



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica

**Instillazione intravescicale quale
trattamento con agenti antineoplastici:
ruolo dell'infermiere nella relazione
educativa**

Relatore: Chiar.mo
Dott.ssa Loredana De Col

Tesi di Laurea di:
Sofia Pandolfi

A.A. 2019/2020

Sommario

1	INTRODUZIONE	1
1.1	Definizione di tumore della vescica	2
1.2	Le cause del tumore della vescica	3
1.3	Sintomatologia e quadro clinico	4
1.4	Diagnosi.....	4
1.5	Cura	7
1.6	Instillazione intravesicale.....	9
1.6.1	Controindicazioni alle instillazioni intravesicali	10
1.6.2	Instillazioni intravesicali: percorso terapeutico.....	11
1.6.3	Dispositivi di protezione individuale per la somministrazione di terapia intravesicale	13
2	OBIETTIVO	15
3	MATERIALI E METODI.....	16
4	RISULTATI	17
4.1	Assistenza infermieristica al paziente con tumore della vescica	22
4.2	Procedura di somministrazione intravesicale	24
5	DISCUSSIONE.....	27
6	CONCLUSIONI.....	29
7	BIBLIOGRAFIA.....	30
7.1	Sitografia	32

1 INTRODUZIONE

Il cancro della vescica è il tumore maligno più comune dell'apparato urinario, ed è il quinto tumore maligno più comune in Italia. Il carcinoma uroteliale è il tipo istologico predominante sia in Europa che negli Stati Uniti, dove rappresenta il 90% dei tumori della vescica. Secondo i dati epidemiologici delle linee guida stilate dall'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM) in Italia nel 2018 sono stati registrati 27100 nuovi casi di tumore della vescica (21500 tra gli uomini e 5600 tra le donne) , pari al 7% di tutti i tumori incidenti. Quando si presentano, il 75% dei pazienti sono affetti da cancro della vescica non muscolo-invasivo (NMIBC), ossia tumori limitati alla mucosa (tumori denominati Ta secondo la classificazione TNM) o alla sottomucosa (tumori classificati T1), il restante 25% dei pazienti è invece affetto da cancro muscolo-invasivo della vescica (MIBC).

In Italia il tumore della vescica è il quarto tumore più frequente negli uomini, con percentuali pari a 6%, 10% e 12 % rispettivamente nelle seguenti fasce di età: 0-49 anni, 50-69 anni e 70+ anni. Nelle donne, questo tipo di tumore è meno presente, ed è responsabile dell'1% di tutti i tumori femminili nelle stesse fasce di età.

L'abitudine al fumo è il fattore di rischio singolo più importante, implicato nel 50% dei casi, seguito dall'esposizione cronica alle ammine aromatiche e nitrosamine (frequente nei lavoratori dell'industria tessile, dei coloranti, della gomma e del cuoio), da eventuali radioterapie che hanno coinvolto la pelvi, dall'assunzione di farmaci come la ciclofosfamide e la ifosfamide e dall'infezione da parassiti come Bilharzia e Schistosoma haematobium, diffusi in alcuni paesi del Medio Oriente . Anche la dieta ha un ruolo importante: frittture e grassi consumati in grande quantità sono associati a un aumentato rischio di ammalarsi di tumore della vescica. Esistono infine prove a favore di una componente genetica quale fattore predisponente.

L'esigenza di documentarsi riguardo questa problematica nasce durante l'esperienza di tirocinio nel reparto di oncologia dell'ospedale di Urbino, dove si è sperimentata per la prima volta la procedura riguardante la somministrazione in vescica di farmaci antineoplastici e immunoterapici, pratica terapeutica utilizzata per il trattamento del cancro non muscolo invasivo della vescica (NIMBC). In questo contesto si è evidenziato che una moltitudine di pazienti sono affetti da questo tipo di tumore e si è

colto quanto importante possa essere il ruolo dell'infermiere nella relazione educativa con il paziente a scopo preventivo e curativo.

La finalità di questa tesi riguarda la gestione dei pazienti adulti affetti da tumore non muscolo invasivo della vescica (NMIBC). Verrà posta particolare attenzione all'importanza del ruolo educativo e relazionale dell'infermiere riguardo la gestione del paziente nella sua complessità assistenziale durante i trattamenti di instillazione intravesicale.

1.1 DEFINIZIONE DI TUMORE DELLA VESCICA

La definizione fornita di seguito è quella del National Cancer Institute (NCI) degli Stati Uniti d'America.

“Il cancro della vescica è un tumore maligno che si forma nei tessuti della vescica, l'organo in cui si raccolgono le urine prima di essere eliminate dal corpo.”

Il tipo più frequente di cancro della vescica (90%) è rappresentato dal carcinoma a cellule transizionali. Questo tipo di cancro origina nelle cellule che costituiscono il normale rivestimento interno della vescica, detto anche epitelio di transizione o urotelio. Altri tipi di cancro della vescica includono il carcinoma a cellule squamose, un tumore che origina nelle cellule piatte e sottili che si trovano nel tessuto di rivestimento della vescica, l'adenocarcinoma, un tumore che origina nelle cellule secernenti muco che rivestono la vescica, e alcune altre forme rare.

Il cancro della vescica rappresenta la quinta neoplasia maligna più frequente in Europa, dove si stima che nel 2012 il cancro della vescica sia stato diagnosticato in circa 160.000 pazienti.

Il rischio d'insorgenza del cancro della vescica aumenta con l'avanzare dell'età; complessivamente il 70% dei pazienti che sviluppano un cancro della vescica manifesta sintomi dopo i 65 anni di età.

1.2 LE CAUSE DEL TUMORE DELLA VESCICA

Ad oggi, le cause del cancro della vescica non sono state ancora interamente chiarite. Sono stati identificati alcuni fattori di rischio, ma in molti casi nessuno di essi sembra essere presente. I fattori di rischio aumentano la probabilità di sviluppare il cancro, ma non sono una condizione necessaria né sufficiente a causarlo. I fattori di rischio non costituiscono quindi una causa.

I principali fattori di rischio per il cancro della vescica sono:

- L'invecchiamento;
- Una precedente storia di cancro della vescica;
- Tabagismo;
- Sostanze chimiche;
- Radioterapia della parete addominale;
- Diabete;
- Alcool;
- Acqua del rubinetto contenente alti livelli di trialometani, prodotti di degradazione del cloro.

Alcuni fattori di rischio sono di particolare importanza per lo sviluppo del cancro della vescica. Questo tumore è dovuto all'irritazione o infiammazione cronica della vescica. Nei paesi occidentali, i principali fattori di rischio per carcinoma a cellule squamose, includono il malfunzionamento della vescica, la presenza di un catetere a permanenza, la calcolosi vescicale e le infezioni croniche della vescica.

In Africa e in Medio Oriente, un importante fattore di rischio per carcinoma a cellule squamose è l'infezione da *Schistosoma hematobium*, un agente microbico diffuso in queste regioni che può infettare la vescica e causare infiammazione cronica.

Sono stati identificati fattori che sembrano avere una funzione protettiva nei confronti dello sviluppo del cancro della vescica, ma a tutt'oggi non sono disponibili chiare evidenze che supportano tale tesi.

- L'assunzione di liquidi;
- Il consumo di frutta e verdura.

1.3 SINTOMATOLOGIA E QUADRO CLINICO

Questi tumori generalmente si sviluppano alla base della vescica e coinvolgono gli orifizi ureterali ed il collo della vescica. Il sintomo più frequente è l'ematuria macro o microscopica ad andamento imprevedibile per esordio, intensità e durata. In circa un terzo dei casi la sintomatologia è sostenuta in prevalenza dalla sindrome cistitica, associata o meno ad ematuria e caratterizzata da pollachiuria, stranguria e tenesmo vescicale: si tratta in genere di forme severe e resistenti alle comuni terapie antibiotiche. I due sintomi presentano una certa correlazione con il tipo istologico del tumore. Infatti, mentre l'ematuria è più frequente nelle forme papillari e scarsamente infiltranti, la sintomatologia cistitica caratterizza maggiormente i tumori solidi ed infiltranti, quindi i più gravi in senso prognostico. Sintomi cistitici, in assenza di documentata infezione urinaria, devono ritenersi sospetti per un'affezione tubercolare o per una neoplasia. Non è rara l'evenienza di diagnosticare una neoplasia vescicale a seguito del manifestarsi di una metastasi o di una complicanza tardiva (perdita di peso corporeo, edemi agli arti inferiori, dolore addominale e massa pelvica palpabile).

1.4 DIAGNOSI

Una diagnosi precoce e accurata di tumore della vescica è essenziale ai fini dell'efficacia del trattamento: può ampliare lo spettro di opzioni terapeutiche a disposizione e quindi aumentare le probabilità di guarigione. Il cancro della vescica può essere diagnosticato con un esame obiettivo di routine o essere sospettato in base alla presenza di sintomi specifici.

I sintomi principali sono:

- Ematuria;
- Disuria;
- Nicturia;
- Pollachiuria;

Tuttavia questi sintomi non sono specifici di cancro della vescica e possono manifestarsi anche in molte condizioni non correlate al cancro, come infezioni delle vie urinarie, calcolosi renale o iperplasia prostatica benigna.

Il cancro della vescica potrebbe ostruire il flusso di urina proveniente dai reni, di conseguenza l'accumulo di quest'ultima nel rene può causare distensione del rene stesso (idronefrosi) e quindi dolore. A seguito di ciò lo specialista potrebbe richiedere un esame obiettivo generale che richiede lo svolgimento di analisi di laboratorio per la valutazione e la conta di cellule ematiche e della funzionalità renale.

La diagnosi di cancro della vescica si basa su:

- Esame clinico: necessario per raccogliere informazioni sui segni. Al fine di determinare le dimensioni, il medico potrebbe avere necessità di esaminare il retto (negli uomini) e la vagina (nelle donne);
- Ecografia dell'apparato urinario: E' l'indagine di prima istanza in caso di un sospetto tumore vescicale (presenza di ematuria, micro o macroscopica, o altri segni e sintomi di pertinenza urologica). E' un esame non invasivo, attendibile per l'accertamento del tumore della vescica e utile per il monitoraggio di possibili recidive;
- Cistoscopia: ovvero l'introduzione di uno strumento a fibre ottiche nella vescica attraverso le vie urinarie che, pur essendo fastidiosa, permette di vedere all'interno della vescica e prelevare campioni sospetti di tessuto che verranno poi analizzati al microscopio (biopsia). Se dopo la cistoscopia si verifica la necessità di approcciarsi in maniera chirurgica (TUR -BT), sarà effettuato un secondo esame istologico del tessuto tumorale asportato durante il piccolo intervento chirurgico;
- TUR-BT: è la rimozione chirurgica (resezione) di tumori alla vescica. Questa procedura è sia diagnostica che terapeutica. Diagnostica perché il chirurgo rimuove il tumore e tutto il tessuto addizionale necessario all'esame a microscopio (valutazione istologica). La TUR-BT è anche terapeutica in quanto, la rimozione completa di tutti i tumori visibili, rappresenta il trattamento per questo tipo di cancro.

- Citologico urinario: E' la ricerca nelle urine della presenza di cellule tumorali di origine vescicale. La sensibilità della metodica aumenta proporzionalmente con l'aumentare dell'aggressività biologica della neoplasia. L'esame citologico è ripetibile anche durante i controlli in pazienti che abbiano già avuto un tumore vescicole, allo scopo di diagnosticare con una certa celerità l'eventuale presenza di recidiva di malattia;
- Esame istologico: è l'analisi di laboratorio delle cellule tumorali. Viene eseguito sul campione di tessuto tumorale prelevato durante la cistoscopia . Tale esame confermerà la diagnosi di cancro della vescica e fornirà informazioni sulle caratteristiche specifiche del tumore;
- Urografia-TC e l'urografia-risonanza magnetica (RM): sono tecnologie consolidate per la valutazione delle vie urinarie e permettono al medico di servirsi di un set più preciso di strumenti diagnostici per valutare lo stato del paziente. La capacità della TC di rappresentare le strutture anatomiche ha fatto sì che progressivamente abbia sostituito l'urografia convenzionale nella stadiazione del tumore vescicale; L'urografia RM costituisce una tecnica radiodiagnostica alternativa non invasiva per i bambini e le donne in gravidanza; non è utilizzata tanto quanto l'urografia TC, anche se le nuove macchine e le innovazioni tecnologiche che ne migliorano l'efficienza e la risoluzione hanno suscitato un maggiore interesse per le tecniche di urografia RM;
- La tomografia ad emissione di positroni (PET): è una moderna tecnica diagnostica che utilizza un radiofarmaco che si accumula nelle lesioni neoplastiche caratterizzate da elevato metabolismo, permettendone l'identificazione sulle immagini analizzate dai medici. Per le neoplasie vescicali l'applicazione di questa metodica può essere limitata dall'eliminazione urinaria di parte del radiofarmaco.

La Tomografia Computerizzata (TC), PET e anche la scintigrafia ossea sono utili per valutare se il tumore si è esteso oltre la vescica coinvolgendo altri organi.

1.5 CURA

La prognosi e il trattamento del tumore alla vescica dipendono dalla tipologia e dallo stadio del tumore. Se consideriamo i tumori della vescica nella loro totalità, la percentuale di sopravvivenza a 5 anni libera da malattia si attesta intorno al 80%. È quindi una patologia che, se diagnosticata precocemente e trattata in maniera adeguata, spesso va incontro a guarigione. La terapia può avere due differenti finalità: rimuovere completamente la neoplasia, perseguendo una radicalità almeno presunta, oppure esercitare un controllo della crescita tumorale, quando tale radicalità non è possibile. La sola forma di trattamento in grado di soddisfare la prima e più importante delle due esigenze è quella chirurgica, mentre alle altre terapie (radiante, antitumorale, immunologica) compete un ruolo di trattamento adiuvante e/o neoadiuvante.

Il trattamento del cancro della vescica dipende dal grado del tumore (definito in base al grado di differenziazione cellulare), dello stadio di crescita (grado di invasività locale ed eventuale presenza di metastasi) e dall'eventuale multifocalità del tumore (presenza di diversi focolai tumorali). La classificazione del tumore della vescica segue una suddivisione in quattro stadi, che a loro volta si basano sul sistema TNM. Il parametro T descrive la dimensione e le caratteristiche del tumore primitivo, il parametro N prende in considerazione l'eventuale interessamento dei linfonodi regionali e infine il parametro M fa riferimento alla presenza o meno di metastasi a distanza.

Il trattamento primario per il NMIBC consiste nella resezione transuretrale del tumore della vescica (TUR-BT). Il NMIBC ha un'elevata diffusione a causa delle frequenti ricadute e delle ridotte percentuali di progressione con una sopravvivenza a lungo termine in molti casi.

Una volta che il tumore ha invaso lo strato del muscolo detrusore della vescica, l'intervento di TUR-BT non è più in grado di controllarlo. Le caratteristiche biologiche, il trattamento e la prognosi del MIBC sono differenti.

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

Le opzioni terapeutiche comprendono:

- Resezione Endoscopica Transuretrale (TUR-BT): è una tecnica utilizzata per i tumori più superficiali, che non invadono la muscolatura sottostante l'epitelio della vescica. Viene eseguita con l'utilizzo di un endoscopio che presenta alla sua estremità un piccolo bisturi grazie al quale è possibile andare a resecare il o i tumori visibili. Talvolta il primo intervento non è risolutivo e sarà quindi indicato ripetere la procedura;
- Terapia Intravesicale: viene di solito eseguita in seguito alla resezione endoscopica per cercare di diminuire in rischio di recidive. I farmaci utilizzati a questo scopo appartengono a due categorie: chemioterapici o immunoterapici.
- Cistectomia: La cistectomia viene eseguita nelle neoplasie che si presentano ad uno stadio più avanzato e viene suddivisa in cistectomia parziale, in cui viene asportata solo la parte di vescica interessata dalla neoplasia, e in cistectomia radicale in cui viene asportata la vescica nella sua totalità insieme ai linfonodi pelvici. A causa dell'elevata invasività della neoplasia in questione la cistectomia può essere accompagnata dall'asportazione di organi e strutture adiacenti come le vescichette seminali nell'uomo, l'utero e gli annessi uterini nella donna, e la parte prossimale dell'uretra in entrambi i sessi. In caso di asportazione completa della vescica sarà necessario ricostruire un nuovo serbatoio per il contenimento dell'urina e/o provvedere a delle vie alternative per la sua eliminazione. A questo scopo sono disponibili diverse tecniche chirurgiche e il chirurgo sceglierà la più indicata basandosi sulle caratteristiche del caso dello specifico paziente e sulla propria esperienza clinica. L'intervento chirurgico può venire accompagnato da un trattamento chemioterapico farmacologico. I farmaci disponibili sono svariati e i più comuni regimi prevedono l'associazione di due o più agenti chemioterapici;
- Chemioterapia: La chemioterapia consiste nell'uso di agenti antineoplastici per provocare la distruzione delle cellule tumorali, interferendo nelle funzioni e nella riproduzione cellulare. Solitamente viene preferita per trattare malattie sistemiche piuttosto che lesioni localizzate su cui si può intervenire con la

chirurgia o la radioterapia. Può essere usata in combinazione con la chirurgia o la radioterapia, o con entrambe, per ridurre le dimensioni del tumore nel pre-operatorio, per distruggere dopo l'intervento chirurgico le cellule tumorali rimanenti.

1.6 INSTILLAZIONE INTRAVESCICALE

L'instillazione intravesicale è una procedura attraverso la quale dei farmaci vengono lentamente introdotti nella vescica e lasciati permanere per un periodo di tempo indicato, prima di essere drenati o espulsi. Viene effettuata per esporre i tessuti della vescica alla soluzione farmacologica. La somministrazione del farmaco in vescica, avviene attraverso il posizionamento di un catetere vescicale. Questa procedura consente di mettere a diretto contatto il farmaco con l'urotelio, limitando gli effetti collaterali sistemici rispetto la somministrazione orale o parenterale del farmaco. La procedura è nota anche come instillazione della vescica, trattamento intravesicale, terapia intravesicale.

I farmaci che possono essere instillati in vescica possono essere suddivisi in due grandi gruppi:

- CHEMIOTERAPICI : L'obiettivo della chemioterapia intravesicale è quello di eradicare tutte le cellule neoplastiche sopravvissute nella mucosa vescicale (la cosiddetta "chemioresezione" del tumore) e nel caso di un'instillazione nella fase immediatamente post-operatoria, di distruggere eventuali cellule neoplastiche fluttuanti non rimosse dall'intervento TUR-BT e prevenirne il reimpianto. La *Mitomicina C* (MMC) è un agente chemioterapico che inibisce la sintesi del DNA nelle cellule neoplastiche. Essa induce una riduzione del tasso di recidivazione, ma non ha efficacia sul rischio di progressione. Esistono altri agenti chemioterapici a somministrazione intravesicale oltre alla MMC: epirubicina, gemcitabina, doxorubicina e tiotepa.
- IMMUNOTERAPIA INTRAVESCICALE: L'immunoterapia ha come obiettivo l'eradicazione della malattia tramite l'induzione o il potenziamento della risposta immunitaria da parte dell'ospite. Il BCG è un ceppo vivente attenuato di *Mycobacterium bovis*. Quando viene instillato nella vescica, innesca una

risposta immunitaria nella mucosa, che riduce notevolmente il rischio di recidiva. I batteri in sospensione si fissano alle cellule neoplastiche e vengono assorbiti. Di conseguenza, le cellule del sistema immunitario quali i granulociti, i macrofagi ed i linfociti, nell'ambito della reazione infiammatoria, si trasferiscono nel tessuto inducendo l'eliminazione del tumore. Meno differenziato (ossia più aggressivo) è il tumore, più risulta sensibile al BCG.

Una meta-analisi su Cochrane su 1.901 pazienti con i tumori Ta-T1 ha confrontato la MMC e il BCG riscontrando che il BCG è più efficace nella prevenzione della recidiva ma che non ha alcuna efficacia sulla sopravvivenza e sulla progressione.

Secondo una meta-analisi del 2002, il BCG ha ridotto le percentuali di recidiva del 32% e prolungato l'intervallo di recidivazione da 1-2 a 2-4 anni. Il BCG ha indotto una riduzione delle probabilità di progressione della malattia delle patologie Ta, T1 e Tis dal 13,8 al 9,8% nel corso di un follow-up di 2,5 anni, a confronto con il solo trattamento TUR-BT o con il trattamento TUR-BT coadiuvato da un altro trattamento intravesicale fatta salva la prescrizione di una terapia di mantenimento.

1.6.1 Controindicazioni alle instillazioni intravesicali

La chemioterapia intravesicale è controindicata in caso di ematuria macroscopica che richieda irrigazioni e/o in caso di sospetta perforazione extra- o intraperitoneale della vescica. Il travaso della chemioterapia darebbe esito ad effetti collaterali gravi.

La gravidanza non è in assoluto considerata una controindicazione alla somministrazione di MMC, in base al sommario delle caratteristiche del prodotto (SPC), ma considerati i benefici relativamente ridotti delle instillazioni, la decisione di somministrare la chemioterapia in gravidanza viene valutata caso per caso. L'allattamento al seno va interrotto durante il trattamento con MMC.

La somministrazione intravesicale di BCG è controindicata in pazienti che presentano ematuria macroscopica, dopo una cateterizzazione traumatica, per due settimane dopo un intervento TUR-BT ed in pazienti affetti da infezione sintomatica delle vie urinarie (UTI). Una batteriuria asintomatica non è considerata come controindicazione. Altre controindicazioni includono la tubercolosi attiva, un'ipersensibilità al BCG, un

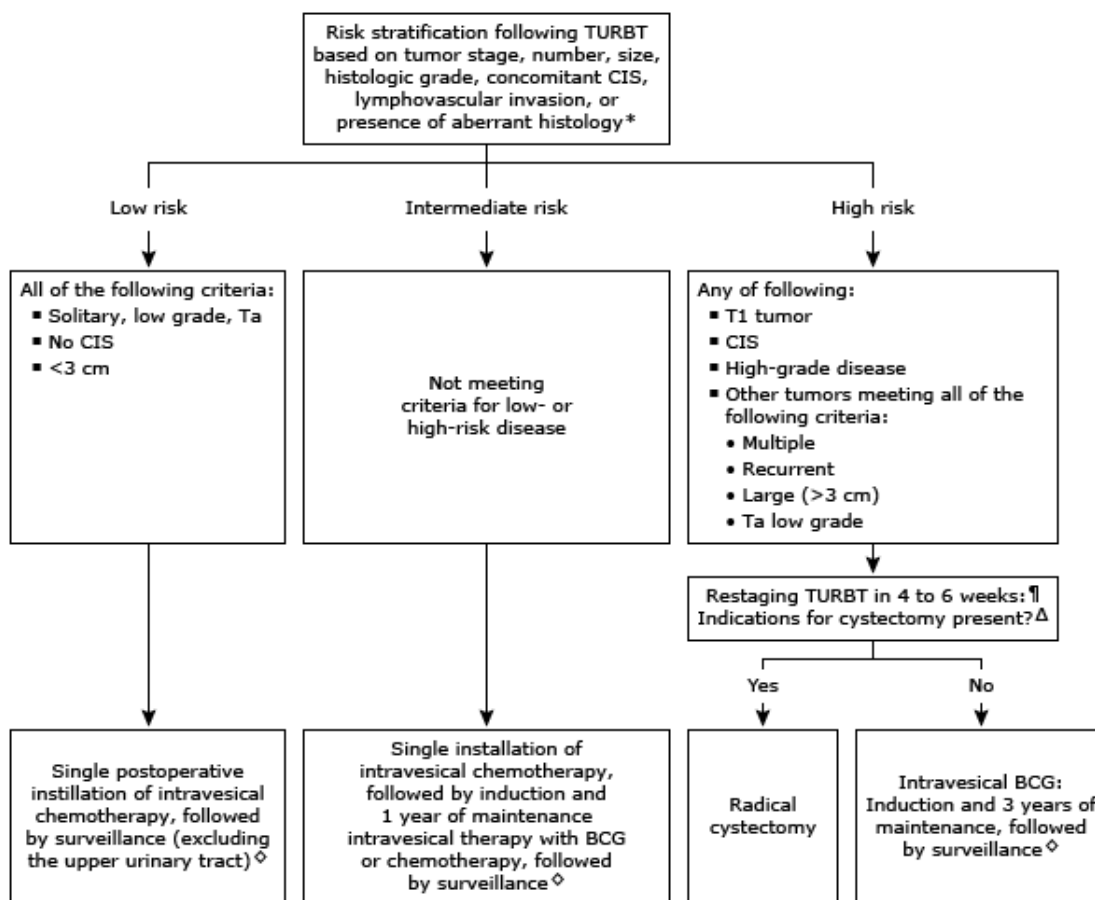
precedente trattamento di radioterapia della vescica, la gravidanza e l' allattamento. Vi sono evidenze che il BCG può essere utilizzato in sicurezza in pazienti immunocompromessi. Pur in assenza di dati pertinenti, si sconsiglia la somministrazione di BCG durante la gravidanza.

1.6.2 Instillazioni vescicali: percorso terapeutico

Le opzioni terapeutiche dipendono dallo stadio della malattia. Se individuato negli stadi precoci il tumore è classificato come superficiale e viene trattato con chirurgia conservativa, per rimuovere la lesione, seguita da un trattamento intravescicale (ovvero la somministrazione del farmaco direttamente in vescica tramite un catetere) per ridurre la comparsa di recidive o la progressione della malattia.

Per stabilire l'iter terapeutico ottimale più indicato in ogni paziente è importante valutare il singolo caso all'interno di un'equipe multidisciplinare, dove i vari specialisti (chirurgo urologo, radioterapista, oncologo) si confrontano fra loro ed eventuali altri esperti (PDTA UROLOGICO).

Nell'algoritmo sotto riportato è possibile visionare il percorso più idoneo da intraprendere nei pazienti con carcinoma della vescica non muscolo invasivo dove il rischio di recidiva e / o malattia disseminata dopo il trattamento iniziale viene utilizzato per guidare la terapia.



tab. 1 algoritmo di riferimento per l'approccio ai pazienti con carcinoma della vescica non muscolo invasivo- UpToDate 2020

Per i pazienti con carcinoma della vescica non muscolo invasivo, la gestione conservativa può consentire la conservazione di una vescica funzionale basata sulla resezione transuretrale del tumore della vescica (TUR-BT), potenzialmente combinata con terapia intravesicale adiuvante.

I pazienti con malattia a basso rischio sono solitamente gestiti da TUR-BT in concomitanza di una singola somministrazione di chemioterapia intravesicale perioperatoria o somministrazione intravesicale singola entro poche ore dalla resezione del tumore. La chemioterapia viene in genere mantenuta per un'ora e poi si procede alla sua eliminazione. Per i pazienti con tumori della vescica non muscolo invasivo a rischio intermedio o alto, la terapia intravesicale è generalmente raccomandata per ridurre il rischio di recidiva o progressione verso la malattia muscolo-invasiva e la potenziale necessità di cistectomia.

La terapia intravesicale di induzione (settimanale) è indicata nei pazienti con malattia a rischio intermedio e ad alto rischio. Ciò facilita il rilascio di alte concentrazioni locali di un agente terapeutico all'interno della vescica, potenzialmente distruggendo le cellule tumorali vitali che rimangono dopo TUR-BT e prevenendo l'impianto del tumore. Questa è generalmente seguita dalla terapia di mantenimento e la durata della terapia di mantenimento si basa sulla stratificazione del rischio.

La terapia intravesicale utilizza composti di grande peso molecolare, limitando così l'assorbimento transmucooso e la tossicità sistemica. Tuttavia, il rischio di infezione disseminata da BCG o di tossicità sistemica da chemioterapia è aumentato nei pazienti che hanno subito un'ampia resezione transuretrale con superfici mucose denudate residue. Il trattamento viene avviato trenta giorni circa dopo la resezione, consentendo alla vescica di guarire.

La chemioterapia somministrata per via ematica viene invece presa in considerazione per le persone con il tumore che invade il muscolo della vescica.

1.6.3 Dispositivi di protezione individuale per la somministrazione di terapia intravesicale

In tutte le fasi della somministrazione di farmaci antitumorali chemioterapici, al fine di evitare l'esposizione al rischio di inalazione, assorbimento attraverso la cute e/o mucose, o punture accidentali, è necessario che gli operatori destinati a tale attività adottino tutte le misure di prevenzione. Il personale è quindi tenuto ad indossare i Dispositivi di Protezione Individuale dove per dispositivo di protezione individuale (DPI) si intende *“qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo”*. I DPI sono diversi, sono legati all'attività svolta dal lavoratore e permettono di tutelare lo stesso da molteplici rischi intrinseci alla loro attività. I DPI impiegati sono per la protezione respiratoria, congiuntivale, delle mani, del corpo, dei piedi e del capo, quali: guanti, mascherina, camice, occhiali di protezione, copri scarpe.

Le norme inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro sono contenute nel Decreto Legislativo 81/2008; in particolare, l'art. 20 dello stesso riporta quali siano gli obblighi di tutti i lavoratori. Secondo questo articolo, ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

E' opportuno inoltre che nei luoghi predisposti alle instillazioni ci sia in dotazione un carrello, dove devono essere posizionati tutti i dispositivi necessari per la somministrazione.

2 OBIETTIVO

Questa tesi tratterà la gestione dei pazienti adulti affetti da NMIBC e sottoposti a instillazioni intravesicali. L'obiettivo è quello di ampliare le conoscenze attraverso lo studio della letteratura scientifica internazionale, linee guida e procedure basate sulle evidenze, al fine di formulare il miglior piano assistenziale possibile e di educare il paziente e i suoi familiari alla migliore gestione e autogestione del percorso terapeutico-preventivo. Si porrà particolare attenzione al ruolo educativo e relazionale dell'infermiere, nonché alle corrette procedure per la gestione e manipolazione in sicurezza degli agenti farmacologici, evidenziando l'importanza della formazione specialistica del personale infermieristico.

3 MATERIALI E METODI

Per far fronte all'esigenza di formazione e informazione riguardo l'assistenza al paziente sottoposto a cicli di instillazioni vescicali, si sono effettuate delle ricerche durante il periodo di tirocinio nell'unità operativa complessa di oncologia medica dell'ospedale di Urbino (area vasta 1) a partire da ottobre 2019, dal momento che è proprio durante questo periodo che si è maturata l'idea di scegliere questa problematica assistenziale come argomento di tesi.

I pazienti sottoposti a instillazione intravescicale presi in carico dall'unità operativa erano stati tutti precedentemente trattati con cistoscopie e TUR-BT a seguito di diagnosi di tumore della vescica non muscolo invasivo.

Le informazioni proposte in questa tesi sono state ottenute attraverso una ricerca bibliografica sistematica ed una lettura delle linee guida, delle procedure e dei protocolli attualmente adottati in vari paesi membri di European Association of Urology Nurses (EAUN).

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando Medline, UpToDate, Pubmed.

Sono state effettuate ricerche utilizzando sia la ricerca per argomenti che per termini singoli. Le parole chiave relative a “cancro della vescica non muscolo-invasivo, i termini chiave relativi alla “instillazione vescicale” e quelli relativi a “Mitomicina o BCG” .

La ricerca per argomenti comprendeva cancro della vescica non muscolo-invasivo, tumore della vescica, neoplasia della vescica, cancro della vescica, carcinoma della vescica, carcinoma a cellule transizionali in situ, Mitomicina C, BCG bovino; irrigazione della vescica, irrigazione terapeutica, somministrazione intravescicale di farmaci e somministrazione intravescicale.

4 RISULTATI

Prima di iniziare un'instillazione intravesicale, devono essere considerati alcuni aspetti generali. Aspetti relativi ai pazienti, al farmaco utilizzato ed alle procedure di somministrazione.

Competenze dell'infermiere che si occupa di pazienti sottoposti a chemio e immunoterapia endovesicale è anche quello di fornire precise indicazioni sui comportamenti da tenere prima e dopo la terapia e sugli eventuali effetti collaterali associati alla manovra stessa.

Prima di iniziare la somministrazione della terapia intravesicale, il paziente deve essere sottoposto ad accertamento prima e dopo ogni instillazione, relativamente ai seguenti aspetti:

- Stato di salute generale;
- Stato di salute dal punto di vista specificatamente urologico;
- Capacità di comprendere la procedura;
- Capacità di aderire allo schema terapeutico;
- Comprensione delle complicanze della terapia.
- Comportamenti da adottare per prevenire le ricadute
- Comportamenti da adottare in caso di comparsa di effetti collaterali

La valutazione del paziente prima dell'inizio di ogni terapia intravesicale ha lo scopo di evidenziare ogni rischio o potenziale complicanza della terapia, identificare esigenze del paziente che possano influire sulla compliance, sull'accettazione ed efficacia della terapia, contribuire alla gestione delle aspettative del paziente ed evidenziare tutti gli aspetti che possano richiedere un consulto specialistico o una valutazione ulteriore. Uno strumento comunemente utilizzato per l'esecuzione della valutazione infermieristica è l'adozione di un modello di assistenza infermieristica come l'Activities of Daily Living model of nursing assessment di Roper, Logan e Tierney. In questo caso la valutazione è intrapresa all'inizio della terapia ed evidenzia la condizione normale dei pazienti identificando le modifiche che intervengono nel corso della malattia.

Problemi comunemente identificati nel corso dell'accertamento possono essere così suddivisi:

SICUREZZA AMBIENTALE	
Impossibilità di muoversi per recarsi/tornare dai servizi igienici	Considerare catetere a permanenza dotato di clamp/valvola per il tempo di permanenza del farmaco nella vescica
Danno neurologico	Considerare la possibilità di trattenere il paziente in ospedale per il tempo di permanenza del farmaco nella vescica
Storia di cateterizzazione traumatica/ difficoltosa che ha provocato sanguinamento uretrale	Cateterizzare prestando maggiore cura, utilizzare una quantità maggiore di lubrificante, considerare un catetere alternativo o personale con maggiore esperienza

COMUNICAZIONE	
Incapacità di comprendere il razionale della terapia	Fornire spiegazioni e informazioni scritte
Problemi di memoria o di salute mentale	Accertarsi che sia disponibile una persona che si occupi di assistere il paziente o trattenere il paziente in ospedale per tutto il tempo di permanenza del farmaco nella vescica
Incapacità di comprendere l'importanza di trattenere l'urina per il tempo di permanenza del farmaco nella vescica	Considerare il cateterismo uretrale con catetere di Foley dotato di clamp/valvola per il tempo di permanenza del farmaco nella vescica

ALIMENTAZIONE E FUMO	
Incapacità/resistenza a limitare l'assunzione di liquidi prima dell'instillazione	Suggerire che limitare l'assunzione di liquidi può contribuire a trattenere la terapia intravesicale per il tempo desiderato
Resistenza ad assumere liquidi in abbondanza dopo il tempo di permanenza del farmaco nella vescica	Suggerire che l'assunzione di liquidi in abbondanza dopo il tempo di permanenza del farmaco nella vescica può contribuire all'eliminazione degli agenti farmacologici utilizzati per la terapia intravesicale, riducendo il rischio di effetti collaterali
Fumatore abituale	Informare che è dimostrato che l'abitudine al fumo riduce l'efficacia dell'immunoterapia a base di BCG e espone a maggior rischio di ricaduta

ELIMINAZIONE	
Sintomatologia a carico del basso apparato urinario	Effettuare una valutazione della LUTS tramite International Prostate Symptom Score (IPSS) prima della terapia
Pollachiuria	Considerare la gestione dei sintomi di pollachiuria che probabilmente peggioreranno con la terapia (per esempio, anticolinergici, prodotti per il contenimento)
Sintomi ostruttivi (che influiscono sull'eliminazione della terapia intravesicale)	Considerare l'ecografia post-minzionale della vescica per accertarsi che la terapia intravesicale sia interamente eliminata dalla vescica
Segni/sintomi di UTI	Inviare l'urinocoltura e sospendere la terapia
Incontinenza urinaria	Considerare prodotti di contenimento o cateterismo con catetere di Foley per il tempo di permanenza del farmaco nella vescica

tab.2 esempio di un piano di assistenza infermieristica secondo l'Activities of Daily Living model of nursing assessment di Roper, Logan e Tierney. UpToDate

2020

Prima di dare inizio alla terapia è importante che l'infermiere sia sicuro che il paziente sia stato informato in merito ai benefici e ai rischi dell'instillazione intravesicale e che abbia firmato il consenso informato.

Gli operatori sanitari devono comunicare la procedura al paziente. Quando i pazienti vengono dimessi, coloro che si occupano di assisterli e coloro che vivono con i pazienti, necessitano di ricevere istruzioni sulle precauzioni da prendere a casa.

Obiettivo dell'educazione terapeutica è quello di permettere ai pazienti e/o a coloro che si occupano della loro assistenza di avere un maggiore controllo e una maggiore capacità di risolvere i problemi correlati all'instillazione intravesicale.

Prima di dare inizio ad una terapia intravesicale, è necessario informare i pazienti riguardo al meccanismo d'azione della terapia alla quale saranno sottoposti e degli eventuali effetti collaterali che potrebbero verificarsi. In questo tipo di educazione sono compresi gli schemi terapeutici e i controlli post-procedura.

Le abilità comunicative e le attitudini degli infermieri sono fondamentali per stimolare fiducia e determinazione a completare la procedura e possono promuovere una compliance di lungo termine.

