



Regione del Veneto
AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITA' PADOVA

Unità Operativa Complessa di Urologia
Direttore Prof. Filiberto Zattoni

Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Endourologia
Responsabile Dott. Paolo Beltrami

TRATTAMENTO ENDOUROLOGICO DELLE NEOPLASIE DELLA VIA ESCRETTRICE SUPERIORE

INTRODUZIONE

In questi ultimi anni il miglioramento delle apparecchiature endoscopiche ha consentito di offrire un trattamento conservativo delle neoplasie uroteliali della via escrettrice superiore non solo nei casi di necessità (neoplasie bilaterali, neoplasie in rene unico, pazienti con insufficienza renale cronica in fase iniziale), ma anche in elezione.

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

I carcinomi uroteliali sono il quinto tumore più comune. Essi possono essere situati a livello del basso apparato urinario (vescica e l'uretra) o delle vie escrettrici superiori (cavità pielocaliceali e uretere). I tumori della vescica rappresentano il 90-95% dei tumori uroteliali. Al contrario, i tumori delle vie escrettrici superiori sono rari e rappresentano solo il 5-10% dei tumori uroteliali. Nel 17% dei casi è presente una concomitante neoplasia della vescica. La recidiva a livello vescicale si verifica nel 22-47% dei pazienti e nella via escrettrice superiore controlaterale nel 2-6% dei casi. Circa il 60% dei tumori della via escrettrice superiore sono invasivi al momento della diagnosi rispetto al 15-25% dei tumori della vescica.

IN COSA CONSISTE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Il trattamento endourologico (e il successivo controllo) di un tumore uroteliale della via escrettrice superiore viene eseguito in anestesia locoregionale (spinale) o generale. Viene effettuata dapprima una uretrocistoscopia allo scopo di valutare la presenza di neoformazioni vescicali che, se presenti, verranno asportate. In caso di assenza di neoplasia vescicale visibile o di neoplasie di ridotte dimensioni verrà effettuato lo studio dell'asse escretore con l'eventuale trattamento della neoplasia della via escrettrice superiore per via endourologica. Attraverso l'ostio ureterale verrà collocata una guida e successivamente verrà inserito l'ureterorenoscopia rigido o flessibile in modo da esplorare tutta la via urinaria superiore. Una volta raggiunta la neoformazione questa verrà biopsiata e/o asportata e successivamente fotocoagulata con laser fino ad ottenerne la completa ablazione. Al termine dell'intervento sarà lasciato in sede un catetere ureterale (retto, mono-J o doppio-J), per meglio drenare le cavità renali e per effettuare eventualmente un trattamento immuno o chemioterapico post-operatorio. Verrà lasciato in sede anche un catetere vescicale ed entrambi verranno rimossi in un secondo tempo. L'intervento dura in genere da 60 a 120 minuti a seconda della posizione e delle dimensioni della neoplasia da trattare. Una volta terminato l'intervento, alla ripresa della minzione dopo la rimozione del catetere vescicale, potrebbero comparire

ematuria (sangue nelle urine), dolori tipo colica renale o lombalgia, febbre. In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di 1 settimana.



RISCHI LEGATI ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Questo intervento presenta complicanze comuni a tutti gli interventi chirurgici quali sanguinamenti, infezioni delle vie urinarie/sepsi e complicanze legate all'anestesia. Le emorragie raramente sono tali da richiedere emotrasfusioni o embolizzazioni renali selettive o conversioni dell'intervento a cielo aperto ed il rischio di nefrectomia è eccezionale.

Come complicanze minori specifiche della procedura (dal 9 al 25% dei casi) sono segnalate le coliche renali recidivanti in genere secondarie ad edema ureterale e le lesioni dell'uretere (false strade, perforazioni) o della pelvi renale, con conseguente possibile stravasamento urinoso (urinoma) tale da rendere necessario il posizionamento di un tutore ureterale (retto, mono-J o doppio-J).

Complicanze più severe, fortunatamente rare (<1%), sono le stenosi e soprattutto le avulsioni ureterali, richiedenti successivi interventi riparativi endoscopici, laparoscopici o a cielo aperto, eccezionalmente con intento demolitivo con asportazione del rene (nefrectomia).

Durante l'intervento o nel postoperatorio potranno quindi rendersi necessarie emotrasfusioni di sangue, emocomponenti o emoderivati (0-20%) prelevati dall'emoteca del nostro ospedale, pratica non esente da rischi.

Si rende noto anche che, in caso di impossibilità di accesso all'uretere per via retrograda o di insorgenza di particolari difficoltà e/o complicanze, potrebbe rendersi necessaria la sospensione della procedura ed il posizionamento di una nefrostomia percutanea a scopo drenante o per un eventuale accesso anterogrado.

Il paziente è stato edotto che i successivi trattamenti della neoplasia uroteliale dipenderanno dal risultato di questo trattamento e si rende disponibile ad una successiva sorveglianza più stretta e frequente. E' inoltre al corrente che esiste il rischio di una sottostadiazione della malattia neoplastica.

RISCHI LEGATI AL RIFIUTO ALLA PROCEDURA

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono rappresentati soprattutto dalla progressione della neoplasia, in forma tale da non poter essere trattata endourologicamente in maniera conservativa.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili conseguenze delle scelte operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti sono state date risposte complete ed esaurienti. Non avendo necessità di ulteriori informazioni dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia ad eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati. Con la firma del presente consenso confermo di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto. Autorizzo inoltre l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- M. Rouprêt, M. Babjuk, A. Böhle, et al. EAU Guidelines on Urothelial carcinomas of the upper urinary tract; European Association of Urology 2016
- Cosentino, M., et al. Upper urinary tract urothelial cell carcinoma: location as a predictive factor for concomitant bladder carcinoma. World J Urol, 2013. 31: 141.
- Gadzinski, A.J., et al. Long-term outcomes of nephroureterectomy versus endoscopic management for upper tract urothelial carcinoma. J Urol, 2010. 183: 2148.
- Cutress, M.L., et al. Long-term endoscopic management of upper tract urothelial carcinoma: 20-year single-centre experience. BJU Int, 2012. 110: 1608.
- Cornu, J.N., et al. Oncologic control obtained after exclusive flexible ureteroscopic management of upper urinary tract urothelial cell carcinoma. World J Urol, 2010. 28: 151.

Preparazione	Dott. Paolo Beltrami
Verifica	Dott. Lorenzo Ruggera
Approvazione	Dott. Paolo Beltrami
Rev 01	Data 16.03.2016

DATA _____

FIRMA del medico proponente/che informa _____

FIRMA della persona assistita/paziente _____