

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

INTRODUZIONE

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per fornire ai pazienti una serie di informazioni utili per dare consapevolmente il loro consenso all'intervento chirurgico proposto.

Un paziente ben informato ed un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono una solida premessa per instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione medico-paziente, che contribuisce al successo dell'intervento descritto.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

La cistectomia radicale rappresenta il trattamento standard, secondo le attuali linee guida europee, per le neoplasie vescicali muscolo-invasive e per quelle neoplasie non responsive ai trattamenti chemio-immunoterapici endovesicali.

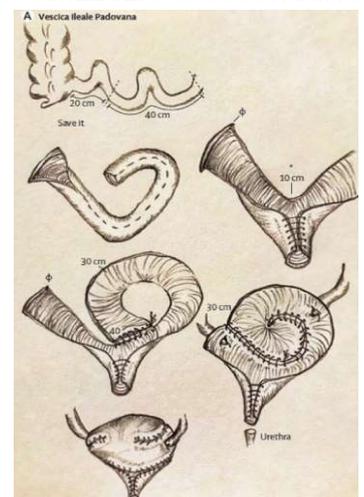
Il carcinoma della vescica muscolo invasivo rappresenta il secondo tumore urologico per incidenza ed il quarto nella categoria maschile. Si tratta di una malattia molto pericolosa. Se non curata mostra un tasso di sopravvivenza a 5 anni del 3%.

Il suddetto intervento viene anche eseguito per patologie non neoplastiche come nei casi piccole vesciche (radiche o da esito di tubercolosi delle vie urinarie o da altra patologia) o incontinenza urinaria severa non suscettibile di ulteriori trattamenti.

IN COSA CONSISTE L'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Il trattamento da noi proposto per tale patologia è rappresentato dalla cistectomia radicale. L'**intervento** viene eseguito in anestesia generale con una laparotomia mediana ombelico-pubica e prevede generalmente **nella donna** la rimozione totale della vescica, dell'utero, delle ovaie e di parte della vagina; in aggiunta si procederà alla linfadenectomia pelvica bilaterale a scopo stadiante (per un bilancio di estensione della malattia ed escludere la presenza di localizzazioni secondarie linfonodali). **Nell'uomo**, invece, l'intervento prevede la rimozione della vescica, della prostata e delle vescichette seminali; in aggiunta si procederà alla linfadenectomia pelvica bilaterale sempre a scopo stadiante (per un bilancio di estensione della malattia ed escludere la presenza di localizzazioni secondarie linfonodali). L'intervento interferisce con la possibilità di procreare; andrà pertanto valutata una eventuale crioconservazione dei gameti.^{[1][2][3]}

La derivazione urinaria verrà scelta sulla base delle caratteristiche ed esigenze del singolo Paziente (età, comorbidità, funzione renale ecc.). La **neovescica ileale ortotopica** viene realizzata con un segmento di circa 40 cm di intestino ileale, adeguatamente detubularizzato e reconfigurato in modo da assumere l'aspetto di una cavità sferoidale; la neovescica viene posizionata nello scavo pelvico e anastomizzata all'uretra, e 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

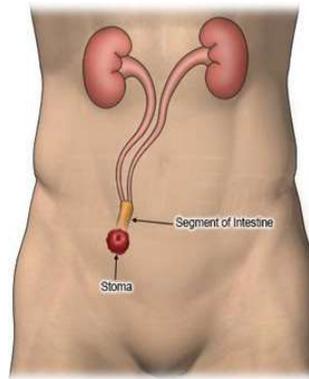
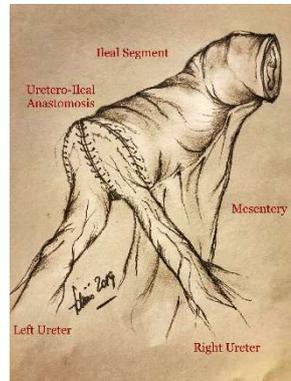


SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

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 neoserbatoio può essere abboccato alla cute attraverso un condotto realizzato sempre con l'intestino. Il **neoserbatoio 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 neoserbatoio continente. In tal caso si eseguirà una derivazione urinaria esterna, o **ureteroileocutaneostomia**. Per questo tipo di derivazione si utilizza un segmento di ileo



di lunghezza appropriata 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, confezionando una **ureterocutaneostomia monolaterale o bilaterale** ai quadranti inferiori dell'addome. Nella bilaterale saranno necessari due sacchetti di raccolta delle urine applicati in corrispondenza delle stomie mentre nella monolaterale si applicherà un solo sacchetto.

L'intervento prevede il posizionamento due tutori ureterali, di eventuali drenaggi addominali e in caso di neovescica un catetere vescicale. È possibile il posizionamento di un sondino nasogastrico. Il Paziente sarà mobilizzato a partire dalla prima giornata postoperatoria.