Per ridurre la sensazione di ansia riguardo al trattamento, è importante informare i pazienti riguardo alle fasi della procedura alla quale stanno per essere sottoposti. Dopo la dimissione dall'ospedale, i pazienti hanno necessità di sapere dove e quando urinare e come occuparsi di eventuali perdite di urina. Dopo la minzione, è importante che i pazienti siano istruiti in merito ad eventuali segnali di reazioni cutanee locali, sistemiche e sull'informare il medico in caso di cambiamenti imprevisti.

L'educazione terapeutica dovrà avvenire in ambulatorio, prima di ogni trattamento.

L'operatore incaricato dovrà valutare quale sia il metodo di apprendimento più adeguato per ogni paziente (ad es. comunicazione verbale, materiale stampato, o informazioni in forma digitale). Tutte le informazioni comunicate verbalmente dovranno essere corredate da informazioni scritte, che i pazienti e coloro che si occupano di assisterli possano conservare e consultare.

Le informazioni da fornire ai pazienti dopo la procedura possono essere così suddivise:

- Gestione dell'assunzione di liquidi: prima di ogni trattamento, si dovrà limitare l'assunzione di liquidi per massimizzare la concentrazione di farmaco che entrerà in contatto con le pareti della vescica. I pazienti dovranno evitare di assumere liquidi per 8 ore prima dell'instillazione. In questo modo si riduce al massimo la produzione di urina durante la terapia ed aumenterà la capacità del paziente di trattenere l'agente per il periodo di permanenza del farmaco in vescica, solitamente 2 ore. Una volta completato il trattamento, ai pazienti dovrà essere suggerito di aumentare l'assunzione di liquidi per espellere eventuali residui dell'agente farmacologico dalla vescica;
- Minzione dopo la procedura: una volta trascorso il tempo di permanenza prescritto del farmaco nella vescica, i pazienti dovranno urinare direttamente nel WC, i pazienti di sesso maschile avendo cura di sedersi. Questo per evitare gli schizzi e che le superfici entrino in contatto con i residui degli agenti farmacologici. Andrà poi fatta scorrere l'acqua del WC per due volte, a coperchio chiuso, se possibile, dopo ogni minzione. È pratica corrente, in raccomandare ai pazienti che hanno subito una terapia con BCG di versare 250 ml di candeggina/ipoclorito nel WC e attendere 15 minuti prima di far scorrere l'acqua. Tuttavia, non ci sono evidenze a sostegno di questa pratica. Lavare accuratamente le mani dopo la minzione. In caso di terapia con MMC,

sussistendo la possibilità di sviluppare dermatite da contatto, ai pazienti andrà suggerito di lavare gli organi genitali dopo la minzione.

- Assumere, dopo l'instillazione, la posizione supina alternandola a quella prona, oppure effettuare movimenti di rotazione del bacino, questo per favorire un contatto ottimale del farmaco con tutta la mucosa vescicale;
- L'irritazione dell'apparato urinario è una reazione comune a tutti gli agenti farmacologici. La causa di ciò può essere la cistite chimica piuttosto che un'infezione batterica. I pazienti andranno informati riguardo a segni e sintomi di infezioni delle vie urinarie (UTI);
- Sottoporre a lavaggio, separatamente dagli altri capi, qualsiasi capo che possa essere contaminato da questi agenti farmacologici, a causa di fuoriuscite o incontinenza;
- Indicare ai pazienti che possono riprendere le loro normali attività, compresa le attività per il mantenimento della salute, la dieta e l'attività fisica per uno stile di vita sano;
- Suggerire ai pazienti sessualmente attivi, di utilizzare barriere/meccanismi protettivi per i rapporti sessuali (ad esempio profilattici) o di astenersi dai rapporti sessuali per 1 settimana dopo il trattamento;
- Deve essere evitato l'alcool a causa del suo effetto diuretico.
- Istruire i pazienti sul fatto che potrebbero verificarsi alcuni effetti collaterali che essi devono saper riconoscere ed affrontare: nel trattamento con Mitomicina C dopo l'instillazione e nei giorni successivi potrebbe instaurarsi una sintomatologia dolorosa minzionale che può essere controllata con Cistalgan 1 cp x 2 al giorno per 7 giorni. Se durante il periodo di trattamento facessero la loro comparsa manifestazioni più gravi, come macroematuria, urine torbide, necessità di urinare spesso, eruzioni cutanee, febbre, difficoltà respiratorie, malessere protratto, potrebbero essere segno d'infezione delle vie urinarie o di allergia e vanno riferite prima della nuova instillazione, al medico;
nel trattamento con BCG: nel giorno dell'instillazione e nei due successivi è comune una sintomatologia comprendente febbre ($<39.5^{\circ}\text{C}$) e lieve malessere, che può essere gestita assumendo tachipirina. Se la febbre dovesse protrarsi per più di due giorni o con picchi oltre i 38.5°C potrebbe essere segno di

un'infezione più generalizzata da BCG. In tal caso il paziente è tenuto a contattare il medico che lo ha in cura.

Per ottenere elevati standard di sicurezza e prevenzione per il personale esposto a chemioterapici antitumorali è necessario che i lavoratori esposti siano adeguatamente informati su:

- I rischi derivanti dall'esposizione;
- L'utilizzo dei mezzi di protezione individuale;
- Sulle corrette modalità di manipolazione dei farmaci antitumorali e dei materiali contaminati;
- Le procedure di preparazione e somministrazione;
- Lo smaltimento dei rifiuti;
- Sull'utilizzo delle cappe;
- Sul significato di monitoraggio ambientale e della sorveglianza sanitaria;
- Il comportamento in caso di contaminazione;
- I controlli medici a cui sottoporsi .

Adeguati programmi di formazione devono essere attuati prima dell'inizio delle attività che determinano l'esposizione e con successiva periodicità, con verifica dell'apprendimento. Il precedente D. Lgs. 626/94 e l'attuale D.Lgs 81/2008 introducono l'obbligo dell'informazione e della formazione dei lavoratori che rientra tra i compiti del Responsabile del Servizio di Protezione Prevenzione e del Medico Competente. Si evidenzia pertanto la necessità di dotare gli operatori sanitari di strumenti informativi e formativi adeguati, al fine di creare una coscienza responsabile dei rischi negli addetti alla manipolazione di farmaci antitumorali.

4.1 ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON TUMORE DELLA VESCICA

L'assistenza infermieristica ai pazienti con tumore alla vescica ha subito recentemente profonde trasformazioni in seguito a "nuove metodiche" diagnostiche e terapeutiche che impegnano quotidianamente gli operatori in un continuo e approfondito aggiornamento scientifico. La gestione di questi pazienti, che purtroppo sono destinati ad aumentare,

richiede conoscenze adeguate dei principi di riabilitazione urologica e presuppone capacità di operare in contesti sociali differenziati. L'infermiere al momento dell'accettazione del paziente in ambulatorio deve cercare di raccogliere tutte le informazioni sui disturbi urinari lamentati dal paziente in modo da poter impostare l'intervento infermieristico di base più idoneo. E' importante raccogliere l'anamnesi del paziente focalizzando l'attenzione sulle malattie o sui traumi pregressi.

Sono particolarmente importanti le malattie del tratto urinario soprattutto quelle che hanno richiesto un intervento chirurgico.

Le informazioni raccolte dal paziente riguardanti la sua malattia, devono comprendere le modificazioni del volume urinario comprendenti la "quantità" di urina emessa e le sue caratteristiche, il dolore o il fastidio lamentati in regione renale e le modificazioni del mitto urinario.

Inoltre trovandosi a dover utilizzare farmaci antiblastici, le conoscenze infermieristiche devono riguardare sia la preparazione e somministrazione della terapia, anche in termini di sicurezza (raccomandazioni redatte dall'Occupational Safety and Health Administration dell'Oncology Nursing Society), sia la gestione del paziente che viene sottoposto a chemioterapia endovescicale.

Per ottenere elevati standard di sicurezza e prevenzione per il personale esposto a chemioterapici antiblastici è necessario che i lavoratori esposti siano adeguatamente informati su:

- I rischi derivanti dall'esposizione;
- L'utilizzo dei mezzi di protezione individuale;
- Sulle corrette modalità di manipolazione dei farmaci antiblastici e dei materiali contaminati;
- Le procedure di preparazione e somministrazione;
- Lo smaltimento dei rifiuti;
- Sull'utilizzo delle cappe;
- Sul significato di monitoraggio ambientale e della sorveglianza sanitaria;
- Il comportamento in caso di contaminazione;
- I controlli medici a cui sottoporsi .

Adeguati programmi di formazione devono essere attuati prima dell'inizio delle attività che determinano l'esposizione e con successiva periodicità, con verifica

dell'apprendimento. Il precedente D. Lgs. 626/94 e l'attuale D.Lgs 81/2008 introducono l'obbligo dell'informazione e della formazione dei lavoratori che rientra tra i compiti del Responsabile del Servizio di Protezione Prevenzione e del Medico Competente. Si evidenzia pertanto la necessità di dotare gli operatori sanitari di strumenti informativi e formativi adeguati, al fine di creare una coscienza responsabile dei rischi negli addetti alla manipolazione di farmaci antiblastici.

4.2 PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE INTRAVESCICALE

Prima di procedere alla manovra di somministrazione del chemioterapico in vescica si deve informare la persona della procedura al fine di poterne ridurre l'ansia e favorire la collaborazione del paziente durante la cateterizzazione, cercare di diminuire il disagio del paziente e garantirne la privacy, quindi procedere con la cateterizzazione, attenendosi alla tecnica asettica per prevenire una delle possibili complicanze della manovra: le IVU.

Procedere dunque alla preparazione del materiale occorrente (telini sterili, guanti sterili, garze sterili, lubrificate e disinfettante monodose, catetere vescicale di basso calibro tipo Nelaton), lavaggio sociale delle mani e preparazione del materiale su di un campo sterile, far assumere al paziente la posizione opportuna, indossare i guanti sterili dopo aver eseguito il lavaggio antisettico delle mani, disinfezione del meato urinario e dopo aver lubrificato il catetere (prendere in considerazione i cateteri autolubrificanti) si procede al suo inserimento.

L'introduzione del catetere nel meato uretrale deve avvenire delicatamente per evitare traumatismi che porterebbero al fallimento della manovra soprattutto se ci si trova a dover affrontare una somministrazione di BCG. Nell'uomo mantenere con la mano sinistra il pene avvolto nella garza sterile ed introdurre il catetere per circa 30 cm. fino al deflusso dell'urina. Per l'introduzione del catetere, iniziare la manovra con il pene perpendicolare all'addome, poi inclinarlo nel momento in cui si incontra la resistenza dovuta alla prostata; nella donna: aprire con due dita le grandi labbra e visualizzare il meato uretrale nel quale va introdotto il catetere vescicale, per 5/9 cm., fino al deflusso dell'urina. E' necessario assicurarsi dello svuotamento completo delle urine dalla

vescica poiché il paziente dopo la manovra dovrà trattenere l'urina per un minimo di sessanta minuti ad un massimo di centoventi minuti.

Una volta assicurato il completo svuotamento della vescica si procede all'instillazione del farmaco. Affinché questa manovra possa avvenire in sicurezza si utilizzano particolari raccordi a due vie luer lock monodirezionali. Questo riduce al minimo il rischio di contaminazione, così che, una volta che andremo a rimuovere il catetere, non vi sarà più traccia di antiblastico. Si rimuove dunque il catetere dal meato uretrale e lo si elimina insieme ai guanti nel contenitore per rifiuti speciali senza sraccordare la siringa per evitare le contaminazioni ambientali e garantire quindi la corretta raccolta dei rifiuti ospedalieri.

Il paziente dovrà trattenere l'urina per almeno un'ora in modo da lasciar agire il medicamento.

Esistono alcune piccole differenze per quanto riguarda i cicli di instillazioni per due diversi farmaci: la Mitomicina C e il BCG.

Il seguente protocollo terapeutico è quello che viene utilizzato presso l'unità operativa complessa di oncologia medica di Urbino:

TRATTAMENTO CON MITOMICINA C

Farmaci utilizzati: Mitomicina C 40 mg in 50 ml di soluzione fisiologica

Inizio trattamento: 30 – 40 giorni dopo la TURB

Trattamento: 1 instillazione alla settimana per 8 settimane

1 instillazione ogni 2 settimane per 4 mesi

1 instillazione al mese per 8 mesi

Esami di controllo : es. citologico urinario dei 3 giorni: ogni tre mesi per 2 anni, cistoscopia di controllo: dopo 3 – 9 – 15 – 21 mesi e successivamente ogni anno per 3 anni, ecografia addome superiore ed inferiore: ogni 6 mesi dalla fine del trattamento

TRATTAMENTO CON BCG

Farmaci utilizzati: 1 fiala di polvere di BCG in 50 ml di soluzione fisiologica

Inizio trattamento: 30 – 40 giorni dopo la TURB

Trattamento: 1 instillazione alla settimana per 6 settimane

1 instillazione alla settimana per 3 settimane a 3 mesi dalla TURB

1 instillazione alla settimana per 3 settimane a 6 mesi dalla TURB

1 instillazione alla settimana per 3 settimane ogni 6 mesi per 3 anni

Esami di controllo: es. citologico urinario dei 3 giorni ogni tre mesi per 2 anni; cistoscopia di controllo dopo 3 – 9 – 15 – 21 mesi dall'inizio del trattamento e successivamente ogni anno per 3 anni; ecografia addome superiore ed inferiore ogni 6 mesi dalla fine del trattamento.

5 DISCUSSIONE

Alla luce dell'esperienza di tirocinio e dopo un'attenta lettura e confronto della letteratura scientifica di riferimento, si ritiene necessario e possibile, affinare e/o migliorare i processi di informazione ed educazione ai pazienti sottoposti a percorsi terapeutici che prevedono la somministrazione endovesicale di farmaci chemio e immunoterapici. L'aspetto innovativo, riguarda l'introduzione nel piano assistenziale di metodi o mezzi altamente comunicativi finalizzati a:

- educare il paziente nel comprendere l'importanza della prevenzione attraverso adeguate abitudini di vita che consistono nell'abolizione del fumo, in una dieta sana ed equilibrata e nella sorveglianza dei lavoratori a rischio;
- riconoscere segni e sintomi di possibili recidive quali ematuria, formazione di coaguli, sensazione di bruciore, difficoltà o dolore ad urinare, frequenti infezioni urinarie;
- dare precise istruzioni al paziente per quanto riguarda la preparazione alla terapia endovesicale e modalità di comportamento nelle ore successive al trattamento;
- istruire in merito alla gestione degli effetti collaterali della terapia endovesicale quali infezioni delle vie urinarie, cistite chimica, iperpiressia (con BCG) e le giuste modalità di approccio a questi, precisando inoltre quando, come e a chi rivolgersi in caso di necessità durante il percorso terapeutico, dando loro precisi riferimenti, come il numero dedicato dell'ambulatorio da chiamare in orario di attività, specificando di rivolgersi alla guardia medica o al medico di medicina generale nelle altre fasce orarie.

