



OSPEDALE SAN RAFFAELE

**DIPARTIMENTO DI UROLOGIA  
UNIVERSITA' VITA SALUTE SAN RAFFAELE – MILANO  
(Direttore: Prof. Francesco Montorsi)**

**INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI CANDIDATI  
AD INTERVENTO DI CISTECTOMIA RADICALE CON  
TECNICA OPEN PER NEOPLASIA VESCICALE  
MUSCOLO INVASIVA O PLURIRECIDIVA  
REFRATTARIA A TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI**

Gentile Paziente,

a giudizio di un Urologo afferente al Nostro Dipartimento, Lei e' stato candidato ad essere sottoposto ad intervento di cistectomia radicale con tecnica open.

Siamo lieti che Lei abbia accettato di essere ricoverato per questo motivo presso il Nostro Dipartimento.

Con questo documento desideriamo riassumerLe le informazioni che a Nostro giudizio sono indispensabili che Lei conosca prima di essere ricoverato. Esse sono volte a renderLa consapevole della problematica clinica da cui è affetto, dell'approccio chirurgico che intendiamo seguire e delle sue eventuali complicanze, oltre che a rendere il Suo ricovero il più breve possibile e la Sua completa guarigione altrettanto rapida.

## LISTA DI ATTESA PRE-INTERVENTO

Il Dipartimento di Urologia dell'Università Vita Salute San Raffaele è internazionalmente noto per l'elevato numero e la qualità delle procedure chirurgiche eseguite ogni anno, di conseguenza sono estremamente numerose le richieste di ricovero per le varie patologie. Per poter essere ricoverati nel nostro Istituto esiste una lista di attesa, variabile a seconda della malattia da cui si è affetti; questo nonostante ogni giorno siano attive tre sale operatorie urologiche. Lavora per noi personale dedicato con serietà alla valutazione di ogni singolo caso, di modo da non correre il rischio di sottovalutare casi che necessitano maggiore sollecitudine nel ricovero rispetto ad altri; il tutto è fatto al fine di ridurre i tempi di attesa globali. Infine, l'Ufficio Programmazione Ricoveri del Nostro Dipartimento ha il compito di chiamare i pazienti in lista di attesa, e di programmare il Loro ricovero.

## PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO

**Il paziente viene ricoverato direttamente presso il Reparto di Urologia, solitamente il giorno prima dell'intervento.** Una volta ricoverato il paziente viene immediatamente sottoposto ad una serie di accertamenti (prelievo del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace), necessari ai fini della esecuzione della anestesia (vedi paragrafo successivo).

Se le condizioni cliniche generali del paziente, in relazione alla presenza di altre patologie, dovessero risultare degne di una rivalutazione più accurata in previsione dell'intervento chirurgico e della anestesia che esso comporta, l'urologo di

riferimento potrà decidere di organizzare una serie di controlli preoperatori, generalmente 15-20 giorni prima della data prevista del suo ingresso. In tale occasione il paziente verrà preventivamente valutato anche dall'anestesista.

In questo caso, sarà contattato telefonicamente dalla Nostra Segreteria Ricoveri (vedi agenda telefonica) e Le sarà comunicato il giorno in cui dovrà recarsi **a digiuno, allegando tutta la Sua documentazione medica e tutta la documentazione correlata alla Sua patologia vescicale,** presso **l'Ambulatorio Prericoveri** (Settore B, Linea Arianna, piano -1 per la Sede di Via Olgettina 60 e Palazzina F, piano -1 per la Sede di Via Stamina d' Ancona 20) per eseguire, nell'arco di una giornata, i seguenti accertamenti:

- **Esami preoperatori:** esami del sangue, esame delle urine, elettrocardiogramma, eventuale radiografia del torace
- **Visita Anestesiologica** (verifica delle condizioni cliniche del paziente, valutazione degli esami preoperatori, indicazioni anestesiologiche, compilazione del cartellino anestesiologico, spiegazione e compilazione del consenso informato per l'anestesia e per eventuali trasfusioni ematiche).

In questa sede dovrà segnalare tutta la Sua terapia medica domiciliare abitualmente assunta, ed in particolare l'eventuale assunzione di **farmaci ad azione antiaggregante** (Aspirinetta, Cardirene, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid, o simili), che potrebbero essere sospesi alcuni giorni prima dell'intervento sotto il controllo del Medico Curante, ed eventualmente sostituiti. Ciò vale in

particolare per i **farmaci anticoagulanti orali** (Coumadin, Sintrom, o similari) che generalmente vengono sospesi 5-10 giorni prima dell'intervento sotto il controllo del Medico Curante, e sostituiti con terapia a base di eparina a basso peso molecolare (l' Anestesista definirà la tempistica e il dosaggio di questo trattamento). In particolare nel caso di terapia anti-coagulante sarà necessario monitorare la ripresa della funzione della coagulazione in collaborazione con gli specialisti del caso.

In base all'esito della Visita Anestesiologica potranno essere richiesti ulteriori nuovi accertamenti clinici e/o strumentali, che verranno programmati sempre comunque in regime ambulatoriale.

- **Eventuale Visita Cardiologica** a giudizio dell' Anestesista
- **Eventuale ri-valutazione Urologica** (valutazione di eventuali esami di pertinenza urologica eseguiti dopo l' inserimento in lista d'attesa; la compilazione della cartella clinica e del consenso informato saranno effettuati all'atto del ricovero).

Nel caso le Sue condizioni cliniche dovessero richiederlo, verranno messe **a disposizione una o più sacche di emazie concentrate** (ovvero globuli rossi), compatibili con il Suo gruppo sanguigno, che potranno esserLe trasfuse in caso di necessità e previo consenso. E' opportuno specificare che la trasfusione di sangue si rende necessaria solo in condizioni particolari (importante sanguinamento, comparsa improvvisa di anemizzazione, condizioni generali del paziente non ottimali).

**Quando entrerà in contatto con l'Ufficio Programmazione Ricoveri del Nostro Dipartimento, è estremamente importante che Lei segnali se sta eseguendo terapie con farmaci ad azione anti-aggregante (tipo Cardioaspirina, Aspirinetta, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid o simili) oppure anti-coagulanti (tipo Coumadin, Sintrom o simili) che potrebbero essere sospesi 10 giorni circa prima dell'intervento sotto controllo del Medico Curante, ed eventualmente sostituiti con altro tipo di terapia.**

**In particolar modo per quanto riguarda la terapia anti-coagulante è infatti necessario monitorare, in collaborazione con gli specialisti di riferimento, la ripresa della funzione coagulativa normale.**

**Nel caso questa terapia non venisse segnalata per tempo ed interrotta di conseguenza, sarebbe necessario rimandare l'intervento con il rischio di perdere tempo prezioso per la Sua salute!**

# PATOLOGIA TUMORALE VESCICALE ED INTERVENTO CHIRURGICO DI CISTECTOMIA RADICALE

## La vescica

La **vescica urinaria** è un organo muscolare cavo posto nel bacino, deputato alla raccolta dell'urina prodotta dai reni che vi giunge attraverso gli ureteri. Dalla vescica l'urina viene periodicamente espulsa all'esterno attraverso l'uretra (Fig 1).

