

U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea
Direttore: Prof. Alchiede Simonato

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI CIRCONCISIONE/FRENULOPLASTICA

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

La circoncisione è un intervento chirurgico praticato quando 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. Infine alcuni soggetti possono avere motivi religiosi per eseguire una circoncisione.

L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia locale praticata mediante iniezione alla radice del pene, in alcuni casi (infanzia/ adolescenza) in anestesia generale o loco-regionale, 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 in punti staccati riassorbibili 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.

DOPO L'INTERVENTO

Al fine di evitare alcune complicanze e di garantire una corretta cicatrizzazione della ferita è necessario astenersi dall'attività sessuale per circa 4 settimane. I punti di sutura sono in materiale riassorbibile e non necessitano di essere rimossi, cadono generalmente entro 30 giorni dall'intervento. Dopo l'intervento il paziente viene sottoposto ad almeno una visita di controllo, generalmente nella prima settimana post-operatoria.

BENEFICI DERIVANTI DALL'INTERVENTO:

- igiene intima più agevole
- minori fastidi durante l'erezione ed il rapporto sessuale

COMPLICANZE E/O RISCHI CORRELATI ALLINTERVENTO:

- 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 muco cutanea 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 penetrazione dolorosa anche a distanza di mesi
- rarissima la possibilità di fistola uretro-cutanea

Il paziente verrà inserito in lista d'attesa informatizzata al termine della visita specialistica e gli verranno in tale occasione forniti la data e l'orario di pre-ricovero e la copia del consenso informato alla procedura proposta, dopo ampio e dettagliato colloquio sulla stessa.

Il giorno dell' apertura del pre-ricovero il paziente dovrà recarsi presso i locali indicati della UOC di Urologia, a digiuno e munito di documenti di identità validi (carta d' identità, tessera sanitaria), di ricetta SSN per ricovero ORDINARIO, di allegato E e di documentazione clinica personale completa (documentazione urologica completa, lista dei farmaci assunti (segnalare in particolare l' eventuale assunzione di farmaci ad azione antiaggregante (Aspirinetta, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid, o similari) oppure farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom, o similari), visite specialistiche, relazioni cliniche di precedenti ricoveri etc).

In regime di pre-ricovero verranno eseguiti, in una o più giornate, tutti gli accertamenti pre-operatori necessari. Nel caso di procedure eseguite in anestesia loco-regionale o generale l'ultima tappa dell'iter di pre-ricovero è invariabilmente rappresentata dal colloquio con l'anestesista. Il giorno del ricovero (comunicato telefonicamente dal nostro staff con adeguato anticipo) il paziente dovrà presentarsi a digiuno ed all' orario indicato presso il reparto di Urologia, munito dei farmaci assunti al domicilio, e dei necessari effetti personali (pigiamina, pantofole, spazzolino da denti, effetti personali etc.), per un periodo di degenza medio di 7 giorni.

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)

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 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: _____

Palermo, _____