

*Dott. M. De Vecchis*

*Dott.ssa R. Lucera*



## UROLOGIA

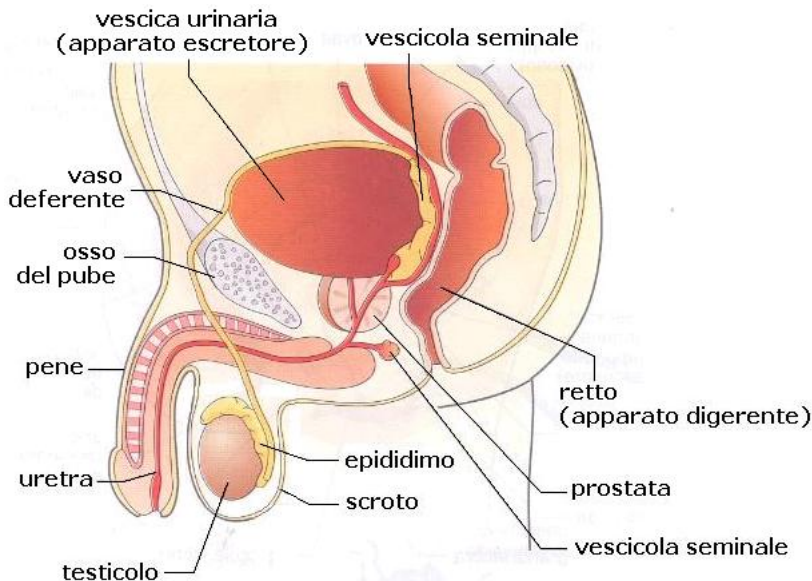
# ADENOMECTOMIA TRANS-VESCICALE

L'intervento propostovi ha lo scopo di rimuovere l'adenoma prostatico che voi avete, per via chirurgica cioè a "cielo aperto".

### ANATOMIA

La vescica è il serbatoio in cui si raccolgono le urine provenienti dai reni prima di essere eliminate durante la minzione.

La prostata è una ghiandola situata sotto la vescica. L'urina per uscire dalla vescica, deve attraversare la prostata, attraverso il canale uretrale. L'uretra è il canale attraverso il quale le urine sono espulse dalla vescica



### MOTIVI DELL'INTERVENTO

L'aumento di volume della prostata, dovuto alla formazione dell'adenoma prostatico, detto anche Iperplasia Prostatica Benigna (IPB), può causare una ostruzione al passaggio delle urine attraverso l'uretra. Questa ostruzione oltre a causare i disturbi urinari può portare a delle complicanze: calcolosi vescicale, sangue nelle urine (ematuria) infezioni urinarie e

insufficienza renale.

Un intervento chirurgico è indicato quando il trattamento farmacologico non è più efficace o in caso di comparsa delle complicazioni.

## ESISTONO ALTRE OPZIONI?

Un trattamento medico è abitualmente proposto inizialmente. Questo può avere degli effetti secondari ed avere una efficacia limitata.

L'intervento può essere realizzato per la via naturale, attraverso l'uretra, sotto controllo endoscopico e viene chiamato resezione trans-uretrale della prostata, (TURP), viene proposto quando la terapia medica non è più efficace o sono comparse delle complicanze. L'intervento consiste nel rimuovere l'adenoma prostatico per allargare il canale urinario.

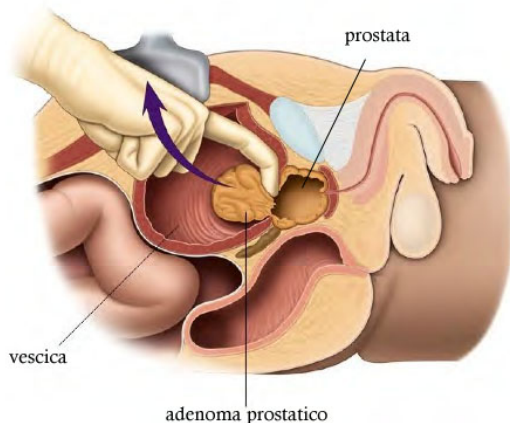
Altre metodiche sono quelle che utilizzano il laser sempre per via endoscopica quali la vaporizzazione con il greenlaser o l'enucleazione con il laser ad olmio HoLeP.

