

Intervento chirurgico:

Trattamento laser per l'ipertrofia prostatica benigna (HOLEP)

i



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

CONDIZIONE	3
Promemoria anatomico	3
Patologia	3
TRATTAMENTO CHIRURGICO	4
Il laser	4
Preparazione specifica per questo intervento	5
Tecnica chirurgica	6
Abituale decorso post-operatorio ed informazioni generali	7
Alimentazione	8
Sintomi urinari	9
Sanguinamento urinario	9
Analisi delle urine	9
Follow-up post-operatorio	10
Rischi e complicanze	10
IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE	13
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	13



CONDIZIONE

PROMEMORIA ANATOMICO



La vescica è il serbatoio in cui viene immagazzinata l'urina proveniente dai reni prima di essere espulsa durante la minzione. Il collo della vescica si apre liberamente durante la minzione consentendo il corretto deflusso delle urine.

La prostata è una ghiandola situata sotto la vescica. Per uscire dalla vescica, l'urina deve passare attraverso la prostata attraverso il canale dell'uretra .

L'uretra è il canale attraverso il quale l'urina viene espulsa dalla vescica

PATOLOGIA

L'adenoma prostatico o iperplasia prostatica benigna, è una patologia comune nei maschi sopra i 50 anni, ed è responsabile, in un'alta percentuale di casi, di disturbi quali la difficoltà ad urinare e/o la necessità di mingere frequentemente sia durante il giorno che durante la notte.

Ciò è dovuto alla compressione dell'adenoma sul canale uretrale ed al sollevamento del collo vescicale con effetto ostruttivo ed irritativo.

Il primo approccio terapeutico è di solito farmacologico, ma quando quest'ultimo risulta inefficace oppure l'ostruzione è importante con rischio del blocco (ritenzione urinaria) oppure quando si associano altre complicanze tipo la calcolosi vescicale e le infezioni urinarie la soluzione unica è l'intervento chirurgico disostruttivo cioè la rimozione dell'adenoma.

Sino ad ora la scelta terapeutica era tra l'intervento a cielo aperto (con incisione sovrapubica) o endoscopico (la resezione transuretrale o TUR-P) e la tecnica veniva scelta in base al volume del tessuto prostatico da togliere.

In caso di piccoli adenomi (50-60 grammi) si operava con la TUR-P, in caso di grossi adenomi a cielo aperto.



TRATTAMENTO CHIRURGICO

IL LASER

Già da anni si sono testate delle tecniche chirurgiche che sfruttano la tecnologia LASER con intenti disostruttivi mediante vaporizzazione dei tessuti ma con risultati incerti o poco soddisfacenti per la minima quantità di adenoma asportato in relazione alla bassa potenza di esercizio e al tipo di lunghezza d'onda del Laser (v. GREEN LASER).

Il miglioramento delle tecnologie (v. LASER pulsato ad Holmio) ha consentito di utilizzare una sufficiente potenza di esercizio (120 W) tale da poter essere impiegata in sicurezza, per la sezione dei tessuti in endoscopia. La tecnica con il Laser ad Holmio (HOLEP - Holmium laser enucleation of prostate) rappresenta, ad oggi, il trattamento endoscopico più innovativo e di comprovata efficacia per la cura dell'ipertrofia prostatica benigna.

L'utilizzo del laser ad Holmio di ultima generazione, associato ad una tecnica che prevede l'enucleazione laser della prostata e la morcellazione meccanica dei grossi frammenti è ritenuta oggi un'alternativa efficace al trattamento endoscopico (l'attuale "golden standard" della malattia) ma soprattutto offre la possibilità di trattare endoscopicamente le voluminose prostate che oggi richiedono ancora l'intervento a cielo aperto (con taglio) nonché la calcolosi vescicale a volte associata.

La tecnica offre alcuni significativi vantaggi per il paziente:

- Intervento chirurgico meno invasivo
- Scarsa penetrazione tissutale dell'energia calorica (2-3 mm)
- Scarso o nullo sanguinamento. (L'emissione di energia pulsata permette un'incisione precisa ed esangue) con eliminazione dei trattamenti trasfusionali
- Degenza ospedaliera post-operatoria ridotta a 48 ore
- Minori rischi in pazienti cardiopatici e/o con problemi di coagulazione



PREPARAZIONE SPECIFICA PER L'INTERVENTO

Qualsiasi procedura chirurgica richiede una preparazione che può variare a seconda di ogni individuo.

È essenziale che lei segua le raccomandazioni fornite dal suo urologo e dall'anestesista. In caso di mancato rispetto di queste raccomandazioni, l'intervento può essere rinviato.

Un'ecografia della vescica e della prostata può essere eseguita già al momento della visita ambulatoriale per misurare il volume della prostata e valutare la capacità di svuotare la vescica.

Deve informare il suo urologo e l'anestesista se sta assumendo un trattamento per fluidificare il sangue (agente antiaggregante piastrinico, anticoagulante). La terapia potrebbe essere modificata prima della procedura.

Un'analisi delle urine è prescritta prima della procedura per controllare la sterilità e trattare qualsiasi infezione. Un'infezione del tratto urinario non trattata porta a posticipare la data dell'operazione.

Un antibiotico (profilassi antibiotica) sarà somministrato sistematicamente durante la procedura secondo il protocollo stabilito nell'ospedale.

Si prega di segnalare una possibile allergia agli antibiotici!

Controindicazioni assolute all'intervento: rischio anestesiologico troppo elevato (ASA 4)



TECNICA CHIRURGICA

L'intervento, in genere, viene eseguito in **anestesia spinale** e l'accesso all'organo è per **via transuretrale**, come nella TUR-P.

Attraverso uno speciale resettore endoscopico si inserisce la fibra laser (da 550 micron) collegata alla fonte di energia. Si incide quindi l'adenoma lungo la falsa capsula fino ad enuclearlo completamente. Una volta staccato dalla prostata questo viene spinto in vescica e mediante uno strumento detto **morcellatore** l'adenoma viene spezzettato ed aspirato per essere sottoposto all'esame istologico come dopo gli interventi tradizionali. Viene quindi posizionato un catetere vescicale che verrà rimosso dopo 2 giorni a seconda del volume dell'adenoma.

I tempi dell'intervento variano dai **50 ai 120 minuti** in base alle dimensioni della prostata ed alla eventuale presenza di calcoli vescicali che vengono eliminati nella stessa seduta operatoria (litotrissia endoscopica vescicale).

Fase 1) sezione ed enucleazione del lobo medio

Fase 2) sezione ed enucleazione del lobo dx

Fase 3) sezione ed enucleazione del lobo sin morcellatore

Fase 4) morcellazione dei lobi prostatici in vescica

ABITUALE DECORSO POST-OPERATORIO ED INFORMAZIONI GENERALI



Il catetere vescicale deve essere mantenuto normalmente per 2 giorni. Può essere utilizzato per effettuare dei lavaggi vescicali per prevenire la formazione di coaguli di sangue. Quando l'urina diventa sufficientemente chiara, il lavaggio può essere interrotto, in genere dopo 24 ore.

Il catetere vescicale può provocare irritazione del canale uretrale che può manifestarsi come bruciore o spasmi (bisogno doloroso di urinare nonostante il catetere). Se necessario, viene prescritto un trattamento medico adeguato.

Si raccomanda di bere molto per limitare il sanguinamento nelle urine (ematuria). Di solito, un lieve sanguinamento nelle urine può essere presente da pochi giorni ad alcune settimane dopo l'intervento.

Si consiglia inoltre di evitare un'attività fisica significativa nel mese successivo all'intervento.

Il rapporto sessuale non è raccomandato subito dopo l'intervento. Nella maggior parte dei casi, non vi è alcun deterioramento della qualità dell'erezione, ma la scomparsa delle eiaculazioni è quasi sistematica. Questo è caratterizzato dall'assenza di emissione di sperma al momento dell'orgasmo. In linea di principio, questo non cambia il piacere suo o del partner.

D'altra parte, è essenziale spiegare la situazione al partner prima di riprendere l'attività sessuale per evitare qualsiasi reazione negativa. La qualità delle erezioni e della libido di solito non sono alterate dalla procedura.

In alcuni casi, il trattamento anticoagulante può essere prescritto o reintrodotto nel post operatorio per prevenire il rischio di trombosi. Per evitare il dolore, un trattamento analgesico può essere prescritto per alcuni giorni.

I miglioramento dei sintomi urinari può essere graduale nei primi 3 mesi.

Durante questo periodo, potrebbe riscontrare:

- Stimoli minzionali urgenti o bruciore durante la minzione. Paradossalmente, temporaneamente potrebbe trovarsi più in difficoltà.
- Nei consigli post operatori potrebbero essere proposti degli esami da effettuare prima della visita di controllo.
- La lettera di dimissione e l'allegato (misure comportamentali) sono da consegnare al suo medico curante per tenerlo informato del suo stato di salute.

ALIMENTAZIONE

Dopo la procedura, bere di più per alcuni giorni. Questo rimuove i detriti o il sangue che possono accumularsi a seguito della procedura e riduce il rischio di infezione del tratto urinario.

Dovrebbe bere circa 2 litri di acqua al giorno (circa 10 bicchieri) e talvolta di più se l'urina non si schiarisce. Per contro, non è necessario bere di più se l'urina diventa chiara.

Non ci sono particolari restrizioni sul cibo a seguito di questo intervento.

SINTOMI URINARI

L'area operata richiede spesso diverse settimane per guarire completamente (circa 3 mesi).



Durante questo periodo, può essere presente irritazione o bruciore del canale urinario mentre si urina.

Possono essere presenti anche urgenza minzionale e/o stimoli minzionali più frequenti, anche di notte. Molto spesso, questi sintomi sono da lievi a moderati e diminuiscono gradualmente nel tempo, non richiedendo un trattamento specifico. Rivolgersi al proprio medico o urologo nel caso di peggioramento o mancato miglioramento dei suoi sintomi urinari, tipo:

- Difficoltà a urinare.
- L'urina diventa torbida o puzzolente.
- Insorgenza della febbre.
- Dolore addominale, lombare o genitale.

SANGUINAMENTO URINARIO

È comune avere un po' di sangue nelle urine, specialmente all'inizio della minzione. Il sangue può persistere o riapparire fino a 4 settimane dopo la procedura. Questo è un fenomeno usuale durante il periodo di guarigione. Si consiglia di bere molto e con regolarità in modo che l'urina schiarisca.

Nel caso di un sanguinamento significativo o se compare difficoltà ad urinare per la presenza di coaguli, contattare il medico o urologo. In caso di ritenzione urinaria (impossibilità ad urinare), recarsi al Pronto Soccorso di zona.

ANALISI DELLE URINE

A volte è richiesta un'analisi delle urine (urocoltura) a seconda dei sintomi post-operatori. Dopo la HOLeP, il più delle volte c'è leucocituria (presenza di molti leucociti) ed ematuria (globuli rossi nelle urine).

Queste due anomalie sono usuali e indicano una guarigione in corso. Non sono necessari antibiotici se l'urocoltura risulta negativa.



FOLLOW-UP POST-OPERATORIO

La visita postoperatoria avviene nelle settimane successive all'intervento (in genere dopo 20-30 giorni). Il follow-up consiste nel valutare il miglioramento dei sintomi urinari e l'adeguato svuotamento della vescica. Possono essere prescritte un esame urine, un'urocoltura ed un'ecografia con misurazione del residuo post-minzionale.

Il follow-up della prostata viene quindi solitamente eseguito una volta all'anno dall'urologo. Diversi anni dopo la procedura, può apparire, in rari casi, una parziale ricrescita del tessuto prostatico che può portare a una ripresa dei sintomi. Il cancro alla prostata può verificarsi a distanza sulla prostata residua, senza che sia correlato alla procedura, né alla precedente presenza dell'adenoma.

RISCHI E COMPLICANZE

Nella maggior parte dei casi, l'intervento proposto si svolge senza complicazioni.

Tuttavia, qualsiasi procedura chirurgica comporta una serie di rischi e complicanze descritti di seguito. Alcune complicanze sono legate alle sue condizioni generali.

Qualsiasi procedura chirurgica che richiede l'anestesia, sia loco-regionale che generale, comporta rischi. Le saranno spiegati durante la valutazione preoperatoria con l'anestesista.

Altre complicazioni direttamente correlate alla procedura sono rare, ma possibili.



LE COMPLICANZE COMUNI A QUALSIASI INTERVENTO CHIRURGICO SONO:

- Infezione locale e generalizzata
- Sanguinamento con possibile ematoma e talvolta trasfusione
- Flebiti ed embolia polmonare
- Allergia



LE COMPLICANZE SPECIFICHE DELLA PROCEDURA SONO, IN ORDINE DI FREQUENZA:

- Il sanguinamento nelle urine può portare a coaguli di sangue che ostruiscono il catetere vescicale, immediatamente dopo l'intervento o a distanza , dopo la rimozione del catetere. Questi coaguli possono causare ritenzione urinaria (incapacità di urinare). In questo caso, potrebbe essere necessario il posizionamento di un nuovo catetere vescicale . In questi casi è possibile effettuare un lavaggio vescicale per consentire la ripresa del deflusso urinario.
- Sanguinamento maggiore che può richiedere una trasfusione di sangue.
- Ci può essere una recidiva di sanguinamento nelle urine durante il primo mese (chiamato anche caduta d'escara) che richiede, a seconda della gravità, una buona idratazione, il posizionamento di un catetere vescicale o il ricovero ospedaliero.

Raramente, può essere necessaria una nuova procedura per rimuovere i coaguli di sangue nella vescica.

- Un'infezione del tratto urinario, può portare l'urologo a prescrivere un ciclo di antibiotici e controllare che la vescica si stia svuotando correttamente. Se ha la febbre o bruciore, non esiti a contattare urgentemente il medico o l'urologo.
- L'impossibilità a riprendere una minzione spontanea è una possibile complicanza anche senza un parallelo sanguinamento. Un catetere vescicale viene quindi posizionato per alcuni giorni.
- L'incontinenza urinaria è rara e nella maggior parte dei casi transitoria.
- In rari casi, può verificarsi un restringimento secondario del canale uretrale o del collo vescicale, che può richiedere uno o più interventi.

Si ricorda che qualsiasi intervento chirurgico comporta una serie di rischi, anche vitali, dovuti a variazioni individuali non sempre prevedibili. Alcune di queste complicazioni sono eccezionali (lesione di vasi sanguigni o di nervi) e talvolta possono non essere curabili.

Nel corso di questo intervento il chirurgo potrebbe trovarsi di fronte ad una scoperta o ad un evento imprevisto che richiede un'azione complementare e/o diversa da quella inizialmente pianificata e concordata, o, addirittura alla sospensione della procedura prevista.

Tutti gli interventi richiedono riposo e riduzione dell'attività fisica.

È essenziale riposare e riprendere le sue normalità attività previo accordo con il chirurgo.

Il fumo aumenta il rischio di complicanze chirurgiche di qualsiasi intervento chirurgico, in particolare il rischio infettivo (X3) e la difficoltà di guarigione (X5). Smettere di fumare da 6 a 8 settimane prima della procedura riduce significativamente questi rischi. Allo stesso modo, si raccomanda espressamente di non ricominciare a fumare durante il periodo di convalescenza.

IN CASO DI EMERGENZA CONTATTARE: Reparto di Degenza o Pronto Soccorso di zona.

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