

# **NOTA INFORMATIVA AL CONSENSO INFORMATO PER CISTECTOMIA RADICALE (2024)**

## **PER SAPERNE DI PIU'**

### **COME CONTROLLARE LE URINE NEL CASO DI NUOVA VESCICA (NEO-VESCICA)**

Nel caso di una nuova vescica, una perdita di urina di entità variabile deve essere considerata normale. Questo aspetto 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, ecc) e la perdita di urine sarà generalmente più consistente durante la notte anche per via del 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 pavimento pelvico possono accelerare decisamente il recupero della continenza. Buona parte dei pazienti diventa continente durante il giorno, dopo avere eseguito con costanza questi esercizi. Poiché ogni persona è diversa non è possibile prevedere quando ogni singolo paziente raggiungerà una buona continenza. Generalmente dopo circa tre mesi dall'intervento i pazienti riescono a rimanere asciutti in posizione sdraiata e, quando si alzano durante la notte per urinare sono in grado di arrivare fino al bagno trattenendo le urine. Se, dopo questo tempo, permangono problemi di continenza durante la giornata, significa che lo sfintere urinario ha bisogno di essere rinforzato maggiormente.

Per i pazienti con neo-vescica, è possibile richiedere all'urologo un piano terapeutico per la fornitura gratuita degli ausili (pannoloni, traverse, ecc)

### **COME FARE RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NEL CASO DI NUOVA VESCICA (NEO-VESCICA)**

Gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico consistono essenzialmente nella contrazione dello sfintere anale come si farebbe per evitare la defecazione. È indispensabile, però, che questi esercizi avvengano quando il paziente è rilassato (meglio se disteso e supino) a vescica vuota e che siano eseguiti senza la contemporanea contrazione di altri muscoli come quelli addominali o le cosce. Per fare questo è necessario stringere i muscoli che circondano l'orifizio anale per 5-10 secondi mediante contrazioni massimali (non interrotte) 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 a un massimo di 100 contrazioni complessive al giorno. Fino a quando non si raggiunge una buona continenza urinaria è consigliabile non bere né troppi caffè né alcolici. Se persistono delle perdite dopo avere tossito o starnutito, provare ad accavallare le gambe prima di farlo. Se dopo tre mesi dall'intervento, durante i quali siano stati eseguiti correttamente questi esercizi domiciliari, non è stata raggiunta una continenza soddisfacente si potrà effettuare, in sede ambulatoriale qualificata, una riabilitazione aggiuntiva del pavimento pelvico mediante apposita fisioterapia associata a elettrostimolazione del piano perineale (Bio-feedback + elettrostimolazione perineale).

## **COME SVUOTARE LA NEO-VESCICA**

La nuova vescica ha alcune caratteristiche diverse da quella naturale. Pertanto, è importante sapere che le sensazioni legate alla minzione verranno avvertite in maniera diversa da prima. Questo significa per esempio che non si avvertirà più il normale stimolo a urinare, bensì una sensazione di distensione e gonfiore addominale, in particolare al di sopra del pube e che dipende dal grado di distensione della neo-vescica. Nel periodo immediatamente successivo all'intervento è consigliabile svuotare la vescica ogni due ore (in modo costante) anche in assenza di una sensazione impellente. È importante imparare a urinare in posizione seduta, spingendo con la muscolatura addominale con contrazioni successive, lente e distanziate cercando di rilassare contemporaneamente lo sfintere anale. Lo svuotamento avverrà in modo più lento rispetto a prima dell'intervento 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 tre e poi quattro ore). Questo significa che anche di notte bisognerà programmare alcuni svuotamenti puntando la sveglia per non correre il rischio di distendere troppo la neo-vescica. In alcuni casi lo svuotamento può risultare difficile, richiedere troppo tempo o risultare 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 (auto-cateterismi) per completare lo svuotamento della vescica. Lo specialista urologo definirà necessità, frequenza e durata del cateterismo intermittente post-minzionale, e insegnerà come svolgere tali auto-cateterismi durante la degenza ospedaliera o durante le viste ambulatoriali.

