

“Se Dio fosse stato un uomo,

sarebbe stato un’infermiere”

(Papa Francesco)

Ai miei Nonni

A mio Padre

Lontani nella vita terrena,

inseparabili nel cuore.

INDICE

Introduzione (Pag.7)

Capitolo Primo (Pag.9)

Cenni di anatomia e fisiologia della vescica e dell'uretra

1.1 Conformazione e struttura

1.2 Fisiologia

1.3 Vascolarizzazione ed Innervazione

1.4 L'uretra

1.5 Meccanismo sfinterico

Capitolo secondo (Pag.15)

Il tumore della vescica

2.1 Epidemiologia

2.2 Eziologia

2.3 Anatomia patologica e vie di diffusione

2.4 Sintomatologia e Diagnosi

2.5 Stadiazione

Capitolo Terzo (Pag.23)

Instillazioni endovesicali di chemioterapici e indicazioni al trattamento

Capitolo Quarto (Pag.27)

Chemioterapia Endovesicale: Mitomicina C ed Epirubicina

4.1 Selezione del paziente

4.2 Somministrazione del farmaco

4.3 Effetti collaterali e sospensione

Capitolo Quinto (Pag.31)

Immunoterapia Endovesicale: BCG

5.1 Selezione del paziente

5.2 Somministrazione del farmaco

5.3 Effetti collaterali e sospensione

Capitolo Sesto (Pag.38)

L'Assistenza infermieristica

6.1 Sicurezza dell'ambiente di lavoro durante le fasi di allestimento

6.2 Diluizione dei farmaci

6.3 Somministrazione

6.4 Educazione sanitaria al paziente

6.5 Gestione infermieristica delle possibili complicanze

Capitolo Settimo (Pag.63)

Diagnosi Infermieristiche

7.1 Premessa

7.2 La pianificazione assistenziale

7.3 Diagnosi infermieristiche prevalenti nel paziente in trattamento con instillazioni endovesicali

Conclusioni (Pag.77)

Bibliografia e Sitografia (Pag.80)

Ringraziamenti (Pag.83)

INTRODUZIONE

Il tumore della vescica è ormai una patologia a larga diffusione tra la popolazione, a causa di stili di vita errati e fattori ambientali esterni. In un campo così importante ed impegnativo in termini di risorse umane ed economiche, la stretta collaborazione tra le varie équipes coinvolte è quanto mai doverosa. Gli allestimenti in sicurezza delle terapie, il rispetto della protezione degli ambienti e degli operatori sanitari, nonché la sorveglianza sulle reazioni avverse e un'assistenza al paziente attenta e costante sono atti che vanno condotti con forte spirito di coesione e collaborazione da parte di tutto lo staff sanitario, ma ancor più, in particolare, dall'infermiere, la cui formazione e aggiornamento costanti, sono la base per fornire un'alta qualità assistenziale. Questa tesi si pone come obiettivo quello di fornire chiarimenti generali sulla patologia, sulle indicazioni alle instillazioni endovesicali: dalla fase tecnica dell'allestimento della terapia, alla fase clinica della somministrazione e sulla gestione infermieristica dei pazienti affetti da carcinoma vescicale superficiale, sottoposti a tale procedura che comprende il sostegno della persona sin dalle prime fasi, soffermandosi sulla gestione degli effetti collaterali potenziali, fino alla redazione di una pianificazione assistenziale individuale che

è alla base della nostra professione. L'infermiere, per un'adeguata assistenza, deve infatti possedere le conoscenze teoriche e le competenze tecniche necessarie; tuttavia, per fare della nostra disciplina un'arte, il professionista deve anche saper coniugare sensibilità, empatia e capacità di adeguare l'assistenza sia per soddisfare le esigenze specifiche di una persona, sia per affrontare le incertezze, i dubbi e le problematiche sociali che interessano l'assistito olisticamente e nella sua interezza e che possono gravare su una situazione già compromessa. Per elaborare la presente tesi sono stati presi come riferimento generale ,tra gli altri, i protocolli e le metodiche organizzative dell' U.O.C Urologia e di conseguenza dell'ambulatorio urologico dell'Ospedale "Murri" di Fermo, diretto dal Dott. M. Yehia, nel quale ho avuto l'opportunità di svolgere il mio tirocinio.

CAPITOLO PRIMO

CENNI DI ANATOMIA DELLA VESCICA E DELL'URETRA

1.1 CONFORMAZIONE E STRUTTURA

La vescica è un organo cavo muscolo-membranoso che funge da serbatoio per l'urina; la sua capacità normale è di 350-450 ml. La posizione della vescica cambia a seconda del suo grado di riempimento: quando è vuota è situata nella pelvi anteriore, dietro alla sinfisi pubica, mentre, quando è piena si estende in alto e in avanti nella regione ipogastrica. Si distinguono diverse porzioni: corpo vescicale e base vescicale. Anteriormente prende rapporto con la faccia interna della parete anteriore dell'addome; superiormente e posteriormente si rapporta nella femmina con l'utero e l'ileo, nel maschio con l'ileo, il colon ed il retto. La vescica è contenuta nella loggia vescicale, circondata da connettivo lasso che contiene vasi e legamenti, suddivisibile in uno spazio pre-vescicale, uno retro-vescicale e due spazi latero-vescicali. Il peritoneo parietale la riveste solo parzialmente: quando è vuota, riveste la sua faccia superiore, quando è piena, riveste cupola e fondo vescicali, formando posteriormente il cavo rettale (di Douglas).

La parete vescicale è costituita da una tonaca mucosa, da una tonaca muscolare e una avventizia. La mucosa è rivestita da epitelio di transizione, un epitelio impermeabile e distendibile, a vescica vuota è costituito da 3-5 strati cellulari, che a vescica piena scivolano l'uno sull'altro e si riducono di numero.

Vista dall'interno la vescica presenta una mucosa rosea che lascia trasparire le pieghe dovute alla presenza di fasci muscolari lisci sottostanti. Alla base della vescica però la mucosa si presenta liscia e distesa: questa zona prende il nome di trigono vescicale, un'area triangolare i cui angoli posteriori sono costituiti da due orifizi ureterali ed individua posteriormente una piccola cavità, che può aumentare di dimensioni in caso di ipertrofia prostatica, causando ristagno urinario dopo la minzione.

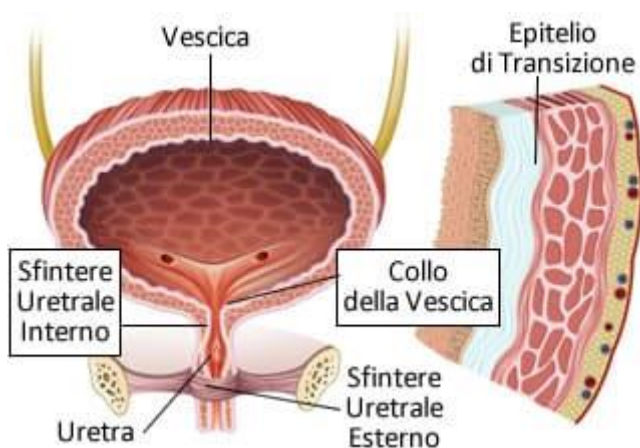


Figura 1. Vescica e uretra

1.2 FISILOGIA

La vescica tiene in deposito l'urina ricevuta dagli ureteri finchè essa non venga espulsa dall'organismo. Si osserva un lieve aumento della pressione intravescicale nel corso dell'accumulo dei primi 25 ml circa. Quindi la pressione resta relativamente stabile sinchè non siano raccolti da 400 a 500 ml. Questo accade a causa del lento allungamento del muscolo detrusore. Man mano che la vescica si riempie e le sue fibre muscolari si allungano, i recettori di tensione situati nella parete vescicale vengono sempre più stimolati. Il primo stimolo a minzione viene percepito in corrispondenza dei 150 ml ed un senso notevole di pienezza compare di solito attorno ai 400 ml, anche se questo livello può essere aumentato o diminuito da comportamenti abitudinari. Gli impulsi sono inviati alla porzione sacrale del midollo spinale, ove viene dato inizio al riflesso della minzione, il quale fa sì che la vescica si contragga e gli sfinteri uretrali si aprano. Man mano che la muscolatura vescicale si contrae, la pressione sospinge l'urina fuori dall'organo attraverso l'uretra

1.3 VASCOLARIZZAZIONE E INNERVAZIONE

La vescica è vascolarizzata dalle arterie vescicali che originano dall'arteria iliaca interna. Ad esse si aggiungono rami provenienti dalle arterie otturatoria e glutea inferiore e , nella femmina, dalle arterie uterine e vaginali. Il sangue venoso viene drenato da un plesso perivescicale postero-laterale che termina nelle vene iliache interne. I vasi linfatici vescicali drenano la linfa nei linfonodi iliaci comuni, interni ed esterni.

L'innervazione ortosimpatica della vescica origina dai neuroni pregangliari situati tra T11 e L2, che agiscono sui neuroni postgangliari situati nel plesso ipogastrico superiore, le cui fibre si uniscono a quelle del plesso pelvico. Il parasimpatico entra in azione durante l'atto della minzione, stimolando la contrazione del detrusore della vescica, mentre è inibito in fase di riempimento. Fibre sensitive nella parete della vescica percepiscono questo stato e innescano i riflessi di svuotamento sopra i 250-300ml.

1.4 URETRA

E' l'ultimo tratto delle vie escretrici dell'apparato urinario: inizia a livello del collo vescicale e termina a livello del meato uretrale

esterno. Presenta notevoli differenze nei due sessi: nel maschio è notevolmente lunga e in comune tra apparato urinario e genitale; nella femmina è piuttosto corta e con la sola funzione di eliminazione urinaria.

URETRA MASCHILE: lunga circa 18 cm, va dal meato uretrale interno (angolo anteriore del trigono vescicale) a quello esterno. E' divisa in due porzioni: anteriore (glandulare, peniena e bulbare) e posteriore (membranosa e prostatica).

URETRA FEMMINILE: lunga circa 4 cm, con un diametro di 6 mm, va dal meato uretrale interno a quello esterno, dirigendosi in basso e in avanti con una leggera curvatura, aderendo alla faccia anteriore della vagina. Il suo lume ha aspetto stellato in sezione. E' maggiormente distensibile di quella maschile.

1.5 MECCANISMO SFINTERICO

L'uretra maschile prostatomembranosa e tutta l'uretra femminile sono coinvolte nella continenza urinaria. Nel maschio, la muscolatura liscia longitudinale costituisce lo sfintere prossimale dell'uretra. Lo sfintere uretrale distale comprende la muscolatura liscia dell'uretra distale e lo sfintere striato volontario. Nella femmina, il terzo medio dell'uretra è

circondato dallo sfintere striato con le stesse componenti intrinseche ed estrinseche del maschio. Il muscolo elevatore dell'ano nel sesso femminile agisce come terzo sfintere indiretto contribuendo con la sua forza occlusiva alla continenza.

CAPITOLO SECONDO

IL TUMORE DELLA VESCICA

2.1 EPIDEMIOLOGIA

La vescica è la sede più frequente del cancro delle vie urinarie.

Secondo i dati AIRC (Associazione italiana ricerca contro il cancro) aggiornati al 2019, il cancro vescicale può manifestarsi ad ogni età, ma generalmente colpisce le persone di mezza età e gli anziani, in quanto l'età media di diagnosi di neoplasia è di 69 anni per gli uomini e 71 anni nelle donne. Negli adolescenti e nei giovani adulti di età inferiore ai 30 anni, il cancro della vescica tende ad esprimere un'istologia ben differenziata e si comporta in modo meno aggressivo.

Si distinguono due tipi di cancro della vescica: superficiale (che tende a recidivare) ed invasivo. La stragrande maggioranza dei tumori vescicali originano dall'epitelio di transizione (o urotelio) e sono anche definiti uroteliomi o neoplasie transizionali. I rimanenti casi sono rappresentati da carcinomi a cellule squamose o da adenocarcinomi. I dati epidemiologici provenienti da tutto il mondo segnalano come i tumori della vescica abbiano subito nell'ultimo decennio un netto incremento, in particolare nell'uomo è la quarta

causa più frequente di cancro dopo quello della prostata, del polmone e del colon-retto; nella donna rappresenta il 4% di tutti i tumori di cui può essere affetto il sesso femminile. Dagli anni '50 l'incidenza del cancro della vescica è aumentata totalmente di circa il 50% , contemporaneamente a questo dato si è però osservato un graduale decremento della mortalità, di circa il 33%.

2.2 EZIOLOGIA

I fattori ritenuti importanti nell'eziopatogenesi del cancro della vescica includono la sfera occupazionale: lavoratori di sostanze coloranti, di vernici, di metallo, della gomma, del cuoio e del bitume; fattori ambientali come tabacco, caffeina e analgesici; fattori fisici come calcolosi vescicale, infezioni batteriche e flogosi croniche; età superiore a 50 anni e sesso maschile. A differenza delle sostanze cancerogene associate ad altre neoplasie, quelle implicate nella genesi del cancro della vescica agiscono indirettamente, dopo aver subito un metabolismo e un sequestro vescicale. Le malattie prostatiche causano solitamente un certo grado di ritenzione urinaria cronica che

contribuisce a spiegare perché il sesso maschile sia maggiormente esposto al rischio di questo tumore.

2.3 ANATOMIA PATOLOGICA E VIE DI DIFFUSIONE

I tumori della vescica sono solitamente di tipo epiteliale. In questo ambito si distinguono neoplasie dell'epitelio transizionale (oltre il 95% dei casi); epitelio squamoso ed epitelio ghiandolare (adenocarcinomi). Esistono nel contempo anche tre configurazioni macroscopiche : forme pianeggianti (carcinoma in situ della mucosa); forme solide (infiltranti la parete vescicale); forme proliferanti, nel lume vescicale, a loro volta distinte in: peduncolari; sessili; papillari; e solide. I diversi tipi possono accrescersi all'interno della cavità vescicale, configurando masse anche di notevoli dimensioni, oppure infiltrarsi.

Le vie di diffusione del tumore vescicale sono tre: per contiguità, per via linfatica e per via ematica. Per via linfatica il tumore colonizza i linfonodi iuxtavescicali e poi quelli aortici ed iliaci. Per contiguità vengono interessati il tessuto cellulare dello scavo pelvico, il peritoneo, la fascia del pube, la prostata, le vescicole seminali e la radice dei corpi cavernosi nell'uomo; l'utero e la vagina nella donna.

La diffusione alla parete addominale è molto rara e comunque tardiva. Frequente è invece l'interessamento degli ureteri e dell'uretra. Le metastasi per via ematica si localizzano nel polmone, nelle ossa e nel fegato. Le recidive sono da considerarsi come espressioni della stessa malattia differite nel tempo.

2.4 SINTOMATOLOGIA E DIAGNOSI

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. 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 infiltrativi, quindi i più gravi in senso prognostico. 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, edemi agli arti inferiori, dolore addominale e massa pelvica palpabile).

La diagnosi viene effettuata attraverso una serie di esami strumentali, che diventano più invasivi quanto più cresce il sospetto della presenza della neoplasia. L'esame obiettivo è generalmente negativo. L'ecografia dell'apparato urinario è un esame di facile e ripetibile impiego, ma soprattutto non invasivo, ottimale nella diagnostica vescicale (anche se limitata nell'esplorazione di alcune sedi come il collo vescicale), mentre è di limitata efficacia nella diagnostica della patologia uroteliale renale ed ureterale. La citologia microscopica convenzionale ricerca la presenza di cellule maligne nel sedimento urinario. E' quindi un elemento di conferma nella diagnostica e di sospetto nel monitoraggio della malattia. Tutti i soggetti sospettati di essere portatori di neoplasia vescicale devono essere sottoposti a verifica endoscopica attraverso la cistoscopia, un accertamento fondamentale sia per la diagnosi di natura neoplastica che per la stadiazione dei tumori vescicali. Consente, infatti, di confermare il sospetto diagnostico con la biopsia e di evidenziare lesioni di moderate dimensioni, eventualmente sfuggite alle indagini preliminari.

2.5 STADIAZIONE

Per una corretta impostazione terapeutica è indispensabile un'accurata stadiazione della malattia e della sua estensione a livello locale e sistemico.

Il sistema TNM è utilizzato per definire l'estensione del tumore, sia come massa isolata, sia in relazione all'eventuale invasione linfonodale e alla presenza di metastasi.

Tumore primario (T):

- Tx: il tumore non può essere documentato con le indagini diagnostiche;
- T0: nessuna evidenza di malattia;
- Ta: carcinoma papillare non invasivo;
- Tis: carcinoma in situ ("flat tumor");
- T1: tumore che ha invaso il tessuto connettivo subepiteliale;
- T2: tumore che ha invaso il muscolo;
- T3: tumore che ha invaso i tessuti periviscerali;

- T4: tumore che ha invaso o può invadere la prostata, l'utero, la vagina, la parete pelvica e la parete addominale.

Regione linfonodale (N):

- Nx: non possono essere documentate lesioni linfonodali;
- N0: nessuna lesione linfonodale;
- N1: metastasi di un singolo linfonodo di dimensioni inferiori ai 2 cm;
- N2: metastasi di un singolo linfonodo di dimensioni superiori ai 2 cm, ma non superiori ai 5 cm; lesioni linfonodali multiple nessuna di dimensioni superiori ai 5 cm;
- N3: metastasi linfonodali di dimensioni superiori ai 5 cm.

Metastasi a distanza (M):

- Mx: non possono essere documentate lesioni metastatiche;
- M0: assenza di metastasi;
- M1: metastasi a distanza.

A seconda delle diverse categorie cui appartiene il tumore della vescica, verrà decisa la terapia da utilizzare nella cura. A questo sistema vengono aggiunte le considerazioni derivate dal “grading cellulare”, cioè dalla stima della differenziazione cellulare neoplastica correlabile con lo stadio e la prognosi:

G0: lesione papillare sottile, asse fibrovascolare coperta da normale mucosa;

G1: tumori ben differenziati;

G2: tumori moderatamente differenziati;

G3: tumori scarsamente differenziati.

CAPITOLO TERZO

INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI E INDICAZIONI AL TRATTAMENTO

La terapia, in tutte le sue forme, può avere due differenti finalità: rimuovere completamente la neoplasia, perseguendo una radicalità almeno presuntiva, oppure esercitare un controllo della crescita tumorale, quando tale radicalità non è possibile.