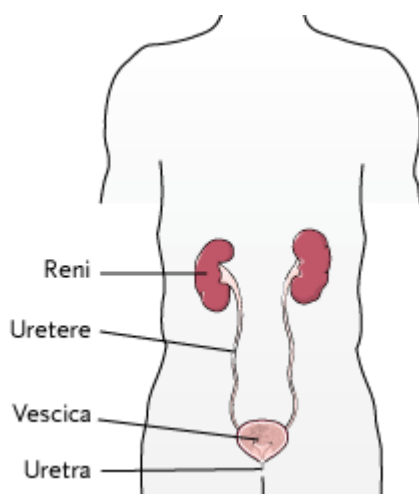


Fig 1

Il muscolo che forma le pareti della vescica è detto muscolo detrusore, un muscolo liscio la cui attività è regolata da fibre nervose che percepiscono il riempimento vescicale e lo comunicano al sistema nervoso centrale.

L'uretra decorre attraverso un diaframma urogenitale costituito da muscolatura striata sottoposta a controllo volontario, o sfintere esterno. Il processo di emissione dell'urina, detto minzione, porta allo svuotamento periodico della vescica urinaria per mezzo di un riflesso automatico del midollo spinale, sempre mediato dal sistema nervoso centrale (Fig 2).

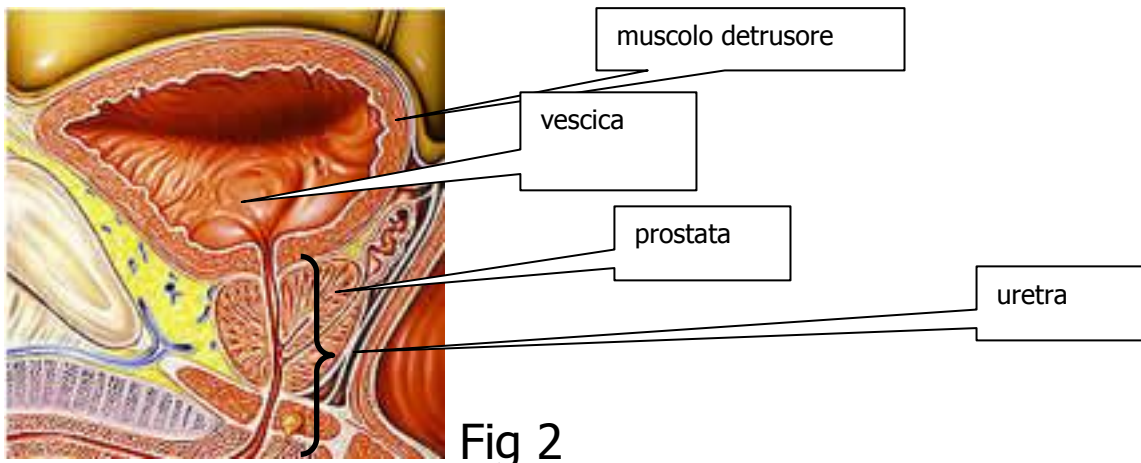


Fig 2

### Il tumore della vescica

Il tumore della vescica, in costante aumento nei Paesi industrializzati, rappresenta circa il 70% delle forme tumorali a carico dell'apparato urinario e circa il 3% di tutti i tumori. È più comune tra i 60 e i 70 anni, ed è tre volte più frequente negli uomini che nelle donne. La sopravvivenza a cinque anni supera, in Italia, il 70% dei casi.

Per il tumore della vescica sono stati individuati i seguenti fattori di rischio: il fumo di sigaretta, l'esposizione cronica alle amine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio), l'assunzione di farmaci come la ciclofosfamide e l'infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium, diffusi in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto in particolare). Anche la dieta gioca un ruolo importante: frittture e grassi consumati in grande quantità sono infatti associati a un aumentato rischio di ammalarsi di tumore della vescica. Esistono infine prove a favore di una componente genetica quale fattore di rischio predisponente.

Il tipo più frequente di tumore della vescica è il cosiddetto carcinoma a cellule di transizione che costituisce circa il 97% dei casi. Altri tipi di cancro alla vescica sono

rappresentati dall'adenocarcinoma e dal carcinoma squamoso primitivo, ma sono decisamente meno frequenti. Quest'ultimo è spesso associato alle infezioni da parassiti.

Il tumore della vescica si forma più spesso sulle pareti laterali dell'organo (Fig 1): può avere una forma papillare (cioè come una vegetazione) nella maggior parte dei casi (75%) oppure una forma piatta o nodulare (carcinoma in situ, CIS).



L'ecografia dimostra un tumore (cerchiato in rosso) all'interno della vescica

Fig.1

I sintomi con cui si può presentare il tumore della vescica sono comuni anche ad altre malattie che colpiscono l'apparato urinario.

Manifestazioni frequenti sono la presenza di sangue nelle urine e la formazione di coaguli, la sensazione di bruciore alla vescica quando si comprime l'addome, la difficoltà e il dolore a urinare, la maggior facilità a contrarre infezioni. Con la progressione della malattia questi disturbi possono diventare importanti.

Non sempre il suo comportamento è prevedibile per quanto riguarda le ricadute locali e l'aggressività.

Non esistono al momento programmi di screening o metodi di diagnosi precoce scientificamente affidabili. Occorre quindi mettere in atto misure di prevenzione legate alle



abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo e in una dieta sana ed equilibrata.

## Anestesia

Il tipo di anestesia per questo tipo di intervento, come per tutti gli interventi di chirurgia maggiore, è l'anestesia generale. Un catetere peridurale, posizionato nella schiena poco prima dell'intervento, consente, nei giorni successivi, la somministrazione di farmaci antidolorifici che favoriscono un migliore e rapido recupero post operatorio per il paziente. Prima dell'intervento chirurgico inoltre viene attuata una profilassi antibiotica (per prevenire le infezioni) e a discrezione dell'Anestesista potrà essere eseguita una pre-anestesia con farmaci ad azione tranquillante, per rilassare il paziente e prepararlo ad affrontare in maniera serena le procedure legate alla anestesia vera e propria. (Ulteriori chiarimenti verranno forniti in sede di visita preoperatoria con lo specialista Anestesista)

## Indicazioni ad intervento di cistectomia radicale

Si ha indicazione all' intervento di cistectomia radicale in quadri di neoplasia vescicale ad alto rischio di progressione, in particolare quando:

- il tumore vescicale invade la parete muscolare
- il tumore occupa una superficie vescicale ampia con concomitanti Carcinoma in Situ
- si hanno recidive frequenti, nonostante una terapia intravescicale con antitumorali o BCG e TURV.

## Cenni di tecnica chirurgica

L'intervento di cistectomia radicale standard comporta una incisione della parete addominale che parte da sotto l'ombelico e si estende fino al pube. Successivamente viene asportata la vescica (l'utero, le ovaie e parte della vagina nella donna, la prostata nell'uomo), il grasso perivescicale, e i linfonodi pelvici. I linfonodi sono delle strutture che filtrano i liquidi e le proteine dell'organismo e rappresentano una delle prime sedi dove la malattia vescicale può diffondersi. La loro asportazione consente di valutarne l'estensione e, di conseguenza, stabilire la gravità della malattia. Se viene rimossa la prostata, il paziente non sarà più in grado di eiaculare e quindi avere figli. Inoltre potrà avere problemi durante i rapporti sessuali. Anche le pazienti in caso di rimozione dell'utero, non potranno più avere figli per via naturale; inoltre se il chirurgo rimuove parte della vagina, la qualità dei rapporti potrà risentirne. Il tumore alla vescica può avere ripercussioni negative sulla vita sessuale, quindi per voi e per il vostro partner può essere utile condividere le vostre sensazioni e cercare di trovare forme alternative di intimità nella fase della terapia e nei periodi successivi. A seconda dei casi, previa accurata valutazione dello specialista Urologo, compatibilmente con l'obiettivo primario che consiste nella radicalità oncologica, si potranno attuare delle varianti nella fase chirurgica demolitiva volte a preservare la qualità della vita sessuale del paziente. Negli uomini tendenzialmente giovani e sessualmente attivi si potrà valutare l'esecuzione della tecnica con conservazione delle strutture nervose deputate all'erezione (Nerve-sparing) ed anche delle vescicole seminali (Seminal-sparing). Nelle donne, giovani, sessualmente attive e senza patologie a

carico dell'utero si potrà valutare il risparmio di strutture dell'apparato genitale. L'asportazione della vescica comporta di necessità l'esigenza di derivare le urine, non essendo più possibile la loro raccolta all'interno della vescica e la loro conseguente eliminazione.

Ciascuna delle derivazioni urinarie indicate presenta peculiari benefici, svantaggi e possibili complicanze. L'intervento ha una durata di 3-6 ore a seconda della tecnica chirurgica adottata e delle condizioni anatomiche del paziente.

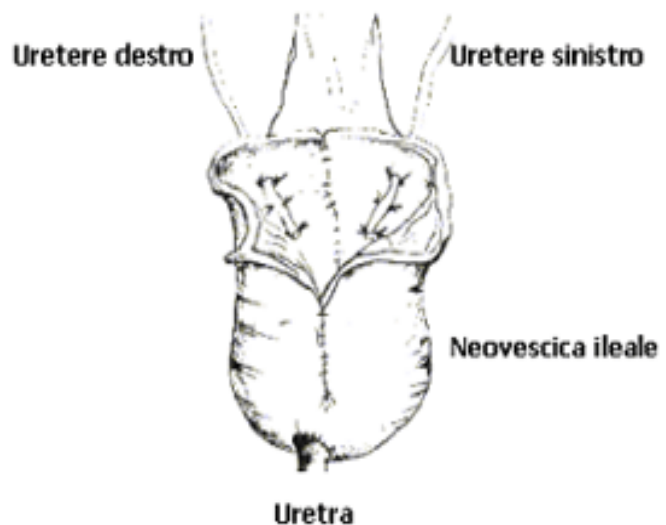
Il Suo Urologo Le consiglierà la derivazione urinaria più adatta alle Sue condizioni generali e al quadro complessivo della malattia vescicale oltre alle possibili implicazioni per la Sua qualità di vita successiva all'intervento.

Di seguito Le presentiamo le differenti possibilità di derivazioni urinarie.

1. NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA
2. NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA
3. URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (BRICKER)
4. URETEROCUTANEOSTOMIA (UCS)
5. CISTECTOMIA RADICALE NERVE SPARING

## 1) 2) NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA e NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA

Nel caso in cui il paziente sia in buone condizioni generali e la malattia, durante l'intervento chirurgico, risulti confinata alla vescica senza coinvolgimento dell'uretra e degli ureteri, la derivazione urinaria che si prospetta più frequentemente è



una neovescica ortotopica, cioè la ricostruzione di una vescica nuova utilizzando un segmento di circa 40-60 cm di intestino ileale o di colon-sigma, adeguatamente configurato in modo da assumere l'aspetto di una cavità sferoidale a cui vengono abboccati gli ureteri. Dopo aver prelevato il segmento intestinale necessario per creare la nuova vescica verrà ripristinata la continuità dell'intestino. Esistono diversi tipi di conformazioni neovescicali, la scelta dipenderà dalla conformazione del paziente e dal chirurgo. La neovescica viene posizionata nello scavo pelvico e anastomizzata, ossia "ri-agganciata", al tratto rimanente dell'uretra. La neovescica funzionerà come serbatoio per l'urina, e dovrà essere svuotata periodicamente. Il paziente dovrà inoltre essere motivato e consapevole della necessità di una riabilitazione per apprendere il nuovo modo di urinare. Infatti lo stimolo minzionale verrà avvertito come sensazione di ripienezza o vago dolore sovrapubico. La minzione si attuerà attraverso la compressione della neovescica dopo aver rilasciato la muscolatura del piano

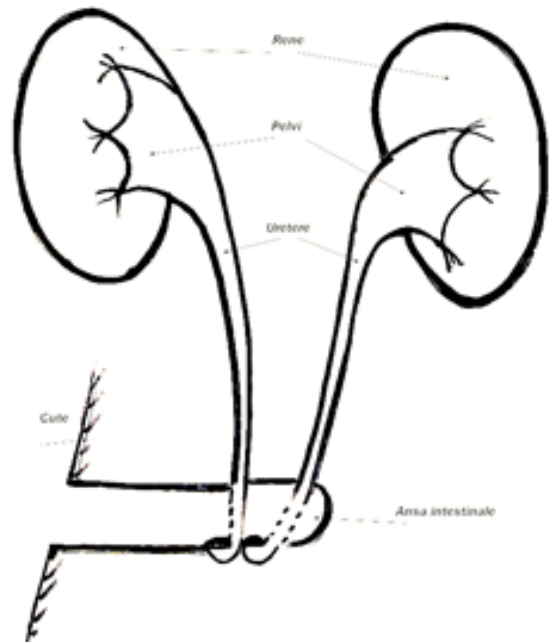
perineale ed avverrà aumentando la pressione dei muscoli addominali o con la compressione manuale. Potrebbe essere necessario nei primi mesi dopo l'intervento svuotare questo nuovo serbatoio eseguendo dei cateterismi cioè inserendo periodicamente nell'arco della giornata un piccolo catetere che svuoti la vescica. Il nostro personale medico ed infermieristico sarà lieto di insegnarLe questa manovra che risulta sia di facile apprendimento che di esecuzione. Altra possibile situazione potrebbe essere una parziale incontinenza urinaria.

Inoltre i pazienti dovranno assumere alcune compresse di bicarbonato per ridurre l'acidosi metabolica che si sviluppa in seguito al riassorbimento ad opera del segmento intestinale utilizzato per la configurazione della neovescica.

### 3) URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (BRICKER)

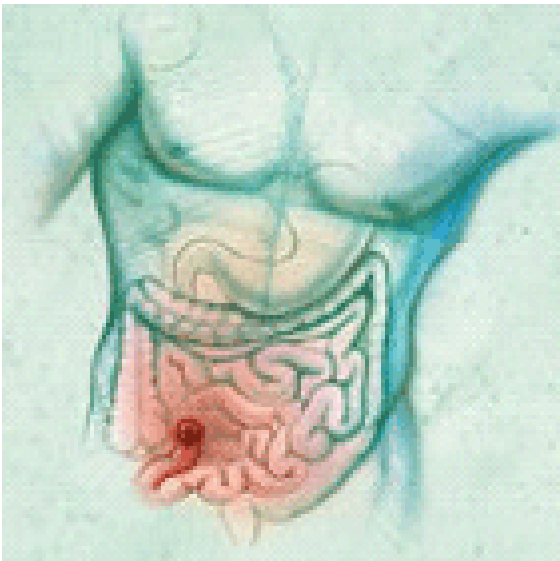
Il confezionamento della neovescica è controindicato in alcuni casi:

- Malattia non confinata alla vescica.
- Coinvolgimento neoplastico dell'uretra.
- Coinvolgimento neoplastico degli ureteri.
- Stato di decadimento generale del paziente.
- Necessità di assistenza da parte del paziente.
- Incontinenza da stress preoperatoria.
- Pregressa radioterapia.
- Funzionalità renale di partenza non ottimale.



- Patologie intestinali (Retto colite ulcerosa, Morbo di Chron, patologie da malassorbimento, pregresse neoplasie intestinali, pregressi interventi chirurgici intestinali).
- Conformazione del paziente, per cui potrebbero venire meno i vantaggi della neovescica.

