

MODULO DI INFORMATIVA E CONSENSO ALL'INTERVENTO DI CISTECTOMIA PARZIALE

Parma, li

ETICHETTA PZ

Gentile Sig. / Sig.ra: /

Lo scopo di questa nota è quello di fornirle un'informazione quanto più possibile dettagliata, chiara e completa al fine di consentirle di prestare il suo consenso all'intervento in modo **realmente consapevole**. Legga pertanto attentamente le seguenti note in modo da comprendere, eventualmente anche con l'aiuto di familiari o del suo medico di famiglia, compiutamente le caratteristiche, l'entità e i rischi dell'intervento che si accinge ad affrontare o prenda spunto da quanto di seguito riportato per preparare **qualsiasi domanda** le fosse necessaria per colmare eventuali dubbi, da porre al Suo chirurgo di fiducia prima di sottoporsi all'intervento.

COS'È LA CISTECTOMIA PARZIALE

L'intervento consiste nella rimozione di una o più porzioni della vescica; lo scopo dell'intervento è quello di rimuovere una porzione sufficientemente ampia di parete vescicale sede della malattia garantendo contemporaneamente una idonea capacità di riempimento vescicale.

COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO

In genere alla diagnosi si arriva dopo episodi di macroematuria per i quali il paziente esegue accertamenti (ecografia addominale, citologia urinaria e cistoscopia) o per episodi di infezioni del basso apparato urinario con sintomatologia ostruttiva minzionale accompagnata da abbondante residuo urinario. Indicazioni principali. Tale intervento viene effettuato per asportare lesioni localizzate di natura benigna della parete vescicale quali il leiomioma, il fibroma, le ulcere di Hunner di difficile aggressione endoscopica, o lesioni dovute ad invasioni vescicali di patologie a partenza dall'intestino, dalla cervice uterina, dall'utero e dalle ovaie.

Un'altra indicazione è rappresentata dall'asportazione di uno o più diverticoli vescicali (estroflessioni del tessuto di rivestimento vescicale (urotelio) che si fanno strada attraverso la restante parete muscolo-connettivale formando delle sacche, incapaci di contrazione propria, nelle quali ristagna urina).

Indicazioni secondarie.

Anche se con pareri contrastanti la procedura chirurgica è proposta in presenza di cancro vescicale; infatti il carattere multicentrico della patologia tumorale uroteliale è responsabile di un elevato rischio di recidiva. Quando tale lesione è singola, focale e/o a sede cupolare o quando la cistectomia è rifiutata, tale intervento è oncologicamente accettabile.

COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO

Prima del ricovero verranno eseguiti gli Esami Pre-Operatori (EPO): il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesiologicala ed il controllo urologico.

COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, o la sera precedente, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente.

Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto.

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

Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera dell'intervento e per tutta la durata della degenza) nonché una terapia gastroprotettiva.

CHE TIPO DI INTERVENTO VERRA' ESEGUITO

L'approccio chirurgico può avvenire: con accesso addominale: si attua attraverso una incisione cutanea longitudinale condotta su una linea che va dall'ombelico al pube o trasversalmente a tale linea.

Con accesso laparoscopico:

si attua attraverso una serie di cannule (trocar), inserite nell'addome, attraverso le quali vengono fatti passare gli strumenti operativi guidati da una telecamera che proietta le immagini su alcuni monitor. L'intervento viene eseguito generalmente per via extraperitoneale (senza cioè che venga aperto il sacco che avvolge i visceri addominali); nel caso di accesso laparoscopico può essere opportuno aprire tale sacco.

In sintesi si tratta di mobilizzare le pareti della vescica per consentire l'asportazione della parte malata (resezione) e successiva ricostruzione (sutura) dei tessuti circostanti. Dopo apertura della vescica si provvede alla rimozione della zona sede di malattia comprendendo anche un bordo di tessuto circostante sano.

Qualora la tecnica venga effettuata per un tumore, si può provvedere, in prima istanza, ad una asportazione di alcuni linfonodi che ricevono la linfa proveniente da tale settore (linfadenectomia pelvica di stadiazione); quindi si procede all'ampia escissione del segmento di parete vescicale sede di lesione tumorale. La linea di incisione della parete vescicale si manterrà ad adeguata distanza dalla lesione primitiva garantendo la contemporanea asportazione del tessuto grasso perivescicale e/o peritoneale (il peritoneo è la membrana che avvolge i visceri addominali).