Secondo le Linee Guida EAU (European Association of urology) sul tumore vescicale non muscolo invasivo, Edizione 2019, circa il 70% delle forme tumorali uroteliali sono confinate all'epitelio o allo strato sottomucoso e pertanto vengono definite come tumori superficiali. L'instabilità biologica della mucosa uroteliale è responsabile delle numerose recidive che nell' 80 - 90% dei casi insorgono dopo trattamento di lesioni multifocali: da qui il postulato che la molteplicità dei foci neoplastici è spesso sinonimo di recidiva tumorale ma non di progressione di malattia. Pertanto i concetti di recidiva e di progressione non sono biologicamente sinonimi. E' utile ricordare tali concetti perché sono la base del razionale di ogni approccio terapeutico conservativo. Il trattamento delle forme

tumorali superficiali ha tre obiettivi: eradicare la lesione; prevenire le recidive e prevenire l'evoluzione a stadi più elevati (progressione).

La resezione transuretrale o TURV costituisce il trattamento “gold-standard” per la maggior parte dei pazienti con cancro superficiale della vescica. La TURV consiste nell'asportazione della neoplasia dalla parte superficiale a quella profonda insieme ad una porzione del muscolo detrusore sottostante. Questa tecnica permette di solito la radicalità nell'asportazione del tumore; l'esame istologico dei frammenti neoplastici resecati fornisce importanti informazioni diagnostiche sul grado di differenziazione del tumore e sulla profondità dell'invasione neoplastica. Le biopsie effettuate al momento della resezione del tumore primario forniscono importanti informazioni prognostiche sul rischio di recidiva tumorale. Circa il 20-25 % di queste biopsie rivela la presenza di displasia o di un carcinoma in situ. Nonostante la TURV rimanga il trattamento primario, in particolari condizioni può, da sola, non essere in grado di garantire una sufficiente radicalità sia per la presenza di parametri prognostici sfavorevoli, sia per la presenza di particolari condizioni quali: eccessiva multifocalità, concomitante presenza di carcinoma in situ o sede anatomica sfavorevole. In tali condizioni la terapia

endoscopica deve essere associata ad instillazioni vescicali di chemioterapici. L'instillazione endovesicale è una procedura attraverso la quale dei fluidi vengono lentamente introdotti nella vescica urinaria per mezzo di un catetere e lasciati permanere per un periodo di tempo indicato, prima di essere drenati, espulsi o prelevati. Questa procedura consente al farmaco di pervenire nell'urotelio, riducendo gli effetti collaterali sistemici a paragone con la somministrazione orale o parenterale. L'obiettivo della chemioterapia endovesicale 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. Il tumore dovrebbe essere resecato completamente prima di ogni ciclo di instillazioni con qualsiasi farmaco. Uno dei vantaggi chiave dell'instillazione locale di reagenti terapeutici è che sono utilizzate spesso dosi minori delle normali terapie antiblastiche e che gli effetti collaterali sistemici sono comunemente ridotti o assenti.

E' importante ricordare che la terapia endovesicale deve essere fatta a misura del paziente. Persone con un tumore allo stadio iniziale non

richiedono indifferentemente la chemioterapia o l'immunoterapia, così come non tutti i pazienti sperimenteranno una recidiva. Una terapia fatta su misura è basata sul riconoscimento dell'eterogeneità del tumore, con l'obiettivo di ottenere il massimo beneficio per il paziente che la richiede. La risposta alla chemioterapia topica è proporzionale alla concentrazione del farmaco piuttosto che alla sua dose. Sebbene l'inizio di azione dei chemioterapici sia rapido, la loro concentrazione diminuisce rapidamente dopo l'instillazione e siccome il farmaco viene completamente eliminato con la minzione, la sua azione dura solo finché il farmaco è presente in vescica.

I chemioterapici sono attivi contro le cellule a rapida divisione, quindi il concetto di prevenzione delle recidive del tumore uroteliale è illogico senza la presenza di una malattia in fase attiva. L'immunoterapia, invece, induce una risposta immunitaria specifica contro il tumore vescicale e previene quindi le recidive. A differenza della chemioterapia, dove l'aumento della dose somministrata risulta in un aumento della morte cellulare, un eccesso di BCG riduce la sua attività antitumorale e accresce la proliferazione tumorale.

CAPITOLO QUARTO

CHEMIOTERAPIA ENDOVESCICALE : MITOMICINA C ED EPIRUBICINA

La mitomicina C (MMC) e l'epirubicina sono agenti chemioterapici che inibiscono la sintesi del DNA nelle cellule neoplastiche. La MMC induce una riduzione del tasso di recidivazione dal 54% al 38%, ma non ha efficacia sul rischio di progressione. Si è dimostrata una media complessiva di riduzione delle recidive del 14% in un tempo che varia da uno a tre anni. La Mitomicina C e l'Epirubicina sono i principi attivi utilizzati nelle instillazioni chemioterapiche nella realtà dell'ambulatorio urologico dell'ospedale di Fermo. Quando viene usata la Mitomicina C per le malattie di stadio Ta o T1, il tasso di risposta è del 36%, con una riduzione del rischio di recidive pari al 12%. Una singola instillazione immediatamente dopo la TURV diminuisce significativamente le recidive precoci in tumori superficiali. L'Epirubicina è un epimero della doxorubicina che si è dimostrato efficace soprattutto se viene instillato anche in singola dose subito dopo la resezione.

4.1 *SELEZIONE DEL PAZIENTE*

Le instillazioni con Mitomicina C si sono dimostrate valide nel ridurre il rischio di recidiva, mentre non si sono dimostrate altrettanto efficaci nel ridurre il rischio di progressione del tumore. Il loro uso in letteratura viene comunque rivolto ai pazienti con rischio alto ed intermedio di recidiva di malattia. Nella valutazione preliminare del paziente candidabile a Mitomicina C ed Epirubicina è necessario prendere in esame alcune caratteristiche cliniche: numero di lesioni riscontrate dalla TURV, diametro massimo della lesione maggiore, tasso di recidiva, stadio e grado riportato dall'esame istologico definitivo. In caso di alto tasso di recidiva, di tumori a basso grado non infiltranti, multipli o con diametro maggiore di 3 cm, il paziente è candidabile per il trattamento. La presenza di carcinoma in situ concomitante a forme tumorali superficiali di basso grado, impone di classificare il paziente come un soggetto ad alto rischio e di proporre, pertanto, instillazioni endovesicali con BCG.

4.2 SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Molti sono gli schemi di somministrazione utilizzati, la maggior parte degli studi dimostrano che la somministrazione di Mitomicina C ed Epirubicina con cadenza settimanale per le prime 6 settimane e la prosecuzione della terapia con un ciclo di mantenimento, con instillazioni ogni 4-6 settimane per 1 anno, risulta efficace nel ridurre le recidive. Il follow-up del paziente prevede l'esecuzione di cistoscopie periodiche al fine di controllare l'efficacia della terapia e trattare tempestivamente eventuali ricadute, destinando il paziente ad un nuovo intervento di TURV. Si può mostrare un documento riassuntivo delle instillazioni per il personale medico ed infermieristico dell'UOC Urologia di Fermo, utilizzabile anche come scheda di programmazione per il paziente.(allegato A)

4.3 EFFETTI COLLATERALI E SOSPENSIONE DEL FARMACO

La Mitomicina C e l'Epirubicina sono scarsamente assorbite dall'urotelio e pertanto sono rari i casi in cui si riscontrano effetti collaterali di tipo sistemico legati ai farmaci. Tra questi più ricorrenti sono la tossicità cutanea (dermatiti, rash cutanei, porpora di Schonlein Henoch) e la mielosoppressione. Al contrario la tossicità a livello

locale è frequente e si traduce in sintomi irritativi del basso tratto urinario (pollachiuria, disuria, ematuria, urgenza minzionale, dolore pelvico); tale sintomatologia può prendere anche il nome di cistite chimica. In caso di comparsa di effetti collaterali, il paziente deve essere rivalutato per la scelta dell'iter terapeutico. Molti dei sintomi irritativi necessitano della sospensione temporanea delle instillazioni fino alla risoluzione dei problemi che possono autolimitarsi spontaneamente nel tempo o necessitare di una terapia medica. Controindicazione assoluta alla somministrazione dei farmaci Epirubicina e Mitomicina C resta unicamente l'allergia al principio attivo.

CAPITOLO QUINTO

IMMUNOTERAPIA ENDOVESCICALE:BCG

Recenti studi definiscono la terapia con il bacillo di Calmette-Guerin (BCG) superiore a quella con i chemioterapici. L'immunoterapia con BCG riduce le recidive tumorali con percentuali maggiori rispetto alla chemioterapia. 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 alla fine uccide le cellule neoplastiche. I batteri in sospensione si fissano alle cellule neoplastiche e vengono assorbiti. Di conseguenza, le cellule immuni 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. L'immunoterapia è un aiuto molto valido alla resezione chirurgica che, se usata correttamente, può evitare la cistectomia a molti pazienti. Il BCG è un bacillo vivo attenuato scoperto nel 1921 come terapia per la tubercolosi. Dopo numerosi studi venne utilizzato per combattere i carcinomi sviluppatisi in organi

intraperitoneali, intratoracici e nella vescica. I risultati più incoraggianti però si ebbero con il cancro superficiale delle cellule di transizione (TCC). Nel 1970 vennero definite le condizioni alle quali il BCG è efficace contro il tumore. Esse sono:

- stretto contatto tra il BCG e le cellule tumorali;
- un ospite immunologicamente competente;
- un tumore non esteso;
- un paziente in grado di trattenere adeguatamente il farmaco.

Inoltre la terapia con BCG previene le recidive se utilizzato come profilassi, o comunque inibisce la crescita delle stesse. Il BCG provoca una risposta infiammatoria non specifica che include diversi tipi di cellule. Dopo l'instillazione, il micobatterio vivo si lega al rivestimento uroteliale. Questo processo è facilitato dalla matrice extracellulare. Il microrganismo viene poi internalizzato dall'epitelio vescicale, lasciando le glicoproteine della superficie della cellula batterica legate alle membrane delle cellule uroteliali. Queste glicoproteine inibiscono la motilità cellulare e mediano la risposta immune.