## **COME GESTIRE LA STOMIA NEL CASO DI DI URETERO-ILEO-CUTANEO-STOMIA O URETERO-CUTANEO-STOMIA?**

In caso di ureteroileocutaneostomia o ureterocutaneostomia bilaterale il paziente, si avranno uno o due sacchetti per la raccolta delle urine. Soprattutto nelle fasi iniziali del periodo di convalescenza, il paziente potrebbe avere difficoltà nel gestire la stomia. In seguito alla dimissione il paziente verrà indirizzato in ambulatori specifici dove infermieri appositamente dedicati insegneranno a cambiare il/i sacchetto/i e spiegheranno sia al paziente sia ai familiari come gestire la stomia. Solitamente, in poche settimane il paziente, adeguatamente istruito, raggiunge l'indipendenza nella gestione della propria stomia. Infine, la ASL di riferimento predisporrà e consegnerà la documentazione necessaria per l'erogazione delle forniture protesiche (placche e sacchetti per urostomia).

## QUALI SONO LE COMPLICANZE INTRAOPERATORIE

	<b>Quanto è frequente</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Sanguinamento</b>	<b>15-25% dei casi</b>	La Cistectomia radicale, essendo un intervento altamente demolitivo, comporta nella maggior parte dei casi una discreta perdita di sangue soprattutto nei casi in cui il tumore è di grosse dimensioni. Un sanguinamento che richieda trasfusioni durante l'operazione si verifica in circa il 15-25% dei casi trattati con approccio a cielo aperto. L'utilizzo della tecnica robotica ha permesso una eccezionale riduzione del sanguinamento e eventi emorragici critici intraoperatori sono molto rari (<1%).
<b>Lesioni accidentali del nervo otturatorio</b>	<b>0,5% dei casi</b>	Il nervo otturatorio riguarda/irradia la coscia e queste lesioni possono verificarsi durante la linfadenectomia*, soprattutto se sono presenti localizzazioni neoplastiche a livello dei linfonodi. Questa evenienza è comunque molto rara, e se riconosciuta subito, può essere riparata nel corso dell'intervento.
<b>Lesioni accidentali dell'intestino</b>	<b>0,5% dei casi</b>	Le perforazioni del retto (l'ultimo tratto di intestino) nel caso in cui esso sia infiltrato dalla malattia sono rare e il rischio è più elevato nei pazienti con malattia localmente avanzata. Se minima, la lesione è suturata nel corso dell'intervento stesso; quando è invece di dimensioni maggiori, la sola sutura dell'organo non dà sufficienti garanzie e si è soliti confezionare una ileostomia/colostomia temporanea (sacchetto per le feci sulla parete addominale) per permettere una più sicura guarigione, che avviene in alcuni mesi, soprattutto del retto nel caso in cui esso sia infiltrato dalla neoplasia.
<b>Conversione tecnica a cielo aperto</b>	<b>0,5% dei casi</b>	In rari casi, l'intervento chirurgico non può essere completato con tecnica robotica, solitamente per cause anatomiche del paziente o per motivi anestesiológicos legati a problemi di respirazione del paziente. Si può rendere pertanto necessaria una conversione dell'intervento da robotico a chirurgico tradizionale. Si scollega quindi il robot, lo si allontana dal campo operatorio e si procede con una incisione cutanea sufficiente a proseguire e terminare l'intervento a cielo aperto. Nella quasi totalità dei casi la conversione permette il confezionamento della neo-vescica.

