



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

Guida pratica per i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico di:

**CISTECTOMIA RADICALE, LINFOADENECTOMIA PELVICA E CONFEZIONAMENTO DI
NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA/DERIVAZIONE SECONDO
BRICKER/URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE**

Informazioni utili e norme comportamentali
DA INTEGRARE CON LA FIRMA DEL CONSENSO GENERICO ALL'INTERVENTO

Caro Signor _____,

le procedure diagnostiche e le visite specialistiche alle quali è stato sottoposto hanno consentito di porre la diagnosi di neoplasia vescicale infiltrante/neoplasia vescicale superficiale recidiva non più trattabile conservativamente.

L'intervento chirurgico di cistectomia radicale consiste nell'asportazione di prostata, vescicole seminali e vescica nell'uomo, mentre nella donna di vescica, parete vaginale anteriore e utero.

Pertanto, Lei è candidato ad un intervento chirurgico di cistectomia radicale, linfadenectomia pelvica e confezionamento di neovescica ileale ortotopica / derivazione secondo Bricker / Ureterocutaneostomia bilaterale (dipendentemente dalle anatomo-chirurgiche).

Le modalità terapeutiche alternative, come la radioterapia e/o la chemioterapia sistemica, pur essendo attuabili, non offrono gli stessi risultati dell'intervento chirurgico in termini di probabilità di guarigione, oltre a presentare rilevanti complicanze ed effetti collaterali.

I risultati dell'intervento di cistectomia radicale associata ad una derivazione urinaria, in termini di sopravvivenza, sono variabili a seconda dello stadio del tumore, cioè il livello di avanzamento della malattia. L'esame istologico del pezzo operatorio permette di valutare sia lo stadio che le caratteristiche di aggressività della malattia.

INNANZI TUTTO È BENE RICORDARE CHE SI TRATTA DI UN INTERVENTO CHE VIENE ESEGUITO CON L'UNICO SCOPO DI RIMUOVERE LA MALATTIA NEOPLASTICA AL FINE DI SALVAGUARDARE LA SOPRAVVIVENZA.

1. Per cistectomia radicale si deve intendere l'asportazione completa della vescica, della prostata, delle sue vescicole seminali con interruzione completa e definitiva dei dotti deferenti e della vescica nell'uomo; vescica, porzione di parete anteriore della vagina ed utero nella donna.

2. L'asportazione della ghiandola prostatica con le sue vescicole seminali ha come conseguenza fisiologica la scomparsa dell'eiaculazione e conseguentemente viene meno la possibilità di avere figli per via naturale.

3. La potenza sessuale viene preservata solo nel 40-50% dei casi circa e dipende dall'estensione del tumore, dall'età del paziente, dalle Sue condizioni anatomiche, dal grado di erezione raggiungibile prima dell'intervento. L'obiettivo dell'intervento è quello di essere radicale quindi il chirurgo potrà decidere solo intraoperatoriamente di tentare di preservare la potenza in base alla situazione locale.

4. In caso di neovescica ileale ortotopica la continenza diurna è buona. La continenza notturna è più difficile da raggiungere. Dopo l'anno dall'intervento il grado di continenza raggiunto può essere considerato definitivo. Nella donna una eventuale neovescica ileale ortotopica può causare ritenzione urinaria.

ACCERTAMENTI PRE-OPERATORI

Esami di laboratorio;

Rx torace;

Elettrocardiogramma e visita cardiologica;

Ulteriori visite specialistiche dipendenti dal suo stato di salute;

Visita anestesiologicala.

Questi accertamenti vengono eseguiti generalmente in regime di pre-ricovero prima del ricovero.

Quando eseguirà gli accertamenti e quando farà la visita anestesiologicala segnali sempre se è in terapia con farmaci ad azione anti-aggregante (tipo Aspirinetta®, Ascriptin®, Ibustrin®, Plavix®, Ticlopidina®, Tiklid® o simili) oppure con anti-coagulanti (tipo Coumadin®, Sintrom® o simili) che devono essere sospesi 7-10 giorni circa prima dell'atto chirurgico sotto controllo medico ed eventualmente sostituiti con altro tipo di terapia.

In particolare, nel caso di terapia anti-coagulante è necessario monitorare la ripresa della funzione della coagulazione.

Se questa terapia non viene interrotta in tempo sarà necessario rimandare l'intervento con tutte le conseguenze organizzative.

In base ai referti degli esami sopra descritti e/o in base all'esito della Visita Urologica e/o Anestesiologicala potranno essere indicati ulteriori nuovi accertamenti clinici e/o strumentali che verranno programmati successivamente, ma comunque prima del ricovero; una volta eseguiti, il Paziente verrà rivalutato dallo Specialista al fine di definire la idoneità finale all'intervento chirurgico.

La durata del ricovero sarà di circa 15-16 giorni; al termine della degenza le verrà consegnata una lettera di dimissione con le indicazioni per la prima visita urologica ambulatoriale.

In base al referto istologico del pezzo operatorio, verrà impostato il successivo follow-up, e potrà decidere in base all'estensione della malattia la eventuale necessità di eseguire ulteriori terapie adiuvanti.

Se la malattia tumorale fosse limitata alla sola vescica, Lei verrà candidato ad una vigile sorveglianza, basata sulla periodica esecuzione di esami ematochimici e strumentali (ecografie, TC, radiogrammi del torace). La corretta impostazione della sorveglianza dura almeno per 10 anni.

Ogni paziente, di fronte alla prospettiva di un ricovero ospedaliero, specie se per affrontare un intervento chirurgico impegnativo, si pone degli interrogativi: qui di seguito troverà delle risposte ad un certo numero di domande che molti pazienti si pongono riguardo a questo tipo di intervento anche se Le sono già state date verbalmente prima della decisione di sottoporsi a questo intervento chirurgico.

COSA FARE IN ATTESA DELL'INTERVENTO



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

Per facilitare l'esecuzione corretta dell'intervento chirurgico ed in particolare per ottimizzare i risultati in termini di rimozione completa della malattia tumorale conservando insieme le strutture anatomiche responsabili della continenza urinaria e della funzione erettile, sarebbe

meglio che il paziente si presentasse all'intervento chirurgico con un peso corporeo il più vicino possibile a quello ideale.

I pazienti in sovrappeso dovrebbero cercare di seguire le seguenti regole nel corso dei giorni che precedono l'intervento

- Non bere alcolici e bibite analcoliche (se non quelle dietetiche con zero calorie)
- Bere due litri di acqua (liscia o gassata) al giorno
- Non mangiare dolci
- Limitare pasta, pane e condimenti in genere
- Mangiare minestre di verdura senza pasta
- Favorire il pesce rispetto alla carne
- Mangiare verdura cruda o cotta
- Mangiare frutta (evitare uva, fichi e frutti molto dolci)
- Svolgere esercizio fisico in modo regolare: ogni giorno due passeggiate a passo svelto di 30 minuti ciascuna

Queste regole possono consentire di perdere 5 – 10 kg prima dell'intervento. La perdita di peso si traduce in una maggiore semplicità tecnica nella esecuzione dell'intervento chirurgico e questo si riflette sui risultati funzionali a breve e a lungo termine. Chiedete un parere il Vostro medico di fiducia riguardo a queste regole alimentari, in particolare se diabetici o cardiopatici.

DOMANDE FREQUENTI PRE-OPERATORIE

1) **D: Quanto tempo dovrò restare in ospedale?**

R: "In genere dopo 15-16 giorni si può essere dimessi senza catetere. Infatti, dopo tale periodo di tempo, il paziente è in genere completamente autonomo e ristabilito.". Non è nostra abitudine dimettere il paziente prima con drenaggi e catetere. Il paziente viene dimesso quando è chirurgicamente guarito e non necessita più di assistenza.

2) **D: Quanto a lungo dovrò tenere il catetere?**

R: "Generalmente due settimane dal giorno dell'intervento. Il paziente viene dimesso dall'ospedale senza catetere."

5) **D: Che cosa devo fare e che cosa non debbo fare prima dell'intervento?**

R: "Occorre sospendere l'assunzione di aspirina od altri farmaci antiaggreganti od anticoagulanti una settimana prima dell'intervento, poichè queste sostanze possono interferire con la capacità emostatica e coagulativa del sangue e causare emorragie post-operatorie".

6) **D: Sono necessarie trasfusioni di sangue per questo tipo di intervento?**

R: "Può rendersi necessaria una o più trasfusioni di sangue dipendentemente dai suoi valori emoglobinici pre-operatori e/o dalle perdite di sangue intraoperatorie. Le sarà somministrato un consenso informato specifico per le trasfusioni di sangue e le verranno spiegati rischi e benefici connessi".

7) **D: Quanto dura l'intervento?**

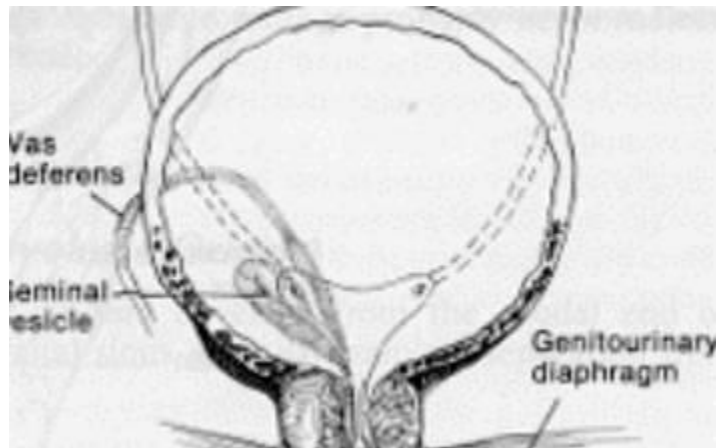
R: “La durata media dell'intervento è di 5 ore, compresa la linfadenectomia stadiale preliminare. Generalmente viene praticata l'anestesia generale, previa accurata valutazione preoperatoria da parte del medico anestesista”.

INFORMAZIONI UTILI E NORME COMPORTAMENTALI

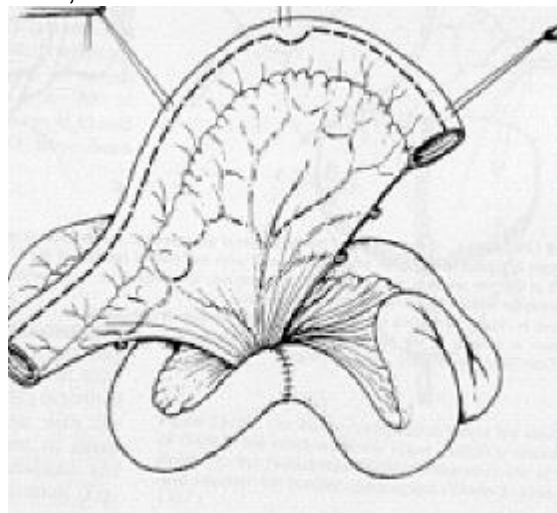
Che cosa vuol dire “neo-vescica ortotopica di sostituzione?”

Significa che la vescica originale, ossia l'organo preposto ad immagazzinare l'urina prodotta dai reni e ad espellerla periodicamente e volontariamente attraverso l'uretra (il canale che mette in comunicazione la vescica con l'esterno) è stata rimossa a causa di una malattia non altrimenti curabile e che si è dovuto provvedere alla sua sostituzione mediante un “surrogato” (*neo-vescica*).

Vescica Normale, con gli sbocchi ureterali



Per rimpiazzare la vescica rimossa, si utilizza comunemente un'ansa di intestino tenue (la parte più lunga dell'intestino, che va dallo stomaco al cieco: essa è lunga circa 6 metri) prelevata a poca distanza dal cieco. La lunghezza totale di intestino utilizzata è in genere di 45-50 cm e generalmente non influisce sulla funzione globale dell'intestino, la cui continuità viene ristabilita al di sopra dell'ansa prelevata, mediante una anastomosi.

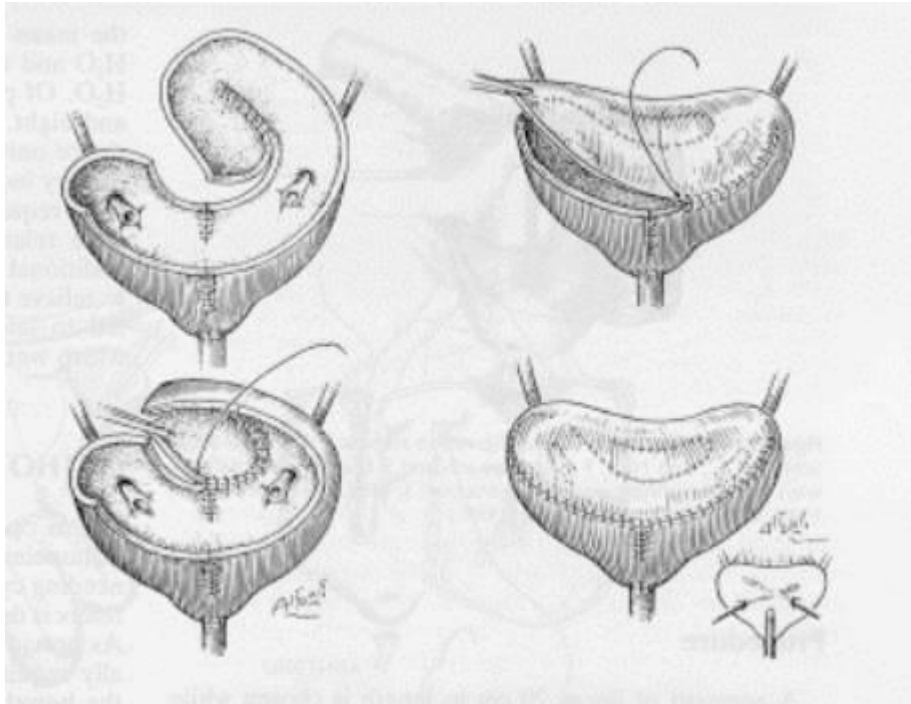


U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

L'ansa isolata, di cui si è mantenuta intatta la vascolarizzazione, viene completamente aperta lungo il suo margine antimesenterico (linea tratteggiata nella figura) e viene in seguito modellata a formare una nuova vescica (neo-vescica) di configurazione approssimativamente

sferica. Questa manovra si rende necessaria sia per aumentare la capacità del neo-serbatoio urinario, sia per eliminare l'attività autonoma della muscolatura intestinale e cercare di garantire la massima continenza possibile, mettendo oltretutto l'apparato urinario alto (i reni) al riparo dall'instaurarsi di pressioni eccessive entro il serbatoio urinario. Alla neo-vescica così costituita vengono collegati i due ureteri e la parte più declive di essa viene collegata con l'uretra, di cui si è avuto cura di conservare il meccanismo muscolare (sfintere striato) che garantirà la futura continenza urinaria.



Questo è in sintesi lo schema dell'intervento di creazione di una nuova vescica ortotopica (conservante cioè la stessa posizione della vescica originaria) mediante un'ansa intestinale. Sono possibili molte varianti tecniche riguardo il tipo di ansa intestinale usata (è possibile anche utilizzare l'intestino crasso, cioè il colon), sia la forma che viene data alla stessa, sia la maniera di collegare gli ureteri, ma i principi informativi di questa complessa chirurgia ricostruttiva restano fondamentalmente gli stessi.

