

## SCHEDA INFORMATIVA NEFRECTOMIA RADICALE

### INTRODUZIONE

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per fornire ai pazienti una serie di informazioni utili per dare consapevolmente il loro consenso all'intervento chirurgico proposto.

Un paziente ben informato ed un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono una solida premessa per instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione medico-paziente, che contribuisce al successo dell'intervento descritto.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

### DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

Il **carcinoma renale a cellule chiare** è il più comune tra i tumori renali, rappresentando il 2% di tutti i tumori. Nell'85% dei casi si tratta di un carcinoma a cellule renali, nel 10% dei casi si tratta di carcinoma uroteliale e nel 5% di sarcoma o tumore di Wilms. Si manifesta comunemente in forma sporadica e raramente in forme ereditarie.

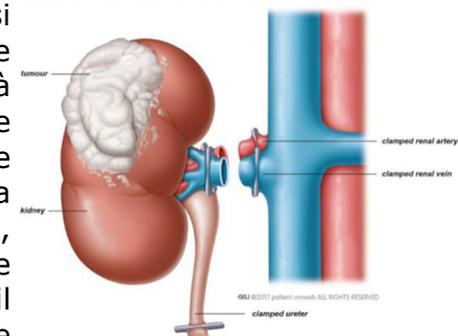
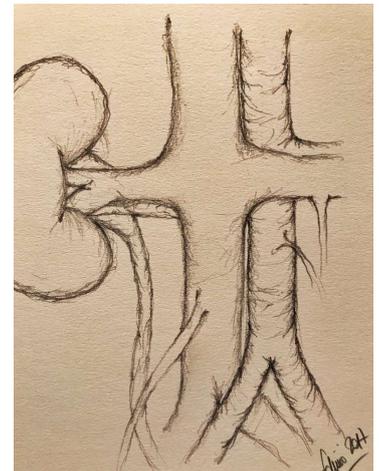
La nefrectomia radicale risulta essere il trattamento migliore per le neoplasie non suscettibili di trattamenti conservativi.

Il suddetto intervento viene anche eseguito per patologie non neoplastiche come nei casi atrofia renale (idronefrotica, da calcolosi, tubercolare o da altra patologia).

### IN COSA CONSISTE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Il trattamento da noi proposto per tale patologia è rappresentato dalla **nefrectomia radicale**.

Tale intervento viene eseguito in anestesia generale. La nefrectomia radicale può essere eseguita con accesso "laparotomico" per via addominale anteriore con incisione xifo-pubica (cioè da sotto lo sterno fino alla sinfisi pubica) o per via lombare (sottocostale). Può essere eseguita con accesso "laparoscopico" creando 4-5 mini accessi alla cavità addominale su cui vengono montati i trocars per la telecamera e gli altri strumenti di lavoro. La procedura prevede l'asportazione del rene con la sua capsula adiposa, previa legatura e sezione degli elementi del peduncolo vascolare dell'organo e dell'uretere che nel caso di una neoplasia uroteliale prevede anche l'asportazione, con accesso laparotomico sotto-ombelicopubico, di una "pastiglia" di mucosa vescicale; in quest'ultimo caso si parla di **nefroureteropapillectomia**. Eventualmente, sulla base delle immagini radiologiche e sui reperti intraoperatori, potrà essere eseguita contestualmente una linfadenectomia regionale ed una surrenalectomia. Nel 4-10% dei carcinomi a cellule chiare è presente una trombosi della vena renale che può estendersi alla vena cava in grado variabile fino a raggiungere, in alcuni casi, anche l'atrio destro. In questi casi l'accesso è laparotomico, e oltre alla suddetta asportazione del rene, viene anche asportato il trombo (**trombectomia**) previa apertura della vena cava che viene poi chiusa con una sutura (**cavotomia e cavorrafia**); nei casi più complessi tale



---

### **SCHEDA INFORMATIVA NEFRECTOMIA RADICALE**

procedura richiede la collaborazione dei Chirurghi Epatobiliari e Cardiochirurghi. L'intervento, che già prevedeva il posizionamento di un catetere vescicale, si conclude con l'eventuale posizionamento di un drenaggio ed eventualmente un sondino nasogastrico. Si segnala come l'intervento previsto per via laparoscopica possa essere convertito in laparotomico o lombotomico, in caso di difficoltà o complicanze intraoperatorie (circa 3.8% dei casi).