Esistono poi delle metodiche mini-invasive che consentono di preservare l'eiaculazione con l'utilizzo del laser a diodi ed è la termoablazione transperineale o il vapore acqueo ed è il Rezum.

Il vostro chirurgo vi ha spiegato il perchè della scelta dell'adenomectomia chirurgica piuttosto che dell'intervento endoscopico, il volume della prostata è uno dei criteri di scelta importante.

## PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Una ecografia della prostata può essere eseguita per valutare il volume prostatico e controllare lo stato della vescica.



Una analisi delle urine è prescritta prima dell'intervento per verificarne la sterilità o per trattare una eventuale infezione.

Una infezione delle urine non trattata provocherà un differimento della data dell'intervento. Un bilancio ematico, comprendente lo studio della funzionalità renale, sarà eseguito prima dell'intervento.

L'assunzione di farmaci anti-aggreganti piastrinici e anticoagulanti dovrà essere sospesa diversi giorni prima dell'intervento, in accordo con i medici.

Verrà effettuata una profilassi antibiotica al momento del ricovero.

## TECNICA OPERATORIA

Questo intervento è realizzato sotto anestesia generale o loco-regionale.

L'adenomectomia prostatica chirurgica consiste nell'asportare la totalità dell'adenoma, cioè della parte centrale della prostata, passando attraverso la vescica o direttamente mediante incisione della capsula prostatica. La prostata periferica viene lasciata in sede.

Viene eseguita attraverso una incisione cutanea di qualche centimetro al di sopra del pube.

Nella tecnica trans-vescicale, la vescica situata sotto la parete muscolare dell'addome, viene aperta. Il chirurgo disseca l'adenoma e lo separa dal resto della prostata passando attraverso la vescica. Il tessuto prostatico tolto viene inviato all'istologo per essere esaminato al microscopio.

Alla fine dell'intervento, viene messo un drenaggio aspirativo nella zona operata. Il catetere vescicale posizionato durante l'intervento viene mantenuto circa 1 settimana. Permette di lavare la vescica in modo continuo per asportare il sangue ed evitare la formazione di coaguli e l'ostruzione della sonda.

## ESAME ISTOLOGICO

Il pezzo operatorio viene analizzato dall'istologo per la conferma della benignità della malattia.

## DECORSO ABITUALE

Il drenaggio è rimosso dopo 1-3 giorni. Se è stato messo un filo (cerchiaggio) per ridurre il sanguinamento, viene rimosso attraverso la pelle dopo 1-2 giorni dall'intervento.

L'arresto del lavaggio vescicale e la rimozione del catetere è variabile, abitualmente dopo qualche giorno ed è deciso caso per caso dal vostro urologo. Quando dei coaguli ostruiscono il catetere viene eseguito un lavaggio della vescica mediante un siringone per ristabilire la pervietà della sonda.

Nelle ore o nei giorni dopo l'intervento può presentarsi un fastidio o un'irritazione nel canale uretrale. Verrà prescritto, se necessario, un trattamento anti-dolorifico. Può presentarsi un dolore dovuto allo spasmo vescicale e una sensazione di dover urinare nonostante la presenza del catetere.

Se necessario verrà prescritto nel post-operatorio un trattamento anti-coagulante per prevenire il rischio di flebite.

I punti della sutura cutanea sono rimossi dopo 7-12 giorni.

Dopo la dimissione è importante bere e urinare regolarmente per lavare la vescica ed evitare che le urine diventino rosse.

La formazione di coaguli può causare una ritenzione urinaria. E' importante evitare tutti gli sforzi nei primi mesi o spostamenti importanti.

La ripresa dell'attività dovrà essere progressiva, evitando sforzi e rapporti per un mese

Il risultato della funzionalità della minzione è progressivo per un periodo che va da 1 a 3 mesi. Durante questo periodo può persistere un bruciore e un aumento di frequenza delle minzioni accompagnate da urgenza.

