

Indirizzate le vostre lettere per corrispondenza  
viale Beatrice d'Este 37 - 20122 Milano

**Mi è stato consigliato di sottopormi ad un intervento (TURP) per una ipertrofia prostatica benigna: in seguito potrei avere problemi di incontinenza e impotenza?**



L'intervento di resezione endoscopica della prostata (TURP) costituisce oggi il "golden standard", vale a dire la migliore soluzione chirurgica possibile per la risoluzione dell'ostruzione alla minzione in pazienti che non rispondono alla terapia medica. È quindi un intervento ormai canonizzato, che consiste nell'asportare attraverso resezione la porzione centrale della prostata, che dopo i 50 anni tende ad ingrossarsi (ipertrofia prostatica) restringendo l'uretra e determinando sia una sintomatologia assai fastidiosa (minzioni frequenti diurne e notturne, perdita di forza del getto urinario, sgocciolamento terminale) sia, nelle fasi più avanzate, seri problemi locali come calcoli, diverticoli, ritenzione completa di urina nonché sulla funzione renale. L'incontinenza da cause chirurgiche prevede una lesione dello sfintere uretrale esterno, muscolo che garantisce la perfetta continenza delle urine e che non viene assolutamente interessato dall'intervento (a differenza da quanto può accadere nei casi di rimozione chirurgica di tutta la prostata per neoplasia - la cosiddetta prostatectomia radicale - che nei primi tempi può comportare un certo grado di perdita involontaria di urine). Per lo stesso motivo, poiché i nervi responsabili dell'erezione sono esterni alla ghiandola - in una sede non interessata alla resezione - l'impotenza non è un evento possibile in un intervento endoscopico come quello che le hanno proposto. Viene, invece, più volte segnalata una impotenza su base psicogena (depressione, difficile accettazione di un intervento per patologia "da vecchi"), il più spesso legata anche all'impatto psicologico, per alcuni negativo, di avere l'orgasmo senza eiaculazione esterna. La eiaculazione retrograda è, infatti, una conseguenza inevitabile della TURP per la necessità di rimuovere il collo vescicale occupato dall'ipertrofia, per disostruire correttamente la vescica, ma di ciò il paziente viene sempre edotto.

**Prof. Domenico Prezioso**  
Cattedra di Urologia  
Dipartimento Scienze Ginecologiche  
Ostetriche Urologiche  
Università Federico II, Napoli

**Tumore della prostata: c'è più probabilità di una recidiva nel caso di una operazione tradizionale o di "nerve sparing". Ci sono dati a riguardo?**



L'obiettivo primario della chirurgia del tumore prostatico è l'eradicazione della malattia.

Garantire la potenza sessuale è un obiettivo secondario che cercherà di raggiungere quando non sussista il rischio di malattia residua dopo l'intervento.

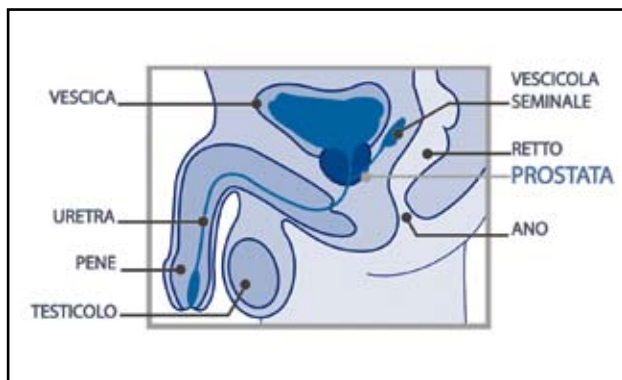
La tecnica "nerve sparing", che per definizione è meno demolitiva di altre, può aumentare il rischio di malattia residua e quindi di recidiva locale di malattia.

Nella pratica di tutti i giorni, la corretta selezione del paziente ed una completa ed esauriente informazione prima dell'intervento, rendono questo rischio minimo, e quindi accettabile.

I criteri di selezione del paziente sono però limitati dal fatto che le informazioni sulla malattia derivano da campionamenti casuali della prostata (biopsia prostatica ecoguidata) che possono sfortunatamente sottostimare la reale entità della malattia, quindi la certezza di non avere malattia residua dopo l'intervento non dovrebbe essere garantita da nessun chirurgo.

L'incidenza dei margini chirurgici positivi (presenza di cellule tumorali nella periferia del tessuto asportato), in pazienti selezionati, dopo preservazione dei fasci neurovascolari è risultata, nell'esperienza di autorevoli colleghi, pari a circa il 4,7%.

