



MODULO DI CONSENSO INFORMATO

AMPUTAZIONE DEL PENE e LINFOADENECTOMIA INGUINALE

1. DEFINIZIONE

L'amputazione del pene è un intervento chirurgico demolitivo il cui scopo è di asportare l'organo, totalmente o parzialmente, quando esso sia sede di un tumore maligno.

La linfoadenectomia inguinale è un intervento chirurgico demolitivo che serve a rimuovere tutti i linfonodi inguinali, sia superficiali sia profondi, su entrambe i lati. La linfoadenectomia iliaca consente la rimozione dei linfonodi situati in prossimità dei vasi del piccolo bacino bilateralmente.

La linfoadenectomia è un completamento dell'amputazione del pene, necessaria in casi selezionati, e può essere eseguito sia nella stessa seduta chirurgica, sia in una seduta successiva.

2. INDICAZIONI

Il tipo più frequente di tumore del pene è il "carcinoma a cellule squamose", che prende origine dalla pelle ed interessa nella maggior parte dei casi il glande e, meno frequentemente, il prepuzio (il foglietto di pelle che ricopre il glande nei soggetti che non siano stati sottoposti alla circoncisione).

L'amputazione del pene serve ad asportare il tumore con un margine "di sicurezza" in tessuto sano di 2 cm. L'estensione dell'amputazione (parziale o totale), va adeguata, perciò, alla sede, alla grandezza ed all'infiltrazione delle strutture del pene da parte del tumore.

In casi selezionati, in cui il tumore è localizzato allo strato epidermico superficiale (neoplasia intraepiteliale) si può usare un trattamento conservativo (asportazione locale della neoplasia) conservando il pene.

Il tumore tende a metastatizzare per via linfatica coinvolgendo, in progressione, i linfonodi inguinali superficiali, quelli profondi ed infine quelli all'interno dell'addome (iliaci ed otturatori).

La linfoadenectomia ha un duplice scopo: terapeutico, in primo luogo, e secondariamente di stadiazione (definizione dell'estensione del tumore). La presenza, il numero ed il tipo d'interessamento dei linfonodi da parte del tumore sono i migliori fattori di predittività per quanto riguarda la guarigione dalla malattia tumorale. Quando i linfonodi inguinali non sono palpabili la linfoadenectomia sarà riservata ai pazienti ad alto rischio di coinvolgimento linfonodale (tumori che dimostrano coinvolgimento dei vasi o dei linfatici, tumori che infiltrano in profondità le strutture del pene).

Quando i linfonodi inguinali sono palpabili (al momento della diagnosi del tumore o nel periodo di controllo successivo al primo intervento chirurgico) va fortemente raccomandata la linfoadenectomia, che va estesa ai linfonodi pelvici sulla scorta dell'esame istologico intraoperatorio.

3. DESCRIZIONE DELLA TECNICA

PENECTOMIA PARZIALE: Si applica un laccio alla base del pene a scopo emostatico. Si pratica un'incisione ad almeno 2 cm di distanza dal margine del tumore. S'incidono e si resecano i corpi cavernosi e l'uretra (che è lasciata di 1 cm più lunga rispetto ai corpi cavernosi). Si legano i vasi, si chiude l'estremità dei corpi cavernosi e si sutura la cute in modo da adattarla al meato uretrale e da ricoprire i corpi cavernosi. Si posiziona un catetere vescicale. In casi particolari, in cui la neoplasia sia limitata al glande e non presenti un'evidente infiltrazione in profondità, è possibile limitarsi ad amputare solo il glande. In tal caso sono risparmiati i corpi cavernosi mantenendo una maggiore lunghezza del pene.

PENECTOMIA TOTALE: Si applica un laccio alla base del pene a scopo emostatico. Si pratica un'incisione ovalare alla base del pene. Si legano i vasi del pene. S'isola e si seziona l'uretra a livello del bulbo. Si sezionano i corpi cavernosi del pene a livello delle crura (dove essi si trovano nella parte più interna). Si crea una piccola incisione a livello perineale (tra la base dei testicoli e l'ano) e si sutura il moncone dell'uretra a questo livello. Si posiziona un catetere vescicale. Si chiude l'incisione precedentemente eseguita intorno alla base del pene lasciando uno o due piccoli tubi di drenaggio.

