

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Uretroplastica

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. DEFINIZIONE

L'uretroplastica è l'intervento chirurgico di riparazione dell'uretra il cui scopo è:

- Risolvere l'ostacolo, determinato dalla stenosi (ovvero restringimento) del canale uretrale, allo svuotamento della vescica;
- Riparare una fistola uretrale o un uretrocele (sacca diverticolare dell'uretra);
- Rimuovere un calcolo uretrale e riparare l'uretra.

2. INDICAZIONI

- Stenosi dell'uretra anteriore: tratto uretrale bulbare o penieno.
- Stenosi dell'uretra posteriore: tratto uretrale prostatico e membranoso.
- Fistola uretrale.
- Uretrocele.
- Calcolo uretrale.

3. DESCRIZIONE DELLA TECNICA

L'uretroplastica consiste nella riparazione chirurgica del canale uretrale. In relazione alle caratteristiche della lesione (lunghezza e causa della stenosi, fistola o uretrocele, presenza di calcolo uretrale) e alle condizioni dei tessuti locali, il chirurgo si riserva, durante l'intervento, la possibilità di scegliere da un ventaglio di tecniche diverse la soluzione chirurgica più idonea al caso:

A) URETROPLASTICA IN TEMPO UNICO

- Anastomosi termino-terminale: sezione a tutto spessore dell'uretra, resezione del tessuto fibro-sclerotico, causa del restringimento del canale uretrale, e ricongiungimento dei due monconi uretrali.
- Uretroplastica di ampliamento del lume uretrale con impiego di trapianti di tessuto cutaneo o mucoso.

B) URETROPLASTICA IN DUE TEMPI

- Uretroplastica 1° tempo: consiste nell'apertura del canale uretrale (uretrotomia chirurgica) e nella deviazione delle urine tramite la formazione di un nuovo meato urinario a livello del perineo (uretrostomia perineale) o lungo la superficie ventrale del pene (uretrostomia peniena). Nei casi caratterizzati da tessuti uretrali gravemente danneggiati e con lesioni displasiche sospette, questo intervento consente di bonificare il tratto uretrale malato (tramite
- Uretrectomia parziale) e deviare le urine nell'attesa che i tessuti guariscano e sia possibile ricostruire successivamente la continuità del lume uretrale.
- Uretroplastica 2° tempo: consiste nella chiusura chirurgica della deviazione urinaria suddetta (uretrostomia perineale o peniena) con conseguente ricostruzione della continuità del lume uretrale. Alla fine, quindi, il paziente ritorna ad urinare dal meato urinario originario.

Nell'intervallo tra il 1° ed il 2° tempo di un'uretroplastica in due tempi potrà essere necessario ricorrere ad interventi chirurgici di revisione dell'uretra a causa del progredire della patologia stenosante uretrale di base.

Queste revisioni possono corrispondere dal punto di vista chirurgico a delle vere e proprie uretroplastiche. È sconsigliabile effettuare il 2° tempo chirurgico dell'uretroplastica prima che sia trascorso un periodo di almeno 12 mesi libero da ricadute stenosanti, in cui cioè non sia stato necessario effettuare alcuna manovra sul canale uretrale.

Tutte le uretroplastiche, tranne l'anastomosi termino-terminale, prevedono la possibilità di dover far ricorso all'impiego di trapianti di tessuto privi di un proprio supporto vascolare (innesti) o con un supporto vascolare (lembi). Gli innesti generalmente consistono di cute prelevata dal prepuzio (tramite, o

meno, circoncisione) o da altre regioni cutanee extragenitali, oppure di mucosa generalmente prelevata dall'interno della guancia o del labbro. I lembi, invece, consistono di aree cutanee prepuziali con il proprio peduncolo vascolare.

Tutti gli interventi chirurgici sull'uretra prevedono la possibilità di effettuare l'esame istologico di campione dell'uretra allo scopo di evidenziare patologie che necessitano di ulteriori terapie o di un attento controllo nel tempo.

