

**INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI  
CANDIDATI A INTERVENTO DI  
ESPLORATIVA RENALE E TUMORECTOMIA /  
NEFRECTOMIA ROBOTICA  
CON SISTEMA DA VINCI**

**PROF. FRANCESCO MONTORSI**

**DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA  
OSPEDALE SAN RAFFAELE  
PROFESSORE ORDINARIO DI UROLOGIA  
DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN UROLOGIA  
UNIVERSITÀ VITA SALUTE SAN RAFFAELE – MILANO**



## Sommario

<b>Lista di attesa pre-intervento .....</b>	<b>4</b>
<b>Preparazione all'intervento chirurgico .....</b>	<b>5</b>
➤ Esami e valutazioni specialistiche .....	5
➤ Terapie anti-coagulanti / anti-aggreganti .....	6
➤ Raggiungere il proprio peso ideale .....	6
<b>Anestesia .....</b>	<b>10</b>
<b>Cenni di tecnica chirurgica .....</b>	<b>13</b>
<b>Decorso post-operatorio .....</b>	<b>16</b>
<b>Possibili complicanze .....</b>	<b>17</b>
➤ Complicanze intra-operatorie:.....	17
➤ Complicanze post-operatorie:.....	18
<b>Consigli alla dimissione .....</b>	<b>19</b>
➤ Follow-up nefrologico .....	19
➤ Alimentazione.....	20
➤ Attività fisica .....	20
➤ Problematiche generali.....	21
<b>Esame istologico definitivo .....</b>	<b>24</b>
<b>Follow-up e terapie adiuvanti .....</b>	<b>25</b>
<b>Consenso informato.....</b>	<b>26</b>

Gentile Paziente,

dopo attenta valutazione di tutta la Sua situazione clinica, Lei è stato candidato ad intervento chirurgico di esplorativa renale robotica mediante sistema Da Vinci. Siamo lieti che Lei abbia accettato di essere ricoverato per questo motivo presso il Nostro Dipartimento dove ogni anno vengono eseguiti circa 200 interventi per patologia oncologica renale. L'esperienza che abbiamo accumulato negli anni nell'esecuzione di questo intervento è tra le prime in Europa e ci auguriamo che Lei si senta rassicurato da questo dato di fatto.

Con questo documento desideriamo riassumere le informazioni che a Nostro giudizio sono indispensabili che Lei conosca prima di essere ricoverato. Esse sono volte a renderLa consapevole della problematica clinica da cui è affetto, dell'approccio chirurgico che intendiamo seguire e delle sue eventuali complicanze, per ottenere la Sua completa guarigione in tempi rapidi.

## Lista di attesa pre-intervento

Il Dipartimento di Urologia dell'Università Vita Salute San Raffaele è noto in tutto il mondo per l'elevato numero e per la qualità delle procedure chirurgiche eseguite ogni anno. Di conseguenza le richieste di ricovero per questo problema sono estremamente numerose. Nonostante ogni giorno siano attive 3 sale operatorie esclusivamente dedicate ai pazienti urologici, esiste una lista di attesa non breve per essere ricoverati.

Vogliamo rassicurarLa sul fatto che la serietà di ogni singolo caso è sempre presa in considerazione attentamente e che viene sempre fatto tutto il possibile per ridurre i tempi di attesa. È cura dell'Ufficio Ricoveri del nostro Dipartimento chiamare i pazienti in lista di attesa e programmare il loro ricovero.

Lei può essere ricoverato presso il Nostro Dipartimento sia con il Sistema Sanitario Nazionale sia privatamente. La qualità dell'intervento chirurgico e dell'assistenza medica durante il ricovero sono eccellenti in entrambe le condizioni di ricovero. L'Ufficio Ricoveri Le spiegherà le differenze in termini di lunghezza delle liste di attesa, camere utilizzate durante il ricovero, possibilità di scegliere il chirurgo che eseguirà l'intervento, e costi.

## Preparazione all'intervento chirurgico

### ➤ Esami e valutazioni specialistiche

Prima dell'intervento chirurgico il paziente è attentamente valutato mediante le seguenti indagini:

- **Esami di laboratorio**
- **Elettrocardiogramma e visita cardiologica:** se Lei è già seguito da uno specialista cardiologo di Sua fiducia è bene che venga rivisto dal medesimo medico. La valutazione cardiologica deve essere eseguita nei 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico.
- **Visita anestesiológica,** durante la quale:
  - viene accertata l'idoneità del paziente all'intervento;
  - potrebbero essere richieste ulteriori valutazioni specialistiche di approfondimento;
  - vengono concordate eventuali modifiche o sospensioni delle terapie croniche
- **Rx torace** (se non eseguita recente TAC toraco-addominale)

Questi accertamenti vengono eseguiti o in regime ambulatoriale prima del ricovero, o al momento dell'ingresso in reparto.

