

**INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI
CANDIDATI A INTERVENTO DI
ESPLORATIVA RENALE E
NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE
ROBOTICA**

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

Lista di attesa pre-intervento	4
Preparazione all'intervento chirurgico	5
<input type="checkbox"/> Esami e valutazioni specialistiche	5
<input type="checkbox"/> Terapie anti-coagulanti / anti-aggreganti	5
<input type="checkbox"/> Raggiungere il proprio peso ideale.....	6
Anestesia	9
Cenni di tecnica chirurgica.....	11
Decorso post-operatorio.....	13
Possibili complicanze	14
<input type="checkbox"/> Complicanze intra-operatorie:	14
<input type="checkbox"/> Complicanze post-operatorie:.....	14
Consigli alla dimissione.....	16
<input type="checkbox"/> Follow-up nefrologico	16
<input type="checkbox"/> Alimentazione	16
<input type="checkbox"/> Attività fisica.....	17
<input type="checkbox"/> Problematiche generali.....	17
Esame istologico definitivo	20
Follow-up e terapie adiuvanti	21
Consenso informato.....	22

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 100 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 le medesime in entrambe le condizioni di ricovero.

L'Ufficio Ricoveri Le spiegherà le differenze in termini di liste di attesa, camere utilizzate durante il ricovero, possibilità di scegliere il chirurgo che eseguirà l'intervento, e i 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 anestesiologicala**, 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[®], Cardioaspirina[®], Plavix[®], Ascriptin[®], Ibustrin[®], Ticlopidina[®], Tiklid[®], Pletal[®], o similari), **oppure anti-coagulanti** (tipo Coumadin[®], Sintrom[®], 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[®], Sintrom[®], 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:

- Circa due litri di acqua (possibilmente non gasata) al giorno;
- Pane, pasta e riso integrali; orzo, farro; fiocchi di cereali integrali e non zuccherati;
- 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 volta 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 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.

È inoltre fondamentale svolgere esercizio fisico in modo regolare: almeno 45 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.

È 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.

È parte integrante del nostro programma di preparazione all'intervento di tumorectomia / nefrectomia robotica il consulto con una nutrizionista (ad esempio Dr.ssa Arianna Bettiga presso lo studio DUAM in Milano) che deve avvenire prima dell'intervento chirurgico programmato.

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 (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, 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 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, 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 pneumo-peritoneo: la cavità addominale deve essere riempita di anidride carbonica per creare una camera di lavoro per gli strumenti robotici. Un'incisione di circa 15 mm 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 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 dettagli anatomici e di eseguire l'intervento con accuratezza.

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 (***nefrectomia parziale***), 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 a volte viene posizionato un tubo di drenaggio in prossimità della loggia renale, che viene 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 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. È 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, l'eventuale 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 a complicanze intra- e post-operatorie.

➤ Complicanze intra-operatorie:

- Emorragie intra-operatorie possono rendere necessaria l'esecuzione di una nefrectomia, cioè la rimozione completa del rene (<5%)
- 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 (<5%).
- 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 (<5%).

➤ Complicanze post-operatorie:

- Fistole urinarie che possono necessitare di un cateterismo ureterale ("Doppio J") che viene posizionato tramite cistoscopia (<5%).
- 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 (<5%).

- Fistole artero-venose con sanguinamento importante che rende necessaria una manovra angiografica percutanea o in rari casi un re-intervento chirurgico (<5%).
- Complicanze trombo-emboliche (<5%).
- Reinterventi chirurgici nel post-operatorio o a distanza di tempo, per complicazioni dell'intervento stesso (<5%).
- Reinterventi chirurgici a distanza di tempo, per progressione di malattia (la percentuale dipende dall'aggressività della malattia tumorale).

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.

- **È controindicato fare sforzi fisici o guidare qualsiasi tipo di autoveicolo per almeno 2 settimane dalla rimozione del catetere vescicale.**

➤ 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. E' 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**” (1 compressa alla sera prima di coricarsi) o similari. 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

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 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. È 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

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 formatisi durante l'intervento. Le urine generalmente rimangono rosse o rosate per almeno 15-20 giorni dopo la rimozione del catetere. Un'abbondante idratazione (circa 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 30 giorni. L'esame istologico fornisce informazioni importanti sulla malattia tumorale:

1. Tipo istologico
2. Dimensioni
3. Estensione
4. Aggressività

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

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.

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

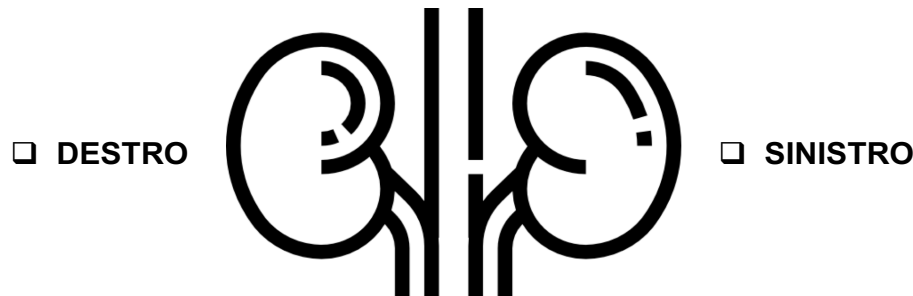
Direttore Urologia
IRCCS Ospedale San Raffaele
Professore Ordinario di Urologia
Direttore Scuola di Specializzazione Urologia
Università Vita Salute San Raffaele

	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

Diagnosi o sospetto diagnostico:

Neoformazione renale. Sospetta neoplasia renale. Neoplasia renale confermata da esame istologico.



Scopo e benefici attesi della prestazione proposta:

Diagnosi anatomo-patologica. Rimozione del tumore primitivo renale. I benefici attesi sono: potenziale cura della malattia e controllo oncologico, ovvero prevenzione o ritardo di progressione locale e sistemica e prevenzione o ritardo di mortalità tumore specifica. In caso di malattia sintomatica i benefici attesi sono anche la risoluzione o l'attenuazione dei sintomi.

Descrizione della prestazione e possibili varianti nell'esecuzione:

In base alle caratteristiche della malattia e del paziente, l'intervento può prevedere: lo spostamento del fegato, del colon ascendente e del duodeno (rene destro) o lo spostamento della milza, del pancreas, del colon discendente e del sigma (rene sinistro); l'isolamento dell'uretere, l'isolamento e la eventuale legatura e sezione dei vasi gonadici (arteria e vena); l'isolamento dei vasi renali (una o più vene ed una o più arterie) dalla vena cava (rene destro) o dalla aorta (rene sinistro); l'apertura della fascia di Gerota e l'esposizione della superficie del parenchima renale; l'identificazione della lesione neoplastica e la valutazione intra-operatoria delle sue caratteristiche anatomiche. L'intervento prosegue con 2 possibili diverse strategie:


1. Nefrectomia parziale (rimozione della neoformazione): In aggiunta alle manovre sovradescritte, l'intervento prevede: l'interruzione momentanea del flusso vascolare distribuito al rene tramite la chiusura della arteria e della vena renale qualora sia necessario, l'incisione della superficie del rene in prossimità della lesione neoplastica, lo sviluppo di un piano di clivaggio tra la lesione neoplastica ed il restante parenchima renale sino alla rimozione della lesione neoplastica, la sutura dei calici renali qualora sia necessario, l'emostasi del letto di resezione, che può prevedere l'uso di punti di sutura, clip, diatermocoagulazione e altro materiale emostatico, il ripristino del flusso vascolare distribuito al rene qualora sia stata necessaria l'interruzione, il controllo del sanguinamento e la eventuale chiusura della fascia di Gerota.

2. Nefrectomia radicale (rimozione dell'intero rene): In aggiunta alle manovre sovradescritte, l'isolamento, la legatura e la sezione dei vasi renali (una o più vene ed una o più arterie), l'isolamento del rene dalla vena cava (rene destro) o dalla aorta (rene sinistro) e dalle altre strutture circostanti e la rimozione del rene.

Quando possibile, la strategia che viene privilegiata prevede il completamento della nefrectomia parziale (rimozione della lesione neoplastica), con la finalità di preservare il tessuto renale non interessato dalla malattia. In base alle caratteristiche della malattia e del paziente, questa opzione può non risultare sempre percorribile in sicurezza. In tale caso, si rende necessario l'intervento di nefrectomia radicale (rimozione dell'intero rene). Alcuni esempi di situazioni che determinano questa necessità sono il riscontro intraoperatorio di: malattia non bonificabile con un intervento di nefrectomia parziale, che esporrebbe il paziente ad un rischio oncologico, malattia con caratteristiche anatomiche ad alto rischio di complicanze significative in caso di nefrectomia parziale oppure malattia con dimensioni tali da rendere irrilevante la quota di tessuto renale preservato in caso di nefrectomia parziale.

