

## MODULO CONSENSO INFORMATO PER LA RESEZIONE PROSTATICA TRANS-URETRALE (TUR-P)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

sono stato informato dai sanitari di questa divisione della/e patologia/e di cui sono affetto

\_\_\_\_\_ delle possibili alternative terapeutiche e dell'intervento chirurgico proposto: resezione prostatica trans-uretrale (TUR-P).

L'intervento consiste nell'asportazione dell'adenoma prostatico tramite uno strumento endoscopico che viene inserito per via uretrale (vedi figura sul retro di questo foglio). L'intervento ha lo scopo di rimuovere l'ostruzione allo svuotamento vescicale determinata dall'aumento di volume della prostata anche se alcuni sintomi, come ad esempio la nicturia, potrebbero permanere nonostante l'intervento. Si esegue in anestesia generale o loco-regionale (peridurale o spinale). In caso di calcoli vescicali l'intervento prevede anche la rimozione dei calcoli. Il paziente è posto sul lettino a gambe divaricate sorrette da appositi supporti. L'urologo è posto fra le gambe del paziente. Nel corso dell'intervento la vescica viene distesa con una soluzione irrigante (glicina o mannitolo se viene impiegato un elettrobisturi monopolare, oppure fisiologica se viene impiegato un elettrobisturi bipolare).

La durata dell'intervento dipende dalle dimensioni dell'adenoma. Può essere necessaria la somministrazione di emotrasfusioni sia durante che nei giorni successivi all'intervento. Al termine dell'intervento verrà applicato un catetere vescicale. Per circa un giorno dopo l'intervento è necessario somministrare una terapia endovenosa mentre per un tempo più prolungato verranno somministrati farmaci anticoagulanti sottocute. Il catetere vescicale verrà mantenuto in sede per alcuni giorni e nei primi giorni verrà applicato un lavaggio vescicale continuo per impedire la formazione di coaguli di sangue che possano ostruire il catetere. Nel post-operatorio potrà verificarsi la necessità di eseguire dei lavaggi attraverso il catetere per rimuovere coaguli dalla vescica causa di ritenzione e dolore sovrapubico.

### Rischi e complicanze

Le complicanze della chirurgia sono rappresentate da:

-rischi generici legati alle condizioni generali ed alla concomitante presenza di patologie cardiologiche, respiratorie e coagulatorie;

-rischi legati all'intervento quali:

- l'emorragia che è la complicanza più frequente (1% per la TURP, 4-5% per la chirurgia a cielo aperto) tale da richiedere la trasfusione di sangue. Nell'intervento endoscopico questa complicanza può insorgere anche dopo 2-3 settimane per caduta dell'escara (crosta), per cui può essere necessario una riapplicazione del catetere per 2-3 giorni;
- TURP-sindrome legata al riassorbimento di liquidi nel corso dell'intervento endoscopico con nausea, vomito e modificazioni del quadro elettrolitico ematico;
- infezione della ferita (<5%);
- infezione urinaria (15%);
- orchiepididimite (<5%);
- ritenzione di urina (6-7 %);
- fistole urinose transitorie: sono rare e guariscono con l'applicazione del catetere;
- incontinenza di urina (<2%) da urgenza e da sforzo variamente associate;
- stenosi uretrali e/o del collo vescicale, dovute a formazione di tessuto cicatriziale anormale (<10%);
- eiaculazione retrograda: è quasi sempre presente;
- embolia polmonare e trombosi venosa profonda.

Nella quasi totalità dei casi l'intervento determina un'eiaculazione retrograda, cioè lo sperma

passa in vescica, piuttosto che all'esterno come di norma. L'intervento per adenoma della prostata (TUR-P), rimuovendo solo una parte della prostata, non riduce il rischio futuro di sviluppo di un carcinoma prostatico nella porzione periferica della ghiandola, che rimane in sede e deve essere pertanto sottoposta a normali controlli periodici.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato informato in modo esauriente relativamente alla diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche, eventuali alternative e alle prevedibili conseguenze delle scelte operate e di aver avuto la possibilità di porre domande in merito. A tutti i quesiti da me posti sono state date risposte complete ed esaurienti.

#### Alternative proponibili al paziente

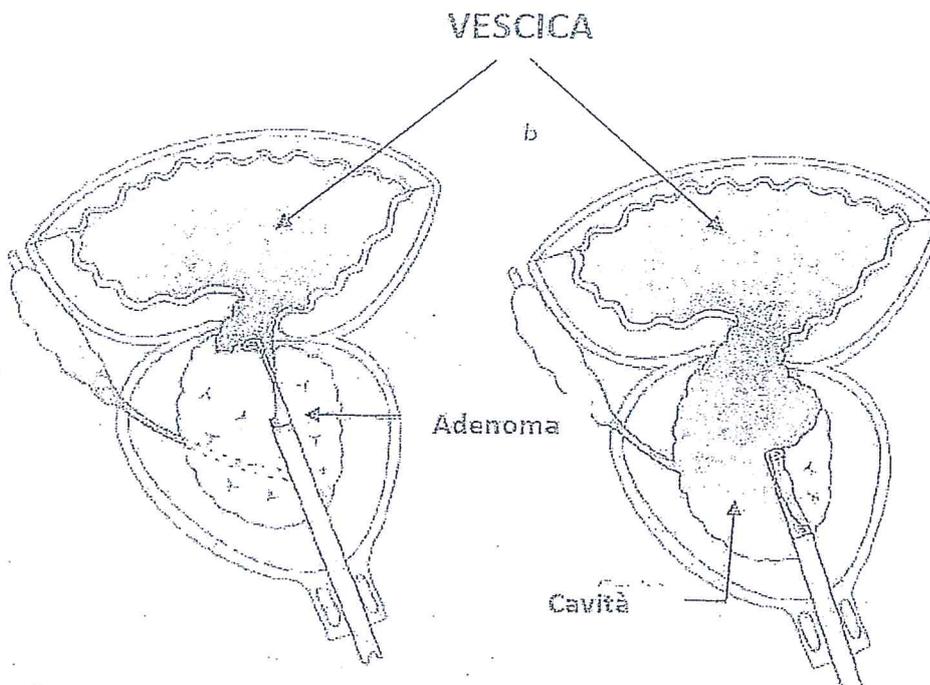
Le opzioni terapeutiche sono di tipo medico e tecniche mini-invasive.

A) La terapia medica può rallentare l'evoluzione della malattia e richiede controlli periodici. Si distinguono 3 categorie di farmaci:

- alfa-bloccanti che agiscono sulla muscolatura liscia del collo vescicale e dell'uretra prostatica;
- inibitori della 5 alfa reduttasi (finasteride) che agiscono riducendo l'utilizzo del testosterone e diminuendo il volume prostatico;
- fitoterapici il cui meccanismo d'azione non è ancora ben chiaro e pertanto non prevedibili gli effetti terapeutici.

B) Tra le procedure mini-invasive elenchiamo:

- TUMT (termoterapia transuretrale a microonde): si produce una necrosi coagulativa dovuta a un'energia termica che produce temperature  $> 45^{\circ}\text{C}$ ;
- LASER: asportazione dell'adenoma prostatico, frammentazione del tessuto ed eliminazione;
- HIFU (ultrasuoni focalizzati ad alta intensità): il fascio di ultrasuoni viene indirizzato sul tessuto prostatico causandone la necrosi;
- TUNA (ablazione transuretrale con aghi): la radiofrequenza a bassa energia prodotta dagli aghi inseriti nel tessuto prostatico causa una necrosi coagulativa secondaria.



Non avendo necessità di ulteriori informazioni dichiaro di sottopormi volontariamente al trattamento e autorizzo pertanto i sanitari dell'Urologia a eseguire su di me i procedimenti terapeutici concordati.

Con la firma del presente consenso confermo di aver letto e compreso completamente quanto sopra esposto.

Data \_\_\_\_\_

Il medico \_\_\_\_\_

Il paziente \_\_\_\_\_