

Tecniche “Ejaculation Sparing” per l’ipertrofia prostatica



Capire davvero come funzionano,
quando sono utili e quali limiti
è importante conoscere

PROF BOVE
UROLOGIA ROBOTICA MINI INVASIVA

UPMC
SALVATOR MUNDI
INTERNATIONAL HOSPITAL

Tecniche “Ejaculation Sparing” per l’ipertrofia prostatica

Capire davvero come funzionano, quando sono utili e quali limiti è importante conoscere

Negli ultimi anni sono state proposte diverse tecniche per il trattamento dell’ipertrofia prostatica benigna con l’obiettivo di **preservare l’eiaculazione**. Queste procedure vengono spesso presentate come soluzioni meno invasive o come alternative alla chirurgia disostruttiva tradizionale.

È però fondamentale chiarire fin dall’inizio un concetto chiave:

👉 **preservare l’eiaculazione significa, nella maggior parte dei casi, accettare una minore efficacia disostruttiva.**

Queste tecniche non rimuovono completamente il tessuto prostatico che causa l’ostruzione, ma **agiscono in modo parziale**, con risultati che possono essere adeguati solo in **situazioni ben selezionate**.

Prima di iniziare: cosa significano IPSS e Qmax

Nel corso di questo documento vengono citati alcuni parametri utilizzati abitualmente per valutare i risultati delle diverse tecniche.

- **IPSS (International Prostate Symptom Score)**
È un questionario standardizzato che misura la **gravità dei sintomi urinari** (getto debole, difficoltà a iniziare la minzione, frequenza, urgenza, nicturia).

Il punteggio va da 0 a 35: più è alto, più i sintomi sono importanti.

👉 Una riduzione dell’IPSS indica un miglioramento **percepito dal paziente**.

- **Qmax**
È la **velocità massima del flusso urinario**, misurata con l'uroflussometria.
👉 Valori più alti indicano una **minore ostruzione** e uno svuotamento vescicale più efficace.

Questi parametri permettono di valutare in modo oggettivo **quanto una tecnica disostruisce realmente** e quanto il beneficio sia duraturo.

Un principio fondamentale da comprendere

La chirurgia prostatica efficace si basa su un concetto semplice:

👉 **più tessuto ostruttivo viene rimosso, più il risultato è stabile nel tempo.**

Le tecniche ejaculation sparing:

- disostruiscono meno
- lasciano più tessuto prostatico in sede
- sono associate a una **maggiore probabilità di recidiva dei sintomi**, anche nel breve-medio termine

Un aspetto spesso sottovalutato è la **presenza del lobo medio (terzo lobo)**, che rappresenta **una controindicazione o una forte limitazione** per molte di queste procedure, perché contribuisce in modo rilevante all'ostruzione del collo vescicale.

Come funzionano le principali tecniche ejaculation sparing

Rezūm


Utilizza iniezioni di **vapore acqueo** nel tessuto prostatico, che determinano una necrosi termica progressiva.

Come agisce

- non rimuove il tessuto

- riduce il volume in modo indiretto nel tempo

 Miglioramento IPSS: **45–55%**

 Incremento Qmax: **+5–7 ml/s**

 Preservazione eiaculazione: **80–90%**

 Ritrattamento: **fino al 20–25% a 5 anni**

👉 Efficacia limitata, risultati poco prevedibili, **scarsa indicazione in presenza di lobo medio o volumi maggiori.**

TPLA (ablazione prostatica transperineale laser)

Prevede l'inserimento di fibre laser per via perineale sotto guida ecografica.

Come agisce

- distrugge il tessuto in modo non selettivo
- non consente una vera rimodellazione dell'ostruzione

 Riduzione volumetrica: **20–40%**

 Miglioramento IPSS: **40–50%**

 Fallimento / ritrattamento: **15–25% entro 2–3 anni**

👉 Tecnica mini-invasiva ma **non paragonabile a una chirurgia disostruttiva vera**, con risultati molto variabili.

UroLift


Sistema meccanico che retrae i lobi prostatici tramite impianti metallici.

Come agisce

- non rimuove né distrugge tessuto
- modifica temporaneamente la geometria dell'uretra prostatica

 Miglioramento IPSS: **35–45%**

 Incremento Qmax: **+3–4 ml/s**

 Ritrattamento: **20–30% a 5 anni**

👉 Inefficace in presenza di **lobo medio**, con alta probabilità di progressione della patologia nel tempo.

Aquablation

Tecnica che utilizza un **getto d'acqua ad alta pressione**, guidato da imaging. È fondamentale comprendere che la procedura si articola in **due fasi distinte**:

1 Fase di pianificazione e ablazione robotizzata

- viene programmata l'area da trattare
- il getto d'acqua asporta una quota specifica di tessuto

2 Fase di controllo emostatico

- è necessario rientrare con un **resetto tradizionale**
- il chirurgo deve controllare il sanguinamento e rifinire il trattamento

👉 Nei **volumi prostatici medio-grandi**, questa seconda fase può essere complessa, soprattutto per il controllo dell'emostasi.



