

NUSING CHIRURGIA UROLOGICA

PROSTATECTOMIA RADICALE



INTRODUZIONE

Con il termine di prostatectomia radicale si intende **l'intervento chirurgico che prevede l'asportazione in blocco della prostata e delle vescicole seminali** con la successiva anastomosi della vescica con il moncone uretrale. L'intervento è di solito preceduto da una linfadenectomia pelvica cioè dalla asportazione dei linfonodi che drenano i linfatici dalla ghiandola prostatica. L'intervento viene effettuato attraverso una incisione mediana che va dall'ombelico alla sinfisi pubica; superati i piani muscolari si procede innanzitutto alla linfadenectomia pelvica di stadiazione, quindi si procede alla prostatectomia radicale le cui fasi si possono riassumere nei seguenti punti:

- ❖ sezione dei legamenti pubo-prostatici
- ❖ legatura del complesso venoso dorsale
- ❖ sezione dell'uretra
- ❖ mobilizzazione della prostata delle vescicole seminali e sezione dei vasi deferenti

- ❖ sezione della giunzione prostatico-vescicale
- ❖ ricostruzione del collo vescicale
- ❖ anastomosi vescico-uretrale.

NURSING CHIRURGICO

- + Trasporto dell'utente dalla camera di degenza al blocco operatorio previa identificazione tramite cartella clinica
- + La preparazione dell'utente nella recovery room prevede l'allestimento della linea infusoriale, posizionamento delle placche per E.C.G. e copri capo.
- + Si posiziona l'utente sul lettino operatorio in posizione supina
- + Si monitorizza l'utente E.C.G. – SpO2 – P.A. si posiziona placca elettro-bisturi, viene fornita assistenza per l'intubazione all'anestesista (*laringoscopio, tubo oro-tracheale lubrificato, pinza di Magill, protezione in silicone per l'arcata dentaria, siringa da 10cc per cuffiare, aspiratore, cerotto per fissaggio del tubo oro-t. ed inoltre l'eventuale posizionamento del catetere venoso centrale*).
- + Con paziente supino si posiziona la testa sopra la ciambella di silicone, gli arti superiori si posizionano a 65° rispetto al tronco e si fissano con lacci. Si posizionano gli arti inferiori con protezione sotto i talloni, fissaggio degli arti inferiori con cinghia posizionata circa a dieci cm sopra le ginocchia con un telo di stoffa che protegge la cute.
- + Assistenza da parte dell'infermiere di sala allo strumentista per l'apertura del materiale sterile e vestizione dell'equipe chirurgica
- + Collegamento elettro-bisturi e aspiratore
- + Compilazione documentazione clinica
- + Assistenza anestesiológica e chirurgica durante l'intervento
- + Assistenza durante risveglio dell'utente
- + Trasporto dell'utente dal blocco operatorio alla camera di degenza
- + Monitoraggio dell'utente nell'eventualità di trasporto in terapia intensiva.

PREPARAZIONE PER LA STRUMENTAZIONE

- ✚ Lavaggio chirurgico delle mani per almeno cinque minuti con appositi spazzolini sterili imbevuti di soluzione iodata oppure soluzione a base di clorexidina al 4%
- ✚ Vestizione e assistenza alla vestizione dell'equipe operatoria
- ✚ Preparazione del tavolo madre e servitore (vedi foto)
- ✚ Conteggio garze e ferri prima dell'inizio dell' intervento
- ✚ Disinfezione della cute paziente con betadine (la regione addominale partendo dal processo xifoideo ed andando in direzione cranio - caudale fino al terzo medio femorale)
- ✚ Drappeggio del campo operatorio(telino sotto lo scroto per posizionamento del catetere ,telo adesivo per coprire gli arti inferiori,telo per coprire il tronco,due telini laterali per coprire i fianchi e lo steri drape 1050 che copre la zona dell'incisione)
- ✚ Posizionamento catetere vescicale foley 20fr
- ✚ Predisposizione cavo elettro-bisturi e tubo per aspirazione per il collegamento e fissare tutto con una striscia adesiva.

TEMPI CHIRURGICI E STRUMENTAZIONE

- ✚ Incisione extraperitoneale verticale -mediana dell'addome inferiore con bisturi del 23 (passare al chirurgo il bisturi con la lama rivolta in basso.)
- ✚ La coagulazione dei vasi si effettua con la pinza schermata monopolare invece il proseguimento dell'incisione avviene con l'elettrobisturi.La prima fase chirurgica e' di preludio all'asportazione della prostata e coincide con l'asportazione bilaterale dei linfonodi iliaci esterni otturatori ed ipogastrici.
- ✚ Nella fase di esposizione dei linfonodi pelvici vengono usati sia divaricatori di Middeldorph che successivamente di Leriche e Doyen .Lo strumentista prepara due pinze di Kelly montate da batuffoli scollatori , clip da 200 e 300 montate sulle pinze portaclip curve e rette, pinze di De Bakey (oppure di Durante) e forbici di Metzenbaum .per l'asportazione dei linfonodi
- ✚ Tale asportazione avviene in tre fasi: scollamento delle strutture soprastanti i linfonodi con forbice di Metzenbaum e tamponi scollatori montati sulla pinza di Kelly evidenziazione dei

linfonodi mediante divaricatori di Leriche e di Doyen asportazione dei linfonodi.

- ✚ La presa dei linfonodi è resa possibile dalle pinze di De Bakey e di Duval, il clampaggio dei vasi e dei dotti linfatici avviene con clip montate su pinze portacclip da 200 e da 300 curve- rette mono e pluriuso e l'asportazione dei linfonodi con forbici di Metzenbaum .
- ✚ Durante questa fase la vena iliaca viene protetta con il divaricatore - protettore di Cushing
- ✚ La successiva fase operatoria prevede l'asportazione della prostata delle vescicole seminali e l'anastomosi uretro - vescicale.
- ✚ Posizionamento del divaricatore di Holzbach.
- ✚ Scollamento ed apertura della fascia ombelicale pre- vescicale successivamente avviene l'incisione della fascia endopelvica su ciascun lato della ghiandola prostatica e così facendo si rende possibile l'isolamento del plesso venoso di Santorini e la sua resezione previa legatura con vicryl n°1 montato .In questo caso vanno preparati 3 fili montati del n°1: due vanno montati sul portaghi e dopo aver dato il punto i fili si marciano con dei Mosquito, il terzo invece va montato sulla pinza di Kelly dove viene presa la coda del filo e passata al chirurgo successivamente al passaggio del passafili di Meeker.
- ✚ Una volta passato il filo bisogna passare al chirurgo il portaghi libero. Le vene collaterali che decorrono lateralmente ai legamenti pubo-prostatici vengono legate e tagliate (tenere presente che per tutte le legature e' necessario seguire la seguente procedura : passare il passafili di Meeker ,successivamente il filo libero montato in punta ad una Kelly, legatura, taglio della struttura anatomica con la forbice di Metzenbaum e successivamente del filo).
- ✚ Si procede con la resezione dei legamenti pubo- prostatici passare al chirurgo due pinze di Kelly robuste successivamente la forbice per tagliare la legatura avviene con filo libero oppure montato dello 0. Una volta mobilizzata l'uretra si esegue l'incisione con bisturi del n°11.
- ✚ Il catetere viene tagliato con le forbici di servizio e clampato con una pinza di Kocker e tenuto cranialmente.
- ✚ Si continua con lo scollamento della prostata e delle vescicole seminali fino a raggiungere l'enucleazione della prostata dal collo vescicale e delle vescicole. Durante questa fase l'emostasi viene eseguita sia con fili liberi di vicryl 2/0 sia con le clip da 200 e 300

avviene infine la resezione della vescica e la rimozione della prostata.

- + Si esegue l'estroffessione del collo vescicale con vicryl 3/0 rapid a punti staccati. La ricostruzione del collo vescicale si esegue con vicryl 2/0 oppure 3/0 previo inserimento catetere vescicale da lavoro a due vie del 20fr.
- + L'anastomosi uretro-vescicale necessita la preparazione di otto fili di vicryl 2/0 (due fili per lo sfintere e altri sei per il resto dell'uretra).
- + Dopo aver dato il punti i fili si marciano con i Mosquito con punta protetta senza tagliare l'ago e tenuti protetti serviranno successivamente per completare l'anastomosi uretro-vescicale (tre di colore rosso e tre di colore giallo). I Mosquito per lo sfintere non si marciano.
- + Controllo intraoperatorio della diuresi si tengono sempre pronti due cateteri ureterali del n°4 per un eventuale incanalamento.
- + Lavaggio della vescica con fisiologica e si procede con l'anastomosi uretro-vescicale.
- + Dopo aver passato i fili sulla parete vescicale si taglia l'ago e si tengono i fili con Mosquito protetti in punta.
- + Si avvicina la vescica all'uretra e si completa l'anastomosi.
- + Si riempie la vescica con lo schizzettone riempito di soluzione fisiologica per vederne la tenuta e successivamente si procede con il posizionamento dei drenaggi e la loro fissazione con filo di seta n°1
- + Controllo delle garze e dello strumentario infine si chiude la fascia muscolare e il sottocute con vicryl del 2 a strappo e con 2/0.
- + La cute si chiude con suturatrice meccanica, oppure con ethilon 0.
- + Medicazine riordino dello strumentario.

n.b. secondo le tecniche adottate da vari chirurghi si possono riscontrare delle diversita' sia nella scelta dei fili di sutura che nei tempi chirurgici.

STRUMENTI CHIRURGICI



Tavolo Servitore



Tavolo Madre

<ul style="list-style-type: none"> ✚ manico bisturi del n°4, pinze chirurgiche 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ contenitore con il resto degli strumenti
<ul style="list-style-type: none"> ✚ forbici di Mayo, Metzenbaum, pinze De Bakey 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Backhaus, divaricatori di Middeldorph, Farabeuf , Gosset
<ul style="list-style-type: none"> ✚ pinze di Durante, Kelly, Karmalt di varie misure, Allis, Duval, pinza schermata per la coagulazione 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Leriche , Holzbach, retrattori addominali lunghi di Doyen , Pinze anatomiche , forbici , pinze ad anelli per pennellare , portaghi di varie misure pinza di Satinsky
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Mosquito , divaricatore-protettore di Cushing 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ bacinelle con disinfettante , soluzione fisiologica
<ul style="list-style-type: none"> ✚ passafili di Meeker, pinza di Babcock 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ teleria , garze, cateteri vescicali ,steri drape ,drenaggi , fili sutura , ligaclip e le pinze per clip monouso e pluriuso suturatrice meccanica

MATERIALE NECESSARIO PER L'INTERVENTO

<u>QUANTITA'</u>	<u>DESCRIZIONE MATERIALE</u>
1	Universal Set
1	Telo tavolo Madre
1	Telo tavolo Mayo
4	Camici
5 conf.	Garze 10x10
1 conf.	Laparatomiche
2 conf.	Lunghette
2 conf.+ 2 conf.	Tamponi piccoli – medi
4	Guanti
1	Tasca porta strumenti
1	Strisce adesive
1	Siringhe schizzettone 60 ml
2	Siringhe 10 ml
2	Siringhe 20 ml
2	Cateteri Foley 20 Fr 2 vie
1	Cateteri Foley 20 Fr 3 vie
1	Tappo per catetere
2	Drenaggi 24 Fr
3	Sacche Urine
1	Tube Aspirazione (CT)
1	Cannula d'Aspirazione
1	Manipolo elettro - bisturi
1	Punta lunga elettro-bisturi
1	Pulisci elettro-bisturi
2 conf.	Copri klemmerini
1	Suturatrice cutanea
2	Lame bisturi n°11
2	Lame bisturi n°23
2	Tabotamp
1	Steri - strip
1	Steri-drape 1050

FILI SUTURA PER LA PROSTATECTOMIA RADICALE

QUANTITA'	DESCRIZIONE MATERIALE
2	VICRYL 2 CT plus cod.V754G.
4	VICRYL 1 CT – 1 plus cod. V347H.
2	VICRYL 0 MH plus cod.V324H.
8	VICRYL 2/0 MH – 1 plus cod. V246H.
3	VICRYL 3/0 SH plus cod.V316H.
6	MAXON 3/0 doppio ago cod.6235-4.
2	SETA n.1 cod. P1691H.
1	VICRYL 1 LIBERO cod. LV617.
2+2	VICRYL 2/0 & 3/0 LIBERO cod. LV614-615.
2	ETHILON 0 cod. 7010H.
3	VICRYL RAPID cod. VRI311H.
5	LIGACLIP 300 cod. LT300.
5	LIGACLIP 200 cod. LT200.
1	APPLICATORE MULTIPLO CLIP cod.
1	MCL20.
	APPLICATORE MULTIPLO CLIP cod. M – 11.5.