

Nefrectomia parziale e radicale

Nefrectomia radicale o totale

L'intervento consiste nell'asportazione totale del rene e del tessuto adiposo che lo circonda allo scopo di rimuovere un voluminoso tumore renale, per il quale non sia indicata la nefrectomia parziale.

Lo stesso intervento, senza necessariamente rimuovere completamente il tessuto perirenale e risparmiando sempre la ghiandola surrenale, può essere effettuato anche per malattie benigne che abbiano danneggiato completamente ed in maniera irreversibile il rene (ascessi, pielonefriti croniche, idronefrosi inveterata, calcolosi a stampo severa, gravi traumi renali).

Tecnica e decorso postoperatorio

Viene eseguito sempre in anestesia generale e può essere effettuato con la tecnica classica (a cielo aperto), che prevede un'incisione sul fianco (con eventuale asportazione di parte della XI^a costa) o un'incisione addominale mediana o sottocostale, con paziente posto rispettivamente sul fianco o in posizione supina, o con la tecnica laparoscopica. Tale tecnica è resa possibile da una telecamera, che proietta l'immagine del campo operatorio su un monitor, e da particolari strumenti, lunghi e sottili, che passano all'interno di piccole cannule del diametro di 5 e 10 mm, inseriti nell'addome attraverso piccoli fori dello stesso diametro. L'addome viene opportunamente disteso con anidride carbonica. Con entrambe le tecniche l'intervento può essere condotto per via trans- o extraperitoneale.

Il rene viene asportato insieme a tutto il grasso che lo circonda; in casi particolari (infiltrazione o estrema vicinanza del tumore renale) anche la ghiandola surrenali può essere asportata insieme al rene. In alcuni casi selezionati può essere eseguita l'asportazione dei linfonodi regionali. Nella tecnica laparoscopica il rene verrà estratto intatto in un sacchetto, attraverso una piccola incisione della parete addominale.

L'intervento open per via transperitoneale prevede l'applicazione di un sondino

naso-gastrico che verrà mantenuto nel post-operatorio fino a che le funzioni intestinali non si saranno ripristinate e il paziente comincerà ad alimentarsi per os (di solito dopo 3-6 giorni). Fino ad allora l'alimentazione avverrà per via endovenosa.

Può essere necessaria la somministrazione di emotrasfusioni sia durante, che nei giorni successivi all'intervento.

Al paziente verrà applicato un catetere vescicale trans-uretrale e, al termine dell'intervento verranno inseriti 1 o 2 drenaggi. Il catetere vescicale verrà rimosso in 1^a-3^a giornata mentre i drenaggi verranno rimossi quando la quantità del liquido drenato è trascurabile (in media in 3^a - 4^a giornata). La profilassi antibiotica è prevista solo nel periodo pre e intraoperatorio, l'eventuale prosecuzione del trattamento antibiotico viene effettuata solo se compaiono segni di infezione locale o generalizzata nel postoperatorio, mentre è di regola effettuata per lungo tempo la profilassi con eparina a basso peso molecolare per limitare il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare.

Tra la 7^a e la 9^a giornata verranno rimossi i punti di sutura.

Possibili complicanze

Le complicanze tipiche di questo intervento sono poco frequenti e sono rappresentate da: febbre, emorragia intra- e post-operatoria (raramente può comparire un sanguinamento post-operatorio tale da richiedere un nuovo intervento), lesioni vascolari, lesioni intestinali, lesione del fegato o della milza (in taluni casi può essere richiesta la splenectomia), focolai broncopneumonici, versamento pleurico, infezioni, linforrea, linfoceli, ritardo di guarigione della ferita, lombocele/laparocele, parestesie (dovute soprattutto alla lesione dei nervi costali), diminuzione della funzionalità renale in caso di rene unico o di neoformazioni voluminose, trombosi venose profonde (per prevenire queste ultime complicanze si eseguono delle punture di eparina, si utilizzano calze elastiche e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente), tromboembolia polmonare. In caso di intervento laparoscopico è possibile che per motivi anestesilogici o per difficoltà tecniche sia necessaria una conversione a "cielo aperto".

Nefrectomia parziale o tumorectomia

L'intervento ha lo scopo di rimuovere una neoplasia renale , eventualmente associata ad una porzione di tessuto sano circostante, mantenendo intatte le restanti porzioni del rene.

