



CASA DI CURA PRIVATA PROF. ERNESTO MONTANARI

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Privata Prof. E. Montanari S.p.A.
via Roma, 7 47833 Morciano di Romagna (RN)
www.casadicuramontanari.it
info@casadicuramontanari.it

centralino: 0541.988129 fax: 0541.989924
prenotazioni ambulatoriali e informazioni: 0541.989254

ADENOMECTOMIA RETROPUBICA

L'adenomectomia retropubica è un intervento chirurgico a cielo aperto (da eseguirsi con una incisione mediante bisturi sull'addome) per rimuovere un tumore benigno della prostata (adenoma) che, accrescendosi, determina un ostacolo allo svuotamento della vescica.

La particolarità della adenomectomia retropubica è che il tessuto adenomatoso viene asportato praticando un'apertura della capsula prostatica e non attraverso un'apertura a livello della vescica (adenomectomia transvescicale). Attraverso questo tipo di intervento si ottiene una migliore esposizione della loggia prostatica e quindi un più agevole controllo del sanguinamento. Esiste però un maggiore rischio di lesioni e quindi di sanguinamenti del plesso venoso intorno alla prostata. Il trattamento rimuove l'ostruzione vescicale indotta dall'adenoma al fine di consentire uno svuotamento della vescica con basse pressioni (senza sforzo) per evitare complicanze a carico della vescica stessa e/o dell'alto apparato urinario (ureteri e reni).

L'indicazione all'intervento chirurgico "a cielo aperto" (piuttosto che endoscopico) in genere scaturisce dall'eccessivo peso della prostata e dalla concomitante presenza di un voluminoso lobo mediano prostatico o di voluminosi diverticoli vescicali oppure di una importante anchilosi delle anche che impedisce un corretto posizionamento del paziente e quindi l'intervento endoscopico.

Il vantaggio dell'adenomectomia chirurgica "a cielo aperto" per il paziente è quella di offrire un miglioramento della dinamica minzionale con tempi e modalità operatorie vantaggiosi rimuovendo in maniera sufficientemente rapida, un voluminoso adenoma prostatico sotto visione diretta, senza i rischi derivanti da resezioni endoscopiche prolungate. A ciò va aggiunta la possibilità di risolvere, in un unico intervento, una eventuale altra patologia presente (diverticolo vescicale, calcolo vescicale).

Gli svantaggi sono quelli di tutte le procedure chirurgiche che necessitano tempi di cicatrizzazione e di guarigione più prolungati con maggior degenza rispetto alle tecniche endoscopiche.

Questo tipo di intervento non è indicato per trattare prostate di piccole dimensioni o in caso sia già stata eseguita una adenomectomia. In questo caso è più indicato il trattamento endoscopico.

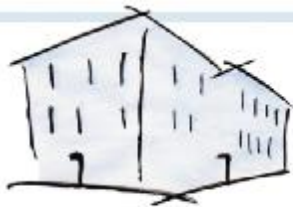
Il cancro della prostata accertato deve invece essere trattato con una prostatectomia radicale.

L'operazione può essere eseguita in anestesia generale o in anestesia loco-regionale (introduzione di sostanze anestetiche a livello del rachide lombare che consentono la completa coscienza del paziente). Con il bisturi si esegue sull'addome una incisione della pelle dall'ombelico al pube o in alternativa una incisione trasversale sopra il pube attraverso cui si arriva alla vescica. Questa viene incisa e, una volta all'interno della sua cavità si identifica il collo vescicale e la ghiandola prostatica. Dopo un'incisione con il bisturi del collo vescicale per identificare l'adenoma prostatico (il tumore prostatico benigno da rimuovere) il chirurgo eseguirà una manovra di enucleazione utilizzando il dito indice e, aiutandosi, se necessario con forbici e bisturi, lasciando in sede la restante parte della ghiandola prostatica. Al termine dell'intervento vengono lasciati in sede un catetere uretrale particolare ("a 3 vie") che consente, attraverso una irrigazione continua (cistoclisi), un adeguato drenaggio delle urine e un piccolo tubicino per il drenaggio addominale (spia di eventuale sanguinamento o spandimento di urina in prossimità della zona interessata dall'intervento) che vengono collegati con sacche di raccolta. Al termine della procedura la pelle può essere suturata con punti tradizionali o metallici.

Prima dell'intervento è indispensabile avere eseguito una ecografia dell'alto apparato urinario della vescica e della ghiandola prostatica. L'urografia pre-operatoria trova, oggi, impiego solo nei casi in cui l'ecografia non consente una buona valutazione dell'apparato urinario.

Prima dell'intervento andranno sospesi, dopo attenta valutazione specialistica, quei farmaci che potrebbero favorire il sanguinamento: come ad esempio anticoagulanti o farmaci antidolorifici simili all'aspirina.

E' prevista una profilassi tromboembolica che va iniziata la sera precedente l'intervento e una profilassi antibatterica parenterale.



CASA DI CURA PRIVATA PROF. ERNESTO MONTANARI

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Privata Prof. E. Montanari S.p.A.
via Roma, 7 47833 Morciano di Romagna (RN)
www.casadicuramontanari.it
info@casadicuramontanari.it

centralino: 0541.988129 fax: 0541.989924
prenotazioni ambulatoriali e informazioni: 0541.989254

Se il decorso post-operatorio è regolare il Paziente potrà iniziare precocemente (dopo 12-24 ore) l'alimentazione e la mobilizzazione, mentre la sospensione dell'irrigazione continua (cistoclisi) varierà a seconda delle caratteristiche delle urine (persistenza o meno di macroematuria).

Il tubicino di drenaggio pelvico viene, in genere, rimosso dopo due giorni dall'intervento e il catetere uretrale viene rimosso dopo 5/7 giorni salvo complicazioni.

Se il decorso post-operatorio è regolare la ferita viene medicata dopo 3-4 giorni dall'intervento e, dopo 5 giorni, vengono rimossi i primi punti di sutura per poi completarne la rimozione dopo 7 giorni. In casi selezionati i pazienti possono essere dimessi dopo 4-5 giorni e tornare in reparto per le medicazioni e la rimozione dei punti di sutura. Residuerà una cicatrice cutanea lineare.

L'intervento ha una durata complessiva di 2-3 ore (compresi i tempi di preparazione preoperatoria, di anestesia e di risveglio).

Il ricovero per l'intervento è di tipo ordinario. Il post-operatorio dura in genere dai 5 ai 8 giorni.

Gli effetti collaterali più frequenti sono:

- eccessiva frequenza delle minzioni e l'impossibilità di rimandarle, con una eventuale perdita di urina e sono legati alla irritabilità vescicale. Di solito tale sintomatologia cessa dopo qualche settimana o al massimo dopo qualche mese (a seconda dello stato preoperatorio della vescica). Se l'entità del problema lo richiede potranno essere somministrati farmaci in grado di aiutare la ripresa di una dinamica minzionale normale;
- eiaculazione retrograda, cioè il passaggio dello sperma, al momento dell'eiaculazione, in vescica, piuttosto che all'esterno come di norma. Essa è dovuta alla perdita del meccanismo di chiusura del collo vescicale (cosa che viene osservata dopo tutti gli interventi chirurgici effettuati per l'IPB), e comporta l'impossibilità di procreare mentre si mantiene normale l'erezione. Tale condizione si verifica nell'80-90% dei Pazienti operati di adenomectomia transvescicale [1].

Nel corso o dopo l'intervento sono possibili emorragie tali da richiedere trasfusioni di sangue. La loro frequenza è maggiore rispetto alla tecnica endoscopica [1].

Lo stravasamento urinario (urinoma) può costituire una complicanza dell'immediato post-operatorio e consiste nel passaggio di urine attraverso i punti di sutura applicati sulla vescica. Il problema si risolve spontaneamente una volta che si induce un adeguato drenaggio dei liquidi stravasati [1].

L'incontinenza urinaria dopo adenomectomia transvescicale si osserva in circa 2-3%. Essa è per lo più una incontinenza da "stess" ovvero si evidenzia allorchè si ha un brusco aumento della pressione endoaddominale (colpi di tosse, starnuti, riso, sollevamento di pesi). Solo uno 0,3% dei casi presenta un'incontinenza continua. Tale tipo di incontinenza è legata solitamente ad una lesione dello sfintere uretrale esterno e, a seconda della gravità, si potrà procedere alla sua correzione mediante interventi per via endoscopica o, in ultima analisi, con l'applicazione di protesi [4].

Le epididimiti acute (infezione dell'epididimo, una struttura che si trova nello scroto a contatto con il testicolo).

L'insorgere di una disfunzione erettile (impotenza) si osserva nel 3-5% dei casi e colpisce di solito i Pazienti più anziani [1].

La sclerosi del collo vescicale (restringimento cicatriziale dopo l'intervento) si osserva nel 2-3% dei casi e si instaura dopo circa 6-12 settimane dall'operazione. I sintomi sono quelli dell'ostruzione vescicale ingravescente. Questa complicanza, comunque, può essere corretta con un intervento endoscopico che consiste nell'incidere il collo vescicale [1].

La febbre e l'infezione della ferita (legati a fuoriuscita di urine immediatamente dopo l'intervento) sono eventi estremamente rari la cui frequenza è stata minimizzata grazie all'utilizzazione del tubicino di drenaggio spia e all'antibiotico profilassi [12].

Complicanze di ordine generale sono: la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale. Ciascuna di queste incide per circa l'1% dei casi e la mortalità globale derivante dall'intervento è prossima allo zero [1,3]. Tutte sono legate a turbe della coagulazione.

Se il decorso post-operatorio è regolare il paziente viene dimesso in genere dopo circa 6/7 giorni dall'intervento. Se il Paziente verrà dimesso prima è opportuno che si presenti per le medicazioni con puntualità. In caso di infezioni delle vie urinarie o di sanguinamenti è opportuno che il paziente aumenti l'apporto idrico e si rivolga al medico per una adeguata terapia.



CASA DI CURA PRIVATA PROF. ERNESTO MONTANARI

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

Casa di Cura Privata Prof. E. Montanari S.p.A.
via Roma, 7 47833 Morciano di Romagna (RN)
www.casadicuramontanari.it
info@casadicuramontanari.it

centralino: 0541.988129 fax: 0541.989924
prenotazioni ambulatoriali e informazioni: 0541.989254

Se necessario il Paziente proseguirà, a proprio domicilio, la terapia antibiotica. Una eccessiva frequenza minzionale, se persistente oltre i 15-20 giorni, va corretta con terapie farmacologiche. Il controllo clinico post-operatorio viene effettuato in tempi variabili fra 30-40 giorni dalla dimissione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Oesterling JE, in: Urologia di Campbell VII ed. Verduci Editore
- 2) Culp DA: Benign prostatic hyperplasia: Early recognition and management. Urol Clin North Am 1975; 25:29
- 3) Wash PC in: Chirurgia Urogenitale Marshall FF Ed Micarelli
- 4) Roehrborn CG in: Ipertrofia Prostatica Benigna. Kirby R, McConnell J, Fitzpatrick J, Boyle P. Ed UTET
- 5) Oesterling JE, Conner WH, Jacobsen SJ, et al.: The influence of patient age on the serum prostate-specific antigen concentration: an important clinical observation: Urol Clin North Am 20:687, 1993
- 6) Dennis N, Smith S: collagen injection therapy for post-prostatectomy incontinence. J Urol Vol 160:364-367 Aug 1998
- 7) Francois Maab: Post prostatectomy incontinence. Urologic Clinics of North America vol 23N 3 Aug 1996
- 8) Hauri D: Life after prostatectomy. Urol Int 37:271, 1982
- 9) Bolt JW, Evans C, Marshall VR: Sexual Dysfunction after prostatectomy. Br J Urol 69:319, 1986
- 10) Libman E, Fichten CS: Prostatectomy and sexual function (Review). Urology 29:1987, 467
- 11) Vereeken RL: Sexual activity of men presenting with prostatism effect of prostatectomy. Eur Urol 16:328, 1989
- 12) Zimmer PE e Lupu AN in: Complicanze della chirurgia urologica. Smith R e Ehrlich R. Ed Micarelli
- 13) Roberts HR, Adel S. Bernstein EF, et al.: Thrombosis and embolism: consensus conference. JAMA 256:744, 1986.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
affetto da: _____

perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico per me programmato, dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato sul tipo d'intervento a cui verrò sottoposto.

Consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi, espostimi in modo chiaro e per me comprensibile, e i rischi specifici del caso (_____)
e le possibili complicanze derivanti dai trattamenti adottati _____

accetto fin d'ora ogni modifica sia terapeutica, che di esecuzione tecnica concordata, qualora se ne presentasse la necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi permettessero di esprimere nuovo consenso.

Dichiaro, infine, di acconsentire/rifiutare alla trasfusione autologa e di accettare se fosse necessario, che questa venga integrata o sostituita con sangue omologo e/o emoderivati, pur informato dei rischi connessi a tali trattamenti.

Morciano di Romagna li _____

Firma del medico

Firma del paziente

(o di chi ne fa le veci specificando a quale titolo)