

A.O.U. Policlinico Tor Vergata
U.O.S.D. Urologia Robotica e Mini-Invasiva
Responsabile prof. Pierluigi Bove

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Plastica del Giunto Pielo-Ureterale (Pieloplastica)

Io sottoscritto/a

nato a

il / /

sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa

in modo completo ed esaustivo:

- della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione;
- dei potenziali benefici del trattamento;
- delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici;
- delle possibilità di insuccesso;
- dei rischi particolari legati al mio caso;
- dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- dei tempi e delle modalità di recupero;
- delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/terapeutico propostomi, compresi il non trattamento e gli annessi rischi e benefici;
- delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo da parte del paziente in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni

più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaustive e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito nel presente documento sono indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per renderle comprensibile ed essenziale l'esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili o nel richiedere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COS'È LA PLASTICA DEL GIUNTO PIELO-URETERALE?

Il giunto pieloureterale è quel tratto di via urinaria che collega il bacinetto renale all'uretere. Per sindrome del giunto pieloureterale si intende qualsiasi anomalia che ne alteri la funzione. Poiché l'urina prodotta dal rene viene trasportata attivamente attraverso onde (peristalsi) che partono dal calice attraversano il bacinetto e l'uretere fino in vescica, le anomalie del giunto alterano la peristalsi e ostacolano il passaggio dell'urina. Le alterazioni che possono originare la sindrome del giunto possono essere congenite o acquisite, primitive o secondarie ad altre patologie od interventi. Le principali sono:

- Impianto alto dell'uretere nel bacinetto
- Briglie che bloccano il giunto
- Vaso anomalo che ancora il giunto
- Stenosi intrinseca del giunto stesso.

Indipendentemente dalla causa la sindrome del giunto è una condizione critica per la funzione renale: l'ostacolo al deflusso dell'urina provoca alta pressione a monte (bacinetto e calici) dilatando bacinetto e calici, rallentando il flusso con cui l'urina viene filtrata; col passar del tempo ed il progredire dell'ostruzione si assottiglia il parenchima (la parte funzionale) del rene fino alla sua completa distruzione. Pertanto occorre correggere l'ostacolo per

ripristinare la corretta canalizzazione attraverso un intervento che viene definito come plastica del giunto pieloureterale ovvero pieloplastica.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Alla diagnosi si arriva sia per reperto accidentale in corso di ecografie eseguite per altri motivi, sia per sintomi spontanei o conseguenti a traumi: coliche renali, dolore al fianco o all'addome, senso di peso, infezioni delle vie urinarie. In ogni caso è opportuno che la diagnosi sia confermata con una uro-TC. Qualora esistano controindicazioni alla TC, la Risonanza Magnetica (RM) rappresenta un'alternativa di pari dignità diagnostica. Inoltre per valutare la funzionalità specifica del rene e monitorarne postintervento il recupero è opportuno eseguire una scintigrafia renale sequenziale.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli esami preoperatori: il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesilogica ed il controllo urologico.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Dovrà essere sottoposto alla depilazione di torace ed addome. Dovrà essere richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera dell'intervento e per tutta la durata della degenza) nonché una terapia gastroprotettiva.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO?

L'intervento che è indicato proporre nel suo specifico caso è la pieloplastica dopo distacco (tecnica secondo Anderson-Hynes). Si tratta di un intervento che prevede la rimozione del giunto affetto da ostruzione insieme all'eventuale tessuto del bacinetto o dell'uretere che risultassero coinvolti dalla sindrome. L'intervento, che viene eseguito in anestesia generale è condotto in decubito laterale sul fianco può essere eseguito sia a cielo aperto che con tecnica mini-invasiva (laparoscopica o robot-assistita).

TECNICA MINI-INVASIVA (LAPAROSCOPICA o ROBOT-ASSISTITA):

- Posizionamento di catetere ureterale per via endoscopica.
- Incisione cutanea a livello periombelicale, divaricazione dei muscoli e scollamento digitale del peritoneo.
- Posizionamento dei trocar, insufflazione di CO₂ e creazione dello pneumoperitoneo
- Allestimento del sistema robotico (in caso di procedura robot-assistita)
- Apertura della loggia renale ed isolamento del rene dal grasso che lo circonda.
- Isolamento dell'uretere e del bacinetto.
- Sezione del giunto e asportazione del tessuto alterato.
- Plastica del bacinetto e dell'uretere e ricostruzione della giunzione pieloureterale.
- Drenaggio in loggia renale.
- Deflazione dello pneumoperitoneo e rimozione dei trocar
- Sutura delle brecce cutanee.
- Sostituzione del catetere ureterale con catetere autostatico a doppio J.
- Posizionamento di catetere vescicale.

TECNICA A CIELO APERTO:

- Incisione lombare posteriore al margine mediale del quadrato dei lombi e scollamento del peritoneo.
- Apertura della loggia renale ed isolamento del rene dal grasso che lo circonda.

- Isolamento dell'uretere e del bacinetto.
- Sezione del giunto e asportazione del tessuto alterato.
- Posizionamento endoluminale di catetere autostatico a doppio J tra il bacinetto e la vescica.
- Plastica del bacinetto e dell'uretere e ricostruzione della giunzione pieloureterale.
- Drenaggio in loggia renale.
- Sintesi a strati della parete.
- Posizionamento di catetere vescicale.

6. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata dell'intervento laparoscopico è di circa 2 ore, poco più di un'ora per quello a cielo aperto.

7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Quando esistono, a causa della sindrome del giunto pieloureterale, attuali o potenziali danni alla funzione del rene, indipendentemente dalla morfologia, la sindrome del giunto richiede un intervento di correzione. In alternativa alla pieloplastica dopo distacco esistono tecniche endoscopiche. La differenza tra le due è che le tecniche endoscopiche, condotte o attraverso l'uretere o attraverso un accesso lombare percutaneo, prevedono l'incisione interna del giunto e la sua intubazione con un tutore a doppio J, quindi senza rimozione del tessuto alterato, mentre, come descritto al punto 5, le tecniche sia laparoscopiche che a cielo aperto di pieloplastica dopo distacco prevedono la rimozione del tessuto alterato e la ricostruzione della via escrettrice. Le tecniche endoscopiche hanno percentuali di successo intorno al 70%, mentre le tecniche di pieloplastica dopo distacco superano il 90% di successi.

8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Le complicanze più frequenti (fino al 5%) sono rappresentate dalla raccolta di urina in loggia per fistola urinosa. Sono presenti anche complicanze di tipo infiammatorio. La conversione della via laparoscopica alla chirurgica può essere necessario nel 2% dei casi. Nel 2% dei casi esiste la possibile

formazione di cicatrice esuberante a livello della plastica con recidiva dell'ostruzione.

9.COSA SUCCEDE DOPO L'INTERVENTO?

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi per l'idratazione e l'immissione della terapia necessaria, il drenaggio ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche, la mobilizzazione e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico. Tra il 1° ed il 3° giorno verrà rimosso il catetere vescicale. Potrà quindi camminare e riprendere ad alimentarsi normalmente. Il catetere vescicale viene rimosso il 7° giorno postoperatorio e quindi potrà essere dimesso. La degenza in Ospedale è quindi di circa 7 giorni. Il tutore/catetere interno a doppio J dovrà essere rimosso con una cistoscopia ambulatoriale dopo 20-30 giorni dall'intervento.

10. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare, l'assenza di sanguinamento, l'assenza di febbre o di dolore. Si prevederà un giorno, intorno al 10° giorno postoperatorio, per la rimozione dei punti di sutura. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 10 giorni ed una dieta equilibrata. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 1 mese dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di urologia.

I controlli saranno consigliati in sede di dimissione: tra questi saranno presenti l'urinocoltura, l'ecografia renale e la scintigrafia renale sequenziale. Sarà comunque opportuno programmare una data per la rimozione del tutore/catetere interno a doppio J a 20-30 giorni dall'intervento.

11. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

A parte i dolori colici è prevedibile un progressivo deterioramento della funzione del rene interessato.

Informazioni sulla struttura

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Considerazioni speciali

Le infezioni sistemiche e delle ferite chirurgiche superficiali e profonde **non sono del tutto evitabili** nonostante la correttezza delle procedure di prevenzione e delle terapie specifiche.

La loro incidenza tra l'altro è in aumento a causa della **resistenza del numero dei germi** che non rispondono più agli antibiotici.

Le infezioni possono portare a morte.

Nel Suo caso possono avere una **negativa influenza** i seguenti aspetti o comorbidità:

.....
.....

La presenza di queste Sue situazioni oggettive determina un'**incidenza di complicanze di tipo infettivo** che possono avvenire nell'immediato post-operatorio o anche durante il primo anno post-intervento.

Pertanto, viste le condizioni cliniche di cui sopra, il Suo rischio infettivo è da considerarsi:

☐ basso ☐ medio ☐ alto

Sulla base della mia esperienza professionale il rischio dell'intervento proposto in termini di complicanze e/o mortalità può essere valutato in

☐ basso ☐ medio ☐ elevato ☐ molto elevato

In maniera esaustiva ho informato il Sig./Sig.ra dei motivi della scelta terapeutica proposta ed i vantaggi e svantaggi che questa scelta potrà determinare sulla sua aspettativa di vita e la qualità della stessa, soffermandomi particolarmente sulle aspettative che il paziente si attende dall'opzione terapeutica proposta e quelle che nel suo caso specifico si potranno ottenere:

.....
.....

Relativamente ai risultati attesi sopra indicati le possibilità di successo sono

☐ molto alte ☐ alte ☐ medie ☐ basse

Ho discusso in maniera approfondita le complicanze ed i rischi dell'atto medico proposto anche in relazione alla mia esperienza e alla tecnica utilizzata, in particolare sono state affrontate le seguenti problematiche che potrebbero essere causa di peggioramento della qualità della vita, invalidità permanente e di morte:

.....
.....

C'è da tener presente, comunque, che l'elenco delle complicanze sono quelle più frequenti e statisticamente riscontrate. Tale elenco però non deve ritenersi esaustivo in quanto possono intervenire anche complicanze diverse sicuramente meno frequenti delle quali è estremamente difficoltoso poter elencare specificamente.

Dichiaro di aver compreso le informazioni ricevute in lingua italiana (se straniero specificare la lingua utilizzata):

.....

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesilogico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in:

.....

e che il Dr./Dr.ssa

ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITÀ DI INTERPRETE

Cognome e Nome:

Firma:

Quindi

☐ ACCONSENTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

☐ RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/
PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

Data: / /

Firma del Genitore o del Legale Rappresentante

Firma del Paziente

Firma del Medico