



Cistectomia totale e derivazione urinaria

Le indagini eseguite (ecografia, urografia, TAC, cistoscopia, esame istologico) hanno consentito di formulare la diagnosi di neoplasia vescicale infiltrante. Al momento attuale la lesione sembra limitata alla vescica, infatti non sono evidenti lesioni metastatiche.

Si impone un trattamento chirurgico radicale, in quanto con le procedure endoscopiche non è possibile controllare la malattia.

I risultati della cistectomia, in termini di sopravvivenza, sono variabili e dipendono innanzitutto dallo stadio del tumore valutato con l'esame istologico del pezzo operatorio.

Altre modalità terapeutiche, come la radioterapia e la chemioterapia sistemica, pur essendo attuabili, non offrono gli stessi risultati dell'intervento chirurgico in termini di probabilità di guarigione, e inoltre hanno effetti collaterali e complicanze significativi. Il trattamento che si propone pertanto è la cistectomia radicale associata ad una derivazione urinaria.

La cistectomia radicale consiste nell'asportazione della vescica, della prostata, delle vescicole seminali e dei linfonodi iliaco-otturatori nel maschio e nell'asportazione della vescica, dell'utero, degli annessi, della parete vaginale anteriore e dei linfonodi iliaco-otturatori nella femmina. Nel maschio, se la neoplasia interessa l'uretra prostatica, deve essere associata anche l'asportazione dell'uretra.

La derivazione urinaria che si prospetta è una neovescica ileale ortotopica. Essa viene realizzata con un segmento di circa 40 cm di intestino ileale, adeguatamente configurato in modo da assumere l'aspetto di una cavità sferoidale; la neovescica viene posizionata nello scavo pelvico e anastomizzata all'uretra, ad essa vengono abboccati gli ureteri. La neovescica funziona come serbatoio per l'urina, e deve essere svuotata periodicamente con atti minzionali. Lo stimolo minzionale viene avvertito come sensazione di ripienezza o vago dolore sovrapubico. La minzione si attua attraverso la compressione della neovescica da parte del torchio addominale.

In alcuni casi, se l'uretra non è utilizzabile, il neo-serbatoio può essere abboccato alla cute attraverso un condotto realizzato sempre con l'intestino. Il neo-serbatoio, continente grazie al confezionamento di un meccanismo valvolare, deve essere svuotato periodicamente per mezzo di un catetere.

Nel corso dell'intervento potrebbero essere riscontrate condizioni che non rendono realizzabile il confezionamento di una neovescica ortotopica o di un serbatoio continente.

In tal caso si esegue una derivazione urinaria esterna, o ureteroileocutaneostomia. Per questo tipo di derivazione si utilizza un segmento di 10- 15 cm di ileo, che viene anastomizzato da una parte agli ureteri e dall'altra alla cute, a livello del quadrante inferiore destro dell'addome. 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.

In casi particolari, se l'intestino non è utilizzabile o se altre condizioni lo impediscono, gli ureteri possono essere abboccati direttamente alla cute, con due ureterocutaneostomie bilaterali ai quadranti inferiori dell'addome. In tal caso c'è bisogno di due sacchetti raccoglitori esterni applicati in corrispondenza delle stomie.

Nel corso dell'intervento vengono posizionati un sondino nasogastrico, che sarà rimosso in quarta-quinta giornata postoperatoria, 2 o 3 drenaggi nello scavo pelvico, che saranno rimossi in quarta-ottava giornata, due tutori ureterali, che saranno rimossi in decima-dodicesima giornata.

Il paziente sarà mobilizzato in prima giornata postoperatoria.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale. Ha una durata di 3-6 ore, a seconda della tecnica chirurgica adottata e delle condizioni anatomiche riscontrate.

Si prevede una degenza che varia tra i 10 ed i 15 giorni.

Un paziente sottoposto a intervento di cistectomia radicale può andare incontro a vari tipi di complicanze. Queste possono essere di tipo aspecifico, cioè dovute genericamente all'intervento chirurgico e al rischio anestesilogico, oppure specifiche per l'intervento di cistectomia e linfadenectomia o ancora specifiche per il tipo di derivazione urinaria.

Alcune di queste complicanze per essere risolte richiedono un reintervento; complessivamente la frequenza di reintervento dopo cistectomia varia tra il 10 e il 20%. Le complicanze, ancora, soprattutto se si verificano in pazienti già defedati o con particolare rischio, possono anche causare la morte del paziente; la mortalità perioperatoria è comunque bassa e si aggira intorno all'1%.

Le complicanze di tipo aspecifico sono legate alle condizioni generali del paziente e ai problemi anestesilogici che si possono creare nel corso dell'intervento. Lo stato generale del paziente e il conseguente rischio anestesilogico vengono valutati preoperatoriamente; tale rischio non controindica l'intervento, ma deve essere riconosciuto e tenuto in conto sia dai medici sia dal paziente, che dai suoi familiari.

La frequenza delle varie possibili complicanze specifiche per l'intervento di cistectomia radicale è difficile da stabilire; complessivamente si verificano in circa il 25% dei casi; esse possono essere più o meno importanti o significative e incidono in maniera variabile sull'esito dell'intervento stesso. Si distinguono in complicanze intraoperatorie, che accadono nel corso dell'intervento stesso, e complicanze postoperatorie, che sopraggiungono dopo l'intervento e possono essere a loro volta precoci o tardive.

Durante l'intervento si possono verificare:

- *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 occidentali 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; se è di estensione maggiore può richiedere il confezionamento di una ileostomia o colostomia temporanea.

Le complicanze postoperatorie precoci possono essere rappresentate da:

- *sanguinamento postoperatorio*, che può richiedere trasfusioni di sangue o, raramente, il reintervento per controllo dell'emostasi;
- *infezione della ferita*, che può essere superficiale o profonda, e può richiedere un intervento di "curettage", prolungando il tempo di degenza;
- *deiscenza della ferita chirurgica*, a sua volta favorita da infezioni o raccolte, che può richiedere il reintervento per effettuare la risutura della parete;
- *infezioni*, 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*, 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 trattamento percutaneo o chirurgico;

- *subocclusione o occlusione intestinale*, che può essere dinamica o meccanica; l'occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale, viene curata con il mantenimento del sondino nasogastrico e la somministrazione di farmaci peristaltizzanti; l'occlusione meccanica, dovuta al formarsi di briglie aderenziali tra le anse che ne determinano l'angolazione e impediscono il regolare transito intestinale, richiede solitamente il reintervento per la rimozione della causa di occlusione;

- *deiscenza dell'anastomosi intestinale*, soprattutto se l'intestino si presenta in condizioni di debolezza a causa di eventi precedenti, quali la radioterapia e la chemioterapia, 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;

- *lesioni intestinali con la formazione di fistole stercoracee*, 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 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 ansa ileale di un'ureteroileocutaneostomia, molto rara, può guarire spontaneamente o richiedere un reintervento;

- *deiscenza di una sutura tra i lembi della neovescica*, 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*, che di solito guarisce spontaneamente mantenendo il catetere in sede per un periodo più lungo del solito;

- *difficoltà ad effettuare il cateterismo di un serbatoio continente*, 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*, con conseguente idroureteronefrosi; rappresenta la complicanza più frequente, 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 intubata. Può verificarsi in un tempo variabile dopo l'intervento. Può essere anche dovuta ad una recidiva neoplastica in sede dell'anastomosi, per cui deve essere debitamente studiata. 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 dell'ostruzione. Il trattamento dell'ostruzione 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*, 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 un 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 innanzi tutto 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*, solitamente sui punti utilizzati nella realizzazione di una neovescica o in seguito alla formazione di ristagno postminzionale 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* 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, caratterizzata dall'impossibilità di svuotare completamente la vescica; solitamente viene trattata con l'auto-cateterismo intermittente pulito;

- *problemi alla stomia*, in caso di ureteroileocutaneostomia, discretamente frequenti, che infatti possono interessare fino al 25% dei pazienti; sono rappresentati dal restringimento della stomia cutanea, che può essere trattato con dilatazioni ripetute, dall'ernia parastomale, che va corretta chirurgicamente soprattutto se di grosse dimensioni e fastidiosa, dalle alterazioni flogistiche della mucosa della stomia, che vanno trattate con l'applicazione di creme, dal sanguinamento di piccoli vasi peristomiali, che possono richiedere l'applicazione di punti di emostasi;

- *disturbi sistemici e metabolici*, 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.

Nei pazienti di sesso maschile, inoltre, una conseguenza della cistectomia è l'impotenza, dovuta alla lesione dei nervi responsabili dell'erezione.

NOTE:.....
.....
.....

Consenso informato

Io sottoscritto, preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo comunque che un mio eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, acconsento al trattamento proposto.

Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

DATA,..... Firma del Paziente: