



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Università di Bologna

Unità Operativa di Urologia
Cattedra e Scuola di Specializzazione in Urologia
Direttore: Prof. Giuseppe Martorana

La cistectomia radicale con derivazione urinaria

OPUSCOLO INFORMATIVO



 **samur**

Studi Avanzati Malattie Urologiche
Advanced Studies Urologic Diseases

per
il paziente



La cistectomia radicale con derivazione urinaria

OPUSCOLO INFORMATIVO

per la degenza e la convalescenza domiciliare
rivolto ai pazienti candidati o già sottoposti ad intervento
di cistectomia radicale con derivazione urinaria



Gentile Paziente,

le varie indagini diagnostiche e le visite specialistiche fin qui eseguite, hanno messo in evidenza una neoplasia vescicale, infiltrante o superficiale recidiva, per cui si è reso necessario porre l'indicazione ad intervento chirurgico di cistectomia radicale.

La cistectomia radicale rappresenta il "gold standard" vale a dire la metodica migliore e di riferimento per il trattamento delle forme neoplastiche infiltranti della vescica

Altre modalità terapeutiche, alternative, come la radioterapia e/o la chemioterapia sistemica, pur essendo attuabili, non offrono gli stessi risultati dell'intervento chirurgico in termini di probabilità di guarigione.

I risultati dell'intervento di cistectomia radicale, in termini oncologici sono variabili a seconda dello stadio e del grado della malattia; dopo la terapia chirurgica, al momento della consegna dell'esame istologico, si stabilirà se fare o no una terapia adiuvante. Le verrà anche consegnato uno schema di esami da eseguire durante il follow-up.

Come è facilmente intuibile, l'asportazione della vescica comporta una derivazione urinaria che, come le è già stato detto dal suo urologo di riferimento, può essere esterna od interna; la scelta dipende da una serie di fattori legati alle caratteristiche della malattia e/o del paziente.

Quindi, di fatto, in questo tipo di intervento, alle problematiche proprie di qualsiasi altro intervento chirurgico "maggiore", vanno aggiunte quelle "particolari" della derivazione urinaria.

È per questo che abbiamo pensato di fornire ai nostri pazienti (in procinto di essere sottoposti a cistectomia) questo libretto dove potranno trovare informazioni utili sia durante la degenza che (forse soprattutto) durante il periodo di convalescenza a casa.

Ovviamente Le informazioni qui contenute non potranno sostituire il colloquio diretto: La invitiamo pertanto ad esporre ogni eventuale dubbio al personale del Reparto.

Prof. Giuseppe Martorana

Sommario

La vescica	6
Il carcinoma della vescica	6
La cistectomia radicale	7
Le derivazioni urinarie	8
Il decorso postoperatorio e la degenza ospedaliera...	10
Cosa fare dopo la dimissione?	11
Autori	17
L'Associazione Samur	18
Numeri utili	19

La vescica

È un organo cavo impari e mediano situato nel bacino. Essa funge da serbatoio dell'urina prodotta dai reni e trasportata attraverso gli ureteri. La vescica è in comunicazione con l'esterno attraverso l'**uretra**, un canale di lunghezza variabile a seconda del sesso.

Nell'uomo è un condotto lungo (circa 18 cm), con una parte profonda al livello della pelvi e del perineo, e una porzione esterna che fa parte della struttura del pene e termina all'apice del glande con il meato uretrale esterno. Nelle donne l'uretra è un condotto corto (3-4 cm circa), obliquo, che origina dalla vescica e termina con il meato uretrale esterno sopra l'ostio vaginale.

L'uretra è avvolta in due punti separati da due anelli (**sfinteri**) composti rispettivamente da fibre muscolari lisce (involontarie) e striate (volontarie) responsabili del meccanismo della continenza urinaria.

L'espulsione dell'urina dalla vescica attraverso l'uretra è definita "**minzione**". L'attivazione di tale meccanismo prevede la sincrona contrazione delle fibre muscolari intrinseche della vescica (muscolo detrusore) ed il rilasciamento dello sfintere che avvolge l'uretra. La percezione del riempimento vescicale e l'attivazione della minzione sono regolati dalla "comunicazione" continua con il sistema nervoso attraverso nervi ed archi riflessi.

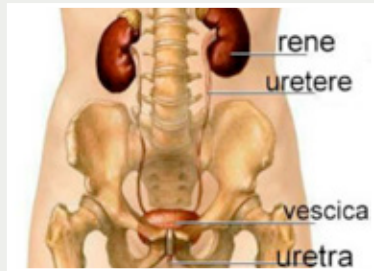


Figura 1: Anatomia delle vie urinarie

Il carcinoma della vescica

È il secondo tumore più comune tra quelli in ambito urologico. Colpisce più frequentemente gli uomini rappresentando il 10% delle neoplasie maschili ed il 3% dei tumori femminili (dati AIRTUM 2003-2007). All'atto della diagnosi circa l'80% dei tumori vescicali interessano solo gli strati più superficiali della parete della vescica: mucosa (Ta e Carcinoma in situ, Cis) o lamina propria (T1). Il restante 20% circa dei pazienti presenta all'esordio una malattia che infiltra gli strati più profondi e quindi la muscolatura (T2), o è estesa al di fuori della vescica (T3-T4) e/o ai linfonodi. Il fattore di rischio più importante è rappresentato dal **fumo di sigaretta** che triplica la probabilità di sviluppare un tumore vescicale.

Ulteriori fattori di rischio sono: l'esposizione cronica alle amine aromatiche e nitrosamine (lavoratori dell'industria dei coloranti, della produzione tessile, del cuoio e della gomma), alcune terapie come la ciclofosamide e l'infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium, diffusi in alcuni paesi del Medio Oriente. Alcuni studi hanno inoltre dimostrato una predisposizione genetica.



Figura 2: Differenti aspetti del tumore vescicale: forme superficiali e forme infiltranti

La cistectomia radicale

Rappresenta l'intervento di scelta (cosiddetto "gold standard") per il trattamento del carcinoma vescicale infiltrante la tonaca muscolare e per i tumori della vescica ad alto rischio di progressione: forme superficiali recidivanti con associato CIS o resistenti alla chemioterapia locale (instillazioni endovesicali dopo resezioni endoscopiche).

ANESTESIA

Per questo tipo di intervento è prevista l'anestesia generale. L'Anestesista potrà stabilire, in base alla visita pre-operatoria, di eseguire una pre-anestesia con farmaci tranquillanti. Nel post-operatorio di norma è prevista una terapia analgesica costante che potrà essere regolata durante la degenza oltre l'analgesia al bisogno.

CENNI DI TECNICA CHIRURGICA

La cistectomia radicale prevede l'asportazione della vescica con il grasso perivescicale. Al fine di garantire la radicalità oncologica si asportano prostata e vescicole seminali nell'uomo mentre nella donna ovaie, utero e parete anteriore della vagina.

La cistectomia radicale prevede inoltre l'asportazione dei linfonodi regionali, una delle prime sedi dove la malattia vescicale può diffondersi. La loro asportazione consente di valutare l'estensione della malattia ("stadio").

L'uretra viene escissa solo quando c'è l'evidenza di un'infiltrazione neoplastica. L'asportazione della prostata comporta l'aneiaculazione, ovvero l'impossibilità di eiaculare. Inoltre anche l'erezione può essere compromessa. Nelle donne l'asportazione dell'utero preclude la possibilità di avere figli, mentre l'asportazione della parete anteriore della vagina può alterare la qualità dei rapporti sessuali.

Per tale ragione talvolta l'Urologo, compatibilmente con i principi di radicalità oncologica, può utilizzare delle varianti tecniche meno invasive con lo scopo di preservare la qualità della vita sessuale.

Negli uomini giovani e sessualmente attivi si potrà valutare l'esecuzione della tecnica "nerve sparing" con preservazione dei nervi dell'erezione o "seminal sparing" con conservazione delle vescicole seminali. Nella donna giovane senza patologie a carico dell'utero si potrà considerare il risparmio delle strutture genitali.

Per supplire alla funzione della vescica, ovvero raccolta ed eliminazione delle urine, è necessario creare una derivazione urinaria che può essere realizzata con diverse tecniche descritte di seguito. A seconda della derivazione urinaria scelta l'intervento ha una durata di circa 3-5 ore.

Le derivazioni urinarie

sono, per definizione, delle deviazioni del flusso delle urine verso l'esterno, necessarie dopo l'asportazione della vescica.

Esse si suddividono in "semplici" (ureterocutaneostomia) e "complesse" (neovesciche continenti, uretero-ileo-cutaneostomia).

Le "complesse" prevedono l'utilizzo di un segmento intestinale più o meno lungo a seconda della tecnica utilizzata.

Si associano a migliori risultati estetici e funzionali, tuttavia, la resezione intestinale può essere causa di alcune complicazioni. Pertanto la scelta della derivazione urinaria è un momento fondamentale e andrebbe affrontata dal paziente e dal chirurgo insieme.

LA NEOVESCICA ORTOTOPICA

Rappresenta la migliore scelta dal punto di vista estetico e della qualità di vita. Essa è indicata nei pazienti in buone condizioni generali ed in cui la malattia, all'esplorazione chirurgica, risulta confinata alla vescica senza coinvolgimento dell'uretra e degli ureteri.

La nuova vescica viene totalmente ricostruita utilizzando un tratto di circa 40-60 cm di intestino ileale o di colon-sigma opportunamente riconfigurato in modo da ottenere un serbatoio di capienza adeguata a contenere le urine tra una minzione e l'altra.

Il serbatoio così costruito permette di mantenere la continenza urinaria. Essendo connesso direttamente all'uretra permetterà di convogliare le urine all'esterno attraverso le vie naturali, evitando così la creazione di una stomia.

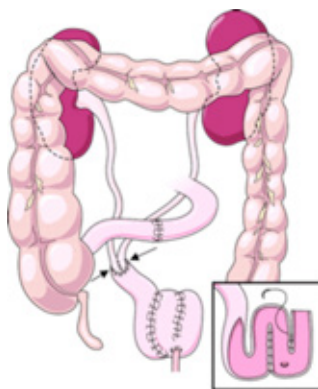


Figura 3: neovescica ortotopica

L'URETEROILEOCUTANEOSTOMIA SEC. BRICKER

È indicata quando, per una serie di motivi, non si ritiene opportuno eseguire la neovescica ortotopica; ad esempio in caso di malattia "non confinata" alla vescica (interessamento dell'uretra o degli ureteri), scarse condizioni generali e/o scarsa compliance del paziente, incontinenza urinaria presente già prima dell'intervento, malattia neoplastica intestinale, compromissione della funzionalità renale, ecc.

L'uretero-ileo-cutaneo-stomia, o condotto ileale, è una derivazione urinaria ottenuta isolando un tratto di ileo di circa 15 cm connesso da un lato ai due canali ureterali (anastomosi ureteroileale) mentre dall'altro la porzione

più esterna viene suturata alla cute dell'addome (stomia) tra l'ombelico e la cresta iliaca.

La zona più idonea dove viene eseguita la stomia viene decisa il giorno prima dell'intervento, applicando un sacchetto di prova. Non tener conto della presenza di pieghe cutanee, di eventuali cicatrici, della conformazione stessa dell'addome, dell'altezza della cintura dei pantaloni, ecc., potrebbe compromettere, dopo l'intervento, la perfetta tenuta del sistema di raccolta delle urine. Le urine defluite all'esterno vengono raccolte mediante un sacchetto a tenuta stagna applicato con un'apposita placca adesiva attorno alla stomia.

L'URETEROCUTANEOSTOMIA (UCS)

È indicata quando l'intestino non è utilizzabile o quando le condizioni generali del paziente non lo permettono.

Tale tecnica prevede l'abbinamento degli ureteri direttamente alla cute per consentire la fuoriuscita dell'urina attraverso due o una stomia. L'urina verrà raccolta in appositi sacchetti come per il condotto ileale secondo Bricker. Inoltre per evitare la stenosi (restringimento) della stomia ed il corretto deflusso dell'urina sarà inserito un caterino per ogni uretere.

DERIVAZIONI CONTINENTI ETEROTOPICHE

Quando non è possibile utilizzare l'uretra (per interessamento neoplastico, stenosi, pregressa incontinenza, ecc.), si ricorre a questo tipo di derivazione.

Si tratta di serbatoi connessi direttamente all'esterno e collocati in una sede differente da quella fisiologica. In questo caso il serbatoio, ottenuto mediante riconfigurazione di un tratto intestinale, viene connesso alla parete addominale mediante un piccolo canale opportunamente configurato.

A differenza dell'ureteroileocutaneostomia secondo Bricker queste derivazioni sono continenti. L'emissione delle urine è ottenuta mediante la periodica autocateterizzazione da parte del paziente attraverso la piccola stomia.

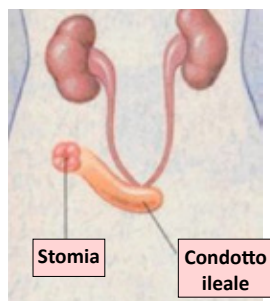


Figura 4:
condotto ileale
(sec. Bricker)

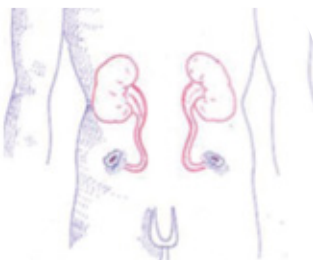


Figura 5:
ureterocutaneostomia

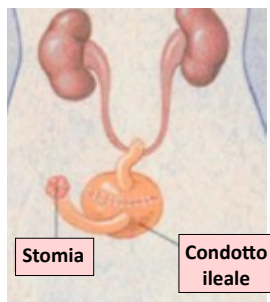


Figura 6:
Tasca ileale

Il decorso postoperatorio e la degenza ospedaliera

Dopo l'intervento di cistectomia radicale è prevista una degenza di circa 7-14 giorni a seconda della derivazione urinaria scelta.

Tale periodo può essere prolungato da eventuali complicazioni o in caso di lento recupero da parte del paziente.

Durante l'intervento potrà essere posizionato un sondino naso-gastrico (un tubicino che attraverso il naso giunge nello stomaco per drenare i succhi gastrici) la cui rimozione è prevista in I-III giornata postoperatoria o dopo ripresa della canalizzazione intestinale.

Al termine dell'intervento saranno posizionati 1 o 2 drenaggi addominali per consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi. In condizioni normali la rimozione di entrambi i drenaggi è prevista in IV-X giornata.

Durante la degenza le urine saranno drenate attraverso due tutori ureterali che saranno rimossi in X-XII giornata.

Nel caso di confezionamento di una neovescica ortotopica verrà posizionato anche un catetere vescicale che sarà rimosso in XV giornata previa valutazione radiologica (cistografia retrograda).

Il paziente viene solitamente mobilizzato fin dalla prima giornata per scongiurare complicanze quali flebiti e infezioni polmonari e per agevolare la ripresa delle normali attività quotidiane. Per ridurre il rischio di malattie tromboemboliche verranno fornite calze elastiche da indossare fino alla completa mobilizzazione.

L'alimentazione per bocca può essere ripresa quattro o cinque giorni dopo l'intervento e comunque dopo ripresa della canalizzazione intestinale.

In quel periodo può essere necessario somministrare una nutrizione artificiale per via endovenosa, attraverso una vena di calibro maggiore (solitamente mediante un cateterino venoso inserito sul collo).

La somministrazione dei farmaci sarà gestita dal personale infermieristico: ove previsto saranno somministrati antibiotici, farmaci antitrombotici (eparina a basso peso molecolare) e antidolorifici se necessari.

RACCOMANDAZIONI DURANTE LA DEGENZA:

Il personale infermieristico e medico è a Sua disposizione per qualsiasi dubbio ed eseguirà controlli durante la giornata.

- Quando avrà cominciato a muoversi autonomamente cammini lungo il corridoio per favorire il ripristino della normale circolazione (riducendo il rischio di trombosi degli arti inferiori) e la ripresa della motilità intestinale.

- Se dovesse notare la mancata fuoriuscita di urina dal catetere vescicale o dai cateterini ureterali avverta il personale infermieristico: in alcuni casi può accadere che depositi di sangue coagulato, proteici o di muco possano ostruire i drenaggi urinari. La presenza di muco nelle urine è normale se è stato utilizzato l'intestino per il confezionamento della neovescica. Segua le istruzioni del personale infermieristico per eseguire lavaggi periodici tramite il catetere vescicale.
- Presti molta attenzione alla gestione dei drenaggi, del catetere vescicale o dei cateterini ureterali evitando di "strapparli" durante la deambulazione.

La lettera di dimissioni

Rappresenta un importante documento clinico che riassume le notizie relative al Suo ricovero (diagnosi, intervento eseguito e decorso postoperatorio). È fondamentale far visionare la lettera di dimissioni al proprio Medico Curante per un aggiornamento della Sua storia clinica e per programmare insieme i controlli e le terapie consigliate.

Nella lettera, infatti, è indicata la terapia da eseguire a domicilio ed alcuni appuntamenti post-dimissione: eventuale medicazione della ferita, rimozione dell'eventuale catetere vescicale, rimozione/sostituzione dei cateterini ureterali, visita per la riabilitazione del piano pelvico e consegna dell'esame istologico.

In occasione di quest'ultimo appuntamento Le verrà consegnato l'es. istologico ed una lettera di accompagnamento nella quale sarà indicato il programma di follow-up personalizzato ed eventuali terapie adiuvanti (chemioterapia).

Cosa fare dopo la dimissione?

ALIMENTAZIONE

L'uso dell'intestino nella ricostruzione della neovescica può comportare la perdita di liquidi e sali (specialmente nei primi tempi del decorso post operatorio) per la presenza di possibile diarrea legata, appunto, alla riduzione di intestino usato per la ricostruzione delle neovescica.

Consigliamo pertanto di assumere adeguate quantità di acqua (almeno 2 litri al giorno) e sali minerali.

Un corretto introito di acqua riduce inoltre il rischio di infezioni e coadiuva il ripristino del transito intestinale.

In alcuni casi, se il Curante o lo Specialista lo riterranno opportuno, potrebbe essere necessario assumere Vit. B12, folina, ferro, dieta iperproteica, etc. Nelle derivazioni realizzate con l'intestino può inoltre verificarsi l'acidosi ipercloremica che

può essere corretta con l'assunzione di bicarbonato di sodio secondo le indicazioni mediche. Nei primi giorni si può verificare inappetenza iniziale e difficoltà al riconoscimento dei sapori.

Per ridurre queste sensazioni può essere utile fare più pasti al giorno senza pretendere di affrontare pasti con portate complete e piatti pieni che inizialmente possono sembrare ostacoli inaffrontabili.

ATTIVITÀ FISICA

Come già detto in precedenza l'attività fisica leggera favorisce il recupero fisico post-intervento tuttavia è sconsigliato eseguire sforzi intensi (sollevare pesi, palestra, attività sportive, bicicletta, moto) per almeno 6 settimane.

CONDIZIONI DA SEGNALARE AL MEDICO

Infezione della ferita chirurgica: può manifestarsi con la fuoriuscita di siero o sangue misto a pus. Non è una condizione preoccupante e solitamente si risolve nell'arco di qualche giorno con medicazioni più frequenti che può eseguire presso il nostro ambulatorio o dal proprio Medico Curante

Infezioni delle vie urinarie: sono frequenti e devono essere segnalate al Medico per impostare eventuali terapie antibiotiche. Si manifestano solitamente con: urine torbide e maleodoranti; febbre; nausea, vomito e talvolta dolore nella regione lombare in corrispondenza dei reni.

Acidosi metabolica: come già detto si può verificare nei pazienti in cui è stato usato l'intestino per la realizzazione della derivazione urinaria. Si manifesta con stanchezza, debolezza muscolare, sonnolenza, nausea e vomito. Altri sintomi possono essere: dolore addominale, pirosi gastrica; disidratazione, perdita di peso ed incremento della frequenza degli atti respiratori. Questa condizione va segnalata al proprio Medico Curante o allo Specialista e, nel caso in cui la diagnosi fosse confermata, potrà essere corretta semplicemente con l'aggiunta di bicarbonato nella dieta secondo le dosi indicate dal medico.

GESTIONE DELLE DERIVAZIONI URINARIE

I. *Neovesica ortotopica*

a) **MUCO:** l'uso dell'intestino nel confezionamento di questa derivazione urinaria può causare la presenza di muco nelle urine soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento.

Il muco può essere causa di ostruzione e di infezioni. Pertanto come già detto è necessaria un'adeguata idratazione.



Inoltre finché è ancora presente il catetere vescicale è buona norma eseguire lavaggi della neovescica seguendo le istruzioni del personale infermieristico.

Dopo la rimozione del catetere in caso di difficoltà a svuotare la neovescica può essere utile stendersi per 10' prima su un fianco poi sull'altro e poi riprovare a mangiare.

b) SVUOTAMENTO DELLA NEOVESCICA: lo stimolo minzionale non verrà avvertito come di consueto e quando la neovescica è piena il paziente avvertirà un senso di peso nella parte bassa dell'addome.

Nel periodo immediatamente successivo all'intervento, è consigliabile svuotare la vescica ogni una-due ore anche in assenza di una sensazione impellente e/o di peso per evitare che la neovescica si sovradistenda.

E' importante imparare ad urinare in posizione seduta, rilassando la muscolatura perineale e facendo così uscire l'urina per caduta; dopo si inizierà a spingere con la muscolatura addominale (torchio addominale).

La minzione terminerà con manovre di spremitura che verranno praticate sul basso ventre.

Lo svuotamento sarà più lento rispetto a prima (a volte fino a 3-5 minuti per uno svuotamento completo).

Successivamente si potrà aumentare l'intervallo di tempo tra una minzione e l'altra (ogni 3 poi 4 ore).

Tali intervalli andranno rispettati anche durante la notte aiutandosi con l'uso di una sveglia programmata ogni 3 ore. Se il paziente non ottiene uno svuotamento completo della neovescica sarà necessario ricorrere a degli autocateterismi sterili seguendo le istruzioni dello Specialista.

c) CONTROLLO DELLE URINE E RIABILITAZIONE PERINEALE: dopo la rimozione del catetere vescicale potrà manifestarsi la perdita involontaria di urina (incontinenza) soprattutto sotto sforzo, dopo movimenti bruschi e nelle ore notturne.

Solitamente entro qualche mese dall'intervento la maggior parte dei pazienti recupera la continenza diurna mentre può persistere quella notturna.

E' fondamentale eseguire alcuni semplici esercizi per la riabilitazione del piano pelvico che verranno spiegati durante la visita di controllo post-dimissione.

Tali esercizi si basano sul rinforzo della muscolatura perineale e si eseguono contraendo lo sfintere anale (come per interrompere la defecazione) per circa 5-10 secondi ad intervalli di 5-7 secondi in 3 serie da 20 contrazioni al giorno.

E' necessario che il paziente sia in posizione supina e che non vengano utilizzati i muscoli dell'addome né quelli delle cosce.

Se gli esercizi non saranno sufficienti per il recupero della continenza è a disposizione un ambulatorio dedicato alla fisioterapia del piano perineale associata alla elettrostimolazione (bio-feedback + FES perineale).

II. Ureteroileocutaneostomia sec. Bricker:

a) GESTIONE DELLA STOMIA: è buona norma monitorare l'aspetto della stomia soprattutto nei primi mesi. La stomia, in condizioni normali, appare rosea-rossa (simile alla mucosa orale) e può presentare del muco all'interno e nella regione peristomale.

Nei primi giorni potrà essere edematosa e di dimensioni maggiori, stabilizzandosi nell'arco di 2-6 mesi.

L'urina che fuoriesce dalla stomia sarà raccolta in un sacchetto che, attraverso un sistema adesivo, sarà attaccato alla cute.

Il sacchetto inoltre presenta una valvola che ne consente lo svuotamento senza doverlo sostituire ogniqualvolta fosse pieno.

Durante la notte è preferibile raccordare il sacchetto dell'urostomia ad un sacchetto di raccolta urine da agganciare al letto, per evitare continue sveglie notturne.

Alla dimissione Lei sarà comunque indirizzato ad un ambulatorio dedicato (Urostom) con personale qualificato che Le spiegherà come e quando sostituire le placche ed il sacchetto e come trattare eventuali irritazioni della cute peristomale.

Le verranno inoltre fornite tutte le istruzioni per condurre una vita normale (igiene personale; viaggi; lavoro etc..).

b) POSSIBILI PROBLEMI DELLA STOMIA: oltre all'irritazione si possono verificare restringimenti (stenosi) o ernie parastomali.

Nel primo caso potrebbe essere sufficiente un monitoraggio continuo della stomia con eliminazione dei fattori causali (dermatiti, foro della placca non adeguato) o una dilatazione graduale. Nel secondo può essere necessaria una correzione chirurgica.

c) RICHIESTA DEI PRESIDI: al momento della dimissione verrà fornita la documentazione necessaria per ottenere i presidi del SSN.

III. Ureterocutaneostomia:

a) GESTIONE DEI CATETERINI URETERALI: come già detto in precedenza per ridurre il rischio di stenosi della ureterocutaneostomia viene inserito un cateterino di calibro variabile in ognuno dei due ureteri.

Tali drenaggi andranno sostituiti ogni mese presso l'ambulatorio Urostom.

Anche in questo caso verranno applicati dei sacchetti di raccolta (come descritto per l'ureteroileocutaneostomia) la cui gestione sarà illustrata in sede ambulatoriale.

b) RICHIESTA DEI PRESIDI: anche in questo caso al momento della dimissione verrà fornita la documentazione necessaria per ottenere i presidi del SSN.

IV. Derivazioni continenti ectopiche:

a) GESTIONE DELLA STOMIA: valgono le indicazioni fornite per la ureteroileocutaneostomia. Per questa derivazione può essere necessario eseguire irrigazioni della tasca con soluzione fisiologica attraverso un cateterino.

Nel primo periodo post-operatorio sarà necessario eseguire la manovra due volte al giorno; successivamente con la graduale riduzione del muco si potrà passare ad un solo lavaggio al giorno poi a giorni alterni fino a una sola irrigazione a settimana.

b) AUTOCATERISMO: la neovescica va svuotata regolarmente attraverso l'autocaterismo intermittente (ogni 3 ore salvo diverse indicazioni). Nel periodo immediatamente successivo all'intervento le cateterizzazioni potrebbero essere più frequenti per evitare una sovradistensione della tasca.

Per ridurre il rischio di infezioni è necessario lavarsi le mani sempre prima di procedere con la manovra ed usare cateteri specifici (monouso, sterili e lubrificati). Per eseguire la manovra con maggiore sicurezza è consigliato usufruire di uno specchio.

Descrizione della manovra: si inserisce il catetere nella valvola della stomia fino alla fuoriuscita di urina facendolo scorrere per un ulteriore centimetro.

Si lascia in sede fino al completo svuotamento della tasca. In caso di problemi all'inserimento consideri che dei respiri profondi possono aiutare a rilassarsi.

c) RICHIESTA DEI PRESIDI: al momento della dimissione verrà fornita la documentazione necessaria per ottenere i presidi del SSN.

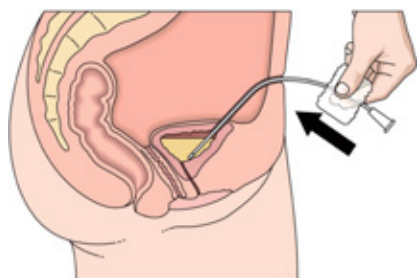


Figura 7: autocaterismo

ATTIVITÀ SESSUALE

Come già spiegato in precedenza, dopo questo intervento è frequente una compromissione della funzionalità sessuale.

Nell'uomo si manifesta soprattutto con difficoltà a raggiungere l'erezione e con la perdita dell'eiaculazione.

Tali condizioni sono causate dalla lesione dei fasci neuro vascolari responsabili dell'erezione (impotenza) e dall'asportazione delle vescicole seminali e della prostata (aneiaculazione).

Nella donna può manifestarsi con riduzione del desiderio e dispareunia (dolore alla penetrazione).

Ciò è causato sia dal danno vascolare (riduzione della lubrificazione vaginale) sia alla riduzione di lunghezza e di elasticità della vagina.

Il recupero può essere lento e richiede collaborazione da parte della coppia. Nella nostra Unità Operativa è disponibile un ambulatorio dedicato alla riabilitazione sessuale.

Per il recupero dell'erezione sono previste terapie orali ed iniettive che saranno proposte sulla base del quadro clinico e della tecnica chirurgica utilizzata.

Autori

Prof. Giuseppe Martorana

*Professore Ordinario e
Direttore Clinica Urologica
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Prof. Eugenio Brunocilla

*Professore Associato
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott. Sergio Concetti

*Dirigente Medico
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott. Fabio Manferrari

*Ricercatore confermato
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Dott. Riccardo Schiavina

*Ricercatore confermato
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Cristian Pultrone

*Dottorando in Urologia
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

Daniele Romagnoli

*Specializzando in Urologia
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Policlinico S.Orsola Malpighi Bologna*

*Si ringrazia per la collaborazione le
infermiere professionali:*

*Maddalena Ruggeri
Capo Sala reparto degenza*

*Ambra Mazzini
Responsabile Laboratorio di Urodinamica
di riabilitazione piano pelvico*

*Simonetta Bracci
Responsabile Ambulatorio
di Urostom*



L'ASSOCIAZIONE SAMUR

Studi Avanzati Malattie Urologiche ONLUS

È un'organizzazione scientifica senza fine di lucro il cui obiettivo è quello di promuovere e potenziare la ricerca scientifica in ambito urologico attraverso l'attivazione di borse di studio, il finanziamento di programmi di ricerca, l'acquisizione di attrezzature medico scientifiche, la didattica ed il sostegno ai malati.

SAMUR è convenzionata con l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi e con l'Università degli Studi di Bologna.

Le aree di interesse sono quelle della ricerca clinica e di base in campo oncologico, andrologico e relative alla qualità di vita; di notevole rilievo è anche l'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione.

La SAMUR è annoverata tra le associazioni a cui si può destinare il 5% della dichiarazione dei redditi.

Il codice fiscale di SAMUR è **92051840376** - sezione relativa al Finanziamento della ricerca scientifica e dell'università.

Associazione Samur ONLUS c/o Clinica Urologica Alma Mater Studiorum - Università di Bologna. Policlinico S. Orsola-Malpighi, Padiglione Palagi - Via Pelagio Palagi, 9 - 40138 Bologna

Tel 051.302082 - Fax 051.308037 - orari segreteria: lun-ven dalle 10.00 alle 12.00
info@samur.it - www.samur.it

Numeri utili

REPARTO:

051-6362425

051-6362424

AMBULATORIO:

051-6362385

AMBULATORIO UROSTOM:

051-6362368

*per appuntamento telefonico chiamare
lun-mer-ven, dalle ore 7.30 alle ore 13.00*

AMBULATORIO RIABILITAZIONE PIANO PELVICO:

051-6362418

*per appuntamento telefonico chiamare
dalle ore 13.00 alle ore 15.00*

SEGRETERIA:

0516362742

*orario per il pubblico: dalle ore 11.00 alle ore 13.00
mail: mara.gagliotta@aosp.bo.it*

con il contributo incondizionato di:

Un numero gratuito e una mail dedicati,
dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18.

Chiamata gratuita

800.064.064 e-mail: chiam@coloplast.it



Unità Operativa di Urologia

Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

Padiglione 1, via Palagio Pelagi 9 - Bologna

Telefono: 051 636 2111

www.urologia.unibo.it