

Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

ADENOMECTOMIA PROSTATICA

La **informiamo** che l'ipertrofia prostatica è una condizione patologica esclusiva del sesso maschile caratterizzata da un ingrossamento della porzione centrale della ghiandola (la prostata, appunto) situata al di sotto della vescica ad abbracciare il primo tratto dell'uretra. Tale ingrossamento può determinare un ostacolo allo svuotamento minzionale esitando talvolta nell'insorgenza di sintomi quali getto debole ed intermittente, gocciolio terminale, sensazione di incompleto svuotamento, minzioni frequenti e per piccoli volumi, urgenza minzionale, nocturia.

La **informiamo** che il trattamento consiste in un intervento chirurgico, eseguito in anestesia generale o spinale, il cui scopo è quello di rimuovere l'adenoma prostatico, cioè il tumore benigno della prostata che, crescendo, ha determinato una ostruzione meccanica allo svuotamento vescicale. Il tessuto asportato sarà poi esaminato al microscopio per ottenere un esame istologico che confermi la natura benigna della lesione.

L'intervento può essere condotto "a cielo aperto" (cioè mediante una incisione chirurgica di alcuni centimetri tra ombelico e pube), in laparoscopia (l'urologo ricorre a strumenti miniaturizzati introdotti attraverso millimetriche incisioni cutanee) o in robotica (gli strumenti laparoscopici sono mossi da un robot, controllato a distanza dal chirurgo). Le tre metodiche hanno dimostrato la medesima efficacia ma le tecniche mini-invasive (laparoscopica e robotica) si associano a minori perdite ematiche ed un più rapido recupero dopo l'intervento.

La **informiamo** sui pregi e limiti dell'approccio chirurgico che riteniamo per lei più opportuno:

- adenomectomia a cielo aperto
- adenomectomia laparoscopica
- adenomectomia robot-assistita

La **informiamo** che è verosimile attendersi dopo il trattamento:

- al termine della procedura le sarà posizionato un catetere vescicale transuretrale (un tubo di silicone/lattice che, risalendo l'ultimo tratto delle vie urinarie, è sospinto fino in vescica e qui ancorato per mezzo di un palloncino gonfio). Questo presidio permetterà di eseguire un lavaggio

continuo della vescica al fine di ridurre il rischio che coaguli di sangue o frammenti liberi di tessuto possano ostruire il deflusso urinario. Il catetere, al contempo, avrà la funzione di mantenere costantemente vuota la vescica; nonostante ciò, a causa del palloncino che lo mantiene in sede, potrà avvertire la costante sensazione di dover urinare. Il suo organismo si abituerà in poche ore a questo corpo estraneo ed il fastidio si attenuerà; eventuali lievi dolori potranno essere controllati con antidolorifici;

- oltre al catetere, le sarà posizionato anche uno o più drenaggi (piccoli tubi che fuoriescono attraverso la parete addominale e fungono da spia per evidenziare eventuali sanguinamenti interni ed evacuare linfa o urine che potrebbero raccogliersi in prossimità della sede dell'intervento durante il periodo post-operatorio. Verranno rimossi a poche (24-72) ore di distanza dall'intervento;
- il riscontro di urine ematiche (macroematuria) è estremamente comune nel post-operatorio. Abitualmente fugace (poche ore/giorni), intermittente e di modesta entità, è gestibile con una abbondante idratazione (2-3 litri di acqua al giorno). Raramente (10% dei casi) può rendersi necessaria una trasfusione di sangue o il reintervento (1% dei casi);
- il riscontro di macroematuria può protrarsi anche per 2-4 settimane dopo la dimissione o verificarsi "a ciel sereno" dopo un paio di settimane di completa normalizzazione del colore delle urine. Ciò rientra nella norma ed è evidenza dei processi riparativi a carico della cicatrice interna conseguente all'intervento.

La **informiamo** che già dal primo giorno dopo l'intervento potrà bere (almeno 2 litri d'acqua in 24h), iniziare a mangiare, alzarsi dal letto e passeggiare. In assenza di complicanze, sarà dimesso dopo tre-sette giorni dall'intervento.

La **informiamo** che Nell'8% dei casi, analizzando il tessuto asportato, si pone diagnosi di carcinoma prostatico (detto "incidentale"). Tale evenienza, ovviamente, andrà considerata nella definizione dell'iter clinico/chirurgico post operatorio.

Ricordi infine che l'adenomectomia lascia intatta la porzione periferica della ghiandola prostatica, che è la zona in cui più frequentemente, nell'uomo ultracinquantenne, può insorgere un carcinoma prostatico. Pertanto rimane valido l'invito a proseguire con controlli urologici periodici (con dosaggi serati del PSA, l'antigene prostatico specifico) finalizzati alla sua diagnosi precoce.

La **informiamo** che le possibili conseguenze ed i rischi correlati col trattamento possono essere:

- tutti gli interventi chirurgici, indipendentemente dal tipo di approccio ("a cielo aperto", laparoscopico o robotico), possono essere gravati da complicanze generiche quali: **lesioni intestinali** (<1%; soprattutto in caso di pregressa chirurgia addomino-pelvica), **infezione** (5-10%)

o **deiscenza** (cioè riapertura spontanea; 1-2%) **dell'incisione chirurgica, infezioni sistemiche** (cioè diffuse ad interessare l'intero organismo) anche gravi (fino alla **sepsi**; <1%). A lungo termine, può verificarsi la comparsa di **laparocele** (cioè di una erniazione di visceri addominali attraverso il tramite di una precedente incisione chirurgica) il quale può richiedere la correzione chirurgica;

- tutti i pazienti che subiscano un lungo intervento di chirurgia pelvica hanno un rischio aumentato (3-5%) di sviluppare una **trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare** (cioè la formazione di coaguli di sangue nelle vene degli arti inferiori da cui possono staccarsi e migrare verso il polmone). Praticando iniezioni di farmaci antitromboembolici e/o indossando calze elastiche e riprendendo a muoversi fin dal primo giorno dopo l'intervento si riduce al minimo il rischio tromboembolico;
- alla rimozione del catetere vescicale può talora (5% dei casi) accadere che non si riesca a mingere spontaneamente (**ritenzione urinaria acuta**). Ciò può conseguire ad un deterioramento irreversibile (pre-esistente) della forza contrattile della vescica, alla presenza di coaguli o alla persistenza di tessuto prostatico. Il riposizionamento di un catetere consente di risolvere tempestivamente l'episodio ritentivo, consentendo l'esecuzione degli accertamenti necessari per identificarne la causa;
- la disostruzione chirurgica determina un miglioramento dei sintomi delle basse vie urinarie (getto ipovalido ed intermittente, minzioni frequenti, esitazione...) in oltre il 95% dei casi. Ciononostante, la **persistenza di disturbi minzionali** (quali il desiderio di urinare spesso, bruciori o dolori durante la minzione e la difficoltà a trattenere lo stimolo) rappresenta un evento estremamente comune e si risolve spontaneamente nell'arco di alcune settimane;
- **l'eiaculazione retrograda permanente** (cioè una riduzione del volume di liquido seminale emesso con l'orgasmo, dal momento che parte di questo risale in vescica per essere poi espulso durante la prima minzione dopo il coito) è una conseguenza comune (50-100%) di tutti gli interventi disostruttivi della prostata. Ne deriva l'impossibilità di procreare per via naturale (impotentia generandi), mentre rimangono inalterate sia la funzione erettile che l'orgasmo (che sarà definito "secco"). È il risultato della lesione iatrogena (cioè provocata volontariamente nel corso dell'intervento stesso) dello sfintere uretrale interno, preposto a prevenire la risalita dello sperma in vescica durante l'amplesso. Mediante specifici accorgimenti tecnici, è possibile ridurre (ma non azzerare) il rischio di eiaculazione retrograda; tuttavia ciò può comportare un maggior tasso di recidiva nel breve/medio periodo. Non essendo possibile garantire in alcun modo la preservazione dell'eiaculazione anterograda, comunque, tale possibile effetto collaterale irreversibile va accettato pienamente e consapevolmente prima dell'intervento;
- **l'incontinenza urinaria** (perdita involontaria di urine) si verifica in forma **lieve** nel 10% dei pazienti sottoposti ad intervento disostruttivo e consegue ad una pre-esistente iperattività del

detrusore (il muscolo che consente alla vescica di contrarsi e svuotarsi). In questi casi, il disturbo può essere controllato con l'assunzione temporanea di farmaci specifici che "stabilizzano" la vescica; infatti, l'iperattività si risolve spontaneamente in un paziente su tre. L'incontinenza totale e permanente è molto rara (1%) e può essere gestita con la fisioterapia del pavimento pelvico o trattata con l'impianto di uno "sfintere artificiale";

