

INFORMAZIONI UTILI PER I PAZIENTI CANDIDATI AD INTERVENTO ENDOSCOPICO DI ASPORTAZIONE DI TUMORE DELLA VESCICA (TURV)

PROF. FRANCESCO MONTORSI

**DIRETTORE UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA
OSPEDALE SAN RAFFAELE
PROFESSORE ORDINARIO DI UROLOGIA
DIRETTORE SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN UROLOGIA
UNIVERSITÀ VITA SALUTE SAN RAFFAELE – MILANO**



Gentile Paziente,

a giudizio di un Urologo afferente al nostro Dipartimento, Lei e' stato candidato ad essere sottoposto ad intervento endoscopico di asportazione di tumore della vescica (TURV). Siamo lieti che Lei abbia accettato di essere ricoverato per questo motivo presso il nostro Dipartimento.

Con questo documento desideriamo riassumerLe le informazioni che a nostro giudizio sono indispensabili che Lei conosca prima di essere ricoverato. Esse sono volte a renderLa consapevole della problematica clinica da cui è affetto, dell'approccio chirurgico che intendiamo seguire e delle sue eventuali complicanze, oltre che a rendere il Suo ricovero il più breve possibile e il Suo completo recupero altrettanto rapido.

LISTA DI ATTESA PRE-INTERVENTO

Il Dipartimento di Urologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele è noto in tutto il mondo per l'elevato numero e la qualità delle procedure chirurgiche eseguite. Di conseguenza le richieste di ricovero nel nostro centro sono estremamente numerose. Nonostante ogni giorno siano attive 3 sale operatorie esclusivamente dedicate ai pazienti urologici esiste una non breve lista di attesa per essere ricoverati. Vogliamo rassicurarLa sul fatto che la serietà di ogni singolo caso viene sempre presa attentamente in considerazione e che viene fatto tutto il possibile per ridurre i tempi di attesa. È cura dell'Ufficio Ricoveri del nostro Dipartimento chiamare i pazienti in lista di attesa e programmare il loro ricovero. Lei può essere ricoverato presso il nostro Dipartimento sia con il Sistema Sanitario

Nazionale sia privatamente. La qualità dell'intervento chirurgico e dell'assistenza medica durante il ricovero sono eccellenti in entrambe le condizioni di ricovero. L'Ufficio Ricoveri Le spiegherà le differenze in termini di lunghezza delle liste di attesa, camere utilizzate durante il ricovero, possibilità di scegliere il chirurgo che eseguirà l'intervento, ed ovviamente i costi.

I contatti di riferimento per l'ufficio ricovero sono:

- Ricoveri SSN
 - 02/26432299 (Sig. Ivo Ulivieri – ulivieri.ivo@hsr.it)
 - 02/26432403 (Sig.ra Antonella Viesti – viesti.antonella@hsr.it)
- Ricoveri Solventi
 - 02/26434368 (Sig. Bruno Vanazzi – vanazzi.bruno@hsr.it)

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALL'INTERVENTO

In previsione dell'intervento di TURV, **il paziente viene valutato prima del ricovero** al fine di escludere controindicazioni al trattamento chirurgico programmato. Già in sede di visita, l'urologo di riferimento richiede una serie di controlli preoperatori, generalmente 15-20 giorni prima della data prevista del suo ingresso. Il paziente **viene contattato dal nostro Ufficio Programmazione ricoveri per l'organizzazione della valutazione pre-operatoria.** In tale occasione Le sarà comunicato il giorno in cui dovrà recarsi **a digiuno, portando con sé tutta la Sua documentazione clinica (anche di pertinenza non urologica) e tutta la documentazione correlata alla Sua patologia vescicale,** presso l'Ambulatorio

Prericoveri (Settore B, Linea Arianna, piano -1 per la Sede di Via Olgettina 60) per eseguire, nell'arco di una giornata, gli accertamenti necessari per affrontare l'intervento chirurgico proposto. Gli esami di routine tipicamente comprendono:

- **Esami preoperatori: esami del sangue, esame delle urine (a discrezione dell'urologo), elettrocardiogramma, eventuale radiografia del torace**
- **Visita Anestesiologica** (verifica delle condizioni cliniche del paziente, valutazione degli esami preoperatori, indicazioni/controindicazioni nel Suo caso alle diverse modalità di esecuzione della anestesia spinale o generale, compilazione del cartellino anestesiologicalo, spiegazione e compilazione del consenso informato per l'anestesia).

In questa sede dovrà segnalare tutta la Sua terapia medica domiciliare abitualmente assunta poiché l'anestesista Le indicherà come comportarsi rispetto all'intervento e quali terapie sospendere o meno. In particolare, per quanto riguarda **farmaci ad azione antiaggregante** (Aspirinetta, Cardirene, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid, Duoplavin, Pletal, Brilique o simili), la loro sospensione eventuale alcuni giorni prima dell'intervento dovrà essere decisa dall'anestesista, che stabilirà le strategie più opportune del caso. Tutte le modifiche della sua terapia antiaggregante devono essere **comunicare al Suo Medico curante**. Nel caso Lei assuma **farmaci anticoagulanti orali** (Coumadin, Sintrom, Elixquis, Pradaxa, Xarelto o simili), generalmente questi vengono sospesi alcuni giorni

