



**Dott. Roberto Sanseverino**

Urologo FEBU (Fellow of the European Board of Urology), FECT (Fellow of the European College of Transplantation) Segretario Nazionale Auro.it - Associazione Urologi Italiani Consiglio Direttivo SIUrO (Società Italiana Urologia Oncologica)



**La terapia medica è sempre più spesso utilizzata come trattamento di prima linea dei disturbi urinari collegati alla IPB.**

**Le indicazioni alla terapia chirurgica sono abitualmente riservate a casi selezionati: pazienti con sintomi ostruttivi severi, pazienti resistenti alla terapia medica o non disposti ad assumere farmaci per lunghi periodi, comparsa di complicanze (ritenzione urinaria, infezioni urinarie recidivanti, comparsa di calcolosi secondaria).**

**La TURP resta la procedura più utilizzata nel trattamento chirurgico della IPB.**

**L'introduzione della energia bipolare ha rappresentato la principale innovazione, accrescendo soprattutto la sicurezza della procedura.**

## L'eterna giovinezza della TURP

**L**a Iperplasia Prostatica Benigna (IPB), ed i disturbi urinari ad essa correlati, rappresenta una patologia molto frequente nel sesso maschile. Si calcola che colpisca il 17% degli uomini nella fascia di età fra 50 e 59 anni, il 27% nella fascia 60-69 ed il 37% in quella 70-79. I risultati di questi studi, realizzati prevalentemente negli Stati Uniti, non hanno un corrispettivo diretto in Italia, anche se viene stimato che anche nel nostro paese la prevalenza di questa patologia possa variare dal 17% al 47%, a seconda della fascia di età considerata, con un progressivo aumento con l'avanzare dell'età. La proliferazione delle cellule prostatiche (definita appunto IPB) è essenzialmente legata alla spinta degli ormoni androgeni ed interessa, in misura ovviamente diversa, praticamente tutti gli uomini dalla pubertà alla morte. Si tratta,

quindi, di un fenomeno così diffuso da essere considerato quasi parafisiologico; fino a non molti decenni fa questa condizione conduceva il paziente ad essere quasi sempre indirizzato verso una qualche forma di terapia, spesso di tipo chirurgico.

Nel corso degli ultimi decenni, nella comunità urologica internazionale si è andata affermando la consapevolezza che non fosse tanto l'ingrossamento della ghiandola prostatica a necessitare un trattamento, quanto piuttosto i disturbi minzionali che questa condizione spesso determina; da quel momento in poi, quindi, si è spostata l'attenzione clinica dalla semplice IPB ai disturbi urinari ad essa collegati. Questo passaggio, apparentemente banale, ha rappresentato una vera rivoluzione culturale nel mondo urologico, trasferendo l'attenzione sugli aspetti relativi alla qualità della vita dei

pazienti affetti da questi disturbi e consentendo una migliore conoscenza della fisiopatologia di tali disturbi, con il conseguente sviluppo di terapie alternative.

Non a caso viene oggi considerato appropriato definire in primo luogo la severità dei sintomi e, solo in base a questo ed alle aspettative del paziente, impostare lo schema terapeutico che può andare dalla semplice osservazione nel tempo, nei casi più lievi, alle terapie chirurgiche più invasive nei casi complicati o con sintomatologia severa. La terapia medica rappresenta nella grande maggioranza dei casi la terapia di prima linea e può prevedere l'utilizzo di un solo farmaco o l'associazione di due o più farmaci, in funzione della severità dei sintomi, dei profili di tollerabilità e degli eventuali effetti collaterali. L'introduzione di numerosi nuovi farmaci per il trattamento dei disturbi urinari da IPB ha fatto ipotizzare la progressiva scomparsa della soluzione chirurgica; questo, in realtà, è avvenuto solo parzialmente, determinando, in effetti, uno spostamento in avanti negli anni delle procedure chirurgiche e certamente una più corretta selezione dei candidati alla chirurgia.

### Tecnica della TURP

Sta di fatto che, pur in epoca di grande diffusione della chirurgia urooncologica, nei reparti di urologia ad alto volume di attività la chirurgia della IPB rappresenta circa il 10% delle procedure. Quello che è molto cambiato è come queste procedure vengono eseguite; la chirurgia "a cielo aperto", una volta molto diffusa, rappresenta oggi meno del 5% degli interventi per IPB, e vive oggi solo delle controindicazioni della chirurgia endoscopica.

La chirurgia endoscopica può essere quindi considerata come lo standard di terapia nei pazienti affetti da disturbi urinari correlati ad IPB, nei quali sia indicato l'intervento chirurgico.

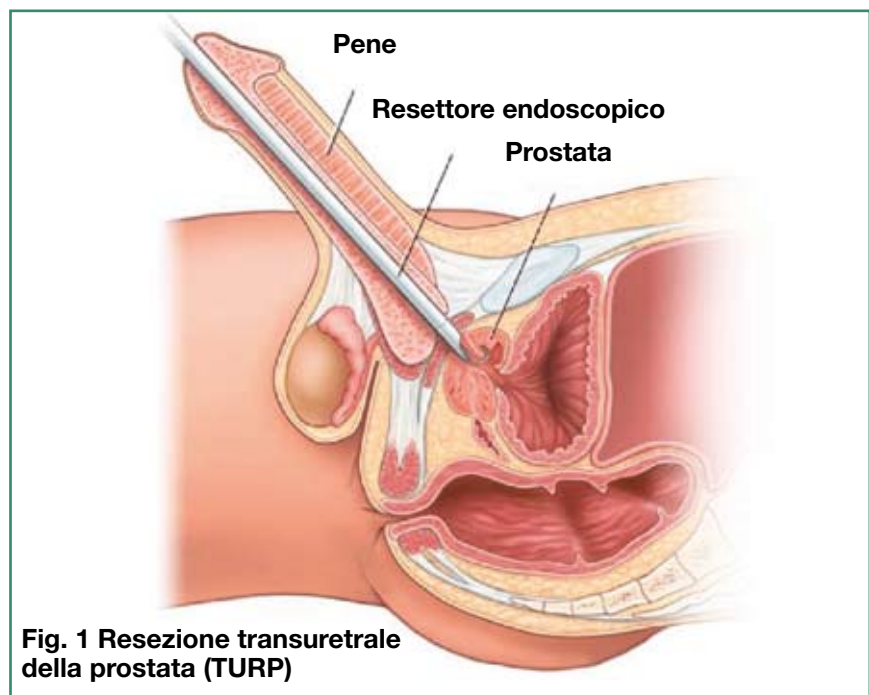
La Resezione Transuretrale della

Prostata (TURP dall'acronimo anglosassone) rappresenta una pietra miliare nello sviluppo della chirurgia endoscopica in urologia e resta uno "step" chirurgico fondamentale nella formazione di ogni giovane urologo. La procedura consiste, brevemente, nel penetrare all'interno della vescica attraverso le cavità naturali (uretra peniena) e progressivamente asportare dall'interno il tessuto prostatico esuberante con l'ausilio di anse di varia forma attraversate da corrente elettrica (Fig 1). La versatilità della procedura ha fatto sì che venisse utilizzata in altre condizioni patologiche in urologia (resezione endoscopica di neoplasie vescicali) o in altre discipline della medicina (resezione endoscopica di fibromi uterini). Nella grandissima maggioranza dei casi la procedura viene realizzata utilizzando un'anestesia definita loco-regionale (spinale o peridurale), ottenuta mediante puntura lombare.

