



MODULO DI CONSENSO INFORMATO

RESEZIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TURP)

1. Definizione:

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.

È l'intervento maggiormente praticato nel Mondo e in Italia a questo scopo.

2. Indicazioni:

Iperplasia prostatica benigna sintomatica Neoplasia prostatica ostruente lo svuotamento vescicale non suscettibile di trattamento radicale che non ha risposto al trattamento ormonale.

3. Descrizione della tecnica:

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 (resetoscopio) 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.

4. Preparazione:

Generalmente è raccomandata la profilassi antibiotica e antitrombotica.

5. Durata della procedura:

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

6. Tipo e durata di ricovero:

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.

7. Risultati:

A. Sintomatologia: il miglioramento della sintomatologia è ottenuto nel 75-96% dei pazienti.

B. Risultati: la resezione transuretrale della prostata ottiene, unitamente alla chirurgia a cielo aperto, i migliori risultati obiettivi (aumento della forza del getto urinario, riduzione del residuo post-minzionale e riduzione dell'ostruzione) rispetto alle terapie alternative: miglioramento del flusso urinario massimo del 120-125% e riduzione del residuo post-minzionale del 70%.

C. Durata: 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.

8. Vantaggi:

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

Costi complessivi non elevati

9. Svantaggi:

Alta percentuale di eiaculazione retrograda (infertilità)

Percentuale di complicanze bassa, ma non trascurabile

Mortalità post-operatoria rarissima, ma possibile

10. Effetti collaterali:

- La TURP comporta in almeno 3 pazienti su 4 l'eiaculazione retrograda.

- 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 7,2-12,5% dei casi.

- Le infezioni delle vie urinarie insorgono nel 15,5% dei casi, l'epididimiti nell'1%.

- 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% dei pazienti.

- A distanza di tempo dall'intervento possono comparire le stenosi dell'uretra e le sclerosi del collo vescicale che si aggirano fra lo 0,5-9,7% 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 1-6,6% 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%

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. 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.

15. BIBLIOGRAFIA

- 1) Mc Connell J.D., Barry M.J., Bruskewitz R.C. et al.: Benign prostatic hyperplasia: 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 International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia. Recommendations of the International 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 Vaughan 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

.....
Il Paziente

Il Medico

Data.....

il presente modulo di consenso informato è stato realizzato da:



AURO.IT Associazione Urologi Italiani