



INFORMATIVA PER IL PAZIENTE CANDIDATO A RESEZIONE TRANS URETRALE DELLA PROSTATA (TURP)

1. COS'È L'IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA E QUALE SINTOMI PROCURA ?

La prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile, a forma di castagna, situata al di sotto della vescica. E' attraversata dal primo tratto dell'uretra, il condotto che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno, come un tunnel attraversa una montagna.

L'iperplasia prostatica benigna (IPB) detta anche semplicemente ipertrofia prostatica e anticamente chiamata adenoma prostatico, è una evoluzione della prostata caratterizzata da un ingrossamento di una porzione della ghiandola (detta zona di transizione) intorno all'uretra prostatica: questo aumento volumetrico a manicotto intorno all'uretra ne aumenta la lunghezza e ne impedisce l'allargamento a imbuto durante la minzione causando un ostacolo idraulico che può disturbare lo svuotamento della vescica e conseguentemente provocare sintomi delle basse vie urinarie che interferiscono sulla qualità di vita dei soggetti di sesso maschile. Si assiste ad una progressiva difficoltà ad urinare: il getto diventa debole, spesso intermittente, con prolungato gocciolio al termine della minzione e sensazione di non avere svuotato completamente la vescica; a volte è necessario aspettare alcuni secondi prima di riuscire ad urinare, o bisogna aiutarsi "spingendo" con i muscoli della pancia. A questi sintomi possono associarsene altri, secondari all'irritazione della vescica che deve contrarsi più frequentemente per cercare di espellere l'urina: bisogno di urinare spesso, necessità di alzarsi per urinare una o più volte durante la notte, bisogno improvviso ed irrefrenabile di urinare, fino alla vera e propria perdita di urina, o fino all'incapacità di urinare (ritenzione d'urina).

Inoltre l'ostruzione allo svuotamento della vescica può alla lunga provocare conseguenze o complicanze quali: calcolosi vescicale, diverticoli vescicali, ematuria (presenza di sangue nelle urine), dilatazione delle alte vie escrettrici urinarie (reni ed ureteri) fino all'insufficienza renale.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Le indicazioni alla terapia chirurgica sono determinate principalmente dalla presenza delle seguenti condizioni:

- sintomi delle basse vie urinarie di entità media o severa, resistenti alla terapia medica che abbiano un impatto sulla qualità di vita del paziente;
- ritenzione urinaria cronica che non risponde alla terapia medica;
- ritenzioni urinarie ricorrenti;
- insufficienza renale cronica secondaria all'ostruzione;
- calcolosi vescicale;
- ripetuti episodi di perdita di sangue con le urine che non rispondono alla terapia medica;
- diverticolosi vescicale con complicanze di tipo infettivo;
- infezioni urinarie ricorrenti.

La presenza di un cospicuo residuo post-minzionale può rappresentare un'indicazione all'intervento chirurgico, in particolare quando superi 1/3 della capacità vescicale globale.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli Esami Preoperatori (EPO): il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) e la visita anestesilogica.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato in genere il giorno stesso dell'intervento, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente e, se possibile, aver provveduto a depilarsi "a calzoncino" cioè dalla vita a metà coscia, con particolare riguardo per i peli del pube. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità



burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Potrà essere richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO E CHE TIPO DI ANESTESIA VERRÀ PRATICATA ? COSA AVVERRÀ DURANTE LA DEGENZA ?

Esistono varie tecniche chirurgiche che negli anni sono state proposte per risolvere l'ostruzione allo svuotamento vescicale e i conseguenti sintomi causati dall'IPB. A tutt'oggi il gold standard di trattamento rimane la Resezione Transuretrale della Prostata (TURP).

Terapie alternative possono essere indicate dalle condizioni generali del paziente, dal desiderio del paziente o dalle caratteristiche cliniche: ad esempio una voluminosa prostata associata a voluminosa calcolosi o al contrario una piccola prostata con vescica completamente ostruita possono suggerire l'opportunità di soluzioni chirurgiche alternative alla TURP.

Nel Suo caso è stato proposto l'intervento di **RESEZIONE TRANS-URERALE DELLA PROSTATA**. Consiste nell'asportazione della porzione più interna della ghiandola attraverso il canale che porta all'esterno le urine (uretra) utilizzando un resettore, cioè uno strumento che rimuove "a fette" la prostata per mezzo della corrente. L'intervento dura in genere fra 30 e 60 minuti. La procedura è eseguita in anestesia spinale o generale. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento). Dopo l'intervento viene posizionato un catetere vescicale che viene rimosso dopo 2 o 3 giorni. Dalla sera stessa dell'intervento potrà riprendere ad alimentarsi con una cena leggera (in caso di anestesia spinale e se le condizioni cliniche lo permettono). Dal giorno successivo all'intervento potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico, e riprendere ad alimentarsi normalmente. La degenza in ospedale è usualmente di 3 gg.

6. QUALI SONO I RISULTATI DELL'INTERVENTO ?

I risultati comportano un miglioramento dei disturbi in una percentuale superiore al 95% dei casi, miglioramento che talvolta necessita di un tempo fino a 3 mesi (1% di ritrattamenti a 10 anni).

7. QUALI SONO GLI EFFETTI COLLATERALI E LE COMPLICANZE ?

Le due conseguenze (effetti collaterali) possibili dell'intervento sono:

- l'eiaculazione retrograda: al momento dell'orgasmo lo sperma non fuoriesce dal pene ma va in vescica in quanto dopo l'intervento viene a mancare parte del collo vescicale adeso alla prostata asportata.
- eccessiva frequenza urinaria e urgenza con stimoli imperiosi, in rari casi, anche per 6 mesi,

Le **complicanze** possono essere:

- l'emorragia con necessità di trasfusione nell' 8% dei casi;
- infezione urinarie nel 15% dei casi;
 - Perforazione vescicale e lesioni viscerali
- la sindrome da TURP dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio della vescica, che può determinare confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi e circolatori nello 0,2 % dei casi (rischio quasi azzerato nel caso di resezione con bipolare);
- a distanza dall'intervento possono comparire la stenosi (restringimenti) dell'uretra e la sclerosi (irrigidimento) del collo vescicale nel' 1% dei casi, la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento;
- l'incontinenza urinaria da sforzo, nei suoi diversi gradi, è un evento rarissimo che può richiedere un intervento correttivo.
- epididimiti acute (infezione dei testicoli);
- febbre;
- disfunzione erettile solitamente transitoria e di natura psicogena in rare evenienze.



- devono essere poi messe in conto complicanze di ordine generale quali la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, che peraltro vengono prevenute con profilassi e controlli.

8. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare autonomamente con un buon flusso e un residuo vescicale trascurabile, l'assenza di persistente sanguinamento con l'urina, l'assenza di febbre o di dolore. Per 10 -15 giorni, talvolta fino ad 1 mese dall'intervento possono esservi tracce di sangue nelle urine, urine scure o contenenti flocculazioni: sono il significato della progressiva riparazione della cicatrice interna conseguente all'intervento. Nei giorni dopo la rimozione del catetere, una certa maggior frequenza nell'urinare, a volte con stimolo "imperioso" può persistere: tali sintomi se fastidiosi possono essere trattati adeguatamente con terapia farmacologica, quindi è opportuno segnalarli ai medici urologi. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici, una dieta equilibrata con particolare attenzione a mantenere un alvo regolare. L'attività sessuale o sportiva potrà essere ripresa dopo circa 15 giorni dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, ritenzione acuta d'urina o di improvvisa emorragia con urine rosse contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione a seconda delle condizioni associate e dell'estensione dell'intervento.

9. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

Oltre alla persistenza dei sintomi potrebbe verificarsi una Ritenzione Acuta d'Urina (RAU) (non si riesce più a urinare e si avverte un forte desiderio minzionale e un forte dolore in sede sovrapubica). Inoltre anche se non si giunge alla RAU può accadere che la vescica perda irreversibilmente la sua capacità contrattile. In tal caso anche se si esegue l'intervento dopo che si è instaurata una ipotonia detrusoriale (perdita della capacità contrattile) lo svuotamento vescicale potrebbe risultare comunque incompleto con rischio di infezione e formazione di calcoli vescicali.

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi all'amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.