

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

Consenso informato* per intervento chirurgico:
Resezione Transuretrale di Lesione Vescicale (TURB)

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 UNA LESIONE VESCICALE?

Per lesione vescicale si intende un'alterazione della normale struttura della vescica. In particolare si intende qualsiasi alterazione che modifica l'epitelio (= il rivestimento interno) della vescica. Queste alterazioni si presentano generalmente in forma vegetativa e sono chiamati polipi della vescica, ma possono presentarsi anche in forma piatta. Sono di fatto delle neoformazioni o tumori che dir si voglia. Occorre però sottolineare che benché si tratti di tumori, questi non hanno tutti lo stesso comportamento né la stessa importanza clinica, indipendentemente dalla forma: infatti possono essere polipi benigni episodici, oppure polipi a basso grado che recidivano in vescica ma che non hanno potenziale di malignità, oppure lesioni ad alto grado che possono recidivare e diffondersi, o ancora tumori ad alto grado che infiltrano la parete. Solo l'asportazione della lesione e del tessuto adiacente consentirà di identificarne la natura e procedere o meno ad una terapia adeguata alle circostanze.

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

L'ematuria macroscopica senza dolore è il sintomo più frequente con cui si presenta un tumore della vescica. Il complesso sintomatologico costituito da irritabilità vescicale, aumentata frequenza minzionale, minzione imperiosa e stranguria è meno comune. Anche l'ematuria microscopica può sottendere la

presenza di un tumore della vescica. A seguito di questi sintomi si esegue un'ecografia che può dimostrare la presenza di un polipo vescicale. Talvolta viceversa si tratta di diagnosi occasionali in seguito ad un'ecografia eseguita per altra causa. Se l'ecografia o altre tecniche di immagini (TC o RMN) non dimostrano alterazioni della vescica occorre eseguire una cistoscopia che dimostrerà la lesione che tecniche meno invasive non sono state in grado di dimostrare.

Quando si identifica la lesione occorre sottoporsi alla resezione transuretrale della stessa sia a scopo terapeutico (eliminare la causa di sanguinamento o di crescita della lesione) sia a scopo diagnostico per conoscerne il grado (alto o basso) indice o meno di aggressività biologica, e lo stadio, cioè l'infiltrazione o meno dei tessuti vescicali. Questi dati vengono forniti dall'esame istologico del tessuto asportato.

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) e la visita anestesiológica.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato in genere 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 richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO E CHE TIPO DI ANESTESIA VERRÀ PRATICATA? COSA AVVERRÀ DURANTE LA DEGENZA?

La resezione trans-uretrale della vescica (o TURBT o TURV) consiste nell'asportazione della lesione o delle lesioni nonché delle porzioni di vescica che ospitano la lesione utilizzando un resettore, cioè uno strumento che introdotto attraverso l'uretra, il canale che porta all'esterno l'urina, rimuove "a

fette" il tessuto per mezzo della corrente a radiofrequenza. L'intervento dura in genere 30 minuti. La procedura è eseguita in anestesia spinale o generale. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica.

Dopo l'intervento viene posizionato un catetere vescicale con possibilità di lavaggio continuo della vescica. Dalla sera stessa dell'intervento potrà riprendere ad alimentarsi con una cena leggera. Dal giorno successivo all'intervento potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico.

6. QUALI SONO I RISULTATI DELL'INTERVENTO?

L'intervento permette sempre l'identificazione della lesione e la sua classificazione in:

- Polipo benigno,
- Tumore superficiale di basso grado,
- Tumore superficiale di alto grado (questo richiede in genere una ulteriore resezione a 30 giorni circa di distanza),
- Tumore ad alto grado infiltrante (questo richiede in genere ulteriori terapie).

7. QUALI SONO LE ALTERNATIVE A QUESTO INTERVENTO?

Non esistono alternative a questo tipo di intervento che rappresenta l'unico passo obbligato diagnostico e terapeutico in presenza di una lesione vescicale.

8. QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE E LE COMPLICANZE?

CONSEGUENZE:

- La perforazione vescicale, spesso volontariamente provocata per asportare completamente la lesione. Generalmente si risolve con qualche giorno di permanenza in più del catetere. Rarissimamente richiede un ulteriore intervento.

- La resezione dello sbocco ureterale in vescica quando interessato dalla lesione: questo può richiedere il posizionamento di un drenaggio interno all'uretere per impedire la stenosi e la conseguente dilatazione dell'uretere (idronefrosi).

COMPLICANZE:

- Ematuria con necessità di trasfusione nel 8-12% dei casi,
- Infezioni urinarie nel 10% dei casi,
- A distanza dall'intervento può comparire la stenosi (restringimento) dell'uretra nell'1% dei casi la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento,
- La ritenzione di urina, quando preesiste una patologia prostatica che viene esacerbata dall'intervento: generalmente si risolve con qualche giorno ulteriore di catetere e terapia medica adeguata,
- Epididimiti acute (infezioni dei testicoli),
- Febbre,
- Devono essere poi messe in conto complicanze di ordine generale come la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, che peraltro vengono prevenute con profilassi e controlli.

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 complicate 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 complicate 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 complicate 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 anestesologico 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