Pagina 1 di 6

Esplorativa renale e nefrectomia parziale o radicale - Consenso versione 25.02.2020
DSAN 564/5 F o PC - Archiviare in cartella insieme alla attestazione di consenso

 <p>I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele</p>	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

Inoltre, in base alle caratteristiche della malattia e del paziente, nei casi complessi, oltre alle manovre sovradescritte, potrebbero essere necessarie manovre chirurgiche aggiuntive, ovvero:

1. Posizionamento intraoperatorio di tutore ureterale: In aggiunta alle manovre sovradescritte, l'intervento prevede l'introduzione di un cistoscopia nell'uretra, l'identificazione dell'ostio ureterale, il posizionamento di un filo guida all'interno dell'ostio ureterale, l'introduzione di un catetere all'interno dell'uretere, l'introduzione di mezzo di contrasto all'interno dell'uretere e delle cavità renali il posizionamento del tutore ureterale tipo doppio J (un catetere con una estremità all'interno del rene ed una all'interno della vescica) o mono J (un catetere con una estremità all'interno del rene ed una che fuoriesce all'esterno attraverso l'uretra). In caso di posizionamento di catetere ureterale, questo deve essere rimosso o sostituito in base alla indicazione urologica ricevuto. Si informa il paziente che tale presidio è temporaneo e non deve essere in nessun caso trascurato o lasciato in sede a permanenza e che un paziente portatore di tutore ureterale deve tassativamente essere sottoposto a valutazione urologica.


2. Surrenalectomia (rimozione del surrene): In aggiunta alle manovre sovradescritte, l'intervento prevede l'isolamento, la legatura e la sezione dei vasi surrenalici (una o più vene ed una o più arterie) e la asportazione del surrene omolaterale.

3. Linfadenectomia (rimozione dei linfonodi): In aggiunta alle manovre sovradescritte, l'intervento prevede la rimozione delle stazioni linfonodali a rischio di essere interessate dalla malattia che possono essere: i linfonodi dell'ilo renale, i linfonodi retrocavali, precavali, interaortocavali, pre-aortici, paraaortici o altri. L'estensione della dissezione linfonodale viene decisa in base agli esami di stadiazione pre-operatori, alla valutazione macroscopica intra-operatoria o se necessario in base alla valutazione microscopica intra-operatoria.

Tutti questi interventi possono essere eseguiti con un approccio chirurgico a cielo aperto (tramite una incisione chirurgica a livello mediano, para-rettale, sottocostale oppure lombotomica), con un approccio laparoscopico (tramite 4 o 5 incisioni comprese tra 5 e 15 millimetri attraverso cui si inseriscono un insufflatore di anidride carbonica, una telecamera e gli strumenti chirurgici laparoscopici) o con un approccio robot-assistito (tramite 5 o 6 incisioni comprese tra 5 e 15 millimetri attraverso cui si inseriscono un insufflatore di anidride carbonica, una telecamera e gli strumenti chirurgici connessi alle braccia del robot-operatore e gli strumenti chirurgici laparoscopici di supporto). In caso di approccio laparoscopico o robot-assistito è necessaria una incisione chirurgica per poter estrarre dall'addome il rene dopo che questo è stato posizionato in un contenitore. In tutti i casi la chiusura delle incisioni chirurgiche prevede dei punti di sutura profondi a livello della fascia superficiale e dei punti cutanei che possono essere in filo di sutura riassorbibile oppure in materiale non riassorbibile come filo o clip metalliche. In caso di materiale non riassorbibile il paziente deve essere sottoposto a rivalutazione per la rimozione. La specifica strategia chirurgica che è necessaria per ciascun caso viene discussa con il paziente prima dell'intervento con preciso riferimento all'approccio e alla necessità di manovre aggiuntive. È comunque possibile che in corso di intervento risulti necessario cambiare l'approccio (ad esempio da chirurgia robot-assistita a chirurgia a cielo aperto) o eseguire manovre aggiuntive anche non specificamente discusse in questa informativa. Per sua sicurezza, Le garantiamo che, in caso di prestazione chirurgica o comunque invasiva che implichi una "lateralità" (destra o sinistra) o l'interessamento di organi o strutture multiple (es.: vertebre, coste, dita, ecc.), prima dell'esecuzione e con la sua collaborazione e conferma, il medico marcherà con un pennarello indelebile la sede precisa di intervento (secondo procedura aziendale). La preghiamo anzi di accertarsi che ciò venga fatto prima della eventuale sedazione o anestesia e di sollecitare il medico in caso contrario.

Rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:

Mancata diagnosi o mancata conferma diagnostica. Impossibilità di corretto inquadramento diagnostico e terapeutico. Progressione locale (crescita della neoplasia e invasione di strutture contigue) e sistemica (invasione di strutture distanti). Morte.

	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
	(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)	Nome: _____ _____ Data nascita _____

Rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze:

Frequenti (avvengono in più di un paziente su 10):

- Dolore in sede di accesso chirurgico con eventuale necessità di terapia antidolorifica.
- Febbre con eventuale necessità di terapia antibiotica.
- Sanguinamento con eventuale necessità di trasfusioni.
- Insufficienza renale acuta e cronica di grado lieve o intermedio.
- Infezione o deiscenza di ferita con necessità di medicazione complessa o assistenza vulnologica.

Rare (avvengono in meno di un paziente su 10):

- Lesione delle vie escrettrici renali, come lesione dell'uretere con eventuale necessità di posizionamento di tutore ureterale o nefrostomia percutanea o tubo di drenaggio o sutura o resezione ed anastomosi termino-terminale o nefrectomia, lesione dei calici renali con fistola urinosa con eventuale necessità di posizionamento di tutore ureterale, posizionamento di tutore ureterale o nefrostomia percutanea o tubo di drenaggio o sutura o nefrectomia.
- Lesione di organi addominali, come intestino con eventuale necessità di sutura, resezione o confezionamento di stomia esterna di protezione con derivazione di materiale enterico o fecale all'esterno, fegato con eventuale necessità di sutura, colecisti con eventuale necessità di sutura o colecistectomia, milza con eventuale necessità di sutura o splenectomia, pancreas con eventuale necessità di sutura. Nel caso in cui l'evento rimanga occulto durante l'intervento e si manifesti successivamente può essere necessario un secondo intervento chirurgico.
- Lesioni di vasi sanguigni (vena cava, aorta, vene o arterie lombari, vene o arterie gonadiche o altri) con necessità di sutura intraoperatoria ed alterazione del flusso vascolare nel distretto coinvolto e possibile danno funzionale. Nel caso in cui l'evento rimanga occulto durante l'intervento e si manifesti successivamente può essere necessaria una trasfusione o una procedura di embolizzazione angiografica o un secondo intervento chirurgico. In caso di ematoma non drenato c'è un rischio che questo possa infettarsi.
- Lesione di elementi della parete dell'addome come muscoli della parete oppure diaframma e pleura con eventuale necessità di sutura e posizionamento di drenaggio toracico. Nel caso in cui l'evento rimanga occulto durante l'intervento e si manifesti successivamente può essere necessario un secondo intervento chirurgico.
- ernia in sede di ferita, ovvero laparocelo o erniazione di ansa intestinale all'interno di precedente incisione chirurgica con eventuale necessità di intervento chirurgico correttivo con eventuale necessità di sutura, resezione o confezionamento di stomia esterna di protezione con derivazione di materiale enterico o fecale all'esterno.
- Insufficienza renale acuta e cronica di grado severo che necessita di dialisi.
- Edema degli arti inferiori o linforrea da alterazione della circolazione linfatica.
- Eventi avversi di tipo cardiovascolare, ovvero sviluppo di ipertensione, sindrome coronarica, infarto acuto del miocardio, aritmia, ischemia cerebrale, trombosi venosa profonda e trombo embolia polmonare.

Rarissime (avvengono in meno di un paziente su 100):

- Sepsis severa, ovvero infezione generalizzata con eventuale necessità di supporto anestesiológico alla circolazione e alla respirazione e ricovero in unità intensiva
- Morte


Rischio infezioni: vedi sopra.

