

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

INCISIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TUIP)

1. Definizione:

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.

2. Indicazioni:

Iperplasia prostatica benigna. La tecnica è indicata per prostate del peso < di 30 gr., senza sviluppo del lobo medio.

3. Descrizione della tecnica:

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 sebbene sia segnalata la possibilità di trattamenti in anestesia locale.

4. Preparazione:

Generalmente è raccomandata la profilassi antibiotica e antitrombotica.

5. Durata della procedura:

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

6. Tipo e durata del ricovero:

Dopo l'intervento viene applicato un catetere vescicale, a volte, raramente, 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.

7. Risultati:

A. Sintomatologia: il miglioramento della sintomatologia è ottenuto nel 78-83% dei pazienti.

B. Risultati Obiettivi: l'incisione transuretrale della prostata ottiene risultati obiettivi (aumento della forza del getto urinario, riduzione del residuo postmizionale e riduzione dell'ostruzione) lievemente minori rispetto alla resezione della prostata.

C. Durata: 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: 14% di ritrattamenti dopo 5 anni.

8. Vantaggi:

Intervento veloce

Minori perdite ematiche e complicanze rispetto alla resezione della prostata.

Tempo di cateterizzazione e degenza più breve tra tutti gli interventi chirurgici

Buoni risultati soggettivi e obiettivi.

9. Svantaggi:

Tecnica non effettuabile in caso di prostate di volume medio-elevato

Tecnica non effettuabile in caso di sviluppo del lobo medio

Esame istologico non effettuabile

Percentuali più alte, anche se in misura trascurabile, di ritrattamento rispetto alla resezione della prostata

10. Effetti collaterali:

- La TUIP comporta l'eiaculazione retrograda nel 6-55% dei casi.

- Dopo la rimozione del catetere i pazienti possono presentare lievi disturbi urinari che possono persistere per 3 mesi.

11. Complicanze:

- L'emorragia con necessità di emotrasfusione 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 le stenosi dell'uretra e le sclerosi del collo vescicale che si aggirano fra lo 0,4-2,6% 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 probabilità di morte è stata stimata del 0,2-1,5%.

12. Attenzioni da porre dopo la dimissione:

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.

È suggerito di evitare lunghi tragitti in macchina e l'uso di cicli e motocicli.

Normale deve essere l'introduzione di liquidi per os.

13. Come comportarsi in caso di complicanze a domicilio:

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.

14. Controlli:

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.

.....

Il Paziente

Il Medico

Data.....

il presente modulo di consenso informato è stato realizzato da:



AURO.IT Associazione Urologi Italiani