

A.O.U. Policlinico Tor Vergata
U.O.S.D. Urologia Robotica e Mini-Invasiva
Responsabile prof. Pierluigi Bove

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Orchifunicolectomia

Io sottoscritto/a

nato a

il / /

sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa

in modo completo ed esaustivo:

- della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione;
- dei potenziali benefici del trattamento;
- delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici;
- delle possibilità di insuccesso;
- dei rischi particolari legati al mio caso;
- dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- dei tempi e delle modalità di recupero;
- delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi, compresi il non trattamento e gli annessi rischi e benefici;
- delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo da parte del paziente in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni

più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaustive e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito nel presente documento sono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per renderle comprensibile ed essenziale l'esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili o nel richiedere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COS'È IL TUMORE DEL TESTICOLO?

Il tumore del testicolo è un tumore molto aggressivo che però, se viene diagnosticato e curato in modo rigoroso e consequenziale, come codificato dalla letteratura scientifica, permette una guarigione nel 95% dei casi. Rappresenta il 5 % dei tumori urologici in generale ed l'1,5% dei tumori maschili. La maggior parte (<95%) si tratta di tumori germinali, che originano quindi dalle cellule che producono spermatozoi. L'età di incidenza maggiore è nella terza e quarta decade di vita, pur osservandosi casi in tutte le età dopo la pubertà. Il testicolo ritenuto alla nascita ha una probabilità maggiore di sviluppare neoplasie, la bilateralità sincrona o metacrona è possibile ma rara.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

L'orchifunicolectomia rappresenta il primo approccio diagnostico-terapeutico al tumore del testicolo.

La neoplasia si evidenzia con un aumento volumetrico e di consistenza non doloroso del testicolo.

Raramente la presenza di linfonodi o di quadri clinici aspecifici portano alla diagnosi indiretta di tumore del testicolo. L'esame obiettivo e l'ecografia testicolare consentono di individuare anche piccole lesioni localizzate, la presenza di idrocele che impedisce una corretta palpazione, permette

comunque la visualizzazione ecografica della lesione. In alcuni casi si l'esecuzione di una TC dell'addome può essere di ausilio nella stadiazione della malattia. In ogni caso l'asportazione del testicolo e del funicolo spermatico consentono di individuare l'istotipo, cioè la natura della lesione, che è la condizione necessaria per decidere se e come proseguire gli ulteriori passi diagnostici e terapeutici indispensabili a raggiungere la guarigione

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli esami preoperatori: il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesilogica ed il controllo urologico. Sarà indispensabile insieme agli esami del sangue generali eseguire i markers tumorali specifici. Potrà essere eseguita prima dell'intervento, qualora non fosse già stata eseguita, la TC con mezzo di contrasto, di torace e addome, o in alternativa in caso di controindicazioni, una RNM.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, o la sera precedente, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Dovrà essere sottoposto alla depilazione dell'inguine. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento).

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO?

L'orchifunicolectomia. Si tratta di un intervento che inizia con un'incisione inguinale eseguito in anestesia locale, spinale o generale, indifferentemente. L'incisione inguinale, la stessa che si pratica per un intervento di ernioplastica, permette di isolare il funicolo spermatico all'anello inguinale interno, dove i vasi spermatici si bipartiscono dal deferente. Qui si procede alla loro sezione e legatura preventiva che impedisce il rilascio di cellule durante le manovre di rimozione del testicolo.

Si esegue quindi lo scollamento e l'estrazione del funicolo dallo scroto. Al termine si ricostruisce il canale inguinale e si chiude a strati la ferita.

Qualora lo si desiderasse può essere posizionata una protesi testicolare prima della chiusura della ferita.

6. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata varia da 20 a 30 minuti.

7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Non esistono alternative alla rimozione del testicolo se si vuole guarire dalla malattia. Come sopra accennato l'orchifunicolectomia rappresenta il primo momento diagnostico terapeutico della cura alla malattia: senza l'esame istologico non è possibile impostare i successivi passi diagnostici e terapeutici.

8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Possono presentarsi durante il post-intervento, rigonfiamenti dello scroto dovuti a raccolte ematiche, peraltro rare, o rigonfiamento da infiammazione. Per quanto riguarda le complicanze infettive, si rimanda al successivo paragrafo "Considerazioni speciali".

9. COSA SUCCEDE DOPO L'INTERVENTO?

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi per l'idratazione e l'immissione della terapia necessaria, e talvolta il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento potrà alzarsi dal letto e rimuovere il catetere vescicale se presente. Potrà alimentarsi. Se le condizioni generali lo consentono, potrà essere dimesso lo stesso giorno o il giorno successivo.

10. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare, l'assenza di sanguinamento, l'assenza di febbre o di dolore. Si prevederà un giorno, intorno al 10°giorno postoperatorio, per la rimozione dei punti di sutura. All'espletamento dell'esame istologico il paziente verrà contattato per

avere un colloquio col medico urologo. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza attività sportiva per circa 30 giorni. A domicilio in caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di consegna dell'esame istologico, che rappresenta il punto fondamentale per i passi successivi diagnostici e terapeutici. In ogni caso dovrà essere ripetuto a circa 15 giorni dall'intervento l'esecuzione del prelievo per i markers tumorali. Se non eseguita prima la TC con mezzo di contrasto di torace ed addome deve essere programmata.

11. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

In assenza dell'esame istologico non è possibile impostare lo schema diagnostico terapeutico e quindi si vanificano le possibilità terapeutiche.

Informazioni sulla struttura

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Considerazioni speciali

Le infezioni sistemiche e delle ferite chirurgiche superficiali e profonde **non sono del tutto evitabili** nonostante la correttezza delle procedure di prevenzione e delle terapie specifiche.

La loro incidenza tra l'altro è in aumento a causa della **resistenza del numero dei germi** che non rispondono più agli antibiotici.

Le infezioni possono portare a morte.

Nel Suo caso possono avere una **negativa influenza** i seguenti aspetti o comorbidità:

.....
.....

La presenza di queste Sue situazioni oggettive determina un'**incidenza di complicanze di tipo infettivo** che possono avvenire nell'immediato post-operatorio o anche durante il primo anno post-intervento.

Pertanto, viste le condizioni cliniche di cui sopra, il Suo rischio infettivo è da considerarsi:

☐ basso ☐ medio ☐ alto

Sulla base della mia esperienza professionale il rischio dell'intervento proposto in termini di complicanze e/o mortalità può essere valutato in

☐ basso ☐ medio ☐ elevato ☐ molto elevato

In maniera esaustiva ho informato il Sig./Sig.ra dei motivi della scelta terapeutica proposta ed i vantaggi e svantaggi che questa scelta potrà determinare sulla sua aspettativa di vita e la qualità della stessa, soffermandomi particolarmente sulle aspettative che il paziente si attende dall'opzione terapeutica proposta e quelle che nel suo caso specifico si potranno ottenere:

.....
.....

Relativamente ai risultati attesi sopra indicati le possibilità di successo sono

☐ molto alte ☐ alte ☐ medie ☐ basse

Ho discusso in maniera approfondita le complicanze ed i rischi dell'atto medico proposto anche in relazione alla mia esperienza e alla tecnica utilizzata, in particolare sono state affrontate le seguenti problematiche che potrebbero essere causa di peggioramento della qualità della vita, invalidità permanente e di morte:

.....
.....

C'è da tener presente, comunque, che l'elenco delle complicanze sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicanze diverse sicuramente meno frequenti delle quali è estremamente difficoltoso poter elencare specificamente.

Dichiaro di aver compreso le informazioni ricevute in lingua italiana (se straniero specificare la lingua utilizzata):

.....

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesilogico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in:

.....

e che il Dr./Dr.ssa

ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITÀ DI INTERPRETE

Cognome e Nome:

Firma:

Quindi

☐ ACCONSENTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

☐ RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

Data: / /

Firma del Genitore o del Legale Rappresentante

Firma del Paziente

Firma del Medico