Riportare in sintesi le complicanze più rilevanti e frequenti correlate all'intervento chirurgico. Qualora le sue condizioni anatomiche/generali non consentano il confezionamento di una nuova vescica ortotopica si può optare per due diverse derivazioni urinarie:

- Derivazione secondo Bricker: in questo caso gli ureteri vengono collegati ad un capo di una ansa di intestino tenue e l'altro capo suturato alla cute. Al termine dell'intervento l'iter postoperatorio sarà identico a quello della nuova vescica tranne che per la presenza di un sacchetto, generalmente sulla destra della ferita, che raccoglie le urine. Tale

sacchetto verrà cambiato più volte al giorno mentre la placca che lo ancora alla cute, generalmente, a giorni alterni.

- Ureterocutaneostomia bilaterale: in questo caso entrambi gli ureteri vengono direttamente abboccati alla cute; non verrà, generalmente, coinvolto l'intestino durante l'intervento. In questo caso i sacchetti saranno due, uno a ciascun fianco. Gli ureteri saranno dotati di uno stent uretrale che verrà sostituito da personale competente periodicamente. I sacchetti e le piastre potrà cambiarli lei stesso.

L'operazione viene naturalmente condotta in anestesia generale ed ha una durata complessiva oscillante tra le 4 e le 5 ore, di cui un paio sono dedicate al tempo demolitivo preliminare (ablazione della vescica unitamente alla prostata ed alle vescicole seminali nel maschio ed all'utero ed agli annessi nella femmina e rimozione di tutti i linfonodi regionali) e le rimanenti al confezionamento della neo-vescica ed alla sutura delle incisioni parietali.

Al risveglio dalla Sala Operatoria si ritroverà con alcuni tubicini, che, pur causando un modesto impaccio (è comunque possibile muoversi abbastanza liberamente, facendo un minimo di attenzione) servono a tenere al riparo le suture sino a guarigione e ad assicurare un decorso post-operatorio più confortevole e senza dolore.

In dettaglio questi tubicini sono:

-un catetere uretrale: esso viene mantenuto in sede automaticamente mediante un palloncino a valvola gonfiato nella neo-vescica: è quindi assai difficile che possa fuoriuscire accidentalmente: tuttavia occorre averne la massima cura, evitando soprattutto di agganciarlo con i piedi e tenendolo d'occhio durante gli spostamenti. Il catetere serve a tenere vuota la neo-vescica e quindi a non mettere in tensione le numerose linee di sutura: esso è collegato ad una sacca di raccolta delle urine, che viene agganciata al telaio del letto. Poiché l'intestino produce normalmente muco è necessario che il catetere venga irrigato frequentemente: ogni quattro ore per i primi giorni: a tale compito sono deputati gli infermieri od i medici. E' importante tuttavia che il paziente segnali ogni sensazione di tensione nel basso addome che dovesse verificarsi. Il catetere viene tenuto in sede dai 14 ai 21 giorni. Esso tuttavia non impedisce, dopo i primi 4-5 gg, la deambulazione del paziente e soprattutto non causa alcun dolore. La rimozione del catetere non causa alcun dolore.

- dei cateterini ureterali, sottilissimi tubicini trasparenti o blu detti in gergo "splint": essi sono inseriti negli ureteri, fuoriescono dalla neo-vescica e sono portati all'esterno a lato della ferita cutanea. Anch'essi sono collegati ad una sacca di raccolta urine e servono ad assicurare maggiormente la vacuità della neo-vescica ed anche a facilitare il passaggio dell'urina dagli ureteri verso la vescica, in quanto nei primi giorni post-operatori vi può essere un edema (gonfiore) della zona di collegamento tra ureteri e neo-vescica, che potrebbe impedire o comunque ostacolare un corretto deflusso. Vengono mantenuti in sede per 8-10 giorni. La loro rimozione non causa alcun dolore e il tramite da cui fuoriescono si rimargina spontaneamente in poche ore.

- uno o due tubi più grossi costituiscono i drenaggi. Essi servono a portare all'esterno la linfa ed il liquido ematico in eccesso, che inevitabilmente si forma nei primi giorni post-operatori e che, se trattenuto all'interno, potrebbe causare dolore o febbre. Sono collegati anch'essi a delle sacche di raccolta e vengono mantenuti in sede per 5-7 giorni. La loro rimozione non causa alcun dolore e il tramite da cui fuoriescono si rimargina spontaneamente in poche ore.

- un sondino naso-gastrico: serve ad evitare un'eccessiva distensione dello stomaco e dell'intestino tenue, sino a che non si sia verificata la ripresa dell'attività motoria dell'intestino: essa avviene di solito tra la 3° e la 5°-6° giornata post-operatoria ed è caratterizzata dal passaggio di aria attraverso l'ano, preceduta da brontolii e movimenti dell'addome, che talvolta causano un senso di tensione lievemente dolorosa. E' molto importante che il paziente faccia attenzione alla ripresa del passaggio di gas intestinali, che rappresenta un importante



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

caposaldo del decorso post-operatorio. Una volta ripristinato il passaggio di aria, il sondino può venire rimosso. La sua rimozione non causa alcun dolore.

- durante i primi 4-5 giorni post-operatori e sino a che non sia ripreso il normale transito intestinale non è possibile assumere liquidi per bocca in quantità adeguata, né ovviamente nutrirsi con cibi solidi.

Per assicurare un sufficiente apporto di liquidi ed elettroliti, per veicolare farmaci e per dare un certo apporto calorico ci si serve dell'infusione per via venosa. Poiché i liquidi vanno somministrati continuativamente nell'arco delle 24 ore e poiché alcuni di essi sono irritanti per le piccole vene periferiche, ci si serve di solito di una vena centrale (vena giugulare o succlavia), che viene incannulata dal medico anestesista una volta indotta l'anestesia, per cui la manovra non comporta alcun dolore al paziente. Il catetere venoso centrale non causa alcun fastidio e viene rimosso dopo circa una settimana, in maniera assolutamente indolore.

Dopo due-tre giorni è previsto che il paziente venga aiutato ad alzarsi ed a sedersi accanto al letto. Progressivamente può quindi fare brevi passeggiate e trascorrere sempre più tempo alzato.

L'alimentazione per bocca inizia in genere il giorno dopo il passaggio di gas intestinali. Occorre però essere molto cauti all'inizio e riprendere ad alimentarsi in maniera molto graduale. Per i primi due tre giorni è opportuno limitarsi ad una dieta semiliquida: per esempio: una tazza scarsa di tè zuccherato al mattino, cui a partire dal secondo giorno di ripresa dell'alimentazione possono essere aggiunti uno o due biscottini finemente sminuzzati. Ideali sarebbero i biscotti tipo prima infanzia (Plasmon o simili). A mezzogiorno un omogeneizzato di carne od un po' di brodo con pochissima pastina ed un omogeneizzato di frutta. Alla sera idem o yogurt magro. Dopo la ripresa completa del transito intestinale con passaggio di feci, che in genere avviene verso la 5°-7° giornata, spontaneamente o dopo clisma evacuativo a bassa pressione, è possibile aumentare gradualmente l'alimentazione fino ad arrivare nel giro di 7-10 giorni ad un'alimentazione normale. Occorre comunque evitare pasti abbondanti, cibi che facciano massa, come legumi o pasta in abbondanza o frutta. Da evitare anche alimenti particolarmente grassi. Può essere opportuno facilitare l'evacuazione dell'intestino con l'assunzione di Laevolac scioppo alla dose di un cucchiaino da tè raso due volte al giorno.

In 7-8° giornata post-operatoria viene effettuato un controllo radiologico degli splint (tubicini ureterali): se tutto va bene, essi vengono rimossi successivamente.

Dopo la rimozione degli splint viene effettuata una ecografia renale per verificare che non vi sia dilatazione eccessiva delle cavità renali.

In 14° giornata si effettua un controllo radiologico attraverso il catetere vescicale, per verificare l'integrità delle suture della neo-vescica: se è tutto in ordine, il catetere vescicale viene rimosso il giorno stesso o quello successivo.

Appena rimosso il catetere, in genere la continenza urinaria non è perfetta: stando in posizione eretta si perde una quantità più o meno abbondante di urina, a tipo sgocciolio semicontinuo. In posizione sdraiata la continenza è invece buona. Occorre tuttavia non scoraggiarsi e sapere che entro un paio di settimane in genere la continenza durante il giorno diviene pressoché perfetta. Può aiutare a recuperare la continenza l'apprendimento di alcune tecniche di riabilitazione del piano perineale, che vengono in genere insegnate al paziente prima della dimissione.

Generalmente il paziente, appena tolto il catetere, ha paura della perdita di urina e tende a mascherarne gli effetti ricorrendo a pannoloni. Questo può andare bene per i primi due-tre

giorni. Dopo di che è molto meglio ricorrere a dei pannolini tipo assorbenti mestruali femminili, che debbono sì essere cambiati spesso, ma consentono al paziente di rendersi conto della quantità di urina che si perde e dei progressi che si fanno giorno per giorno. Il recupero precoce della continenza dipende in gran parte dalla tenacia e dalla volontà di collaborazione del paziente!

La notte, invece, per i primi tempi la perdita di urina è la regola: infatti, il sonno attenua la vigilanza dei delicati meccanismi preposti alla continenza e fa sì che si verifichino delle “fughe” di urina in tutto e per tutto simili a quelle riscontrabili nel bambino piccolo che “bagna il letto”. Esse si verificano ogni volta che la neo-vescica raggiunge un determinato riempimento e sono viepiù facilitate dal fatto che durante le ore notturne, a causa di complessi meccanismi fisiopatologici, i reni producono una maggior quantità di urina ed inoltre si verifica un passaggio di liquidi dal sangue verso la neo-vescica, favorendone il rapido riempimento e quindi la tracimazione attraverso l'uretra, superando la “diga” dello sfintere uretrale esterno, il cui tono è attenuato dal sonno profondo.

Pertanto, per ovviare a questo inconveniente o ci si attrezza con condom forati collegati ad una sacca di raccolta urinaria o, passati i primi tempi ed allorché la neo-vescica ha conseguito una certa capacità, si punta la sveglia e ci si alza ogni 4-5 ore per svuotare la neo-vescica. In questo modo, dopo tre mesi dall'intervento, l'80% dei pazienti raggiunge anche la continenza urinaria notturna.

Lo stimolo urinario non è più quello abituale che si avvertiva prima dell'intervento: la neo-vescica non è innervata e non può pertanto trasmettere stimoli analoghi. Tuttavia, a poco a poco, il paziente impara a riconoscere quando la neo-vescica è piena, avvertendo un senso di tensione alla parte bassa dell'addome, che sostituisce lo stimolo tradizionale. Fino a che non si è appreso a riconoscere tale stimolo è bene che il paziente si rechi ad urinare ad intervalli fissi: per esempio ogni tre ore durante il giorno, inizialmente, spaziando via via sempre più gli intervalli tra una minzione e l'altra, se riesce a restare asciutto. E' bene tuttavia che non vengano mai superate le sei ore tra una minzione e l'altra, in quanto un eccessivo riempimento della neo-vescica può essere dannoso, sia perché determina una eccessiva pressione sulle alte vie, sia perché favorisce il riassorbimento di elettroliti, che alla lunga possono causare degli squilibri metabolici. Occorre infatti considerare che la mucosa dell'intestino è ben diversa da quella della vescica normale, a differenza di questa che è impermeabile, consente il passaggio di soluti nei due sensi.

Questa è la ragione per cui è bene effettuare una terapia profilattica con piccole dosi di alcalinizzanti: per esempio un cucchiaino da caffè raso due volte al giorno di bicarbonato di sodio o di citrosodina, sciolti in poca acqua. Nei pazienti ipertesi bisogna controllare frequentemente i valori pressori ed è bene sostituire il bicarbonato di sodio con il bicarbonato di potassio.

Occorre ricordare che la minzione non avviene più per contrazione attiva della vescica, ma per pressione esercitata sulla neo-vescica dall'aumento di pressione endoaddominale. In altre parole la neo-vescica si svuota non attivamente, ma come un sacchetto di plastica che venga schiacciato dall'esterno. In altre parole, è sempre bene sedersi al momento della minzione (anche i maschi!), cercare di rilasciare il piano perineale e ponzare con l'addome, eventualmente aiutandosi con la compressione manuale dell'addome dall'esterno: la minzione avviene per piccoli getti successivi e non con un unico flusso come prima ed è necessario un tempo maggiore per ottenere lo svuotamento della neo-vescica. Non abbiate fretta! Come dicono gli americani: prendetevi il vostro tempo! E' molto, ma molto importante arrivare ad ottenere uno svuotamento completo della neo-vescica.

INFORMAZIONI POST-OPERATORIE

- dopo la sua dimissione dall'Ospedale, Lei dovrà evitare sforzi fisici intensi, come sollevare pesi o simili per almeno un paio di mesi dopo l'intervento. Infatti, durante questo primo periodo la



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

resistenza della ferita chirurgica è affidata alle suture, che possono rompersi se messe eccessivamente in tensione e causare la formazione di un laparocele: solo dopo due-tre mesi si forma un solido tessuto cicatriziale. Inoltre un violento sforzo durante questo stesso periodo

di tempo potrebbe anche compromettere l'integrità dell'anastomosi uretro-vescicale, con gravi conseguenze sull'esito finale dell'intervento e sulla continenza urinaria. Dopo otto settimane, può essere ripresa una vita completamente normale, compresa anche, se lo si desidera, una certa attività fisica.

Alimentazione

Diversamente dalla vescica naturale, la neovescica favorisce la perdita di acqua e sali, soprattutto nel periodo post-operatorio. Per questo motivo è importante che Lei assuma una quantità sufficiente di acqua (2-3 litri al giorno) e di sali (brodo, succhi di frutta, integratori salini, etc.). Non bisogna astenersi completamente dall'assunzione di alcolici quali il vino e la birra, ma in questo senso bisogna usare una moderazione. In alcuni casi, su indicazione degli esami biochimici che eseguirà periodicamente potrà essere utile anche l'assunzione di bicarbonato di sodio, ferro, folina, Vit. B12 etc. Il controllo di questi elementi rientra nel compito sia del medico di base che dello specialista Urologo. Molto importante arricchire la dieta di frutta e verdura anche al fine di regolarizzare l'attività dell'intestino. E' molto frequente che le urine contengano quantità variabili (abbondanti soprattutto all'inizio) di muco prodotto dall'intestino usato per la costruzione della Sua nuova vescica. Raramente il muco può provocare dei problemi di ostruzione urinaria, ma qualche volta può rendere difficoltoso lo svuotamento e favorire, conseguentemente, lo sviluppo di infezioni urinarie. Per ridurre la produzione del muco è utile, oltre all'assunzione di una maggiore quantità di liquidi, anche l'assunzione di prodotto contenenti estratto di mirtillo (ad es. Uticran).

Attività fisica

Dopo la dimissione può passeggiare liberamente, salire e scendere dalle scale. Ricordi però di evitare sforzi eccessivi come, ad esempio, sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa, bicicletta e moto, etc.) per almeno 6 settimane dall'intervento. Infatti questo è il tempo necessario perché si sviluppi un tessuto cicatriziale saldo sia a livello della ferita che nelle zone interessate dall'atto chirurgico. Se intraprende attività fisiche faticose prima del dovuto, può ledere la delicata sutura che congiunge la vescica all'uretra; questo potrebbe comportare problemi a lungo termine legati alla continenza o addirittura causare una ernia in sede di ferita.

