

NOTA INFORMATIVA AL CONSENSO INFORMATO PER CISTECTOMIA RADICALE (2024)

In questo documento le verranno fornite informazioni sull'intervento, nel caso volesse avere più dettagli troverà specifici approfondimenti al termine di queste prime pagine.

È molto importante che lei abbia informazioni complete e chiare e abbia ben compreso quanto le viene proposto. Non abbia alcun timore e non esiti a chiedere più informazioni al medico per risolvere eventuali dubbi o aspetti non chiari.

Perché è necessario effettuare questa operazione

L'urologo l'ha informata che, sulla base del risultato degli esami, è stata fatta una diagnosi di tumore alla vescica* è quindi necessario effettuare un importante intervento chirurgico chiamato Cistectomia Radicale. La Cistectomia Radicale è il trattamento di riferimento per questo tipo di tumore. In particolare, si ha l'indicazione all'intervento nei casi di tumore della vescica ad alto rischio di progressione, soprattutto quando il tumore vescicale invade la parete muscolare o quando il tumore occupa una superficie vescicale ampia. La Cistectomia Radicale può essere necessaria, inoltre, in presenza di tumore di grosse dimensioni e sanguinante non controllabile con altri mezzi terapeutici, indipendentemente dal grado* del tumore.

Questo intervento è consigliato a tutti i pazienti che hanno una diagnosi di tumore senza metastasi* e possono quindi venire guariti grazie all'intervento o ottenere una maggiore probabilità di cura, controllo di malattia o miglioramento della qualità della vita.

Per decidere al meglio se fare l'intervento deve sapere che la Cistectomia Radicale offre, per casi come il suo, la migliore sopravvivenza a lungo e medio termine. A cinque anni dall'intervento è vivo circa il 75% dei pazienti, questa percentuale varia però molto in base al tipo di tumore, chiedi al suo urologo maggiori informazioni.

Che cos'è l'intervento chirurgico di Cistectomia Radicale

L'intervento si compone di una parte demolitiva e di una ricostruttiva, si svolgerà in anestesia generale e avrà una durata variabile tra tre e sei ore.

La **parte demolitiva** consiste nell'asportazione della vescica*, dei linfonodi pelvici, la cosiddetta linfoadenectomia*. Inoltre, nell'**uomo** è prevista l'asportazione di prostata e vescicole seminali mentre nella **donna** è prevista l'asportazione della parete vaginale anteriore e dell'utero. Questa chirurgia può essere fatta a cielo aperto, in laparoscopia* standard e in laparoscopia robot-assistita.

La **parte ricostruttiva** comporta la creazione di una derivazione urinaria, ovvero un sistema per trasportare le urine al di fuori del suo corpo. Esistono diverse tecniche, alcune delle quali necessitano di un "sacchetto" da apporre sulla pancia. Sarà il chirurgo che in base alla situazione proporrà quella più adatta dopo aver:

- valutato le condizioni generali del paziente e la presenza di complicanze (quali idronefrosi, insufficienza renale, calcolosi renale),
- valutato le condizioni della malattia, le caratteristiche e l'estensione del tumore,
- discusso le preferenze del paziente e il possibile impatto sulla qualità della vita.

Per gli **uomini**: con la rimozione della prostata, il paziente non sarà più in grado di eiaculare e quindi avere figli – diventerà sterile. Inoltre, il paziente potrà avere problemi di erezione. In casi selezionati (in base alle condizioni oncologiche, all'età e alle motivazioni del paziente) può essere effettuato un intervento che mira a salvaguardare i nervi erettori (il cosiddetto nerve-sparing). Tale intervento ha comunque possibilità di successo estremamente variabili. Se il paziente desidera avere dei figli può effettuare la preservazione del seme prima dell'intervento o, dopo la chirurgia, ricorrere alla fecondazione artificiale.

Per le **donne**: in caso di rimozione dell'utero, le pazienti non potranno più avere figli. Con la rimozione della parete anteriore della vagina l'organo subisce una riduzione che potrebbe compromettere successivamente anche la qualità dei rapporti sessuali. In casi particolari (in base alle condizioni oncologiche, all'età e alle motivazioni della paziente) può essere effettuato un intervento che mira a salvaguardare vagina, utero, tube e ovaie (il cosiddetto sex-sparing). Tale intervento permette di migliorare la qualità della vita sessuale della paziente; potrà tuttavia essere eseguito solo quando gli esami pre-operatori non mostrano alcun segno di estensione del tumore della vescica verso gli organi genitali femminili. Poiché spesso questo intervento è realizzabile, è bene chiedere al chirurgo di discutere la preservazione degli organi sessuali.

La Cistectomia è considerata un intervento di chirurgia maggiore e possono verificarsi diverse complicanze, legate sia alla parte demolitiva sia alla parte ricostruttiva. La frequenza di complicanze dell'intervento è intorno al 50% dei casi, includendo quelle lievi. Le complicanze possono incidere in maniera variabile sull'intervento stesso, con la necessità di un re-intervento intorno al 10-15% dei casi.

La mortalità peri-operatoria, cioè quella che avviene nei trenta giorni successivi all'intervento chirurgico, varia dallo 0,3 al 2%, mentre la mortalità intraoperatoria è inferiore allo 0,5%.

La parte demolitiva: tipi di chirurgia

L'intervento è eseguito con una delle tecniche elencate sotto. Indipendentemente dalla tecnica usata il tumore viene aggredito nello stesso modo.

- Chirurgia "a cielo aperto", cioè, praticando manualmente un taglio tra ombelico e pube e procedendo alla esportazione della vescica e degli altri organi. Questa tecnica è associata a minor tempo operatorio ma a sanguinamenti maggiori.
- Laparoscopia classica, cioè, impiegando strumenti meccanici che passano all'interno di piccole cannule inserite nell'addome attraverso piccoli buchi. Questa tecnica necessita di tempi operatori maggiori rispetto alla chirurgia a cielo aperto ma riduce i sanguinamenti e il trauma addominale. Una particolare telecamera consente di operare guardando l'immagine del campo operatorio su di un monitor: il chirurgo manovra a distanza gli strumenti da un apposito pannello di controllo posto nella stessa sala operatoria. Questo tipo di tecnica non è applicabile a tutti i pazienti, come ad esempio in caso di severa broncopneumopatia o in caso di obesità severa.
- Laparoscopia robot-assistita, cioè usando degli strumenti meccanici miniaturizzati collegati a un robot computerizzato, a sua volta manovrato dal chirurgo. Questa tecnica associa i vantaggi della laparoscopia (minor sanguinamento e minor trauma chirurgico) alla precisione della chirurgia a cielo aperto permettendo di mantenere tempi operatori simili alla chirurgia a cielo aperto. Questa tecnica consente di operare con un ingrandimento visivo fino a circa 20 volte e con una visione in tre-dimensioni.

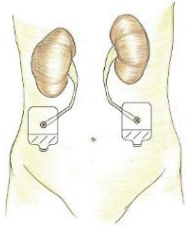
Il tipo di intervento dipende anche dal tipo di malattia presente in vescica, cioè, da grado istologico*, stadio*, multi-centricità delle lesioni, estensione e sede delle lesioni.

La parte ricostruttiva: tipi di derivazione

Durante l'intervento chirurgico, dopo la fase demolitiva è necessario confezionare una derivazione urinaria per la raccolta delle urine. Esistono diverse tecniche qui di seguito descritte.

Derivazione urinaria incontinente - Uretero-Cutaneo-Stomia (UCS)

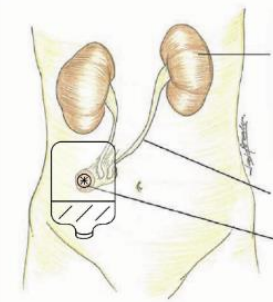
In cosa consiste: gli ureteri sono attaccati direttamente all'esterno sulla cute e l'urina viene raccolta in due sacchetti (UCS bilaterale) posti ai lati dell'addome o in un sacchetto (UCS monolaterale) da sostituire periodicamente. Viene posizionato un tutore (detto anche cateterino) all'interno dell'uretere per evitare il restringimento della stomia, cioè dell'apertura creata chirurgicamente sull'addome. Il tutore verrà sostituito periodicamente in ambulatorio ogni circa 3-6 mesi. **A chi viene proposta:** questa derivazione è in genere riservata ai casi di Cistectomia di salvataggio (dopo fallimento di terapie mirate alla conservazione della vescica come chemio-radioterapia) o come intervento palliativo in caso di sintomi quali emorragia o dolore nei pazienti con malattia in stadio avanzato o nei casi in cui l'intestino non può essere utilizzato. **Vantaggi:** è una tecnica più



semplice e meno invasiva rispetto alle altre (tempo operatorio inferiore, intestino non toccato). **Svantaggi:** è comunque gravata da possibili complicanze quali la necrosi* dell'uretere (cioè la perdita di vitalità), il distacco dell'uretere dalla cute, le infezioni, l'insufficienza renale; il paziente dovrà portare dei tutori ureterali (stent) a vita, da cambiare ogni 3-6 mesi, con un conseguente rischio di infezione.

Derivazione urinaria incontinente - Uretero-ileo*-cutaneo stomia* (secondo Bricker/Wallace)

In cosa consiste: per questa derivazione si utilizza un segmento di intestino tenue chiamato ileo* a cui vengono attaccati gli ureteri. Questo segmento viene poi anastomizzato, ossia "attaccato", 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

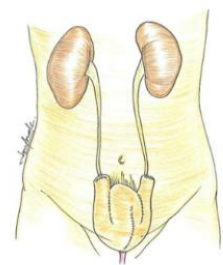


con una placca adesiva in corrispondenza della stomia cutanea e deve essere svuotato periodicamente. La cura del sacchetto di raccolta delle urine è facile e al paziente vengono fornite tutte le informazioni necessarie. La presenza della stomia, per quanto in genere difficile all'inizio da accettare, non compromette la qualità di vita del paziente se istruito e informato all'utilizzo corretto e a piccoli accorgimenti atti a rendere la vita quotidiana la più normale possibile. Diversi studi hanno permesso di dimostrare che a un anno dall'intervento, la qualità della vita dei pazienti portatori di urostomia secondo Bricker è comparabile ai pazienti con neo-vescica ortotopica. **A chi viene proposta:** quando non è possibile una neovescica ileale ortotopica oppure nei casi di

interessamento anche di uretra o ureteri, incontinenza urinaria, altri tumori, problemi di funzionalità renale, insufficienti condizioni generali, poca collaborazione del paziente. **Vantaggi:** possedere un'unica stomia cutanea con netta riduzione delle infezioni urinarie senza l'onere di dover periodicamente sostituire i tutori ureterali. **Svantaggi:** questo tipo di derivazione, rispetto alla più semplice uretero-cutaneo-stomia presenta tempi di realizzazione chirurgica maggiori.

Derivazione urinaria continente - Neo-vescica ileale ortotopica*

In cosa consiste: rappresenta la migliore soluzione dal punto di vista estetico ed è il tipo di derivazione più complessa da realizzare. Viene ricostruita una nuova vescica con un tratto di intestino tenue chiamato ileo* a cui vengono attaccati gli ureteri, questa neo-vescica viene quindi attaccata all'uretra. La neo-vescica funziona come serbatoio per l'urina, e dovrà essere svuotata periodicamente. **A chi viene proposta:** Nel caso in cui il paziente sia in buone condizioni generali (no insufficienza renale e intestino che lo consenta) e la malattia, durante l'intervento chirurgico, risulti confinata alla vescica senza coinvolgimento dell'uretra e degli ureteri, è potenzialmente fattibile il confezionamento di tale derivazione.



Vantaggi/Svantaggi: È consigliata una specifica riabilitazione per apprendere il nuovo modo di urinare. Infatti lo stimolo minzionale* verrà avvertito come sensazione di pienezza o leggero dolore sopra pubico. L'intervento necessita di un'importante motivazione da parte del paziente a eseguire una riabilitazione del pavimento pelvico. Nonostante tutto, il rischio di incontinenza notturna è elevato anche nei pazienti giovani e che riescono a recuperare una continenza diurna.

* Veda a pagina 6: "Che cosa è? Che cosa vuol dire?"

Derivazione urinaria incontinente - Derivazione urinaria tasca continente eterotopica*

In cosa consiste: è ricostruito un neo-serbatoio con un tratto di intestino isolato (ileo o colon) e questo viene attaccato con tecnica continente generalmente all'ombelico celandone lo sbocco. **A chi viene proposta:** quando non è possibile utilizzare l'uretra per tumore, stenosi, incontinenza. **Vantaggi:** consente di mantenere un'immagine corporea inalterata. **Svantaggi:** è un serbatoio che per svuotarsi richiede l'auto-cateterismo.



Cosa può succedere durante l'intervento

Le complicanze intra-operatorie, cioè durante l'intervento, che si possono verificare sono:

complicanze aspecifiche cioè, dovute genericamente all'intervento chirurgico e legate anche alle condizioni generali del paziente o a problemi con l'anestesia che si possono creare nel corso dell'intervento.

complicanze specifiche sono invece legate direttamente all'intervento di Cistectomia, alla linfoadenectomia o al tipo di derivazione urinaria. Queste possono essere più o meno importanti o significative e incidono in maniera variabile sull'esito dell'intervento stesso. Alcune di queste complicanze per essere risolte richiedono un altro intervento chirurgico.

Cosa può succedere subito dopo l'intervento o durante il decorso post-operatorio

Dopo l'intervento di Cistectomia Radicale è prevista una degenza tra 7 e 14 giorni, a seconda del tipo di derivazione urinaria fatta e della tecnica chirurgica utilizzata. In presenza di complicazioni questo periodo può allungarsi. Appena possibile, fin dalla prima giornata, il paziente viene fatto alzare per riprendere le attività quotidiane e per evitare complicanze come flebiti o infezioni polmonari. E' consigliato muoversi per favorire la circolazione e la mobilità intestinale. Per ridurre il rischio di malattie tromboemboliche verranno fatte indossare calze elastiche e somministrata una terapia con anticoagulanti. Durante tutta la degenza è prevista una attenta terapia contro il dolore. Se si sente dolore è consigliato parlarne subito con il medico o gli infermieri.

I drenaggi addominali posizionati durante l'intervento per far uscire sangue o altri liquidi verranno rimossi secondo le disposizioni o il parere del chirurgo, così come i tutori ureterali usati per drenare le urine. Nel caso di confezionamento di una neo-vescica ortotopica verrà usato anche un catetere vescicale che sarà rimosso dopo valutazione radiologica (chiamata cistografia retrograda).

Una volta a casa la convalescenza dura circa un mese, in questo periodo è consigliata una vita normale senza sforzi fisici e una dieta varia ed equilibrata. In caso di febbre, dolori o gonfiori contattare subito l'ospedale.

Cosa può succedere dopo l'intervento

Le complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento (post-operatorie) si definiscono precoci se si verificano entro 30 giorni, tardive se si verificano dopo 30 giorni dall'intervento. Qui di seguito sono solo elencate alcune di queste.

Complicanze post-operatorie precoci

Si possono verificare infezioni, sanguinamenti che possono richiedere trasfusioni di sangue, cedimento delle suture intestinali o urinarie, complicanze della ferita chirurgica, ritardo della ripresa della funzione intestinale (ileo paralitico) o blocco intestinale, accumulo di linfa a livello addominale (linfocele).

Possono inoltre verificarsi complicanze di ordine generale come la trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare (la cui frequenza è ridotta con le punture di eparina*, che riduce significativamente ma non esclude del tutto la possibilità di questi eventi), in casi molto rari infarto del miocardio e ictus cerebrale si manifestano in pazienti particolarmente fragili e compromessi.

Complicanze post-operatorie tardive

Tra le complicanze tardive si segnalano: ostruzione ureterale, infezioni urinarie, formazione di calcoli nelle neo-vesciche o nelle tasche continenti, deterioramento della funzione renale, stenosi

(restringimenti) delle suture tra ureteri e segmenti intestinali utilizzati nella derivazione urinaria, formazione di una fistola vescico-vaginale (nelle donne).

Una importante conseguenza dell'intervento è l'impotenza sessuale che si verifica negli uomini a meno che non si sia adottata una tecnica conservativa dei nervi. L'impotenza può essere affrontata con l'iniezione intracavernosa di farmaci che consentono l'erezione, la cosa migliore è parlarne con il medico/andrologo, anche le associazioni dei pazienti possono essere un valido aiuto.

Nelle donne e negli uomini che hanno avuto derivazioni urinarie continenti è possibile l'ipercontinenza, cioè l'impossibilità di svuotare completamente la vescica; solitamente viene consigliato l'auto-cateterismo intermittente.

Nel caso di neo-vescica ortotopica la continenza diurna completa è riportata nel circa 70-80% dei pazienti. La continenza notturna richiede risvegli programmati per evitare la perdita d'urina. I pazienti operati da diversi anni dimostrano migliore gestione della continenza.

Più tardivamente possono comparire altre complicanze quali l'insufficienza renale, la stenosi (restringimento) della stomia cutanea, la stenosi della giunzione tra ureteri e ansa di intestino con conseguente dilatazione dei reni, talvolta tale da necessitare il posizionamento di una nefrostomia percutanea (piccolo tubo di drenaggio delle urine che viene posizionato direttamente nel rene per drenare le urine in un ulteriore sacchetto di raccolta applicato sul fianco).

I controlli periodici post-operatori, il cosiddetto follow-up

Sulla lettera di dimissione si troveranno utili indicazioni sulle visite di controllo.

In base al referto istologico potrà essere necessaria la visita con un oncologo, oppure l'inserimento in un percorso di vigile sorveglianza, basato sulla periodica esecuzione di esami del sangue e strumentali (ecografie, TC, radiogrammi del torace).

L'urologo e l'oncologo forniranno tutte le necessarie informazioni.

Un aiuto da parte di chi c'è già passato: l'associazione PaLiNUro

PaLiNUro è l'acronimo di un'associazione di promozione sociale: "Pazienti Liberi dalle Neoplasie Uroteliali". L'associazione nasce da un gruppo di ex pazienti che hanno vissuto l'esperienza della loro malattia sentendo il bisogno di confrontarsi con qualcuno capace di interpretare il loro bisogno di "sapere". Gli associati di PaLiNUro sono ex pazienti, pazienti e loro famiglie, volontari e membri della comunità medico scientifica i cui sforzi congiunti hanno lo scopo di dire a chi soffre di neoplasie uroteliali: *NON SARAI PIU' SOLO!*

L'obiettivo di PaLiNUro è sapere dire alle persone che si affacciano alla malattia "dove si trovano", in ogni momento, dandogli informazioni che spieghino, con linguaggio facile e familiare cosa fare, come risolvere quella specifica situazione e come si evolverà il decorso della sua malattia e la convalescenza fino ad arrivare all'auspicabile momento della guarigione. Con PaLiNUro intendiamo riempire anche i vuoti temporali, quando il paziente è fuori dall'ospedale e ha bisogno d'interpretare un sintomo, gestire una situazione inaspettata o sedare un dubbio angosciante, arrivando, dove possibile, a dare informazioni pratiche dalla gestione della malattia all'invalidità. Per saperne di più:

<https://www.associazionepalinuro.com>, info@associazionepalinuro.com, cellulare 3509084589.

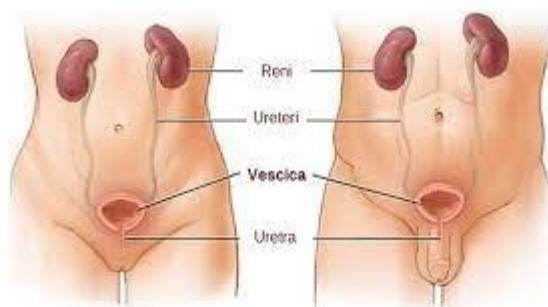
Indirizzi utili della struttura

Per avere maggiori informazioni si rivolga a ... da compilare dalla struttura con telefono e mail.

Per la messa a punto di questo documento sono stati presi come riferimento le note informative di numerosi centri clinici italiani. Il lavoro è stato coordinato dal Gruppo di lavoro composto da: Laura Magenta, Edoardo Fiorini, Alessandro Boni, Daniela Girardo dell'Associazione PaLiNUro; Paola Mosconi, Pasquale Paletta, Cinzia Colombo dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS; Enza Dossena - Divisione di Chirurgia Urologica, Istituto Europeo di Oncologia; Fabrizio Longo, Massimo Maffezzini, Simone Albissinni e Roberto Salvioni clinici urologi.

CHE COSA È? CHE COSA VUOL DIRE?

***Che cosa è la vescica?** È un organo muscolare cavo posto nel bacino. Serve alla raccolta dell'urina prodotta dai reni che viene veicolata attraverso due canali/tubetti chiamati ureteri. Dalla vescica l'urina viene periodicamente espulsa all'esterno attraverso un condotto chiamato uretra che ha due anelli muscolari chiamati sfinteri che sono responsabili del meccanismo della continenza urinaria. Nella figura l'apparato urinario di un uomo e di una donna.



MEDICINA ONLINE

***Che cosa è il tumore alla vescica?** Questo tumore rappresenta circa il 70% delle forme tumorali a carico dell'apparato urinario. È più comune tra i 60 e i 70 anni ed è tre volte più frequente negli uomini rispetto alle donne. Circa otto persone su dieci sono vive a cinque anni dalla diagnosi (in termini tecnici si parla di sopravvivenza dell'80%).

Il tipo più frequente di tumore della vescica è il cosiddetto carcinoma a cellule uroteliali 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. I sintomi con cui si può presentare il tumore alla vescica sono comuni anche ad altre malattie che colpiscono l'apparato urinario, ad esempio sangue nelle urine, disturbi e bruciori durante la minzione* (il momento in cui si espelle l'urina).

Possibili fattori di rischio per lo sviluppo di un tumore alla vescica sono il fumo di sigaretta, l'esposizione cronica o professionale a sostanze come amine aromatiche e nitrosamine (lavoratori industria tessile, gomma e cuoio).

***Che cosa è il grado istologico?** È una misura che indica, con un valore numerico, quanto le cellule maligne siano diverse dalle cellule normali. Più alto è il grado, più aggressiva è la malattia.

***Che cosa è una metastasi?** La metastasi si ha quando le cellule tumorali si spostano dalla zona in cui si sono formate (in questo caso la vescica) a un'altra parte del corpo. Le cellule metastatiche si staccano da un tumore primario, viaggiano attraverso il sangue o i vasi linfatici e formano un nuovo tumore secondario in altri organi o tessuti (Elaborata da AIRC).

***Che cosa è la linfadenectomia?** Detta anche svuotamento linfonodale, prevede la rimozione di uno o più linfonodi nell'area del tumore in cui vi è un'alta probabilità di metastasi linfonodali.

***Cosa vuol dire laparoscopia?** Il termine si riferisce ad una tecnica chirurgica minimamente invasiva che comporta piccole incisioni e non grandi tagli.

***Che cosa è lo stadio?** È il modo più semplice e standardizzato per dire quanto un tumore sia esteso e diffuso nel momento in cui viene diagnosticato.

***Che cosa è una necrosi?** Si definisce come l'insieme delle trasformazioni che in un organismo vivente comportano la morte di cellule o gruppi cellulari, zone di tessuto e porzioni di organo.

***Che cosa è una stomia?** Si chiama così l'apertura creata chirurgicamente sull'addome.

***Che cosa è l'intestino ileo?** È la parte finale dell'intestino tenue.

***Cosa vuol dire ortotopico?** Quando la vescica è ricostruita nella sua sede naturale.

***Che cosa è la minzione?** È il momento dell'espulsione (uscita) dell'urina dalla vescica.

***Cosa vuol dire eterotopico?** Quando la vescica è ricostruita in una sede diversa da quella naturale.

***Che cosa è l'eparina?** È un farmaco anticoagulante capace di rallentare o interrompere il processo di coagulazione del sangue.

* Veda a pagina 6: "Che cosa è? Che cosa vuol dire?"

COSA FARE PRIMA DELL'INTERVENTO

Questa sezione contiene indicazioni generali, informazioni più dettagliate saranno fornite dal personale dell'ospedale dove avverrà il ricovero.

Cosa fare prima della Cistectomia Radicale

La giornata del pre-ricovero è un momento importante che ha l'obiettivo di dare il nullaosta all'intervento, verranno eseguiti: esami ematici, elettrocardiogramma, radiografia del torace, eventuali esami diagnostici richiesti dall'urologo, valutazione urologica, valutazione anestesiologicala.

Al momento del pre-ricovero si deve portare tutta la documentazione clinica in possesso, sia quella di pertinenza urologica sia quella riguardante altre patologie (diabete, ipertensione, problemi cardiaci, altro). È importante anche annotare tutte le terapie che si fanno a casa per poterle comunicare al gruppo medico e infermieristico.

Al termine del pre-ricovero verranno consegnate le istruzioni su cosa fare il giorno prima dell'intervento.

Istruzioni prima dell'intervento

Il ricovero avviene il giorno prima o il giorno stesso dell'intervento.

In caso di ricovero il giorno stesso si ricorda la necessità di digiuno assoluto (niente cibo e niente acqua!) dalla mezzanotte del giorno prima. La sera precedente consumare una cena leggera, eseguire una peretta (clistere) che potrà trovare in farmacia e, se possibile, depilarsi dai capezzoli a metà coscia, con particolare riguardo per i peli del pube.

Al momento del ricovero il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e accompagnerà il paziente al letto. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato in camera eventuali protesi dentarie e oggetti personali come orologio, gioielli, piercing, ecc. Al momento del ricovero il paziente deve comunicare eventuali modifiche della propria situazione clinica insorte dal momento del pre-ricovero al momento del ricovero.

CONSIGLI UTILI

DEPILAZIONE E COSMESI

Eseguire un accorciamento dei peli con l'utilizzo di un rasoio elettrico, prima dell'utilizzo del rasoio accorciare i peli con le forbici (se necessario). È vietato utilizzare un rasoio manuale in quanto può creare microlesioni della cute che aumentano il rischio di infezione. Non usare nessun tipo di crema depilatoria se non l'ha mai utilizzata prima soprattutto in zona genitale. Togliere smalto o gel dalle unghie di mani e piedi, eventuali piercing, gioielli e lenti a contatto.

IGIENE PERSONALE

La mattina dell'intervento eseguire una doccia con sapone neutro lasciando per ultima la detersione della zona genitale e perianale, fare attenzione alla pulizia dell'ombelico.

Asciugarsi tamponando e lasciando per ultima la zona genitale e perianale.

Indossare intimo e vestiti puliti ma non usare creme, profumi e deodoranti.

DIGIUNO

Fondamentale il digiuno da cibi solidi dalle ore 24.00. Per l'assunzione di liquidi rispettare le indicazioni che verranno fornite dal personale.

PULIZIA INTESTINALE

Seguire le indicazioni che le verranno fornite dal personale.

TERAPIA ANTITROMBOTICA

Eseguire l'iniezione sottocute di eparina a basso peso molecolare, il dosaggio sarà personalizzato a seconda del rischio trombotico. Portare con sé calze elastiche modello autoreggente di classe A1 per ridurre il rischio di trombosi (si possono acquistare in farmacia).

COSA FARE QUANDO SI RITORNA A CASA E ALLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

Che cosa mangiare

Nel caso siano state create una o due stomie con uno o due sacchetti non ci sono particolari limitazioni nell'alimentazione.

Nel caso di vescica intestinale (neo-vescica ileale ortotopica) si ha una maggiore perdita di acqua e sali, soprattutto nel periodo post-operatorio. Per questo motivo è importante assumere una quantità sufficiente di acqua (2-3 litri al giorno) e di sali (brodo, succhi di frutta, integratori salini, ecc). Si raccomanda nei tre giorni precedenti l'intervento e nei 30 giorni successivi di non bere alcolici e di non fumare. In alcuni casi, su indicazione degli esami del sangue da eseguire periodicamente, potrà essere utile anche l'assunzione di bicarbonato di sodio, ferro, folina, vitamina B12, ecc.

È inoltre molto importante arricchire la dieta di frutta e verdura anche al fine di regolarizzare l'attività dell'intestino. È sconsigliabile utilizzare clisteri nel primo mese dopo l'intervento poiché le pareti del retto sono molto sottili e potrebbero essere danneggiate.

È molto frequente che le urine contengano quantità variabili (abbondanti soprattutto all'inizio) di muco prodotto dall'intestino usato per la ricostruzione. 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 e calcoli. Per ridurre la produzione del muco è utile assumere una maggiore quantità di liquidi.

Fare attività fisica

Dopo la dimissione si può passeggiare liberamente, salire e scendere le scale. Bisogna però ricordare di evitare sforzi eccessivi come, ad esempio, sollevare oggetti pesanti (maggiori di 5 kg) o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa, bicicletta e moto, ecc) per almeno 6 settimane dall'intervento. Infatti, questo è il tempo necessario perché si sviluppi un tessuto cicatriziale saldo sia a livello della ferita sia nelle zone interessate dall'intervento. È sconsigliato fare attività fisiche faticose prima del dovuto per non danneggiare le suture. Dopo circa 6 settimane dall'intervento, si può riprendere tutte le attività svolte prima dell'intervento.

L'attività sessuale

Dopo l'intervento è frequente avere difficoltà nell'attività sessuale. Nell'uomo si manifesta soprattutto con la difficoltà a raggiungere l'erezione e la perdita dell'eiaculazione. Il primo segno favorevole è vedere un allungamento e ingrossamento del pene nel momento del massimo eccitamento sessuale, anche in assenza di rigidità. Non c'è da aspettarsi "la perfetta erezione" prima di avere un rapporto sessuale, e inizialmente è possibile provare ad avere un rapporto anche se l'erezione è parziale. L'orgasmo è un fenomeno psichico legato al raggiungimento del piacere, questo quindi sarà presente nei pazienti che hanno rapporti sessuali adeguati (anche se a volte riferito dai pazienti "diverso" e "migliore" perché non correlato all'eiaculazione), è possibile inoltre il raggiungimento di un orgasmo anche senza una erezione.

Il recupero delle erezioni può necessitare l'uso di terapie farmacologiche tramite pasticche o micro-iniezioni locali. Questo recupero, difficoltoso e che non porterà necessariamente al ripristino della erezione, potrà essere eseguito a distanza dell'intervento con l'aiuto di un urologo specializzato in andrologia.

Nella donna possono manifestarsi disturbi della sfera sessuale da imputare a una riduzione del desiderio e/o al dolore alla penetrazione (dispareunia). Ciò è causato sia dal danno vascolare (riduzione della lubrificazione vaginale) sia dalla riduzione di lunghezza e di elasticità della vagina, ma anche dalle conseguenze della menopausa, inevitabilmente indotta dall'intervento. Il recupero può essere lento e richiede collaborazione da parte della coppia. Per i disturbi sessuali possono essere utili estrogeni locali o lubrificanti vaginali.

Aspetti psicologici

Un colloquio con uno psicologico andrebbe sempre offerto a chi si appresta a effettuare questo intervento. Utile anche il supporto di sessuologi/sessuologhe. È possibile chiedere consiglio al medico o a una associazione di pazienti.