

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Penectomia Parziale o Radicale

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. 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.

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'eventuale esame estemporaneo intraoperatorio dei margini di sezione (compresi gli apici dei corpi cavernosi) e del moncone uretrale risultino liberi da malattia.

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.

La contestuale linfadenectomia non limita l'esecuzione di questa chirurgia.

2. TECNICA

Tutte le procedure descritte sono eseguite in anestesia generale e/o spinale.

PNECTOMIA PARZIALE

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:

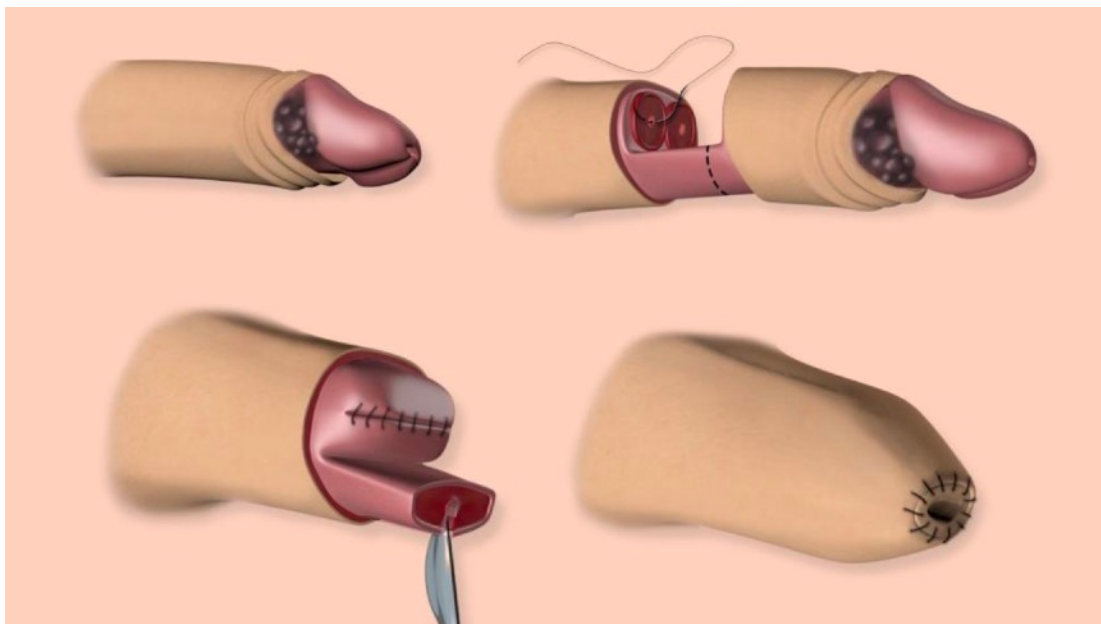
- **MUCOSA URETRALE AUTOLOGA EVERSA L'URETRA:** Viene isolata fino al bulbo aperta e ribaltata sull'apice dei corpi cavernosi. Il vantaggio di tale procedura è la conservazione di una buona capacità eiaculatoria. Non è consigliata in caso di lichen sclerosus e/o di stenosi uretrale. Il meato uretrale 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.

PNECTOMIA 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.



3. 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 e 4 ore. L'intervento si conclude con una circoncisione regolata.

4. COMPLICANZE

Le complicanze della penectomia parziale includono: 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, deficit erettile, ritenzione urinaria. 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 includono: 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%.

5. DEGENZA

Il ricovero è ordinario della durata di 2-4 giorni. Un eventuale drenaggio tubulare in aspirazione viene rimosso in 2° giornata. Il catetere vescicale in VII giornata post operatoria circa.

6. CONTROLLI

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

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 complicità 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 complicità 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 complicità sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicità 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