Le stenosi dell'uretra posteriore (prostatica o membranosa) sono generalmente di natura post-traumatica (traumi del bacino). Rispetto alle riparazioni dell'uretra anteriore l'uretroplastica nel tratto uretrale posteriore un intervento più complesso e invasivo. In alcuni casi può essere necessario ricorrere ad un doppio accesso chirurgico (perineale e addominale con apertura della vescica) in quanto la zona uretrale situata dietro il pube è difficilmente raggiungibile. Il paziente deve sapere che l'intervento può danneggiare la funzione erettile e la continenza urinaria (funzioni già in parte compromesse dal trauma pelvico) poiché la riparazione chirurgica coinvolge i nervi erettili e l'apparato sfinterico urinario.

4. PREPARAZIONE

È raccomandata la profilassi antibiotica e antitrombotica. L'impiego dei colluttori orali nel pre e post-operatorio, anche se non necessaria, potrebbe migliorare l'igiene orale in relazione al prelievo della mucosa buccale.

5. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata dell'intervento varia a seconda della tecnica chirurgica scelta dall'operatore e del tratto (lunghezza e sede) di uretra interessato dalla lesione. In genere un'uretroplastica 1° tempo dura tra 1 e 2 ore, un'uretroplastica 2° tempo dura 1.5 ore. Un'uretroplastica in tempo unico dura tra 2 e 3 ore per le stenosi dell'uretra anteriore e tra 3 e 5 ore per le stenosi dell'uretra posteriore.

6. TIPO E DURATA DI RICOVERO

Nelle stenosi uretrali anteriori l'intervento deve essere eseguito preferibilmente in anestesia generale. La riparazione delle stenosi dell'uretra posteriore viene eseguita in anestesia generale.

A volte durante l'intervento, viene lasciato un tubo di drenaggio della ferita che verrà rimosso dopo alcuni giorni. Durante l'intervento viene applicato un catetere vescicale. In alcuni casi (soprattutto nelle uretroplastiche posteriori) viene applicato anche un catetere vescicale per via sovrapubica.

Nel post-operatorio il paziente dovrà restare a letto per alcuni giorni: 1 giorno dopo anastomosi termino-terminale, 2-3 giorni dopo uretroplastica 1° tempo, 3 giorni dopo uretroplastica con impiego di innesti (per consentire l'attecchimento dei tessuti trapiantati), 2-3 giorni dopo uretroplastiche posteriori.

Successivamente al paziente verrà consigliata cautela, per circa 15 giorni, nei movimenti allo scopo di minimizzare i possibili traumi sul perineo, sui genitali e sull'uretra: in quest'ottica sarà utile l'impiego di slip aderenti e mantenere il pene in alto, ribaltato in addome.

La durata della degenza ospedaliera e del mantenimento del catetere dipende dal tipo di uretroplastica. Nelle uretroplastiche 1° tempo dell'uretra bulbare (uretrostomia perineale) il catetere viene rimosso all'incirca dopo 6 giorni e la degenza media è di 7 giorni. Nelle uretroplastiche 1° tempo dell'uretra peniena (uretrostomia peniena) il catetere viene rimosso dopo 1 giorno e la degenza media è di 2 giorni. Nelle uretroplastiche 2° tempo la degenza è 3-4 giorni ed il catetere viene rimosso dopo 7-21 giorni. Nelle uretroplastiche in tempo unico la degenza media è 4-5 giorni ed il catetere verrà rimosso dopo 15 giorni in caso di anastomosi termino-terminale, dopo 21 giorni in caso di uretroplastica di ampliamento con innesti di cute o mucosa. In tutti i casi la variazione circa il tempo di mantenimento del catetere dipenderà dalla complessità della ricostruzione uretrale che varierà da caso a caso.

Prima della rimozione del catetere la vescica viene riempita con mezzo di contrasto ed, una volta rimosso il catetere, il canale uretrale viene controllato radiologicamente mentre il paziente urina (cistouretrografia minzionale).

Nei casi in cui è impiegata la mucosa buccale, il paziente dovrà alimentarsi con una dieta liquida fredda solo nella prima giornata post-operatoria, riprendendo successivamente la normale dieta alimentare.

7. RISULTATI

- **Sintomatologia:** dopo la rimozione del catetere, il miglioramento della sintomatologia consiste in un aumento della forza del flusso urinario, scomparsa della sensazione di ostacolo allo svuotamento vescicale e durante l'eiaculazione, riduzione del residuo post-minzionale, riduzione progressiva e scomparsa delle ripetute infezioni urinarie. Bisogna, tuttavia, segnalare che in stenosi inveterate da lungo tempo, la ripresa della capacità vescicale contrattile originaria sarà graduale e lenta.
- **Risultati Obiettivi:** le uretroplastiche in tempo unico hanno una percentuale di successo tra il 70 ed il 98%: il 98% nell'anastomosi termino-terminale, il 90% nell'uretroplastica di ampliamento con innesto di cute o mucosa. Le uretroplastiche in 2 tempi hanno un probabilità di successo del 76%.

In realtà il risultato dipende dall'evoluzione della patologia uretrale stenotizzante: il processo fibro- sclerotico in corrispondenza della cicatrice potrebbe riattivarsi ed, inoltre, i tessuti extrauretrali coinvolti nella uretroplastica vanno incontro ad un progressivo deterioramento nel tempo. Le percentuali di successo dell'uretrostomia (30%), che consiste nel trattamento endoscopico delle stenosi, sono nettamente inferiori a quelle delle uretroplastiche (superiori in media all'85%): la riparazione chirurgica a cielo aperto rappresenta pertanto il trattamento di scelta per le stenosi uretrali.

8. VANTAGGI

- Risultati migliori e più duraturi nel trattamento delle stenosi uretrali.
- Unica terapia possibile in caso di stenosi uretrali lunghe e complesse, o di fistole o uretrocele.
- Esecuzione di esame istologico completo.
- Costi complessivi non elevati.

8. SVANTAGGI

- Lungo iter chirurgico nelle uretroplastiche in due tempi. Successivamente all'esecuzione del
- 1° tempo dell'uretroplastica il paziente avrà il disagio dovuto alla fuoriuscita delle urine e dello sperma dal neomeato della deviazione urinaria (uretrostomia peniena o perineale) con conseguente necessità di urinare in posizione seduta e impotenza generandi: rimarrà comunque conservata la funzione erettile del pene e la capacità di mantenere l'attività sessuale.
- Possibili complicanze a carico dell'apparato uretro-genitale.
- L'ematoma buccale, l'ematoma esterno della guancia o del labbro, lo sconforto per l'eventuale prelievo della mucosa buccale (si risolvono, comunque, in pochi giorni).

10. COMPLICANZE:

- Emorragia post-operatoria: la necessità dell'emotrasfusione è rarissima nella riparazione delle stenosi anteriori, ma rara nelle riparazioni delle stenosi uretrali posteriori.

