

Intervento chirurgico:

# Prostatectomia radicale



INFORMAZIONI  
PER IL PAZIENTE



*Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.*

## INDICE

---

<b>CONDIZIONE</b>	3
Informativa pre-operatoria	4
Informativa post-operatoria	6
Controlli post-operatori	11
<b>IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE</b>	12
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	12



# CONDIZIONE



Ogni paziente, di fronte alla prospettiva di un ricovero ospedaliero, specie se per affrontare un intervento chirurgico impegnativo, si pone degli interrogativi: qui di seguito troverà delle risposte ad un certo numero di domande che molti pazienti si pongono riguardo a questo tipo di intervento.

Innanzitutto è bene ricordare che si tratta di un intervento che viene eseguito con l'unico scopo di eradicare la malattia neoplastica al fine di salvaguardare la sopravvivenza del paziente.

1. Per prostatectomia radicale si deve intendere l'asportazione completa di tutta la prostata e delle sue vescicole seminale con interruzione completa e definitiva dei dotti deferenti.
2. L'asportazione della ghiandola prostatica con le sue vescicole seminali ha come conseguenza fisiologica la scomparsa dell'eiaculazione e conseguentemente viene meno la possibilità di avere figli per via naturale.
3. La potenza sessuale viene preservata solo in una percentuale che varia dal 20 al 50% dei casi circa e dipende dall'estensione del tumore e dall'età del paziente. L'obiettivo dell'intervento è quello di essere radicale quindi il chirurgo potrà decidere solo intraoperatoriamente di tentare di preservare la potenza in base alla situazione locale.
4. La continenza, tranne che per una piccola percentuale di casi (2-10%), è buona. La continenza viene raggiunta mediamente dopo circa tre mesi dall'intervento tuttavia può migliorare fino 6-12 mesi. Dopo l'anno dall'intervento il grado di continenza raggiunto può essere considerato definitivo.



## INFORMATIVA PRE-OPERATORIA

1) D: Quanto tempo dovrò restare in ospedale?

R: “In genere dopo 7-8 giorni si può essere temporaneamente dimessi, se il paziente lo desidera. Infatti, dopo tale periodo di tempo, il paziente è in genere completamente autonomo e ristabilito. L'unico inconveniente è che il catetere vescicale deve rimanere inserito per un periodo di tempo più lungo, oscillante tra i 14 ed i 21 giorni dopo l'intervento”.

2) D: Quanto a lungo dovrò tenere il catetere?

R: “Generalmente due-tre settimane dal giorno dell'intervento. In genere il paziente viene dimesso dall'ospedale in 7°-8° giornata, con il catetere, che può essere agevolmente connesso ad una borsa allacciata al polpaccio, in modo da non creare disagio durante la deambulazione. Viene quindi riammesso in day-hospital in 14° o 21° giornata dall'intervento per eseguire una cistografia, che stabilirà se può essere rimosso il catetere”.

3) D: Quanto tempo dovrò restare assente dal lavoro?

R: “Dalle sei alle otto settimane dal momento dell'intervento.”



4) D: Quanto tempo è opportuno far passare dal momento dell'accertamento della malattia al momento dell'intervento chirurgico?

R: "E' opportuno che trascorrano 4-8 settimane dal momento della biopsia al momento dell'intervento. Se invece è stata eseguita una TURP, è consigliabile aspettare circa tre mesi. In questo modo si permette la risoluzione dell'edema e della reazione infiammatoria conseguenti a queste manovre. Poter operare nelle migliori condizioni permette di ottenere i migliori risultati chirurgici e questo è molto importante: d'altronde, il carcinoma della prostata è una neoplasia che cresce molto lentamente ed un ritardo quale quello sopra citato non pregiudica assolutamente le possibilità di cura della malattia".

5) D: Che cosa devo fare e che cosa non debbo fare prima dell'intervento?

R: "Occorre sospendere l'assunzione dei aspirina od altri farmaci antiaggreganti od anticoagulanti un paio di settimane prima dell'intervento, poichè queste sostanze possono interferire con la capacità emostatica e coagulativa del sangue e causare emorragie post-operatorie".

6) D: Sono necessarie trasfusioni di sangue per questo tipo di intervento?

R: "Generalmente è sufficiente l'auto donazione, che deve essere effettuata una-tre settimane prima dell'intervento.

7) D: Quanto dura l'intervento?

R: "La durata media dell'intervento è di 150-180 min, compresa la linfoadenectomia stadiante preliminare. Generalmente viene praticata l'anestesia generale, previa accurata valutazione preoperatoria da parte del medico anestesista".



- Dopo la sua dimissione dall'Ospedale, Lei dovrà evitare sforzi fisici intensi, come sollevare pesi o simili per almeno un paio di mesi dopo l'intervento. Infatti, durante questo primo periodo la resistenza della ferita chirurgica è affidata alle suture, che possono rompersi se messe eccessivamente in tensione e causare la formazione di un laparocele: solo dopo due-tre mesi si forma un solido tessuto cicatriziale. Inoltre un violento sforzo durante questo stesso periodo di tempo potrebbe anche compromettere l'integrità dell'anastomosi uretro-vescicale, con gravi conseguenze sull'esito finale dell'intervento e sulla continenza urinaria. Dopo otto settimane, può essere ripresa una vita completamente normale, compresa anche, se lo si desidera, una certa attività fisica.
- Non vi sono altre restrizioni particolari, né nella dieta, né nell'assunzione di bevande. Sono permesse passeggiate, anche lunghe; non vi sono controindicazioni a salire e scendere le scale. Si può riprendere a guidare la macchina dopo 4-5 settimane dall'intervento. E' bene mantenere le feci morbide per le prime settimane, mediante l'assunzione regolare di un cucchiaino di olio di vaselina la sera, prima di coricarsi. Occorre evitare i clisteri e l'inserimento di supposte evacuative: infatti l'intervento si è svolto in stretta prossimità della parete rettale, che risulta più fragile del normale nel primo periodo post-operatorio.
- Un altro utile accorgimento, nell'immediato periodo post-operatorio, è quello di non stare a lungo in posizione assisa, con le gambe penzoloni: è molto meglio sedere semisdraiati, con le gambe allungate. Questo accorgimento assolve infatti a due compiti: quello di elevare gli arti inferiori, favorendo così lo scarico venoso e riducendo pertanto i pericoli di coagulazione intravascolare e di embolie e quello di evitare indebite pressioni sulla regione perineale. Se il paziente viene dimesso con il catetere, esso deve restare aperto e connesso alla sacca di drenaggio per la maggior parte del tempo; la sacca allacciata all'arto inferiore deve essere usata solo per il tempo necessario qualora si esca fuori casa.



- La più grave complicazione che teoricamente si potrebbe verificare dopo l'intervento è la formazione di un coagulo in una delle vene profonde del bacino ed il suo improvviso distacco con conseguente embolia polmonare, che rappresenta un'evenienza che può mettere in pericolo la vita stessa del paziente. Tale complicazione si può verificare dopo ogni intervento chirurgico ed è in effetti estremamente rara, ma è comunque bene fare di tutto per prevenirla.

Pertanto, innanzi tutto si effettua una profilassi farmacologica, somministrando calciparina sottocutanea dal momento dell'intervento e favorendo una precoce mobilitazione del paziente: molto utile al riguardo, anche stando a letto, è la ginnastica attiva delle gambe e delle dita del piede, con movimenti alternativi di flessione e di estensione della dita. Sono incoraggiate la deambulazione precoce e le brevi passeggiate. Occorre invece evitare, è bene ribadirlo, di tenere le gambe a penzoloni verticali, se si sta in posizione seduta. Comunque, se insorgesse dolore ai polpacci o gonfiore degli stessi, è bene avvertire immediatamente il medico. L'embolia polmonare può tuttavia verificarsi anche senza alcun sintomo preliminare: essa si manifesta con un dolore improvviso al petto, sudorazione e difficoltà di respirazione, talora escreato ematico: se insorgessero questi sintomi, chiamare immediatamente il medico o recarsi con urgenza al più vicino Pronto Soccorso. Infatti, se presa in tempo, l'embolia polmonare può essere curata efficacemente con farmaci trombolitici ed anticoagulanti.

- Il catetere vescicale verrà rimosso approssimativamente dopo due o tre settimane dal giorno dell'intervento. Il giorno indicato, verrà praticato un controllo radiologico (cistouretrografia) e, se tutto sarà in ordine (nell'80% dei casi dopo due settimane, nel 15% dopo tre settimane solo nel 5% dei casi più tardivamente), il catetere verrà rimosso e Lei potrà urinare spontaneamente. La sola cosa importante all'inizio è che Lei possa urinare con un buon getto: è assai probabile che nei primi giorni dopo la rimozione del catetere la continenza urinaria non sia perfetta. Non si lasci comunque scoraggiare! Per aiutare la ripresa precoce della continenza urinaria abbiamo previsto un servizio di "ginnastica" del piano perineale, che Le sarà di notevole aiuto per un pronto ritorno alla completa normalità.

Per Sua maggiore ed opportuna conoscenza, Le rendo noto che il recupero completo della continenza urinaria avverrà in tre fasi successive:

**1° Fase:** Si resta completamente asciutti solo la notte, in posizione supina.

**2° Fase:** Si resta asciutti in posizione eretta e durante la deambulazione. Si perde ancora qualche po' di urina se si cambia bruscamente posizione, da supini o da seduti ad eretti.

**3° Fase:** Continenza completa.





Fino a che la continenza non ritorna normale, può essere opportuno portare dei pannolini assorbenti sotto la biancheria intima. Tuttavia, non è bene assuefarsi troppo a questi presidi, in quanto la continenza ritornerà tanto più precocemente quanto più il paziente si impegnerà nel volerla raggiungere. Fino a che la continenza non è perfetta è bene non esagerare con l'assunzione di liquidi e limitare al minimo il consumo di caffè e di alcool, che stimolano la diuresi e quindi peggiorano sensibilmente il problema.

Ricordi sempre che l'incontinenza completa di urine è diventata rarissima dopo intervento di prostatectomia radicale eseguito correttamente e che la Sua incidenza è minore dell'1%!

Per quanto riguarda le erezioni, nei pazienti in cui sia stato possibile preservare i fasci neuro-vascolari, esse ritorneranno gradualmente. Occorre avere pazienza! La possibilità e l'epoca del ritorno della funzione sessuale dipendono da vari fattori: l'estensione del tumore per un verso e l'età del paziente per l'altro. Ambedue sono importantissimi: infatti, da un lato, è l'estensione del tumore che permette o meno di risparmiare i fasci neuro-vascolari: al proposito occorre ricordare che la prostatectomia radicale è un intervento di tipo oncologico, vale a dire effettuato per rimuovere il tumore nella maniera più completa possibile: se l'estensione del tumore arriva ad interessare i fasci neuro-vascolari o se vi sono zone dure in prossimità di essi, il chirurgo non esiterà a sacrificarli deliberatamente, in quanto la rimozione completa del tumore rimane l'obiettivo primario di questo tipo di intervento.

Se, invece, il tumore è limitato ed è stato possibile risparmiare entrambi od anche uno solo dei fasci neuro-vascolari, la ripresa della funzione erettile dipende soprattutto dall'età del paziente: quanto più il paziente è giovane, tanto più precocemente egli recupererà la funzione sessuale.

La funzione erettile migliorerà mese per mese e riprenderà dopo un periodo di tempo variabile tra tre mesi ed un anno. Occorre ricordare che, dopo questo tipo di intervento, è assai difficile che si possa recuperare, - ammesso che fosse presente prima dell'intervento - una erezione conseguente a stimoli visivi o psichici.

Il raggiungimento dell'erezione richiederà sempre l'applicazione di stimoli tattili, anche prolungati.

Per questo motivo è consigliabile, dopo aver constatato un recupero della tumescenza spontanea, iniziare con degli approcci sessuali: infatti, la stimolazione vaginale può costituire un ottimo stimolo al rafforzamento dell'erezione: non aspettate quindi di avere un'erezione "perfetta" prima di tentare una penetrazione! Inoltre, è possibile ottenere un orgasmo anche senza avere un'erezione completa.

Si ricordi che dopo questo intervento, che rimuove la prostata con le vescicole seminali e le ampolle deferenziali, l'orgasmo non sarà accompagnato dall'emissione di liquido seminale.

Se l'erezione tarda a ritornare, non si deprima: infatti, al giorno d'oggi, questo problema può essere risolto al meglio con vari presidi terapeutici: iniezioni intra cavernose di sostanze vasoattive (utili anche per favorire un più precoce ritorno dell'attività erettile spontanea), dispositivi particolari che creano una aspirazione sotto vuoto (vacuum devices) e che in taluni casi possono essere efficaci od infine l'impianto di protesi peniene idrauliche intra cavernose, che non lasciano alcun segno esterno e consentono un'ottima ripresa dell'attività sessuale.

Queste righe sono state appositamente scritte per aiutarLa a rispondere ai quesiti che più frequentemente si pone un paziente operato di prostatectomia radicale, ma esse non possono e non vogliono supplire il consiglio e l'assistenza del medico curante: per qualsiasi informazione supplementare non esiti a contattarci.

## CONTROLLI POST-OPERATORI



Durante il 1° anno post-operatorio è necessario che Lei si sottoponga ai seguenti controlli:

- 4 mesi dopo l'intervento: determinazione del PSA, visita urologica, controllo della continenza urinaria
- 8 mesi dopo l'intervento: determinazione del PSA, visita urologica, controllo della continenza urinaria
- 12 mesi dopo l'intervento: determinazione del PSA, visita urologica, controllo della continenza urinaria, controllo dell'erezione. La necessità di eseguire una scintigrafia ossea sarà valutata dall'urologo caso per caso.

Dopo il primo anno, le visite suddette potranno essere eseguite ogni 6 mesi per i primi 5 anni e quindi annualmente per altri cinque anni.

È molto importante per noi che Lei, anche se dovesse decidere di rivolgersi altrove per i suddetti controlli, ci invii regolarmente i risultati delle visite e degli esami cui si è sottoposto.

Grazie per la collaborazione!

# IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE



## **Cosa portare**

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indossarle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa



## **Cosa ti puoi aspettare**

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul polso in qualche ospedale.

Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

---

## **DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Queste informazioni vengono pubblicate per informare sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la specifica situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.



Gentile Signore/a, .....  
dovrai essere sottoposto/a a intervento di.....  
Perché affetto/a da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Firma del paziente per ricevuta \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_



Ospedale Koelliker