

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

CONFRONTO DI STUDI SULLA QUALITA' DI VITA NEI PAZIENTI
SOTTOPOSTI A DERIVAZIONE URINARIA ESTERNA O ORTOTOPICA
E PRODUZIONE DI UN OPUSCOLO INFORMATIVO.

Quality of life comparison in patients with external or orthotopic urinal
diversion with production of an outpatient brochure.

RELATORE:

Dott. Giovanni Casetta

CANDIDATA:

Daniela Allasia

*Ai miei genitori
Che mi hanno permesso di arrivare sin qui
E a Massimo che con il suo amore
Mi è stato sempre vicino*

INDICE

INTRODUZIONE	6
PARTE I	8
1. IL TUMORE ALLA VESCICA	9
1.1 Epidemiologia	10
1.2 Fattori di rischio	14
1.3 Segni e sintomi	21
1.4 Prevenzione	22
1.5 Tipologie e classificazione	23
1.5.1 <i>Tipi istologici</i>	23
1.5.2 <i>Classificazione</i>	25
1.6 Diagnosi e Trattamento	27
1.6.1 <i>Diagnosi</i>	27
1.6.2 <i>Trattamento</i>	29
2. LE DERIVAZIONI URINARIE	32
2.1 La cistectomia radicale	33
2.2 Le derivazioni urinarie	38
2.2.1 <i>Criteri di selezione dei pazienti</i>	39
2.2.2 <i>Scelta del segmento gastro-intestinale</i>	40
2.3 Derivazioni urinarie incontinenti	42
2.3.1 <i>Uretero-cutaneo-stomia (UCS)</i>	42
2.3.2 <i>Uretero-cutaneo-stomia a Y</i>	43
2.3.3 <i>Uretero-ileo-cutaneo-stomia (UICS)</i>	44
2.4 Derivazioni urinarie continenti eterotopiche	45
2.4.1 <i>Tasca di Kock</i>	45
2.4.2 <i>Tasca di Mainz</i>	46
2.4.3 <i>Tasca Indiana</i>	47
2.5 Derivazioni urinarie continenti ortotopiche	48
2.5.1 <i>Neovescica ileale secondo Camey</i>	50
2.5.2 <i>Neovescica ileale secondo Studer</i>	50
2.5.3 <i>Neovescica ileale emi-Kock</i>	51
2.5.4 <i>Neovescica ileale Padovana (VIP)</i>	52
2.5.5 <i>Neovescica ileale secondo Hautmann</i>	52
2.5.6 <i>Neovesciche coliche e ileo-coliche</i>	53

	PARTE II	54
3.	LA QUALITA' DELLA VITA	55
3.1	Definizione di qualità della vita	56
3.2	Come si misura la QdV	58
3.3	QdV e cistectomia radicale	63
3.4	QdV e derivazioni urinarie incontinenti	65
	3.4.1 <i>La riabilitazione</i>	65
	3.4.2 <i>L'alimentazione</i>	66
	3.4.3 <i>Lo stoma-care</i>	67
	3.4.4 <i>La sessualità</i>	68
3.5	QdV e derivazioni urinarie continenti eterotopiche	69
	3.5.1 <i>Cateterizzazione dello stoma</i>	69
	3.5.2 <i>Irrigazione della tasca</i>	70
3.6	QdV e derivazioni urinarie continenti ortotopiche	71
	3.6.1 <i>Lo stimolo minzionale</i>	71
	3.6.2 <i>Lo svuotamento della neovescica</i>	72
	3.6.3 <i>La continenza</i>	73
	3.6.4 <i>La riabilitazione pelvica</i>	74
	3.6.5 <i>L'alimentazione</i>	78
	3.6.6 <i>La sessualità</i>	79
4.	NURSING UROLOGICO	80
4.1	QdV e nursing urologico	81
4.2	Fase preoperatoria	82
4.3	Fase postoperatoria	86
4.4	L'educazione terapeutica	88
4.5	Creazione di un opuscolo informativo	92
	PARTE III	94
5.	DERIVAZIONI URINARIE A CONFRONTO: REVISIONE DELLA LETTERATURA	95
5.1	Introduzione	96
5.2	Obiettivo	98
5.3	Materiali e Metodi	98
5.4	Risultati	99
5.5	Discussione	116

CONCLUSIONI	121
BIBLIOGRAFIA	123
ALLEGATO 1: "NEOVESCICA ORTOTOPICA. Una guida per i pazienti."	129

INTRODUZIONE

La qualità della vita è universalmente riconosciuta come uno degli obiettivi fondamentali dell'assistenza sanitaria, divenendo negli ultimi anni un elemento importante per la definizione e la valutazione dei servizi sanitari. È il prodotto dell'interazione tra la condizione sociale, ambientale, sanitaria ed economica, tutti fattori che influenzano lo sviluppo umano. Si tratta di un concetto di ampio respiro che include la salute fisica della persona, lo stato psicologico, il livello d'indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e l'interazione con l'ambiente esterno. È in larga misura determinata dalla possibilità delle persone di accedere alle risorse necessarie e dalla loro capacità di mantenere l'autonomia e l'indipendenza.

È facile intuire come la qualità della vita sia un processo dinamico, multidimensionale, che varia nel tempo insieme ai cambiamenti che avvengono nella vita delle persone. A causa dell'aumento della vita media e del miglioramento delle procedure diagnostico-terapeutiche, molte patologie urologiche hanno assunto il carattere della cronicità. Il cancro alla vescica rappresenta la seconda neoplasia più frequente a carico dell'apparato urinario e quando presenta i caratteri dell'invasività, richiede un trattamento chirurgico demolitivo, la cistectomia radicale, seguito da ricostruzione urinaria, continente o incontinente.

E' questo uno di quegli eventi che nella vita delle persone crea notevoli cambiamenti dal punto di vista fisico, psicologico, emotivo, sociale, funzionale. Le capacità del paziente di accettare la patologia, affrontare l'intervento, gestire la derivazione urinaria e mettere in atto strategie di adattamento, influenzano notevolmente la qualità della vita postoperatoria. È fondamentale che il paziente sia informato circa la sua patologia, le scelte terapeutiche possibili, i vantaggi e gli svantaggi che ne derivano. Egli deve essere chiamato a svolgere un ruolo attivo, consapevole e partecipe nella promozione e tutela della propria salute.

L'assistenza infermieristica del paziente sottoposto a derivazione urinaria, nell'ottica di un approccio globale del paziente, deve tenere presente che egli affronta un cambiamento radicale della propria vita, con ripercussioni importanti sulla funzionalità urinaria e sessuale. La sfida per l'infermiere, è quella di mettere il malato nella condizione di gestire autonomamente la propria diminuzione fisica, rendendola compatibile con la definizione di salute che ben conosciamo. La persona che conosce, informata, ha sicuramente un ruolo attivo nella gestione della propria patologia e nel recupero del suo possibile stato di salute.

La finalità di questo elaborato è duplice. Il primo obiettivo è di verificare l'esistenza di una letteratura scientifica a favore dell'una o dell'altra tipologia di derivazione urinaria, in termini di qualità della vita del paziente. Le derivazioni urinarie sono diverse per tipologia, funzionalità, conseguenze e alterazioni sul piano fisico e funzionale. E allora quale derivazione per quale paziente? La risposta a questa domanda è complessa, dipende da diversi fattori, non ultimi la volontà e la personalità individuale di ogni paziente. Si è voluto dunque verificare quale fosse la risposta a questa domanda nell'attuale letteratura medico-scientifica.

Il secondo obiettivo è di realizzare uno strumento informativo, leggero ma efficace, indirizzato ai pazienti e alle loro famiglie, contenente le informazioni essenziali da sapere prima di sottoporsi all'intervento di cistectomia radicale e neovescica ortotopica. Per mantenere una buona qualità della vita a seguito di un intervento di tale importanza, è fondamentale essere soddisfatti della scelta terapeutica effettuata. Per esserlo è indispensabile avere avuto complete e corrette informazioni circa le derivazioni urinarie prima di sottoporsi all'intervento, in modo tale da non incorrere in false speranze né in brutte sorprese. Ogni derivazione urinaria ha i suoi vantaggi e i suoi svantaggi e ogni paziente può avere predisposizioni per l'una o l'altra in base ai suoi gusti, le sue aspettative e il suo retaggio culturale.

PARTE I

CAPITOLO 1
IL TUMORE ALLA VESCICA

1.1 EPIDEMIOLOGIA

Il tumore alla vescica è in costante aumento nei Paesi industrializzati, è il secondo tumore più comune tra quelli a carico dell'apparato urinario e interessa soprattutto la popolazione maschile, con un'incidenza tre - quattro volte superiore negli uomini rispetto alle donne.

E' stato stimato che nell'anno 2000¹ nel mondo siano stati diagnosticati 260.000 nuovi casi di tumore alla vescica negli uomini e 76.000 nelle donne, per un totale di 336.000 nuovi casi, corrispondenti al 3.3 % di tutti i tumori diagnosticati nel 2000 (tabella1).

Per quanto riguarda la mortalità, lo stesso studio attribuisce al tumore della vescica 132.000 decessi, di cui 99.000 maschili e 33.000 femminili, il 2,1 % di tutte le morti per tumore nel 2000 (tabella 2).

Tabella 1 Incidenza mondiale, anno 2000 **Tabella 2** Mortalità mondiale, anno 2000

Table 1 Estimated new cancer cases, World 2000					Table 2 Estimated cancer deaths, World 2000				
Cancer	Male	Female	Both sexes	%	Cancer	Male	Female	Both sexes	%
Oral cavity	170 000	97 000	267 000	2.7	Oral cavity	81 000	47 000	128 000	2.1
Nasopharynx	46 000	19 000	65 000	0.6	Nasopharynx	27 000	11 000	38 000	0.6
Other pharynx	101 000	22 000	123 000	1.2	Other pharynx	64 000	15 000	79 000	1.3
Oesophagus	279 000	133 000	412 000	4.1	Oesophagus	227 000	111 000	338 000	5.4
Stomach	558 000	318 000	876 000	8.7	Stomach	405 000	241 000	647 000	10.4
Colon/rectum	499 000	446 000	945 000	9.4	Colon/rectum	255 000	238 000	492 000	7.9
Liver	398 000	166 000	564 000	5.6	Liver	384 000	165 000	549 000	8.8
Pancreas	116 000	101 000	216 000	2.1	Pancreas	112 000	101 000	213 000	3.4
Larynx	142 000	19 000	161 000	1.6	Larynx	79 000	11 000	89 000	1.4
Lung	902 000	337 000	1 239 000	12.3	Lung	810 000	293 000	1 103 000	17.8
Melanoma of skin	650 000	67 000	1 330 000	1.3	Melanoma of skin	20 000	17 000	37 000	0.6
Breast	0	1 050 000	1 050 000	10.4	Breast	0	373 000	373 000	6.0
Cervix uteri	0	471 000	471 000	4.7	Cervix uteri	0	233 000	233 000	3.8
Corpus uteri	0	189 000	189 000	1.9	Corpus uteri	0	45 000	45 000	0.7
Ovary, etc.	0	192 000	192 000	1.9	Ovary, etc.	0	114 000	114 000	1.8
Prostate	543 000	0	543 000	5.4	Prostate	204 000	0	204 000	3.3
Testis	49 000	0	49 000	0.5	Testis	9 000	0	9 000	0.1
Bladder	260 000	76 000	336 000	3.3	Bladder	99 000	33 000	132 000	2.1
Kidney, etc.	118 000	71 000	189 000	1.9	Kidney, etc.	57 000	34 000	91 000	1.5
Brain, nervous system	100 000	76 000	176 000	1.8	Brain, nervous system	72 000	56 000	128 000	2.1
Thyroid	33 000	89 000	123 000	1.2	Thyroid	9 000	17 000	26 000	0.4
Non-Hodgkin's lymphoma	167 000	121 000	287 000	2.9	Non-Hodgkin's lymphoma	93 000	68 000	161 000	2.6
Hodgkin's disease	380 000	24 000	62 000	0.6	Hodgkin's disease	16 000	9 000	25 000	0.4
Multiple myeloma	390 000	34 000	74 000	0.7	Multiple myeloma	30 000	27 000	57 000	0.9
Leukaemia	144 000	113 000	257 000	2.6	Leukaemia	109 000	86 000	195 000	3.1
All sites but skin	5 318 000	4 738 000	10 056 000	100.0	All sites but skin	3 522 000	2 686 000	6 209 000	100.0

¹ Parkin et al. Cancer burden in the year 2000. The global picture *European Journal of Cancer* 2001; 37: S4-S66

In Italia esistono i Registri Tumori², strutture finalizzate a raccogliere informazioni sui malati di cancro residenti in un determinato territorio.

Essi possono essere registri di popolazione, che raccolgono i dati relativi alle malattie tumorali dei residenti di una città, regione o provincia, oppure registri specializzati, che raccolgono invece dati inerenti un singolo tipo di tumore o le singole fasce di età.

Attualmente sono attivi 31 Registri Tumori appartenenti all'Associazione Italiana registri Tumori (AIRTum), con una copertura del 26% del territorio nazionale.

L'AIRTum collabora col CCM del Ministero della Salute creando una rete per il monitoraggio delle diagnosi tumorali nella popolazione residente.

Secondo il rapporto del 2009³ dell'AIRTum i dati relativi al tumore alla vescica sono i seguenti:

- Trend:

mentre continua a crescere il numero dei casi, con gli uomini molto più colpiti rispetto alle donne, la mortalità cala moderatamente ma significativamente tra gli uomini.

- Frequenza:

nel periodo che va dal 2003 al 2005 il tumore alla vescica ha rappresentato il 10,4 % di tutti i cancri incidenti nella popolazione maschile escludendo gli epitelomi, mentre in quella femminile ne ha rappresentato il 3,0%. Tra i tumori più frequentemente diagnosticati, quello alla vescica era al quarto posto tra gli uomini, dopo il melanoma, il tumore della prostata e il tumore del polmone; al decimo posto tra le femmine.

² Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006 anno 2008: 20-23

³ AIRTUM. I tumori in Italia-rapporto 2009. *Epidemiologia & Prevenzione* anno 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1

- Incidenza:

nell'area AIRTUM tra il 2003 e il 2005 il tasso d'incidenza medio annuo è stato di 71,4 casi per 100.000 uomini e 16,0 per 100.000 donne (tabella 5).

- Mortalità:

nell'area AIRTUM tra il 2003 e il 2005 si sono verificati mediamente 16,8 decessi ogni 100.000 uomini e 4,6 ogni 100.000 donne. Il tumore alla vescica ha rappresentato il 4,9 % di tutti i decessi per cancro nella popolazione maschile e il 1,9 % in quella femminile, collocandosi al settimo posto tra le cause più frequenti di morte neoplastica negli uomini (tabella 5).

- Differenze:

le tendenze sia dei tassi d'incidenza che dei tassi di mortalità non mostrano significative differenze né per l'età dei pazienti né per l'area geografica. Ciò è valido per entrambi i sessi (tabelle 3 e 4).

Tabella 3. Tassi d'incidenza e mortalità italiani suddivisi per età, periodo 1999-2005.

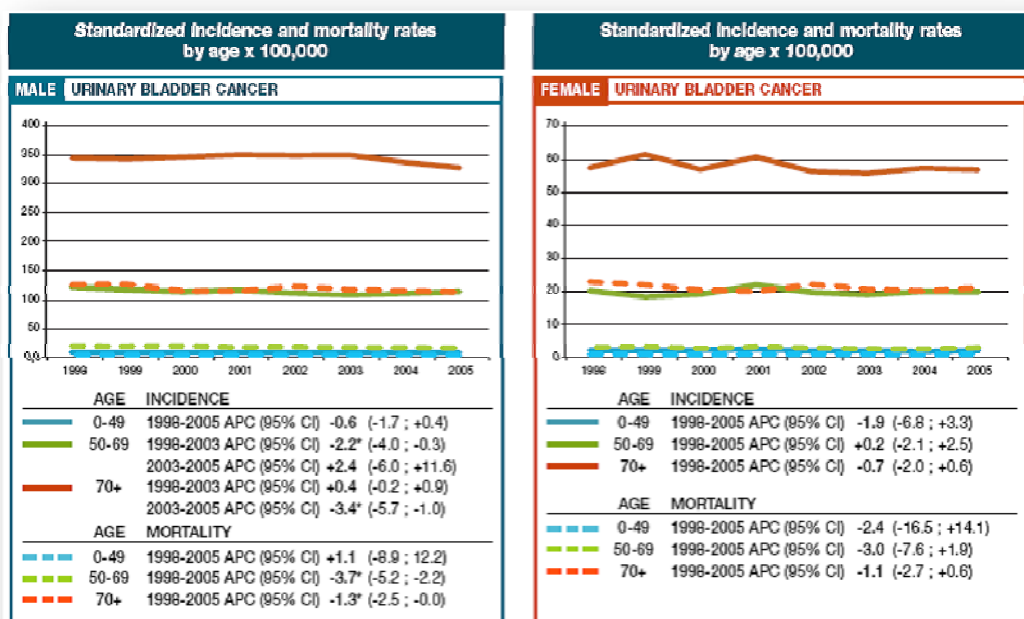


Tabella 4. Tassi d'incidenza e mortalità italiani suddivisi per area, periodo 1999-2005.

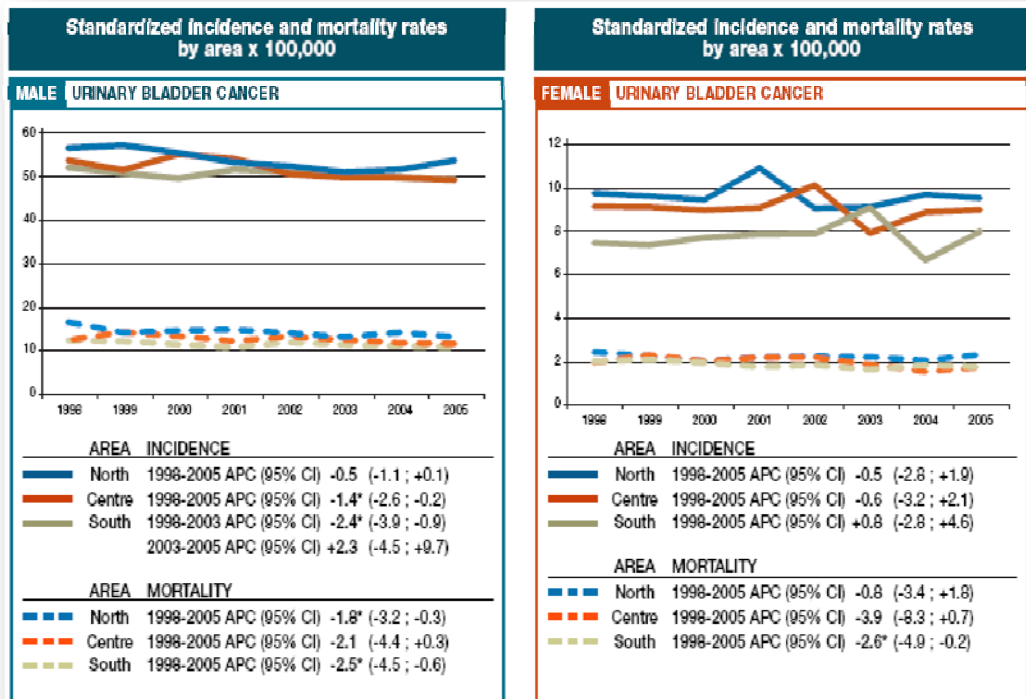
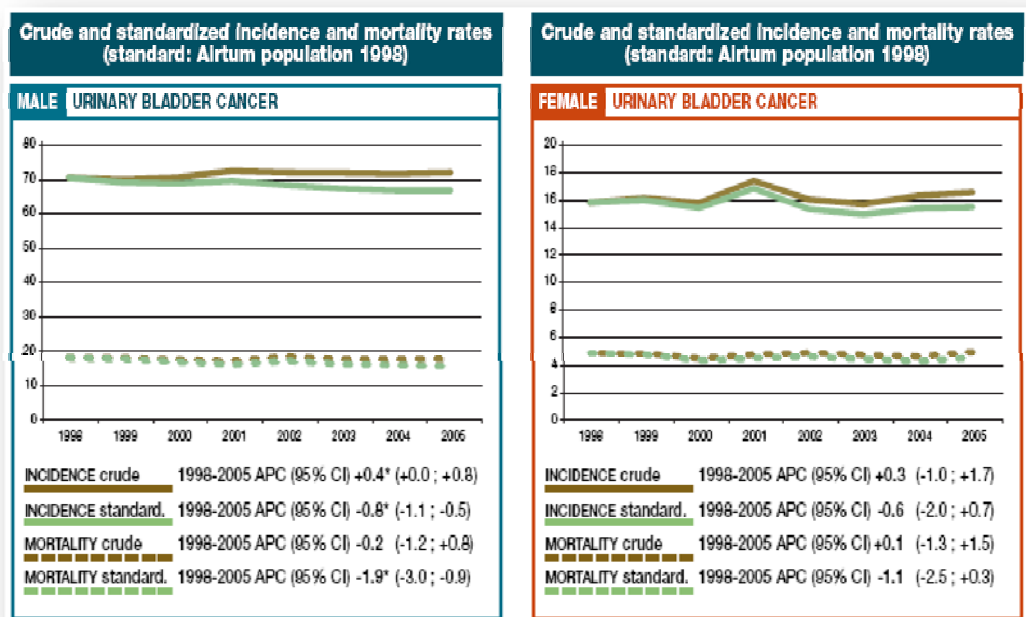


Tabella 5. Tassi d'incidenza e mortalità italiani, periodo 1999-2005.



1.2 FATTORI DI RISCHIO

Alcune persone hanno un rischio più elevato rispetto ad altre di sviluppare un tumore alla vescica. Questo dipende dai diversi fattori di rischio cui le persone sono esposte.

Un fattore di rischio è ciò che aumenta la probabilità di una persona di contrarre una malattia, in questo caso il tumore; avere uno o più fattori di rischio però non significa necessariamente ammalarsi.

Diversi tipi di tumore hanno differenti tipi di fattori di rischio e i principali che sono stati identificati per il tumore alla vescica⁴ sono il fumo di tabacco e l'esposizione occupazionale alle amine aromatiche, pur esistendone molti altri che possono influenzare la cancerogenesi vescicale (tabella 6).

Tabacco

L'associazione tra fumo di sigarette e tumore alla vescica è stata dimostrata in diversi studi che evidenziano come il tabacco sia il principale fattore di rischio per il tumore alla vescica. È, infatti, responsabile del 65% dei casi di tumore alla vescica nella popolazione maschile e del 30 % in quella femminile⁵.

Il rischio di tumore alla vescica nei fumatori è due - quattro volte maggiore rispetto ai non fumatori e aumenta col numero di sigarette fumate e con la durata dell'abitudine al fumo. Approssimativamente l'aumento del rischio di tumore alla vescica risulta essere lineare,

⁴ Negri , La Vecchia. Epidemiology and prevention of bladder cancer. *European Journal of Cancer Prevention*. 2001; 10: 7-14

⁵ Brennan et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. *Int. J. Cancer*. 2000; 86: 289-294

umentando del 100 % dopo 20 anni di abitudine al fumo, 200 % dopo 30 anni, 300 % dopo 40 anni, 400 % dopo 50 anni e 500 % dopo 60 anni⁶.

Tra i fumatori il rischio più alto si riscontra in chi fa uso di sigarette con elevati livelli di catrame e di tabacco nero, in cui sono maggiori i contenuti di amine aromatiche (benzidine, 4-aminobifenile, 2-naftilamine e 4-cloro-orto-toluidine)⁷, le sostanze responsabili del danno cancerogeno.

La cessazione dell'abitudine al fumo permette di prevenire un gran numero di patologie mortali e non; per il tumore alla vescica il rischio diminuisce col trascorrere del tempo dalla cessazione del fumo riducendosi del 50 % dopo alcuni anni⁸.

Esposizioni occupazionali

L'aumento di rischio di tumore vescicale è in rapporto a numerosi processi industriali e occupazionali. Un'elevata incidenza è stata riscontrata nei lavoratori esposti ad amine aromatiche nella manifattura delle vernici, nei lavoratori della gomma, alluminio, pellami ed esposti ai coloranti organici.

Le sostanze occupazionali ad azione cancerogena sono principalmente la fenacetina, il ciclofosfamide, la 2-naftilamina, l'aminodifenile (coloranti dell'anilina) e alcuni metabolici della gomma, i metabolici del triptofano.

Il rischio imputabile a cause occupazionali è compreso tra il 10 e il 20%. L'esposizione in un'industria ad alto rischio per due anni può determinare la comparsa di tumore vescicale dopo molti anni dalla fine dell'esposizione, con un periodo di latenza tanto più corto quanto più il tempo d'esposizione è stato protratto⁹.

⁶ Vedi nota n°5

⁷ Vedi nota n°4

⁸ Invernizzi et al. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio*. 2002; 17: 55-70

⁹ www.urologiaclinica.it ultimo accesso 10/08/2010

Tabella 6 Potenziali fattori di rischio e fattori protettivi del tumore alla vescica.

Fattore di rischio/protezione	Effetto sul rischio	Carcinogeno/meccanismo di cancerogenesi	Valutazione dell'evidenza di associazione
Tabacco	diretto	Amine aromatiche e altri cancerogeni (idrocarburi policiclici aromatici, catrame)	Sicura
Occupazione			
Produzione di amine aromatiche, tinture e vernici, verniciatura; industria della gomma; del pellame, dell'alluminio, altro	diretto	Amine aromatiche e altri cancerogeni chimici	Sicura per esposizione ad amine aromatiche, possibile/probabile per altri
Camionisti ed altri autisti	diretto	Scarichi diesel o ridotta frequenza di svuotamento della vescica	Possibile
Assunzione con la dieta			
liquidi	inverso	Diluzione dei carcinogeni/Aumento della frequenza di svuotamento	Inadeguata
nell'acqua arsenico	diretto		Sicura
prodotti della disinfezione			Possibile
Caffè	diretto	Metaboliti cancerogeni nelle urine	Controversa
Dolcificanti artificiali	diretto	Non definita negli umani	Inadeguata
Frutta e vegetali	inverso	Proprietà antiossidanti (od altre proprietà) di vitamine, minerali e altri composti	Possibile

Fattore di rischio/protezione	Effetto sul rischio	Carcinogeno/meccanismo di cancerogenesi	Valutazione dell'evidenza di associazione
Malattie dell'apparato urinario	diretto	Infiammazione cronica/alterazioni del metabolismo	
<i>Schistosoma haematobium</i>			Sicura
Cistite cronica inveterata			Possibile
Altre infezioni del tratto urinario			
Leucoplachia			
Farmaci			
Fenacetina	diretto		Sicura
Ciclofosfamide	diretto		Sicura
Acetaminofene	diretto		Controversa
Fenobarbital	inverso		Possibile
Familiarità per tumore della vescica	diretto	Predisposizione genetica	Probabile
Polimorfismi di geni coinvolti nella detossificazione delle amine aromatiche (NAT1/NAT2, GSTM1)	Per NAT2 diretto se acetilatore lento; inverso se GSTM1 delecto	Detossificazione inefficiente delle amine aromatiche e conseguente aumento della produzione di metaboliti cancerogeni	Probabile

Consumo di liquidi e origine delle acque

Un elevato consumo di liquidi potrebbe essere considerato come un fattore protettivo, diluisce infatti i metaboliti nelle urine ed aumenta la frequenza delle minzioni, diminuendo in questo modo il contatto di eventuali cancerogeni con l'epitelio vescicale. Non esistono tuttavia ad oggi studi validati sull'argomento.

L'origine delle acque è altresì importante. Alcuni studi infatti hanno rivelato come l'uso alimentare di acque contenenti cloro sia fonte di rischio, così come lo è l'uso di acque contaminate da arsenico in alcune regioni dell' Asia e dell' America del sud e del centro¹⁰.

Caffè

Non ci sono evidenze certe sull'effetto cancerogeno della caffeina e dei suoi metaboliti. Queste sostanze sono escrete nelle urine per cui un'associazione tra caffè e tumore alla vescica potrebbe essere plausibile.

Esistono oltre trenta studi epidemiologici, che indagano un'eventuale associazione tra il caffè e il tumore alla vescica, da cui possiamo concludere che nei bevitori di caffè esiste un più alto rischio di sviluppare il tumore alla vescica rispetto ai non bevitori¹¹. È escluso però che ci sia un'associazione tra caffè e tumore vescicale rilevante, bensì solo modesta. Inoltre resta da verificare se questo risultato sia reale o dovuto a un fattore di confondimento, il fumo, essendo i consumi di caffè e di sigarette direttamente correlati.

¹⁰ IARC. Some Drinking-water Disinfectants and Contaminants, including Arsenic. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 2004; 84: 46-477

¹¹ IARC. Coffee, Tea, Mate, Methylxanthines and Methylglyoxal. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 1991; 51: 41-197

Dolcificanti artificiali

Negli anni 70 sollevò un notevole allarme uno studio che dimostrò un aumentato rischio di tumore alla vescica dovuto alla saccarina. Da allora molti altri studi investigarono la questione.

Tuttavia ad oggi l'insieme delle evidenze epidemiologiche disponibili consentono di escludere ogni associazione tra il tumore alla vescica e la saccarina o gli altri dolcificanti artificiali, sostanze quindi classificate come non cancerogene per l'uomo¹².

Dieta

Anche la dieta assume un ruolo importante. Diversi metaboliti sono infatti escreti nelle urine, venendo così in contatto con l'epitelio vescicale.

Tra gli alimenti ne troviamo alcuni che diminuiscono il rischio di sviluppare il tumore alla vescica, svolgendo dunque un'azione protettiva (frutta e verdura); altri invece che sono fattori di rischio (grassi e frittura).

La stima di questa associazione è quantificabile con un rischio relativo (RR) di 0,7 per consumi elevati di vegetali, 0,8 per consumi elevati di frutta e 1,4 per consumi elevati di grassi¹³. L'associazione non è invece significativa per consumi di carne, RR=1, retinolo, RR=1 e beta carotene, RR=0,9.

Patologie delle vie urinarie

Si osserva in Paesi del Medio Oriente, in particolare in Egitto, come l'infezione da *Schistosoma haematobium* sia associata a una maggiore prevalenza di tumore alla vescica. Relazione spiegata dall'irritazione cronica dell'urotelio causata dal parassita.

¹² Vedi nota 4.

¹³ Steimaus et al. Diet and bladder cancer: a meta-analysis of six dietary variables. *American Journal of Epidemiology*. 2000 151: 693-702

Anche le infezioni delle vie urinarie e i calcoli urinari creano un'irritazione cronica dell'epitelio vescicale tale da aumentare il rischio di tumore vescicale di circa il doppio¹⁴.

Tuttavia la precisa quantificazione di questi rischi resta incerta.

Farmaci

L'associazione tra uso frequente di fenacetina e rischio di tumore alla vescica ha portato all'eliminazione dal commercio di questo analgesico. Un altro farmaco associato al rischio di tumore alla vescica è il ciclofosfamide, un antitumorale utilizzato nel trattamento del linfoma non Hodgkin¹⁵.

Coloranti per capelli

I coloranti per capelli sono classificati come sostanze probabilmente cancerogene per l'uomo. In molti studi è stato osservato un rischio aumentato per il tumore alla vescica per gli utilizzatori, mentre è ancora controversa l'associazione colorante - tumore vescicale in barbieri e parrucchiere.

Le sostanze implicate nel processo cancerogeno contenute in questi prodotti sono molteplici: l'aminofenolo e composti metallici quali il piombo, il cobalto e il nickel¹⁶.

Storia familiare

I familiari di primo grado di pazienti con tumori alla vescica hanno un rischio di sviluppare a loro volta il cancro alla vescica circa doppio rispetto

¹⁴ Vedi nota n°4

¹⁵ Vedi nota n°4

¹⁶ Andrew AS et al. Bladder cancer risk and personal hair dye use. *Int J Cancer*. 2004; 109: 581-586

a coloro che invece non hanno una storia familiare di tumore. Il rischio appare più elevato in giovane età¹⁷.

Biomarcatori di suscettibilità

Esistono prove di una componente genetica quale fattore di rischio predisponente al tumore della vescica.

Per esercitare il loro effetto cancerogeno, le amine aromatiche richiedono di essere attivate da alcuni enzimi, codificati da geni i cui polimorfismi nella popolazione determinano una diversa suscettibilità genetica individuale.

Uno degli enzimi coinvolti nella detossificazione delle amine è la N-acetiltransferasi (NAT), più incerto il ruolo della glutatione-S-transferasi M1 (GSTM1)¹⁸.

Il tumore della vescica è oggi la neoplasia per la quale sono meglio comprese e quantificate le interazioni gene-ambiente nel processo di cancerogenesi.

¹⁷ Vedi nota n°4

¹⁸ Vedi nota n°4

1.3 SEGNI E SINTOMI

Il quadro clinico più comune nel tumore alla vescica è l'ematuria, ovvero la presenza di sangue nell'urina, che si presenta precocemente ed è spesso l'unico segno rivelatore della patologia, presente nell'80 % dei casi.

L'ematuria microscopica è visibile solo agli esami di laboratorio, essendo la quantità di sangue nelle urine talmente piccola da essere vista soltanto al microscopio, il che tende a ritardare la diagnosi. Inoltre il sanguinamento può essere di tipo intermittente e quindi non sempre essere rilevato durante un semplice esame delle urine.

L'ematuria macroscopica è invece visibile ad occhio nudo, conferendo alle urine un colorito rossastro o marrone (simile alla "coca cola"); nelle urine possono anche essere presenti dei coaguli di sangue.

L'intensità dell'ematuria è variabile, saltuaria o persistente, può presentarsi in modo mono sintomatico o associarsi ad altri sintomi d'accompagnamento, provocati spesso dai coaguli endovesicali, quali disuria, stranguria, pollachiuria e ritenzione urinaria.

Il riscontro di ematuria, di qualsiasi tipo essa sia, merita sempre un approfondimento diagnostico. Non è sempre indice di tumore alla vescica ma anzi è uno dei segni più comuni delle patologie dell'apparato urinario, presente anche nella neoplasia renale e in una serie di patologie benigne quali l'ipertrofia prostatica benigna, la calcolosi vescicale e renale, le infezioni dell'apparato urinario e nei traumi.

Il secondo quadro clinico più comune di presentazione del tumore della vescica è la presenza di disturbi minzionali di tipo irritativo.

Quelli che più frequentemente si riscontrano nel tumore alla vescica sono la pollachiuria (aumento della frequenza delle minzioni), la stranguria (emissione dolorosa e frequentemente interrotta dell'urina), la disuria

(difficoltà nell'urinare, saltuaria o continua, che può interessare solo la fase iniziale della minzione), il tenesmo (desiderio insopprimibile di urinare, che non diminuisce neanche con la minzione).

Questi sintomi, così come l'ematuria, sono molto frequenti in un'ampia gamma di disturbi urologici, soprattutto di tipo infiammatorio.

Esistono, con minore frequenza, sintomi legati al grado di progressione della malattia, ovvero all'infiltrazione di organi vicini, prostata, retto e vagina o provocati dalla diffusione metastatica ad organi distanti, linfonodi, polmoni, ossa e fegato.

Possono presentarsi sintomi di tipo ostruttivo, pazienti con malattia avanzata possono lamentare dolore pelvico dovuto alla crescita del tumore o alla compressione nervosa, dolore al fianco nel caso di ostruzione ureterale, edema ad un arto inferiore per ostruzione linfatica o venosa.

Nei rari casi in cui il paziente si presenta con una malattia già metastatica, il dolore osseo può essere il sintomo predominante.

1.4 PREVENZIONE

Per il tumore alla vescica non esistono screening né metodi di diagnosi precoce scientificamente affidabili. Gli unici accorgimenti che si possono mettere in atto a fini preventivi sono l'eliminazione o la diminuzione dei fattori di rischio modificabili.

Questo significa mettere in atto misure preventive legate alle abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo e in una dieta equilibrata ricca di frutta e verdura e povera di grassi.

Significa anche diminuire il rischio occupazionale, per quei lavoratori che entrano in contatto con le sostanze cancerogene di cui abbiamo prima discusso.

1.5 TIPOLOGIE E STADIAZIONE

1.5.1 TIPI ISTOLOGICI

Il tumore alla vescica si può presentare in due forme: il tumore superficiale, confinato alla mucosa, alla sottomucosa o alla lamina propria, che si sviluppa verso la cavità vescicale; e il tumore infiltrante, muscolo-invasivo, che si sviluppa negli strati più profondi invadendo il piano muscolare fino a raggiungere gli organi vicini.

Il 75% dei tumori alla vescica si presenta all'esordio come tumore superficiale. Dopo il trattamento la percentuale di ricorrenza è del 50-80% e la progressione verso l'invasione muscolare del 10-25%.

Il restante 25% esordisce come tumore muscolo-invasivo e presenta un rischio di metastasi a distanza pari al 50%.¹⁹.

Si comprende facilmente come sia importante identificare i tumori aggressivi e potenzialmente fatali al fine di orientare i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.

La maggior parte delle neoplasie vescicali nel mondo occidentale è rappresentata da tumori a cellule transizionali, mentre i carcinomi a cellule squamose ne rappresentano il 5%, gli adenocarcinomi il 2% e i carcinomi a piccole cellule meno dell'1%.

Classificazione ICD-0²⁰

- ✓ Carcinoma a cellule transizionali in situ

La prognosi di questa neoplasia è piuttosto sfavorevole, insorge in un quarto dei pazienti con una malattia infiltrante ad alto grado;

- ✓ Carcinoma a cellule transizionali

Rappresenta oltre il 90% delle neoplasie della vescica;

¹⁹ De Braud et al. Bladder cancer. *Critical Review in Oncology/Hematology*. 2002; 41: 89-106

²⁰ Vedi nota n°19

✓ Carcinoma a cellule squamose

Rappresenta il 5% delle neoplasie vescicali nel mondo occidentale, mentre in Egitto rappresenta fino al 75% dei carcinomi vescicali a causa delle infezioni croniche di *Schistosoma haematobium*; è associato anche a irritazioni croniche della vescica derivanti per esempio da cateteri posizionati per lungo tempo;

✓ Adenocarcinoma

E' un tumore raro, rappresenta meno del 2% delle neoplasie vescicali; la prognosi è generalmente sfavorevole; l'adenocarcinoma metastatico è una forma rara di carcinoma alla vescica dovuto al propagarsi di tumori della mammella, dello stomaco e del retto;

✓ Carcinoma a piccole cellule

Grading tumorale

Il grading tumorale è un fattore predittivo del decorso della malattia, è una valutazione della velocità di sviluppo del tumore in base alle caratteristiche delle cellule tumorali analizzate al microscopio, del loro grado di differenziazione.

- ◇ G1 ben differenziato
- ◇ G2 moderatamente differenziato
- ◇ G3-G4 scarsamente differenziato/indifferenziato

Esiste una forte correlazione fra lo stadio e il grado di tumore. Quasi tutti i tumori superficiali sono di basso grado, mentre quasi tutti i tumori muscolo-invasivi sono di alto grado. Esiste anche una forte correlazione tra il grado del tumore e la prognosi, più favorevole nel grado 1 e più sfavorevole nel grado 4.

1.5.2 CLASSIFICAZIONE

Il sistema di stadiazione usato per il tumore alla vescica è la classificazione TNM, stabilita dall'UICC (Union Internazionale Contre le Cancer) nel 1946, successivamente modificato nel 1987 e nel 1997 e revisionato nel 2002²¹.

Il fattore T descrive l'estensione locale della malattia in rapporto all'infiltrazione della parete vescicale, il fattore N descrive lo stato dei linfonodi iliaci comuni, il cui interessamento è da considerare come metastasi a distanza, il fattore M descrive la presenza o l'assenza di metastasi a distanza, che nelle neoplasie vescicali sono prevalentemente a sede linfonodale lombo-aortica, ossea, polmonare ed epato-surrenalica.

T-Tumore primitivo

Tx Tumore primitivo non definibile

T0 Tumore primitivo non evidenziabile

Ta Carcinoma papillare non infiltrante la tonaca sottomucosa

Tis Carcinoma in situ: "tumore piatto"

T1 Tumore che infiltra la tonaca sottomucosa

T2 Tumore che infiltra la tonaca muscolare

T2a invasione superficiale della parete muscolare

T2b invasione profonda della parete muscolare

T3 Tumore che infiltra i tessuti perivescicali

T3a microscopicamente

T3b microscopicamente (massa extravescicale)

T4 Tumore che infiltra qualsiasi delle seguenti strutture: prostata, utero, vagina, parete pelvica, parete addominale

T4a invade prostata, utero o vagina

T4b invade la parete pelvica o addominale



²¹ Adrian PM et al. EAU Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urothelial Carcinoma in situ. *European Urology*. 2005; 48: 363-371

N-Linfonodi regionali

Nx Linfonodi regionali non valutabili

N0 Linfonodi regionali liberi da metastasi

N1 Metastasi in un singolo linfonodo regionale, fino a 2 cm

N2 Metastasi in uno o più linfonodi regionali, tra 2 cm e 5 cm

N3 Metastasi in un linfonodo, maggiore a 5 cm

M-Metastasi a distanza

Mx Metastasi a distanza non accertabili

M0 Metastasi a distanza assenti

M1 Metastasi a distanza presenti

✓ Tis (carcinoma in situ)

E' molto raro. Diversamente da quello papillare, è un tumore piano, con cellule cancerose pre-invasive, che non oltrepassano la membrana basale epiteliale. Si presenta prevalentemente con un quadro irritativo senza ematuria.

✓ T1 (tumore che invade la sottomucosa)

Può comparire come massa isolata o essere presente a gruppi. Ha un tasso di progressione di circa il 30%, se di grading G3 del 50%.

✓ T2 (tumore che invade il muscolo)

Se di stadio è T2a il tumore non può accedere al sistema linfatico, se invece lo stadio è T2b e le cellule sono mal differenziate la prognosi del paziente è peggiore.

✓ T3 (tumore che invade il tessuto perivescicale)

Il tumore ha iniziato a invadere il tessuto grasso intorno alla vescica o al peritoneo.

✓ T4 (tumore che invade gli organi circostanti)

Spesso è presente tessuto necrotico infetto all'interno della vescica. E' generalmente un tumore non operabile, la terapia è solamente palliativa.

1.6 DIAGNOSI E TRATTAMENTO

1.6.1 DIAGNOSI

Il riconoscimento precoce di eventuali sintomi e un'accurata valutazione dello stato e del grado della patologia rappresentano gli strumenti migliori per garantire al paziente una migliore evoluzione della malattia.

La presenza anche solo temporanea di ematuria, con o senza altri disturbi, richiede degli accertamenti per stabilirne la causa.

Le procedure diagnostiche utilizzate nel caso di sospetto tumore alla vescica si basano essenzialmente sulle analisi di laboratorio, sulla diagnostica per immagini e sulla diagnostica endoscopica.

Analisi di laboratorio

Le analisi di laboratorio possono includere:

- ✦ l'esame delle urine, per ricercare un'eventuale ematuria microscopica;
- ✦ l'esame citologico delle urine, per ricercare cellule cancerose esfoliate dalla superficie del tumore ed espulse con le urine; è particolarmente utile nell'identificare la presenza di tumori ad alto grado di malignità o di Carcinoma in situ, mentre i tumori con basso grado di malignità spesso non sono riconoscibili per alterazioni citologiche urinarie²²; l'esame viene eseguito su tre campioni di urine successivi e giornalieri, dopo adeguata idratazione per migliorare la rappresentatività del campione in studio. Anche in assenza di lesioni documentabili con le indagini diagnostiche d'immagine, la positività del citologico sulle urine è un chiaro indizio di cancro delle vie urinarie;
- ✦ l'urinocoltura, per escludere infezioni delle vie urinarie.

²² Moonen PMJ et al. Quantitative cytology on Bladder Wash versus Voided Urine : a comparison of result. *European Urology*. 2006; 49: 1044-1050

Diagnostica per immagini

Le tecniche d'imaging utilizzate per il tumore alla vescica sono:

- ✦ l'ecografia costituisce la metodica diagnostica per immagini di prima battuta, di facile esecuzione e di basso costo. E' particolarmente utile nell'identificare tumori vescicali di piccole dimensioni (non inferiori a 0,5 mm di diametro); presenta una sensibilità del 63% e una specificità del 99%²³.
- ✦ l'urografia è una procedura che fornisce informazioni sulla struttura e sulla funzione di reni, ureteri e vescica, diventata indagine di secondo livello dopo l'avvento dell'ecografia. Prevede la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto e l'esecuzione di una serie di radiografie in modo tale da evidenziare le urine lungo il decorso delle vie urinarie, dai reni alla vescica; eventuali tumori o lesioni appaiono come aree di alterata distribuzione delle urine contrastate;
- ✦ la TAC e la Risonanza Magnetica rivestono un ruolo di secondo livello dedicato alla stadiazione di neoplasie solitamente già accertate, per ricercare eventuali metastasi epatiche o dei linfonodi pelvici e addominali;
- ✦ la scintigrafia ossea in presenza di tumori invasivi e sintomi ossei dolorosi permette di evidenziare eventuali metastasi ossee.

Diagnostica endoscopica

Le procedure endoscopiche per il tumore alla vescica sono:

- ✦ la cistoscopia consiste nella visualizzazione diretta della neoplasia vescicale tramite uno strumento a fibre ottiche a forma di tubo, il cistoscopio, con al suo interno un'ottica collegata ad una telecamera e a una fonte luminosa. Il cistoscopio è inserito in vescica tramite l'uretra, non richiede anestesia, se non locale tramite l'uso di gel

²³ Datta SN et al. Urinary tract ultrasonography in the evaluation of haematuria-a report of over 1000 cases. *Ann Royal College of Surgeons of England*. 2002; 84: 203-205

lubrificanti, per mitigare il fastidio provocato dall'introduzione dello strumento.

- ✦ La resezione transureterale o TURB (Transurethral resection of bladder) è la procedura che permette la corretta diagnosi patologica e la stadiazione della lesione vescicale, eseguita con uno strumento simile al cistoscopio, il resettore. Questo strumento è dotato di una piccola ansa in grado di tagliare piccoli strati di tessuto tumorale. La procedura necessita di anestesia loco regionale spinale o generale. Il campione di tessuto così ottenuto è inviato all'esame istologico per definire la natura e il livello di infiltrazione della lesione nel contesto della parete vescicale. In presenza di lesioni superficiali la metodica è non solo diagnostica ma anche terapeutica.

1.6.2 TRATTAMENTO

Il trattamento del tumore alla vescica dipende dallo stadio della malattia, dal tipo di tumore e dallo stato di salute generale del paziente. Per i tumori superficiali la TURB è la procedura chirurgica principale, con o senza terapia intravesicale, mentre per i tumori invasivi la tecnica chirurgica standard è la cistectomia con derivazione urinaria.

Gli obiettivi del trattamento del tumore vescicale sono laddove possibile l'eradicazione delle lesioni, la profilassi delle recidive e della progressione e la gestione della malattia metastatica.

La resezione transuretrale-TURB

La resezione transuretrale costituisce la prima tappa del percorso terapeutico. Consente di prelevare dei campioni di tessuto cancerogeno per via endoscopica, in modo tale da poter effettuare una corretta stadiazione del tumore. Nel carcinoma superficiale della vescica la TURB è

il trattamento d'elezione, le lesioni superficiali infatti possono essere interamente rimosse nel corso della procedura.

Trattamenti intravesicali

Le instillazioni intravesicali consistono nell'introduzione di farmaci ad azione topica in vescica, tramite l'utilizzo di un catetere, a scopo profilattico nei confronti delle recidive o terapeutico nei confronti del carcinoma in situ.

I trattamenti intravesicali possono essere di tipo chemioterapico (Mitomicina, Epirubicina, Doxorubicina), per ridurre il rischio di recidiva, oppure di tipo immunoterapico (Bacillo di Calmette e Guérin - BCG), per stimolare una reazione immunitaria locale e sistemica che coinvolge le cellule tumorali.

Numerosi studi dimostrano il beneficio delle instillazioni intravesicali nei confronti delle recidive. La chemioterapia endovesicale riduce il rischio di recidiva di tumori vescicali superficiali dopo resezione endoscopica di circa il 44% rispetto alla sola TURB²⁴.

Chirurgia

Il carcinoma invasivo della vescica richiede solitamente l'asportazione parziale o totale dell'organo, a seconda del quadro clinico e del tipo tumore. A seguito di cistectomia radicale, per preservare la funzione escretrice, può essere confezionata una derivazione urinaria esterna oppure ricostruito un serbatoio vescicale²⁵.

²⁴ Huncharek M et al. Intravesical chemotherapy prophylaxis in primary superficial bladder cancer: a meta-analysis of 3703 patients from 11 randomized trials. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000; 53: 676-680

²⁵ La cistectomia e le derivazioni urinarie verranno trattate più dettagliatamente nel capitolo 2.

Chemioterapia

La chemioterapia è utilizzata nel carcinoma invasivo della vescica per ostacolare l'evoluzione della malattia e per ridurre le recidive locali e le metastasi a distanza. I chemioterapici possono essere somministrati prima dell'intervento chirurgico al fine di ridurre l'estensione locale della malattia (trattamento neoadiuvante) oppure dopo la procedura chirurgica (trattamento adiuvante) al fine di minimizzare l'insorgenza locale di recidiva e la comparsa di metastasi.

L'efficacia del trattamento chemioterapico è direttamente correlata allo stadio della malattia, essendo migliori le percentuali di successo nei tumori di basso stadio e bassa malignità.

Radioterapia

Un'alternativa di trattamento per il tumore alla vescica invasivo è la radioterapia. Ne esistono di due tipi: la radioterapia esterna e la brachiterapia, che prevede l'impianto in vescica di "semi" radioattivi. La radioterapia è utilizzata dopo la chirurgia per distruggere le cellule tumorali residue (trattamento adiuvante) oppure per alleviare i sintomi del tumore vescicale in stadio avanzato (trattamento palliativo).

Follow up

Il tumore alla vescica tende a recidivare frequentemente, è quindi necessario un controllo costante nel tempo dei pazienti sottoposti a TURB o a cistectomia radicale. I programmi di follow up hanno lo scopo di individuare precocemente un'eventuale ripresa o progressione della malattia.

Nei pazienti con neoplasia vescicale superficiale il rischio è di recidiva e di progressione a carcinoma maligno, mentre nei pazienti con neoplasia invasiva il rischio post chirurgico è determinato strettamente dalla stadiazione anatomico-patologica del tumore.

CAPITOLO 2
LE DERIVAZIONI URINARIE

2.1 LA CISTECTOMIA RADICALE

La cistectomia radicale è il trattamento standard del tumore invasivo della parete muscolare della vescica, indicata per quei tumori classificati come T2 o oltre²⁶. In aggiunta è indicata per quei tumori superficiali ad alto rischio di progressione che non rispondono al trattamento d'immunoprofilassi con BCG²⁷ (Tis, Ta-T1-G3) e in caso di altra neoplasia pelvica infiltrante la vescica.

Inoltre l'intervento di cistectomia precoce può essere una valida scelta terapeutica nei confronti del tumore T1-G3, neoplasia classificata come tumore superficiale ma che ha caratteristiche biologiche simili ai tumori più invasivi, con percentuali d'invasione muscolare del 53%. L'intervento tempestivo si associa infatti a migliori risultati in termini di prognosi e sopravvivenza nel lungo periodo²⁸.

Gli interventi di cistectomia nell'uomo e nella donna hanno numerosi punti in comune, ma differiscono per le peculiari caratteristiche dell'anatomia pelvica maschile e femminile. Nell'uomo comprende la rimozione simultanea della vescica, della prostata, delle vescicole seminali e dei dotti deferenti. Nella donna si asportano la vescica, l'utero, gli annessi uterini (ovaio, salpingi, legamenti) e la parte anteriore della vagina.

Oltre a ciò viene sempre eseguita un'accurata linfadenectomia pelvica che ha significato di stadiazione della malattia, essendo un fattore prognostico indipendente che influisce sulla sopravvivenza dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale. Può avere anche significato curativo quando il coinvolgimento linfonodale è limitato.

²⁶ Vedi classificazione TNM capitolo 1.5.2

²⁷ Vedi capitolo 1.6.2

²⁸ Varca et al. Confronto tra cistectomia radicale precoce vs cistectomia radicale ritardata nei tumori superficiali della vescica ad alto grado. *Urologia*. 2009;76: 83-86

Qualora vi sia una localizzazione tumorale anche a livello dell'uretra, diviene d'obbligo anche un'uretrectomia contestuale. Il risparmio dell'uretra, laddove possibile, consente nella successiva fase ricostruttiva di poter confezionare una neovescica ortotopica mantenendo così la minzione "per uretram".

Solo in alcuni casi quando il tumore è piccolo e confinato per lo più alla cupola vescicale, si può ricorrere ad una cistectomia parziale.

La cistectomia radicale è dunque un intervento molto demolitivo. Il rationale che supporta l'approccio aggressivo di questo intervento si basa sulle seguenti osservazioni²⁹:

- A seguito di chirurgia demolitiva definitiva e linfadenectomia regionale si riscontrano tassi di sopravvivenza a lungo termine migliori e tassi di recidiva locale più bassi.
- La morbosità e la mortalità a seguito di cistectomia radicale sono significativamente migliorate durante gli ultimi decenni.
- Il carcinoma vescicale è un tumore che tende ad essere resistente alla radioterapia, anche ad alte dosi.
- La chemioterapia non ha dimostrato tassi di sopravvivenza e di recidiva locale equivalenti a quelli della cistectomia.
- La cistectomia permette un'accurata stadiazione patologica del tumore vescicale e dei linfonodi regionali, così da poter valutare un'eventuale terapia adiuvante basandosi su precise valutazioni patologiche.

Per questi motivi la cistectomia radicale è diventata oggi la tecnica "gold standard" per il trattamento definitivo del tumore invasivo della vescica.

²⁹ Stein JP, Skinner DG. Radical cystectomy-technique and outcomes. *Textbook of bladder cancer*. Ed: Taylor & Francis Group. 2006; cap 44:445-469

Con il progressivo miglioramento delle tecniche mediche, chirurgiche e anestetiche, unite a una migliore selezione dei pazienti, la morbosità e la mortalità dopo cistectomia sono significativamente diminuite.

In un studio di Stein del 2001³⁰ sono stati analizzati i risultati di 1.054 pazienti sottoposti a cistectomia, con età media di 66 anni. La mortalità peri-operatoria riscontrata è del 3%, mentre la percentuale di complicanze precoci è del 28%, dati entrambi non influenzati né dal tipo di derivazione urinaria né dalla scelta del trattamento neo-adiuvante (tabella 7).

Tabella 7. Mortalità e Morbosità dopo cistectomia radicale e derivazione urinaria.

Form of Urinary Diversion	No. of Patients	%	Perioperative Mortality*		Early Complication†	
			No.	%	No.	%
Preoperative adjuvant therapy						
Conduit‡	278	26	8	3	83	30
Continent§	776	74	19	2	209	27
None	884	84	26	3	247	28
Radiation only	108	10	1	1	30	30
Chemotherapy only	49	5	0		12	25
Radiation and chemotherapy	13	1	0		3	23
Total	1054		27	3	292	28

*Any death within 30 days of surgery or before discharge.
†Any complications within the first 4 months after surgery.
‡Including ileal and colon conduits.
§Including continent cutaneous, orthotopic, and rectal reservoirs.

Viceversa la sopravvivenza dopo cistectomia radicale è stadio e grado dipendente e il coinvolgimento dei linfonodi peggiora la prognosi: per i pazienti con malattia organo confinata e assenza di linfonodi metastatici la sopravvivenza a 5 e 10 anni è rispettivamente del 78% e 56%; per i pazienti con malattia extra-vescicale e assenza di linfonodi metastatici del 47% e 27%; per i pazienti con linfonodi positivi del 31% e 23%. Globalmente la sopravvivenza a 5 anni è del 66% e a 10 anni del 43% (tabella 8b e 9b).

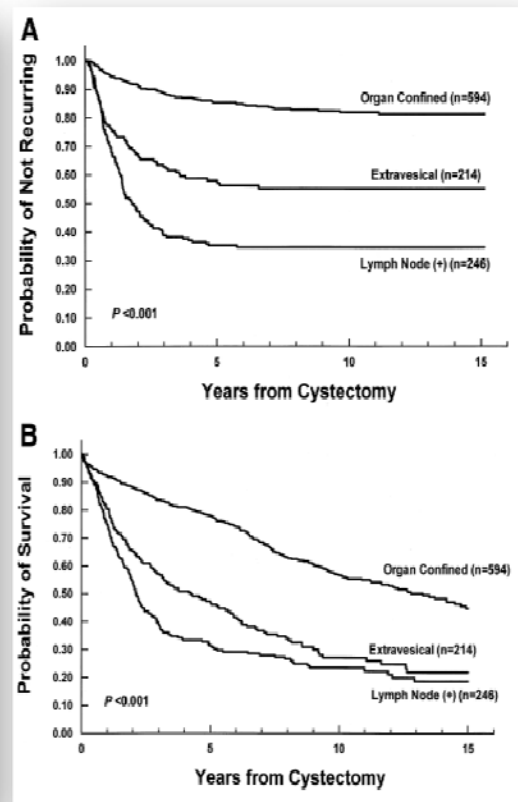
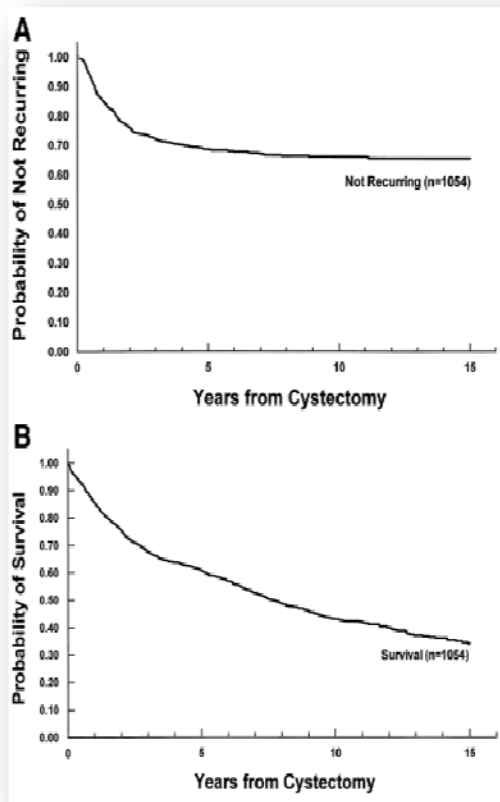
Le percentuali di assenza da recidiva a 5 e a 10 anni sono rispettivamente dell'85% e 82% per pazienti con malattia organo

³⁰ Stein et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term result in 1.054 patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2001; 19: 666-675

confinata e assenza di linfonodi metastatici; 58% e 55% per i pazienti con malattia extra-vescicale e assenza di linfonodi metastatici; 35% e 34% per i pazienti con linfonodi positivi. Globalmente l'assenza da recidive è del 68% a 5 anni e del 60% a 10 anni (tabelle 8a e 9a).

Tabella 8 Assenza di recidive e sopravvivenza dopo cistectomia.

Tabella 9 Assenza di recidive e sopravvivenza dopo cistectomia stratificate per sottogruppi patologici.



Le possibili complicanze a seguito di cistectomia radicale possono essere di tipo aspecifico, cioè dovute genericamente al rischio chirurgico e al rischio anestesiológico, oppure specifiche per l'intervento di cistectomia e linfadenectomia oppure specifiche per il tipo di derivazione urinaria utilizzata.

Le complicanze di tipo aspecifico sono legate allo stato generale del paziente e agli eventuali problemi anestesiológicos, condizioni valutate accuratamente in fase pre-operatoria.

Le complicanze di tipo specifico intra-operatorie sono principalmente emorragie, lesioni accidentali del nervo otturatorio e lesioni accidentali dell'intestino.

Mentre quelle post-operatorie che si possono sviluppare precocemente sono: sanguinamenti post-operatori, infezioni e deiscenza della ferita chirurgica, linforrea, sub-occlusione o occlusione intestinale, deiscenza dell'anastomosi intestinale, lesioni intestinali con formazione di fistole, deiscenza dell'anastomosi tra neovescica e ureteri o uretra, deiscenza delle suture tra i lembi della neovescica, difficoltà a eseguire cateterismi di un serbatoio continente.

Possono essere invece complicanze post-operatorie tardive le ostruzioni ureterali, i reflussi ureterali, l'incontinenza urinaria, la formazione di calcoli nella neovescica o la sua rottura, i problemi alla stomia (restringimenti, ernie, alterazioni della mucosa).

Si verificano altresì disordini metabolici dovuti al contatto delle urine col segmento intestinale utilizzato per la derivazione urinaria o per la ricostruzione vescicale, oppure dovuti all'esclusione di questo segmento dalla continuità intestinale. Le principali alterazioni sono l'acidosi metabolica ipercloremica, l'ipopotassiemia, il deficit della vitamina B12 e alterazioni del metabolismo epatico. Le complicanze metaboliche insorgono a distanza di anni dall'intervento e sono influenzate da alcuni fattori: il segmento d'intestino utilizzato e la sua lunghezza, la durata del contatto delle urine con l'epitelio intestinale, modificazioni istologiche del segmento, la composizione, il pH e l'osmolarità delle urine, il volume della diuresi e la funzionalità renale³¹.

³¹ De Petriconi R. Aspects métaboliques de l'usage de l'intestin en urologie. Metabolic aspect of bowel use in urologic surgery. *Annales d'urologie*. 2007; 41: 216-236

Nei pazienti di sesso maschile un'altra problematica di notevole rilievo è la perdita totale della funzione sessuale, causata dall'asportazione di prostata, vescicole seminale e dotti deferenti e dalla resezione in sede operatoria delle fibre nervose responsabili dell'erezione. Per risolvere questo problema negli ultimi anni si cerca di adottare un approccio "seminal and nerve-sparing" con risparmio della prostata, ovvero l'esecuzione, in pazienti giovani e selezionati, di una cistectomia con preservazione dei dotti deferenti, delle vescicole seminali e della capsula prostatica al fine di mantenere l'eiaculazione e l'erezione³².

2.2 LE DERIVAZIONI URINARIE

L'intervento di cistectomia è necessariamente collegato alla realizzazione di un'adeguata derivazione urinaria, il cui obiettivo si è evoluto dalla semplice diversione e protezione delle vie urinarie superiori alla ricostruzione anatomica e funzionale il più vicino possibile allo stato preoperatorio.

Numerose sono le soluzioni chirurgiche adottabili, ma fra le derivazioni urinarie si possono individuare alcuni tipi fondamentali: derivazioni incontinenti, derivazioni cutanee continenti e derivazioni continenti ortotopiche o neovesciche.

La scelta terapeutica è correlata a diversi parametri, tra cui la valutazione della patologia di base, le condizioni generali e anatomico-fisiologiche del paziente, l'età e l'aspettativa di vita. Ma ogni derivazione urinaria mira a conservare la funzionalità renale offrendo nello stesso tempo una qualità di vita soddisfacente per il paziente.

Si deve quindi determinare il metodo migliore per il controllo del cancro, che abbia le minori complicanze a breve e lungo termine e che si

³² Vallancien et al. Cistectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience. *The Journal of Urology*. 2002; 168: 2413-2417

adatti il più semplicemente possibile allo stile di vita del paziente, sostenendo così una migliore qualità della vita.

2.2.1 CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI

Il processo decisionale che porta alla scelta di una derivazione urinaria è complesso e deve considerare diversi fattori:

- controllo del tumore: rischio di recidive locali, precedente radioterapia pelvica, terapia adiuvante, tumori secondari, coinvolgimento dell'uretra o del collo vescicale;
- condizioni generali del paziente: età, pregressi interventi chirurgici, funzione epatica e renale, comorbidità, funzionalità intestinale;
- capacità tecniche: funzionalità dell'uretra, localizzazione del tumore, abilità al cateterismo, condizioni dell'intestino, capacità del chirurgo;
- qualità della vita: compliance del paziente, funzione sessuale, immagine corporea, funzione urinaria, supporto familiare.

Sono inoltre controindicazioni assolute per qualsiasi tipo di derivazione urinaria continente una compromessa funzionalità renale e/o epatica, alterazioni della funzionalità intestinale o del controllo sfinterale anale, malattie infiammatorie dell'intestino e la necessità di uretrectomia per il controllo del tumore.

In caso di malattia tumorale in stadio molto avanzato o di precarie condizioni generali del paziente si esegue solamente un intervento palliativo di derivazione urinaria, per mantenere la funzione renale, senza operare la cistectomia.

Altre controindicazioni sono le disfunzioni intellettive tali da non permettere gli auto-cateterismi e la mancanza di volontà/collaborazione del paziente.

2.2.2 SCELTA DEL SEGMENTO GASTRO-INTESTINALE

I segmenti più comunemente utilizzati per le derivazioni urinarie sono l'ileo, il cieco, il colon ascendente e il sigma perché hanno il minore impatto in termini di conseguenze metaboliche. A seconda del segmento intestinale utilizzato cambia infatti il grado e il tipo di riassorbimento elettrolitico (tabella 10), con conseguenze metaboliche e sintomi clinici differenti, che assumono rilevanza soprattutto nei pazienti con insufficienza renale e nei pazienti giovani.

Tabella 10. Principali indicazioni e conseguenze metaboliche dell'utilizzo dei segmenti intestinali³³.

Bowel Segment	Primary Indication	Metabolic Consequences	Clinical Symptoms
Gastric	<ul style="list-style-type: none"> • Children requiring diversion (extrophy, pelvic radiation) • Renal insufficiency 	Metabolic alkalosis (↓ K, Cl, hypergastrinemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Hematuria-dysuria syndrome • Dehydration, lethargy, seizures, respiratory distress
Jejunum	<ul style="list-style-type: none"> • Pelvic radiation • Deficient ureteral length • Compromised viability of other small or large bowel 	Metabolic acidosis (↓ Na, Cl, ↑ K, azotemia)	Dehydration, nausea/vomiting, weakness, lethargy, seizures
Ileum or ileal-colic reservoirs	<ul style="list-style-type: none"> • Malignancies requiring removal of the bladder • Severe hemorrhagic cystitis • Incontinence 	Metabolic acidosis (↑ Cl, ↓ bicarbonate, azotemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue, anorexia, weight loss, diarrhea, polydipsia • B₁₂ and fat soluble vitamin deficiency • Diarrhea, urinary calculi, cholelithiasis
Colon (ureterosigmoidostomy)	<ul style="list-style-type: none"> • Children requiring diversion (extrophy, pelvic radiation) • No other bowel segment alternative 	Metabolic acidosis (↑ Cl, ↓ bicarbonate, azotemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue, anorexia, wt. loss, diarrhea, polydipsia • Pyelonephritis • Adenocarcinoma at anastomotic site
Transverse colon conduit	<ul style="list-style-type: none"> • Malignancies requiring removal of the bladder • Small bowel not practical 	Metabolic acidosis (↑ Cl, ↓ bicarbonate, azotemia)	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue, anorexia, wt. loss, diarrhea, polydipsia • Pyelonephritis • Adenocarcinoma at anastomotic site

³³ Parekh et al. Urinary diversion: Options, Patients selection, and Outcomes. *Seminars in oncology*. 2007; 34: 98-109.

Stomaco

L'unico disordine metabolico conseguente all'uso di segmenti gastrici è l'alcalosi metabolica ipocloremica e ipokaliemica, ma la complicanza che più ne limita l'uso è la sindrome caratterizzata da ematuria e disuria, causata da un eccesso di secrezione acida. L'uso di anti-H2 o di inibitori della pompa protonica è solitamente efficace per entrambe le complicazioni.

Nei pazienti giovani o con insufficienza renale, segmenti gastrici potrebbero essere usati in combinazione con segmenti iliaci o colici a formare un serbatoio urinario composto, al fine di prevenire l'ipercloremia e l'acidosi metabolica, conseguenti l'utilizzo dei segmenti iliaci e colici e limitare la sindrome da ematuria e disuria propria dei segmenti gastrici.

Digiuno

Le conseguenze metaboliche sono molto più gravi quando il digiuno è utilizzato come derivazione urinaria. Esse comprendono l'iponatriemia grave, l'ipocloremia, l'iperkaliemia e l'acidosi metabolica. L'uso del digiuno è quindi limitato e anzi fortemente scoraggiato.

Ileo-colon

La più importante complicanza metabolica con l'utilizzo di segmenti iliaci o colici è l'acidosi metabolica iperclorémica, causata da un netto squilibrio nell'assorbimento di cloruro di ammonio dalle urine. Inoltre è abbastanza comune riscontrare ipopotassiemia in quei pazienti in cui si è utilizzato il colon.

Queste complicanze sono accentuate in pazienti con compromissione della funzionalità renale a causa di una minore capacità di compensazione. I pazienti con derivazione urinaria continente hanno maggiore probabilità di sviluppare complicanze metaboliche a causa di un più ampio segmento d'intestino utilizzato e dei tempi maggiori di contatto tra l'urina e la superficie assorbente della mucosa intestinale.

Il trattamento dell'acidosi metabolica ipercloremica comprende la correzione dell'acidosi con l'alcalinizzazione con l'impiego di bicarbonato di sodio, citrato di sodio o acido citrico.

L'ileo terminale è importante per il riassorbimento di vitamina B12 e acidi biliari. Quindi un'ampia resezione d'ileo è associata a un aumentato rischio di malassorbimento di vitamina B12 e acidi biliari, soprattutto se il segmento utilizzato supera i 100 cm. La valvola ileo-cecale è determinante per il trasporto del contenuto ileale al colon, la sua resezione comporta quindi una rapida propulsione intestinale con conseguenti feci molli e diarrea.

2.3 DERIVAZIONI URINARIE INCONTINENTI

2.3.1 URETERO-CUTANEO-STOMIA (UCS)

L'ureterostomia cutanea diretta è la metodica più vecchia, non più utilizzata dall'introduzione della uretero-ileo-cutaneo-stomia. Oggi è divenuta una soluzione di ripiego, ma rimane una valida opzione in casi selezionati, ad esempio dopo cistectomie palliative nel paziente anziano, in pazienti con tumori incurabili o con complicazioni pelviche. È infatti una tecnica semplice e di rapida esecuzione ed ha il vantaggio di rimanere extraperitoneale, senza apertura dell'intestino.

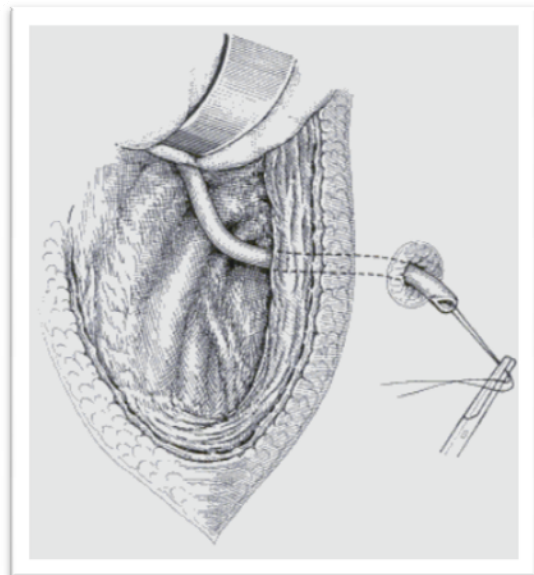


Figura 1. Ureterocutaneostomia diretta, aboccamento di un uretere alla cute.

I due ureteri sono derivati all'esterno mediante anastomosi diretta e permanente alla parete addominale. Sono creati quindi due orifizi, uno a destra e uno a sinistra, protetti da idonei presidi di raccolta. Al fine di evitare necrosi, deiscenza e stenosi delle stomie cutanee, complicanze spesso osservabili, esse sono tutorizzate permanentemente tramite due sottili cateteri, da sostituire periodicamente.

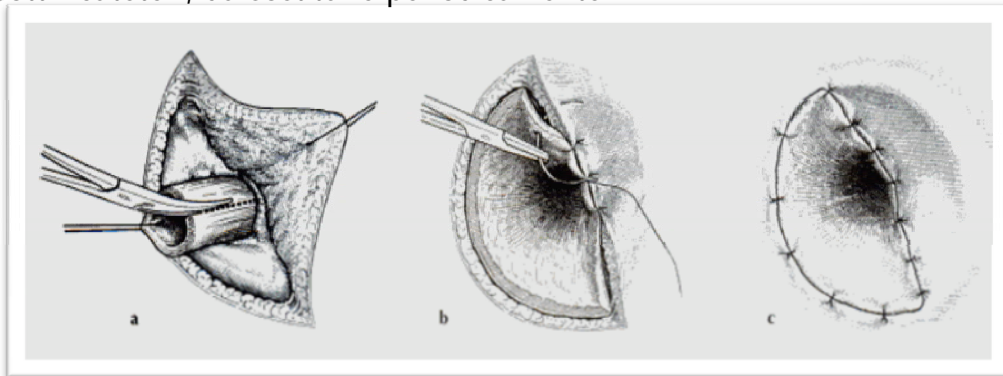


Figura 2. Ureterocutaneostomia diretta. Preparazione della stomia.

2.3.2 URETERO-CUTANEO-STOMIA A Y

Questa metodica è una variante della precedente, creata per permettere la creazione di un'unica stomia. L'uretere più sottile è condotto al fianco controlaterale, anastomizzato all'altro uretere e intubato con un catetere tutore. L'estremità dell'altro uretere è poi condotta al luogo scelto

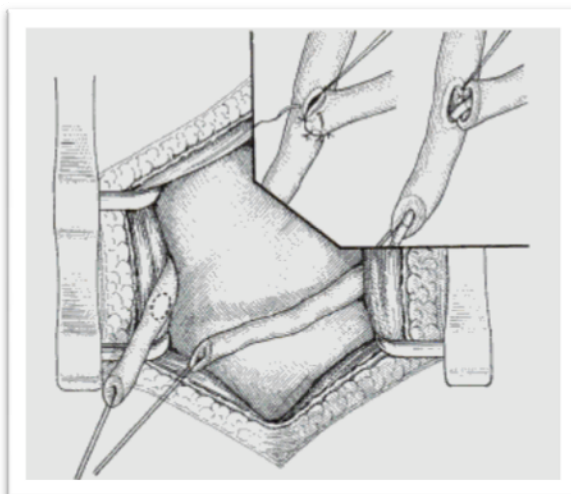


Figura 3. Ureterocutaneostomia a y.

per l'urostomia. Esiste un rischio non trascurabile di stenosi o di fistola a livello dell'uretero-ureterostomia che può rendere necessario un reintervento.

2.3.3 URETERO-ILEO-CUTANEO-STOMIA (UICS)

L'uretero-ileo-cutaneostomia consiste nell'interposizione di un segmento ileale tra gli ureteri e la cute, che funge da condotto per l'urina. Viene isolato chirurgicamente un adeguato segmento ileale, che misura 15-20 cm, nella cui parte prossimale sono anastomizzati gli ureteri. La parte distale dell'ansa invece è abboccata alla parete addominale a formare lo stoma. Al termine della procedura sull'addome rimarrà permanentemente un'unica apertura, protetta da un adeguato sistema di raccolta delle urine. A differenza della UCS non sono necessari cateteri ureterali a permanenza, poiché il condotto enterico così confezionato ha un minore rischio di stenosi.

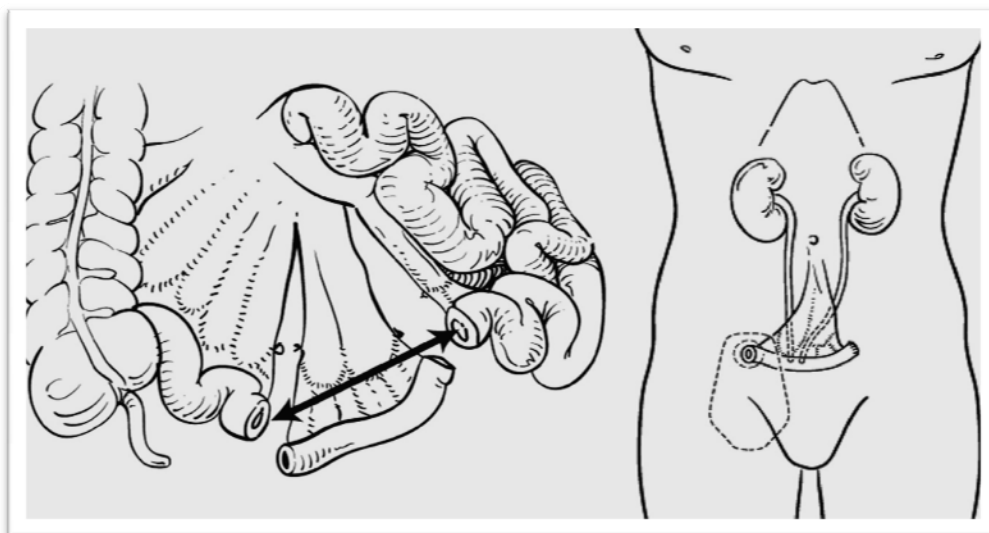


Figura 4. Uretero-ileo-cutaneostomia.

Riveste notevole importanza una corretta valutazione pre-operatoria della sede della stomia, una scelta sbagliata, infatti, causerebbe interferenze con i movimenti o con le cinture, causando perdite urinarie al di sotto del piatto stomale.

Sono frequenti complicazioni a lungo termine quali eritemi peristomali, lesioni cutanee corrosive, retrazione dello stoma, reflussi e ostruzioni dell'uretere.

Poiché l'utilizzo di un breve segmento intestinale riduce notevolmente il rischio di complicanze metaboliche, questa metodica è suggeribile per quei pazienti con insufficienza renale o con disfunzione epatica severa.

L'impiego di segmenti digiunali al posto di quelli ileali è fortemente sconsigliato viste le caratteristiche assorbenti del digiuno che provocano la "Sindrome da condotto digiunale", caratterizzata da ipercloremia, iponatremia, ipercalcemia e acidosi, che si manifesta con disidratazione e letargia. Il condotto colico può essere invece usato in quei pazienti che hanno subito in precedenza alte dosi di irradiazioni.

2.4 DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI ETEROTOPICHE

Le derivazioni cutanee continenti consistono nella creazione di un serbatoio di raccolta delle urine, creato con segmenti intestinali detubularizzati, collegato alla cute tramite la creazione di uno stoma.

L'evacuazione dell'urina dal serbatoio, essendo esso continente, avviene tramite auto cateterismo e non necessita di nessun apparecchio stomale applicato sulla cute. Per questa ragione prima di proporre al paziente questo tipo di derivazione, è necessario valutare se egli sia capace di cateterizzare lo stoma e se sia disposto a farlo per tutta la vita.

4.4.1 *TASCA DI KOCK*

La tasca di Kock è una ureterostomia cutanea trans ileale continente, che utilizza due invaginazioni con funzione di valvole, l'una evita il reflusso di urina, raccolta nella tasca, verso il rene, l'altra garantisce la continenza.

Le uniche vere controindicazioni sono l'insufficienza renale evolutiva e uno stato generale precario a causa della durata dell'intervento.

Viene isolato un segmento ileale lungo circa 80 cm. L'ansa consta di quattro segmenti: il primo di circa 18 cm servirà per la creazione della valvola efferente, due segmenti di 22 cm saranno accollati ad U a formare le pareti

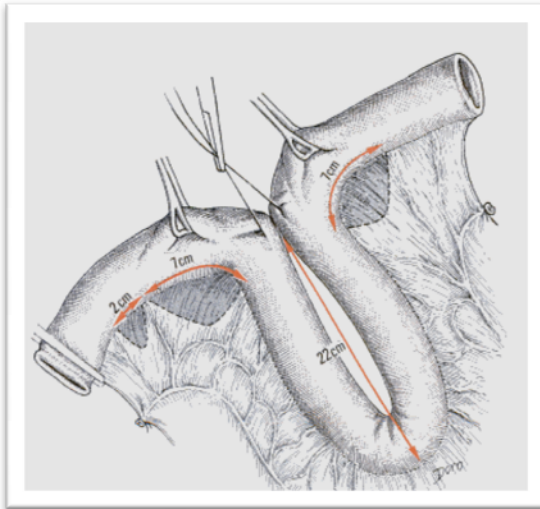


Figura 5. Tasca di Kock. Preparazione del serbatoio.

del serbatoio, l'ultimo segmento anch'esso di 18 cm servirà per la creazione della valvola antireflusso dell'ansa afferente. I due ureteri sono anastomizzati a quest'ultimo tratto e il primo segmento con la valvola efferente sarà abboccato alla cute creando lo stoma.

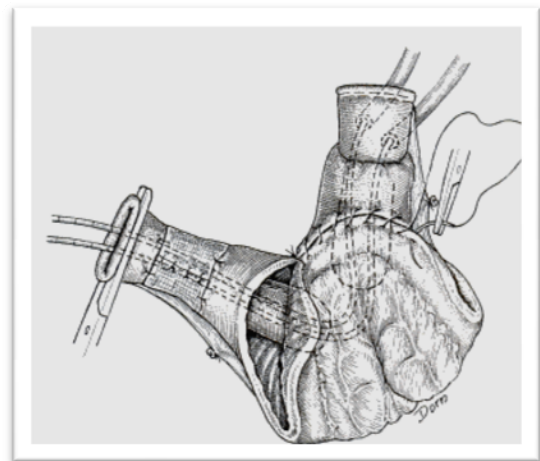


Figura 6. Tasca di Kock. Preparazione del serbatoio.

2.4.2 TASCA DI MAINZ

La tasca di Mainz è una derivazione urinaria che utilizza per la creazione del serbatoio un segmento ileo-ciecale detubularizzato. Il rationale di incorporare il colon all'ileo è di permettere un impianto ureterale antireflusso usando la tecnica del tunnel sottomucoso.

Si confeziona una tasca eterotopica continente con stomia addominale a livello ombelicale. Il cateterismo intermittente trans-

ombelicale risulta più semplice rispetto a quello trans-uretrale e legato a minori complicanze.

Gli ureteri sono reimpiantati nella parte alta e posteriore del cieco, con un tragitto sottomucoso di 5 cm di lunghezza, grazie a questa tecnica si sono ridotte le complicanze in termini di reflusso e di stenosi a livello delle anastomosi.

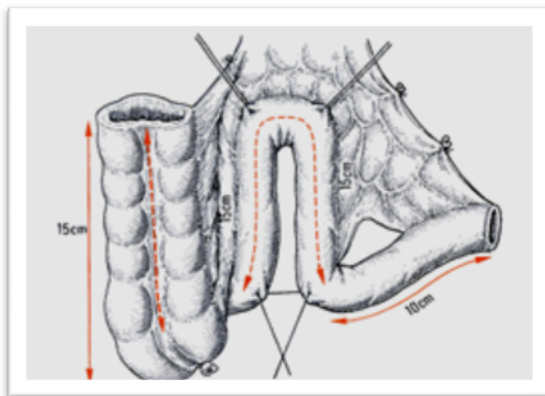


Figura 7. Tasca di Mainz. Preparazione del segmento ileo-colic.

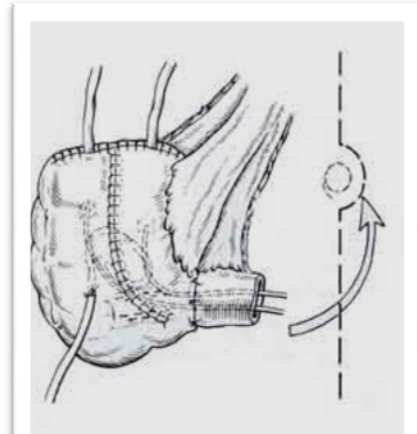


Figura 8. Tasca di Mainz. Anastomosi ombelicale.

2.4.3 TASCA INDIANA

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.

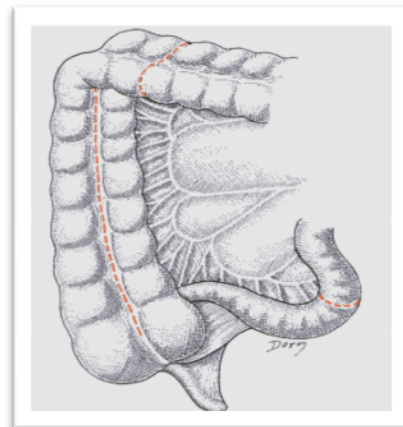


Figura 9. Tasca Indiana. Preparazione del segmento ileo-colic.

2.5 DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI ORTOTOPICHE

La derivazione continente ortotopica consiste nella creazione di un serbatoio urinario, la neovescica, posta nella stessa sede della vescica e anastomizzata con l'uretra al fine di consentire la minzione "per uretram", con l'utilizzo del torchio addominale. Esistono diverse tecniche descritte in letteratura che si basano tutte sull'utilizzo di un segmento intestinale e sul principio della detubularizzazione del segmento utilizzato, al fine di ridurre l'attività peristaltica e la pressione al suo interno. Alla detubularizzazione si può associare la riconfigurazione del segmento intestinale, per limitare ulteriormente l'attività peristaltica e migliorarne la funzionalità, sia in riferimento alla continenza urinaria che allo svuotamento.

In linea generale, i principali svantaggi delle neovesciche ortotopiche sono costituiti dall'incontinenza notturna (e talvolta diurna) e dalle difficoltà di svuotamento, che possono portare alla necessità di auto cateterismi. Inizialmente il residuo post minzionale è scarso, ma in circa metà dei pazienti aumenta con i follow-up a lungo termine.

La continenza a seguito di neovescica ortotopica dipende dall'integrità dello sfintere uretrale e dalla muscolatura del pavimento pelvico. Altri fattori che possono influire sono la lunghezza dell'uretra, l'età del paziente, le capacità cognitive del paziente e la presenza o assenza di batteriuria.

Le controindicazioni alle neovesciche ortotopiche sono la presenza di neoplasia nell'uretra, al carcinoma in situ, l'irradiazione pre-operatoria ad alte dosi, le stenosi uretrali e l'intolleranza all'incontinenza.

L'età avanzata di per sé non costituisce una controindicazione, nella misura in cui il paziente è candidabile alla cistectomia radicale e non vi è un preesistente deficit sfinterico. Tuttavia dopo i 65 anni esiste un più elevato rischio d'incontinenza, specialmente notturna.

Le complicanze chirurgiche a breve termine più frequenti sono le fistole urinarie (7% dei casi), le pielonefriti (7% dei casi), le fistole

enteriche (1-5% dei casi), oltre alle complicanze generiche quali tromboflebiti, embolie polmonari, deiscenze delle suture parietali, polmoniti. Tra le complicanze a lungo termine troviamo l'occlusione intestinale, l'insufficienza renale, le ernie e le stenosi della stomia o dell'anastomosi neovescico-uretrali³⁴.

Un'altra possibile complicanza è l'infezione delle vie urinarie, dovuta alla presenza di batteri nei segmenti intestinali utilizzati per il confezionamento della neovescica. Tali infezioni possono essere responsabili della genesi dei calcoli urinari, così come di pielonefriti in caso di reflusso urinario. La colonizzazione batterica è fortemente associata al ristagno post minzionale. Circa il 50% dei pazienti presenta batteriuria, ma molti di essi sono asintomatici e solo il 39% svilupperà un'infezione delle vie urinarie³⁵.

Negli ultimi decenni le neovesciche ortotopiche hanno acquistato sempre più popolarità, eliminano infatti l'esigenza di dover creare una stomia cutanea e di dovervi applicare i presidi esterni, garantendo così una conservazione ottimale dell'immagine corporea e l'uso dei meccanismi sfinterali uretrali naturali.

Il primo fattore determinante per la scelta di questa tecnica ricostruttiva è il desiderio del paziente a intraprenderla, egli deve avere una certa motivazione a tollerare l'iniziale e a volte tardiva incontinenza notturna associata alla neovescica. Molti pazienti accettano questo inconveniente pur di non modificare la propria immagine corporea con una derivazione cutanea incontinente e di non dover gestire la stomia.

Sono assolute controindicazioni la compromissione della funzionalità renale ed epatica (così come per le derivazioni continenti eterotopiche) e la necessità di eseguire un'uretrectomia.

³⁴ Hautmann et al. The ileal neobladder: complications and functional result in 363 patients after 11 years of followup. *The Journal of Urology*. 1999;161: 422-428

³⁵ Hautmann et al. Urinary diversion. *Urology*. 2007;69 (suppl 1A): 17-49

2.5.1 NEOVESCICA ILEALE SECONDO CAMEY

La neovescica di tipo Camey utilizza per la ricostruzione del serbatoio vescicale un segmento ileale di circa 40 cm, che è sezionato dal restante tratto intestinale mantenendone la vascolarizzazione. L'ansa così ottenuta è incisa longitudinalmente, piegata su se stessa ad U e così suturata, in modo da ottenere un serbatoio privo delle pressioni che sarebbero state indotte dall'attività peristaltica. Gli ureteri sono anastomizzati alla neovescica ed essa all'uretra.

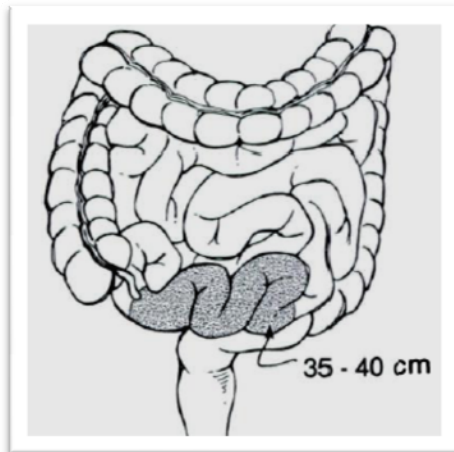


Figura 10. Neovescica tipo Camey. Preparazione del segmento ileale.

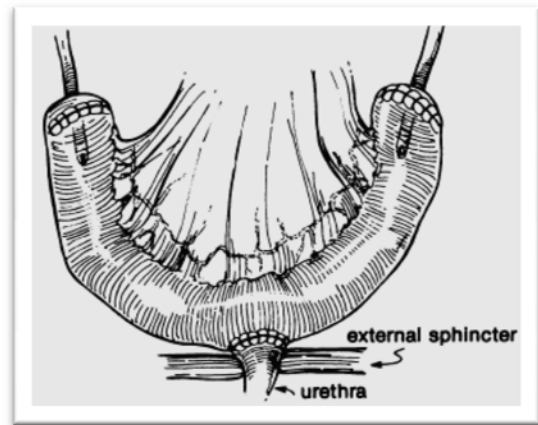


Figura 11. Neovescica tipo Camey. Anastomosi con ureteri e uretra.

