

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA O A CIELO APERTO

LAPAROSCOPICA O A CIELO APERTO **OSPEDALE** UNITA' OPERATIVA di UROLOGIA Responsabile:_____ CONSENSO INFORMATO Io sottoscritto/a nato a sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa in modo completo ed esaustivo: ☐ della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame; ☐ del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione; □dei potenziali benefici del trattamento: ☐ delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici; □delle possibilità di insuccesso: ☐dei rischi particolari legati al mio caso; ☐ dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento; □dei tempi e delle modalità di recupero; ☐ delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/ terapeutico propostomi, compreso il non trattamento e gli annessi rischi e benefici: ☐ delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

NEFRECTOMIA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone. Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da con- sentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esaurientela esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chi-

arire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COS'È LA NEFRECTOMIA?

Per NEFRECTOMIA s'intende l'asportazione del rene.

La necessità di questo tipo di intervento si pone per le seguenti categorie di motivi:

- rene non più funzionante, con vie escretrici dilatate in toto per ostacolo (calcolo, lesione infiammatoria, lesione fisica o meccanica) con attuale o potenziale sepsi urinaria. In questa categoria rientrano tutti i fatti infiammatori, fisici o meccanici pregressi che sono esitati in una stenosi (restringimento dell'uretere) con conseguente impossibilità per l'urina di defluire e conseguente blocco della filtrazione a livello renale. Il rene ostacolato a lungo perde la sua capacità di filtrare l'urina e diviene funzionalmente inutile. Inoltre l'urina che ristagna può rappresentare un pericolo potenziale o attuale di sepsi per la presenza di germi al suo interno.
- rene poco o per nulla funzionante sede di malformazioni congenite che ne hanno distrutto progressivamente la funzione e causato complicanze, quali infezione, ipertensione, ematuria, calcolosi.
- piccolo rene non funzionante per malattie del parenchima che causa ipertensione.
- neoformazioni benigne che hanno causato complicanze quali ematuria, febbre o voluminose deformazioni.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Al sospetto di rene non funzionante, escluso o affetto da alterazioni morfofunzionali si arriva sia per deduzione anemnestica, sia per reperto accidentale in corso di ecografie eseguite per altri motivi, sia per sintomi e segni (ematuria, dolore lombare, febbre, gonfiore alterazioni ematochimiche, anamnesi) che ne suscitano il sospetto. In ogni caso qualsiasi motivo abbia sollecitato il sospettto, la diagnosi deve essere fatta con una TAC multistrato di addome e pelvi. Qualora esistano controindicazioni alla TAC la Risonanza Magnetica rappresenta un'alternativa di pari dignità diagnostica. Una scintigrafia renale sequenziale potrà essere utile per quantificare il danno funzionale.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli Esami Pre-Operatori (EPO): il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesiologica ed il controllo urologico.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, o la sera precedente, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Dovrà essere sottoposto alla depilazione di torace ed addome. Dovrà essere richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera dell'intervento e per tutta la durata della degenza) nonché una terapia gastroprotettiva.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRA' ESEGUITO?

L'intervento che in base alle caratteristiche della lesione è indicato proporre nel suo specifico caso è la nefrectomia. Consiste nell'asportazione del rene. La scelta della via laparoscopica o di quella a cielo aperto verrà segnalata nelle note in calce a questa informativa. L'intervento, che viene eseguito in anestesia generale viene generalmente eseguito in decubito laterale sul fianco. Rarissimamente, e solo per le dimensioni che il rene talvolta può raggiungere, è necessario un approccio anteriore per via transperitoneale.