In questi casi si opterà per un altro tipo di derivazione urinaria chiamata **uretero-ileo-cutaneostomia**. In questo caso si utilizza un segmento di 10-15 cm di intestino (ileo), a cui vengono abboccati gli ureteri. Dopo avere ripristinato la continuità intestinale il segmento prelevato verrà anastomizzato, ossia "attaccato", alla cute a livello del quadrante inferiore destro dell'addome.



E' sicuramente la tecnica più utilizzata. L'urina, che defluisce continuamente attraverso gli ureteri e il condotto ileale, viene raccolta in **un sacchetto** applicato con adesivo in corrispondenza della stomia cutanea. Il sacchetto è provvisto di una via di uscita per mezzo della quale può essere svuotato periodicamente. La cura del sacchetto di raccolta delle urine è facile e il paziente viene adeguatamente istruito a questo proposito. Il sacchetto andrà



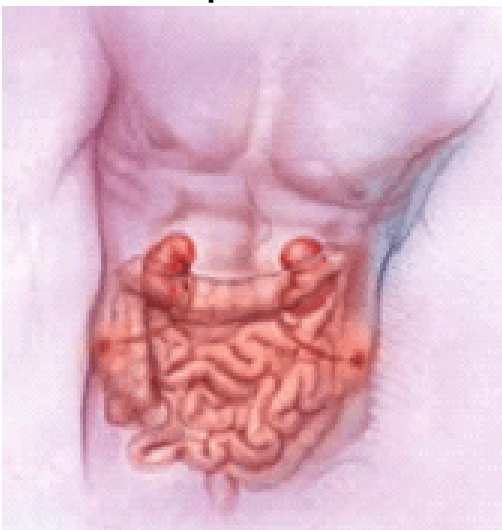
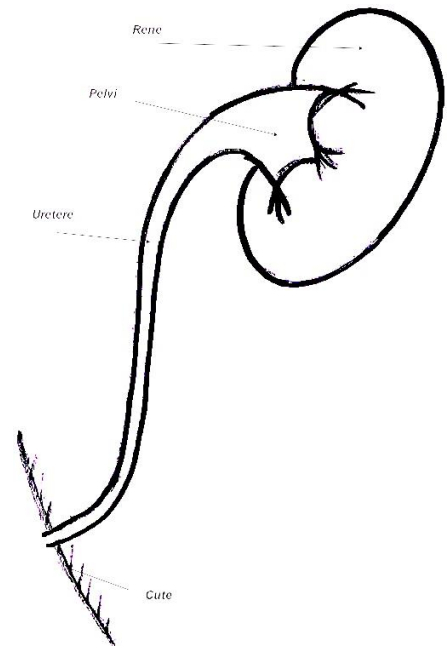
cambiato periodicamente. La presenza della stomia, per quanto in genere difficile all'inizio da accettare, non compromette irrimediabilmente la qualità di vita del paziente se istruito all'utilizzo corretto e a piccoli espedienti atti a

rendere la vita quotidiana il più normale possibile. Anche con questa derivazione i pazienti potrebbero dover assumere alcune compresse di bicarbonato per ridurre l'acidosi metabolica che si sviluppa in questi casi.

#### 4) URETEROCUTANEOSTOMIA (UCS) MONO O BILATERALE

Consiste nel mettere in comunicazione gli ureteri direttamente all'esterno sulla cute, per permettere all'urina di defluire all'esterno, e raccoglierla in due sacchetti (UCS bilaterale), o in un sacchetto (UCS monolaterale), analoghi a quelli già descritti per la ureteroileocutaneostomia, che dovranno essere sostituiti a giorni alterni.

L'UCS può essere una soluzione definitiva, per permettere una radioterapia o in casi in cui non sia utilizzabile l'intestino. Viene inoltre posizionato un catetere all'interno dell'uretere, per evitare il restringimento della stomia, che verrà sostituito periodicamente ogni 3-6 mesi.



## 5) CISTECTOMIA RADICALE NERVE SEMINAL SPARING

In pazienti giovani estremamente interessati alla continenza, alla funzione sessuale, con malattia vescicale limitata un'ulteriore possibile derivazione è la neovescica ortotopica seminal-sparing che prevede la conservazione delle vescicole seminali, dei dotti deferenti e dei fasci neurovascolari deputati all'erezione pur asportando completamente la vescica e i linfonodi pelvici. La derivazione urinaria viene effettuata, come nella metodica standard (neovescica ortotopica), ricostruendo un serbatoio intestinale che viene anastomizzato alla capsula prostatica. Rispetto all'intervento standard, questa variante tecnica offre una migliore e rapida ripresa della continenza urinaria diurna e notturna e della potenza sessuale. La preparazione all'intervento, la degenza post-operatoria e le possibili complicanze sono del tutto analoghe a quelle dell'intervento di routine, mentre la durata dell'intervento è mediamente di circa 30 minuti superiore.



## COMPLICANZE INTRAOPERATORIE

- Sanguinamento, che può essere importante, soprattutto se la neoplasia è di grosse dimensioni e rende pertanto difficoltosa l'emostasi o se coinvolge i grossi vasi sanguigni; può richiedere trasfusioni di sangue; In casi particolari può determinare uno shock con relative conseguenze;
- Lesioni accidentali del nervo otturatorio: durante la linfadenectomia, soprattutto se sono presenti localizzazioni neoplastiche a livello dei linfonodi; Questa evenienza è comunque molto rara; Se riconosciuta subito può essere riparata nel corso dell'intervento;
- Lesioni accidentali dell'intestino, soprattutto del retto, se c'è infiltrazione da parte della neoplasia; La lesione, se di estensione limitata, può essere riparata immediatamente con la semplice sutura, in caso fosse di estensione maggiore potrebbe richiedere il confezionamento di una ileostomia o colostomia temporanea.

## DECORSO POST OPERATORIO

IL RICOVERO IN REPARTO DEVE ESSERE LIMITATO IL PIU' POSSIBILE NEL TEMPO AL FINE DI MINIMIZZARE IL RISCHIO DI CONTRARRE INFEZIONI OSPEDALIERE.

Il paziente viene fatto alzare dal letto già in prima giornata post operatoria e, compatibilmente con la naturale ripresa delle sue energie, viene mobilizzato in misura sempre maggiore. E' bene che il paziente, non appena possibile, inizi a passeggiare nel corridoio per favorire la ripresa della normale circolazione, per evitare la formazione di trombi nelle vene degli arti inferiori e per facilitare la ripresa della attività intestinale.

Nel corso dell'intervento vengono posizionati:

- Un sondino nasogastrico, che viene di solito rimosso in prima- terza giornata postoperatoria o alla ripresa della canalizzazione;
- Due o tre drenaggi nello scavo pelvico, che vengono normalmente rimossi in quarta-decima giornata;
- Due tutori ureterali, che vengono di solito rimossi in decima-dodicesima giornata con una variabilità legata alla tecnica chirurgica eseguita.

Nel post operatorio, compatibilmente con il rischio di sanguinamento, verrà impostata una profilassi della patologia tromboembolica con eparina a basso peso molecolare.

Il paziente potrà iniziare ad alimentarsi in modo graduale alla ripresa della motilità intestinale, previa rimozione del sodino naso gastrico. Si prevede una degenza che varia tra 8 ed i 15 giorni in funzione della derivazione urinaria utilizzata, salvo complicazioni. La preghiamo di tenere presente che il confezionamento di una neovescica ha tempi di degenza spesso più lunghi rispetto alle altre derivazioni.