prima dell'intervento. Informando **il suo Medico Curante ed il suo centro TAO**, questi farmaci dovranno essere eventualmente sostituiti con terapia a base di eparina a basso peso molecolare (EBPM). **L'Anestesista definirà la tempistica e la modalità della sospensione o della sostituzione. Il dosaggio dell'eventuale trattamento sostitutivo verrà stabilito dal medico specialista della Coagulazione del centro TAO di riferimento o dall'Anestesista stesso.** Al momento del ricovero verrà eseguito un controllo degli esami della coagulazione (o della concentrazione del farmaco assunto per quanto riguarda gli anticoagulanti di più recente introduzione [Eliquis, Xarelto, Pradaxa, ecc.]) per verificare che siano rientrati nei valori di normalità, tali da permettere l'intervento. Dopo l'intervento verranno fornite le indicazioni per le modalità di ripresa sia dei farmaci antiaggreganti che anticoagulanti.

In base all'esito della Visita Anestesiologica potranno essere richiesti ulteriori nuovi accertamenti clinici e/o strumentali, che verranno programmati sempre comunque in regime ambulatoriale:

- **Eventuale Visita Cardiologica**
- **Eventuali approfondimenti diagnostici** (ad esempio visita aritmologica, pneumologica, ecc.)

Ri-valutazione Urologica: Nel contesto della valutazione pre-operatoria, il Paziente verrà visitato nuovamente da un Urologo del nostro Dipartimento. In tale occasione verranno controllati eventuali esami di pertinenza urologica eseguiti dopo l'inserimento in lista d'attesa. Durante questa rivalutazione complessiva, verrà confermata l'indicazione

chirurgica con compilazione della cartella clinica e dei consensi informati relativi all'intervento.

Nel caso le Sue condizioni cliniche dovessero richiederlo, verranno messe **a disposizione una o più sacche di emazie concentrate** (ovvero solo i globuli rossi), compatibili con il Suo gruppo sanguigno, che potranno esserLe trasfuse in caso di necessità e previo consenso. E' opportuno specificare che la trasfusione di sangue si rende necessaria solo in condizioni particolari (importante sanguinamento, comparsa improvvisa di anemizzazione, condizioni generali del paziente non ottimali) e, pertanto, resta una procedura attuata solo in rari casi.

Una volta terminate le valutazioni pre-operatorie, l'anestesista indicherà il paziente come idoneo all'intervento chirurgico e comunicherà l'esito al nostro ufficio ricoveri. A questo punto il paziente verrà ricontattato per definire la data del ricovero presso il reparto di Urologia. Il ricovero coincide nella maggior parte dei casi con la data dell'intervento stesso. In caso di condizioni particolari del paziente, il ricovero viene effettuato il giorno prima dell'intervento programmato.

Quando entrerà in contatto con l'Ufficio Programmazione Ricoveri del Nostro Dipartimento, è dunque estremamente importante che Lei segnali se sta eseguendo terapie con farmaci ad azione anti-agggregante (tipo Aspirinetta, Cardirene, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid, Duoplavin, Pletal, Brilique, Persantin o similari) oppure anti-coagulanti

(tipo Coumadin, Sintrom, Eliquis, Pradaxa, Xarelto o simili).

Nel caso queste terapie non venissero segnalate per tempo e non fossero interrotte (se necessario) o modificate (se opportuno), si dovrà rimandare l'intervento, con perdita di tempo prezioso per la Sua salute!

N.B. Qualora, dal momento degli accertamenti ambulatoriali descritti, sopravvenissero importanti variazioni del suo stato di salute prima del ricovero, è pregato di comunicarlo immediatamente all'Ufficio Programmazione Ricoveri, per stabilire eventuali ulteriori accertamenti o rinviare temporaneamente il ricovero.

PATOLOGIA TUMORALE VESCICALE ED INTERVENTO CHIRURGICO DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE (TURV)

LA VESCICA

La **vescica urinaria** è un organo muscolare cavo posto nel bacino, deputato alla raccolta dell'urina prodotta dai reni che vi giunge attraverso gli ureteri. Dalla vescica l'urina viene periodicamente espulsa all'esterno attraverso l'uretra (Fig 1).

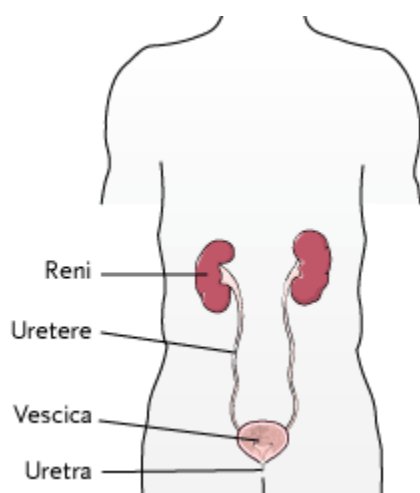


Fig 1

Il muscolo che forma le pareti della vescica è detto muscolo detrusore, un muscolo liscio la cui attività è regolata da fibre nervose che percepiscono il riempimento vescicale e lo comunicano al sistema nervoso centrale.

L'uretra decorre attraverso un diaframma urogenitale costituito da muscolatura striata sottoposta a controllo volontario, o sfintere esterno. Il processo di emissione dell'urina, detto minzione, porta allo svuotamento periodico della vescica urinaria per mezzo di un riflesso automatico del midollo spinale, sempre mediato dal sistema nervoso centrale (Fig 2).