## QUALI SONO LE COMPLICANZE POSTOPERATORIE PRECOCI

	<b>Quanto è frequente</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Subocclusione o occlusione intestinale</b>	<b>1-10% dei casi</b>	Può essere di due tipi: - occlusione dinamica, dovuta alla ritardata ripresa del movimento intestinale (motilità), viene trattata con il posizionamento/mantenimento del sondino naso-gastrico e la somministrazione di farmaci per favorire la ripresa dei movimenti intestinali (peristalsi); - occlusione meccanica, dovuta al formarsi di aderenze che impediscono il regolare transito intestinale e richiede solitamente il re-intervento per la rimozione della causa.
<b>Infezioni</b>	<b>1-7% dei casi</b>	L'eventualità più pericolosa è rappresentata dalla sepsi urinaria (infezione del tratto urogenitale con risposta infiammatoria sistemica - <5% dei casi) in cui i batteri raggiungono la circolazione sanguigna determinando febbre elevata, ipotensione (pressione bassa) e forte infiammazione. In soggetti fragili le infezioni possono anche mettere in pericolo di vita. Nel caso di un picco di febbre è importante fare subito gli esami del sangue per identificare l'agente patogeno e iniziare una terapia antibiotica mirata.
<b>Sanguinamento postoperatorio</b>	<b>1-5% dei casi</b>	Può richiedere trasfusioni di sangue, un'embolizzazione selettiva (occlusione selettiva di alcuni vasi sanguigni) eseguita per via radiologica interventistica, oppure raramente, il re-intervento chirurgico per il controllo dell'emostasi.
<b>Linforrea</b>	<b>1% dei casi</b>	È una complicanza dovuta dalla perdita di linfa attraverso i drenaggi, conseguente alla linfoadenectomia. Di solito si risolve spontaneamente ma in qualche caso può determinare la formazione di linfoceli, ovvero raccolte saccate di linfa che, soprattutto se voluminose, possono richiedere un drenaggio.
<b>Infezione o deiscenza della ferita chirurgica</b>	<b>0,2-1% dei casi</b>	Infezione o riapertura/rottura della ferita, può essere superficiale o profonda.
<b>Lesioni intestinali</b>	<b>0,7% dei casi</b>	Possono verificarsi se l'intestino subisce lesioni a causa di aderenze da precedenti interventi o da pregressi fatti infiammatori. Possono risolversi con l'adozione di un'alimentazione parenterale (endovenosa), o possono richiedere un re-intervento con la riparazione della lesione ed eventuale confezionamento di un'ileostomia o colostomia temporanea.
<b>Difficoltà a effettuare il cateterismo della neo-vescica</b>	<b>0,5% dei casi</b>	Di solito si risolve lasciando un catetere a dimora per due o tre settimane. Raramente richiede un re-intervento.
<b>Deiscenze delle anastomosi o delle suture</b>	<b>0,4-0,8% dei casi</b>	Riguardano il distacco totale o parziale della anastomosi intestinale, tra ureteri e neo-vescica, tra ureteri e ansa ileale, tra neo-vescica e uretra o della sutura tra i lembi della neo-vescica. Compaiono quando l'intestino si presentava in condizioni di debolezza per eventi precedenti (radio e chemioterapia) o a causa di alterazioni vascolari da

arteriosclerosi diffusa, o per la eccessiva ischemizzazione (ridotto afflusso di sangue) dell'ansa durante l'intervento. Possono causare fuoriuscita di urina tra le anse intestinali. Solitamente guariscono spontaneamente e raramente richiedono un re-intervento.

