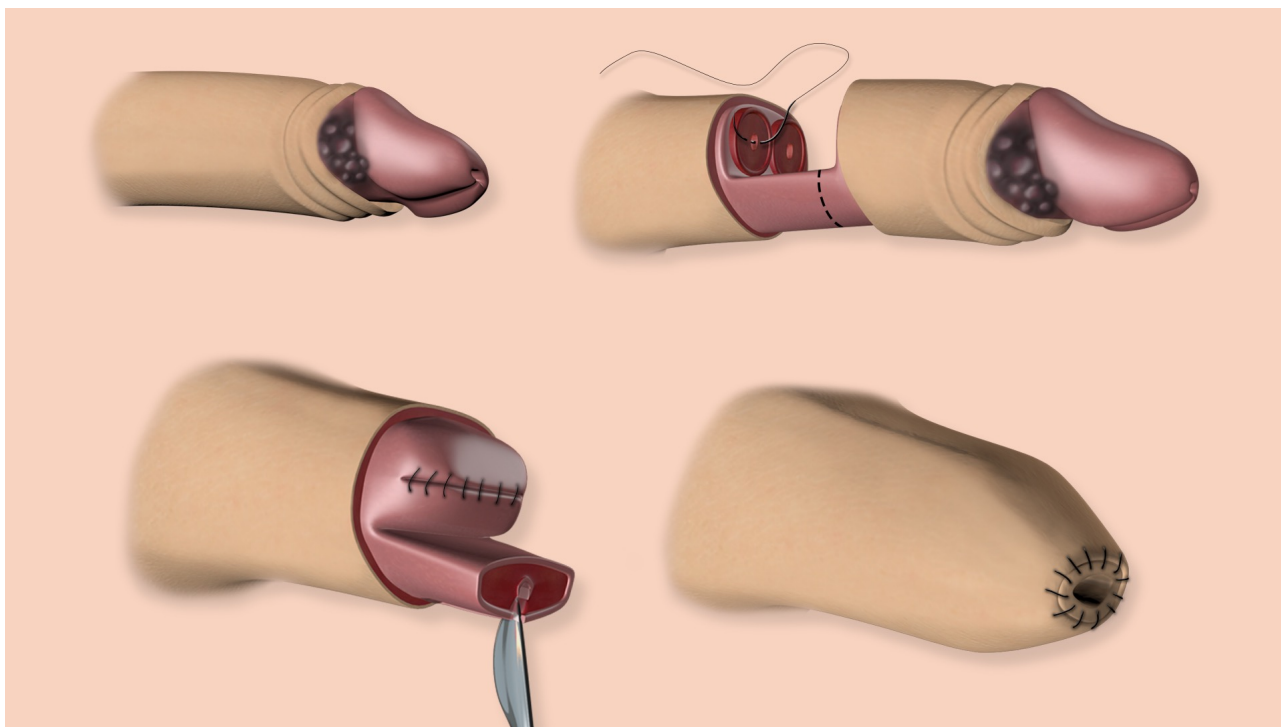
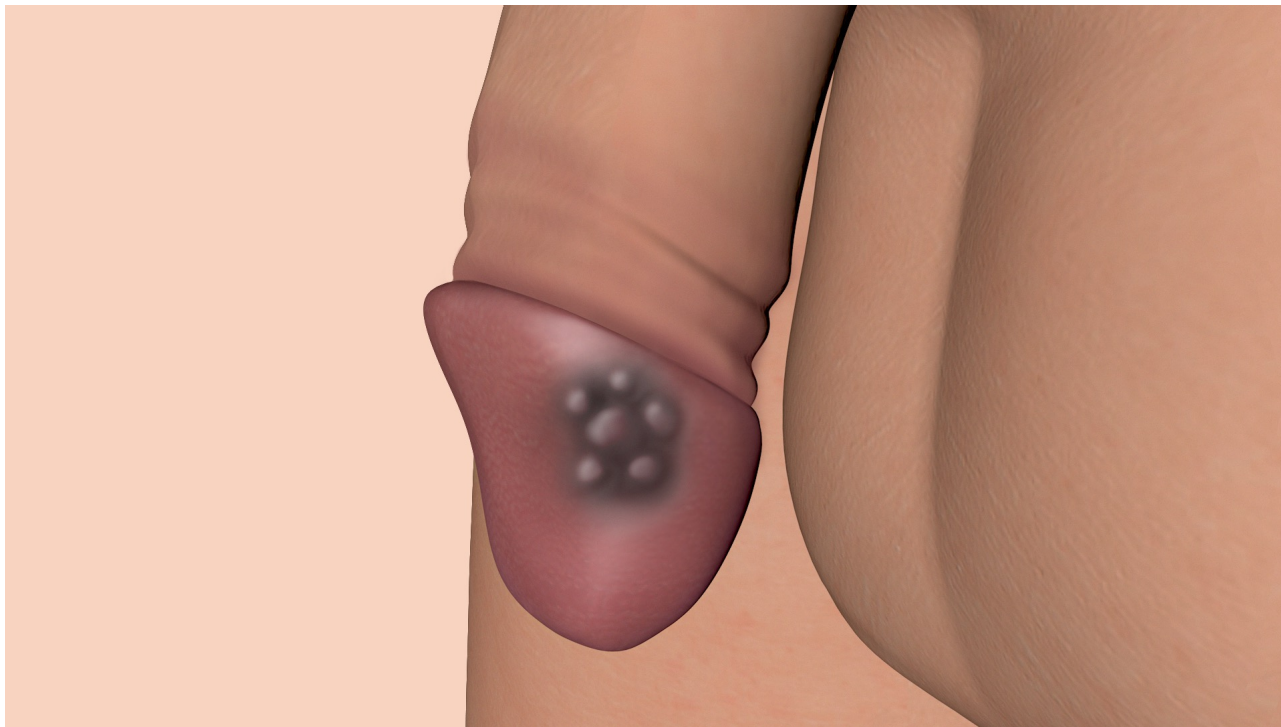
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO CHIRURGICO DI AMPUTAZIONE DEL PENE E LINFOADENECTOMIA INGUINALE



PREMESSE

L'amputazione del pene è un intervento chirurgico demolitivo con la finalità di asportazione parziale o totale dell'organo nel caso di un tumore maligno che interessi il glande o la cute prepuziale esteso anche i corpi cavernosi e/o all'uretra.

Il tipo istologico più frequente di tumore del pene è il carcinoma a cellule squamose.

La linfadenectomia inguinale associata, prevede la rimozione dei linfonodi inguinali superficiali e profondi bilateralmente.

L'eventuale linfadenectomia iliaca consiste nell'asportazione delle stazioni linfoghiandolari situate a ridosso dei vasi del piccolo bacino (vasi iliaci ed otturatori).

La linfadenectomia inguinale può svolgersi durante l'amputazione del pene o in un secondo tempo. In alcuni casi la linfadenectomia può essere parziale e limitata solo ad alcune linfoghiandole eseguendo una linfoscintigrafia preliminare (tecnica del linfonodo sentinella). Uno speciale strumento permette in sede intraoperatoria di individuare solo quelle stazioni linfoghiandolari candidate alla rimozione.

La linfadenectomia nei casi di amputazione del pene ha un significato terapeutico e stadiante.

DESCRIZIONE DELLE TECNICHE

Penectomia parziale

L'amputazione del pene avviene con margine di sicurezza di 2 cm in tessuto sano. Si resecano i corpi cavernosi e l'uretra che è lasciata 1 cm più lunga rispetto ai corpi cavernosi stessi e la si sutura poi alla cute dell'asta residua. Nel caso la lesione sia limitata al solo glande, l'amputazione sarà a carico del solo glande lasciando così un'asta peniena più lunga. Un catetere vescicale è lasciato in sede per qualche giorno.

Penectomia totale

L'incisione è condotta alla radice dell'asta, legando poi i vasi dorsali superficiali e profondi. Si isola l'uretra e la si seziona alla base del pene. I corpi cavernosi invece vengono rimossi in toto fino alle crura cioè alla parte più interna e prossimale del corpo cavernoso stesso. Si confeziona quindi una uretrostomia perineale cioè si incide la cute tra scroto e perineo anteriore (zona posta tra scroto e ano) e vi si sutura il moncone uretrale residuo.

Linfoadenectomia inguinale

Vengono eseguite due incisioni in regione inguinale rispettivamente destra e/o sinistra cioè la zona tra radice dell'arto inferiore e la parte inferiore della parete addominale. Viene rimosso tutto il tessuto linfonodale delle stazioni superficiali e profonde fino a ridosso dei vasi femorali. Al termine della procedura viene sempre lasciato un drenaggio. Tutte le procedure descritte sono eseguite in anestesia generale e/o spinale.

PREPARAZIONE

Va sempre praticata una profilassi antibiotica ed antitrombotica con eparina a basso peso molecolare.

DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento di amputazione può variare tra 1 e 3 ore a seconda dell'estensione della procedura (parziale o totale). La linfoadenectomia iliaco-inguinale può variare tra le 2 e le 3 ore e se eseguito contemporaneamente all'amputazione ovviamente i tempi si sommeranno.

TIPO E DURATA DEL RICOVERO

Questi interventi vengono eseguiti in regime di ricovero ordinario. Tre gg in media per amputazione parziale, 4-5 per amputazione totale, 7-8 gg in caso di linfoadenectomia iliaco otturatoria. Il drenaggio perineale nel caso di amputazione totale viene rimosso dopo 2 giorni, i drenaggi inguinali e/o addominali dopo 5-6 giorni.

COMPLICANZE

Per quanto riguarda **la penectomia parziale**, la complicanza immediata può essere: ematoma del sito chirurgico con soffiatura ecchimotica dell'asta e/o infezioni locali

Complicanza tardiva:

Stenosi del neo meato uretrale

Nella **penectomia totale** le complicanze più frequenti sono l'ematoma perineale e la stenosi dell'uretra anastomizzata in sede uretrale.

Le complicanze più temibili sono quelle legate alla linfadenectomia inguinale specialmente nei casi in cui sia presente un interessamento metastatico . Sono stimate intorno al 30-50% e sono: tromboflebite, embolia polmonare, necrosi dei lembi cutanei della ferita inguinale, infezione della ferita , talora sepsi generalizzata. Complicanza tardiva irreversibile può essere il linfedema degli arti inferiori. La mortalità per questo intervento è inferiore all' 1%.

CONTROLLI CLINICI

In questo tipo di chirurgia sono fondamentali i controlli clinici programmati all'atto della dimissione che prevedono visite e medicazioni periodiche alle quali il paziente è fondamentale si sottoponga.

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 minorenne)

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.

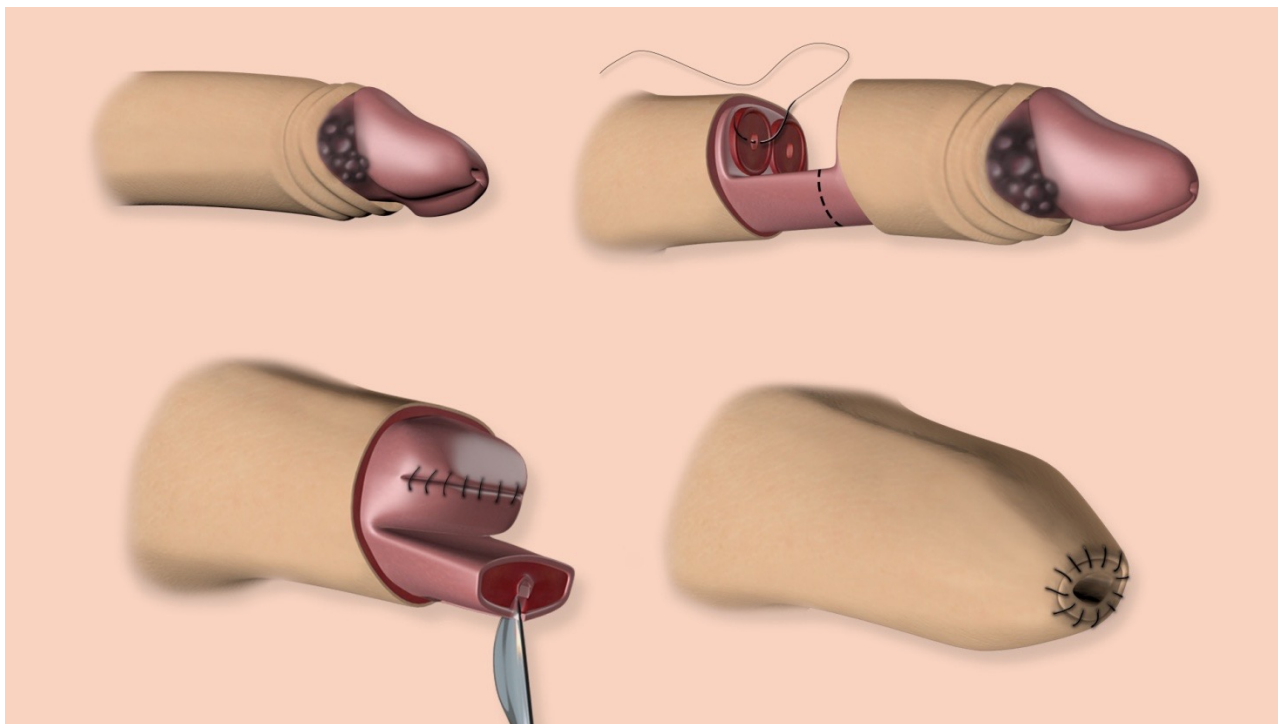
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti.

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: _____

CONSENSO INFORMATO PER CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA NELLE NEOPLASIE DEL PENE



PREMESSE

Per chirurgia ricostruttiva nelle neoplasie del pene si intende la creazione di un neoglande. Si tratta di una chirurgia sostitutiva. E' indicata per neoplasie del glande, prepuzio e solco coronarico di basso stadio e grado medio basso. Può essere eseguita anche dopo resezione degli apici cavernosi sempre per neoplasie di basso stadio e grado. E' fondamentale per tale chirurgia che l'esame estemporaneo intraoperatorio dei margini di sezione (compresi gli apici dei corpi cavernosi) e del moncone uretrale risultino liberi da malattia. La contestuale linfadenectomia non limita l'esecuzione di questa chirurgia.

TECNICA

Si esegue una doppia incisione circolare sotto il glande e sul rafe scrotale così da isolare la cute dell'asta dal pene. Si rimuove il glande isolandolo dall'apice dei corpi cavernosi insieme al fascio vascolo nervoso dorsale tributario del glande.

La ricostruzione del glande può essere eseguita con:

MUCOSA URETRALE AUTOLOGA Eversa L'URETRA

Viene isolata fino al bulbo aperta e ribaltata sull'apice dei corpi cavernosi. Il vantaggio di tale procedura è la conservazione di una buona capacità eiaculatoria. Non è consigliata in caso di lichen sclerosus e/o di stenosi uretrale. Il meato uretrale in tal caso è riconfigurato in atteggiamento ipospadico, cioè più in basso della sua sede naturale sulla superficie ventrale del neoglande.

MUCOSA BUCCALE

Questa soluzione non migliora la sensibilità eiaculatoria ma ha solo una valenza estetica. Il prelievo viene eseguito alla guancia sulla sua porzione interna.

DERMA

Si esegue il prelievo alla coscia o in sede glutea. Comporta tempi più lunghi e si sviluppa una cicatrice in sede di prelievo dermico.

DURATA DELL'INTERVENTO

A seconda delle sedi del prelievo e dell'esecuzione o meno di linfadenectomia l'intervento può avere una durata compresa tra 2 - 4 ore. L'intervento si conclude con una circoncisione regolata.

COMPLICANZE

Ematoma dell'asta, difficoltà nella masticazione, esiti cicatriziali dermici, stenosi del neomeato. Retrazione dell'asta più evidente in erezione nel caso di utilizzo della mucosa uretrale autologa eversa. Infezione della ferita chirurgica. Nel caso di linfadenectomia altre complicanze possibili sono: tromboflebite, linfedema, sepsi.

DEGENZA

L'ANESTESIA SPINALE O GENERALE, il ricovero è ordinario della durata di 2 - 4 giorni. Un drenaggio tubulare in aspirazione viene rimosso in 2° giornata. Il catetere vescicale in settima giornata post operatoria.

CONTROLLI

I controlli periodici in questa chirurgia durante le prime settimane sono mandatori ed il paziente dovrà attenersi come illustrato nella lettera di dimissione.

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 minorenne)

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.

