

Casistica operatoria delle Prostatectomie Radicali Laparoscopiche Settembre 2000 – Settembre 2008

L'intervento di Prostatectomia Radicale per Adenocarcinoma può essere eseguito a cielo aperto per vie retropubica oppure per via laparoscopica o con l'ausilio del Robot da Vinci.

La medicina è in continua evoluzione e presso la nostra Fondazione i progressi della tecnica chirurgica e della tecnologia vengono seguiti con estrema attenzione per fornire sempre ai nostri pazienti il miglior livello di assistenza e terapia.

Dopo molti anni in cui abbiamo eseguito la Prostatectomia Radicale per via Retropubica nel Settembre 2000 abbiamo iniziato ad eseguire l'intervento per via Laparoscopica. Riportiamo qui di seguito la nostra esperienza per fornire ai pazienti utili elementi di valutazione del lavoro che viene svolto quotidianamente presso la nostra Fondazione.

La casistica è stata raccolta dal Settembre 2000 al Settembre 2008 quando abbiamo cessato di fare l'intervento per via laparoscopica per passare alla chirurgia robotica.

Abbiamo evidenziato alcuni commenti per chiarire degli aspetti dei dati che altrimenti sarebbero di difficile valutazione per i non addetti ai lavori.

In fondo a questo breve lavoro abbiamo scritto un piccolo dizionario per aiutare a capire i termini medici, il loro significato e la relativa importanza.

In questo periodo abbiamo sottoposto a Prostatectomia radicale Laparoscopica (PRL) 283 pazienti di età compresa tra i 45 ed i 76 anni (età media 63.5 aa).

In fase diagnostica tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esplorazione digito rettale (ER), dosaggio del PSA, ecografia prostatica transrettale e risonanza magnetica con bobina trans-rettale e spettroscopia (quest'ultimo esame solo nei pazienti in attesa di biopsia). Questo iter diagnostico si concludeva con la biopsia prostatica eco guidata trans-perineale che, in caso di positività, conduceva all'intervento.

La scintigrafia ossea è stata eseguita in tutti i pazienti che presentavano valori di PSA totale > 10 ng/dl.

I valori del PSA pre-operatorio variavano da un minimo di 0.49 ad un massimo di 85 ng/ml (valore medio 6.63 ng/ml).

La valutazione clinica dello stadio di malattia ha evidenziato:	pazienti	Stadio
	72	cT1
	199	cT2
	12	cT3

Dopo PRL la valutazione patologica sul pezzo operatorio ha mostrato:	pazienti	Stadio
	37	pT2a
	55	pT2b
	91	pT2c
	75	pT3a
	25	pT3b

Questa evidente migrazione di stadio (da 12 a 100 T3) con un incremento dei casi in cui la malattia era fuoriuscita dalla capsula anatomica della prostata, molto spesso a livello microscopico, è dovuta

all'esame istologico sul pezzo operatorio. Infatti, nonostante i progressi fatti nella diagnostica, solo l'esame istologico definitivo sul pezzo operatorio è in grado di definire con assoluta certezza lo stadio patologico della malattia.

L'intervento di Prostatectomia Radicale, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, viene valutato ed analizzato sotto tre aspetti.

Oncologico: la percentuale dei margini positivi e sulla eventuale recidiva del PSA

Urologico: conservazione della continenza urinaria

Andrologico: conservazione della potenza sessuale

Valutazione Oncologica

Questa si basa sulla percentuale di margini positivi (sul pezzo anatomico) e sulla eventuale recidiva del PSA nel tempo.

L'esame istologico definitivo ha mostrato la presenza di margini positivi in 47 pazienti (16%).

Di questi, 20 erano stati sottoposti a risparmio dei fasci neuro vascolari per la preservazione della potenza sessuale.

Margini positivi:	pazienti	stadio
	2	pT2a
	5	pT2b
	4	pT2c
	27	pT3a
	9	pT3b

I margini positivi non sono automaticamente indizio di un intervento non radicale.

Infatti detti margini spesso sono solo a livello microscopico e monofocali.

In ogni caso i pazienti con margini positivi devono essere seguiti strettamente per evidenziare una eventuale recidiva del PSA.

Nella nostra casistica abbiamo avuto il 4,4% di recidive biochimiche (ritorno del PSA) nei 183 pazienti stadio T2 cioè con malattia intracapsulare.

Nei pazienti T3, cioè con fase di malattia più avanzata e con il tumore che era già fuoriuscito dalla capsula anatomica il 18% ha presentato una recidiva biochimica.

Quindi nell'82% nei pazienti con stadio patologico T3 la chirurgia da sola ha portato alla guarigione.

Risultati decisamente migliori di quanto riportato in letteratura.

