

Gentile Signora,

Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

---

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

### NEFRECTOMIA RADICALE

La **informiamo** che i tumori renali sono neoplasie che insorgono nel tessuto deputato alla depurazione del sangue con produzione di urine. Sono prevalentemente (70%) maligni e, se non trattati, possono dare metastasi a distanza nel breve/medio periodo.

La **informiamo** che il trattamento consiste in un intervento chirurgico eseguito in anestesia generale e finalizzato alla rimozione del rene affetto da patologia neoplastica. In casi selezionati, può essere opportuna la rimozione dei linfonodi locoregionali (piccole ghiandole che possono essere sede di metastasi tumorale).

La **informiamo** che il materiale asportato sarà poi sottoposto ad esame istologico per definirne la natura: infatti, oltre il 70% delle masse renali diagnosticate radiologicamente è maligna.

La procedura può essere condotta con approccio "a cielo aperto" (cioè mediante una incisione di alcuni centimetri che consenta l'accesso al rene), laparoscopico (con strumenti miniaturizzati introdotti per mezzo di millimetriche incisioni cutanee) o robotico (in cui gli strumenti laparoscopici vengono mossi da un robot, controllato a distanza dal chirurgo). Le ultime due tecniche, definite mini-invasive, hanno la stessa efficacia oncologica della prima ma si associano ad un minor tasso di complicanze ed assicurano una ripresa più rapida dopo il trattamento.

La **informiamo** che sono candidabili a nefrectomia radicale tutti i pazienti affetti da una neoplasia renale la cui complessità chirurgica (relativa a sede, dimensioni e quota esofitica) controindichi una nefrectomia parziale.

La **informiamo** che l'approccio chirurgico a Lei consigliato è il seguente:

- nefrectomia radicale a cielo aperto
- nefrectomia radicale robot-assistita
- nefrectomia radicale laparoscopica

La **informiamo** che dopo il trattamento è verosimile attendersi:

- durante la procedura, in sala operatoria, le sarà posizionato un catetere vescicale transuretrale (un tubo di silicone/lattice che, risalendo l'ultimo tratto delle vie urinarie, è sospinto fino in vescica e qui ancorato per mezzo di un palloncino gonfio). Questo presidio manterrà costantemente vuota la vescica; tuttavia, a causa del palloncino che mantiene in sede il catetere, potrà avvertire la costante sensazione di dover urinare. Il suo organismo si abituerà in poche ore a questo corpo estraneo ed il fastidio si attenuerà; eventuali lievi dolori potranno essere controllati con antidolorifici. Verrà rimosso dopo poche ore (24-48) dall'intervento;
- oltre al catetere, le sarà posizionato anche uno o più **drenaggi** (piccoli tubi che fuoriescono attraverso la parete addominale e fungono da spia per evidenziare eventuali sanguinamenti interni ed evacuare linfa o urine che potrebbero raccogliersi in prossimità della sede dell'intervento durante il periodo post-operatorio. Verranno rimossi a poche (24-72) ore di distanza dall'intervento.

La **informiamo** che già dal primo giorno dopo l'intervento potrà bere (almeno 2 litri d'acqua in 24h), iniziare a mangiare, alzarsi dal letto e passeggiare. In assenza di complicanze, sarà dimesso dopo 2-5 giorni dall'intervento.

La **informiamo** che le possibili conseguenze ed i rischi correlati col trattamento sono:

- tutti gli interventi chirurgici, indipendentemente dal tipo di approccio ("a cielo aperto", laparoscopico o robotico), possono essere gravati da complicanze generiche quali: **infezione** (5-10%) o **deiscenza** (cioè riapertura spontanea; 1-2%) **dell'incisione chirurgica, infezioni sistemiche** (cioè diffuse ad interessare l'intero organismo) anche gravi (fino alla **sepsi**; <1%). A lungo termine, può verificarsi la comparsa di **laparocoele** (cioè di una erniazione di visceri addominali attraverso il tramite di una precedente incisione chirurgica) il quale può richiedere la correzione chirurgica;
- inconvenienti tecnici o difficoltà chirurgiche possono richiedere la **conversione "a cielo aperto"** di una procedura iniziata con approccio mini-invasivo. È un evento molto raro (<1%);
- infrequente (<3%) è la lesione iatrogena (cioè prodotta nel corso dell'intervento) degli organi adiacenti al rene. Gli organi più comunemente interessati sono milza (in casi selezionati, può rendere necessaria la **splenectomia**), pancreas, intestino e grossi vasi;
- il rischio di **decesso perioperatorio** è di circa l'1%: la Nefrectomia Radicale è da considerarsi un intervento di chirurgia maggiore;
- una severa perdita di sangue (**emorragia**) con necessità di trasfusioni, re intervento e/o

embolizzazione del vaso sanguinante (mediante sottili cateteri introdotti sotto controllo radiologico) è una evenienza infrequente (circa 5% dei casi);

- piccole raccolte ematiche (**ematomi**) in loggia renale sono di comune riscontro, asintomatiche e tendono a riassorbirsi spontaneamente mentre le più grandi, rare, sono a rischio di infezione e richiedono il posizionamento di un tubo di drenaggio;
- **fistole artero-venose** (cioè collegamenti aberranti tra un'arteria ed una vena renali) e **pseudoaneurismi** (cioè comunicazioni aberranti tra una arteria ed una piccola cavità chiusa) sono complicanze caratteristiche ancorché infrequenti di questo intervento. L'incidenza è <1%. Si verificano a settimane di distanza dalla nefrectomia e spesso necessitano di procedure angiografiche (cioè eseguite sotto controllo radiologico) per la loro risoluzione;
- qualora la funzionalità renale globale residua dopo l'intervento sia scarsa (**insufficienza renale postoperatoria**) può essere necessario ricorrere a trattamento dialitico (cioè alla purificazione periodica del sangue attraverso una macchina). Tale insufficienza d'organo può essere transitoria (1-10%) o definitiva (fino al 4 % dei casi);
- tutti i pazienti che subiscano un intervento di chirurgia oncologica maggiore hanno un rischio aumentato (3-5%) di sviluppare una **trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare** (cioè la formazione di coaguli di sangue nelle vene degli arti inferiori da cui possono staccarsi e migrare verso il polmone). Praticando iniezioni di farmaci antitrombotici e/o indossando calze elastiche e riprendendo a muoversi fin dal primo giorno dopo l'intervento si riduce al minimo il rischio tromboembolico.

La **informiamo** che esistono inoltre complicanze generiche gravi (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, nervi, vascolari, decesso, ecc) possono verificarsi, soprattutto in soggetti anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatia, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica o somministrazione di farmaci.

La **informiamo** che le possibili alternative terapeutiche sono:

- in tutti i pazienti con un solo rene funzionante e nei casi in cui la complessità chirurgica della neoplasia renale lo consenta, è opportuna l'esecuzione di una nefrectomia parziale; masse molto voluminose e prevalentemente endofitiche (cioè localizzate in profondità nel rene) impongono un approccio radicale;
- approcci conservativi quali l'ablazione con radiofrequenza o la crioterapia sono riservati ai piccoli tumori renali: seppur meno invasive, queste terapie espongono ad un rischio maggiore di recidiva e risulta difficile valutarne la radicalità

oncologica. Inoltre, in caso di recidiva, un intervento chirurgico risolutivo potrebbe essere difficile da eseguire;

- in casi selezionati e per piccole masse renali è possibile optare per una strategia di attesa (detta *Sorveglianza Attiva*), consapevoli del rischio di progressione di malattia.

La **informiamo**, inoltre che, i tumori renali sono in gran parte maligni (70%) e tendono a crescere invadendo i vasi ed il grasso che circonda l'organo. Possono essere causa di emorragie anche imponenti e protratte. Se non trattato, a medio termine, un tumore maligno può dare metastasi a distanza.

In questi casi, l'intervento chirurgico non avrà più finalità curative ma unicamente citoriduttive.

La **informiamo** che l'intervento chirurgico sarà eseguito da uno o più dei componenti della Equipe di Urologia:

Dr. Giuseppe Simone, Dr. Riccardo Mastroianni, Dr. Salvatore Guaglianone, Dr.ssa Maria Consiglia Ferriero, Dr. Umberto Anceschi, Dr. Aldo Brassetti, Dr. Gabriele Tuderti, Dr. Alfredo Maria Bove, Dr. Simone D'Annunzio, Dr. Costantino Leonardo, Dr. Rocco Simone Flammia, Dr.ssa Flavia Proietti.

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma lì \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_