## COMPLICANZE POST OPERATORIE PRECOCI

- Sanguinamento postoperatorio (1-9%), che può richiedere trasfusioni di sangue o, raramente, il reintervento per controllo dell'emostasi;
- Infezione della ferita (0.8-6%), che può essere superficiale o profonda, e può richiedere un intervento di curettage, prolungando il tempo di degenza;
- Deiscenza della ferita chirurgica (1-5%), a sua volta favorita da infezioni o raccolte, che può richiedere il reintervento per effettuare la ricostruzione della parete;
- Infezioni (1-7%), che 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 chirurgico;
- Linforrea (1%), ovvero prolungata perdita di linfa attraverso i drenaggi, conseguente alla linfadenectomia; Di solito si risolve spontaneamente; 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;
- La subocclusione o occlusione intestinale (0.8-4%) può essere di due tipi: l'occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale, viene trattata con il mantenimento del sondino nasogastrico 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 reintervento per la rimozione della causa occlusiva;

- La deiscenza dell'anastomosi intestinale (0.7%) è una complicanza che interviene di solito tra la 6<sup>a</sup> e la 9<sup>a</sup> giornata post-operatoria soprattutto se l'intestino si presenta in condizioni di debolezza a causa di eventi precedenti, quali la radioterapia e la chemio-terapia, o a causa di alterazioni vascolari da arteriosclerosi diffusa, o per la eccessiva ischemizzazione dell'ansa durante l'intervento; Richiede il reintervento con la rianastomosi ed eventualmente il confezionamento di una ileostomia temporanea di protezione;
- 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 una alimentazione parenterale (endovenosa) per qualche settimana, oppure possono richiedere un reintervento con la riparazione della lesione ed eventuale confezionamento di un'ileostomia temporanea;
- Deiscenza dell'anastomosi tra ureteri e neovescica, o tra ureteri e l'ansa ileale (0.5%), può guarire spontaneamente o richiedere un reintervento;
- 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%), che di solito guarisce spontaneamente mantenendo il catetere in sede per un periodo più lungo del solito;

- Difficoltà ad effettuare il cateterismo della neovescica, di solito risolta lasciando un catetere a dimora per 2 o 3 settimane; raramente richiede un reintervento.

LE COMPLICANZE TARDIVE SONO CORRELATE SOPRATTUTTO ALLA DERIVAZIONE URINARIA; SI POSSONO VERIFICARE:

- Ostruzione ureterale (3%), con conseguente idroureteronefrosi; è 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 essere anche dovuta a una recidiva neoplastica in 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'altra lo studio dettagliato della causa 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 a 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%), ossia il ritorno dell'urina dalla neovescica verso i reni; è un evento atteso se non si adotta una tecnica antireflusso; di solito non deve essere trattato, può richiedere un reintervento solo se causa una dilatazione ureterale e deterioramento della funzione renale;
- Incontinenza urinaria, evento comune 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;
- 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 (1%) 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, evento possibile soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti nelle donne. È caratterizzata dall'impossibilità di svuotare completamente la vescica; solitamente viene trattata con l'auto-cateterismo intermittente;

- Problemi alla stomia, in caso di ureteroileocutaneostomia, discretamente frequenti. Possono interessare fino al 25% dei pazienti; Sono rappresentati da:

Restringimento della stomia cutanea, che può essere trattato con dilatazioni ripetute;

- Restringimento della stomia cutanea, che può essere trattato con dilatazioni ripetute;
  - Ernia parastomale, 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;
  - Sanguinamento di piccoli vasi peristomali, 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 ipercloremica, che può essere trattata con la somministrazione di bicarbonato; ridotto assorbimento di vitamine.



## 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 5% e il 15%.

### Ferita

I punti della ferita chirurgica vengono rimossi dopo 9 giorni dall'intervento. Può verificarsi che si sviluppi un'infezione di ferita che si manifesta con la fuoriuscita di siero o sangue misto a pus. Non si preoccupi per questo. In questi casi può farsi seguire per qualche giorno o dal Suo Medico Curante o nei nostri ambulatori in attesa che la cicatrice si rimargini in migliori condizioni.

### Problemi alla stomia

In caso di ureteroileocutaneostomia, o uretrero-cutaneostomia bilaterale la paziente, in occasione della dimissione, verrà indirizzata in ambulatori specifici dove infermieri appositamente dedicati insegnano a cambiare i/il sacchetto/i e spiegano sia al paziente che ai familiari come gestire la stomia.

## Trombosi venosa profonda

Dopo le prime 4-6 settimane dall'intervento, la più frequente complicanza che si manifesta nei pazienti (circa 1-2%) è la trombosi venosa profonda a carico di un arto inferiore. Questa può produrre dolore al polpaccio, gonfiore della caviglia o della gamba. I trombi possono staccarsi e raggiungere il polmone causando una patologia potenzialmente molto grave che si chiama embolia polmonare. Questa si manifesta con dolore toracico (specialmente dopo un respiro profondo), mancanza di fiato, improvvisa comparsa di debolezza e di senso di svenimento. E' importante riconoscere subito questi segnali e recarsi immediatamente in pronto soccorso.

## Infezioni delle vie urinarie

Si possono manifestare in svariati modi (bruciore dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre, etc.). Se dovesse capitare Le consigliamo di eseguire alcuni accertamenti clinici e chiedere consiglio al Suo medico curante per 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.

## Funzionalità sessuale

Dopo un intervento sullo scavo pelvico, dove è altissima la possibilità di lesioni seppur minime dei fasci di vasi e di nervi che permettono una normale funzione sessuale, è possibile che si verifichi un evento definito neuroprassia. La neuroprassia è una forma di addormentamento funzionale dei nervi lungo i quali l'impulso nervoso, cioè il segnale elettrico, corre molto più lentamente. Questo tipo di manifestazione può risolversi nel corso dei mesi successivi all'intervento e, talvolta, possono essere

necessari anche fino a 24 mesi perchè si ottenga un recupero completo della loro attività.

Questo addormentamento funzionale dei nervi è responsabile nella donna della difficoltà nel raggiungimento dell'eccitamento sessuale e di normale lubrificazione vaginale anche qualora le pazienti siano sottoposte a cistectomia radicale con tecnica di preservazione dei fasci nervosi e dei vasi sanguigni.

Sono di seguito elencate alcune indicazioni per permettere un recupero funzionale dei nervi ed una soddisfacente funzione sessuale.

- Riprendere i rapporti sessuali dopo almeno un mese dall'intervento chirurgico.
- Durante i primi rapporti potrebbe avvertire un lieve dolore e notare piccole perdite di sangue.
- Assumere terapie polivitaminiche (Vitamine del complesso B (Benexol o Benerba) per una più completa ripresa della sensibilità .
- Utilizzo di lavande vaginali antisettiche e protettive per la mucosa della vagina.

Nell'uomo Il requisito fondamentale per il ritorno di erezioni spontanee è la conservazione, durante l'intervento, dei nervi deputati al meccanismo della erezione. Come Le sarà spiegato prima dell'intervento, il ritorno della funzione sessuale dipende sensibilmente dall'età , dalla potenza sessuale pre-operatoria e dalla gravità della malattia. Ci sono persone che non riprendono una buona

potenza sessuale fino a 2 anni dopo l'intervento. Le erezioni, se torneranno, riprenderanno in modo graduale e la loro qualità migliorerà mese dopo mese. Anche gli stimoli per ottenere una erezione saranno differenti nel corso del primo anno. Saranno meno intensi gli stimoli visivi e psicogenici, mentre più intensi saranno gli stimoli tattili. Proprio per questo motivo non abbia paura di sperimentare l'attività sessuale non appena si sente in forma. Tenga conto che dopo l'intervento riprenderanno inizialmente le erezioni erotiche, cioè quelle stimulate da un adeguato eccitamento sessuale. Non si aspetti di vedere da subito erezioni normali. Il primo segno favorevole è vedere un allungamento ed ingrossamento del pene nel momento del massimo eccitamento sessuale, anche in assenza di rigidità'.