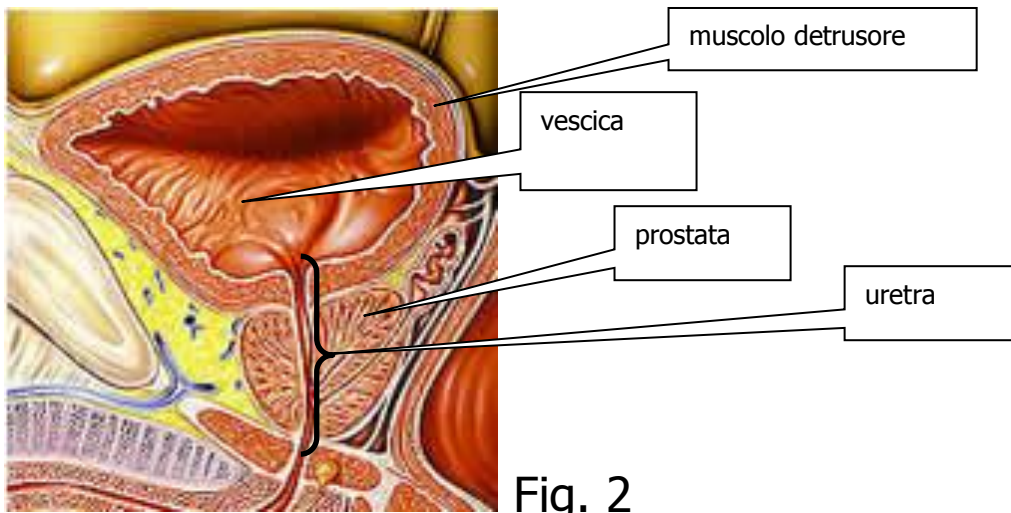


Fig. 2

Vescica, prostata ed uretra. Paziente di sesso maschile.

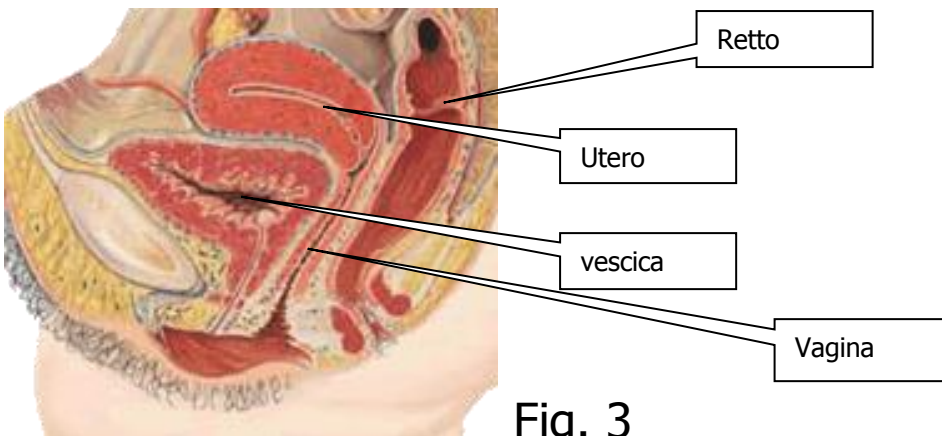


Fig. 3

Vescica, utero e vagina. Paziente di sesso femminile.

IL TUMORE DELLA VESCICA

Il tumore della vescica, in costante aumento nei Paesi industrializzati, rappresenta circa il 70% delle forme tumorali a carico dell'apparato urinario e circa il 3% di tutti i tumori. È più comune tra i 60 e i 70 anni, ed è tre volte più frequente negli uomini che nelle donne. La sopravvivenza a cinque anni supera, in Italia, il 70% dei casi.

Per il tumore della vescica sono stati individuati i seguenti fattori di rischio: il fumo di sigaretta, l'esposizione cronica alle amine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e

del cuoio), l'assunzione di farmaci come la ciclofosfamide e l'infezione da parassiti come *Schistosoma haematobium*, diffusi in alcuni paesi del Medio Oriente (Egitto in particolare). Anche la dieta gioca un ruolo importante: frittiture e grassi consumati in grande quantità sono infatti associati a un aumentato rischio di ammalarsi di tumore della vescica. Esistono infine prove a favore di una componente genetica quale fattore di rischio predisponente.

Il tipo più frequente di tumore della vescica è il cosiddetto carcinoma a cellule uroteliali che costituisce circa il 90% dei casi. Altri tipi di cancro alla vescica sono rappresentati dall'adenocarcinoma e dal carcinoma squamoso primitivo, ma sono decisamente meno frequenti. Quest'ultimo è spesso associato alle infezioni da parassiti.

Il tumore della vescica (Fig 1): può avere una forma papillare (cioè come una piccola vegetazione) nella maggior parte dei casi (75%) oppure una forma piatta o nodulare (carcinoma in situ, CIS).



L'ecografia dimostra un tumore (cerchiato) all'interno della vescica

Fig.1

I sintomi con cui si può presentare il tumore della vescica sono comuni anche ad altre malattie che colpiscono l'apparato urinario.

Manifestazioni frequenti sono la presenza di sangue nelle urine e la formazione di coaguli, la sensazione di bruciore alla vescica quando si comprime l'addome, la difficoltà e il dolore a urinare, la maggior facilità a contrarre infezioni. Con la progressione della malattia questi disturbi possono diventare importanti.

Non sempre il suo comportamento è prevedibile per quanto riguarda le ricadute locali e l'aggressività.

Non esistono al momento programmi di screening o metodi di diagnosi precoce scientificamente affidabili. Occorre quindi mettere in atto misure di prevenzione legate alle abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo e in una dieta sana ed equilibrata.

L'INTERVENTO DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DELLA NEOPLASIA VESCICALE - TURV

L'identificazione di una neoplasia vescicale comporta la necessità di una resezione endoscopica trans-uretrale (cioè attraverso l'uretra). Dopo l'anestesia, il paziente viene posto in posizione litotomica con il perineo perpendicolare al piano del tavolo. Si introduce quindi in vescica sotto visione diretta un resettore, per asportare la lesione tumorale (Fig 1 e Fig 2).

Fig. 1

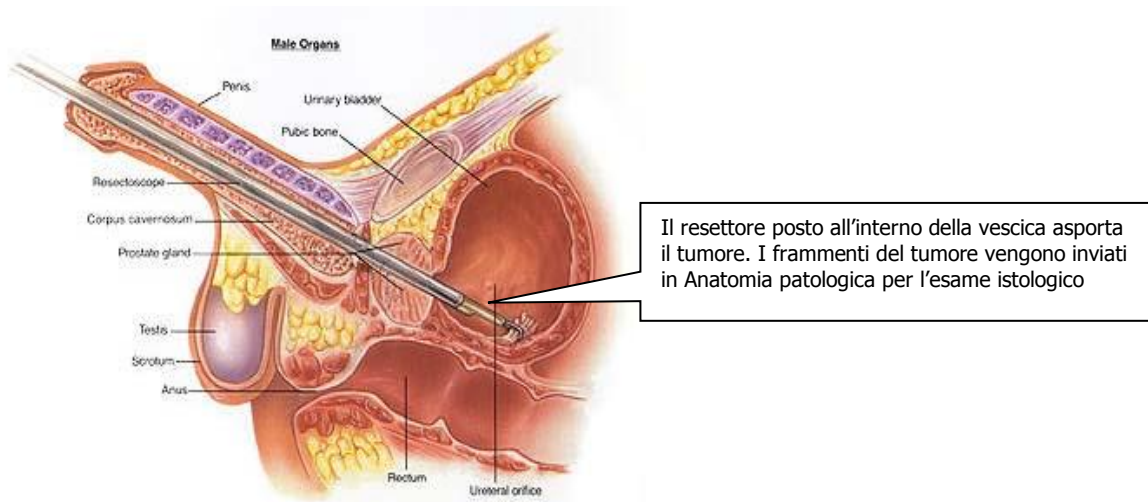
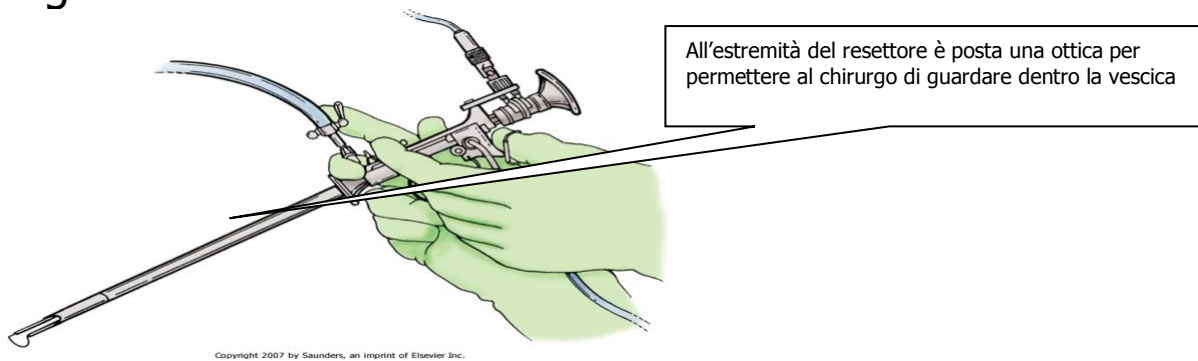


Fig. 2

Una volta terminata la resezione e completata l'emostasi il tessuto resecato viene estratto dalla vescica ed inviato presso il reparto di Anatomia Patologica per l'esame istologico. Viene quindi posizionato un catetere vescicale (che verrà rimosso successivamente in base alle indicazioni fornite dall'operatore). Sempre a discrezione dell'operatore potrà essere eseguita una instillazione endovesicale di una sostanza chemioterapica, che possa agire immediatamente sulla mucosa vescicale in maniera tale da ridurre il rischio di recidiva della malattia tumorale e da ridurre la necessità di successive instillazioni endovesicali in regime ambulatoriale.

ANESTESIA

Esistono **due** tipi di anestesia utilizzabili per questo tipo di intervento.

