

INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO DI IPOSPADIA

Questa scheda contiene informazioni inerenti il trattamento proposto.

Siete comunque invitati a chiedere ogni ulteriore informazione durante il colloquio pre-operatorio.

L'IPOSPADIA è un'anomalia congenita del pene dovuta ad un insufficiente sviluppo dell'uretra il cui sbocco (**meato**) non è localizzato all'apice del glande, ma si trova sulla faccia ventrale del pene oppure, nei casi più gravi, nello scroto o nel perineo (FIG.1). E' quindi caratterizzata da: anomala posizione del meato, possibile patologica curvatura del pene, anomala distribuzione della cute prepuziale con aspetto a cappuccio.

TRATTAMENTO PROPOSTO: URETROPLASTICA

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA:

la correzione prevede i seguenti tempi chirurgici:

- A. Correzione dell'eventuale curvatura (ortoplastica)
- B. Uretroplastica
- C. Glanduloplastica e ricostruzione della faccia ventrale del pene.

La curvatura dell'asta è determinata dalla presenza di tessuto fibroso che debbono essere sezionate. Questa è valutata (se dubbia) con il test dell'erezione, che viene eseguito dal chirurgo durante l'intervento. Quando la curvatura è grave ed è determinata da ipoplasia dell'albuginea si dovrà ricorrere ad intervento di ortoplastica. Noi eseguiamo una plicatura dorsale secondo Nesbit (FIG.2). I punti che si usano per eseguire la plicatura sono in materiale non riassorbibile e a volte si possono sentire palpatariamente al di sotto della cute dorsale anche per tempi molto lunghi.

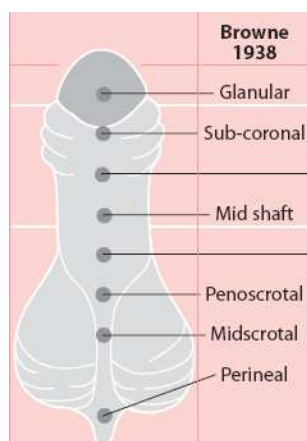


FIG 1

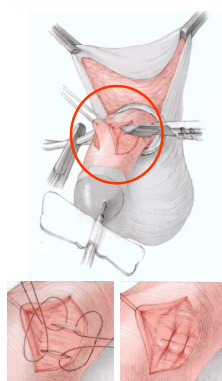


FIG.2

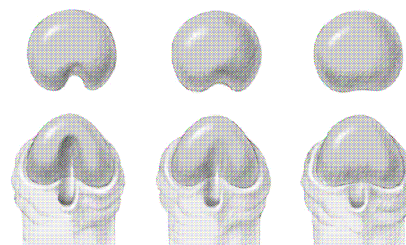


FIG.3

Il tipo di uretroplastica viene scelto sulla base della posizione del meato ectopico, della conformazione del glande, della curvatura dell'asta e della placca uretrale.

Il fattore più importante è la placca uretrale (FIG.3) che viene definita come:

- **preservabile:** per cui si esegue semplice tubulizzazione (secondo Duplay), con ampliamento della placca con incisione della stessa (secondo Snodgrass = TIP) o con flap di cute (secondo Mathieu);
- **non preservabile** nella sua integrità assiale: per si deve ricorrere a sostituzione (lembo o innesto) della placca stessa con mucosa buccale (FIG. 4) o prepuziale (FIG. 5) (tecnica in 2 tempi secondo Bracka: primo tempo prelievo e innesto della mucosa a livello della placca – secondo tempo (in genere dopo 3-6 mesi, più raramente in corso di stesso intervento) con uretroplastica come per le altre forme di ipospadia).

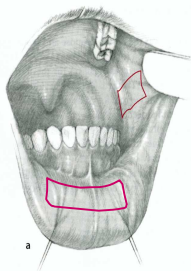


FIG.4

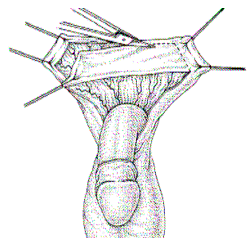


FIG.5

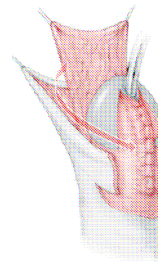


FIG.6



FIG.7

A questo segue la **Ricostruzione della faccia ventrale:**

- copertura della neouretra con collare mucoso (FIG.6) (quando possibile)
- glanduloplastica (creazione di un aspetto normale del glande)
- copertura e redistribuzione della cute peniena
- ricostruzione del prepuzio o circoncisione (quest'ultima preferita nel nostro centro) (FIG.7).

TECNICHE UTILIZZATE:

Esistono numerose tecniche correttive per l'ipospadia. Tale scelta è riferibile all'abitudine del chirurgo ed al tipo di malformazione. Presso il nostro Centro le tecniche più utilizzate sono:

- 1) Tecnica sec Duplay (in genere per placca ampia – FIG.8) o Snodgrass (con incisione della placca – FIG.9)

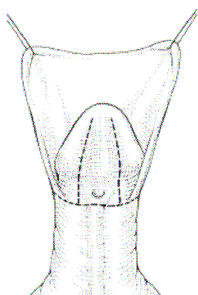


FIG.8a

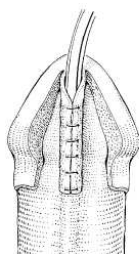


FIG.8b

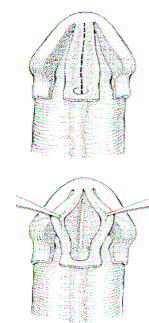


FIG.9

2) Con flap di cute peniena prossimale basimeatale (tecnica secondo Mathieu - FIG.10)

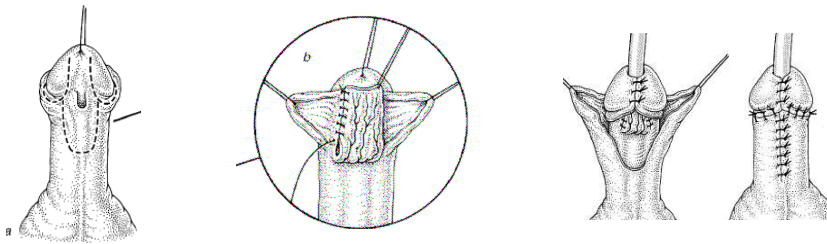


FIG.10

3) Con innesto di mucosa buccale o prepuziale (in 2 tempi sec. Bracka – come già esposto – FIG.11)

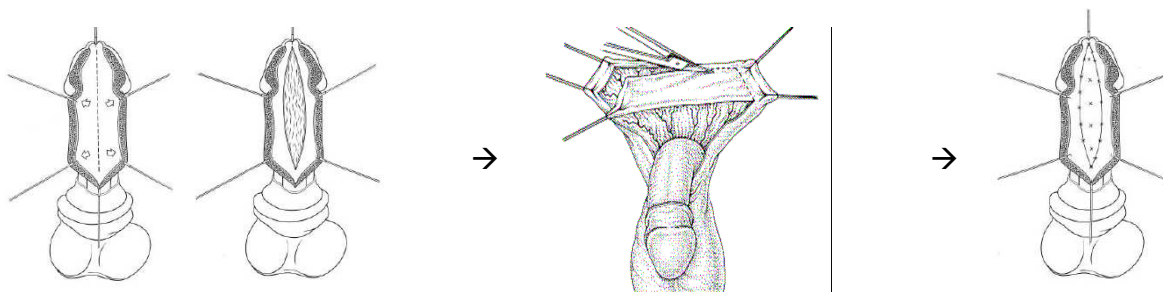


FIG.11

DURANTE IL RICOVERO: nel post-operatorio verrà lasciato in sede un catetere vescicale ed una medicazione compressiva per un tempo variabile dai 3 ai 7 giorni. Tale tempo varia a seconda della gravità della malformazione e della complessità dell'atto chirurgico. Al fine di controllare il dolore viene posizionato dall'anestesista un cateterino peridurale rimosso solo dopo alcuni giorni. Se non efficace si passerà invece alla somministrazione di antidolorifici per vie tradizionali. Associato ai farmaci per il dolore si somministreranno farmaci per controllare eventuali spasmi vescicali talora presenti. Il bambino verrà sottoposto a terapia antibiotica. L'alimentazione già il giorno dopo l'intervento sarà abituale. Per la durata del ricovero il bambino dovrà rimanere allettato o comunque con ridotta mobilità a causa del catetere e della medicazione compressiva. In casi particolari è possibile completare il percorso post-operatorio anche a domicilio lasciando ovviamente posizionato il catetere. La rimozione del catetere vescicale non comporta particolare dolore (in genere viene eseguita una premedicazione) e viene eseguita in reparto. Appena smedicato il pene potrà apparire edematoso e a volte ecchimotico. Tale quadro andrà migliorando rapidamente nelle settimane successive la dimissione. Una completa risoluzione si avrà solo dopo parecchi mesi.

A causa della permanenza del catetere alcuni bambini possono presentare difficoltà ad eseguire la loro prima minzione per la possibile presenza di modesto bruciore al passaggio della prima urina a livello della neouretra. Tale sintomatologia scoppia subito appena iniziata la minzione e non è più presente nelle successive. Il bambino sarà dimesso solo dopo aver verificato la prima minzione.

A CASA DOPO L'INTERVENTO: solo per i primi giorni si eseguiranno delle semplici medicazioni a cui il genitore viene addestrato dal personale infermieristico prima della dimissione. Non saranno necessari particolari accorgimenti. Il bagno completo potrà essere eseguito dopo alcuni giorni e comunque come da indicazione all'atto della dimissione. Non è necessaria terapia domiciliare salvo particolari casi.

Il primo controllo post-operatorio avverrà dopo circa 1-2 settimane dalla dimissione presso il nostro ambulatorio per le ipospadie. Durante tale visita si potrà rendere necessario eseguire una calibrazione/dilatazione del neo-meato. I successivi controlli verranno stabiliti sulla base di tale visita. A distanza si raccomanderà comunque una rivalutazione all'età di 7-8 anni e quindi alla pubertà in genere eseguendo indagine uroflussometrica al fine di valutare strumentalmente la minzione.

COMPLICANZE: per quanto sia perfettamente standardizzata la procedura proposta non sfugge alla regola generale secondo la quale non esiste atto medico e chirurgico senza rischi. Non è possibile per il medico garantire in modo formale il successo dell'intervento o l'assenza di complicanze. Si ricorda inoltre che vi sono complicanze generiche in rapporto all'età, alle condizioni generali di salute e alla presenza di malattie conosciute o sconosciute del paziente.

Fra le complicanze più frequenti riportiamo:

1. STENOSI (=restringimento della neouretra): può essere prossimale, a livello dell'anastomosi tra neouretra e meato ipospadico, o più frequentemente distale a livello meatale;
2. FISTOLA (= presenza di fuoriuscita di urina alla minzione in fori diversi da quello in sede apicale): singola o multipla sono riconducibili a tre diverse cause: a una stenosi uretrale, ad un ematoma seguito da piccola suppurazione o ancora ad una necrosi localizzata per parziale devascularizzazione del lembo utilizzato per l'uretroplastica (da 1-8 % fino al 20% nelle forme di ipospadia più gravi);
3. diverticolo uretrale (una dilatazione dell'uretra);
4. infezione;
5. ematoma;
6. eccesso di mucosa coronale (problematica in genere solo estetico).

Il trattamento di tali complicanze prevede:

1. STENOSI: si trattano tramite dilatazioni uretrali e meno frequentemente necessitano di una terapia chirurgica (ricostruzione dell'uretra);
2. FISTOLA: in genere richiede correzione chirurgica, che può andare dalla semplice chiusura della fistola stessa (più frequentemente) fino ad una nuova uretroplastica (sempre oltre i 6 mesi dall'intervento in quando si deve stabilizzare il processo cicatriziale);
3. DIVERTICOLO URETRALE: richiede in genere di correzione chirurgica soprattutto se di grosse dimensioni;
4. INFEZIONE: trattamento antibiotico;
5. EMATOMA: in genere si risolve spontaneamente; rara la necessità di drenaggio chirurgico;
6. PROBLEMATICA ESTETICA: semplice correzione chirurgica se il paziente non è soddisfatto dell'aspetto dell'asta.

Siete pregati di comunicare ai medici della Chirurgia Pediatrica qualsiasi dubbio o perplessità sull'intervento chirurgico affinché possano esservi forniti ulteriori chiarimenti.

Il medico è disposto a rispondere a qualsiasi altro quesito che riteniate opportuno anche perché il presente documento è comunque un sunto del colloquio avvenuto e potrebbe non essere completamente esaustivo. Il documento è inteso comunque come parte integrativa del percorso informativo relativo alla patologia di cui il paziente è affetto e ha funzione di conferma anche da parte del personale medico di aver fornito informazioni in modo adeguato e comprensibile.