5.1 SELEZIONE DEL PAZIENTE

Le instillazioni endovesicali con BCG sono state individuate come terapie utili nei pazienti con rischio alto o intermedio di recidive e progressione di tumore uroteliale. I pazienti candidabili all'uso di BCG sono coloro in cui si è riscontrata una o più delle seguenti condizioni:

- malattia di alto grado(G3o HG)

- CIS

- T1G3 + CIS in uretra prostatica

- T1G3 multipli o con unica lesione maggiore di grandi dimensioni (+3cm)

- presenza di varianti istologiche

- presenza di invasione linfovaskolare

Il paziente deve essere stato valutato per escludere la presenza di neoplasia dell'alta via urinaria prima di essere sottoposto alle instillazioni endovesicali.

Controindicazioni assolute all'uso del BCG endovesicale sono: l'allergia al prodotto, l'assunzione di farmaci antitubercolari o la

diagnosi di TBC in fase attiva e la gravidanza o l'allattamento. Controindicazioni relative comprendono invece tutte le condizioni che comportano una riduzione del sistema immunitario come ad esempio : HIV, terapie immunosoppressive, patologie congenite della risposta immunitaria. La somministrazione endovesicale di BCG è controindicata in pazienti che presentano ematuria macroscopica, dopo una cateterizzazione traumatica, per 2 settimane dopo un intervento TUR-BT ed in pazienti affetti da infezione sintomatica delle vie urinarie. Una batteriuria asintomatica non è considerata come controindicazione. E' buona prassi posticipare la somministrazione del prodotto in caso di infezione batterica del basso tratto urinario, in cui è ottimale far eseguire un'urinocoltura in caso di fastidi persistenti o in caso di ematuria. La procedura potrà essere ripresa dopo la risoluzione delle varie sintomatologie.

5.2 SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

La prima instillazione deve essere eseguita dopo almeno 2 settimane dalla TURV. Il primo ciclo di instillazioni viene eseguito una volta a settimana per 6 settimane, al termine delle quali si esegue la prima cistoscopia di controllo, che va programmata dopo 40 giorni dall'ultima instillazione, previa esecuzione di esame citologico

urinario su 3 campioni. In caso di cistoscopia negativa il paziente proseguirà le instillazioni a 3 mesi di distanza , sottoponendosi alla procedura una volta a settimane per 3 settimane, seguita da nuova cistoscopia e annessi citologici urinari. Il ciclo di mantenimento, in caso di controllo cistoscopico negativo, verrà proseguito e organizzato a 6-12-18-24-36 mesi. Le cistoscopie verranno comunque eseguite ogni 3 mesi nei primi 2 anni e poi con cadenza semestrale fino a raggiungere i 5 anni dalla TURV. Da quel momento i controlli cistoscopici diventeranno annuali. Si allega il documento riassuntivo delle instillazioni con BCG per il personale sanitario ed i pazienti distribuito dall'ambulatorio urologico dell'ospedale di Fermo(allegato B.)

5.3 EFFETTI COLLATERALI E SOSPENSIONE DEL FARMACO

Il bacillo di Calmette-Guèrin, anche se con uso localizzato alla vescica, può essere causa di effetti collaterali sia locali che sistemici. La tossicità del BCG è spesso dovuta a quantità inadeguate di farmaco. La maggior parte dei pazienti sviluppa effetti collaterali lievi, a livello locale, che si manifestano soprattutto con sintomi irritativi del basso tratto urinario, come cistiti e disuria accompagnata anche da ematuria. Entrambi i sintomi possono peggiorare di intensità

con ulteriori trattamenti, ma possono anche risolversi spontaneamente nel tempo o necessitare di terapia antibiotica sistemica con chinolonici per 5-10 giorni. Altri sintomi più generali che possono accompagnare i precedenti sono malessere, stanchezza e letargia, febbre che scompare in meno di un giorno. Se la febbre peggiora, è opportuna l'ospedalizzazione, in quanto potrebbe essere sintomo di infezione sistemica. Effetti collaterali meno frequenti sono lo sviluppo della tubercolosi, l'ostruzione ureterale e la coartazione vescicale. In caso di sintomatologia sistemica, il BCG deve essere sospeso immediatamente e il paziente deve essere rivalutato in ambito specialistico infettivologico per la somministrazione di terapia antitubercolare. La terapia inoltre va sospesa in caso di fallimento della procedura e del farmaco, condizione che si realizza nei seguenti casi:

- diagnosi di tumore vescicale muscolo invasivo durante il follow-up;
- ricomparsa di tumore di alto grado
- recidiva di malattia ad alto grado dopo il ciclo di mantenimento
- in caso di malattia BCG refrattaria

Un tumore si definisce BCG refrattario se si realizzano una delle seguenti condizioni: presenza di tumore vescicale non infiltrante di alto grado dopo 3 mesi, riscontro di CIS sia a 3 mesi che a 6 mesi o comparsa di tumore di alto grado durante la somministrazione della terapia. Al verificarsi di uno di questi casi, il medico specialista , referente per le instillazioni, dovrà valutare l'effettivo beneficio di un'eventuale prosecuzione della terapia con BCG oppure proporre al paziente un differente iter terapeutico.

CAPITOLO SESTO

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza infermieristica di un paziente con tumore alla vescica è incentrata sulla prevenzione e sulla gestione della malattia, nonché sul trattamento delle complicanze e sul supporto dei bisogni psicologici del paziente stesso. Le diagnosi infermieristiche includono solitamente il rischio di infezione, i disturbi minzionali, l'alterazione dell'immagine corporea e le disfunzioni sessuali. Inoltre trovandosi a dover utilizzare farmaci antitumorali, 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 endovesicale.

6.1 SICUREZZA DELL'AMBIENTE DURANTE LE FASI DI ALLESTIMENTO

Tutti gli agenti antineoplastici sono potenzialmente pericolosi e devono essere manipolati con cura. Anche se i rischi del BCG e della MMC (un vaccino attenuato e un agente citotossico) sono differenti, entrambi sono presenti nell'elenco "The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) Alert List", come farmaci pericolosi. La loro potenziale pericolosità è di carattere cancerogeno, di tossicità inerente allo sviluppo o alla riproduzione o di potenziale induzione di lesioni agli organi. La sicurezza nei confronti dell'operatore dell'ambiente e, non ultimo del preparato, è garantita da specifici dispositivi di protezione individuale, da una tecnica di preparazione idonea e da un'attrezzatura adeguata nell'ambito della quale è necessaria la presenza di una cappa a flusso laminare verticale. Il Consiglio d'Europa ha emesso una direttiva nella quale sono indicate le misure di sicurezza minime, atte a proteggere gli operatori dall'esposizione alle tossine cancerogene.

La direttiva fornisce le seguenti raccomandazioni:

1. Ridurre le fonti di esposizione;
2. Utilizzare “sistemi chiusi” di trasferimento;
3. Rimuovere i cancerogeni alla fonte, per estrazione locale o ventilazione generale;
4. Camere bianche con postazione a sicurezza biologica (BSC) o isolatori;
5. Misure di protezione individuali (equipaggiamento protettivo personale);
6. Utilizzare guanti, camici, mascherine, vestiario di protezione.

Prima di entrare nel locale di diluizione, gli operatori devono indossare i mezzi di protezione individuale (DPI). L'operatore che deve manipolare i farmaci, indosserà: calzari e cuffia monouso, indossati prima di entrare nel locale diluizione per mantenere il laboratorio pulito, ed eliminati subito dopo l'uso; maschera a conchiglia rigida che mantiene la condizione di asepsi nei confronti del preparato, ma non protegge l'operatore da polveri ed aerosol; visiera ed occhiali di protezione durante le manovre di pulizia finale

della cappa, ed in caso di spandimento accidentale; camice sterile monouso rinforzato sulle maniche, lungo, con allacciatura posteriore e con maniche e polsini elastici in maglia; viene indossato solo nell'imminenza della manipolazione e aiutato dall'operatore di supporto; guanti sterili, previa accurata disinfezione delle mani. Devono essere in lattice, monouso, senza polvere. Non esistendo un guanto impermeabile ai diversi citotossici, diventa determinante il tempo di contatto. Devono essere sostituiti ogni 30 minuti circa. Prima di iniziare le attività di diluizione è necessario predisporre tutti i farmaci e le soluzioni per l'allestimento delle terapie previste per la giornata. Questa attività si svolge sul banco di lavoro all'interno della sala diluizione, preparando tanti vassoi sterili quante sono le persone per le quali si devono allestire le preparazioni. All'interno di ogni vassoio si posiziona il materiale occorrente: confezioni dei farmaci citotossici, solventi eventuali, siringhe. E' molto importante che su ogni singolo vassoio si trovino la richiesta medica, le etichette da applicare al prodotto finito, e il foglio di lavoro che contiene indicazioni sulla sequenza delle preparazioni da somministrare, informazioni sull'eventuale diluizione e sui farmaci fotosensibili. Si accende quindi la cappa, dopo averne disinfettato accuratamente

l'interno, e si posiziona sul piano il materiale necessario per le manipolazioni dopo aver coperto il piano di lavoro con un telino sterile.