Ogni volta che le condizioni generali del paziente lo permettono viene eseguita un'anestesia "loco-regionale", mediante una piccola iniezione di anestetico a livello della colonna vertebrale (scientificamente definita come iniezione subaracnoidea ma nota anche come anestesia spinale). All'anestesia loco-regionale viene generalmente associata una sedazione. L'esecuzione di questo tipo di anestesia è di per sé indolore ed è caratterizzata da un eccellente controllo del dolore postoperatorio, minori perdite ematiche durante l'intervento chirurgico oltre che da una minore frequenza di trombosi degli arti inferiori o di embolia polmonare. L'anestesia spinale è considerata come l'approccio standard per questo tipo di intervento chirurgico ed in genere

permette di riprendere a bere ed alimentarsi dopo poche ore dalla procedura.

Qualora le condizioni cliniche del paziente non permettessero l'esecuzione di questo tipo di anestesia, l'anestesista preferirà eseguire un'anestesia generale tradizionale o, nei casi ove è prevista una minore aggressività chirurgica, una sedazione profonda.

Prima dell'intervento chirurgico inoltre, a discrezione dell'Anestesista, potrà essere eseguita una pre-anestesia con farmaci ad azione ansiolitica, per rilassare il paziente e prepararlo ad affrontare in maniera serena le procedure legate alla anestesia vera e propria. Verranno inoltre somministrati nell'immediato periodo pre-operatorio un farmaco gastro-protettore, la profilassi antibiotica e la profilassi per nausea e vomito.

COMPLICANZE DELL'INTERVENTO

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche la resezione endoscopica di neoplasia vescicale (TURV) è associata, anche se in percentuale limitata, a complicanze.

Le complicanze più frequenti si osservano durante l'intervento stesso. Tra queste si annoverano il riscontro di patologie non diagnosticate in precedenza quali la stenosi del meato uretrale esterno e/o la stenosi dell'uretra (circa 2% nella nostra casistica). Queste patologie, di natura benigna, richiedono spesso un trattamento aggiuntivo immediato, non precedentemente previsto in quanto possono impedire l'esecuzione dell'intervento stesso di TURV, impedendo l'accesso alla vescica. La necessità di manovre aggiuntive può prolungare l'intervento e/o la

convalescenza post-operatoria. In alcuni rari casi (1%), durante l'intervento chirurgico si osserva una perforazione della parete vescicale con stravasamento di liquido di lavaggio o urina in cavità addominale. Nella quasi totalità dei casi di perforazione si opta per una terapia conservativa che prevede il mantenimento del catetere vescicale e la somministrazione di farmaci diuretici. In rarissimi casi (<0.5% nella nostra casistica), si rende necessario il drenaggio percutaneo o chirurgico del liquido stravasato e la contemporanea riparazione chirurgica della soluzione di continuo della parete vescicale.

Nel periodo post-operatorio la complicanza più frequente è il sanguinamento. Dopo intervento di TURV, la presenza di una modesta quantità di sangue nelle urine (ematuria) è normale ed è dovuta all'intervento stesso che prevede la rimozione della neoformazione vescicale. In alcuni pazienti, la presenza di ematuria è maggiore per cui è necessario mantenere il catetere vescicale con un lavaggio continuo della vescica (5% nella nostra casistica). Tuttavia in alcuni rarissimi casi (<0.5% nella nostra casistica), la profusione di sangue è eccessiva e si rende necessaria una revisione endoscopica, ovvero un nuovo intervento chirurgico, sempre attraverso l'uretra, mirato ad arrestare la fonte di sanguinamento. Il sanguinamento può avvenire anche a distanza di circa 10-15 giorni dall'intervento, tipicamente per la caduta delle escare interne. Nella maggioranza dei casi, si assiste unicamente alla ricomparsa dell'ematuria (sangue nelle urine) per alcuni giorni, senza ulteriori problemi. In alcuni rari casi (2% nella nostra casistica) i coaguli possono ostruire la fuoriuscita dell'urina, rendendo necessario il riposizionamento del catetere vescicale ed eventualmente di un lavaggio vescicale.

DECORSO POST-OPERATORIO

IL RICOVERO IN REPARTO DEVE ESSERE LIMITATO AL MINIMO NECESSARIO AL FINE DI RIDURRE AL MASSIMO IL RISCHIO PER IL PAZIENTE DI CONTRARRE UNA INFEZIONE OSPEDALIERA.

A partire da alcune ore successive all'intervento, in caso di anestesia spinale, il paziente riprende a bere e ad alimentarsi in modo graduale. In caso di sedazione profonda o di anestesia generale, sarà discrezione dell'anestesista stabilire quando il paziente potrà riprendere l'assunzione di liquidi e solidi. Il paziente viene fatto alzare dal letto già in prima giornata e, compatibilmente con la naturale ripresa delle sue energie, viene mobilizzato in misura sempre maggiore. E' bene che il paziente, non appena possibile, inizi a passeggiare nel corridoio per favorire la ripresa della normale circolazione, per evitare la formazione di trombi nelle vene degli arti inferiori e per facilitare la ripresa della attività intestinale.

La profilassi antibiotica, somministrata prima dell'inizio dell'intervento chirurgico (per prevenire le infezioni) insieme alla gastroprotezione, viene prolungata solo se ritenuto necessario.

La profilassi della patologia tromboembolica con eparina a basso peso molecolare viene attuata a partire dalla sera dell'intervento, a partire da 6-8 ore dopo la sua conclusione, in casi particolari e a discrezione dell'anestesista. Le verrà comunicato alla dimissione per quanto tempo e con quale modalità proseguirla.

Il catetere vescicale, che viene posizionato durante l'intervento, viene mantenuto in sede per un periodo di

solito variabile da 1 fino a 3 giorni (raramente più a lungo), a giudizio dell'operatore.

Nella maggior parte dei casi, il paziente viene dimesso il giorno successivo all'intervento chirurgico senza catetere vescicale, non appena riprende la minzione spontanea. In caso di necessità di mantenimento del catetere vescicale per un periodo superiore alle 24 ore, il paziente viene dimesso con catetere vescicale in sede, che verrà rimosso ambulatorialmente nei giorni successivi, in base alle indicazioni del Chirurgo operatore.

LE STRUTTURE ALBERGHIERE LOCALIZZATE NEI DINTORNI DELL'OSPEDALE ALLE QUALI IL PAZIENTE E I SUOI FAMILIARI POSSONO APPOGGIARSI DOPO LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE VENGONO ILLUSTRATE AL PAZIENTE DALL'UFFICIO RICOVERI. AD ESEMPIO:

- 1. Hotel Rafael *Via Olgettina, 60 - 20132 Milano Tel. +39 02 21765.1 - Fax +39 02 21765888* – all'interno del campus del San Raffaele – www.rafaelhotel.it**
- 2. NH Hotel di Milano 2 – Via Fratelli Cervi – Milano 2, Segrate (MI) tel 022175 – nhmilano2@nh-hotels.com**

CONSIGLI ALLA DIMISSIONE DOPO INTERVENTO DI TURV

Quando il paziente viene dimesso dall'ospedale e comunque dopo la rimozione del catetere vescicale, è sempre obbligatorio rimanere vicino al San Raffaele per almeno 24/48 ore. Se dovesse succedere qualsiasi complicanza, sarebbe facile essere gestiti direttamente dagli Urologi curanti.

Alimentazione

- Potrà mangiare tutto quello che desidera non appena avrà ripreso ad andare di corpo regolarmente; è bene bere circa due litri di acqua al giorno fino a che le urine non mostrino più tracce di sangue.
- Si raccomanda evitare il consumo di alcolici, caffè e cibi speziati e piccanti potenzialmente irritanti per almeno 7 giorni
- E' particolarmente importante variare la dieta arricchendola di frutta cotta e di frutta fresca – tipo kiwi – e verdura, minestroni con olio crudo, budini, yogurt, gelati e ancora bere abbondantemente al fine di facilitare la ripresa dell'attività intestinale.

Attività fisica

Dopo la dimissione dall'Ospedale riprenda gradatamente e con buon senso l'attività fisica. Può passeggiare, salire e scendere le scale. La guida della macchina può generalmente essere ripresa 1-3 settimane dopo l'intervento.

Ricordi però di evitare sforzi eccessivi, come ad esempio sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi

(ginnastica, golf, tennis, corsa), nel corso delle prime 4 settimane che seguono l'intervento. E' anche importante evitare gli sport da sella (bicicletta, motocicli, equitazione) durante le prime 4-8 settimane.

Dopo 4 settimane dall'intervento, potrà riprendere praticamente tutte le attività svolte prima dell'operazione, posticipando i soli sport da sella.

Infezioni delle vie urinarie

Avvengono di rado. Si possono manifestare in svariati modi (bruciore durante o dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre, etc...). Se dovesse capitarLe consigliamo di eseguire un esame completo delle urine ed una urinocoltura con antibiogramma, di bere abbondantemente e urinare spesso, e di rivolgersi al Suo Medico curante per una eventuale terapia antibiotica appropriata. Avvisi sempre gli Urologi del San Raffaele!

Sangue nelle urine

Può manifestarsi a causa di piccole lesioni causate dal catetere, o dalla lisi di vecchi coaguli che erano presenti in vescica. Le urine possono rimanere rosate per 15-20 giorni dopo la rimozione del catetere. Una abbondante idratazione (bevendo almeno 1.5-2 litri di acqua al giorno) potrà aiutare a rendere le urine chiare. Raramente può accadere che il paziente non riesca ad urinare per la presenza di coaguli vescicali che impediscano la fuoriuscita dell'urina. E' necessario che in questo caso il paziente si rivolga subito al pronto soccorso più vicino. Avvisi sempre gli Urologi del San Raffaele!

Controlli uro-oncologici ed eventuali terapie aggiuntive

In base al referto istologico definitivo sarà redatta una dettagliata lettera di dimissione definitiva, che Le verrà consegnata presso i nostri ambulatori oppure spedita al Suo domicilio previa telefonata della nostra Segreteria.

L'esame istologico definitivo definisce l'esatta natura della patologia tumorale endovesicale e soprattutto fornisce precise informazioni riguardo alla sua estensione in profondità all'interno della vescica.

In base a questa estensione la neoplasia vescicale viene definita come **superficiale oppure infiltrante**, a seconda che sia meno o più profonda, coinvolgendo semplicemente gli strati più interni (tessuto connettivo) o più esterni (tessuto muscolare o tonaca sierosa).

Le neoplasie vescicali superficiali e meno aggressive non necessitano di alcuna terapia aggiuntiva, ma solamente di una **vigile sorveglianza** mediante controllo periodico cistoscopico (dopo un intervento endoscopico di TUR di vescica è necessario eseguire una cistoscopia a 3 mesi e successivamente ogni 3-6 mesi secondo la gravità della malattia), accompagnando di volta in volta la cistoscopia con controllo citologico delle urine e, a discrezione dello specialista, una diagnostica dell'alto apparato escretore (ecografia dell'apparato urinario, urografia, TAC).

In alcuni casi di neoplasia vescicale superficiale potrebbe essere indicato un ciclo di **instillazioni periodiche endovesicali** di un farmaco ad azione chemioterapica o immunoterapia. Il ciclo di instillazioni endovesicali ha una durata minima di 6 settimane e può arrivare a durare nel complesso 3 anni. La decisione di eseguire o meno le indicazioni endovesicali è a carico dello specialista urologo

di riferimento e viene generalmente presa in base all'esito dell'esame istologico relativo alla neoplasia asportata. E' a volte indicato eseguire una instillazione endovescicale di un chemioterapico nelle prime 24 ore seguenti l'intervento di TURV.

La somministrazione del farmaco endovescicale è una pratica che viene eseguita in regime ospedaliero e necessita della impegnativa del collega medico curante: l'impegnativa deve esplicitare il numero di instillazioni del ciclo corrente e il farmaco utilizzato. È possibile eseguire queste instillazioni presso gli ambulatori di Urologia del Sa Raffaele Sede Centrale. Le instillazioni sono prenotabile come una qualsiasi prestazione medica c/o CUP (02/26432643) o mediante Accettazione Centrale. In alternativa è possibile utilizzare il sito www.hsr.it per la prenotazione.

In altri casi ancora il paziente può essere candidato ad un ciclo di **EMDA (Electro Motive Drug Administration) per le instillazioni di mitomicina**. In questo caso il farmaco viene inserito in vescica mediante un catetere apposito che contiene un elettrodo d'argento. A completamento del circuito vengono posizionati due elettrodi dispersivi sull'addome. Sia il catetere elettrodo che i due elettrodi vengono connessi al generatore di corrente. La corrente creata permette una maggiore penetrazione del farmaco rispetto alla diffusione passiva che normalmente avviene durante le instillazioni convenzionali di Mitomicina C. Il trattamento ha una durata di circa 30 minuti, in cui il paziente rimane sdraiato e viene mobilizzato ogni 10 minuti, per favorire la distribuzione del farmaco. Anche questa particolare decisione viene presa dall'urologo di riferimento

in base all'esito dell'esame istologico e alla storia clinica del paziente.

Può succedere anche che, dopo un primo intervento chirurgico endoscopico, il paziente possa essere candidato ad un secondo intervento chirurgico endoscopico sulla vescica (**TUR di Vescica 2° look**, ovvero "seconda resezione") per una bonifica più completa di quest'ultima, sia in un periodo di tempo immediatamente successivo rispetto al primo intervento (dopo 4-6 settimane) oppure dopo un primo ciclo di instillazioni endovesicali (dopo 2-3 mesi).

Per quanto riguarda l'iter successivo all'intervento chirurgico, Le raccomandiamo di seguire attentamente tutto quanto Le verrà scritto nella **lettera di dimissione** definitiva che Le sarà consegnata.

Rimanendo a Sua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerLe i Nostri più cordiali saluti.

Lo staff Medico
Dipartimento di Urologia
Universita' Vita Salute San Raffaele

SI RICORDA CHE, AL MOMENTO DELL'EVENTUALE RICOVERO, I PAZIENTI DEVONO RECARE CON SE' TUTTA LA PROPRIA DOCUMENTAZIONE MEDICA (ESAMI, REFERTI, RESOCONTI DI PRECEDENTI VISITE), ANCHE QUELLE NON DI PERTINENZA UROLOGICA



**INFORMATIVA da allegare alla
ATTESTAZIONE di VOLONTA' per:**

**CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE
ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI
NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)**

Spazio
etichetta

Cognome e nome del paziente

Diagnosi o sospetto diagnostico (al momento della proposta dell'intervento):

Sospetta neoplasia vescicale

Tipologia di intervento proposto:

L'intervento di resezione endoscopica transuretrale di neoformazione vescicale (TURV) viene eseguito in anestesia spinale o generale a seconda del giudizio dello specialista anestesista. L'intervento consiste nell'introduzione di uno strumento (resetto) lungo l'uretra che consente l'esplorazione preliminare della vescica sotto visione diretta e la escissione con ansa diatermica della/e neoformazione/i vescicale/i. L'intervento dura generalmente tra 30' min ed 1 ora ma può avere una durata variabile in funzione delle dimensioni e del numero delle neoformazioni. Durante l'intervento può essere necessario ricorrere a procedure non inizialmente previste come, ad esempio, meatotomia per stenosi del meato uretrale esterno, o uretrotomia endoscopica per stenosi uretrale. Al termine dell'intervento viene lasciato un **catetere vescicale** per un periodo variabile solitamente da 1 a 3 giorni. Nel caso in cui la neoformazione fosse un primo episodio, singola, macroscopicamente superficiale, inferiore o uguale ai 2 cm, e non si sia verificata perforazione della vescica alla fine della procedura, a giudizio dello specialista, potrà essere iniettato direttamente in vescica un **farmaco chemioterapico ad azione topica** che verrà lasciato in sede per circa 60-90 minuti. Se necessario, in relazione alla presenza di lieve sanguinamento residuo, verrà collegato al catetere un lavaggio continuo con soluzione fisiologica. Una volta rimosso il catetere la ripresa della minzione spontanea può essere caratterizzata dalla presenza di urine ematiche e dalla necessità di urinare di frequente (di solito questo quadro ritorna alla normalità nel giro di 2 settimane).

La lettera di dimissione definitiva verrà compilata al momento del completamento dell'esame istologico da parte della divisione di Anatomia Patologica che di solito avviene una quindicina di giorni dopo l'intervento. Sulla lettera di dimissione definitiva verrà indicato per esteso il risultato dell'esame istologico e verranno specificate le indicazioni per una **eventuale profilassi delle recidive** (instillazioni vescicali ambulatoriali con chemioterapico o immunoterapico) ed i controlli periodici successivi, oppure ulteriori opzioni terapeutiche, (ulteriore resezione endoscopica, cistectomia radicale).

Possibili varianti nella esecuzione:

resezione della neoformazione "a cielo aperto". La conversione dell'intervento da endoscopico a "cielo aperto" potrà essere effettuata dallo specialista nel raro caso di una eventualità non prevista che insorga in corso di intervento e che configuri uno stato di necessità (e.g. grave sanguinamento, perforazione vescicale).

Benefici attesi e scopo della prestazione proposta:

- Esplorazione della vescica, identificazione e rimozione della/e neoplasia/e con intento curativo o stadiativo

Rischi prevedibili legati alla non esecuzione della prestazione proposta:

- Aggravamento della patologia oncologica
- Insorgenza di un peggioramento delle condizioni cliniche (e.g. ematuria, anemizzazione)

Rischi prevedibili legati alla esecuzione (al momento della proposta) e possibili complicanze:

- Rare:
 - La perforazione della parete vescicale è relativamente frequente e può essere intenzionalmente eseguita al fine di una completa rimozione della neoplasia e per la corretta stadiazione della malattia.
 - Macroematuria severa con conseguente anemizzazione e necessità di emotrasfusione
 - Infezioni delle vie urinarie

- Ritenzione acuta di urine dopo la rimozione del catetere vescicale
- Stenosi dell'uretra
- Rare o molto rare:
 - Fistola urinosa
 - Lesione delle papille ureterali, lesione del retto, lesione dello sfintere urinario
 - Urosepsi (infezione generalizzata)
 - Reintervento chirurgico

Possibili problemi di recupero:

- Necessità di urinare frequentemente sia di giorno (pollachiuria) che di notte (nicturia)
- Bruciore minzionale
- Ematuria

Possibilità di alternative:

- Chemioterapici endovesicali e fotocoagulazione laser in caso di malattia modesta e scarsamente aggressiva (CASI SELEZIONATI inseriti in protocolli)

Eventuali precisazioni dovute alle particolari condizioni cliniche:

In caso di terapia anticoagulante in atto o coagulopatie si può verificare un aumento del rischio emorragico. Verranno attuati i provvedimenti atti a limitare tale rischio.

Lei è comunque libero/a di non accettare quanto proposto e/o di rivolgersi ad altre strutture, sino al momento dell'effettuazione della prestazione; in tal caso sottoscriverà sul modulo che le verrà fornito, senza alcun onere, la non accettazione della procedura.

In ogni caso può richiedere ulteriori informazioni al dott.

<p>Data del colloquio: ____/____/____</p> <p>Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni:</p> <p>Firma del paziente.....</p>
--

	ATTESTAZIONE di VOLONTA' per: CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)	Spazio etichetta
--	--	------------------

Cognome e nome del paziente

Io sottoscritto in data durante il colloquio con il /la Dott. sono stato informato in merito alla proposta di essere sottoposto a:

CISTOSCOPIA + EV. RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURV)

Mi sono state fornite spiegazioni complete ed esaurienti, anche con il supporto dell'informativa scritta qui allegata, su tutti i seguenti aspetti:

- Diagnosi e sospetto diagnostico
- Scopo e benefici della prestazione proposta
- Possibilità di alternative
- Rischi prevedibili legati all'esecuzione e possibili complicanze
- Possibili varianti nell'esecuzione
- Rischi prevedibili legati alla non esecuzione
- Possibili problemi di recupero

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

1. ACCONSENIRE (o **NON ACCONSENIRE**) ad essere sottoposto al sopraindicato intervento, tenuto conto anche delle conseguenze menomanti prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta, così come descritto nell'informativa.

2. AUTORIZZARE (o **NON AUTORIZZARE**) l'utilizzo in forma anonima, a scopo didattico e/o scientifico, dei reperti e della documentazione iconografica, nel pieno rispetto di quanto le leggi prevedono.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'informativa specifica scritta.
 Sono consapevole che è mio diritto richiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.
 Sono anche consapevole che posso revocare le mie decisioni qui espresse sino al momento dell'esecuzione dell'intervento.

Cognome e nome del paziente (o di *chi ne fa le veci*)

Timbro e Firma del Medico

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete *SI* *NO* **Firma interprete**.....

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssadichiara che Il Sig.....è in attuale pericolo di vita, non è nelle condizioni psicofisiche di poter esprimere il proprio consenso e non è al momento reperibile altra persona che validamente possa prestarlo al posto suo.

Data..... Ora..... Timbro e Firma del medico