Questo intervento rappresenta l'opzione di scelta per i tumori renali in stadio T1 (fino a 7 cm), se tecnicamente eseguibile. L'esecuzione di una nefrectomia radicale (asportazione completa del rene), salvo nei casi di necessità per complicanze, difficoltà tecniche o in pazienti decoagulati o con aumentato rischio chirurgico (la nefrectomia è un intervento con minori complicanze e minore complessità), rappresenta un trattamento eccessivo. Di contro interventi mini invasivi come la termoablazione o la crioablazione possono rappresentare una alternativa per le lesioni di minori dimensioni (fino ad un massimo di 4 cm). L'efficacia di queste metodiche non è però confrontabile con quella ormai assodata della nefrectomia parziale in quanto gli studi clinici a suffragio di queste ultime sono meno numerosi e con minore follow-up. I trattamenti alternativi non chirurgici per neoplasie in questo stadio presentano un'efficacia di gran lunga inferiore e non rappresentano una valida opzione terapeutica.

Tecnica e decorso postoperatorio

Viene eseguito in anestesia generale e può essere effettuato con la tecnica classica (a cielo aperto), che prevede un'incisione sul fianco (con eventuale asportazione di una porzione costale) o un'incisione addominale mediana o sottocostale, con paziente posto rispettivamente sul fianco o in posizione supina, o con la tecnica laparoscopica. Tale tecnica è resa possibile da una telecamera, che proietta l'immagine del campo operatorio su un monitor, e da particolari strumenti, lunghi e sottili, che passano all'interno di piccole cannule del diametro di 5 e 10 mm, inseriti nell'addome attraverso piccoli fori dello stesso diametro. L'addome viene opportunamente disteso con anidride carbonica. Con entrambe le tecniche l'intervento può essere condotto per via trans- o extraperitoneale. L'intervento consiste nell'asportazione del solo tumore e del tessuto adiposo perilesionale, risparmiando il rene sano circostante. Il surrene può venire risparmiato così come i linfonodi, in assenza di un sospetto alla TAC o alla RM e in

presenza di una neoformazione renale di piccole dimensioni. Nel caso in cui si verifichi un'apertura della via escrettrice potrebbe risultare opportuno applicare un catetere ureterale a doppio J, da mantenere in sede per tempi variabili. Può essere necessaria la somministrazione di emotrasfusioni sia durante, che nei giorni successivi all'intervento. Al paziente verrà applicato un catetere vescicale trans-uretrale e, al termine dell'intervento verranno inseriti 1 o 2 drenaggi. Il catetere vescicale verrà rimosso in 1^a giornata mentre i drenaggi verranno rimossi quando la quantità del liquido drenato è trascurabile (in media in 3^a - 4^a giornata). La profilassi antibiotica è prevista solo nel periodo pre e intraoperatorio, l'eventuale prosecuzione del trattamento antibiotico viene effettuata solo se compaiono segni di infezione locale o generalizzata nel postoperatorio. Per circa un giorno dopo l'intervento è necessario somministrare una terapia endovenosa, mentre, per un tempo più prolungato, verranno somministrati farmaci anticoagulanti sottocute. Tra la 7^a e la 9^a giornata verranno rimossi i punti di sutura.

Possibili Complicanze

Le complicanze tipiche di questo intervento sono poco frequenti e sono rappresentate da: febbre, emorragia intra e post-operatoria (può essere richiesta una nefrectomia nel corso dello stesso intervento o, in caso di sanguinamento post-operatorio può essere necessario un nuovo intervento o un'embolizzazione), fistole urinose, stenosi ureterale, ritardo di guarigione della ferita, lombocele/laparocele, parestesie (dovute all'incisione dei nervi), diminuzione della funzionalità renale in caso di rene unico o di neoformazioni voluminose, trombosi venosa profonda (per prevenire queste ultime complicanze si eseguono delle punture di eparina, si utilizzano calze elastiche e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente), tromboembolia polmonare.

In particolare, in caso di fistole o raccolte urinose postoperatorie sarà necessario applicare o prolungare la permanenza di un catetere ureterale, eventualmente associato a cateterismo vescicale e a drenaggio percutaneo delle raccolte, che potrebbe essere necessario mantenere in sede per tempi prolungati (un mese o più), fino a risoluzione della complicanza.

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.