

**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