

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

## **CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO DI URETEROLITOTRISSIA ENDOSCOPICA (ULT)**

**DESTRA** \_\_\_\_\_ **SINISTRA** \_\_\_\_\_

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

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

Gentile Signore/a,

Lei è candidato/a ad essere sottoposto/a ad intervento di

### **URETEROLITOTRISSIA ENDOSCOPICA (ULT)**

in quanto Lei è affetto/a da: **CALCOLOSI URETERALE** \_\_\_\_\_

Di seguito Le verranno illustrate dettagliatamente tutte le informazioni necessarie per permetterLe di comprendere appieno le procedure coinvolte in questo tipo di intervento e di decidere consapevolmente e autonomamente riguardo al trattamento in oggetto.

### **DESCRIZIONE:**

La ureterolitotriessia endoscopica è una procedura mini-invasiva che non implica nessuna incisione e che garantisce un successo pari quasi al 100% nel trattamento dei calcoli ureterali.

Viene considerata la metodica di prima scelta per tutti i calcoli ureterali di diametro superiore ad 1 cm e per quelli di dimensioni inferiori se associati a stasi urinaria, e la seconda scelta per tutti i casi in cui un precedente trattamento di litotriessia extracorporea a onde d'urto abbia fallito. Essa consiste nella frammentazione endoscopica del calcolo ureterale e nella evacuazione dei frammenti litiasici.

## CENNI DI TECNICA CHIRURGICA:

La procedura prevede l'introduzione di uno strumento endoscopico (ureterorenoscopio) nell'uretere per via retrograda (attraverso l'uretra lo strumento viene introdotto in vescica e, previa identificazione dello sbocco ureterale destro o sinistro, all'interno dell'uretere interessato), con ausilio di appositi fili guida.

Sotto il controllo diretto della vista si esplora per via retrograda il decorso dell'uretere fino a raggiungere il calcolo. A questo punto si potrà procedere alla sua frammentazione in situ con sonda Laser (presso la nostra UOC il tipo di energia utilizzata per la frammentazione dei calcoli ureterali per via endoscopica è rappresentata dal laser ad olmio), elettroidraulica o ultrasonica e successiva rimozione dei frammenti litiasici con apposite sonde ureterali (cestelli/basket) oppure alla sua estrazione endoscopica diretta (URETEROLAPASSI), qualora il calcolo sia di modeste dimensioni e la sua estrazione non comporti traumatismi della via escrettrice.

Parte integrante dell'intervento di ureterolitotrixxia è la RX PIELOGRAFIA ASCENDENTE, indagine radiologica dell'apparato urinario, eseguita con l'ausilio di un liquido di contrasto in grado di rendere le alte vie urinarie indagabili ai raggi X, e di una apposita apparecchiatura che prende il nome di AMPLIFICATORE DI BRILLANZA, che consente l'erogazione mirata di raggi X e l'acquisizione di immagini statiche e dinamiche della via escrettrice, durante le varie fasi dell'intervento chirurgico. Tali sequenze di immagini risultano indispensabili per l'esecuzione di procedure endourologiche in massima sicurezza ed accuratezza.

Al termine dell'intervento in più dell'80% dei casi verrà posizionato un catetere ureterale (**STENT URETERALE**) che verrà rimosso ambulatorialmente dopo circa 7-14 giorni. La presenza dello stent ureterale consente la agevole evacuazione di eventuali frammenti litiasici residui e il regolare deflusso dell'urina dal rene alla vescica, evitando la fastidiosa evenienza di coliche renali post operatorie, legate a frammenti residui in transito lungo la via escrettrice e/o a processi infiammatori a carico dell'uretere (conseguenti alla presenza dei calcoli stessi e alle manovre endoscopiche intraoperatorie), responsabili di transitorie riduzioni di calibro del lume ureterale e, conseguentemente, di stasi urinaria, seppur transitoria.

Nonostante la percentuale di bonifica completa del calcolo dopo ureterolitotrixxia endoscopica sia molto elevata, è comunque possibile la persistenza di calcoli o di piccoli frammenti all'interno della via escrettrice che necessitano di ulteriori trattamenti per la loro completa bonifica.

L' ureterolitotriassia viene eseguita in anestesia loco-regionale o in anestesia generale, ha in genere una durata inferiore ai 60 minuti e la degenza post operatoria è di 24-48 ore, salvo complicanze.

Va a tale proposito sottolineato che le percentuali di procedure complete (STONE FREE) variano significativamente in relazione a molteplici fattori, dipendenti sia dalle caratteristiche del calcolo (sede, numero, dimensioni, composizione), sia dalle peculiarità della via escrettrice esplorata; in particolare, nelle situazioni in cui le caratteristiche del calcolo( calcoli voluminosi, duri, indovati nella mucosa ureterale o in sedi difficilmente raggiungibili dallo strumento) o della via escrettrice ( presenza di intensa flogosi della mucosa ureterale o di stenosi ureterali, decorsi tortuosi dell' uretere stesso, urine torbide, sanguinamento intraoperatorio etc ) rendono difficoltosa la procedura di litotriassia, è prudente posizionare uno stent ureterale, in modo tale da “preparare la via escrettrice al successivo trattamento”, e  
**POSTICIPARE LA PROCEDURA.**

## **POSSIBILI COMPLICANZE:**

L'ureterolitotriassia è una procedura generalmente sicura: le complicanze sono rare e di solito non preoccupanti:

- La più frequente è la presenza di sangue nelle urine (**ematuria**), dovuta a possibili lesioni della mucosa delle vie urinarie e/o allo stato flogistico della mucosa stessa. In genere si risolve spontaneamente nel giro pochi giorni. Rarissima l'evenienza di emorragie tali da richiedere emotrasfusioni.
- Altra possibile evenienza è la comparsa di **un'infezione delle vie urinarie**, a volte accompagnata da **febbre**: in questi casi verrà praticata adeguata terapia antibiotica. In caso di persistenza della sintomatologia, nonostante la terapia antibiotica, è prudente che il paziente informi i Sanitari ed acceda al nosocomio di riferimento.
- Nell'immediato periodo postoperatorio è possibile avere **dolori lombari** e/o vere e proprie **coliche renali**: sono dovute all'edema della parete delle vie urinarie che può causare ostruzione al transito dell'urina. L'utilizzo dei tutori ureterali ne riduce notevolmente l'incidenza. Si consiglia di eseguire minzioni frequenti e di ridurre l'uso del torchio addominale

- **La perforazione dell'uretere** è una complicanza non troppo rara data l'estrema delicatezza delle vie urinarie. Non rappresenta quasi mai un evento preoccupante e si risolve spontaneamente mantenendo in sede lo stent ureterale per un periodo più prolungato. Nel caso in cui non fosse possibile posizionare uno stent ureterale, è necessario posizionare un catetere nefrostomico temporaneo, per preservare la via escrettrice.
- Al contrario, una complicanza molto temibile ma fortunatamente molto rara è rappresentata dall'**avulsione dell'uretere**, ovvero una lesione completa dell'uretere con sua interruzione. Questo evento può richiedere un intervento chirurgico ricostruttivo e, nei casi più gravi, anche una nefrectomia.
- Una possibile complicanza tardiva (cioè che può in rari casi insorgere a distanza di tempo dall'intervento) è la **stenosi ureterale**. La stenosi ureterale consiste in una riduzione del calibro dell'uretere. Tale riduzione determina un ostacolo al fisiologico flusso di urina provocando la dilatazione del tratto delle vie urinarie superiori situato prossimalmente al segmento stenotico e complicanze quali infezioni, calcolosi, perdita di parenchima renale fino all'insufficienza renale. Le stenosi ureterali possono essere congenite o acquisite. Le stenosi congenite sembrano essere dovute a un difetto embriogenetico. Si possono avere stenosi multiple lungo tutto l'uretere, ma in genere tale patologia colpisce più frequentemente l'uretere distale e poi la giunzione pieloureterale e, molto raramente, il tratto intermedio. Le stenosi ureterali acquisite invece sono più frequentemente di origine iatrogena (in seguito a ureteroscopia, cateterismi, chirurgia ginecologica o pelvica sull'uretere, radioterapia) e colpiscono più frequentemente la parte distale dell'uretere.

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/DAY SURGERY, 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 simili) oppure farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom, o simili), 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 (pigiamia, 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, \_\_\_\_\_