LINFOADENECTOMIA ILIO-INGUINALE. Comporta tre incisioni: un'addominale mediana estesa dall'ombelico al pube e due incisioni oblique alla radice di entrambe gli arti inferiori. Attraverso l'incisione addominale si procede alla LINFODENECTOMIA ILIACA, asportando, su entrambe i lati, il tessuto linfonodale che si trova lungo il decorso dei vasi. Si estende la dissezione anche al tessuto linfonodale che si trova nel canale femorale (dove i vasi dell'addome vanno verso la coscia). Si posiziona un tubo di drenaggio su entrambe i lati. Esso è fatto fuoriuscire lateralmente all'incisione mediana. Attraverso le incisioni alla radice degli arti inferiori si procede alla LINFOADENECTOMIA INGUINALE. Comporta la rimozione di tutto il tessuto linfonodale situato in un'area quadrangolare alla radice della coscia, sia a livello

superficiale sia più profondamente, in vicinanza dei vasi femorali. Nella sede della dissezione va lasciato un tubo a drenaggio.

La penectomia parziale può essere eseguita in anestesia locale. Tutte le altre tecniche devono essere eseguite in anestesia loco-regionale (spinale) o generale.

4. PREPARAZIONE

Va praticata sempre una profilassi antibiotica. In previsione di una linfadenectomia è consigliabile, soprattutto nei pazienti a rischio, una profilassi antitrombotica con eparina.

5. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata dell'intervento d'amputazione è in relazione all'estensione che deve essere adottata nel singolo caso, e può variare da 1 ora a 2 e ½. L'intervento di linfadenectomia ilio-inguinale ha una durata variabile da 2 ore sino a 3 e ½, che, se è eseguito nella stessa seduta dell'amputazione, si aggiungono al tempo necessario per la prima procedura chirurgica.

6. TIPO E DURATA DEL RICOVERO

Tutti gli interventi vanno eseguiti in regime di ricovero ordinario. La degenza è variabile secondo l'estensione dell'amputazione ed in relazione alle complicanze: 3 giorni in media per amputazioni parziali, 4-5 giorni per amputazioni totali, 7-8 giorni se è eseguita la linfadenectomia.

Il drenaggio applicato nella sede dell'amputazione totale è rimosso, in genere, dopo 2 giorni. Quelli addominali ed inguinali, in caso di linfadenectomia, dopo 5-6 giorni.

Il catetere vescicale può essere rimosso dopo 7 giorni.

I punti chirurgici, se in materiale non riassorbibile, vengono asportati in genere dopo 7-8 giorni.

7. RISULTATI

Più della metà dei pazienti trattati per questa malattia è ancora in vita 5 anni dopo la diagnosi.

In quelli con linfonodi liberi dal tumore la sopravvivenza giunge al 70-80%, mentre quando i linfonodi siano coinvolti scende al 27%.

8. VANTAGGI

Sono ovviamente legati alla guarigione dalla malattia tumorale, che può essere ottenuta in un'elevata percentuale di casi.

9. SVANTAGGI

Si tratta d'intervento chirurgico demolitivo, a volte di lunga durata, gravato da effetti collaterali e complicanze di notevole rilevanza (soprattutto in caso d'ampia demolizione e necessità di linfadenectomia).

10. EFFETTI COLLATERALI

E' del tutto evidente che l'estensione dell'intervento demolitivo è fondamentale per la conservazione dell'attività sessuale. Nei casi d'amputazione parziale sarà possibile la conservazione di un'attività sessuale relativamente soddisfacente, mentre in caso d'amputazione totale la conseguenza sarà l'impossibilità di qualsiasi attività sessuale.

11. COMPLICANZE

Per quanto riguarda la penectomia, le complicanze sono molto rare e di scarsa importanza. Più frequentemente può verificarsi la comparsa di un ematoma a livello della cute peniena (con spontanea remissione entro breve tempo), raramente infezione della ferita chirurgica.

A distanza dall'intervento è possibile la formazione di una stenosi cicatriziale del neo-meato uretrale esterno: potrà essere risolta con un piccolo intervento correttivo.

La linfadenectomia si è dimostrata efficace dal punto di vista terapeutico; purtroppo quando è necessario effettuarla presenta una percentuale molto alta (30-50%) di complicanze.

Il fattore rilevante nella comparsa delle complicanze è la linfadenectomia inguinale: infatti, la linfadenectomia iliaca ha complicanze molto ridotte (ematoma, linfocele, infezione della ferita). Le complicazioni sono più frequenti quando esiste un'estesa diffusione metastatica linfonodale.

Complicazioni precoci possono essere: flebite agli arti inferiori, embolia polmonare, necrosi dei lembi cutanei della ferita inguinale, infezione della ferita e sepsi (infezione generalizzata grave).

Complicazione tardiva è il linfedema agli arti inferiori che, purtroppo, è spesso permanente. Esso comporta una grave e mal sopportata infermità per il paziente.

I casi di mortalità (inferiore di 1%), si sono verificati solo dopo la linfadenectomia, soprattutto quando è stata eseguita contemporaneamente alla penectomia.

12. ATTENZIONE DA PORRE DOPO LA DIMISSIONE

Chirurgia conservativa o amputazione: evitare stress fisico o eccessi alimentari sino a completamento della guarigione della ferita locale. Normale assunzione di liquidi. Secondo le circostanze può essere proseguita una terapia antibiotica domiciliare. L'attività lavorativa può essere ripresa dopo una settimana.

Linfadenectomia ilioinguinale: è utile continuare ad indossare calze elastiche per qualche mese. Subito dopo la dimissione è utile sopraelevare i piedi del letto e limitare notevolmente qualsiasi attività fisica per due settimane.

13. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE A DOMICILIO

Se avvenisse un importante sanguinamento o vi fossero evidenti segni d'infezione a livello della sede dell'amputazione o della ferita della linfadenectomia, o in caso di febbre elevata è opportuno consultare

l'urologo di fiducia.

14. CONTROLLI

Sia la penectomia sia la linfoadenectomia sono associati con una rilevante morbilità (effetti negativi e complicanze conseguenza diretta della terapia chirurgica). I controlli sono fondamentali per ottenere la guarigione dalla malattia e migliorare la qualità della vita, controllando e trattando gli effetti collaterali conseguenti alla terapia chirurgica.

I controlli si basano fondamentalmente sulla visita (Esame Obiettivo) da parte dell'Urologo e solo raramente possono essere utili esami particolari (Rx torace, TAC addominale).

Si dovranno controllare sia il moncone penieno residuo (per valutare eventuali recidive locali del tumore), sia i linfonodi (se non è stata fatta la linfoadenectomia): saranno altresì valutate le conseguenze dell'amputazione (per migliorare la qualità della vita sessuale del paziente) e le conseguenze della linfoadenectomia.

Il primo controllo avverrà un mese circa dopo l'intervento. Successivamente i controlli saranno più o meno ravvicinati secondo le condizioni cliniche del paziente, dell'estensione del tumore, del tipo di chirurgia adottata (conservativa oppure ampiamente demolitiva, con o senza linfoadenectomia). In genere i controlli proseguiranno per cinque anni almeno.

15. BIBLIOGRAFIA

1. Algaba F., Horenblas S., Pizzocaro G., Piva L., Solsona E. e Windahl T.: Guidelines on penile cancer. European Association of Urology, 2001.
2. Horenblas S. e Tinteren HV.: Squamous cell carcinoma of the penis. IV. Prognostic factors of survival: analysis of tumor, nodes and metastasis classification system. J Urol, 151: 1239, 1994.
3. Maiche AG e Pyrhonen S.: Clinical staging of cancer of the penis: by size?; by localization; or by dept of infiltration. Eur Urol, 18: 16, 1990.
4. Solsona E., Iborra I, Ricos JV et al.: Corpus cavernosum invasion and tumor grade in the prediction of Lymph node condition in penile carcinoma. Eur Urol, 22: 115, 1992.
5. Fraley EE, Zhang G, Manivel C e Niehans GA: The role of ilioinguinal lymphadenectomy and significance of histological differentiation in treatment of carcinoma of the penis. J Urol, 142: 1478, 1989.
6. Ornellas AA, Seixas ALC, Marota A et al.: Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: retrospective analysis of 350 cases. J Urol, 151:1244, 1994.
7. Hoffman MA, Renshaw AA e Loughlin KR: Squamous cell carcinoma of the penis and microscopic margins: how much margins is needed for local cure?. Cancer, 85: 1565, 1999.
8. Lopes A, Hidalgo GS et al.: Prognostic factors in carcinoma of the penis: multivariate analysis of 145 patients treated with amputation and lymphadenectomy. J Urol, 156: 1637, 1996.
9. Morgenstern NJ, Slaton JW et al.: Vascular invasion and tumor stage are independent prognosticators of lymph node (LN) metastasis in squamous penile cancer (SPC). J Urol, 161:608, 1999.
10. Johnson DE e Lo RK: Complications of groin dissection in penile carcinoma. Experience of 101 lymphadenectomy. Urology, 24: 312, 1984.
11. Solsona E, Iborra I, Ricòs JV et al.: Safety and morbidity of inguinal lymphadenectomy in patients with penile cancer. Eur Urol, 35(suppl 2): 490, 1999.
12. Herr HW: Chirurgia del carcinoma del pene e dell'uretra. In: Urologia di Campbell. Verduci Ed., vol. 4, 3215-3232, 1993.

Il Paziente

Il Medico

Data.....

il presente modulo di consenso informato è stato realizzato da:



AURO.IT Associazione Urologi Italiani