Dopo 6 settimane dall'intervento, può riprendere tutte le attività che svolgeva prima dell'intervento.

Controllo delle urine

Nel primo periodo post-operatorio una perdita di urina di entità variabile deve essere considerata normale. Questa è attribuibile principalmente alla debolezza dello sfintere dell'uretra che si trova ad affrontare una nuova situazione. L'incontinenza urinaria risulterà tipicamente più frequente durante i bruschi movimenti (alzandosi, abbassandosi, ridendo,

tossendo etc.) e la perdita di urine sarà generalmente più consistente durante la notte anche in relazione al rilassamento notturno dello sfintere uretrale.

In generale, alcuni esercizi come camminare, salire le scale o andare in bicicletta, favoriscono la ripresa della continenza. Tuttavia, alcuni esercizi più mirati di riabilitazione del piano pelvico possono accelerare decisamente il recupero della continenza. Quasi tutti i pazienti diventano totalmente continenti durante il giorno, dopo avere eseguito con costanza questi esercizi. Ognuno di noi è diverso, pertanto non possiamo prevedere con esattezza quando ogni singolo paziente raggiungerà una buona continenza. Dopo 3 mesi dall'intervento la maggior parte dei pazienti riesce a rimanere asciutta in posizione sdraiata e, quando si alza durante la notte per urinare è in grado di camminare fino al bagno e trattenere un po' delle urine. Se, dopo questo tempo, continua ad avere problemi di continenza durante la giornata, il Suo sfintere urinario ha bisogno di essere rinforzato maggiormente.

Riabilitazione del piano pelvico

Gli Esercizi di Riabilitazione del piano pelvico consistono essenzialmente nella contrazione dello sfintere anale come si farebbe per evitare la defecazione. E' indispensabile, però, che questi esercizi avvengano a paziente rilassato (meglio se disteso e supino) e che siano eseguiti senza la contemporanea contrazione di altri muscoli quali quelli addominali o quelli delle cosce. Per fare questo è necessario stringere forte i muscoli che circondano l'orifizio anale per 5-10 secondi mediante contrazioni massimali con un intervallo di circa 5-7 secondi tra l'una e l'altra. Il segreto della ripresa del tono muscolare consiste nel raggiungere un buon ritmo negli esercizi, per cui è consigliabile eseguire 3-5 serie di 20-30 contrazioni l'una, ciascuna distribuita nel corso della giornata fino ad un massimo di 100 contrazioni complessive al giorno. Fino a quando non avrete raggiunto una buona continenza urinaria, vi consigliamo di non bere nè troppi caffè nè alcolici. Se avete ancora delle perdite dopo avere tossito o starnutito, provate ad accavallare le gambe prima di farlo. Se dopo 3 mesi dall'intervento durante i quali siano stati eseguiti correttamente questi esercizi domiciliari non è stata raggiunta una continenza soddisfacente, Lei potrà effettuare, in sede ambulatoriale qualificata, una riabilitazione aggiuntiva del piano pelvico mediante apposita fisioterapia associata ad elettrostimolazione del piano perineale (Bio-feedback).

Svuotamento della neovescica

La Sua nuova vescica ha alcune caratteristiche diverse da quella naturale. Pertanto è importante che Lei sappia che le sensazioni legate alla minzione verranno avvertite in maniera diversa da prima. Questo significa per esempio che Lei non avvertirà più il normale stimolo ad urinare, bensì una sensazione di distensione e gonfiore addominale, in particolare al di sopra del pube in relazione al grado di distensione della neovescica. Nel periodo immediatamente successivo all'intervento, è consigliabile che Lei svuoti la Sua vescica ogni due ore (in modo costante) anche in assenza di una sensazione impellente. E' importante che Lei inizi ad imparare ad urinare di nuovo in posizione seduta, spingendo con la muscolatura addominale con contrazioni successive e lente, distanziate cercando di rilassare contemporaneamente lo sfintere anale. Lo svuotamento avverrà in modo più lento rispetto a prima e potranno essere necessari anche 3-5 minuti per uno svuotamento completo. Con il tempo si potrà aumentare l'intervallo di tempo tra una minzione e l'altra (ogni 3 poi 4 ore). Questo significa che anche di notte saranno da programmare alcuni svuotamenti per non correre il rischio di sovradistendere troppo la neovescica. In alcuni casi lo svuotamento può risultare difficile, troppo lungo o incompleto a causa di una ridotta forza delle contrazioni muscolari (frequente nei pazienti anziani e nei pazienti che hanno già subito interventi chirurgici addominali). In questo caso



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

potrà essere utile effettuare dei cateterismi intermittenti sterili (autocateterismi) per completare lo svuotamento della vescica. Definire necessità, frequenza e durata del cateterismo intermittente post-minzionale sarà compito dello specialista urologo che

insegnerà o durante la degenza ospedaliera o drenate le viste ambulatoriali come svolgere tali autocateterismi.

PROBLEMATICHE GENERALI POSSIBILI DOPO INTERVENTO DI CISTECTOMIA RADICALE

L'intervento chirurgico di cistectomia radicale può essere associato a diverse complicanze, che possono verificarsi in circa il 25% dei casi e che possono incidere in maniera variabile sull'esito dell'intervento stesso.

In alcuni casi la risoluzione delle complicanze prevede un reintervento. La frequenza di reintervento dopo cistectomia radicale varia tra il 10% ed il 20%.

Ferita

Può verificarsi che si sviluppi un'infezione di ferita che si manifesta con la fuoriuscita di siero o sangue misto a pus che ritarda solo la cicatrizzazione della ferita.

Infezioni delle vie urinarie

Si possono manifestare in svariati modi (bruciore dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre, etc.). Se dovesse capitarLe consigliamo di eseguire alcuni accertamenti clinici una eventuale terapia antibiotica appropriata.

Sedimento nelle urine

Le urine generalmente rimangono rosse o rosate per almeno 15-20 giorni dopo la rimozione del catetere. Una abbondante idratazione (bere circa 1,5-2 litri di acqua al giorno) potrà aiutare a rendere le urine di nuovo chiare.

Muco

E' possibile che i pazienti nei quali viene ricostruita una neovescica trovino, nei primi mesi dopo l'intervento, muco nelle urine. Tale fenomeno è assolutamente normale poiché l'intestino è stato trasformato in una vescica e svolge una funzione che normalmente non gli compete. Il muco in alcuni mesi tende a diminuire e scomparire.

Dolore addominale

Il dolore addominale è molto frequente, ma non è localizzato dove il paziente si aspetterebbe (ovvero lungo la linea mediana dell'addome). Il dolore è invece localizzato in una delle due parti rispetto alla linea mediana stessa (raramente in entrambe). Esso è causato dall'irritazione e infiammazione dei muscoli addominali. In alcuni casi il dolore è circoscritto all'area in cui erano collocati i tubi di drenaggio. Nella maggior parte dei casi il dolore scompare dopo alcune settimane.

Perforazioni del retto (l'ultimo tratto di intestino)

Le perforazioni del retto sono rare (0.2%) ed il rischio è più elevato nei pazienti con malattia localmente avanzata. Se minima, la lesione è suturata nel corso dell'intervento stesso; quando è invece di dimensioni maggiori, la sola sutura dell'organo non dà sufficienti garanzie e si è soliti confezionare una colostomia temporanea (sacchetto per le feci sulla parete addominale) per permettere una più sicura guarigione, che avviene in alcuni mesi

- Lo scroto e il pene si gonfiano frequentemente poiché a questo livello si può raccogliere della linfa. Se questo dovesse accadere, sollevate lo scroto stesso verso l'addome, ponendovi al di sotto, tra le gambe, un asciugamano arrotolato o un sostegno. Generalmente il gonfiore ai genitali dura un mese e scompare spontaneamente.

