

SCHEDA INFORMATIVA PROSTATECTOMIA 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.

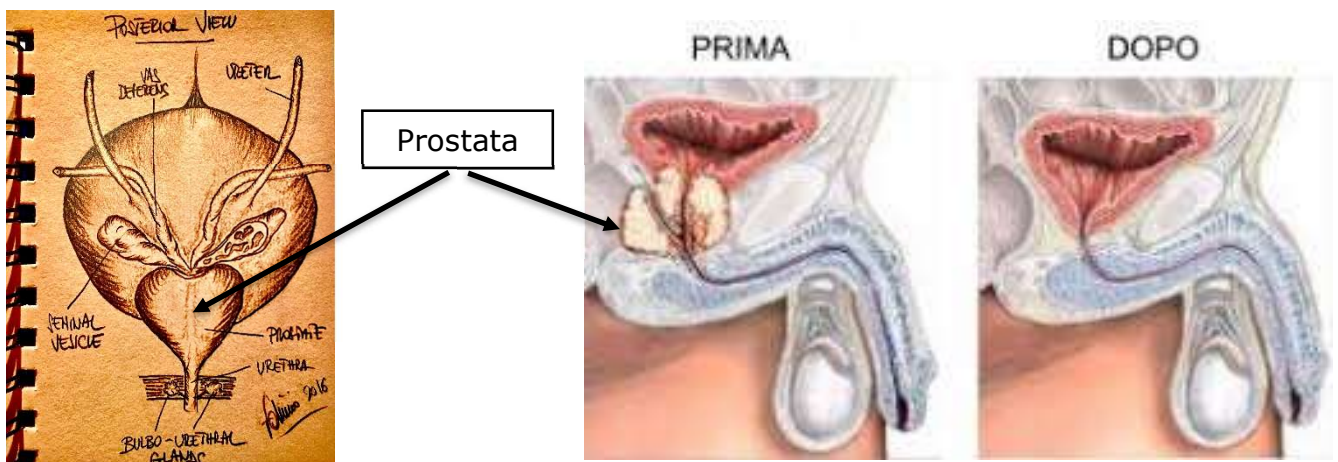
Un paziente ben informato ed un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono una solida premessa per instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione medico-paziente, che contribuisce al successo dell'intervento descritto.

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

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

La neoplasia della prostata rappresenta il tumore maligno più frequente nel sesso maschile. Il più delle volte la diagnosi precoce consente di identificare la malattia quando ancora è limitata alla ghiandola. Grazie all'evoluzione dei sistemi diagnostico terapeutici la sopravvivenza dei pazienti con neoplasia prostatica è continuata ad aumentare negli ultimi 30 anni. Nel 95% dei casi si tratta di un adenocarcinoma.

La neoplasia prostatica è una patologia che può essere trattata con diverse metodiche. Il tipo di trattamento varia a seconda dell'età, delle comorbidità e dello stadio clinico della malattia. Nel caso specifico si propone un intervento di prostatectomia radicale eventuale linfadenectomia pelvica bilaterale laparoscopica robot assistita. L'intervento interferisce con la possibilità di procreare; andrà pertanto valutata una eventuale crioconservazione dei gameti.^{[1][2]}



IN COSA CONSISTE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO

L'**intervento** da noi proposto per tale patologia è rappresentato dalla rimozione totale della prostata (prostatectomia radicale) previa eventuale rimozione dei linfonodi regionali (linfadenectomia). Alla rimozione della prostata seguirà quindi il confezionamento di una anastomosi tra il neocollo vescicale e il moncone di uretra a valle. Tale intervento viene eseguito in anestesia generale, raramente con accesso laparotomico, e solitamente con una procedura "laparoscopica robot-assistita" creando 6 mini accessi alla cavità

SCHEMA INFORMATIVA PROSTATECTOMIA RADICALE

addominale su cui vengono montati i trocar robotici per la telecamera e gli altri strumenti di lavoro.

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

Si segnala come l'intervento previsto per via laparoscopica possa essere convertito in uno laparotomico in caso di difficoltà o di complicanze intraoperatorie.

Al termine dell'intervento verrà posizionato un catetere vescicale ed un eventuale drenaggio addominale.

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

La degenza è di circa 3 giorni, salvo complicanze; il Paziente viene dimesso con catetere vescicale in sede da rimuovere dopo circa 10-15 giorni, in alcuni casi previo controllo radiologico cistografico. Nel caso di un decorso favorevole è auspicabile una dimissione precoce.

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 legate a questo intervento** sono:

- complicanze intraoperatorie:
 - **lesioni della parete del retto** (rare): tali lesioni possono essere prontamente suturate con risoluzione del problema. In taluni casi si renderà necessaria una resezione del segmento intestinale interessato con una colostomia temporanea di protezione con relativa possibile conversione dell'intervento da laparoscopico a laparotomico;
 - **lesioni dei grossi vasi del piccolo bacino** (rare): richiedono un'immediata riparazione chirurgica con possibile conversione dell'intervento da laparoscopico a laparotomico;
 - **lesioni degli ureteri** (rare): richiedono un'immediata riparazione con reimpianto dell'uretere stesso su tutore ureterale. Tale situazione potrebbe richiedere la conversione dell'intervento da laparoscopico a laparotomico;
 - **sanguinamento** intra-operatorio e relative emotrasfusioni;
- complicanze postoperatorie:
 - **sanguinamento** con anemizzazione, inizialmente gestito con emotrasfusioni, eventuale successiva embolizzazione di piccoli foci emorragici e talora con un secondo intervento chirurgico a scopo emostatico e di drenaggio dell'ematoma;

SCHEDA INFORMATIVA PROSTATECTOMIA RADICALE

- o **linforrea**, ovvero prolungata perdita di linfa attraverso i drenaggi, conseguente alla linfadenectomia; di solito si risolve spontaneamente; in qualche caso può determinare la formazione di linfoceli, ovvero raccolte saccate di linfa, che, soprattutto se voluminosi possono richiedere un trattamento con posizionamento di un drenaggio percutaneo;
- o **tributo urinoso da drenaggio**, generalmente dovuto a una non perfetta tenuta idraulica dell'anastomosi uretro-vescicale appena confezionata; solitamente ha una risoluzione spontanea mantenendo il catetere vescicale in sede per un tempo più prolungato;
- o **ostruzione ureterale, con conseguente idroureteronefrosi** (riduzione della funzionalità renale e/o iperpiressia e/o algie al fianco): complicanza rara da possibile ostruzione dello sbocco ureterale in vicinanza dell'anastomosi vescico uretrale. Il trattamento consiste nel posizionamento di drenaggio percutaneo al rene (nefrostomia), che permette da una parte il recupero della funzione renale, dall'altra lo studio dettagliato dell'ostruzione;
- o **formazione di raccolte** ematiche (ematomi) o linfatiche (linfoceli) che eventualmente potrebbero richiedere un drenaggio percutaneo;
- o **disfunzione erettile** che potrebbe essere trattata farmacologicamente;
- o **incontinenza urinaria** solitamente transitoria di durata variabile da poche settimane ad un anno dall'intervento. Solo in rari casi risulta permanente e in questi casi verrà studiata per stabilirne la severità, e quindi il relativo trattamento con tecniche varie, che possono essere farmacologiche, riabilitative, endoscopiche o chirurgiche.

Le **complicanze generali 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

SCHEDA INFORMATIVA PROSTATECTOMIA RADICALE

fuoriuscita di visceri dalla stessa. Ciò potrebbe allungare i tempi di guarigione e/o richiedere un reintervento e/o cambiamento del risultato estetico;

- **laparocele:** il laparocele 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:** essa comporta la presenza di gas sottocutaneo che generalmente si risolve spontaneamente;
- **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:** 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 soprattutto dalla progressione della neoplasia, in forma tale da non poter essere trattata in maniera radicale e con esiti potenzialmente fatali.

SCHEDA INFORMATIVA PROSTATECTOMIA RADICALE

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

DATA _____

FIRMA del medico proponente/che informa _____

FIRMA della persona assistita/paziente _____