

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

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI NEFRECTOMIA RADICALE A CIELO APERTO/VIDEOLAPAROSCOPICA

DESTRA _____

SINISTRA _____

Nome _____ **Cognome** _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

TUMORE RENALE

Il tumore del rene rappresenta il 2-3% circa di tutte le neoplasie, con una maggiore incidenza nei paesi sviluppati. È la più comune lesione solida a sviluppo renale e il sottotipo carcinoma a cellule chiare comprende circa l'80% di tutte le patologie maligne renali. Ne esistono diversi altri tipi, ognuno con specifiche caratteristiche istopatologiche e genetiche. Vi è una predominanza degli uomini sulle donne con un rapporto 1.5 a 1 con un picco di incidenza tra i 60 ed i 70 anni di età.

I principali fattori di rischio per lo sviluppo dei tumori renali sono il fumo, l'obesità, la terapia anti-ipertensiva e la familiarità.

L'utilizzo d'indagini diagnostiche sempre più raffinate ha consentito una più frequente e precoce diagnosi delle neoplasie renali (tumori di dimensioni minori).

La classica triade di sintomi: dolore al fianco, macroematuria (sangue nelle urine) e massa addominale palpabile, è oggi molto rara. La maggior parte

delle masse renali sono asintomatiche e non palpabili se non in stadio avanzato di malattia; ciò comporta che più del 50% di esse vengano scoperte casualmente (diagnosi incidentale) durante accertamenti per altre patologie e, pertanto, è sempre più frequente la diagnosi di tumori renali di stadi e gradi inferiori rispetto al passato.

L'approccio tradizionale nella diagnosi delle neoplasie renali è legato all'uso dell'ecografia, TC o risonanza magnetica.

L'ecografia, spesso utilizzata come indagine strumentale di prima istanza nel sospetto di una massa renale, ha il vantaggio di non esporre il paziente a radiazioni o ad eventuali effetti avversi secondari a somministrazione di mezzi di contrasto iodati, è di basso costo, di facile accessibilità ed è priva di controindicazioni. Consente di distinguere masse cistiche da lesioni solide ed è utile nel follow up delle lesioni renali cistiche, ma non ha una elevata sensibilità nel diagnosticare masse renali di dimensioni < 3 cm (più del 70% delle masse renali).

La TC e la risonanza magnetica (che devono essere eseguite con e senza infusione di mezzo di contrasto) forniscono informazioni circa la forma e il funzionamento dei reni, l'estensione del tumore, la sua posizione, l'eventuale interessamento dei vasi renali, il coinvolgimento dei linfonodi e lo stato degli organi adiacenti.

Il trattamento di scelta del tumore renale localizzato è l'intervento chirurgico che garantisce i migliori risultati in termini di radicalità oncologica. Oggi l'intervento è mirato a rimuovere solamente la parte ammalata del rene tutte le volte che questo sia tecnicamente possibile.

La scelta del tipo di approccio più adeguato (approccio conservativo con enucleoresezione o nefrectomia parziale vs. nefrectomia radicale) dipende dalle caratteristiche del tumore (sede, dimensioni, numero, coinvolgimento dei vasi del peduncolo renale, presenza di tumori bilaterali, etc.), dalle caratteristiche del rene, e dalle caratteristiche del paziente (habitus costituzionale, eventuali comorbidità, quadri preesistenti di insufficienza renale, sindromi ereditarie, pazienti mononefro, terapie anticoagulanti etc.)

In alcuni casi, NONOSTANTE VI SIA L' INDICAZIONE DI ELEZIONE O DI NECESSITA' AD UN APPROCCIO CHIRURGICO DI TIPO CONSERVATIVO, durante l'intervento si riscontrano condizioni locali per cui risulta impossibile l'esclusiva rimozione della sola neoformazione neoplastica e si rende necessaria la completa asportazione del rene. Questa evenienza viene discussa dal medico del reparto con il paziente pre- operatoriamente, che viene informato di questa possibilità.

NEFRECTOMIA RADICALE

La nefrectomia radicale è un intervento chirurgico che comporta la completa asportazione del rene e del tessuto adiposo circostante. L' asportazione del surrene omolaterale oggi trova indicazione solo in caso di diretto coinvolgimento della ghiandola surrenalica da parte del tumore renale (tumori del polo superiore del rene). La asportazione dei linfonodi regionali è raccomandata in caso di coinvolgimento diretto degli stessi.

La nefrectomia radicale trova indicazione in tutte quelle situazioni cliniche in cui l' approccio conservativo non è consigliato (tumori di grosse dimensioni, coinvolgimento dei vasi renali principali, interessamento delle vie escrettrici, coinvolgimento linfonodale, tumore renale metastatico etc.).

Può essere effettuata con tecnica a cielo aperto (ACCESSO ANTERIORE o LOMBOTOMICO) o con tecnica videolaparoscopica (VLP).

- ACCESSO ANTERIORE o transperitoneale: Incisione mediana o sottocostale della parete addominale
- ACCESSO LOMBOTOMICO o retroperitoneale: Incisione sul fianco (destro o sinistro) lungo il margine della XI o della XII costa
- TECNICA VIDEOLAPAROSCOPICA: Tecnica mini-invasiva eseguita grazie all' ausilio di strumenti che vengono introdotti attraverso alcuni fori praticati sull'addome (senza incisioni chirurgiche). Al termine dell'intervento, il "pezzo operatorio" viene estratto eseguendo comunque un taglio, anche se decisamente più piccolo di quello previsto dalla tecnica classica.

Gli step per la corretta esecuzione dell'intervento di nefrectomia radicale sono rappresentati da:

- legatura e sezione dei vasi sanguigni renali (una o più arterie e una o più vene)
- legatura e sezione dei vasi gonadici e dell'uretere
- isolamento del rene e sua asportazione (il rene rimane avvolto dal grasso e dalla fascia di Gerota).

Normalmente, dopo aver asportato l'organo, attraverso un foro praticato sul fianco viene inserito un tubo di silicone che serve a drenare le secrezioni (ematica, sierosa). Questo drenaggio viene usualmente rimosso qualche giorno dopo.

La nefrectomia radicale viene eseguita in anestesia generale, in regime di ricovero ordinario con tempi di degenza compresi tra 4 e 7 giorni. L'intervento ha una durata che va dalle 2 alle 4 ore.

Nella maggior parte dei casi, la perdita di sangue durante l'operazione è tale da non necessitare di emotrasfusioni; è prudente prenotare 2-3 unità (sacche) di emazie concentrate (globuli rossi).

La profilassi antibatterica va eseguita iniziando la somministrazione dell'antibiotico al momento dell'induzione dell'anestesia per sospenderla subito dopo la rimozione del drenaggio.

Anche in assenza di fattori di rischio, la tendenza attuale prevede di attuare la profilassi farmacologica dell'embolia polmonare.

Se l'intervento viene eseguito con accesso anteriore, o con tecnica videolaparoscopica, (in entrambi i casi trattasi di accessi TRANSPERITONEALI) può verificarsi un ritardo nella ripresa della motilità intestinale con eventuale necessità di sonda rettale e/o sondino nasogastrico.

Il dolore postoperatorio è sempre agevolmente controllato dai farmaci.

Già il primo giorno dopo l'intervento, compatibilmente con le condizioni generali, il Paziente viene invitato a sedersi sul letto. Il secondo giorno può cominciare a camminare e ad alimentarsi. Il terzo giorno vengono rimossi il drenaggio e il catetere vescicale e il quarto, se non ci sono motivi contrari, il Paziente può essere dimesso.

I punti di sutura possono essere rimossi dal Medico curante o da un Medico dell'equipe chirurgica da 7 a 10 giorni dopo l'intervento.

Alla dimissione è suggerito un periodo di convalescenza (ridotto stress fisico, scarsa attività sportiva, regime alimentare moderato, terapia antibiotica, profilassi trombo-embolica etc.) e l'astensione dalle normali attività lavorative per periodo variabile tra i 20 e 30 giorni. Potrete fare una doccia a partire da 2 giorni dopo la rimozione dei punti (il bagno nella vasca è permesso dopo circa 20 giorni dall'intervento).

Una minima parte dei pazienti può sviluppare una infezione di ferita. Questa si manifesta con la fuoriuscita dalla ferita di materiale limpido (siero) oppure di sangue frammisto a pus. Non preoccupatevi. Potrete farvi seguire dal vostro medico curante oppure venire nei nostri ambulatori.

DOLORE ADDOMINALE

Il dolore addominale è relativamente frequente ed è causato dall'irritazione e infiammazione dei muscoli addominali. In alcuni casi il dolore è riferito proprio dove erano collocati i tubi di drenaggio. Non preoccupatevi, perchè si risolverà spontaneamente. Cercate però di evitare quelle attività che ne favoriscano l'insorgenza.

Per quanto riguarda i controlli futuri, vi raccomandiamo di seguire attentamente tutto quanto vi è stato scritto nella lettera di dimissione che vi sarà consegnata.

CONTROLLI

Questa procedura prevede, per la malattia neoplastica di base, un follow-up standardizzato (alla luce dell'esito istologico definitivo) per almeno 5 anni successivi all'intervento.

COMPLICANZE

1. COMPLICANZE INTRAOPERATORIE POSSIBILI:

- Complicanze emorragiche, anche gravi, che possono richiedere emotrasfusioni intra- e post-operatorie e supporto farmacologico cardiocircolatorio
- Lesioni del pancreas e della milza per neoplasie del rene di sinistra (con eventuale splenectomia di necessità)
- Lesioni del duodeno e del fegato per neoplasie del rene di destra
- Lesioni pleuriche
- Lesioni peritoneali (nel caso di approccio retroperitoneale)

2. COMPLICANZE POSTOPERATORIE POSSIBILI:

- Anemizzazione da stillicidio ematico postoperatorio con formazione di ematomi perirenali che possono rendere necessario il ricorso ad emotrasfusioni supplementari (<1%) e in rarissimi casi ad un drenaggio percutaneo o ad un re-intervento chirurgico a scopo emostatico.
- Complicanze infettive
- Complicanze della ferita chirurgica: infezione, diastasi, formazione di cheloidi, inestetismi
- Laparocele: ovvero un'ernia su una pregressa cicatrice chirurgica per l'instaurarsi nel piano muscolo-fasciale di una zona di resistenza minore. In rari casi può necessitare di intervento chirurgico riparativo
- Lombocele: comparsa di una tumefazione a livello del fianco, sotto l'arcata costale, dovuta ad una lussazione del piano muscolo fasciale per denervazione dovuta all'incisione chirurgica
- Necessità di revisione chirurgica (molto raro)
- Necessità di trattamento dialitico temporaneo (molto raro)

3. ALTRE COMPLICANZE GENERICHE:

Le complicanze generiche, che possono verificarsi in qualsiasi momento, sono:

- Cardiovascolari / Tromboemboliche
- Polmonari
- Neurologiche
- Settiche
- Morte

CONTROLLI POST-DIMISSIONE

Per quanto riguarda i controlli futuri, vi raccomandiamo di seguire attentamente tutto quanto vi è stato scritto nella lettera di dimissione che vi sarà consegnata.

Guida per il paziente candidato a ricovero per intervento

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, _____