Miglioramento IPSS: **60–70%**



Incremento Qmax: **+10–15 ml/s**



Ritratamento: **5–10% a 3–5 anni**

La letteratura dimostra che i **migliori risultati si ottengono quando viene resecata una quota significativa di tessuto**.

👉 Questo ridimensiona il concetto di “standardizzazione automatica”: l'efficacia dipende ancora **da quanto tessuto viene realmente rimosso**.

Le tecniche ejaculation sparing con vero razionale chirurgico

TUIP / ThuLIP

(incisione del collo vescicale – prostate piccole)

Come agisce

- incide il collo vescicale
- risolve l'ostruzione funzionale senza asportare tessuto



Miglioramento IPSS: **65–75%**



Preservazione eiaculazione: **70–90%**



Ritrattamento: **5–10% nel lungo termine**

👉 Tecnica **estremamente valida nelle prostate piccole**, spesso sottovalutata rispetto a procedure più “di moda”.

ThuLEP ejaculation sparing

(enucleazione selettiva / trattamento del terzo lobo)

Come agisce

- rimuove in modo selettivo il tessuto realmente ostruttivo
- può concentrarsi sul **lobo medio**, spesso responsabile dei sintomi



Miglioramento IPSS: **70–80%**



Incremento Qmax: **+15–20 ml/s**



Preservazione eiaculazione: **50–70%**



Ritrattamento: **<5%**

👉 È l'unica strategia ejaculation sparing che mantiene una **vera logica disostruttiva**, ma richiede **elevata esperienza chirurgica** e un'attenta selezione dei casi.

Una considerazione importante sui costi

Molte tecniche ejaculation sparing hanno **costi molto elevati**, legati a:

- dispositivi monouso
- piattaforme dedicate
- tecnologie non sempre rimborsate dal sistema sanitario

👉 Un costo maggiore **non significa automaticamente un risultato migliore o più duraturo**.

In diversi casi, procedure molto costose offrono un miglioramento inferiore e una **maggiore probabilità di recidiva**, con il rischio di dover affrontare ulteriori trattamenti nel tempo.

Il valore di una procedura non è dato dal suo prezzo, ma dal **beneficio concreto e stabile per il paziente**.

Come interpretare queste informazioni

I dati riportati derivano dalla letteratura scientifica e dall'esperienza clinica. In medicina **la statistica non è matematica pura**: descrive ciò che accade nella maggior parte dei casi, ma **non può prevedere il risultato nel singolo paziente**.

👉 La scelta della tecnica deve sempre basarsi su:

- volume e anatomia della prostata
 - presenza del lobo medio
 - severità dei sintomi
 - aspettativa di durata del risultato
 - priorità funzionali del paziente
-

Le tecniche ejaculation sparing **non sono sbagliate in assoluto**, ma **non sono equivalenti alla chirurgia disostruttiva**.

Funzionano bene:

- solo in **prostate piccole**
- in **casi accuratamente selezionati**
- quando il paziente è consapevole del **rischio di recidiva**

👉 Nelle prostate di volume medio-grande, il rischio non è evitare l'intervento, ma **rimandare una chirurgia definitiva**, con ritorno dei sintomi anche in tempi brevi.

In urologia, come in tutta la chirurgia, **meno invasivo non significa sempre migliore.**

L'obiettivo non è scegliere la tecnica più pubblicizzata, ma **quella più adatta a quella specifica prostata**, oggi e nel tempo.

Tecniche per IPB - Confronto grafico (efficacia vs funzione)

Tecnica	Disostruzione	Preserva eiaculazione	Durata risultato	Indicazione ideale
Rezūm	🟡	🟢🟢	🟡	Prostate piccole, senza lobo medio
TPLA	🟡	🟡🟡	🟡	Casi selezionati
UroLift	🔴	🟢🟢🟢	🟡	Prostate piccole, senza lobo medio
Aquablation	🟡🟡	🟡🟡	🟡	Volumi selezionati
TUIP / ThuLIP	🟢🟢	🟢🟢	🟢🟢	Prostate piccole
ThuLEP ejaculation sparing	🟢	🟡	🟢🟢	Anatomia selezionata
Enucleazione standard (HoLEP / ThuLEP)	🟢🟢🟢	🔴	🟢🟢🟢	Tutti i volumi

🟢🟢🟢	Massima / Molto alta / Molto lunga	🟢🟢	Alta / Lunga	🟢	Buona	🟡🟡	Medio alta	🟡	Media	🟡	Bassa / Breve	🔴	Molto bassa
-----	------------------------------------	----	--------------	---	-------	----	------------	---	-------	---	---------------	---	-------------