**S.C.D.U. UROLOGIA**
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

# Assistenza domiciliare post-chirurgia urologica

Dott. Stefano De Luca

# La continuità assistenziale e di cura

La **continuità assistenziale** è considerata uno degli indicatori più significativi del funzionamento dei servizi sanitari

I piani sanitari, nazionali e regionali, prevedono la **riduzione dei posti letto ed un forte presidio territoriale** (riservare all'ospedale solo i casi acuti di propria pertinenza)

La **continuità delle cure** è la risposta alla necessità di non interrompere un processo assistenziale nel paziente complesso → **dimissioni difficili**

## **Le dimissioni difficili**:

- ✓ % elevata di tutte le dimissioni
- ✓ età > 75 anni
- ✓ Molteplici problemi clinici attivi
- ✓ Ospedalizzazioni ripetute
- ✓ Storia di depressione
- ✓ Problemi socio-economici e/o familiari
- ✓ Deterioramento cognitivo e funzionale
- ✓ Scarsa compliance al piano terapeutico

# Patologie urologiche

**PATOLOGIE URO-ONCOLOGICHE TRATTATE** (iter diagnostico e trattamento medico e/o chirurgico di malattie oncologiche a basso rischio, localmente avanzate e/o metastatiche, recidiva di malattia):

- Tumore della prostata
- Tumore del rene
- Tumore della vescica
- Tumore del testicolo
- Tumore del pene

**PATOLOGIE NON ONCOLOGICHE TRATTATE**

- Ipertrofia della prostata
- Prostatite
- Cistite
- Calcolosi renale, ureterale e vescicale
- Stenosi uretrali e ureterali
- Sindrome del giunto pieloureterale
- Incontinenza urinaria
- Vescica neurologica
- Patologie urologiche pediatriche
- Infertilità maschile
- Disfunzione erettile
- Incurvamento penieno (malattia di La Peyronie)

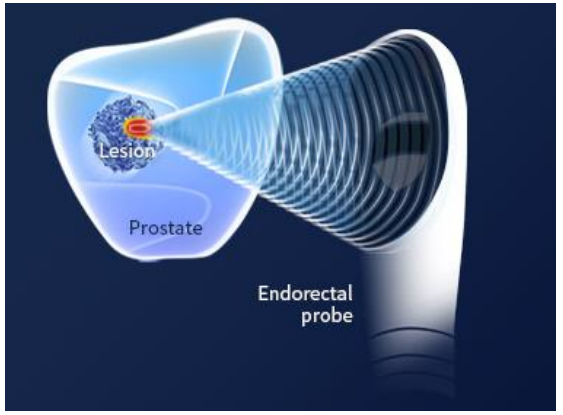
Le malattie urologiche costituiscono un problema socialmente importante in primo luogo per la loro diffusione: si calcola che il 4.2% dei ricoveri ospedalieri sia legato a questo tipo di patologie.

L'invecchiamento della popolazione rende poi le malattie urologiche destinate ad aumentare sia per incidenza sia per prevalenza nei prossimi decenni.

# Trattamenti chirurgici uro-oncologici

TERAPIE CHIRURGICHE PER PATOLOGIE URO-ONCOLOGICHE

- Tumore della prostata
  - Prostatectomia radicale chirurgica
  - Prostatectomia radicale robot-assistita (con sistema Da Vinci®)
  - Linfoadenectomia pelvica e retroperitoneale
  - HIFU
- Tumore del rene
  - Tumorectomia renale o nefrectomia radicale chirurgica e/o laparoscopica e/o robotica (DaVinci System®)
  - Nefrectomia citoreduttiva con eventuale trombectomia cavale
  - Crioterapia
  - Radiofrequenza
- Tumore della vescica
  - Resezione endoscopica trans uretrale (con eventuale Hexvix®)
  - Chemioterapia endovescicale
  - Cistectomia radicale con derivazioni urinarie ortotopiche (e.g. neovescica) ed eterotopiche
  - Cistectomia radicale con ureterocutaneostomia
  - Ipertermia e chemioterapia (sistema Synergo®)
- Tumore del testicolo
  - Orchiectomia con o senza protesi testicolare
  - Linfoadenectomia retroperitoneale
- Tumore del pene
  - Biopsia del pene
  - Amputazione peniena o penectomia
  - Linfoadenectomia inguinale



# Assistenza domiciliare post-chirurgia urologica

- ✓ **Gestione «programmata» dell'eventuale complicanza**
- ✓ **Gestione «non programmata» dell'eventuale complicanza**
- ✓ **Riabilitazione per la continenza urinaria e la funzione erettile**
- ✓ **Gestione e manutenzione dei presidi** che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

# Gestione «programmata» dell’eventuale complicanza

Spesso più conseguenza che complicanza di un intervento (educazione terapeutica predimissione)

Spiegata e descritta nella lettera di dimissione dall’ospedale

Fondamentale la comunicazione e la collaborazione con la Medicina del Territorio (dimissioni protette, piano assistenziale condiviso)

VANTAGGI:

- ricoveri più brevi
- maggior turnover dei posti letto
- abbattimento delle liste di attesa
- estensione anche ad altri servizi (gestione follow up urologico per patologie benigne in collaborazione col MMG, …)

KRANKENHAUS ST. JOSEF, SCHWEINFURT

Fachabteilung Chirurgie

Sehr geehrter Herr Kollege,

Diagnosen
Proximale Tibiafraktur links

Therapie
Tibiaplattenosteosynthese (diaphysär) am

Anamnese
Der Patient sei heute vom Fahrrad auf das linke Knie gestürzt. Er habe sich eine Schürfwunde am linken Kniegelenk zugezogen. Er könne nicht mehr laufen und eine Belastung des linken Beines ist nicht mehr möglich.

Aufnahmebefund
Patient in altersentsprechendem AZ und normalem EZ. Der Patient ist zu Ort, Person und Zeit gut orientiert. Starke Druckschmerzen im Bereich des proximalen Tibiaschaftes und am Kniegelenk. Starke Schmerzen beim Auftreten. Leichte Schwellung des Knies. Schmerzbedingte Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes.

Labor
Siehe beilegende Befundkopie.

Röntgenbefund

Linkes Kniegelenk in 2 Ebenen: Mäßiggradige Gonarthrose, es zeigt sich eine mediale Tibiakopffraktur mit dakreter Stufenbildung im Bereich der Eminentia intercondylaris, nebenbefundlich metallisches Clipmaterial auf der Medialseite wie bei Z. n. Varisierung.

Therapie und Verlauf
Die o. g. Operation haben wir in Intubationsnarkose am problemlos durchgeführt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos.
Wir konnten Herrn am mit reizlosen Wundverhältnissen nach erfolgter radiologischer Kontrolle aus unserer stat. Behandlung entlassen.

# Gestione «programmata» dell'eventuale complicanza

- necessità di autocateterismi (compilazione del diario minzionale) → aiuto nella esecuzione e compilazione

**Diario minzionale**

| Orario | Volume vuotato | Episodi di incontinenza | Autocateterismi |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

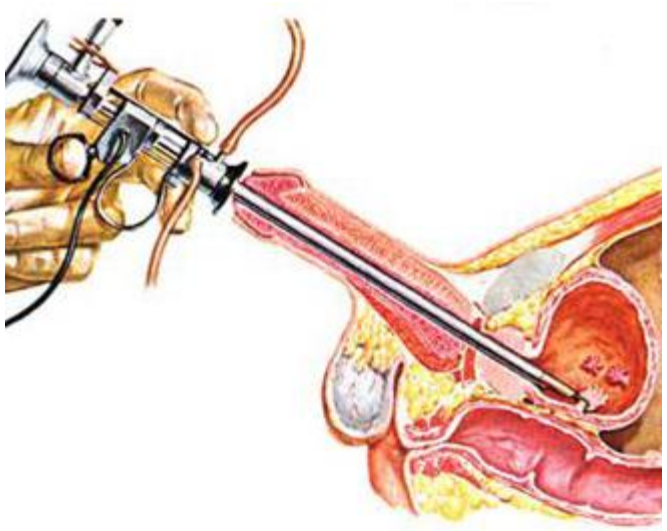
**Apporto idrico giornaliero: ……**

# Gestione «programmata» dell'eventuale complicanza

- necessità di autocateterismi (compilazione del diario minzionale) → aiuto nella corretta compilazione

- guarigione per seconda intenzione di ferita chirurgica → competenza nella gestione delle ferite

- macroematuria da caduta d'escara → valutazione quantitativa e qualitativa, esclusione di globo vescicale («tamponamento vescicale»)



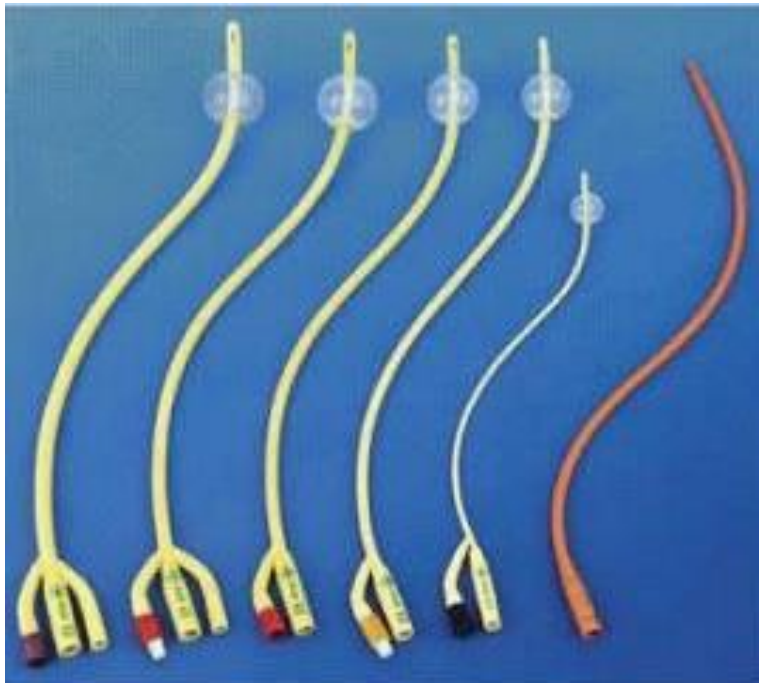
# Cateterismo vescicale

*Modelli di catetere in base al numero delle vie:*

**a una via** : utilizzato esclusivamente per il cateterismo provvisorio;

**a due vie*** : una per il deflusso delle urine e l'altra, dotata di valvola, permette la distensione di un palloncino all'interno della vescica per un posizionamento stabile del catetere;

**a tre vie** : una per il drenaggio delle urine, una per il palloncino e la terza per l'irrigazione.



# *In base alla forma dell'estremità:*

**C. di Nelaton**: ha l'estremità prossimale arrotondata e rettilinea, è dotato di 1 o 2 fori di drenaggio contrapposti. Viene usato soprattutto nella donna.

**C. di Mercier**: generalmente semirigido. La punta (arrotondata), presenta una angolatura (30 - 45 ) per favorire nell'uomo l'introduzione nell'uretra membranosa o prostatica; con 1 o 2 fori di drenaggio. Nei casi di ritenzione urinaria da ipertrofia prostatica.

**C. di Couvelaire**: semirigido, indicato nell'uomo e nella donna in caso di emorragia vescicale (favorisce un buon drenaggio) e dopo intervento di prostatectomia radicale. L'estremità presenta un foro a "becco di flauto" e 2 fori laterali.

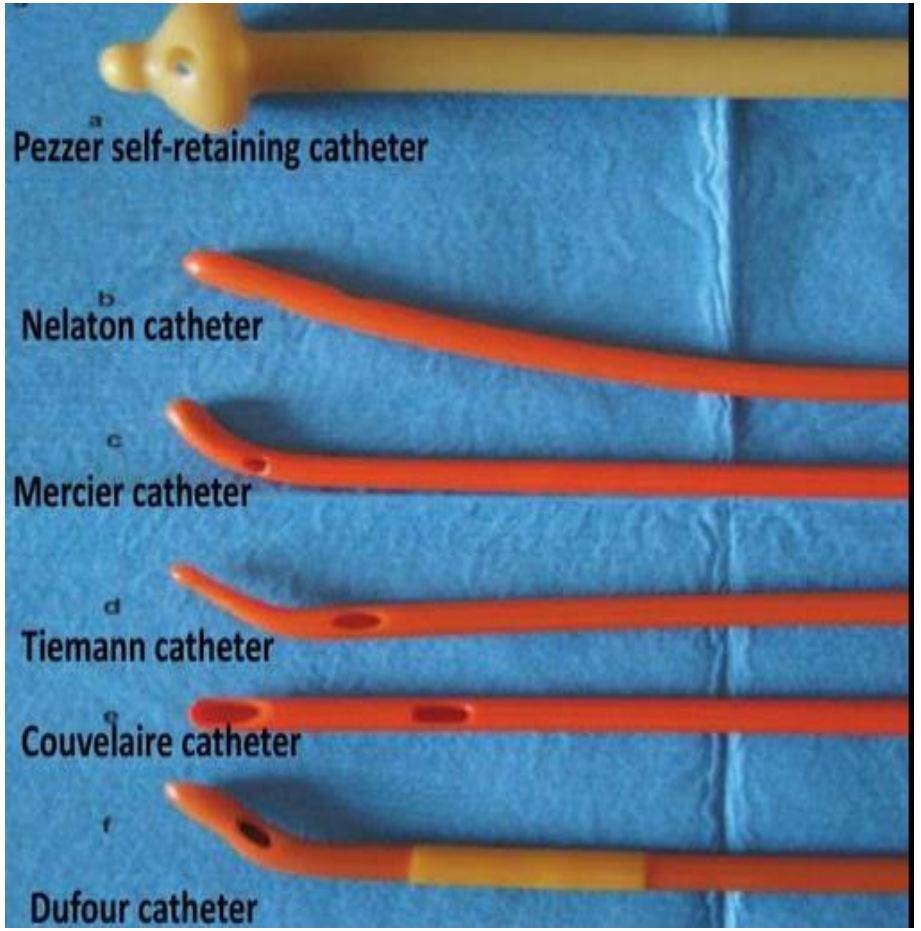
**C. di Tiemann**: semirigido, ha l'estremità a forma conica e con un'angolatura di 30 . E' indicato negli uomini che presentano restringimento dell'uretra.

**C. conicolivare**: semirigido, dotato all'estremità distale di un'olivella. Viene utilizzato in pazienti con uretra stenotica.

**C. di Foley**: molle, autostatico (è dotato all'estremità distale di un palloncino gonfiabile che ne permette l'ancoraggio in vescica). Presenta 2 fori contrapposti e simmetrici. La sua flessibilità ed elasticità assicura un elevato grado di confort al paziente cateterizzato. Il palloncino va gonfiato con 7 - 8 ml di soluzione fisiologica sterile.

**C. Dufour**: semirigido, autostatico, a tre vie (anch'esso è dotato di un palloncino di ancoraggio, la terza via serve per il lavaggio continuo). Ha la punta con una curvatura di 30 , a becco di flauto con due fori laterali contrapposti. Viene utilizzato in caso di ematuria importante, per vesciche tamponate.

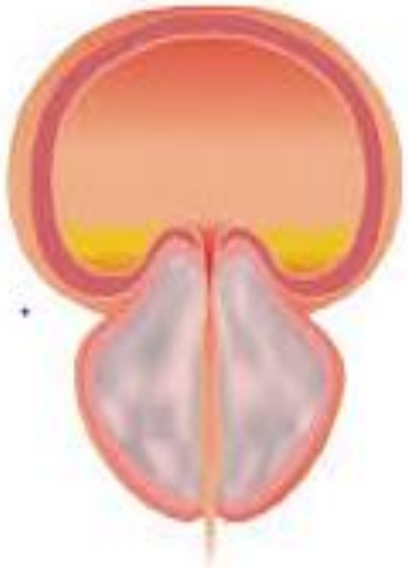
**C. di Pezzer e C. di Malecot**: cateteri in gomma, autostatici, usati in passato nella donna. Ormai in disuso, (si utilizzano nelle cistectomie sec. Bricker) venivano introdotti tramite un mandrino di metallo (sonda scanalata).

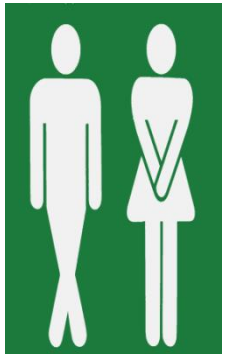


# Gestione «programmata» dell'eventuale complicanza

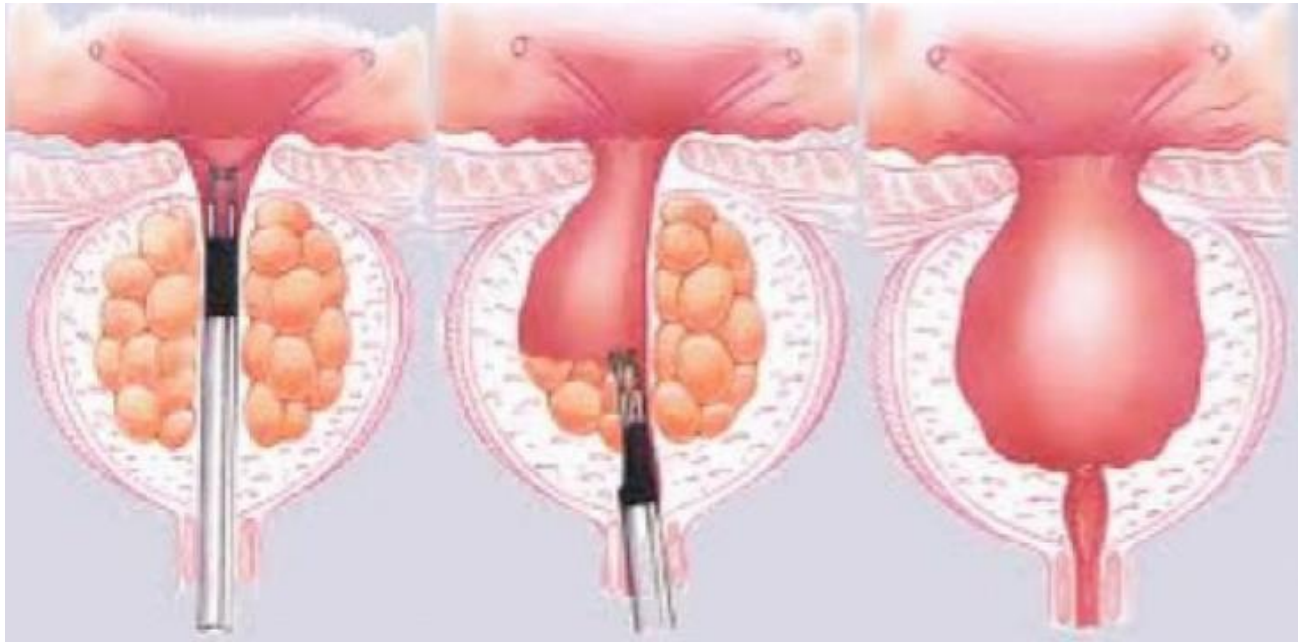
- necessità di autocateterismi (compilazione del diario minzionale) → aiuto nella corretta compilazione
- guarigione per seconda intenzione di ferita chirurgica → competenza nella gestione delle ferite
- macroematuria da caduta d'escara → valutazione quantitativa e qualitativa, esclusione di globo vescicale («tamponamento vescicale»)
- disturbi minzionali irritativi (pollachiuria, urgenza, urge incontinence, spasmi vescicali, stranguria) → conseguenze/complicanze di int. Endoscopici

# PRE – INTERVENTO DISOSTRUTTIVO PROSTATICO (TURP)





**TURP**



# POST - TURP

**Mitto valido** con pressochè immediata risoluzione dei disturbi minzionali di tipo ostruttivo

**TRANSITORIA** pollachiuria, urgenza, urge incontinence, spasmi vescicali, stranguria

# Gestione «programmata» dell'eventuale complicanza

- necessità di autocateterismi (compilazione del diario minzionale) → aiuto nella corretta compilazione
- guarigione per seconda intenzione di ferita chirurgica → competenza nella gestione delle ferite
- macroematuria da caduta d'escara → valutazione quantitativa e qualitativa, esclusione di globo vescicale («tamponamento vescicale»)
- disturbi minzionali irritativi (pollachiuria, urgenza, urge incontinence, spasmi vescicali, stranguria) → conseguenze/complicanze di int. endoscopici
- Lombalgia/colica renale con ev. eliminazione di frammenti litiasici → gestione farmacologica

# Gestione «non programmata» dell'eventuale complicanza

Vera complicanza che necessita di valutazione immediata con tempestivo invio del paziente in Ospedale

Fondamentale la collaborazione Ospedale - Medicina del Territorio

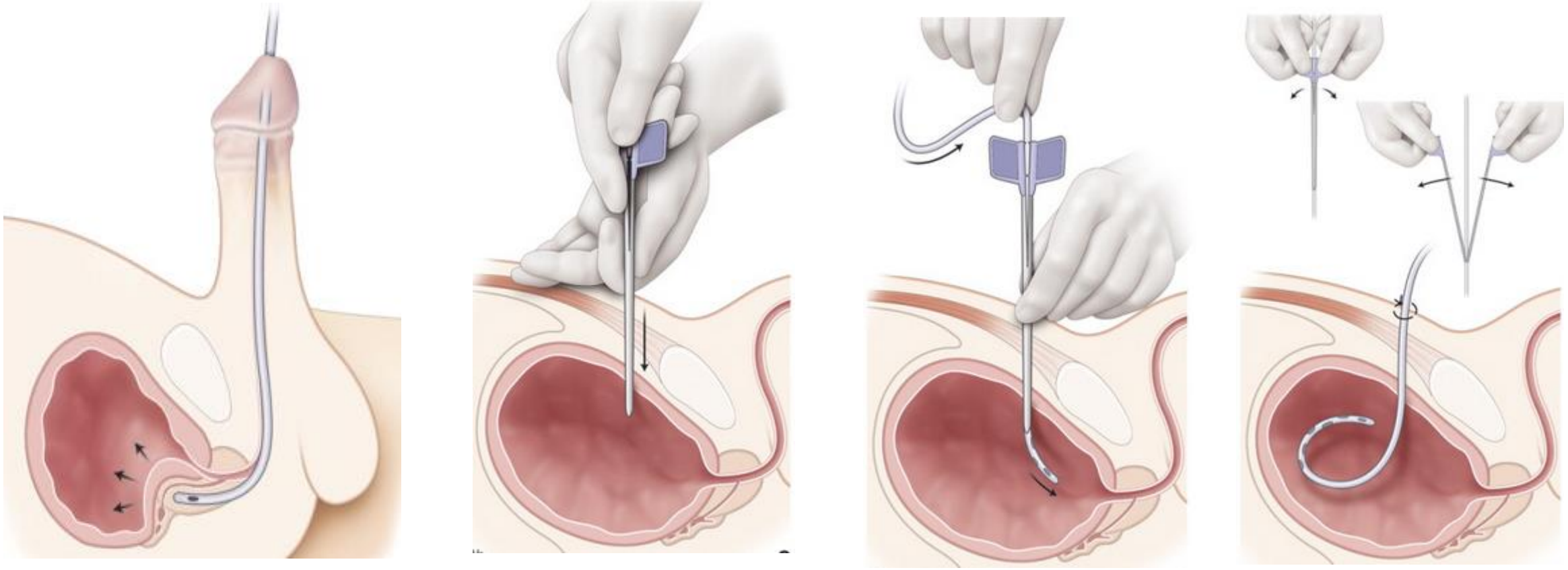
VANTAGGI:

- corretta gestione in prima battuta della complicanza a domicilio
- accessi "coordinati" in PS
- riduzione tempi di ricovero dal PS

# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)

# Cateterismo vescicale sovrapubico



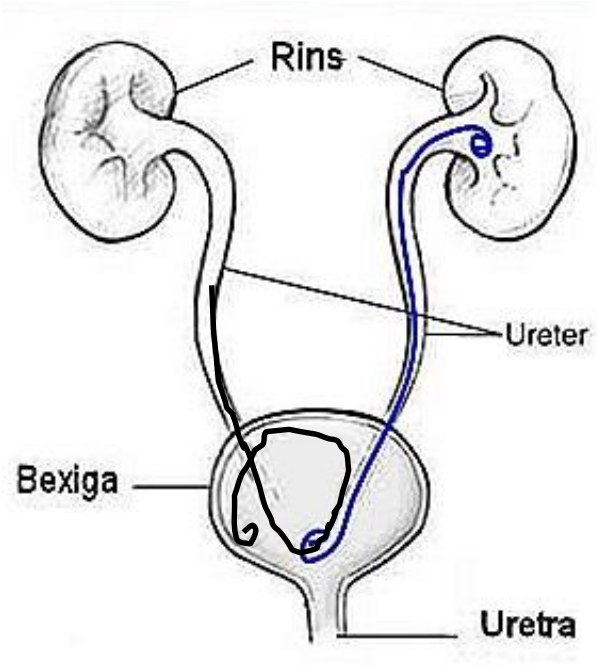
# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)

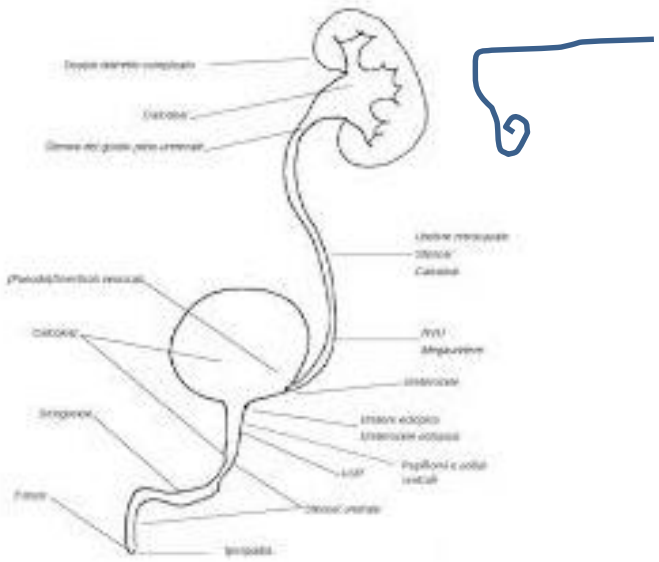
- Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale

# Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale

Catetere vescicale




Stent ureterale

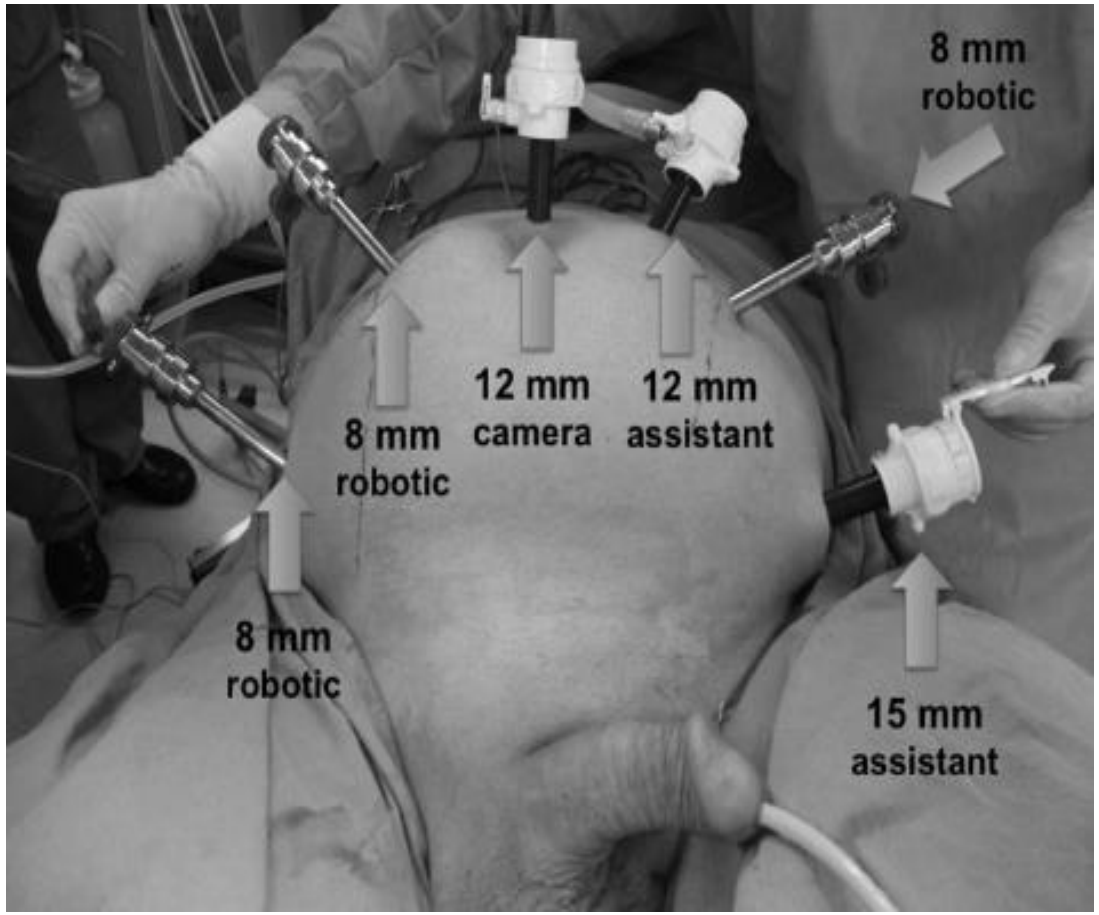


Pielostomia

# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)
- Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale
- Secrezioni siero-purulente dalla ferita chirurgica o dai tramiti dei trocar

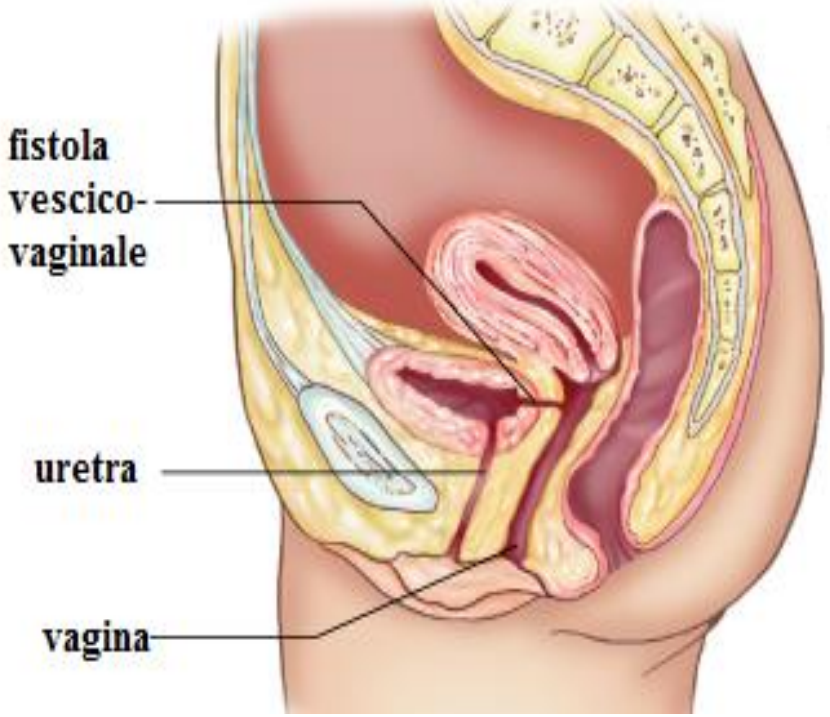
# 6 trocars  nelle RARP o nelle cistectomie radicali di cui  3-4 robotizzati



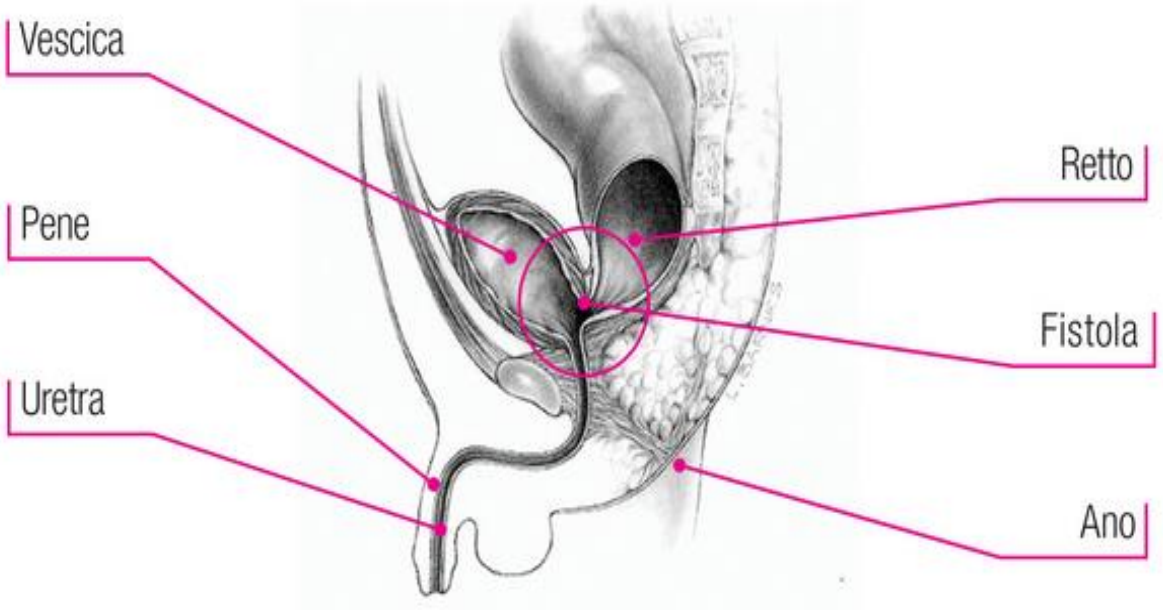
# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)
- Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale
- Secrezioni siero-purulente dalla ferita chirurgica o dai tramiti dei trocar
- Secrezioni urinose dalla ferita o dal retto/vagina (fistole urinose)

FISTOLA VESCICO-VAGINALE



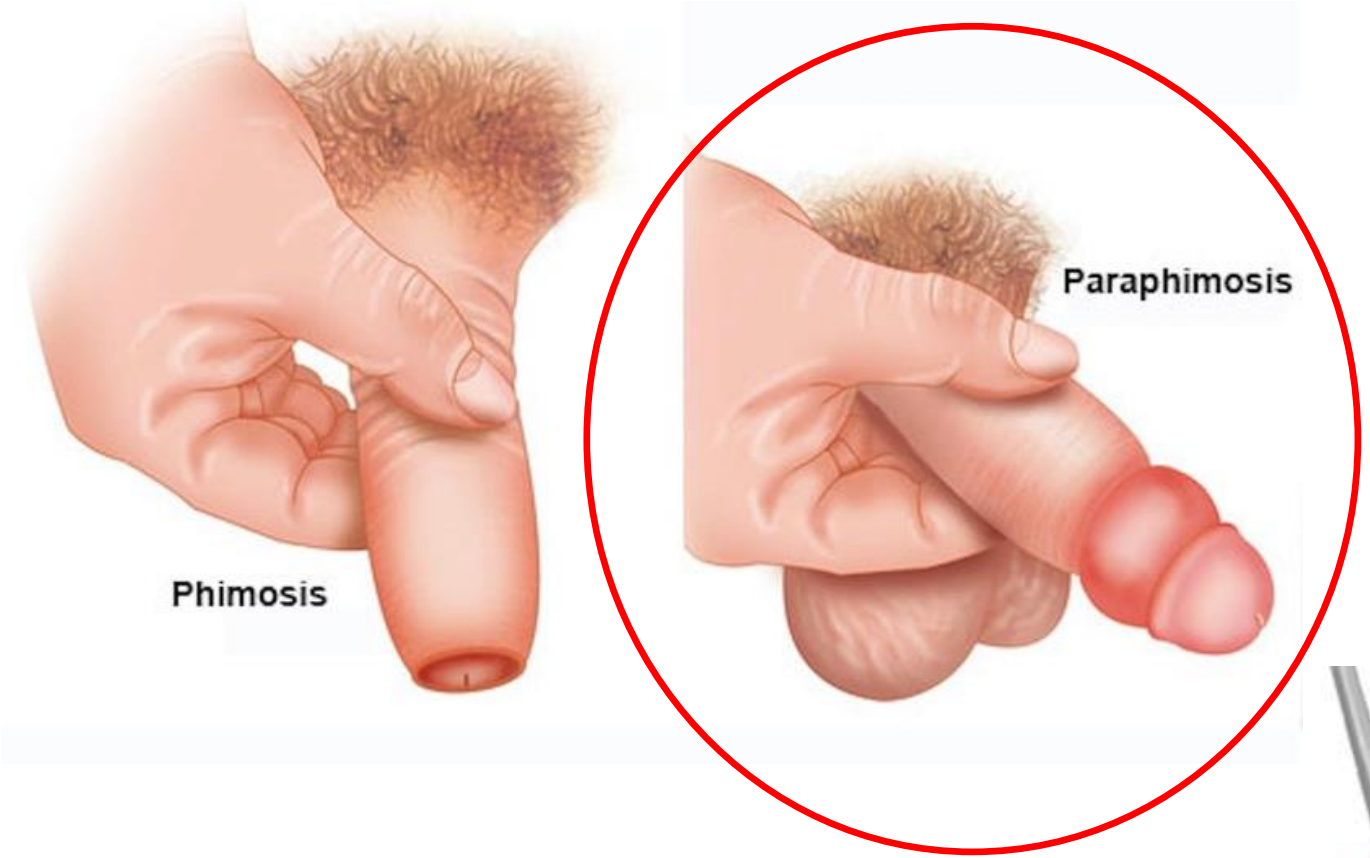

FISTOLA VESCICO-RETTALE



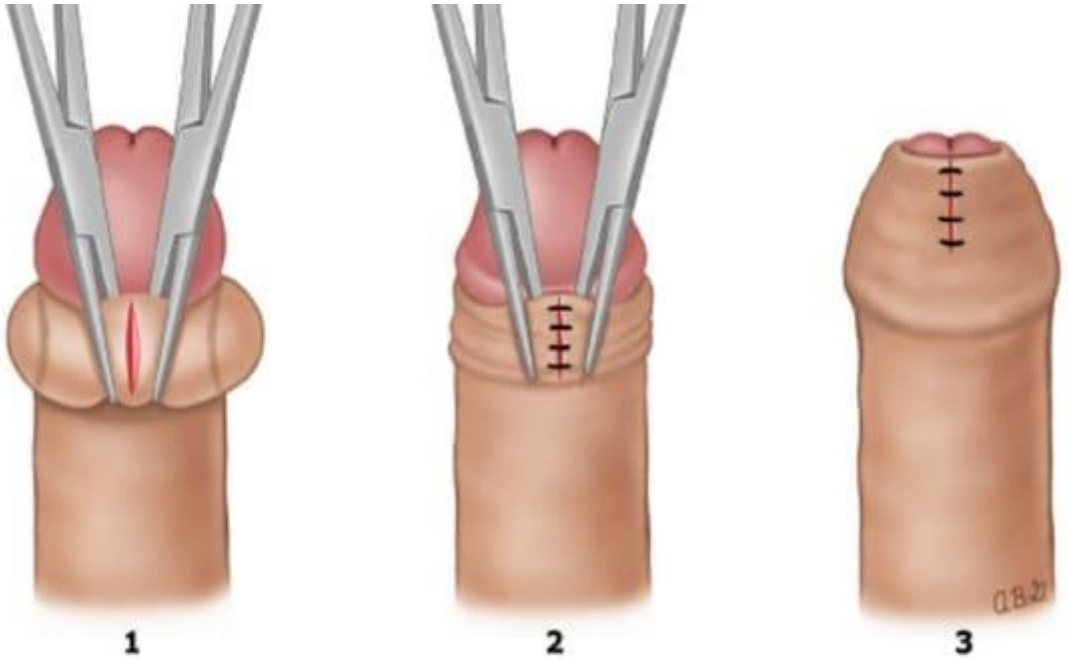

**Un riscontro precoce** consente di procedere tempestivamente con gli accertamenti clinici e radiologici per programmare il trattamento terapeutico più appropriato.

# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)
- Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale
- Secrezioni siero-purulente dalla ferita chirurgica o dai tramiti dei trocar
- Secrezioni urinose dalla ferita o dal retto/vagina (fistole urinose)
- Fimosi/Parafimosi




**Intervento d'urgenza** in caso di parafimosi inveterata: rischio di **necrosi ischemica**



# Gestione « non programmata» dell’eventuale complicanza

- Disturbi minzionali ostruttivi (disuria ingravescente, tenesmo vescicale, RUA, iscuria paradossa)
- Dislocazione di endoprotesi ureterale/pielostomia/catetere vescicale
- Secrezioni siero-purulente dalla ferita chirurgica o dai tramiti dei trocar
- Secrezioni urinose dalla ferita o dal retto/vagina (fistole urinose)
- Fimosi/Parafimosi
- Sepsi
- TVP/TEP

# Riabilitazione per la continenza urinaria e per la funzione erettile

- ➔ PDTA (percorso condiviso multidisciplinare GIC)
- ➔ Ambulatori dedicati facilmente accessibili da casa e con numero di telefono dedicato
- ➔ Personale infermieristico dedicato
- ➔ Tempi di attesa brevi (entro 15 giorni)
- ➔ Iter semplificato e veloce per l'ottenimento degli eventuali presidi necessari

# Riabilitazione per la continenza urinaria e per la funzione erettile

Azienda San Luigi Gonzaga PDTA GIC TUMORI PROSTATA

| | | |
|---|---|---|
| ambulatorio continenza | al bisogno | DH urologia, II padiglione, primo piano 0119026678 |
| ambulatorio andrologia | al bisogno | ambulatori centrali, piano terra 0119026554 |
| ambulatorio sorveglianza attiva | ambulatorio e protocollo di sorveglianza dedicato con visite ed esami periodici impostati direttamente da parte dello specialista urologo su supporto informatico AREAS (protocollo San Luigi/ protocollo START Rete Oncologica Piemontese) | DH urologia 1 piano II padiglione 0119026678 |

# Riabilitazione per la continenza urinaria e per la funzione erettile

## GIC - regolamento

| | |
|---|---|
| Coordinatore | *Prof. Francesco Porpiglia – Urologia – francesco.porpigli@unito.it - 011/9026----* |
| Segreteria | *cas@sanluigi.piemonte.it - 011/9026865 – AOU SAN LUIGI* |
| Sede dell'incontro | *SSD Day Hospital Oncologico Centralizzato - II° Padiglione IV°Piano* |
| Periodicità dell'incontro e orario | Settimanale – Lunedì ore 14.30 – 16.30 |
| Modalità di refertazione | Verbale, cartella clinica, cartella informatizzata (Applicativo: Ok Day Hospital) |
| Descrizione sintetica del funzionamento | Discussione dei casi clinici pre e/o post intervento |
| Descrizione del percorso assistenziale | L'Infermiere che partecipa al GIC Urologico svolge la propria attività al CAS.<br>**A) Ruolo dell'Infermiere prima della discussione GIC**<br>L'Infermiere ha la responsabilità della presa in carico del paziente:<br>• riceve tramite contatto telefonico dal CAS Urologico il nominativo del/dei pazienti<br>• prenota i/il pazienti/paziente per la visita GIC in base alla priorità riportata in agenda elettronica<br>• raccoglie informazioni assistenziali<br>• ogni venerdì, l'infermiere convoca il GIC tramite e-mail con la lista dei pazienti prenotati.<br>• verifica la completezza della valutazione infermieristica in merito<br>○ a dolore<br>○ sfera bio-psico-sociale<br>○ fragilità familiare<br>○ fragilità del paziente anziano<br>○ patrimonio venoso<br>effettuando eventuali integrazioni e scaricando la documentazione da AREAS |

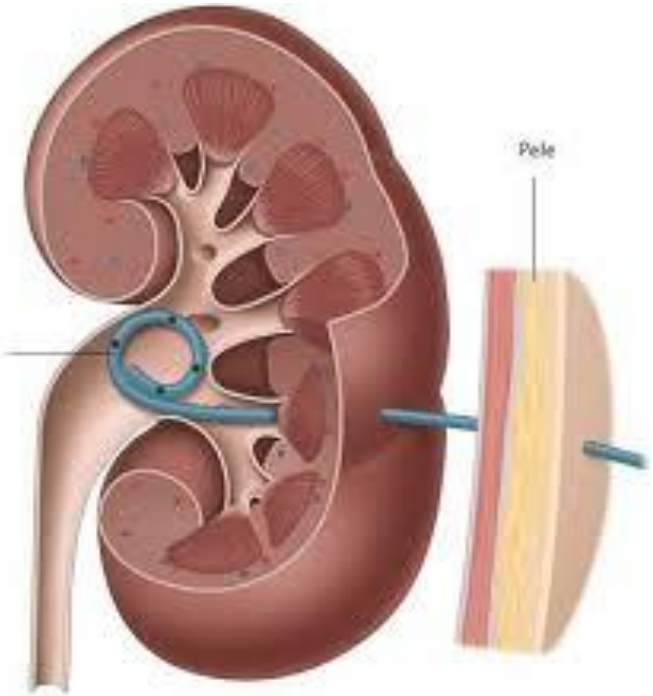
L'analisi **ab initio** di eventuali fragilità psico-sociali del paziente consente di gestire **adeguatamente** il programma riabilitativo

