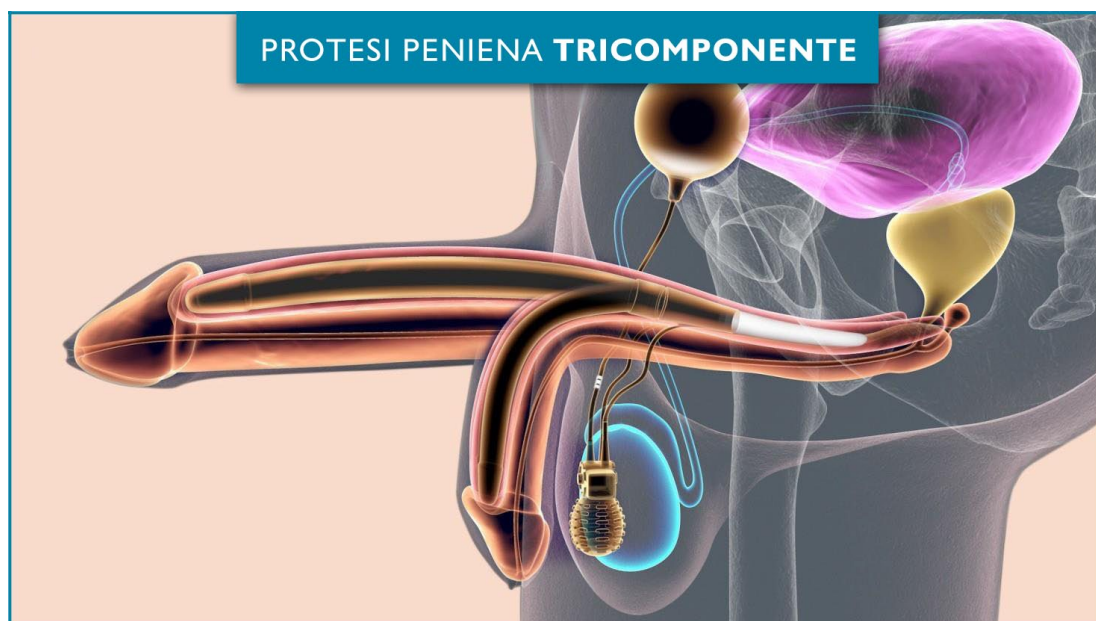


INTERVENTO DI IMPIANTO DI PROTESI PENIENA



LA PROTESI PENIENA È UN DISPOSITIVO MECCANICO UTILIZZATO IN CHIRURGIA PER RIPRISTINARE LA FUNZIONE ERETTILE.

Tutti i pazienti affetti da disfunzione erettile che non abbiano ottenuto una risposta efficace con l'utilizzo di farmaci per uso orale (iPDE5) o iniettati per via intracavernosa o che abbiano una controindicazione assoluta all'assunzione di detti farmaci o non vogliano ricorrere a terapie medico- fisiche (anche tipo vacuum device) possono essere sottoposti a chirurgia implantologica peniena.

LE DIFFERENTI TIPOLOGIE DI **PROTESI**:

IDRAULICA TRICOMPONENTE

SOFFICE

IDRAULICA BICOMPONENTE

RIGIDITÀ DIFFERENZIATA

**MALLEABILE MONOCOMPONENTE
O SEMIRIGIDA**

La scelta del dispositivo è concordata dal medico impiantatore con il paziente tenendo conto di:

- a) Aspettative del paziente
- b) Età
- c) Compliance del paziente (accettazione ed abilità del paziente all'attivazione del dispositivo) e coinvolgimento della partner
- d) Severità della disfunzione erettile
- e) Malformazioni del pene eventualmente associate
- f) Condizioni generali (malattie associate quali diabete, ipertensione, neoplasia e cardiopatia)

Sarà comunque discrezione del paziente informare il/la partner.

FUNZIONE DELLA PROTESI:

Permette al paziente di ripristinare un'attività sessuale penetrativa soddisfacente.

A) NON RIPRISTINA L'EIACULAZIONE O L'ORGASMO SE PRECEDENTEMENTE COMPROMESSI

B) NON ALLUNGA IL PENE

C) NON AUMENTA IL DESIDERIO SESSUALE

D) L'EREZIONE È LIMITATA AI SOLI CORPI CAVERNOSI E NON INTERESSA IL GLANDE PERTANTO SARÀ PRESENTE LA SENSAZIONE DI "GLANDE FREDDO" AVVERTIBILE DAL PAZIENTE E DALLA PARTNER

L'intervento protesico più frequentemente eseguito prevede l'impianto di protesi tricomponenti.