In chirurgia robotica è ormai molto ridotta la necessità di ricorrere a trasfusioni di sangue. Di conseguenza non si richiede più la disponibilità di sacche di sangue a livello pre-operatorio: viene eseguito semplicemente, all'ingresso in reparto, un test tramite prelievo ematico detto "Type and Screen", che serve per eventuale compatibilità rapida di

sacche di sangue. Nell'esperienza del San Raffaele la necessità di eseguire trasfusioni di sangue risulta decisamente infrequente.

➤ Terapie anti-coagulanti / anti-aggreganti

Quando entrerà in contatto con l'Ufficio Programmazione Ricoveri del Nostro Dipartimento, **è estremamente importante che Lei segnali se stia eseguendo terapie con farmaci ad azione anti-aggregante** (tipo *Aspirinetta<sup>®</sup>*, *Cardioaspirina<sup>®</sup>*, *Plavix<sup>®</sup>*, *Ascriptin<sup>®</sup>*, *Ibustrin<sup>®</sup>*, *Ticlopidina<sup>®</sup>*, *Tiklid<sup>®</sup>*, *Pletal<sup>®</sup>*, o similari), **oppure anti-coagulanti** (tipo *Coumadin<sup>®</sup>*, *Sintrom<sup>®</sup>*, o similari), **la cui sospensione e/o sostituzione deve essere eseguita sotto direttive del medico curante o dell'anestesista.**

In particolare, in caso di terapia anti-coagulante (per esempio *Coumadin<sup>®</sup>*, *Sintrom<sup>®</sup>*, o similari), è necessario sostituirla con eparina a basso peso molecolare da somministrare sotto cute secondo indicazione dell'anestesista o del proprio Centro della Coagulazione di riferimento. Nel caso questa terapia non fosse segnalata per tempo e quindi interrotta, sarebbe necessario rimandare l'intervento e si perderebbe tempo prezioso per la Sua salute!

➤ Raggiungere il proprio peso ideale

Per facilitare l'esecuzione corretta dell'intervento chirurgico ed in particolare ottimizzare i risultati in termini di rimozione completa della malattia tumorale, è importante che il paziente arrivi in sala operatoria con un peso corporeo il più vicino possibile a quello ideale.

**Quasi tutti i pazienti presentano un sovrappeso di partenza più o meno importante ed è importante osservare le seguenti regole nel corso delle 4-8 settimane precedenti l'intervento.**

Alimenti consentiti:

- Almeno due litri di acqua (possibilmente non gasata) al giorno;
- Pane, pasta e riso integrali; orzo, farro; fiocchi di cereali integrali e non zuccherati;
- Latte e yogurt parzialmente scremati o scremati;
- Formaggi: ricotta, quartirolo, fiocchi di latte massimo 1-2 volte a settimana;
- Carne bianca, vitello, tacchino, coniglio parte magra; pollame senza pelle; carne rossa al massimo 1 volte a settimana;
- Affettati: prosciutto cotto, crudo, bresaola, arrosto freddo di tacchino, purché sgrassati e non più di 1-2 volte alla settimana;
- Legumi almeno 3 volte alla settimana;
- Olio di oliva ed oli vegetali insaturi (mais, girasole, arachide);
- Limitare il consumo di frutta a 2-3 porzioni al giorno; banana, fichi, cachi, uva, mandarini, frutta secca ed essiccata vanno consumati in maniera limitata e in porzioni più piccole rispetto agli altri tipi di frutta.
- Assumere almeno 2 porzioni da 200gr di verdura al giorno. Attenzione: le patate non sono verdura, e vanno consumate in sostituzione totale di pane e pasta, meglio se consumate al forno o lesse.

### Alimenti da limitare e possibilmente da evitare:

- Birra, vino, liquori, grappe, cocktail con alcool (sostituire con acqua, succo di pomodoro o verdure);
- Bibite gassate dolcificate;
- Succhi di frutta (anche quelli senza zucchero aggiunto);
- Dolci, torte, bomboloni, pasticcini, gelati, sorbetti, gelatine di frutta;
- Cornflakes zuccherati;
- Caramelle, cioccolato, zucchero, miele, marmellate;
- Frattaglie, insaccati, parti grasse delle carni, hamburger;
- Latte intero o condensato, yogurt intero, formaggi grassi e semimagri oltre le frequenze consigliate;
- Grassi animali: burro, lardo, strutto, maionese, panna;
- Prodotti da forno contenenti la dizione "grassi vegetali" (se non altrimenti specificato generalmente si tratta di oli vegetali saturi: palma, cocco).

Si ricorda inoltre l'importanza della grammatura delle porzioni assunte dei singoli alimenti. Ad esempio, si raccomanda una porzione di pasta corrispondente a 80-90 gr, una porzione di carne corrispondente a 120 gr e una porzione di pesce corrispondente a 180 gr.

E' inoltre fondamentale svolgere esercizio fisico in modo regolare: almeno trenta minuti al giorno di attività fisica aerobica moderata (camminare a passo spedito o andare in bicicletta), corrispondente a



circa 10.000 passi al giorno. Per più ampi benefici per la salute si può aumentare gradualmente l'attività fisica aerobica di moderata o alta intensità.

Nella nostra esperienza, queste regole consentono di perdere peso prima dell'intervento. Il calo ponderale si traduce in una maggiore facilità tecnica nell'esecuzione dell'intervento stesso e questo si riflette sui risultati a breve e a lungo termine.

E' importante sottolineare che le indicazioni nutrizionali consigliate possono essere seguite da pazienti che non presentino altre patologie, in particolar modo diabete, malattie infiammatorie croniche intestinali, patologie epatiche o funzionalità renale compromessa (creatinina sierica maggiore di 1.2-1.3 mg/dl, GFR minore di 60 ml/min, presenza di microalbuminuria / proteinuria). In questi casi è sconsigliato sottoporsi a diete non controllate da personale sanitario esperto.

**E' parte integrante del nostro programma di preparazione all'intervento di tumorectomia / nefrectomia robotica il consulto con la nutrizionista Dr.ssa Arianna Bettiga c/o studio DUAM che deve avvenire appena possibile.**

## Anestesia

Il paziente viene preparato all' intervento nell' area denominata "recovery room", in cui vengono incannulati due accessi venosi necessari alla somministrazione peri-operatoria di liquidi e farmaci vari.

L'intervento di esplorativa renale robotica viene eseguito in anestesia generale, dopo somministrazione dei farmaci della preanestesia, che permettono al paziente di giungere in sala operatoria più sereno e tranquillo e della profilassi antibiotica, cui si associa anche un gastroprotettore. In ogni paziente verranno costantemente monitorati tutti i principali parametri vitali (Pa, FC, Saturazione in ossigeno dell'emoglobina, parametri respiratori, ecc.), garantendo la costante presenza del medico anestesista e di un infermiere

Contemporaneamente all'inizio delle manovre anestesiolgiche viene iniziata la somministrazione endovenosa di farmaci per la terapia del dolore (analgesia preventiva) che viene opportunamente prolungata nel post operatorio per 24 ore, avvalendosi di un'associazione di farmaci che agiscono sul dolore con meccanismi di azione differenti e perciò più efficaci. Il controllo del dolore in tal modo è ottimale e il paziente supera velocemente il trauma dell'intervento, peraltro minimizzato dall'assenza di incisioni muscolari. Può essere presente nel post operatorio una lieve dolenzia muscolare e articolare dovuta alla posizione assunta nel lettino operatorio, facilmente controllabile, oltre che con i farmaci anti-dolorifici, con la precoce mobilizzazione. Possono anche presentarsi dolori di tipo colico a livello addominale (comunque sempre ben tollerati), dovuti al

progressivo riassorbimento dell'aria dello pneumo-peritoneo intra-operatorio. Dolori simili sono talora presenti nella prima giornata post-operatoria, dovuti perlopiù alla ripresa della peristalsi intestinale, evento non negativo ma anzi auspicabile.

Di rado, nelle ventiquattro ore successive all'intervento, può insorgere un dolore localizzato alle scapole, del tutto transitorio e privo di conseguenze, dovuto in genere alla risalita nei cavi pleurici di anidride carbonica utilizzata per realizzare lo pneumo-peritoneo intra-operatorio. Tale fenomeno si esaurisce spontaneamente.

Viene anche attuata al momento dell'intervento la profilassi di nausea e vomito, peraltro raramente presenti in questo tipo di chirurgia, in modo da prevenire tutti i fattori di fastidio e disagio che possono presentarsi dopo l'anestesia e l'operazione.

La minima invasività di questa particolare tecnica chirurgica fa sì che il paziente sia di solito in grado di iniziare a bere, alimentarsi e mobilizzarsi già a partire dalla serata successiva all'intervento.

La prevenzione dei fenomeni trombotici e trombo-embolici viene attuata dal posizionamento, prima dell'inizio dell'intervento, di calze elastiche agli arti inferiori, dalla somministrazione di un farmaco anti coagulante sotto cute a partire dalla sera successiva all'intervento, e dalla precoce mobilizzazione del paziente stesso. La somministrazione del farmaco anticoagulante verrà proseguita fino a 20-30 giorni dopo l'intervento chirurgico. Non sarà necessario un infermiere per provvedere alla somministrazione: imparerà facilmente a gestire personalmente o

con l'aiuto di un familiare il suo farmaco sottocute durante la degenza in ospedale.