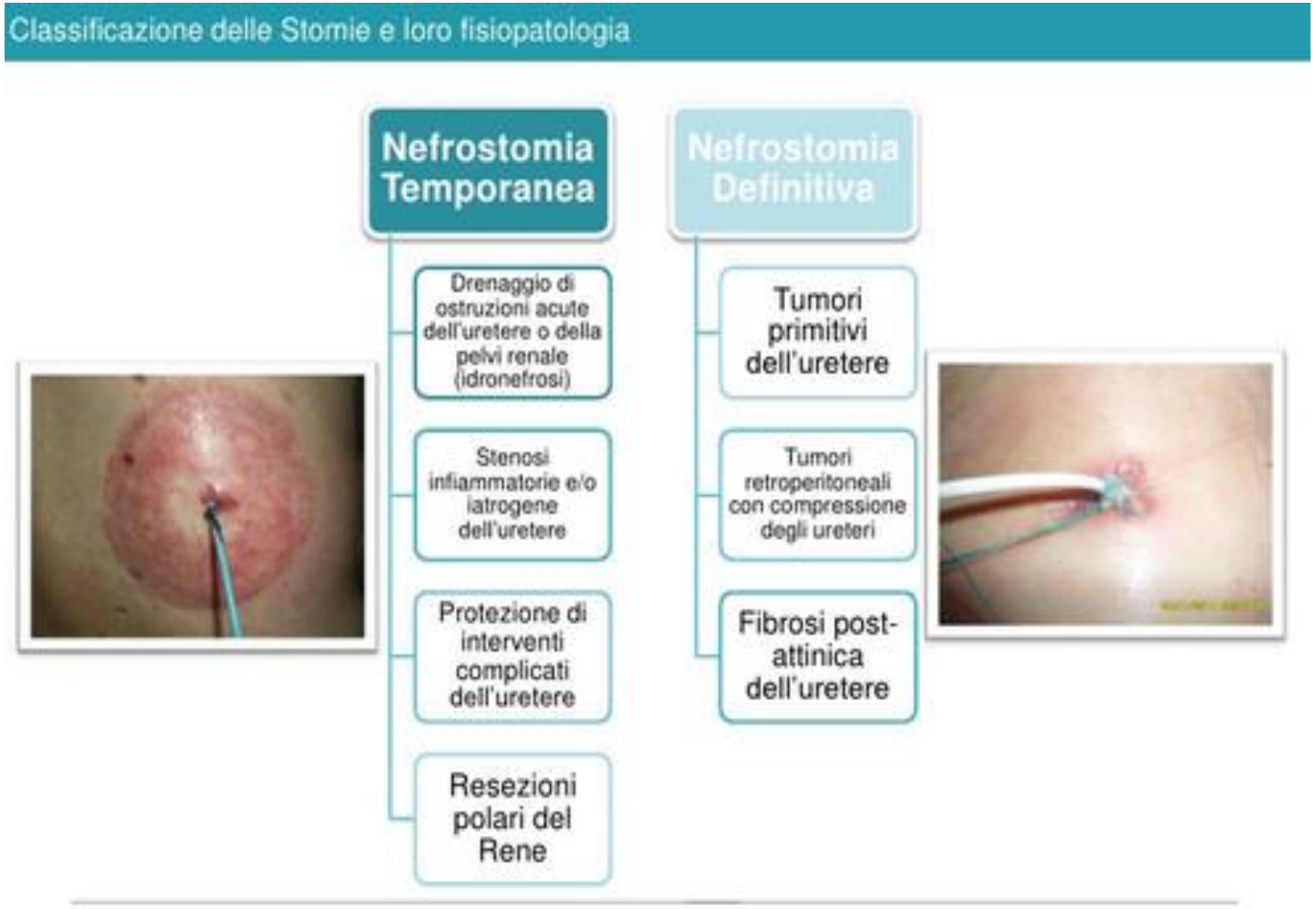
# CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI - CAS

# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie

# PIELOSTOMIA



# PIELOSTOMIA

Gestione e manutenzione:

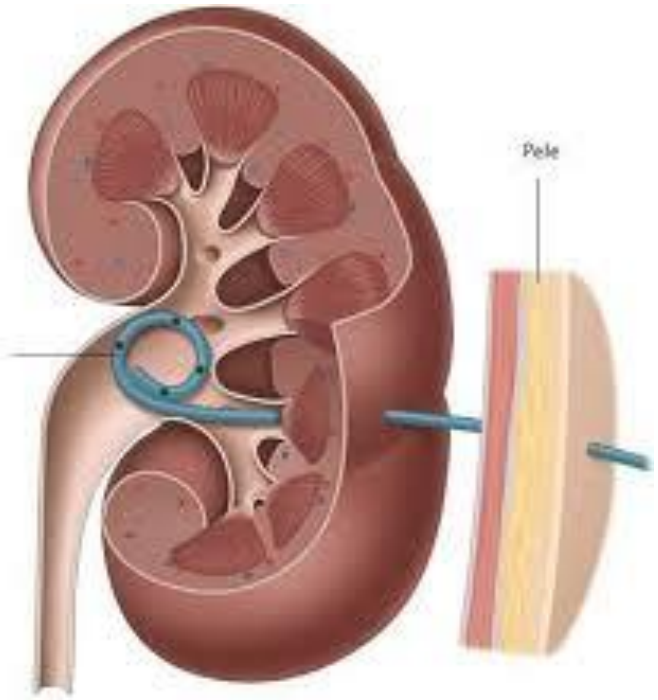
❖Ostruzione (muco, coaguli)

❖Perdita del punto di fissaggio del pielostomico alla cute

❖Scarsa adesione della placca

❖Tempistica della sostituzione

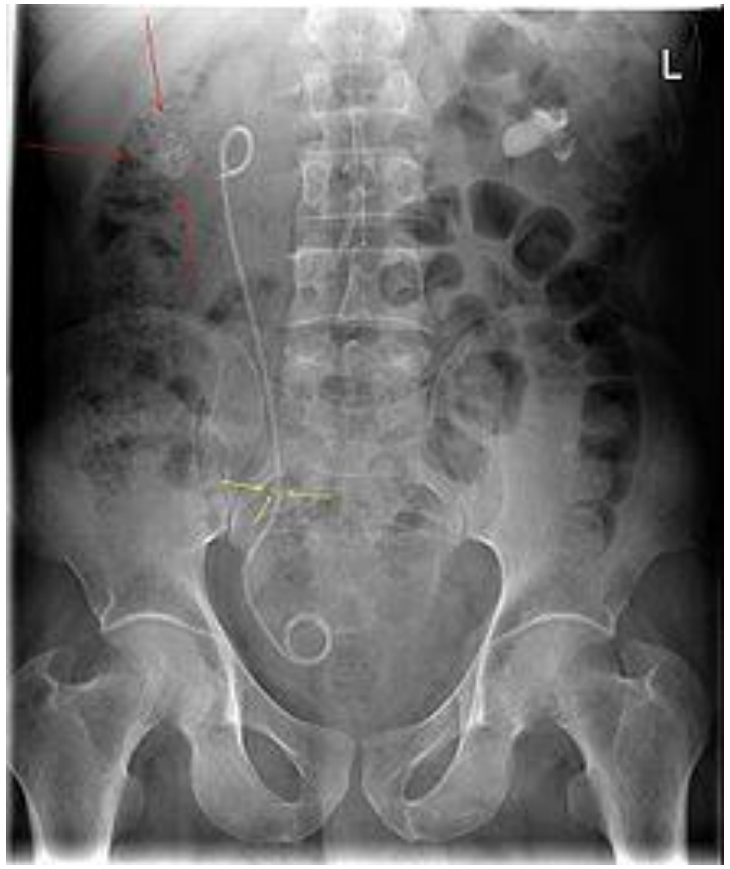
❖Clampaggio programmato (in caso di prossima rimozione)

