# VADEMECUM PER I PAZIENTI CANDIDATI AD INTERVENTO DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA DELLA VESCICA
## (TURV)


## 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**



OSPEDALE SAN RAFFAELE

URI Urological Research Institute
Istituto di Ricerca Urologica

UNIVERSITÀ VITA-SALUTE SAN RAFFAELE UniSR

DUAM Discipline Urologiche Andrologiche Milanesi s.r.l

Gentile Paziente,

a giudizio di un Urologo afferente al Nostro Dipartimento, Lei è stato candidato ad essere sottoposto ad intervento di **resezione endoscopica di neoplasia della vescica** (TURV).

Siamo lieti che Lei abbia accettato e scelto di essere ricoverato e curato presso il Nostro Dipartimento di Urologia. Siamo a disposizione per offrirLe il migliore trattamento chirurgico e assistenziale necessario per fronteggiare la Sua condizione, forti della nostra lunga esperienza sul campo. La nostra Unità Operativa esegue infatti centinaia di interventi di TURV ogni anno, su un totale di oltre 9000 casi trattati. Rappresentiamo una delle Unità Operative Urologiche con il più alto volume operatorio in Italia ed in Europa, ed un'esperienza sul trattamento del tumore della vescica di oltre 30 anni.

Con questo documento desideriamo riassumerLe le informazioni che a nostro giudizio sono indispensabili che Lei conosca prima di essere ricoverato. Esse sono volte a renderLa consapevole della problematica clinica della quale è affetto, dell'approccio chirurgico che intendiamo seguire, delle sue eventuali complicanze, e del futuro iter da seguire nel caso in cui si confermasse la diagnosi di neoplasia vescicale, oltre che a rendere il Suo ricovero il più breve possibile e la Sua completa guarigione altrettanto rapida.

Il tumore alla vescica è un male insidioso, ma curabile! Siamo qui per combatterlo e vincerlo insieme a Lei.

*"Non sai mai quanto sei forte fino a quando essere forte è la sola scelta che hai."*

*- Cayla Mills*

Gli Urologi del San Raffaele di Milano

**INDICE**

1. LISTA DI ATTESA PRE-INTERVENTO ..... 3
2. PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO ..... 4
3. CENNI DI ANATOMIA E DI PATOLOGIA TUMORALE VESCICALE ..... 6
4. TECNICA CHIRURGICA ..... 11
5. DECORSO POST-OPERATORIO ..... 13
6. COMPLICANZE PERIOPERATORIE ..... 15
7. CONSIGLI ALLA DIMISSIONE DOPO INTERVENTO ENDOSCOPICO DI ASPORTAZIONE DI NEOPLASIA DELLA VESCICA ..... 17
8. CONTROLLI POST-OPERATORI E FOLLOW-UP URO-ONCOLOGICO ..... 18

## 1. LISTA DI ATTESA PRE-INTERVENTO

Il Dipartimento di Urologia dell'Università Vita Salute San Raffaele è noto in tutto il mondo per l'eccellenza nelle cure dei pazienti oncologici. Di conseguenza, sono estremamente numerose le richieste di ricovero per le varie patologie di cui ci occupiamo. Nonostante ogni giorno siano attive due sale operatorie dedicate esclusivamente ai pazienti urologici, esiste una non breve lista di attesa per essere ricoverati e sottoposti ad intervento chirurgico.

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

Lei può scegliere se essere ricoverato presso il nostro Dipartimento usufruendo del Sistema Sanitario Nazionale oppure privatamente mediante ricovero in regime di Solvenza. La qualità dell'intervento chirurgico e dell'assistenza medica durante il ricovero è eccellente in entrambe le condizioni.

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.

I numeri telefonici ed email di riferimento per l'ufficio ricovero sono:

- Ricoveri Solventi
  - Sig. Bruno Vanazzi Tel. 02.2643.4368 Email vanazzi.bruno@hsr.it
  - Sig.ra Antonella Viesti Tel. 02.2643.8737 Email viesti.antonella@hsr.it

- Ricoveri SSN
  - Sig. Ivo Ulivieri Tel. 02.2643.2299 Email ulivieri.ivo@hsr.it
  - Sig.ra Chiara Barile Tel. 02.2643.2403 Email barile.chiara@hsr.it

## 2. PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO

*Valutazione preoperatoria*

**Lei verrà contattato dal nostro Ufficio Programmazione Ricoveri per l'organizzazione della valutazione pre-operatoria**. In tale occasione Le sarà comunicato **il giorno in cui dovrà recarsi in ospedale, a digiuno, allegando tutta la Sua documentazione clinica (anche di pertinenza non urologica) e tutta la documentazione correlata alla Sua patologia vescicale**. Riceverà un documento in cui vengono elencati tutti gli appuntamenti e dove recarsi per eseguire il pre-ricovero.

Nell'arco di un'intera giornata, sarà sottoposto agli accertamenti necessari per affrontare l'intervento chirurgico proposto. Gli esami di routine comprendono:

- **Esami di laboratorio;**
- **Elettrocardiogramma ed eventuale visita cardiologica, ove quest'ultima sia ritenuta necessaria, a giudizio dell'urologo o dell'anestesista;**
- **Visita urologica;**
- **Visita anestesiologica**, durante la quale:
  1. viene accertata la sua idoneità all'intervento;
  2. viene valutata la necessità di altre valutazioni specialistiche di approfondimento;
  3. vengono concordate eventuali modifiche o sospensioni delle terapie croniche.

**Trasfusioni di sangue**: Sebbene in passato si procedesse, di prassi, alla richiesta di disponibilità di sacche di sangue nella fase antecedente l'operazione, il rischio della necessità di ricorrere a trasfusioni è, ormai, da considerarsi quasi nullo. All'ingresso in reparto, potrà essere sottoposto ad un test tramite prelievo ematico detto "**Type and Screen**", che serve a verificare la compatibilità rapida di sacche di sangue: queste ultime verranno richieste solo se le condizioni cliniche dovessero richiederlo.
Nell'esperienza dell'ospedale San Raffaele, la necessità di eseguire trasfusioni di sangue per un intervento di TURV è talmente ridotta che può essere ricondotta a casi aneddotici di pazienti affetti da condizioni cliniche estremamente particolari. Tuttavia, nel caso le Sue condizioni cliniche dovessero richiederlo, verranno messe a disposizione una o più sacche di emazie concentrate (ovvero globuli rossi) o altri emocomponenti (ad esempio piastrine, plasma fresco congelato), compatibili con il Suo gruppo sanguigno, che potranno esserLe trasfuse in caso di necessità e previo consenso.
È opportuno specificare che la trasfusione di sangue si rende necessaria solo in condizioni particolari (importante sanguinamento, comparsa improvvisa di anemizzazione, condizioni generali del paziente non ottimali).

**Quando entrerà in contatto con l'ufficio ricoveri del nostro Dipartimento, è estremamente importante che Lei segnali se sta eseguendo terapie con farmaci ad azione anti-aggregante** (*tipo Aspirinetta®, Cardioaspirina® Ascriptin®, Ibustrin®, Persantin®, Brilique®, Plavix®, Ticlopidina®, Tiklid®, Pletal®*, *Duoplavin®, Aggrenox®*) **oppure anti- coagulanti** (tipo *Coumadin®, Sintrom®*, *Pradaxa®*, *Eliquis®, Xarelto®*) **la cui sospensionee/o sostituzione deve essere eseguita sotto direttive del medico curante odell'anestesista.**

In particolare, potrebbe essere necessario sostituire la terapia anti-coagulante (ad es. *Coumadin®, Sintrom®*, *Pradaxa®*, *Eliquis®, Xarelto®*) con eparina a basso peso molecolare da somministrare sotto cute. L'indicazione sarà posta dall'anestesista o dallo specialista della coagulazione del nostro Ospedale o del Centro della Coagulazione (Centro TAO) di riferimento. Per quanto riguarda gli anti-aggreganti, l'anestesista Le indicherà come comportarsi tenendo conto eventualmente anche del parere di altri specialisti (ad es. cardiologo, chirurgo vascolare, neurologo, aritmologo).

**Nel caso queste terapie non venissero segnalate per tempo e interrotte di conseguenza, sarebbe necessario rimandare l'intervento e si perderebbe tempo prezioso per la Sua salute!**

Come detto poc'anzi, prima dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia della vescica è necessaria una valutazione cardiologica che si basa sull'esecuzione di un elettrocardiogramma e, qualora venisse ritenuto necessario sulla base delle condizioni cliniche, della visita cardiologica specialistica. 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 antecedenti all'intervento chirurgico.

**N.B. Qualora, dal momento degli accertamenti ambulatoriali descritti, sopravvenissero** importanti variazioni del suo stato di salute **prima del ricovero, Lei è pregato di comunicarlo immediatamente all'Ufficio Programmazione Ricoveri, per stabilire eventuali ulteriori accertamenti o rinviare temporaneamente il ricovero. I numeri telefonici di riferimento sono 02.2643.2299 oppure 02.2643.2403 per i pazienti in regime SSN e 02.2643.4368 oppure 02.2643.8737 per i pazienti in regime di Solvenza.**

## 3. CENNI DI ANATOMIA E DI PATOLOGIA TUMORALE VESCICALE

*La vescica*

La **vescica urinaria** è un organo muscolare cavo posto nel bacino, deputato alla raccolta dell'urina prodotta dai reni che vi giunge attraverso gli ureteri. Dalla vescica l'urina viene periodicamente espulsa all'esterno attraverso l'uretra (Fig 1).

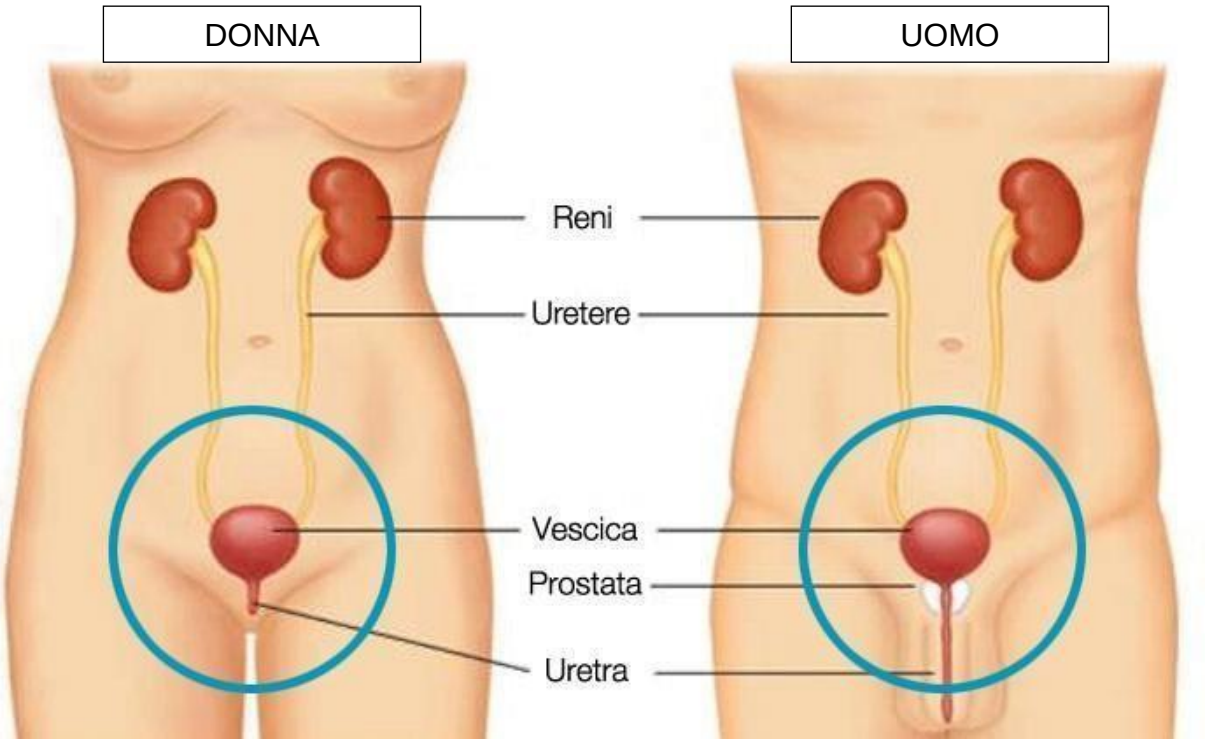


Fig 1

Il muscolo che forma le pareti della vescica è detto “detrusore” e si tratta di un muscolo liscio la cui attività è regolata da fibre nervose che percepiscono il riempimento vescicale e lo comunicano al sistema nervoso centrale.

L'uretra decorre attraverso un diaframma urogenitale costituito da muscolatura striata sottoposta a controllo volontario, o sfintere esterno. Il processo di emissione dell'urina, detto minzione, porta allo svuotamento periodico della vescica urinaria per mezzo di un riflesso automatico del midollo spinale, sempre mediato dal sistema nervoso centrale (Fig 2).

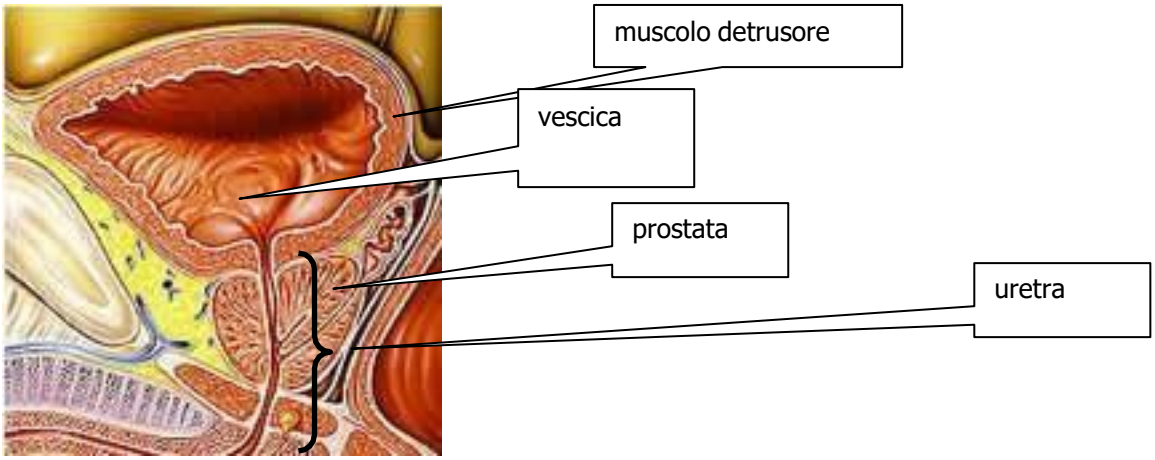

Fig. 2

*Il tumore della vescica*

Il carcinoma della vescica è il nono tumore al mondo per incidenza. Attualmente, si registrano circa 600.000 nuovi casi all'anno. Il tumore alla vescica è inoltre caratterizzato da una elevata mortalità, ponendosi al decimo posto tra le cause di morte per tumore. Questo tumore colpisce più frequentemente gli uomini delle donne, con un rapporto che varia da 6:1 a 2:1, a seconda delle aree geografiche. Il rischio di sviluppare il tumore della vescica aumenta generalmente con l'età, ed in particolare, colpisce più frequentemente soggetti con età superiore ai 60 anni, essendo molto più raro nei giovani

Il **fumo di sigaretta** è senza dubbio il più importante fattore di rischio associato al tumore della vescica, essendo associato a circa il 50% dei casi di tumore vescicale. Oltre al fumo, alcuni agenti occupazionali sono responsabili di un aumentato rischio di sviluppare il tumore alla vescica. Tra questi ricordiamo le amine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio), il toluene, gli idrocarburi poliaromatici, il percloroetilene, il diclorometano, e i diesel derivati e combustibili. In generale, alcune classi di lavoratori, come i lavoratori del tabacco, di coloranti chimici e di metalli, sembrano maggiormente predisposti a sviluppare il tumore vescicale, essendo più esposti ai sopracitati agenti chimici.