### QUALI SONO LE COMPLICANZE POSTOPERATORIE TARDIVE

	<b>Quanto è frequente</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Incontinenza urinaria nella neo-vescica</b>	<b>15-35% dei casi</b>	È un evento comune soprattutto nel primo periodo postoperatorio. Può essere diurna e notturna o solo notturna: se si manifesta in forma lieve, cioè solo di notte o a seguito di improvvisi aumenti della pressione addominale, non richiede un trattamento. Se invece si manifesta in forma grave deve essere innanzitutto studiata per stabilirne i meccanismi e le cause e quindi trattata con tecniche varie, che possono essere farmacologiche, riabilitative, endoscopiche o chirurgiche. Una lieve incontinenza urinaria da sforzo è comune. Essa è dovuta alla incapacità del muscolo sfintere urinario esterno a trattenere le urine, in particolare quando la pressione addominale aumenta (es: colpi di tosse, sollevamento di pesi, alzarsi da una sedia).
<b>Disfunzione erettile</b>	<b>10-75% dei casi</b>	È tra le più comuni conseguenze della Cistectomia radicale ed è l'incapacità ad avere erezioni sufficienti a consentire un rapporto sessuale soddisfacente. È dovuta al danno provocato nel corso dell'intervento a nervi e vasi responsabili del mantenimento della funzione erettile e che decorrono molto vicini alla prostata. In alcuni casi (circa 20-30%) sarà possibile ripristinare un certo grado di funzionalità erettile postoperatoria con l'ausilio di farmaci. Il recupero della potenza sessuale, ovviamente, dipenderà anche dallo stato della funzione erettile preoperatoria.
<b>Stenosi anastomosi uretro-neo-vescicale</b>	<b>1-30% dei casi</b>	A distanza di mesi/anni dalla Cistectomia radicale può manifestarsi una stenosi (restringimento) dell'anastomosi uretro-neo-vescicale. Questa richiede l'esecuzione di un intervento endoscopico per la sua risoluzione e un cateterismo prolungato.
<b>Problemi alla stomia</b>	<b>25% dei casi</b>	Avvengono soprattutto in caso di uretero-ileo-cutaneo-stomia, sono rappresentati principalmente da: - restringimento della stomia cutanea che può essere trattato con dilatazioni ripetute oppure un posizionamento temporaneo di un piccolo catetere; - ernia parastomiale (vicino alla stomia) che va corretta chirurgicamente soprattutto se di grosse dimensioni e fastidiosa; - infiammazioni della mucosa della stomia da trattare con l'applicazione di creme locali; - sanguinamento di piccoli vasi vicino alla stomia che possono richiedere l'applicazione di punti di sutura.
<b>Disturbi sistemici e metabolici</b>	<b>10% dei casi</b>	Si manifestano come un progressivo deterioramento della funzione renale, anemia, riassorbimento di sostanze presenti nelle urine a opera del tratto gastroenterico utilizzato per costruire la neo-vescica. Questi disturbi che tendono a ridursi nel tempo e sono:

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- acidosi ipercloremica, cioè una acidificazione del sangue, che può essere trattata con la somministrazione di bicarbonato;</li> <li>- ridotto assorbimento di vitamine.</li> </ul>
<b>Ostruzione ureterale con conseguente idro-uretero-nefrosi</b>	<b>3% dei casi</b>	È causata principalmente dall'ischemia (assenza di apporto di sangue) del tratto terminale dell'uretere. Si può verificare in tutti i tipi di derivazione e può verificarsi in un tempo variabile dopo l'intervento. Può anche essere legata a una recidiva tumorale nella sede dell'anastomosi. Se bilaterale, può causare insufficienza renale.

### **ALTRE COMPLICANZE IN CASO DI NEO-VESCICA**

	<b>Quanto è frequente</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Ipercontinenza</b>	<b>15% dei casi</b>	Evento possibile soprattutto nelle derivazioni urinarie continenti. È caratterizzata dall'impossibilità di svuotare completamente la neo-vescica; solitamente viene trattata con l'auto-cateterismo intermittente.
<b>Formazione di calcoli nella neo-vescica</b>	<b>1-5% dei casi</b>	Solitamente sui punti utilizzati nella realizzazione di una neo-vescica o in seguito alla formazione di ristagno post-minzionale di urina nella neo-vescica, che predispone all'insorgenza di infezioni. I calcoli di solito possono essere trattati per via endoscopica, e raramente richiedono un re-intervento chirurgico a cielo aperto.
<b>Reflusso ureterale</b>	<b>0,4-3% dei casi</b>	Rappresenta il ritorno dell'urina dalla neo-vescica verso i reni. Di solito non deve essere trattato, può richiedere un re-intervento solo se causa di un deterioramento della funzione renale con dilatazione cronica dei reni.
<b>Rottura della neo-vescica</b>	<b>0,5% dei casi</b>	In zone della parete poco irrorate; può risolversi con il semplice drenaggio percutaneo oppure può richiedere un intervento di riparazione della neo-vescica a cielo aperto.
<b>Formazione di fistola vescico-vaginale</b>	-	È una possibile complicanza femminile, spesso sottovalutata, che non permette il raggiungimento della continenza.

