

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione LEA: ADENOMECTOMIA TRANS VESCICALE	Prot. 01	Pag. 1 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

Indicazioni all'intervento

Ipertrofia prostatica benigna ostruttiva (volume > di 50 - 60 gr o più), responsabile di disturbi minzionali non compensati dalla terapia medica e di complicanze quali: ritenzione vescicale d'urina acuta o cronica, dilatazione per ritenzione d'urina nelle vie urinarie superiori, compromissione della funzione renale, catetere a permanenza, infezioni urinarie sintomatiche recidivanti, sanguinamento, formazione di coaguli endovesicali spesso ostruttivi, calcolosi vescicale, formazioni di diverticoli vescicali, compromissione dell'attività contrattile della muscolatura vescicale, ecc..

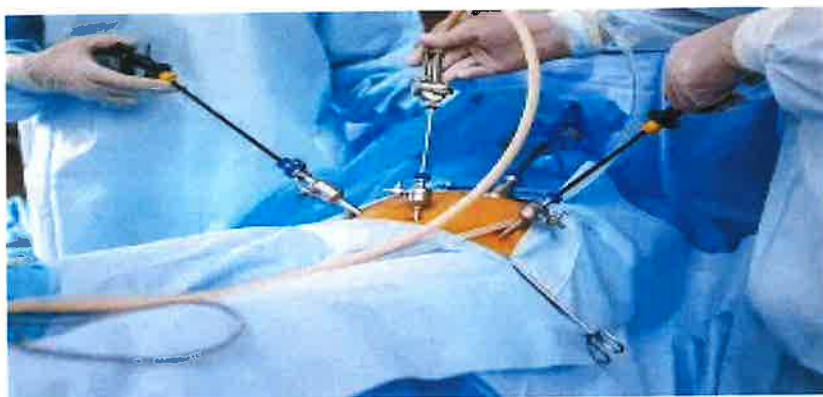
Controindicazioni assolute erelative al"intervento

- Tumore maligno della prostata (assoluta)
- Controindicazioni anestesilogiche (assolute)
- Obesità (relativa)
- Gravissima obesità (assoluta)
- Contestuale ernioplastica bilaterale con posizionamento di un ampio mesh (rete) a cavaliere della vescica (relativa)
- Precedenti interventi di chirurgia pelvica (relativa)
- Precedente Radioterapia effettuata per altre patologie (relativa).

Principali passi tecnici dell'adenomectomia prostatica trans-vescicale extraperitoneale in videolaparoscopia HD

- Breve incisione sotto-ombelicale per posizionare il trocar ottico della telecamera HD-3D, dopo aver sviluppato lo spazio extraperitoneale.
- Posizionamento di altri 3 trocar operativi per i micro-strumenti chirurgici laparoscopici.
- Rimozione del tessuto adiposo periprostato e perivescicale.
- Incisione trasversa alla giunzione prostato-vescicale.
- Localizzazione osti ureterali.
- Incisione circolare del collo vescicale.
- Sviluppo del corretto piano di clivaggio dell'adenoma prostatico.
- Enucleazione dell'adenoma prostatico, fino alla sua completa mobilizzazione.
- Visualizzazione del punto d'inserzione dell'uretra nell'adenoma prostatico e sua incisione con forbici a freddo.
- All'apertura del piatto uretrale anteriore, si visualizza il veru-montanu e la sezione completa dell'uretra viene effettuata prima (direzione craniale) del veru-montanu.
- Rimozione dell'adenoma dalla loggia prostatica.
- Controllo della loggia prostatica con eventuale emostasi puntiforme tramite pinza bipolare dove è necessario.
- Trigonizzazione della loggia prostatica, con fissazione della mucosa del trigono sul pavimento della loggia prostatica tramite punti di vicryl 2/0.
- Posizionamento del catetere con suo palloncino gonfiato in vescica fino a 10 ml.
- Chiusura della breccia prostato-vescicale con due semicontinue di Vicryl 2/0.
- Controllo della tenuta stagna della sutura, tramite infusione in vescica di 100 ml di soluzione fisiologica.
- Posizionamento di drenaggio pelvico a caduta.
- Rimozione dell'adenoma tramite endo-bag attraverso la breccia cutanea sotto-ombelicale.
- Rimozione dei trocar operativi e chiusura delle brecce cutanee.

