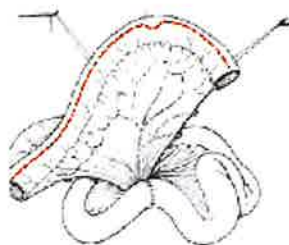


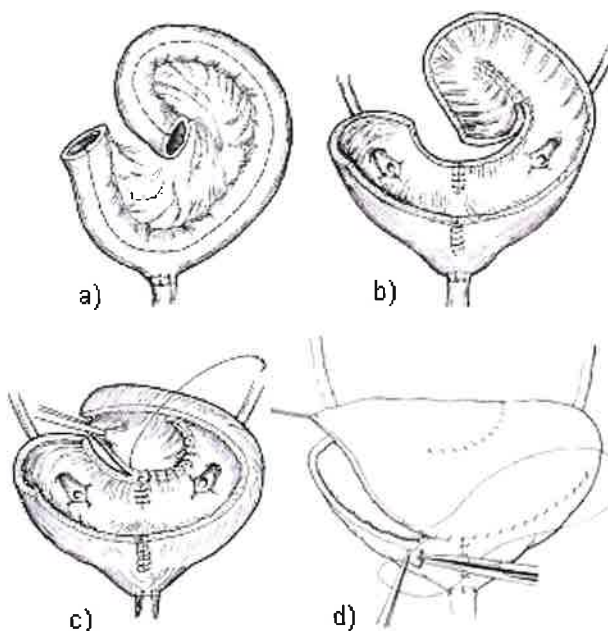
CHE COSA VUOL DIRE "NEO-VESCICA ORTOTOPICA DI SOSTITUZIONE?"

La vescica originale, l'organo preposto ad immagazzinare l'urina prodotta dai reni e ad espellerla periodicamente e volontariamente attraverso l'uretra (il canale che mette in comunicazione la vescica con l'esterno), viene rimossa a causa di una malattia non altrimenti curabile e si provvede alla sua sostituzione mediante un "surrogato" (neo-vescica).

Per sostituire la vescica rimossa, si utilizza comunemente un'ansa di intestino tenue (la parte più lunga dell'intestino, che va dallo stomaco al cieco: essa è lunga circa 6 metri) prelevata a poca distanza dal cieco. La lunghezza totale di intestino utilizzata è in genere di 45-60 cm e generalmente non influisce sulla funzione globale dell'intestino, la cui continuità viene ristabilita al di sopra dell'ansa prelevata.



L'ansa isolata, di cui si è mantenuta intatta la vascolarizzazione, viene completamente aperta lungo il suo margine antimesenterico (linea tratteggiata nella figura) e viene in seguito modellata a formare una nuova vescica (neo-vescica) di configurazione approssimativamente sferica. Questa manovra si rende necessaria sia per aumentare la capacità del neo-serbatoio urinario, sia per eliminare l'attività autonoma della muscolatura intestinale e cercare di garantire la massima continenza possibile, mettendo oltretutto l'apparato urinario alto (i reni) al riparo dall'instaurarsi di pressioni eccessive entro il serbatoio urinario. Alla neo-vescica così costituita vengono collegati i due ureteri e la parte più declive di essa viene collegata con l'uretra, di cui si è avuto cura di conservare il meccanismo muscolare (sfintere striato) che garantirà la futura continenza urinaria.



Questi sono in sintesi i passaggi dell'intervento di creazione di una nuova vescica ortotopica (conservante cioè la stessa posizione della vescica originaria) mediante un'ansa intestinale. Sono possibili molte varianti tecniche riguardo il tipo di ansa intestinale usata (è possibile anche utilizzare l'intestino crasso, cioè il colon), sia la forma che viene data

	U.F. UROLOGIA		Prot. 09	Pag. 2 di 3
	Protocollo di Gestione CONFEZIONAMENTO DI NEOVESICA ORTOTOPICA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 07/12/2022

alla stessa, sia la maniera di collegare gli ureteri, ma i principi informativi di questa complessa chirurgia ricostruttiva restano fondamentalmente gli stessi.

COME SI PRESENTA IL DECORSO POST-OPERATORIO?

Come si può ben capire, si tratta di un intervento complesso, che tuttavia è in genere ben sopportato dal paziente, purché egli sia in discrete condizioni generali e senza controindicazioni di ordine generale o locale accuratamente valutate dall'urologo e dall'anestesista prima dell'intervento.

L'operazione viene condotta in anestesia generale ed ha una durata complessiva oscillante tra le 4 e le 5 ore, di cui un paio sono dedicate al tempo demolitivo preliminare (ablazione della vescica unitamente alla prostata ed alle vescicole seminali nel maschio ed all'utero ed agli annessi nella femmina e rimozione di tutti i linfonodi regionali) e le rimanenti al confezionamento della neo-vescica ed alla sutura delle incisioni parietali.

Al rientro dalla Sala Operatoria il paziente presenta:

- **Catetere vescicale:** viene mantenuto in sede mediante un palloncino a valvola gonfiato nella neo-vescica e collegato ad una sacca di raccolta. Il catetere serve a tenere vuota la neo-vescica e quindi a non mettere in tensione le numerose linee di sutura. Poiché l'intestino produce normalmente muco è necessario che il catetere venga controllato frequentemente per i primi giorni. È importante, tuttavia, che il paziente segnali ogni sensazione di tensione nel basso addome. Il catetere viene tenuto in sede dai 14 ai 21 giorni;
- **Cateterini ureterali:** sottilissimi tubicini trasparenti detti "splint". Essi sono inseriti negli ureteri, fuoriescono dalla neo-vescica e sono portati all'esterno a lato della ferita cutanea. Anch'essi sono collegati ad una sacca di raccolta urine e servono ad assicurare maggiormente la vacuità della neo-vescica ed anche a facilitare il passaggio dell'urina dagli ureteri verso la vescica, in quanto nei primi giorni post-operatori vi può essere un edema (gonfiore) della zona di collegamento tra ureteri e neo-vescica, che potrebbe impedire o comunque ostacolare un corretto deflusso. Vengono mantenuti in sede per 10-14 giorni;
- **Uno o due drenaggi:** utili a portare all'esterno la linfa ed il liquido ematico in eccesso, che inevitabilmente si forma nei primi giorni post-operatori e che, se trattenuto all'interno, potrebbe causare dolore o febbre. Sono collegati anch'essi a delle sacche di raccolta e vengono mantenuti in sede per 5-7 giorni;
- **Sondino naso-gastrico:** posizionato per evitare un'eccessiva distensione dello stomaco e dell'intestino tenue. Durante i primi 4-5 giorni post-operatori non è possibile assumere liquidi e cibi solidi per bocca sino alla ripresa dell'attività intestinale che avviene solitamente tra la 3° e la 6° giornata post-operatoria. È molto importante che il paziente faccia attenzione alla ripresa del passaggio di gas intestinali, che rappresenta un importante caposaldo del decorso post-operatorio. Una volta ripristinato il passaggio di aria, il sondino può venire rimosso.

In questa tipologia di intervento si somministrano terapie endovenose volte ad assicurare un equilibrio idro-elettrolitico e per garantire un adeguato apporto calorico. L'anestesia posiziona un accesso venoso centrale (vena giugulare o succlavia) poiché i liquidi vanno somministrati continuativamente nell'arco delle 24 ore e possono essere irritanti per le vene periferiche.

Dalla seconda giornata è prevista la mobilitazione progressiva del paziente.

Il paziente riprende gradualmente l'alimentazione per bocca dopo essersi canalizzato ai gas. In seguito alla ripresa completa del transito intestinale con passaggio di feci, in genere prevista in 2-3 giornata (spontaneamente o dopo clisma evacuativo a bassa pressione), è possibile progressivamente riprendere un'alimentazione normale. Occorre

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ORTOTOPICA	Prot. 09	Pag. 3 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 07/12/2022

comunque evitare pasti abbondanti, cibi che facciano massa, come legumi o pasta in abbondanza o frutta. Da evitare anche alimenti particolarmente grassi.

Nella 7°-8° giornata post-operatoria viene effettuato un controllo radiologico degli *splint* (tubicini ureterali), in seguito rimossi nei giorni successivi se decorso regolare.

Dopo qualche giorno dalla rimozione degli *splint* viene effettuata un'ecografia renale per verificare che non ci sia una dilatazione eccessiva delle cavità renali.

Nella 14°-16° giornata si effettua un controllo radiologico attraverso il catetere vescicale, per verificare l'integrità delle suture della neo-vescica e successivamente per la rimozione dello stesso. La ripresa della continenza urinaria avviene normalmente in un paio di settimane. Infatti, stando in posizione eretta si perde una quantità più o meno abbondante di urina, a tipo sgocciolio semicontinuo. In posizione sdraiata la continenza risulta migliore. Può aiutare a recuperare la continenza l'apprendimento di alcune tecniche di riabilitazione del piano perineale, che vengono in genere insegnate al paziente prima della dimissione, presso l'ambulatorio di urodinamica.

Inizialmente durante la notte per i primi tempi la perdita di urina è la regola. Infatti, il sonno attenua la vigilanza dei delicati meccanismi preposti alla continenza e fa sì che si verifichino delle "fughe" di urina. Esse si verificano ogni volta che la neo-vescica raggiunge un determinato riempimento e sono facilitate dal fatto che durante le ore notturne, a causa di complessi meccanismi fisiopatologici, i reni producono una maggior quantità di urina ed inoltre si verifica un passaggio di liquidi dal sangue verso la neo-vescica, favorendone il rapido riempimento e quindi la tracimazione attraverso l'uretra, superando la "diga" dello sfintere uretrale esterno, il cui tono è attenuato dal sonno profondo.

Pertanto, per ovviare a questo inconveniente o ci si attrezza con *condom* forati collegati ad una sacca di raccolta urinaria o, passati i primi tempi ed allorché la neo-vescica ha conseguito una certa capacità, si punta la sveglia e ci si alza ogni 3/4 ore per svuotare la neo-vescica. In questo modo, dopo tre mesi dall'intervento, l'80% dei pazienti raggiunge anche la continenza urinaria notturna.

Lo stimolo urinario non è più quello abituale che si avvertiva prima dell'intervento poiché la neo-vescica non è innervata e non può pertanto trasmettere stimoli analoghi. Tuttavia, a poco a poco, il paziente impara a riconoscere quando la neo-vescica è piena, avvertendo un senso di tensione alla parte bassa dell'addome, che sostituisce lo stimolo tradizionale. Fino a che non si è appreso a riconoscere tale stimolo è bene che il paziente si rechi ad urinare ad intervalli fissi come per esempio ogni tre ore durante il giorno, inizialmente, spaziando via via sempre più gli intervalli tra una minzione e l'altra. È importante che non vengano mai superate le sei ore tra una minzione e l'altra, in quanto un eccessivo riempimento della neo-vescica può essere dannoso, sia perché determina un'eccessiva pressione sulle alte vie, sia perché favorisce il riassorbimento di elettroliti, che alla lunga possono causare degli squilibri metabolici. Occorre infatti considerare che la mucosa dell'intestino è ben diversa da quella della vescica normale, a differenza di questa che è impermeabile, consente il passaggio di soluti nei due sensi.

Questa è la ragione per cui è bene effettuare una terapia profilattica con piccole dosi di alcalinizzanti come per esempio un cucchiaino da caffè raso due volte al giorno di bicarbonato di sodio o di citrosodina, sciolti in poca acqua. Nei pazienti ipertesi bisogna controllare frequentemente i valori pressori ed è consigliabile sostituire il bicarbonato di sodio con il bicarbonato di potassio.

Occorre ricordare che la minzione non avviene più per contrazione attiva della vescica, ma per pressione esercitata sulla neo-vescica dall'aumento di pressione endoaddominale. E' consigliabile sedersi al momento della minzione, cercare di rilasciare il piano perineale e contrarre l'addome, eventualmente aiutandosi con la compressione manuale. La minzione avviene per piccoli getti successivi e non con un unico flusso come prima ed è necessario un tempo maggiore per ottenere lo svuotamento della neo-vescica.

Nelle donne, lo svuotamento completo della neo-vescica è talora più difficile, per cui può rendersi necessario praticare di tanto in tanto degli autocateterismi.

Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.
Il Direttore Sanitario
Dot. Flavio BORASO