L'esame istologico intraoperatorio dei bordi di sezione ha lo scopo di confermare che il tessuto circostante rimanente

sia sano. Nel caso specifico di lesioni in prossimità della zona anatomica del trigono vescicale si può rendere necessaria l'asportazione di tale regione (trigonectomia) con conseguente interruzione delle continuità della via ureterale che andrà poi ricostituita mediante successivo reimpianto ureterale mono o bilaterale a seconda dell'estensione della resezione. Il riposizionamento degli ureteri nella vescica sarà fatto quanto più possibile vicino alla sede fisiologica e contestualmente verrà confezionato, quando ritenuto opportuno o fattibile, un meccanismo valvolare antireflusso. In questo ultimo caso, o comunque a giudizio dell'operatore, potranno essere lasciati a dimora ureterale dei tutori da rimuoversi generalmente intorno alla 13ª giornata post-operatoria.

Un catetere all'interno della vescica viene posizionato a protezione dell'anastomosi chirurgica, ulteriormente protetta da un tubo di drenaggio attorno alla vescica nella zona della sutura.

QUANTO DURA L'INTERVENTO

Durata variabile, generalmente compresa tra 60 e 120 minuti (nel caso in cui si decida per l'approccio laparoscopico).

QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE

la mancanza di casistiche omogenee e di linee guida rende impossibile al momento offrire delle percentuali di riferimento per le singole complicanze. Le complicanze possono essere intra-operatorie o post-operatorie.

Le complicanze intra-operatorie sono legate al sanguinamento, secondario alle manipolazioni vescicali, attorno alla sede di malattia e/o in corso di linfadenectomia e ad accidentali lesioni del nervo otturatorio

durante la dissezione linfonodale. In rari casi di adesioni con visceri intestinali può essere necessario asportare un tratto intestinale.

Le complicanze urologiche post-operatorie più frequenti sono:

- Stravasamento urinario dalla sutura vescicale
- Linforrea (fuoriuscita di liquido linfatico) quando si effettua la linfadenectomia.
- Macroematuria (presenza di sangue, visibile ad occhio nudo, nelle urine) post-operatoria.
- Urgenza minzionale post-chirurgica.
- Infezione urinaria.
- Infezione addominale.
- Possibile riduzione della capacità di riempimento vescicale.
- Possibili recidive di neoplasie.

Nel caso dell'esecuzione di una trigonectomia o dell'asportazione di un diverticolo, specifiche complicanze potranno essere:

- Stravasamento post-operatorio di urina dall'anastomosi ureterale.
- Lesione ureterale e/o successiva stenosi dell'anastomosi.
- Reflusso urinoso nella via urinaria superiore passivo (durante il riempimento vescicale) e/o attivo (durante l'atto minzionale).

Nel caso si effettui una resezione intestinale, le complicanze possono essere legate a tale manipolazione operatoria.

COSA SUCCEDA DOPO L'INTERVENTO

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi per l'idratazione e l'immissione della terapia necessaria. Dal secondo o terzo giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche, la mobilizzazione e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico. Il 2° giorno verrà rimosso il drenaggio vescicale e in sesta-settima giornata il catetere vescicale. Dal terzo giorno, dopo canalizzazione intestinale, potrà cominciare ad alimentarsi.

COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare, l'assenza di febbre o di dolore. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 30 giorni ed una dieta equilibrata. A domicilio in caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori anormali e persistenti contattare il reparto. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione con ecografia di controllo urinocoltura e citologia urinaria dopo circa 60 giorni.

CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO

Il rischio consiste in episodi recidivi di macroematuria con anemizzazione e se trattasi di patologia tumorale maligna di progressione di malattia con eventuale metastatizzazione.

Il suo caso presenta le seguenti ulteriori problematiche

.....
.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto.....

Dichiaro di essere stato informato Dott.

In modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla indicazione ad eseguire la procedura:

.....

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura
- tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/ partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro.....).
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati
- eventuale necessità di metodiche integrative (esempio radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, ...) conseguenti al mancato completamento o all'insuccesso della procedura.
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura.
- In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, illustrata anche in questo documento. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate in merito a complicanze ed eventi avversi possono aumentare in relazione a particolare complessità anatomiche o a situazioni cliniche particolarmente critiche

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il presente documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

Firma del Medico

.....

Firma del/la paziente

(se maggiorenne e capace di intendere e di volere)

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela

(verificata la loro identità in caso di paziente minorenni)

.....

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)

.....