Il potenziale assorbimento dovuto alla esposizione a chemioterapici antiblastici può essere sensibilmente ridotto adottando specifiche misure preventive che riguardano in particolare la centralizzazione delle strutture e delle attività. Al fine di garantire un adeguato sistema di protezione per i soggetti che impiegano professionalmente queste sostanze negli ambienti sanitari, è opportuno prevedere la istituzione di una specifica "Unità Farmaci Antitumorali" ai cui componenti affidare l'intero ciclo lavorativo. L'Unità Farmaci Antitumorali deve essere:

- ♣ centralizzata: per impedire lo svolgimento senza controllo di attività a rischio, realizzando nel contempo un non trascurabile risparmio economico;
- ♣ isolata: in modo che, anche strutturalmente, risulti circoscritta e ben identificabile rispetto al restante ambiente sanitario;
- ♣ chiusa: per cui i materiali utilizzati nella manipolazione possano essere depositati in un unico luogo, dal quale si possano recuperare

con la garanzia di un rapido e totale smaltimento e del soddisfacimento dei criteri di prevenzione e di protezione individuale;

♣ protetta: per consentire l'accesso al solo personale sanitario autorizzato;

♣ segnalata: con appositi segnali di rischio

6.2 DILUIZIONE DEI FARMACI

Per una buona riuscita delle attività di diluizione che vengono svolte all'interno del locale preposto, è necessario osservare alcune regole generali:

-gli operatori addetti devono attenersi scrupolosamente alle indicazioni riguardanti i DPI;

-le attività all'interno del locale devono essere ridotte al minimo per evitare la formazione di turbolenze d'aria a livello della barriera frontale e del flusso laminare della cappa; porte e finestre non devono essere aperte durante le manovre di diluizione per evitare scompensi pressori all'interno del locale e quindi impedire un efficace funzionamento della cappa;

- le manovre di diluizione devono essere effettuate con tecnica asettica in ambiente sterile, seguendo tutte le indicazioni delle check list:
- eseguire il lavaggio chirurgico di mani ed avambracci;
- la miscelazione dei prodotti sterili deve essere in accordo con le indicazioni della ditta produttrice o le fonti scientifiche autorevoli;
- il materiale non sterile deve essere trattato con alcool al 70% prima di essere introdotto in cabina;
- tutte le procedure aettiche devono essere svolte al centro del piano di lavoro;
- verificare l'assenza di frustoli dopo la perforazione con l'ago dei flaconi con tappo di gomma;
- utilizzare un ago filtro quando si preleva da una fiala.

6.3 *SOMMINISTRAZIONE*

Il dirigente medico, contestualmente alla consegna del referto dell'esame istologico, prescrive la terapia e informa il paziente sul tipo di farmaco che andrà ad eseguire, sulla tecnica con cui verrà inoculato, sulle precauzioni da adottare e sulle eventuali complicanze.

Inoltre verrà consegnato il relativo opuscolo informativo (foto opuscoli). L'infermiere dell'ambulatorio urologico settimanalmente controlla e programma l'accesso dei pazienti candidati alle instillazioni. Il lunedì mattina gli infermieri della UOC Oncologia preparano i farmaci che verranno somministrati quel giorno e che verranno ritirati e trasportati con apposito contenitore dall'infermiere dell'ambulatorio urologico alle ore 8,30. Il medico presente in ambulatorio controlla che il paziente abbia compreso il trattamento prescritto e acquisisce il consenso informato (foto consenso), rimanendo a disposizione durante l'intera procedura.

L'infermiere dell'ambulatorio urologico che si appresta alla somministrazione dei farmaci antitumorali deve conoscere:

- le modalità di conservazione per evitare la formazione di prodotti di degradazione;
- le modalità per una corretta somministrazione; il potenziale di tossicità locale;
- le modalità di intervento in caso di contaminazione personale e/o ambientale;
- i trattamenti specifici in caso di effetti collaterali.

L'infermiere controllerà nuovamente l'identità del paziente, che abbia firmato il consenso, che lo stato di salute del paziente sia indicato alla instillazione del farmaco e preparerà il materiale necessario.

Il personale addetto alla somministrazione è tenuto ad indossare alcuni DPI, quali guanti, camice e occhiali di protezione, infatti possono verificarsi casi di contaminazione agli occhi, cute e mucose anche in questa fase. 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.

Posizionamento del paziente

L'anatomia della vescica svuotata consente alle pareti della vescica di entrare in contatto con il farmaco intravesicale e al paziente andrebbe consigliato di muoversi come di consueto. In alcuni ospedali, in regime di ricovero, dopo che i farmaci sono stati instillati, il paziente viene ruotato alternativamente sul fianco destro e sinistro ogni 15 min. per facilitare il contatto del farmaco con l'intera mucosa della vescica. Nella descrizione del prodotto del BGC di Tice, si consiglia ai pazienti di girarsi sul fianco dopo l'instillazione, mentre nel BCG di Medac si

suggerisce di rimanere immobili. Tuttavia, non ci sono evidenze a sostegno di tali pratiche.

Pulizia del meato

Per mantenere l'igiene del meato, sono sufficienti le pratiche routinarie di igiene personale. Studi riguardanti vari agenti detergenti quali clorexidina e soluzione salina, hanno dimostrato che questi non sono in grado di ridurre il tasso di crescita dei batteri, pertanto acqua e sapone sono sufficienti per ottenere un'efficace igiene del meato.

Materiale per l'instillazione

Tipo e calibro del catetere

Laddove possibile, andrà utilizzato un catetere intermittente. Di seguito sono elencate alcune considerazioni per la scelta del catetere per l'instillazione intravesicale:

- Andrà utilizzato il calibro più piccolo possibile, per evitare di causare pressione e conseguenti lesioni al tessuto uretrale e per evitare un'instillazione troppo veloce.

- I cateteri idrofilici riducono i rischi di disagio, trauma e infezione post-cateterizzazione.
- I cateteri con attacco Luer Lock riducono il rischio di fuoriuscita, costituendo un sistema a circuito chiuso. Alcuni cateteri intermittenti sono dotati di estremità con attacco Luer Lock, mentre i cateteri di Foley necessitano l'applicazione di un adattatore prima di dare inizio alla procedura di instillazione. Alcuni preparati di MMC e BCG in “confezione pronta all'uso” comprendono il sistema dotato di attacco Luer Lock.
- Il catetere intermittente è la scelta preferibile per l'instillazione; il catetere di Foley andrà inserito solo quando esistono chiare indicazioni in tal senso. Questo non deve essere lasciato inserito oltre il tempo necessario.

Lubrificante

Per i cateteri non-idrofilici, andranno utilizzati 10-15 ml di lubrificante con lidocaina e clorexidina. Questa dose non influisce sull'efficacia della terapia con BCG in maniera significativa.

Prima di procedere all'instillazione vera e propria si deve quindi cateterizzare la persona, attenendosi alla tecnica asettica nella preparazione del materiale occorrente:

- invitare il paziente a svuotare la vescica se non avesse già provveduto
- predisporre telini sterili, guanti sterili e garze sterili;
- lubrificante e disinfettante monodose,
- catetere vescicale di basso calibro tipo Nelaton ,salvo differenti indicazioni;
- eseguire il lavaggio sociale delle mani e preparare il materiale su di un campo sterile, versando su alcune garze il disinfettante e su altre il lubrificante;
- far assumere al paziente la posizione opportuna;
- indossare i guanti sterili dopo aver eseguito il lavaggio antisettico delle mani;
- disinfettare il meato urinario e dopo aver lubrificato il catetere procedere al suo inserimento. A questo punto si drena la vescica fino a quando non risulta completamente vuota. Si prende il farmaco e

togliendo il tappo dal deflussore, lo si collega, aprendolo, all'imbocco del catetere vescicale. Si instilla il farmaco in vescica, avendo cura di non spremere la sacca, ma di lasciare il liquido defluire da solo all'interno dell'organo. Finita la procedura si sfila il catetere e lo si getta nel contenitore dei rifiuti speciali, avvolgendolo nella traversina. Si smaltiscono tutti gli altri eventuali dispositivi e si rimuovono i DPI utilizzati. Si esegue il lavaggio sociale delle mani e si aiuta il paziente a rivestirsi, informandolo di tutte le possibili situazioni a cui deve porre attenzione, come ad esempio, che dovrà trattenere l'urina per almeno un'ora in modo da lasciar agire il medicamento.

L'infermiere registra poi la procedura effettuata nella cartella e si appresta a riordinare e sanificare l'ambulatorio.

Tempo di permanenza del farmaco in vescica

L'efficacia della chemioterapia intravesicale è correlata alla durata dell'esposizione e alla concentrazione del farmaco nel sito del tumore. La diluizione della soluzione a causa della produzione di urina avviene entro i 5 min. dall'instillazione. Sebbene il tempo di permanenza del farmaco nella vescica sia in corso di dibattito, la percentuale di recidiva è inferiore aumentando questo tempo di

permanenza da 30 a 60 min. L'assorbimento del farmaco a livello sistemico non è influenzato dal prolungamento dell'esposizione a MMC. Il tempo medio di permanenza del farmaco nella vescica è di 1-2 ore. Sono sconsigliati periodi più estesi perché con il passare del tempo, l'afflusso dell'urina nella vescica provoca diluizione della concentrazione del farmaco.

6.4 EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

Il ruolo dell'infermiere che si occupa di pazienti sottoposti a instillazioni endovescicali non è semplicemente esecutorio ma anche informativo. Compito base di quest'ultimo infatti, è anche quello di fornire precise indicazioni sui comportamenti da tenere prima e dopo la terapia.

