



Informativa per il paziente candidato a nefrectomia laparoscopica o a cielo aperto

1. COS'È LA NEFRECTOMIA?

Per **nefrectomia** s'intende l'asportazione del rene.

La necessità di questo tipo di intervento si pone per le seguenti categorie di motivi:

- Neoplasia renale maligna
- rene non più funzionante, con vie escretrici dilatate in toto per ostacolo (calcolo, lesione infiammatoria, lesione fisica o meccanica) con attuale o potenziale sepsi urinaria. In questa categoria rientrano tutti i fatti infiammatori, fisici o meccanici pregressi che sono esitati in una stenosi (restringimento dell'uretere) con conseguente impossibilità per l'urina di defluire e conseguente blocco della filtrazione a livello renale. Il rene ostacolato a lungo perde la sua capacità di filtrare l'urina e diviene funzionalmente inutile. Inoltre l'urina che ristagna può rappresentare un pericolo potenziale o attuale di sepsi per la presenza di germi al suo interno.
- rene poco o per nulla funzionante sede di malformazioni congenite che ne hanno distrutto progressivamente la funzione e causato complicanze, quali infezione, ipertensione, ematuria, calcolosi
- piccolo rene non funzionante per malattie del parenchima che causa ipertensione

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Al sospetto di rene non funzionante, escluso o affetto da alterazioni morfofunzionali si arriva sia per deduzione anamnestica, sia per reperto accidentale in corso di ecografie eseguite per altri motivi, sia per sintomi e segni (ematuria, dolore lombare, febbre, gonfiore alterazioni ematochimiche, anamnesi) che ne suscitano il sospetto.

In ogni caso qualsiasi motivo abbia sollecitato il sospetto, la diagnosi deve essere fatta con una TC multistrato di addome e pelvi. Qualora esistano controindicazioni alla TC la Risonanza Magnetica rappresenta un'alternativa di pari dignità diagnostica. Una scintigrafia renale sequenziale potrà essere utile per quantificare il danno funzionale.

3. 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.

4. 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 sottoposto alla depilazione di torace ed addome.

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) e antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera della prima



giornata post-operatoria e per tutta la durata della degenza) nonché una terapia gastroprotettiva.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRA' ESEGUITO?

L'intervento che in base alle caratteristiche della lesione è indicato proporre nel suo specifico caso è la **nefrectomia**.

Consiste nell'asportazione del rene. L'intervento, che viene eseguito in anestesia generale viene generalmente eseguito in decubito laterale sul fianco o con un approccio anteriore per via transperitoneale.

A) tecnica laparoscopica (trans o retroperitoneale)

- Incisione cutanea e posizionamento dei trocar
- Insufflazione di CO2 e creazione del (retro)pneumoperitoneo
- Isolamento del rene
- Isolamento dell'uretere e dei vasi renali
- Chiusura e sezione separata di arteria e vena.
- Chiusura e sezione dell'uretere
- Deflazione del (retro)pneumoperitoneo e rimozione dei trocar.
- Allargamento di una porta laparoscopica (talvolta per le dimensioni si uniscono due porte) per l'estrazione del rene
- Posizionamento di un drenaggio in loggia
- Sutura delle brecce cutanee.

B) tecnica a cielo aperto:

- Incisione lombare o mediana anteriore e scollamento del peritoneo.
- Isolamento del rene, dell'uretere e dei vasi renali.
- Chiusura dei vasi renali, loro sezione.
- Legatura e sezione dell'uretere
- Estrazione del rene
- Posizionamento di drenaggio in loggia renale
- Sutura a strati della ferita

6. QUANTO DURA L'INTERVENTO?

La durata varia da 60 a 180 minuti a seconda dal tipo di accesso e dalla tecnica utilizzata oltre alle caratteristiche fisiche di rene e annessi.

7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Per le caratteristiche del rene esposte al punto 1 e per le condizioni in cui si trova il rene in questo particolare caso la nefrectomia è l'unica opzione utile a risolvere i problemi clinici e/o a prevenire ulteriori complicanze.

8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Trattandosi di un intervento di chirurgia maggiore può verificarsi la necessità di posizionare un sondino nasogastrico durante l'intervento che può essere mantenuto nei primi giorni postoperatori. La mortalità legata a questo tipo di intervento è inferiore all'1%. Le complicanze intraoperatorie e postoperatorie hanno un'incidenza complessiva inferiore al 10%. Quelle specificatamente legate all'intervento in questione sono: emorragia, lesioni degli organi adiacenti al rene o dei vasi retroperitoneali, infezioni superficiali della ferita o profonde, pneumotorace.

Possono inoltre intervenire complicanze comuni a tutti gli interventi chirurgici, nonostante i



controlli e le profilassi, quali infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, embolia polmonare, polmonite, tromboflebite.

9. COSA SUCCEDDE 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, in taluni casi a seconda delle necessità cliniche un catetere venoso centrale, talvolta il sondino nasogastrico, il drenaggio ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche, la mobilizzazione e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico. Il 2° o 3° giorno verranno rimossi il sondino nasogastrico (quando presente) ed il catetere vescicale. Potrà alzarsi e camminare e riprendere ad alimentarsi normalmente. Il drenaggio viene rimosso tra il 3° ed il 5° giorno, dopo di che a seconda delle condizioni generali potrà essere dimesso in uno dei giorni successivi. La degenza in Ospedale totale varia quindi da 6 a 9 giorni.

10. 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. Verso il 7-10°giorno postoperatorio si prevede la rimozione dei punti di sutura. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 30 giorni ed una dieta equilibrata. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 3 mesi dalla dimissione. 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 e/o di consegna dell'esame istologico.

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi all'amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.