

U.O.C. di Urologia con Litotripsia Extracorporea
Direttore: Prof. Alchiede Simonato

CONSENSO INFORMATO AD INTERVENTO DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DI ADENOMA PROSTATICO (TURP)

Nome _____ **Cognome** _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

La prostata è una ghiandola presente solo nel maschio, dal peso di circa 20 grammi, situata nella pelvi al di sotto della vescica; al centro essa è attraversata dalla prima porzione dell'uretra, un piccolo condotto che porta l'urina dalla vescica all'esterno durante la minzione. La funzione della prostata è quella di produrre la gran parte del liquido seminale, che viene riversato nell'uretra prostatica durante l'eiaculazione. È quindi un organo essenziale per la funzione riproduttiva maschile. Al contrario, la prostata non partecipa alla funzione della erezione peniena e dell'orgasmo. Questa ghiandola può andare incontro a diverse patologie, le più frequenti delle quali sono le prostatiti, l'ipertrofia prostatica benigna (IPB) ed il tumore della prostata.

Definizione di Ipertrofia prostatica benigna (IPB)

L'ipertrofia prostatica benigna è una patologia piuttosto comune e colpisce i soggetti di età superiore ai 40-50 anni. Si tratta di un ingrossamento (adenoma) della parte centrale della ghiandola, che causa una modificazione di calibro dell'uretra prostatica che l'attraversa con un conseguente ostacolo al deflusso di urina al momento della minzione. Questo è il motivo della sintomatologia urinaria avvertita dai pazienti.

I sintomi più` frequenti sono infatti la difficoltà ad urinare, la riduzione del getto urinario, l'urgenza minzionale ed il bisogno di urinare di frequente, anche durante la notte. La malattia è progressiva, nel senso che con l'andare del tempo ad un ingrossamento progressivo della ghiandola corrisponde un aggravarsi della sintomatologia; non esiste sempre tuttavia una correlazione stretta tra dimensioni della prostata e sintomi, nel senso che ci sono anche soggetti asintomatici con una prostata molto grossa, così come soggetti con una prostata piccola che lamentano sintomi molto evidenti.

Nella fase iniziale della malattia la vescica è in grado di compensare almeno parzialmente l'ostruzione perché', essendo un muscolo, può` contrarsi con maggior forza permettendo all'urina di superare l'ostacolo (ipertrofia del muscolo detrusore vescicale). Col passare del tempo, però, la vescica si sfianca e comincia a venir meno al suo compito determinando difficoltà ad urinare e possibile ristagno di urine in vescica che può` causare frequenti infezioni alle vie urinarie dovute alla presenza di batteri in vescica, formazione di calcoli vescicali e di diverticoli della parete.

Se questa condizione non viene risolta, si può` avere un danno funzionale alla vescica e ai reni (per ostacolo al deflusso dell'urina e conseguente stasi urinaria) che può` comportare, in casi estremi, la necessità di ricorrere a cateterismo vescicale definitivo. Per la diagnosi di questa patologia abbiamo a disposizione diversi strumenti:

- Esplorazione rettale: permette di palpare la prostata e di apprezzarne dimensioni e consistenza (una prostata dura o disomogenea può` porre il sospetto per un tumore della stessa).
- Ecografia vescico-prostatica sovrapubica: consente di valutare le dimensioni e la morfologia della prostata, le pareti e il lume vescicale (presenza di diverticoli vescicali, presenza di calcoli endoluminali) e la presenza di eventuale residuo urinario post minzionale
- Dosaggio del PSA: il PSA è una proteina prodotta dalla prostata che svolge una importante funzione per l'attività` del liquido seminale. Viene dosato nel sangue

dopo un normale prelievo; non è molto specifico per la malattia, ma solitamente nei pazienti affetti da IPB il suo valore risulta lievemente aumentato. Quando il PSA è aumentato è altresì indispensabile escludere la presenza di un tumore della prostata. Ricordiamo peraltro che può essere presente un tumore della prostata anche a fronte di valori normali di PSA.

- Ecografia trans-rettale: si inserisce una sonda nel retto e grazie a questa si possono visualizzare direttamente la prostata e l'adenoma, e definirne in modo preciso le dimensioni che possono condizionare la scelta della opzione terapeutica più appropriata.
- Uroflussimetria ed Esame Urodinamico: permettono di valutare il comportamento dell'apparato urinario durante la minzione. Danno informazioni circa l'entità e la velocità del flusso dell'urina, la funzione della vescica, ed altri parametri utili a quantificare la sintomatologia del paziente. Al termine dell'Uroflussimetria si può valutare anche il residuo post-minzionale, cioè la quantità di urina che resta in vescica al termine della minzione, che nel soggetto sano è nullo, mentre nel paziente affetto da IPB può raggiungere valori anche molto elevati.
- Esame delle urine: permette di evidenziare sia eventuali infezioni delle vie urinarie in corso, sia la presenza di sangue che può essere indicatore di altre patologie.

TRATTAMENTO

Gli obiettivi della terapia per l'ipertrofia prostatica benigna sono la risoluzione dei sintomi urinari, la prevenzione del danno vescicale e renale e, complessivamente, il miglioramento della qualità di vita del paziente. Quando la malattia è in fase iniziale con sintomi irritativi e senza una chiara ostruzione urinaria, si può utilizzare una terapia medica, utilizzando farmaci che agiscono sui sintomi, migliorando cioè il flusso urinario (ad esempio i farmaci α -litici, come la Doxazosina, Alfuzosina, Tamsulosina, Terazosina, Silodosina) oppure quelli in grado di interferire con il processo di ingrossamento della ghiandola (gli inibitori delle 5- α -reduttasi, come ad esempio la Finasteride e la Dutasteride oppure alcuni derivati da vegetali). Quando

invece la malattia è caratterizzata da una chiara ostruzione urinaria è indicato l'intervento chirurgico, al fine sia di risolvere i disturbi del paziente sia, più importante, di proteggere la funzionalità vescicale e renale. L'intervento consiste nell'asportazione dell'adenoma, cioè di quella parte della prostata che è responsabile dell'ostruzione. Per fare ciò è possibile avvalersi di diverse tecniche chirurgiche.

Per via endoscopica:

- **Resezione trans-uretrale di prostata (TURP):** si inserisce uno strumento nell'uretra, si risale fino alla prostata e si procede alla resezione mediante ansa diatermica della parte centrale della ghiandola, responsabile dell'ostruzione.
- **Enucleazione di adenoma prostatico con laser ad Holmio (HoLEP):** è una metodica simile alla precedente con la sola differenza che l'adenoma non viene resecato, ma si procede al suo scollamento dalla capsula prostatica attraverso l'utilizzo di un laser.

Per via tradizionale, a cielo aperto:

- **Adenomectomia trans-vescicale:** attraverso un taglio al di sotto dell'ombelico, si raggiunge la prostata attraverso la vescica, si scolla l'adenoma dalla capsula prostatica e lo si asporta. Questa è una tecnica di chirurgia tradizionale; attualmente questo approccio è riservato esclusivamente a prostate di dimensioni molto grandi (generalmente oltre 70 gr)

ANESTESIA

Esistono due tipi di anestesia potenzialmente utilizzabili per questo tipo di intervento. Quando le condizioni generali del paziente lo permettono la anestesia viene eseguita per via "loco- regionale, cioè mediante l'iniezione dell'anestetico a livello della colonna vertebrale (scientificamente definita come iniezione spinale). Alla anestesia loco-regionale viene a volte associata una sedazione. Questo tipo di anestesia è caratterizzata da minore perdita ematica durante l'intervento chirurgico oltre che da una minore frequenza di trombosi degli arti inferiori o di embolia

polmonare. Qualora le condizioni del paziente non permettessero l'esecuzione di questo tipo di anestesia si preferirà` eseguire un'anestesia generale tradizionale.

CENNI DI TECNICA CHIRURGICA

Dopo l'anestesia, il paziente viene posto in posizione litotomica con il perineo perpendicolare al piano del tavolo. La resezione trans-uretrale dell'adenoma prostatico è una procedura chirurgica che comporta l'asportazione, mediante affettamento con ansa diatermica, dell'adenoma prostatico (lobi prostatici laterali ed eventuale lobo medio). L'adenoma viene poi analizzato dall'anatomo-patologo. L'esito istologico sarà disponibile dopo circa 15-20 giorni dall'intervento, e verrà consegnato ambulatorialmente al paziente. Al termine della procedura viene posizionato un catetere vescicale a 3 vie e si instaura un circuito di lavaggio continuo con soluzione fisiologica che, in linea generale viene mantenuto per le successive 24-48 ore. L'intervento dura di solito da 30 a 90 minuti, a seconda delle dimensioni dell'adenoma.

In presenza di un normale decorso post-operatorio, la dimissione avverrà` di solito nel terzo o quarto giorno successivo all'intervento, dopo la rimozione del catetere e la ripresa spontanea e valida della minzione.

Una volta rimosso il catetere vescicale possono occasionalmente insorgere difficoltà alla minzione spontanea a causa della presenza di coaguli ematici o di uno spasmo della muscolatura dell'uretra. Può` essere quindi necessario riposizionare un catetere vescicale e mantenerlo in sede per alcuni giorni.

COMPLICANZE

Le possibili complicanze legate a questa procedura, oltre ai rischi generici, legati all'anestesia, sono le seguenti:

- Emorragia durante e dopo l'intervento che può richiedere il re-intervento per la diatermocoagulazione del letto prostatico (0.5% dei casi).
- Ritenzione urinaria acuta con necessità di riposizionamento temporaneo di un catetere uretrale (3%). A tal proposito va specificato che, in tutte quelle situazioni

che richiedano un cateterismo vescicale prolungato, **IL PAZIENTE PUO' ESSERE DIMESSO CON IL CATETERE VESCICALE**, che verrà successivamente rimosso in regime ambulatoriale.

- Incontinenza urinaria di vario grado (1%).
- Emorragia tardiva, cioè 2 o 3 settimane dopo l'intervento, causata dal distacco di escare (1%).
- Sclerosi del collo vescicale: restringimento tardivo del collo vescicale che può necessitare di una ulteriore revisione endoscopica (1%).
- Stenosi dell'uretra: restringimento tardivo dell'uretra che può necessitare di una ulteriore revisione endoscopica (1%);
- Impotenza (1%).

DECORSO POST-OPERATORIO

Il ricovero in reparto deve essere limitato al minimo necessario al fine di ridurre al massimo il rischio per il paziente di contrarre una infezione ospedaliera. A partire da alcune ore successive all'intervento, in caso di anestesia spinale, il paziente riprende a bere e ad alimentarsi in modo graduale. In caso di sedazione profonda o di anestesia generale, sarà a discrezione dell'anestesista stabilire quando il paziente potrà riprendere l'assunzione di liquidi e solidi. Il paziente viene fatto alzare dal letto già in prima giornata e, compatibilmente con la naturale ripresa delle sue energie, viene mobilizzato in misura sempre maggiore. È bene che il paziente, non appena possibile, inizi a passeggiare nel corridoio per favorire la ripresa della normale circolazione, per evitare la formazione di trombi nelle vene degli arti inferiori e per facilitare la ripresa della attività intestinale.

La profilassi antibiotica, somministrata prima dell'inizio dell'intervento chirurgico (per prevenire le infezioni) insieme alla gastroprotezione, viene prolungata solo se ritenuto necessario.

La profilassi della patologia tromboembolica con eparina a basso peso molecolare viene attuata a partire dalla sera dell'intervento, a partire da 6-12 ore dopo la sua conclusione, ove ritenuto necessario.

Il catetere vescicale, che viene posizionato durante l'intervento, viene mantenuto in sede per un periodo di solito variabile da 1 fino a 3 giorni (raramente più a lungo), a giudizio dell'operatore.

Nella maggior parte dei casi, il paziente viene dimesso a 48-72 dall'intervento chirurgico senza catetere vescicale, non appena riprende la minzione spontanea con urine limpide. In caso di necessità di mantenimento del catetere vescicale per un periodo superiore, il paziente viene dimesso con catetere vescicale in sede, che verrà rimosso ambulatorialmente nei giorni successivi, in base alle indicazioni del Chirurgo operatore.

- **SINTOMATOLOGIA MINZIONALE DI TIPO IRRITATIVO**

Nei primi giorni o settimane seguenti all'intervento chirurgico potrete riscontrare la necessità di urinare frequentemente, la presenza di urgenza e lieve bruciore minzionale e difficoltà ad urinare, per la quale verrà prescritta una terapia medica adeguata.

- **SANGUE NELLE URINE**

Questo può accadere anche a distanza di parecchi giorni dall'intervento a causa della fuoriuscita di vecchi coaguli che erano presenti in vescica. Se dovesse succedere, bere molto potrà aiutare a rendere le urine di nuovo chiare. Raramente può succedere che il paziente non sia più in grado di urinare per la formazione di nuovi coaguli: in questo caso ci si deve rivolgere al Pronto Soccorso più vicino.

- **INCONTINENZA URINARIA DI VARIO GRADO**

Alcuni pazienti lamentano una qualche perdita di urina nei primi 3/6 mesi successivi all'intervento. Questa può manifestarsi con la semplice perdita di qualche goccia

dopo uno sforzo (starnuto, tosse, etc..), oppure essere di entità` maggiore e tale da terminare, in qualche caso, l'utilizzo di un pannolino. Nella totalità` dei nostri casi questa situazione è transitoria e destinata a migliorare nel tempo, fino a risolversi.

- **EIACULAZIONE RETROGRADA**

Circa l'80% dei pazienti sottoposti a questo intervento perdono la capacità di eiaculare liquido seminale dal meato uretrale durante un rapporto sessuale; questo a causa delle alterazioni anatomiche conseguenti all'intervento a livello del collo vescicale. Il liquido seminale si raccoglie pertanto in vescica e viene eliminato durante le successive minzioni. Si sottolinea come la sensibilità` durante il rapporto sessuale non cambia come non è modificata la percezione dell'orgasmo.

È importante ricordare che spesso una piccola quantità` di liquido seminale può` comunque fuoriuscire per via anterograda dal meato uretrale durante l'eiaculazione. Questo intervento quindi NON comporta una sterilità post-operatoria.

- **INFEZIONI DELLE VIE URINARIE**

Non sono infrequenti dopo un cateterismo. Si possono manifestare in svariati modi (bruciore dopo la minzione, urine torbide e maleodoranti, febbre, etc..). Se dovesse capitarvi consigliamo di eseguire un esame completo delle urine con antibiogramma e chiedere al vostro medico curante per una eventuale terapia antibiotica appropriata. Avvisateci sempre per un problema di questo tipo.

- **SEDIMENTO NELLE URINE**

Questo può` manifestarsi a causa della fuoriuscita di vecchi coaguli che erano presenti in vescica. Le urine generalmente rimangono rosse o rosate per almeno 15-20 giorni dopo la rimozione del catetere. Una abbondante idratazione (bere almeno 1.5-2 litri di acqua al giorno) potrà` aiutare a rendere le urine ancora chiare.

ALTRE COMPLICANZE GENERICHE:

Le complicanze generiche, che possono verificarsi in qualsiasi momento, sono:

- Cardiovascolari
- Polmonari
- Tromboemboliche
- Neurologiche
- Settiche
- Morte

CONSIGLI ALLA DIMISSIONE DOPO INTERVENTO DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DI ADENOMA PROSTATICO (TURP)

Alimentazione

Potete mangiare tutto quello che desiderate. È accettabile un moderato consumo di alcolici. Dovrete variare la vostra dieta in modo tale da evitare la stipsi. Come obiettivo dovete cercare di andare di corpo almeno una volta al giorno. Se ciò non succede potete provare bevendo olio di vaselina o utilizzando prodotti come Laevolac, Pursenid (raccomandiamo la lettura dei foglietti illustrativi di questi farmaci e di consultare sempre il vostro medico di medicina generale prima di utilizzare queste cure). **È importante bere almeno 1.5-2 litri di acqua al giorno per il primo mese dopo l'intervento.**

Attività fisica

Dopo la dimissione è possibile passeggiare liberamente, salire e scendere dalle scale. Si raccomanda di evitare sforzi eccessivi, come ad esempio sollevare oggetti pesanti o eseguire esercizi intensi (ginnastica, golf, tennis, corsa, bicicletta e moto, etc..) per almeno 4 settimane dall'intervento. Infatti questo è il tempo necessario perché si sviluppi un tessuto cicatriziale saldo sia a livello della ferita che nelle zone interessate dall'atto chirurgico. Dopo 4-6 settimane dall'intervento, potranno essere riprese tutte le attività che svolgevate prima dell'operazione. Per quanto riguarda i

controlli futuri, si raccomanda di seguire attentamente tutto quanto vi è stato scritto nella lettera di dimissione che vi sarà` consegnata.

Il paziente verrà inserito in lista d'attesa informatizzata al termine della visita specialistica e gli verranno in tale occasione forniti la data e l'orario di pre-ricovero e la copia del consenso informato alla procedura proposta, dopo ampio e dettagliato colloquio sulla stessa.

Il giorno dell' apertura del pre-ricovero il paziente dovrà recarsi presso i locali indicati della UOC di Urologia, a digiuno e munito di documenti di identità validi (carta d' identità, tessera sanitaria), di ricetta SSN per ricovero ORDINARIO, di allegato E e di documentazione clinica personale completa (documentazione urologica completa, lista dei farmaci assunti (segnalare in particolare l'eventuale assunzione di farmaci ad azione antiaggregante (Aspirinetta, Ascriptin, Ibustrin, Plavix, Ticlopidina, Tiklid, o simili) oppure farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom, o simili), visite specialistiche, relazioni cliniche di precedenti ricoveri etc).

In regime di pre-ricovero verranno eseguiti, in una o più giornate, tutti gli accertamenti pre-operatori necessari. Nel caso di procedure eseguite in anestesia loco-regionale o generale l'ultima tappa dell'iter di pre-ricovero è invariabilmente rappresentata dal colloquio con l'anestesista. Il giorno del ricovero (comunicato telefonicamente dal nostro staff con adeguato anticipo) il paziente dovrà presentarsi a digiuno ed all' orario indicato presso il reparto di Urologia, munito dei farmaci assunti al domicilio, e dei necessari effetti personali (pigiama, pantofole, spazzolino da denti, effetti personali etc.), per un periodo di degenza medio di 7 giorni.

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE (Data _____)

Firma e timbro del Medico

Firma del paziente (se maggiorenne e capace di intendere e volere)

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela, verificata la loro identità (in caso di paziente minorenne)

Firma del tutore o curatore o amministratore di sostegno (verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento di tutela, curatela o amministrazione di sostegno)

CONSENSO ALL'INTERVENTO DA PARTE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal

Prof/Dott. _____

che per la patologia riscontratami è indicato l'intervento chirurgico di:

Ciò premesso, dichiaro di essere stato invitato a leggere con molta attenzione il modulo di informazione sopra riportato che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente ed esaurientemente spiegatomi oralmente. Dichiaro altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Consapevolmente **ACCONSENTO** al trattamento chirurgico propostomi e mi impegno a rispettare tutte le indicazioni ed i controlli consigliati nella lettera di dimissione.

Firma del Medico: _____

Firma del Paziente: _____

Palermo, _____