RETROGRADE INTRA RENAL SURGERY

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone. Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione. È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

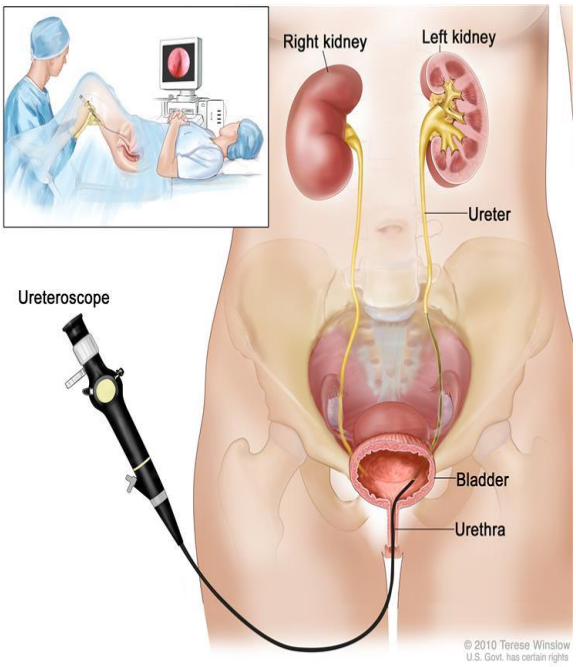
Definizione:

l'ureteroscopia è un esame strumentale che permette di esplorare l'uretere (il piccolo canale che va da ciascun rene alla vescica) e le vie urinarie all'interno del rene (la pelvi ed i calici). L'esame viene eseguito mediante l'ureteroscopio, uno strumento fornito di lenti e di fibre ottiche, che può essere rigido o flessibile e che viene introdotto dall'esterno attraverso le vie urinarie (uretra e vescica). Da oltre 10 anni, grazie ai miglioramenti tecnici, la Retrograde Intra Renal Surgery (RIRS, Chirurgia Intra Renale Retrograda) è diventata una realtà oltre che una esigenza. Grazie a questa tecnica oggi si può esaminare endoscopicamente anche la via escretrice superiore e fare una diagnosi esatta e trattare alcune patologie

Indicazioni:

Le indicazioni per questa tecnica sono:
- calcolosi ureterale e renale (per calcoli di dimensioni non superiori a cm.2.5)
- stenosi ureterali, del giunto pielo-ureterale, degli infundiboli caliceali
- Calcolosi in diverticoli caliceali
- tumori della via escretrice
- corpi estranei risaliti

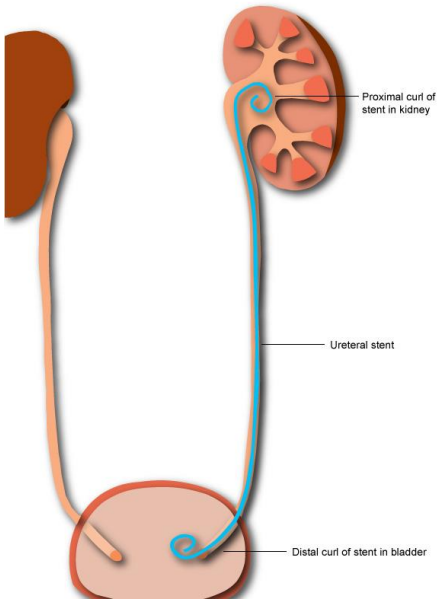
Si esegue quando l'urologo sospetta una malattia dell'uretere e/o delle vie urinarie interne del rene. Con questo esame è possibile accertare la presenza di calcoli e procedere al loro trattamento, stenosi (restringimenti), neoformazioni (polipi o tumori), stabilirne la sede e le dimensioni e programmare la terapia più indicata.
L'ureteroscopia viene eseguita a scopo diagnostico se precedenti esami radiologici non hanno permesso una diagnosi certa. È possibile inoltre effettuare una biopsia (si preleva un frammento di tessuto per analizzarlo).
Nei casi in cui si incontra un ostacolo al transito (per esempio un calcolo o una stenosi) è possibile, sotto visione diretta, attuare delle manovre mini-invasive che talora costituiscono la cura, temporanea o definitiva, della malattia. Può essere estratto un piccolo calcolo o può essere introdotto un tubicino (detto tutore o stent o doppio J) che superi il tratto ristretto del canale e permetta il deflusso delle urine.



Descrizione della tecnica:

La manovra viene preveduta da una uretrocistoscopia: con uno strumento metallico con in punta una telecamera, si risale lungo il canale uretrale e si arriva in vescica. In questa fase, qualora si riscontrassero dei restringimenti dell'uretra, questi dovranno, ove possibile, essere trattati per avere accesso alla vescica. Una volta in vescica, si procedere all'esplorazione della mucosa vescicale stessa per valutare capacità, forma, aspetto della mucosa. In questa fase potrebbero essere riscontrate delle lesioni vescicali. Il medico potrà quindi decidere di procedere alla rimozione di tali lesioni per una loro analisi. In questo caso si potrebbe decidere di non procedere poi alla contestuale ureterorenoscopia.