L'asportazione del pezzo operatorio, in caso di accesso laparoscopico, verrà effettuata al termine dell'intervento attraverso una piccola incisione addominale, ove risulti più opportuno.

Il dolore, che potrebbe caratterizzare il periodo postoperatorio, verrà adeguatamente trattato.

La degenza è di circa 3-7 giorni, salvo complicanze anche in base alla complessità dell'intervento. Nel caso di un decorso favorevole è auspicabile una dimissione precoce. Nel caso di una nefroureteropapillectomia il Paziente viene dimesso con catetere vescicale in sede da rimuovere dopo circa 10 giorni.

### **RISCHI LEGATI ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO**

Si ricorda che la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche. Il trattamento chirurgico può essere gravato da **complicanze** specifiche, aspecifiche immediate o tardive e che alcune di esse possono richiedere un reintervento.

Si puntualizza, inoltre, che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo rappresentano solamente una parte di tutte le possibili problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della/e procedure chirurgiche e della sua situazione clinica al momento del ricovero.

Le **complicanze specifiche** legate a questo intervento sono:

- complicanze intraoperatorie:
  - **lesioni iatrogene di organi addominali** in circa il 3% dei casi, come fegato, milza, anse intestinali, etc. talora di entità tale da necessitare una modifica del programma chirurgico con la realizzazione, ad esempio, di splenectomia o resezioni intestinali anche con confezionamento di ileostomia-colonstomia temporanea di protezione;
  - **lesioni della pleura** polmonare, nell'accesso lombotomico, con conseguente pneumotorace che può essere gestita con sutura intraoperatoria della breccia o con successivo posizionamento di drenaggio toracico;
  - **sanguinamento** intra-operatorio e conseguenti emotrasfusioni in circa il 3% dei casi;
- complicanze postoperatorie: (complessivamente si riscontrano nel 34% dei casi)
  - **sanguinamento** con anemizzazione circa 3% dei casi inizialmente gestito con emotrasfusioni, successiva eventuale embolizzazione di piccoli foci emorragici e talora con un secondo intervento chirurgico a scopo emostatico e di drenaggio dell'ematoma;
  - **patologie intestinali** nell'11% dei casi (ileo paralitico, occlusione, perforazione ed infarti intestinali) che possono essere gestite conservativamente ma possono anche richiedere un reintervento anche con

---

### **SCHEDA INFORMATIVA NEFRECTOMIA RADICALE**

resezioni di tratti di intestino e possibile confezionamento di ileostomia-colonstomia temporanea di protezione;

- o **insufficienza renale acuta**, di solito transitoria, che potrebbe raramente necessitare di alcune sedute dialitiche.

Le **complicanze generali o aspecifiche** legate ad ogni tipo di intervento sono:

