



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

## **PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SAI: INCISIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TUIP)**

L'incisione transuretrale della prostata è un intervento endoscopico (non implica l'incisione esterna della cute) il cui scopo è risolvere l'ostacolo determinato dalla prostata allo svuotamento della vescica.

L'intervento viene eseguito per trattare l'iperplasia prostatica benigna. La tecnica è indicata per prostate del peso  $\leq$  di 30 gr., senza sviluppo del lobo medio.

I vantaggi del trattamento consistono in un intervento veloce, minori perdite ematiche e complicanze rispetto alla resezione della prostata. I tempi di caterizzazione e di degenza sono più brevi tra tutti gli interventi chirurgici e i risultati soggettivi e obiettivi sono buoni.

Gli svantaggi sono invece legati al fatto che la tecnica non è effettuabile in caso di prostate di volume medio-elevato e di sviluppo del lobo medio. L'esame istologico non è effettuabile e le percentuali di ritrattamento rispetto alla resezione della prostata sono più alte anche se in misura trascurabile.

L'incisione endoscopica transuretrale della prostata consiste nel praticare per via uretrale una, o più raramente due, incisioni della prostata a tutto spessore senza asportare il tessuto iperplastico.

La procedura è generalmente eseguita in anestesia loco-regionale o generale, raramente può essere eseguita in anestesia locale. E' raccomandata la profilassi antibiotica e antitrombotica.

La TUIP è l'intervento più veloce tra quelli eseguiti per il trattamento dell'iperplasia prostatica benigna: la durata media è 20 minuti.

Dopo l'intervento viene applicato un catetere vescicale, a volte, associato ad un sistema di lavaggio continuo della vescica. In assenza di complicazioni il catetere è rimosso in media dopo 1-2 giorni. In assenza di complicazioni la degenza ospedaliera media è di 1-3 giorni.

Il trattamento migliora la sintomatologia nel 78-83% dei pazienti. Si osserva un aumento della forza del getto urinario, una riduzione del residuo postmizionale e una riduzione dell'ostruzione anche se lievemente minori rispetto alla resezione della prostata.

Le percentuali di efficacia del trattamento a lungo termine sono lievemente più basse rispetto alla resezione della prostata, ma la tecnica si dimostra valida anche a distanza dall'intervento; solo il 14% dei pazienti sono stati ritrattati dopo 5 anni.

Gli effetti collaterali più frequenti sono l'eiaculazione retrograda nel 6-55% dei casi e la presenza di lievi disturbi urinari che insorgono dopo la rimozione del catetere e possono persistere anche per 3 mesi.

Le complicanze immediate sono l'emorragia con necessità di emotrasfusione che si verifica nel 1,2% dei casi. Con questa tecnica non è mai stata segnalata l'insorgenza della Sindrome da TURP (sindrome dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio che comporta confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi ed instabilità circolatoria).

A distanza di tempo dall'intervento possono comparire stenosi dell'uretra e sclerosi del collo vescicale che si aggirano fra lo 0,4 - 2,-% e la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento endoscopico (cervicotomia o uretrotomia o uretroplastica).

L'incontinenza urinaria, nei suoi diversi gradi, ha una incidenza del 0,1 - 0,8% circa.

Sebbene sia stata riportata la comparsa di impotenza dopo l'esecuzione della TUIP, è difficile ipotizzare che la tecnica possa essere la causa del disturbo organico.

La mortalità è stimata nel 0,2 - 1,5% dei casi.

Alla dimissione è suggerito un periodo di vita morigerata (ridotto stress fisico, scarsa attività sessuale e/o sportiva, regime alimentare moderato, terapia antisettica urinaria, ecc.) e l'astensione dalle normali attività lavorative per periodo variabile tra i 7 e 21 giorni, in base alle condizioni associate e all'estensione della resezione.

Siccome la tecnica non comporta la rimozione di tessuto, la convalescenza è generalmente breve. Tale periodo non è da considerare come periodo di malattia a fini mutualistici che competono al medico di medicina generale. E' suggerito di evitare lunghi tragitti in macchina e l'uso di cicli e motocicli. Normale deve essere l'introduzione di liquidi per os.



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

In caso di ritenzione urinaria o di ematuria sarà opportuno contattare l'urologo o la Casa di Cura al n° 0541-988129.  
Se persistono sintomi irritativi vescicali o insorge febbre il paziente si può rivolgere al proprio medico curante come prima istanza, sarà poi il medico a decidere sul da farsi.

Il primo controllo postoperatorio che rientra nel DRG, andrà effettuato entro 30-45 giorni (a secondo di quanto stabilito nelle singole Regioni).

In assenza di particolari situazioni cliniche non è necessario programmare un follow-up.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Mc Connell J.D., Barry M.J., Bruskewitz R.C. et al.: benign prostatic hiperplasia: diagnosis and treatment. Clinical Practice Guidelines, No 8 AHCPR publication No 94-0582, Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services. 1994 (disponibile sul sito internet [www.ahcpr.gov](http://www.ahcpr.gov))
- 2) NHS Centre for Reviews and Dissemination: Benign Prostatic Hyperplasia. Treatment for lower tract symptoms in older men. Effective Health Care (Bulletin for decision makers on the effectiveness of healthy service interventions) 2: 6-14, 1995 (disponibile sul sito internet [www.york.ac.uk/inst/crd](http://www.york.ac.uk/inst/crd))
- 3) Bruskewitz R., Fourcade R., Koshiha K., Manyak M., Pisani E. et al.: Surgery. In proceeding of 4<sup>th</sup> International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia. S.C.I. Ltd, Parigi 1997, pgg 523-528
- 4) Denis L. and the members of the committees: 4<sup>th</sup> internationali Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia . Recommendations of the International Scientific Committee: the evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic obstruction. In Proceeding of 4<sup>th</sup> International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia S.C.I. Ltd, Parigi 1997, pgg 669-684
- 5) AA. VV.: Leitlinie der deutschen urologen zur therapie des BPH-Syndroms. Urologe [A] 38:529-536, 1999
- 6) Mebust W.K.: Transurethral surgery. In Walsh P.C., Retik A.B., Darracott Vaugham E., Wein A.j. (eds): Campell's Urology, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1998, capitolo 49, pgg 1511-1528
- 7) Puppo P.: Techniques for prostate ablation: critical review and indication tuning. Acta Urol Ital 11: 123-129, 1997
- 8) Jepsen J. V., Bruskewitz R.C.: Recent developments in the surgical management of benign prostatic hyperplasia. Urology 51 (suppl 4a): 23-31, 1998
- 9) Madersbacher S., Marberger M.: Is transurethral resection of the prostate still justified? BJU Int 83: 227-237, 1999
- 10) Bosch J.L.H.R.: Urodynamic effects of various treatment modalities for benign prostatic hyperplasia. J.Urol 158: 2034-2044, 1997.

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)