

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione ATV: ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE	Prot. 15	Pag. 1 di 4
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

Finalità

L'adenomectomia prostatica transvescicale consiste nell'asportazione di un adenoma prostatico, ossia di una porzione della prostata ingrossata a tal punto da schiacciare l'uretra e impedire il corretto passaggio dell'urina. Si tratta di un intervento "per via tradizionale", eseguito cioè con tecnica a cielo aperto con l'obiettivo di liberare il canale uretrale.

Indicazioni all'intervento disostruttivo

- Disturbi urinari riconducibili a IPB che non migliorano nonostante terapie mediche
- Ricorrenza di cateterismo vescicale per ritenzione urinaria acuta dovuta a IPB;
- Documentato e costante elevato residuo post-minzionale in IPB
- Complicanze di ostruzione vescicale: calcolosi vescicale, ricorrenza di infezioni urinarie del basso apparato, dilatazione cronica dell'alto apparato urinario.

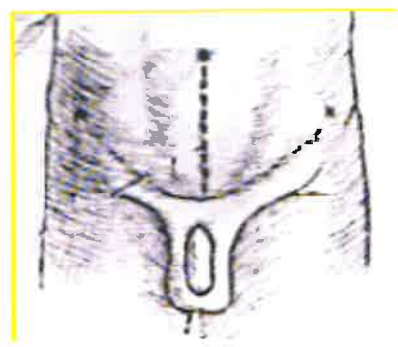
La chirurgia a cielo aperto deve essere scelta nelle prostate con volumi maggiori. Esempio (diametri): prostata di 6 x 5,5 x 5 cm con adenoma di 5 cm. Esempio (volume): prostata di 75 cc. In queste condizioni, l'adenomectomia open ha un'efficacia disostruttiva a lungo termine superiore rispetto alle altre tecniche.

L'adenomectomia open può essere eseguita in anestesia generale oppure periferica (spinale). Pazienti con elevato rischio anestesilogico possono beneficiare maggiormente delle alternative endoscopiche come la resezione transuretrale (TURP), l'ablazione con laser a Olmio (HOLAP), o con Laser verde (Green Light laser).

Effetti collaterali

- Scomparsa dell'eiaculazione (non influenzate erezione e orgasmo);
- Cicatrice sotto ombelico-pubica

Intervento chirurgico



L'incisione sulla cute si effettua sulla linea mediana, da alcuni centimetri sotto l'ombelico fino all'osso del pube.

Dopo aver scollato il grasso sottocutaneo si arriva alla fascia muscolare che viene incisa longitudinalmente sulla linea Alba, che è un ispessimento fibroso presente sulla linea mediana della parete addominale anteriore che non contiene fibre muscolari. La sua incisione permette di accedere alle strutture sottostanti la parete senza interrompere i muscoli, ma soltanto divaricandoli lateralmente.

Profondamente ai muscoli addominali troviamo lo Spazio di Retzius, cavità virtuale che contiene la vescica, la prostata, i loro peduncoli vascolari e nervosi, il tutto imballato nel connettivo lasso.

Tale spazio viene aperto con dissezione per isolare la vescica e la prostata.

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione ATV: ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE	Prot. 15	Pag. 2 di 4
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

Si incide la vescica (cistotomia) sulla linea mediana e si posiziona un divaricatore autostatico che la mantiene ben aperta, in modo da avere per le successive fasi sufficiente luce, visibilità e spazio di lavoro.

La parte superiore dell'adenoma prostatico (il così detto "Terzo Lobo") è ben visibile dall'interno della vescica come un manicotto che circonda l'uretra.

Si esegue un'incisione circolare della mucosa sovrastante il terzo lobo mantenendo al centro l'orifizio dell'uretra.

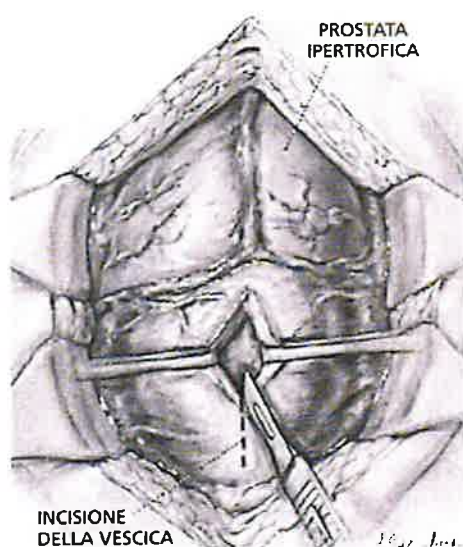


Fig. 2: Cistotomia mediana



Fig. 3: Incisione circolare attorno al meato uretrale interno

Si approfondisce tale incisione fino a trovare il giusto piano di dissezione, ovvero il confine fra adenoma e porzione periferica della prostata (detta "capsula").

Una volta trovato questo piano, esso viene seguito per tutta la circonferenza dell'incisione fatta, e poi sviluppato inferiormente per tutta la lunghezza dell'adenoma. Tale piano è cedevole, e viene frequentemente sviluppato con il dito ("dito enucleazione").

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione ATV: ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE	Prot. 15	Pag. 3 di 4
		Rif. P _{CH} 01-02	Sez. 7.5 MQ
		Rev. 00	del 05/05/2025



Fig. 1: Dito enucleazione dell'adenoma

Quando l'adenoma è completamente staccato dalla capsula prostatica, lo si seziona distalmente dall'uretra, e lo si invia all'esame istologico per accertarsi che il tessuto fosse benigno. Dopo l'asportazione dell'adenoma, si effettua una sutura circolare della loggia prostatica. Tale sutura ha uno scopo emostatico (ridurre i sanguinamenti arteriosi che più spesso originano dal confine fra vescica e loggia prostatica) e uno meccanico (rinforzo della loggia perché sostenga successive pressioni come quella del palloncino del catetere).

Ultimata la sutura, i sanguinamenti arteriosi sono di solito arrestati. Per fermare anche quelli di origine venosa, provenienti dai seni venosi della loggia e dal moncone dell'uretra, si posiziona un catetere vescicale. Il palloncino del catetere viene gonfiato in modo che eserciti una pressione continua sulla loggia. E' tale pressione che arresta (o quasi) i sanguinamenti venosi. Quando il palloncino è gonfiato abbastanza e il sanguinamento arrestato, si richiude l'incisione vescicale con varie suture. Si fa partire la cistoclisi (tramite la terza via del catetere) per rimuovere il sangue dalla vescica prima che formi coaguli, che potrebbero ostruire il catetere. Si posiziona un drenaggio nello spazio di Retzius e si richiude la fascia muscolare. Si accosta il sottocute con punti riassorbibili, e i margini della cute con clips metalliche.

Assistenza infermieristica pre-operatoria

- Comunicata la data dell'intervento, almeno una settimana prima il paziente esegue esami ematochimici, 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 2 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);
- Si controlla la corretta esecuzione della tricotomia eseguita a domicilio (addome completo e pube)
- Il paziente viene accompagnato in camera di degenza e istruito alla vestizione (camice, mutandine monouso, calze TVP, cuffia e calzari nei piedi);
- Alla chiamata della sala operatoria il paziente si prepara;
- Il personale infermieristico di reparto controlla che la cartella clinica sia completa, e poi lo si accompagna in sala operatoria.

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 che è collegato a un lavaggio in continuo con soluzione fisiologica (cistoclisi) su prescrizione medica per le prime 24 ore.

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione ATV: ADENOMECTOMIA PROSTATICA TRANSVESCICALE	Prot. 15	Pag. 4 di 4
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	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.
- Digiuno il giorno dell'intervento
- L'alimentazione leggera può riprendere dal mattino seguente e, in via progressiva, secondo canalizzazione.
- In prima giornata post operatoria viene sospeso il lavaggio vescicale (se non persiste ematuria), vengono sospese le infusioni e lo si fa mobilizzare
- In seconda e terza giornata il paziente viene monitorato. Si eseguono eventuali lavaggi estemporanei in caso di macro ematuria o sospetta occlusione del catetere vescicale.
- In quarta 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.
- 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 post-operatorie

- **Ematuria macroscopica (presenza di sangue nelle urine):** risulta normale nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Potrà rendersi necessario eseguire dei lavaggi attraverso il catetere per rimuovere coaguli dalla vescica causa di ritenzione e dolore sovra-pubico. In una piccola percentuale di pazienti si rende necessario, causa una discreta perdita di sangue, eseguire una trasfusione. L'ematuria può comunque protrarsi per 15 giorni dopo l'intervento.
- **Dolore:** è normale dopo l'intervento ma viene controllato con farmaci analgesici. Ha origine dalla ferita chirurgica o dalla presenza del catetere vescicale, quest'ultimo può anche causare stimoli minzionali dolorosi che possono essere trattati con farmaci antispastici.
- **Febbre dovuta ad un'infezione urinaria:** evento molto raro poiché siamo soliti trattare tutti i pazienti con una profilassi o con una terapia antibiotica se esistono fattori di rischio (paziente portatore di catetere vescicale o uro coltura positiva). Talora l'infezione urinaria può interessare i testicoli determinando una orchite epididimite.
- **Eiaculazione retrograda:** durante l'orgasmo lo sperma passa in vescica, piuttosto che fuoriuscire all'esterno come di norma. Tale evento rende improbabile ma non impossibile la paternità. Mentre la potenza sessuale non viene influenzata dall'intervento. L'intervento può quindi soltanto rendere più evidente o accentuare un problema di erezione già preesistente. Una normale attività sessuale può essere ripresa, compatibilmente con le condizioni generali di salute e dopo un mese circa dall'intervento.
- **Disturbi minzionali nel post intervento:** Una volta tolto il catetere la minzione può causare bruciori, può essere molto frequente ed urgente e può essere accompagnata da perdite di urina oltre che dalla persistenza di ematuria (sangue nelle urine). I sintomi elencati possono perdurare per alcune settimane ma si risolvono con la completa cicatrizzazione della ferita interna. L'incontinenza urinaria persistente si osserva solo in una piccolissima percentuale di pazienti ed è legata solitamente ad una lesione dello sfintere uretrale esterno.

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