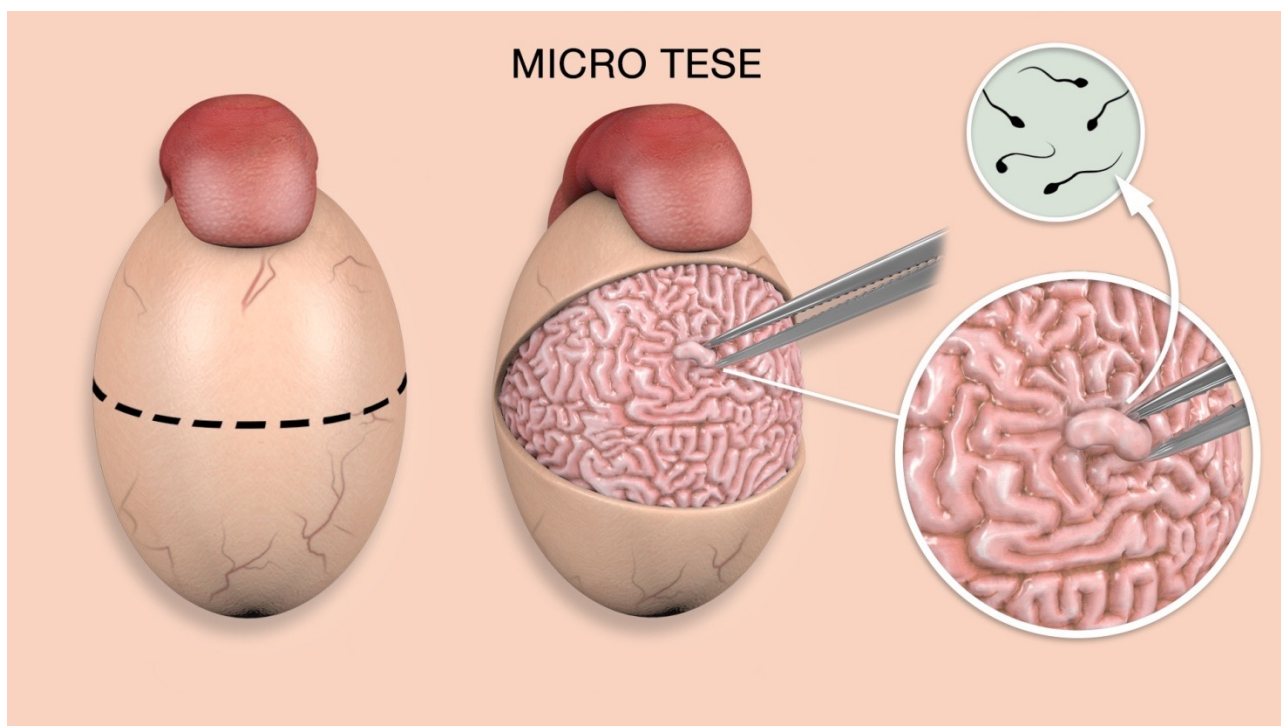
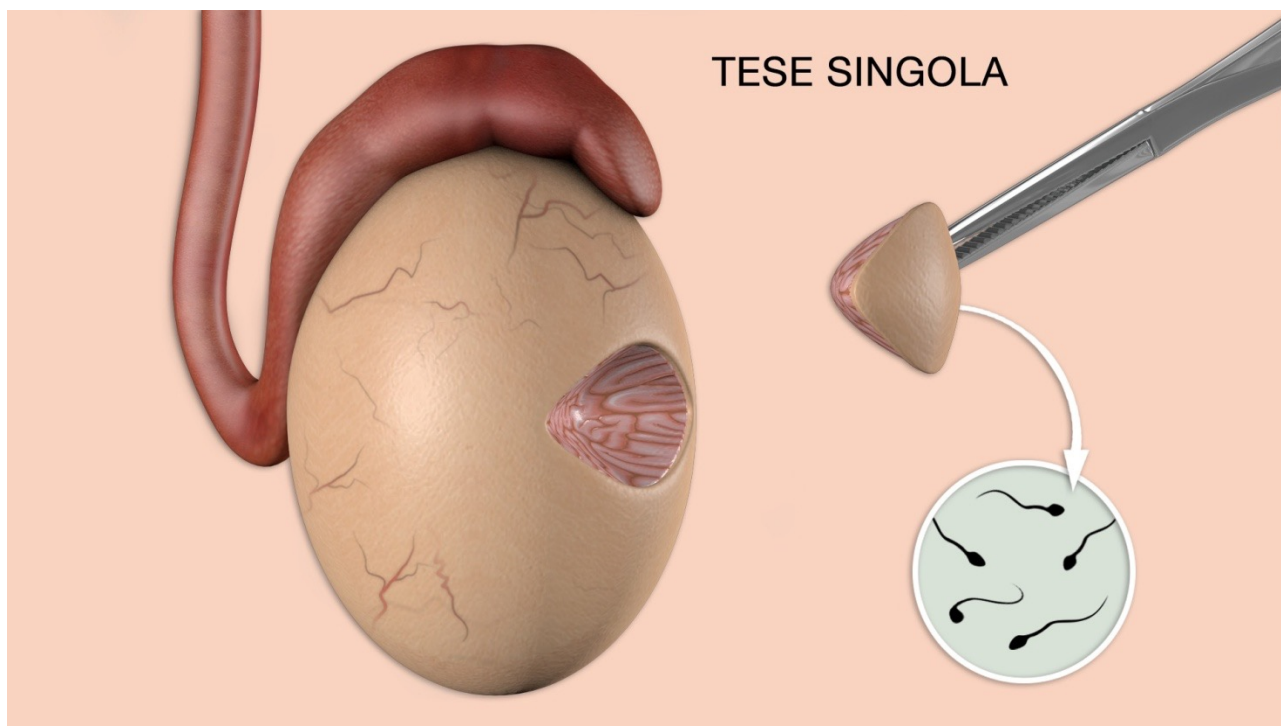
Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti

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: _____

**CONSENSO INFORMATO PER PRELIEVO DI GAMETI
MASCHILI NELL'AMBITO DI UN PROGRAMMA DI
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA**



La tecnica descritta viene concordata con il paziente e la partner dopo valutazione clinica e del liquido seminale.

Indicazione: oligoasthenozoospermia di grado medio severo, azoospermia

- o **ASPIRAZIONE PERCUTANEA (TESA / PESA):** liquido seminale e cellule germinali vengono aspirati tramite un ago infisso nel testicolo o nell'epididimo.
- o **ASPIRAZIONE MICROCHIRURGICA (MESA):** aspirazione epididimaria a cielo aperto (con esposizione chirurgica della gonade) con ausilio di mezzi di magnificazione ottica.
- o **BIOPSIE TESTICOLARI MULTIPLE MONO O BILATERALI (TESE):** esposizione chirurgica della gonade mediante incisione dello scroto ed apertura della guaina di rivestimento del testicolo stesso (tunica vaginale). Le biopsie multiple vengono effettuate direttamente sulla tunica albuginea testicolare, sotto controllo visivo diretto.
- o **BIOPSIE TESTICOLARI MULTIPLE MONO O BILATERALI CON L'AUSILIO DEL MICROSCOPIO OPERATORE (MICRO-TESE):** esposizione chirurgica della gonade mediante incisione dello scroto ed apertura della guaina di rivestimento del testicolo stesso (tunica vaginale). La tunica albuginea viene quindi incisa lungo la linea equatoriale con ampia esposizione della polpa testicolare e dei tubuli seminiferi. Con l'ausilio del microscopio operatore si procede a prelievo di tubuli e polpa testicolare da differenti aree del testicolo.

Sede (organo, parte o livello del corpo)

Lateralità dell'intervento (per interventi su organi o parti pari)

- **Benefici:**

- maggiori possibilità di acquisire cellule germinali (spermatozoi) che potranno essere utilizzati per una procreazione medicalmente assistita.

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

- sanguinamenti con possibile formazione di ematomi;
- infiammazione testicolare;
- ipotrofia (riduzione del volume) del testicolo con ulteriore peggioramento della sua funzione spermatogenetica;

- **Possibili alternative**

- attesa, cure ormonali (se indicate).

Eventuali annotazioni:

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 minorenne)

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 PAZIENTE

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:_____

firma ev testimone

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO PER IL PAZIENTE CANDIDATO AD INTERVENTO DI VASECTOMIA

PREMESSE

La vasectomia non può costituire un metodo di pianificazione delle nascite; infatti, è una metodica chirurgica che va riservata esclusivamente ai casi ricorrenti di affezioni epididimarie.

LA TECNICA CHIRURGICA

La vasectomia è un intervento chirurgico ambulatoriale della durata di circa 15 - 30 minuti. Viene eseguita in anestesia locale. L'andrologo che esegue l'intervento esegue due piccole incisioni sullo scroto, identifica il deferente, lo seziona, ne asporta una piccola porzione (circa un centimetro), dopo di che lega i due monconi che si sono venuti a creare. Alcuni andrologi sono soliti cauterizzare anche le due estremità tramite bisturi elettrico. La stessa procedura viene eseguita dall'altro lato per il deferente controlaterale. Alla fine della procedura le due piccole ferite vengono medicate ed il paziente può tornare a casa. La **Vasectomia senza bisturi** è una procedura ancor meno invasiva che si esplica tramite un'unica incisione centrale piuttosto che attraverso due piccole incisioni bilaterali. In questa procedura una piccolissima puntura viene praticata attraverso uno specifico strumento chirurgico. I deferenti vengono isolati, sezionati e legati bilateralmente come nella vasectomia classica attraverso questa piccolissima incisione.

RISCHI DELLA PROCEDURA

Come tutte le procedure chirurgiche, anche la vasectomia comporta dei rischi, sebbene la loro evenienza è molto rara. Dopo l'intervento potrebbero verificarsi situazioni quali infezione della ferita, tumefazione nella sede dell'incisione o all'interno dello scroto, soffiatura emorragica sottocutanea.

RISULTATI

La tecnica chirurgica di vasectomia si prefigge la prevenzione delle infezioni ricorrenti delle vie seminali.

ESITI

Conseguenza dell'intervento è la azoospermia per lo più definitiva cioè l'assenza di spermatozoi nell'eiaculato. Il paziente potrà decidere in tal senso di depositare il liquido seminale presso la banca del seme.

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE

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

Firma e timbro del Medico _____

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

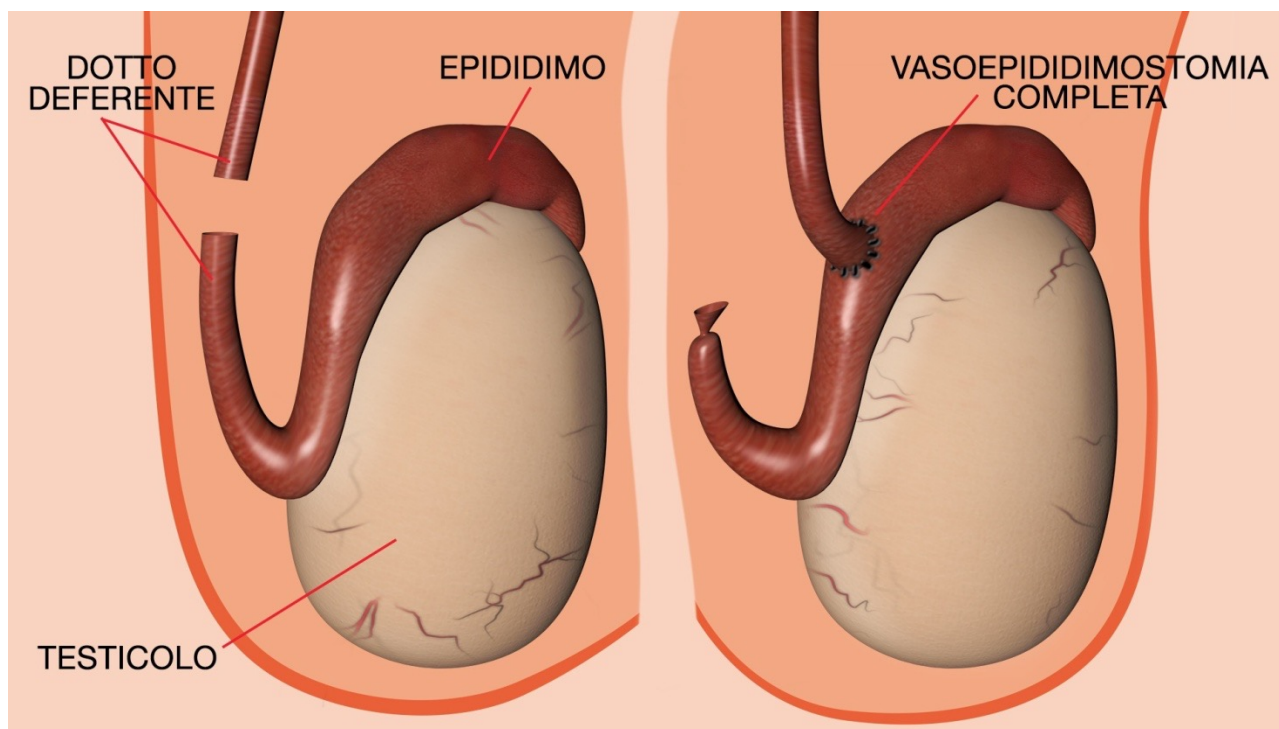
Dichiarazione di consenso all'intervento di vasectomia

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____, dopo aver ricevuto
informazioni chiare ed esaurienti dal dott. _____
riguardo l'intervento di vasectomia, dichiaro di sottopormi volontariamente
all'intervento di vasectomia bilaterale

il medico.....

il paziente.....

CONSENSO INFORMATO PER EPIDIDIMO VASOSTOMIA MICROCHIRURGICA



L'epididimo-vasostomia microchirurgica può essere eseguita con un'anastomosi termino-laterale tra il dotto deferente ed il tubulo epididimario (tubulovasostomia), o tramite la creazione di una fistola tra deferente spatulato ed epididimo inciso profondamente. La scelta della tecnica dipenderà dalla situazione anatomica e patologica dell'epididimo.

Scopo dell'intervento è di ristabilire la pervietà delle vie seminali in pazienti azoospermici per ostruzione del tubulo epididimario. In questo modo si può ottenere la ricomparsa di spermatozoi nell'eiaculato e quando possibile, una gravidanza nella partner.

Note di tecnica (tubulovasostomia)

In anestesia generale o loco-regionale, l'epididimo viene aperto nel punto dove è evidente la dilatazione tubulare dovuta all'ostacolo, comunque il più caudalmente possibile. Il liquido che fuoriesce dall'epididimo viene immediatamente sottoposto ad un esame microscopico per valutare la presenza e la motilità degli spermatozoi. Se tale accertamento dovesse risultare negativo, si effettuerà l'apertura di un tubulo più prossimale.

Nel caso non si riuscissero ad aspirare spermatozoi da nessuna zona dell'epididimo l'intervento non sarà effettuabile.

Previa sezione del deferente e controllo della sua pervietà distale mediante infusione di soluzione fisiologica, sotto ingrandimento ottico (25-40x) del campo visivo, al centro di una finestra precedentemente preparata nella tunica vaginale dell'epididimo, si apre una spira tubulare in senso longitudinale e la si anastomizza con lo strato mucoso del deferente con quattro-cinque punti in nylon 10-0. Si esegue poi lo strato più superficiale tra muscolare avventizia del deferente ed albuginea dell'epididimo in nylon 9-0.

Il paziente dovrà effettuare spermioigrammi di controllo a due, quattro, otto e dodici mesi dall'intervento.

Infatti, in alcuni casi la ricomparsa degli spermatozoi nell'eiaculato avviene a distanza di un anno dall'intervento.

Secondo gli studi della letteratura, in caso di vasoepididimostomia bilaterale, il tasso di ricanalizzazione varia dal 50-85%, e le gravidanze spontanee variano tra il 11% e il 56%. Nel caso di fibrosi diffusa dell'epididimo con isolati rari tubuli epididimari dilatati, e/o di anastomosi unilaterale, la percentuale di ricanalizzazione scende al 30-40%. In una quota oscillante tra il 10% e il 21% si osserva la chiusura dell'anastomosi a distanza di tempo. Tra i fattori prognostici negativi si segnalano la presenza di una patologia secretoria testicolare, la assenza di spermatozoi nel tubulo epididimario o la presenza di fibrosi diffusa dell'organo. Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla formazione di ematomi, dal dolore postoperatorio persistente e dall'infezione, complicanze che possono verificarsi dopo ogni intervento chirurgico. La formazione di un idrocele ha un'incidenza molto bassa.

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)

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

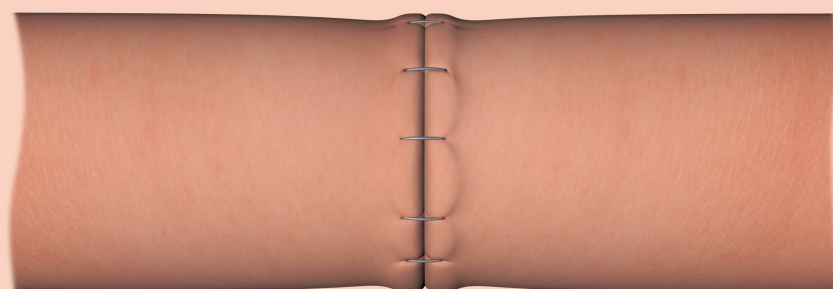
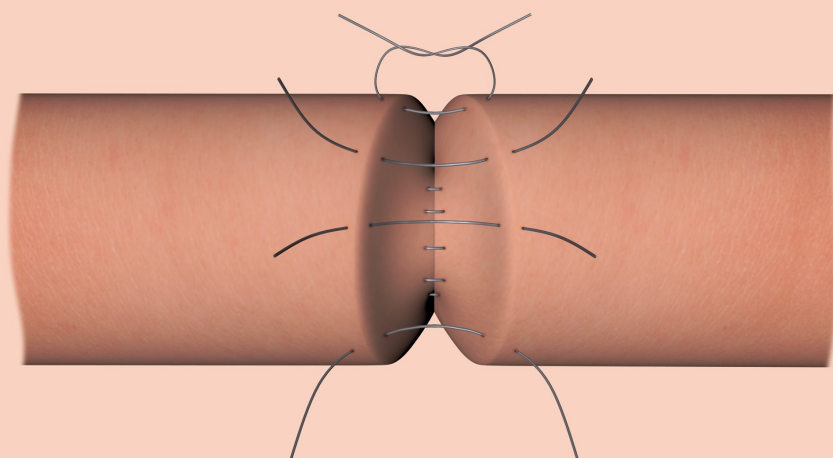
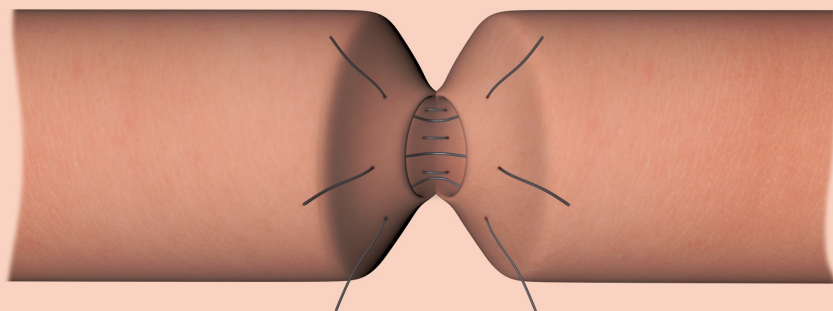
Consapevolmente acconsento al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione

Firma del Medico: _____

Firma del Paziente: _____

CONSENSO INFORMATO PER VASO-VASOSTOMIA MICROCHIRURGICA

RICANALIZZAZIONE DEFERENTE VASO VASO



La vaso-vasostomia microchirurgica consiste nell'anastomosi termino-terminale dei due monconi del dotto deferente con l'ausilio del microscopio operatore.

Scopo dell'intervento è di ristabilire la pervietà delle vie seminali in pazienti azoospermici per ostruzione del dotto deferente. In questo modo si può ottenere la ricomparsa di spermatozoi nell'eiaculato e quando possibile, una gravidanza nella partner.

Note di tecnica

La vaso-vasostomia viene generalmente eseguita in anestesia generale o loco-regionale. Il deferente viene isolato e sezionato, il liquido che fuoriesce viene immediatamente sottoposto ad un esame microscopico per valutare la presenza e la motilità degli spermatozoi. In caso di assenza di spermatozoi, può essere indicata una vasoepididimostomia.

La vaso-vasostomia viene generalmente eseguita in 2 strati, il rivestimento interno con sutura 10-0 in nylon a punti staccati e lo strato esterno con sutura 9-0 in nylon anch'essa in punti staccati. Viene poi creata una anastomosi mucosa-mucosa a tenuta stagna senza tensione. Il paziente dovrà effettuare spermioigrammi di controllo a due, quattro, otto e dodici mesi dall'intervento. Infatti, in alcuni casi la ricomparsa degli spermatozoi nell'eiaculato avviene a distanza di un anno dall'intervento.

Secondo gli studi della letteratura, dopo vaso-vasostomia il tasso di comparsa di spermatozoi nell'eiaculato varia tra il 75% e il 99% e il tasso di gravidanza naturale oscilla tra il 46% e l'82%. Il persistere dell'azoospermia dopo 8 mesi dall'intervento chirurgico depone per il fallimento, generalmente dovuto alla formazione di una cicatrice e quindi di una stenosi a livello dell'anastomosi, che si verifica nel 3-12% dei pazienti dopo vaso-vasostomia. In altri casi l'insuccesso è dovuto alla coesistenza di un'ostruzione più prossimale a livello dell'epididimo. Inoltre, il tasso di chiusura ritardata delle anastomosi inizialmente pervie è del 3-6% all'anno. È possibile ripetere una eventuale ricostruzione chirurgica anche se tecnicamente più impegnativa a causa delle estese cicatrici.

Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla formazione di ematomi, dal dolore postoperatorio persistente e dall'infezione, che possono verificarsi dopo ogni intervento chirurgico.

La formazione di un idrocele ha un'incidenza molto bassa.

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 minorenne)

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: _____