Questo dispositivo è composto da due cilindri di silicone o altro materiale biocompatibile che vengono inseriti nei corpi cavernosi. Un serbatoio che contiene il liquido necessario a riempire i cilindri presenti nei corpi cavernosi ed una pompa di attivazione posizionata nello scroto, per il trasferimento del liquido di gonfiaggio dal serbatoio ai cilindri nei corpi cavernosi stessi. I cilindri, la pompa e il serbatoio sono tra loro connessi mediante sottili tubi di raccordo.

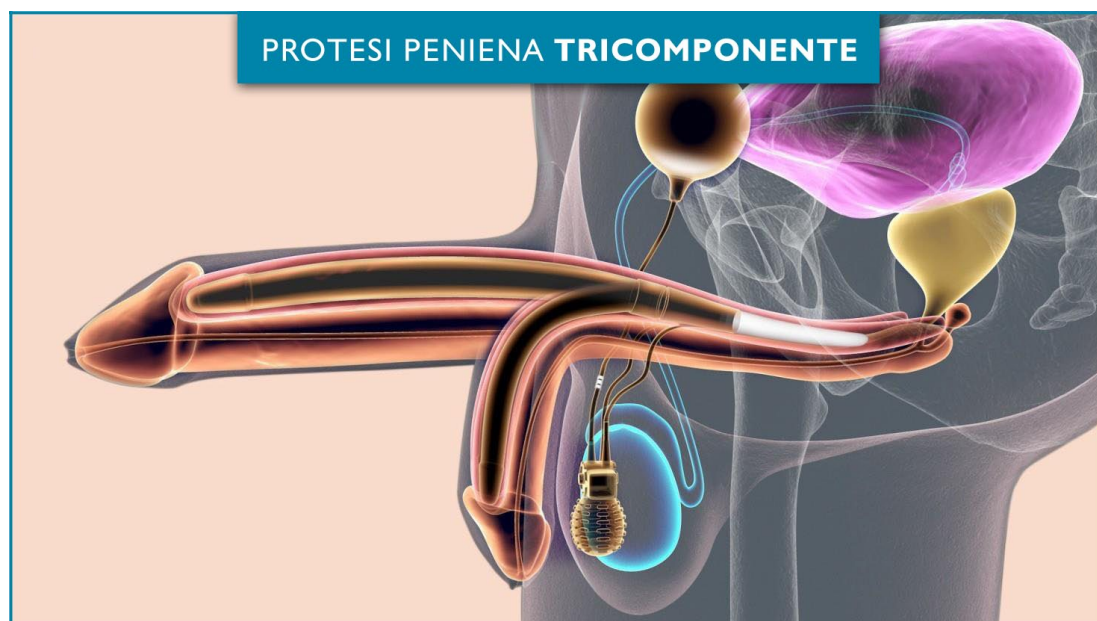
La protesi idraulica bicomponente, diversamente da quella tricomponente, è costituita da cilindri connessi con tubi di raccordo alla pompa che funge anche da serbatoio. La protesi pertanto si caratterizza per un maggiore ingombro volumetrico della pompa, per una minore capacità di riempimento e distensione dei corpi cavernosi, e per una minore rigidità.

La protesi semirigida è costituita da un'anima metallica rivestita da un involucro esterno in silicone.

L'effetto estetico è diverso rispetto alla protesi idraulica, in quanto il pene è costantemente in semierezione.

La protesi soffice è un cilindro di puro silicone morbido indicata nei casi di DE incompleta in cui è presente un'erezione residua.

