

	Nota informativa	ALL18_IOuroIT001_SIC	Pag 1 di
	Intervento di Tumorectomia renale	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr V. Beatrice Direttore UOC Urologia	Del 22.01.19

DEFINIZIONE

Rimozione completa risparmiando il rene di una neoplasia solida del parenchima renale.

•**Indicazioni:** indicazione assoluta è il paziente con tumore in un rene unico funzionante, oppure con tumore bilaterale in cui uno dei due reni debba essere necessariamente rimosso. Altre indicazioni sono:

- Paziente con neoplasie renali multifocali bilaterali a basso stadio che si sviluppano contemporaneamente o in tempi successivi;
- Pazienti con neoplasia renale in presenza di insufficienza renale cronica, in quanto la conservazione di una quantità sufficiente di parenchima renale può evitare il ricorso alla dialisi;
- Pazienti portatori di entrambi i reni ben funzionanti con una neoplasia renale di stadio T1.

DESCRIZIONE DELLA TECNICA

L'accesso standard sul fianco a livello della 11^a o 12^a costa permette un'agevole esposizione per lesioni superficiali o polari di piccole dimensioni, specie in reni mai operati: o in alternativa si potrà ricorrere ad un'incisione sopra la 11^a costa, con eventuale sacrificio della stessa, specie in tumori del polo superiore del lato sinistro. Una volta mobilizzato il rene si identifica il peduncolo vascolare, lo si libera accuratamente per poter posizionare un laccio vascolare attorno all'arteria e alla vena, oppure una clamp vascolare qualora si renda necessaria una occlusione arteriosa per evitare emorragie gravi. La tecnica dell'enucleazione semplice della neoplasia, che richiede dapprima una incisione circolare della capsula propria del rene attorno al tumore e quindi l'individuazione del piano di clivaggio tra la pseudo-capsula fibrosa e il parenchima renale, e che permette l'enucleazione per via smussa del tumore e la successiva legatura delle "bocche" dei vasi sanguinanti in superficie, può essere sostituita dall'enucleo-resezione della neoplasia che consiste nella contestuale asportazione del tumore e di 5 – 10 mm del parenchima renale apparentemente sano che circonda il tumore. Il sanguinamento viene controllato con sutura selettiva delle "bocche" arteriose e venose con successivo "piombaggio" della cavità residua con spugne emostatiche e/o grasso perineale e con punti fatti passare fino ai bordi parenchimali. Nei casi dei tumori voluminosi in rene unico può esservi l'indicazione alla asportazione del rene alla sua conservazione mediante particolari soluzioni saline fattevi circolare, alla asportazione del tumore al di fuori dell'organismo (su banco) e successivo auto-trapianto del rene in fossa iliaca.

•**Preparazione all'intervento:** la preparazione consiste nell'eseguire, oltre agli esami standard necessari per la stadiazione della neoplasia gli esami, emato-urinari utili per l'anestesia. Si deve

	Nota informativa Intervento di Tumorectomia renale	ALL18_IOuroIT001_SIC	Pag 1 di
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr V. Beatrici Direttore UOC Urologia	Del 22.01.19

comunque eseguire una profilassi antibiotica dalla mattina del giorno dell'intervento associando eparine a basso peso molecolare (per prevenire i rischi tromboembolici intra e post-operatori) a partire da 12 ore prima dell'intervento.

•**Durata dell'intervento:** la procedura può durare dai 90 ai 150 minuti.

•**Tipo e durata del ricovero:** il trattamento viene eseguito in regime di ricovero ordinario con tempi di degenza compresi tra 4/6 gg s.c.

•**Risultati:** la chirurgia conservativa dei carcinomi a cellule renali consente buoni risultati sovrapponibili alla chirurgia radicale.

•**Vantaggi:** in tempi non lontani il paziente affetto da neoplasia renale in un rene unico era destinato alla dialisi dopo la scontata nefrectomia radicale. Oggi ciò può non accadere grazie alla terapia chirurgica conservativa qual è la tumorectomia. Anche il paziente con insufficienza renale cronica affetto da neoplasia renale di piccole dimensioni può trarre notevoli vantaggi da questo trattamento per la possibilità di conservare quanto più parenchima renale è possibile e quindi per non aggravare ulteriormente la situazione renale già precaria. Anche nel soggetto con 2 reni funzionanti la possibilità di conservare una maggior quantità di parenchima renale è senz'altro un vantaggio.

•**Svantaggi:** il principale svantaggio è costituito dal rischio di persistenza del tumore e la comparsa di una recidiva locale la cui incidenza va dal 4 al 10%: alcune di queste recidive locali possono essere espressione di focolai neoplastici multipli non rilevati al momento dell'intervento.

•**Effetti collaterali:** nei casi di rene unico si potrebbe verificare un'insufficienza renale transitoria legata all'ischemia indotta durante l'intervento. Inoltre l'approccio per via lombare, potendo compromettere i nervi che incrociano la ferita può portare a riduzione della sensibilità cutanea e/o rilasciamento muscolare locale.

	Nota informativa	ALL18_IOuroIT001_SIC	Pag 1 di
	Intervento di Tumorectomia renale	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr V. Beatrice Direttore UOC Urologia	Del 22.01.19

COMPLICANZE

•Complicanze intraoperatorie possibili:

- Rare emorragie irrefrenabili che possono essere necessaria nefrectomia radicale e successiva dialisi se mono-rene (1%);
- Rare emorragie intraparenchimali profuse che rendono necessario per l'emostasi una ischemia renale mediante clampaggio vascolare superiore ai 30 minuti: tale ischemia può comportare successivo irreversibile danno della funzionalità renale nel mono-rene (< 1%);
- Apertura della via escretrice che deve essere individuata, suturata e protetta con uno stent pieloureterale da rimuovere dopo 15 giorni (1-2%);
- Rare lesioni pleuriche per neoplasie polari superiori (<1%).

•Complicanze post-operatorie possibili:

- Ematomi perirenali che possono richiedere un re-intervento chirurgico o un drenaggio percutaneo (1-2%);
- Fistole urinarie che possono necessitare di un cateterismo ureterale che viene posizionato tramite cistoscopia (1-2%);
- Anemizzazione da stitilicidio ematico post-operatorio che può rendere necessario il ricorso a emotrasfusioni supplementari (<1%);
- Complicanze trombo-emboliche (<1%).

Attenzioni da porre alla dimissione: il paziente deve essere dimesso con:

Terapia antitrombotica per almeno 15 giorni;

Terapia antibiotica per il tempo necessario .

Il paziente deve essere informato sul fatto che a domicilio possono verificarsi: episodi di macro-ematuria associata o meno a infezione delle vie urinarie; dolori lombari associati eventualmente a febbre da infezione di eventuali ematomi perirenali.

Come comportarsi in caso di complicanze insorte dopo la dimissione: per qualsiasi evenienza va contattato prioritariamente il centro in cui il paziente è stato operato.

Controlli: questa procedura comporta per la malattia neoplastica di base un follow-up standardizzato per almeno 5 anni successivi all'intervento.