

Gentile Signora,  
Egregio Signore,

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

---

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

### **RESEZIONE TRANSURETRALE DELLA VESCICA (TUR-B)**

La **informiamo** che le neoplasie della vescica sono tumori che interessano il serbatoio che raccoglie l'urina. Possono essere neoformazioni benigne episodiche, tumori a basso potenziale di malignità che tendono a recidivare ma difficilmente diffondono al di fuori dell'organo, o tumori aggressivi che possono recidivare, crescere interessando a tutto spessore la vescica e diffondersi a distanza.

La **informiamo** che si tratta di un intervento chirurgico, eseguito in anestesia generale o spinale, condotto per via endoscopica, cioè in assenza di incisioni cutanee, attraverso l'uretra (il canale che collega la vescica all'esterno del corpo). Il suo scopo è quello di rimuovere la neoplasia vescicale visibile e campionare a scopo bioptico eventuali aree sospette. I frammenti di tessuto asportati saranno poi esaminati al microscopio per ottenere un esame istologico, l'unico accertamento che consenta di determinare la natura e lo stadio (cioè l'estensione locale) della malattia.

La TUR-B, dunque, ha sia finalità terapeutiche che diagnostiche.

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

- 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 anche 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;
- 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 (fino al 12%) può rendersi necessaria una trasfusione di sangue o il reintervento (1%). 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 il giorno dopo l’intervento con il catetere. La degenza può prolungarsi se sussiste motivazione clinica.

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

- la **perforazione vescicale** è da intendersi quale conseguenza dell’intervento. È infatti opportuno prelevare campioni a tutto spessore della parete vescicale. La lesione guarisce spontaneamente mantenendo il catetere in vescica per qualche giorno; solo in rari casi è necessario un intervento chirurgico per suturare la breccia o introdurre un tubo di drenaggio accanto alla vescica che riassorba le urine che, fuoriuscendo, ostacolando la cicatrizzazione;
- quando la neoplasia lambisce o occupa gli **osti ureterali** (cioè gli sbocchi dei canalini che connettono i reni alla vescica), questi orifici possono essere **lesionati** nel corso della resezione endoscopica. Può essere necessario introdurre un tutore (detto *stent*) dentro l'uretere per mantenerlo pervio (impedendo così che si determini una insufficienza renale) e favorirne la guarigione;
- tutti i pazienti che subiscano un 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, soprattutto nei pazienti di sesso maschile con una concomitante ipertrofia prostatica, può verificarsi **ritenzione urinaria acuta**, cioè incapacità di svuotare spontaneamente la vescica. Quando la causa è da attribuirsi all’edema dell’uretra (cioè ad un ispessimento transitorio del rivestimento interno del condotto che veicola le urine all’esterno), il riposizionamento del catetere per qualche giorno è sufficiente a risolvere la complicanza. Dal momento della rimozione del catetere vescicale, potrebbero manifestarsi disturbi minzionali come bruciori ed il desiderio urgente e frequente di urinare. Questi sintomi, conseguenza diretta dell’intervento chirurgico, si attenuano progressivamente nell’arco di alcune settimane, fino alla completa guarigione della zona trattata;

- le infezioni urinarie insorgono nel 15 % dei casi e possono associarsi a febbre. Richiedono un trattamento antibiotico mirato;
- in meno del 2% dei casi, a distanza di mesi/anni dall'intervento, possono manifestarsi **stenosi uretrali**, cioè cicatrici che provocano il restringimento dell'uretra con conseguenti difficoltà nello svuotamento vescicale. Richiedono un intervento endoscopico per la loro risoluzione.

La **informiamo** che attualmente non esistono approcci alternativi alla resezione transuretrale della vescica che, dunque, rappresenta un passaggio obbligato diagnostico e terapeutico in presenza di lesione vescicale. Non disponiamo ad oggi di strumenti diagnostici (radiologici o laboratoristici) in grado di fornire risultati sufficientemente attendibili da poter sostituire l'esame istologico condotto sui frammenti di resezione.

Inoltre, una neoplasia della vescica in fase iniziale può essere efficacemente curata con la TUR-B. Se trascurata, questa può progredire ed estendersi oltre la vescica. Nelle neoplasie avanzate, la sola resezione endoscopica non è più sufficiente per ottenere la guarigione.

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.