TECNICA CHIRURGICA IMPIANTO DI PROTESI IDRAULICA TRICOMPONENTE



LA SUDETTA TECNICA PREVEDE I SEGUENTI PASSAGGI CHIRURGICI:

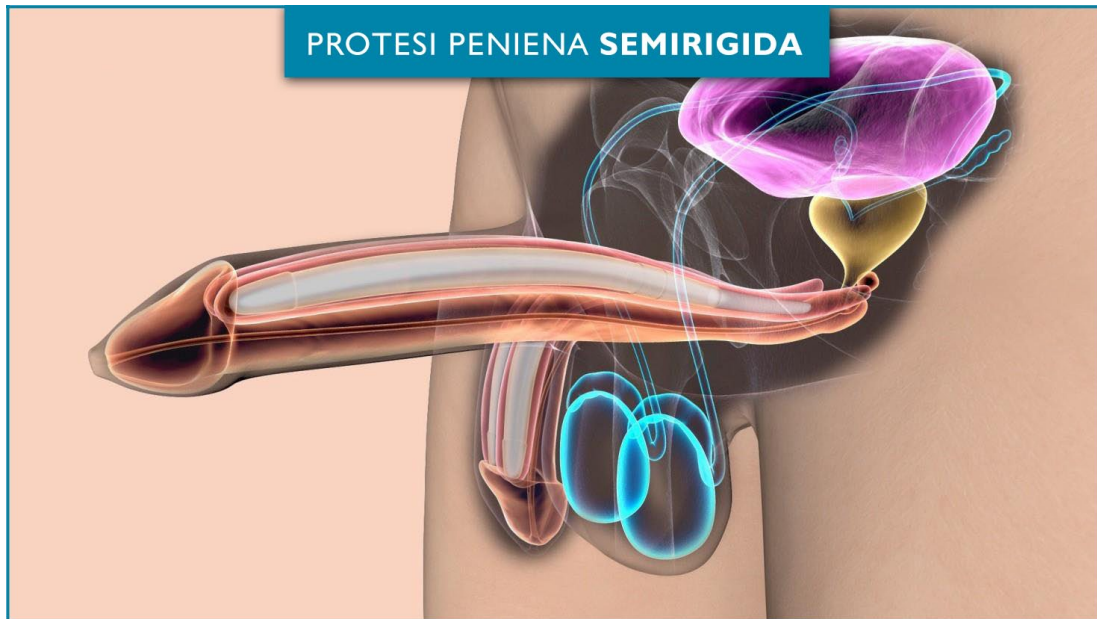
Anestesia generale e/o periferica, catetere vescicale, accesso unico penoscrotale oppure o infrapubico, poco al di sopra della radice dell'asta. Incisione dei corpi cavernosi e dilatazione di essi con ausilio di dilatatori progressivi, il tutto al fine di posizionare due cilindri espansibili a livello dei corpi cavernosi del pene. Preparazione spazio scrotale per inserimento della pompa. Inserimento del serbatoio nello spazio a lato della vescica extraperitoneale utilizzando sempre la stessa incisione peno scrotale. In caso di impossibilità a posizionare il serbatoio in tale spazio, verrà collocato in sede diversa, direttamente nel peritoneo con incisione nella parte inferiore della parete addominale oppure in sede retroperitoneale con incisione più alta e laterale. L'intervento solitamente ha una durata massima di 3 ore. Verrà posizionato un catetere vescicale per 24-48 ore ed un drenaggio delle tonache dartoiche, che però non è sempre necessario.

Questa chirurgia non è scevra da possibili complicanze che vanno dal rigetto della protesi per infezione o per intolleranza soggettiva (evenienza rara ma possibile) fino alla rarissima necrosi/gangrena del glande.

In letteratura sono descritte le seguenti complicanze:

- Ematoma/soffusione ecchimotica peno scrotale.
- Lesione e/o rottura dell'uretra con necessità di ricorrere a posizionamento di epicistostomia e riparazione della stessa uretra in tempi chirurgici diversi.
- Perforazione dei corpi cavernosi.
- Rigetto della protesi con fibrosclerosi e fibromatosi cicatriziale dei corpi cavernosi per infezione o intolleranza soggettiva, necrosi del glande.
- Possibili deformità peniene o incurvamento del glande (effetto concord).
- Sintomatologia dolorosa anche tale da non permettere il rapporto.
- Scarsa sensibilità del glande in percentuale significativa.
- Dolore scrotale anche in caso di corretto posizionamento del device (pompa scrotale).
- Malfunzionamento del sistema protesico (possibile estrusione della pompa scrotale).

PROTESI NON IDRAULICA



NEL CASO DI IMPIANTO DI PROTESI SEMIRIGIDA O SOFFICE LE COMPLICANZE POSSONO ESSERE:

- ematoma penieno;
- lesione dell'uretra con perforazione della stessa e epicistostomia temporanea;
- perforazione durante la dilatazione dei corpi cavernosi con riparazione degli stessi qualora possibile;
- Infezione con rigetto o estrusione della protesi anche a distanza;
- dolore nei rapporti fino alla assoluta impossibilità ad averne, con possibilità di rimozione della stessa protesi;
- necrosi del glande;
- ridotta sensibilità del glande fino all'anorgasmia.

