

	U.F. UROLOGIA		Prot. 02	Pag. 1 di 5
	Protocollo di Gestione TURP: RESEZIONE TRANS URETERALE PROSTATICA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025

Cenni di anatomia

La prostata è una ghiandola posta al di sotto della vescica maschile, la cui funzione è quella di produrre il liquido prostatico, importante componente del liquido seminale che contribuisce a garantire vitalità e motilità agli spermatozoi. Una patologia che si manifesta negli uomini generalmente dopo i 50 anni è l'Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB), un ingrossamento benigno della prostata.

Le cause

Le cause della malattia non sono note: è tuttavia probabile che siano numerosi i fattori coinvolti. Data la correlazione con l'avanzare dell'età sembra ragionevole ipotizzare che la variazione dell'assetto ormonale (andropausa) riveste un ruolo importante nel favorire i cambiamenti nella struttura della ghiandola che sono alla base del suo ingrossamento. L'aumento del volume della prostata tende a comprimere il tratto di uretra che passa attraverso la ghiandola, riducendone il calibro, ostacolando quindi la libera fuoriuscita dell'urina.

I sintomi

Il primo sintomo dell'ipertrofia prostatica benigna che il paziente avverte è quasi sempre la difficoltà a urinare (in particolare a iniziare la minzione). La crescita della ghiandola, infatti, che restringe sempre più l'uretra, comporta per la vescica un eccesso di lavoro per espellere l'urina. Col tempo, la vescica si indebolisce e perde efficienza. Lo svuotamento incompleto comporta la permanenza in vescica di un residuo urinario che facilita l'insorgenza infezioni o la formazione di calcoli. Accanto alla difficoltà nell'iniziare la minzione, gli altri sintomi quasi sempre presenti sono: la diminuzione della forza del getto urinario e la minzione intermittente (a scatti). Questi sintomi sono conseguenza della ostruzione dell'uretra, mentre altri, come la sensazione di mancato svuotamento della vescica, il bisogno urgente di urinare, il bisogno di urinare spesso sia di giorno (pollachiuria) che di notte (nicturia) e lo sgocciolamento terminale (dopo aver terminato di urinare, alcune gocce di urina continuano a fuoriuscire) sono di tipo irritativo. Il quadro può essere complicato da episodi di ritenzione acuta di urina.

La diagnosi

Il primo controllo è solitamente l'esplorazione digitale della ghiandola attraverso il canale rettale. Se il medico lo ritiene necessario può richiedere anche esami strumentali come l'ecografia prostatica l'uroflussimetria con la valutazione del residuo post minzionale o alcuni esami di laboratorio. Il dosaggio del PSA (antigene prostatico specifico) che in alcuni casi può far sospettare la presenza di una neoplasia prostatica. In base ai risultati il medico potrà indicare trattamenti diversi: terapia farmacologica o chirurgica.

Trattamento dell'IPB

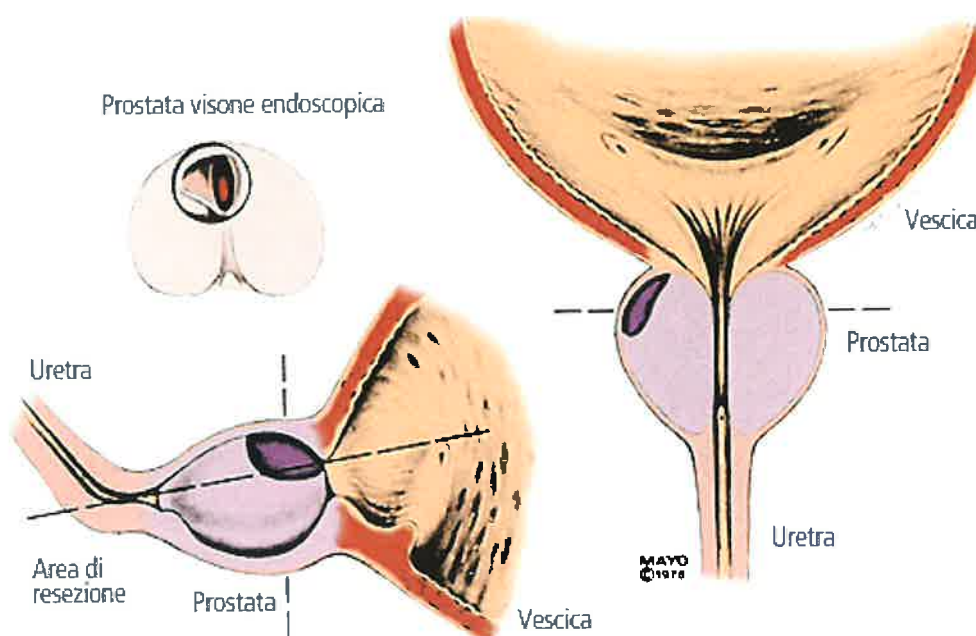
Il trattamento dell'IPB può essere di tipo farmacologico o chirurgico. Attualmente i farmaci disponibili agiscono bloccando la trasformazione del testosterone nella sua forma attiva, il DHT (dehydrotestosterone), responsabile dell'ingrossamento della prostata, e gli alfa bloccanti (es. terazosina, tamsulosina e l'alfuzosina), che rilassano i muscoli del collo vescicale, dell'uretra prostatica e della prostata, facilitando il passaggio dell'urina nell'uretra. L'effetto farmacologico compare solo dopo alcune settimane di terapia, ma possono essere necessari diversi mesi prima di ottenere il massimo effetto.