- le **infezioni urinarie** insorgono nel 15 % dei casi e possono associarsi a febbre. Richiedono un trattamento antibiotico mirato;
- in meno del 5% dei casi, a distanza di mesi/anni dall'intervento, possono manifestarsi **stenosi uretrali o del collo vescicale**, cioè cicatrici che provocano il restringimento dell'uretra con conseguenti difficoltà nella minzione. Possono richiedere uno o più interventi endoscopici per la loro risoluzione. Il risultato finale dipende essenzialmente dalla cicatrizzazione della ferita endoscopica, pertanto non è prevedibile il successo di tali procedure correttive.

La **informiamo** che a causa di malfunzionamenti tecnici o sopraggiunte difficoltà chirurgiche, è possibile (<1% dei casi) che si renda necessaria la conversione "a cielo aperto" di una procedura iniziata con approccio mini-invasivo.

La **informiamo** che raramente (<1% dei casi) voluminosi coaguli di sangue si raccolgono in vescica occupandone il lume. Altre volte (1%) si produce una fistola urinosa (cioè uno spandimento di urine), spesso suscettibile di guarigione spontanea mediante posizionamento di catetere vescicale; quando il trattamento conservativo risulti infruttuoso, **può rendersi necessario un re-intervento**.

La **informiamo** che esistono possibili alternative terapeutiche:

- *terapia farmacologica*: è indicata nelle fasi iniziali della malattia, quando l'ostruzione al deflusso urinario sostenuta dalla porzione interna della prostata è limitata. In queste circostanze, i farmaci sono in grado di attenuare i sintomi migliorando la forza del mitto e garantendo un adeguato svuotamento. Quando la terapia conservativa non è più sufficiente a garantire il benessere minzionale o qual ora si verificano ritenzione urinaria, insufficienza renale o calcoli vescicali, l'intervento disostruttivo è indicato;
- la *resezione transuretrale della prostata* (TUR-P) è un intervento chirurgico condotto in endoscopia (cioè attraverso il pene, senza alcuna incisione cutanea) finalizzato alla rimozione in frammenti dell'adenoma prostatico fino al ripristino di un adeguato flusso minzionale. È indicata per prostate di piccole/medie dimensioni dal momento che, in caso di adenomi voluminosi, i tempi operatori potrebbero risultare pericolosamente lunghi e le perdite ematiche considerevoli. Non dissimile è il discorso per altre simili alternative terapeutiche endoscopiche quali l'ablazione trans-uretrale a microonde (TUMT) e la fotovaporizzazione (PVP);

- l'enucleazione endoscopica con laser ad olmio (*HoLEP*) o con corrente monopolare (*mTUEPA*) sono ottime possibili alternative endoscopiche alla adenomectomia. Pressoché equivalenti in termini di efficacia e sicurezza, hanno indicazioni specifiche e devono essere condotte in centri di riferimento, da chirurghi esperti nelle singole metodiche.

La **informiamo** che l'ipertrofia prostatica benigna non è una patologia potenzialmente mortale. Tuttavia, se non trattata, può determinare l'insorgenza di infezioni recidivanti delle vie urinarie, la ritenzione acuta d'urina (cioè l'incapacità improvvisa e dolorosa ad urinare), la formazione di calcoli o diverticoli vescicali ed il progressivo deterioramento della funzionalità renale fino ad esitare in insufficienza d'organo con necessità di dialisi.

Inoltre La **informiamo** che, **se è in età fertile**, il trattamento sanitario sopra descritto determina **iaculazione retrograda permanente** in una significativa percentuale dei casi; la riduzione del volume dell'eiaculato può comportare **ipofertilità**. **Nessun espediente tecnico può garantire la preservazione dell'eiaculazione anterograda.**

La **informiamo** che l'intervento chirurgico sarà eseguito da uno o più dei componenti della Equipe di Urologia:

Dr. Giuseppe Simone, Dr. Riccardo Mastroianni, Dr. Salvatore Guaglianone, Dr.ssa Maria Consiglia Ferriero, Dr. Umberto Anceschi, Dr. Aldo Brassetti, Dr. Gabriele Tuderti, Dr Alfredo Maria Bove, Dr. Simone D'Annunzio, Dr. Costantino Leonardo.

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.