L'intervento di RIRS prevede l'utilizzo di uno strumento chiamato ureterorenoscopio,di cui esistono una variante semirigida e una flessibile, a fibre ottiche, di pochi millimetri di diametro (2-3mm). Questo strumento, passando attraverso l'uretra e la vescica viene introdotto nell'uretere e fatto risalire nello stesso sotto visione diretta e con controllo radiologico previa opacizzazione delle vie urinarie con mdc iodato, con l'ausilio di fili guida e cannule di accesso ureterali. Tale strumento è dotato di un sistema ottico, collegabile con una telecamera, che consente di esplorare l'uretere e le cavità renali visualizzando eventuali malattie e di un canale attraverso il quale si possono introdurre strumenti (es: pinze, sonde, ecc) che consentono manovre operative all'interno dell'uretere stesso (es: prelievo bioptico, laser ablazione di tumori e angiomi, rottura di calcoli renali, asportazione di frammenti litiasici, ecc.).



Per quanto riguarda la tecnica di ureterorenoscopia, se si utilizzano strumenti rigidi di maggior calibro (consentono una maggiore operatività) può essere necessario dilatare preventivamente l'uretere, soprattutto il suo sbocco in vescica. La manovra avviene sotto costante controllo radiologico (verrà quindi esposto a basse dosi di radiazioni) ed è generalmente preceduta da una pielografia. La pielografia è una procedura diagnostica che prevede l'utilizzo di un mezzo di contrasto iodato che viene fatto risalire lungo l'uretere. Questo esame consente di valutare l'anatomia della via escretrice, eventuali presenze di lesioni o calcoli occupanti il lume, o restringimenti (stenosi).

Qualora la risalita dell'ureterorenoscopio fosse resa impossibile o pericolosa dalla scarsa distensibilià delle pareti, si potrebbe decidere di posizionare uno stent ureterale interrompendo pertanto la manovra. In questo caso l'intervento di RIRS verrà riprogrammato a distanza di qualche giorno/settimana, una volta che l'uretere sarà maggiormente compliante al passaggio dello strumento e la manovra potrà essere effettuata in maggiore sicurezza. L'ureteroscopio viene introdotto spesso sotto la guida di un sottile filo flessibile atraumatico (metallico o non). In tal modo si hanno minori probabilità di ledere la parete dell'uretere. Attraverso l'ureterorenoscopio è possibile frantumare ed estrarre piccoli calcoli anche con l'ausilio di una sonda a ultrasuoni o laser, posizionare guide metalliche o cateteri ureterali oltre ad effettuare prelievi bioptici.

Capita per motivi anatomici non prevedibili a priori, che non sia possibile l'accesso alla papilla ureterale rendendo impossibile pertanto la procedura. A volte è resa necessaria anche la resezione della stessa di necessità per consentire allo strumento di passare agevolmente. In questo caso la papilla ureterale potrebbe rimanere refluente con un aumentato rischio di avere delle infezioni renali e dolore lombare. Durante la risalita lungo l'uretere o all'interno delle cavità renali, potrebbe riscontrarsi la presenza di lesioni neoplastiche. In questo caso si procederà ad una eventuale biopsia al fine di prelevare del tessuto per effettuare una diagnosti istologica. In questi casi si potrà decidere di procedere alla vaporizzazione laser delle lesioni. Questa fase della procedura espone ad un rischio aumentato di rottura della parete dell'uretere.

Dopo l'esame può essere necessario lasciare in situ un tutore ureterale che consente un facile transito delle urine dal rene alla vescica e che può richiedere un ulteriore intervento endoscopico per la sua rimozione. Un simile tutore ureterale viene lasciato all'interno, anche per periodi di tempo prolungati (settimane o mesi), spesso per motivi precauzionali ed in tutti i casi in cui si verifica una lesione della parete dell'uretere o permanga un ostacolo al passaggio d'urina. In molti casi può rendersi necessario il posizionamento di un catetere vescicale. Può verificarsi una emorragia dalle vie urinarie, usualmente di breve durata e lieve intensità.

Preparazione all'intervento:

l'ureteroscopia non necessita di particolare preparazione malgrado siano necessari alcuni accertamenti (ECG, Rx Torace, esami del sangue e dell'urina), per il fatto che viene eseguita in anestesia.

Cosa accade al momento del ricovero?
Dovrà rimanere digiuno da liquidi e solidi 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. 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).

Quanto dura l'intervento?
La durata varia da 30 a 120 minuti.

Cosa succede se non mi sottopongo all'intervento? Esistono delle alternative?
Nel caso di calcolosi ostruente il rene non riuscendo ad eliminare l'urina prodotta, progressivamente si atrofizzerà e la sua funzione dopo un breve lasso di tempo andrà persa irrimediabilmente. Per quanto riguarda la calcolosi renale senza segni di ostruzione, si possono verificare le complicanze previste da tale patologia e progressivamente la formazione calcolotica crescerà e superati i 2.5 cm non sarà più aggredibile per via ureterale. L'alternativa sarebbe un accesso percutaneo al rene gravato da complicanze maggiori. Il trattamento meno invasivo per il trattamento della calcolosi rimane la SWL (shock wave lithotripsy) che però ha dei limiti legati al fatto che la frantumazione dei calcoli dipende dalla compattezza della frammentazione in quanto i frammenti devono essere espulsi: se rimangono compattati, non vengono espulsi. Per litiasi di
La stenosi ureterale acquisita o congenita qualora non venisse trattata porterebbe ad una uretero idronefrosi con progressiva perdita della funzionalità renale con più o meno sovrapposizione di eventi infettivi anche drammatici quoad vitam. Per quanto concerne la stenosi degli infundiboli caliceali la mancata incisione porta ad un progressiva dilatazione con perdita funzionale parziale del rene e la formazione nello stesso di formazioni calcolitiche. Qualora l'indicazione all'esecuzione fosse la presenza o il dubbio di una neoformazione delle alte vie la mancata diagnosi e l'eventuale terapia porterebbero ad un aggravamento della patologia con progressione della stessa fino a rendere controindicata la terapia conservativa del rene e/o estensione ad altri organi vicini o a distanza (sviluppo di metastasi) riducendo le possibilità di cura.
I corpi estranei risaliti lungo le vie escretrici se non rimossi a contatto con le urine si incrostano e le calcificazioni renderebbero impossibile con il passare del tempo l'estrazione per tale via. Inoltre essendo corpi estranei possono ostruire le vie urinarie o infettarsi danneggiando il rene le vie escretrici.

Quali sono i rischi e le possibili complicanze?
Le complicanze più frequenti sono:
1) Ematuria (sangue nell'urina)
2) Infezioni delle vie urinarie e febbre con possibile shock settico
3) Perforazione ureterale
4) Stenosi dell'uretere (tardiva)
5) Infezioni delle vie urinarie
Una perforazione ureterale di modesta entità non è quasi mai un evento importante ed è sempre trattata conservativamente tramite drenaggio dell'uretere con stent. In casi rari si possono verificare lesioni più gravi dell'uretere fino ad una avulsione completa dello stesso che possono comportare la necessità di un intervento chirurgico a cielo aperto. Tali complicanze sono tuttavia rare, soprattutto oggi, in quanto abbiamo a disposizione strumenti di piccolo calibro che riducono al minimo il traumatismo dell'uretere.
Una complicanza rara ma temibile è l'avulsione dell'uretere, cioè la rottura completa dell'uretere. Questo renderebbe necessarie manovre chirurgiche per la sua riparazione che andranno da un intervento addominale di ricostruzione chirurgica, al posizionamento di un drenaggio renale percutaneo (nefrostomia) ed una successiva riparazione.
Occorre segnalare che complicanze generali, anche se remote ed eccezionali, possono intervenire come per tutti gli interventi chirurgici, nonostante i controlli e le profilassi, quali infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, embolia polmonare, polmonite, tromboflebite.

Cosa succede 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 ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche la mobilizzazione con la progressiva alzata dal letto e deambulazione, all'inizio aiutato dal personale infermieristico. Potrà quindi camminare e riprendere ad alimentarsi normalmente. Tra il 1° ed il 2° giorno a seconda delle condizioni urinarie verrà rimosso il catetere vescicale e talvolta verrà effettuato un controllo radiografico. La degenza in Ospedale totale varia quindi da 2 a 4 giorni.

Cosa avverrà dopo le dimissioni?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare, l'assenza di sanguinamento, l'assenza di febbre o di dolore. Per coloro che sono dimessi con all'interno il catetere ureterale a doppio J, si raccomanda di vuotare spesso la vescica, si avverte che sarà possibile avere dei fastidi al fianco durante la minzione, e che sarà possibile osservare urine torbide od ematiche. Si raccomanda quindi di bere fuori pasto qualche bicchiere d'acqua in più del desiderato. Si prevederà un giorno, tra il 15° ed il 40°giorno postoperatorio, per la rimozione del catetere interno a doppio J attraverso l'esecuzione di una cistoscopia, eseguita con strumenti flessibili. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 7 giorni ed una dieta equilibrata. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo la rimozione del doppio J quando presente. A domicilio in caso di febbre, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti accedere al pronto soccorso più vicino e contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione

Fonte: tratto da consensi AURO – associazione urologi ospedalieri

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____