DA CONSEGNARE AL PAZIENTE E FIRMARE IN SEDE DI VISITA AMBULATORIALE:

Gentile Sig.....

Oggi viene reso edotto sulle motivazioni cliniche, sulle possibili modalità di esecuzione e sui i principali effetti indesiderati della procedura a cui è candidato.

Nel periodo di tempo che la separa dal ricovero avrà modo di leggere con attenzione questo modulo di consenso informato e potrà, per qualsiasi dubbio, chiedermi spiegazioni **prenotando preferibilmente una visita ambulatoriale (3240498510), ma anche inviandomi una e-mail (info@nicolaghidini.it) e telefonandomi al numero 3286488037**

Il presente modulo andrà riconsegnato il giorno del ricovero e, previa eventuale richiesta di ulteriori delucidazioni, verrà firmato da lei e dal medico urologo che la accoglierà.

INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Il paziente sarà inserito nella lista operatoria della

struttura:.....

Il paziente riceverà comunicazione del ricovero per telefono dalla segreteria della struttura deputata. Per ogni procedura, salvo casi particolari, devono essere eseguiti gli accertamenti pre-operatori (esami del sangue, elettrocardiogramma, eventuale radiografia del torace) e la visita anestesiológica. Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, e il ricovero generalmente prevede 1/2 giorni di degenza. 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) dell'inguine e dello scroto. Al momento del ricovero il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte.

Il tempo di degenza per questo intervento è **solamente ipotizzabile** e potrebbe essere più lungo del previsto per complicanze del decorso post-operatorio.

Non è possibile prevedere con certezza l'orario dell'intervento; l'ordine della sala operatoria può subire variazioni improvvise per eventuali problematiche cliniche/organizzative e pertanto può essere necessario aspettare alcune ore prima di essere chiamato in sala operatoria per un intervento programmato. **La data dell'intervento, anche se già stabilita da tempo, potrebbe subire variazioni in ogni momento** (anticipato come posticipato) in base ad esigenze cliniche e organizzative non prevedibili.

Il paziente è a conoscenza del fatto che Il Dott Nicola Ghidini si prenderà cura del caso clinico e dell'intervento personalmente, salvo imponderabili motivi che potrebbero giustificare l'assenza in sala operatoria il giorno dell'intervento e/o nei giorni successivi. In questo caso, il paziente sa e accetta che saranno altri medici dell'equipe ad eseguire l'intervento e/o gestire i controlli post-operatori, come la comunicazione di un eventuale esame istologico.

Luogo: **Data rilascio consenso:**

Firma Medico: **Firma Paziente:**

Nel rapporto tra medico e paziente ritengo necessario, oltre che eticamente corretto, un ruolo consapevole ed attivo da parte del paziente stesso. Per questa ragione con il presente documento la informo sul trattamento al quale Lei volontariamente si sottopone. Sono disponibile a fornirle ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e mi accerterò che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare che abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento appropriato. Di seguito Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato ma anche i possibili rischi e le eventuali alternative terapeutiche, affinché Lei possa prendere una decisione volontaria e consapevole in merito. Le verrà fornita per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente l'esposizione. Se lo ritiene necessario, non abbia alcun timore nel richiedere in qualsiasi momento tutte le ulteriori informazioni che crede utili per risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso

DA CONSEGNARE E CONTROFIRMARE IL GIORNO DELL'INTERVENTO:

ESPRESSIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Preso atto di quanto sopra richiamato, io sottoscritto:

.....

CONFERMO

- Di essere pienamente cosciente
- Che mi sono stati illustrati la natura del trattamento e il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi connessi e le eventuali alternative possibili.
- Di aver preso visione integralmente dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

Quindi

ACCETTO

di sottopormi all' intervento di **IMPIANTO DI PROTESI PENIENA**

Firma del Medico:

Firma del sottoscritto/a:

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne):

.....

Data:

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete SI NO Nome dell' interprete.....

Firma dell'interprete.....

Il sottoscritto Dott.dichiara che:

il/la Sig./a è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.

lì ora Firma del Medico