Al momento della dimissione saranno prescritti dei farmaci e degli esami da effettuare prima del controllo.

## DECORSO POST-OPERATORIO

Il controllo post-operatorio verrà eseguito nelle settimane seguenti all'intervento. Il controllo consiste nella valutazione del miglioramento dei sintomi urinari e dello svuotamento vescicale.

Sarà prescritta un'analisi delle urine per la ricerca dell'infezione ed una ecografia per lo studio del residuo post-minzionale.

Successivamente i controlli verranno effettuati almeno una volta l'anno.

Se dall'esame istologico è stato scoperto un cancro prostatico, verrà deciso l'eventuale trattamento e condotta da seguire.

Una ricomparsa dell'adenome è possibile dopo diversi anni dall'intervento, con ricomparsa della sintomatologia.

Anche un tumore della prostata può comparire a distanza sulla prostata restante, senza alcun legame con l'intervento.

## RISCHI E COMPLICANZE

Nella maggioranza dei casi l'intervento si svolge senza complicanze. Tuttavia tutti gli atti chirurgici comportano un certo numero di rischi e complicanze:

Alcune complicanze sono legate all'età, al vostro stato generale, all'anestesia e sono possibili durante tutti gli interventi chirurgici.

Le complicanze dirette in relazione all'intervento sono rare ma possibili:

- Il sanguinamento può essere presente per più giorni fino a qualche settimana dopo l'intervento. Talvolta

può essere necessario reintervenire per asportare i coaguli dalla vescica

- La ritenzione urinaria ( blocco della vescica o difetto della contrattilità del muscolo vescicale) è una complicanza possibile. Nel periodo post-operatorio precoce può essere dovuta alla presenza di coaguli secondari al sanguinamento dovuto alla caduta delle escare. Un catetere vescicale viene posizionato per qualche giorno in questo caso.
- L'infezione urinaria è la complicanza più frequente, verrà trattata mediante somministrazione di antibiotici e sarà controllato il corretto svuotamento della vescica. Se avete febbre o bruciori ad urinare contattate il vostro urologo.
- La flebite è una complicanza possibile, il rischio è ridotto con l'eventuale iniezione sotto-cutanea di anticoagulanti.
- La cicatrice cutanea si può infettare (ascesso). In caso di dolore, arrossamento o comparsa di pus contattate l'urologo. Una fuoriuscita di urine dalla cicatrice necessita di un riposizionamento del catetere per alcuni giorni.
- Non si verificano abitualmente disturbi dell'erezione dopo questo intervento
- Il rischio dell'eiaculazione retrograda è molto frequente e si caratterizza per l'assenza di emissione di sperma al momento dell'orgasmo ed è secondaria all'apertura del collo vescicale causata dall'asportazione dell'adenoma
- L'incontinenza urinaria è rara e spesso transitoria.
- In rari casi può sopravvenire un restringimento secondario del canale uretrale o del collo vescicale, con necessità di un reintervento

**Si ricorda che tutti gli interventi chirurgici comportano un certo numero di rischi compresi quelli vitali, dovuti a delle variazioni individuali che non sono sempre prevedibili. Alcune di queste complicazioni sono eccezionali (lesione della vescica, dei nervi, dell'apparato digestivo) talora non guaribili. In corso di questo intervento, il chirurgo può trovarsi di fronte ad una scoperta o ad un evento imprevisto che necessita di atti complementari o differenti da quelli inizialmente previsti, sia ad una interruzione del protocollo.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Dichiara d'aver ricevuto dal Dott. \_\_\_\_\_

Una dettagliata informazione scritta ed orale riguardante l'intervento proposto e le eventuali complicanze.

Una copia della presente scheda mi è stata consegnata nel giorno del colloquio

Roma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Il vostro urologo è a disposizione per ulteriori chiarimenti**

**Dott. Massimiliano De Vecchis  
Dott.ssa Rossana Lucera**

**Via Tagliamento, 25 – Cell: 335-394145  
[www.urologiadevecchis.it](http://www.urologiadevecchis.it)**