2.5.2 NEOVESCICA ILEALE SECONDO STUDER

La neovescica di tipo Studer utilizza un segmento ileale di circa 60 cm. Quest'ansa isolata consta di quattro segmenti di 10 cm l'uno, detubularizzati e disposti a W per la realizzazione del serbatoio a bassa pressione e di un segmento di 20 cm che è utilizzato per reimpiantare gli ureteri. Questa porzione prossimale che non è stata detubularizzata, mantiene la fisiologica onda peristaltica che crea un meccanismo antireflusso per le urine. Si forma così un "camino ileale" che funge da segmento antireflusso.

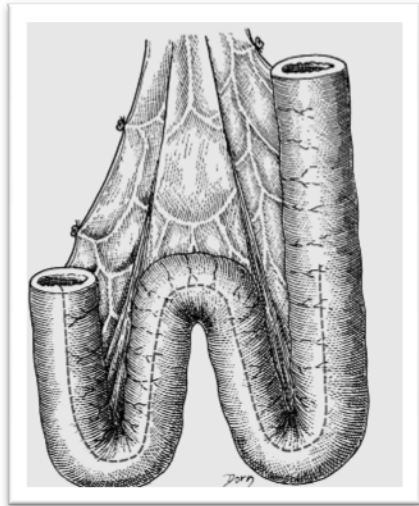


Figura 12. Neovescica tipo Studer. Preparazione del segmento ileale.



Figura 13. Neovescica tipo Studer.

2.5.3 NEOVESCICA ILEALE EMI-KOCK

Tale tecnica deriva direttamente da quella della tasca di Kock³⁶ ma a differenza di questa utilizza un segmento ileale più corto, non consta di una valvola efferente ed è anastomizzata all'uretra direttamente. Si isolano circa 54 cm d'ileo, 45 cm vengono detubularizzati e riconfigurati ad U per creare il serbatoio, i rimanenti 10 cm sono utilizzati per la creazione della valvola antireflusso afferente.

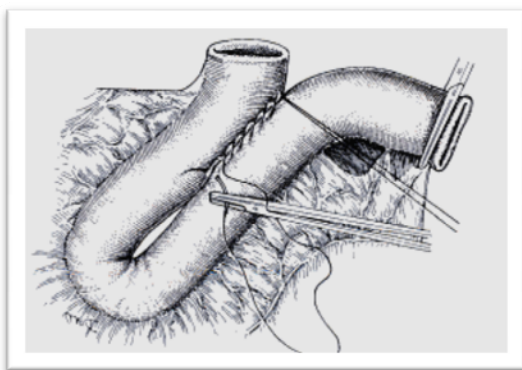


Figura 14. Neovescica tipo emi-Kock. Preparazione del segmento ileale.

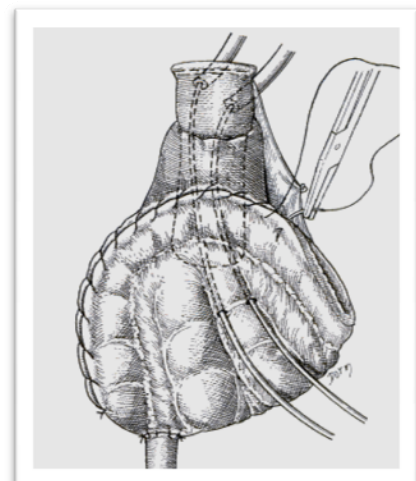


Figura 15. Neovescica tipo emi-Kock.

³⁶ Vedi capitolo 2.4.1

2.5.4 NEOVESCICA ILEALE PADOVANA (VIP)

La neovescica ileale padovana utilizza per la creazione del serbatoio urinario 40 cm di ileo, detubularizzato e riconfigurato ad U rovesciata. Questa metodica utilizza le tecniche delle neovesciche di Camey, Kock e Hautmann per ciò che concerne la detubulizzazione e riconfigurazione del segmento intestinale, riuscendo a creare un serbatoio sferico, simile alla vescica e di adeguata capacità. Gli ureteri vengono anastomizzati con tecnica antireflusso.



Figura 16. Neovescica padovana. Riconfigurazione.

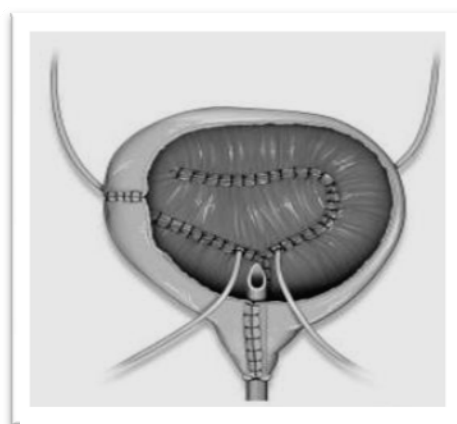


Figura 17. Neovescica padovana.

2.5.5 NEOVESCICA ILEALE SECONDO HAUTMANN

La neovescica ileale secondo Hautmann prevede l'utilizzo di un'ansa ileale di 60-80 cm circa, detubularizzata e riconfigurata a W. Gli ureteri sono reimpiantati con tecnica antireflusso. Questa neovescica è dotata di una capacità maggiore rispetto alle altre, garantendo così intervalli minzionali più lunghi.

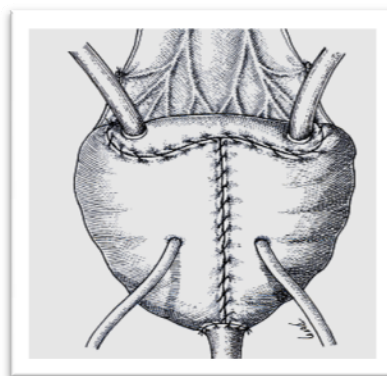


Figura 18. Neovescica tipo Hautmann

2.5.6 NEOVESCICHE COLICHE E ILEO-COLICHE

La neovescica ileo-colica è un altro tipo di derivazione urinaria continente, che utilizza l'ileo terminale e il cieco per la creazione del serbatoio. Fa parte di questo gruppo la neovescica di tipo Mainz, che deriva direttamente dalla rispettiva tasca eterotopica³⁷, ma che non prevede una stomia ombelicale bensì l'anastomosi direttamente all'uretra.

Un'altra tipologia è la neovescica colica nella quale il serbatoio è realizzato utilizzando un tratto d'intestino crasso (sigma, cieco, colon ascendente).

Le neovesciche ileali sono indubbiamente le tipologie più utilizzate di ricostruzione vescicale.

³⁷ Vedi capitolo 2.4.2

PARTE II

CAPITOLO 3
LA QUALITA' DELLA VITA

3.1 DEFINIZIONE DI QUALITÀ DELLA VITA

Per quanto intuitivamente facile da comprendere, il termine qualità di vita (QdV) è complesso e si presta a diverse possibili definizioni. Anche focalizzandosi solo nell'ambito medico e sanitario, le definizioni che gli sono state attribuite sono molte e contribuiscono alla difficoltà della sua interpretazione. Le cause di questa situazione sono da ricercare nell'elevato livello di astrazione e complessità dell'attributo "qualitativo" della vita e nel coinvolgimento di discipline diverse i cui sforzi sono tesi a definire e misurare la QdV.

L'Organizzazione mondiale della Sanità nel 1947 definisce lo stato di salute (non è ancora presente il concetto di qualità di vita) come: "...completo benessere fisico, mentale e sociale e non una mera assenza di malattia ed infermità...", sottolineando come la salute non possa essere definita solo dalla mancanza della malattia, così come il benessere non può essere definito solo dalla mancanza di malessere.

Quest'accezione del concetto di salute implica necessariamente la presenza di una qualità della vita e di un "ben-essere" individuale, inteso per l'appunto come il completo star bene dell'individuo sul piano fisico, mentale, spirituale, sociale.

Nel 1993 la stessa Organizzazione mondiale della Sanità descrivendo la qualità di vita ne dà la seguente definizione: "... è la percezione dell'individuo della sua posizione nella vita nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive ed in relazione ai suoi obiettivi, alle sue aspettative, ai suoi modelli e rapporti ...".

Da queste definizioni si può quindi capire come la qualità di vita sia una struttura complessa che deve tener conto dell'età di un individuo, della sua cultura, del suo grado di istruzione, del suo reddito, delle sue aspettative e dei contesti sociale, ambientale e familiare in cui vive. È semplice intuire come le aspettative di vita e il benessere percepito siano diversi in un ventenne rispetto ad un ottantenne, in una persona agiata

con una buona situazione sociale rispetto ad un disoccupato, in una persona che vive in un paese industrializzato rispetto ad un altro che risiede in un paese in via di sviluppo.

La qualità di vita però va intesa anche come costruzione multidimensionale in cui l'individuo valuta il suo benessere dal punto di vista fisico, psicologico, in base alle sue relazioni sociali e alle sue capacità funzionali. È quindi chiaro intuire come la qualità di vita possa venire espressa come processo dinamico che varia nel tempo, assieme ai cambiamenti o agli adattamenti a nuove situazioni di vita del paziente. Altri componenti addizionali che influenzano la qualità di vita sono da considerarsi l'immagine corporea e il suo eventuale cambiamento, l'autostima, la fede religiosa e il sostegno della famiglia.

Negli ultimi anni come conseguenza della complessità degli aspetti analizzati per valutare la qualità di vita è comparso anche il concetto di qualità di vita correlata alla salute (HRQOL), che si applica prevalentemente alle malattie cronico - neoplastiche, che è diventato un importante parametro valutativo nelle terapie oncologiche (terapie per le quali sino a qualche anno fa il successo era valutato in termini di sopravvivenza, morbilità e mortalità). L'HRQOL può essere definito come "l'insieme degli aspetti qualitativi della vita dell'individuo correlabili ai domini della malattia e della salute e pertanto modificabili dalla medicina".

La misurazione della HRQOL rappresenta infatti attualmente uno degli "end point", complementare alla sopravvivenza, con il quale misurare gli "outcome research", i risultati di un trattamento e i suoi effetti sullo stato di salute globale del paziente, può essere altresì utile per decidere quale, tra due terapie di pari efficacia, risulti più efficace per il paziente.

Tra i vari gruppi che lavorano al concetto di QdV, non vi è sempre un consenso unanime su come definirla e valutarla, ma è accettato comunemente il suo aspetto multidimensionale e soggettivo, che include le dimensioni biologiche, fisiche, cognitive, emozionali, relazionali e sociali.

3.2 COME SI MISURA LA QdV

La complessità del concetto di qualità della vita si riflette nella varietà di modalità di misurazione che sono state illustrate. Conseguentemente alle considerazioni fatte sui molteplici aspetti della QdV, ci si può chiedere come fare a misurarla, come esprimere in termini oggettivi dei valori tipicamente soggettivi e come misurare quantitativamente gli aspetti qualitativi della vita.

Sono stati proposti come strumenti di valutazione diversi questionari (tabella 11). Ne esistono di generali, largamente applicabili a diversi tipi di malattie e d'interventi clinici, e utilizzabili su ampie varietà di pazienti o popolazioni. Oppure di specifici, focalizzati sulla valutazione di specifiche aree, malattie, popolazioni o funzioni particolari. Ognuno di questi strumenti misura aspetti diversi dell'esperienza del paziente.

Tabella 11. Test per la valutazione della QdV.

Generici
RAND 36-Item Short Form (SF-36)
Nottingham Health Profile (NHP)
Dominio Specifici
Beck Depression Inventory (BDI) (psico-emozionale)
Overall Sexual Functioning Questionnaire (sessuale)
Malattia Specifici
EORTC Qol Questionnaire (QLQ-C30)
Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)
Neoplasia Vescicale Specifici
EORTC Qol Questionnaire-Bladder Cancer (QLQ-BLM 30)
Functional Assessment of Cancer Therapy-Bladder (FACT-BL)
FACT-Vanderbilt Cistectomy Index (FACT-VCI)
Bladder Cancer Index (BCI)

In generale possiamo dire che le aree maggiormente indagate riguardano quattro dimensioni:

- la soddisfazione, definita come il risultato di una valutazione del bilancio fra obiettivi e realizzazioni personali;
- la stima di sé, che attinge alla valutazione dei propri meriti, nella comparazione tra lo stato attuale del paziente e ciò che egli aspira ad essere;
- lo status socio-economico, che contribuisce a migliorare o peggiorare la qualità di vita, favorendo o meno l'accesso a risorse ritenute "valori", quali la posizione sociale, il potere, le amicizie, il prestigio sociale;
- il benessere fisico, che si riferisce a una sensazione soggettiva di stare bene e di soddisfazione.

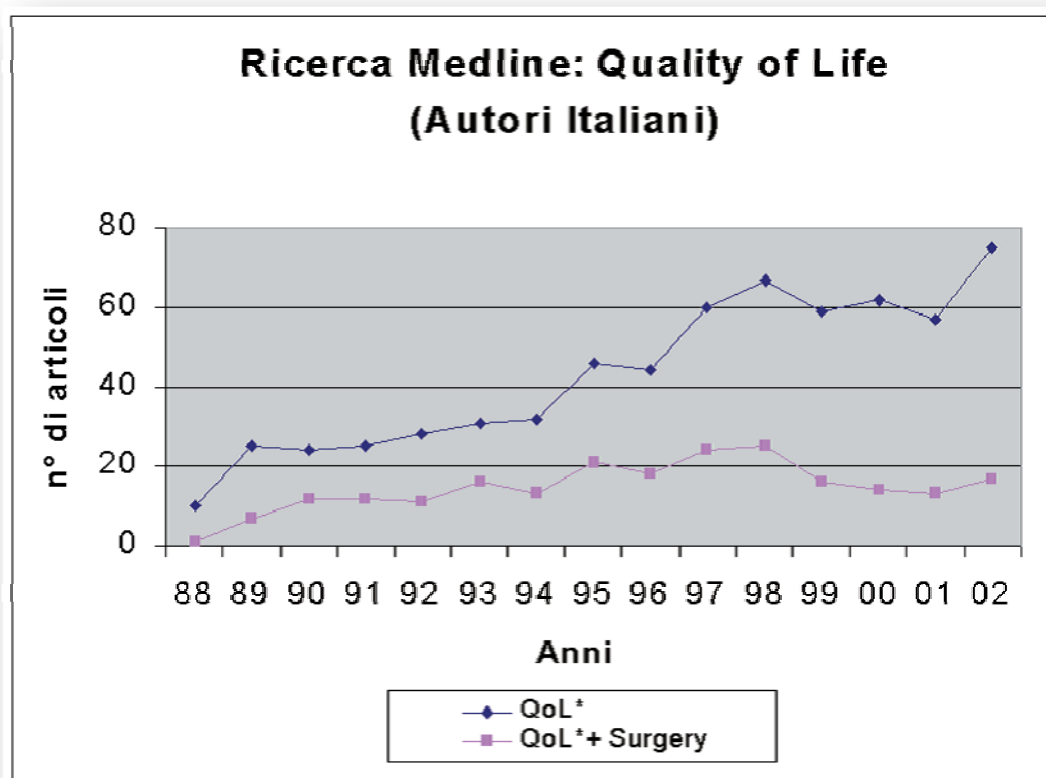
Uno dei limiti di questi questionari consiste nella diversa interpretazione che diversi pazienti danno ai vari elementi della QdV: le limitazioni fisiche, lo stress psicologico, i rapporti sociali sono tutte componenti che assumono diversa importanza a seconda di chi risponde al test. Un'altra limitazione è che alcuni di questi test si basano sull'effettivo punto di vista del paziente, mentre altri si basano sull'impressione del medico, la cui opinione spesso è differente da quella del paziente.

Nonostante ciò le misure della QdV vengono sempre più utilizzate sia nella pratica clinica sia in ambito di ricerca, il loro utilizzo è stato favorito da differenti fattori, tra cui: l'evolversi delle patologie, da decorso acuto a forme a decorso cronico in cui il rapporto tra paziente e strutture sanitarie è duraturo nel tempo e in cui i fattori per valutare l'appropriatezza degli interventi non sono solo la semplice dicotomia vivo-morto ma riguardano diversi fattori come i sintomi, lo stato generale di salute, la soddisfazione delle cure; la presa coscienza che il paziente è un'attendibile fonte di dati, fornendo un punto di vista unico e non recuperabile in altri modi; la disponibilità di strumenti di sempre maggior precisione e accuratezza, in

grado di raccogliere e trasformare le opinioni dei pazienti in informazioni utili sia per il clinico sia per il ricercatore.

Negli ultimi anni l'interesse sulla ricerca sulla QdV ha registrato una crescita a livello internazionale. Dal 1980 al 2002 il numero di pubblicazioni che hanno incluso la QdV è aumentato da 300 a quasi 6000. Anche nel panorama scientifico italiano si è registrato un incremento sostanziale (tabella 12)³⁸.

Tabella 12. Numero di pubblicazioni sulla QdV dal 1980 al 2002 in Italia.



³⁸ Di Fabio F. Outcome measurement in surgical oncology: the traditional end-points to quality of life assessment. La valutazione dell'outcome in chirurgia oncologica: dagli end-points tradizionali alla misurazione della qualità della vita. *Journal of Medicine and the Person*. 2004; 2(3): 121-125

Il questionario SF-36 è uno strumento ampiamente utilizzato per la valutazione della QdV su scala mondiale, la versione italiana è stata validata dal progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment) che lo ha definito un valido e sicuro questionario multidimensionale³⁹.

È un questionario generico, in quanto fa riferimento a concetti di salute che rappresentano i valori umani fondamentali per il livello di attività e la sensazione di benessere di ciascuno. È caratterizzato dalla brevità di compilazione, che mediamente si aggira sui dieci minuti e dalla precisione, essendo per l'appunto uno strumento valido e riproducibile.

L'SF-36 comprende 8 scale a quesito multiplo, da 2 a 10, che misurano ciascuno degli otto concetti di salute (tabella 13):

1. attività fisica (AF)
2. limitazioni nelle attività legate al proprio ruolo dovute a problemi di salute fisica (RF)
3. dolore fisico (DF)
4. salute in generale (SG)
5. vitalità (VT)
6. attività sociali (AS)
7. limitazioni nelle attività legate al proprio ruolo dovute a problemi emotivi (RE)
8. salute mentale (SM)

Vi sono alcune raccomandazioni da seguire per una corretta somministrazione del questionario, tra cui mettere a proprio agio il paziente e incoraggiarlo a compilare il questionario da solo, in ogni sua parte e in base alla propria interpretazione, senza l'aiuto di familiari o altre persone, non forzarlo ma anzi essere accoglienti e disponibili.

³⁹ Apolone et al. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51(11): 1025-1036

Tabella 13. Scale dell'SF-36

DOMINIO	n° quesiti	PUNTEGGIO	
		Basso	Alto
Attività fisica (AF) <i>Physical functioning (PF)</i>	10	Estremamente limitato nello svolgere le attività fisiche compreso fare il bagno o vestirsi, a causa della salute.	Esercita tutti i tipi di attività, comprese le più impegnative senza alcuna limitazione.
Ruolo e salute fisica (RF) <i>Role-physical limitation (RP)</i>	4	Problemi con il lavoro e con altre attività quotidiane a causa della salute fisica.	Nessun problema con il lavoro o con altre attività quotidiane.
Dolore fisico (DF) <i>Bodily pain (BP)</i>	2	Dolore molto forte ed estremamente limitante.	Nessun dolore o limitazione dovuta al dolore.
Salute in generale (SG) <i>General Health (GH)</i>	5	Valuta la salute personale come ridotta e ritiene possibile che peggiori.	Valuta la salute personale come eccellente.
Vitalità (VT) <i>Vitality (VT)</i>	4	Si sente sempre stanco e sfinito.	Si sente sempre brillante e pieno di energia.
Attività sociali (AS) <i>Social functioning (SF)</i>	2	Gravi e frequenti limitazioni delle normali attività sociali dovute a problemi fisici o emotivi.	Esercita le normali attività sociali senza alcuna limitazione per i problemi fisici o emotivi.
Ruolo e stato emotivo (RE) <i>Role-emotional limitation (RE)</i>	3	Difficoltà con il lavoro o altre attività quotidiane a causa di problemi emotivi.	Nessuna difficoltà con il lavoro o altre attività quotidiane a causa di problemi emotivi.
Salute mentale (SM) <i>Mental Health (MH)</i>	5	Sensazioni di nervosismo e depressione per tutto il tempo.	Si sente in pace, felice e calmo per tutto il tempo.
Cambiamento nello stato di salute (CS)* <i>Reported health transition (HT)</i>	1	Ritiene che la salute in generale sia migliorata rispetto a un anno prima.	Ritiene che la salute in generale sia migliorata rispetto a un anno prima.

*Cambiamento nello stato di salute: non viene utilizzato per calcolare il punteggio di nessuna delle otto scale a quesito multiplo; tuttavia fornisce utili informazioni sui cambiamenti dello stato di salute nel corso dell'anno che precede la somministrazione e la compilazione dell'SF-36.

L'EORTC QLQ-C30 è invece un questionario specifico per le malattie oncologiche, creato dall'European Organization for Research and Treatment of Cancer. È costituito da cinque scale funzionali (che indagano la dimensione fisica, quella emozionale, quella sociale, le funzioni cognitive e le attività quotidiane), tre scale per i sintomi (fatigue, dolore, nausea e vomito), una scala sul globale stato di salute e altri items che valutano dei sintomi addizionali (dispnea, alterazioni del sonno, alterazioni della funzionalità intestinale).

Vi sono poi dei moduli aggiuntivi utilizzati per le specifiche malattie, nel caso del tumore alla vescica si crea così l'EORTC QLQ-BLM 30.

Il BCI, Bladder Cancer Index, è uno strumento valido e specifico per la neoplasia vescicale. È costituito da 34 items che indagano tre aree principali, la funzionalità urinaria, sessuale e intestinale. Per i pazienti sottoposti a derivazione urinaria esterna incontinente, essi valutano anche la gestione dei presidi, la loro funzionalità e la stomia, misurando i sintomi di perdite urinarie e irritazioni cutanee.

3.3 QdV E CISTECTOMIA RADICALE

Per i pazienti cui è stato diagnosticato un tumore alla vescica e che sono stati trattati con chirurgia demolitiva, la malattia e i trattamenti ad essa correlati possono avere un impatto sostanziale sull'outcome funzionale e sulla QdV.

I risultati che emergono dalle ricerche sulla QdV possono fornire utili indicazioni per i processi decisionali, aiutando nella scelta della derivazione urinaria e comprendendo la prospettiva del paziente. L'indicazione all'intervento chirurgico, il tipo di tecnica da utilizzare, l'impatto di un determinato trattamento rispetto a un altro sul paziente, sono tutte variabili da tenere in considerazione e potrebbero costituire problematiche di non facile risoluzione.

In generale nella patologia oncologica il concetto di QdV assume particolare rilevanza, alla luce della peculiarità della patologia, quali la drammaticità dell'evento, l'impatto della comunicazione diagnostica, gli effetti collaterali, spesso invalidanti, delle terapie e degli interventi chirurgici, nonché le profonde ripercussioni del cancro sulla sfera psicologica, affettiva, familiare, sociale e sessuale.

Le terapie antineoplastiche (chemio- e radioterapia), sovente, si accompagnano a una serie di effetti collaterali invalidanti, interferenti drasticamente con la qualità di vita dei pazienti e responsabili di un profondo disagio psichico che si somma alla già precaria condizione fisica. Risulta, quindi, importante un accurato bilanciamento tra sopravvivenza e QdV, senza il quale vi è il rischio che gli inconvenienti determinati da un trattamento particolarmente demolitivo, mutilante o invalidante, interferendo pesantemente con lo stato di benessere soggettivo della persona, finiscano col far coincidere il prolungamento della sopravvivenza con un periodo, comunque, di grande sofferenza, con conseguente scadimento della QdV.

Ogni paziente, informato sulle possibilità terapeutiche e sulle conseguenze in termini di sopravvivenza e di QdV, deve poter decidere, dopo aver ascoltato il parere medico, di percorrere l'uno o l'altro percorso, in base al proprio sistema di riferimento personale (insieme di convinzioni, valori, credenze, caratteristiche affettive - emotive, caratteristiche personologiche) e in base alla fiducia e alla relazione instaurata con i curanti.

La diagnosi di cancro alla vescica e il suo trattamento influenzano profondamente la sfera fisica, psicologica e sociale del malato. Non di meno nei mesi o anni successivi all'intervento, il paziente può rimanere in qualche modo "segnato" da tale evento. La cistectomia radicale può causare importanti modificazioni nella vita dei pazienti, non solo nelle funzioni sessuali e urinarie, ma anche e soprattutto nell'aspetto sociale, nelle attività giornaliere e nella soddisfazione verso la propria immagine corporea.

3.4 QdV E DERIVAZIONI URINARIE INCONTINENTI

Per i pazienti sottoposti a cistectomia radicale cui viene confezionata una stomia, oltre alle osservazioni fatte per la patologia oncologica, bisogna aggiungere ulteriori considerazioni relative allo specifico intervento.

Il confezionamento della stomia si pone, infatti, nella vita del paziente come evento rilevante per tipologia e gravità delle complicanze circa il benessere e l'adattamento alla vita quotidiana. Il successo dell'intervento chirurgico perciò non dipende solo dal superamento del trauma chirurgico o dal tempo di vita rimanente al paziente, bensì deve tenere in considerazione anche il ripristino e l'adattamento alla vita quotidiana.

Possono insorgere problematiche di natura psicologica che causano una riduzione dell'efficienza personale, interferendo con le attività quotidiane e diventando quindi problematiche invalidanti.

La causa di questo disadattamento psicologico e comportamentale è da ricercarsi nella modificazione dell'immagine corporea che un intervento di UCS o UICS⁴⁰ comporta. Il paziente dovrà adattarsi ad un aspetto fisico differente e imparare a convivere con la stomia. Dovrà altresì per tutta la vita "gestire" i presidi stomali, placca e sacchetto, oltre che adattarsi ad alcuni cambiamenti nell'alimentazione, nella sessualità e porre attenzione a rilevare precocemente eventuali complicanze associate alla stomia.

3.4.1 LA RIABILITAZIONE

Il paziente stomizzato necessita di supporto, rassicurazione e di una serie di informazioni atte a facilitare la risoluzione naturale del disadattamento conseguente l'atto operatorio. Il processo di riabilitazione

⁴⁰ Vedi capitolo 2.3

entorostomale inizia già in fase preoperatoria per continuare poi fino a che il paziente non avrà raggiunto un adeguato grado di autonomia.

La riabilitazione consiste in un insieme di nozioni, azioni, tecniche tese a portare il paziente da una iniziale dipendenza dall'operatore sanitario, ad una totale autonomia che si esplica nel reinserimento familiare, sociale, lavorativo, e si attua sia sul piano fisico sia su quello psicologico. Il paziente deve acquisire nozioni di base per un corretto "stoma-care", gli si insegna a cambiare i presidi, pulire la cute peristomale e ad osservare la stomia in dimensione, colore, funzionalità, al fine di prevenire complicanze. Poiché la stomia è permanente, queste azioni dovranno essere apprese ed eseguite per tutta la vita, è quindi importante che il paziente sia in grado di eseguire queste operazioni e nel qual caso non lo fosse è necessario individuare un "care-giver" che possa aiutarlo o sostituirsi ad esso quando necessario.

3.4.2 L'ALIMENTAZIONE

È necessario inoltre che il paziente segua alcune indicazioni dietetiche. La nutrizione infatti gioca un ruolo importante nei portatori di urostomia. In generale si può dire che l'urostomizzato può mangiare quasi tutto quello che mangiava prima dell'intervento, dovrà solo seguire alcuni semplici accorgimenti, atti a garantire una buona funzionalità renale e a ridurre l'odore e l'acidità dell'urina.

Alcuni alimenti come lo yogurt, il succo di mirtillo, la frutta e la verdura ricca di acido ascorbico come arance, kiwi, fragole, spinaci, sono consigliabili per ridurre l'odore delle urine. Mentre sono sconsigliati alimenti carichi di spezie, asparagi, cipolla, aglio e cavolfiore, che aumentano le urine acide e con cattivo odore. È inoltre importante che l'introito di liquidi giornaliero si aggiri sui 2000 ml, per diluire le urine, impedire la formazione di cristalli attorno allo stoma e prevenire complicanze di tipo infettivo per reni e ureteri e la calcolosi urinaria.

È consigliabile controllare periodicamente il peso, mantenendolo costante, in quanto un eccessivo aumento di peso può influire negativamente sulla stomia.

La dieta deve mantenere un corretto apporto di fibre per facilitare il transito intestinale e prevenire la stitichezza, in modo tale da facilitare l'evacuazione ed evitare l'impiego eccessivo della muscolatura addominale, preservando così la stomia da ernie e prolapsi.

3.4.3 LO STOMA-CARE

Lo "stoma-care" è la cura e la gestione completa della stomia e, come già rilevato in precedenza, è fondamentale che il paziente o il "care-giver" abbiano acquisito le competenze necessarie per l'igiene e l'apparecchiatura di placca e sacchetto, per la prevenzione e il controllo delle complicanze. L'igiene del complesso stomale rappresenta l'insieme di tutte quelle norme utili alla pulizia dello stoma e della cute peristomale. Evitare l'insorgere di complicanze stomali costituisce un problema di grande rilievo, soprattutto per l'entità dei disturbi fisici e psichici che arrecano allo stomizzato, influenzando notevolmente la qualità di vita.

La cura dello stoma è importante e l'esecuzione appropriata di tutte le fasi della procedura di gestione dell'urostomia consente di ottenere il massimo comfort che si traduce in termini di autonomia, discrezione e serenità. Mantenere l'integrità della cute peristomale è essenziale, in quanto solo in presenza di questa condizione si può garantire una perfetta adesione della barriera cutanea, altrimenti si innesca un meccanismo a catena in cui la presenza di spazi vuoti tra la barriera e la stomia, dovuti a cattiva adesione, causa infiltrazioni di urina che determinano lesioni peristomali, che a loro volta riducono ulteriormente l'adesività del dispositivo e così via.

3.4.4 LA SESSUALITA'

Un'altra sfera che è alterata dall'intervento di derivazione urinaria esterna è quella della sessualità. Il confezionamento della stomia modifica l'immagine corporea del paziente e il suo equilibrio psicologico e di conseguenza anche la sessualità. Inoltre l'intervento chirurgico può causare disfunzione erettile a causa di lesioni vascolo-nervose delle strutture ad essa correlate. Poiché anche il partner del paziente stomizzato vive in prima persona la stomia e i problemi d'impatto corporeo, si possono verificare modifiche nei ruoli sessuali e di coppia.

Vi sono dunque problematiche di tipo fisico, che riguardano il contesto corporeo, la tipologia d'intervento subito e il danno anatomico arrecato alle strutture nervose deputate all'attività sessuale. Il paziente è costretto a misurarsi con le proprie risorse residue, per utilizzarle al meglio o potenziarle grazie ad aiuti di tipo farmacologico.

Le problematiche di tipo psicologico interessano invece le capacità del paziente di confrontarsi con la patologia di base e dipendono dalle proprie abitudini sessuali precedenti l'intervento. La paura dell'impotenza può creare uno stato psico-patologico tale da annullare l'attività sessuale residua.

Infine esistono problematiche di tipo socio-culturale, che riguardano i valori attribuiti in ambito sociale alla sessualità, legati alla religione, agli usi e ai costumi. Il paziente dovrà ricercare insieme al partner un nuovo equilibrio sessuale.

3.5 QdV E DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI ETEROTOPICHE

Anche per le derivazioni urinarie continenti valgono le considerazioni fatte per la patologia oncologica in generale, l'ansia e le preoccupazioni causate dallo scoprire di avere una patologia tumorale, la paura dell'intervento, delle recidive e della morte creano uno squilibrio fisico, psicologico e sociale.

A queste riflessioni, come per le derivazioni urinarie incontinenti, si devono aggiungere alcune specifiche osservazioni.

La derivazione urinaria eterotopica consiste nella creazione di un serbatoio continente interno, collegato alla cute attraverso una stomia. Il serbatoio urinario così creato, grazie alla presenza di una valvola, garantisce la continenza delle urine, eliminando la necessità di utilizzare i presidi esterni di raccolta. Di conseguenza l'alterazione dell'immagine corporea sarà meno marcata rispetto alle derivazioni urinarie incontinenti, soprattutto se si crea la stomia a livello ombelicale, con benefici dal punto di vista fisico, psicologico.

Lo svuotamento del serbatoio urinario avviene per cateterizzazione, è necessario quindi che il paziente sia correttamente educato all'auto cateterismo e che sia motivato a farlo per tutta la vita.

3.5.1 CATETERIZZAZIONE DELLO STOMA

Il paziente dovrà essere in grado di cateterizzare la propria stomia, l'indicazione è di eseguire la manovra ogni tre ore circa, tranne che nel periodo immediatamente successivo l'intervento in cui le cateterizzazioni potrebbero essere più frequenti per evitare una sovra distensione della tasca. È importante che il paziente sia educato sulla tecnica corretta da

eseguire, sui presidi da utilizzare e che osservi la stomia durante la manovra per verificarne l'aspetto ed eventuali variazioni.

Può essere utile controllare anche la qualità dell'urina e la quantità, tramite l'utilizzo di un diario minzionale in cui registrare le quantità d'urina eliminate durante le singole minzioni.

3.5.2 IRRIGAZIONE DELLA TASCA

Poiché il serbatoio urinario è costituito da un segmento intestinale, esso continuerà a produrre muco, soprattutto nelle prime settimane postoperatorie. È bene informare il paziente delle possibili difficoltà alla cateterizzazione dovute alla presenza di muco abbondante. In questi casi il paziente dovrà irrigare la tasca con soluzione fisiologica, tramite l'utilizzo di un catetere, ripetendo la procedura fino a quando le urine non saranno chiare e libero dal muco.

3.6 QdV E DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI ORTOTOPICHE

La sostituzione vescicale⁴¹ è da anni una realtà clinica, l'interesse verso questa metodica si è rinnovato tanto da identificarla come gold standard terapeutico nel carcinoma vescicale localmente invasivo. La neovescica ortotopica presenta due principali caratteristiche: la conservazione dell'integrità dell'immagine corporea e il mantenimento della minzione per uretra, entrambe condizioni essenziali per migliorare la percezione della qualità della vita da parte dei pazienti.

Il neoserbatoio presenta quindi dei notevoli vantaggi, ma anche delle caratteristiche peculiari che il paziente dovrà ben conoscere ed essere in grado di gestire. È infatti esso un "contenitore" posto nello scavo pelvico privo dell'innervazione sensitiva e motoria propria della vescica asportata, di conseguenza diversi saranno gli stimoli minzionali e le modalità di svuotamento, inoltre a seguito dell'intervento demolitivo di cistectomia radicale le uniche strutture del sistema minzionale a rimanere integre sono l'uretra prossimale e la muscolatura peri-uretrale.

L'esito funzionale dell'intervento dipenderà non solo dalla corretta tecnica chirurgica, ma anche dalla capacità del paziente di programmare la minzione in luoghi socialmente idonei e di trattenere ed espellere le urine. Al fine di ottimizzare queste capacità dovrà essere programmata una corretta terapia riabilitativa.

3.6.1 LO STIMOLO MINZIONALE

Lo stimolo urinario non è più quello abituale, non essendo la neovescica innervata, ma corrisponderà a una sensazione di gonfiore addominale che il paziente imparerà a riconoscere come un vago senso di

⁴¹ Vedi capitolo 2.5

tensione alle parti basse dell'addome. Fino a che non sarà in grado di riconoscere questo stimolo è bene che il paziente si rechi ad urinare ad intervalli fissi ogni tre o quattro ore, aumentando un po' alla volta gli intervalli tra le minzioni. Tuttavia è consigliabile non superare mai le sei ore tra una minzione e l'altra, in quanto un riempimento eccessivo della neovesica può essere dannoso, sia per l'aumento pressorio delle alte vie urinarie, sia perché favorisce il riassorbimento di elettroliti che alla lunga possono causare squilibri metabolici, sia perché può provocare una progressiva distensione della neovesica stessa fino alla temibile evenienza della rottura.

3.6.2 LO SVUOTAMENTO DELLA NEOVESICA

La minzione non avviene più per contrazione attiva della vescica, ma per pressione esercitata sul serbatoio urinario, aumentando la pressione intra - addominale. Ovvero la neovesica non si svuota attivamente ma deve essere compressa dall'esterno, il paziente dovrà imparare ad utilizzare il torchio addominale con contrazioni successive e lente della muscolatura addominale. È consigliabile urinare in posizione seduta per permettere il completo rilassamento sfinterale. Per svuotare la neovesica saranno necessarie più spinte addominali, eventualmente aiutandosi con la compressione manuale dell'addome dall'esterno. La minzione avviene non con un unico flusso ma a piccoli getti successivi, il paziente si accorgerà che lo svuotamento è completo allorquando nonostante una spinta vigorosa non uscirà più urina.

Talvolta lo svuotamento completo della neovesica può risultare difficile, per cui può rendersi necessario praticare degli auto cateterismi, alla cui tecnica il paziente dovrà essere istruito. Ciò riveste notevole importanza poiché la ritenzione cronica è un problema funzionale, in quanto determina infezioni ricorrenti, batteriuria delle alte vie escrettrici e deterioramento della funzionalità renale. Inoltre può essere utile compilare

un diario minzionale, in cui annotare la quantità di urina espulsa giornalmente e gli eventuali residui post minzionali.

3.6.3 LA CONTINENZA

Nel primo periodo postoperatorio una perdita urinaria di entità variabile deve essere considerata normale. Questa è attribuibile principalmente alla debolezza sfinterale dell'uretra che deve adattarsi alla nuova situazione. L'incontinenza urinaria sarà tipicamente più frequente durante i bruschi movimenti (alzandosi, abbassandosi, ridendo, tossendo etc.) e la perdita di urine sarà generalmente più consistente durante la notte anche in relazione al 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 piano pelvico possono accelerare decisamente il recupero della continenza. Quasi tutti i pazienti diventano totalmente continenti durante il giorno, dopo avere eseguito con costanza questi esercizi. Dopo tre mesi dall'intervento la maggior parte dei pazienti riesce a rimanere asciutta in posizione sdraiata e, quando si alza durante la notte per urinare è in grado di camminare fino al bagno e trattenere un po' delle urine.

Il recupero precoce della continenza dipende in gran parte dalla tenacia e dalla volontà di collaborazione del paziente. Mentre l'incontinenza notturna purtroppo è scarsamente influenzata da una corretta funzionalità minzionale e dal recupero muscolare del pavimento pelvico: infatti, con il sonno lo stato di coscienza del soggetto risulta abolito per cui, in queste circostanze, le inconsapevoli perdite minzionali non possono essere contrastate. Parziali e non del tutto efficaci provvedimenti sono la minzione prima del riposo, la ridotta assunzione di liquidi serale e i risvegli notturni programmati. Purtroppo unica valida

alternativa rimane l'uso di pannoloni, di profilattici con raccoglitore esterno o più semplicemente di un tradizionale "pappagallo".

Da uno studio condotto su 2238 pazienti sottoposti a cistectomia radicale e a ricostruzione vescicale, emerge che l'incontinenza diurna ha un tasso d'incidenza del 13% ad un follow-up medio di 26 mesi, mentre l'incontinenza notturna si riscontra nel 28% dei pazienti⁴².

3.6.4 LA RIABILITAZIONE PELVICA

Il fine della riabilitazione pelvica è di fare in modo che il paziente impari a gestire la nuova situazione anatomica, il rafforzamento del piano muscolare pelvico consente un parziale recupero della capacità contenitiva. La riabilitazione della muscolatura perineale consiste in un programma fisioterapico attivo e passivo finalizzato al potenziamento delle fibre muscolari sfinteriche e della muscolatura del pavimento pelvico, in particolare del muscolo elevatore del retto. Questo programma comprende: l'educazione minzionale, la chinesiterapia pelvi-perineale, l'elettrostimolazione perineale e il biofeedback perineale.

Educazione minzionale

Il paziente deve essere educato ad utilizzare il torchio addominale per svuotare la neovescica e contemporaneamente a rilasciare il pavimento pelvico. Si consiglia l'utilizzo di un diario minzionale, in cui segnalare le caratteristiche qualitative e quantitative dell'atto minzionale, al fine di permettere al paziente di prendere coscienza della sua capacità contenitiva e di svuotamento, in modo tale da attivare una sorta di autoregolazione.

⁴² Steers WD. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder. *World Journal of Urology*. 2000; 18: 330-337

Chinesiterapia pelvi-perineale (CPP)

Consiste in un programma fisioterapico che comporta la presa di coscienza della muscolatura perineale, l'abolizione delle contrazioni addominali antagoniste e il rinforzamento della contrazione muscolare pelvica mediante opportuni esercizi fisici.

Gli esercizi concordati con il terapeuta vanno eseguiti a vescica vuota e in modo regolare secondo il piano terapeutico, generalmente devono essere eseguiti per cinque minuti almeno tre volte al giorno. Consistono in contrazioni della muscolatura perineale della durata di 5-10 secondi ripetute ad intervalli di circa dieci secondi l'una dall'altra, eseguite in posizione eretta, supina, a gambe divaricate, alzandosi e abbassandosi, eseguendo contemporaneamente colpi di tosse o soffiandosi il naso. Un altro tipo di esercizio consiste nell'interrompere volontariamente il flusso urinario durante la minzione utilizzando contrazioni della muscolatura pelvica.

Nella donna esistono inoltre esercizi di tipo attivo che prevedono l'inserimento da parte della paziente stessa di coni vaginali in vagina, che determinano una reazione di trattenimento riflesso per contrazione del muscolo elevatore dell'ano, ed esercizi passivi eseguiti solitamente dal ginecologo, il quale inserisce in vagina due dita ed effettua uno stiramento verso il basso e poi verso i lati della parete vaginale, facendo compiere alla zona perianale una ginnastica passiva.

Una volta addestrato il paziente dovrà eseguire gli esercizi al proprio domicilio, anche dopo il termine del programma riabilitativo, per evitare cali nei risultati ottenuti.

Ecco alcuni esempi di esercizi di riabilitazione pelvi-perineale:

1. paziente in posizione sdraiata, gambe flesse ed extra ruotate, braccia sull'addome con mani incrociate. Contrarre la muscolatura perineale (mm. elevatore del retto) a fasi alterne mentre le mani intrecciate esercitano una trazione, così da rilasciare la muscolatura addominale;

2. Paziente supino, gambe flesse leggermente divaricate, mano sull'addome. Contrarre la muscolatura perineale a cicli alterni mentre la mano sull'addome consente di apprezzare il contemporaneo rilasciamento della parete addominale;
3. Paziente in piedi a gambe unite e mano accostata all'addome. Stringere i glutei e lo sfintere anale mentre la mano apprezza il rilassamento dei muscoli addominali, quindi rilassare i muscoli;
4. Paziente in piedi a gambe leggermente divaricate. Stringere e rilassare alternativamente la muscolatura perineale; gli esercizi 3 e 4 possono essere associati, durante la fase di contrazione muscolare, a colpi di tosse;
5. Durante la deambulazione il paziente è invitato a contrarre la muscolatura perineale rilasciandola ogni tre o quattro passi;
6. Durante la minzione, se eseguita in piedi, interrompere almeno una volta il getto urinario. Il bacino deve essere spinto in avanti con contemporanea contrazione della muscolatura glutea e perineale.

Ogni esercizio deve essere fatto ricordando che la muscolatura pelvica e quella addominale hanno finalità antagoniste per cui al rilasciamento di una struttura corrisponde la contrazione dell'altra.

Il trattamento riabilitativo è in grado di determinare un netto miglioramento delle funzioni sfinteriali in pazienti operati di cistectomia radicale con ricostruzione di neovescica ortotopica ileale. Particolarmente significativi appaiono: 1) l'aumento di forza, tenuta e resistenza del muscolo pubo-coccigeo e di tutta la muscolatura pelvi-perineale, essenziali per garantire la continenza; 2) il miglioramento della qualità di vita dei pazienti legato a una minore necessità nell'uso e nei cambi di pannolini; 3) un sia pur modesto miglioramento della capacità volumetrica della neo-

vescica associata a una migliore continenza e maggiore capacità di svuotamento della stessa⁴³.

Biofeedback perineale (BFB)

Il biofeedback permette la presa di coscienza del complesso vescico-uretro-perineale tramite una retro informazione (il feedback) istantanea degli eventi detrusorali e dell'attività muscolo-perineale, permettendo nello stesso tempo una verifica del trattamento in atto. È una ginnastica attiva che aiuta a riconoscere e a contrarre correttamente la muscolatura del pavimento pelvico. Il biofeedback prevede gli stessi esercizi di contrazione perineale, ma si avvale di un computer che trasforma l'attività muscolare, rilevata tramite una sonda rettale, o vaginale nella donna, in segnali visivi o sonori. Sul monitor il paziente può vedere il grafico del proprio lavoro muscolare, che ne indica l'intensità e la durata, mentre un secondo grafico avverte se si stanno utilizzando i muscoli addominali o perineali.

Generalmente le sedute di lavoro durano circa 20 minuti, con sedute bisettimanali di un ciclo di circa venti sedute, per una durata totale del trattamento di circa 3 mesi.

Stimolazione elettrica funzionale (SEF)

L'elettrostimolazione perineale è una stimolazione passiva che, oltre a favorire la presa di coscienza, stimola i muscoli del pavimento pelvico. È praticata con una sonda anale ed elettrodi superficiali, come per il biofeedback, che conducono una corrente elettrica continua assolutamente indolore. In questo modo mediante l'eccitazione diretta del perineo si provvede ad un reclutamento attivo delle fibre muscolari del muscolo elevatore del retto, rafforzandone la contrazione.

⁴³ Morelli F et al. Efficacia e limiti del trattamento riabilitativo in 6 pazienti affetti da incontinenza urinaria post cistectomia radicale con ricostruzione di neovescica orto topica: la nostra esperienza. *Europa MedicoPhysica*. 2008; 44 (suppl 1 n°3)

Si eseguono generalmente sedute di 20 minuti da eseguire due volte alla settimana.

3.6.5 L'ALIMENTAZIONE

L'alimentazione gioca un ruolo importante anche nei pazienti portatori di neovescica. Il serbatoio urinario ortotopico ricostruito con un segmento intestinale ha infatti caratteristiche differenti rispetto alla vescica naturale, favorendo la perdita di acqua e sali. Per questo motivo è importante che il paziente assuma una quantità sufficiente di acqua (2-3 litri al giorno) e di sali (brodo, succhi di frutta, integratori salini, etc.). Non bisogna astenersi completamente dall'assunzione di alcolici quali il vino e la birra, ma in questo senso bisogna usare una moderazione. In alcuni casi, su indicazione degli esami biochimici che il paziente eseguirà periodicamente potrà essere utile anche l'assunzione di bicarbonato di sodio, ferro, folina, Vit. B12, al fine di evitare le complicanze metaboliche tipiche di questa derivazione. E' inoltre molto importante arricchire la dieta di frutta e verdura anche al fine di regolarizzare l'attività dell'intestino. E' molto frequente che le urine contengano quantità variabili (abbondanti soprattutto all'inizio) di muco prodotto dalla mucosa intestinale del segmento utilizzato per la costruzione della neovescica. 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. Per ridurre la produzione del muco è utile, oltre all'assunzione di una maggiore quantità di liquidi, anche l'assunzione di prodotti contenenti estratto di mirtillo.

3.6.6 LA SESSUALITA'

Una delle complicanze che più lamentano i pazienti sottoposti a ricostruzione con neovescica ortotopica è l'alterazione della capacità di avere erezioni spontanee soddisfacenti. Il requisito fondamentale per il ritorno di erezioni spontanee è la conservazione, durante l'intervento, dei nervi deputati al meccanismo dell'erezione (cistectomia "nerve sparing").

Inoltre il ritorno della funzione sessuale dipende sensibilmente dall'età, dalla potenza sessuale pre-operatoria e dalla gravità della malattia. Ci sono persone che non riprendono una buona potenza sessuale fino a 2 anni dopo l'intervento. Le erezioni, se torneranno, riprenderanno in modo graduale e la loro qualità migliorerà mese dopo mese. Anche gli stimoli per ottenere un'erezione saranno differenti nel corso del primo anno. Saranno meno intensi gli stimoli visivi e psicogeni, mentre più intensi saranno gli stimoli tattili.

CAPITOLO 4
NURSING UROLOGICO

4.1 QdV E NURSING UROLOGICO

La gestione del paziente che va incontro a cistectomia radicale e derivazione urinaria riconosce delle tappe fondamentali che si realizzano in un percorso assistenziale individuale. La malattia oncologica è vissuta come una minaccia esistenziale che ha conseguenze sul ruolo lavorativo, sociale, familiare, e che può provocare trasformazioni fisiche tali da creare un disagio psichico al paziente.

L'infermiere che si prende carico di un paziente che va incontro a derivazione urinaria deve fornire un'assistenza olistica e personalizzata, finalizzare l'assistenza all'autocura, fornire informazioni e insegnare nuove abilità, promuovere la conoscenza approfondita degli aspetti fisici, psicologici ed emotivi dell'aver una derivazione urinaria, coordinare l'assistenza fornita nell'ambito del team multidisciplinare, assicurare la continuità delle cure dopo la dimissione.

Attraverso tutte queste attività l'infermiere promuove il benessere del paziente, inteso come sfera fisica, psicologica, sociale e spirituale. Questo punto di vista olistico dell'assistenza infermieristica può aiutare il paziente a mantenere e migliorare la propria qualità di vita.

La professione infermieristica è in continua evoluzione e negli ultimi anni promuovere, mantenere e rafforzare la QdV dei pazienti, delle loro famiglie e della comunità sono diventati sempre più obiettivi dell'assistenza infermieristica, divenendo un importante indicatore della qualità delle cure prestate.

Le informazioni sulla QdV sono importanti per la pianificazione dei trattamenti, per i processi decisionali e per la pianificazione dell'assistenza. Questi dati sono importanti sia per il clinico che per il paziente e inoltre promuovono la relazione e la comunicazione tra loro. L'infermiere gioca un ruolo critico nel passaggio di queste informazioni, al fine di permettere al paziente di valutare e fare un bilancio tra i rischi e i benefici associati al trattamento.

La pianificazione assistenziale del paziente sottoposto a derivazione urinaria deve essere individualizzata, tenendo conto dei protocolli assistenziali ma anche dei criteri d'individualità. Si possono riconoscere diverse tappe che vanno dall'assistenza preoperatoria a quella postoperatoria e infine a quella ambulatoriale per il controllo a lungo termine.

4.2 FASE PREOPERATORIA

La fase preoperatoria è quel momento in cui avviene il primo contatto professionale tra l'infermiere e il paziente, gli obiettivi primari in questa fase mirano a instaurare un rapporto di fiducia e una relazione efficace, e a soddisfare il bisogno di sicurezza e conoscenza al fine di ridurre l'ansia. E' la fase in cui si sviluppa il piano informativo, e la preparazione del paziente all'intervento.

L'accettazione della derivazione urinaria può essere un percorso difficile e doloroso, sia essa continente o incontinente, e comportare una serie di problematiche legate a:

- Ansia e paura per l'atto chirurgico
- Agitazione legata alla non conoscenza di ciò che sarà fatto
- Paura delle modificazioni del proprio schema corporeo
- Alterazione del concetto di sé con perdita di autostima
- Paura delle alterazioni sessuali sia a livello personale (impotenza) sia sulla vita sessuale di coppia
- Isolamento sociale per paura degli odori e delle perdite legate al presidio di raccolta esterno
- Paura di non essere in grado di gestire la stomia
- Paura di non riuscire a eseguire la tecnica di auto cateterismo
- Disagio e isolamento sociale per paura dell'incontinenza notturna
- Paura relativa allo svuotamento della neovescica ortotopica

La relazione che si instaura con il paziente in questa fase è fondamentale, l'infermiere non deve farsi carico dei problemi del paziente, ma deve servire a rassicurarlo e a informarlo su tutte le procedure terapeutiche e riabilitative, per stimolare quel processo di auto-recupero in cui la parte attiva deve essere sempre il paziente. E' il paziente infatti che deve reagire in senso positivo alla malattia quindi al suo nuovo stato, l'infermiere deve fungere da guida, da supervisore nonché da garante affinché ciò avvenga secondo schemi pianificati, programmati. Se ciò avviene, il postoperatorio sarà meno traumatico e la riabilitazione e il reinserimento sociale più semplici.

L'accertamento infermieristico preoperatorio comprende:

- Valutazione della funzione cardiopolmonare
- Valutazione dello stato nutrizionale
- Identificazione delle informazioni e delle istruzioni da dare all'assistito e ai familiari, in relazione alla necessità di fare comprendere loro quali cambiamenti anatomici e funzionali risulteranno dall'intervento. L'infermiere valuta la percezione di sé e il grado di autostima del paziente e la sua capacità di far fronte allo stress e alla perdita dell'integrità fisica. Valuta inoltre il suo stato mentale e la capacità di coordinazione e il metodo più adeguato per trasmettergli le informazioni relative all'auto-assistenza postoperatoria.

Le diagnosi infermieristiche preoperatorie sono:

- Ansia correlata alla conoscenza anticipata della perdita dell'integrità corporea in seguito all'intervento
- Nutrizione inferiore al fabbisogno correlata a un apporto insufficiente
- Insufficiente conoscenza della procedura chirurgica e dell'assistenza postoperatoria

È facile capire come la fase preoperatoria sia complessa, delicata e importante, l'assistenza che ne consegue mira al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Stabilire un rapporto di fiducia col paziente
- Preparazione psicologica del paziente
- Stabilire la sede più adatta per la stomia
- Educazione terapeutica al paziente e ai familiari
- Preparazione del paziente all'intervento chirurgico
- Favorire l'autonomia
- Gestire l'ansia
- Migliorare lo stato nutrizionale
- Aumentare le conoscenze sulla procedura chirurgica

La gestione dell'ansia

L'esordio della malattia neoplastica è un momento difficile, caratterizzato da un elevato stress emotivo, il primo ostacolo che il paziente deve superare è l'accettazione della malattia, quindi il riconoscimento di se stessi alla luce di questo nuovo stato.

La malattia neoplastica e l'imminente asportazione della vescica creano nel paziente timori relativi all'alterazione dell'immagine corporea e alla perdita di sicurezze fondamentali. Egli dovrà abituarsi nel caso di derivazioni urinarie esterne allo stoma, al sistema di raccolta urinario per le derivazioni incontinenti, a stimoli minzionali completamente differenti da quelli naturali nel caso di derivazioni ortotopiche e ad abituarsi a diverse pratiche escretorie e igieniche. Inoltre il paziente dovrà confrontarsi con le preoccupazioni per l'impotenza sessuale conseguente l'intervento.

È importante che l'infermiere abbia un atteggiamento di sostegno, sia fisico sia psicologico, e valuti l'impatto dell'intervento sull'autostima del paziente e come questi reagisce allo stress e alla perdita dell'integrità

fisica, aiutandolo a mantenere la sua autonomia e a modificare il meno possibile le sue abitudini. Le strategie che l'infermiere può utilizzare sono:

- Stimolare il paziente a mantenere l'attenzione sul presente, senza andare oltre col pensiero a un futuro che spesso è visto come tragico e negativo. Interrompere la spirale di pensieri negativi è fondamentale per avviare l'iter riabilitativo
- Stimolare il paziente nei momenti in cui guarda al futuro a immaginare di affrontare efficacemente le difficoltà, convincere il paziente delle sue capacità ad affrontare le situazioni che si proporranno
- Esporre il paziente gradualmente alla realtà, fornendo le informazioni in forma graduale, lasciando il tempo necessario affinché le elabori e faccia proprie le informazioni evitando di confonderlo fornendogli una mole d'informazioni troppo ravvicinate
- Far capire al paziente che l'équipe infermieristica è a sua completa disposizione

Il disegno preoperatorio

La derivazione urinaria esterna richiede una stomia e per il suo corretto posizionamento è fondamentale il disegno preoperatorio, soprattutto per le derivazioni incontinenti che necessitano di presidi esterni.

Il disegno preoperatorio rappresenta un valido aiuto nel fornire la giusta indicazione sul punto di reperi ideale. Tale procedura ha il fine di favorire una buona gestione dello stoma e permetterne l'autogestione, prevenire le complicanze da mal posizionamento e favorire l'adesione e il mantenimento in situ del sistema di raccolta.

Dopo attenta osservazione dell'addome si sceglierà il punto tracciando linee immaginarie che vanno dal pube all'apofisi xifoide, dai margini costali all'ombelico, dall'ombelico alle spine iliache, dalle spine iliache al pube. I triangoli che ne derivano rappresentano le zone in cui

possono essere confezionate le varie forme di derivazioni stomali. Il punto dovrà essere poi testato in diverse posture in modo tale da non interferire con le abitudini di vita e con l'abbigliamento.

Preparazione del paziente all'intervento chirurgico

La preparazione del paziente all'intervento di cistectomia radicale e derivazione urinaria comprende tutti quegli accertamenti e quelle attività infermieristiche caratteristiche del nursing preoperatorio di base. Ricordiamo la preparazione degli esami ematici e radiologici, il controllo della cartella infermieristica e dei consensi informati, la preparazione cutanea, la disinfezione cutanea, la gestione dei liquidi e dei nutrienti, la preparazione intestinale, la profilassi antibiotica e antitromboembolica, il posizionamento di cateteri venosi e infine, ultimo non per importanza, l'educazione all'assistito.

È da sottolineare l'importanza di una corretta preparazione intestinale per quei pazienti che saranno sottoposti a derivazione urinaria con l'utilizzo di segmenti intestinali.

4.3 FASE POSTOPERATORIA

L'assistenza infermieristica nell'immediato postoperatorio è indirizzata a prevenire l'insorgere di complicanze e a rilevare, attraverso un attento monitoraggio, i segni e i sintomi di eventuali complicanze. Il paziente generalmente rientra dalla sala con due drenaggi addominali, l'urostomia con i tutori ureterali e i presidi di raccolta esterni oppure il catetere vescicale in caso di neovescica, il sondino naso gastrico, l'accesso venoso, periferico o centrale, con in corso la terapia antalgica ed idratante.

Le attività infermieristiche di base consistono nel monitoraggio dello stato fisico del paziente, del dolore, dello stato di coscienza, nel controllo

del funzionamento dei sistemi cardiocircolatorio, polmonare, renale. L'infermiere controllerà inoltre la pervietà dei drenaggi, del catetere vescicale o del sistema di raccolta urinario esterno, valutando il volume di urina drenato in qualità e quantità e l'entità del sanguinamento, controllerà la ferita chirurgica e la sua medicazione.

Le diagnosi infermieristiche postoperatorie sono:

- Rischio di compromissione dell'integrità cutanea
- Dolore correlato all'incisione chirurgica
- Disturbo dell'immagine corporea correlato alla derivazione urinaria
- Disfunzione sessuale correlata ad alterazioni anatomico-funzionali
- Insufficiente conoscenza su come mantenere la funzionalità urinaria

Gli obiettivi dell'assistenza infermieristica nel postoperatorio sono:

- Mantenimento dell'integrità cutanea peristomale
- Alleviare il dolore
- Aumentare l'autostima
- Permettere lo sviluppo di meccanismi di adattamento che permettano di affrontare e accettare i cambiamenti delle funzioni urinarie e sessuali
- Migliorare le competenze del paziente
- Prevenire le possibili complicanze
- Fornire supporto fisico e psicologico al paziente durante la fase riabilitativa
- Coinvolgere i familiari, soprattutto il coniuge
- Supportare e promuovere l'autonomia del paziente
- Educazione terapeutica al paziente e ai familiari

4.4 L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Educazione terapeutica significa costruire una collaborazione attiva tra curanti e malati attraverso il trasferimento dagli uni agli altri delle conoscenze, procedure e gesti terapeutici indispensabili a gestire insieme la malattia e la cura. Infatti, solo attraverso una partnership competente tra curanti e malati si possono creare i presupposti per una gestione sicura ed efficace della malattia e della cura.

La dimensione educativa costituisce una delle quattro funzioni principali indicate dall'OMS come proprie del ruolo infermieristico, assieme a quelle di gestione dell'assistenza, di lavoro nell'équipe sanitaria e di ricerca sanitaria. La rilevanza dell'azione educativa nell'ambito dell'assistenza infermieristica si esplica nell'opportunità che essa offre alla persona malata non semplicemente di ricevere delle informazioni, ma di acquisire piena coscienza della propria condizione, di sapersi adattare ad essa e, conseguentemente di agire per il recupero della propria autonomia laddove possibile, o comunque affrontarla con dignità. Prendersi cura del malato implica farsi carico anche dei vissuti esistenziali e dei significati che questi attribuisce alla malattia, aiutandolo a elaborarli in una direzione di senso che ne supporti sempre più la riacquisizione di un'autonomia di vita la migliore possibile nella sua condizione.

L'educazione terapeutica del malato è un processo sistemico caratterizzato da precise fasi operative:

- identificazione dei bisogni essenziali che ciascun malato ha in rapporto alla gestione della malattia e della cura (diagnosi educativa)
- negoziazione di compiti e di ruoli per gestire in sicurezza la malattia e la cura e, quindi, scegliere i contenuti, gli obiettivi, le strategie e le tecniche di apprendimento più adeguate (contratto educativo - terapeutico di sicurezza)
- valutazione dei risultati dell'apprendimento utilizzando gli strumenti più idonei (valutazione-restituzione).

È fondamentale rimarcare che l'educazione terapeutica non mira a "scaricare" il malato, allontanandolo dal medico e rendendolo "curante di se stesso", bensì si propone di promuoverne l'empowerment e di farne un partner competente. In altri termini, si tratta di trasferirgli la competenza e la consapevolezza necessarie per collaborare efficacemente e in armonia con i curanti alla realizzazione di percorsi di salute condivisi, appropriati e sicuri.

L'educazione terapeutica dovrebbe mettere il malato e/o i suoi familiari e care-giver in condizione di:

- conoscere la propria malattia (*sapere*)
- eseguire gesti e procedure di cura, utilizzando in modo sicuro e corretto farmaci, presidi e tecniche, all'occorrenza sapendo anche decidere eventuali aggiustamenti o affrontare situazioni di crisi (*saper fare*)
- eseguire correttamente i gesti e le procedure di auto sorveglianza e prevenire possibili complicanze e incidenti (*saper fare e gestione del rischio clinico*)
- tenere una condotta alimentare, motoria e, più in generale, uno stile di vita corretto (*saper essere*).

È indispensabile ribadire che l'educazione terapeutica implica sempre la valutazione, prima e dopo il percorso di educazione, sia della corretta trasmissione e recepimento dei contenuti di insegnamento/apprendimento (mediante strumenti di valutazione come questionari, carte semantiche, griglie di osservazione, ecc.) sia delle sue conseguenze sull'andamento della malattia (outcome clinici, incidenza di complicanze, consumo di farmaci, spesa sanitaria, ecc.).

Soprattutto a causa dell'aumento della vita media e del miglioramento delle procedure diagnostico-terapeutiche, molte patologie urologiche hanno assunto i caratteri della cronicità. Ciò significa che, sempre più spesso, il rapporto sanitario-malato non si esaurisce con il ricovero ospedaliero o con la visita ambulatoriale, ma continua nel tempo. Si tratta frequentemente di malati anziani, già di per sé organicamente e psicologicamente fragili, e non sempre assistiti in maniera sufficientemente attenta in ambiente domiciliare. Sono malati che, per ragioni logistiche, spesso non hanno la possibilità di rivolgersi con immediatezza alla struttura specializzata e di trovare riferimenti sicuri nel territorio, a fronte di problematiche che possono essere risolte anche in ambiente domiciliare. Le conseguenze inevitabili sono la paura, l'insicurezza, il rientro improprio in ospedale, la scelta di vie di gestione e cura improvvisate, arbitrarie e oltremodo pericolose, che talora si pagano anche con la vita e che vanificano l'opera dei curanti. Spesso si tratta di malati oncologici che devono gestire stomie, drenaggi urinari temporanei e permanenti, programmi di follow-up complessi. In queste situazioni, la semplice informazione non può bastare: le nozioni teoriche devono necessariamente essere accompagnate da un insegnamento pratico. È quindi un preciso dovere professionale dello specialista, degli infermieri e degli altri membri dell'èquipe fare in modo che il malato e/o i suoi familiari e care-giver apprendano ad eseguire correttamente anche i gesti e le procedure necessarie alla gestione della malattia.

L'educazione terapeutica in urologia può estendersi anche all'area emotiva e relazionale. I problemi psicologici che menomazioni e malattie inducono nel malato, spesso sono sottovalutati dal personale sanitario: un malato depresso, demotivato è un malato che non saprà gestirsi e non saprà curarsi. Pertanto, la realizzazione di un efficace intervento di educazione terapeutica implica il lavoro in èquipe con gli altri ruoli professionali, come urologi, psicologi, fisioterapisti in una logica d'intervento interprofessionale e interdisciplinare.

La problematica principale da affrontare per il malato con carcinoma infiltrante, candidato all'intervento di cistectomia radicale è la gestione della derivazione urinaria. Molti di questi malati saranno portatori di stomie esterne definitive con importanti risvolti dal punto di vista psicologico e pratico. È assolutamente necessario che i malati conoscano bene sia la patologia, sia le procedure attuate per curarla: quotidianamente, infatti, il malato dovrà convivere con un nuovo modo di urinare e affrontare i problemi connessi con tale condizione.

In caso di derivazione urinaria esterna, il malato deve imparare a pulire e sostituire autonomamente i sistemi di raccolta urine (placca e sacchetto urostomico). L'urostomia non deve essere vissuta come un handicap e non preclude alcuna attività fisica: in questi casi è consigliabile anche un adeguato supporto psicologico.

In caso di sostituzione ortotopica di vescica, il malato deve imparare che la neovescica ileale non è in grado di riprodurre tutte le funzioni di una vescica normale: dovrà imparare a riconoscere lo stimolo come una sensazione di gonfiore addominale e a svuotare per "ponzamento" la neovescica. Il malato dovrà imparare a ricostruire una minzione diversa e un'efficace continenza urinaria.

4.5 CREAZIONE DI UN OPUSCOLO INFORMATIVO

L'approccio sistemico del paziente prevede la presa in carico di tutti i suoi fabbisogni di assistenza, non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di qualità della vita, secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS.

La vita dopo ricostruzione vescicale con neovescica ortotopica è una delle condizioni dove è fondamentale l'autogestione da parte del paziente: egli dovrà imparare a urinare in maniera differente, a riconoscere uno stimolo urinario diverso da quello naturale, a svuotare la neovescica con il torchio addominale, a praticare se necessario gli auto cateterismi.

È importante creare un sistema di interventi sanitari coordinati e comunicare in modo adeguato col paziente e coi familiari su condizioni che possono avere un impatto significativo sulla loro vita. Il paziente deve essere coinvolto a partecipare attivamente al suo percorso terapeutico e aiutato a gestire la propria malattia.

"La professione infermieristica è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"⁴⁴.

Da tutte queste considerazioni nasce l'idea di creare un opuscolo informativo per i pazienti con neovescica ortotopica (vedi allegato 1). L'educazione terapeutica preoperatoria è di fondamentale importanza per la buona riuscita dell'intervento in termini di qualità della vita per il paziente. Questi deve essere informato e aiutato a scegliere l'opzione terapeutica che preferisce, deve essere a conoscenza dei pro e dei contro e capire a fondo quali modificazioni avverranno nella propria vita.

Una comunicazione efficace riesce a valorizzare le enormi possibilità delle relazioni umane consentendo alle persone di collaborare,

⁴⁴ Profilo professionale dell'infermiere. DM 14/9/1994 n° 739

raggiungere obiettivi, esprimere richieste, negoziare più facilmente anche in situazioni non ottimali, nel rispetto della personalità di ciascuno.

L'opuscolo contiene alcune informazioni generali sul tipo d'intervento cui il paziente si sottoporrà e altre più specifiche riguardanti lo stimolo minzionale, lo svuotamento della neovescica, i problemi urinari cui potrebbe andare incontro, incontinenza notturna e ritenzione urinaria, alcuni consigli sull'alimentazione e sui controlli da effettuare.

Ovviamente l'opuscolo non è esaustivo di tutti questi argomenti, ma vuole essere una traccia, uno spunto di riflessione, che consenta al paziente di esprimere eventuali dubbi e perplessità. Non vuole neanche sostituirsi al prezioso contatto diretto col paziente, momento di crescita professionale e personale di ogni figura professionale sanitaria.

PARTE III

CAPITOLO 5
DERIVAZIONI URINARIE A CONFRONTO:
REVISIONE DELLA LETTERATURA

5.1 INTRODUZIONE

L'intervento di cistectomia radicale, eventualmente integrato con trattamenti chemio e/o radioterapici, è oggi comunemente riconosciuto come trattamento di scelta nel tumore vescicale infiltrante. Mentre non esiste ancora un univoco orientamento sul tipo di derivazione da adottare dopo il momento demolitivo. Sono molteplici le variabili da tenere in considerazione, dallo stadio di malattia al paziente stesso.

La derivazione urinaria incontinente, principalmente rappresentata dalla UICS, è stata quella più utilizzata in passato ed è comunque ancora oggi impiegata. Le soluzioni ricostruttive si sono poi evolute verso derivazioni urinarie continenti eterotopiche e in seguito ortotopiche, nel tentativo di migliorare le tecniche chirurgiche e la QdV dei pazienti.

Nelle ultime decadi l'attenzione si è rivolta sempre più verso le neovesciche ortotopiche, che vanno a modificare in misura minore l'immagine corporea del paziente, garantendo una migliore QdV. L'interesse verso il serbatoio ortotopico è cresciuto in modo tale da farne la soluzione di prima scelta dopo cistectomia radicale, sia nell'uomo che nella donna.

La scelta del tipo di derivazione urinaria dopo intervento di cistectomia radicale è sempre stato un argomento problematico non solo per gli aspetti prettamente chirurgici, ma anche per l'impatto psicologico sul paziente stesso. Da uno studio eseguito da Fontana et al⁴⁵ nel 2006, emerge che la soluzione maggiormente adottata a seguito di cistectomia, in Italia, è la neovescica ortotopica (45%), seguita dal condotto ileale o colico (39%), UCS (12%), tasca continente (2%).

A questo proposito Dal Moro scrive: "Gli elementi da considerare nella scelta dell'opzione più vantaggiosa sono rappresentati innanzitutto dall'età del paziente e dalle sue comorbidità. Si deve certamente valutare

⁴⁵ Fontana D et al. Evoluzione e progressi nel campo della sostituzione della vescica. *Urologia*. 2007; 74(2): 49-52

anche l'estensione della malattia, soprattutto in termini di rischio di recidiva locale nei casi in cui si decida di proporre una derivazione ortotopica. Una funzione renale, epatica o intestinale compromesse devono essere tenute in notevole considerazione per le possibili ripercussioni metaboliche postoperatorie e rappresentano in quanto tali una controindicazione al confezionamento di un neoserbatoio ortotopico... Anche elementi come la pregressa irradiazione pelvica o la presenza di importanti stenosi uretrali recidive, proprio per le difficoltà tecniche intraoperatorie e per le possibili sequele post-chirurgiche connesse devono far propendere per una derivazione esterna. Non ultimo, ma anzi aspetto determinante nel dirigere la scelta, la motivazione del paziente. Si deve tenere in assoluta considerazione il desiderio del paziente: se infatti è vero che un trauma psicologico connesso ad un irreversibile danno dell'immagine corporea, come quello rappresentato da una derivazione esterna, può risultare deleterio e distruttivo per la stabilità di un paziente, è tuttavia altrettanto vero che la necessità di una costante, attenta e corretta gestione di un neoserbatoio ortotopico può risultare altrettanto destabilizzante per un paziente non motivato a tale soluzione"⁴⁶.

Il problema della QdV non è quindi da sottovalutare e per poterla valutare è necessario conoscere la prospettiva dei pazienti. Per questo motivo sono stati elaborati numerosi questionari da somministrare ai pazienti, che indagano le aree fisiche, psicologiche, funzionali, sociali, sessuali. I questionari utilizzati per indagare la QdV devono essere validati, solitamente sono specifici per una lingua o per un gruppo culturale.

⁴⁶ Dal Moro F, Artibani W. Quale derivazione per quale paziente. *Urologia*. 2008; 75(2): 131-132

5.2 OBIETTIVO

Negli ultimi anni la ricostruzione vescicale con confezionamento di neovescica, a seguito di cistectomia radicale, ha preso sempre più piede nel trattamento del tumore invasivo della vescica, soprattutto per i conseguenti miglioramenti nella qualità della vita dei pazienti.

L'obiettivo di questa revisione è di verificare se la letteratura attualmente a disposizione sostiene questo presupposto, ovvero se esistono evidenze scientifiche che dimostrino un miglioramento della qualità della vita (QdV) e della qualità della vita correlata alla salute (HRQOL) nei pazienti sottoposti a neovescica ortotopica piuttosto che a derivazione urinaria incontinente o continente eterotopica.

5.3 MATERIALI E METODI

È stata eseguita una ricerca bibliografica sulla banca dati PUBMED dal 1990 al 2010, utilizzando come termini chiave "bladder cancer", "cystectomy", "urinary diversion", "quality of life". È stata fatta iniziare la ricerca dal 1990 in quanto anno dal quale la diversione urinaria continente ortotopica è diventata una valida alternativa alla derivazione eterotopica e al condotto incontinente.

L'iniziale ricerca ha condotto a 185 articoli di cui 55 review. I criteri d'inclusione adottati sono stati: studi comparativi, tra almeno due forme di diversione urinaria, articoli originali di ricerca, prospettici o retrospettivi, articoli che utilizzano questionari per la valutazione della QdV o dell'HRQOL, pazienti adulti, pazienti con tumore alla vescica. I criteri d'esclusione sono invece stati: studi non comparativi, pazienti non adulti, pazienti sottoposti a cistectomia per ragioni differenti dal tumore vescicale. Inoltre non tutti gli articoli erano disponibili, per cui dopo aver applicato i suddetti criteri d'inclusione ed esclusione, sono stati presi in

considerazione gli articoli disponibili come full-text e quelli reperibili tramite le credenziali di accesso dell'Ateneo degli Studi di Torino.

La ricerca finale consta di 18 articoli di ricerca.

5.4 RISULTATI

Gli articoli selezionati possono essere così suddivisi:

- Studi che comparano l'HRQOL in pazienti con derivazione urinaria e soggetti sani di pari età
- Studi che comparano le derivazioni incontinenti alle neovesciche ortotopiche
- Studi che comparano le derivazioni incontinenti alle derivazioni continenti eterotopiche
- Studi che comparano l'HRQOL nelle derivazioni ortotopiche e in quelle eterotopiche
- Studi che comparano l'HRQOL in tutti e tre i tipi di derivazione urinaria.

Gli strumenti utilizzati per raccogliere le informazioni sulla QdV sono molteplici, i questionari che gli autori hanno utilizzato sono: SF-36, EORTC QLQ-30, BCI, FACT-G, FACT-BI, SIP e questionari autoprodotti.

Nella tabella seguente (tabella 14) sono indicati gli studi selezionati in ordine di pubblicazione, mostrando gli strumenti utilizzati per la rilevazione della QdV e le derivazioni urinarie confrontate.

Tabella 14. Studi sulla QdV, tra il 1990 e il 2010, in pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione incontinente (INC), derivazione continente eterotopica (CE) e ortotopica (CO).

autori	anno	strumento	n°pazienti	INC	CE	CO
bjerre et al.	1995	intervista+questionario autoprodotta	67	29		38
gerharz et al.	1997	questionario autoprodotta	192	131	61	
hart et al.	1999	4 questionari autoprodotti	221	25	93	103
kitamura et al.	1999	questionario autoprodotta	79	36	22	21
fujisawa et al.	2000	SF-36	56	20		36
hardt et al.	2000	SF-36+ questionario autoprodotta	44	24	20	
conde et al.	2001	questionario autoprodotta	33	6		27
dutta et al.	2002	SF-36 + FACT-G	72	23		49
hara et al.	2002	SF-36	85	37		48
mansson et al.	2002	FACT-BI	80		39	41
cookson et al.	2003	SF-36 + FACT-G	40	17		23
yoneda et al.	2003	SIP	67	30		37
protogeru et al.	2004	EORTC QLO C-30+ quest. autoprodotta	108	58		50
allaredy et al.	2006	FACT-BI	82	56	26	
kikuci et al.	2006	FACT-BI/G	49	20	14	15
gilbert et al.	2007	BCI	188	66		122
saika et al.	2007	EORTC QLO C-30	109	56	31	22
sogni et al.	2008	EORTC QLO C-30	85	53		32

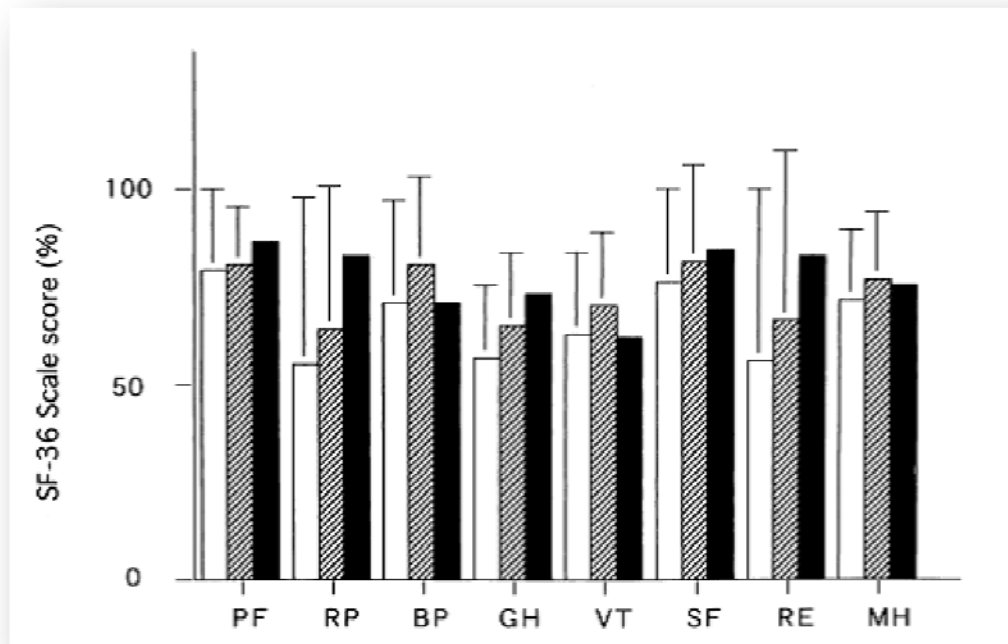
Il tipo più frequente di studi è rappresentato da confronti tra derivazioni urinarie incontinenti e derivazioni urinarie continenti ortotopiche, infatti 10 articoli tra i 18 selezionati appartengono a questa categoria. Di questi, 4 studi utilizzano il questionario SF-36 per valutare la QdV, 2 in associazione al FACT, 3 studi utilizzano il questionario EOTC QLQ C-30, 1 il SIP, 1 il BCI e 1 un questionario autoprodotta. È evidente già da questa prima sommaria suddivisione la varietà di strumenti, non sempre validati, impiegati nella valutazione della QdV.

Fujisawa et al⁴⁷ utilizzano il questionario SF-36 per confrontare la QdV in 56 pazienti, di cui 20 sottoposti a derivazione incontinente e 36 sottoposti a ricostruzione vescicale. Si rilevano pochi cambiamenti nelle attività quotidiane e nel ruolo sociale in entrambi i gruppi, anche se il condotto ileale influisce negativamente sullo stato fisico e psicologico dei pazienti, producendo moderati cambiamenti nella vita sociale, personale e professionale. La maggior parte dei pazienti malgrado ciò considera il proprio stato di salute generale buono. Comunque non si rilevano differenze statisticamente significative tra i pazienti sottoposti a condotto ileale e quelli sottoposti a ricostruzione vescicale. I due gruppi sono inoltre confrontati con un gruppo di controllo appartenente alla popolazione generale sana e di pari età. I punteggi delle sottoscale del SF-36 sono simili tranne che in RP (ruolo e salute fisica) e RE (ruolo e stato emotivo)⁴⁸, significativamente più bassi nei pazienti sottoposti a derivazione urinaria rispetto alla popolazione generale (tabella 15).

⁴⁷ Fujisawa M et al. Health-related quality of life with orthotopic neobladder versus ileal conduit according to the SF-36 survey. *Urology*. 2000; 55: 862-865

⁴⁸ Vedi capitolo 3.2

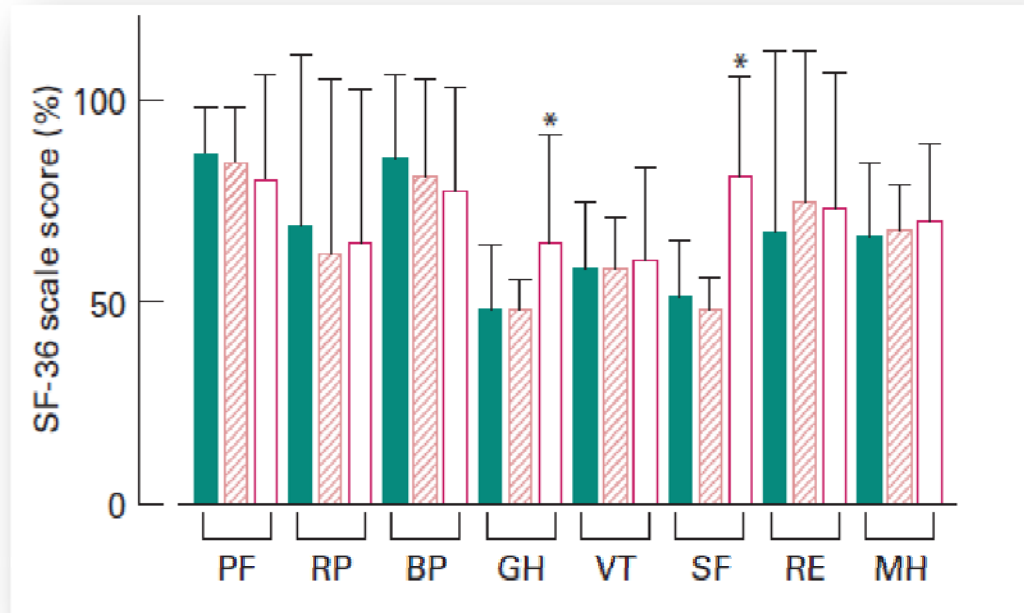
Tabella 15. Confronto delle scale del SF-36 tra pazienti sottoposti a neovesicica ortotopica (bianco), condotto ileale (grigio) e popolazione generale (nero).



Hara et al⁴⁹ includono nel loro studio 85 pazienti, 37 sottoposti a derivazione incontinente e 48 sottoposti a ricostruzione vescicale. Allo stesso modo di Fujisawa et al confrontano i due tipi di derivazione urinaria tra loro e con la popolazione generale utilizzando il SF-36. Non sono state trovate differenze significative tra i due gruppi di pazienti sottoposti a derivazione urinaria, in nessuna delle otto scale del SF-36. Mentre i punteggi relativi a GH (salute in generale) e SF (attività sociali) risultano più bassi, sia per i pazienti sottoposti a condotto ileale che per quelli sottoposti a ricostruzione vescicale, rispetto alla popolazione generale (tabella 16).

⁴⁹ Hara I et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement. *BJU International*. 2002; 89: 10-13

Tabella 16. Confronto delle scale del SF-36 tra pazienti sottoposti a condotto ileale (verde), neovescica ortotopica (rosso) e popolazione generale (bianco).



È inoltre indagato l'aspetto della continenza diurna e notturna nei pazienti con neovescica. La continenza diurna è stata definita come continenza completa (grado 1), incontinenza dopo grandi sforzi (grado 2), incontinenza dopo piccoli sforzi (grado 3) o incontinenza indipendentemente dagli sforzi, dalla posizione o dall'attività. La continenza notturna è stata definita come continenza con o senza minzioni a intervalli regolari (grado 1) o incontinenza (grado 2). I dati registrati intervistando i pazienti sottoposti a neovescica sono: continenza diurna di grado 1 nel 52% dei pazienti, di grado 2 nel 38%, di grado 3 nell'11% e di grado 4 in nessun paziente; continenza notturna di grado 1 nel 71% dei pazienti e di grado 2 nel 29%. I punteggi relativi al SF-36 non variano all'interno di queste categorie, suggerendo che lo stato di continenza/incontinenza abbia un piccolo effetto sulla QdV dei pazienti sottoposti a ricostruzione vescicale.

Dutta et al⁵⁰ hanno inviato per posta i questionari per la valutazione della QdV a 112 pazienti che erano stati sottoposti a condotto ileale o neovescica ortotopica. I questionari tornati indietro utilizzabili sono stati 72, con un tasso di risposta del 62%. Gli strumenti utilizzati sono il SF-36 e il FACT-G. I punteggi del SF-36 hanno mostrato una QdV superiore nei pazienti con neovescica rispetto a quelli con condotto ileale (tabella 17), la differenza era tanto maggiore quanto più i pazienti giovani, in particolare se liberi da patologie residue. Le aree significativamente più elevate sono GH (salute in generale), PF (attività fisica), SF (attività sociali), VT (vitalità). Invece i risultati del FACT-G non mostrano differenze significative, anche se i punteggi del benessere emotivo erano più elevati nei pazienti con neovescica ortotopica. A causa di questi risultati contrastanti, è stata eseguita un'analisi multivariata che suggerisce che la presenza di recidive influenzi la QdV, infatti nei pazienti senza recidive la QdV è maggiore fra i pazienti con neovescica, mentre questa differenza si annulla se vi è ricorrenza di malattia. La soddisfazione generale sulla derivazione urinaria è alta: il 96% e l'85% dei pazienti sottoposti rispettivamente a neovescica e condotto ileale rifarebbe la stessa scelta (tabella 18).

Tabella 17. risultati del SF-36 in pazienti sottoposti a neovescica (nero) e condotto ileale (bianco).

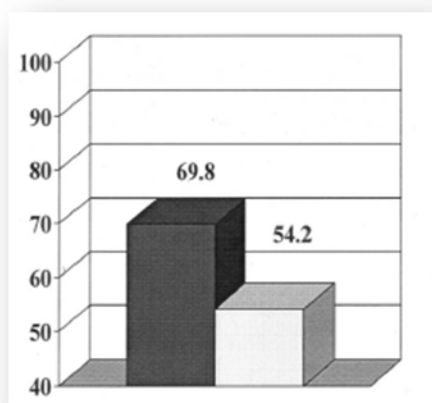
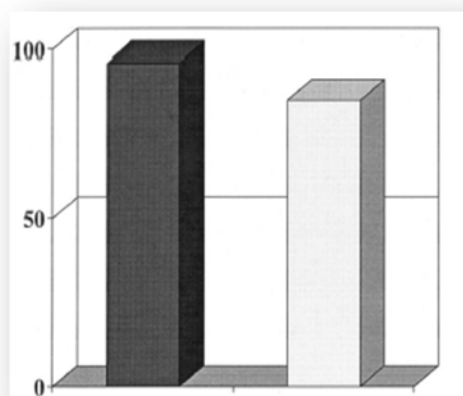


Tabella 18. Soddisfazione generale in pazienti sottoposti a neovescica (nero) e condotto ileale (bianco).



⁵⁰ Dutta SC et al. Health-related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit whit continent orthotopic neobladder. *The Journal of Urology*. 2002; 168: 164-167

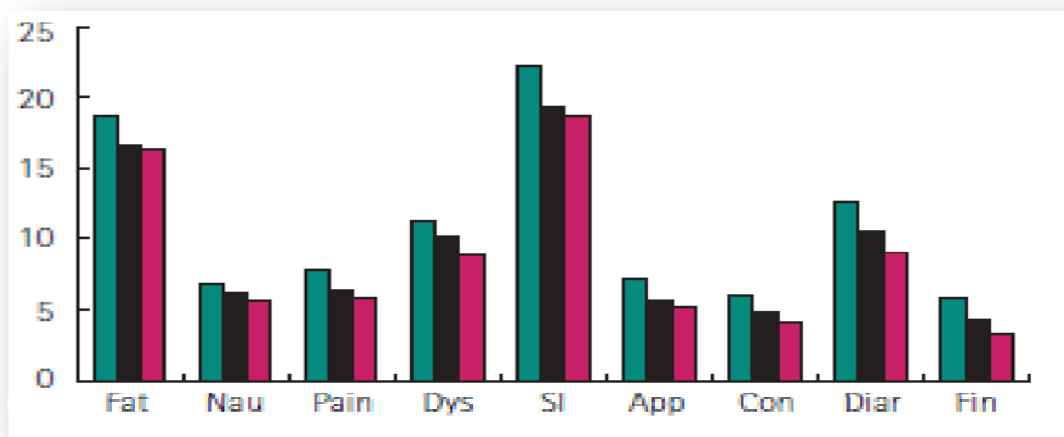
Cookson et al⁵¹ hanno confrontato la QdV in 40 pazienti sottoposti a derivazione urinaria, 23 sottoposti a neovescica e 17 a condotto ileale. Per farlo hanno utilizzato il SF-36 in combinazione al FACT-G. Alle 45 domande del FACT-G ne sono state aggiunte 17 addizionali, specifiche per misurare e valutare gli outcome specifici del tumore alla vescica, creando così il FACT-VCI. Dall'analisi dei punteggi dei due questionari, non emergono differenze significative nello stato generale di salute tra i due gruppi, ma i pazienti con neovescica riportano punteggi maggiori nelle sottoscale del FACT-VCI, differenze che si avvicinano alla significatività statistica.

Protogerou et al⁵² hanno utilizzato il questionario EORTC QLQ-C30 in associazione a un questionario autoprodotta per misurare la QdV e le disfunzioni sessuali in tre gruppi: 58 pazienti sottoposti a condotto ileale, 50 pazienti sottoposti a ricostruzione vescicale e 54 partecipanti di pari età e sesso appartenenti alla popolazione generale. Lo studio non rileva differenze significative in termini di QdV tra i tre gruppi (tabella 19), anche se il gruppo di controllo ha punteggi maggiori per quanto riguarda lo stato generale di salute. Inoltre i pazienti sottoposti a derivazione cutanea incontinente lamentano maggiori perdite d'urina, dovute principalmente al mal funzionamento del sistema di raccolta esterno o a spostamenti accidentali durante l'attività fisica, maggior fastidio per gli odori sgradevoli e una diminuzione della funzione sessuale. È stata valutata anche la funzionalità erettile, tramite un questionario autoprodotta, ed entrambi i gruppi hanno riportato maggiori disfunzioni rispetto al gruppo di controllo, mentre non ci sono differenze significative nel confronto tra derivazioni incontinenti e sostituzione vescicale. Il desiderio sessuale è invece maggiormente ridotto nel gruppo di pazienti con condotto ileale.

⁵¹ Cookson MS et al. Health-related quality of life in patients treated with radical cystectomy and urinary diversion for urothelial carcinoma of the bladder: development and validation of a new disease specific questionnaire. *The Journal of Urology*. 2003; 170: 1926-1930

⁵² Protogerou V et al. Modified S-pouch neobladder vs ileal conduit and a matched control population: a quality of life survey. *BJU International*. 2004; 94: 350-354

Tabella 19. Punteggi dell' EORTC QLQ C-30 in pazienti sottoposti a derivazione incontinente (verde), neovescica ortotopica (nero) e in un gruppo di controllo (rosso). (Fat-fatigue, Nau-nausea, Pain-dolore, Dys-dispnea, SI-sonno, App-appetito, Con-costipazione, Diar-diarrea, Fin-gestione)

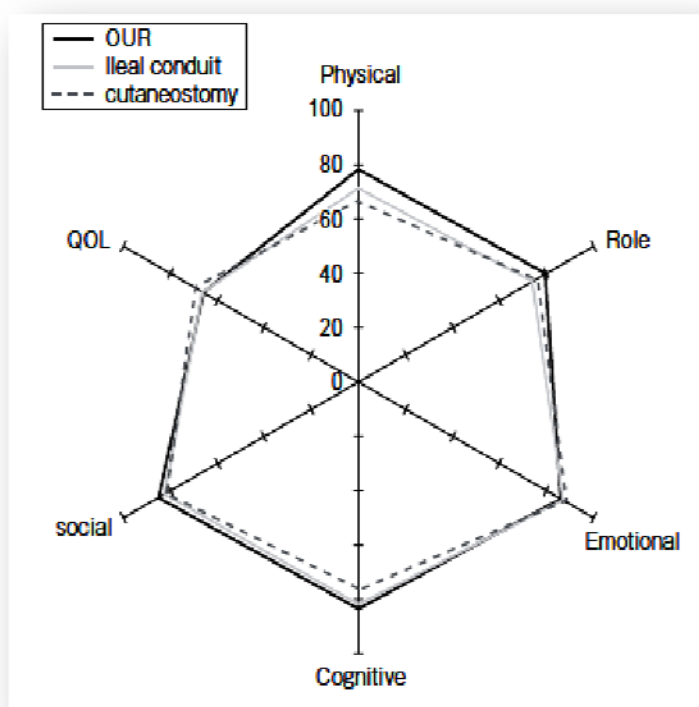


Sogni et al⁵³ hanno utilizzato come strumento di valutazione della QdV l'EORTC QLQ-C30, somministrato a 85 pazienti, di cui 53 sottoposti a condotto ileale e 32 a neovescica ortotopica. Ad esso hanno aggiunto tre domande specifiche per la neovescica ortotopica riguardanti la percezione soggettiva di continenza (nessuna, lieve, moderata, severa), il numero di episodi d'incontinenza notturni, le abilità di svuotamento spontaneo della neovescica e la necessità di auto cateterismo intermittente. Non sono state riscontrate differenze fra i due gruppi né per età né per caratteristiche preoperatorie. Non sono state trovate differenze significative nella QdV fra i due gruppi, simili per stato di salute globale, per prospettive future e per problemi legati al cambiamento dell'immagine corporea. Pochi pazienti hanno risposto alle domande inerenti alla funzionalità sessuale. La completa continenza diurna è presente nel 56% dei pazienti con neovescica, quella notturna nel 25%. La completa ritenzione urinaria è stata invece riscontrata nel 12,5% dei pazienti.

⁵³ Sogni F et al. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer. *Urology*. 2008; 71: 919-923

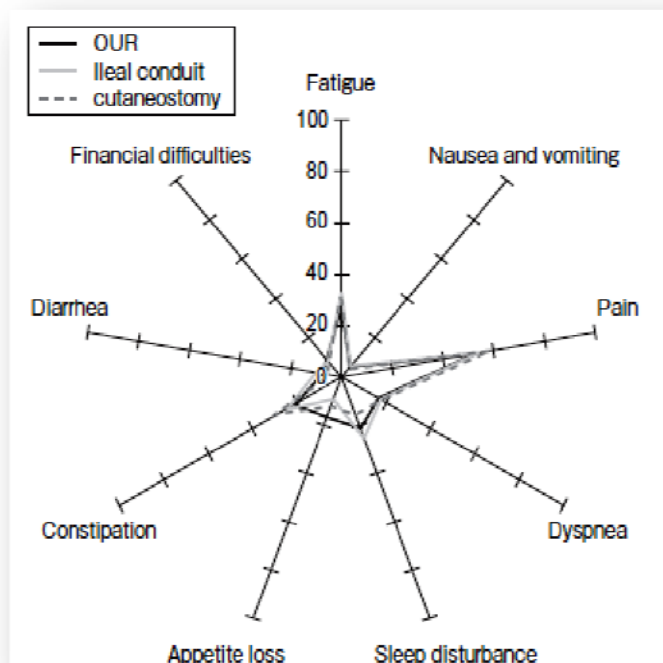
Saika et al⁵⁴ hanno incluso nel loro studio 109 pazienti, 87 sottoposti a derivazione incontinente e 22 a neovescica ortotopica. La QdV è stata indagata tramite il questionario EORTC QLQ C-30. Indipendentemente dal tipo di diversione urinaria, la maggior parte dei pazienti riferisce alti valori di QdV sia nella sfera emozionale che in quella cognitiva, sociale, fisica e nelle attività quotidiane. Non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi in nessuno di questi aspetti, né nelle scale relative ai sintomi (tabella 20 e 21). È stato inoltre creato un questionario, con la collaborazione del dipartimento di Urologia e di Psichiatria dell'Università di Okayama, per valutare la soddisfazione dei pazienti a seguito della diversione urinaria. Anche in questo caso non sono state rilevate significative differenze, con alti livelli di soddisfazione in entrambi i gruppi.

Tabella 20. Risultati dell'EORTC QLQ C-30. Scale funzionali.



⁵⁴ Saika T et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in elderly patient with an ileal conduit, ureterocutaneostomy, or orthotopic urinary reservoir: a comparative questionnaire survey. *Acta Med. Okayama*. 2007; 4: 199-203

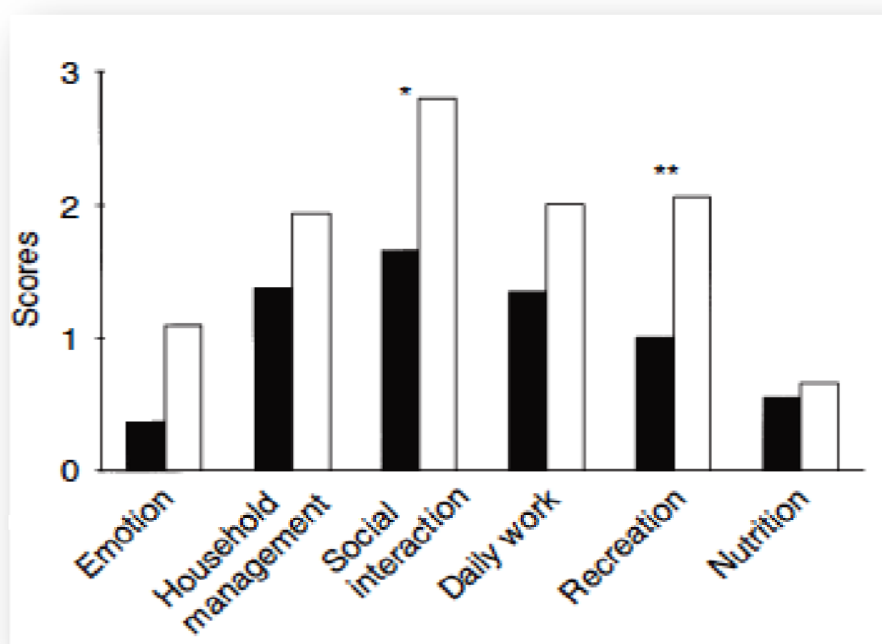
Tabella 21. Risultati dell'EORTC QLQ C-30. Scale dei sintomi.



Yoneda et al⁵⁵ per confrontare i due tipi di diversione urinaria hanno utilizzato il SIP (Sickness Impact Profile) intervistando 37 pazienti con neovescica ortotopica e 30 con condotto ileale. Sono state utilizzate solo 6 delle 12 categorie del SIP, riguardanti le emozioni, la sensibilità, la gestione familiare, l'interazione sociale, le attività di svago e la ripresa dell'alimentazione postoperatoria. Valori elevati nelle scale corrispondono a bassi valori nella QdV. Sono state trovate differenze significative nell'area delle emozioni, della sensibilità e dell'interazione sociale, con valori migliori nei pazienti con neovescica ortotopica (tabella 22). Tra questi è stata rilevata inoltre una percentuale di completa continenza diurna del 96,6% e notturna del 50%.

⁵⁵ Yoneda T et al. Postoperative morbidity, functional results and quality of life of patients following orthotopic neobladder reconstruction. *International Journal of Urology*. 2003; 10: 119-125

Tabella 22. Risultati del SIP in pazienti sottoposti a condotto ileale (nero) e neovescica ortotopica (bianco). Ad alti punteggi corrispondono valori peggiori.



Gilbert et al⁵⁶ utilizzano il BCI (Bladder Cancer Index) per rilevare le HRQOL nei due gruppi di pazienti. Questo strumento è un questionario malattia specifico che permette di indagare la funzione urinaria, intestinale e sessuale. Su un totale di 188 pazienti intervistati 66 sono portatori di stomia e 122 di neovescica ortotopica. Sono state rilevate differenze statisticamente significative solo nella funzione urinaria, registrando punteggi più bassi nei pazienti con neovescica ortotopica, in controtendenza rispetto agli altri studi che segnalano invece aumenti di QdV nella sostituzione vescicale. Ciò è dovuto principalmente all'incontinenza notturna cui vanno incontro i pazienti con neovescica. Nonostante questo la QdV generale non presenta significative differenze tra i due gruppi, ciò fa presupporre che le aspettative del paziente e le sue preferenze creino un compromesso tra il mantenimento dell'immagine corporea e l'incontinenza notturna.

⁵⁶ Gilbert SM et al. Measuring health-related quality of life outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI). *Cancer*. 2007; 109: 1756-1762

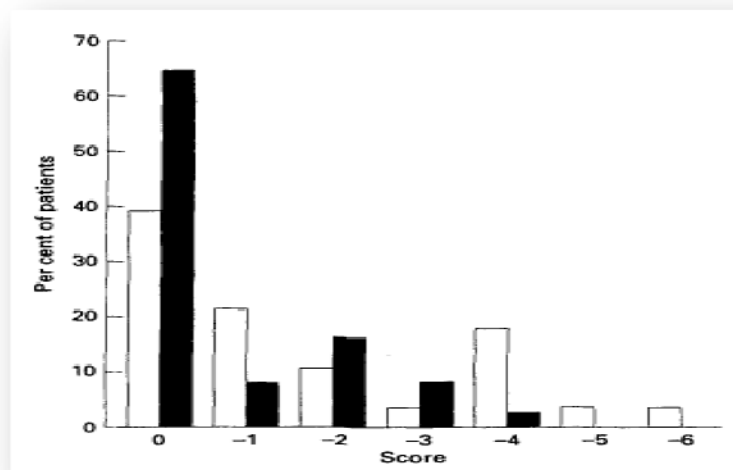
Conde et al⁵⁷ confrontano la QdV tra pazienti sottoposti a derivazione incontinente (n°=6) e pazienti sottoposti a derivazione urinaria ortotopica (n°=27) utilizzando un questionario autoprodotta. È l'unico studio che confronta questi due tipi di derivazione urinaria a non utilizzare alcuno strumento validato. Il questionario è stato creato basandosi su una revisione della letteratura, è a scelta multipla ed è mirato per i pazienti con cancro vescicale sottoposti a derivazione urinaria. Esamina le funzioni e le attività sociali, le disfunzioni sessuali, i problemi urinari e l'insoddisfazione per l'immagine corporea. I risultati dello studio evidenziano miglioramenti significativi nella QdV nei pazienti con neovescica rispetto a quelli con condotto ileale, soprattutto per il cambiamento dell'immagine corporea che consegue la stomia e le perdite urinarie per malfunzionamento dei presidi esterni. Inoltre l'incontinenza non influisce sulle attività sociali per il 100% dei pazienti con sostituzione vescicale, contro il 66% di quelli con derivazione incontinente.

Un'altra tipologia di studi sono quelli che confrontano le derivazioni urinarie incontinenti con le derivazioni urinarie continenti eterotopiche. Dei 18 articoli selezionati tre corrispondono a questa categoria. Solo uno utilizza uno strumento validato per la valutazione della QdV, il SF-36, mentre gli altri due impiegano questionari autoprodotti.

⁵⁷ Conde RC et al. Estudio de la calidad de vida en paciente sometidos a sustitucion vesical ortotopica versus ileostomia cutanea. *Actas Urologicas Espanolas*. 2001; 25 (6): 435-444

Bjerre et al⁵⁸ hanno comparato le HRQOL in 67 pazienti, 29 con condotto ileale e 38 con diversione urinaria eterotopica, usando un'intervista guidata e semi-strutturata da cui è stato creato un questionario di 211 domande che esplorano i sintomi urologici, l'immagine corporea, la diarrea, la qualità delle informazioni ricevute e la soddisfazione generale a seguito della diversione. Dall'analisi dei questionari emerge che il contatto fisico e l'intimità col partner sono migliori tra i pazienti con derivazione continente eterotopica rispetto a quelli con condotto ileale, sebbene entrambi i gruppi non riferiscono cambiamenti nei rapporti con familiari e amici. La soddisfazione globale nei due gruppi è simile. Le perdite urinarie sono molto più frequenti nei pazienti con tasca eterotopica, ma causano meno afflizione perché, quando presenti, nei pazienti con condotto ileale sono più abbondanti, soprattutto a causa del distacco del presidio esterno. L'immagine corporea è meglio mantenuta nelle derivazioni eterotopiche, mentre in quelle incontinenti subisce più variazioni, in quanto il presidio esterno rende il cambiamento più visibile (tabella 23).

Tabella 23. Scala dell'immagine corporea. Zero punti indicano il mantenimento dell'immagine corporea che si aveva prima dell'intervento, punteggi minori indicano via via cambiamenti sempre maggiori verso il basso. Condotto ileale = bianco Tasca eterotopica = nero



⁵⁸ Bjerre BD et al. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *British Journal of Urology*. 1995; 75: 200-205

Gerharz et al⁵⁹ comparano le HRQOL in 131 pazienti con diversione urinaria incontinente e 61 pazienti con diversione continente eterotopica. Essi hanno collaborato con l'Istituto Medico Psicologico di Marburg, Germania, per sviluppare uno strumento di 102 domande per misurare molteplici outcome a seguito di diversione urinaria, tra cui gli aspetti generali della QdV, il supporto sociale, le strategie di coping, la funzionalità dello stoma. Tra i due gruppi non vi sono differenze demografiche, né di età. I risultati del singolo item relativo alle HRQOL sono più alti nei pazienti con derivazione eterotopica, ma questa differenza sparisce quando sono confrontati tutti gli items relativi al grado di soddisfazione e di benessere generale. Tuttavia la derivazione eterotopica è chiaramente più vantaggiosa per tutti quegli aspetti relativi allo stoma e presenta punteggi significativamente più alti rispetto al condotto ileale in stato di salute globale, forza fisica, capacità mentale, attività nel tempo libero e attività sociali.

Hardt et al⁶⁰ indagano i cambiamenti nella QdV in pazienti sottoposti a derivazione urinaria incontinente e continente eterotopica. Il loro è uno studio prospettico non randomizzato, in cui 44 pazienti (24 sottoposti a condotto ileale e 20 a tasca eterotopica) sono seguiti dal momento preoperatorio fino ad un anno dopo l'intervento chirurgico. I pazienti sono stati intervistati tre volte, prima dell'intervento chirurgico (time 1), 2-4 settimane dopo l'operazione (time 2) e a un anno di distanza (time 3). I dati utilizzati sono stati però solo quelli del time 1 e 3. L'intervista strutturata prevedeva la somministrazione di 13 domande al time 1 e 23 al time 3, inerenti specifici aspetti della QdV in pazienti sottoposti a derivazione urinaria. Allo stesso modo è stato somministrato anche il SF-36 e il FLZ, questionario che indaga le HRQOL e il livello di soddisfazione.

⁵⁹ Gerharz EW et al. Quality of life after cystectomy and urinary diversion: results of a retrospective interdisciplinary study. *The Journal of Urology*. 1997; 158: 778-785

⁶⁰ Hardt J et al. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. *Quality of Life Research*. 2000; 9: 1-12

La maggior parte delle aree della QdV sono rimaste invariate ma sono state registrate limitazioni nelle attività quotidiane e nella sessualità e un calo della percezione di benessere. In generale la QdV è risultata alta, sia misurandola col SF-36 che col FLZ. Solo in due campi sono state registrate differenze tra i due gruppi di derivazioni urinarie: la soddisfazione generale della propria vita e le attività sociali hanno punteggi maggiori nei pazienti sottoposti a tasca eterotopica rispetto a quelli con condotto ileale. La soddisfazione per la scelta del tipo di derivazione si aggira invece sul 75% in entrambi i gruppi.

Un solo articolo tra quelli selezionati confronta tra loro le derivazioni continenti, eterotopiche e ortotopiche. Si tratta dello studio condotto da Mansson et al⁶¹ nel 2002, in cui hanno valutato 80 pazienti, dei quali 41 sottoposti a neovescica ortotopica e 39 a diversione cutanea continente. Hanno utilizzato due strumenti per indagare le HRQOL, il FACT-BI e il HADS (Anxiety and Depression Scale). I pazienti sottoposti a derivazione ortotopica riferiscono una maggiore difficoltà a controllare le urine e a svuotare la vescica, ma una maggiore facilità a mantenere la funzione erettile rispetto a quelli con derivazione incontinente o tasca eterotopica. Inoltre all'affermazione "mi piace l'aspetto del mio corpo" i pazienti sottoposti a sostituzione vescicale erano più propensi a rispondere affermativamente rispetto a quelli sottoposti a tasca eterotopica. Non sono state comunque trovate differenze significative tra i gruppi nella QdV né sono state trovate alterazioni psicologiche significative.

⁶¹ Mansson A et al. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? *BJU International*. 2002; 90: 386-390

L'ultima categoria di articoli da analizzare è quella che confronta la QdV in tutti e tre i tipi di derivazioni urinarie: incontinente, continente eterotopica, sostituzione vescicale. Tra i 18 articoli selezionati 4 appartengono a questa categoria. Di questi due utilizzano il FACT-BI per la valutazione delle HRQOL, mentre gli altri due utilizzano esclusivamente questionari autoprodotti.

Hart et al⁶² hanno somministrato a 221 pazienti quattro questionari prodotti da loro stessi, che indagano sulla QdV, sulla funzione sessuale, sulla percezione dell'immagine corporea e sul benessere psicologico. I pazienti sottoposti a condotto ileale erano 25, quelli sottoposti a tasca continente 93 e quelli sottoposti a ricostruzione vescicale 103. Indipendentemente dal tipo di diversione urinaria i valori di QdV sono stati buoni, con poche alterazioni del benessere psicologico e pochi problemi durante le attività fisiche, sociali e funzionali. Inoltre non sono state evidenziate differenze significative analizzando l'età dei pazienti. I problemi più comuni sono quelli legati alla funzionalità sessuale e quelli specifici legati alle derivazioni urinarie. In conclusione non sono state rilevate differenze significative, in nessuna area analizzata, tra i tre gruppi di derivazioni urinarie.

Kitamura et al⁶³ comparano la QdV in pazienti sottoposti a condotto ileale o colico (n°=36), a derivazione urinaria continente eterotopica (n°=22) e a ricostruzione vescicale (n°=21). Utilizzano come strumento d'indagine un questionario autoprodotta, basato sull'EORTC QLQ C-30, che consta di 83 domande per i pazienti con condotto ileale o colico, 87 domande per quelli con tasca continente e 80 domande per quelli con

⁶² Hart S et al. Quality of life after cystectomy for bladder cancer in patients with an ileal conduit, or cutaneous or urethral kock pouch. *The Journal of Urology*. 1999; 162: 77-81

⁶³ Kitamura H et al. Quality of life in patients having an ileal conduit, continent reservoir or orthotopic neobladder after cystectomy for bladder carcinoma. *International Journal of Urology*. 1999; 6: 393-399

neovescica ortotopica. Le domande esplorano le condizioni generali di salute, la condizione fisica, i sintomi correlati alla diversione, lo stato psicologico, la vita sessuale, la condizione sociale e la soddisfazione a seguito del trattamento. Sono state trovate piccole differenze nella QdV e nella soddisfazione generale dell'intervento tra i tre gruppi di derivazioni urinarie, non statisticamente significative. Gli autori sottolineano comunque come i pazienti con condotto ileale riportino difficoltà maggiori, legate all'uso dei bagni pubblici, alla diminuzione del desiderio sessuale, al cambiamento della funzionalità urinaria e alle perdite urinarie, con cambiamenti dello stile di vita, del riposo notturno e dell'igiene personale. I pazienti con sostituzione vescicale riportano punteggi più alti nella percezione dell'immagine corporea e nella funzionalità urinaria, percepita come più simile a quella preoperatoria. Non si evidenziano invece differenze per ciò che riguarda la condizione generale di salute, la vita sessuale, lo stato psicologico, la condizione sociale e la soddisfazione postoperatoria.

Kikuci et al⁶⁴ hanno confrontato la QdV utilizzando come strumento il FACT-BI e il FACT-G. Hanno chiesto la partecipazione allo studio a 79 pazienti sottoposti a derivazione urinaria, di questi hanno risposto positivamente 49 pazienti, 20 sottoposti a condotto ileale, 14 a tasca cutanea e 15 a ricostruzione vescicale, con un tasso di risposta del 62%. Sono state indagate quattro aree: fisica, sociale/familiare, emozionale, benessere generale. I pazienti con condotto ileale hanno minori difficoltà nel controllo della funzionalità urinaria rispetto ai pazienti con ricostruzione vescicale e tasca cutanea. Il desiderio sessuale è molto basso in tutti e tre i gruppi di pazienti, così come il mantenimento dell'erezione. Metà dei pazienti con derivazione incontinente riferisce di non apprezzare la propria immagine corporea, contro il 13% dei pazienti con neovescica ortotopica e

⁶⁴ Kikuci E et al. Assessment of long-term quality of life the FACT-BI questionnaire in patients with an ileal conduit, continent reservoir, or orthotopic neobladder. *Jpn J Clin Oncol.* 2006; 36(11): 712-716

solo il 7% di quelli con tasca continente cutanea. Non ci sono differenze significative negli altri aspetti della QdV tra i tre gruppi di pazienti.

Allareddy et al⁶⁵ analizzano le differenze della QdV tra pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione urinaria utilizzando il questionario FACT-BI. Confrontano le risposte di 56 pazienti sottoposti a derivazione incontinente con quella di 26 pazienti sottoposti a derivazione continente (eterotopica e ortotopica). Inoltre confrontano questi 82 pazienti con altri 177 non sottoposti a cistectomia radicale ma ad altre terapie per il cancro alla vescica (terapia intravesicale, chemioterapia, radioterapia). Dall'analisi dei dati non emergono significative differenze tra i pazienti sottoposti alle diverse diversioni urinarie e neanche tra questi e i pazienti non sottoposti a cistectomia radicale. L'unica differenza rilevata è stata una diminuzione del desiderio e dell'attività sessuale nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico.

5.5 DISCUSSIONE

Da questa revisione si può concludere che non esiste letteratura a supporto dell'assunto che la ricostruzione vescicale continente aumenti la qualità della vita dei pazienti rispetto al condotto ileale. Infatti, la maggior parte degli studi non rileva differenze, in termini di QdV, dal confronto tra le varie tipologie di ricostruzione urinaria a seguito di cistectomia radicale. I pazienti sottoposti a derivazione incontinente non presentano maggiori difficoltà rispetto a quelli sottoposti a derivazione continente, anzi in generale si può dire che la qualità della vita è buona in tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di derivazione urinaria cui sono stati sottoposti. Questo suggerisce una notevole capacità dei pazienti di

⁶⁵ Allareddy V et al. Quality of life in long-term survivors of bladder cancer. *Cancer*. 2006; 106(11): 2355-2362

adattarsi a qualsiasi cambiamento sia loro richiesto. I problemi legati alla funzionalità urinaria e le disfunzioni sessuali sono un terreno comune a tutti i metodi di derivazione urinaria.

L'analisi della letteratura non permette quindi di confermare dei vantaggi nella QdV di un metodo ricostruttivo rispetto a un altro a seguito di cistectomia radicale. Questo risultato ci porta a eseguire alcune osservazioni.

Per prima cosa è necessario sottolineare che la maggior parte degli studi ha dei difetti metodologici, non esiste neanche uno studio randomizzato e solo due studi sono di tipo prospettico (Hardt et al e Mansson et al), mentre gli altri sono di tipo retrospettivo, con un livello di evidenza di tipo III. Inoltre si nota che il numero dei pazienti utilizzato per gli studi è spesso molto basso. Emerge la necessità di eseguire studi randomizzati e controllati (RCT) per poter meglio valutare la QdV a seguito di ricostruzione urinaria.

La seconda osservazione riguarda gli strumenti adottati per la valutazione della QdV. Manca uno strumento validato e universalmente utilizzabile per valutare la QdV nei pazienti con derivazione urinaria. Molti strumenti indagano solo le funzioni generali, ad esempio il SF-36 non esplora l'incontinenza o la disfunzione sessuale, oppure l'EORTC QLQ C-30 strumento specifico per il cancro, ma non per quello alla vescica in particolare. Questo fa sì che i ricercatori aggiungano allo strumento scelto per il proprio studio alcune domande di propria invenzione, oppure che creino ad hoc uno strumento autoproducendolo. L'utilizzo di questionari autoprodotti e non validati deve essere prudente, uno strumento di valutazione dovrebbe essere certo di cosa va a misurare e in grado di rilevare anche le più piccole differenze significative. È evidente come ciò influenzi il grado di attendibilità degli studi e ne renda difficile il confronto.

Possiamo dire quindi che sarebbe necessario sviluppare un questionario specifico per i pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione urinaria, utilizzabile in contesti e nazionalità differenti, in modo da permettere una più certa rilevazione della QdV e favorire il confronto tra studi differenti.

Altro aspetto che emerge da questa revisione è l'importanza delle informazioni date ai pazienti prima dell'intervento chirurgico. La chiave della soddisfazione postoperatoria, correlata con un aumento della QdV, sembra essere una corretta e completa trasmissione delle informazioni in fase preoperatoria, riguardanti l'atto chirurgico, le possibili complicanze precoci e tardive, i cambiamenti fisici e funzionali cui il paziente andrà incontro, l'esplorazione dei pro e dei contro delle varie alternative e ultima, ma non per importanza, la partecipazione attiva del paziente al proprio percorso terapeutico. Se il paziente è adeguatamente preparato e coinvolto nella scelta terapeutica, allora le sue aspettative non saranno deluse e la sua QdV sarà comunque buona, qualsiasi sia la scelta terapeutica messa in atto.

Inoltre bisogna ricordare come il significato di QdV sia complesso e multidimensionale, proprio per queste sue caratteristiche potrebbero esserci degli aspetti non correttamente indagati, oppure fraintesi. Il significato della QdV è notevolmente influenzato dal contesto culturale in cui i pazienti vivono, influenza decisiva possono avere infatti il supporto sociale, familiare, le strategie di coping, la fiducia e la speranza nel successo del trattamento. È bene tenere conto di tutte queste variabili nel momento in cui ci si accinge a studiare la QdV, per non incorrere in errori e in fraintendimenti. L'opinione raccolta è personale, è il punto di vista dei pazienti stessi, non si può prescindere quindi da una corretta informazione e da una valutazione della realtà sociale e familiare in cui vivono.

L'ambito in cui vengono compilati i questionari è altresì importante, le circostanze e i tempi di compilazione dovrebbero essere i più simili possibili tra i differenti gruppi, per permetterne un adeguato confronto. Esistono dei dubbi circa l'equivalenza di studi in cui i questionari sono compilati in ospedale o in servizi sanitari e quelli in cui sono compilati in ambiti esterni, per esempio al proprio domicilio e spediti per posta.

La maggior parte degli studi analizzati in questa revisione non riscontra differenze significative nella QdV di pazienti sottoposti a diverse derivazioni urinarie, né rispetto alla popolazione generale. Si rilevano solo problemi specifici per ogni derivazione, come l'incontinenza notturna per le neovesiche ortotopiche o l'alterazione dell'immagine corporea per le derivazioni incontinenti cutanee, oppure cali nel desiderio sessuale e nel mantenimento dell'erezione dovuti alle caratteristiche dell'intervento chirurgico. Ci sono delle differenze tra le metodologie di derivazione urinarie legate alla loro specificità, ma nessuno studio riesce a dimostrare una superiorità di una rispetto all'altra. È probabile che l'uguaglianza tra i risultati trovati sia in parte imputabile alla mancanza di studi randomizzati e controllati, all'inesistenza di uno strumento specifico per la misurazione delle HRQOL in pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione urinaria e alla difficoltà di comparare tra loro gli studi per trarne conclusioni oggettive e universali.

In conclusione possiamo affermare che non esiste una letteratura scientifica in grado di stabilire quale derivazione urinaria comporti un miglioramento della qualità della vita per i pazienti. Questo risultato non deve essere considerato come una definitiva affermazione di equivalenza tra le differenti metodologie di derivazione urinaria, bensì essere letto criticamente come il risultato di studi di non alta evidenza scientifica, con difetti metodologici, conseguenti in parte alla mancanza di uno specifico

strumento universale atto a valutare la QdV in pazienti sottoposti a derivazione urinaria a seguito di cistectomia radicale per tumore vescicale.

CONCLUSIONI

La cistectomia radicale è un atto operatorio a finalità curativa durante il quale l'ampia demolizione chirurgica, garanzia di una corretta radicalità oncologica, è associata alla ricostruzione urinaria per preservare la funzionalità urinaria. Le opzioni terapeutiche sono generalmente tre:

1. derivazione incontinente con confezionamento di stomia addominale e applicazione di presidi di stoccaggio delle urine esterni;
2. derivazione continente eterotopica con creazione di stomia addominale, si crea un serbatoio che raccoglie le urine grazie a una valvola di continenza, l'atto minzionale avviene tramite cateterizzazione dello stoma;
3. neovesicica ortotopica con confezionamento di un serbatoio collegato all'uretra per permettere una minzione il più possibile simile a quella fisiologica.

La scelta dell'opzione terapeutica dipende da numerosi fattori, tra cui la valutazione della patologia di base, le condizioni generali e anatomico-fisiologiche dell'assistito, l'età, l'aspettativa di vita, le comorbidità e, infine decisivo, il volere del paziente stesso.

In letteratura troviamo un'ampia gamma di pubblicazioni circa la qualità della vita dei pazienti sottoposti a cistectomia radicale e derivazione urinaria, a dimostrazione dell'attenzione sempre maggiore che la società medico-scientifica negli ultimi anni porge verso la percezione soggettiva, oltre che oggettiva, di benessere e salute dell'individuo.

Nonostante l'abbondanza di produzione letteraria sull'argomento, gli studi metodologicamente corretti e di elevata evidenza scientifica sono pochi. La maggior parte degli studi è di tipo retrospettivo e non esiste neanche uno studio di tipo randomizzato e controllato. Inoltre gli strumenti utilizzati per valutare la qualità della vita sono diversi tra loro, non sempre specifici per la patologia in oggetto e non sempre validati. È

quindi possibile affermare che non esiste attualmente una letteratura scientifica in grado di stabilire quale derivazione urinaria comporti un miglioramento per la qualità della vita dei pazienti.

È doveroso dire che nonostante questo risultato tutti gli autori sono concordi nell'affermare che la chiave per una riuscita dell'intervento, sia in termini di funzionalità urinaria che di benessere e soddisfazione personale, è una corretta e completa educazione dell'assistito in fase preoperatoria. Il paziente informato e partecipe del proprio percorso terapeutico sarà maggiormente attivo nella gestione della propria malattia e nel recupero del proprio stato di salute, intesa come equilibrio tra il benessere fisico, emotivo, psicologico, sociale e funzionale.

La presa in carico del paziente è legata in maniera inevitabile all'educazione sanitaria, strumento specifico che richiede un'adeguata preparazione dell'operatore sanitario. L'infermiere arricchitosi di un bagaglio culturale e professionale specifico può migliorare la qualità di vita dell'assistito attraverso un'appropriata relazione di comunicazione.

In quest'ambito si colloca l'opuscolo informativo creato, finalizzato a fornire le basi, ai pazienti e ai loro familiari, per la conoscenza dell'intervento di ricostruzione vescicale con neovescica ortotopica. Nasce come un supporto cartaceo, non sostitutivo del prezioso rapporto diretto col paziente, nella speranza che possa essere di spunto per dubbi e perplessità inespresse del paziente ed occasione di chiarimenti ed espressione delle proprie paure e riserve.

BIBLIOGRAFIA

1. Adrian PM, van der Meijden, Sylvester R, Oosterlinck W, Solsona E, Boehle A et al. EAU Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urothelial Carcinoma in situ. *European Urology*. 2005; 48: 363-371
2. AIRTUM. I tumori in Italia-rapporto 2009. *Epidemiologia & Prevenzione* anno 33 (4-5) luglio-ottobre 2009 supplemento 1
3. Allareddy V, Kennedy J, West MM, Konety BR. Quality of life in long-term survivors of bladder cancer. *Cancer*. 2006; 106(11): 2355-2362
4. Andrew AS, Schned AR, Heaney JA, Karagas MR. Bladder cancer risk and personal hair dye use. *Int J Cancer*. 2004; 109: 581-586
5. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11): 1025-1036
6. Azzolini N, Ferretti S, Barbieri A, Maestroni U, Giollo A, Ferraro O et al. La qualità di vita nel paziente cistectomizzato. *Urologia*. 2004; 71: 148-151
7. Bassi PF, Falabella R, Bonadiman L, Marcolongo R. L'educazione terapeutica in urologia: una risorsa per malati e curanti. *Urologia*. 2008;75: 184-188
8. Bjerre BD, Johansen C, Steven K. Health-related quality of life after cystectomy: bladder substitution compared with ileal conduit diversion. A questionnaire survey. *British Journal of Urology*. 1995; 75: 200-205
9. Brennan P, Bogillot O, Cordier S, Greiser E, Schill W, Vineis P et al. Cigarette smoking and bladder cancer in men: a pooled analysis of 11 case-control studies. *Int. J. Cancer*. 2000; 86: 289-294
10. Cipolla C, Artioli G. La professionalità del care infermieristico: risultati della prima indagine nazionale. *Franco Angeli Editore*. 2003; 237-252
11. Conde RC, Zarranz JE, Tovez AR, Sesmero JA, Fernandez DA, Sagarra JMM. Estudio de la calidad de vida en paciente sometidos a sustitucion vesical ortotopica versus ileostomia cutanea. *Actas Urologicas Espanolas*. 2001; 25 (6): 435-444

12. Cookson MS, Dutta SC, Chang SS, Clark T, Smith JA Jr, Wells N.. Health-related quality of life in patients treated with radical cystectomy and urinary diversion for urothelial carcinoma of the bladder: development and validation of a new disease specific questionnaire. *The Journal of Urology*. 2003; 170: 1926-1930
13. Dal Moro F, Artibani W. Quale derivazione per quale paziente. *Urologia*. 2008; 75(2): 131-132
14. Datta SN, Allen GM, Evans R, Vaughton KC, Lucas MG. Urinary tract ultrasonography in the evaluation of haematuria-a report of over 1000 cases. *Ann Royal College of Surgeons of England*. 2002; 84: 203-205
15. De Braud F, Maffezzini M, Vitale V, Bruzzi P, Gatta G, Hendry WF et al. Bladder cancer. *Critical Review in Oncology/Hematology*. 2002; 41: 89-106
16. De Petriconi R. Aspects métaboliques de l'usage de l'intestin en urologie. Metabolic aspect of bowel use in urologic surgery. *Annales d'urologie*. 2007; 41: 216-236
17. Di Fabio Francesco. Outcome measurement in surgical oncology: the traditional and-points to quality of life assessment. La valutazione dell'outcome in chirurgia oncologica: dagli end-points tradizionali alla misurazione della qualità della vita. *Journal of Medicine and the Person*. 2004; 2(3): 121-125
18. Du Bernard JM, Abbou C. Chirurgia urologica. Chirurgia a cielo aperto. *Ed. Masson*. 2003: 227-276
19. Dutta SC, Chang S, Coffey CS, Smith JA Jr, Jack G, Cookson MS. Health-related quality of life assessment after radical cystectomy: comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder. *The Journal of Urology*. 2002; 168: 164-167
20. Fontana D, Destefanis P, Cugiani A. Evoluzione e progressi nel campo della sostituzione della vescica. *Urologia*. 2007; 74(2): 49-52
21. Fujisawa M, Isotani S, Gotoh A, Okada H, Arakawa S, Kamidono S. Health-related quality of life with orthotopic neobladder versus ileal conduit according to the SF-36 survey. *Urology*. 2000; 55: 862-865
22. Gerharz EW, Weingartner K, Dopatka T, Kohl UN, Basler HD, Riedmiller HN. Quality of life after cystectomy and urinary diversion: results of a retrospective interdisciplinary study. *The Journal of Urology*. 1997; 158: 778-785

23. Gilbert SM, Wood DP, Dunn RL, Weizer AZ, Lee CT, Montie JE et al. Measuring health-related quality of life outcomes in bladder cancer patients using the Bladder Cancer Index (BCI). *Cancer*. 2007; 109: 1756-1762
24. Graham SD, Keane TE, Glenn JF. Glenn's urologic surgery. *Ed. Lippincott Williams & Wilkins*. 2009 : 545-609
25. Gray M, Beitz JM. Counseling patients undergoing urinary diversion. Does type of diversion influence quality of life ? *JWONC*. 2005 ; 32(1) : 7-15
26. Hara I, Miyake H, Hara S, Gotoh A, Nakamura I, Okada H et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer: a comparison of ileal conduit and orthotopic bladder replacement. *BJU International*. 2002; 89: 10-13
27. Hardt J, Filipas D, Hohenfellner R, Egle UT. Quality of life in patients with bladder carcinoma after cystectomy: first results of a prospective study. *Quality of Life Research*. 2000; 9: 1-12
28. Hart S, Skinner EC, MeyeroWitz BE, Boyd S, Lieskovsky G, Skinner DG. Quality of life after cystectomy for bladder cancer in patients with an ileal conduit, or cutaneous or urethral kock pouch. *The Journal of Urology*. 1999; 162: 77-81
29. Hautmann RE, Abol-Einen H, Hafez K, Haro I, Mansson W, Mills RD et al. Urinary diversion. *Urology*. 2007; 69 (suppl 1A): 17-49
30. Hautmann RE, De Petriconi R, Gottfried HW, Kleinschmidt K, Mattes R, Paiss T. The ileal neobladder: complications and functional result in 363 patients after 11 years of followup. *The Journal of Urology*. 1999; 161: 422-428
31. Huncharek M et al. Intravesical chemotherapy prophylaxis in primary superficial bladder cancer: a meta-analysis of 3703 patients from 11 randomized trials. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000; 53: 676-680
32. IARC. Coffee, Tea, Mate, Methylxanthines and Methylglyoxal. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 1991; 51: 41-197
33. IARC. Some Drinking-water Disinfectants and Contaminants, including Arsenic. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. 2004; 84: 46-477

34. Invernizzi G, Nardini S, Bettoncelli G, Codifava A, Corti F, Fossati R. L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio*. 2002; 17: 55-70
35. Kikuci E, Horiguchi Y, Nakashima J, Ohigashi T, Oya M, Nakagawa K et al. Assessment of long-term quality of life the FACT-BI questionnaire in patients with an ileal conduit, continent reservoir, or orthotopic neobladder. *Jpn J Clin Oncol*. 2006; 36(11): 712-716
36. King C, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Theory, Research, Practice. *Jones & Bartlett Publishing*. Second edition. 2003
37. Kitamura H, Miyao N, Yanase M, Masumori N, Matsukawa M, Takahashi A et al. Quality of life in patients having an ileal conduit, continent reservoir or orthotopic neobladder after cystectomy for bladder carcinoma. *International Journal of Urology*. 1999; 6: 393-399
38. Maccatrozzo L, Merlo F, Ciaccia M. La qualità di vita nel paziente sottoposto a cistectomia radicale. *Urologia*. 2008; 75: 138-142
39. Mansson A, Davidsson T, Hunt S, Mansson W. The quality of life in men after radical cystectomy with a continent cutaneous diversion or orthotopic bladder substitution: is there a difference? *BJU International*. 2002; 90: 386-390
40. Mariani L, Milanese G, Piergallina M, Minardi D, Polito MJR, Muzzonigro G. Valutazione della qualità di vita al follow-up dopo cistectomia radicale: derivazioni urinarie a confronto, la nostra esperienza. *Urologia*. 2004; 71: 181-186
41. Ministero della Salute. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006. anno 2008: 20-23
42. Moonen PMJ, Peelen P, Kiemeny LALM, Boon ME, Schalken JA, Witjes JA. Quantitative cytology on Bladder Wash versus Voided Urine : a comparison of result. *European Urology*. 2006; 49: 1044-1050
43. Morelli F, Bennardo M, Burlato C, Grande I, Sposato DP, Pio GL. Efficacia e limiti del trattamento riabilitativo in 6 pazienti affetti da incontinenza urinaria post cistectomia radicale con ricostruzione di neovescica ortotopica: la nostra esperienza. *Europa MedicoPhysica*. 2008; 44 (suppl 1 n°3)

44. Nagele U, Sievert KD, Merseburger AS, Anastasiadis AG, Stenzl A. Urinary diversion following cystectomy. *EAU Update Series*. 2005; 3: 129-137
45. Negri E, La Vecchia C. Epidemiology and prevention of bladder cancer. *European Journal of Cancer Prevention*. 2001; 10: 7-14
46. Parekh DJ, Donat SM. Urinary diversion : Options, Patients selection, and Outcomes. *Seminars in oncology*. 2007; 34: 98-109.
47. Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cancer* 2001; 37: S4–S66
48. Profilo professionale dell'infermiere. DM 14/9/1994 n° 739
49. Protogerou V, Moschou M, Antoniou N, Varkarakis J, Bamias A, Deliveliotis C. Modified S-pouch neobladder vs ileal conduit and a matched control population: a quality of life survey. *BJU International*. 2004; 94: 350-354
50. Steers WD. Voiding dysfunction in the orthotopic neobladder. *World Journal of Urology*. 2000; 18: 330-337
51. Saika T, Arata R, Tsushima T, Nasu T, Suyama B, Takeda K et al. Health-related quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in elderly patient with an ileal conduit, ureterocutaneostomy, or orthotopic urinary reservoir: a comparative questionnaire survey. *Acta Med. Okayama*. 2007; 4: 199-203
52. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner Suddarth. *Infermieristica medico-chirurgica*. Casa Editrice Ambrosiana. Terza Edizione. 2006; 1: 1621-1635
53. Stein JP, Skinner DG. Radical cystectomy-technique and outcomes. *Textbook of bladder cancer*. Ed: Taylor & Francis Group. 2006; cap 44: 445-469
54. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng A, Boyd S et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term result in 1.054 patients. *Journal of Clinical Oncology*. 2001; 19: 666-675
55. Steinmaus CM, Nunes S, Smith AH. Diet and bladder cancer: a meta-analysis of six dietary variables. *American Journal of Epidemiology*. 2000 151: 693-702

56. Sogni F, Brausi M, Frea B, Martinengo C, Faggiano F, Tizzani A et al. Morbidity and quality of life in elderly patients receiving ileal conduit or orthotopic neobladder after radical cystectomy for invasive bladder cancer. *Urology*. 2008; 71: 919-923
57. Vallancien G, El Fettouth H, Cathelineau X, Baumert H, Fromont G, Guillonneau B. Cistectomy with prostate sparing for bladder cancer in 100 patients: 10-year experience. *The Journal of Urology*. 2002; 168: 2413-2417
58. Varca V, Simonato A, Esposito M, Curotto A, Orlandini M, Rikani E et al. Confronto tra cistectomia radicale precoce vs cistectomia radicale ritardata nei tumori superficiali della vescica ad alto grado. *Urologia*. 2009; 76: 83-86
59. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer nursing: principles and practice. *Jones & Bartlett Publishing*. Sixth Edition 2005
60. Yoneda T, Igawa M, Shiina H, Shigeno K, Urakami S. Postoperative morbidity, functional results and quality of life of patients following orthotopic neobladder reconstruction. *International Journal of Urology*. 2003; 10: 119-125

www.progettooncologia.cnr.it ultimo accesso 10/08/2010

www.urologiaclinica.it ultimo accesso 13/08/2010

www.startoncology.net ultimo accesso 13/08/2010

www.who.int ultimo accesso 12/08/2010

www.uroandrologiaricostruttiva.it ultimo accesso 12/08/2010

ALLEGATO 1



*NEOVESCICA
ORTOTOPICA*

*Una guida per i
pazienti*

Gentile paziente,

l'operazione a cui andrai incontro porterà dei cambiamenti nella tua vita. Anche se ciò all'inizio può spaventare, col tempo e con la giusta motivazione, imparerai a gestire ed integrare questi cambiamenti nella tua vita quotidiana.

Questo opuscolo informativo nasce con lo scopo di trasmetterti informazioni che potranno esserti utili per meglio comprendere l'intervento a cui sarai sottoposto e i cambiamenti che ne deriveranno.

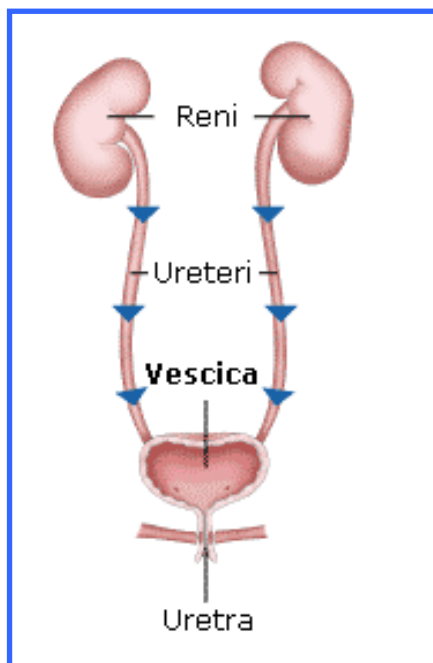
L'intervento chirurgico a cui sarai sottoposto infatti, richiede alcune spiegazioni, la cui esatta comprensione è necessaria per una buona riuscita a lungo termine dell'operazione.

Ovviamente le informazioni qui contenute non potranno sostituire il colloquio diretto con il personale sanitario specializzato a cui potrai rivolgerti in qualsiasi momento per dubbi e spiegazioni.

CHE COS'È LA NEOVESCICA ORTOTOPICA?

Ortotopica significa “nello stesso luogo” e neovescica significa “nuova vescica”. Questo vuol dire che ti verrà confezionata una nuova vescica e collocata al posto di quella naturale.

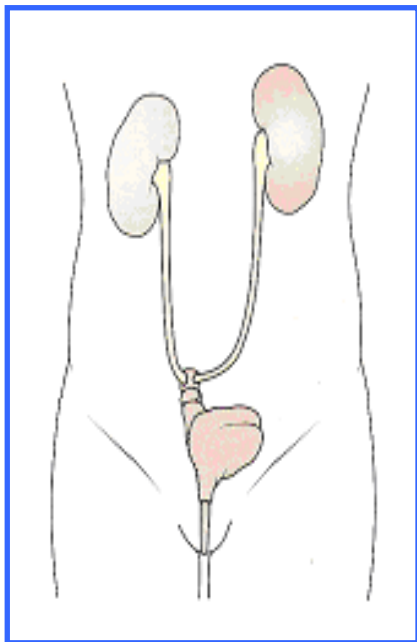
L'intervento chirurgico si compone di due fasi: la prima fase demolitiva corrisponde alla cistectomia, ovvero la rimozione della vescica; la seconda fase è invece quella ricostruttiva, in cui viene confezionata la neovescica e collocata al posto di quella appena rimossa.



L'apparato urinario è composto da reni, ureteri, vescica e uretra.

COME VIENE COSTRUITA LA NEOVESCICA ORTOTOPICA?

La neovescica viene confezionata a partire da un segmento intestinale, solitamente 40–50 cm d'ileo, che viene isolato dal resto dell'intestino. Questo segmento viene detubularizzato e riconfigurato ovvero viene aperto per creare una superficie piatta al posto di un tubo cavo e rimodellato per creare un contenitore che raccoglierà le urine. Il serbatoio così creato verrà poi collegato agli ureteri e all'uretra.



La neovescica viene collocata al posto della vescica naturale, esistono tipi differenti di riconfigurazione che prendono il nome dai chirurghi che l'hanno inventata.

QUALI SONO LE CONSEGUENZE?

Come puoi facilmente intuire, una vescica costruita con l'intestino non può essere in grado di riprodurre tutte le funzioni di una vescica normale. Il modo di urinare dopo l'intervento sarà differente. È importante che tu conosca queste differenze per poter imparare a convivere con la tua nuova vescica.

LO STIMOLO MINZIONALE

La nuova vescica non ha le innervazioni che aveva quella naturale, non potrà quindi fornire le stesse sensazioni. Dopo l'intervento non sentirai lo stimolo ad urinare come prima, bensì una sensazione vaga di gonfiore e tensione addominale. Inizialmente è bene recarsi ad urinare ogni tre/quattro ore, in seguito con l'esperienza imparerai ad accorgerti di quando la neovescica è piena.



Ricorda di non trattenere troppo a lungo l'urina di giorno, tra una minzione e l'altra non devono mai passare più di 6 ore, per evitare la progressiva distensione della neovescica intestinale.

LO SVUOTAMENTO

Anche la modalità di svuotamento della neovescica sarà differente da quella di una vescica normale. La neovescica raccoglie l'urina ma non è in grado di contrarsi attivamente, per svuotarla è necessario applicare una forza dall'esterno. Questo significa che per urinare dovrai utilizzare il torchio addominale, cioè una spinta addominale, e contemporaneamente rilasciare lo sfintere anale. La contrazione dei muscoli addominali serve per comprimere la neovescica e fare fuoriuscire l'urina. Puoi aiutarti anche con le mani dall'esterno, appoggiandole sopra la parte inferiore dell'addome e premendo leggermente. Cambiare posizione del corpo, piegandosi in avanti permette di svuotare ulteriori residui di urina.



La minzione non avviene più con un unico flusso ma a piccoli getti successivi, sono necessarie più spinte addominali per svuotare completamente la neovescica. Ti accorgerai che lo svuotamento è completo quando con una vigorosa spinta non uscirà più urina.

LA CONTINENZA

La completa continenza urinaria non viene raggiunta subito dopo l'intervento, a causa di un'indebolimento dello sfintere uretrale, che regola il passaggio dell'urina dalla vescica all'esterno, il quale deve adattarsi alla nuova situazione. Non preoccuparti quindi se inizialmente avrai delle perdite involontarie d'urina, per raggiungere la completa continenza possono volerci mesi, mediamente fino ad un massimo di 6. Devi anche sapere che l'incontinenza notturna è invece più frequente e meno controllabile, col riposo infatti lo stato di coscienza è diminuito e i meccanismi deputati al controllo dello sfintere sono meno controllabili.

Il recupero precoce della continenza dipende in gran parte da te, dalla tua tenacia e dalla tua volontà di collaborare. Esistono infatti degli esercizi che rinforzano la muscolatura del piano pelvico favorendo così un migliore controllo delle urine. Questi esercizi ti verranno insegnati da personale specializzato e in seguito potrai tranquillamente eseguirli al tuo domicilio. Vediamoli insieme.

LA RIABILITAZIONE PELVICA

La riabilitazione pelvica consiste in un programma fisioterapico finalizzato a migliorare la forza e la resistenza della muscolatura del piano pelvico per garantire una continenza urinaria adeguata. Il programma consta di tre fasi:

1. Riconoscere i muscoli perineali. Consiste nel contrarre i muscoli del perineo, immaginando ad esempio di dover trattenere le feci, senza contrarre altri muscoli (quelli della coscia, del gluteo, dell'addome) e senza alterare la normale respirazione.
2. Allenare i muscoli perineali. È questo il vero e proprio programma fisioterapico. Consiste in una serie di esercizi che possono variare in funzione della posizione del paziente, della durata di ogni contrazione, dell'intervallo temporale tra le singole contrazioni, dal numero di contrazioni per seduta terapeutica, dal numero di esercizi da eseguire ogni giorno e dalla durata del programma di riabilitazione.

Generalmente gli esercizi vengono eseguiti per 5 minuti almeno 3 volte al giorno.

Vediamo alcuni di questi esercizi:

- A. In posizione seduta o eretta, mettere in tensione il perineo e "stringere" usando i muscoli del pavimento pelvico. Eseguire l'esercizio 10 volte e ripeterlo ad ogni ora senza interrompere le normali attività quotidiane.
- B. Durante ogni minzione interrompere più volte volontariamente il flusso di urina.
- C. In posizione supina con un cuscino sotto la testa, con le braccia distese lungo il corpo e con la gambe semiflesse e le ginocchia unite, alzare lentamente il bacino, stringendo i muscoli perineali, poi espirando lentamente, ritornare alla posizione di partenza rilasciando i muscoli del perineo.
- D. In posizione sdraiata, gambe flesse ed extra ruotate, braccia sull'addome con mani incrociate. Contrarre la muscolatura perineale a fasi alterne mentre le mani intrecciate esercitano una trazione, così da rilasciare la muscolatura addominale.

- E. In posizione supina, gambe flesse leggermente divaricate, mano sull'addome. Contrarre la muscolatura perineale a cicli alterni mentre la mano sull'addome consente di apprezzare il contemporaneo rilasciamento della parete addominale.
- F. In piedi a gambe unite e mano accostata all'addome. Stringere i glutei e lo sfintere anale mentre la mano apprezza il rilassamento dei muscoli addominali, quindi rilassare i muscoli.
- G. Durante la deambulazione contrarre la muscolatura perineale rilasciandola ogni 3-4 passi.
3. Usare i muscoli perineali. Una volta in grado di riconoscere ed utilizzare la muscolatura pelvica sarai in grado di sfruttarla. Per mantenere la contenzione dell'urina dovrai contrarre i muscoli pelvici, per urinare dovrai rilasciarli e contemporaneamente contrarre quelli addominali.

In alcuni casi se la fisioterapia pelvica non è sufficiente possono essere proposti altri metodi per rinforzare la muscolatura pelvica e migliorare la continenza. Queste tecniche sono il biofeedback e l'elettrostimolazione perineale, che si avvalgono dell'utilizzo di un computer e della stimolazione elettrica (del tutto indolore) per valutare la contrazione muscolare e aumentarne la forza di contrazione.

IL RISTAGNO POST-MINZIONALE

Talvolta può succedere che a seguito della minzione rimangano in neovescica dei residui di urina. Questo può dipendere da un non corretto svuotamento della neovescica o da uno sfiancamento della sua parete dovuto al passare del tempo. È importante sapere se c'è ristagno post-minzionale e valutare la quantità di urina che residua. Infatti questo ristagno d'urina è un terreno fertile per la proliferazione batterica e se presente cronicamente può causare spiacevoli infezioni, i batteri possono infatti risalire attraverso gli ureteri e arrivare ai reni.

Nel caso in cui il residuo post-minzionale sia elevato (solitamente >200 ml) sarà necessario effettuare degli auto cateterismi. Ovvero verrai addestrato a svuotare completamente la neovescica tramite un catetere. Ti verrà spiegato come utilizzare il catetere, quale tipo di catetere utilizzare e come eseguire la manovra. Potrai eseguire questa manovra comodamente a casa tua ed in maniera completamente autonoma. Può sembrare difficile in un primo momento ma in realtà si tratta di una manovra semplice e veloce.

L'ALIMENTAZIONE

L'alimentazione gioca un ruolo molto importante. In linea generale possiamo dire che potrai riprendere le abitudini alimentari che avevi prima dell'intervento. Dovrai però seguire alcuni accorgimenti. Come abbiamo visto prima, la neovescica è costruita con un tratto di intestino, ciò comporta una maggiore perdita di acqua e sali rispetto alla vescica naturale. Dovrai quindi assumere una quantità d'acqua sufficiente (almeno 2 litri al giorno) e se necessario utilizzare degli integratori salini. Dovrai consumare con moderazione gli alcolici e arricchire la dieta di frutta e verdura per regolarizzare la funzione intestinale.



La mucosa intestinale produce muco, pertanto soprattutto inizialmente potrai trovarne nelle urine. Raramente, grandi quantità di muco possono rendere difficoltoso lo svuotamento della neovescica. Per ridurre la quantità di muco prodotto è utile assumere prodotti contenenti estratto di mirtillo.



La mucosa intestinale riassorbe dalle urine alcuni elettroliti come il cloro e il sodio e altre sostanze come la vitamina B12. Dovrai quindi sottoporerti a regolari controlli ematici ed eventualmente assumere degli integratori specifici.

I CONTROLLI

Dopo la dimissione dall'ospedale dovrai sottoposti a dei controlli. La buona riuscita dell'intervento, la buona funzionalità della neovescica e il tuo benessere dipendono anche dalla tua piena collaborazione e partecipazione ai programmi di follow-up.

Questi consistono in controlli oncologici e funzionali. Dovrai eseguire esami ematochimici e strumentali, quali l'ecografia e la TAC, per valutare l'evoluzione della malattia. Urografia o ecografia verranno eseguiti periodicamente per controllare la funzionalità di reni e neovescica. Alla dimissione verrà programmata una visita urologica e impostato un programma di assistenza personalizzato.

IN CONCLUSIONE QUALI SONO I VANTAGGI E GLI SVANTAGGI DELLA NEOVESCICA ORTOTOPICA?

VANTAGGI

- ☺ Non necessita di alcun presidio esterno applicato alla cute
- ☺ Non necessita di uno stomia cutanea
- ☺ Permette di urinare “fisiologicamente” attraverso l’uretra
- ☺ Quasi tutti i pazienti raggiungono la completa continenza diurna.

SVANTAGGI

- ☹ Alcuni pazienti non riescono a svuotare completamente la vescica dovendo così ricorrere ad auto cateterismi.
- ☹ Alcuni pazienti devono convivere con l’incontinenza notturna (con una buona educazione in realtà l’80% dei pazienti raggiunge la continenza notturna completa).

QUALI SONO LE ALTERNATIVE ALLA NEOVESCICA ORTOTOPICA?

Dopo un intervento di cistectomia le opzioni di ricostruzione urinaria, oltre alla neovescica ortotopica, sono essenzialmente due:

- ✦ **Condotto ileale/urostomia:** gli ureteri vengono collegati ad un segmento di intestino che viene collegato alla cute tramite una stomia, ovvero un'apertura sulla parete addominale. Il flusso d'urina è continuo e non controllabile. Dovrai utilizzare un sacchetto di raccolta esterno per immagazzinare l'urina e svuotarlo periodicamente.
- ✦ **Derivazione continente eterotopica:** si utilizza un segmento intestinale per creare un serbatoio di raccolta delle urine che a differenza della neovescica non è collocato allo stesso posto della vescica naturale e non è collegato all'uretra, bensì alla cute tramite una stomia. Il serbatoio ha una valvola che permette di raccogliere l'urina e per urinare dovrai, ogni 3-4 ore, auto cateterizzare la stomia.