

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione TUMORECTOMIA RENALE LAPAROSCOPICA	Prot. 17	Pag. 1 di 2
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

La **tumorectomia renale laparoscopica** è l'intervento d'elezione dei tumori di piccole dimensioni. Negli ultimi anni si assiste ad un incremento delle nuove diagnosi di tumori del rene. Si tratta per lo più di tumori del rene in fase precoce, tumori di piccole dimensioni che, se scoperti in tempo, hanno generalmente una prognosi favorevole.

La diagnosi viene effettuata in via "incidentale" cioè attraverso l'esecuzione di una ecografia addominale, comprendente anche i reni, eseguita per un controllo generico. Una volta confermata la presenza di tumore del rene attraverso una TAC DELL'ADDOME o una RISONANZA MAGNETICA che indichino l'esatta posizione rispetto al rene e le dimensioni dettagliate, il paziente è inviato, nella maggioranza dei casi, ad una soluzione chirurgica del problema.

La chirurgia dei piccoli tumori del rene viene definita "nephron sparing" per indicare la sola asportazione del tumore salvaguardando il tessuto renale sano senza dover ricorrere all'asportazione totale del rene (**NEFRECTOMIA RADICALE**), che viene riservata al tumore del rene di grandi dimensioni. Dal punto di vista oncologico tutti i dati disponibili ci dicono che la nefrectomia parziale è il trattamento migliore per i tumori di piccole dimensioni in termini di sopravvivenza totale.

La **TUMORECTOMIA RENALE LAPAROSCOPICA** o **NEFRECTOMIA PARZIALE** consiste nell'asportazione completa per enucleo-resezione di una neoplasia solida del parenchima renale con risparmio del tessuto renale circostante.

NEFRECTOMIA: Il Termine nefrectomia vuol dire asportazione del rene. Il ricorso a tale intervento si rende necessario in caso di tumori o in caso di malattie renali che abbiano compromesso la funzione del rene stesso. Nel caso di tumore si esegue una nefrectomia radicale che prevede l'asportazione del rene, del surrene, del grasso perirenale e dei linfonodi. Se il tumore è a partenza dalla via escretrice (pelvi renale, calici o uretere) la nefrectomia si eseguirà con asportazione completa dell'uretere più un pezzo di vescica. Nel caso di malattie non tumorali si esegue una nefrectomia semplice con asportazione del solo rene. Tutti i suddetti tipi di nefrectomia possono essere eseguiti per via laparoscopica, sia con accesso retroperitoneale, sia con accesso intraperitoneale

Indicazioni

- Piccoli tumori del rene con dimensioni comprese tra 4 -7 cm (stadio T1);
- Tumori del rene di dimensioni maggiori (> 7 cm) in rene unico o in presenza di rene contro laterale non funzionante.

Descrizione della tecnica

Il paziente è in anestesia generale ed in posizione laterale. Vengono eseguite 4-5 mini-incisioni addominali (5-10 mm), mediante le quali vengono posizionati dei trocar utilizzati per l'insufflazione di anidride carbonica (CO₂), necessaria per la creazione dello spazio operativo, e per l'introduzione di una telecamera e di strumenti chirurgici miniaturizzati attraverso i quali si mobilizza 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 temporanea ischemia (massimo 15 minuti). Durante l'intervento, infatti, la chiusura momentanea dell'arteria renale principale crea un campo operatorio esangue per la precisa escissione del tumore e della sutura. E' questo, uno dei punti critici dell'intervento, poiché la chiusura dell'arteria può, per un periodo di tempo troppo lungo, diminuire l'apporto di ossigeno al rene con diminuzione irreversibile della sua funzionalità. È per questo motivo che le nuove tecniche non prevedono alcuna chiusura dell'arteria renale principale, bensì la chiusura selettiva dei vasi che apportano sangue al tumore ("zero ischemia"). L'esame istologico del pezzo operatorio, oltre a chiarire la natura del tumore asportato, rivela se i margini chirurgici sono esenti da cellule tumorali. In presenza di margini chirurgici negativi, le possibilità di una recidiva locale di tumore sono scarse.

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione UMORECTOMIA RENALE LAPAROSCOPICA	Prot. 17	Pag. 2 di 2
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

Durata intervento

Dai 90 ai 150 minuti.

Complicanze

- Emorragiche: raramente richiedono un secondo intervento con revisione della breccia chirurgica. Il "tranfusion rate", ossia la necessità di ricorrere a trasfusioni di sangue è sovrapponibile a quello dei pazienti sottoposti a nefrectomia radicale.
- Fistole urinose: sono soluzioni di continuo che possono realizzarsi allorché l'escissione del tumore ha interessato la via escretrice. In questi casi si crea uno stravasamento di urina intorno al rene. Nella maggior parte dei casi si ricorre al posizionamento di uno sten endoureterale fino alla chiusura della fistola.

Assistenza infermieristica pre-operatoria

- Comunicata la data dell'intervento almeno una settimana prima, il paziente esegue esami ematochimici + urine, Test di Coombs, ECG, Rx torace (per pazienti di età >60 anni) e visita anestesiológica.
- Il chirurgo comunica la tecnica operativa appropriata, ed il regime di ricovero è di 3/4 giorni (ricovero ordinario)
- Il mattino dell'intervento il paziente si presenta in reparto a digiuno e con tricotomia eseguita dalla zona sottomammaria a quella inguino femorale, estesa al lato addominale interessato
- Si esegue l'accertamento infermieristico compilando la cartella, si consegnano calze elastiche antitrombo, si allega copia di eventuali esami strumentali e si ritira eventuale terapia domiciliare (da somministrare su prescrizione medica). Vengono richieste emazie concentrate per necessità trasfusionale.

Assistenza infermieristica post-operatoria

- All'arrivo dalla sala operatoria il paziente viene accompagnato con il proprio letto nella sua camera di degenza e rivestito con i suoi indumenti personali.
- Si monitorano i parametri vitali, si controlla il funzionamento del catetere vescicale. L'idratazione viene eseguita con soluzione elettrolitica infusa per via endovenosa fino al mattino successivo su prescrizione medica.
- Si istruisce il paziente sul decorso post operatorio e sulla necessità di idratarsi. Si verifica pervietà drenaggio ed eventuale elastomero per terapia antalgica. Si richiedono controlli ematici per il giorno seguente.
- L'alimentazione leggera può riprendere dal mattino seguente e, in via progressiva, secondo canalizzazione.
- In prima giornata post operatoria, vengono sospese le infusioni, il paziente si alimenta e si mobilita in autonomia dopo valutazione medica. Rimosso elastomero peridurale
- In seconda e terza giornata il paziente viene monitorato. Si eseguono eventuali lavaggi estemporanei in caso di ematuria o sospetta occlusione del catetere vescicale. Se urine chiare il catetere vescicale viene rimosso. Il paziente è invitato ad urinare in un contenitore, le urine vengono poste in visione al medico
- In quarta giornata, viene rimosso il drenaggio e rinnovata medicazione accessi chirurgici
- Paziente dimesso salvo diverse indicazioni, con dotazione di enoxaparina

Complicanze post-operatorie

- Dolore: è normale dopo l'intervento ma viene controllato con farmaci analgesici. Ha origine dalla ferita chirurgica o dalla presenza del catetere vescicale, quest'ultimo può anche causare stimoli minzionali dolorosi che possono essere trattati con farmaci antispastici.
- Febbre dovuta ad un'infezione urinaria: evento molto raro poiché siamo soliti trattare tutti i pazienti con una profilassi o con una terapia antibiotica se esistono fattori di rischio (paziente portatore di catetere vescicale o uro coltura positiva).

Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.
Il Direttore Sanitario
Dott. Flavio BORASO