

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA
GESTIONE DEL PAZIENTE UROSTOMIZZATO**

**STOMATHERAPIST NURSE IN UROSTOMY
PATIENTS**

RELATORE

GIOVANNI CASETTA

CANDIDATA

JESIKA PADILLA SOTA

ANNO ACCADEMICO 2008-2009

Il mio lavoro di tesi lo dedico alla mia famiglia, che è stata e sarà sempre a mio fianco in ogni momento della mia vita.

Lo dedico anche a Jhair, Davide, Andres, Daniele, Francesca, Alice, Samuele, Alessia e Gianluca i miei nipotini che mi danno la forza per continuare avanti e per migliorare come persona.

RINGRAZIAMENTI

- Il mio primo pensiero va a Dio, senza di lui non ce l'avrei fatta.
- Sono infinitamente riconoscente a tutte le persone della mia famiglia, che mi sono state vicine durante il mio percorso di studio, soprattutto i miei genitori, i miei fratelli e miei cognati, che mi hanno aiutato ad affrontare le difficoltà che ho incontrato.
- Un caro ringraziamento al professor Giovanni Casetta, che non solo ha profuso tempo, disponibilità e professionalità per la realizzazione di questo studio, ma aspetto non meno importante, ha saputo renderlo un prezioso momento per la mia crescita personale e formativa.

INDICE

Introduzione Pag 7

CAPITOLO I

Cenni di anatomia e fisiologia dell'apparato urinario Pag 10

1.1. I reni Pag 10

1.2. Gli ureteri Pag 12

1.3. La vescica Pag 13

1.4. L'uretra..... Pag 14

CAPITOLO II

Tumore della vescica Pag 15

2.1. Epidemiologia Pag 15

2.2. Eziopatogenesi..... Pag 16

2.3. Manifestazioni cliniche Pag 18

2.4. Diagnosi Pag 19

2.5. Stadiazione e grading Pag 22

2.6. Terapia medica Pag 24

2.6.1. Trattamento chirurgico Pag 24

2.6.2. Terapia farmacologica Pag 25

2.6.3. Radioterapia	Pag 26
2.6.4. Terapia in corso di sperimentazione	Pag 27
2.7. Prevenzione	Pag 28

CAPITOLO III

Derivazione urinaria.....	Pag 29
3.1. Definizione di derivazione urinaria.....	Pag 29
3.2. Classificazioni delle derivazioni urinari.....	Pag 30
3.2.1. Derivazione urinaria continenti.....	Pag 30
3.2.1.1. D.U.C. Interne.....	Pag 30
3.2.1.2. D.U.C. Esterne.....	Pag 34
3.2.2. Derivazione Urinaria Incontinente.....	Pag 36
3.2.2.1. D.U.I. Temporanee	Pag 36
3.2.2.2. D.U.I. Permanenti	Pag 38
3.3. Epidemiologia dei pazienti urostomizzati.....	Pag 42
3.3.1. Situazione stomia e lavoro in Piemonte	Pag 42
3.4. Complicanze delle derivazioni urinaria.....	Pag 46
3.4.1. Complicanze della stomia.....	Pag 46

CAPITOLO IV

4.Assistenza infermieristica al paziente urostomizzato.....	Pag 48
4.1.Processo assistenziale.....	Pag 48
4.1.1. Fase preoperatoria.....	Pag 50
4.1.2. Fase postoperatoria.....	Pag 56
4.1.3. La dimissione.....	Pag 67
4.1.4. Il follow-up.....	Pag 68
4.1.4.1. la qualità della vita.....	Pag 69
Conclusioni.....	Pag 71
Bibliografia.....	Pag 74

INTRODUZIONE

Prima di introdurre il mio lavoro di tesi, non posso fare a meno di pensare ai tre anni trascorsi di corso universitario per infermiere, anni meravigliosi e pieni di ostacoli.

All'inizio non è stato facile, tutte cose nuove per me. Mese dopo mese, tirocinio dopo tirocinio mi sono convinta che questo lavoro fa per me ed ho resistito fino ad arrivare alla fine del primo passo.

Durante questi anni, nei tirocini ho potuto imparare molte cose dal punto di vista tecnico/pratico, ma anche di migliorare l'aspetto umano, perché è un aspetto che non s'impara, ma si coltiva e si accresce partendo da un vissuto personale.

L'argomento del mio lavoro di tesi è il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente urostomizzato, l'ho scelto perché è un tema molto delicato e complesso sia per il paziente sia per la sua famiglia. Durante i miei tirocini ho sempre incontrato persone con stomie (colostomia, ileostomia e urostomia) e mi sono sempre chiesta qual era il loro percorso per arrivare ad averne una e come può essere di aiuto l'infermiere. Da qui nasce l'idea di ricercare nella letteratura italiana e straniera lavori sull'assistenza infermieristica al paziente urostomizzato, incentrati soprattutto sul rapporto infermiere/paziente costruito su basi etico/deontologiche.

La mia tesi è divisa in quattro capitoli, il primo riguarda brevi cenni di anatomia e fisiologia dell'apparato urinario, il secondo sul

carcinoma della vescica, il terzo sulle classificazioni delle derivazioni urinarie e l'ultimo sull'assistenza infermieristica.

Una delle indicazioni comuni per il confezionamento della stomia è il carcinoma della vescica, soprattutto nei casi più avanzati. Il trattamento standard per questi pazienti è: la chirurgia, che richiede l'asportazione del tumore; la radioterapia, che utilizza dosi elevate di raggi X per distruggere le cellule tumorali; la chemioterapia, che consiste nella somministrazione di farmaci che distruggono le cellule tumorali e la terapia biologica, che utilizza il sistema immunitario dell'organismo per combattere il tumore. Un nuovo tipo di terapia detta terapia fotodinamica è in questo momento in fase di sperimentazione in alcuni studi clinici.

La cistectomia radicale è l'intervento di asportazione della vescica e dei tessuti adiacenti. Nelle donne il chirurgo rimuoverà anche utero, ovaie, salpingi, una porzione di vagina e l'uretra; negli uomini, asporteranno invece, prostata e vescicole seminali e in alcuni casi anche l'uretra. Dopo l'intervento di cistectomia radicale il chirurgo confezionerà una deviazione urinaria, che consisterà nella creazione di un serbatoio alternativo per l'urina. Esistono diverse possibilità tecniche, per esempio, utilizzando una porzione d'intestino tenue, anastomizzato alla cute con la creazione di una stomia che sarà apparecchiata con un classico sistema placca-sacchetto. La placca è fatta aderire alla cute con una particolare colla adesiva mentre il sacchetto aderisce alla placca con diversi tipi di meccanismi. L'insieme non è visibile sotto i vestiti e la maggior parte dei pazienti lo utilizza senza alcun aiuto.

Diversamente il chirurgo, sempre utilizzando una porzione dell'intestino tenue, potrà confezionare un serbatoio continente all'interno del corpo. In

tal caso il paziente evacuerà l'urina tramite un catetere attraverso lo stoma.

Nell'ultima decade nel tentativo di migliorare le soluzioni chirurgiche e soprattutto la qualità di vita dei pazienti, l'attenzione si è spostata verso gli usi dei neoserbatoi ortotopici, che non vanno a modificare l'immagine corporea del paziente, garantendo una migliore qualità di vita.

CAPITOLO I:

CENNI DI FISIOLOGIA E ANATOMIA DELL'APPARATO URINARIO

1.1. I RENI

I due reni si trovano ai lati della colonna vertebrale tra T12 ed L3. I reni, le ghiandole surrenali e gli ureteri si trovano in posizione retroperitoneale, compresi tra i muscoli del dorso e il peritoneo parietale posteriore. Ogni rene ha un colorito rosso bruno e la forma di un fagiolo. Sul margine mediale di ogni rene si trova una depressione, l'ilo renale, che rappresenta il punto di entrata per l'arteria renale e di uscita per la vena renale e l'uretere.

La superficie interna del rene comprende una zona corticale, una zona midollare e il seno renale. La zona corticale corrisponde alla porzione più esterna del rene, a contatto con la capsula renale; ha un colorito rosso bruno e un aspetto granuloso. La zona midollare si trova internamente alla corticale e consiste di 6-18 formazioni triangolari (piramidali) o coniche chiamate piramidi renali.

La produzione di urina si ha nei lobi renali e i dotti all'interno di ogni papilla renale scaricano l'urina in un'area a forma di coppetta detta calice minore. 4 o 5 calici minori convergono a formare un calice maggiore, i calici maggiori convergono a loro volta a formare un'ampia camera a forma di imbuto, la pelvi renale. Quest'ultima riempie quasi interamente il seno renale e, in corrispondenza dell'ilo del rene, si continua con l'uretere. La produzione di urina inizia a livello di

microscopiche a strutture tubulari, i nefroni, nella corticale di ogni lobo renale. Ogni rene ha all'incirca 1,25 milioni di nefroni, per una lunghezza complessiva di circa 145 km.

Il nefrone rappresenta l'unità anatomo-funzionale del rene. Il tubulo renale inizia a livello del corpuscolo renale, che ha un diametro approssimativamente di 200 micrometri e contiene una rete capillare formata da un gomito di 50 capillari detta glomerulo. Il sangue arriva al glomerulo tramite un'arteriola afferente che si allontana da esso tramite un'arteriola efferente.

Attraverso le pareti del glomerulo avviene la filtrazione del sangue da cui deriva il filtrato glomerulare, una soluzione aproteica, che dal corpuscolo passa nel tubulo, del quale va a percorrere le varie proiezioni che manifestano caratteristiche strutturali e funzionali diversi. I tratti principali sono: tubulo contorto prossimale (TCP), ansa di Henle e tubulo contorto distale (TCD).

Ogni nefrone si apre nel sistema dei dotti collettori. Un tratto reuniente in continuità con il tubulo contorto distale convoglia il filtrato nel più vicino dotto collettore. I dotti collettori scendono dalla corticale per attraversare la midollare come dotti papillari che rivestono il filtrato nella pelvi renale. Circa l'85% dei nefroni è rappresentato da nefroni corticali, che si trovano quasi interamente nella corticale. In essi l'ansa di Henle è relativamente breve e l'arteriola efferente porta il sangue ad una rete di capillari peritubulari, che circonda l'intero tubulo renale. Questi capillari drenano in piccole vene che portano il sangue alle vene interlobulari. Il rimanente 15%, nefroni iuxtamidollari, si trova al confine con la zona midollare; essi hanno un'ansa di Henle piuttosto lunga che si approfonda nelle piramidi renali. I nefroni corticali sono in

numero maggiore e quindi adempiano alla maggioranza delle funzioni di riassorbimento e secrezioni dei reni. Tuttavia, anche se il numero dei nefroni iuxtamidolare è scarso, il ruolo che essi svolgono nei meccanismi di formazione e concentrazione dell'urina è rilevante.

L'urina che giunge a livello della pelvi è differente dal filtrato prodotto a livello del corpuscolo renale. La filtrazione è un processo passivo che dipende unicamente dalle dimensioni della barriera di filtrazione: un filtro con pori sufficientemente larghi da permettere il passaggio di prodotti di scarto organici lascia passare anche acqua, ioni e altre molecole organiche come glucosio, acidi grassi e aminoacidi. Le funzioni della porzione tubulare del nefrone sono:

- Riassorbimento delle sostanze organiche utili contenute nel filtrato.
- Riassorbimento di più dell'80% dell'acqua del filtrato.
- Secrezione all'interno del filtrato di rifiuti persi al momento della filtrazione.

1.2. GLI URETERI

Gli ureteri sono 2 tubi muscolari che dalla pelvi renale scendono in basso per circa 30 cm prima di raggiungere la vescica urinaria. Sono organi retroperitoneale, fermamente connessi alla parete addominale posteriore. Il differente decorso degli ureteri nei due sessi riflette la diversità degli organi degli apparati genitali maschile e femminile. Gli ureteri penetrano nella parete posteriore della vescica senza entrare in cavità peritoneale, e il loro sbocco avviene tramite due fessure simmetriche orientate obliquamente chiamate sbocchi ureterali. Questa

disposizione impedisce il reflusso di urina negli ureteri e nei reni quando la vescica si contrae.

La parte degli ureteri è rivestita da tre strati: una tonaca mucosa interna con epitelio di transizione, una tonaca muscolare con 2 strati (longitudinale interno e circolare esterno), una tonaca avventizia di connettivo fibroso che è in continuità con la capsula renale (in alto) e con il peritoneo (in basso). Circa ogni mezz'ora i recettori da stiramento presenti nella parete ureterale danno il via a contrazioni peristaltiche della tonaca muscolare a partenza del rene. Queste contrazioni aspirano l'urina dalla pelvi renale alla vescica attraverso gli ureteri.

1.3. LA VESCICA URINARIA

La vescica urinaria è un organo muscolare cavo che funge da deposito temporaneo di urina. La faccia superiore della vescica è rivestita da uno strato di peritoneo, diverse pieghe peritoneali aiutano a stabilizzare la sua posizione. In sezione orizzontale la mucosa che riveste la vescica si solleva in pieghe o rughe, che scompaiono a vescica distesa piena di urina. La regione triangolare delimitata dagli sbocchi degli ureteri e dall'ingresso nell'uretra viene detta triangolo vescicale, e funge da imbuto che incanala l'urina nell'uretra durante la contrazione della vescica. L'ingresso in uretra rappresenta l'apice del trigono, ed è il punto più declive della vescica. La regione circostante viene detta collo vescicale e contiene lo sfintere uretrale interno, le cui contrazioni involontarie controllano lo svuotamento vescicale.

La parete della vescica è rivestita dalle tonache: mucosa, sottomucosa e muscolare. La tonaca muscolare è organizzata in tre strati (2 longitudinali e 1 circolari tra i due) che formano nell'insieme il muscolo detrusore della vescica. Le contrazioni del muscolo detrusore determinano il passaggio dell'urina nell'uretra. Uno strato esterno di sierosa ricopre la faccia superiore della vescica urinaria.

1.4. L'URETRA

L'uretra si estende dal collo della vescica all'esterno del corpo. Ci sono notevoli differenze, per ciò che riguarda lunghezza e funzione, tra uretra maschile e uretra femminile. Nella femmina, l'uretra è molto breve (3-5 cm), e l'orifizio uretrale esterno si trova vicino alla parte anteriore della vagina. Nel maschio, si estende dal collo della vescica all'apice del pene, è lunga 18-20 cm e può essere divisa in tre porzioni: uretra prostatica, uretra membranosa e uretra peniena.

In entrambi i sessi, la porzione di uretra che attraversa il diaframma urogenitale è circondata da muscolatura striata che va a sostituire lo sfintere uretrale esterno.

CAPITOLO II:

TUMORE DELLA VESCICA

2.1. EPIDEMIOLOGIA

La vescica rappresenta il secondo più comune sito di insorgenza delle neoplasie di interesse urologico tanto che il tumore della vescica risulta nel maschio, la quarta neoplasia più frequente, dopo il tumore della prostata, polmone e retto (costituisce il 10 % di tutte le neoplasie). Colpisce più frequentemente il sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 3:1, e nella femmina rappresenta invece il 4 % di tutti i tumori. (7, 8, 11)

L'incidenza del cancro della vescica aumenta con l'età ed i 2/3 dei casi si manifestano dopo i 70 anni. Nel corso degli ultimi anni è stata riscontrato un incremento dell'incidenza dei tumori vescicali in relazione all'aumento della vita media della popolazione ed al miglioramento delle tecniche diagnostiche. Al tempo stesso, si è registrata una riduzione della mortalità conseguente allo sviluppo delle procedure di diagnosi e trattamento precoci.

2.2.EZIOPATOGENESI

2.2.1.Il tabacco.

Tra quelli di tipo chimico troviamo il fumo di sigaretta che quadruplica nei soggetti fumatori la probabilità di ammalarsi di cancro della vescica. Ciò in relazione agli idrocarburi che si liberano con la combustione ad elevata temperatura del tabacco. Il rischio è collegato al numero di sigarette consumate e alla durata dell'abitudini del fumo. Questo effetto si osserva in entrambi i sessi.

2.2.2.Fattori chimici.

Ampiamente documentato è l'effetto delle amine aromatiche (presenti nei coloranti usati nella preparazione di vernici, della gomma e della conciatura dei capelli) sull'epitelio transizionale. In tutti i casi l'intervallo che trascorre tra esposizione e comparsa della neoplasia può essere molto lungo, diversi decenni, ed è influenzato dall'intensità dell'esposizione.

2.2.3.Fattori genetici

Le persone con familiarità dei tumori vescicali hanno un elevato rischio di avere la malattia. Esiste associazione tra alcune sindromi ereditarie che condizionano una maggiore possibilità di sviluppare il tumore. (14)

La capacità di distruggere le sostanze chimiche del corpo, varia da persona a persona, dipendono da diversi geni ereditati. Le persone che ereditano geni, che realizzano una distruzione lenta delle sostanze chimiche sono più propense a sviluppare il cancro alla vescica. Esistono studi di ricerca per dimostrare questa teoria, però al momento non ci sono prove disponibili.

2.2.4 La dieta

Le persone che introducono quotidianamente molti liquidi hanno un tasso minore d'insorgenza del tumore alla vescica, perché limitano il tempo e la concentrazione di sostanze presenti nell'urina, con le cellule della parete vescicale.

Mangiare frutta e verdura sembra essere associata anche ad un ridotto rischio di cancro alla vescica. (13)

Cavolo, cavolfiore, cavolfiore di Bruxelles, piante appartenenti alla famiglia delle crocifere, sono stati associati ad attività antitumorale, forse a causa della indolo-3-carbinolo acido glucarico e sulforano. Alcuni studi riportano le vitamine A, C ed E come sostanze che diminuiscono l'incidenza del cancro della vescica. Queste sostanze possono facilmente assunte con la dieta.

2.2.5 Altri fattori di rischio

- Età e sesso: il rischio di cancro alla vescica aumenta con l'età, soprattutto dopo i 65 anni ed è più frequente nei maschi.

- Fattori fisici: radiazioni ionizzanti, irritazione cronica della vescica per calcoli vescicali.
- Fattori biologici: infezioni batteriche ricorrenti delle vie urinarie, infezioni da *Schistosoma haematobium* frequenti nelle aree medio-orientali e nord africane, fattore da prendere in considerazione per il continuo aumento dell'immigrazione. (11)
- Fattore razziale: negli Stati Uniti è più comune tra i soggetti di razza bianca che tra gli afroamericani. Gli asiatici hanno l'incidenza più bassa.

2.3. MANIFESTAZIONI CLINICHE

Il segno di presentazione più comune del cancro della vescica è, nell'85 % dei soggetti, un'ematuria macroscopica o microscopica classicamente indolore ed intermittente, non accompagnata di un'altra sintomatologia. Nel 10-15 % dei pazienti è presente una sintomatologia irritativa costituita da urgenza minzionale, pollachiuria e disuria. Tale sintomatologia si presenta più di frequente tra i pazienti con un carcinoma in situ (CIS) che tra quelli con tumori papillari a basso grado, e spesso rappresenta la forma di esordio del CIS, soprattutto quando diffuso.

Altri sintomi e segni di cancro vescicale includono dolore sovrapubico o dolore ad un fianco se è presente ostruzione uretrale e, se il tumore è molto voluminoso, edema degli arti inferiori e massa pelvica palpabile. Di rado i sintomi di una neoplasia avanzata, come perdita di peso e dolore addominale ed osseo, costituiscono l'esordio della malattia. Poiché un'

infezione urinaria e la cistite interstiziale possono produrre ematuria e/o sintomi vescicali irritativi è opportuno, in presenza di una tale sintomatologia, avviare una serie di indagini al fine di escludere una neoplasia uroteliale.

2.4. DIAGNOSI

Nel caso in cui si trovi di fronte ad una ematuria o nel sospetto di una neoplasia vescicale si eseguono:

- Esame citologico delle urine. Analisi microscopica del sedimento urinario con la quale vengono individuate in base alla presenza di caratteristiche atipie nucleari e citologiche le cellule tumorali. Per ottenere la massima accuratezza diagnostica sono necessari più campioni (solitamente tre). Utilizzata per la diagnostica iniziale e per il follow up nei pazienti già sottoposti a trattamento per carcinoma vescicale. La metodica a bassa sensibilità nei tumori ben differenziati per via della presenza di cellule normali o con lievi atipie e alla loro scarsa eliminazione nelle urine; più sensibile nei tumori di grado elevato: il numero di cellule presenti nel campione aumenta di pari passo con l'aumentare del grado tumorale.
- Ecografia reno-vescicale. Indagine a basso costo, di semplice esecuzione e facilmente ripetibile, può essere considerata oggi l'esame di prima istanza nell'iter diagnostico dei tumori vescicali e nei casi di macroematuria. Tale indagine consente infatti di eseguire una panoramica di tutte le vie urinarie. In caso di neoplasia vescicale, l'ecografia può mostrare la presenza di lesioni

aggettanti nel lume endovenoscicale o che ne alterano i profili parietali.

- Rx urografia. Nei pazienti con sintomi e segni suggestivi di neoplasia vescicale, macroematuria e/o citologia urinaria positiva o sospetta, specie nei casi in cui sia risultata negativa o dubbia l'indagine ecografica, è indicata l'urografia. Anche se mostra una scarsa sensibilità nel riconoscere lesioni di piccole dimensioni, tale indagine risulta necessaria per una completa valutazione, sia morfologica che funzionale, delle vie urinarie superiori, specie per evidenziare eventuali neoplasie associate lungo il decorso delle vie escrettrici, o per evidenziare un'ostruzione uretrale da parte di lesioni endovesicali, specie ad interessamento trigonale. Nel caso di voluminose lesioni endovesicali queste compaiono durante la fase cistografia come difetti di riempimento; nel caso di lesioni a carattere infiltrante è caratteristica alla presenza di rigidità della parete vescicale.
- Uretrocistoscopia. Rappresenta l'indagine più attendibile per la diagnosi e la valutazione di lesioni vescicali. Essa infatti consente di valutare l'integrità della mucosa uretrale e vescicale e di descrivere eventuali alterazioni. Inoltre, nel corso di indagine cistoscopia possono essere eseguite altre manovre a carattere diagnostico (biopsie, prelievo selettivo di urine, uretroscopia, ureteropielografia retrograda).
- Resezione endoscopica (TURB). Manovra diagnostica, oltre che terapeutica, essenziale per valutare il grado di infiltrazione della neoplasia al fine di una attendibile stadiazione clinica. I tumori vescicali dovrebbero inizialmente essere resecati in due distinti

campioni. Prima si resecta la parte superiore del tumore, poi la parte profonda insieme a parte del muscolo vescicale; in ultimo si elettrocauterizza la base del tumore. I due campioni verranno esaminati separatamente dall'istopatologo. Questo approccio ottimizza il potenziale diagnostico, prognostico e terapeutico del trattamento endoscopico.

- TC – RM. In caso di superamento dello strato mucoso, dimostrato con la biopsia, si determina l'estensione del tumore primitivo con la TC e/o la RM. Tali metodiche risultano sovrapponibili nell'accuratezza della valutazione dell'estensione nel grasso perivescicale e nel coinvolgimento di organi contigui ed a distanza (metastasi epatiche e surrenaliche maggiori di 2 cm) da parte della neoplasia. Mostrano minore affidabilità nella valutazione della diffusione linfonodale, ove l'unico parametro valutabile è quello dimensionale.
- RX torace. L'esame radiologico del torace è sufficiente per escludere metastasi polmonari in pazienti portatori di carcinoma della vescica, soprattutto perché evidenzia lesioni polmonari di diametro maggiore di 1 cm, cioè quelle lesioni che se non sono calcifiche risultano nella maggior parte dei casi localizzazioni secondarie del tumore.
- Scintigrafia ossea total body. È utilizzata per evidenziare localizzazioni ossee secondarie nei pazienti con carcinoma vescicale e con elevati livelli di fosfatasi alcalina. Poiché questo esame segnala anche qualsiasi lesione degenerativa, traumatica e infiammatoria delle ossa, in caso di un sospetto neoplastico bisogna eseguire per conferma una radiografia mirata nella zona.

2.5. STADIAZIONE E GRADING

Esistono due sistemi per stadiare le neoplasie vescicali:

Il sistema di Jewett – Strong (1946) modificato da Maeshall (1952) utilizzato soprattutto negli Stati Uniti.

Il sistema TNM (1997) sviluppato dall' UICC e AJC che valuta l'estensione locale della neoplasia (T), l'interessamento linfonodale (N) e la presenza di metastasi. Come per ogni neoplasia si differenzia una stadi azione "clinica" (TNM), basata sui dati raccolti prima del trattamento attraverso le varie indagini, e una stadi azione "anatomopatologica" (pTNM), basata sull'esame patologico dell'organo.

La stadi azione di un tumore è importante perché:

- Aiuta il chirurgo nel decidere il trattamento più idoneo.
- Fornisce informazioni relative alla prognosi.
- Aiuta nel valutare i risultati del trattamento.
- Facilita lo scambio di informazioni tra i vari centri europei e mondiali.

Per quanto riguarda il grading (grado di differenziamento) bisogna dire che non esiste un singolo sistema riconosciuto. Tuttavia il sistema più comunemente usato (Mostofi) è basato sul grado di anaplasia delle cellule tumorali e raggruppa i carcinomi in tre gradi a seconda che il tumore sia ben differenziato (G1), moderatamente differenziato (G2) o

scarsamente differenziato (G3). Esiste una stretta correlazione tra il grado e la stadiazione del tumore; infatti, quasi sempre i tumori ben differenziati sono superficiali e morfologicamente si presentano come lesioni papillari esofitiche grigio-rosee, mentre i tumori poco differenziati sono invasivi ed appaiono morfologicamente come lesioni sessili, a larga base di impianto, con aspetto a cavolfiore con zone necrotiche ed ulcerate.

GRADING (SISTEMA DI MOSTOFI)

- G1 Tumore ben differenziato
- G2 Tumore moderatamente differenziato
- G3 Tumore scarsamente differenziato

STADIAZIONE TNM (UICC 1997)

- Tis: Carcinoma in situ
- Ta: Limitato all'epitelio
- T1: Limitato alla lamina propria
- T2: Parete muscolare
 - T2a: parete muscolare superficiale
 - T2b: parete muscolare profonda
- T3: Tessuto adiposo perivescicale
- T4: Invasione degli organi vicini
 - T4a: prostata, utero, vagina
 - T4b: parete pelvica/ addominale

2.6. TERAPIA MEDICA

Il trattamento del cancro della vescica dipende del grado del tumore (definito in base al grado la differenziazione cellulare), dallo stadio di crescita (il grado di invasività locale e l'eventuale presenza di metastasi) e dalle eventuali multifocalità del tumore (la presenza di diversi focolai multitumorali).

Nella formulazione di un trattamento si prendono in considerazione l'età del paziente e le sue condizioni fisiche, mentali e psicologiche.

2.6.1. TRATTAMENTO CHIRURGICO

I papillomi semplici (tumori epiteliali benigni), si possono trattare mediante resezione trans uretrale o folgorazione (cauterizzazione). Queste procedure, eradicano il tumore attraverso un'incisione chirurgica o per via transuretrale. Dopo un intervento conservativo di questo tipo, il trattamento d'elezione è la somministrazione intravescicale di bacillo di Calmette-Guerin (BCG).

Uno dei casi più difficili da trattare è il cancro superficiale della vescica, che generalmente è costituito da un'alterazione diffusa della mucosa della vescica. L'intero rivestimento epiteliale del tratto urinario, o urotelio è a rischio perché le alterazioni carcinomatose si ritrovano non solo nella mucosa della vescica, ma anche in quella della pelvi renale, dell'uretere e dell'uretra. Il 25-40 % dei tumori della vescica recidiva dopo un intervento di resezione trans uretrale o dopo la folgorazione. I pazienti con papilloma benigno dovrebbero essere controllati periodicamente e indefinitamente mediante cistoscopia ed esami

citologici, perché da questo tipo di tumori possono sviluppare neoplasie maligne aggressive.

Per un cancro invasivo o multifocale si può eseguire una semplice cistectomia (asportazione della vescica) o una cistectomia radicale. Negli uomini questa implica l'asportazione della vescica, della prostata, delle vescicole seminali e dei tessuti perivescicali immediatamente adiacenti. Nelle donne la cistectomia radicale rimuove la vescica, la porzione inferiore degli ureteri, l'utero, le tube di Falloppio, le ovaie, la vagina anteriore e l'uretra. Vengono rimossi anche i linfonodi pelvici. L'asportazione della vescica comporta una procedura di diversione urinaria.

2.6.2. TERAPIA FARMACOLOGICA

In alcuni pazienti, la chemioterapia combinata con metrotexate, 5-fluorouracile, vinblastina, doxorubicina (Adriblastina) e cisplatino si è dimostrata efficace nel produrre una remissione parziale del carcinoma a cellule transazionali della vescica. La chemioterapia endovenosa può essere accompagnata dalla radioterapia.

La chemioterapia topica (chemioterapia endovesicale o instillazione nella vescica di agenti antineoplastici, che entrano in contatto diretto con la parete della vescica) è usata nei casi ad alto rischio di recidiva, in presenza di un carcinoma in situ o quando la resezione del tumore è stata incompleta. La chemioterapia topica espone il tumore a un'alta concentrazione di farmaci (totepe, doxorubicina, mitomicina, etoglucide, BCG) e ne facilita la distruzione.

Il BCG è attualmente considerato l'agente più efficace per la somministrazione intravesicale, in quanto stimola la risposta immunitaria contro il cancro.

Prima dell'instillazione il paziente può bere o mangiare; l'assunzione di liquidi sarà limitata durante il periodo di permanenza in vescica del liquido instillato - 2ore - per evitare lo stimolo a urinare. Al termine del trattamento si consiglia al paziente di urinare e di bere in abbondanza per rimuovere i farmaci dalla vescica.

2.6.3. RADIOTERAPIA

Si può irradiare il tumore prima dell'intervento per ridurre la micro diffusione delle cellule neoplastiche e la vitalità delle cellule neoplastiche, e di conseguenza il rischio di un nuovo sviluppo tumorale nell'area circostante o di una sua propagazione per via ematica o linfatica. La radioterapia può essere usata in combinazione con la chirurgia o per controllare la malattia nei pazienti con tumori inoperabili.

Il cancro a cellule transazionale risponde scarsamente alla chemioterapia. Cisplatino, doxorubicina e ciclofosfamide, che sono stati utilizzati in vari dosaggi e regimi di somministrazione, sembrano essere i farmaci più efficaci.

Il carcinoma della vescica può essere anche trattato con un'infusione diretta di agenti citotossici attraverso il flusso arterioso distrettuale. In questo modo si ottiene una concentrazione maggiore del farmaco chemioterapico e una riduzione degli effetti tossici sistemici. Per il cancro della vescica ad uno stadio avanzato o per i pazienti con ematuria intrattabile (in particolare a seguito a terapia radiante), un pallone

riempito di acqua posto in vescica riduce il flusso ematico delle pareti vescicali, provocando la necrosi del tumore (terapia idrostatica). L'istillazione di formalina, fenolo o nitrato d'argento ha prodotto una remissione dell'ematuria e della stranguria in alcuni pazienti.

I risultati della radioterapia preoperatoria sono controversi. Essa può determinare un'apparente regressione completa della malattia nel 42 % dei casi con una riduzione della stadiazione della malattia nel 62 %. Utilizzando 50 Gy in 25 cicli la sopravvivenza a 5 anni è del 42 %, per contro altri studi non rilevano una differenza statisticamente significativa nella sopravvivenza fra i pazienti trattati con la terapia adiuvante (36 %) vs quelli trattati con la sola cistectomia (29 %). I pazienti che presentano una riduzione dello stadio dopo radioterapia sembrano avere una migliore sopravvivenza rispetto a quelli che non si sono rivelati sensibili, anche se questo può essere interpretato come l'individuazione di un sottogruppo di pazienti con tumore biologicamente meno aggressivo.

2.6.4. TERAPIE IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE

È in corso di studio l'impiego di tecniche fotodinamiche per il trattamento del cancro superficiale della vescica. La procedura si basa sull'iniezione sistemica di una sostanza foto sensibilizzante (ematoporfirina) che viene incorporata dalle cellule neoplastiche e successivamente colpita con un raggio laser, che la trasforma in una sostanza citotossica. Questa procedura viene attualmente sperimentata in pazienti in cui la chemioterapia intravesicale o l'immunoterapia non hanno avuto successo.

2.7.PREVENZIONE

Si è sviluppato in questi ultimi decenni il concetto di prevenzione dei tumori vescicali in relazione da un lato al riconoscimento di alcune sostanze che causano l'insorgenza di alcune malattie e dall'altro il tentativo di eliminarle dal sistema produttivo o perlomeno di limitare l'esposizione professionale instaurando una serie d'interventi d'igiene industriale.

Nei paesi Anglosassoni e negli Stati Uniti si è da qualche tempo provveduto con particolari legislazioni a proibire la produzione, l'uso e l'importazione di sostanze contenenti amine aromatiche.

Anche in Italia recentemente, i Ministeri competenti hanno emanato circolari che prevedono "una prevenzione tecnica e misure di igiene personali" in particolari zone industriali dove si svolgono la fabbricazione, la manipolazione e l'utilizzazione di amine aromatiche. Queste misure hanno l'intento di ridurre al minimo il rischio di contatto (abiti particolari, maschere, guanti, occhiali, docce). Inoltre si è instaurato e si sta sempre diffondendo un controllo periodico dei soggetti esposti con l'esame citologico del sedimento urinario per la ricerca delle cellule neoplastiche. Pur non riconoscendogli un'azione preventiva l'esame citologico se non altro può rappresentare un metodo di screening di semplice attuazione in grado di formulare una diagnosi precoce.

CAPITOLO III:

DERIVAZIONI URINARIE

3.1.DEFINIZIONE DI DERIVAZIONI URINARIE

Vengono dette procedure di derivazioni urinarie quelle che deviano il corso dell'urina dalla vescica a una nuova via di uscita, di solito mediante un'apertura cutanea (stomia).

Si ricorre a tale procedura quando un tumore esteso o voluminoso rende necessaria l'asportazione completa della vescica (cistectomia). La derivazione urinaria è utilizzata anche in caso di neoplasie maligne pelviche (15, 16), di anomalie congenite, di stenosi e traumi ureterali e uretrali, di vescica neurogena, di grave danno ureterale e renale causato da un'infezione cronica, di cistite interstiziale intrattabile, nonché quale ultima risorsa per il trattamento dell'incontinenza.

Quale sia il sistema migliore per stabilire una derivazione permanente del tratto urinario è tutt'oggi oggetto di controversia; di fatto, vengono continuamente messe a punto nuove metodiche miranti a migliorare sia i risultati clinici che la qualità di vita del paziente. Per scegliere la procedura chirurgica più appropriata si prendono in considerazione l'età del paziente e le sue condizioni fisiche, le condizioni della vescica, l'eventuale obesità, il livello di dilatazione ureterale, lo stato di funzionalità dei reni, la capacità di adeguamento del paziente.

L'accettazione a lungo termine, da parte del paziente della derivazione urinaria dipende in gran misura dalla posizione dello stoma, dall'aderenza ermetica della sacca di drenaggio alla cute, dalla capacità

del paziente di manovrare la sacca e dall'apparato di drenaggio. L'attenta considerazione di questi aspetti facilita l'ottenimento di un esito positivo.

3.2.CLASSIFICAZIONE DELLE DERIVAZIONI URINARIE

Le derivazioni urinarie possono essere classificate in:

- Derivazioni Urinarie Continenti: Interne ed esterne.
- Derivazione Urinarie Incontinenti: Temporanee e permanenti

3.2.1. DERIVAZIONI URINARIE CONTINENTI

Possono essere classificate in base al meccanismo di continenza utilizzato:

- In **interne** (meccanismo di continenza interno, cioè utilizzo di uno sfintere naturale): tasca sigma – rettale; neovescica ortotopica.
- In **esterne** (meccanismo di continenza esterno, anastomosi alla cute perineale o addominale): neovesciche eterotopiche.

3.2.1.1. D.U.C. INTERNE :

A) URETEROCOLONSTOMIE

Abboccamento chirurgico (con tecnica antireflusso) degli ureteri ad un tratto di colon. Le urine si raccolgono nel colon e retto e vengono emesse insieme alle feci. Il prolungato contatto dell'urina con il colon provoca il riassorbimento di urina e farmaci escreti con l'urina. La commistione di urina e feci associata con la più elevata pressione

endoluminale del colon causano reflusso infetto e rischio di infezioni delle alte vie.

B) NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA

Serbatoio vescicale confezionato con un segmento intestinale riconfigurato, posizionato nella stessa sede della vescica e anastomizzato agli ureteri da una parte e all'uretra dall'altra. (17)

- Indicazioni

La morbilità e la mortalità della cistectomia radicale sono migliorate negli ultimi 10 anni e le derivazioni urinarie ortotopiche hanno permesso il miglioramento della qualità della vita dei pazienti operati. Per queste ragioni attualmente la cistectomia radicale con neovescica ortotopica è considerato il gold standard nel trattamento del carcinoma vescicale infiltrante ad alto grado.

- Tecnica

Una neovescica può essere costruita con vari tratti di intestino: ileo, colon, colon più ileo; la scelta dipende dalle preferenze dell'operatore e dalle condizioni locali. Per la neovescica ileale si utilizza un tratto di intestino di circa 40-60 cm, a seconda della tecnica.

Si isola un tratto di ileo della lunghezza richiesta dalla tecnica, a partire da circa 20 cm dalla valvola ileo-cecale. Si ricostituisce la continuità intestinale con anastomosi ileo-ileale.

Si incide longitudinalmente il segmento intestinale isolato in modo da detubularizzarlo e lo si riconfigura in modo da formare una cavità più o

meno sferica, con un'apertura nel punto più declive, alla quale verrà anastomizzata l'uretra.

