

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

**Consenso informato\* per intervento chirurgico:**  
**Ureteroneocistostomia**

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 L'URETERONEOCISTOSTOMIA?**

Ogniqualvolta sia necessario asportare un pezzo dell'uretere distale (la parte più vicina alla vescica) perché risulta degenerato, infiammato, ristretto o danneggiato, occorre applicare una tecnica per ricostruire la continuità tra l'uretere rimasto e la vescica. Questa tecnica si chiama ureteroneocistostomia (anche detto "reimpianto ureterale"), ovvero una stomia (connessione) nuova ("neo") tra uretere e vescica.

Quando possibile, si avrà cura di ricostruire i meccanismi anti-reflusso simili a quelli naturali.

Quest'ultimo punto è molto importante per la conservazione a lungo della funzione residua del rene da cui origina l'uretere danneggiato.

Qualora l'uretere rimasto fosse troppo corto, si può mobilizzare la vescica e fissarla al muscolo psoas (psoas hitch) così da recuperare parecchia della lunghezza persa nella resezione ureterale. La resezione dell'uretere distale ed il suo reimpianto possono essere eseguiti sia a cielo aperto che in laparoscopia.

L'indicazione a quale delle due tecniche conviene attenersi viene data dalla situazione clinica del paziente e dalle condizioni locali dei tessuti, ma soprattutto dalla causa che ha portato l'uretere a dover essere resecato.

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

Al sospetto di idronefrosi da lesione dell'uretere si arriva sia per reperto accidentale in corso di ecografie eseguite per altri motivi, ma soprattutto per sintomi e segni di cui il dolore, la febbre, l'ematuria rappresentano i più frequenti. Inoltre, spesso, alla diagnosi si arriva considerando la storia clinica: pregressi interventi, malattie, o terapie possono essere state la causa del danno all'uretere.

Comunque la diagnosi che indichi la necessità dell'intervento di ureterocistoneostomia deve essere fatta con una TC multistrato di addome e pelvi eseguita con il mezzo di contrasto e pose sia angiografie che tardive (urografie). Qualora esistano controindicazioni alla TC, la Risonanza Magnetica (RM) con mezzo di contrasto paramagnetico rappresenta un'alternativa di pari dignità diagnostica.

## **3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?**

Prima del ricovero verranno eseguiti gli esami pre-operatori: 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 anestesiológica ed il controllo urologico.

## **4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?**

Il paziente verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, o la sera precedente, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima e consumare una cena leggera la sera precedente. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà che il paziente abbia effettuato in modo adeguato le procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Il paziente dovrà essere sottoposto alla depilazione di torace ed addome. Gli verrà chiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Sarà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. in camera. 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'ureterocistostomia è un intervento che può essere eseguito totalmente per via laparoscopica, robotica oppure a cielo aperto, a seconda delle caratteristiche della malattia e delle condizioni vie escrettrici. In ogni caso, i tempi chirurgici sono simili:

- Incisione cutanea ombelico-pubica (tecnica a cielo aperto), oppure inserimento degli strumenti attraverso 4 trocar cutanei (tecnica laparoscopica o robotica).
- Liberazione della vescica, scollamento del peritoneo ed individuazione dell'uretere.
- Isolamento di tutto l'uretere dal bacinetto fino al tratto lesso.
- Resezione del tratto di uretere danneggiato, aprendo la vescica se necessario per completare l'asportazione dello sbocco ureterale in vescica.
- Apertura e liberazione ulteriore della vescica nel caso che debba essere sospesa allo psoas.
- Ancoraggio della vescica allo psoas quando necessario.
- Anastomosi del moncone ureterale alla vescica dopo aver costruito un tunnel sottomucoso che rappresenta la tecnica anti-reflusso.
- Quando venga richiesto dalle condizioni dell'uretere si lascia un tutore-catetere ureterale che fuoriesce dalla breccia cutanea per garantire il deflusso dell'urina e la rettilineità del tragitto.
- Sutura della vescica.
- Posizionamento di drenaggio prevescicale.
- Sintesi a strati della ferita.

## **6. QUANTO DURA L'INTERVENTO?**

La durata varia da 60 a 120 minuti e dipende oltre che dall'accesso e dalla tecnica utilizzata anche dalle caratteristiche fisiche di uretere e vescica.

## **7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?**

Non esistono alternative a questo tipo di intervento: la necessità di resecare un pezzo di uretere e di reimpiantare l'uretere residuo è dettata dal fatto che l'uretere danneggiato non può essere riparato in modo conservativo: o perché il tentativo conservativo è già stato percorso ed è fallito o perché la malattia non permette una conservazione dell'uretere.

## **8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?**

Le complicanze di questo tipo di intervento sono basse e generalmente inferiori all'1%: possibilità di reinterventi per fistole o sanguinamenti sono remote, rare ma possibili complicanze settiche trattabili con terapia conservativa. Le complicanze generiche possono essere ricondotte al rischio di complicanze comuni a tutti gli interventi chirurgici, nonostante i controlli e le profilassi, quali infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, embolia polmonare, polmonite, tromboflebite.

## **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, in taluni casi a seconda delle necessità cliniche un catetere venoso centrale, il drenaggio ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche, un'alimentazione leggera e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico, e riprendere ad alimentarsi normalmente. dal 3° giorno postoperatorio. Il drenaggio viene rimosso il 3° o 4° giorno, mentre il catetere viene mantenuto generalmente per 7 giorni. Quindi la degenza in Ospedale totale varia da 5 a 7 giorni.

## **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. All'espletamento dell'esame istologico il paziente verrà contattato per avere un colloquio col medico urologo. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 30 giorni ed una dieta equilibrata.

L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 3 mesi dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti il paziente dovrà contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione e/o di consegna dell'esame istologico. Spesso dovrà essere effettuato un controllo TC (o RM) di addome e pelvi a 6 mesi dall'intervento.

## **11. CHE COSA ACCADE SE IL PAZIENTE NON SI SOTTOPONE ALL'INTERVENTO?**

È prevedibile una progressiva perdita della funzione del rene omolaterale (dallo stesso lato) all'uretere lesionato. La perdita funzionale sarà tanto più rapida in presenza di pielonefriti acute.

### **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 .....