

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Legatura e sezione delle vene spermatiche
per Varicocele

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 VARICOCELE?

Il varicocele è una dilatazione delle vene del plesso pampiniforme (le vene che circondano e drenano il testicolo), dovuto ad un'inversione del flusso venoso che, invece di andare dalla periferia al centro va dal centro alla periferia per incompetenza delle valvole delle vene interessate. L'evidenza clinica si apprezza quando l'individuo è in posizione eretta. Circa il 15% degli uomini è affetto da varicocele, in genere presente all'epoca della pubertà. La maggior parte dei casi riguarda il testicolo sinistro (85%), ma può colpire anche entrambi i lati (11%) o, talvolta, solo il lato destro (4%).

Il varicocele dà raramente fastidio, tuttavia quando è cospicuo per dimensioni e durata può dare un senso di pesantezza o "dolore sordo" sul lato interessato, particolarmente evidente dopo aver trascorso lunghi periodi in piedi o dopo un'attività fisica molto intensa. Il significato clinico del varicocele è legato soprattutto alla maturazione degli spermatozoi in quanto, secondo l'ipotesi più accreditata, incrementando la temperatura del testicolo ne rallenta la formazione. Tuttavia non tutti gli uomini che hanno un varicocele hanno uno sperma alterato e non tutti i pazienti con sperma alterato presentano un varicocele. Alcuni pazienti presentano un testicolo di dimensioni inferiori sul lato colpito e negli uomini affetti da varicocele è stata notata un'aumentata incidenza di anticorpi nello sperma. La qualità dello sperma può diminuire gradualmente con il passare del tempo.

È stato infine osservato che il varicocele compare come reperto principale in pazienti che richiedono cure mediche per sterilità: in letteratura si stima che sia responsabile del 39% dei casi di infertilità maschile.

2. COME SI FA LA DIAGNOSI?

Il metodo più comune per identificare un varicocele è l'esame diretto dello scroto mentre il paziente è in piedi o sdraiato. Le vene di un varicocele moderato od esteso sporgono verso l'esterno superiormente e spesso a fianco del testicolo interessato. Un varicocele di dimensioni ridotte può essere palpabile e aumentare di dimensioni quando il paziente contrae la muscolatura addominale.

La diagnosi strumentale si esegue con l'ecodoppler che visualizza le vene dilatate e ne misura il flusso venoso, constatandone anche la direzione, dimostrando quindi se vi sia un'inversione del flusso venoso (vedi punto 1) e di che entità sia (grado del varicocele).

3. QUANDO È INDICATO L'INTERVENTO?

- Qualità dello sperma alterata. L'alterazione può variare dall'assenza di spermatozoi (azoospermia) per arresto della loro maturazione fino ad una lieve alterazione della concentrazione. Benché non sia garantito il miglioramento della qualità dello sperma, comunque da valutare dopo sei mesi dall'intervento, conviene ex iuvantibus eliminare una potenziale causa di infertilità.
- Dolore. Sebbene relativamente raro, il tipo di dolore è, come già detto, molto caratteristico (vedi punto 1) Occorre però con un'accurata valutazione clinica verificare se il dolore sia effettivamente originato dal varicocele o abbia altre cause o patologie concomitanti
- Aspetti di natura estetica, in particolare nel caso di varicocele di grandi dimensioni.
- Assenza di crescita del testicolo colpito rispetto al testicolo controlaterale nel giovane adolescente.

4. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli esami pre-operatori: 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 anestesiologicala ed il controllo urologico.

5. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, generalmente in regime di day surgery, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumando una cena leggera la sera precedente. La sera precedente il ricovero dovrà provvedere alla depilazione (le creme depilatorie vanno benissimo) dall'ombelico fino alla coscia con particolare riguardo ai peli dell'inguine e dello scroto. 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. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc.

6. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO?

Sono disponibili numerose tecniche per il trattamento del varicocele: chirurgiche a cielo aperto, chirurgiche laparoscopiche, microchirurgiche ed endovascolari (embolizzazione). La tecnica chirurgica prevede l'accesso attraverso il canale inguinale al passaggio delle vene a livello dell'anello inguinale interno: questo è il punto in cui le vene spermatiche sono meno numerose e quindi più facilmente identificabili. Inoltre è possibile esplorare il canale inguinale ed identificare la presenza di eventuali altre vene refluenti extrafunicolari. Nel varicocele bilaterale è possibile eseguire un intervento analogo per via laparoscopica.

TECNICA A CIELO APERTO (in anestesia locale o spinale)

- Incisione cutanea della lunghezza di circa 1 pollice in corrispondenza del canale inguinale omolaterale al varicocele
- Apertura della fascia di scarpa e della fascia del muscolo obliquo esterno senza aprire l'anello inguinale esterno.
- Divaricazione dei fasci cremasterici e repertazione del funicolo spermatico.
- Apertura del funicolo spermatico ed isolamento delle vene a livello dell'anello inguinale interno.
- Legatura e sezione delle vene dilatate.

- Esplorazione del canale inguinale per l'eventuale identificazione di altre vene refluenti che verranno legate e sezionate.
- Riposizionamento in sede delle strutture del funicolo.
- Sintesi a strati delle fasce e della cute.

TECNICA LAPAROSCOPICA (PER VARICOCELE BILATERALE) (in anestesia generale)

- Incisione cutanea a livello periombelicale, divaricazione dei muscoli e scollamento digitale del peritoneo.
- Posizionamento dei trocar, insufflazione di CO₂ e creazione dello pneumoperitoneo
- Identificazione dell'anello inguinale interno di sinistra.
- Apertura del peritoneo, isolamento delle strutture del funicolo.
- Identificazione delle vene dilatate, loro clampaggio e sezione.
- Stessa procedura a destra.
- Rimozione dei trocar secondari sotto vista.
- Rimozione dell'ottica e del trocar ombelicale.
- Sutura delle brecce cutanee.

7. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata dell'intervento a cielo aperto è generalmente inferiore ai 30 minuti. Quello laparoscopico intorno ai 45 minuti.

8. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Le alternative alla legatura delle vene spermatiche a livello dell'anello inguinale interno per la correzione del varicocele sono varie:

- Tecnica di Ivanissevich (in anestesia locale o spinale): Si esegue una incisione cutanea trasversale medialmente alla spina iliaca anteriore superiore, al di sopra dell'anello inguinale interno, con apertura della fascia dei muscoli obliqui dell'addome. Si ha quindi l'esposizione dei

vasi spermatici interni con scollamento per via smussa del peritoneo. È una tecnica che richiede un'incisione cutanea più ampia ed è più difficoltosa nelle persone con addome globoso.

- Legatura a livello subinguinale (in anestesia locale o spinale): incisione obliqua immediatamente al di sotto dell'anello inguinale esterno. A questo livello le vene spermatiche sono più numerose, in quanto confluiscono tra di loro a livello dell'anello inguinale interno, richiedendo si accede con più facilità anche alle vene extrafunicolari. Ha lo svantaggio di essere più lunga ed indaginosa.
- Tecniche di microchirurgia (in anestesia spinale o generale): si avvalgono dell'uso di mezzi di ingrandimento ottico o di microscopio operatore per eseguire anastomosi microchirurgiche che si prefiggono di ripristinare un normale drenaggio venoso. Sono tecniche molto lunghe e complesse che non hanno dimostrato vantaggi rispetto alle altre tecniche.
- Sclerotizzazione anterograda (in anestesia spinale o locale): incisione cutanea longitudinale a livello della radice peniena sulla proiezione del decorso del funicolo spermatico; consiste nell'iniezione di circa 3 ml di mezzo di contrasto non ionico in una vena incannulata del funicolo spermatico con verifica del deflusso venoso in fluoroscopia. Previa iniezione di 1 ml di aria ("air-block") si iniettano 3-4 ml del mezzo sclerosante. Ha il problema dell'uso di mezzi sclerosanti tossici se assorbiti.
- Sclerotizzazione retrograda (in anestesia locale): la vena prescelta per il cateterismo è la vena basilica del braccio perché consente una progressione diretta nel circolo venoso profondo essendo direttamente tributaria della vena ascellare. Una volta poi incannulato l'ostio della vena spermatica si rilascia il farmaco sclerosante. In caso di vene spermatiche particolarmente ectasiche si utilizzano spirali embolizzanti di tungsteno o di platino. Benché il successo di tale metodica sia molto elevato (superiore al 95%) è una tecnica molto invasiva con possibili complicanze molto gravi: shock anafilattico dovuto all'allergia al farmaco iniettato, migrazione nella vena renale o a livello polmonare delle spirali da occlusione.

9. QUALI SONO I RISCHI E LE COMPLICANZE?

La complicanza più frequente comune a tutte le tecniche di trattamento del varicocele è la recidiva.

La percentuale di persistenza di varicocele dopo intervento varia a seconda della tecnica adottata.

Nella legatura a livello dell'anello inguinale interno si attesta intorno al 10%, mentre sale al 20% nelle legature alte ed al 25% nelle legature scrotali. Il sanguinamento e la formazione di idrocele hanno un'incidenza molto bassa. Le infezioni della ferita sono rare. Molto rara è la accidentale legatura dell'arteria testicolare e la successiva atrofia testicolare. La qualità del liquido seminale può migliorare o rimanere la stessa e variare negativamente con il tempo nonostante un corretto intervento.

10. 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. Nel pomeriggio, se non insorgono complicanze, il paziente viene dimesso.

11. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Si prevederà un giorno, intorno al 10° giorno postoperatorio, per la rimozione dei punti di sutura.

Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 7 giorni. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 1 mese dall'intervento. A domicilio in caso di febbre, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione. Generalmente è suggerito un controllo con ecodoppler scrotale e spermioγραμμα a 6 mesi dall'intervento.

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

Potrebbero persistere o peggiorare le caratteristiche della spermatogenesi con deficit della fertilità.

Potrebbe anche verificarsi la progressiva ipotrofia (riduzione volumetrica e funzionale) del testicolo interessato.

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