

Il laser per la prostata ingrossata

Vi sono diversi tipi di laser (Olmio, Tullio e Green) per il trattamento dell'iperprostatia benigna sintomatica e tutti hanno lo scopo di asportare il tessuto adenomatoso-iperplastico che è la causa dell'ostruzione alla minzione. Tutti permettono, in misura variabile, sia l'impiego di una tecnica di vaporizzazione o di enucleazione. Quest'ultima, tuttavia, sembra essere la più vantaggiosa dato che la vaporizzazione non permette il prelievo per l'esame istologico, richiede dei tempi operatori molto lunghi, e non è conveniente per il trattamento di grosse prostate.

Negli ultimi vent'anni sono stati sperimentati e utilizzati diversi tipi di laser nel trattamento della iperprostatia benigna (IPB). Questa patologia consiste in un ingrossamento della parte centrale della ghiandola (il cosiddetto adenoma), che causa una compressione dell'uretra prostatica (che attraversa l'adenoma) e determina un ostacolo al deflusso dell'urina al momento della minzione. I sintomi più frequenti comprendono la difficoltà ad urinare, la ipovalidità del getto urinario, la urgenza minzionale ed il bisogno di urinare di frequente, anche durante la notte. Non esiste, tuttavia, una correlazione stretta tra

dimensioni della prostata e sintomi, nel senso che ci sono soggetti asintomatici anche con una prostata molto grossa, così come soggetti con una prostata piccola che lamentano sintomi molto evidenti.

Nei casi di una IPB e una sintomatologia refrattaria alla terapia medica è indicata la terapia chirurgica.

I laser sono, ad oggi, lo strumento chirurgico che si sta dimostrando più efficace. Nonostante il fatto che le proprietà e la lunghezza d'onda di ogni laser differiscono uno d'altro, tutti permettono un taglio molto preciso e una variabile vaporizzazione del tessuto con eccellenti proprietà di emostasi.

Ad oggi i laser più utilizzati sono il laser ad Olmio (luce bianca), il laser a Tullio e il Green laser (luce verde).

Le tecniche

Le tecniche per la rimozione dell'adenoma comprendono la enucleazione, dove il tessuto è sgusciato in diversi lobi (figura 1), e la vaporizzazione del tessuto stesso dove il laser vaporizza l'adenoma (figura 2).

Ultimamente, nell'opinione pubblica è stata creata molta confusione sui laser nel trattamento della IPB, che sono stati "associati" ad una superiorità rispetto ai trattamenti tradizionali. In realtà, guardando tutte le meta-analisi su questi trattamenti, la fonte di energia sembra essere di importanza secondaria, mentre la tecnica di enucleazione sembra es-

sere superiore a quella di vaporizzazione o alla semplice resezione della prostata (TURP). Non è quindi tanto il laser che fa la differenza, quanto la tecnica di enucleazione che il laser rende possibile effettuare in maniera sicura anche per via transuretrale. Infatti, lo stesso laser a luce verde (Green laser) o lo stesso laser a Tullio, che sono stati introdotti inizialmente come metodica di vaporizzazione, si sono "trasformati" diventando un trattamento di enucleazione.

La tecnica di vaporizzazione ha, infatti, il limite di non ottenere del tessuto per l'analisi istologica (in maniera da verificare che non vi sia un tumore), di richiedere molto tempo chirurgico e di non essere indicato nelle prostate molto voluminose. Il laser ad Olmio, al contrario, adottando una tecnica di enucleazione (HoLEP= *Holmium Laser enucleation of the prostate*), si adatta a tutte le situazioni e a vari gradi di ingrossamenti prostatici. Il vantaggio, quindi, della enucleazione è proprio la capacità di poter trattare qualsiasi dimensione ghiandola e in particolare anche prostate di grandi dimensioni che tradizionalmente venivano operate con tecniche chirurgiche con il "taglio sull'addome". Con la enucleazione, infatti, le probabilità di re-intervento negli anni successivi sembra essere ridotta rispetto alle tecniche tradizionali.

Quindi, quale laser è il migliore? Attualmente non ci sono trial clinici



Dott. Vincenzo Scattoni
Divisione di Urologia
Ospedale San Raffaele, Milano

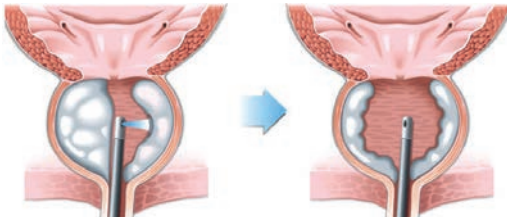


Figura 1



Figura 2 (A)

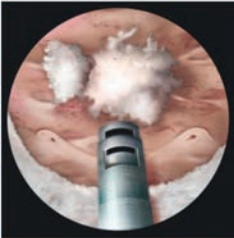


Figura 2 (B)

Figura 1: Vaporizzazione del tessuto iperplastico-adenomatoso mediante raggio laser. Al termine della procedura si forma una “grande” cavità che permette un agevole passaggio dell’urina con conseguenti miglioramenti della sintomatologia minzionale.

Figura 2 (A-B). A) Enucleazione del tessuto iperplastico-adenomatoso mediante raggio laser in due o tre lobi che poi vengono sospinti in vescica. B) Successivamente si introduce in uretra un altro strumento (morcellatore) che aspira e frulla il tessuto enucleato, che poi viene risucchiato all’esterno. Al termine della procedura si forma una “grande” cavità che permette un agevole passaggio dell’urina con conseguenti miglioramenti della sintomatologia minzionale.

scientifici che abbiano comparato l’efficacia di un laser verso un altro, dato che tutti i laser, ad oggi, sono stati confrontati con i trattamenti tradizionali (che sono considerati il “gold standard”).

Nella comunità scientifica medica, il concetto di enucleazione, che è stato introdotto con il laser ad Olmio, è stato definitivamente affermato, tanto che nel 2016 è stato introdotto all’interno delle linee guida europee (*EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms - LUTS- incl. Benign Prostatic Obstruction-BPO*) l’acronimo di “Transurethral Endoscopic Enucleation of the prostate” (EEP). La tecnica di enucleazione, indipendentemente dalla fonte di energia utilizzata (laser e anche non laser) consiste nell’asportazione (enucleazione) per via trans-uretrale (senza tagli) in due o tre lobi prostatici di tutto l’adenoma che causa l’ostruzione al deflusso dell’urina (figura 1). I lobi vengono enucleati (come se fossero sgusciati) seguendo un piano anatomico (detto di clivaggio) tra adenoma e ghiandola periferica-capsula e vengono poi sospinti in vescica. Successivamente viene introdotto un morcellatore (una specie di frullatore), cioè uno strumento che permette l’asportazione del tessuto prostatico enucleato (figura 3) che

viene inviato per la successiva analisi anatomico-patologica. L’intervento dura di solito da 40 a 60 minuti, a seconda delle dimensioni dell’adenoma. La tecnica della vaporizzazione prevede la vaporizzazione del tessuto iperplastico fino ad arrivare alla capsula prostatica.

Al termine della procedura viene posizionato un catetere vescicale. La scarsa invasività dell’intervento permette la rimozione del catetere vescicale dopo sole 24-48 ore.

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche l’enucleazione di adenoma prostatico è associata, anche se in percentuale estremamente limitata, a complicanze. La complicanza più immediata è il sanguinamento durante e dopo l’intervento che può richiedere il re-intervento per la diatermocoagulazione del letto prostatico (0.1% dei casi). Dopo tale fase e dopo la rimozione del catetere vescicale è possibile una ritenzione urinaria acuta con necessità di riposizionamento di un catetere uretrale (6% dei casi) oppure una incontinenza urinaria transitoria di vario grado (1.5% dei casi). Le complicanze tardive sono il sanguinamento a due o tre settimane dopo l’intervento, causata dal distacco di escare (0.5% dei casi), oppure una sclerosi del collo vescicale: restringimento tardivo del collo vescicale che può necessitare di una ulteriore revi-

sione endoscopica (1.7% dei casi) o una stenosi dell’uretra: restringimento tardivo del canale uretrale che può necessitare di un ulteriore intervento endoscopico (2.6% dei casi). Quasi tutti i pazienti sottoposti ad HoLEP riferiscono un miglioramento della qualità della erezione nel postoperatorio. Si ritiene che questo sia indotto dall’importante miglioramento dei disturbi urinari. Circa l’90% dei pazienti sottoposti a HoLEP perde la capacità di eiaculare liquido seminale dal meato uretrale durante un rapporto sessuale, in conseguenza alle alterazioni anatomiche conseguenti all’intervento a livello del collo vescicale. Il liquido seminale si raccoglie pertanto in vescica e viene poi eliminato durante le successive minzioni (eiaculazione retrograda). È importante sottolineare come l’orgasmo venga sempre mantenuto (cioè la sensibilità non cambia).

Tra tutte le tecniche enucleative, la HoLEP è quella più validata da un punto di vista scientifico. La letteratura è molto ricca e sono stati eseguiti diversi studi scientifici in questi vent’anni di vita da quando è stata introdotta per la prima volta da Gilling nel 1998. Essendo la tecnica più longeva, è l’unica che dispone di un follow-up molto lungo dimostrando di poter conferire risultati duraturi nel tempo. ■