



**U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea**

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

**CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO DI ESPLORAZIONE  
CHIRURGICA SCROTALE PER TORSIONE TESTICOLARE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

IL PAZIENTE DICHIARA di avere ricevuto tutte le informazioni riguardo la necessità del trattamento sanitario proposto denominato

**ESPLORAZIONE CHIRURGICA SCROTALE PER TORSIONE  
TESTICOLARE  DESTRA  SINISTRA**

**LA TORSIONE DEL TESTICOLO**

La torsione testicolare è una emergenza urologica che consiste nella rotazione del testicolo intorno all'asse del proprio funicolo spermatico (nel quale decorrono le arterie e le vene) con conseguente compressione delle strutture vascolari, ischemia del testicolo e, se non corretto in tempo, morte del testicolo stesso. È una patologia con due picchi di incidenza, uno in età pre-puberale e uno tra i 20 e i 40 anni di età. Clinicamente si presenta con improvviso dolore lancinante a carico del testicolo, che appare accorciato e orizzontale rispetto al controlaterale. Può essere accompagnato da nausea e dolore addominale, mentre solitamente non sono presenti sintomi urinari. La diagnosi differenziale principale è con l'orchiepididimite, ovvero una infezione con conseguente infiammazione a carico del testicolo e dell'epididimo, struttura che circonda il testicolo. In quest'ultimo caso, l'esordio è tipicamente meno violento, sono presenti sintomi urinari e talvolta anche febbre. La diagnosi di torsione testicolare, oltre che dalla clinica e dall'esame obiettivo, dipende dall'esecuzione di una ecografia scrotale con doppler, capace di indicare in più del 90% dei casi una eventuale assenza di flusso testicolare dovuta appunto ad una torsione. Una volta posta diagnosi (o nel caso in cui vi sia un forte sospetto),

bisogna intervenire chirurgicamente ENTRO LE PRIME 6 ORE DALLA COMPARSA DEI SINTOMI: si è visto infatti che oltre le 6 ore la probabilità di ripristinare un flusso valido e dunque di salvare il testicolo crolla sino a meno del 5% dopo 12 ore.

## CENNI DI TECNICA CHIRURGICA

Il trattamento consiste nella esplorazione del testicolo di  DESTRA  SINISTRA Tramite accesso inguinale o scrotale si identifica e si esteriorizza il testicolo, previa derotazione del funicolo spermatico, e si valuta macroscopicamente il suo aspetto (talvolta può essere utile ricorrere ad ecocolordoppler testicolare intraoperatorio). Nel caso in cui il testicolo appaia ancora vitale, si procede al suo riposizionamento in posizione corretta nella borsa scrotale e alla sua fissazione (a livello del rafe mediano o lateralmente o in corrispondenza del polo inferiore), intervento che prende il nome di orchidopessi. Successivamente si può opzionalmente procedere ad orchidopessi del testicolo controlaterale, per evitare che anche questo possa andare incontro a fenomeni di torsione.

Qualora invece il testicolo appaia macroscopicamente necrotico, di colorito tipicamente blu-nerastro (ovvero non più vitale) si procede alla sua asportazione , ovvero ad intervento di orchiectomia, previo isolamento legatura e sezione dei vasi spermatici e del dotto deferente omolaterali. In un secondo momento sarà eventualmente possibile posizionare a fini estetici e psicologici (e NON funzionali) una protesi testicolare al posto del testicolo rimosso.

## POSSIBILI COMPLICANZE:

Le complicanze dell'intervento di esplorazione scrotale sono piuttosto rare e solitamente di lieve entità. Oltre alle complicanze generali di un intervento chirurgico, esistono delle complicanze specifiche della procedura:

- **Infezione della ferita chirurgica:** talvolta accompagnate da **febbre**
- **Emorragia:** solitamente si manifesta con la comparsa di un piccolo **ematoma** a livello della ferita chirurgica o dello scroto omolaterale. In casi eccezionali può richiedere una revisione chirurgica (re-intervento), talvolta con accesso addominale, o emotrasfusioni.

- **Dolore:** compatibile con l'intervento chirurgico, normalmente ben controllato con antidolorifici quali Paracetamolo e FANS
- **Infertilità:** normalmente la rimozione di un testicolo non pregiudica la fertilità del paziente. In condizioni particolari, in cui il testicolo controlaterale non sia in grado di produrre spermatozoi (es. agenesia, atrofia, varicocele inveterato, ecc.) **l'orchiectomia PUO' associarsi a infertilità del paziente.** Oltre alla potenziale riduzione del numero e della qualità degli spermatozoi, è possibile una **riduzione del testosterone** che talvolta può richiedere terapia medica sostitutiva.

## **INFORMATIVA SPECIFICA PER GLI UOMINI IN ETA' FERTILE:**

Il trattamento sanitario sopra descritto può incidere sulla fertilità del paziente, soprattutto in quelle condizioni in cui il testicolo controlaterale sia affetto da altre patologie (es. ipotrofia). In tali condizioni, **qualora l'intervento non sia da eseguire in regime d'Urgenza indifferibile**, può essere proposta la crioconservazione del liquido seminale, da effettuare mediante la Banca del Seme. La crioconservazione è il processo mediante il quale viene conservato in azoto liquido il seme di pazienti interessati da patologie che potrebbero comprometterne direttamente ed indirettamente la fertilità (calo progressivo del numero di spermatozoi, chemio e radioterapie in caso di malattie oncologiche, interventi chirurgici che possano compromettere la funzionalità dell' apparato genitale, ecc.).

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 (pigiami, 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 esaustivamente 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, \_\_\_\_\_