Se si gonfiano i piedi, gambe o cosce può essere presente una stasi linfatica (linfedema) o un blocco della circolazione venosa (trombosi venosa profonda, vedi sotto). Rivolgersi sempre ad un medico per un problema di questo tipo.

- Un altro utile accorgimento, nell'immediato periodo post-operatorio, è quello di non stare a lungo in posizione assisa, con le gambe penzoloni: è molto meglio sedere semisdraiati, con le gambe allungate. Questo accorgimento assolve infatti a due compiti: quello di elevare gli arti inferiori, favorendo così lo scarico venoso e riducendo pertanto i pericoli di coagulazione intravascolare e di embolie e quello di evitare indebite pressioni sulla regione perineale. Se il paziente viene dimesso con il catetere, esso deve restare aperto e connesso alla sacca di drenaggio per la maggior parte del tempo; la sacca allacciata all'arto inferiore deve essere usata solo per il tempo necessario qualora si esca fuori casa.

- La più grave complicazione che teoricamente si potrebbe verificare dopo l'intervento è la formazione di un coagulo in una delle vene profonde del bacino ed il suo improvviso distacco con conseguente embolia polmonare, che rappresenta un'evenienza che può mettere in pericolo la vita stessa del paziente. Tale complicazione si può verificare dopo ogni intervento chirurgico ed è in effetti estremamente rara, ma è comunque bene fare di tutto per prevenirla. Pertanto, innanzi tutto si effettua una profilassi farmacologica, somministrando calciparina a basso peso molecolare sottocutanea dal momento dell'intervento e favorendo una precoce mobilitazione del paziente: molto utile al riguardo, anche stando a letto, è la ginnastica attiva delle gambe e delle dita del piede, con movimenti alternativi di flessione e di estensione della dita. Sono incoraggiate la deambulazione precoce e le brevi passeggiate. Occorre invece evitare, è bene ribadirlo, di tenere le gambe a penzoloni verticali, se si sta in posizione seduta. Comunque, se insorgesse dolore ai polpacci o gonfiore degli stessi, è bene avvertire immediatamente il medico. L'embolia polmonare può tuttavia verificarsi anche senza alcun sintomo preliminare: essa si manifesta con un dolore improvviso al petto, sudorazione e difficoltà di respirazione, talora escreato ematico: se insorgessero questi sintomi, chiamare immediatamente il medico o recarsi con urgenza al più vicino Pronto Soccorso. Infatti, se presa in tempo, l'embolia polmonare può essere curata efficacemente con farmaci trombolitici ed anticoagulanti.

- Per quanto riguarda le erezioni, nei pazienti in cui sia stato possibile preservare i fasci neuro-vascolari, esse ritorneranno gradualmente. Occorre avere pazienza. La possibilità e l'epoca del ritorno della funzione sessuale dipendono da vari fattori: l'estensione del tumore per un verso e l'età del paziente per l'altro. Ambedue sono importantissimi: infatti, da un lato, è l'estensione del tumore che permette o meno di risparmiare i fasci neuro-vascolari: al proposito occorre ricordare che la cistectomia radicale è un intervento di tipo oncologico, vale a dire effettuato per rimuovere il tumore nella maniera più completa possibile: se l'estensione del tumore arriva ad interessare i fasci neuro-vascolari o se vi sono zone dure in prossimità di essi, il chirurgo non esiterà a



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

sacrificarli deliberatamente, in quanto la rimozione completa del tumore rimane l'obiettivo primario di questo tipo di intervento.

Se, invece, il tumore è limitato ed è stato possibile risparmiare entrambi od anche uno solo dei fasci neuro-vascolari, la ripresa della funzione erettile dipende soprattutto dall'età del paziente: quanto più il paziente è giovane, tanto più precocemente egli recupererà la funzione

sessuale. La funzione erettile migliorerà mese per mese e riprenderà dopo un periodo di tempo variabile tra tre mesi ed un anno. Inoltre, è possibile ottenere un orgasmo anche senza avere un'erezione completa. Si ricordi che dopo questo intervento, che rimuove la prostata con le vescicole seminali e le ampolle deferenziali, l'orgasmo non sarà accompagnato dall'emissione di liquido seminale.

Se l'erezione tarda a ritornare, non si deprima: infatti, al giorno d'oggi, questo problema può essere risolto al meglio con vari presidi terapeutici: Farmaci per via orale, iniezioni intracavernose di sostanze vasoattive (utili anche per favorire un più precoce ritorno dell'attività erettile spontanea), dispositivi particolari che creano una aspirazione sotto vuoto (vacuum devices) e che in taluni casi possono essere efficaci od infine l'impianto di protesi peniene idrauliche intracavernose, che non lasciano alcun segno esterno e consentono un'ottima ripresa dell'attività sessuale.

Il paziente che preoperatoriamente non ha una buona funzione erettile non potrà sperare di avere delle buone erezioni spontanee dopo l'intervento. Ma anche in questi pazienti si possono utilizzare tutti i farmaci e dispositivi per recuperare la funzione erettile.

QUALI SONO LE POSSIBILI CONSEGUENZE ED I RISCHI CORRELATI COL TRATTAMENTO?

L'intervento chirurgico di cistectomia radicale è un intervento di chirurgia altamente complessa. Di conseguenza, può essere associato a diverse complicanze, che possono verificarsi in circa il 30% dei casi e che possono incidere in maniera variabile sull'intervento stesso. In alcuni casi la risoluzione delle complicanze prevede un reintervento. La frequenza di reintervento dopo cistectomia radicale varia tra il 5 ed il 15%.

Complicanze intraoperatorie

- **Sanguinamento (15-25%):** La cistectomia, essendo un intervento altamente demolitivo comporta nella maggior parte dei casi una discreta perdita di sangue (\approx 500- 800 ml), soprattutto nei casi in cui la neoplasia è di grosse dimensioni e rende pertanto difficoltosa l'emostasi. Un sanguinamento che richieda trasfusioni nel periodo perioperatorio si verifica in circa il 15-25% dei casi trattati con approccio a cielo aperto. Tale sanguinamento può avere origine dai vasi iliaci (il rischio è maggiore laddove si esegua linfadenectomia), dal complesso venoso di Santorini (una struttura vascolare retropubica che deve essere sezionata e suturata/sigillata durante la cistectomia ma può sanguinare nel postoperatorio), o dai fasci neurovascolari (che controllano l'erezione e, in casi selezionati, vengono preservati richiedendo una riduzione nell'uso del cauterio). L'utilizzo della tecnica robotica ha permesso una eccezionale riduzione del sanguinamento ed eventi emorragici critici intraoperatori sono molto rari (<1%).

-**Lesioni accidentali del nervo otturatorio (0.5%):** Possono verificarsi durante la linfadenectomia, soprattutto se sono presenti localizzazioni neoplastiche a livello dei linfonodi. Questa evenienza è comunque molto rara, e se riconosciuta subito, può essere riparata nel corso dell'intervento.

-**Lesioni accidentali dell'intestino (0.5%):** Le perforazioni del retto (l'ultimo tratto di intestino) nel caso in cui esso sia infiltrato dalla malattia sono rare ed il rischio è più elevato nei pazienti con malattia localmente avanzata. Se minima, la lesione è suturata nel corso dell'intervento stesso; quando è invece di dimensioni maggiori, la sola sutura dell'organo non dà sufficienti garanzie e si è soliti confezionare una ileostomia/colostomia temporanea (sacchetto per le feci sulla parete addominale) per permettere una più sicura guarigione, che avviene in alcuni mesi, soprattutto del retto nel caso in cui esso sia infiltrato dalla neoplasia.

Complicanze postoperatorie

-**Sanguinamento postoperatorio (1-5%):** Può richiedere trasfusioni di sangue, un'embolizzazione selettiva eseguita per via radiologica interventistica, oppure raramente, il re-intervento chirurgico per il controllo dell'emostasi.

-**Infezione o deiscenza della ferita chirurgica (0.2-1%)** Essa può essere superficiale o profonda. La tecnica robotica necessita di una piccola incisione sovra-ombelicale da cui viene estratto il pezzo operatorio (3-4 cm).

-**Infezioni (1-7%)** Normalmente vengono trattate conservativamente. In soggetti defedati possono anche mettere in pericolo di vita il paziente. Se formano delle raccolte saccate possono richiedere un drenaggio percutaneo o chirurgico. L'eventualità più pericolosa è rappresentata dalla sepsi urinaria (<5%) in cui i batteri raggiungono il torrente ematico determinando una reazione sistemica caratterizzata da febbre elevata, ipotensione, aumento degli indici di flogosi (PCR, procalcitonina). Per contrastare questa condizione clinica è opportuno eseguire



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

tempestivamente degli esami colturali del sangue durante il picco febbrile (=emocoltura) per identificare l'agente patogeno ed iniziare una terapia antibiotica mirata fino al ristabilirsi degli indici di flogosi e alla remissione completa dei sintomi febbrili e dei parametri emodinamici.

-Linforrea (1%): E' una complicanza caratterizzata dalla perdita di linfa attraverso i drenaggi, conseguente alla linfoadenectomia. Di solito si risolve spontaneamente ma in qualche caso può determinare la formazione di linfoceli, ovvero raccolte saccate di linfa che, soprattutto se voluminosi, possono richiedere un drenaggio percutaneo o chirurgico.

-Subocclusione o occlusione intestinale (1-10%): Essa può essere di due tipi: l'occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale, viene trattata con il posizionamento/mantenimento del sondino naso-gastrico e la somministrazione di farmaci che favoriscono la ripresa della peristalsi. L'occlusione meccanica, dovuta al formarsi di aderenze tra le anse che possono angolarsi e impedire il regolare transito intestinale, richiede solitamente il re-intervento per la rimozione della causa occlusiva.

-Deiscenza dell'anastomosi intestinale (0.7%) è una complicanza che interviene di solito tra la 6° e la 9° giornata postoperatoria soprattutto se l'intestino si presenta in condizioni di debolezza a causa di eventi precedenti, quali la radioterapia e la chemioterapia oppure a causa di alterazioni vascolari da arteriosclerosi diffusa, o per la eccessiva ischemizzazione (=ridotto afflusso di sangue) dell'ansa durante l'intervento. Richiede il re-intervento con la re-anastomosi ed eventualmente il confezionamento di una ileostomia temporanea di protezione (=sacchetto addominale)

-Lesioni intestinali (0.7%), soprattutto se l'intestino subisce lesioni durante lo sbrigliamento a causa di aderenze da precedenti interventi o da pregressi fatti infiammatori. Possono risolversi con l'adozione di un'alimentazione parenterale (endovenosa), oppure possono richiedere un reintervento con la riparazione della lesione ed eventuale confezionamento di un'ileostomia o colostomia temporanea.

-Deiscenza dell'anastomosi tra ureteri e neovescica, o tra ureteri e l'ansa ileale (0.5%). Richiede il riposizionamento degli stent ureterali per via anterograda (ossia pungendo i reni per via percutanea) in una procedura che può essere eseguita per via locale oppure per via radiologica interventistica. Nella maggior parte dei casi può guarire spontaneamente e solo raramente richiede un re-intervento.

-Deiscenza di una sutura tra i lembi della neovescica (0.4%) che può causare lo stravasamento di urina tra le anse intestinali; se di estensione limitata, può guarire spontaneamente mantenendo il catetere nella neovescica per un tempo prolungato mentre, se estesa o persistente, può richiedere un reintervento per la chiusura della breccia. **-Deiscenza dell'anastomosi tra neovescica e uretra (0.8%).** Solitamente guarisce spontaneamente mantenendo il catetere in sede per un periodo più lungo.

-Difficoltà ad effettuare il cateterismo della neovescica (0.5%) di solito risolta lasciando un catetere a dimora per 2 o 3 settimane. Raramente richiede un reintervento. Qualora si renda

necessario, è opportuno eseguire l'operazione in anestesia generale, utilizzando eventualmente una strumentazione endoscopica per verificare il corretto riposizionamento del catetere all'interno della neovescica. Tale procedura è possibile solo dopo un

-Decesso perioperatorio (<1%). Ciononostante, la cistectomia radicale è ancora da considerarsi un intervento di chirurgia maggiore. Complicanze postoperatorie tardive

-Ostruzione ureterale con conseguente idroureteronefrosi (3%): E' causata principalmente dall'ischemia del tratto terminale dell'uretere. Si può verificare in tutti i tipi di derivazione, a livello dell'anastomosi tra uretere e neovescica, tra uretere e ansa intestinale in una ureteroileocutaneostomia, tra uretere e cute in una ureterocutaneostomia. In quest'ultimo tipo di derivazione rappresenta quasi la regola, se non si mantiene l'anastomosi pervia grazie ad un catetere ureterale autostatico. Può verificarsi in un tempo variabile dopo l'intervento. Può anche essere legata ad una recidiva neoplastica nella sede dell'anastomosi. Se bilaterale, può causare insufficienza renale. Il trattamento è spesso articolato e consiste in un primo trattamento di drenaggio percutaneo, con il posizionamento di una nefrostomia, che permette da una parte il recupero della funzione renale, dall'altro lo studio dettagliato dell'ostruzione. Il trattamento può quindi essere eseguito per via endoscopica, dilatando o incidendo il tratto stenotico. Se tale manovra non riesce, si deve procedere ad una revisione chirurgica dell'anastomosi. Se la causa dell'ostruzione è una recidiva neoplastica possono essere necessari altri tipi di intervento, anche complessi, a seconda dell'estensione del tratto di uretere interessato.

-Reflusso ureterale (0.4-3%) Rappresenta il ritorno dell'urina dalla neo-vescica verso i reni. Di solito non deve essere trattato, può richiedere un re-intervento solo se causa di un deterioramento della funzione renale con dilatazione cronica dei reni

-Incontinenza urinaria (15-35%). E' un evento comune soprattutto nel primo periodo postoperatorio. Può essere diurna e notturna o solo notturna: se si manifesta in forma lieve, cioè solo di notte o a seguito di improvvisi aumenti della pressione addominale non richiede un trattamento causale. Se invece si manifesta in forma grave deve essere innanzitutto studiata per stabilirne i meccanismi e le cause e quindi trattata con tecniche varie, che possono essere farmacologiche, riabilitative, endoscopiche o chirurgiche. Una lieve incontinenza urinaria da sforzo (IUS) è di comune riscontro. Essa è dovuta alla incapacità del muscolo sfintere urinario esterno a trattenere le urine, in particolare quando la pressione addominale aumenta (es: colpi di tosse, sollevamento di pesi, alzarsi da una sedia...). In condizioni normali, infatti, tale muscolo è coadiuvato nella sua funzione dallo sfintere urinario interno che, tuttavia, viene rimosso durante la cistectomia.

-Formazione di calcoli nella neovescica (1-5%) Solitamente sui punti utilizzati nella realizzazione di una neovescica o in seguito alla formazione di ristagno post-minzionale di urina nella neovescica, che predispone all'insorgenza di infezioni. I calcoli di solito possono essere trattati per via endoscopica, e raramente richiedono un reintervento chirurgico a cielo aperto.

