



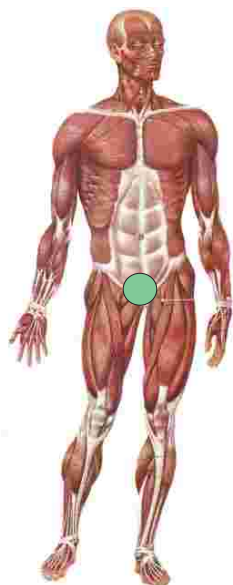
Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *adenomectomia prostatica transvescicale (ATVB)*



Informazioni generali

La prostata è una ghiandola della grandezza di una castagna posizionata sotto la vescica e attorno all'uretra; ha il compito di produrre parte del liquido seminale. Il suo ingrossamento (**ipertrofia**) può determinare una serie di **disturbi irritativi** (bruciore urinario, aumentata frequenza delle minzioni, minzioni notturne, sanguinamento) e **ostruttivi** (esitazione e difficoltà minzionale, diminuzione del flusso urinario, ritenzione d'urina).

Questi disturbi sono molto frequenti nei maschi al di sopra dei 50 anni di età (17-37%).



Informazioni per il Paziente

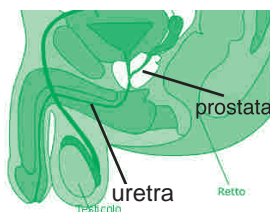
L'adenomectomia prostatica transvescicale è un intervento chirurgico "a cielo aperto", vale a dire che viene eseguita attraverso l'apertura della cavità addominale. L'indicazione all'intervento chirurgico "a cielo aperto" (rispetto all'intervento endoscopico TURP) viene posta in rapporto all'eccessivo volume della prostata, alla presenza di voluminosi diverticoli vescicali o a causa di una grave artrosi delle anche che impedisce il posizionamento del Paziente a gambe divaricate, necessario per l'intervento endoscopico. L'adenomectomia prostatica transvescicale è controindicata in caso di prostata di piccole dimensioni, di precedente adenomectomia e di cancro della prostata accertato: in questi casi è indicato l'intervento endoscopico.

L'intervento può essere eseguito in anestesia generale o spinale, ha durata variabile tra 30 e 60 minuti. L'accesso chirurgico prevede un'incisione sull'addome tra l'ombelico e il pube o trasversale sopra il pube e, successivamente, della vescica. Si procede poi alla rimozione dell'adenoma, lasciando in sede la restante parte della ghiandola prostatica. Al termine dell'intervento si posiziona un catetere vescicale "a 3 vie" che consente, attraverso un'irrigazione continua, il lavaggio della cavità vescicale da coaguli di sangue; il lavaggio viene sospeso quando le urine sono limpide, in genere in un tempo compreso tra 24 e 72 ore dall'intervento. Viene inoltre posizionato un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento*) collegato a una sacca di raccolta.

Se il decorso post-operatorio è regolare, il Paziente può iniziare l'alimentazione e la mobilizzazione dopo 12-24 ore; abitualmente la ferita viene medicata dopo 3 giorni; la rimozione dei punti di sutura è completata entro 7 giorni.

Mediamente dopo 5-7 giorni, in assenza di complicanze, vengono rimossi il catetere vescicale e, successivamente, il drenaggio. La degenza media è di 6-8 giorni. Alla dimissione è suggerito un periodo di **convalescenza** (ridotto stress fisico, scarsa attività sessuale e/o sportiva, regime alimentare moderato, terapia antibiotica urinaria) e l'astensione dalle normali attività lavorative per periodo variabile tra 7 e 21 giorni. È consigliabile in questo periodo **evitare lunghi tragitti in macchina**, nonché l'uso di cicli e motocicli.

Il controllo postoperatorio viene effettuato entro 30-45 giorni e, in assenza di particolari situazioni cliniche, non è necessario programmare successive visite.





Alternative proponibili

La **TURP** si effettua quando la ghiandola non è di dimensioni eccessive (<80-100 g). I risultati dei due interventi sono sovrapponibili in termini di miglioramento del getto urinario e di riduzione del residuo postminzionale. Il trattamento della ipertrofia prostatica benigna può essere attuato anche con tecniche alternative quali: incisione transuretrale del collo vescicale (**TUIP**), chirurgia con **laser a olmio**, vaporizzazione (**TUVAP**), ablazione transuretrale con aghi (**TUNA**), termoterapia (**TUMT**). Queste tecniche, pur essendo meno invasive rispetto a TURP e ATVB, producono risultati meno soddisfacenti

La **terapia farmacologica** è riservata alle forme con sintomatologia lieve o moderata e in assenza di grave ostruzione.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Complicanze precoci:

- **emorragia** (incidenza maggiore rispetto alla tecnica endoscopica);
- **infezioni delle vie urinarie;**
- **infezioni dell'epididimo** (è un piccolo dotto che collega i testicoli al dotto deferente);
- **urinoma:** consiste nella filtrazione di urine attraverso la sutura vescicale; di solito si instaura a causa del malfunzionamento del catetere uretrale.

Complicanze tardive:

- **ejaculazione retrograda** (durante l'eiaculazione il liquido seminale, anziché fuoriuscire dall'uretra, refluisce in vescica determinando **infertilità**) (80-90%): è dovuta alla perdita del meccanismo di chiusura del collo vescicale (situazione comune a tutti gli interventi chirurgici effettuati per questa patologia);
- **irritabilità vescicale:** consiste in un'eccessiva frequenza delle minzioni e l'impossibilità di rimandarle, con un'eventuale perdita urinaria; di solito tale sintomatologia cessa dopo qualche settimana o al massimo dopo qualche mese (a seconda dello stato preoperatorio della vescica); se l'entità del problema lo richiede, potranno essere somministrati farmaci in grado di aiutare la ripresa di una dinamica minzionale normale;
- **incontinenza urinaria** (2,3%): è per lo più una incontinenza da "stress", ovvero si evidenzia in occasione di aumenti della pressione endoaddominale (colpi di tosse, starnuti, sollevamento di pesi); solo nello 0,3% dei casi l'incontinenza è totale; è legata solitamente a una lesione dello sfintere uretrale esterno e, a seconda della gravità, può necessitare di correzione chirurgica mediante interventi per via endoscopica o applicazione di protesi sfinteriali;
- **sclerosi del collo vescicale** (restringimento cicatriziale dopo l'intervento): si osserva nel 2-3% dei casi e si instaura dopo circa 6-12 settimane dall'operazione. I sintomi sono quelli dell'ostruzione vescicale ingravescente. Questa complicanza può essere corretta con un intervento endoscopico che consiste nell'incidere il collo vescicale;
- **disfunzione erettile** (impotenza): si osserva nel 3-5% dei casi e colpisce di solito i Pazienti più anziani.