A) TECNICA LAPAROSCOPICA

- Incisione cutanea a livello dell'apice della dodicesima costa, divaricazione dei muscoli e scollamento digitaledel peritoneo.
- Posizionamento dei trocar in numero di 3 sulla medesima linea trasversale: ascellare anteriore, media e posteriore.
- Insufflazione di CO2 e creazione del retropneumoperitoneo
- Apertura della loggia renale ed isolamento del rene dal grasso che lo circonda.
- · Isolamento dell'uretere e dei vasi renali

- · Chiusura e sezione separata di arteria e vena.
- · Chiusura e sezione dell'uretere
- · Deflazione del retropneumoperitoneo e rimozione dei trocar.
- Allargamento (talvolta per le dimensioni si uniscono due porte) dell'incisione iniziale all'apice della XII costaper l'estrazione del rene
- · Posizionamento di un drenaggio in loggia
- · Sutura delle brecce cutanee.

B) TECNICA A CIELO APERTO

- Incisione lombare e scollamento del peritoneo.
- · Apertura della loggia renale ed isolamento del rene dal grasso che lo circonda.
- · Isolamento del rene, dell'uretere e dei vasi renali.
- · Clhiusura dei vasi renali, loro sezione.
- · Legatura e sezione dell'uretere
- · Estrazione del rene
- · Posizionamento di drenaggio in loggia renale
- · Sutura a strati della ferita

6. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata varia da 60 a 120 minuti, e dipende oltre che dall'accesso e dalla tecnica utilizzata anche dalle caratteristiche fisiche di rene e annessi.

7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Per le caratteristiche del rene esposte al punto 1 e per le condizioni in cui si trova il rene in questo particolare caso la nefrectomia è l'unica opzione utile a risolvere i problemi clinici e/o a prevenire ulteriori complicanze.

8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Trattandosi di un intervento di chirurgia maggiore può verificarsi la necessità di posizionare un sondino nasogastrico durante l'intervento che può essere mantenuto nei primi giorni postoperatori. La mortalità legata a questo tipo di intervento è inferiore all'1%. Le complicanze intraoperatorie e postoperatorie hanno un'incidenza complessiva inferiore al 10%. Quelle specificatamente legate all'intervento in questione sono: emorragia, lesioni degli organi adiacenti al rene o dei vasi retroperitoneali, infezioni superficiali della ferita o profonde, pneumotorace. Possono inoltre intervenire complicanze comuni a tutti gli interventi chirurgici,nonostante i controlli e le profilassi, quali infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, embolia polmonare, polmonite, tromboflebite.

9. COSA SUCCEDE DOPO L'INTERVENTO?

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi per l'idratazione e l'immissione della terapia necessaria, in taluni casi a seconda delle necessità cliniche un catetere venoso centrale, talvolta il sondinonasogastrico, il drenaggio ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindica- zioni cliniche, la mobilizzazione e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infer- mieristico. Il 2° o 3° giorno verranno rimoss i il sondino nasogastrico (quando poresente) ed il catetere vescicale. Potrà alzarsi e camminare e riprendere ad alimentarsi normalmente. Il drenaggio viene rimosso tra il 3° ed il

5° giorno, dopo di che a seconda delle condizioni generali potrà essere dimesso in uno dei giorni successivi. La degenza in Ospedale totale varia quindi da 6 a 9 giorni.

10. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare, l'assenza di sanguinamento, l'assenza li febbre o di dolore. Si prevederà un giorno, intorno al 10°giorno postoperatorio, per la rimozione dei punti li sutura. All'espletamento dell'esame istologico il paziente verrà contattato per avere un colloquio col nedicourologo. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 30 giorni ed ma dieta equilibrata. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 3 mesi dalla dimissione. A domicilio n caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di rologia. Icontrolli saranno consigliati in sede di dimissione e/o di consegna dell'esame istologico.

NFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento. CONSENSO INFORMATO Confermo: ☐ di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni; ☐ di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesiologico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti; ☐ di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in e che il Dr./Dr.ssa _____ ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito. EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITA' DI INTERPRETE SI Cognome e Nome: SI Cognome e Nome: Quindi ☐ ACCONSENTO di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/PROCEDURA SOPRAINDICATO/A ☐ RIFIUTO di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/PROCEDURA SOPRAINDICATO/A Data:____/____ Firma Genitore o Legale Rappresentante Firma Paziente

Firma Medico

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla