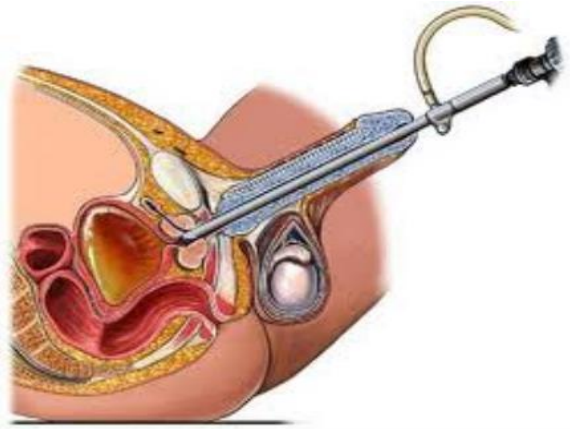
RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOFORMAZIONE VESCICALE (TURBT - transurethral resection of bladder tumor) Biopsie vescicali multiple (cistomapping)

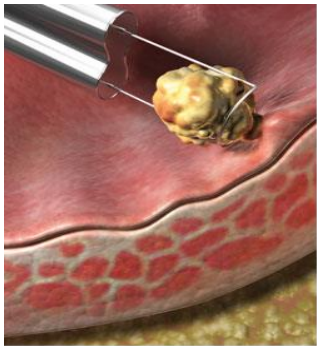
Indicazione dell'atto sanitario

L'esito delle indagini già eseguite (ecografia, urografia, cistoscopia diagnostica) inducono a sospettare la presenza di una neoplasia vescicale. II tumore della vescica si presenta generalmente come una neoformazione aggettante in vescica che spesso può essere asportata per via endoscopica. II trattamento che si propone consiste nella cistoscopia per confermare la diagnosi e quindi nella resezione della neoformazione o delle neoformazioni con il resettore endoscopico.

Modalità di esecuzione

La procedura è di solito eseguita previa profilassi antibiotica ed una profilassi antitrombotica nei casi a rischio. E' previsto un ricovero ordinario o in regime di day-surgery. L'intervento richiede l'anestesia periferica o generale. In alcuni casi l'anestesia può essere effettuata anche in anestesia locale. Il paziente è in posizione supina ed ha le gambe rialzate e sostenute da gambali. Il procedimento si esegue attraverso uno strumento, chiamato resettore endoscopico, del diametro di 8-9 mm, che viene inserito attraverso l'uretra fino ad arrivare in vescica. Il resettore è uno strumento rigido, dotato di un'ansa metallica che con il passaggio della corrente elettrica permette di tagliare piccole fette di tessuto; fetta dopo fetta, la neoformazione o le neoformazioni possono essere asportate completamente. Se le neoformazioni risultano particolarmente numerose e/o estese o se infiltrano le pareti della vescica può essere impossibile eseguirne l'asportazione completa. La procedura dura circa 15-60 minuti, a seconda delle lesioni riscontrate, del loro numero e delle loro dimensioni. In casi particolari, o in assenza di evidenti lesioni aggettanti il lume della vescica, si potrà decidere di procedere a biopsie vescicali multiple.





Risultati conseguibili

Possono essere asportate secondo le modalità sopradescritte neoformazioni superficiali della parete vescicale. La resezione può essere completa o parziale, a seconda del numero, dell'aspetto e delle dimensioni delle neoformazioni stesse. Tuttavia neoformazioni particolarmente estese o non raggiungibili dallo strumento potrebbero richiedere più di un trattamento o modalità diverse di rimozione. Se l'asportazione è completa, la procedura proposta può avere valore terapeutico, se invece è parziale ha valore solo diagnostico. Se vi fosse un infiltrazione tumorale, la procedura avrebbe un valore diagnostico e non terapeutico.

Conseguenze e ricadute

Dopo il trattamento sarà necessario portare un catetere transuretrale per qualche giorno, fino a quando le urine diverranno abbastanza chiare e a giudizio del medico si potrà consentire la rimozione, il che avviene usualmente da 1 a 7 giorni dopo l'intervento. Il paziente viene di solito dimesso dopo la rimozione del catetere. A giudizio clinico, il paziente potrebbe essere dimesso con il catetere vescicale in sede che verrà rimosso/sostituito entro i termini stabiliti in sede di dimissione.

A giudizio clinico la resezione potrebbe essere seguita da una instillazione endovescicale di un farmaco chemioterapico.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla dimissione attenendosi strettamente alle prescrizioni fornite. E' preferibile evitare sforzi e viaggi in macchina, moto, bicicletta e l'uso del trattore per qualche settimana. La comparsa di minzione frequente e bruciore minzionale è di solito transitoria. Talvolta può verificarsi una emorragia nel caso in cui l'escara (= la crosta) della ferita vescicale cadesse. Se il sanguinamento fosse copioso e persistente potrebbe rendersi necessario il cateterismo vescicale, un nuovo ricovero in ambiente urologico ed eventualmente un nuovo intervento a scopo emostatico.

Nel caso in cui il paziente fosse fumatore, va tenuto in considerazione la stretta correlazione tra il fumo ed il tumore vescicale in termini di insorgenza, recidiva e progressione della malattia tumorale.

Appena disponibile l'esame istologico verranno fornite le ulteriori indicazioni del caso.

Rischi e complicanze

La procedura presenta vari rischi e possibili complicanze. Innanzitutto comporta i rischi legati all'anestesia e alle manovre ad essa correlate. Nel corso dell'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

- *lesioni dell'uretra*, che generalmente si risolvono spontaneamente;
- *emorragia*, che a volte, anche se raramente, può rendere necessaria una trasfusione di sangue (2-13%);
- *perforazione vescicale*, che può essere extraperitoneale o intraperitoneale: nel primo caso, soprattutto se è piccola, si risolve mantenendo il catetere per qualche giorno, raramente può richiedere un piccolo intervento per il posizionamento di un drenaggio paravescicale; nel secondo caso, invece, se la lesione è molto piccola può risolversi spontaneamente mantenendo il catetere vescicale per qualche giorno, altrimenti può rendere necessario un intervento chirurgico per riparare le lesioni alla vescica e agli altri organi eventualmente coinvolti;
- *lesione degli osti ureterali*, soprattutto se sono coinvolti dalla neoplasia; può essere opportuno posizionare un cateterino ureterale per favorirne la guarigione;
- *sindrome da riassorbimento*: è una complicanza rara, possibile soprattutto quando l'intervento dura più di un'ora; è dovuta al riassorbimento del liquido di perfusione e può portare a complicanze anche severe, come l'edema polmonare, l'insufficienza renale e l'edema cerebrale, che possono richiedere il trasferimento nel reparto di rianimazione. Dopo l'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:
- *ematuria*, che può richiedere l'esecuzione di lavaggi vescicali per rimuovere i coaguli o l'uso del lavaggio continuo per impedirne la formazione;
- *ritenzione urinaria*, dovuta all'ostruzione da parte di eventuali coaguli oppure favorita da preesistenti cause ostruttive, come l'ipertrofia della prostata, di solito si risolve spontaneamente;
- *idroureteronefrosi*, cioè la dilatazione delle alte vie urinarie, dovuta all'evoluzione in senso stenotico di una lesione dell'ostio ureterale;
- *reflusso vescico-ureterale*, come conseguenza della resezione del tratto intravescicale dell'uretere;
- *stenosi (restringimenti) dell'uretra*, da lesione della mucosa uretrale da parte dello strumento;
- *infezione urinaria*, favorita dalle manovre strumentali.

Alternative

Non esistono al momento attuale metodiche alternative, né per la diagnosi, né per la terapia, in grado di assicurare risultati superiori o uguali a quelle offerte dalla cistoscopia e dalla resezione endoscopica. In alternativa al resettore elettrico, potrebbe essere utilizzato un laser. L'uso del laser è attualmente ristretto a neoplasie di piccole dimensioni ed è limitato dal fatto che non è spesso possibile il successivo esame istologico della lesione.

Scoperta di eventuali patologie nel corso dell'atto

In corso di intervento, in particolare nella fase preliminare della uretrocistoscopia, potrebbero essere diagnosticate:

- *stenosi (restringimenti) dell'uretra* che potrebbero richiedere un uretrotomia preliminare
- *ipertrofia prostatica con eventuale presenza di lobo medio prostatico* che potrebbe ostacolare lo strumento durante l'intervento ed a volte determinare sanguinamenti durante e dopo l'intervento.

Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

Non trattare la neoformazione comporta un grave rischio di progressione locale e a distanza della malattia con conseguente peggioramento della prognosi e pericolo per la vita stessa del paziente.

Riferimenti Bibliografici

Linee guida European Association of Urology - consensi AURO – associazione urologi ospedalieri

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____