



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

RESEZIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TURP)

La resezione 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.

La tecnica è indicata nell'iperplasia prostatica benigna sintomatica e nella neoplasia prostatica ostruente lo svuotamento vescicale non suscettibile di trattamento radicale che non ha risposto al trattamento ormonale.

I vantaggi del trattamento consistono in risultati migliori e più duraturi nel trattamento dell'ostruzione prostatica, unica terapia possibile in caso di prostata piccola con sviluppo del lobo medio, esecuzione di esame istologico completo e costi complessivi non elevati.

Gli svantaggi sono invece legati ad una alta percentuale di eiaculazione retrograda (infertilità), ad una percentuale di complicanze bassa, ma non trascurabile ed ad una mortalità post-operatoria rarissima, ma possibile.

La resezione endoscopica della prostata consiste nell'asportazione della porzione più interna della ghiandola per via uretrale. Ciò è eseguito grazie all'utilizzo di uno strumento (resettoscopio) che applicando una particolare energia elettrica rimuove a "fette" il tessuto prostatico.

In alcuni casi viene inserito durante l'intervento un tubo di drenaggio percutaneo della vescica, per eseguire il trattamento con basse pressioni endovesicali.

La procedura è generalmente eseguita in anestesia loco-regionale o generale sebbene sia segnalata la possibilità di trattamenti in anestesia locale. Generalmente è raccomandata la profilassi antibiotica e in alcuni casi antitrombotica.

La maggior parte degli interventi dura tra 26 e 55 minuti.

Dopo l'intervento viene applicato un catetere vescicale con sistema di lavaggio continuo della vescica e, in qualche caso, un sistema di trazione del catetere per alcune ore. In assenza di complicazioni il catetere è rimosso in media dopo 2-3 giorni. In assenza di complicazioni la degenza ospedaliera media è di 4-5 giorni.

Il trattamento migliora la sintomatologia nel 75-96% dei pazienti. Si osserva un aumento della forza del getto urinario del 120-125%, una riduzione del residuo post-minzionale del 70% e una riduzione dell'ostruzione rispetto alle terapie alternative.

Le percentuali di efficacia del trattamento a lungo termine sono, unitamente alla chirurgia a cielo aperto, le più alte, rispetto alle terapie alternative: 5-15% di ritrattamenti dopo 8 anni.

Gli effetti collaterali più frequenti sono l'eiaculazione retrograda in almeno 3 pazienti su 4 e la presenza di lievi disturbi urinari che insorgono dopo la rimozione del catetere e possono persistere per 3 mesi.

Le complicanze immediate sono l'emorragia con necessità di emotrasfusione che si verifica nel 7,2-12,5% dei casi.

Le infezioni delle vie urinarie insorgono nel 15,5% dei casi, l'epididimiti nell'1%. Le complicanze tardive sono la stenosi uretrale (2,5% dei casi) e la sclerosi del collo vescicale (2,7% dei casi), una lieve incontinenza urinaria "da sforzo" residua nel 1,2% dei casi, mentre una incontinenza importante è limitata allo 0,5% dei pazienti.

La Sindrome da TURP (sindrome dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio che comporta confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi ed instabilità circolatoria) si verifica nel 2-6,7% circa.

Sebbene sia stata riportata più volte la comparsa di impotenza dopo l'esecuzione della TURP, l'unico studio comparativo tra pazienti sottoposti o meno ad intervento non ha rilevato differenti percentuali della sua insorgenza.

La probabilità di morte è stata stimata del 1,5-1,7%.

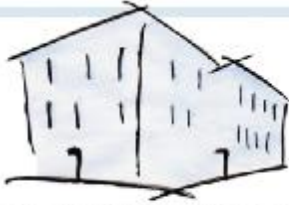
Alla dimissione è suggerito un periodo di vita morigerata (ridotto stress fisico, scarsa attività sessuale e/o sportiva, regime alimentare moderato, terapia antisettica urinaria, ecc.) e l'astensione dalle normali attività lavorative per periodo variabile tra i 7 e 21 giorni, in base alle condizioni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

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.

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.



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

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)
- 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)
- 3) AA. VV.: Leitlinie der deutschen urologen zur therapie des BPH-Syndroms. Urologe [A] 38:529-536, 1999
- 4) Bruskewitz R., Fourcade R., Koshiba K., Manyak M., Pisani E. et al.: Surgery. In proceeding of 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia. S.C.I. Ltd, Parigi 1997, pgg 523-528
- 5) Denis L. and the members of the committees: 4th internationali Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia . Recommendations of the Internazionali Scientific Committee: the evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms (LUTS) suggestive of benign prostatic obstruction. In Proceeding of 4th International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia S.C.I. Ltd, Parigi 1997, pgg 669-684
- 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)