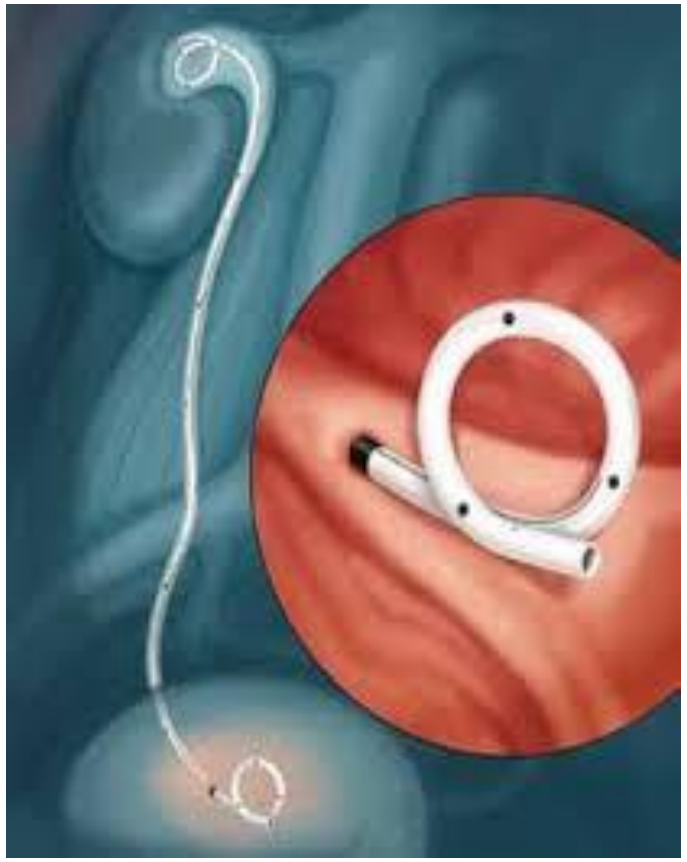


# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie → Maria Russo

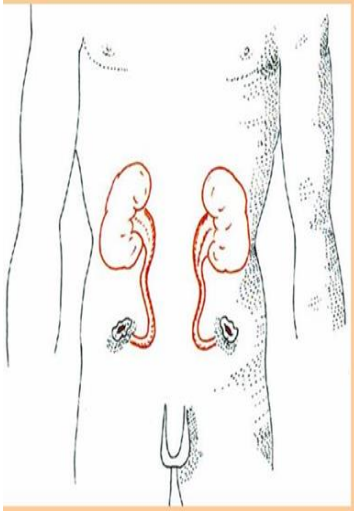
# Doppi J e mono J

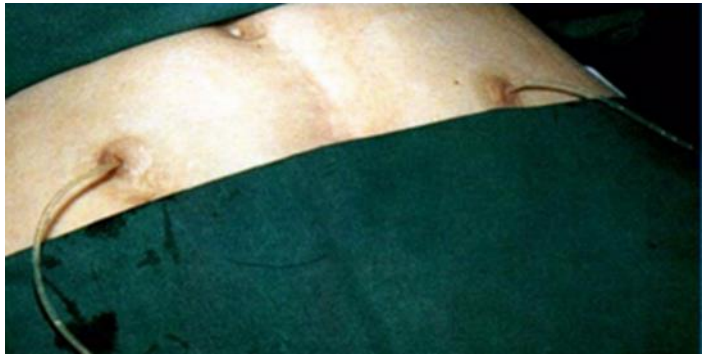


## URETEROCUTANEOSTOMIE

Gli ureteri sono derivati all'esterno sulla parete addominale. (monolaterale-bilaterale).





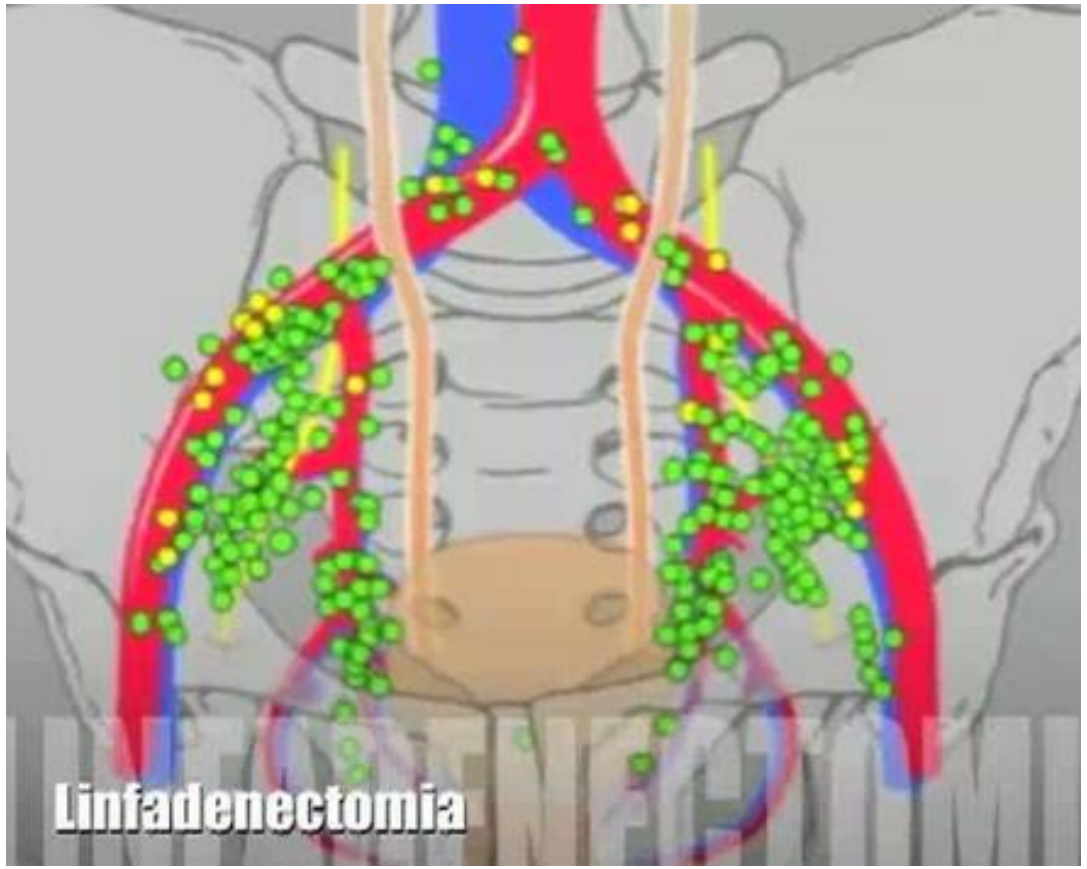
# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie → Maria Russo

# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie → Maria Russo

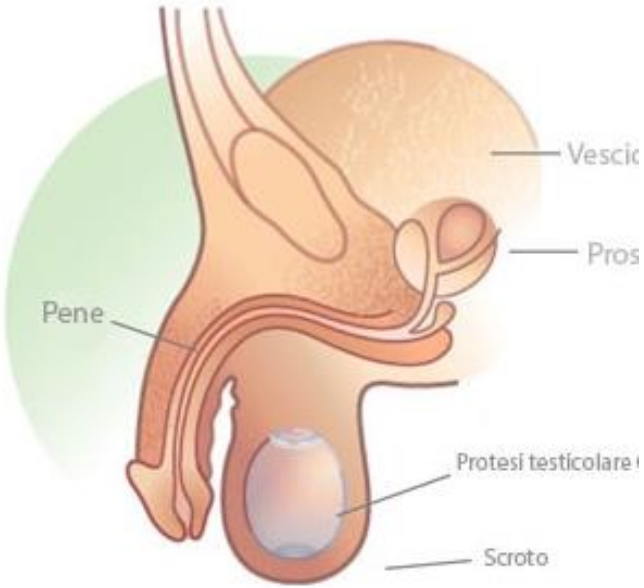
# LINFOCELE/LINFORREA PERSISTENTE IN ESITI DI PROSTATECTOMIA, CISTECTOMIA, NEFRECTOMIA



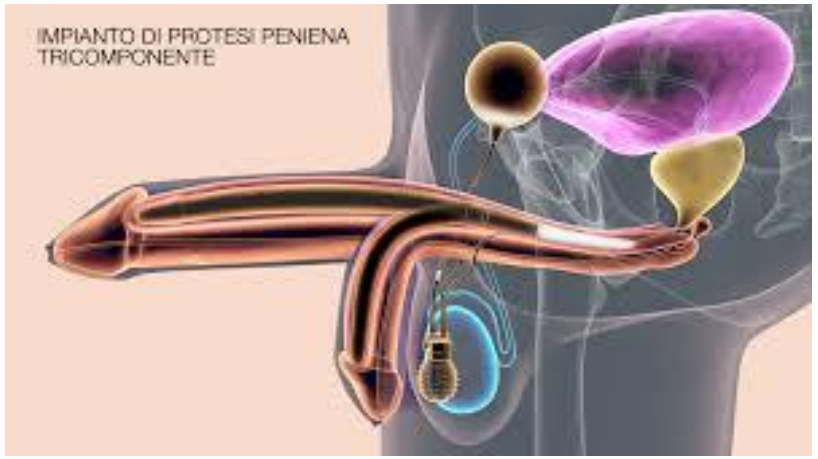
# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie → Maria Russo

# PROTESI TESTICOLARE




# PROTESI PENIENA



# Gestione e manutenzione dei presidi che sono diretta conseguenza degli interventi urologici

- Pielostomie
- Endoprotesi ureterale (JJ, mono J, sondini ureterali)
- Catetere vescicale
- Drenaggio a dimora
- Protesi testicolare, protesi peniena (ev. dislocazione o rigetto)
- Urostomie → Maria Russo

# Grazie per l’attenzione