- **febbre**: la febbre è la complicanza più comune. Le cause potrebbero essere imputate a risposta infiammatoria, infezione o reazioni a farmaci;
- **infezione**: seppur attuando tutte le conoscenze scientifiche in termini di prevenzione, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti e delle apparecchiature necessarie durante un intervento chirurgico, le infezioni possono manifestarsi sia a livello locale sia a livello sistemico;
- **emorragia**: per emorragia si intende il sanguinamento della sede di intervento. Questa complicanza può manifestarsi nonostante una corretta condotta operatoria; essa dipende da molteplici fattori tra cui le condizioni generali del paziente;
- **trombosi venosa profonda (TVP)**: la trombosi venosa profonda consiste nella formazione di un coagulo di sangue (trombo) nelle vene soprattutto degli arti inferiori che rallenta, fino in qualche caso a bloccare, la circolazione ematica. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di una o più settimane. Per tale motivo il Paziente verrà mobilizzato precocemente e verrà eseguita una profilassi con eparine a basso peso molecolare e calze elastocompressive, che proseguirà per quattro settimane dopo l'intervento;
- **embolia polmonare**: l'embolia polmonare è una patologia causata dall'ostruzione di una o più arterie polmonari per la migrazione di un trombo; essa può colpire persone di tutte le età e i sintomi possono variare a seconda del paziente. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di una o più settimane;
- **deiscenza della ferita**: nonostante l'adozione di tecniche chirurgiche e presidi adeguati, in rari casi può verificarsi una riapertura spontanea della ferita e la fuoriuscita di visceri dalla stessa. Ciò potrebbe allungare i tempi di guarigione e/o richiedere un reintervento e/o cambiamento del risultato estetico;
- **laparoccele**: il laparoccele è un'ernia addominale tardiva che si può formare in corrispondenza della ferita chirurgica e può necessitare un intervento di ricostruzione della parete;
- **problemi legati alla postura in sala operatoria**: il posizionamento del paziente sul tavolo operatorio cambia in base all'area anatomica da raggiungere, alla tecnica chirurgica impiegata e agli strumenti utilizzati. In alcune posizioni si esercitano pressioni insolite su nervi e/o tessuti di alcuni segmenti corporei (per esempio collo, testa, area cervicale). Per evitare questo tipo di lesioni vengono utilizzati dei presidi appositi; nonostante ciò non è possibile eliminare completamente il rischio di lesioni collegate alla posizione assunta sul lettino operatorio. La maggior parte di queste conseguenze regredisce autonomamente nel tempo o con brevi periodi di riabilitazione; alcune invece potrebbero dare sequele irreversibili;
- **cheloidi**: questa complicanza è dovuta all'eccessiva proliferazione del tessuto fibroblastico che si origina nella sede della ferita;
- **enfisema sottocutaneo**: nei casi operati in laparoscopia esso comporta la presenza di gas sottocutaneo che generalmente si risolve spontaneamente;

**SCHEDA INFORMATIVA NEFRECTOMIA RADICALE**

- **dolore al braccio sinistro:** questa complicanza si presenta solo nel caso di intervento laparoscopico. Il dolore verrà adeguatamente trattato. Questa complicanza generalmente si risolve spontaneamente;
- **subocclusione - occlusione intestinale,** che può essere dinamica o meccanica; l'occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale, viene gestita conservativamente con il mantenimento del sondino nasogastrico e la somministrazione di farmaci peristaltizzanti; l'occlusione meccanica, dovuta al formarsi di briglie aderenziali tra le anse intestinali che ne determinano l'angolazione e ne impediscono il regolare transito del suo contenuto, richiede solitamente il reintervento per la rimozione della causa di occlusione. Talora possono richiedersi resezioni di tratti di intestino anche con confezionamento di ileostomia-colonostomia temporanea di protezione. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di uno o più mesi.

Infine, si sottolinea che la frequenza di complicanze generiche o aspecifiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.), è maggiore in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.).

Lo stato generale del paziente e il conseguente rischio anestesilogico vengono valutati preoperatoriamente; tale rischio non controindica l'intervento, ma deve essere riconosciuto e tenuto in conto sia dai medici sia dal paziente e dai suoi familiari.

**RISCHI/EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA CORRELATI AL RIFIUTO ALL'ATTO SANITARIO**

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono rappresentati dalla progressione della neoplasia, in forma tale da non poter essere trattata in maniera radicale e con esiti potenzialmente fatali.

Nel caso di patologia benigna il mancato trattamento comporta la persistenza o il peggioramento della sintomatologia di base.

<b>Preparazione</b>	G. BETTO
<b>Verifica</b>	UOC Rischio Clinico C. GIROTTO
<b>Approvazione</b>	Direttore UOC Urologia F. DAL MORO
<b>Rev.</b>	Data 05/03/2021

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA del medico proponente/che informa \_\_\_\_\_

FIRMA della persona assistita/paziente \_\_\_\_\_