



Cistoscopia e resezione transuretrale di neof ormazione vescicale (TURV)

L'esito delle indagini già eseguite (ecografia, urografia, cistoscopia diagnostica) inducono a sospettare la presenza di una neoplasia vescicale.

Il tumore della vescica si presenta generalmente come una neof ormazione aggettante in vescica che spesso può essere asportata per via endoscopica. Non trattare la neof ormazione comporta un grave rischio di progressione locale e a distanza della malattia con conseguente peggioramento della prognosi e pericolo per la vita stessa del paziente.

Il trattamento che si propone consiste nella cistoscopia per confermare la diagnosi e quindi nella resezione della neof ormazione o delle neof ormazioni con il resettore endoscopico.

Non esistono al momento attuale metodiche alternative, né per la diagnosi, né per la terapia, in grado di assicurare risultati superiori o uguali a quelle offerte dalla cistoscopia e dalla resezione endoscopica.

La resezione può essere completa o parziale, a seconda del numero, dell'aspetto e delle dimensioni delle neof ormazioni stesse. Se l'asportazione è completa, la procedura proposta può avere valore terapeutico, se invece è parziale ha valore solo diagnostico.

Il procedimento si esegue attraverso uno strumento, chiamato resettore endoscopico, del diametro di 8-9 mm, che viene inserito attraverso l'uretra fino ad arrivare in vescica. Il resettore è uno strumento rigido, dotato di un'ansa metallica che con il passaggio della corrente elettrica permette di tagliare piccole fette di tessuto; fetta dopo fetta, la neof ormazione o le neof ormazioni possono essere asportate completamente. Se le neof ormazioni risultano particolarmente numerose e/o estese o se infiltrano le pareti della vescica può essere impossibile eseguirne l'asportazione completa.

La procedura dura circa 15-60 minuti, a seconda delle lesioni riscontrate, del loro numero e delle loro dimensioni.

Dopo la cistoscopia si lascia un catetere in sede per 12-24 ore, al fine di controllare l'aspetto dell'urina ed evitare la sovradistensione vescicale a causa di una ritenzione da coaguli, con rischio di ulteriore sanguinamento.

Il procedimento va eseguito in anestesia generale o loco-regionale. La procedura presenta vari rischi e possibili complicanze. Innanzitutto comporta i rischi legati all'anestesia e alle manovre ad essa correlate. Nel corso dell'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- *lesioni dell'uretra*, che generalmente si risolvono spontaneamente;
- *emorragia*, che a volte, anche se raramente, può rendere necessaria una trasfusione di sangue;
- *perforazione vescicale*, che può essere extraperitoneale o intraperitoneale: nel primo caso, soprattutto se è piccola, si risolve mantenendo il catetere per qualche giorno, raramente può richiedere un piccolo intervento per il posizionamento di un drenaggio paravescicale; nel secondo caso, invece, se la lesione è molto piccola può risolversi spontaneamente mantenendo il catetere vescicale per qualche giorno, altrimenti può rendere necessario un intervento chirurgico per riparare le lesioni alla vescica e agli altri organi eventualmente coinvolti;

- *lesione degli osti ureterali*, soprattutto se sono coinvolti dalla neoplasia; può essere opportuno posizionare un cateterino ureterale per favorirne la guarigione;
- *sindrome da riassorbimento*: è una complicanza rara, possibile soprattutto quando l'intervento dura più di un'ora; è dovuta al riassorbimento del liquido di perfusione e può portare a complicanze anche severe, come l'edema polmonare, l'insufficienza renale e l'edema cerebrale, che possono richiedere il trasferimento nel reparto di rianimazione.

Dopo l'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- *ematuria*, che può richiedere l'esecuzione di lavaggi vescicali per rimuovere i coaguli o l'uso del lavaggio continuo per impedirne la formazione;
- *ritenzione urinaria*, dovuta all'ostruzione da parte di eventuali coaguli oppure favorita da preesistenti cause ostruttive, come l'ipertrofia della prostata, di solito si risolve spontaneamente;
- *idroureteronefrosi*, cioè la dilatazione delle alte vie urinarie, dovuta all'evoluzione in senso stenotico di una lesione dell'ostio ureterale;
- *reflusso vescico-ureterale*, come conseguenza della resezione del tratto intravescicale dell'uretere;
- *stenosi dell'uretra*, da lesione della mucosa uretrale da parte dello strumento;
- *infezione urinaria*, favorita dalle manovre strumentali.

NOTE:.....

Consenso informato

Io sottoscritto, preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, certo comunque che un mio eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, acconsento al trattamento proposto. Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

DATA,..... Firma del Paziente: