



PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SAI: INCISIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TUIP)

M C 12/11 U

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 < 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 postminzionale 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.

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.

Modulo di consenso informato

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Preso atto di quanto sopra richiamato confermo che il Dr.

mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a essa connessi e le eventuali alternative possibili nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.



Sono in particolare stato informato che gli interventi chirurgici sulla prostata per patologie maligne vengono eseguiti allo scopo di effettuare l'eradicazione dei tumori localizzati alla ghiandola prostatica (prostatectomia radicale).

Mi viene inoltre riferito:

- che l'intervento sarà effettuato in anestesia generale;
- che sarà effettuata l'asportazione radicale della prostata, delle vescicole seminali e dei linfonodi iliaci e otturatorî seguiti dalla sutura tra la vescica e l'uretra;
- che verrò visitato da un anestesista al fine di accertare che non sono presenti eventuali controindicazioni all'esecuzione dell'intervento;
- che durante l'intervento il mio ritmo cardiaco e la pressione arteriosa saranno tenuti costantemente sotto controllo.

Sono stato inoltre informato:

- delle complicanze generali più frequenti;
- delle complicanze specifiche;
- del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Sono stato infine informato che la NON ESECUZIONE dell'intervento determina una incompletezza. Mi impegno pertanto fin da ora a seguire scrupolosamente tutte le istruzioni fornitemi, in quanto ne comprendo l'importanza per il raggiungimento dei risultati.

Mi viene confermato che sarà presente durante l'esecuzione della procedura personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Certifico di essere maggiorenne. Nel caso in cui non avessi raggiunto la maggiore età, i miei genitori o chi esercita la tutela legale sulla mia persona firmerà unitamente a me il presente modulo dopo aver ricevuto le stesse informazioni che sono state a me date.

Io sottoscritto

.....
nato il

letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a **CHIRURGIA (A CIELO APERTO) O ENDOSCOPIA PER PATOLOGIA BENIGNA DELLA PROSTATA**

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

data

Firma del paziente

Sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni

