



RESEZIONE TRANS URETRALE DELLA PROSTATA (TUR-P)

RESEZIONE TRANS URETRALE DELLA PROSTATA (TUR-P)

OSPEDALE

UNITA' OPERATIVA di UROLOGIA

Responsabile: _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

nato a

il ____ / ____ / _____

sono stato informato/a dal Dr./Dr.ssa

in modo completo ed esaustivo:

- della mia diagnosi risultante dalla visita e/o dall'esame;
- del trattamento più adeguato, dei tempi e delle modalità di attuazione;
- dei potenziali benefici del trattamento;
- delle possibili complicazioni, dei rischi e dei relativi ulteriori interventi medici;
- delle possibilità di insuccesso;
- dei rischi particolari legati al mio caso;
- dei disagi che potrebbero verificarsi a seguito del trattamento;
- dei tempi e delle modalità di recupero;
- delle opzioni terapeutiche alternative al trattamento diagnostico/ terapeutico propostomi, compreso il non trattamento e gli annessi rischi e benefici;
- delle dotazioni ospedaliere adeguate all'indagine diagnostica e/o alla terapia alla quale verrò sottoposto.

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentire una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1. COS'È L'IPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA E QUALE SINTOMI PROCURA ?

La prostata è una ghiandola che fa parte dell'apparato genitale maschile, a forma di castagna, situata al di sotto della vescica. E' attraversata dal primo tratto dell'uretra, il condotto che porta l'urina dalla vescica verso l'esterno, come un tunnel attraversa una montagna.

L'iperplasia prostatica benigna (IPB) detta anche semplicemente ipertrofia prostatica e anticamente chiamata adenoma prostatico, è una evoluzione della prostata caratterizzata da un ingrossamento di una porzione della ghiandola (detta zona di transizione) intorno all'uretra prostatica: questo aumento volumetrico a manicotto intorno all'uretra ne aumenta la lunghezza e ne impedisce l'allargamento a imbuto durante la minzione causando un ostacolo idraulico che può disturbare lo svuotamento della vescica e conseguentemente provocare sintomi delle basse vie urinarie che interferiscono sulla qualità di vita dei soggetti di sesso maschile.

Si assiste ad una progressiva difficoltà ad urinare: il getto diventa debole, spesso intermittente, con prolungato gocciolio al termine della minzione e sensazione di non avere svuotato completamente la vescica; a volte è necessario aspettare alcuni secondi prima di riuscire ad urinare, o bisogna aiutarsi "spingendo" con i muscoli della pancia. A questi sintomi possono associarsene altri, secondari all'irritazione della vescica che deve contrarsi più frequentemente per cercare di espellere l'urina: bisogno di urinare spesso, necessità di alzarsi per urinare una o più volte durante la notte, bisogno improvviso ed irrefrenabile di urinare, fino alla vera e propria perdita di urina, o fino all'incapacità di urinare (ritenzione d'urina).

Inoltre l'ostruzione allo svuotamento della vescica può alla lunga provocare conseguenze o complicanze quali: calcolosi vescicale, diverticoli vescicali, ematuria (presenza di sangue nelle urine), dilatazione delle alte vie escrettrici urinarie (reni ed ureteri) fino all'insufficienza renale.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO?

Le indicazioni alla terapia chirurgica sono determinate principalmente dalla presenza delle seguenti condizioni:

- sintomi delle basse vie urinarie di entità media o severa, resistenti alla terapia medica che abbiano un impatto sulla qualità di vita del paziente;
- ritenzione urinaria cronica che non risponde alla terapia medica;
- ritenzioni urinarie ricorrenti;
- insufficienza renale cronica secondaria all'ostruzione;
- calcolosi vescicale;
- ripetuti episodi di perdita di sangue con le urine che non rispondono alla terapia medica;
- diverticolosi vescicale con complicanze di tipo infettivo;
- infezioni urinarie ricorrenti.

La presenza di un cospicuo residuo post-minzionale può rappresentare un'indicazione all'intervento chirurgico, in particolare quando superi 1/3 della capacità vescicale globale.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli Esami Pre-Operatori (EPO): il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) e la visita anestesiologicala.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato in genere il giorno stesso dell'intervento, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente e, se possibile, aver provveduto a depilarsi "a calzoncino" cioè dalla vita a metà coscia, con particolare riguardo per i peli del pube. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Dovrà essere richiesto il consenso a possibili trasfusioni di sangue. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc.

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRÀ ESEGUITO E CHE TIPO DI ANESTESIA VERRÀ PRATICATA ? COSA AVVERRÀ DURANTE LA DEGENZA ?

Esistono varie tecniche chirurgiche che negli anni sono state proposte per risolvere l'ostruzione allo svuotamento vescicole ed i conseguenti sintomi causati dall'IPB. A tutt'oggi il gold standard di trattamento rimane la Resezione Transuretrale della Prostata (TURP).

Terapie alternative possono essere indicate dalle condizioni generali del paziente, dal desiderio del paziente o dalle caratteristiche cliniche: ad esempio una voluminosa prostata associata a voluminosa calcolosi o al contrario una piccola prostata con vescica completamente ostruita possono suggerire l'opportunità di soluzioni chirurgiche alternative alla TUR.

Nel Suo caso è stato proposto l'intervento di RESEZIONE TRANS-URERALE DELLA PROSTATA.

Consiste nell'asportazione della porzione più interna della ghiandola attraverso il canale che porta all'esterno le urine (uretra) utilizzando un resettore, cioè uno strumento che rimuove "a fette" la prostata per mezzo della corrente a radiofrequenza. L'intervento dura in genere fra 30 e 60 minuti. La procedura è eseguita in anestesia spinale o generale. Generalmente si posiziona un trokar (drenaggio) sovrapubico per il deflusso del liquido di lavaggio. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed anti-trombotica (per via sottocutanea, dalla sera dell'intervento e per tutta la durata della degenza). Dopo l'intervento viene posizionato un catetere sovrapubico che viene rimosso il giorno dopo l'intervento e un catetere vescicale con sistema di lavaggio continuo della vescica: in assenza di complicazioni il catetere viene rimosso dopo 2 o 3 gg. Dalla sera stessa dell'intervento potrà riprendere ad alimentarsi con una cena leggera (in caso di anestesia spinale e se le condizioni cliniche lo permettono). Dal giorno successivo all'intervento potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico, e riprendere ad alimentarsi normalmente. La degenza in ospedale è usualmente di 5 gg.

6. QUALI SONO I RISULTATI DELL'INTERVENTO ?

I risultati comportano un miglioramento dei disturbi in una percentuale superiore al 95% dei casi, miglioramento che talvolta necessita di un tempo fino a 3 mesi (1% di ritrattamenti a 10 anni).

7. QUALI SONO GLI EFFETTI COLLATERALI E LE COMPLICANZE ?

Le due conseguenze (effetti collaterali) possibili dell'intervento sono:

- l'eiaculazione retrograda: il fatto che lo sperma al momento dell'eiaculazione finisce per lo più in vescica invece che all'esterno come usuale: questo è dovuto al fatto che l'asportazione dell'ipertrofia comporta necessariamente l'asportazione del collo vescicale per liberare lo svuotamento della vescica. Perché lo sperma venga eiaculato completamente all'esterno il collo vescicale deve essere chiuso. Quindi se lo asportiamo per poter urinare non può essere chiuso.

- eccessiva frequenza urinaria e urgenza con stimoli imperiosi, in rari casi, anche per 2-3 mesi, conseguenza del danno da ostruzione che la vescica ha subito. Questi sintomi possono essere molto migliorati con la terapia farmacologica.

Le complicanze possono essere:

- l'emorragia con necessità di trasfusione nell' 8% dei casi;

- infezione urinarie nel 15% dei casi;

- la sindrome da TURP dovuta al riassorbimento del liquido di lavaggio della vescica, che può determinare confusione, nausea, vomito, disturbi nervosi e circolatori nello 0,2 % dei casi;

- a distanza dall'intervento possono comparire la stenosi (restringimenti) dell'uretra e la sclerosi (irrigidimento) del collo vescicale nel 1% dei casi, la cui risoluzione può richiedere un secondo intervento;

- l'incontinenza urinaria da sforzo, nei suoi diversi gradi, è un evento rarissimo che può richiedere un intervento correttivo.

- epididimiti acute (infezione dei testicoli);

- febbre;

- disfunzione erettile solitamente transitoria e di natura psicogena in rare evenienze.

- devono essere poi messe in conto complicanze di ordine generale quali la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare, l'infarto del miocardio e l'ictus cerebrale, che peraltro vengono prevenute con profilassi e controlli.

8. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare autonomamente con un buon flusso, l'assenza di persistente sanguinamento con l'urina, l'assenza di febbre o di dolore. Per 10 -15 giorni, talvolta fino ad 1 mese dall'intervento possono esservi tracce di sangue nelle urine, urine scure o contenenti flocculazioni: sono il significato della progressiva riparazione della cicatrice interna conseguente all'intervento. Nei giorni dopo la rimozione del catetere, una certa maggior frequenza nell'urinare, a volte con stimolo "imperioso" può

persistere: tali sintomi se fastidiosi possono essere trattati adeguatamente con terapia farmacologica, quindi è opportuno segnalarli ai medici urologi. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici, una dieta equilibrata con particolare attenzione a mantenere un alvo regolare. L'attività sessuale o sportiva potrà essere ripresa dopo circa 15 giorni dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, ritenzione acuta d'urina o di improvvisa emorragia con urine rosse contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione a seconda delle condizioni associate e dell'estensione dell'intervento.

9. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

Oltre alla persistenza dei sintomi potrebbe verificarsi una Ritenzione Acuta d'Urina (RAU) (non si riesce più a urinare e si avverte un forte desiderio minzionale e un forte dolore in sede sovrapubica). Inoltre anche se non si giunge alla RAU può accadere che la vescica perda irreversibilmente la sua capacità contrattile. In tal caso anche se si esegue l'intervento dopo che si è instaurata una ipotonia detrusoriale (perdita della capacità contrattile) lo svuotamento vescicale potrebbe risultare comunque incompleto con rischio di infezione e formazione di calcoli vescicali.

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi alla amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

CONSENSO INFORMATO

Confermo:

- di essere stato adeguatamente informato e di avere compreso e discusso con il medico tutte le informazioni;
- di avere avuto la possibilità di fare domande sul trattamento anestesilogico da adottare prima, durante e dopo l'intervento e che il medico si è reso/a disponibile per eventuali ulteriori chiarimenti;
- di avere compreso le informazioni circa le complicanze più comuni e prevedibili e che, nel mio caso specifico, consistono in

e che il Dr./Dr.ssa _____

ha espresso quanto sopra in modo chiaro e comprensibile ed ha risposto esaurientemente ad ogni quesito.

EVENTUALE PRESENZA DI TESTIMONE EVENTUALE NECESSITA' DI INTERPRETE

SI Cognome e Nome: _____

Firma: _____

SI Cognome e Nome: _____

Firma: _____

Quindi

ACCONSENTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

RIFIUTO

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA ad INTERVENTO/PROCEDURA SOPRAINDICATO/A

Data: ____/____/____

Firma Genitore o Legale Rappresentante

Firma Paziente

Firma Medico