Alcuni consigli pratici per riprendere in fretta e bene la Sua attività sessuale:

- La lubrificazione del pene e della vagina prima del rapporto con qualsiasi gel ad hoc aiuta molto.
- La posizione in ginocchio od eretta durante il rapporto migliora le erezioni.
- Una volta ottenuta la erezione può mettere alla base del pene un normale elastico per capelli che facilita l'intrappolamento del sangue all'interno del pene

Non si aspetti *"la perfetta erezione"* prima di avere un rapporto sessuale. Provi ad avere un rapporto anche se l'erezione è parziale. E' possibile avere un orgasmo anche senza una erezione. Si ricordi, però, che ad ogni orgasmo non seguirà l'emissione di liquido seminale, in quanto

durante l'intervento sono state rimosse le vescicole seminali e la prostata. Si è quindi creata una condizione di sterilità permanente.

Molti pazienti si lamentano del fatto che nei primi mesi dopo l'intervento la erezione duri poco e che viene persa poco prima della penetrazione stessa. Nella nostra esperienza, se è interessato a riacquistare erezioni normali, è molto utile stimolare il pene farmacologicamente, sia utilizzando piccole micro-iniezioni che favoriscono l'afflusso di sangue al pene (si eseguono 2-3 micro-iniezioni alla settimana per i primi 6 mesi post-operatori) sia utilizzando compresse di farmaci che migliorano la circolazione del sangue all'interno del pene.

Parli con i nostri Urologi per ricevere queste cure e riceverà i consigli migliori. In generale riteniamo che sia molto 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 ed e' necessaria una specifica ricetta medica che puo'essere compilata anche dal Suo medico di famiglia. Tenga conto che i pazienti in terapia con NITRATI (medicinali utili in alcuni casi di angina - cardiopatia ischemica) NON possono prendere i farmaci sopra elencati. La valutazione dei problemi inerenti la ripresa dell'attività sessuale ed il grado di soddisfazione raggiunta verrà effettuata nel corso dei suoi controlli periodici.

## CONSIGLIA ALLA DIMISSIONE DOPO INTERVENTO DI CISTECTOMIA RADICALE

### Alimentazione

Diversamente dalla vescica naturale, la vescica intestinale 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. E', inoltre, molto importante arricchire la dieta di frutta e verdura anche al fine di regolarizzare l'attività dell'intestino. Possono essere utili alcuni prodotti come Dieci Erbe, Laevolac, Pursenid, sempre a discrezione del vostro medico curante. E'sconsigliabile utilizzare clisteri nel primo mese dopo l'intervento poichè le pareti del retto sono molto sottili e potrebbero essere danneggiate. E'molto frequente che le urine contengano quantità variabili (abbondanti soprattutto all'inizio) di muco prodotto dall'intestino ed 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*). Nel caso abbia uno o due sacchetti non ci sono alcune limitazioni nell'alimentazione.

### 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 perchè 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, in caso Le sia stata ricostruita una nuova vescica, 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 rilassata (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 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 + elettrostimolazione perineale).

### 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 impari ad urinare 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 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 durante le viste ambulatoriali come svolgere tali autocateterismi.

Al termine della degenza le verrà consegnata una lettera di dimissione con le indicazioni per la prima visita urologica ambulatoriale con la medicazione della ferita, la rimozione dei punti e/o del drenaggio/i e/o del catetere vescicale

In base al referto istologico del pezzo operatorio, il Suo Urologo di riferimento imposterà il **successivo follow-up**, e potrà decidere in base all'estensione della malattia la eventuale necessità di eseguire una ulteriore **radioterapia adiuvante**.

Se Lei lo desidera potrà afferire alla U.O. di Radioterapia di questo Istituto, altrimenti a Sua discrezione Lei potrà scegliere di farsi seguire da Oncologi Specialisti in Radioterapia di altri ospedali: in tal caso sarà nostra cura fornirLe al momento della dimissione una relazione clinica dettagliata con tutti i particolari necessari ai colleghi per la corretta impostazione della radioterapia. In casi selezionati e particolari, potrebbe risultare necessario affidarLa ad uno Specialista Oncologo per la impostazione di una successiva **chemioterapia**: anche in questo caso, se Lei lo desidera, potrà afferire alla U.O. di Oncologia di questo Istituto. In caso contrario, a Sua discrezione, Lei potrà scegliere di farsi seguire da Specialisti Oncologi di altri ospedali: sarà nostra cura fornirLe al momento della dimissione una relazione clinica dettagliata con tutti i particolari necessari ai colleghi per la corretta impostazione della chemioterapia.

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). Consulti il Suo Urologo di riferimento, ovvero lo Specialista che l'ha

valutata al momento della messa in nota di ricovero. Se Lei lo desidera, potrà afferire al nostro Ambulatorio di Uro-Oncologia: in tal caso sarà nostra cura fornirLe al momento della dimissione una relazione clinica dettagliata con tutti i particolari necessari per la corretta impostazione della sorveglianza, che dura almeno per 10 anni successivi all'intervento.

Rimanendo a Sua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerLe i Nostri più cordiali saluti.

Lo staff Medico  
Dipartimento di Urologia  
Universita' Vita Salute San Raffaele

**SI RICORDA CHE AL MOMENTO DELL'EVENTUALE RICOVERO I PAZIENTI DEVONO RECARE CON SE' TUTTA LA PROPRIA DOCUMENTAZIONE MEDICA (ESAMI, REFERTI, RESOCONTI PRECEDENTI VISITE)**

 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<p><b>INFORMATIVA da allegare alla ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:  CISTECTOMIA RADICALE</b></p>	<p>Spazio etichetta</p>
--	--	-----------------------------

<p><b>Cognome e nome del paziente</b> .....</p>
---

**Diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta dell'intervento):**  
neoplasia vescicale ad alto rischio di progressione clinica

**Tipologia di intervento proposto:**

nell'intervento di cistectomia radicale standard, in anestesia generale, si procede ad un' incisione cutanea estesa dall' ombelico al pube e all'asportazione in blocco della vescica, della prostata e delle vescicole seminali nell' uomo; della vescica, dell' utero e delle ovaie nella donna. Fa regolarmente parte dell'intervento anche l'asportazione dei linfonodi (ghiandole linfatiche) regionali (dello scavo pelvico).

La successiva derivazione delle urine può avvenire secondo diverse modalità chirurgiche.

La scelta della derivazione da eseguire è solitamente personalizzata in relazione allo stadio della malattia, delle condizioni cliniche, delle co-morbidità, dell'età del paziente e delle sue aspettative in termini di qualità di vita e della sua capacità di gestire i possibili inconvenienti o complicanze. La decisione relativa al tipo di derivazione urinaria proposta è in genere conseguente ad un colloquio tra lo specialista e il paziente adeguatamente informato sia sui vantaggi che sui prevedibili svantaggi di ciascuna delle seguenti tecniche chirurgiche:

1. **URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE (UCS)**
2. **URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (BRICKER)**
3. **NEOVESCICA ILEALE O SIGMOIDEA ORTOTOPICA**
4. **URETEROSIGMOIDEOSTOMIA**

**Ciascuna delle derivazioni urinarie indicate presenta peculiari benefici, svantaggi e possibili complicanze. Di seguito troverà le caratteristiche principali delle varie derivazioni.**

**Non esiti a chiarire ogni possibile dubbio riguardo al motivo della scelta della derivazione e le possibili implicazione per la sua qualità di vita successiva all'intervento.**

**1) URETEROCUTANEOSTOMIA.** Di fronte ad un significativo rischio operatorio che non permette una ricostruzione complessa del tratto urinario o che consigli un intervento tecnicamente semplice e di limitata durata, gli ureteri possono essere abboccati direttamente alla cute dei quadranti addominali inferiori attraverso due ureterocutaneostomie.. In tal caso c'è bisogno di due sacchetti raccoglitori esterni applicati in corrispondenza di ciascuna delle 2 stomie. Esistono vari tipi di sacche di raccolta cutanea delle urine. In genere la sostituzione delle sacche deve essere effettuata quotidianamente per motivi di igiene e profilassi delle infezioni. In questo tipo di derivazione spesso vengono lasciati negli ureteri due piccoli cateterini che facilitano il passaggio dell'urina dai reni al sacchettino di raccolta posizionato sulla cute. Questi tutori ureterali verranno sostituiti periodicamente (ogni 3 mesi o 6 mesi a seconda del tipo) anche in day hospital. Una variante della ureterocutaneostomia prevede che uno dei due ureteri (se sufficientemente lungo) possa unirsi al controlaterale, formando una stomia cutanea unica; tale eventualità è piuttosto rara. Le complicanze più frequenti di questa derivazione sono le infezioni urinarie, i lievi sanguinamenti urinari per il decubito dei cateterini ureterali, le irritazioni della cute intorno alla stomia e le ernie della stomia stessa. La correzione di queste complicanze è quasi sempre agevole.

**2) URETEROILEOCUTANEOSTOMIA.** In pazienti con rischio operatorio moderato ma con malattia tumorale localmente avanzata o nei casi in cui esistano condizioni che controindicano una ricostruzione orto topica della vescica, è preferibile una ricostruzione meno complessa come la uretero-ileo-cutaneostomia. che consenta un eventuale trattamento radioterapico post-operatorio. Per questo tipo di derivazione si utilizza un segmento di 10-15 cm di intestino, che viene anastomizzato da un lato agli ureteri e dall'altra alla cute addominale. L'urina, che defluisce continuamente attraverso gli ureteri e il condotto ileale, viene raccolta in un sacchetto applicato con adesivo in corrispondenza della stomia cutanea. Il sacchetto è provvisto di una valvola per mezzo della quale può essere svuotato periodicamente. Il vantaggio rispetto alla ureterocutaneostomia bilaterale è rappresentato dalla presenza di un unico sacchetto per la raccolta delle urine e dalla sua più agevole gestione. Le complicanze attese sono simili a quelle della uerterocutaneostomia ma il ricorso ad un segmento di intestino implica un rischio aggiuntivo di fistola o occlusione intestinale che possono richiedere un re-intervento.

**3) NEOVESCICA ILEALE O SIGMOIDEA ORTOTOPICA.** Con questa tecnica la vescica viene rimpiazzata da un serbatoio realizzato con un segmento di circa 40-60 cm di intestino ileale o di colon-sigma, adeguatamente configurato in modo da assumere l'aspetto simile ad contenitore sferico che viene posizionato nello scavo pelvico e anastomizzato

 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<p><b>INFORMATIVA da allegare alla ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:  CISTECTOMIA RADICALE</b></p>	<p>Spazio etichetta</p>
--	--	-----------------------------

**Cognome e nome del paziente** .....

all'uretra. A questo contenitore vengono abboccati gli ureteri. Con questa derivazione il paziente può mingere per la via naturale e non deve gestire alcuna protesi esterna. Dal punto di vista pratico tuttavia il "serbatoio" non funziona come una vera vescica: lo stimolo minzionale verrà avvertito come sensazione di ripienezza o vago dolore sovrapubico e il paziente urinerà attraverso l'uretra dopo aver rilasciato la muscolatura del piano perineale ed aumentato la pressione addominale (posizione seduta con tronco flesso in avanti e compressione con le mani dell'addome inferiore). Si possono verificare uno svuotamento incompleto del serbatoio (tale da richiedere dei cateterismi periodici per lo svuotamento della neovescica) e/o una parziale incontinenza urinaria sia diurna che notturna.

**4) URETEROSIGMOIDEOSTOMIA.** Una alternativa, al fine di evitare una derivazione urinaria esterna caratterizzata dalla presenza di sacchetto di raccolta, può essere una derivazione delle urine nel sigma. Con questo intervento l'eliminazione delle urine avverrà contemporaneamente con le feci il più delle volte sotto forma di scariche diarroiche in un numero variabile (da 3 a 10 al giorno). Questo tipo di derivazione dunque non richiede alcun sacchettino esterno per la raccolta delle urine ma espone nel tempo ad un alto tasso di pielonefrite cronica con lento deterioramento della funzionalità renale ed al rischio di una acidosi metabolica, dovuta all'eccessivo riassorbimento di radicali acidi intestinali da parte della mucosa ureterale, che richiede la costante assunzione di compresse di bicarbonato.

**E' assolutamente necessario che il paziente sia consapevole della possibilità che la derivazione scelta pre-operatoriamente non sia attuabile in corso dell' intervento per problemi tecnici legati alle caratteristiche anatomo-chirurgiche del paziente o perché le condizioni legate alla patologia tumorale riscontrate nel corso stesso dell'intervento o a seguito di un esame istologico al congelatore la sconsiglino. In tal caso si dovrà ricorrere ad una tecnica di derivazione urinaria alternativa. E' necessario quindi che il paziente dia il consenso sia per una derivazione urinaria di prima scelta che per una derivazione urinaria alternativa in caso di necessità.**

L'intervento viene eseguito in anestesia generale. Ha una durata di 3-6 ore, soprattutto a seconda del tipo di ricostruzione urinaria. Nel corso dell'intervento vengono posizionati un sondino nasogastrico, drenaggi addominali e tutori ureterali. Già il giorno dopo l'intervento il paziente verrà messo a sedere su una poltrona per una mezz'ora circa.  
**Si prevede una degenza che varia tra 10 ed i 15 giorni salvo complicazioni.**

**RIASSUNTO DELLE POSSIBILI DERIVAZIONI:**

1. URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE: 1 sacchetto urine a destra + 1 sacchetto a sinistra
2. URETEROCUTANEOSTOMIA MONOLATERALE: 1 dei 2 ureteri viene trasposto dal lato opposto ed unito al contro laterale per avere un'unica stomia
3. URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (BRICKER): 1 sacchetto, solitamente a destra
4. NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA: nessun sacchetto esterno
5. URETEROSIGMOIDEOSTOMIA: nessun sacchetto esterno (urine mescolate con le feci)
6. NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA: nessun sacchetto esterno

**Benefici attesi e scopo della prestazione proposta:**  
controllo oncologico con intento curativo o palliativo

**Rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:**  
progressione clinica di malattia

**Rischi prevedibili legati all'esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:**

- Frequenti:
  - Dolore in sede di ferita
  - Anemizzazione con possibilità di trasfusioni ematiche
  - Iperpiressia
  - Occlusione intestinale
  - Re-intervento chirurgico per sanguinamenti attivi in sede di intervento o per fistole urinose o per occlusione
  - Linforrea o linfocele pelvico (con eventuale necessità di drenaggio percutaneo o a cielo aperto)

 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<p><b>INFORMATIVA da allegare alla ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:  CISTECTOMIA RADICALE</b></p>	<p>Spazio etichetta</p>
--	--	-----------------------------

**Cognome e nome del paziente** .....

- Deiscenza di ferita (con eventuale necessità di medicazioni a lungo termine o re-intervento )
- Idronefrosi mono o bilaterale (con eventuale necessità di drenaggio per mezzo di nefrostomie percutanee)
- Reflusso ureterale mono o bilaterale
- Problematiche legate alla urostomia (ernie parastomali)
- Disturbi sistemici e metabolici
- Rare:
  - Deiscenza dell'anastomosi intestinale
  - Lesione degli organi adiacenti ( vasi iliaci, retto) o retro peritoneali (in caso di linfadenectomia estesa)
  - Ernia in sede di ferita (laparocèle)
  - Fistola urinosa
  - Trombosi venose profonde e trombo embolie polmonari
- Rarissime:
  - Urosepsi (infezione generalizzata)
  - Mortalità perioperatoria ( < 5%)

**Possibili problemi di recupero:**

Astenia ingravescente, menomazione delle capacità quotidiane o lavorative

**Possibilità di alternative:**

in considerazione dello stato generale del paziente e dello stadio di malattia, non indicati protocolli di vigile attesa, sorveglianza. Trattamenti alternativi conservativi quali quelli basati sulla resezione endoscopica reiterata seguita da radio chemioterapia trovano indicazione solo in casi altamente selezionati e non hanno al momento una documentazione di sicurezza ed efficacia da renderli alternativi alla cistectomia radicale sia sotto il profilo oncologico che funzionale.

**Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:**


.....

*Lei è comunque libero/a di non accettare quanto proposto e/o di rivolgersi ad altre strutture, sino al momento dell'effettuazione della prestazione; in tal caso sottoscriverà sul modulo che le verrà fornito, senza alcun onere, la non accettazione della procedura.*

*In ogni caso può richiedere ulteriori informazioni al dott.....*

<p><b>Data del colloquio:</b> ____/____/____</p>
<p><b>Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni:</b> .....</p>
<p><b>Firma del paziente</b>.....</p>



 <p>OSPEDALE SAN RAFFAELE</p>	<p>ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:</p> <p><b>CISTECTOMIA RADICALE</b></p>	<p>Spazio etichetta</p>
--	---	-----------------------------

**Cognome e nome del paziente** .....

Io sottoscritto..... in data.....  
durante il colloquio con il /la Dott./Dott.ssa..... sono stato  
informato in merito alla proposta di essere sottoposto a:

- CISTECTOMIA RADICALE, LINFOADENECTOMIA PELVICA BILATERALE E UNA DELLE SEGUENTI DERIVAZIONI URINARIE:**
- URETEROCUTANEOSTOMIA BILATERALE (UCS)
  - URETEROILEOCUTANEOSTOMIA (BRICKER)
  - NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA
  - URETEROSIGMOIDEOSTOMIA
  - NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA

Mi sono state fornite spiegazioni complete ed esaurienti, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi e sospetto diagnostico</li> <li>• Scopo e benefici della prestazione proposta</li> <li>• Possibilità di alternative</li> <li>• Rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibili varianti nell'esecuzione</li> <li>• Rischi prevedibili legati alla <u>non</u> esecuzione</li> <li>• Possibili problemi di recupero</li> </ul> |
|--|--|

**Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:**

- 1. ACCONSENTIRE**  (o **NON ACCONSENTIRE** ) ad essere sottoposto al sopraindicato intervento, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritto nell'informativa.
- 2. AUTORIZZO**  (o **NON AUTORIZZO** ) l'utilizzazione in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa specifica scritta.  
Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.  
Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione dell'intervento.

Cognome e nome del paziente (o di *chi ne fa le veci*) .....

**Timbro e Firma del Medico** .....

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete  SI  NO **Firma interprete**.....

<p>Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....dichiara che Il Sig.....è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.</p>	
<p>Data.....</p>	<p>Ora..... Timbro e Firma del medico .....</p>

# OSPEDALE SAN RAFFAELE

## INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI PRIMA DEL RICOVERO (CHIRURGIA MAGGIORE)

Gentile Paziente,

in questo documento Le riassumiamo alcune informazioni che sono fondamentali per rendere il Suo ricovero il più confortevole possibile.

### **COSA PORTARE AL RICOVERO:**

- **Documentazione clinica precedente, esami** eseguiti in precedenza ed **elenco dei farmaci** assunti abitualmente
- Tutti i farmaci assunti abitualmente a casa (per la pressione, insulina, ecc.)
- Nel caso Lei soffra di apnee notturne o abbia altri problemi respiratori, deve portare con sé i dispositivi utilizzati abitualmente (es. **C-PAP**, ecc.)
- **Fascia elastica addominale** (della stessa taglia dei pantaloni; acquistabile nei negozi di articoli sanitari, farmacie o parafarmacie).
- Sacchettino di carta (es. da spesa) per camminare agevolmente con catetere ed eventuali drenaggi.
- Bicchiere, cucchiaino
- Acqua/Bevande

### **INDUMENTI NECESSARI DA PORTARE AL RICOVERO:**

- Biancheria personale
- Pigiama comodo con pantaloni aperti davanti/Camicia da notte comoda
- Vestaglia
- Magliette intime
- Ciabatte comode antiscivolo

### **NECESSARIO PER LE CURE IGIENICHE:**

- Sapone liquido
- Bagnoschiuma
- Asciugamani piccoli/Asciugamani grandi
- Salviette umidificate
- Crema idratante
- Eventuali deodoranti, ecc.

Lo staff infermieristico  
UO Urologia 5°Q

## Istruzioni per il giorno dell'intervento

Gentile paziente, per poter ottimizzare al meglio la gestione del suo accesso alla sala operatoria la preghiamo di rispettare le seguenti indicazioni:

1. rimanere a digiuno completo da solidi e liquidi (dalla mezzanotte), salvo diverse indicazioni date dal personale medico / infermieristico;
2. togliere tutti i monili (fedi nuziali, orologio, bracciali, ecc.), smalto delle unghie (mani e piedi), protesi (dentarie, uditive);
3. fare la doccia riservando particolare attenzione alla pulizia dei genitali esterni;
4. assumere comunque la terapia del mattino (con poca acqua), salvo diverse indicazioni date dal personale medico / infermieristico.

Grazie per la vostra attenzione.

Lo staff medico/infermieristico - UO Urologia OSR

# INFORMAZIONI PER I FAMILIARI E VISITATORI

Gentili familiari e visitatori, per poter ottimizzare al meglio l'assistenza dei pazienti ricoverati e ridurre il **rischio di infezioni**, vi preghiamo di rispettare le seguenti indicazioni:

1. per ogni degente è consentita la presenza contemporanea nella camera di massimo 1 visitatore (esclusivamente negli orari consentiti);
2. non è consentito l'accesso all'UO durante il giro visita dei medici, inoltre si raccomanda ai sigg. visitatori di uscire dalla camera di degenza durante ogni tipo di attività assistenziale svolta dai medici o dagli infermieri;
3. non sostare nel corridoio dell'UO ma attendere in sala d'attesa, ubicata in fondo al corridoio nell'area ristoro (distributori bevande);
4. non utilizzare il cellulare nelle camere di degenza e nel corridoio, inoltre si raccomanda di silenziare totalmente la suoneria;
5. non utilizzare il bagno delle camere di degenza, ma utilizzare la toilette situata di fronte al Posto Infermieri;
6. non sedersi o coricarsi sul letto del degente;
7. non sedersi sul tavolo della camera dove i pazienti consumano i pasti;
8. è permesso ad un solo familiare/accompagnatore di fermarsi durante la prima notte dell'intervento solo su indicazione dello staff infermieristico e previa autorizzazione del Coordinatore Infermieristico/Infermiere responsabile.

Grazie per la vostra collaborazione.