-Rottura della neovescica (0.5%) in zone della parete poco irrorate; può risolversi con il semplice drenaggio percutaneo oppure può richiedere un intervento di riparazione della neovescica a cielo aperto.

-Ipercontinenza (15%) Evento possibile soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti nelle donne. E' caratterizzata dall'impossibilità di svuotare completamente la neovescica; solitamente viene trattata con l'auto-cateterismo intermittente

-Problemi alla stomia (25%) Avvengono soprattutto in caso di ureteroileocutaneostomia, discretamente frequenti. Sono rappresentati principalmente da: □ Restringimento della stomia



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

cutanea, che può essere trattato con dilatazione ripetute oppure un posizionamento temporaneo di un piccolo catetere autostatico all'interno dell'urostomia. □ Ernia parastomiale che va corretta chirurgicamente soprattutto se di grosse dimensioni e fastidiosa □ Alterazioni flogistiche della mucosa della stomia che vanno trattate con l'applicazione di creme locali □ Sanguinamento di piccoli vasi peristomiali che possono richiedere l'applicazione di punti di emostasi -Disturbi sistemici e metabolici (10%) Come progressivo deterioramento della funzione renale, anemia, riassorbimento di sostanze presenti nelle urine ad opera del tratto gastroenterico utilizzato per costruire la neovescica, disturbi che tendono a ridursi nel tempo, acidosi iperclorémica, che può essere trattata con la somministrazione di bicarbonato; ridotto assorbimento di vitamine.

-Stenosi anastomosi uretro-neovescicale (1-30%) A distanza di mesi/anni dalla cistectomia radicale, può manifestarsi una stenosi dell'anastomosi uretro-neovescicale (=restringimento). Questa richiede l'esecuzione di un intervento endoscopico per la sua risoluzione ed un cateterismo prolungato.

-Disfunzione erettile (10-75%) (cioè l'incapacità ad avere erezioni sufficienti a consentire un rapporto sessuale soddisfacente) si riscontra nel 10-75% dei casi ed è tra le più comuni conseguenze della cistectomia. È dovuta al danno provocato nel corso dell'intervento a nervi e vasi (fascio neuro-vascolare) che presiedono al mantenimento di una funzione erettile normale e che decorrono molto vicini alla prostata. In corso di cistectomia nella maggior parte dei casi queste strutture anatomiche vengono sacrificate per ragioni oncologiche. In casi selezionati, è possibile preservare tali strutture, aumentando le probabilità di un recupero della funzionalità erettile nel postoperatorio. La fattibilità di tale risparmio dipende dalle caratteristiche del tumore (aggressività, estensione locale, numero delle lesioni, età del paziente, caratteristiche anatomiche dello specifico paziente): spetta al chirurgo, dunque, valutare durante l'intervento la fattibilità di un risparmio dei nervi erigenti che non comprometta la radicalità oncologica. In alcuni casi (≈ 20-30%) sarà possibile ripristinare un certo grado di funzionalità erettile postoperatoria con l'ausilio di farmaci. Il recupero della potenza sessuale, ovviamente, dipenderà anche dallo stato della funzione erettile preoperatoria. Quali sono le possibili alternative terapeutiche? Attualmente non esistono alternative validate da studi controllati alla cistectomia a cielo aperto. I dati di serie storiche di pazienti con tumore muscolo invasivo operati e non operati dimostrano un vantaggio di sopravvivenza non indifferente a favore dei primi. La cistectomia radicale rimane ancora oggi il trattamento standard del cancro della vescica muscolo invasivo. Alla motivazione oncologica ad eseguire la cistectomia radicale si affianca la palliazione dei sintomi e dei segni del tumore. La cistectomia parziale non offre le medesime garanzie della cistectomia radicale e non offre risultati migliori della semplice resezione endoscopica. Tecniche di trattamento con resezione endoscopica più radio e chemioterapia (cosiddetti trattamenti trimodali) sono da considerarsi sperimentali.

CONSIGLI FARMACOLOGICI PER LA RIPRESA DEI RAPPORTI SESSUALI

Può essere utile prendere prima del rapporto sessuale una compressa intera di Cialis 20 mg (da 2 a 4 ore prima del rapporto) oppure Levitra 20 mg (1 ora prima del rapporto a stomaco vuoto) oppure Viagra 100 mg (1 ora prima del rapporto a stomaco vuoto). Questi farmaci si trovano in qualsiasi farmacia ma è necessaria una specifica ricetta medica. ATTENZIONE i pazienti in terapia con NITRATI (medicinali utili in alcuni casi di angina e cardiopatia ischemica) NON possono prendere i farmaci sopra elencati.

- Queste righe sono state appositamente scritte per aiutarLa a rispondere ai quesiti che più frequentemente si pone un paziente operato di cistectomia radicale, ma esse non possono e non vogliono supplire il consiglio e l'assistenza del medico curante: per qualsiasi informazione supplementare non esiti a contattarci.

CONTROLLI POST-OPERATORI

Essi vanno distinti in controlli oncologici ed in controlli funzionali, anche se in molti casi gli accertamenti coincidono.

- I primi hanno lo scopo di controllare che la malattia neoplastica non si riformi. Possono essere così schematizzati:

Dopo tre mesi dall'intervento: esami emato-chimici (emocromocitometrico, sideremia, transferrinemia, transaminasi, bilirubinemia, gammaGT, fosfatasi alcalina, creatininemia, azotemia, assetto lipidico), emogas-analisi su sangue arterioso, ecografia addome superiore ed inferiore.

Dopo 1 mese dall'intervento: ecografia reni e residuo post minzionale

dopo tre mesi: TC con pose urografiche e gli esami ematici già indicati precedentemente

Dopo sei mesi: Ecografia renale con valutazione del residuo post minzionale

Dopo 12 mesi: TC toraco-addomino-pelvica, più scintigrafia ossea.

- I secondi controllano il funzionamento dei reni e della neo-vescica:

dopo 12 mesi: gli esami emato-chimici e la TC già indicati, più una MOC, per valutare lo stato osseo.

Che cosa accade se non mi sottopongo all'intervento chirurgico?

Il tumore vescicale avrebbe un'inevitabile progressione sia locale che sistemica di malattia che oltre a ridurre drasticamente la sopravvivenza renderebbe particolarmente precaria la qualità della vita a causa dell'elevata frequenza di minzioni, del sanguinamento uretrale e dei dolori addominali qualora vengano infiltrate le strutture nervose adiacenti.



U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea

Direttore: Prof. Alchiede Simonato

**CONSENSO INTERVENTO DI:
CISTECTOMIA RADICALE, LINFOADENECTOMIA PELVICA E CONFEZIONAMENTO DI
NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA/DERIVAZIONE SECONDO
BRICKER/URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE**

Il sottoscritto _____ con riscontro istologico in data _____ di neoplasia vescicale dichiara di essere stato ben informato verbalmente da _____ riguardo le varie modalità di trattamento, le implicazioni fisiologiche conseguenti ai vari trattamenti e le eventuali complicanze. Dichiara inoltre di aver letto e compreso questo documento di informazione al consenso per l'intervento di cistectomia radicale, linfoadenectomia pelvica e confezionamento di neovescica ileale ortotopica se le condizioni anatomico-chirurgiche lo permettono vs derivazione urinaria secondo Bricker vs ureterocutaneostomia bilaterale.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto _____ dà il proprio consenso all'intervento chirurgico di Cistectomia radicale, linfoadenectomia pelvica e confezionamento di neovescica ileale ortotopica vs derivazione urinaria secondo Bricker vs ureterocutaneostomia bilaterale.

Data _____

Firma _____

Consegnato il _____

Firma del paziente _____

Firma del Medico che consegna _____