

SOMMARIO

1. Introduzione:
2. Criteri di Valutazione
3. Indagini Strumentali
4. Indicazione al trattamento chirurgico dalla IPB
5. Fase di ammissione
6. Fase di ricovero
7. Fase chirurgica
8. Fase post operatoria
9. Fase di dimissione
10. Controllo post operatorio
11. Riferimenti

Redazione Firma  data 	Verifica Firma  data 	Approvazione Firma  data 
---	---	--

1. INTRODUZIONE

L'ipertrofia prostatica benigna (IPB) è una condizione caratterizzata da un aumento del volume della ghiandola prostatica.

Questa condizione determina l'insorgenza di sintomi minzionali ostruttivi del basso apparato urinario (LUTS) e rappresenta una delle condizioni cliniche più frequenti nell'uomo adulto.

2. CRITERI DI VALUTAZIONE

Il deterioramento del flusso urinario è uno dei primi segni dell'IPB.

I sintomi minzionali si suddividono in:

- sintomi della fase di riempimento quali la pollachiuria (percezione precoce di uno stimolo minzionale in presenza di volumi urinari inferiori alla norma), l'urgenza minzionale ed urge incontinenza (per scarso controllo inibitorio). Questi sintomi possono essere conseguenti, oltre che all'IPB, alla presenza di un processo infiammatorio vescicale o ad una massa occupante spazio (carcinoma vescicale o prostatico o litiasi vescicali).
- sintomi della fase di svuotamento quali esitazione minzionale, mitto ipovalido mitto interrotto.
- sintomi post minzionali quali l'allungamento del tempo minzionale, lo sgocciolamento post minzionale, la ritenzione urinaria e l'iscuria paradossa (fughe di urina a vescica repleta)

La presenza di una ostruzione cervico-prostatica innesca una serie di meccanismi di compenso vescicale con una ipertrofia del muscolo detrusore e la comparsa di un quadro tipico di "vescica da sforzo". Inizialmente il flusso urinario è preservato grazie all'aumento della pressione generata dalla ipertrofia detrusoriale, con il tempo questo compenso non è più valido e si ha la comparsa di sintomi minzionali irritativi quali frequenza, urgenza ed imperiosità. L'aumento della pressione endovescicale può determinare inoltre la comparsa di diverticoli vescicali.

La presenza di ristagno vescicale elevato favorisce inoltre la formazione di calcoli vescicali.

Nello stadio avanzato e cronico, l'alterazione del normale flusso urinario dai reni attraverso gli ureteri in vescica determina una progressiva dilatazione delle alte vie escrettrici e conseguente compromissione della funzionalità renale.

La ritenzione urinaria acuta si manifesta con la incapacità di svuotare la vescica da diverse ore e dalla comparsa di dolore sovrapubico associato alla progressiva distensione addominale nella regione ipogastrica.

Criteri di valutazione di ostruzione correlata alta IPB:

- corretta anamnesi, stesura del diario minzionale,
- esame obiettivo ed in particolare l'esplorazione rettale volta alla palpazione della prostata per apprezzarne le dimensioni,
- la superficie,
- i margini e la consistenza.

3. INDAGINI STRUMENTALI

Uroflussometria: rappresentazione grafica dell'atto minzionale su due coordinate cartesiane (tempo-volume) che misura la velocità in ml/sec. con cui viene emessa l'urina durante la minzione volontaria.

Ecografia dell'addome completo con valutazione del residuo post minzionale: permette una valutazione morfologica degli organi addominali e nella ecografia sovra pubica si valutano le dimensioni della prostata e del relativo adenoma, della vescica e dei rapporti che i due organi contraggono (es. presenza di lobo medio improntante il pavimento vescicale o protrudente nel lume). Permette inoltre di valutare la presenza di eventuali diverticoli e calcoli vescicali.

Ecografia prostatica trans rettale eseguita con l'intento di identificare l'adenoma prostatico che solitamente si presenta come un nodulo centrale ipoecogeno e disomogeneo e quantificarne il volume (dato fondamentale per una corretta indicazione terapeutica chirurgica).

Uro-TAC impiegata raramente, consente di visualizzare la morfologia della vescica e permette di escludere o evidenziare l'eventuale concomitanza di altre patologie quali calcoli renali o ureterali e neoformazioni vescicali o ureterali.

Uretrocistoscopia flessibile eseguita nei casi in cui prevalgono LUTS da riempimento o si siano verificati episodi di ematuria per escludere una patologia tumorale vescicale o per escludere stenosi uretrali o evidenziare la presenza di calcoli in vescica.

Antigene prostatico specifico (PSA): è una serin proteasi prodotta quasi esclusivamente dalle cellule epiteliali prostatiche. È quindi un ottimo marcatore d'organo nonostante non sia in grado di discriminare con esattezza quale patologia prostatica sia alla base del suo aumento. Un aumento del PSA totale può infatti indicare la presenza di un adenocarcinoma prostatico ma anche di patologie non tumorali quali ad esempio le condizioni infiammatorie prostatiche.

4. INDICAZIONE AL TRATTAMENTO CHIRURGICO DALLA IPB

In caso di fallimento della terapia medica si deve ricorrere alla terapia chirurgica il cui fine è quello di rimuovere l'entità ostruente, ovvero l'adenoma prostatico.

In particolare è imperativo questo tipo di trattamento per la ritenzione urinaria, l'ematuria ricorrente da adenoma prostatico, la calcolosi e la diverticolosi vescicale.

La terapia chirurgica è rappresentata dalla asportazione dell'adenoma prostatico per via sovrapubica trans vescicale o per via endoscopica (TURP, HOLEP).

HOLEP (Holmium laser enucleation of prostate): procedura laser endoscopica che utilizza il laser ad olmio. Con questa tecnica è possibile enucleare adenomi prostatici grossi per i quali è anche indicata l'adenomectomia prostatica laparoscopica o a cielo aperto.

5. FASE DI AMMISSIONE

Chiamata telefonica da parte del personale del prericovero per confermare:

- data dell'intervento e data del prericovero

Prericovero:

- esami ematochimici. ECG, RX torace;
- compilazione della Cartella Clinica con la raccolta degli accertamenti a cura del medico chirurgo operatore che provvede ad informare il paziente sulla diagnosi, tecnica e procedura chirurgica ed eventuali complicanze o criticità dell'intervento;

- Presa visione del modulo di consenso informato per intervento chirurgico (vedi allegato) e firma per accettazione sia del paziente che del medico;
- Visita anestesiológica con valutazione del rischio operatorio e presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dal paziente e controfirmato dal medico anestesista, intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico;
- Presa visione del modulo di consenso informato per rischio anestesiológico e firma per accettazione sia del medico che del paziente.

6. FASE DI RICOVERO

- Registrazione presso gli uffici amministrativi.
- Accoglienza in reparto da parte del personale infermieristico.

7. FASE CHIRURGICA

Preparazione preoperatoria: come da protocollo di reparto (vedi allegato) Intervento chirurgico:

La dotazione strumentale prevede:

un generatore laser ad olmio ad alta potenza (100Watt) fibra laser end firing da 550 mm resettore con ottica 30 ° 0 12 ° traslatore di fibra laser sacche di lavaggio di soluzione fisiologica colonna video sistema di morcellazione nefroscopio

La procedura consta di due tempi operatori:

- **Enucleazione**
- **Morcellazione**

La tecnica di enucleazione prevede l'approccio al tessuto adenomatoso nei tre lobi prostatici e l'enucleazione retrograda degli stessi previa incisione della mucosa uretrale sottostante e l'identificazione e sviluppo del piano di clivaggio tra adenoma e capsula prostatica.

Si inizia con l'**enucleazione** del lobo medio per poi passare alla enucleazione dei lobi laterali e una volta scollati dal piano capsulare si lasciano cadere in vescica. La fase di enucleazione ha termine con la revisione dell'emostasi ed eventuale regolarizzazione della capsula prostatica e con il controllo della integrità dei meati uretrali.

La **morecellazione** è la fase conclusiva della HOLEP. Attraverso il nefroscopio si introduce il morcellatore che cattura il tessuto prostatico all'interno della vescica e lo aspira frantumandolo.

Al termine si controlla che tutti i frammenti siano stati rimossi e si procede al cateterismo vescicale con un catetere a tre vie con eventuale cistoclisi nelle prime 12 ore post operatorie.

Invio del materiale asportato all'esame istologico.

8. FASE POST OPERATORIA

Controllo dei parametri vitali, sospensione o mantenimento della cistoclisi (vedi allegato), trattamenti farmacologici prescritti e mobilitazione attiva del paziente in prima giornata.

9. FASE DI DIMISSIONE

Rimozione del catetere e ripristino della minzione spontanea valutazione della continenza e del flusso ed eventuali terapie mirate.

Valutazione assenza di ematuria.

10. CONTROLLO POST OPERATORIO

Compreso nel DRG di ricovero:

- valutazione della continenza e del flusso ed eventuali terapie mirate
- consegna dell'esame istologico
- consigli al paziente per un corretto follow up

11. RIFERIMENTI

- a) Waters WB: Invasive bladder cancer - where do we go from here? - Editorial. J Urol 19%; 155: 1910-1911 2,
- b) Rischmann P, Bittard H, Bouchot O et al. : Resultats et effjcacitè d'instillation endovesicale de BCG dans les rumeurs urotheliales pTIG3 pres resection transurethrale complete - Progres en Urologfje 1996; 6: 42-48 3.
- c) Mansson A: The patient with bladder cancer. Thesis, Lund University, Sweden, 1997 4.