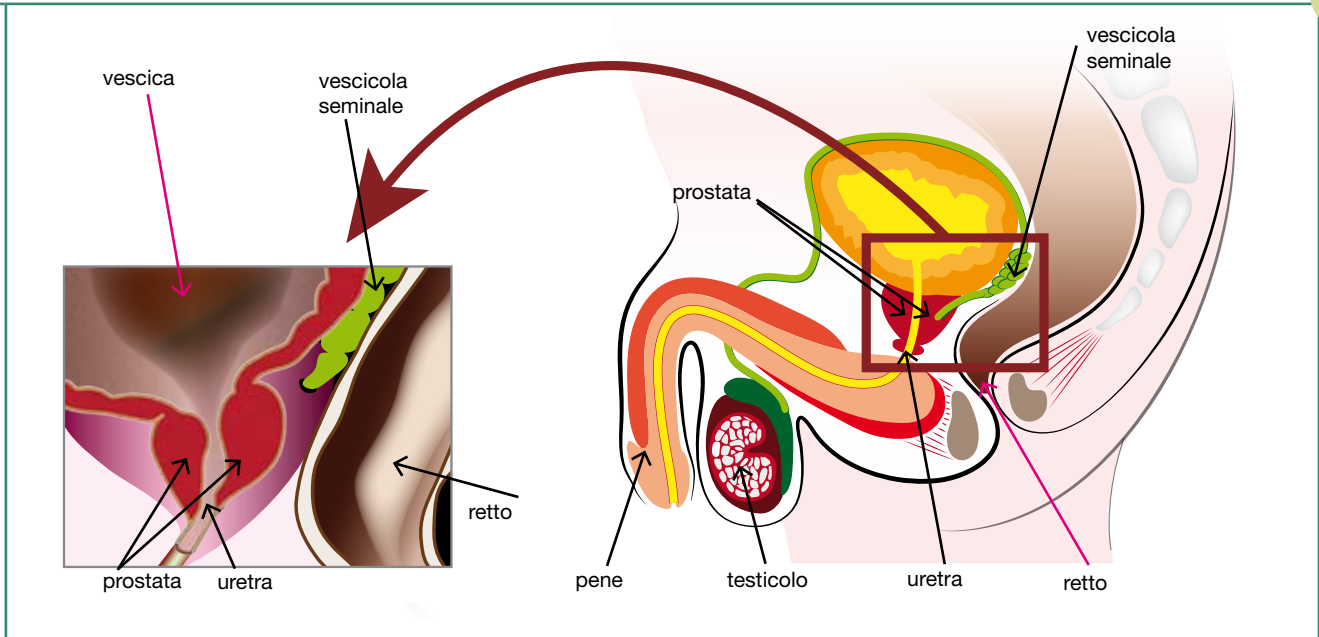
La tecnica fu inizialmente descritta negli anni '40 in Nord America, ma ebbe non poche difficoltà a diffondersi. I problemi erano ed, in parte restano, legati a tre ordini di elementi: la qualità degli endoscopi, le modalità di utilizzo dell'energia, la tipologia e le modalità di utilizzo dei

liquidi di irrigazione. Rispetto agli endoscopi pionieristici degli inizi, gli endoscopi moderni consentono una visione molto più luminosa e nitida, con sistemi operativi più robusti ed affidabili, il tutto associato ad una sostanziale riduzione del calibro. Questo accresce in maniera molto significativa l'efficacia della procedura, considerato che viene condotta spesso in ambiente ematico, visto che il sanguinamento prostatico è frequente in corso di TURP. La riduzione del calibro degli strumenti ha inoltre contribuito a diminuire drasticamente lo sviluppo postoperatorio di restringimenti uretrali, il più delle volte dovuti a strumentazione prolungata del canale uretrale con strumenti di calibro eccessivo.