Se Lei dovesse rientrare in una di queste classi di rischio dovrebbe assolutamente dichiararlo al momento della visita Urologica! L'esposizione a tali agenti deve infatti essere interrotta immediatamente in quanto potrebbe favorire lo sviluppo di un secondo tumore in una diversa localizzazione, come il rene o gli ureteri.

Seppure molti altri fattori di rischio siano stati valutati per spiegare la diversa incidenza di carcinoma vescicale nella popolazione, nessuno di questi ha dimostrato una sicura e comprovata associazione con la malattia. Tra i fattori studiati rientrano il consumo di alcool e caffè, l'aumentato apporto dietetico di carne, l'esposizione ad arsenico e cadmio, così come il basso apporto di frutta e verdura, vitamina D, ed antiossidanti.

Il tumore della vescica si può presentare in diverse forme istologiche. La forma più comune è il tumore a cellule transizionali o carcinoma uroteliale, cioè il tumore che prende origine dall'epitelio transizionale di rivestimento. Questi tumori rappresentano circa il 90% di tutte le neoplasie vescicali, il restante 10% è diviso tra carcinomi a cellule squamose (squamocellulari), adenocarcinomi, carcinomi a piccole cellule, sarcomi e forme miste dove sono presenti multiple istologie.

Il tumore della vescica si forma più spesso sulle pareti laterali dell'organo (Fig 3): può avere una forma papillare (cioè come una vegetazione) nella maggior parte dei casi (75%) oppure una forma piatta o nodulare (carcinoma in situ, CIS).

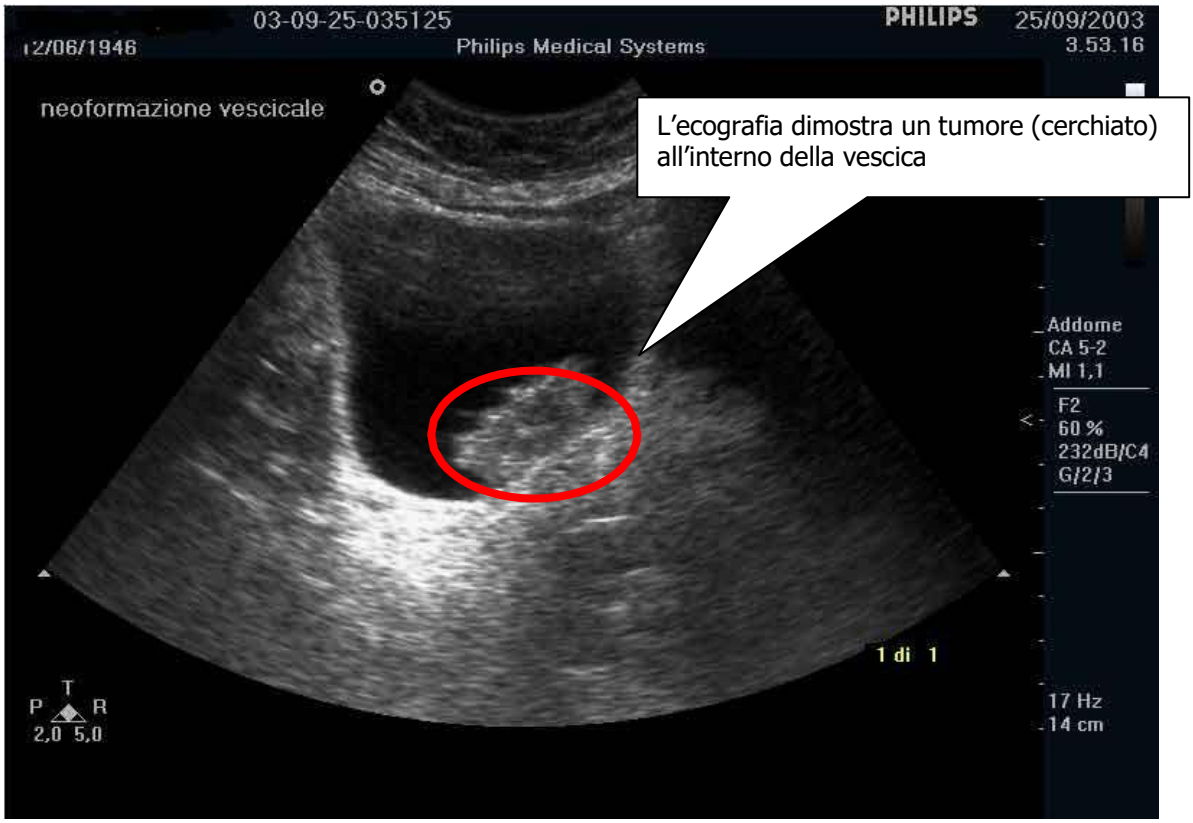


Fig. 3

**I sintomi** con cui si può presentare il tumore della vescica sono comuni anche ad altre malattie che colpiscono l'apparato urinario.

Manifestazioni frequenti sono:

- Sangue nelle urine (o ematuria), accompagnata talvolta all'espulsione di coaguli;
- Bruciore durante la minzione (disuria) o dolore alla minzione (stranguria);
- Necessità di urinare spesso e in poca quantità (pollachiuria);

Con la progressione della malattia questi disturbi possono diventare importanti.

Non esistono al momento programmi di screening o metodi di diagnosi precoce scientificamente affidabili per il tumore della vescica, nonostante la **Nostra Fondazione "Amici di URI – ETS"** stia lavorando quotidianamente in questa direzione. Occorre quindi mettere in atto misure di prevenzione legate alle abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo e in una dieta sana ed equilibrata.

## PREPARARSI AL MEGLIO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

*Anestesia*

Il tipo di anestesia di prima scelta per l'intervento endoscopico di asportazione di neoplasia della vescica è l'anestesia epidurale (spinale).
Ad una piccola iniezione di anestetico a livello della colonna vertebrale (definita, in termini scientifici, come iniezione epidurale) viene generalmente associata una sedazione mediante l'uso di alcuni farmaci per via endovenosa. L'anestesia spinale è di per sé indolore ed è caratterizzata da un eccellente controllo del dolore postoperatorio, da una minore perdita ematica durante l'intervento chirurgico e minore frequenza di trombosi degli arti inferiori o di embolia polmonare.
Per questi motivi, l'anestesia spinale è considerata come l'approccio standard per questo tipo di intervento chirurgico.

Va tuttavia segnalato che, qualora le condizioni di salute del paziente dovessero rendere più sicuro un approccio mediante anestesia generale, si procederà a quest'ultima.

Prima dell'intervento chirurgico viene attuata una profilassi antibiotica (per prevenire le infezioni) e, a discrezione dell'Anestesista, potrà essere eseguita una pre-anestesia con farmaci ad azione ansiolitica, per rilassare il paziente e prepararlo ad affrontare in maniera serena le procedure legate all'anestesia vera e propria. Se il paziente lo desidera, già la sera precedente l'intervento può ricevere un farmaco ansiolitico, qualora indicato (ad es. Tavor 1 compressa da 1 mg). Ciò, verrà concordato con il medico di guardia del reparto.
Contemporaneamente all'inizio delle manovre anestesiologiche viene iniziata la somministrazione endovenosa di farmaci per la prevenzione di nausea evomito, per la gastroprotezione e per la terapia del dolore (analgesia preventiva) che

viene opportunamente prolungata nel post operatorio con un approccio polifarmacologico (che prevede cioè un'associazione di farmaci che, agendo sulle varie componenti del dolore, si potenziano reciprocamente). Il controllo del dolore in tal modo è ottimale ed il paziente supera più velocemente il trauma dell'intervento, peraltro minimizzato dall'assenza di incisioni muscolari.

Può essere presente nel post operatorio una dolenzia muscolare ed articolare dovuta alla posizione assunta nel lettino operatorio, facilmente risolvibile, oltre che con i farmaci anti dolorifici, con la precoce mobilizzazione. La minima invasività di questa particolare tecnica chirurgica permette una rapida ripresa funzionale. Il paziente, infatti, viene attivamente incoraggiato a riprendere immediatamente una normale alimentazione e a mobilizzarsi a partire dalla giornata successiva all'intervento.

La prevenzione dei fenomeni trombotici e tromboembolici viene attuata con il posizionamento, prima dell'inizio dell'intervento, di calze elastiche agli arti inferiori, nonché con la precoce mobilizzazione del paziente stesso.

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.

(Ulteriori chiarimenti Le verranno forniti in sede di visita preoperatoria con lo specialista Anestesista)

## 4. TECNICA CHIRURGICA

Il primo tempo dell'intervento consiste nel posizionamento del paziente in posizione litotomica (a gambe sollevate e divaricate) con il perineo perpendicolare al piano del tavolo. Attraverso il pene (o, nel caso di paziente di sesso femminile, attraverso il meato uretrale) si introduce quindi in vescica sotto visione diretta un resettore per asportare la lesione tumorale (Fig 4 e Fig 5).

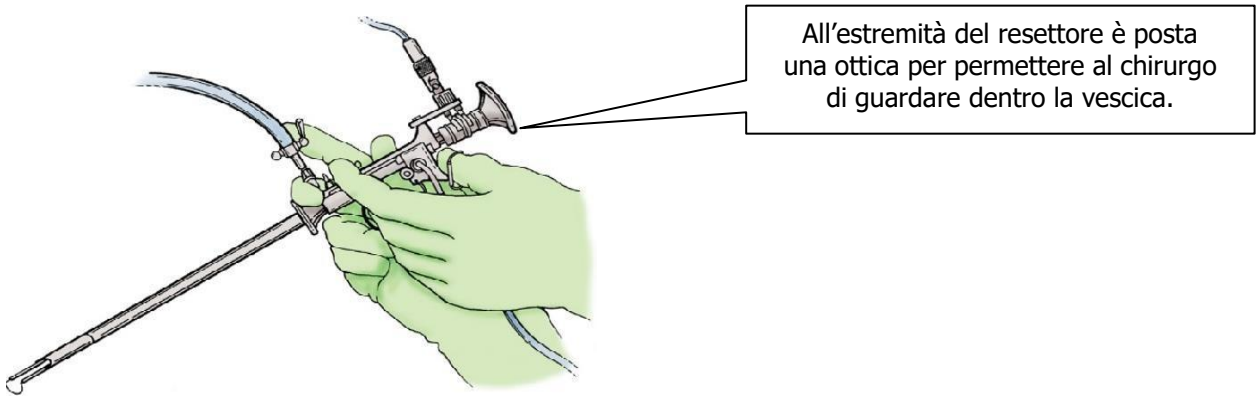


Fig. 4

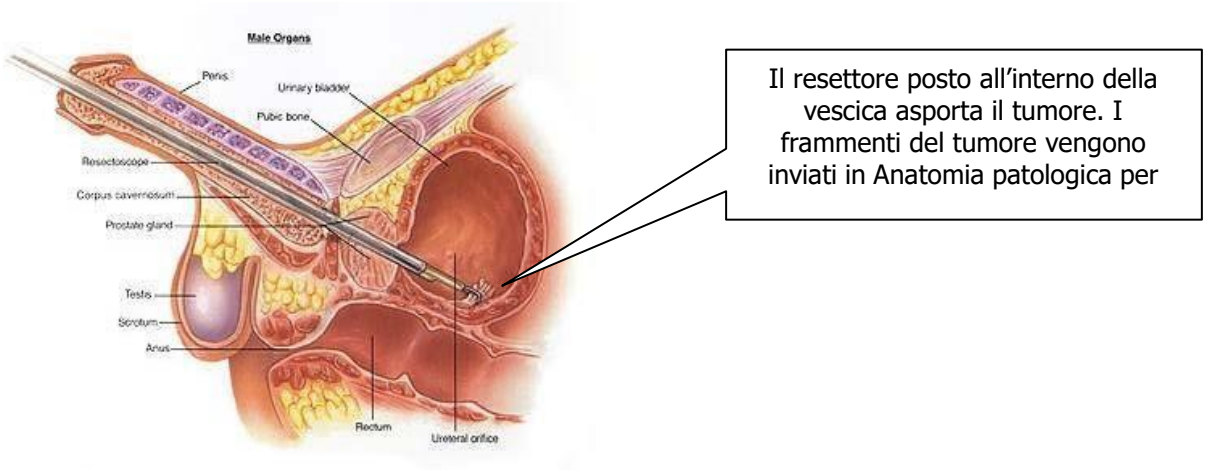


Fig. 5

Il resettore, sfruttando energia elettrica, permette di "affettare" la lesione tumorale e di asportarla completamente, mentre, allo stesso tempo, svolge un'azione emostatica che consente di evitare i sanguinamenti conseguenti a questo tipo di chirurgia. L'intervento ha una **durata variabile tra i 30 minuti ed 1 ora**, in funzione delle dimensioni e del numero delle neoformazioni rilevabili all'interno della vescica

Una volta terminata la resezione e completata l'emostasi, il tessuto resecato viene estratto dalla vescica ed inviato presso il reparto di Anatomia Patologica affinchè venga analizzato al microscopio (esame istologico).

Verrà, quindi, posizionato un catetere vescicale. Quest'ultimo, in base alla complessità della chirurgia, dei riscontri intraoperatori e in base al giudizio clinico del chirurgo operatore, verrà rimosso in tempi variabili che possono andare dal giorno successivo all'intervento, fino a 2 settimane dall'intervento.

È previsto, in casi selezionati, che si possa ricorrere ad alcune procedure aggiuntive, quali meatotomia (in caso di stenosi del meato uretrale esterno), o uretrotomia endoscopica (in presenza di stenosi uretrale). Tali manovre verranno eseguite solo se necessario per poter permettere l'accesso all'interno del lume vescicale.

A discrezione dell'operatore, in casi selezionati, può essere eseguita la somministrazione endovescicale di un farmaco chemioterapico al termine dell'intervento chirurgico. Più precisamente, l'introduzione in vescica di una sostanza chemioterapica che agisce immediatamente sulla mucosa vescicale, permetterà di consolidare il risultato dell'intervento chirurgico e di ridurre il rischio di recidiva della malattia.

*4.1 Resezione endoscopica di neoplasia vescicale con Hexvix*

In casi selezionati, ci si può avvalere dell'utilizzo della cistoscopia a luce blu previa instillazione endovescicale di **Esaminolevulinato Cloridrato** (HEXVIX). Questo particolare colorante ha la caratteristica di essere assorbito dalle cellule tumorali conferendogli una spiccata colorazione rosa alla luce blu (Fig 6). L'utilizzo di questa tecnica permette una migliore visualizzazione delle aree tumorali specialmente quelle non direttamente visibili alla normale cistoscopia. Generalmente il colorante viene instillato tramite un piccolo catetere vescicale circa un'ora prima dell'intervento.