Protocollo di Gestione
**TURP: RESEZIONE TRANS URETERALE
PROSTATICA**

Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ

Rev. 01

del 05/05/2025



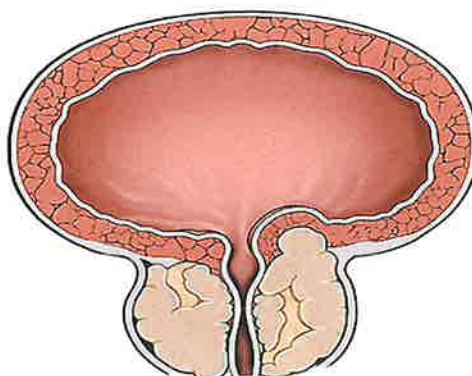
A resezione transuretrale della prostata (T.U.R.P.) rappresenta il trattamento chirurgico di prima scelta nei pazienti affetti da ipertrofia prostatica benigna non più responsivi alla terapia medica.

Indicazione alla T.U.R.P.:

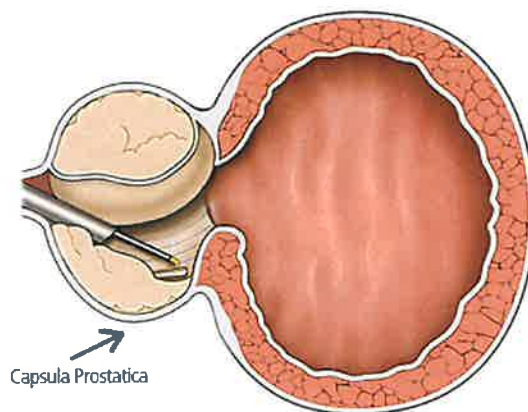
- Se il volume complessivo della prostata, misurato ecograficamente, non supera i 70 - 75 cc;
- Se il flusso urinario misurato alla flussimetria è inferiore a 15 ml/sec;

La T.U.R.P. è un intervento di tipo endoscopico che utilizza come via di accesso chirurgico il canale uretrale (quindi non vengono eseguite incisioni della cute). L'anestesia è di tipo spinale, il paziente viene messo in posizione litotomica (ginecologica). L'intervento è eseguito con uno strumento chiamato resettore introdotto in vescica attraverso l'uretra e dotato di un sistema di visione a fibre ottiche e di un'ansa tramite la quale si procede a resezione della porzione centrale della ghiandola prostatica. Tecnicamente l'intervento è reso possibile da un continuo lavaggio della cavità vescicale con soluzione di mannitolo fisiologica, con ingresso del liquido di lavaggio e sua uscita attraverso il resettore stesso. Il risultato della rimozione del tessuto prostatico in eccesso è il ripristino di un canale urinario di calibro congruo a consentire una minzione regolare.

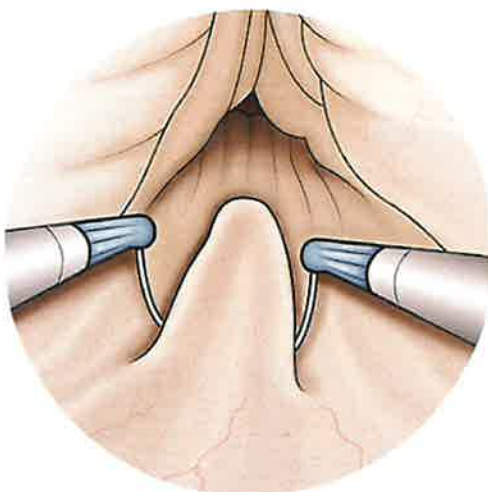
Al termine dell'intervento, dopo aver evacuato con una particolare pompa i frammenti di prostata caduti in vescica durante l'intervento, viene posizionato un catetere vescicale a tre vie, che verrà poi rimosso in terza giornata.



