ADENOMECTOMIA TRANSVESCICALE ROBOTICA
UNITA' OPERATIVA di UROLOGIA

Cos'è l'iperplasia prostatica benigna e quale sintomi procura?

La prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile, a forma di castagna, situata al di sotto della vescica. E' attraversata dal primo tratto dell'uretra, il condotto che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno, come un tunnel attraversa una montagna. L'iperplasia prostatica benigna (IPB) detta anche semplicemente ipertrofia prostatica e anticamente chiamata adenoma prostatico, è una evoluzione della prostata caratterizzata da un ingrossamento di una porzione della ghiandola (detta zona di transizione) intorno all'uretra prostatica: questo aumento volumetrico a manicotto intorno all'uretra ne aumenta la lunghezza e ne impedisce l'allargamento a imbuto durante la minzione causando un ostacolo idraulico che può disturbare lo svuotamento della vescica e conseguentemente provocare sintomi delle basse vie urinarie che interferiscono sulla qualità di vita dei soggetti di sesso maschile. Si assiste ad una progressiva difficoltà ad urinare: il getto diventa debole, spesso intermittente, con prolungato gocciolio al termine della minzione e sensazione di non avere svuotato completamente la vescica; a volte è necessario aspettare alcuni secondi prima di riuscire ad urinare, o bisogna aiutarsi "spingendo" con i muscoli della pancia. A questi sintomi possono associarsene altri, secondari all'irritazione della vescica che deve contrarsi più frequentemente per cercare di espellere l'urina: bisogno di urinare spesso, necessità di alzarsi per urinare una o più volte durante la notte, bisogno improvviso ed irrefrenabile di urinare, fino alla vera e propria perdita di urina, o fino all'incapacità di urinare (ritenzione d'urina).

Inoltre l'ostruzione allo svuotamento della vescica può alla lunga provocare conseguenze o complicanze quali: calcolosi vescicale, diverticoli vescicali, ematuria (presenza di sangue nelle urine), dilatazione delle alte vie escretrici urinarie (reni ed ureteri) fino all'insufficienza renale.

Come si arriva alla diagnosi e quindi al ricovero?

Le indicazioni alla terapia chirurgica sono determinate principalmente dalla presenza delle seguenti condizioni:

- sintomi delle basse vie urinarie di entità media o severa, resistenti alla terapia medica che abbiano un impatto sulla qualità di vita del paziente;
- ritenzione urinaria cronica che non risponde alla terapia medica;
- ritenzioni urinarie ricorrenti;
- insufficienza renale cronica secondaria all'ostruzione;
- calcolosi vescicale;
- ripetuti episodi di perdita di sangue con le urine che non rispondono alla terapia medica;
- diverticolosi vescicale con complicanze di tipo infettivo;
- infezioni urinarie ricorrenti.

La presenza di un cospicuo residuo post-minzionale può rappresentare un'indicazione all'intervento chirurgico, in particolare quando superi 1/3 della capacità vescicale globale.

Che tipo di intervento verrà eseguito e che tipo di anestesia verrà praticata? cosa avverrà durante la degenza?

È un intervento chirurgico, eseguito in anestesia generale.

L'Adenomectomia prostatica transvescicale robotica consiste nell'asportazione dell'adenoma prostatico tramite un'incisione che viene praticata a livello della parete anteriore della vescica e che permette di visualizzare la prostata e di asportarne solamente la porzione (l'adenoma) responsabile dell'ostruzione urinaria. L'intervento viene eseguito in maniera mininvasiva utilizzando delle cannule laparoscopiche connesse ad un robot (manovrato dal chirurgo). Collateralmente possono essere risolte eventuali complicanze presenti quali calcolosi o diverticoli vescicali.

L'intervento dura in genere meno di 60 minuti. Al termine dell'intervento viene lasciato un drenaggio che sarà rimosso in 1 giornata postoperatoria. Viene posizionato un catetere vescicale con sistema di lavaggio continuo della vescica: in assenza di complicazioni il catetere viene rimosso dopo 5 giorni. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica (per via sottocutanea, dalla sera dell'intervento e per tutta la durata della degenza). Dal giorno successivo all'intervento il paziente potrà progressivamente alimentarsi ed alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico, e riprendere ad alimentarsi normalmente. La degenza in ospedale è usualmente di 2/3 gg.

Durante la procedura, in sala operatoria, le sarà posizionato un catetere vescicale transuretrale (un tubo di silicone/lattice che, risalendo l'ultimo tratto delle vie urinarie, è sospinto fino in vescica e qui ancorato per mezzo di

un palloncino gonfio). Questo presidio manterrà costantemente vuota la vescica; tuttavia, a causa del palloncino che mantiene in sede il catetere, potrà avvertire la costante sensazione di dover urinare. Il suo organismo si abituerà in poche ore a questo corpo estraneo ed il fastidio si attenuerà; eventuali lievi dolori potranno essere controllati con antidolorifici.
Oltre al catetere, le sarà posizionato anche uno drenaggio (piccoli tubi che fuoriescono attraverso la parete addominale e fungono da spia per evidenziare eventuali sanguinamenti interni oppure spandimenti urinosi. Verrà rimosso a poche (24) ore di distanza dall'intervento.
Già dal primo giorno dopo l'intervento potrà bere (almeno 2 litri d'acqua in 24h), iniziare a mangiare, alzarsi dal letto e passeggiare. In assenza di complicanze, sarà dimesso dopo 2 giorni dall'intervento.

- Quali sono i risultati dell'intervento di adenomectomia transvescicale?

I risultati che si ottengono con un intervento di adenomectomia transvescicale comportano un miglioramento dei disturbi in una percentuale superiore al 95% dei casi, miglioramento che talvolta necessita di un tempo fino a 3 mesi (1% di ritrattamenti a 10 anni).
Quali sono le possibili conseguenze ed i rischi correlati col trattamento:

Tutti gli interventi chirurgici, indipendentemente dal tipo di approccio ("a cielo aperto", laparoscopico o robotico), possono essere gravati da complicanze generiche quali: lesioni intestinali (<1%; soprattutto in caso di pregressa chirurgia addomino-pelvica), infezione (5-10%) o deiscenza (cioè riapertura spontanea; 1-2%)dell'incisione chirurgica, infezioni sistemiche (cioè diffuse ad interessare l'intero organismo) anche gravi (fino alla sepsi; <1%).
Una severa perdita di sangue (emorragia) con necessità di trasfusioni, re-intervento e/o embolizzazione del vaso sanguinante (mediante sottili cateteri introdotti sotto controllo radiologico) è una evenienza infrequente (circa 5% dei casi).
Piccole raccolte ematiche (ematomi) in loggia renale sono di comune riscontro, asintomatiche e tendono a riassorbirsi spontaneamente mentre le più grandi, rare, sono a rischio di infezione e richiedono il posizionamento di un tubo di drenaggio.
A lungo termine, può verificarsi la comparsa di laparocele (cioè di una erniazione di visceri addominali attraverso il tramite di una precedente incisione chirurgica) il quale può richiedere la correzione chirurgica.
Inconvenienti tecnici o difficoltà chirurgiche possono richiedere la conversione "a cielo aperto" di una procedura iniziata con approccio mini-invasivo. È un evento molto raro (<1%).

Le due conseguenze (effetti collaterali) possibili specifiche dell'intervento sono:• l'eiaculazione retrograda: il fatto che lo sperma al momento dell'eiaculazione finisce per lo più in vescica invece che all'esterno come usuale: questo è dovuto al fatto che l'asportazione dell'ipertrofia comporta necessariamente l'asportazione del collo vescicale per liberare lo svuotamento della vescica. Perché lo sperma venga eiaculato completamente all'esterno il collo vescicale deve essere chiuso. Quindi se lo asportiamo per poter urinare non può essere chiuso.• eccessiva frequenza urinaria e urgenza con stimoli imperiosi, in rari casi, anche per 2-3 mesi, conseguenza del danno da ostruzione che la vescica ha subito. Questi sintomi possono essere molto migliorati con la terapia farmacologica.
Le complicanze possono essere:
- l'emorragia con necessità di trasfusione nell' 8% dei casi;- infezione urinarie nel 15% dei casi;
- la sindrome da TURP dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio della vescica, che può determinare confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi e circolatori nello 0,2 % dei casi;- a distanza dall'intervento possono comparire la stenosi (restringimenti) dell'uretra e la sclerosi (irrigidimento) del collo vescicale nel' 1% dei casi, la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento;- l'incontinenza urinaria da sforzo, nei suoi diversi gradi, è un'evento rarissimo che può richiedere un intervento correttivo.- epididimiti acute (infezione dei testicoli);- febbre
- Spandimenti urinosi legati a problemi nella cicatrizzazione della sutura della breccia vescicale
- disfunzione erettile solitamente transitoria e di natura psicogena in rare evenienze.
- devono essere poi messe in conto complicanze di ordine generale quali la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, che perlatro vengono prevenute con profilassi e controlli.

- Cosa avverrà dopo le dimissioni?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare autonomamente con un buon flusso, l'assenza di persistente sanguinamento con l'urina, l'assenza di febbre o di dolore. Per 10 -15 giorni, talvolta fino ad 1 mese dall'intervento possono esservi tracce di sangue nelle urine, urine scure o contenenti flocculazioni: sono il significato della progressiva riparazione della cicatrice interna conseguente all'intervento.Nei giorni dopo la rimozione del catetere, una certa maggior frequenza nell'urinare, a volte con stimolo "imperioso" può persistere: tali sintomi se fastidiosi possono essere trattati adeguatamente con terapia farmacologica, quindi è opportuno

segnalarli ai medici urologi. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici, una dieta equilibrata con particolare attenzione a mantenere un alvo regolare. L'attività sessuale o sportiva potrà essere ripresa dopo circa 1 mese dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, ritenzione acuta d'urina o di improvvisa emorragia con urine rosse contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione a seconda delle condizioni associate e dell'estensione dell'intervento.

-
- Che cosa accadrà se il paziente non si sottopone all'intervento?

Continuerà ad avere sintomi urinari fino alla ritenzione completa. A quel punto sarà necessario posizionare un catetere vescicale. Un altro rischio è la sovradistensione vescicale che determina una ridotta efficacia contrattile della vescica che può diventare irreversibile. Pertanto se l'intervento chirurgico dovesse essere eseguito in questo stadio la vescica potrebbe non essere più in grado di svuotarsi adeguatamente e sarà necessario il cateterismo ad intermittenza.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____