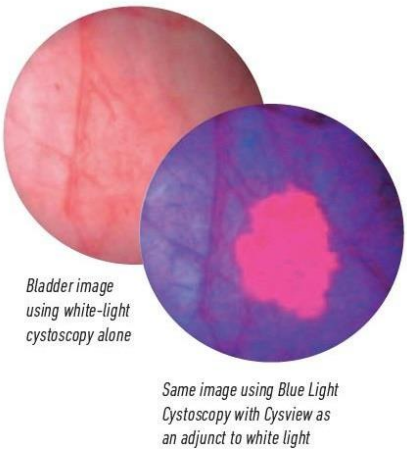


Fig. 6 - come la stessa lesione viene vista solo in luce bianca e con l'utilizzo di HEXVIX e luce blu.

## 5. DECORSO POST-OPERATORIO

Il paziente viene fatto alzare dal letto in prima giornata post-operatoria ed invitato consensualmente a riprendere l'alimentazione. Il paziente, non appena possibile, viene invitato a passeggiare nel corridoio del reparto di degenza per favorire la ripresa della normale circolazione, per evitare la formazione di trombi nelle vene degli arti inferiori e per facilitare un più rapido recupero.

**"COME REGOLA GENERALE E COMPATIBILMENTE ALLE PROPRIE CONDIZIONI GENERALI, IL PAZIENTE DEVE RIMANERE ALLETTATO IL MENO POSSIBILE!!!"**

Nel corso dell'intervento viene posizionato, come già specificato, un catetere vescicale, che viene mantenuto in sede per un periodo variabile da 1 a circa 14 giorni, a seconda delle condizioni locali intra-operatorie, del decorso post-operatorio e del giudizio clinico del chirurgo operatore. La dimissione avviene quasi sempre nella giornata successiva all'intervento chirurgico per cui **a volte, il paziente esce dall'ospedale con il catetere vescicale**. In tal caso, verrà fornito un appuntamento presso i nostri ambulatori per la rimozione dello stesso, secondo quanto indicato dai medici.

Nel post-operatorio, **la terapia antidolorifica** verrà progressivamente ridotta da continua ad "al bisogno": questo passaggio viene effettuato gradualmente al fine di garantire il controllo ottimale del dolore favorendo inoltre la ripresa del funzionamento intestinale che viene rallentata dai farmaci analgesici.

Si prevede, solitamente, una degenza che varia tra i 2 ed i 5 giorni in funzione delle condizioni cliniche del paziente, salvo complicazioni.

**"COME REGOLA GENERALE, IL RICOVERO IN REPARTO DEVE ESSERE LIMITATO AL MINIMO NECESSARIO AL FINE DI RIDURRE AL MASSIMO IL RISCHIO PER IL PAZIENTE DI CONTRARRE UNA INFEZIONE OSPEDALIERA"**

Dopo la dimissione dall'Ospedale, è importante riprendere gradualmente l'attività fisica. Le verrà quindi consigliato di passeggiare, salire e scendere le scale. È bene, tuttavia, evitare sforzi eccessivi, come ad esempio sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa), nel corso delle prime 4 settimane che seguono l'intervento.
Si consiglia, inoltre, di evitare gli sport da sella (bicicletta, motocicli, cavallo) durante le prime 8-10 settimane. Dopo 4 settimane dall'intervento, potrà riprendere praticamente tutte le attività che venivano svolte prima dell'operazione, posticipando i soli sport da sella.

**Nel caso il catetere vescicale Le dovesse venire rimosso durante lo stesso giorno della dimissione, è tassativo che il paziente rimanga a Milano per almeno le 24 ore successive**. Questo perché, in caso di qualsiasi necessità che Lei dovesse manifestare, avrà sempre la possibilità di rivolgersi presso la nostra struttura.

**LE STRUTTURE ALBERGHIERE LOCALIZZATE NEI DINTORNI DELL'OSPEDALE ALLE QUALI IL PAZIENTE E I SUOI FAMILIARI POSSONO APPOGGIARSI DOPO LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE VENGONO ILLUSTRATE AL PAZIENTE DALL'UFFICIO RICOVERI.**

1. **Hotel Rafael** ***Via Olgettina, 60 – 20132 Milano***
   *Tel. +39 02 21765.1 – Fax.+39 02 21765888 – all'interno del campus del San Raffaele – www.rafaelhotel.it*
2. ***NH Hotel di Milano 2 Via Fratelli Cervi – Milano 2, Segrate (MI)***
   *Tel. +39 02 2175.1 – mail: nhmilano2@nh-hotels.com*

## 6. COMPLICANZE PERIOPERATORIE

Globalmente, l'intervento chirurgico di TURV non è gravato da un tasso di complicanze significativo (circa il 5%). Salvo casi particolari che le verranno esplicati nel caso in cui dovesse rientrare a farne parte, i pazienti sottoposti a questo intervento chirurgico, come già spiegato, possono venire dimessi dall'ospedale rapidamente e tornare presto alle proprie attività quotidiane.

Va ricordato che è frequente che le urine assumano un colore rosso in seguito all'intervento chirurgico. Tale quadro è spesso associato alla necessità di dovere urinare frequentemente ed è comunque soggetto ad un ritorno alla normalità nel giro delle 2 settimane successive all'intervento chirurgico. Una abbondante idratazione (bevendo almeno 1.5-2 litri di acqua al giorno) potrà aiutare a rendere le urine chiare. Tuttavia, urine rosate saranno presenti anche per diverse settimane. Non bisogna spaventarsi, ma allertarsi **solo** nel momento in cui, **improvvisamente**, le urine dovessero ritornare ad essere **molto rosse e contenenti sangue vivo.** In tal caso, sarà **necessario** mettersi il contatto con il proprio **Urologo Curante** e recarsi presso il **Pronto Soccorso più vicino!**

Può capitare, nei soggetti di sesso maschile affetti da patologie prostatiche quali l'ipertrofia prostatica, che alla rimozione del catetere vescicale non segua una naturale ripresa della diuresi. Tale quadro, comportante una ritenzione urinaria acuta (RAU), è da considerarsi conseguenza della patologia prostatica sottostante, e deve essere trattato mediante il posizionamento di un catetere vescicale, che potrà essere rimosso in un secondo tempo. I tempi di rimozione saranno decisi dall'Urologo Curante in base al quadro individuale del paziente.

Più rare, ma mai del tutto escludibili a priori, sono le complicanze infettive. Sebbene avvengano di rado, si possono manifestare in svariati modi (bruciore durante o dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre, etc…). Nella maggior parte dei casi, le infezioni conseguenti all'intervento chirurgico di TURV possono essere efficacemente trattate con le moderne terapie antibiotiche. In base ai dati pubblicati nella letteratura scientifica internazionale, si stima un rischio infettivo intorno al 3.1%. Molto più rara, ma comunque descritta in letteratura in circa l'1% di tutti i casi di TURV, è l'evoluzione di quadri infettivi fino alle urosepsi, necessitanti di degenze ospedaliere prolungate e terapie antibiotiche per via endovenosa protratte nel tempo.

Se si dovesse presentare una malattia coinvolgente l'ostio ureterale può rendersi necessaria la resezione dell'ostio stesso con conseguente ostruzione del deflusso dell'urina proveniente dall'alto apparato escretore. In tali occasioni, può rendersi necessario il posizionamento di una nefrostomia percutanea omolaterale. Il successivo iter verrà valutato in base alle caratteristiche del paziente e della patologia vescicale stessa.

Vanno inoltre segnalate, anche se ormai rare o rarissime, alcune complicanze come la perforazione vescicale, la macroematuria severa condizionante anemizzazione, la stenosi dell'uretra, la formazione di fistole urinose e l'urosepsi.

**RISCHIO DI MORTALITÀ**

La mortalità stimata dalla letteratura scientifica internazionale per l'intervento di resezione endoscopica di neoplasia vescicale è stimata intorno allo 0.8%. Tale rischio è da considerarsi, comunque, variabile in base alle caratteristiche cliniche del paziente. Si ritiene che, in centri altamente specializzati come il nostro questo rischio sia da considerarsi prossimo allo zero. Secondo i nostri dati derivanti da una casistica di pazienti operati di TURV c/o il nostro centro nel 2023 la mortalità come conseguenza di tale intervento è stata dello 0%.

## 7. CONSIGLI ALLA DIMISSIONE DOPO INTERVENTO ENDOSCOPICO DI ASPORTAZIONE DI NEOPLASIA DELLA VESCICA

**Dopo la dimissione dall'Ospedale, è importante riprendere gradualmente l'attività fisica. Le verrà quindi consigliato di passeggiare, salire e scendere le scale. È bene, tuttavia, evitare sforzi eccessivi, come ad esempio sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa), nel corso delle prime 4 settimane che seguono l'intervento.**

**Esame istologico finale**

**La tempistica per la consegna dell'esame istologico è di circa 30 giorni.**

Quando il referto dell'esame istologico sarà pronto, questo sarà comunicato al proprio Urologo Curante che, successivamente, La contatterà per comunicarLe l'esito.

L'esame istologico definisce l'esatta natura della patologia endovescicale da cui Lei è affetto e soprattutto fornisce delle precise informazioni riguardo alla sua estensione in profondità all'interno della vescica.

In base a questa estensione, la neoplasia vescicale viene definitiva come:

- non infiltrante la tonaca muscolare della vescica
  *oppure*
- infiltrante la tonaca muscolare della vescica

a seconda delle profondità, ovvero del coinvolgimento solo degli strati più interni (tessuto connettivo) o al contrario anche più esterni (tessuto muscolare se non addirittura tonaca sierosa) della vescica.

## 8. CONTROLLI POST-OPERATORI E FOLLOW-UP URO- ONCOLOGICO

In base al referto istologico del pezzo operatorio, il Suo Urologo di riferimento imposterà le eventuali **cure e controlli post-operatori** e potrà decidere, in base all'estensione della malattia, la eventuale necessità di eseguire le ulteriori valutazioni specialistiche del caso.

La nostra U.O. di Urologia del San Raffaele è all'avanguardia sulla gestione e il trattamento di tutte le patologie uro-oncologiche, tra cui anche la neoplasia vescicale. In particolar modo, grazie all'ausilio e alla collaborazione di Urologi esperti e Oncologi dedicati si ha l'opportunità di avere una gestione integrata e condivisa del paziente offrendo una cura dedicata ad hoc secondo le più recenti ed aggiornate indicazioni internazionali.

Le neoplasie vescicali non infiltranti la tonaca muscolare e meno aggressive non necessitano di alcuna terapia aggiuntiva, ma solamente di una vigile sorveglianza mediante controllo periodico cistoscopio (solitamente a 3 mesi e, successivamente, ogni 3-6 mesi secondo la gravità della malattia).
In casi selezionati di neoplasia vescicale non infiltrante la tonaca muscolare, potrebbe essere indicato un ciclo di **instillazioni periodiche endovescicali** mediante l'utilizzo di un farmaco ad azione chemioterapica o immunoterapica. Il ciclo di instillazioni endovescicali ha una durata minima di 6 settimane e può arrivare a durare fino a 3 anni. Si inizierà con un ciclo induttivo di 6 settimane (una instillazione a settimana per 6 settimane), per poi prevedere i controlli successivi.
La decisione di eseguire o meno le indicazioni endovescicali è responsabilità dello specialista urologo di riferimento e viene generalmente presa in base all'esito dell'esame istologico.
Al controllo mediante cistoscopia, Le verrà consigliato di effettuare, periodicamente, un esame citologico delle urine e, a discrezione dello specialista, una valutazione dell'alto apparato escretore (per esempio: ecografia dell'apparato urinario, urografia, TC dell'addome).

La somministrazione del farmaco endovescicale è una pratica che viene eseguita in regime ambulatoriale presso il nostro ospedale. In allegato, trova il modulo esplicativo sulle modalità di somministrazione del farmaco, eventuali rischi connessi alla procedura e importanti accorgimenti.

Dopo un primo intervento chirurgico endoscopico, in alcuni casi, Lei potrebbe essere candidato ad un secondo intervento chirurgico endoscopico sulla vescica (**TUR di Vescica 2° look**) per una bonifica più completa di quest'ultima. Anche in questo caso, le tempistiche per tale secondo intervento verranno decise dal suo specialista urologo di riferimento e in linea con le linee guida internazionali.

## Instillazioni endovesciali: cosa c'è da sapere

*Cosa sono le instillazioni endovescicali?*

Le instillazioni endovescicali sono un trattamento che prevede l'introduzione di un farmaco direttamente nella vescica attraverso un catetere sottile. Sono utilizzate per ridurre il rischio di recidiva e progressione della malattia.

*Come si eseguono?*

- Il paziente deve svuotare la vescica prima della procedura.
- Un catetere sottile viene inserito attraverso l'uretra per instillare il farmaco nella vescica.
- Il farmaco deve essere trattenuto per circa 60-90 minuti prima di essere eliminato con la minzione.
- Dopo la procedura, è consigliato bere abbondantemente ed evitare cibi irritanti.

*Possibili complicanze*

Le instillazioni endovescicali sono generalmente ben tollerate, ma gli effetti avversi possono variare a seconda del trattamento eseguito. Tra i più comuni si riscontrano:

- Irritazione della vescica (bruciore, urgenza minzionale, aumento della frequenza urinaria) che si verifica nell'80% dei casi con BCG e nel 30-50% con chemioterapia.
- Ematuria (sangue nelle urine), osservata nel 30-60% dei pazienti trattati con BCG e nel 20-40% con chemioterapia.
- Febbre o reazioni allergiche (rare, frequenza < 10%).

In caso di sintomi gravi (febbre alta, forte dolore), è importante contattare lo specialista.

Nel nostro Centro offriamo diverse opzioni di instillazioni endovescicali, scelte in base al tipo di tumore:

- Chemioterapici: Mitomicina C, Farmorubicina, Gemcitabina/Docetaxel*.
- Immunoterapia intravescicale: Bacillus Calmette-Guérin (BCG).
- Terapia combinata con elettromodulazione (EMDA) per migliorare l'assorbimento dei farmaci.

Gemcitabina/Docetaxel e EMDA sono riservati ai pazienti con neoplasie recidivanti e/o come opzione per la strategia di preservazione della vescica (bladder-sparing) nei pazienti che rifiutano o sono non candidabili alla cistectomia radicale.

Per quanto riguarda i controlli futuri, Le raccomandiamo di seguire attentamentetutto quanto è stato scritto nella **lettera di dimissione** che Le sarà consegnata.

È per me un grande piacere averLa in cura. Spero che Lei possa sempre considerare tutto il nostro staff medico sia come medici che come amici.

