57.6 CISTECTOMIA PARZIALE

- **Asportazione della volta della vescica**
- **Trigonectomia**
- **Resezione a cuneo della vescica**
- **Diverticulectomia**

Definizione: l'intervento 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:

Indicazioni principali. Tale intervento viene effettuato per asportare 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, dalla cervice uterina, dall'utero e dalle ovaie. Un'altra indicazione è rappresentata dall'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).

Indicazioni secondarie. Anche se con pareri contrastanti la procedura chirurgica è proposta in presenza di cancro vescicale; infatti il carattere multicentrico della patologia tumorale uroteliale è responsabile di un elevato rischio di recidiva. Quando tale lesione è singola, focale e/o a sede cupolare o quando la cistectomia è rifiutata, tale intervento è oncologicamente accettabile.

Descrizione della tecnica: l'approccio chirurgico può avvenire:
con **accesso addominale**:
si attua attraverso una incisione cutanea longitudinale condotta su una linea che và dall'ombelico al pube o trasversalmente a tale linea.

con **accesso laparoscopico**:
si attua attraverso una serie di cannule (trocar), inserite nell'addome, attraverso le quali vengono fatti passare gli strumenti operativi guidati da una telecamera che proietta le immagini su alcuni monitor.
L'intervento viene eseguito generalmente per via extraperitoneale (senza cioè che venga aperto il sacco che avvolge i visceri addominali); nel caso di accesso laparoscopico può essere opportuno aprire tale sacco.
In sintesi si tratta di mobilizzare le pareti della vescica per consentire l'asportazione della parte malata (resezione) e successiva ricostruzione (sutura) dei tessuti circostanti. Dopo apertura della vescica si provvede alla rimozione della zona sede di malattia comprendendo anche un bordo di tessuto circostante sano.
Qualora la tecnica venga effettuata per un tumore, si può provvedere, in prima istanza, ad una asportazione di alcuni linfonodi che ricevono la linfa proveniente da tale settore (linfadenectomia pelvica di stadiazione); quindi si procede all'ampia escissione del segmento di parete vescicale sede di lesione tumorale. La linea di incisione della parete vescicale si manterrà ad adeguata distanza dalla lesione primitiva garantendo la contemporanea asportazione del tessuto grasso perivescicale e/o peritoneale (il peritoneo è la membrana che avvolge i visceri addominali). L'esame istologico intraoperatorio dei bordi di sezione ha lo scopo di confermare che il tessuto circostante rimanente sia sano. Nel caso specifico di lesioni in prossimità della zona anatomica del trigono vescicale si può rendere necessaria l'asportazione di tale regione (trigonectomia) con conseguente interruzione delle continuità della via ureterale che andrà poi ricostituita mediante successivo reimpianto ureterale mono o bilaterale a seconda dell'estensione della resezione.
Il riposizionamento degli ureteri nella vescica sarà fatto quanto più possibile vicino alla sede fisiologica e

contestualmente verrà confezionato, quando ritenuto opportuno o fattibile, un meccanismo valvolare antireflusso. In questo ultimo caso, o comunque a giudizio dell'operatore, potranno essere lasciati a dimora ureterale dei tutori da rimuoversi generalmente intorno alla 13ª giornata post-operatoria.
Un catetere all'interno della vescica viene posizionato a protezione dell'anastomosi chirurgica, ulteriormente protetta da un tubo di drenaggio attorno alla vescica nella zona della sutura.

Preparazione all'intervento: è raccomandata una profilassi antibiotica con idonea pulizia intestinale pre-operatoria (clisteri o lavande intestinali).
Dato il potenziale rischio tromboembolico si consiglia concomitante profilassi antitrombotica.

Durata della procedura: la durata dell'intervento è variabile; generalmente è compresa tra 60 e 180 minuti, più lunga nel caso di approccio laparoscopico.

Tipo e durata del ricovero: il ricovero verrà eseguito in regime ordinario.
Se la degenza post-operatoria è stata regolare, il catetere vescicale rimarrà in sede dai 5 ai 7 giorni così come il drenaggio prevescicale.
Se è stata praticata una linfadenectomia, l'opportuno drenaggio sarà rimosso al termine della linforrea; in qualche caso può essere lasciato in sede al momento della dimissione un tubo di drenaggio che sarà rimosso in tempi successivi.
La dimissione è effettuata in 5ª-8ª giornata.

Risultati:

a) Sintomatologia: risoluzione della clinica (ematuria, bruciore minzionale, urgenza) secondaria alla lesione.

b) Risultati obiettivi: si ottiene l'asportazione della lesione impedendole l'ulteriore progressione nello spessore vescicale.

c) Durata: se l'intervento è eseguito per una neoplasia e con finalità di radicalità oncologica tale "pulizia" risulterà limitata nel tempo. È da sottolineare che in caso di tumore la possibilità di una recidiva (ricomparsa della lesione nello stesso punto) o di nuove manifestazioni in altre sedi varia, a 2 anni, dal 20 all'80%.

Vantaggi: conservazione anatomica e funzionale della vescica. Limitato trauma chirurgico.

Svantaggi: limitata radicalità oncologica con possibilità di recidive.

Effetti collaterali: possibile riduzione della capacità di stoccaggio delle urine con possibile associazione di un quadro di urgenza minzionale (stimolo imperioso associato a voglia di fare la pipì spesso).

Complicanze:
la mancanza di casistiche omogenee e di linee guida rende impossibile al momento offrire delle percentuali di riferimento per le singole complicanze.
Le complicanze possono essere intra-operatorie o post-operatorie.
Le complicanze intra-operatorie sono legate al sanguinamento, secondario alle manipolazioni vescicali, attorno alla sede di malattia e/o in corso di linfadenectomia e ad accidentali lesioni del nervo otturatorio durante la dissezione linfonodale. In rari casi di adesioni con visceri intestinali può essere necessario asportare un tratto intestinale.
Le complicanze urologiche post-operatorie più frequenti sono:
- Stravaso urinario dalla sutura vescicale.
- Linforrea (fuoriuscita di liquido linfatico) quando si effettua la linfadenectomia.
- Macroematuria (presenza di sangue, visibile ad occhio nudo, nelle urine) post-operatoria.
- Urgenza minzionale post-chirurgica.
- Infezione urinaria.
- Infezione addominale.
- Possibile riduzione della capacità di riempimento vescicale.

• Possibili recidive di neoplasie.

Nel caso dell'esecuzione di una trigonectomia o dell'asportazione di un diverticolo, specifiche complicanze potranno essere:

• Stravaso post-operatorio di urina dall'anastomosi ureterale.

• Lesione ureterale e/o successiva stenosi (restringimento) dell'anastomosi.

• Reflusso urinoso nella via urinaria superiore passivo (durante il riempimento vescicale) e/o attivo (durante l'atto minzionale).

Nel caso si effettui una resezione intestinale, le complicanze possono essere legate a tale manipolazione operatoria.

Attenzioni da porre alla dimissione: alla dimissione va suggerito per circa 20 giorni al paziente un periodo di vita morigerata con ridotto stress fisico, regime alimentare moderato e terapia antibiotica. Sarà utile un'adeguata assunzione giornaliera di liquidi.

Come comportarsi in caso di complicanze a domicilio: in caso di macroematuria o sepsi urinaria sarà opportuno contattare in prima istanza lo specialista di riferimento.

Controlli: il primo controllo post-operatorio verrà programmato ad un mese, dopo di che si potrà riprendere una cauta attività lavorativa.

In caso di asportazione di neoplasia vescicale superficiale (Ta, T1, di alto o basso grado) il rischio di recidiva si aggira tra il 40 e l'80%. Per questo è necessario che il paziente segua un protocollo di chemioterapia endovescicale, consistente nell'instillazione di un farmaco all'interno della vescica attraverso un catetere; alla fine dell'instillazione il catetere viene rimosso ed il paziente viene invitato ad urinare non prima di 30-60 minuti. Se vi sono disturbi disurici importanti è consigliabile eseguire l'esame urine e l'urinocoltura. Generalmente a distanza di 1-3 mesi dall'intervento viene eseguita una cistoscopia di controllo. I successivi controlli cistoscopici, in assenza di recidiva vanno effettuati ogni 3 mesi per 2 anni, ogni sei mesi dal 2° al 4° anno, e successivamente ogni anno. In coincidenza di tali controlli è opportuno effettuare una citologia urinaria. Può essere opportuna una urografia ogni 2-3 anni in casi selezionati (reflusso vescico-ureterale, precedente terapia con BCG, reperti suggestivi evinti da altre indagini).

In caso di reimpianto ureterale è opportuno inizialmente un controllo ecografico renale ad un mese ed a sei mesi dall'intervento.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____