**Dott. Francesco Francesca**  
Direttore U.O. Urologia  
Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana  
Presidio Ospedaliero S. Chiara, Pisa





a: Europa Uomo Italia Onlus  
per e-mail: europauomo.italy@virgilio.it



## Tumore della prostata: ci si può fidare delle modalità di cura non tradizionali?

Negli ultimi anni, la ricerca medico-tecnologica si è rivolta a identificare opzioni terapeutiche alternative alla chirurgia ed alla radioterapia nel tumore della prostata, laddove queste non siano proponibili o vengano

rifiutate dal paziente, offrendo nel contempo una minore morbilità associata. Se da un lato sono state riproposte tecniche come la Crioterapia - rese più sicure ed efficaci dai progressi tecnologici - dall'altro sono state sperimentate nuove metodiche come la Brachiterapia, la High Intensity Focused Ultrasounds (HIFU) e la Radiofrequency Interstitial Tumor Ablation (RITA). Tali tecniche vengono proposte sia come trattamento del tumore prostatico nelle sue forme iniziali, sia di secondo impiego, dopo fallimento di trattamenti come chirurgia o radioterapia. Si tratta di tecniche scarsamente invasive ma proponibili in pazienti selezionati. I vantaggi sono rappresentati da perdite ematiche assenti o non significative, trattamento ambulatoriale

o brevissima degenza, anestesia locale o periferica, ripetibilità in caso di fallimento. La Brachiterapia permanente è una forma di radioterapia in cui piccoli "semi" contenenti sorgenti radioattive vengono impiantati per via transperineale nella prostata sotto guida ecografica transrettale mentre la Crioterapia si basa sul principio che temperature estremamente basse (-40°C) causano, attraverso la formazione di cristalli di ghiaccio negli spazi extra ed intracellulari, la morte delle cellule. L'HIFU si basa invece sull'impiego di ultrasuoni focalizzati ad alta energia che provvedono alla distruzione del tessuto prostatico e la RITA sfrutta l'azione delle radiofrequenze somministrate attraverso un impianto transperineale di elettrodi. In generale si tratta di metodiche che hanno tutte nella mini-invasività la loro maggiore peculiarità con ridotti tassi di complicanze ed effetti collaterali. Ci si può allora fidare di queste alternative alla chirurgia? Pur confermando il ruolo-guida svolto dalla chirurgia comunque eseguita (a cielo aperto, laparoscopica o robotica) e fatta salva la Brachiterapia, che è certamente una tecnica codificata con risultati a lungo termine ed assolutamente consigliabile al paziente con tumore prostatico confinato, le altre metodiche mostrano risultati incoraggianti ma necessitano di ulteriori conferme per poter estendere la loro applicazione da gruppi di pazienti selezionati all'intera popolazione di ammalati.

**Prof. Giuseppe Morgia**  
Cattedra di Urologia

Università degli Studi di Catania

## Ricorda che Europa Uomo ha bisogno di te

### QUOTE ASSOCIATIVE

Ogni associato deve essere in regola con il versamento della quota associativa annuale (minimo 10 euro) che deve essere fatto dal mese di gennaio a favore di: "Europa Uomo Italia Onlus, viale Beatrice D'Este 37, 20122 Milano" con causale: "Quota Associativa + anno".

### CONTRIBUTI

L'associazione Europa Uomo Italia è Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (Onlus), iscritta all'anagrafe unica delle Onlus. Pertanto, ogni erogazione liberale in suo favore è, alternativamente:

- detraibile dall'imposta lorda ai fini IRPEF per un importo pari al 19% dell'erogazione liberale effettuata, sino a un valore massimo di euro 2.065,83 (art. 15, lettera i-ter del D.P.R. 917/1986);

- deducibile dal reddito dichiarato fino al 10% del reddito dichiarato stesso e comunque fino a 70.000,00 euro, ai sensi dell'art. 14, Legge 80/2005.

Il contributo deve essere versato a favore di: "Europa Uomo Italia Onlus, viale Beatrice D'Este 37, 20122 Milano", con causale: "Contributo".

### 5 PER MILLE

Con il 5 per mille sostenere le nostre attività non ti costa nulla. Cerca nella tua dichiarazione dei redditi la parte riservata alla scelta per la destinazione del 5 per mille dell'Irpef e nel riquadro dedicato "al sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni riconosciute, ecc." apponi la tua firma e scrivi il nostro numero di codice fiscale:

**9 7 3 1 6 2 6 0 1 5 3**

### SCEGLI TU COME FARE I VERSAMENTI

1) con bollettino di versamento sul c/c postale n. 52 73 96 12 (il bollettino è inserito al centro di questa rivista)

2) con bonifico bancario sul c/c postale n. 52 73 96 12  
ABI: 07601 - CAB: 01600 - CIN: S  
IBAN:  
IT16 S07601 01600 000052739612

3) con bonifico bancario sul c/c BANCA PROSSIMA n. 1 0 0 0 / 1 6 2 7  
ABI: 03359 - CAB: 01600 - CIN: N  
IBAN:  
IT84 N033 5901 6001 0000 0001 627