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

***Prof. Francesco Montorsi Direttore U.O. Urologia***
IRCCS Ospedale San Raffaele
Professore Ordinario di Urologia
Direttore Scuola di Specializzazione di Urologia
Università Vita Salute San Raffaele

**SI RICORDA CHE AL MOMENTO DELL'EVENTUALE RICOVERO I PAZIENTI DEVONO RECARE CON SÈ TUTTA LA PROPRIA DOCUMENTAZIONE MEDICA (ESAMI, REFERTI, RESOCONTI DI PRECEDENTI VISITE!!!). È ALTRESI FONDAMENTALE CHE IL PAZIENTE LEGGA CON ATTENZIONE IL CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO CHE DEVE ESSERE FIRMATO PRIMA DELLA OPERAZIONE, COSI' COME IL CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA!!!**

**UNITA' OPERATIVA DI UROLOGIA**
**OSPEDALE SAN RAFFAELE**

# INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI PRIMA DEL RICOVERO

Chirurgia endoscopica: TURV

Gentile Paziente,

in questo documento Le riassumiamo alcune informazioni che sono fondamentali per rendere il Suo ricovero il più confortevole possibile.

## COSA PORTARE AL RICOVERO:

- **Documentazione clinica precedente**, **esami** eseguiti in precedenza ed **elenco dei farmaci** assunti abitualmente
- **Tutti i farmaci assunti abitualmente a casa** (per la pressione, insulina,ecc.)
- Nel caso Lei soffra di apnee notturne o abbia altri problemi respiratori, deve portare con sé i dispositivi utilizzati abitualmente (es. **C-PAP**, ecc.)
- Sacchettino di plastica (es. da spesa) per camminare agevolmente con il catetere.
- Bicchiere, cucchiaino
- Acqua/Bevande

## INDUMENTI NECESSARI DA PORTARE AL RICOVERO:

- Biancheria personale
- Pigiama comodo con pantaloni aperti davanti/Camicia da notte comoda
- Vestaglia
- Magliette intime
- Calze elastiche antitrombotiche lunghe (quando richiesto dall'anestesista)
- Ciabatte comode antiscivolo

## NECESSARIO PER LE CURE IGIENICHE:

- Sapone liquido
- Bagnoschiuma
- Asciugamani piccoli/Asciugamani grandi
- Salviette umidificate
- Eventuali deodoranti, ecc.

Lo staff infermieristico UO Urologia 5°Q

| I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele | **INFORMATIVA da allegare alla ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:**<br><br>**CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)** | Spazio etichetta |
|---|---|---|

**Cognome e nome del paziente** ……..

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

**Diagnosi o sospetto diagnostico** (al momento della proposta dell'intervento)**:** Sospetta neoplasia vescicale

**Benefici attesi e scopo della prestazione proposta** (con probabilità di successo)**:** Diagnosi di malattia ed eventuale controllo oncologico con intento curativo o palliativo.
I dati attualmente disponibili in letteratura e correntemente citati presso le linee guida internazionali mostrano come l'intervento di resezione endoscopica (di seguito indicato come TURV) rappresenta, allo stato attuale, l'unica metodica che permette di ottenere una diagnosi certa in tutti i casi in cui sussista il sospetto di una neoplasia vescicale [1]. Tale metodica, peraltro, possiede anche una finalità terapeutica, nel momento in cui, in presenza di malattie vescicali in stadio iniziale, una resezione completa attua, a tutti gli effetti, un controllo oncologico [2].

**Descrizione della prestazione** *(indicando eventuale sede della procedura – organo, parte, livello del corpo - e cosa il paziente si deve aspettare nel corso della prestazione)* **e possibili varianti nell'esecuzione:**
L'intervento di resezione endoscopica transuretrale di neoformazione vescicale (TURV) viene eseguito in anestesia spinale o generale a seconda del giudizio dello specialista anestesista. L'intervento consiste nell'introduzione di uno strumento (resettore) lungo l'uretra che consente l'esplorazione preliminare della vescica sotto visione diretta e la escissione con ansa diatermica della/e neoformazione/i vescicale/i. L'intervento ha una durata variabile tra i 30 minuti ed 1 ora, in funzione delle dimensioni e del numero delle neoformazioni rilevabili all'interno della vescica. È previsto, in casi selezionati, che si possa ricorrere ad alcune procedura aggiuntive, quali meatotomia (in caso di stenosi del meato uretrale esterno), o uretrotomia endoscopica (in presenza di stenosi uretrale). Tale manovre verranno eseguite solo se necessario per poter permettere l'accesso all'interno del lume vescicale.
Al termine dell'intervento viene posizionato un **catetere vescicale**, da mantenere in sede per un periodo variabile, solitamente da 1 a 3 giorni. Tuttavia, nel caso in cui sia stata eseguita la resezione di una neoformazione voluminosa, o a giudizio del chirurgo operatore che ha eseguito la procedura chirurgica, potrebbe essere necessario mantenere il catetere vescicale per periodi più lunghi.
**- Varianti nell'esecuzione**
Nel caso in cui la neoformazione fosse un primo episodio, singola, macroscopicamente superficiale, inferiore o uguale ai 2 cm, e non si sia verificata perforazione della vescica, alla fine della procedura può essere iniettato direttamente in vescica un **farmaco chemioterapico ad azione topica** che verrà lasciato in sede per circa 60-90 minuti.
Se indicato clinicamente, nel caso di malattia cosiddetta "in situ" e comunque su disposizione dell'urologo che la ha in cure, prima dell'ingresso in sala operatoria potrebbe essere necessario ricorrere all'introduzione in vescica di un farmaco che permetterà una più agevole identificazione delle zone malate da trattare. Tale manovra verrà effettuata in reparto, prima dell'accesso in sala operatoria.
Se sarà necessario, verrà collegato al catetere un lavaggio continuo con soluzione fisiologica. Una volta rimosso il catetere, la ripresa della minzione spontanea può essere caratterizzata dalla presenza di urine rosse e dalla necessità di urinare di frequente. Tale quadro è soggetto ad un ritorno alla normalità nel giro delle 2 settimane successive all'intervento chirurgico.
La lettera di dimissione definitiva verrà compilata al momento del completamento dell'esame istologico da parte della divisione di Anatomia Patologica che di solito avviene una quindicina di giorni dopo l'intervento. Sulla lettera di dimissione definitiva verrà indicato per esteso il risultato

**Cognome e nome del paziente** ……..

dell'esame istologico e verranno specificate le indicazioni per una **eventuale profilassi delle recidive** (instillazioni vescicali ambulatoriali con chemioterapico o immunoterapico) ed i controlli periodici successivi, oppure ulteriori opzioni terapeutiche (ad esempio, un nuovo intervento di resezione endoscopia, quando indicato dalle linee guida internazionali).

**Rischi prevedibili legati all'esecuzione** (al momento della proposta) **e possibili complicanze** *(indicando le probabilità)***:**
Globalmente, l'intervento chirurgico di TURV non è gravato da tasso di complicanze significativo. Salvo casi particolari che le verranno esplicati nel caso in cui dovesse rientrare a farne parte, i pazienti sottoposti a questo intervento chirurgico possono venire dimessi dall'ospedale nel giro di un paio di giorni e tornare presto alle proprie attività quotidiane. Tuttavia, generalmente va considerato un tasso di complicanze che si aggira intorno al 5% [3]
Va infine ricordato che è frequente che le urine assumano un colore rosso in seguito all'intervento chirurgico. Tale quadro è spesso associato alla necessità di dover urinare frequentemente, ed è comunque soggetto ad un ritorno alla normalità nel giro delle 2 settimane successive all'intervento chirurgico.
In caso di malattia coinvolgente l'ostio ureterale può rendersi necessaria la resezione dell'ostio stesso con conseguente ostruzione del deflusso dell'urina proveniente dall'alto apparato escretore. In tali occasioni, può rendersi necessario il posizionamento di una nefrostomia percutanea omolaterale. Il successivo iter verrà valutato in base alle caratteristiche del paziente e della patologia vescicale stessa.
In caso di neoformazioni di importanti dimensioni la resezione può essere esclusivamente a scopo diagnostico e, di conseguenza, non ottenere radicalità oncologica. In tale caso verrà discusso con il paziente il successivo iter diagnostico-terapeutico.
Può capitare, nei soggetti di sesso maschile affetti da patologie prostatiche quali l'ipertrofia prostatica, che alla rimozione del catetere vescicale non segua una naturale ripresa della diuresi. Tale quadro, comportante un quadro di ritenzione urinaria, è da considerarsi conseguenza della patologia prostatica sottostante, e deve essere trattato mediante il posizionamento di un ulteriore catetere vescicale, che potrà essere rimosso in un secondo tempo.
Più rare, ma mai del tutto escludibili a priori, sono le complicanze infettive. Rara, ma descritta in letteratura in circa l'1% di tutti i casi di TURV [3], è l'evoluzione di quadri infettivi fino alle urosepsi, necessitanti di degenze ospedaliere prolungate e terapie antibiotiche per via endovenosa protratte nel tempo.

