NEFRECTOMIE

La patologia di cui è affetto:

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

In cosa consiste il trattamento:

È un intervento chirurgico, eseguito in anestesia generale, finalizzato alla rimozione del rene affetto da patologia neoplastica. In casi selezionati, può essere opportuna la rimozione dei linfonodi loco regionali (piccole ghiandole che possono essere sede di metastasi tumorale).

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 (construmenti 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.

Sono candidati a RN tutti i pazienti affetti da una neoplasia renale la cui complessità chirurgica (relativa a sede, dimensioni e quota esofitica) controindichi una nefrectomia parziale.

Pregi e limiti dell'approccio chirurgico a lei consigliato che è il seguente:

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

Cosa è verosimile attendersi durante e dopo il trattamento

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.

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 giorni dall'intervento.

Quali sono le possibili conseguenze ed i rischi correlati col trattamento:

Tutti gli interventi chirurgici, indipendentemente dal tipo di approccio ("a cielo aperto", laparoscopico o robotico), possono essere gravati da complicanze generiche quali: lesioni intestinali (<1%; soprattutto in caso di pregressa chirurgia addomino-pelvica), 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%).

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.

A lungo termine, può verificarsi la comparsa di laparocele (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%).

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 antitromboembolici e/o indossando calze elastiche e riprendendo a muoversi fin dal primo giorno dopo l'intervento si riduce al minimo il rischio tromboembolico.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____