

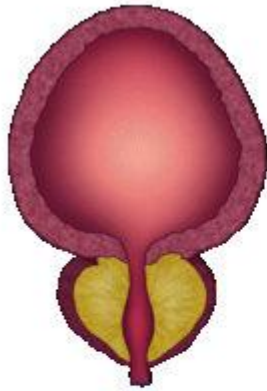
UTILIZZO DEL LASER A TULLIO NELL'IPERPLASIA PROSTATICA: VAPORESEZIONE DELLA PROSTATA

PREMESSA: QUANDO UN PAZIENTE DEVE ESSERE SOTTOPOSTO A TERAPIA

L'iperplasia prostatica benigna (IPB) e' una patologia estremamente frequente nella popolazione maschile, ad andamento spesso cronico e progressivo.

La necessità di trattamento dell'IPB si basa prevalentemente su due aspetti:

- *Una sintomatologia minzionale importante che influenza negativamente la qualità di vita del paziente (aumento della frequenza minzionale diurna e notturna, urgenza, ipovalidità del getto minzionale)*
- *Un rischio di complicanze legate all'ostruzione allo svuotamento vescicale (deterioramento del muscolo vescicale con rischio di ritenzione di urine acute e cronica, diverticoli vescicali, infezioni urinarie ricorrenti, calcolosi secondaria, idronefrosi, ematuria ricorrente)*



Prostata e vescica
normali



Iperplasia prostatica

FIGURA 1: LA PROSTATA IPERPLASTICA PUO' CRESCERE ANCHE ALL'INTERNO DELLA VESCICA PRODUCENDO UN DANNO PROGRESSIVO SULLA MUSCOLATURA E PARETE VESCICALE E CAPACITA' DI SPINTA NELLO SVUOTAMENTO

Molto spesso il primo approccio terapeutico e' farmacologico, prevalentemente con alfa1 bloccanti adrenergici (per rilassare il collo vescicale ed uretra prostatica e facilitare lo svuotamento vescicale) o con inibitori della 5 alfa reduttasi (per bloccare la crescita della ghiandola prostatica).

Entrambe le terapie, sia da sole che in combinazione possono avere effetti collaterali ed agiscono soprattutto in una fase iniziale della patologia, a volte più con un ruolo preventivo sulla progressione che curativo nelle forme più avanzate. Gli inibitori della 5 alfa reduttasi agiscono sul volume prostatico e sulla sua progressione mentre la terapia con alfa1 bloccanti non ha effetto sulla progressione della iperplasia prostatica e crescita della prostata.

In caso di insuccesso delle terapie farmacologiche o di una diagnosi di IPB in fase già avanzata, la risoluzione si basa sulla chirurgia endoscopica.

INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA ENDOSCOPICA DELL'IPERPLASIA PROSTATICA

L'indicazione per la resezione endoscopica dell'iperplasia prostatica si basa principalmente su una o più di queste situazioni:

- *Insuccesso delle terapie farmacologiche con persistenza della sintomatologia ed ostruzione allo svuotamento vescicale*
- *Residuo post-minzionale evidenziabile all'ecografia sovra pubica > 100 cc*
- *Valori uroflussometrici di velocità massima < 10 ml/sec*
- *Complicanze quali ritenzione acuta di urine con cateterismo, diverticoli vescicali, calcolosi secondarie, infezioni ricorrenti urinarie secondarie, ematuria ricorrente secondaria, idronefrosi secondaria*

La chirurgia dell'IPB consiste in un intervento endoscopico per via trans-uretrale con il quale si asporta il tessuto iperplastico ostruente l'uretra prostatica. Non viene quindi rimossa completamente la ghiandola prostatica (intervento necessario in caso di neoplasia) ma solo liberata dal suo interno dal tessuto iperplastico, così da permettere nuovamente uno svuotamento vescicale libero da ostacoli.

L'intervento, agendo per via endoscopica, generalmente non ha impatto sulla funzione sessuale del paziente ma produce la perdita dell'eiaculazione per via anterograda.

UTILIZZO DEL LASER A TULLIO NELL'IPERPLASIA PROSTATICA E SUOI VANTAGGI



Mentre in un primo momento l'utilizzo dei laser nella chirurgia endoscopica dell'IPB aveva dato risultati inferiori rispetto al classico intervento di resezione trans uretrale della prostata (TURP), le nuove generazioni di laser consentono oggi di avere alcuni vantaggi.

Questo cambiamento è dovuto al passaggio da laser che agivano senza asportare il tessuto prostatico iperplastico (azione vaporizzante o necrotizzante in sede senza asportazione) a laser che invece mentre vaporizzano asportano anche il tessuto iperplastico. La rimozione del tessuto vaporizzato consente di avere vantaggi sia sui risultati ottenuti (soprattutto nel lungo termine), sia sugli effetti collaterali irritativi post-operatori (rimanendo il tessuto vaporizzato con alta energia, può produrre effetti irritativi ed anche ostruttivi per un periodo variabile dopo intervento).

I due tipi di laser ad oggi maggiormente utilizzati e che consentono di asportare il tessuto prostatico di IPB, sono quello a Tullio e quello ad holmio.

I vantaggi dell'uso del laser a Tullio nella chirurgia dell'IPB (vaporesezione della prostata con laser a Tullio) sono:

- *Rimane un intervento endoscopico (senza incisioni od accessi esterni) per via trans uretrale*

- *Viene utilizzata la normale strumentazione endoscopica che ogni istituto di urologia ha per eseguire le TURP, a cui e' aggiunta la sorgente laser e la fibra laser a Tullio*
- *come nella TURP bipolare si utilizza per irrigazione la soluzione fisiologica con vantaggi anche sui problemi di riassorbimento elettrolitico*
- *Ha un azione rapida sul tessuto riducendo i tempi operatori nelle prostate di dimensioni maggiori*
- *Asporta il tessuto mentre lo vaporizza, permettendo di ottenere ottimi risultati sulla ostruzione allo svuotamento vescicale causata dall'IPB*
- *La sua azione vaporizzante riduce il rischio di sanguinamento (praticamente assente nel paziente standard) anche nei soggetti che utilizzano terapie anticoagulanti od antiaggreganti*
- *Riduce la degenza postoperatoria anche a 24 ore dopo intervento (tempi maggiori se utilizzo di anticoagulanti o prostate di volume molto elevato)*
- *Riduce il cateterismo postoperatorio anche a 24 ore dopo intervento (tempi maggiori se utilizzo di anticoagulanti o prostate di volume molto elevato)*