Vanno inoltre ricordate:

- Rare (<10%):
  - Perforazione della parete vescicale. È comune e può essere eseguita di proposito al fine di una completa rimozione della neoplasia e per la corretta stadiazione della malattia.
  - Macroematuria severa con conseguente anemizzazione e necessità di emotrasfusione
  - Stenosi dell'uretra

- Molto rare (<10%):
  - Perforazione della vescica
  - Fistola urinosa
  - Lesione delle papille ureterali, lesione del retto, lesione dello sfintere urinario
  - Urosepsi
  - Necessità di re-intervento chirurgico (1.5% [3])
  - Stenosi post-cicatriziale del meato ureterale condizionante idronefrosi (necessità il posizionamento di stent ureterale tipo "doppio J", nefrostomia percutanea oppure intervento chirurgico di reimpianto ureterale)

**Cognome e nome del paziente** ……..

La mortalità stimata come conseguenza dell'intervento di resezione endoscopica di neoplasia vescicale è stimata intorno allo 0.8% [3].

**Rischio infezioni** *(indicare la probabilità percentuale del rischio infettivo con riferimento ai dati della letteratura)*:
Le infezioni rappresentano una complicanza frequente per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico a livello delle vie urinarie. Nella maggior parte dei casi, le infezioni conseguenti all'intervento chirurgico di TURV possono essere efficacemente trattate con le moderne terapie antibiotiche. In uno studio recentemente eseguito sulla popolazione giapponese, si stima un rischio infettivo intorno al 3.1% [4].
Rara, ma descritta in letteratura in circa l'1% di tutti i casi di TURV [3], è l'evoluzione di quadri infettivi fino alle urosepsi, necessitanti di degenze ospedaliere prolungate e terapie antibiotiche per via endovenosa protratte nel tempo.

**Rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**
Mancata diagnosi di malattia. Nel caso in cui venga misconosciuta una malattia neoplastica a livello della vescica, è possibile prospettare un'evoluzione del quadro clinico con comparsa/persistenza di micro- o macro-ematuria, conseguente aggravamento clinico con anemizzazione e necessità di ricoveri ospedalieri per emotrasfusione o controllo del sanguinamento.
Va inoltre ricordata la possibilità che la malattia oncologica non diagnosticata vada incontro a progressione. Tuttavia, in assenza di dati che permettano di porre la diagnosi di neoplasia vescicale, non è possibile stimare un tasso di progressione o di mortalità.

**Possibili problemi di recupero** *(es: conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, …)* **o decorso post operatorio:**
Una volta rimosso il catetere vescicale, la ripresa della minzione spontanea può essere caratterizzata dalla presenza di urine rosse e dalla necessità di urinare di frequente. Tale quadro è soggetto ad un ritorno alla normalità nel giro delle 2 settimane successive all'intervento chirurgico. Può capitare, nei soggetti di sesso maschile affetti da patologie prostatiche quali l'ipertrofia prostatica, che alla rimozione del catetere vescicale non segua una naturale ripresa della diuresi. Tale quadro, comportante un quadro di ritenzione urinaria, è da considerarsi conseguenza della patologia prostatica sottostante, e deve essere trattato mediante il posizionamento di un ulteriore catetere vescicale, che potrà essere rimosso in un secondo tempo.

**Possibilità di alternative:**
In presenza del sospetto clinico di neoplasia vescicale, l'intervento chirurgico di TURV viene proposto come unica vera opzione in grado di porre diagnosi di malattia. Per tale motivo, l'unica alternativa realmente attuabile è la non esecuzione della prestazione in oggetto, fermo restando che il paziente deve essere consapevole che la mancata esecuzione della procedura chirurgica non permette di porre una diagnosi o di proseguire con l'iter diagnostico-terapeutico.

| I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele | **INFORMATIVA da allegare alla ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:**<br><br>**CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)** | Spazio etichetta |
|---|---|---|

**Cognome e nome del paziente** ……..

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

**<u>In caso di terapia anticoagulante in atto o coagulopatie si può verificare un aumento del rischio emorragico. Verranno attuati i provvedimenti atti a limitare tale rischio.</u>**

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

*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 a ……..*

Salvo imprevisti, la prestazione verrà eseguita da ……

La informiamo inoltre che, qualora il trattamento venga svolto in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è previsto che l'atto chirurgico venga eseguito da uno dei chirurghi della equipe divisionale, secondo i turni stabiliti dal Direttore di Divisione. Pertanto, potrebbe verificarsi che il chirurgo che ha eseguito la prima visita non sia lo stesso che eseguirà l'intervento.

| **Data** | **Firma del paziente per presa visione** |
|---|---|
| **……** | **……** |

**Riferimenti bibliografici:**
[1] Gontero P et al. "European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ)-A Summary of the 2024 Guidelines Update." European urology vol. 86,6 (2024): 531-549. doi:10.1016/j.eururo.2024.07.027
[2] Sylvester, R.J., et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. Eur Urol, 2006. 49: 466
[3] Pereira JF et al, The Perioperative Morbidity of Transurethral Resection of Bladder Tumor: Implications for Quality Improvement. Urology. 2019 Mar;125:131-137
[4] Kohada Y et al, The risk factors of urinary tract infection after transurethral resection of bladder tumors. World J Urol. 2019 Dec;37(12):2715-2719

| I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele | **ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:**<br><br>**CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)** | Spazio etichetta |
|---|---|---|

**Cognome e nome del paziente** ……..

Io sottoscritto ……, oggi, data ……..... ora ……

durante il colloquio con il /la Dott. ……. ……

sono stato informato in merito alla proposta di essere sottoposto a:

**CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURBV)**

Mi sono state fornite spiegazioni, 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, ed avendo altresì compreso che la prestazione cui sarò sottoposto NON rappresenta una sperimentazione, decido liberamente e consapevolmente di:

**1. ACCONSENTIRE** □ (o **NON ACCONSENTIRE** □ ) ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritte nell'informativa specifica.

**2. ACCONSENTIRE** □ (o **NON ACCONSENTIRE** □ ) ad essere sottoposto alle manovre per la sedazione, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della sedazione, così come descritte nell'informativa

**3. AUTORIZZARE** □ (o **NON AUTORIZZARE** □ ) all'utilizzo – sia in forma cartacea che elettronica – a scopo didattico e/o scientifico (pubblicazioni scientifiche, statistiche e convegni scientifici, futuri protocolli di ricerca clinici retrospettivi), dei miei dati clinici e dell'eventuale documentazione iconografica che riguardi la mia persona, che, in ogni caso, dovranno essere gestiti e custoditi in formato anonimo e nel pieno rispetto di quanto le Leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa scritta specifica per la prestazione in oggetto. 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 della prestazione.

**Firma paziente** (o di *chi ne fa le veci)*……..

Nome e cognome di *chi ne fa le veci* ……

**Timbro e Firma del Medico** ……..

*Consenso ottenuto con l'ausilio di:* □ Sistema aziendale Traduzioni

□ Interprete *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 ……