

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

RESEZIONE LAPAROSCOPICA E MARSUPIALIZZAZIONE LAPAROSCOPICA DI CISTI RENALE

1) DEFINIZIONE

I termini “resezione” e “marsupializzazione” vengono spesso usati come sinonimi: a rigore essi hanno un significato diverso anche se condividono quasi completamente la procedura di realizzazione.

Resezione: asportazione completa o parziale della parete di una cisti renale;

Marsupializzazione: creazione di una comunicazione fra la cavità residua della cisti e la cavità peritoneale;

Laparoscopica: l'asportazione viene realizzata mediante l'effettuazione di piccole incisioni cutanee del diametro di 0,5-1,5cm e l'introduzione, attraverso queste, di strumenti ottici e chirurgici adatti.

2) INDICAZIONI

Il diametro di una cisti di oltre 8cm è causa talora di senso di peso e ballonzolo interno che possono costituire una indicazione alla rimozione.

- Cisti semplici: dolore, ematuria macroscopica, ostruzione della via escrettrice, febbre, ipertensione (casi selezionati);

- Rene policistico: dolore, ematuria macroscopica, ostruzione della via escrettrice, febbre.

Come prima indicazione la resezione laparoscopica è più rara della agoaspirazione e sclerotizzazione per via percutanea; l'indicazione alla procedura laparoscopica è invece più frequente nelle recidive sintomatiche dopo agoaspirazione e sclerotizzazione. L'indicazione è più rara di quella alla agoaspirazione e sclerotizzazione in ragione della maggior complessità della procedura laparoscopica e al fatto che nel rene policistico la recidiva è frequente con qualunque procedura, cosa che induce a proporre la procedura più semplice e meno invasiva; d'altra parte il numero di cisti trattabile per ogni seduta è decisamente maggiore nelle procedure laparoscopiche.

3) DESCRIZIONE DELLA TECNICA

Anestesia generale con curarizzazione ed intubazione per tutte le tecniche laparoscopiche.

Approccio trasperitoneale: introduzione di un apposito ago (generalmente attraverso l'ombelico) nella cavità addominale, che viene distesa insufflando anidride carbonica, in modo da allontanare le pareti addominali dai visceri e creare uno spazio in cui gli organi siano visibili. Allargamento del diametro del tramite fino a 1-1,5cm ed introduzione di una apposita telecamera. Controllando dall'interno con la telecamera, si introducono attraverso 3-4 piccole incisioni cutanee (sempre del diametro di 1-1,5cm) altrettanti strumenti appositi.

Si incide il peritoneo posteriore attraversando l'addome (il peritoneo è una membrana che racchiude i visceri: il rene è un organo posizionato a ridosso della parete posteriore dell'addome, dietro i visceri), si incide il grasso che circonda il rene e si isola la parete della cisti. Si incide la parete della cisti e si svuota il contenuto liquido che viene analizzato.

Si resecta la parete della cisti nella parte che sporge dal rene, con un elettrobisturi o un laser. La parte concava a contatto con il tessuto renale viene risparmiata in quanto facilmente sanguinante (o può essere elettrocoagulata).

I margini circolari dell'incisione vengono elettrocoagulati (o si posizionano clips nei punti maggiormente sanguinanti). Si ricopre la cavità residua con grasso perirenale e si termina la procedura.

Prosecuzione dell'intervento con marsupializzazione (55.31): invece di passare all'ultimo punto precedente, si crea con l'elettrobisturi una finestra nella parete posteriore del peritoneo in modo che la parte di parete della cisti a contatto con il parenchima renale rimanga in comunicazione con la cavità peritoneale: il liquido che può eventualmente continuare ad essere prodotto dalla parte di parete cistica residua si riversa nella cavità peritoneale dove viene riassorbito; questa procedura dovrebbe diminuire la percentuale di recidiva della cisti (studi clinici controllati che dimostrino definitivamente un chiaro vantaggio di questa procedura non sono disponibili).

Approccio retroperitoneale: la cavità addominale contenente i visceri non viene aperta, ma si crea uno spazio nel grasso che circonda il rene dietro i visceri, nella parte posteriore dell'addome. Ciò si realizza tramite una piccola incisione (0,5-1,5cm di diametro) dietro il fianco dal lato interessato, in cui si posiziona un palloncino che viene gonfiato con ½ - 1 litro di liquido. Una volta sgonfiato e rimosso il palloncino si introduce nella cavità neofornata una apposita telecamera e, sotto controllo visivo interno, si posizionano con 2-3 piccole incisioni (sempre 0,5-1,5 cm di diametro) altrettanti strumenti con i quali si effettuano, gli

stessi tempi chirurgici sopra descritti. La differenza risiede quindi nella non necessità di attraversamento dell'addome: in sostanza una invasività ancora minore.

4) PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

- Lassativo;
- Profilassi antibiotica
- Reazione di flocculazione per iatidiosi;
- Eventuale cateterismo dell'uretere e della pelvi renale.

5) DURATA DELL'INTERVENTO

Da 60 a 180 minuti. Maggiori difficoltà nei pazienti obesi.

6) TIPO E DURATA DEL RICOVERO

Dimissione da 1 a 3 giorni dopo l'intervento.

7) RISULTATI

La laparoscopia in Urologia è ancora una procedura poco diffusa ed i risultati non sono generalizzabili. Le procedure effettuate presso centri esperti si sono dimostrate efficaci nella asportazione delle cisti e nella scomparsa dei sintomi. In questi centri la percentuale di successo è vicina al 100%.

8) VANTAGGI

Si tratta di procedure chirurgiche effettuate sotto visione diretta, con tutti i crismi di un intervento a cielo aperto, ma con invasività decisamente inferiore.

Le percentuali di recidiva sono inferiori a quelle delle procedure percutanee (agoaspirazione e sclerotizzazione, resezione percutanea).

9) SVANTAGGI

Maggiore invasività e complessità rispetto alle procedure di agoaspirazione e sclerotizzazione ; procedure da effettuare in centri esperti.

10) EFFETTI COLLATERALI

Nessuno.

11) COMPLICANZE

L'incidenza ed il tipo di complicanze sono estremamente variabili a seconda dei centri e non sono generalizzabili: sono minori nei centri esperti, sia come numero che come gravità.

Sono state descritte: lesioni all'intestino, al fegato, alla milza, alla pleura, all'uretere, alla via escrettrice intrarenale, ematoma perirenale, fistola urinosa.

Nell'1% dei casi può essere presente nella cisti una neoplasia: in questo caso le cellule neoplastiche contenute nel liquido cistico possono diffondere nel campo operatorio. Quest'ultima eventualità è comune a tutte le cisti e a tutte le procedure di rimozione, compreso l'intervento a cielo aperto.

12) ATTENZIONI DA PORRE ALLA DIMISSIONE

Periodo di vita morigerata di 4-5gg. La normale attività può essere ripresa dopo circa una settimana.

13) COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE INSORTE DOPO LA DIMISSIONE

Rivolgersi al Centro dove è stata effettuata la procedura.

14) CONTROLLI

Ecografia a 3 e 6 mesi poi annuale per 3-5 anni.

Il Paziente

Il Medico

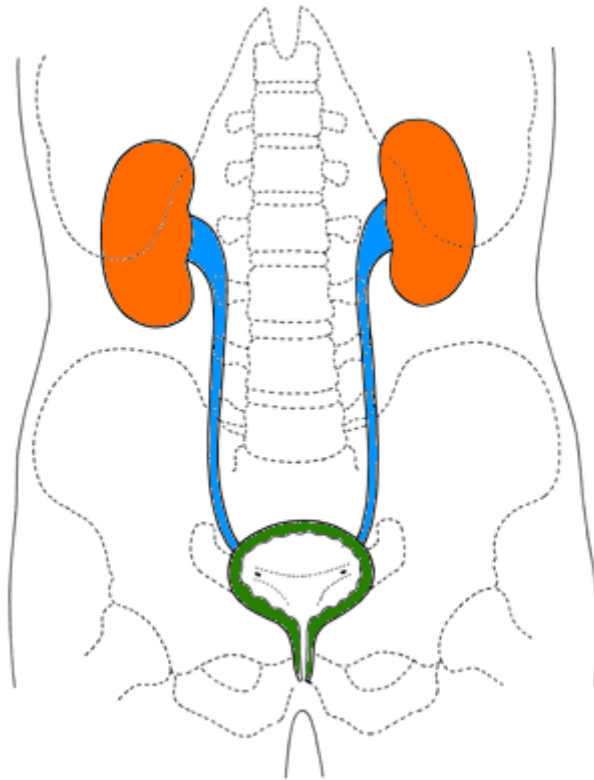
Data.....

il presente modulo di consenso informato è stato realizzato da:



AURO.IT Associazione Urologi Italiani

DESTRO



SINISTRO

MEDICO: _____

PAZIENTE: _____

DATA: _____