



---

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

## CISTECTOMIA

La cistectomia radicale rappresenta il "gold standard" vale a dire la metodica in assoluto migliore e di riferimento per il trattamento delle forme di cancro infiltranti lo strato muscolare della parete vescicale. L'intervento di cistectomia radicale consiste nella rimozione della vescica e del tessuto adiposo ad essa adeso unitamente agli organi vicini quali la prostata e le vescicole seminali nell'uomo e l'utero, annessi e parte anteriore della vagina nella donna. L'uretra, il canale che veicola le urine dalla vescica all'esterno, viene escissa solo quando infiltrata dal tumore.

Una volta rimossa la vescica è necessario provvedere a ricostruire strutture anatomiche più o meno complesse atte ripristinare le condizioni per consentire alle urine non più raccolte nel serbatoio vescicale di essere emesse all'esterno. Tali strutture, indicate come diversioni urinarie, vengono generalmente realizzate utilizzando specifiche porzioni del tratto gastro-intestinale.

Durante l'intervento vengono anche rimossi i linfonodi pelvici al fine di verificare l'eventuale presenza di focolai metastatici di malattia e permettere di definire la prognosi del paziente. Alcuni ricercatori peraltro ritengono che entro certi limiti la linfoadenectomia possa avere pure un significato terapeutico di rimozione di possibili focolai tumorali metastatici.

Nel corso dell'intervento vengono posizionati un sondino nasogastrico, 2 o 3 drenaggi nello scavo pelvico, e 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.

A seconda della complessità dell'intervento e del tipo di derivazione urinaria, la degenza avrà una durata variabile fra i 15 giorni e i 30 giorni.

### **Risultati**

Con il progressivo miglioramento delle tecniche chirurgiche, dei procedimenti anestesiológicos e dei protocolli di trattamento pre e post-operatorio la mortalità dopo cistectomia radicale è progressivamente diminuita fino a raggiungere livelli variabili fra l'1.2% ed il 3.7% in Europa.

### DERIVAZIONI URINARIE

#### **L'ureteroileocutaneostomia sec. Bricker**

Quando non sia possibile od opportuno ricostruire un serbatoio di raccolta continente delle urine le derivazioni non saranno continenti e l'eliminazione delle urine avverrà con fuoriuscita continua.

L'ureteroileocutaneostomia è una derivazione urinaria ottenuta isolando un tratto di intestino connesso da un lato ai due canali ureterali mentre dall'altro la porzione più esterna viene suturata alla cute dell'addome tra l'ombelico e la cresta iliaca. Le urine defluite all'esterno vengono raccolte mediante un sacchetto a tenuta stagna applicato con un'apposita placca adesiva attorno alla stomia. Anche in questo caso, possibili complicanze descritte sono l'insorgenza di infezioni delle vie urinarie, le fistole e la necrosi del tratto di ansa utilizzata come condotto. Più tardivamente possono comparire altre complicanze quali l'insufficienza renale, la stenosi (restringimento) della stomia cutanea, la calcolosi.

Questo tipo di derivazione, rispetto alla più semplice ureterocutaneostomia (vedi sotto), presenta tempi di realizzazione chirurgica maggiori a fronte del vantaggio di possedere un'unica stomia

cutanea senza l'onere di cateteri di modellamento a dimora.

### **Ureterocutaneostomia**

Nei casi infine, in cui non sia indicato alcun tipo derivazione urinaria (chirurgia palliativa) trova applicazione l'Ureterocutaneostomia. Questa prevede la sutura dei due condotti ureterali direttamente alla cute, in sede mono o bilaterale. Per quanto si tratti di una tecnica relativamente semplice è comunque gravata da molteplici complicanze quali la necrosi o il distacco dell'estremità ureterale esterna, le infezioni, l'insufficienza renale. Peraltro la zona di passaggio dell'uretere all'interno della parete addominale, nel tempo, può essere progressivamente compressa dalla retrazione della stomia (l'apertura della parete addominale attraversata dall'uretere). Pertanto le uretero-stomie cutanee vengono generalmente protette con il posizionamento a dimora di appositi cateterini ureterali. Le urine verranno raccolte con uno o due sacchetti (sbocco ureterale mono o bilaterale) applicati alla parete addominale con apposite placche.

### **Derivazioni continenti eterotopiche**

Una soluzione intermedia rispetto a quanto descritto finora è costituita dalla realizzazione di derivazioni urinarie esterne continenti eterotopiche, vale a dire serbatoi connessi direttamente all'esterno senza l'intermediazione dell'uretra ed ubicati in una sede differente da quella fisiologica. In questo caso il serbatoio, ottenuto mediante riconfigurazione dell'ileo (tasca ileale) viene connesso alla parte addominale mediante un piccolo canale opportunamente configurato.

L'emissione delle urine viene ottenuta mediante la periodica autocateterizzazione attraverso la piccola stomia da parte del paziente.

**Indiana Pouch:** la tasca di tipo Indiana utilizza per il serbatoio urinario tutto il colon destro e l'ultima ansa ileale prelevata per 8 cm. Gli ureteri sono anastomizzati alla tasca eterotopica, che si apre a livello addominale attraverso un'unica stomia cutanea. La valvola ileo-ciecale fornisce il meccanismo di continenza.

La nuova tasca ileale viene raccordata alla parete addominale (ombelico) mediante creazione di un segmento efferente che ne garantisce la continenza.

Nell'immediato postoperatorio il reservoir intestinale deve essere frequentemente irrigato con soluzione fisiologica attraverso una sonda per evitare un'ostruzione da parte del muco. Con il tempo si verifica una progressiva riduzione della formazione di muco; tuttavia è necessario che il paziente continui ad eseguire questi lavaggi almeno una volta al giorno per prevenire l'accumulo di muco che predispone alla formazione di calcoli.

Complicanze tardive di questa derivazione sono rappresentate da stenosi o ostruzione ureterale, incontinenza, difficoltà alla cateterizzazione per stenosi della stomia e calcolosi urinaria.

### **Le neovesiche ileali ortotopiche**

Rappresentano la migliore soluzione dal punto di vista estetico. La nuova vescica viene totalmente ricostruita utilizzando una porzione di ansa intestinale opportunamente riconfigurata in modo da ottenere un serbatoio di capienza adeguata a contenere le urine tra una minzione e l'altra. Il serbatoio così costruito permette di mantenere la continenza urinaria. Essendo connesso direttamente all'uretra permetterà di convogliare le urine all'esterno attraverso le vie naturali, evitando così la creazione di una stomia. Questo tipo di derivazioni garantisce i migliori risultati in termini di qualità della vita e immagine corporea. I pazienti svuotano la vescica mediante la pressione addominale. La neo-vescica ricostruita deve permettere di immagazzinare le urine evitando di danneggiare la funzione renale con fenomeni di reflusso retrogrado delle urine.

La sensazione di replezione vescicale non viene inizialmente riconosciuta come tale, poiché le afferenze sensoriali del tratto enterico utilizzato per ricostruire la vescica determinano una diversa tipologia di sensazioni. Pertanto specie all'inizio sarà opportuno svuotare la vescica a intervalli regolari. Tale funzione deve essere attivata dall'uso del torchio addominale, essendo la neovescica priva della capacità di evocare la contrazione della sua parete.

Talvolta possono verificarsi problemi di svuotamento per i quali si rende necessaria la cateterizzazione intermittente. Una lieve incontinenza urinaria notturna è frequente.

Nel corso degli ultimi decenni sono state descritte numerose procedure per la realizzazione chirurgica di derivazioni urinarie continenti.

Sono stati descritti diversi tipi di neovescica ileale ortotopica continente.

La **neovescica ileale secondo Studer** prevede l'isolamento di un'ansa ileale vascolarizzata di circa 60 cm. Gli ultimi 40 cm dell'ansa vengono detubulizzati e riconfigurati al fine di ottenere un serbatoio a bassa pressione. La porzione prossimale dell'ansa viene raccordata agli ureteri e, non essendo stata detubulizzata mantiene la fisiologica onda peristaltica, fungendo da meccanismo antireflusso per le urine emesse.

La **Vescica Ileale Padovana (VIP)** viene creata utilizzando un segmento intestinale ileale di circa 40 cm che viene isolato dal restante intestino e rimodellato in modo tale da costituire un serbatoio di forma più o meno sferica. A questo serbatoio vengono attaccati gli ureteri e l'uretra.

## **COMPLICANZE**

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 occorrenti 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 linfoadenectomia; 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 parastomiale, 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: .....