Tutte queste procedure descritte sono volte a garantire al paziente la rapida ripresa del suo benessere fisico e psichico e a minimizzare le conseguenze dello stress operatorio.

## Cenni di tecnica chirurgica

Le varie fasi dell'intervento descritte di seguito rappresentano la tecnica chirurgica standard. Tuttavia, l'anatomia del paziente, la dimensione e la localizzazione della neoplasia possono rendere necessarie alcuni accorgimenti intra-operatori al fine di ottimizzare la riuscita dell'intervento.

Il primo tempo chirurgico consiste nella creazione dello pneumoperitoneo: la cavità addominale deve essere riempita di anidride carbonica per creare una camera di lavoro per gli strumenti robotici. Un'incisione di circa 1 cm in prossimità dell'ombelico consente il posizionamento del primo trocar robotico, attraverso il quale verrà inserita la telecamera ottica. Successivamente vengono posizionati all'interno della cavità addominale 4-5 ulteriori trocar operativi, di cui tipicamente 3 gestiti dal primo operatore e 1-2 dall'assistente. Sebbene sia una evenienza estremamente rara, è possibile che aderenze intestinali rendano impossibile l'esecuzione dell'intervento per via robotica e che sia necessario convertire l'intervento a cielo aperto.

La tecnica robotica consente di operare con un ingrandimento visivo di circa 10 volte e con una visione in 3 dimensioni. Questo permette al chirurgo di apprezzare la profondità di campo, cosa non possibile ad esempio con la tecnica laparoscopica classica. La visione intra-operatoria robotica permette di riconoscere anche i più piccoli dettagli anatomici e di eseguire l'intervento con un'accuratezza

significativamente superiore a quanto sia possibile con la chirurgia classica a cielo aperto o con la chirurgia laparoscopica.

Dopo aver inciso il peritoneo (la membrana che avvolge gli organi addominali, come ad esempio l'intestino) si accede allo spazio retro-peritoneale, dove è collocato il rene. A questo punto, si procede all'isolamento del rene, incidendo la capsula renale formata da tessuto adiposo (fascia di Gerota). Si accede successivamente ai vasi renali (arteria e vena). Completato l'isolamento dell'intera superficie del rene si individua la neoplasia. A quel punto si procede al clampaggio dell'arteria renale, al fine di interrompere temporaneamente il flusso sanguigno del rene per ridurre le perdite ematiche intra-operatorie, e per permettere al chirurgo un'ottimale visualizzazione dei tessuti. Tale interruzione del flusso ematico è solitamente inferiore ai 20 minuti. Si procede dunque all'enucleazione e alla resezione del tumore (**tumorectomia**), con consensuale asportazione di circa 2-3 mm di parenchima renale apparentemente sano che circonda il tumore. Al termine della resezione, il controllo del sanguinamento viene effettuato mediante il posizionamento di materiale emostatico e/o grasso perirenale, oltre al posizionamento di punti di sutura.

Talvolta, le dimensioni eccessive o la localizzazione della massa renale rendono impossibile l'asportazione selettiva del tumore. In questi casi, per garantire un controllo oncologico ottimale al paziente, si rende necessaria l'asportazione dell'intero organo (**nefrectomia radicale**). Inoltre, è importante ricordare che la conformazione anatomica del paziente o le caratteristiche della massa renale possono rendere necessaria la conversione dell'intervento alla tecnica a cielo aperto.

Al termine dell'intervento viene posizionato un tubo di drenaggio in prossimità della loggia renale, che verrà rimosso in reparto generalmente dopo 1-2 giorni, salvo complicazioni.

Nel corso dell'intervento viene inoltre posizionato un sondino naso-gastrico, per mantenere vuota la via digestiva. L'utilizzo di questo presidio è utile in quanto la manovra chirurgica avviene in prossimità delle anse intestinali. La mobilizzazione dell'intestino e la concomitante anestesia generale possono infatti generare un rallentamento delle funzioni intestinali stesse. Tipicamente il sondino naso-gastrico viene rimosso al termine dell'intervento.

All'inizio dell'intervento viene inoltre posizionato un catetere vescicale che permette un monitoraggio costante della diuresi sia durante l'intervento che nei primi giorni di degenza post-operatoria. Solitamente, il catetere vescicale viene rimosso in prima o seconda giornata post-operatoria, ma questo periodo può variare in base alle condizioni cliniche.

## Decorso post-operatorio

I due principali fattori di rischio durante il decorso post-operatorio sono l'allettamento e l'eccessiva ospedalizzazione. Pertanto:

**1) Il paziente deve rimanere allettato il meno possibile,** compatibilmente con le proprie condizioni cliniche generali. A partire dalla sera stessa dell'intervento, il paziente viene fatto alzare dal letto e, compatibilmente con la naturale ripresa delle sue energie, viene mobilizzato in misura sempre maggiore. E' bene che il paziente, non appena si senta in grado, faccia passeggiate nel corridoio, favorendo la ripresa della normale circolazione, evitando la formazione di trombosi venose. La ripresa della deambulazione rappresenta anche il migliore lassativo naturale. Solitamente, a partire dalla prima giornata post-operatoria, il paziente riprende inoltre ad alimentarsi in modo progressivo.

**2) La durata del ricovero deve essere limitata al minimo necessario,** al fine di ridurre drasticamente il rischio di infezioni ospedaliere. A partire dalla seconda giornata post-operatoria, non appena le condizioni generali del paziente lo permettono, il paziente viene dimesso dall'ospedale.

Come menzionato in precedenza, il tubo di drenaggio e il catetere vescicale vengono solitamente rimossi dopo circa 1-2 giorni dall'intervento. Tuttavia, il paziente dimesso dall'ospedale con eventuale tubo di drenaggio o catetere vescicale a dimora riceve un appuntamento per tornare dopo alcuni giorni nei nostri ambulatori per rimuoverli.



## Possibili complicanze

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche l'asportazione delle neoplasie renali con tecnica robotica può associarsi, anche se in percentuale limitata, a complicanze intra- e post-operatorie.

### ➤ Complicanze intra-operatorie:

- Rare emorragie intra-operatorie possono rendere necessaria l'esecuzione di una nefrectomia, cioè la rimozione completa del rene (1%)
- Rare emorragie intraparenchimali profuse possono rendere necessaria un'ischemia renale (mediante clampaggio vascolare) superiore ai 30 minuti: tale ischemia può comportare successivo danno della funzionalità renale. Tale danno è particolarmente significativo e irreversibile in caso di pazienti mono-rene.
- Lesione della via escrettrice urinaria che deve essere individuata, suturata, e protetta mediante un cateterino ureterale ("Doppio J"), il quale verrà rimosso, anche ambulatorialmente, dopo circa 30 giorni dall'intervento (5%)
- Lesioni del pancreas e della milza per neoplasie del rene di sinistra, con eventuale splenectomia di necessità (<1%).
- In alcuni casi, durante l'intervento la situazione intra-operatoria rende necessaria la conversione dell'intervento con metodica "a cielo aperto" mediante incisione addominale anteriore o sul fianco (1%)

➤ Complicanze post-operatorie:

- Fistole urinarie che possono necessitare di un cateterismo ureterale ("Doppio J") che viene posizionato tramite cistoscopia (3%).
- Anemizzazione con formazione di ematomi perirenali, che possono rendere necessario il ricorso ad emotrasfusioni e in rari casi ad un drenaggio percutaneo o ad un re-intervento chirurgico a scopo emostatico (2%).
- Fistole artero-venose con sanguinamento importante che rende necessaria una manovra angiografica percutanea o in rari casi un re-intervento chirurgico (2%).
- Complicanze trombo-emboliche (1%)

Nella nostra esperienza, la percentuale delle complicanze che si osservano durante l'intervento chirurgico robotico e durante il ricovero ospedaliero è inferiore alle medesime complicanze osservate durante l'intervento eseguito con tecnica chirurgica tradizionale a cielo aperto.

## Consigli alla dimissione

Al momento della dimissione, Le verrà consegnata la lettera di dimissione provvisoria (in attesa del referto istologico definitivo), con l'elenco di terapie domiciliari e consigli alla dimissione specifici per il Suo caso. Tuttavia, le seguenti regole generali sono utili all'ottimizzazione del Suo decorso post-operatorio.

### ➤ Follow-up nefrologico

I reni svolgono diverse funzioni nel nostro organismo, come la produzione di urina, la regolazione della pressione arteriosa, il metabolismo calcio-fosforo, l'equilibrio acido-base ed elettrolitico, la produzione di eritropoietina. Per tali motivazioni il paziente sottoposto sia a nefrectomia che a tumorectomia renale deve essere monitorato nel tempo per evitare che possano insorgere alterazioni dei meccanismi sopracitati, come insufficienza renale cronica, ipertensione arteriosa, acidosi metabolica, anemia, alterazioni elettrolitiche, iperparatiroidismo, e ipovitaminosi D. Inoltre, proprio per la riduzione della massa renale secondaria all'intervento chirurgico, il paziente dovrà prestare attenzione ogni qualvolta si sottoponga a esami radiologici con mezzi di contrasto iodato o assuma farmaci nefrotossici (esempio: anti-infiammatori) onde evitare l'insorgenza di insufficienza renale acuta. Per tali motivi si consiglia di seguire un percorso di follow-up nefrologico ambulatoriale al fine di ridurre al minimo il rischio di decadimento funzionale renale post-intervento.

➤ Alimentazione

Il suo modo di alimentarsi è di fondamentale importanza nel decorso post-operatorio. È importante che Lei mantenga o raggiunga un peso corporeo corretto seguendo un regime alimentare bilanciato con un apporto proteico che tenga conto della sua funzionalità renale. Sono assolutamente da evitare diete iperproteiche a basso contenuto di carboidrati.

Per riprendere la normale funzione intestinale è particolarmente importante variare la dieta, arricchendola di frutta fresca tipo kiwi, frutta cotta, e verdura (almeno due volte al giorno), al fine di **evitare la stipsi**. È molto utile bere 1 cucchiaino da cucina di olio extra vergine di oliva ai pasti principali. Come obiettivo, il paziente dovrebbe cercare di andare di corpo una volta al giorno, al fine di evitare feci particolarmente dure che potrebbero causare difficoltà alla defecazione con conseguenti eccessive spinte addominali. Se ciò non dovesse succedere, il paziente potrà provare ad assumere olio di vaselina oppure potrà utilizzare prodotti come "**Dieci Erbe**" (2 compresse alla sera prima di coricarsi) o simili. Raccomandiamo la lettura dei foglietti illustrativi di questi farmaci e di consultare sempre il Medico di Medicina Generale prima di utilizzare qualunque prodotto, anche da banco.

➤ Attività fisica

Dopo la dimissione dall'ospedale riprenda gradualmente e con buon senso la Sua attività fisica. Potrà passeggiare, salire e scendere le scale. La guida della macchina può in genere essere ripresa circa due settimane dopo l'intervento. Ricordi però di evitare sforzi eccessivi, come

ad esempio sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa), nel corso delle prime 3 settimane che seguono l'intervento. Infatti questo è il tempo necessario perché si sviluppi un tessuto cicatriziale nelle zone interessate dall'atto chirurgico. Se intraprendesse attività fisiche faticose prima del dovuto, potrebbe ledere le delicate suture sul parenchima renale e sulla parete addominale; questo potrebbe comportare problemi legati ad un sanguinamento tardivo o causare un'ernia in sede di ferita. Dopo 4 settimane dall'intervento, potrà riprendere tutte le attività svolte prima dell'operazione.

➤ Problematiche generali

### ***Gestione delle ferite chirurgiche***

I punti delle piccole ferite cutanee sono riassorbibili e non devono in genere essere rimossi. Potrà fare una doccia una settimana dopo l'intervento (il bagno nella vasca è permesso dopo circa 10 giorni dall'intervento). Una minima parte dei pazienti può sviluppare un'infezione di ferita. Questa si manifesta con la fuoriuscita dalla ferita di materiale limpido (siero), oppure di sangue frammisto a pus. Non si preoccupi. Potrà farsi seguire dal Suo Medico Curante oppure venire nei Nostri ambulatori. Ci avvisi sempre per un problema di questo tipo.

### ***Dolore addominale***

Il dolore addominale è frequente ma di lieve intensità. Non si preoccupi, perché si risolverà spontaneamente nel tempo. Cerchi però di evitare sforzi fisici intensi, che possono favorirne l'insorgenza.

## ***Ematoma peri-renale o della loggia renale***

E' possibile l'insorgenza di ematomi peri-renali o della loggia renale che si manifestano generalmente con febbre, stanchezza, e malessere generale. Ci avvisi sempre per un problema di questo tipo, che richiede una valutazione urgente.

## ***Trombosi venosa profonda***

Durante le prime 4-6 settimane dall'intervento, una delle più frequenti complicanze che si manifestano nei pazienti (circa 1% dei casi) è la trombosi venosa profonda a carico di un arto inferiore. La comparsa di una trombosi venosa profonda può produrre dolore al polpaccio, gonfiore alla caviglia o alla gamba, in presenza di un arto arrossato e più caldo del controlaterale. Sebbene molto raramente, questi trombi possono distaccarsi e raggiungere il polmone causando una patologia molto grave che si chiama embolia polmonare. Questa si manifesta con dolore toracico (specialmente dopo un respiro profondo), mancanza di fiato, improvvisa comparsa di debolezza e di senso di svenimento. E' importante riconoscere subito questi segnali e recarsi immediatamente in Pronto Soccorso. Ci avvisi sempre per un problema di questo tipo. La costante mobilizzazione e le terapie farmacologiche prescritte al momento della dimissione sono ottimi presidi per ridurre al minimo il rischio di trombosi venosa profonda.

## ***Infezioni delle vie urinarie***

Possono insorgere in seguito a cateterizzazione vescicale. Si possono manifestare in svariati modi: bruciore dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre. Se dovesse capitarLe questa eventualità,

consigliamo di eseguire un esame completo delle urine ed una urinocoltura con antibiogramma. Consulti il Suo Medico Curante per una eventuale terapia antibiotica appropriata. Ci avvisi sempre per un problema di questo tipo.

### ***Sedimento nelle urine***

Questo può manifestarsi a causa della fuoriuscita di piccoli e vecchi coaguli formati durante l'intervento. Le urine generalmente rimangono rosse o rosate per almeno 15-20 giorni dopo la rimozione del catetere. Un'abbondante idratazione (almeno 1.5 litri di acqua al giorno) potrà aiutare a rendere le urine chiare.

## Esame istologico definitivo

L'esame istologico definitivo dei tessuti rimossi nel corso dell'intervento richiede solitamente circa 20 giorni. L'esame istologico fornisce informazioni importanti sulla malattia tumorale:

1. Tipo istologico
2. Dimensioni
3. Estensione
4. Aggressività
5. Margini chirurgici (interessati o indenni da neoplasia).

L'esame istologico definitivo rappresenta quindi un elemento essenziale per definire la prognosi del paziente, e per decidere se siano necessarie o meno terapie aggiuntive. Il paziente verrà contattato telefonicamente una volta disponibile l'esame istologico definitivo. Inoltre, alla luce del referto istologico stesso, verrà redatta e consegnata al paziente la lettera di dimissione definitiva, con elencati i controlli (e le eventuali terapie aggiuntive) da eseguirsi nei mesi successivi.



## Follow-up e terapie adiuvanti

Per quanto riguarda i controlli futuri, Le raccomandiamo di seguire attentamente tutto quanto Le verrà dettagliatamente indicato nella **lettera di dimissione definitiva** che Le sarà consegnata alla luce del referto istologico.

Come menzionato in precedenza, le successive visite di controllo (e le eventuali terapie adiuvanti) verranno impostate sulla base del referto istologico. Se la patologia fosse limitata alla sola porzione di rene asportata, Lei verrà candidato ad una vigile sorveglianza, basata sull'impiego di esami ematochimici ed indagini strumentali (ecografie, radiogrammi, TC, RMN). In caso contrario, tutte le informazioni del caso le verranno fornite nella lettera di dimissione definitiva.

Se Lei lo desidera, potrà afferire al nostro **Ambulatorio di Uro-Oncologia** per tutte le visite immediatamente successive alle prime visite di controllo urologiche ambulatoriali: in tal caso sarà nostra cura fornirLe una relazione clinica dettagliata con tutti i particolari necessari per la corretta impostazione della sorveglianza, da proseguire per circa 10 anni successivi all'intervento. In caso contrario, a Sua discrezione, potrà scegliere di farsi seguire da specialisti urologi di altri ospedali: sarà nostra cura fornirLe una relazione clinica dettagliata con tutti i particolari necessari ai colleghi per la corretta impostazione di follow-up ed eventuali terapie adiuvanti.

## Consenso informato


Si ricorda che al momento del ricovero i pazienti devono **recare con sé tutta la propria documentazione medica** (esami, referti, resoconti precedenti visite).

E' altresì fondamentale che il paziente **legga con attenzione il consenso informato** all'intervento chirurgico che **deve essere firmato** prima dell'operazione (allegato in calce al presente documento) così come il consenso informato all'anestesia.

Rimanendo a Sua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, colgo l'occasione per porgerLe i più cordiali saluti.

### **Prof. Francesco Montorsi**

Primario U.O. Urologia  
IRCCS Ospedale San Raffaele  
Professore Ordinario di Urologia  
Direttore Scuola di Specializzazione Urologia  
Università Vita Salute San Raffaele

 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<b>INFORMATIVA da allegare all'ATTESTAZIONE DI VOLONTA' per:</b>  <b>ESPLORATIVA RENALE ROBOTICA CON TUMORECTOMIA RENALE VS. NEFRECTOMIA CON SISTEMA DA VINCI</b>	<b><u>ETICHETTA</u></b>
--	---	-------------------------

**Cognome e Nome del Paziente:**

**Diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta dell'intervento):**  
Neoformazione renale

**Tipologia di intervento proposto**

L'intervento di esplorativa renale laparoscopica robot-assistita consiste nell'asportazione della neoformazione renale o di tutto il rene a seconda del reperto intraoperatorio, delle dimensioni, e della localizzazione della malattia. Viene praticato mediante 4-6 piccole incisioni cutanee attraverso le quali si inseriscono i trocar che vengono manipolati dal chirurgo mediante il robot Da Vinci. L'intervento ha una durata variabile da circa 90 a circa 240 minuti e viene svolto in anestesia generale. Al termine dell'intervento vengono posizionati un catetere vescicale, un tubo di drenaggio addominale, e talvolta un sondino naso-gastrico.

Viene sempre eseguito un esame istologico sul tessuto asportato con l'intervento; mi è stato spiegato che in base ai risultati dell'**esame istologico** mi verrà consigliata la migliore condotta terapeutica post-operatoria.

I risultati oncologici a lungo termine dipendono dalle dimensioni, dall'estensione, e dal grado di aggressività della malattia. Nel 20% circa dei casi la malattia renale è di tipo benigno, ma tale informazione può essere ottenuta con certezza solamente con l'esame istologico della neoformazione.

**Possibili varianti nella esecuzione:**

Conversione dell'intervento con metodica "a cielo aperto"

**Benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**

Asportazione della neoformazione renale.

**Rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**

Progressione della malattia oncologica renale con comparsa di sintomi locali e di metastasi a distanza.

**Rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

- Frequenti (>5%):
  - Ritardata ripresa dell'attività intestinale con necessità di terapia medica specifica
  - Ematuria nei primi giorni dopo l'intervento chirurgico
  - Comparsa di febbre nel periodo post-operatorio con necessità di terapia antibiotica specifica

- Rare (1-5%):
  - Perdite ematiche intra-operatorie ingenti con necessità di emotrasfusioni
  - Lesione della via escretrice urinaria con necessità di sutura e di eventuale posizionamento di stent ureterale (doppio-J) da mantenere in sede per circa 1 mese dopo l'intervento
  - Comparsa di fistole urinose nel post-operatorio con necessità di posizionamento di uno stent ureterale (doppio-J) ed eventuale reintervento chirurgico
  - Lesioni della milza per neoplasia del rene sinistro con possibilità di splenectomia
  - Lesioni del fegato per neoplasia del rene destro
  - Lesioni del pancreas
  
- Rarissime (<1%):
  - Occlusione intestinale post-operatoria con necessità di reintervento chirurgico
  - Comparsa di fistole artero-venose con necessità di intervento angiografico o di reintervento chirurgico
  - Emorragia post-operatoria con necessità di trasfusioni ed eventualmente di reintervento chirurgico

**Possibili problemi di recupero:**

Ritardata ripresa della funzione intestinale con necessità di instaurare una terapia medica specifica

**Possibilità di alternative:**

- sorveglianza attiva
- intervento con metodica laparoscopica
- intervento con metodica "a cielo aperto"

**Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**

.....


*Lei è comunque libero/a di non accettare quanto proposto e/o di rivolgersi ad altre strutture, sino al momento dell'effettuazione della prestazione; in tal caso sottoscriverà sul modulo che le verrà fornito, senza alcun onere, la non accettazione della procedura.*

*In ogni caso può richiedere ulteriori informazioni al dott.: .....*

**Data del colloquio:** \_\_/\_\_/\_\_

**Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni:** .....

**Firma del paziente**.....

 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<p><b>INFORMATIVA da allegare all'ATTESTAZIONE DI VOLONTA' per:</b></p> <p><b>ESPLORATIVA RENALE ROBOTICA CON TUMORECTOMIA RENALE VS. NEFRECTOMIA CON SISTEMA DA VINCI</b></p>	<p><b><u>ETICHETTA</u></b></p>
--	--	--------------------------------

**Cognome e Nome del Paziente:**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ durante il colloquio con il /la Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_ sono stato informato in merito alla proposta di essere sottoposto a:

**ESPLORATIVA RENALE ROBOTICA CON TUMORECTOMIA RENALE VS.  
NEFRECTOMIA MEDIANTE SISTEMA DA VINCI**

Mi sono state fornite spiegazioni complete ed esaurienti, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- Diagnosi e sospetto diagnostico
- Scopo e benefici della prestazione proposta
- Possibilità di alternative
- Rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze

- Possibili varianti nell'esecuzione
- Rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- Possibili problemi di recupero

**Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:**

**1. ACCONSENIRE**  (o **NON ACCONSENIRE** ) ad essere sottoposto al sopraindicato intervento, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritto nell'informativa.

**2. AUTORIZZARE**  (o **NON AUTORIZZARE** ) l'utilizzazione in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa specifica scritta. Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento. Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione dell'intervento.

**Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni:** .....

**Firma del paziente**.....

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete

SI  NO

**Firma interprete** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ dichiara che Il Sig.  
\_\_\_\_\_ è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni  
psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile  
altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Ora \_\_:\_\_ Firma \_\_\_\_\_