Non sono stati identificati studi che abbiano dimostrato che l'educazione terapeutica del paziente influisca sulla qualità della vita, sugli esiti, sugli effetti collaterali o su un aumento della compliance al trattamento. Tuttavia, 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 endovescicale. Un

aspetto fondamentale dell'assistenza infermieristica è l'educazione terapeutica del paziente. 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 sessioni di educazione terapeutica devono essere rivolte sia ai pazienti che a coloro che si occupano di assisterli. 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.

svuotare in modo completo la vescica prima dell'instillazione; 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; dopo un'ora è necessario svuotare la vescica, in quanto la permanenza del farmaco per periodi superiori può causare irritazione e bruciore; aumentare l'apporto di acqua dopo l'instillazione per favorire la completa eliminazione del farmaco (almeno due litri al giorno); evitare i rapporti sessuali nelle 48 ore

successive all'instillazione; se possibile utilizzare un servizio dedicato per evitare promiscuità con gli altri membri della famiglia. Diversamente dopo aver urinato lavare il servizio con candeggina ed areare bene il bagno; segnalare sempre al medico dell'ambulatorio eventuali disturbi insorti dopo l'instillazione (bruciori, eruzioni cutanee, febbre o altro).

Per ridurre la sensazione di ansietà 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.

Dovranno essere trattati i seguenti argomenti:

- Farmaci da evitare/posticipare prima dell'instillazione
- 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 aumenta la capacità del paziente di trattenere l'agente per il periodo di permanenza del farmaco nella vescica prescritto, 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.

- 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 alcuni Paesi, 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.
- Gli effetti collaterali più comuni associati al BCG
- Gli effetti collaterali più comuni associati alla MMC
- 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 dell'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.

- Suggestire 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.

6.5 GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE POSSIBILI COMPLICANZE

L'infermiere riveste un ruolo fondamentale anche nella valutazione e nel trattamento di molti dei problemi che il paziente sottoposto a chemioterapia endovesicale deve affrontare. A causa degli effetti sistemici su cellule sia maligne sia normali, queste problematiche sono diffuse e colpiscono spesso vari organi. E' di fondamentale importanza redigere una pianificazione assistenziale adeguata per la tipologia di paziente che ci troviamo di fronte, al fine di arginare o evitare completamente le possibili complicanze.

Effetti collaterali della MMC

L'elevato peso molecolare della MMC si traduce in un basso assorbimento, pertanto essa non è di solito responsabile di una tossicità sistemica. La tossicità a livello locale è tuttavia più comune,

provocando cistite chimica, eruzioni allergiche e desquamazioni palmari o genitali derivanti da dermatite da contatto. La somministrazione di chemioterapia citotossica all'interno della vescica può indurre una serie di sintomi irritativi correlati alla minzione. La maggior parte degli effetti collaterali si presentano durante i primi 6 mesi della terapia. Questi effetti collaterali possono essere oggetto di trattamento sintomatico:

- disuria
- pollachiuria
- impellenza della minzione
- disagio sovrapubico
- ematuria macroscopica
- dolore pelvico

L'insieme dei sintomi sopra citati vengono denominati cistite chimica.

L'incidenza della cistite chimica è il 10% e la prevalenza dei sintomi è 1-25%.

Come ridurre il rischio di effetti collaterali della MMC

Uno dei primi fattori da considerare è il rischio di assorbimento del farmaco, che potrebbe dar luogo a tossicità sistemica. Anche se alcuni fattori che influiscono sull'assorbimento del farmaco possono rientrare sotto il controllo del chirurgo (come ad esempio la tecnica e la profondità della resezione), altri sono strettamente collegati alle proprietà fisiche del farmaco. Tali fattori comprendono il peso molecolare, la concentrazione e la lipofilia. Altri fattori che possono aumentare l'assorbimento comprendono il tempo di permanenza del farmaco nella vescica del farmaco e l'integrità delle pareti vescicali. Altre strategie per contribuire a ridurre il disagio durante il trattamento includono l'accertarsi che la vescica sia vuota prima dell'instillazione del farmaco ed assicurare una emostasi meticolosa all'estremità della resezione per impedire l'accumulo di coaguli di sangue che possono occludere il catetere ed esacerbare i sintomi. Il metodo più importante per ridurre l'incidenza di necrosi e ulcerazioni è di effettuare una meticolosa emostasi dopo la resezione del tumore e di eseguire una cistografia intraoperatoria nel caso in cui vi siano sospetti di lesioni della vescica.

EFFETTI COLLATERALI BCG

Il BCG intravesicale è associato ad un maggior numero di effetti collaterali rispetto alla chemioterapia intravesicale. I più comuni effetti collaterali del trattamento con BCG sono pollachiuria, disuria e impellenza della minzione. Questi effetti sono segnalati in > 90% dei pazienti sottoposti a terapia. In uno studio di EORTC, il 20% dei pazienti trattati per 3 anni con BCG ha interrotto il trattamento a causa di effetti collaterali locali o sistemici. Tuttavia, effetti collaterali gravi si incontrano in < 5% dei pazienti e in quasi tutti i casi possono essere trattati efficacemente. La terapia di mantenimento non è associata ad un aumento del rischio di effetti collaterali rispetto all'induzione. Dopo l'assorbimento del BCG a livello sistemico, possono comparire complicanze gravi. Pertanto devono essere osservate le controindicazioni all'instillazione intravesicale di BCG.

Gli effetti collaterali più comuni dell'instillazione intravesicale di BCG sono:

- cistite
- ematuria
- prostatite granulomatosa sintomatica

- epididimo-orchite

Gli effetti collaterali a livello sistemico più comuni dell'instillazione intravesicale di BCG sono:

- malessere generale, febbre
- reazioni allergiche

Gli effetti collaterali meno comuni sono: artralgia e/o artrite e sepsi da BCG.

La gestione degli effetti collaterali del BCG sarà commisurata al tipo e grado degli stessi. Raccomandazioni per le singole situazioni sono fornite dal International Bladder Cancer Group (IBCG). Non sono state individuate differenze significative in termini di tossicità in relazione al dosaggio (un terzo di dose contro dose completa) o alla durata (1 anno contro 3 anni) del trattamento con BCG. Una riduzione del dosaggio o della durata della terapia di mantenimento ha ridotto la percentuale dei pazienti che hanno sospeso il trattamento a causa degli effetti collaterali.

I campi alterati in pazienti sottoposti ad instillazioni endovesicali possono essere molteplici. Alcuni esempi possono trovare fondamento nell'accertamento idro-elettrolitico: anoressia, nausea, vomito,

alterazioni del gusto, diarrea possono esporre la persona a rischio di disturbi della nutrizione e dell'equilibrio idroelettrolitico. Alterazioni delle mucose dell'apparato gastrointestinale possono provocare irritazioni della cavità orale e dell'intestino, compromettendo così ulteriormente lo stato nutrizionale del soggetto. L'infermiere deve accertare le precedenti esperienze e aspettative del paziente relativamente alla nausea e al vomito, incluse le cause e gli interventi usati; deve istruire il paziente su come modificare la sua dieta, prima e dopo la somministrazione dei farmaci; deve spiegare al paziente l'importanza di un'adeguata idratazione e incoraggiare una frequente igiene orale.

Ovviamente essendo la vescica l'organo principale colpito dalle instillazioni, si possono andare a creare anche delle alterazioni nell'eliminazione urinaria. Una profonda conoscenza dei diversi tipi di diversione urinaria è importante per la gestione infermieristica del paziente con cancro alla vescica. Le diversioni urinarie si suddividono in tre tipi: l'urostomia, la neovescica o la formazione di una sacca continente. In caso di diagnosi infermieristica di disturbi minzionali a causa di una derivazione urinaria o di cistite, gli interventi da effettuare saranno di incoraggiamento per un maggiore apporto di

liquidi nelle 48 ore successive alla terapia, insegnare al paziente ad urinare frequentemente per smaltire il farmaco e ad evitare cibi irritanti; spiegare al paziente quali sono i sintomi e i segni della cistite e l'importanza di contattare il medico se si presentano; fornire tutte le necessarie informazioni.

Le procedure che si andranno ad attuare possono essere percepite come molto invasive, quasi quanto una privazione della propria privacy. Ancor più se si associa un'intervento che ha prodotto una qualche derivazione urinaria. L'alterazione dell'immagine corporea è un problema diffuso ma molto spesso sottovalutato. L'immagine del sé può essere definita con il modo in cui noi ci vediamo, e il modo in cui ci vedono gli altri. Una diagnosi di tumore che richiede un intervento di diversione urinaria permanente, rappresenta una sfida per tutto quello che concerne il paziente e la sua famiglia. L'infermiere è responsabile dell'aiuto al paziente nell'accettare la sua nuova immagine, valutando anche come gestisce i presidi e affidandolo ad un gruppo di supporto o a specialisti.

CAPITOLO SETTIMO

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

7.1 PREMESSA

L'indispensabilità per l'infermiere di lavorare seguendo un metodo scientifico di risoluzione dei problemi, nasce anche dall'obbligo che deriva dal D.M. 739/94 "individuazione della figura e del relativo profilo professionale" in particolare all'Art.1 cita:“L’Infermiere: Partecipa all’identificazione dei problemi di salute della persona e della collettività; Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; Pianifica, gestisce l’intervento assistenziale infermieristico; Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; Agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali”.....

Il riconoscimento di complicità nell’assistito in cura con instillazioni endovesicali di chemioterapici secondarie a neoplasia vescicale, si avvale della professionalità e conoscenze di competenza dell’infermiere che, come attento e vigile osservatore del paziente, utilizza le seguenti strumentazioni: cartella

infermieristica, scale di valutazione, monitor di rilevazione dei parametri vitali (ecc.), per registrare ogni variazione dello stato di salute del paziente, permettendogli di identificare problematiche insorgenti, con la possibilità di attuare immediatamente azioni dirette di sua competenza e segnalazione di problemi collaborativi . Il fine unico e d'importanza estrema, è quello di prevenire complicanze maggiori o intervenire tempestivamente per limitare il processo patologico in evoluzione che può portare il paziente a prognosi infausta.

7.2 LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Il processo di nursing, utilizza come metodo scientifico il problem solving o metodo di risoluzione dei problemi. E' un processo che studia un fatto, una situazione o un problema allo scopo di trovare una soluzione. IL problem solving, è semplicemente un processo mentale che noi facciamo abitualmente in maniera magari inconscia per risolvere i problemi che incontriamo. Per risolvere il problema in modo appropriato , senza dispendio di energie, si deve scegliere la

soluzione migliore dopo avere analizzato alcune ipotesi. Il processo di nursing che utilizza il problem solving è: un metodo di lavoro che consente di offrire risposte globali e personalizzate a singole persone o a un gruppo, relativamente alla soluzione di problemi di pertinenza infermieristica. Lo strumento per l'applicazione del metodo è la pianificazione assistenziale. Il processo è costituito da una successione di fasi: Raccolta Dati, Diagnosi Infermieristica, Individuazione di Obiettivi da raggiungere e Interventi da attuare, con Verifica finale degli obiettivi perseguiti .



La raccolta dati

Questa fase è fondamentale, in quanto da essa parte tutto il processo di nursing. Dalla raccolta Dati si rileva la presenza di un problema e le fonti utilizzate sono: la famiglia, la cartella clinica, testi, membri dell'equipe che hanno preso in carico l'assistito, le conoscenze dell'infermiere, e l'uso di strumenti. Questi strumenti possono essere semplici come sfigmomanometro, termometro, ecc. e anche di tecnologia avanzata, come della sala sub intensiva, che utilizza monitor a cinque derivazioni per la rilevazione parametri vitali. I mezzi per la raccolta dati, sono costituiti da: Osservazione, colloquio/intervista, consultazione. L'Osservazione del paziente, si può definire: “esaminare, con accettazione motivata da ragioni critiche, utilizzando tecniche scientifiche, al fine di ottenere una visione completa o dettagliata o per formulare un giudizio”.

L'osservazione e' una fase impegnativa che implica l'uso di tutti i sensi, dove possiamo cogliere gli aspetti “non” verbali della comunicazione che spesso sono ancora più significativi della comunicazione verbale stessa. Nel caso specifico, l'osservazione è

fondamentale per una “buona” raccolta dati in particolare valutando la comunicazione “non” verbale. L’intervista, mira a raccogliere i dati sul soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona.

La diagnosi infermieristica

La Diagnosi infermieristica, identifica un problema attuale o potenziale, che richiede l’intervento infermieristico per essere risolto. I problemi identificati sono i problemi di assistenza infermieristica e devono essere di competenza dell’infermiere, ossia questi deve poter agire in autonomia nella scelta degli interventi. L’Infermiere che presta assistenza al paziente in trattamento con instillazioni endovesicali, si trova davanti a problemi sia di natura prettamente infermieristica, ma anche molti di natura collaborativa. La diagnosi infermieristica viene formulata servendosi di elementi, quali: l’identificazione del problema e l’eziologia del problema stesso o la correlazione esistente . Oggi l’infermiere utilizza la bibliografia delle diagnosi infermieristiche del NANDA, allo scopo di uniformare terminologie e interventi.

Obiettivi

Per pianificazione degli obiettivi, si intende l'identificazione delle priorità e la formulazione degli obiettivi stessi. L'identificazione delle priorità, è il problema immediato da risolvere che richiede intervento (come es., ha la priorità di mantenere i parametri vitali nella norma, che molte volte sono di base alterati e richiede un monitoraggio costante da parte dell'infermiere per individuare complicanze insorgenti, che possono mettere ulteriormente a repentaglio la vita stessa dell'individuo). La formulazione degli obiettivi, guida la cura, costruisce il criterio di valutazione, motiva l'operatore e il paziente al loro raggiungimento. L'obiettivo quindi, è il risultato a cui deve pervenire il paziente attraverso le cure infermieristiche (riprendendo l'esempio, precedentemente fatto, l'obiettivo dell'infermiere, sarà far mantenere i parametri vitali del paziente nella norma e valutare l'insorgere di complicanze tramite il monitoraggio).

Interventi infermieristici e attuazione

Le azioni infermieristiche devono essere mirate alla soluzione dei problemi della persona e sono direttamente collegati alla fonte di

difficoltà. Al momento dell'attuazione l'infermiere deve tenere presente:

- I principi che sottendono l'atto,
- Le priorità,
- La ripartizione degli atti all'interno dell'equipe,
- La sequenza degli atti,
- Tempo destinato a ciascun atto.

Nella fase dell'attuazione degli interventi sono indispensabili alcuni strumenti di lavoro come procedure e protocolli.

Valutazione

Lo scopo della valutazione è quello di valutare se l'obiettivo è stato raggiunto. La valutazione può essere effettuata dal singolo o da tutta l'equipe di assistenza. Se gli obiettivi sono stati specificati in modo corretto e preciso e i criteri sono stati chiaramente definiti, l'infermiere potrà identificare con precisione il progresso della persona, altrimenti si incontrano difficoltà nel valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti e in quale grado.

Una struttura per l'accertamento infermieristico, che permette di rilevare tutte le informazioni necessarie per un'analisi dettagliata della persona e per dimostrare il focus infermieristico sulle diagnosi sono i modelli funzionali della salute di Marjory Gordon, che utilizzeremo in questo elaborato per strutturare una pianificazione mirata. Le aree del modello della salute costituiscono un formato per l'accertamento standard di un database essenziale, indipendentemente dall'età, dal livello di assistenza o dalla patologia clinica della persona assistita. Tutti gli esseri umani condividono alcuni modelli funzionali che contribuiscono alla salute, alla qualità della vita e alla realizzazione del potenziale umano. Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico.

La descrizione e la valutazione dei modelli della salute consentono all'infermiere di identificare i modelli funzionali (punti di forza dell'assistito) e i modelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche). I modelli della Gordon si compongono di 11 aree comuni:

1. Modello di percezione e di gestione della salute
2. Modello nutrizionale e metabolico
3. Modello di eliminazione
4. Modello di attività ed esercizio fisico

5. Modello di riposo e di sonno
6. Modello cognitivo e percettivo
7. Modello di percezione di sé/concetto di sé
8. Modello di ruoli e relazioni
9. Modello di sessualità e riproduzione
10. Modello di coping e tolleranza allo stress
11. Modello di valori e convinzioni

7.3 DIAGNOSI INFERMIERISTICHE PREVALENTI NEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI

L'individuazione delle diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi prevalenti nel periodo che va dal momento della diagnosi al momento dell'intervento, ha lo scopo di aiutare l'infermiere ad uniformare oltre che la terminologia, anche gli interventi. Altro aspetto fondamentale per cui è indispensabile formulare diagnosi infermieristiche è poter identificare il reale carico di lavoro dell'infermiere; questo perché ad ogni diagnosi corrispondono una

serie di interventi più o meno standardizzati. Le diagnosi/problemi collaborativi che ho preso in considerazione per una persona soggetta a questo tipo di trattamento, sono:

1. D.I./ANSIA, PAURA CORRELATA ALL'INCERTEZZA CLINICA E ALL'INSUFFICIENTE CONOSCENZA DELLE ATTIVITA'DI ROUTINE.(Coping e tolleranza allo stress)
2. P.C. INFEZIONE DELLE VIE URINARIE CORRELATA AD INSTILLAZIONI CICLICHE DI CHEMIOTERAPICI
3. D.I./ ALTERAZIONE DEL CICLO DELL'ELIMINAZIONE URINARIA CORRELATA A RITENZIONE ORARIA DEL FARMACO CHEMIOTERAPICO IN VESCICA
4. D.I./ ALTERAZIONE DELL'AUTOSTIMA E DEL CONCETTO DI SE' CORRELATA AD ESPOSIZIONE DEI GENITALI DURANTE LA PROCEDURA DI INSTILLAZIONE

A scopo esemplificativo svilupperò la diagnosi infermieristica sul modello alterato COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS formulando dei possibili interventi da attuare e il problema collaborativo legato al rischio di infezione delle vie urinarie.

D.I./ ANSIA E PAURA CORRELATA ALL'INCERTEZZA CLINICA E ALL'INSUFFICIENTE CONOSCENZA DELLE ATTIVITA' DI ROUTINE CHE SI MANIFESTA CON FREQUENTI CONTATTI TELEFONICI ALL'INFERMIERE, SUDORAZIONE PROFUSA E FREQUENTI CAMBI DI POSIZIONE DURANTE LE PROCEDURE DI INSTILLAZIONI, IL PAZIENTE PONE NUMEROSI QUESITI ANCHE GIA' RISOLTI.

OBIETTIVI

• Che l'assistito si senta più tranquillo e sicuro rispetto alle procedure da compiere e che diminuisca il suo stato di ansia

INDICATORI

T: 3 mesi

CLINICO: L'assistito dimostrerà di saper spiegare con sue parole la procedura e di aver compreso i reali rischi e complicanze. Si sentirà più sicuro e tranquillo durante gli appuntamenti, assumendo le posizioni indicate autonomamente e ponendo solo nuovi quesiti.

INTERVENTI

-Durante gli appuntamenti settimanali l'infermiere dedicherà, prima dell'esecuzione dell'instillazione, un momento per un colloquio esplicativo con l'assistito, cercando di cogliere le maggiori incertezze e dubbi.

- Spiegherà al paziente nuovamente e con parole più semplici, unitamente con il medico, la procedura che deve effettuare, le indicazioni e i possibili rischi soffermandosi sul mantenimento di una buona qualità di vita e sulla possibilità di avere un normale proseguimento delle sue attività quotidiane.

- instaurare con l'assistito una relazione d'aiuto, che lo faccia sentire sicuro e tranquillo, anche nell'espone le sue paure

PC/ RISCHIO DI INFEZIONE DELLE VIE URINARIE
CORRELATO AD INSTILLAZIONI CICLICHE DI
CHEMIOTERAPICI

OBIETTIVI

L'infermiere identificherà in maniera tempestiva i segni e i sintomi di infezione delle vie urinarie e collaborerà ad attuare gli interventi per stabilizzare le condizioni cliniche dell'assistito

INDICATORI

T: Per tutta la durata del trattamento

CLINICI: Apiressia, Peso specifico delle urine: 1005-1030, Diuresi > 5 mL/Kg/ h, Urine limpide, Assenza di dolore o bruciore in sede pelvica e addominale

INTERVENTI

- L'infermiere monitorerà o educerà il paziente a comunicare la comparsa di segni di infezione delle vie urinarie che trovano manifestazione nelle modificazioni del colore e dell'odore delle urine e della diuresi, comparsa di febbre, aumento della frequenza

e dell'urgenza minzionale o dell'incontinenza urinaria, bruciore o dolore in sede pelvica/ addominale o durante la minzione.

- In caso di infezione delle vie urinarie accertata collaborerà con il medico nella somministrazione dei farmaci prescritti e nell'esecuzione di procedure invasive di controllo

CONCLUSIONI

Il focus di questa tesi è duplice, da un lato mira a sensibilizzare le persone su una procedura che sta fortunatamente prendendo sempre più piede nella realtà urologica e più precisamente nel trattamento dei pazienti con carcinoma superficiale vescicale: le instillazioni endovesicali di chemioterapici. Realtà assorbita in modo totale durante il tirocinio nell' UOC Urologia dell'ospedale di Fermo, punto di riferimento per l'intera regione e fiore all'occhiello di tutta la provincia. Il tumore vescicale essendo al momento uno delle più frequenti neoplasie presenti, ha bisogno non solo di un adeguato trattamento medico, sempre in continua evoluzione, ma anche di un approccio all'assistito completo e olistico, che vada a coprire tutte le aree più importanti del nostro essere. Da qui, la mia intenzione di spostare il focus sull'assistenza infermieristica a questa tipologia di paziente, assistenza fondamentale per la buona riuscita di tutte le procedure a cui verrà sottoposto.

L'American Nurses Association(ANA), definisce l'infermieristica come: “L'infermieristica è la tutela, la promozione e l'ottimizzazione della salute e delle capacità, la prevenzione delle malattie e delle lesioni, l'alleviamento delle sofferenze attraverso la diagnosi e il trattamento delle risposte umane e fornendo le informazioni utili ad assumere le decisioni connesse al piano di advocacy nell'assistenza delle persone, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni (ANA,2004, p.7)”

Partendo da questo spunto, la tesi si è evoluta verso lo sviluppo di pianificazioni assistenziali individuali rivolte ai pazienti in trattamento con chemioterapia endovescicale, costituendo una vera e propria rete di aiuto che comprendesse tutti gli aspetti quotidiani e di rilievo sulla vita dell'assistito e che non si concludessero con una mera esecuzione della procedura. L'assistenza infermieristica non si limita al problem solving; comprende infatti anche il punto di vista della persona, il pensiero critico, le relazioni di cura, l'apprendimento continuo e la promozione della giustizia sociale.

Gli infermieri considerano gli assistiti in modo globale e si occupano di risposte umane, diagnosticando, trattando e

prevenendo i feedback della persona alla malattia, piuttosto che la malattia stessa.

Per questo motivo il continuo aggiornamento dell'infermiere unitamente a professionalità, competenza e conoscenza permette sempre di più, una qualità di assistenza ad altissimi livelli, concentrando il saper organizzare interi schemi di procedure con il saper riconoscere l'insorgenza delle complicanze e sulle stesse intervenire tempestivamente.

BIBLIOGRAFIA

1. G. Kuschinsky, H. Lüllmann, “Farmacologia e tossicologia”, IV edizione, Piccin, 1998; 457-4662.
2. A. Stevens, J. Lowe, “Patologia”, Casa ed. Ambrosiana, 1998; 346-347
3. S. C. Smeltzer, B. G. Bare, “Brunner Suddarth: Nursing medico chirurgico”, II edizione, volume 1, Casa ed. Ambrosiana, 2001; 318-334; 1367-1368
4. A. M. Karrat, D. L. Lamm, “Current trends in intravesical therapy for bladder cancer”, Contemporary Urology, August 1, 2000
5. M. F. Sarosdy, “Immunotherapy of superficial bladder carcinoma”, Aua Update Series, lesson 29, volume XIV, 1997; 234-240
6. J. Games, “Nursing implications in the management of superficial bladder cancer”, Seminars in Urologic Oncology, February 1996, 14(1); 36-40
7. F. Viggiani, “Le neoplasie uroteliali delle vie urinarie”, Medici On Line, Ottobre 2000

8. J. M. Wilkinson, "Processo infermieristico e pensiero critico", 3°edizione, Casa Editrice Ambrosiana, 2013; 57-58;172-174;372-378
9. Linee Guida EAU sul tumore vescicale non muscolo invasivo (TaT1 e CIS), Edizione 2019
10. L. J. Carpenito-Moyet, "Piani di assistenza infermieristica e documentazione", 2° edizione, Casa Editrice Ambrosiana, 2011; 4-41; 710-713
11. L. P. Kelly, C. Miaskowski, "Continuing education. An overview of bladder cancer: treatment and nursing implications", *Oncology Nursing Forum*, April 1996); 459-470
12. A. Kathryn, "Bladder instillations and bladder washouts in the management of catheterized patients", *Journal of Advanced Nursing*, March 1996, 23; 548-554

SITOGRAFIA

1. WWW.AIRC.IT 12/02/2020 h 14.59
2. www.casettagiovanni.it 3/03/2020 h10.20
3. www.A.I.Ur.O.it 5/03/2020 h 16.00
4. www.nursing-standard.co.uk 5/03/2020 h 20.00
5. www.urologyhealth.org 10/03/2020 h 10.30

RINGRAZIAMENTI

Vorrei dedicare questo spazio a chi , con dedizione e pazienza, ha contribuito alla realizzazione di questa tesi e al raggiungimento del mio obiettivo.

Un ringraziamento particolare va al mio relatore, il Dott. Enrico Ceroni, che mi ha seguito con la sua infinita disponibilità, in ogni step della realizzazione dell'elaborato.

Grazie anche alla mia correlatrice, Dott.ssa Cinzia Acciarri, coordinatrice dell'UOC Urologia di Fermo, che nonostante il clima di emergenza palpabile mi ha accompagnato con i suoi preziosi consigli fin dalla scelta dell'argomento.

Ringrazio tutto il personale infermieristico, medico e socio-sanitario dell'Urologia di Fermo ,che mi ha sopportato e supportato durante i 2 mesi di tirocinio. In particolare grazie alla Dott.ssa Flavia Tombolini per aver condiviso con me utilissimi strumenti per la redazione di questa tesi.

Ringrazio infinitamente mio padre e mia madre, senza i quali , con il loro supporto economico e non , non sarei qui.

Un grazie speciale a mia madre che ha saputo intrattenere per tutti questi mesi il nipote e che mi ha permesso di continuare a studiare anche da mamma.

Grazie a mio marito, supporto instancabile, anche quando non me lo sarei meritato.

Grazie a mio figlio, Raniero, che con la sua nascita mi ha fatto comprendere con imponente chiarezza le vere priorità della vita.

Grazie a mia sorella Vanessa, primo modello familiare da voler seguire. Probabilmente sono state le nostre nottate a parlare quando ero adolescente che mi hanno portato dove sono ora. E come dice Stephen Littleword "Avere una sorella è più di un fatto puramente

di sangue, hai una compagna che, vicina o lontana che sia, ti affiancherà nella vita, un luogo dove essere “a casa” sempre.

Grazie a Massimiliano, mio cognato, fonte inesauribile di buonumore e prova reale che non serve avere lo stesso sangue per essere fratelli.

Grazie a tutte le persone che ho incontrato nel mio percorso accademico, soprattutto a Giacomo. Senza di te, questi ultimi mesi di ansia e panico sarebbero stati devastanti.

Un grazie enorme va a Leda, migliore amica, sorella acquisita e altra metà di me. Incontrata per caso tra i banchi di facoltà e diventata indispensabile. Non serve che io ti dica quanto sei stata importante durante tutto il percorso. Senza di te e il nostro supporto reciproco mi sarei fermata molto prima e tutto questo non sarebbe stato possibile. Ti voglio bene.

Infine vorrei dedicare la chiusura della mia tesi ad una persona speciale, che ha saputo riordinare e mettere insieme, con tenacia e determinazione, tutti i pezzi smarriti della sua vita : me stessa.
Grazie.

