

Cistectomia radicale

Cistectomia radicale

Nell'uomo la cistectomia implica la rimozione della vescica, della prostata, delle vescicole seminali e dei linfonodi pelvici.

Nella donna oltre alla vescica vengono rimossi utero, ovaie (una o entrambe le gonadi possono essere lasciate in sede nelle donne in età fertile), linfonodi pelvici, una porzione della vagina e una parte o tutta l'uretra.

La ricostruzione dell'apparato urinario può comportare:

1. La creazione di uno stoma urinario nella porzione addominale destra, al di sotto e a lato dell'ombelico mediante l'interposizione di un segmento intestinale isolato dal restante tratto intestinale e collegato alla cute e agli ureteri (i.e. URETERO-ILEO- CUTANEO-STOMIA)
2. La creazione di uno o due stomie urinarie alla parete addominale, mediante abbocco diretto degli ureteri alla cute (URETERO-CUTANEO-STOMIA).
3. La realizzazione di un serbatoio intestinale utilizzando una porzione intestinale separata dal tratto gastroenterico da collegare all'uretra e agli ureteri e posta nella stessa posizione della vescica (NEOVESCICA INTESTINALE ORTOTOPICA) oppure collegata alla cute mediante una piccolo condotto continente e cateterizzabile (TASCA CONTINENTE).
4. La deviazione delle urine all'interno del colon, adeguatamente modificato in modo da creare un serbatoio di raccolta dell'urina in continuità con il resto dell'intestino (TASCA RETTO-SIGMOIDEA). In questo caso la minzione avverrà attraverso l'ano.

Indicazioni

- Tumore della vescica infiltrante il piano muscolare

- Tumore della vescica non infiltrante il muscolo ad alto rischio di progressione o non responsivo ai trattamenti locali
- Fibrosi della vescica
- Cistite interstiziale intrattabile o esiti di radioterapia con sanguinamento vescicale ripetuto

Tecnica e decorso postoperatorio

L'intervento richiede l'anestesia generale che è frequentemente associata all'applicazione di un catetere epidurale, cioè di un sottile catetere che penetra nella schiena tra 2 vertebre e raggiunge il canale spinale consentendo la somministrazione di farmaci analgesici durante e dopo l'intervento.

In genere viene effettuata una incisione sull'addome tra ombelico e pube. Le metodiche laparoscopiche o robotiche non sono ancora considerate lo standard per questa procedura.

Nel maschio vengono rimossi vescica, prostata, vesciche seminali e linfonodi pelvici. I dotti deferenti vengono sezionati e occlusi. In casi particolari, in base all'estensione della malattia, viene anche asportata l'uretra dall'apice della prostata fino al glande, attraverso una seconda incisione posta tra scroto e ano, nella zona anatomica denominata perineo.

In casi molto selezionati possono essere risparmiate le vescicole seminali e una porzione di prostata onde favorire il recupero postoperatorio delle funzioni sessuali (intervento "sex sparing"). In alcuni casi l'intervento può associarsi al risparmio dei nervi che controllano l'erezione (intervento "nerve sparing").

Nella donna vengono asportati vescica, utero, ovaie, uretra e una porzione della vagina. In casi particolari possono essere risparmiati i genitali interni e, quando si programmi la realizzazione di una neovescica, l'uretra viene quasi interamente risparmiata.

In entrambi i sessi viene effettuata l'asportazione dei linfonodi pelvici (Linfadenectomia).

Al termine della procedura saranno presenti 1 o 2 drenaggi che usciranno dalla parte inferiore dell'addome, il sondino nasogastrico e un catetere venoso centrale per l'alimentazione endovenosa.

La sede dei cateteri ureterali, sempre presenti a livello addominale, dipenderà dal

tipo di ricostruzione realizzato.

URETEROCUTANEOSTOMIA

Gli ureteri vengono abboccati direttamente alla cute e saranno presenti in genere due urostomie a lato dell'ombelico. In alcuni casi sarà possibile realizzare una sola urostomia nella porzione inferiore destra dell'addome in cui drenano entrambi gli ureteri.

Al termine dell'intervento saranno presenti due cateteri ureterali che usciranno dalle urostomie.

URETERO-ILEO-CUTANEOSTOMIA SEC. BRICKER

Gli ureteri (i condotti che trasportano l'urina dal rene alla vescica) vengono suturati ad un'ansa intestinale, separata dal restante tratto gastroenterico, che viene abboccata alla superficie addominale creando un'apertura denominata urostomia.

I due capi intestinali da cui è prelevata quest'ansa vengono suturati in modo da ripristinare la continuità dell'intestino. Generalmente viene utilizzato un tratto di intestino tenue denominato ileo, ma può anche essere utilizzato il colon.

Al termine dell'intervento saranno presenti due cateteri ureterali che usciranno dall'urostomia.

NEOVESCICA INTESTINALE

Viene isolato un lungo tratto intestinale separandolo dal resto del tratto gastroenterico (di solito ileo, più raramente colon) con il quale si realizza una sacca in cui vengono impiantati gli ureteri

e che viene collegata all'uretra (il condotto che trasporta l'urina dalla vescica all'esterno). Questa sacca sostituisce la vescica e viene posta nella stessa sede dell'organo asportato.

I due capi intestinali da cui è prelevata quest'ansa vengono suturati in modo da ripristinare la continuità dell'intestino.

Al termine dell'intervento sarà presente un catetere urinario che fuoriesce dall'uretra e due cateteri ureterali che attraversando la parete della vescica e dell'addome, saranno posti sull'addome a fianco dei due drenaggi.

Non sarà presente alcuna urostomia

TASCA CONTINENTE CATETERIZZABILE

Viene isolato un lungo tratto intestinale separandolo dal resto del tratto gastroenterico (di solito ileo e colon ascendente) con il quale si realizza una sacca in cui vengono impiantati gli ureteri e che viene collegata, attraverso un breve condotto capace di mantenere la continenza, alla cute dell'addome, in genere a livello dell'ombelico. Questa sacca raccoglierà l'urina sostituendo la vescica, ma non è posta nella stessa sede dell'organo asportato e non è collegata all'uretra. Lo svuotamento avverrà mediante cateterismo estemporaneo che il paziente imparerà ad effettuare in autonomia.

I due capi intestinali da cui è prelevata quest'ansa vengono suturati in modo da ripristinare la continuità dell'intestino.

Al termine dell'intervento sarà presente un catetere urinario che fuoriesce dall'ombelico, un catetere che fuoriesce dall'addome e penetra nella tasca e due cateteri ureterali che attraversando la parete della tasca e dell'addome, saranno posti anch'essi sull'addome.

TASCA RETTO-SIGMOIDEA SEC. MAINZ II

Una porzione del colon (poco prima del retto) viene modificata in modo tale da creare un serbatoio continente in continuità con l'intestino. Gli ureteri verranno abboccati a questo serbatoio utilizzando una tecnica che impedisca la risalita del contenuto della tasca nei reni (tecnica antireflusso).

Nella tasca infatti avverrà la commistione tra feci e urina ed entrambe verranno eliminate attraverso l'ano, che garantisce anche la continenza.

Al termine dell'intervento sarà presente un grosso catetere e due cateteri ureterali che fuoriescono dal retto. Non sarà presente alcuna urostomia.

Alternative terapeutiche e possibili complicanze

In casi selezionati è possibile effettuare una resezione endoscopica o a cielo aperto del tumore, seguita da chemio e radioterapia con risultati comunque inferiori a quelli della cistectomia.

Altre possibilità riguardano la somministrazione di farmaci all'interno della vescica (solo per tumori che non interessino il muscolo - CIS, T1 HG), radioterapia o chemioterapia sistemica. Tutte queste terapie conseguono risultati terapeutici di gran lunga inferiori a quelli della cistectomia, tuttavia potrebbero essere necessari uno o più cicli di radioterapia, chemioterapia o immunoterapia sistemica anche dopo l'intervento chirurgico per migliorare ulteriormente l'effetto terapeutico.

Le complicanze tipiche dell'intervento possono avere una frequenza variabile e sono rappresentate da: sanguinamento con necessità di trasfusioni, lesioni intestinali, lesioni vascolari o del nervo otturatorio in corso di linfadenectomia, occlusione intestinale, fistole urinose, linfatiche e intestinali, linfoceli, stenosi delle anastomosi uretero-cutanee ed uretero-intestinali, 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 la paziente è invitata a mobilizzarsi precocemente).

Le possibili complicanze tardive sono correlate soprattutto alla derivazione urinaria e sono rappresentate principalmente da stenosi delle stomie, ostruzione ureterale, infezioni urinarie, deterioramento della funzione renale.

La mortalità operatoria è oltremodo rara 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.