La corrente elettrica è un'altra variabile di fondamentale importanza; dalla qualità e precisione di erogazione della energia dipende la precisione ed efficacia nel taglio del tessuto e la coagulazione di eventuali vasi sanguinanti. L'eventuale dispersione nei tessuti del paziente può facilitare l'insorgenza di stenosi uretrali o interferire con il ritmo cardiaco, in particolare in pazienti portatori di "pacemaker". La corrente abitualmente utilizzata nella Resezione Transuretrale è una



**Fig. 1** Resezione transuretrale della prostata (TURP)



corrente monopolare, che richiede l'applicazione di un elettrodo a placca come polo negativo, di solito alla coscia del paziente. Negli ultimi anni sono stati sviluppati dei generatori di corrente bipolare unitamente a degli endoscopi che contengano entrambi i poli elettrici con i seguenti principali vantaggi: assenza di dispersione della corrente, che non attraversa più il corpo del paziente; maggiore precisione ed efficacia in particolare nella funzione di coagulazione dei vasi sanguinanti; utilizzo di liquidi di irrigazione meno pericolosi; possibilità di prolungare la procedura nel tempo con maggiore sicurezza.

La Resezione Transuretrale avviene in ambiente liquido ed il liquido utilizzato ha una importanza fondamentale. Nell'arco di 60-90 minuti (che rappresenta il tempo medio di una TURP) possono essere utilizzate svariate decine di litri di soluzione di irrigazione, parte del quale viene inevitabilmente riassorbito dal paziente, con conseguenze anche molto gravi fino al decesso del paziente stesso. Questo configura la cosiddetta "Sindrome da TURP", una sindrome da emodiluzione con alterazione dei principali elettroliti del siero ed alterazioni cardiocircolatorie anche letali. Tutti gli urologi sono oggi consapevoli di questo, ma questa complicanza è ancora riportata fino al 5% dei casi. È possibile prevenire il verificarsi di

tale temibile complicanza usando le seguenti precauzioni: non prolungare eccessivamente la procedura chirurgica (si consiglia abitualmente di non superare i 90 minuti); lavorare con sistemi di irrigazione a bassa pressione; provvedere alla coagulazione dei seni venosi che si dovessero aprire durante la resezione; interrompere immediatamente la procedura alla comparsa dei primi segni premonitori; utilizzare soluzioni di irrigazione meno pericolose. A proposito di questo ultimo punto, l'introduzione di generatori di corrente elettrica bipolare ha svolto un ruolo determinante; ha infatti consentito l'abbandono delle soluzioni colloidali non elettrolitiche (indispensabili a prevenire la dispersione della corrente monopolare), in favore dell'utilizzo di soluzioni fisiologiche enormemente meno pericolosa in caso di riassorbimento massivo. Non a caso la Resezione Transuretrale con corrente bipolare è divenuta la procedura chirurgica di riferimento nel trattamento della IPB.

#### Laser e TURP a confronto

I veri "competitor" della TURP sono oggi le tecniche di ablazione prostatica transuretrale che utilizzano energia Laser. Esistono oggi prevalentemente due modalità di trattamento: la vaporizzazione prostatica e la enucleazione. La prima prevede la distruzione del tessuto mediante le

alte temperature generate dal raggio laser; la seconda l'utilizzo della fibra laser come un bisturi endoscopico, allo scopo di incidere ed enucleare il tessuto prostatico adenomatoso.

La prima procedura viene abitualmente utilizzata nelle prostate medio-piccole, la seconda in quelle più voluminose. I principali vantaggi delle procedure con laser sono legate in particolare allo scarso sanguinamento, tanto che possono essere trattati anche pazienti sottoposti a terapie anticoagulanti (di solito per patologie cardio-circolatorie concomitanti); gli svantaggi sono legati alle difficoltà di apprendimento della procedura, al costo delle apparecchiature utilizzate (decisamente superiore alla TURP), alla insorgenza di sindromi irritative postoperatorie in misura maggiore di quanto non avvenga dopo la TURP. Recenti studi di comparazione hanno dimostrato che i risultati clinici in termini di risoluzione o miglioramento dei sintomi sono sovrapponibili alla TURP. Questi aspetti hanno limitato la diffusione di queste procedure, che oggettivamente conservano grandi potenzialità di sviluppo.

Concluderei dicendo che la chirurgia della IPB è tutt'altro che scomparsa e che la TURP, anche grazie al miglioramento dello strumentario e delle energie impiegate resta la procedura più utilizzata, con ottimi risultati clinici e costi contenuti. ■