



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *resezione vescicale transuretrale (TURV)*

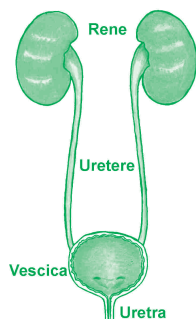


Informazioni generali

La vescica è il serbatoio che raccoglie l'urina prodotta dalla filtrazione renale e può essere raggiunta introducendo uno strumento a forma di tubicino (endoscopio) attraverso l'uretra. La resezione transuretrale della vescica (TURV) è un **intervento endoscopico** (non implica cioè l'incisione della cute), il cui scopo è l'asportazione di lesioni (neoformazioni o zone sospette) della parete vescicale; le neoformazioni superficiali che non infiltrano la parete della vescica possono essere asportate in maniera radicale, mentre per neoplasie vescicali infiltranti la procedura ha significato solo biptico (cioè è utile al fine di realizzare la biopsia = *prelievo di tessuto da sottoporre a esame istologico*) e/o per studiare la malattia.

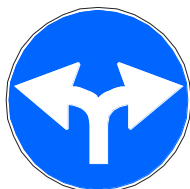
La TURV può essere difficoltosa in soggetti obesi, con uretra lunga, prostata voluminosa e/o neoplasie situate sulla parete vescicale anteriore.

Informazioni per il Paziente



L'intervento può essere eseguito in anestesia generale o spinale: ha una durata variabile tra 10 e 90 minuti, in rapporto al numero e alle dimensioni delle lesioni da asportare. Il Paziente è in posizione supina, con le gambe rialzate e sostenute da gambali. Lo strumento operativo (resettore) viene introdotto attraverso l'uretra e raggiunge la cavità vescicale che viene riempita e lavata di continuo con soluzione fisiologica o glicina. Le lesioni vengono rimosse con l'uso di anse da resezione, che portano la corrente di un elettrobisturi; le anse diatermiche, scorrendo dentro la lesione, la asportano "a fettine" dalla sommità fino alla base (resezione). Completata l'asportazione delle lesioni vescicali, si procede alla coagulazione di eventuali zone di sanguinamento nella sede di resezione. L'intervento si conclude spesso con il posizionamento di un catetere vescicale a 3 vie per il lavaggio continuo della vescica; la fuoriuscita di liquido di lavaggio chiaro è indice di buona emostasi (il termine medico per indicare la coagulazione). Il Paziente viene dimesso in genere dopo la rimozione del catetere, vale a dire da 1 a 4 giorni dall'operazione. Dopo la dimissione è preferibile evitare sforzi e viaggi in macchina, moto, bicicletta per una settimana. Nei primi giorni dopo la rimozione del catetere sono frequenti l'aumento del numero delle minzioni e il bruciore urinario. Se questi sintomi tendessero a peggiorare è consigliabile eseguire l'esame delle urine e l'urinocoltura.

A distanza di 1-3 mesi dall'intervento viene eseguita una cistoscopia di controllo. I successivi controlli endoscopici, in assenza di recidiva, vanno effettuati ogni 3 mesi per 2 anni, ogni 6 mesi dal 2° al 4° anno e successivamente ogni anno. In concomitanza del controllo endoscopico è opportuno eseguire un esame delle urine per l'analisi delle cellule vescicali (citologia urinaria).



Alternative proponibili

La resezione vescicale mediante **laser** è attualmente indicata solo in caso di neoplasie di piccole dimensioni (inferiori a 1 cm.); il suo limite maggiore è che la folgorazione spesso non consente il successivo esame istologico della lesione.



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 nel corso dell'operazione:

- **perforazione vescicale:** può essere **extraperitoneale** (al di fuori della cavità addominale); e in questo caso si risolve mantenendo (o riposizionando) il catetere vescicale o posizionando un drenaggio (= *tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita liquidi dalla sede di intervento*) attraverso la cute in prossimità della perforazione vescicale; in caso di perforazione **intra-peritoneale** è possibile che debba essere eseguita una riparazione "a cielo aperto" (cioè con incisione chirurgica e apertura della cavità addominale), soprattutto se nella perforazione sono coinvolti organi vicini come l'intestino;
- **emorragia**, con necessità di emotrasfusione (2-13%);
- **lesione dell'uretere:** possibile quando la lesione riveste il suo sbocco in vescica (meato); talvolta può essere necessario posizionare un tutore dentro l'uretere (stent) per consentire la guarigione;
- **lesione dell'uretra:** è quasi sempre risolvibile con il solo cateterismo;
- **sindrome da riassorbimento dei liquidi:** complicanza rara, dovuta al riassorbimento dei liquidi utilizzati durante l'intervento (glicina); può portare a confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi e instabilità circolatoria.

Complicanze immediatamente successive all'intervento:

- **ritenzione urinaria:** solitamente temporanea, specie se sono coesistenti cause ostruttive (ipertrofia prostatica benigna);
- **ematuria** (presenza di sangue nelle urine), con ritenzione di coaguli: può richiedere dei lavaggi energici della vescica per rimuovere i coaguli;
- **idronefrosi** (dilatazione della pelvi e dei bacinetti renali) da lesione dell'uretere;
- **infezioni delle vie urinarie.**

Complicanze successive all'intervento a medio termine:

- **stenosi dell'uretra:** restringimento della parte terminale della via urinaria, con difficoltà all'emissione dell'urina; può necessitare di un secondo intervento endoscopico (cervicotomia, uretrotomia, uretroplastica).
- **emorragia tardiva:** si verifica quando cade l'escara (= "*la crosta*") della ferita vescicale. Se copiosa e persistente, può richiedere nuovamente il posizionamento del catetere a doppia corrente per il lavaggio continuo della vescica.