

Enucleazione **laser** della prostata

(RP-ThuLEP / HoLEP)



Guida pratica all'intervento
e al recupero post-operatorio

PROF BOVE
UROLOGIA ROBOTICA MINI INVASIVA

UPMC
SALVATOR MUNDI
INTERNATIONAL HOSPITAL

Enucleazione laser della prostata (RP-ThuLEP / HoLEP)

“Guida pratica all'intervento e al recupero post-operatorio”

L'enucleazione laser della prostata è una tecnica chirurgica moderna e consolidata per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna, una condizione molto frequente che può causare difficoltà a urinare, getto debole, bisogno frequente di urinare (anche di notte), urgenza minzionale e, nei casi più avanzati, ritenzione urinaria o infezioni.

L'obiettivo dell'intervento è **rimuovere completamente il tessuto prostatico che ostruisce il passaggio dell'urina**, preservando le strutture sane circostanti. In termini semplici, non si crea solo un “canale”, ma si elimina l'ostruzione alla radice, con risultati duraturi nel tempo.

Come si svolge l'intervento

L'intervento viene eseguito **per via endoscopica**, senza incisioni esterne, passando attraverso l'uretra.

Il laser consente di separare il tessuto prostatico che causa l'ostruzione con grande precisione e con un sanguinamento generalmente ridotto rispetto alla chirurgia tradizionale.

La durata dell'intervento dipende dal volume della prostata e varia in media tra **60 e 120 minuti**.

Preparazione all'intervento

Prima dell'intervento è necessario attenersi ad alcune indicazioni fondamentali:

- **Sospensione di eventuali farmaci anticoagulanti o antiaggreganti**, sempre secondo indicazione del medico curante o del cardiologo
- **Digiuno dalla sera precedente** (non mangiare né bere)
- Esecuzione degli esami preoperatori programmati e valutazione anestesiológica

Queste misure servono a ridurre il rischio di sanguinamento e di complicanze legate all'anestesia.

Subito dopo l'intervento

Al termine dell'intervento viene posizionato un **catetere vescicale**, che resterà in sede generalmente per **36-48 ore**.

Il catetere è necessario per consentire una corretta guarigione, permettere il lavaggio della vescica e prevenire la ritenzione urinaria nelle prime ore.

La degenza ospedaliera è solitamente breve, **2-3 giorni**, salvo necessità cliniche particolari.

Cosa aspettarsi dopo la rimozione del catetere

Nei giorni immediatamente successivi alla rimozione del catetere è normale avvertire:

- bruciore durante la minzione
- aumento della frequenza urinaria
- urgenza a urinare, talvolta improvvisa
- getto urinario non ancora stabile

Questi sintomi **non indicano un problema dell'intervento**, ma fanno parte del normale processo di guarigione della vescica, che deve riadattarsi dopo anni di ostruzione. Il miglioramento è progressivo nelle settimane successive.

Possibili effetti collaterali


Come per ogni intervento chirurgico, anche l'enucleazione laser può essere seguita da alcuni effetti collaterali, generalmente transitori.

Disturbi urinari irritativi

Nei giorni o nelle settimane successive all'intervento possono comparire:

- aumento della frequenza urinaria
- urgenza minzionale, talvolta con stimolo imperioso

In rari casi questi disturbi possono persistere **fino a 2-3 mesi**. Sono legati al danno funzionale che la vescica ha subito nel tempo a causa dell'ostruzione prostatica.

 Questi sintomi:

- sono nella maggior parte dei casi **temporanei**
- possono essere **notevolmente migliorati** con una terapia farmacologica mirata

L'intensità dei disturbi può dipendere anche dal tipo di laser utilizzato e dalla quantità di energia assorbita dal tessuto prostatico residuo.

Eiaculazione retrograda

È uno degli effetti più frequenti dell'intervento.

 Incidenza: **70-80% dei casi**

Durante l'eiaculazione, lo sperma non viene espulso all'esterno ma refluisce in vescica e viene poi eliminato con le urine.

Questo avviene perché, per consentire uno svuotamento urinario efficace, l'intervento comporta l'asportazione del **collo vescicale**, che normalmente si chiude durante l'eiaculazione.

 In sintesi:

- per urinare bene, il collo vescicale deve essere aperto
- per eiaculare all'esterno, dovrebbe chiudersi
- dopo l'intervento questo meccanismo non è più possibile

L'eiaculazione retrograda **non è pericolosa**, ma è generalmente irreversibile.

Tecniche di preservazione dell'eiaculazione

In casi selezionati esistono tecniche modificate (“ejaculation sparing”) che mirano a ridurre il rischio di eiaculazione retrograda.










Con queste tecniche:

- eiaculazione retrograda nel **10–30% dei casi**
- **minore efficacia disostruttiva** rispetto alle tecniche standard
- nessuna garanzia di preservazione completa

La scelta va quindi personalizzata, valutando con il chirurgo il miglior equilibrio tra risultato urinario e funzione sessuale.

Possibili complicanze

Le complicanze sono complessivamente **poco frequenti**, ma devono essere conosciute:

- **Emorragia intra o post-operatoria** con necessità di re-intervento
 **0,1%**
- **Ritenzione urinaria acuta** con necessità di riposizionamento del catetere
 **6%**
(rischio maggiore nei pazienti con prostata molto voluminosa)
- **Incontinenza urinaria transitoria**, generalmente lieve
 **1,5%**
- **Sanguinamento tardivo** (2–3 settimane dopo l'intervento), dovuto al distacco delle escare di guarigione
 **0,5%**
- **Sclerosi del collo vescicale**
 **1,7%**
- **Stenosi uretrale**
 **2,6%**
- **Lesioni vescicali durante la morcellazione**, nella maggior parte dei casi gestibili con mantenimento prolungato del catetere; raramente può essere necessaria una conversione chirurgica
- **Infezioni delle vie urinarie**
 **2%**

Sono inoltre possibili, seppur rare, complicanze generali come trombosi venosa profonda, embolia polmonare, infarto miocardico o ictus cerebrale, prevenute con adeguata profilassi e controlli.

Dopo la dimissione

Prima della dimissione viene verificata:

- la capacità di urinare autonomamente con un buon flusso
- l'assenza di sanguinamento persistente
- l'assenza di febbre o dolore significativo

In alcuni casi il paziente può essere dimesso **ancora portatore di catetere** per qualche giorno, per maggiore sicurezza.

Nelle settimane successive

Per **10–15 giorni**, talvolta fino a **1 mese**, possono comparire:

- tracce di sangue nelle urine
- urine più scure
- piccoli coaguli o flocculazioni

👉 Sono segni normali della guarigione interna.

Dopo la rimozione del catetere può persistere una maggiore frequenza urinaria o urgenza: se fastidiosi, questi sintomi **vanno segnalati**, perché possono essere trattati.

Indicazioni pratiche

Dopo la dimissione è consigliato:

- condurre una vita normale evitando sforzi fisici intensi
- seguire una dieta equilibrata
- prestare attenzione alla regolarità intestinale
- L'attività sessuale e sportiva può essere ripresa **dopo circa 15 giorni**.

Contatti in caso di urgenza

Dopo la dimissione, in caso di **febbre superiore a 38°C, impossibilità a urinare, dolore intenso non controllabile con la terapia prescritta** o **sanguinamento improvviso con urine francamente rosse**, è importante **contattare tempestivamente il reparto di Urologia** presso cui è stato eseguito l'intervento o rivolgersi al **Pronto Soccorso**, segnalando sempre il recente intervento chirurgico.

Per dubbi, sintomi persistenti o problematiche non urgenti (ad esempio disturbi urinari fastidiosi, bruciore, urgenza minzionale), è consigliato **contattare gli urologi di riferimento** attraverso i recapiti forniti al momento della dimissione, senza attendere il controllo programmato.

Recapiti:

- per urgenze: <https://www.pierluigibove.com/urgenze/>
- per altre comunicazioni differibili contattare:
 - segreteria@drbove.it
 - 335.7205594 dalle 9:00 alle 20:00 giorni feriali

👉 Una comunicazione precoce consente nella maggior parte dei casi una gestione semplice ed efficace, evitando complicanze o accessi inutili in urgenza. I controlli successivi verranno programmati in base alle condizioni cliniche e all'estensione dell'intervento.

Esperienza e sicurezza del percorso di cura

L'intervento viene eseguito da un'équipe con **esperienza pluriennale nel trattamento chirurgico dell'ipertrofia prostatica**, inclusi pazienti **molto anziani**, con **patologie concomitanti complesse** o in terapia cronica. Il percorso di cura coinvolge **chirurghi, anestesisti e personale infermieristico altamente specializzati**, abituati a gestire questo tipo di intervento e le sue possibili criticità in ogni fase, dalla preparazione preoperatoria al follow-up.

👉 Questo approccio multidisciplinare consente di affrontare l'intervento con **elevati standard di sicurezza**, anche nei casi clinicamente più complessi.

Come interpretare le informazioni e i dati riportati

Le informazioni e le percentuali riportate in questa brochure derivano da un **insieme di dati scientifici presenti in letteratura** e dalla **esperienza clinica**

maturata nel tempo. È importante però comprendere che, in medicina, la statistica **non è matematica pura.**

I numeri descrivono ciò che accade **nella maggior parte dei casi**, ma non possono prevedere con certezza cosa succederà nel singolo paziente. Ogni persona ha una storia clinica diversa, condizioni generali diverse e una risposta individuale all'intervento e alla guarigione.

👉 Per questo motivo le percentuali servono a **orientare e informare**, non a fornire previsioni assolute.

L'esperienza clinica dell'équipe consente proprio di **interpretare i dati scientifici alla luce della situazione specifica di ciascun paziente**, adattando il percorso di cura in modo personalizzato.

L'obiettivo di questa brochure è quindi offrire informazioni chiare e trasparenti per aiutare il paziente a comprendere il percorso chirurgico, sapendo che ogni decisione viene sempre presa **tenendo conto della persona, non solo dei numeri.**

Per informazioni più accurate, si rimanda al link <https://www.pierluigibove.com/materiali-per-i-pazienti/> e scaricare il modulo per il consenso informato: HoLEP / ThuLEP