

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

NEFROURETERECTOMIA

La nefroureterectomia si esegue in presenza di una neoplasia uroteliale, che interessa il bacinetto renale e/o l'uretere. L'intervento viene eseguito in anestesia generale e può richiedere il posizionamento preoperatorio di un sondino venoso centrale e di un catetere vescicale.

L'intervento può essere eseguito sia con tecnica "open" che con accesso video laparoscopico (posizionamento di 3 o più porte laparoscopiche – insufflazione intraaddominale con CO₂).

In caso di tecnica video laparoscopica l'asportazione del rene e dell'uretere distale avviene attraverso una incisione chirurgica addominale.

Le complicanze possibili sono le medesime per entrambe le tecniche chirurgiche.

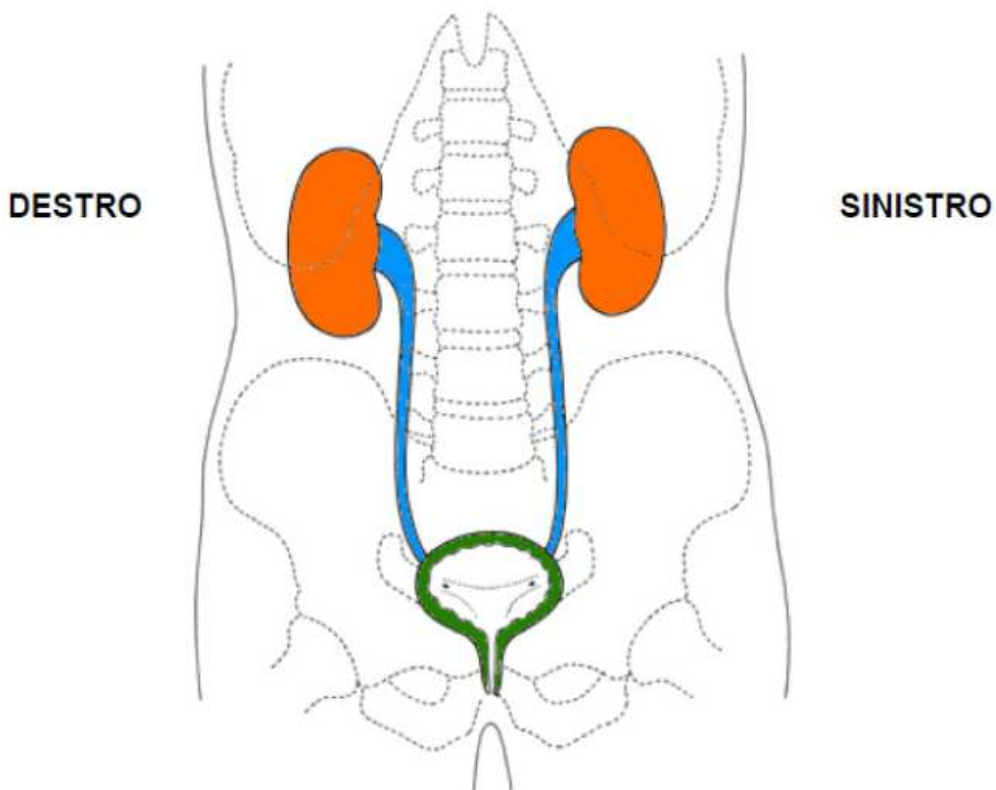
L'accesso chirurgico retroperitoneale prevede un'incisione obliqua sul fianco ed una incisione mediana ombelico-pubica; l'accesso transperitoneale una incisione xifo-pubica.

L'intervento prevede l'asportazione del rene e dell'uretere in toto, compresa una piccola porzione di vescica, dove entra l'uretere. Al termine dell'intervento verrà posizionato un drenaggio nella loggia renale e talvolta un sondino naso-gastrico; il catetere vescicale va mantenuto per circa una settimana. Intraoperatoriamente si possono verificare lesioni del fegato e del duodeno [nefrectomia destra] e della milza [nefrectomia sinistra]. Meno frequenti ma possibili sono lesioni a carico della pleura e dell'ileo e del colon. Queste lesioni vengono trattate contestualmente all'intervento chirurgico con le tecniche appropriate [eventuale splenectomia o resezione epatica]. Eccezionalmente può essere necessario il ricorso ad una derivazione intestinale (colostomia temporanea o definitiva).

L'emorragia può essere una complicanza intra- e post-operatoria e richiedere trasfusioni di sangue, emocomponenti o emoderivati. Questi ultimi sono forniti dal centro trasfusionale e controllati per le malattie infettive a trasmissione ematica note [il predeposito ematico effettuato è rivolto a ridurre/evitare la necessità di trasfusioni di sangue omologo].

Durante l'intervento con tecnica video laparoscopica l'insorgenza di complicanze intraoperatorie se non controllabili con l'accesso laparoscopico può rendere necessaria la conversione dell'intervento in "open" (cioè con accesso chirurgico tradizionale).

Il decorso postoperatorio può essere complicato da patologie intestinali (ileo paralitico, occlusione, perforazione ed infarto intestinale); infettive (sepsi, infezioni urinarie, infezioni della ferita chirurgica, focolai broncopneumonici); tromboemboliche (trombosi venosa profonda, embolia polmonare) e da diastasi della ferita. L'asportazione di un rene può eccezionalmente rendere necessaria l'attuazione di un programma transitorio di dialisi. Alcune complicanze postoperatorie possono richiedere per la loro risoluzione una revisione chirurgica (emorragie, complicanze intestinali, diastasi della ferita). Tale evento si configura in circa l'1% dei casi. Una complicanza tardiva consiste nell'erniazione intestinale attraverso un difetto fasciale che si realizza in corrispondenza della ferita chirurgica (lombocele). La degenza postoperatoria non complicata ha una durata di circa 7-10 giorni.



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 al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze.

.....

Il Paziente Il Medico

Data.....