Cistectomia Parziale

Cistectomia parziale

È un intervento chirurgico che consiste nella rimozione di una o più porzioni della vescica; lo scopo dell'intervento è quello di rimuovere una porzione sufficientemente ampia di parete vescicale sede della malattia garantendo contemporaneamente una idonea capacità di riempimento vescicale.

Indicazioni

- Asportazione di lesioni localizzate di natura benigna della parete vescicale quali il leiomioma, il fibroma, le ulcere di Hunner di difficile aggressione endoscopica, o lesioni dovute ad invasioni vescicali di patologie a partenza dall'intestino.
- Asportazione di uno o più diverticoli vescicali (estroflessioni del tessuto di rivestimento vescicale (urotelio) che si fanno strada attraverso la restante parete muscolo-connettivale formando delle sacche, incapaci di contrazione propria, nelle quali ristagna urina).
- Nel carcinoma della vescica, quando la lesione è singola, focale e/o localizzata alla cupola o se il paziente rifiuta l'intervento di cistectomia radicale che sarebbe indicato.
- Nella sclerovescica, esito di malattia tubercolare o altra malattia infiammatoria cronica o pregressa chirurgia iterativa vescicale.

Tecnica e decorso postoperatorio

L'intervento si esegue in anestesia generale con tecnica open, laparoscopica o robotica. Con il paziente in posizione supina e le gambe leggermente divaricate, mediante una incisione dall'ombelico al pube si accede alla vescica, per via solitamente extraperitoneale; si isola il viscere e ne viene asportata a tutto spessore (comprendendo cioè sia lo strato mucoso, che quello muscolare che quello sieroso) la parte coinvolta da malattia.

Generalmente, in caso di malattia tumorale, all'asportazione vescicale si associa anche una asportazione dei linfonodi regionali più o meno estesa

(linfoadenectomia pelvica).

Se l'estensione della resezione è tale da pregiudicare una adeguata continenza urinaria, può essere necessario procedere contestualmente ad una cosiddetta "**enterocistoplastica di ampliamento**" ovvero all'impiego di un tratto di intestino, solitamente l'ileo, prelevato per un tratto di 15-20 cm secondo la necessità isolato con il suo tratto di meso peritoneale che ne consente la nutrizione. Questo tratto intestinale, opportunamente riconfigurato viene suturato alla parete vescicale per aumentarne il volume.

Al termine dell'intervento vengono inseriti anche due tubi di drenaggio che fuoriescono dalla parete addominale e a volte un sondino naso-gastrico (di solito quando c'è stata la necessità di intervenire anche sull'intestino).

Possibili complicanze

Le complicanze tipiche dell'intervento possono avere una frequenza variabile e sono rappresentate da: sanguinamento con necessità di trasfusioni, lesioni intestinali (la lesione del retto potrebbe necessitare di una temporanea colostomia), lesioni vascolari o del nervo otturatorio in corso di linfoadenectomia, occlusione intestinale, fistole urinose, linfatiche e intestinali, linfoceli, stenosi degli ureteri eventualmente reimpiantati, ritardi di guarigione della ferita, laparoceli, trombosi venose agli arti inferiori (per prevenire queste ultime complicanze si eseguono delle punture di eparina si utilizzano calze elastiche e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente). Le possibili complicanze tardive sono rappresentate principalmente da ostruzione ureterale, infezioni urinarie, deterioramento della funzione renale. La mortalità operatoria è eccezionale e le cause più frequenti sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Scarica il pdf

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.