L'intervento ha una durata di circa 3-6 ore, a seconda della tecnica chirurgica adottata e delle condizioni anatomiche riscontrate. Il dolore, che potrebbe caratterizzare il periodo postoperatorio, verrà adeguatamente trattato.

Si prevede una degenza di circa 7 giorni salvo complicanze. Nel caso di un decorso favorevole è auspicabile una dimissione precoce. Nel caso di una neovescica ortotopica il Paziente verrà dimesso con catetere vescicale in sede la cui rimozione potrà avvenire sulla base alla tenuta idraulica della neovescica valutata a un controllo radiologico cistografico. Nel caso di una ureteroileocutaneostomia il Paziente verrà dimesso con tutori ureterali tipo Mono-J in sede la cui rimozione sarà effettuata presso i nostri ambulatori. Nel caso di una

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

ureterocutaneostomia il Paziente verrà dimesso con tutori ureterali tipo Mono-J che andranno sostituiti periodicamente.

RISCHI LEGATI ALL'ATTO SANITARIO PROPOSTO

Si ricorda che la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Un paziente sottoposto ad intervento di cistectomia radicale può andare in contro a vari tipi di complicanze immediate e tardive. Queste possono essere di tipo aspecifico, cioè dovute genericamente all'intervento chirurgico e al rischio anestesiologicalo, oppure specifiche per l'intervento di cistectomia, linfadenectomia e per il tipo di derivazione urinaria.

Alcune di queste complicanze per essere risolte richiedono un intervento; complessivamente la frequenza di reintervento dopo cistectomia varia tra il 10 e il 20%. Le complicanze 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 specifiche per l'intervento di cistectomia radicale complessivamente si verificano in circa il 25% dei casi, esse possono essere più o meno importanti o significative incidendo in maniera variabile sull'esito dell'intervento stesso. Si distinguono complicanze intraoperatorie, che accadono nel corso dell'intervento stesso, e complicanze postoperatorie, che sopraggiungono dopo l'intervento che a loro volta possono essere precoci o tardive.

Le complicanze intraoperatorie possono essere rappresentate da:

- **sanguinamento**: 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 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. Tale lesione comporta un deficit motorio a carico dei muscoli adduttori dell'arto inferiore interessato;
- **lesioni all'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 la resezione di un segmento intestinale e il confezionamento di una ileostomia o colostomia temporanea di protezione;
- **lesioni dei grossi vasi del piccolo bacino**: richiedono un'immediata riparazione chirurgica anche con eventuale coinvolgimento dei Chirurghi Vascolari;

Le complicanze postoperatorie precoci possono essere rappresentate da:

- **sanguinamento postoperatorio**: può richiedere trasfusioni di sangue, o raramente, il reintervento a scopo emostatico;

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

- **infezioni:** normalmente vengono trattate conservativamente; in soggetti defedati possono anche mettere in pericolo di vita il paziente; se formano delle raccolte saccate possono richiedere un drenaggio percutaneo o chirurgico;
- **linforrea:** 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 voluminose, possono richiedere un trattamento con posizionamento di un drenaggio percutaneo;
- **subocclusione o occlusione intestinale:** può essere dinamica o meccanica; l'occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa della motilità intestinale, viene gestita conservativamente con il mantenimento del sondino nasogastrico e la somministrazione di farmaci peristaltizzanti; l'occlusione meccanica, dovuta al formarsi di briglie aderenziali tra le anse intestinali che ne determinano l'angolazione e ne impediscono il regolare transito del suo contenuto, richiede solitamente il reintervento per la rimozione della causa di occlusione. Talora possono richiedersi resezioni di tratti di intestino anche con confezionamento di ileostomia-colonostomia temporanea di protezione. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di uno o più mesi;
- **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 ischemizzazione dell'ansa durante l'intervento; richiede il reintervento con il riconfezionamento di una nuova anastomosi ed eventuale confezionamento di una ileostomia temporanea di protezione;
- **lesioni intestinali da perforazione:** soprattutto se l'intestino subisce lesioni durante lo sbrigliamento a causa di aderenze da precedenti interventi o da pregressi fatti infiammatori; possono essere risolte con una gestione conservativa mediante il posizionamento di un sondino nasogastrico e l'adozione di una alimentazione parenterale per qualche settimana, oppure possono richiedere un reintervento con la riparazione della lesione ed eventuale confezionamento di una ileostomia temporanea di protezione;
- **deiscenza dell'anastomosi tra ureteri e neovescica - ansa ileale di una ureteroileocutaneostomia** (molto rara): può guarire spontaneamente, richiedere il posizionamento di tutori ureterali o richiedere un reintervento;
- **deiscenza di una sutura tra i lembi di una neovescica:** 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:** 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 postoperatorie tardive sono correlate soprattutto alla derivazione urinaria; si possono verificare:

- **ostruzione ureterale** (riduzione della funzionalità renale e/o iperpiressia e/o algie al fianco): rappresenta la complicanza più frequente, causata principalmente