Possibili problemi di recupero o decorso post-operatorio:

Il paziente lascia la sala operatoria con un catetere vescicale inserito nell'uretra da mantenere fino alla ripresa della minzione autonoma. Eventualmente può essere posizionato un tutore ureterale come sovradescritto. Eventualmente può essere necessario il posizionamento di uno o più tubi di drenaggio che escono direttamente dalla parete dell'addome. Eventualmente può essere necessario il posizionamento di un sondino naso-gastrico. Eventualmente può essere necessario essere un supporto con O₂ terapia. I possibili problemi di recupero includono ritardato recupero delle capacità quotidiane o lavorative, rischio di insufficienza renale acuta e cronica con eventuale necessità di terapia comportamentale, dietetica e farmacologica e rischio di insufficienza surrenalica acuta e cronica con eventuale necessità di terapia farmacologica. Il rischio di margini chirurgici positivi in caso di nefrectomia parziale è 5%. Non tutti i pazienti con margine

Pagina 3 di 6

Esplorativa renale e nefrectomia parziale o radicale - Consenso versione 25.02.2020
DSAN 564/5 F o PC - Archiviare in cartella insieme alla attestazione di consenso

 <p>I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele</p>	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

chirurgico positivo sviluppano una recidiva di malattia.


Possibilità di alternative:

- **Sorveglianza attiva:** prevede di non effettuare alcun provvedimento terapeutico ma di ripetere esami radiodiagnostici come ecografia, TAC e RMN nel tempo e monitorare l'andamento della malattia e procedere ad un trattamento attivo solo in casi selezionati. Rispetto all'intervento chirurgico, ha il vantaggio di evitare i rischi ma gli svantaggi sono mancata diagnosi o mancata conferma diagnostica, impossibilità di corretto inquadramento diagnostico e terapeutico e potenziale maggior rischio di progressione locale (crescita della neoplasia e invasione di strutture contigue) e sistemica (invasione di strutture distanti). Per esempio, la sorveglianza viene considerata in caso di pazienti anziani o con comorbidità significative e una malattia relativamente poco aggressiva.
- **Ablazione:** consiste nella distruzione delle cellule tumorali tramite sonde posizionate su aghi che vengono inseriti nella porzione di rene interessata dalla malattia usando varie forme di energia (e.g. crioblazione o ablazione con radiofrequenze). Il posizionamento delle sonde avviene sotto guida ecografica o TAC o sotto visione diretta laparoscopica. In assenza di evidenze scientifiche conclusive viene considerato un trattamento sperimentale. Per esempio, in pazienti ad elevato rischio di complicanze in caso di intervento chirurgico viene preferita l'ablazione.
- **Radioterapia esterna:** consiste nella distruzione delle cellule tumorali tramite radioterapia dall'esterno. È un trattamento sperimentale riservato a pazienti che non possono essere candidati a chirurgia.
- **Terapia sistemica:** consiste nella somministrazione di una terapia farmacologica di tipo immunoterapico, antiangiogenico o chemioterapico. In caso di malattia non metastatica non è prevista. In caso di malattia metastatica rappresenta il cardine del trattamento e l'intervento può essere preso in considerazione in pazienti selezionati come parte di una strategia di cura multimodale.

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

In caso di precedenti interventi chirurgici o di malattie il rischio di complicanze è aumentato.

In caso di paziente monorene, verrà privilegiata al massimo la strategia di nefrectomia parziale, cercando di ridurre il rischio nefrectomia radicale con conseguente insufficienza renale terminale e terapia dialitica. Tale necessità comporta un aumento del rischio di complicanze e del rischio di controllo oncologico meno efficace.

	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

Referenze:


1. Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al. European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. *European Urology*. 2019;75(5):799-810. doi:10.1016/j.eururo.2019.02.011.
2. Capitanio U, Montorsi F. Renal cancer. *The Lancet*. 2016;387(10021):894-906. doi:10.1016/S0140-6736(15)00046-X.
3. Van Poppel H, Da Pozzo L, Albrecht W, et al. A Prospective Randomized EORTC Intergroup Phase 3 Study Comparing the Complications of Elective Nephron-Sparing Surgery and Radical Nephrectomy for Low-Stage Renal Cell Carcinoma. *European Urology*. 2007;51(6):1606-1615. doi:10.1016/j.eururo.2006.11.013.
4. Van Poppel H, Da Pozzo L, Albrecht W, et al. A Prospective, Randomised EORTC Intergroup Phase 3 Study Comparing the Oncologic Outcome of Elective Nephron-Sparing Surgery and Radical Nephrectomy for Low-Stage Renal Cell Carcinoma. *European Urology*. 2011;59(4):543-552. doi:10.1016/j.eururo.2010.12.013.
5. Larcher A, Capitanio U, De Naeyer G, et al. Is Robot-assisted Surgery Contraindicated in the Case of Partial Nephrectomy for Complex Tumours or Relevant Comorbidities? A Comparative Analysis of Morbidity, Renal Function, and Oncologic Outcomes. *European urology oncology*. 2018;1(1):61-68. doi:10.1016/j.euo.2018.01.001.
6. Larcher A, Sun M, Dell'Oglio P, et al. Mortality, morbidity and healthcare expenditures after local tumour ablation or partial nephrectomy for T1A kidney cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2017;43(4):815-822. doi:10.1016/j.ejso.2016.08.023.
7. Scosyrev E, Messing EM, Sylvester R, Campbell S, Van Poppel H. Renal Function After Nephron-sparing Surgery Versus Radical Nephrectomy: Results from EORTC Randomized Trial 30904. *European Urology*. 2014;65(2):372-377. doi:10.1016/j.eururo.2013.06.044.
8. Capitanio U, Larcher A, Terrone C, et al. End-Stage Renal Disease After Renal Surgery in Patients with Normal Preoperative Kidney Function: Balancing Surgical Strategy and Individual Disorders at Baseline. *European Urology*. 2016;70(4):558-561. doi:10.1016/j.eururo.2016.03.023.
9. Capitanio U, Larcher A, Cianflone F, et al. Hypertension and Cardiovascular Morbidity Following Surgery for Kidney Cancer. *European urology oncology*. March 2019:1-7. doi:10.1016/j.euo.2019.02.006.
10. Larcher A, Capitanio U, Terrone C, et al. Elective Nephron Sparing Surgery Decreases Other Cause Mortality Relative to Radical Nephrectomy Only in Specific Subgroups of Patients with Renal Cell Carcinoma. *The Journal of Urology*. 2016;196(4):1008-1013. doi:10.1016/j.juro.2016.04.093.
11. Bhandi B, Thompson RH, Lohse CM, et al. The Probability of Aggressive Versus Indolent Histology Based on Renal Tumor Size: Implications for Surveillance and Treatment. *European Urology*. July 2018:1-9. doi:10.1016/j.eururo.2018.06.003.
12. Pierorazio PM, Johnson MH, Ball MW, et al. Five-year Analysis of a Multi-institutional Prospective Clinical Trial of Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses: The DISSRM Registry. *European Urology*. 2015;68(3):408-415. doi:10.1016/j.eururo.2015.02.001.
13. Larcher A, Trudeau V, Dell'Oglio P, et al. Prediction of Competing Mortality for Decision-making Between Surgery or Observation in Elderly Patients With T1 Kidney Cancer. *Urology*. 2017;102:130-137. doi:10.1016/j.urology.2016.08.069.
14. Larcher A, Fossati N, Tian Z, et al. Prediction of Complications Following Partial Nephrectomy: Implications for Ablative Techniques Candidates. *European Urology*. 2016;69(4):676-682. doi:10.1016/j.eururo.2015.07.003.
15. Correa RJM, Louie AV, Zaorsky NG, et al. The Emerging Role of Stereotactic Ablative Radiotherapy for Primary Renal Cell Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Urology Focus*. June 2019. doi:10.1016/j.euf.2019.06.002.

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 e chiarimenti rivolgendosi a
Salvo imprevisti, la prestazione verrà eseguita da **Equipe Urologia OSR Sede**

La firma per accettazione di quanto proposto non solleva il medico dal suo obbligo di diligenza, perizia e prudenza.

Data	Firma del paziente per presa visione
.....

	INFORMATIVA DA ALLEGARE ALLA ATTESTAZIONE DI VOLONTA' PER: ESPLORATIVA RENALE E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE	<i>Etichetta</i>
		Nome: _____ _____ Data nascita _____

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

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 E NEFRECTOMIA PARZIALE O RADICALE

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. ACCONSENTIRE (o **NON ACCONSENTIRE**) 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'utilizzo 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.

Cognome e nome del paziente (o di *chi ne fa le veci*).....

Timbro e Firma del Medico

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.....Timbro e Firma del medico.....

DSAN 564/5 F 0 PC - Archiviare in cartella insieme alla attestazione di consenso