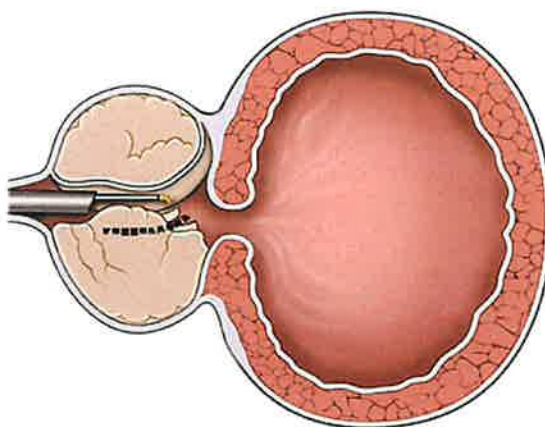
Prostata ipertrofica che ostruisce l'uretra



Prostata (visione endoscopica) con ansa del resettore



Resezione tessuto prostatico ostruente



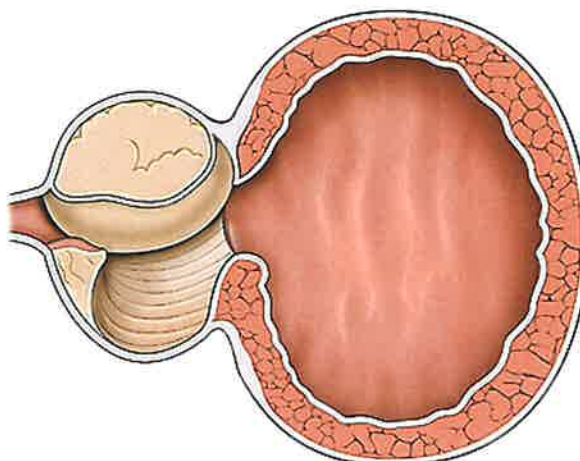
**Protocollo di Gestione
TURP: RESEZIONE TRANS URETERALE
PROSTATICA**

Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ

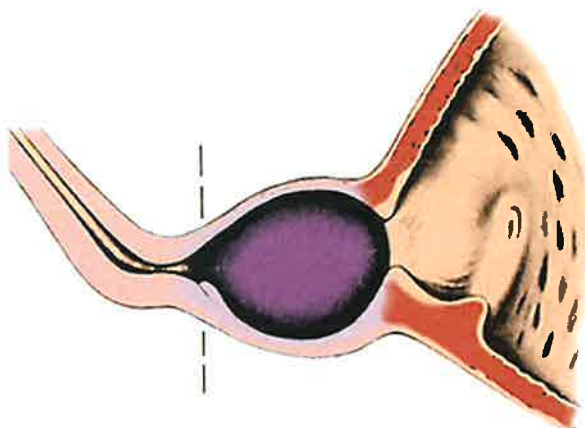
Rev. 01

del 05/05/2025

Fase intermedia: metà lobo resecato



Fase finale: capsula prostatica vuota



Assistenza infermieristica 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 decide la tecnica operativa più appropriata ed il regime di ricovero è di 3 giorni (ricovero ordinario);
- Il mattino dell'intervento il paziente si presenta in reparto a digiuno;
- 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, viene rivestito con i suoi indumenti personali, si monitorano i parametri vitali, e si controlla il funzionamento del catetere vescicale che è collegato a un lavaggio in continuo con soluzione fisiologica (cistoclisi) su prescrizione

	U.F. UROLOGIA		Prot. 02	Pag. 5 di 5
	Protocollo di Gestione TURP: RESEZIONE TRANS URETERALE PROSTATICA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025

medica per le prime 24 ore. 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.
- L'alimentazione può riprendere, leggera, dalla sera stessa.
- In prima giornata post operatoria viene sospeso il lavaggio vescicale, vengono sospese le infusioni, il paziente si alimenta e si mobilita in autonomia.
- In seconda giornata 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 e il paziente è invitato ad urinare in un contenitore; le urine vengono poste in visione al medico.
- Paziente dimesso salvo diverse indicazioni, con dotazione di enoxaparina.
- 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.

Complicanze

Complicanze intra-operatorie

- Emorragia, talvolta di entità tale da richiedere trasfusioni di sangue, emocomponenti o emoderivati (nell'1% dei casi);
- Sindrome da riassorbimento del liquido di irrigazione o TURP-sindrome (2% dei casi) con sintomi quali nausea, vomito e ipertensione arteriosa;

Complicanze post-operatorie

- Ritenzione urinaria (6.5% dei casi), può presentarsi alla rimozione del catetere e richiede il riposizionamento dello stesso per un altro breve periodo;
- Infezione urinaria (15.5% dei casi);
- Orchi-epididimite (1.1% dei casi), infiammazione di uno o entrambi i testicoli;
- Complicanze generali peri-operatorie che includono broncopolmonite, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, osteite del pube, infezione della ferita chirurgica;

Complicanze a distanza

- Incontinenza urinaria (2.2% dei casi), che può essere dovuta a deficit sfinterico (incontinenza da sforzo) oppure a iperattività della vescica;
- Sclerosi del collo vescicale (1.7% dei casi);
- Stenosi dell'uretra (3.1% dei casi);
- Deficit delle erezioni (10-15% dei casi);
- IPB recidiva: a causa della possibile ricrescita di tessuto prostatico la probabilità di dover ricorrere ad una revisione della loggia prostatica entro 8 anni dopo questo intervento è pari al 12-15%

Effetti collaterali: Eiaculazione retrograda, presente nel 70 % dei casi, è responsabile di sterilità ed è correlata all'abbassamento della pressione a livello del collo vescicale e quindi a monte dello sbocco dei dotti eiaculatori, determinando una più facile risalita del liquido seminale in vescica.

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