Gli ureteri, incannulati, vengono anastomizzati al serbatoio o direttamente, o con l'interposizione di un segmento di ileo (precedentemente preparato). I tutori ureterali vengono fatti fuoriuscire dal serbatoio e quindi all'esterno attraverso un passaggio nella parete addominale.

Il serbatoio viene posizionato nella sua sede definitiva e si esegue l'anastomosi vescico-uretrale. Si posiziona drenaggio paravescicale.

- Decorso

I pazienti vengono mobilizzati tra la seconda e la terza giornata postoperatoria mentre la canalizzazione intestinale è ripresa tra la terza e la quinta giornata.

La ripresa dell'alimentazione è iniziata 1-2 giorni più tardi. I drenaggi vengono rimossi tra il secondo e sesto giorno, mentre gli stent ureterali in settimana – ottava giornata, dopo controllo contrastografico.

La degenza ospedaliera media è di 8.1 giorni (range 7-9). I pazienti sono dimessi con catetere che viene rimosso 7 giorni più tardi.

Dopo la rimozione del catetere vescicale i pazienti vengono istruiti sulle modalità di svuotamento della neovescica in posizione seduta ogni 3 ore sia durante il giorno che durante la notte.

Alla rimozione del catetere vescicale tutti i pazienti manifestano una modesta stess-incontinenza che progressivamente migliora fino a risolversi del tutto nelle successive 2-5 settimane.

- Complicanze

Possibili complicanze intestinali: occlusione da briglia aderenziale, deiscenza dell'anastomosi ileo-ileale con conseguente fistola ileale.

Possibili complicanze urinarie: spandimento urinoso dall'anastomosi vescico-uretrale o dalle suture della neovescica.

A distanza: possibile stenosi delle anastomosi uretero-vescicali.

- Risultati

I risultati funzionali sono di solito buoni: la neovescica inizialmente contiene 100-150 cc, quindi aumenta progressivamente di capacità fino a contenere 400-500 cc. Lo svuotamento vescicale avviene con ponzamento e di solito è completo.

Continenza: inizialmente la continenza urinaria è più o meno incompleta, nel tempo migliora, soprattutto nei maschi, fino a diventare più o meno completa; è possibile che persista una certa incontinenza notturna. Nelle femmine il rischio di incontinenza a lungo termine è più elevato. Svuotamento: lo svuotamento di solito è completo a lungo andare, soprattutto se non viene seguito uno stretto regime di minzione regolare, si può sviluppare un'incapacità di svuotare completamente il serbatoio; in tal caso occorre far ricorso all'autocateterismo.

Il paziente deve essere controllato per la patologia di base. Per la neovescica, occorre controllare periodicamente con ecografia lo stato del serbatoio stesso e delle alte vie urinarie.

3.2.1.2. D.U.C. ESTERNE:

A) NEOVESCICHE ETEROTOPICHE

Confezionamento di un serbatoio urinario con un tratto di intestino defunzionizzato al quale vengono anastomizzati gli ureteri; il serbatoio viene abboccato alla cute con l'interposizione di un segmento intestinale con funzione di valvola attraverso cui si deve eseguire il cateterismo per svuotare il serbatoio stesso più volte al giorno.

- **Indicazione**

Patologia neoplastica, infiammatoria, traumatica, iatrogena o neurologica della vescica per cui è indicata la cistectomia o che rende la vescica non funzionale, quando è richiesta una derivazione urinaria continente e non può essere realizzata una neovescica ortotopica. È necessario nel porre l'indicazione a questa derivazione che sia verificata la capacità del paziente di eseguire l'autocateterismo in maniera regolare.

- **Tecnica**

Il serbatoio può essere realizzato con un tratto di colon, colon e ileo o solo ileo. Si isola e resecta il tratto di intestino prescelto e si ricostituisce la continuità intestinale. L'intestino viene detubularizzato e poi riconfigurato secondo i dettami della tecnica seguita.

Gli ureteri vengono incannulati e anastomizzati al serbatoio, eventualmente con una tecnica antireflusso. La sede per lo stoma cutaneo cateterizzabile di solito è l'ombelico, ma può essere anche un quadrante addominale inferiore. La scelta deve essere fatta considerando innanzitutto la struttura del paziente e la sua abilità manuale.

Tra serbatoio e stoma cutaneo si interpone un segmento intestinale, come l'appendice o un segmento di ileo, adeguatamente modellato in modo da fungere da valvola per assicurare la continenza urinaria. Il serbatoio viene fissato con dei punti alla parete addominale.

I tutori ureterali vengono fatti fuoriuscire attraverso la parete del serbatoio e quindi attraverso la parete addominale all'esterno. Nel serbatoio si posiziona una catetere attraverso lo stoma cutaneo. Si pone un drenaggio. Si sutura la parete.

- Decorso

Mobilizzazione del paziente in seconda-terza giornata.

In quinta giornata si cominciano i lavaggi del serbatoio per asportare il muco prodotto dalla mucosa intestinale.

In settima giornata si rimuovono i punti della ferita chirurgica.

In dodicesima-quindicesima giornata si esegue una contrastografia per valutare il serbatoio, quindi si rimuovono i tutori ureterali e il drenaggio.

Il paziente viene dimesso con il catetere in sede, aperto, con l'indicazione ad eseguire lavaggi quotidianamente al fine di asportare il muco.

La rimozione del catetere e l'inizio dell'autocateterismo vengono fatti ambulatorialmente, sotto guida radioscopica o ecografica, 4-6 settimane dopo l'intervento.

- Complicanze

Possibili complicanze intestinali: occlusione da briglie aderenziali, fistola enterica da deiscenza dell'anastomosi intestinale. Possibili complicanze urinarie: stenosi delle anastomosi uretero-serbatoio con conseguente ureteroidronefrosi, stenosi del condotto efferente con

difficoltà di cateterizzazione, calcolosi a livello del serbatoio e/o del condotto efferente.

- Risultati

Il serbatoio assume una buona capacità e il cateterismo è solitamente facile. E' necessario che il paziente continui ad essere rispettoso delle prescrizioni ricevute.

La continenza solitamente viene raggiunta; ci può essere una lieve incontinenza soprattutto la notte e soprattutto se il serbatoio si riempie troppo.

Il paziente deve essere seguito per la patologia di base. Per la derivazione urinaria deve eseguire periodicamente esame urine ed ecografia.

3.2.2.DERIVAZIONE URINARIE INCONTINENTI

Queste derivazioni vengono riservate, soprattutto negli ultimi anni, a quei pazienti che per motivi oncologici e di condizioni generali non possono essere sottoposti a derivazione continente.

- Temporanee: cistostomie e nefrostomie
- Permanenti: U.C.S. e U.I.C.S.

3.2.2.1. D.U.I. TEMPORANEE:

A) CISTOSTOMIE

Drenaggio sovrapubico dell'urina dalla vescica. Può essere temporanea (inserzione percutanea di un tubo) o definitiva (abboccamento chirurgico della vescica alla cute sovrapubica). L'urina

può essere raccolta da una sacca di raccolta collegata al tubo o da un sistema placca-sacchetto.

- **Indicazioni:**

Impossibilità al cateterismo retrogrado (stenosi serrate, sclerosi del collo vescicale).

_ Traumi uretrali (anche false strade).

_ Prostatite acuta, ascesso prostatico.

_ Ritenzione cronica completa d'urina con distensione vescicale.

_ Fistole uretro-intestinali.

B) NEFROSTOMIE

Puntura percutanea del rene in anestesia locale finalizzata all'inserimento di un tubo che consenta la fuoriuscita di urina dalla pelvi renale all'esterno. Il tubo viene fissato con un punto di seta alla cute. L'urina viene raccolta con un sistema placca-sacchetto posizionato in regione lombare.

- **Indicazioni:**

Derivativa: In tutte le situazioni in cui si renda necessaria la derivazione temporanea o definitiva delle urine (es.:IRA ostruttiva; ostruzioni neoplastiche).

Diagnostica: Complementare ad altre procedure diagnostiche in situazioni in cui sia necessaria la derivazione urinaria (es.:rene escluso).

Terapeutica: Drenaggio di raccolte, infusione di farmaci, preludio a trattamenti endourologici.

- Vantaggi:

Inserimento semplice, rapido, eseguibile anche in pazienti critici.

- Svantaggi:

Il paziente non può gestire placca e sacchetto da solo ma ha bisogno di assistenza. È necessario sostituire il tubo periodicamente. Per assicurare il drenaggio di entrambi i reni sono necessarie due stomie. Non può essere una soluzione definitiva a meno di pazienti terminali.

3.2.2.2. D.U.I. PERMANENTI:

A) URETEROCUTANEOSTOMIA

Derivazione urinaria incontinate con abboccamento diretto degli ureteri alla cute.

- Indicazione

Dopo intervento di cistectomia o in pazienti con vescica defunzionizzata per patologia neoplastica, infiammatoria, traumatica, neurologica o iatrogena.

Questa derivazione viene proposta o scelta quando le altre non sono possibili o se le condizioni del paziente e/o lo stadio della malattia consigliano di ridurre al massimo i rischi operatori e post-operatori.

- Tecnica

Gli ureteri vengono isolati il più distalmente possibile, sezionati e incannulati. Bilateralmente si prepara un tragitto transparietale con sbocco a livello del quadrante addominale inferiore attraverso il quale si fa passare l'uretere corrispondente. Si anastomizza l'estremità dell'uretere

alla cute secondo una delle possibili tecniche. E' possibile far passare un uretere da un lato all'altro attraverso un tragitto retromesocolico, di solito il sinistro a destra, e anastomizzare un uretere all'altro e l'altro alla cute, in modo da avere un solo stoma cutaneo (trans-uretero-cutaneo-stomia). Si pone un drenaggio e si sutura la parete.

- Decorso

Mobilizzazione in prima giornata.

Rimozione del drenaggio in terza-quarta giornata.

Applicazione dei sacchetti per la raccolta delle urine sull'addome a livello delle uretero-cutaneo-stomie.

Rimozione dei punti in sesta-settima giornata e dimissione dal reparto. Gli stent ureterali vengono solitamente lasciati in sede, per l'elevato rischio di stenosi dell'anastomosi uretero-cutanea.

- Complicanze

Possibile stenosi dell'anastomosi uretero-cutanea, altre complicanze più frequenti sono infezione del tratto urinario e calcolosi.

- Risultati

La funzione renale rimane buona. Gli stent ureterali devono essere sostituiti periodicamente, ogni due-tre mesi, a causa delle incrostazioni che tendono a formarsi.

B) URETEROILEOCUTANEOSTOMIA

Derivazione urinaria incontinente, con abboccamento degli ureteri all'estremità di un segmento intestinale defunzionizzato, abboccato a sua volta con l'altra estremità alla cute.

- **Indicazione**

Patologia neoplastica, infiammatoria, traumatica, neurologica o iatrogena della vescica che porta all'asportazione della vescica o all'esclusione funzionale della stessa; il condotto viene proposto di solito se non si può eseguire una derivazione urinaria continente.

- **Tecnica**

Dopo avere eseguito la cistectomia o dopo avere isolato gli ureteri e averli separati dalla vescica, si precede al confezionamento dell'ileo-cutaneo-stomia. Gli ureteri vengono incannulati e preparati, portando di solito il sinistro a destra, attraverso un tunnel retromesocolico, facendo in modo da evitare angolazioni e compressioni. Di solito si utilizza un tratto di ileo per questa derivazione, ma può essere usato anche un segmento di colon (condotto colico). Si isola un tratto di ileo di 12-15 cm a circa 20 cm della valvola ileo-cecale. Si ricostituisce la continuità intestinale con anastomosi ileo-ileale. Gli ureteri vengono abboccati all'estremità prossimale del segmento ileale, secondo una delle tecniche note, e si retroperitoneizza l'anastomosi. L'altra estremità del segmento ileale viene abboccata alla cute a livello del quadrante addominale inferiore destro. Si pone un catetere nel condotto, assieme ai due tutori ureterali. Si pone un drenaggio. Sutura della parete.

- Decorso

Mobilizzazione del paziente in prima giornata post-operatoria.

In terza-quarta giornata si cominciano i lavaggi del condotto per asportare il muco.

In settima giornata si rimuovono i punti della ferita addominale.

In ottava-nona giornata si rimuovono i tutori ureterali e il catetere dal condotto. Si applica la placca attorno alla stomia cutanea e si posiziona il sacchetto di raccolta delle urine.

Si rimuove il drenaggio, quindi il paziente può essere dimesso.

- Complicanze

Possibili complicanze intestinali: occlusione da briglia aderenziale; deiscenza dell'anastomosi ileo-ileale con conseguente fistola ileale. Possibili complicanze urinarie: spandimento urinoso dalle anastomosi uretero-ileale. A distanza: possibile stenosi dell'anastomosi uretero-ileale.

3.3. EPIDEMIOLOGIA DEI PAZIENTI UROSTOMIZZATI

Il primo censimento completo dei portatori di stomia, compiuto in una regione italiana, fu portato a termine nel 1999 in Lombardia e fu condotto sui dati del 1998. Le fonti delle informazioni furono le ASL e risultò, allora, che la percentuale complessiva degli stomizzati tra la popolazione era dello 0,122% e precisamente 10.998 stomizzati su 8.988.951 abitanti. Fino ad allora era sempre circolata la cifra di circa 40.000 stomizzati presenti in Italia, dopo il primo censimento si incominciò ad aggiornare quel numero ed oggi si parla di circa 60.000 portatori di stomia in Italia.

A distanza di sei anni, nel 2004, si pensò che fosse ora di verificare se la situazione fosse rimasta immutata o se si stesse modificando. Il risultato complessivo mostra che la percentuale è ancora la stessa 0,122%: adesso ci sono 11.305 stomizzati su 9.246.796 abitanti.

3.3.1. SITUAZIONE STOMIA E LAVORO IN PIEMONTE

Secondo uno studio del APISTOM, si è svolto un talk show sul tema stomia e lavoro.

Il campione comprende 1109 portatori di stomia distribuiti in un range d'età tra i 7 e i 95 anni con un picco massimo nell'ottava decade (70-79 anni) (grafico1). Andando a valutare l'incidenza dei tipi di stomia tra i lavoratori e portatori di stomia a riposo si osserva che le percentuali maggiori di entrambi sono per le colostomie, che sono però le stomie più diffuse, seguite dalle ileostomie e in ultimo le urostomie. Valutando, invece le percentuali di lavoratori tra i diversi tipi di stomia si osserva un'incidenza maggiore per le ileostomie (forse perché generalmente

confezionate su soggetti più giovani) rispetto alle colostomie e alle urostomie (vedi tabelle 1 e 2)

Tabella 1

A riposo %		In attività
69,69	Colonstomie	54,38
16,05	Ileostomie	34,38
14,62	Urostomia	11,25

Tabella 2

A riposo %		In attività
83,17	Colonstomie	16,83
64,28	Ileostomie	35,72
83,01	Urostomie	16,99

L'analisi successiva, che entra nel vivo del tema, è lo studio delle percentuali di portatori di stomia che sono in età lavorativa, cioè in età compresa, per i maschi, fra i 18 e i 64 anni e, per le femmine, tra i 18 e i 60 anni. Da questa analisi risulta che i portatori di stomia in età lavorativa sono 283 su 1109, pari al 25,52%, con un rapporto tra maschi e femmine pari a 1,94/1. Il dato che più lascia perplessi è la differenza che si trova tra i portatori di stomia di Torino e quelli delle provincie piemontesi; la percentuale di stomizzati in età lavorativa varia infatti rispettivamente dal 43,26% al 14,29% (Grafico 2).

Tra i 283 portatori di stomia in età lavorativa si è valutato quanti effettivamente lavorano e quanti sono a riposo, tenendo presente anche coloro che sono indicati come Non Forza Lavoro (ad esempio studenti e casalinghe). Risulta, quindi, che il tasso di occupazione tra i maschi portatori di stomia di età inferiore a 65 anni è pari al 60,43%, mentre lo

stesso dato tra le femmine di età inferiore ai 60 anni è pari al 60,42%. Raffrontando questi dati con quelli divulgati dall'ISTAT e Regione Piemonte sul tasso d'occupazione della popolazione piemontese, ne risulta che quello dei portatori di stomia non presenta differenze significative rispetto alla popolazione totale del Piemonte (Grafico 3).

Se da quest'analisi si evince che i portatori di stomia hanno un tasso d'occupazione sovrapponibile a quello della popolazione, importanti sono invece le problematiche che si riscontrano sul posto di lavoro.

Al termine del dibattito era chiaro che molti portatori di stomia in età lavorativa sono stati in grado di proseguire la propria attività, talora con qualche problema di gestione, ma fondamentalmente mantenendo il posto di lavoro; in alcuni casi, però, lo stomizzato è ricorso al silenzio circa la propria situazione, o è stato costretto a licenziarsi oppure ad adattarsi, con enormi problemi, al proprio stato di disabile. La speranza è che l'azione di associazioni locali, ma soprattutto nazionali, come la FAIS, siano in grado di sensibilizzare i legislatori affinché affrontino le numerose lacune ancora presenti.

Grafico 1

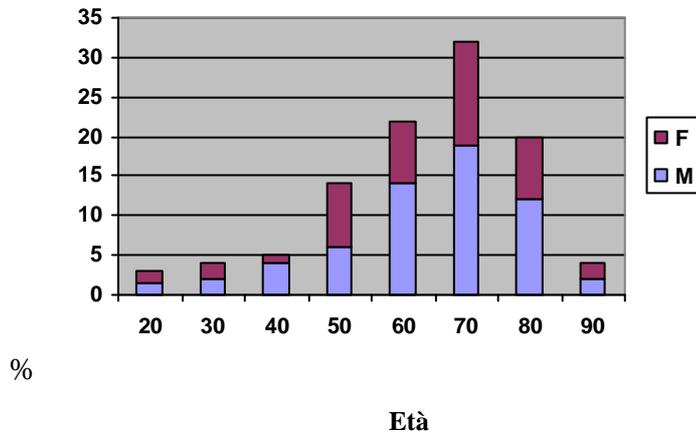


Grafico 2

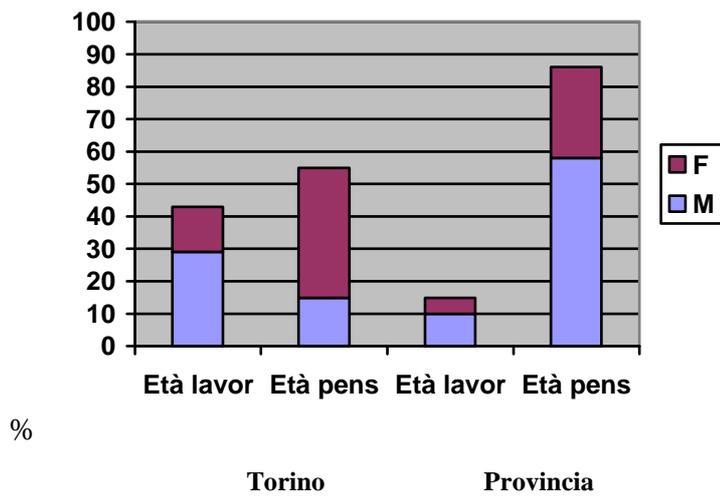
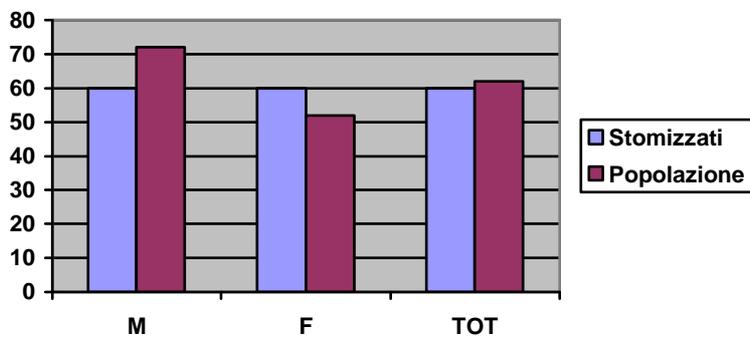


Grafico 3



3.4.LE COMPLICANZE DELLE DERIVAZIONI URINARIE

Le complicanze della cistectomia e della derivazione urinaria permangono tuttavia in una percentuale di casi non trascurabile. E inoltre in taluni pazienti anziani o con ridotto PS non è possibile eseguire interventi laboriosi. La cistectomia parziale, che aveva goduto di grande popolarità negli Anni '60 e '70 in casi molto selezionati, può rappresentare un'alternativa all'intervento radicale. Va tenuto presente che dopo resezione vescicale solo il 25% dei pazienti si possono considerare guariti a 3 anni. Il 30% dei pazienti va in progressione, sia localmente sia a distanza, e solo un terzo di costoro si avvale della cistectomia di salvataggio, mentre il 40% sviluppa una recidiva superficiale entro 24 mesi.

3.4.1.COMPLICANZE DELLO STOMA

Le complicanze della creazione della stomia possono essere problemi fisiologici, problemi funzionali, e problemi con l'adeguamento o adattamento psicologico. Il documento di prassi che illustra le cause e il trattamento di varie complicanze fisiologiche della stomia, sono stati sviluppati e pubblicati dalla Wound, Stomia e Continence Nurses Society.(18, 19)

Le complicanze riportate in letteratura sono state principalmente problemi fisiologici. I problemi più comunemente indicati sono stati retrazione, ernia, prolasso, problemi della cute peristomale, e necrosi. Altre complicanze funzionali riportati da diversi autori includono perdite sacchetto frequenti, odore, scarsa destrezza, problemi di visualizzazione della stomia, abbigliamento incompatibili con stomia e l'ubicazione, e

modifiche nella dieta. Problemi psicologici e problemi di adattamento alla stomia sono depressione, ansia, problemi sessuali, e il fallimento per tornare al lavoro. (38)

Il tasso complessivo di complicanze dello stoma fornite da diversi studi variava dal 12% -72%. Il tasso di complicanze si differenzia in 2 modi principali: molti ricercatori riportano negli studi la percentuale delle complicazione già avvenute ed altri riportato la percentuale di complicanze specifiche dal totale di tutte le complicazioni trovate (alcuni individui hanno avuto complicanze multiple). (20, 21, 22)

CAPITOLO IV:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE UROSTOMIZZATO

4.1. PROCESSO ASSISTENZIALE

La necessità di adattamento fisico, psicologico e sociale delle persone che entrano in ospedale per un intervento chirurgico che porta al confezionamento di una stomia rendono fondamentale la scelta di un piano di assistenza individuale che tenga conto di alcuni criteri assistenziali essenziali.

Diversi studi dimostrano che un piano pre-operatorio è importante per ridurre la morbilità e migliorare il recupero del paziente.(23, 24) Il piano assistenziale è un modo di documentare e comunicare la cura erogata al paziente. Perché senza tale documento probabilmente molte questioni importanti potrebbero essere trascurate. In letteratura ci sono diverse regole ed esperienze che riguardano la documentazione di un piano assistenziale tra i diversi paesi.(25)

Infatti una buona informazione preoperatoria ha dimostrato numerosi esiti positivi per il paziente: riduzione della paura, dell'ansia, dello stress psicologico e del dolore; aumento della collaborazione allo svolgimento delle attività prescritte e della soddisfazione; abilità nell'assunzione di farmaci; riduzione dell'uso di analgesici; migliore recupero fisico; autonomia di movimento e maggior predisposizione per la dimissione. Tutto ciò spesso si traduce in una diminuzione delle complicanze e in una riduzione dei tempi di degenza.

L'educazione terapeutica del paziente con stomia urinaria è un'attività considerata nella prassi assistenziale. Ed è fondamentale portare il paziente urostomizzato all'autogestione appena possibile, prima che perda la sicurezza in se stesso.

L'infermieristica in questi casi prevede come intervento prioritario l'educazione terapeutica come strumento elettivo. In questo ampio ventaglio di competenze, le abilità professionali costituiscono la base del rapporto privilegiato e della relazione quotidiana che s'instaura tra malato ed infermiere.

Secondo la definizione dell'OMS "...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita".

L'obiettivo è motivare il paziente a diventare protagonista nella cura della propria patologia. Gli strumenti sono il saper ascoltare molto e soprattutto un certo modo di essere.

Il passaggio da "paziente" a "persona" è una delle parole chiave dell'educazione terapeutica. In molti sensi l'educazione terapeutica è un percorso di libertà e non può essere "insegnato" ma solo vissuto insieme dal team sanitario e dal paziente lavorando su due principi fondamentali quali il valore della persona, avviando un processo di riappropriazione della propria salute e malattia, e riscoprendo la centralità dell'uomo rispetto ai servizi, fornendo risposte più pertinenti e consolidando una più efficace opera di promozione della salute e della prevenzione.

4.1.1 FASE PREOPERATORIA

Il paziente che arriva in un reparto di chirurgia, viene accolto dall'infermiere di reparto, insieme e rispettando il più possibile la privacy, fanno un quadro della situazione, l'infermiere raccoglie i dati anamnestici necessari alla corretta compilazione della cartella infermieristica, osserva il paziente per raccogliere i dati forniti dalla sua comunicazione non verbale, rispetto al suo stato emotivo. (27)

- **Accertamento preoperatorio**

L'accertamento preoperatorio comprende: la valutazione della funzione cardiopolmonare, poiché i pazienti che vengono sottoposti a cistectomia (asportazione della vescica urinaria) sono solitamente anziani e possono mal tollerare una procedura chirurgica lunga e complessa; la valutazione dello stato nutrizionale, che può essere compromesso a causa dei suoi problemi di salute; identificazione delle informazioni e delle istruzioni da dare al paziente e ai familiari, in relazione alla necessità di fare comprendere loro quali cambiamenti anatomici e funzionali risulteranno dall'intervento. L'infermiere valuta la percezione di sé e il grado di autostima del paziente e della sua capacità di far fronte allo stress e alla perdita dell'integrità fisica. Valuta inoltre il suo stato mentale, la sua abilità manuale e la capacità di coordinazione, e il metodo più adeguato per trasmettergli le informazioni relative all'assistenza postoperatoria.

- **Diagnosi infermieristiche preoperatorie**

In base a quanto ricavato dall'accertamento, le diagnosi infermieristiche preoperatorie per un paziente sottoposto a una procedura di diversione urinaria potranno essere le seguenti:

- Ansia motivata dalla conoscenza anticipata della perdita dell'integrità fisica in seguito all'intervento;
- Deficit nutrizionale, dovuto a un apporto insufficiente;
- Carenza di informazioni sulla procedura chirurgica e sull'assistenza postoperatoria.

- **Pianificazione e obiettivi preoperatori**

Gli obiettivi principali per il paziente includono:

- L'alleviamento dell'ansia,
- Il miglioramento dello stato nutrizionale,
- L'aumento delle conoscenze sulla procedura chirurgica, sugli esiti attesi e sull'assistenza postoperatoria.

- **Interventi infermieristici preoperatori**

-Alleviamento dell'ansia: la malattia neoplastica e l'imminente asportazione della vescica creano nei pazienti timori relativi all'alterazione dell'immagine corporea e alla perdita di sicurezze fondamentali. Il paziente deve adattarsi al sistema di raccolta urinaria esterno, allo stoma e alle cicatrici dell'incisione chirurgica, e abituarsi a nuove pratiche escretorie e igieniche.

Il paziente maschio deve anche affrontare l'impotenza sessuale, che può essere corretta in alcuni casi con un impianto penieno. Anche la paziente femmina sarà preoccupata per l'alterazione dell'immagine e accuserà una diminuzione dell'autostima.

È importante che l'infermiere abbia un comportamento di sostegno - sia fisico che psicologico- e valuti l'impatto dell'intervento sull'autostima del paziente e come questi reagisce allo stress e alla perdita dell'integrità fisica, aiutandolo a mantenere la sua autonomia e a modificare il meno possibile le sue abitudini. Il paziente viene incoraggiato a esprimere le preoccupazioni e le paure suscitate dall'intervento a cui sta per sottoporsi. L'incontro con persone specificamente preparate al sostegno di pazienti stomizzati potrà rendere l'attesa meno angosciante e facilitare l'adattamento alle conoscenze dell'intervento.

Infatti esiste una stretta relazione tra informazioni ricevute e stato d'ansia. La persona meglio informata, quindi più consapevole non solo accetta il percorso operatorio, ma si dimostra più collaborativa nel proprio recupero.(26)

-Aspetti nutrizionali: la preparazione del paziente include clisteri di pulizia intestinale per evitare la stasi fecale, per ridurre la pressione nell'intestino e per minimizzare l'ileo paralitico postoperatorio.(28)

Si prescrive una dieta povera di residui e si somministrano antibiotici per ridurre la flora patogena intestinale e il rischio di sepsi e di infezioni.

Il paziente che si sottopone a cistectomia a causa di una neoplasia può manifestare gravi carenze nutrizionali a causa dello sviluppo della massa tumorale, di una enterite da radiazioni, dell'anoressia.(29) La nutrizione

enterale o parenterale totale può aiutare il paziente a recuperare energia e favorire la guarigione delle ferite chirurgiche. Un'abbondante idratazione preoperatoria è essenziale per assicurare il flusso dell'urina e prevenire l'ipovolemia durante l'intervento. (30)

-Informazioni sull'intervento chirurgico e le sue conseguenze: il consulto con un enterostomista sarà estremamente utile per preparare il paziente all'intervento e per pianificare l'assistenza postoperatoria. Fanno parte dell'educazione del paziente la spiegazione di dove sarà creato lo stoma, del rationale per la preparazione dell'intestino prima dell'intervento, dei motivi per indossare una sacca di raccolta e l'anticipazione degli effetti dell'intervento sulla funzione sessuale.

Prima dell'intervento, si decide dove creare lo stoma, facendo sedere il paziente, facendolo rimanere in piedi o sdraiare, in modo da scegliere un punto distante dalle prominenze ossee, dalle pieghe cutanee e da quelle adipose.(31) Lo stoma dovrebbe essere distante anche da cicatrici, dall'ombelico o dalla vita. Per occuparsi senza problemi dell'autoassistenza il paziente deve essere in grado di esaminare e raggiungere lo stoma con facilità. La posizione migliore per creare lo stoma viene segnata con inchiostro indelebile, per essere facilmente visualizzata durante l'intervento. Si valutano eventuali allergie del paziente e la sensibilità ai cerotti o agli adesivi.

Per abituare il paziente alla presenza del sistema di raccolta, può essere utile fargli indossare una sacca di raccolta contenente acqua prima dell'intervento.

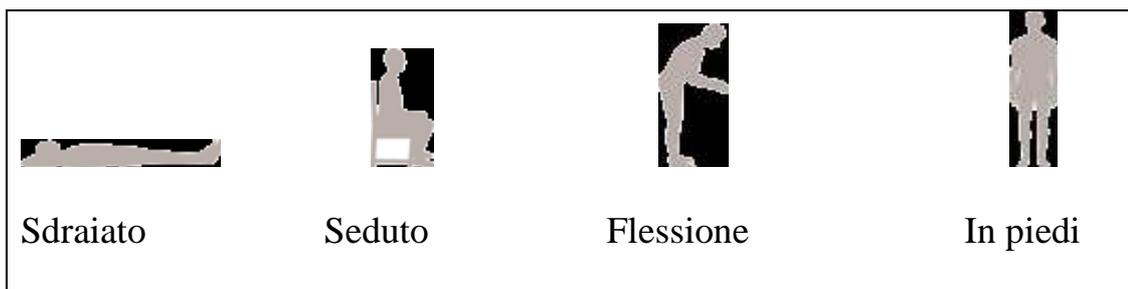


Fig. 5 Scelta del sito migliore per il confezionamento della stomia.

- **Valutazione preoperatoria**

Per misurare l'efficacia dell'assistenza l'infermiere valuta il grado di ansia preoperatoria del paziente e il suo stato nutrizionale, le conoscenze sulla procedura chirurgica e le aspettative a essa associate.

- **Risultati attesi**

I risultati attesi sono i seguenti. Il paziente:

<p>1.È meno ansioso per l'intervento e per l'imminente perdita dell'integrità fisica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunica i suoi timori ai sanitari e ai familiari. ➤ Mantiene un atteggiamento positivo riguardo all'intervento e ai suoi risultati.
<p>2.Mostra un adeguato apporto nutrizionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si nutre a sufficienza prima dell'intervento ➤ Mantiene un peso stabile

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spiega il razionale della nutrizione enterale o parenterale totale, quando necessarie. ➤ Mostra un normale turgore cutaneo, membrane mucose ben idratate, una produzione urinaria adeguata e assenza di sete eccessiva
<p>3. Mostra di essere informato sulla procedura chirurgica e sul decorso postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sa quali delimitazioni deriveranno dall'intervento ➤ Descrive l'ambiente in cui si troverà nell'immediato post operatorio (sondini di drenaggio, strumentazione, sorveglianza infermieristica) ➤ Effettua esercizi respiratori (respiri profondi, colpi di tosse) ed esercizi con i piedi

4.1.2. FASE POST - OPERATORIA

- **Accertamento postoperatorio**

L'assistenza infermieristica nell'immediato post operatorio è indirizzata a prevenire l'insorgere di complicanze e a rilevare, attraverso un attento monitoraggio, i segni e i sintomi di eventuali complicanze. Si tengono sotto osservazione il catetere di sistema di drenaggio, si valuta la pervietà del sistema di drenaggio, si misura il volume urinario e si esamina il colore del liquido drenato. Un'improvvisa diminuzione del volume di urina drenata o un aumento del volume del liquidi di drenaggio devono essere riportati immediatamente al medico, in quanto possono indicare una ostruzione delle vie urinarie, uno stato di ipovolemia o un sanguinamento. Si valuta inoltre l'eventuale necessità di una terapia analgesica.

- **Diagnosi infermieristiche postoperatorie**

-Rischio di perdita dell'integrità cutanea legato a problemi di manutenzione del sistema di raccolta delle urine.

-Dolore dovuto all'incisione chirurgica.

-Disagio psicologico dovuto al cambiamento dell'immagine fisica prodotto dalla diversione urinaria.

-Possibile problemi sessuali dovuti ad alterazione anatomiche e fisiologiche.

-Insufficiente conoscenza su come mantenere la funzionalità urinaria.

- **Altri problemi / potenziali complicanze**

Le potenziali complicanze sono le seguenti:

-Peritonite, dovuta a lesioni provocate dalla creazione dell'anastomosi.

-Ischemia e necrosi dello stoma dovute a compromissione del flusso ematico allo stoma stesso.

-Retrazione dello stoma e separazione del margine mucocutaneo dovuti a eccessiva tensione o a trauma.

- **Pianificazione e obiettivi postoperatori**

I principali obiettivi per il paziente sono il mantenimento dell'integrità della cute peristomale, l'aumento dell'autostima, lo sviluppo di meccanismi di adattamento che permettano di affrontare e accettare i cambiamenti delle funzioni urinarie e sessuali, il miglioramento della competenza del paziente nel prendersi cura della funzionalità urinaria e dello stoma, la prevenzione delle possibili complicanze. (27)

- **Interventi infermieristici postoperatori**

Nell'immediato periodo postoperatorio l'infermiere ha il compito di valutare la funzione urinaria del paziente, di prevenire lo sviluppo di complicanze (infezione e sepsi, complicanze respiratorie, squilibri idroelettrolitici, formazioni di fistole, perdita di urina) e di favorire il benessere del paziente.

L'infermiere controlla il catetere e il sistema di drenaggio e misura il volume di urina drenata. Durante l'intervento viene inserito un sondino nasogastrico per permettere la decompressione del tratto gastrointestinale e diminuire la pressione sull'anastomosi intestinale. Di solito viene

mantenuto in situ per alcuni giorni dopo l'intervento. Non appena la funzionalità intestinale riprende, come dimostrato da rumori peristaltici, dalle flatulenze e dalla palpabilità dell'addome, si somministrano liquidi per via orale. Fino a quel momento liquidi ed elettroliti vengono infusi per via endovenosa. Per prevenire le complicanze dell'immobilità si aiuta il paziente a riprendere la deambulazione appena possibile.

- **Mantenimento dell'integrità della cute peristomale**

Al fine di preservare l'integrità della cute peristomale prima di tutto controllare i fattori che aumentano il rischio di un deficit nutrizionale e che compromettono la guarigione della ferita chirurgica. Come già indicato, la cura meticolosa della cute e del sistema di drenaggio è affidata all'infermiere fino a che il paziente non sia in grado di occuparsene da solo con sufficienza dimestichezza. Perché la cute sia protetta dal contatto con il liquido drenato il sistema deve essere mantenuto integro; ciò richiede la pronta disponibilità di tutto il materiale necessario nell'immediato periodo postoperatorio. Una cura assidua durante tutto il periodo postoperatorio favorirà il mantenimento dell'integrità cutanea e il benessere del paziente. Inoltre l'integrità della cute intorno allo stoma aiuterà il paziente e i familiari ad adattarsi alle alterazioni della funzione urinaria e ad apprendere le tecniche necessarie per la cura della cute.

- **Alleviamento del dolore**

Dopo l'intervento si somministrano analgesici secondo necessità per ridurre il dolore e favorire il benessere del paziente, permettendogli così di girarsi nel letto, di tossire e di eseguire esercizi respiratori. Un adeguato alleviamento del dolore può essere ottenuto sia con analgesia

controllata dal paziente che, alternativamente, con la regolare somministrazione di analgesici nel corso della giornata.(32) Per giudicare l'adeguatezza della terapia analgesica e dell'approccio scelto si chiede al paziente di valutare l'intensità del dolore riferendosi a opportune scale di valutazione.

- **Miglioramento dell'immagine di sé**

La capacità del paziente di adattarsi ai cambiamenti dovuti all'intervento di derivazione urinaria dipende in parte da come egli percepiva se stesso prima dell'intervento, dell'immagine che aveva del suo corpo e dal supporto e dalle reazioni di chi gli è vicino. L'infermiere può aumentare il suo senso di sicurezza aiutandolo, con opportune istruzioni e incoraggiamenti, a diventare indipendente nella gestione del sistema di raccolta urinaria. L'educazione relativa alla manutenzione dello stoma viene condotta in un contesto privato, per permettere il paziente di porre domande o esporre i suoi problemi senza timore o imbarazzo. È importante spiegare perché si indossano i guanti durante la cura dello stoma, poiché il paziente potrebbe interpretare l'uso dei guanti come un segno di avversione o di rifiuto dello stoma.

- **Problemi sessuali**

Anche se la salute sessuale rappresenta un importante elemento nell'equilibrio psico-fisico dell'individuo, non bisogna tuttavia esasperare ad ogni costo tale stato di cose con il risultato di creare al paziente dei complessi che magari prima non aveva. Schematicamente possiamo dire che i problemi sessuali nello stomizzato possono dipendere da:

- cause psicologiche

- - cause organiche

Talvolta possono coesistere entrambe le situazioni ed in questi casi la problematica è più complessa.

Nei pazienti stomizzati che hanno avuto trattamenti radioterapici o farmacologici si possono avere turbe sessuali legate ad interferenze ormonali o vascolari. La causa organica più frequente di disfunzioni sessuali però è legata alle possibili lesioni del sistema simpatico e parasimpatico.

Il sistema simpatico nell'uomo ha un ruolo fondamentale nell'eiaculazione, mentre nella donna porta alla contrazione della piattaforma orgasmica. Il parasimpatico è responsabile dell'erezione nell'uomo, mentre nella donna stimola la lubrificazione e l'inturgidimento prevalentemente del terzo inferiore della vagina. Altre limitazioni sessuali anatomiche possono derivare da resezioni della parete vaginale o del collo uterino infiltrati dal tumore. La dispareunia quindi può essere un problema importante sia per le eventuali modifiche anatomiche che per la quantità di tessuto cicatriziale all'interno della pelvi.

Da questa schematica esposizione si evince come siano molteplici e non sempre di facile soluzione gli aspetti che deve affrontare l'equipe riabilitativa. Sia in questa fase che in quelle successive, l'infermiere deve sapersi muovere con professionalità e delicatezza, creando quel clima di confidenza e fiducia nel pieno rispetto della privacy. Anche il rapporto con il partner va gestito con sensibilità, senza invadere la sfera di intimità e complicità che ogni coppia ha diritto di avere e conservare ed è compito del medico del centro e dell'infermiere spiegare le modificazioni

anatomiche e fisiologiche intervenute nel partner. E' opportuno indagare se ci sono problemi di tipo sessuale ed il peso di questi nella vita di coppia.

L'infermiere quindi, senza entrare in merito alla diagnosi ed alla terapia, deve conoscere tutte le problematiche riguardanti la sessualità degli stomizzati. Sarebbe certamente sbagliato se volesse sostituirsi allo psicologo o ad altre figura professionali altamente specializzate quali : sessuologo, ginecologo, urologo - andrologo, chirurgo vascolare.

Non avendo le competenze specifiche, rischierebbe di banalizzare i problemi o di dare delle false aspettative talvolta in contrasto con i pareri degli specialisti. In conclusione al giorno d'oggi il problema della disfunzione sessuale nel paziente stomizzato non è più un tabù, una vergogna da nascondere, ma va considerato come una possibile complicanza dell'intervento chirurgico da prevenire ed in caso contrario da curare sia da un punto di vista organico che psicologico.

- **Monitoraggio e trattamento di potenziali complicanze**

Dati la complessità dell'intervento chirurgico, le ragioni per cui viene effettuata la derivazione (neoplasia o trauma) e lo stato nutrizionale in genere carente, le complicanze non sono rare.

Oltre ai rischi postoperatori comuni a tutti gli interventi (per esempio, problemi respiratori, quali atelettasia, squilibri idroelettrolitici), si possono verificare una deiscenza dell'anastomosi, una sepsi, la formazione di una fistola, perdite urinarie e fecali, irritazione cutanea. In presenza di tali complicanze, il paziente dovrà rimanere ospedalizzato per lungo periodo e probabilmente essere nutrito per via parenterale. Dovrà essere mantenuto il sondino naso gastrico per la decompressione

gastrointestinale e sarà probabilmente necessario un nuovo intervento chirurgico. Il trattamento mirerà a stabilizzare il drenaggio, prevenire la sepsi e provvedere a una nutrizione adeguata per favorire il recupero.

-Peritonite:

Dopo l'intervento, una perdita di urina dalla sede di anastomosi può provocare una peritonite, che si manifesta con dolore e distensione addominale, rigidità muscolare con reazione di difesa, nausea e vomito, ileo paralitico (assenza di rumori intestinali), febbre, leucocitosi.

È importante monitorare attentamente la produzione e il drenaggio di urina, perché una improvvisa diminuzione del volume urinario può indicare una perdita. Anche il sistema di drenaggio urinario deve essere tenuto sotto controllo, in modo da rilevare eventuale perdite. In presenza di una perdita, la sacca di raccolta viene sostituita. Piccole perdite in corrispondenza dell'anastomosi possono risolversi con la chiusura spontanea, ma perdite cospicue possono richiedere una riparazione chirurgica.

Vengono monitorati i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza delle pulsazioni e frequenza respiratoria, temperatura). Cambiamenti dei parametri vitali, aumento del dolore, nausea, vomito e distensione addominale possono essere indici di peritonite e devono essere riportati al medico.

-Ischemia e necrosi dello stoma:

Si esamina attentamente lo stoma, poiché un'eccessiva pressione sui vasi sanguigni mesenterici, la torsione del condotto associata alla manipolazione chirurgica, un'insufficienza arteriosa possono provocarne l'ischemia e la necrosi. Si esamina lo stoma almeno ogni 4 ore, per

verificare che l'apporto ematico sia sufficiente. Lo stoma dovrebbe essere di colore rosso-roseo. Se l'irrogazione non è sufficiente esso appare violaceo, bruno o nero. Tali cambiamenti vanno riportati immediatamente al medico. Il medico stesso o un enterostomista può inserire un piccolo sondino lubrificato nello stoma ed esaminare il lume per rilevare un'ischemia superficiale o una necrosi. Uno stoma necrotico richiede un intervento chirurgico. Se l'ischemia è superficiale si tiene sotto osservazione lo stoma divenuto scuro, che nel corso di alcuni giorni può perdere lo strato esterno.

-Retrazione e separazione dello stoma:

Il trauma e la tensione applicata sul tratto di intestino usato per creare lo stoma possono provocare la retrazione dello stoma stesso e la separazione del margine muco cutaneo. Tale separazione può avere luogo anche quando, a causa di accumulo di urina sul margine dell'apertura, lo stoma non guarisce. L'uso di una sacca di raccolta dotata di una valvola antireflusso impedisce tale accumulo. Una cura meticolosa della cute peristomale, che deve essere tenuta pulita e asciutta, favorisce la guarigione. Solitamente, in caso di separazione del margine muco cutaneo, non è necessario intervenire chirurgicamente. L'area separatasi viene protetta con polvere di karaya, con una pasta adesiva, con una barriera e una sacca di raccolta adatta alle dimensioni dello stoma: ciò favorisce la guarigione. Se lo stoma si retrae nel peritoneo è necessario intervenire chirurgicamente. Quando le complicanze impongono la chirurgia, l'infermiere informa il paziente e la famiglia e si occupa sia della preparazione fisica del paziente all'intervento che del sostegno psicologico suo e dei familiari.

- **Valutazione postoperatoria- risultati attesi**

I risultati attesi sono i seguenti:

<p>1..Mantiene l'integrità cutanea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preserva l'integrità della cute peristomale e dimostra dimestichezza nella gestione del sistema di raccolta dell'urina. ➤ Non accusa dolore ne disagio nell'area peristomale ➤ Descrive le misure da prendere in caso di escoriazione della cute peristomale.
<p>2..Mostra una maggiore conoscenza delle manutenzioni del sistema di drenaggio urinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Partecipa alla cura del sistema di drenaggio e della cute. ➤ Descrive le alterazioni anatomiche dovute all'intervento chirurgico. ➤ Identifica i possibili problemi, i segni e i sintomi da riferire al medico o all'infermiere e le relative

	misure d'intervento
3..Dimostra di non sentirsi menomato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esprime l'accettazione della derivazione urinaria, dello stoma e del sistema di raccolta. ➤ Dimostra un'accresciuta autonomia nella cura del sistema di drenaggio e della propria persona. ➤ Mostra di accettare aiuto e assistenza del personale sanitario, di altri pazienti stomizzati e dei familiari.
4..Affronta i problemi relativi alla sfera sessuale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esprime i problemi legati all'alterazione della sessualità e della funzione sessuale. ➤ Discutere dei problemi relativi alla sessualità con il coniuge o con uno specialista.
5..È sufficientemente informato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Provvede efficacemente all'autoassistenza e alla manutenzione del sistema di

<p>per occuparsi dell'autoassistenza</p>	<p>drenaggio urinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pone domande relative all'autoassistenza e alla prevenzione delle complicanze. ➤ Identifica i segni e i sintomi che devono essere riferiti al medico o ad altri membri del personale sanitario.
<p>6..Non mostra complicanze</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Non accusa dolore o dolenzia addominali. ➤ La sua temperatura corporea è nella norma. ➤ Non rileva perdite di urina dall'incisione chirurgica o dal sistema di drenaggio. ➤ La produzione urinaria è nella norma. ➤ Lo stoma ha un colore rosso-roseo ed è rilevato nella giusta misura. ➤ Il bordo dello stoma è integro e ben rimarginato.

4.1.3. LA DIMISSIONE

Insegnare al paziente come occuparsi di un nuova stomia può essere un'esperienza stimolante per l'infermiere. Il paziente urostomizzato ha bisogno di incoraggiamento, sostegno e counseling per imparare ad integrare la cura della propria stomia nelle attività quotidiane.(27, 33)

Perché il paziente e i familiari possano sviluppare competenze e dimestichezza con le pratiche di manutenzione del sistema di raccolta dell'urina sono indispensabili informazioni esaurienti e la disponibilità di materiale adeguato. Essi dovranno ricevere informazioni verbali e scritte e dovranno essere incoraggiati a contattare il medico o l'infermiere per chiarire qualsiasi eventuale dubbio. Dopo la dimissione dall'ospedale, anche un contatto telefonico può essere utile allo scopo. Visite di controllo periodiche e la ripetizione delle istruzioni essenziali per la cura della cute e la manutenzione del sistema di raccolta favoriscono il mantenimento dell'integrità cutanea.

Si incoraggia la partecipazione del paziente alla scelta del sistema di raccolta dell'urina (placca e sacchetto) e all'individuazione dei tempi migliori per effettuare i cambi. Si consiglia al paziente di guardare e toccare lo stoma, in modo da superare timore e disagio. Sia il paziente che i familiari devono conoscere le caratteristiche di uno stoma normale, che deve essere:

- Roseo e ben idratato, come la mucosa orale;
- Insensibile al dolore, poiché privo di terminazione nervose;
- Vascolarizzato, il che può comportare un sanguinamento durante la pulizia.

Inoltre, se per la derivazione urinaria è stato utilizzato un segmento di intestino, è possibile che l'urina contenga muco. Sapendo che è normale, il paziente e la famiglia sapranno distinguere i segni e i sintomi che devono essere riportati all'infermiere o al medico, dai problemi che essi possono risolvere in modo autonomo.

Le istruzioni impartite al paziente e il suo coinvolgimento nell'autoassistenza aumenteranno progressivamente, in funzione della velocità del recupero e della disponibilità ad apprendere quanto è necessario per raggiungere l'autonomia. Si offrirà al paziente l'opportunità di seguire istruzioni verbali e scritte, e di metterle in pratica, familiarizzando con esse, in presenza dell'infermiere.

4.1.4. IL FOLLOW-UP

L'assistenza nel follow-up è essenziale per determinare come il paziente si è adattato ai cambiamenti fisici e al nuovo stile di vita.(27) Le visite effettuate da un infermiere domiciliare sono importanti per verificare l'adattamento del paziente al trattamento della stomia. L'insegnamento e l'incoraggiamento possono aiutare il paziente a vivere con le funzioni urinarie alterate. È anche necessario valutare le complicanze a lungo termine che possono verificarsi, come danneggiamento o rottura del sacchetto, formazione di calcoli, stenosi stomale, deterioramento della funzione renale o incontinenza urinaria.

Le seguenti procedure sono raccomandate per pazienti con incontinenza urinaria: r test della funzione renale (BUN creatinina), visite mediche periodiche, TC addominale e radiografia del torace per escludere la comparsa di metastasi.