- Infezioni urinarie ed epididimiti: si risolvono gradualmente alla rimozione del catetere.
- Sindrome compartimentale (dovuta alla prolungata posizione litotomica intraoperatoria): rarissima. L'impiego di particolari cosciali e l'attenzione del chirurgo nel posizionare il paziente ha annullato quasi del tutto questa complicanza.
- Incontinenza urinaria: potrebbe verificarsi dopo uretroplastica anteriore nei pazienti già sottoposti ad interventi sulla prostata e con stenosi dell'uretra coinvolgenti lo sfintere urinario distale residuo. Questa possibilità è ridotta da determinate accortezze tecniche durante l'intervento. La riparazione delle stenosi dell'uretra posteriore può essere più frequentemente causa di una lesione dell'apparato sfinterico urinario già danneggiato dal trauma pelvico.
- Impotenza erettile post-operatoria: è molto rara ma documentata nelle riparazioni chirurgiche del tratto uretrale bulbare prossimale, in vicinanza cioè dello sfintere urinario distale dove le manovre chirurgiche potenzialmente potrebbero danneggiare i nervi dell'erezione. L'integrità di questi ultimi è più frequentemente a rischio nella riparazione delle stenosi dell'uretra posteriore.
- Dolori perineali nella sede della ferita: si riducono e scompaiono a distanza di tempo dall'intervento.
- Ematoma ed edema dei genitali o del perineo: non è rarissimo ma si riassorbe gradualmente.
- Deiscenza della ferita: guarigione per seconda intenzione.
- Cicatrice peniena, Curvatura peniena, Rotazione del glande: può a volte essere necessario un atto chirurgico correttivo successivo.
- Fistola uretra: nella maggior parte dei casi si risolve con un prolungamento del mantenimento del catetere dopo l'intervento.
- Uretrocele (sacca diverticolare dell'uretra in corrispondenza della riparazione uretrale): può necessitare di una riparazione chirurgica se è causa di sgocciolamento post-minzionale e di uretriti ripetute.
- Parestesie temporanee del labbro o della guancia da cui è stato effettuato il prelievo.
- Recidiva della stenosi uretrale: vedi quanto detto precedentemente a proposito delle percentuali di successo delle uretroplastiche. Può rendersi necessaria la correzione chirurgica.

11. COSA AVVERRÀ DOPO LA DIMISSIONE?

- Attenzioni da porre dopo la dimissione: terapia antisettica urinaria fino al terzo giorno successivo alla rimozione del catetere. Nei 45 giorni successivi alle dimissioni è suggerito un periodo di vita morigerata: ridurre lo stress fisico, evitare l'attività sessuale. Normale deve essere l'introduzione dei liquidi per via orale. Nei 12 mesi successivi all'intervento va evitata ogni possibile azione traumatica sulla regione genito-perineale: evitare l'uso di cicli, motocicli, trattori, cavallo; evitare la prolungata posizione seduta, soprattutto su sedili rigidi; evitare sport da contatto che possano causare traumi nella regione interessata; seguire delle regole dietetiche (evitare vini bianchi, spumanti, birra, cibi piccanti).
- In caso di fuoriuscita di sangue tra meato uretrale e catetere sdraiarsi a letto con una borsa del ghiaccio in compressione sul perineo e sul pene: se il sanguinamento persiste e tende ad aumentare, consultare l'urologo.
- In caso di fuoriuscita di secrezioni purulente tra meato uretrale e catetere, aiutare la fuoriuscita del pus spremendo con le dita sul canale uretrale dal perineo sullo scroto e sul pene in direzione del meato. In caso di erezioni dolorose, bagnare il pene con acqua fredda o mettere la borsa del ghiaccio sul pene. In caso di malfunzionamento (ostruzione) del catetere vescicale, eseguire dei lavaggi sostenuti di soluzione fisiologica con un siringone a becco largo da 60 cc.
- In caso di fuoriuscita accidentale del catetere prima dei tempi stabiliti, tentare di fare riposizionare con "estrema delicatezza", e senza forzare l'ostacolo, un catetere vescicale Foley morbido 14 ch: in caso di fallimento di questa manovra far posizionare una cistostomia sovrapubica.
- In caso di ritenzione acuta di urina successivamente alla prestabilita rimozione del catetere, tentare di fare riposizionare con "estrema delicatezza" un catetere vescicale Foley morbido o monouso rigido 8-10 ch (in caso di fallimento di questa manovra far posizionare una cistostomia sovrapubica) e ricontattare l'urologo che ha eseguito l'intervento.
- Controlli: il primo controllo post-operatorio (cistouretrografia minzionale) viene eseguito al momento della rimozione del catetere: nella uretroplastica 1° tempo (uretrotomia perineale o peniena) non è necessario eseguire il controllo radiologico dopo la rimozione del catetere. Successivamente verranno eseguiti 2-3 o più controlli clinici nel 1° anno.

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 complicate 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 complicate 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