L'infermiere durante la raccolta dati deve capire qual è il livello di comprensione e la capacità di autogestione del paziente, individuando eventualmente il caregiver da educare per la gestione domiciliare.

Un aspetto da valorizzare in merito a quanto sopra citato è la formazione specifica degli infermieri attraverso corsi di counseling per migliorare l'aspetto comunicativo e corsi specifici di uro-oncologia che permettono al professionista di conoscere dettagliatamente la patologia e tutte pratiche assistenziali ad essa correlate.

Per migliorare la relazione d'aiuto sfruttando la comunicazione possono essere utilizzati i seguenti mezzi: implementare l'uso di protocolli o procedure finalizzate a stabilire relazioni terapeutiche efficaci, prevedere nel piano assistenziale momenti e setting dedicati solo al colloquio, utilizzo di materiale stampato elaborato dall'equipe stessa

quali depliant o brochure, la carta dei servizi, diari personalizzati da affidare ai pazienti, installazione nelle sale d'attesa di monitor per la proiezione di guide di prevenzione.

Le difficoltà incontrate per la stesura di questo progetto di tesi sono attribuibili in gran parte alla scarsità di recente letteratura specifica riguardo l'assistenza infermieristica al paziente sottoposto a instillazione intravesicale.

I punti deboli di questo progetto possono essere: la frammentazione degli ambulatori o day hospital uro-oncologici sul territorio che non permettono l'impiego di un'equipe infermieristica dedicata dato il basso numero di accessi, costi eccessivi a carico delle aziende sanitarie e il continuo turn over degli operatori che spesso non permette la formazione di un'equipe stabile.

6 CONCLUSIONI

Il paziente sottoposto a instillazioni intravescicali con farmaci chemio e immunoterapici viene gestito in regime ambulatoriale e il percorso terapeutico assistenziale non si esaurisce in ospedale ma molti suoi aspetti proseguono a domicilio, il che presuppone che il paziente comprenda a pieno le istruzioni fornite dagli infermieri.

Un adeguato piano assistenziale deve quindi prevedere la migliore modalità comunicativa in grado di stabilire un relazione educativa efficace.

E' auspicabile quindi disporre di tutti i mezzi possibili per garantire al paziente una buona comprensione, migliorando così la sua compliance durante tutto il percorso terapeutico-assistenziale.

Un infermiere adeguatamente formato alle specifiche pratiche assistenziali e alla corretta comunicazione, sarà in grado di fornire, elaborare e utilizzare i migliori mezzi finalizzati all'educazione, nonché le migliori tecniche procedurali.

7 BIBLIOGRAFIA

1. Linee guida basate sulle evidenze riguardanti le migliori procedure nell'assistenza in urologia - Instillazione intravesicale con Mitomicina C o bacillo Calmette-Guérin nel cancro della vescica non muscolo-invasivo. EAUN 2015;
2. Schmidt S, Francés A, Lorente Garin JA, et al. Quality of life in patients with non-muscle-invasive bladder cancer: One-year results of a multicentre prospective cohort study. *Urol Oncol* 2015;33:19.e7–19.e15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443270>;
3. Trattamento del cancro della vescica uroteliale primario non muscolo invasivo. Autori: Wassim Kassouf, MD, CM, FRCSPeter Black, MD, FACS, FRCSC redattore di sezione: Seth P Lerner, MD Vice - direttore: Sonali Shah, MD (update);
4. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, et al. Cancro alla vescica: epidemiologia, stadiazione, classificazione e diagnosi. *Urology* 2005; 66: 4.;
5. Gendy R, Delprado W, Brenner P, et al. Ripetere la resezione transuretrale per il cancro della vescica non muscolo-invasivo: una serie contemporanea. *BJU Int* 2016; 117 Suppl 4:54.;
6. Chang SS, Boorjian SA, Chou R, et al. Diagnosi e trattamento del cancro della vescica invasivo non muscolare: linee guida AUA / SUO. *J Urol* 2016; 196:1021.;
7. Panoramica dell'approccio iniziale e della gestione del cancro della vescica uroteliale. Autori: Seth P Lerner, MD; Derek Raghavan, MD, PhD, FACP, FASCO; Redattore di sezione: Jerome P Richie, MD, FACS; Vice direttore: Sonali Shah, MD. Revisione della letteratura in corso fino a: settembre 2020. Ultimo aggiornamento di questo argomento: 13 aprile 2020.;
8. Trattamento del cancro della vescica muscolo-invasivo non metastatico: linee guida AUA / ASCO / ASTRO / SUO <https://www.auanet.org/guidelines/bladder-cancer-non-metastatic-muscle-invasive-guideline>;
9. Pérez-Jacoiste Asín MA, Fernández-Ruiz M, López-Medrano F, et al. Infezione da *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) a seguito di somministrazione intravesicale di BCG come terapia aggiuntiva per il cancro della vescica: incidenza, fattori di

- rischio ed esito in una serie di singoli istituti e revisione della letteratura. *Medicine (Baltimore)* 2014; 93: 236.;
10. Gandhi NM, Morales A, Lamm DL. Immunoterapia con *Bacillus Calmette-Guérin* per il cancro genito-urinario. *BJU Int* 2013; 112: 288.;
 11. Chang SS, Bochner BH, Chou R, et al. Trattamento del cancro della vescica muscolo-invasivo non metastatico: linee guida AUA / ASCO / ASTRO / SUO. *J Urol* 2017; 198: 552.;
 12. Babjuk M, Böhle A, Burger M, et al. Linee guida EAU sul carcinoma uroteliale non muscolo-invasivo della vescica: aggiornamento 2016. *Eur Urol* 2017; 71: 447.;
 13. Linee guida AIOM 2019 – tumori dell’urotelio;
 14. Linee guida AIRO – AIRB 2018 – Neoplasie della vescica;
 15. AKOS enciclopedia Pratica di medicina 1 – 5 – 0610 – tumori della vescica;
 16. EAU Guidelines on non – muscle – invasive urothelial carcinoma of the Bladder: Update 2016
 17. Pocket book urologici per gli specialisti, i medici di base e gli operatori sanitari. Toscana Urologia – maggio 2014;
 18. Dahlgren Memorial Library’s Research Guides. Evidence-based Medicine Resource Guide. [Internet]. ;
 19. J. A. Smith, R. G. Rowland, “Doctor’s guide for patients on the management of bladder cancer”, American Urological Association Inc.;
 20. F. Viggiani, “Le neoplasie uroteliali delle vie urinarie”, *Medici On Line*, Ottobre 2000;
 21. L. P. Kelly, C. Miaskowski, “Continuing education. An overview of bladder cancer: treatment and nursing implications”, *Oncology Nursing Forum*, April 1996, 23(3); 459-470;
 22. J. Games, “Nursing implications in the management of superficial bladder cancer”, *Seminars in Urologic Oncology*, February 1996, 14(1); 36-4;

23. P. Ardovino, A. Cassano, P. Catelli, M. Giordano, L. Ostinelli, F. Rizzi, “Guida pratica di allestimento farmaci citotossici ed assistenza infermieristica al malato in terapia antitumorale”, Azienda Ospedaliera Sant’Anna, Centro di riferimento oncologico “Tullio Cairoli”, Como;
24. Norme inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro: Decreto Legislativo 81/2008

7.1 SITOGRAFIA

1. www.eaun.uroweb.org (eaun@uroweb.org);
2. www.nursing-standard.co.uk;
3. www.urologyhealth.org;
4. <http://sos.unige.it/aiom/siti.htm>;
5. www.A.I.Ur.O.it;
6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
7. www.uptodate.com
8. www.salute.gov.it