Il monitoraggio a lungo termine per l'anemia viene fatto per identificare la carenza di vitamina B12 che può esserci quando è stata rimossa una significativa porzione dell'ileo. Questa potrebbe svilupparsi dopo alcuni anni e potrebbe essere trattata con iniezioni di vitamina B12.

4.1.4.1.LA QUALITÀ DI VITA

Considerare il paziente non più come “oggetto” di una terapia, ma come “soggetto” attivo nel processo di cura, fa sì che questa non venga valutata solo in termini di regressione dei sintomi, normalizzazione degli esami e sopravvivenza, ma tenga conto anche dell'effetto percepito e vissuto dal paziente, del suo contesto sociale, dei suoi bisogni, aspirazioni e relazioni umane e affettive. (35)

La misurazione dei molteplici parametri, generici e soggettivi, che globalmente definiscono la qualità di vita, malgrado la disponibilità di questionari validati e riconosciuti su scala mondiale e sebbene di interesse attuale e crescente, rimane comunque di difficile esecuzione ed interpretazione. (34)

Uno studio condotto dall'Università delle Marche, ha misurato e confrontato la qualità di vita (QoL) mediante il questionario “36 Item Short- Form Survey” (SF-36) e le complicanze metaboliche e funzionali, con esami ematochimici ed ecografia renale, in 22 pazienti con derivazioni urinarie diverse (10 pazienti con ileal-conduit, 9 con tasca rettosigmoidea sec. Mainz II, 3 con neoserbatoio ileale ortotopico sec. Pagano).

I risultati di questo studio ha evidenziato che i pazienti con derivazione esterna hanno una riduzione significativa dello stato di salute generale

(SG) e della consueta attività fisica (AF) rispetto ai pazienti con derivazione interna, dovuta non tanto alla mancanza di energia (VT), quanto ad una ridotta motivazione psicologica (RE).

Tali risultati sottolineano come la riduzione di un parametro fondamentale, quale lo svolgimento delle attività quotidiane, sia per lo più dovuto ad un mancato stimolo psicologico, legato alla nuova immagine corporea.

Ciò suggerisce la necessità di una gestione multidisciplinare ed integrata di tali pazienti tra specialisti quali urologi, oncologi, psicologi e personale infermieristico specializzato.

CONCLUSIONE

Concludendo questo mio lavoro di tesi, dopo un lungo percorso di ricerca nella letteratura italiana e straniera sul ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente urostomizzato, ho trovato risposta alle mie domande. Il lavoro d'assistenza infermieristica al paziente urostomizzato è un lavoro che dovrebbe essere svolto con continuità per poter raggiungere l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente stesso.

Il processo infermieristico è un processo complesso, dinamico e continuo che consente di modificare le cure con il modificarsi delle necessità del paziente. L'uso del processo infermieristico promuove un'assistenza personalizzata ed assiste l'infermiere nel rispondere in modo appropriato alle necessità del paziente. Il profilo professionale e il codice deontologico orientano gli infermieri affinché si pongano sempre più come professionisti capaci di ricercare, di scegliere, di proporre delle modalità per conseguire risultati efficaci e di qualità.

Il trattamento d'elezione della neoplasia vescicale muscolo-invasiva è rappresentato dalla cistectomia con derivazione urinaria. L'infermiere svolge un ruolo importante per quanto riguarda l'informazione ed il sostegno psicologico del paziente in vista di una derivazione urinaria, facendo attenzione a non sostituirsi allo psicologo. Anche il consulto con un enterostomista sarà estremamente utile per preparare il paziente all'intervento e per pianificare l'assistenza postoperatoria. Fanno parte dell'educazione del paziente la spiegazione di dove sarà creata lo stomia, del rationale per la preparazione dell'intestino prima dell'intervento, dei

motivi per indossare una sacca di raccolta e l'anticipazione degli effetti dell'intervento sulla funzione sessuale.

Diversi studi in letteratura riportano che in molti paesi del mondo soprattutto quelli in via di sviluppo, il fatto di avere una stomia è un tabù. È un cambiamento radicale del quale non si discute nemmeno tra coppie sposate, inoltre è spesso causa di divorzio perché il partner non accetta più il marito o la moglie. Questo sarebbe un argomento da considerare maggiormente, visto il continuo aumento dell'immigrazione nel nostro Paese.

Infine l'infermiere svolge un ruolo importante per il paziente afflitto da una disfunzione sessuale. Deve conoscere le problematiche riguardanti la sessualità degli stomizzati, senza sostituirsi alle altre figure professionali altamente specializzate quali sessuologo, ginecologo, urologo, andrologo; non avendo le competenze specifiche rischierebbe di banalizzare i problemi o di dare false aspettative talvolta in contrasto con i pareri degli specialisti. Per altro dalle ricerche svolte, si può affermare che i pazienti nutrono delle aspettative verso le cure infermieristiche; nel momento in cui essi si rivelano soddisfacenti, si instaura un rapporto di fiducia del paziente verso l'infermiere.

Nonostante il continuo aumento del numero di pazienti stomizzati, negli ospedali la cultura all'educazione della stomia è ancora poco diffusa, spesso i pazienti vengono dimessi dai reparti senza un piano per la continuità di cura. È fondamentale la scelta di un piano assistenziale individuale. I risultati riportati in letteratura evidenziano come anche in quest'area assistenziale l'adozione di un approccio sistemico

nell'intervento educativo possa facilitare il trasferimento di conoscenze e abilità già nel pre-operatorio e nell'immediato post-operatorio. Questa può essere una riflessione da cui partire per produrre nuove conoscenze e processi che supportino l'azione educativa a scopo terapeutico rivolta alla persona stomizzata.

Considerare il paziente non più come "oggetto" di una terapia, ma come "soggetto" attivo nel processo di cura, fa sì che questa non venga valutata solo in termini di regressione dei sintomi, normalizzazione degli esami e sopravvivenza, ma tenga conto anche dell'effetto percepito e vissuto dal paziente, del suo contesto sociale, dei suoi bisogni, aspirazioni e relazioni umane e affettive.

Una gestione multidisciplinare di tali pazienti andrebbe ricercata nell'azione integrata di specialisti quali urologi, oncologi, psicologi e personale infermieristico specializzato per ottimizzare la cura e la riabilitazione del paziente con derivazione urinaria. Inoltre, in accordo ai dati in letteratura, i pazienti con derivazioni interne mostrano un migliore stato di salute generale rispetto ai pazienti con derivazione esterna, perchè non è stata modificata la propria immagine corporea del paziente fatto che garantisce una migliore qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

1. Martini, Timmons, Tallitschi. Anatomia Umana. Seconda edizione. C.E. Edises 2004.
2. D.U. Silverthorn. Fisiologia un approccio integrato. Terza edizione. C.E. Ambrosiana 2007.
3. Tizzani A., Frea B, Piana P. Urologia. Seconda edizione. C.E. Minerva medica.
4. R. F. Craven – C. J. Hirnle. Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica. Sostegno delle funzioni fisiologiche. C. E. Ambrosiana 2002.
5. Masson. Nursing in endourologia dell'alto apparato urinario. 2004.
6. Potter – Perry. Infermieristica generale clinica. C. E. Sorbona. 2006.
7. Brunner Surddarth. Nursing medico – chirurgico. Seconda edizione. C. E. Ambrosiana. 2001.
8. Unità operativa di urologia città di Bologna. Corso di urologia per infermiere 2002.
9. Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Seconda edizione. Mc Graw Hill 2006.
10. Carpenito Moyet L. Diagnosi infermieristiche, applicazione alla pratica clinica. C.E. CEA. 2006.

- 11.Scelo, Ghislaine; Brennan, Paul. The epidemiology of bladder and kidney cancer. *Natural clinical practice urology*. 2007; 4(4): 205-217.
- 12.Konety, Badrinath, Dhawan, Vibhu, Allareddy, Veersathpurush, Joslyn, Sue. Impact of malpractice caps on use and outcomes of radical cystectomy for bladder cancer: data from the surveillance, epidemiology, and results program. *Journal of urology*. 2005; 173(6): 2085 – 2089.
- 13.Riboli E. and Norat T. (2003). Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am Journal clinical nutritional*. 2003; 78(3): 559-569.
14. Pelucchi C. Mechanisms of disease: the epidemiology of bladder cancer. *Natural clinical practice urology*. 2006; 3: 327 – 340.
15. Mirhashemi R., Im S. and Yazdani T. Urinary diversion following radical pelvic surgery. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2004; 16: 419–422.
- 16.Garcia de Jalon Martines A., Sanchez Serrano C., Trivez Boned M., Valdivia Navarro P., Gonzalvo Ibarra A. Derivaciones urinaria y ampliaciones vescicales. *Actas urologicas espanolas*. 2002; 26(7): 467-480.
- 17.Simonato A, Lissiani A., Gregori A., Bozzola A., Galli S., Gaboardi F. Tecnica combinata per la cistoprostatectomia radicale laparoscopica con confezionamento di neovescica ileale ortotopica.*Urologia*. 2003; 70(1-4): 022-028.
- 18.Mount L. Peristomal skin complications: Best practice for clinicians. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* 2007.

19. Mount L. Stoma Complications: Best Practice for Clinicians. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; 2005.
20. Salvadalea G. Incidence of Complications of the Stoma and Peristomal Skin Among Individuals with Colostomy, Ileostomy, and Urostomy. Wound Ostomy Continence Nurses Society. 2008; 35(6): 596-607.
21. Robertson I., Leung E., Hughes D. Prospective analysis of stoma-related complications. Colorectal Disease. 2005; 7:2 79-285.
22. Arumugam P. J., Bevan L., Macdonald L., Watkins A. J., Morgan A. R., Beynon J. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management and N. D. Carr Colorectal unit, Singleton Hospital. 2003; 5(1): 49-52.
23. Maffezzini M, Gerbi G, Campodonico F, Parodi D. A multimodal perioperative plan for radical cystectomy and urinary intestinal diversion: effects, limits and complications of early artificial nutrition. The journal of urology. 2006; 176: 945-949.
24. Pruthi RS, Chun J, Richman M. Reducing time to oral diet and hospital discharge in patients undergoing radical cystectomy using a perioperative care plan. Urology. 2003; 62(4): 661-666.
25. O'Connell B, Myers H, Twigg D, Entriken F. Documenting and communicating patient care: Are nursing care plans redundant? Int J Nurses Practice. 2000; 6(5): 276-280.
26. Vujnovich A. Pre and post-operative assessment of patients with a stoma. Nursing Standard. 2008; 22(19): 50-56.

27. Geng V., Cobussen H., Holroyd S., Kiesbye B., Vahr S. Good practice in health care incontinent urostomy. European Association of Urology Nurses. 2009.
28. Shafii M, Murphy DM, Donovan MG, Hickey DP. Is mechanical bowel preparation necessary in patients undergoing cystectomy and urinary diversion?. *BJU International*. 2002; 89(9): 879-881.
29. Barrass BJ, Thurairaja R, Collins JW, Gillatt D, Persad RA. Optimal nutrition should improve the outcome and costs of radical cystectomy. *Urol Int*. 2006; 77(2): 139-142.
30. Smedeley F, Bowling T, James. Randomized clinical trial of the effects of preoperative and postoperative oral nutritional supplements on clinical course and cost of care. *Br J Surg*. 2004; 91(8): 983-990.
31. Lippincott Williams & Wilkins. Position Statement on the Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Creation of an Incontinent Urostomy. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses*. 2009; 36(3): 267-268.
32. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges for postoperative recovery. *Lancet*. 2003; 362(9399): 1921-1928.
33. Metcalf C. Stomacare: empowering patients through teaching practical skills. *Br J Nurs* 1999; 8(9): 593-600.
34. Azzolini N., Ferretti S., Barbieri A. La qualità di vita nel paziente cistectomizzato. *Urologia*. 2004; 71(2): 148-151.
35. Mariani L., Milanese G., Piergaòdina M., Minardi D. Valutazione della qualità di vita al follow-up dopo cistectomia radicale:

derivazione urinarie a confronto la nostra esperienza. *Urologia*. 2004; 71(3): 181-186.

36. Persson E., Hellstrom A. Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J.W.O.C.N.* 2002; 102-108.
37. Dorothy B. Doughty. History of ostomy surgery. *J. Wound ostomy continence nurse*. 2008; 35(1): 34-38.
38. Erwin-Toth P. A concise guide to stoma siting, pouching systems, patient education, and more. *Advances in skin and wound care*. 2003; 16(3): 146-152.
39. Pontieri- Lewis V. Basics of stomy care. *Medsurg nursing*. 2006; 15(4): 199-202.
40. Persson E., Hellstrom A. Exces of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2002; 29(2): 103-108.