# URETERORENOSCOPIA DIAGNOSTICA ed INTERVENTISTICA RIGIDA E FLESSIBILE con ESTRAZIONE/LITOTRISSIA DI CALCOLI CON ULTRASUONI O LASER

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.

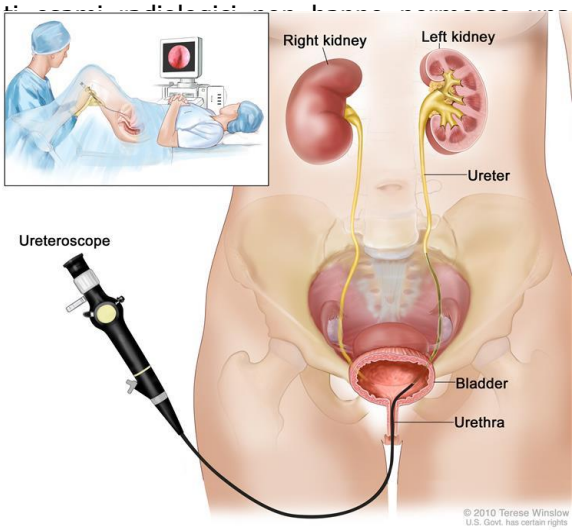
***Definizione:***

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).

***Indicazioni:***

l'ureteroscopia viene eseguita 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.

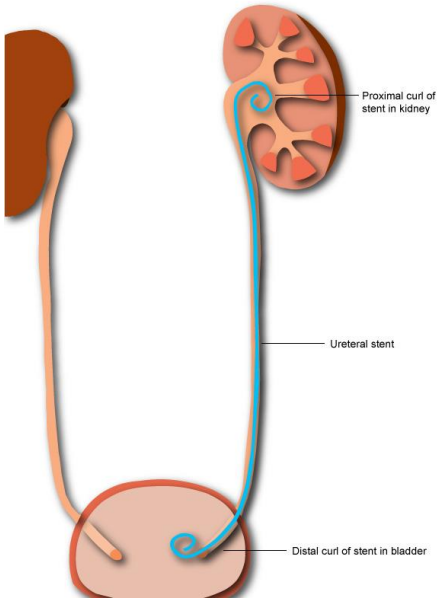
L'ureteroscopia viene eseguita a scopo diagnostico se precedenti esami radiologici non hanno permesso una diagnosi certa. È possibile inoltre effettuare una biopsia (si preleva un frammento di tessuto per analizzarlo).
Nei casi in cui si incontra un ostacolo al transito (per esempio un calcolo o una 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. Durante l'ureteroscopia, se necessario, può essere introdotto nelle vie urinarie del mezzo di contrasto per visualizzare un tratto in cui l'ureteroscopio non può arrivare (in tal caso il paziente viene sottoposto ad una bassa dose di radiazioni)



***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.

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 uretrorenoscopia 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, potrebbe riscontrarsi la presenza di leisoni 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, soprattutto se l'ureteroscopia è divenuta operativa, 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 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 60 minuti a seconda della sede, del numero e delle dimensioni dei calcoli.

***Quali alternative esistono a questo tipo di intervento?***

Dal punto di vista diagnostico, qualora gli accertamenti radiologici non sono stati sufficienti, l'ureterorenoscopia rimane il sistema più adeguato per accertare la presenza di un tumore, di un calcolo o di un alterazione della via escretrice. Per quanto riguarda i calcoli, questi possono essere di varie dimensioni e di varia natura quindi con differente durezza. Il trattamento meno invasivo per il trattamento della calcolosi rimane la SWL (shock wawe 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. Generalmente se non esiste ostruzione ed il calcolo non è sintomatico, si preferisce indicare la SWL soprattutto se la sede del calcolo è l'uretere lombare. Per i calcoli che creano ostruzione, sono sintomatici o sono nell'uretere pelvico l'ureterolitolapassi è preferita, fermo restando la possibilità di optare per la SWL.

***Quali sono i rischi e le possibili complicanze?***

Il rischio dell'intervento endoscopico consiste nel non rompere il calcolo, con conseguente necessità di sottoporsi a ulteriori procedure. Questo avviene perché il calcolo è inglobato da tessuto reattivo, perché l'uretere non consente il passaggio dello strumento, perché il calcolo si frantuma grossolanamente, o per il sanguinamento durante la manovra; questo non è pericoloso, impedisce semplicemente la visione. La complicanza classica dell'intervento di ureterolitolapassi percutanea è la perforazione dell'uretere, oggigiorno poco frequente che viene peraltro gestita conservativamente lasciando un catetere doppio J in sede. 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 nell'uomo 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 contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione.

***Che cosa accade se non mi sottopongo all'intervento?***

Il persistere del calcolo all'interno dell'uretere oltre alle coliche può determinare la progressiva perdita della funzione renale tanto più rapidamente nel caso di infezione sovrapposta. Quest'ultima si manifesta con dolore e febbre alta (> 38 C°). In caso di una sospetta lesione ureterale di tipo tumorale, un ritardo nella diagnosi potrebbe comportare la perdita dell'organo o il disseminarsi del tumore presso altre sedi.

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

_____