



**IRCCS** Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
**Sacro Cuore - Don Calabria**  
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto - Negrar di Valpolicella (Vr)  
**U.O. di RIABILITAZIONE INTENSIVA ALTA SPECIALITÀ**  
Unità Gravi Cerebrolesioni - Unità Spinale  
Direttore: Dott. Giuseppe Armani  
**AMBULATORIO DI VIDEOURODINAMICA**  
Unità Spinale  
Responsabile: Dott. Mauro Menarini

Rev. 0  
del  
27/01/2020

## NOTA INFORMATIVA - CONSENSO INFORMATO ESAME VIDEO-URODINAMICO

Lo scopo del presente modulo è quello di fornire alcune informazioni sull'esame video-urodinamico la sua esecuzione e le possibili complicanze che, nonostante tutte le precauzioni, potrebbero intervenire.

### COS'È L'ESAME VIDEO-URODINAMICO

È l'esame che consente di studiare la funzione (e di conseguenza la disfunzione) delle basse vie urinarie (vescica, uretra, sfinteri): rappresenta l'esame di elezione per la valutazione dei disturbi vescico-sfinterici del mieloleso.

Fornisce una serie di parametri (pressione, flusso, attività elettrica sfinteriale) indispensabili alla programmazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo e ne permette il loro monitoraggio nel tempo.

### PRIMA DELL'ESAME

Il giorno dell'esame non è necessario fare nessuna preparazione. Se possibile sarebbe meglio avere l'ampolla rettale vuota e non avere una infezione urinaria sintomatica in corso.

### COME SI ESEGUE

Lo studio **video-urodinamico** è in realtà l'insieme di più parti di esame che, tutte assieme o combinate in base alle necessità, consentono di analizzare la situazione delle basse vie urinarie.

Cistomanometria, profilo pressorio uretrale, elettromiografia dello sfintere striato ed uroflussometria possono quindi essere eseguite in base alla necessità.

Inoltre si può combinare l'acquisizione simultanea di immagini radiologiche da cui il nome **video-urodinamica**.

In concreto, il paziente viene fatto accomodare in posizione ginecologica su di un lettino e viene svuotata completamente la vescica mediante un sottile catetere auto-lubrificato.

Vengono inoltre applicati tre elettrodi adesivi, una sottile sonda rettale ed un catetere uretrale.

La vescica viene lentamente riempita mediante il catetere con una soluzione acquosa contenente un mezzo di contrasto jodato. L'uso del contrasto consente di evidenziare importanti fattori quali la morfologia della vescica, la formazione del collo vescicale e la presenza di eventuali reflussi ureterali.

Durante il progressivo riempimento verrà chiesto al paziente di segnalare la percezione del crescente stimolo minzionale (leggero, normale, forte) al fine di valutarne l'adeguatezza.

Arrivati al riempimento standard di 400 ml (o al massimo tollerato dal paziente) si procederà alla rimozione del catetere, mediante uno strumento, che consente la contemporanea registrazione dei valori pressori di vescica, sfinteri ed uretra evidenziando eventuali stenosi.

Si può procedere quindi con la flussometria che consiste nell'urinare in un rilevatore che misura in modo istantaneo il volume ed il tempo del flusso urinario. Ove la flussometria non fosse eseguibile, si procede allo svuotamento della vescica con un altro catetere auto-lubrificato.

## POSSIBILI COMPLICANZE

Lo studio video-urodinamico è un esame fastidioso, ma solitamente ben tollerato. È una procedura affidabile e sicura, ma come tutti gli esami invasivi può comportare alcune complicanze, nonostante l'abilità e l'esperienza dell'operatore. L'evento più grave che si può verificare in corso di esame è una lesione uretrale durante il posizionamento del catetere. Questa evenienza è piuttosto rara, ma può rendere necessaria una riparazione chirurgica della lesione.

Possono anche verificarsi piccoli sanguinamenti dovuti sempre alle manovre di introduzione del catetere ma che si risolvono, di solito, spontaneamente.

Assai rara l'insorgenza di infezione urinaria dopo lo studio (eseguito in modo sterile e con materiale monouso).

Si segnala inoltre che non c'è evidenza scientifica che una profilassi antibiotica preventiva scongiuri tale eventualità.

## AVVERTENZE SPECIALI

### **ALLERGIA ALLO IODIO**

Gent. Sig.re/Sig.ra,

Lei è già stato/a informato/a che l'utilizzo del mezzo di contrasto iodato potrebbe provocare una reazione indesiderata nel caso in cui Lei fosse allergico/a a tale sostanza. La invitiamo pertanto a confermare che, per quanto a Sua conoscenza, non ha mai manifestato episodi di questo tipo. In caso di pregressi episodi allergici l'esame sarà eseguito senza l'acquisizione simultanea di immagini radiologiche.

**Allergia nota allo iodio:**                       NO                       SI

Desideriamo comunque informarla che un eventuale evento avverso sarebbe fronteggiato con la maggior efficacia possibile da parte del personale di assistenza, presente nel corso del trattamento ed adeguatamente preparato.

### **STATO GRAVIDICO**

Gent. Sig.ra,

L'esecuzione di questo addestramento è assolutamente **controindicata** in caso di gravidanza in quanto l'esposizione a radiazioni ionizzanti può provocare alterazioni a carico del prodotto embrionale o fetale.

**È quindi importante che prima del trattamento Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile**, affinché l'équipe medica che La assiste possa preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire il trattamento e l'eventuale ipotesi di rinvio. La invitiamo pertanto a sottoscrivere la seguente dichiarazione:

io sottoscritta \_\_\_\_\_

- escludo con certezza** l'ipotesi di una gravidanza in atto;
- non** sono in grado **di escludere** una gravidanza in atto;
- ritengo di essere/sono **gravida** alla \_\_\_\_\_ settimana.

Su tali presupposti ho esaminato, assieme al medico curante i rischi specificamente connessi con il mio caso, a fronte dell'opportunità/necessità di effettuare comunque il trattamento.

Dopo aver letto e compreso tutte le informazioni e dopo aver ricevuto ogni ulteriore chiarimento in merito al trattamento denominato “**esame video-urodinamico**”,

- acconsento** al trattamento proposto;
- non acconsento** al trattamento proposto;
- concordo** con il rinvio del trattamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il medico proponente \_\_\_\_\_

**DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE**

Nome e firma del padre, Nome e firma della madre

\_\_\_\_\_ (Data \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Data \_\_\_\_\_)

NB.: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

**IN CASO DI PAZIENTE CON RAPPRESENTANTE LEGALE**

\_\_\_\_\_ (Data \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (Data \_\_\_\_\_)

NB.: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante.

**INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONE**

Nome e cognome dell'interprete/testimone (in stampatello)

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_