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

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 tutorata con dei dispositivi Mono-J che andranno sostituiti periodicamente. Può verificarsi in un tempo variabile dopo l'intervento. Può essere anche dovuta a 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 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 è efficace 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 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 viene 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:** solitamente sui punti di sutura utilizzati nella realizzazione del neoserbatoio o in seguito a un elevato residuo postminzionale, 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;
- **ritenzionismo:** evento possibile soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti nelle donne, caratterizzata dall'impossibilità di svuotare completamente la vescica; solitamente viene trattata con l'autocaterismo intermittente pulito;
- **problemi alla stomia:** in caso di ureteroileocutaneostomia, discretamente frequenti, 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 sintomatica, dalle alterazioni flogistiche della mucosa della stomia, trattate con l'applicazione di creme, al 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 la **disfunzione erettile:** dovuta alla lesione dei nervi responsabili dell'erezione.

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

Le complicanze generali o aspecifiche legate ad ogni tipo di intervento sono:

- **febbre:** la febbre è la complicanza più comune. Le cause potrebbero essere imputate a risposta infiammatoria, infezione o reazioni a farmaci;
- **infezione:** seppur attuando tutte le conoscenze scientifiche in termini di prevenzione, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti e delle apparecchiature necessarie durante un intervento chirurgico, le infezioni possono manifestarsi sia a livello locale sia a livello sistemico;
- **emorragia:** per emorragia si intende il sanguinamento della sede di intervento. Questa complicanza può manifestarsi nonostante una corretta condotta operatoria; essa dipende da molteplici fattori tra cui le condizioni generali del paziente;
- **trombosi venosa profonda (TVP):** la trombosi venosa profonda consiste nella formazione di un coagulo di sangue (trombo) nelle vene soprattutto degli arti inferiori che rallenta, fino in qualche caso a bloccare, la circolazione ematica. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di una o più settimane. Si segnala che l'intervento è associato ad alto rischio di complicanze tromboemboliche (trombosi venosa profonda ed embolia polmonare). Per tale motivo verrà mobilizzato precocemente e verrà eseguita una profilassi con eparine a basso peso molecolare e calze elastocompressive, che proseguirà per quattro settimane dopo l'intervento;
- **embolia polmonare:** l'embolia polmonare è una patologia causata dall'ostruzione di una o più arterie polmonari per la migrazione di un trombo; essa può colpire persone di tutte le età e i sintomi possono variare a seconda del paziente. Complicanze di questa natura possono verificarsi nell'immediato o anche a distanza di una o più settimane;
- **deiscenza della ferita:** nonostante l'adozione di tecniche chirurgiche e presidi adeguati, in rari casi può verificarsi una riapertura spontanea della ferita e la fuoriuscita di visceri dalla stessa. Ciò potrebbe allungare i tempi di guarigione e/o richiedere un reintervento e/o cambiamento del risultato estetico;
- **laparoccele:** il laparoccele è un'ernia addominale tardiva che si può formare in corrispondenza della ferita chirurgica e può necessitare un intervento di ricostruzione della parete;
- **problemi legati al posizionamento in sala operatoria:** il posizionamento del paziente sul tavolo operatorio cambia in base all'area anatomica da raggiungere, alla tecnica chirurgica impiegata e agli strumenti utilizzati. In alcune posizioni si esercitano pressioni insolite su nervi e/o tessuti di alcuni segmenti corporei (per esempio collo, testa, area cervicale). Per evitare questo tipo di lesioni vengono utilizzati dei presidi appositi; nonostante ciò non è possibile eliminare completamente il rischio di lesioni collegate alla posizione assunta sul lettino operatorio. La maggior parte di queste conseguenze regredisce autonomamente nel tempo o con brevi periodi di riabilitazione; alcune invece potrebbero dare sequele irreversibili;
- **cheloidi:** questa complicanza è dovuta all'eccessiva proliferazione del tessuto fibroblastico che si origina nella sede della ferita.

Infine, si sottolinea che la frequenza di complicanze generiche o aspecifiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.), è maggiore in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.).

SCHEDA INFORMATIVA CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA

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 e dai suoi familiari.

RISCHI/EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA CORRELATI AL RIFIUTO ALL'ATTO SANITARIO

Gli esiti prevedibili del mancato trattamento sono rappresentati dalla progressione della neoplasia, in forma tale da non poter essere trattata in maniera radicale e con esiti potenzialmente fatali.

Nel caso di patologia benigna il mancato trattamento comporta la persistenza o il peggioramento della sintomatologia di base.

Preparazione	G. BETTO
Verifica	UOC Rischio Clinico C. GIROTTO
Approvazione	Direttore UOC Urologia F. DAL MORO
Rev.	Data 05/03/2021

DATA _____

FIRMA del medico proponente/che informa _____

FIRMA della persona assistita/paziente _____