	U.F. UROLOGIA		Prot. 01	Pag. 2 di 3
	Protocollo di Gestione LEA: ADENOMECTOMIA TRANS VESCICALE		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025



Consigli per il paziente alla dimissione

- Nei primi 30 - 40 giorni dopo l'intervento, si consiglia una vita regolare ma priva di sforzi fisici intensi e prolungati.
- Si sconsigliano lunghi viaggi in macchina o treno o aereo, l'utilizzo della moto e della bicicletta.
- Alimentazione libera e assumere almeno due litri d'acqua nelle 24 ore.
- Cercare di avere un alvo regolare e non stitico.
- Se necessario utilizzare prodotti come le dieci erbe, levolac sciroppo ecc.
- Si sconsiglia l'utilizzo di micro-cristeri.

La funzione erettiva dipende anche dall'età del paziente, dalla presenza o meno di attività erettiva pre-operatoria, dalla contestuale presenza di patologie mediche come ipertensione, diabete, patologie cardio-vascolari, che già di loro complicano la funzione erettiva.

In generale con questo tipo di intervento se la funzione erettiva era presente prima sarà presente anche dopo.

Assistenza infermierista pre-operatoria

- Comunicata la data dell'intervento almeno una settimana prima, il paziente esegue esami ematochimici + urine, Test di Coombs, ECG, Rx torace (per pazienti di età >60 anni) e visita anestesiológica
- il chirurgo comunica la tecnica operativa appropriata, ed il regime di ricovero è di 3 giorni (ricovero ordinario)
- Il mattino dell'intervento il paziente si presenta in reparto a digiuno e con tricotomia eseguita dalla zona sottomammaria a quella inguino femorale
- Si esegue l'accertamento infermieristico compilando la cartella, si consegnano calze elastiche antitrombo, si allega copia di eventuali esami strumentali e si ritira eventuale terapia domiciliare (da somministrare su prescrizione medica);

Assistenza infermieristica post-operatoria

- All'arrivo dalla sala operatoria il paziente viene accompagnato con il proprio letto nella sua camera di degenza e rivestito con i suoi indumenti personali.
- Si monitorano i parametri vitali, si controlla il funzionamento del catetere vescicale. Solo se necessario si collega a un lavaggio in continuo con soluzione fisiologica (cistoclisi) su prescrizione medica per le prime 24 ore.

	U.F. UROLOGIA		Prot. 01	Pag. 3 di 3
	Protocollo di Gestione LEA: ADENOMECTOMIA TRANS VESCICALE		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025

L'idratazione viene eseguita con soluzione elettrolitica infusa per via endovenosa fino al mattino successivo su prescrizione medica.

- Si istruisce il paziente sul decorso post operatorio e sulla necessità di idratarsi dal momento in cui viene rimossa la cistoclisi. Si verifica pervietà drenaggio ed eventuale elastomero per terapia antalgica.
- Si richiedono controlli ematici per il giorno seguente.
- L'alimentazione leggera può riprendere dal mattino seguente e, in via progressiva, secondo canalizzazione.
- In prima giornata post operatoria viene sospeso il lavaggio vescicale, vengono sospese le infusioni, il paziente si alimenta e si mobilita in autonomia. Il drenaggio viene accorciato e messo a parete dentro a sacchetto di raccolta da urostomia
- In seconda il paziente viene monitorato. Si eseguono eventuali lavaggi estemporanei in caso di macro ematuria o sospetta occlusione del catetere vescicale.
- In terza giornata, viene rimosso il catetere vescicale solo se urine chiare e il paziente è invitato ad urinare in un contenitore, le urine vengono poste in visione al medico. In alternativa il catetere vescicale viene collegato ad un sacchetto di tipo cosciale.
- Viene rimosso il drenaggio
- Paziente dimesso salvo diverse indicazioni, con dotazione di enoxaparina. Il catetere vescicale verrà rimosso a distanza di giorni nell' ambulatorio urologico.

Conseguenti al recente intervento potranno essere presenti disturbi irritativi della minzione come bruciore, urgenza minzionale, perdita involontaria di alcune gocce di urina legati all'infiammazione e all'edema delle basse vie urinarie (prostata, vescica e uretra): mantenere una sufficiente idratazione e evitare di trattenere a lungo le urine riducono tale sintomatologia.

Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.
Il Direttore Sanitario
Dot. Flavio BORASO