Se il paziente dopo l'intervento presenta ancora dei valori del PSA superiori allo zero oppure, anche anni dopo l'intervento, il PSA torna a salire, si parla di recidiva biochimica del PSA.

In questo caso significa che vi sono ancora delle cellule prostatiche che secernono l'antigene prostatico specifico (PSA). In genere si tratta di una persistenza o di una recidiva di malattia.

Valutazione Urologica

La valutazione della continenza ad un anno ha mostrato il 94% dei pazienti totalmente continenti.

Nei vari lavori in letteratura la valutazione della continenza nel postoperatorio non è uniforme.

Noi abbiamo adottato la valutazione più chiara.

Un paziente è considerato continente quando non porta più neanche il piccolo assorbente di sicurezza che in genere viene utilizzato nel periodo immediatamente postoperatorio, per l'incontinenza da sforzo.

date	30 gg	60 gg	90 gg	120 gg	180 gg	Un anno	IUS *
continenza	27 %	47 %	59 %	65 %	70 %	94 %	6%

- Incontinenza Urinaria da Stress

Il 6% dei pazienti non continenti presentavano solo una incontinenza urinaria da sforzo.

Il fattore più importante per il recupero di una continenza perfetta è stata l'età del paziente. E' evidente che un paziente di 55 anni ha una muscolatura del pavimento pelvico ben diversa da quella di un paziente di 75. Ed è questo ipotono del pavimento pelvico a ritardare le ripresa della continenza, in particolare nei pazienti più anziani.

Altro fattore molto importante per il recupero precoce della continenza è l'assiduità con la quale vengono eseguiti gli esercizi di fisioterapia tesi a migliorare il tono della muscolatura perineale e quindi ad accelerare la ripresa della continenza.

Valutazione Andrologica

Solo nel 43% dei pazienti (n=123), dato lo stadio della malattia e/o l'età del paziente, è stato possibile procedere al risparmio dei fasci neuro-vascolari per la conservazione della potenza sessuale:

Nel 67% di questi pazienti è stata eseguito un intervento di Nerve Sparing bilaterale mentre nel restante 32% è stata eseguito un intervento di Nerve Sparing monolaterale.

Complessivamente solo il 51% di questi pazienti ha conservato la potenza sessuale ad un anno dall'intervento Nerve Sparing (senza o con terapia orale di supporto).

Nella nostra esperienza la conservazione di un solo fascio neuro-vascolare non ha dato buoni risultati. Infatti il 51% dei pazienti, che ha una regolare attività sessuale, hanno tutti ricevuto un intervento con il risparmio bilaterale dei fasci neuro-vascolari.

Ovviamente anche qui l'età giuoca un ruolo di estrema importanza. Tutti i pazienti che hanno conservato una attività sessuale regolare, tranne rare eccezioni, non avevano superato i 55 anni.

I tempi operatori variavano da un minimo di 165 minuti ad un massimo di 480 minuti.

Ovviamente i tempi operatori più lunghi sono legati all'inizio della nostra esperienza con questo intervento. Altri fattori che incidono sulla durata dell'intervento sono: l'eventuale necessità di una linfadenectomia estesa, fino ai linfonodi presacrali nei casi ad alto rischio, la possibilità di un intervento con il risparmio bilaterale dei fasci neuro vascolari e la nostra abitudine di eseguire routinariamente l'esame istologico intraoperatorio, sul pezzo anatomico, per controllare la radicalità dell'intervento chirurgico. Solo a quel punto l'intervento può essere portato a termine, senza eseguire ulteriori resezioni per ottenere la radicalità chirurgica.

La rimozione del catetere vescicale è stata effettuata in 6° giornata post-operatoria, previo controllo cistografico della tenuta dell'anastomosi vescico-uretrale.

La degenza media è stata di 7 giorni, variando da un minimo di 3 ad un massimo di 35 giorni. Spesso i pazienti che devono sottoporsi ad un intervento di Prostatectomia Radicale sono bombardati da notizie contraddittorie sui risultati ottenibili con le diverse tecniche. La chirurgia a cielo aperto, la Laparoscopia ed oggi sempre più spesso la Robotica si confrontano a suon di percentuali, purtroppo non sempre corrette.

La decisione di riportare, con tutta onestà, on line, i risultati del nostro lavoro e della nostra esperienza è scaturita dalla necessità di fornire ai nostri pazienti un quadro corretto di quello che sarà il loro postoperatorio.

Infatti l'andamento del PSA, della continenza e della potenza sessuale sono i tre parametri che vengono comunemente utilizzati per valutare i risultati di questa chirurgia.

Dal settembre 2008 abbiamo lasciato la Prostatectomia laparoscopica e siamo passati alla chirurgia robotica ed oggi eseguiamo tutti i nostri interventi utilizzando questa tecnologia innovativa, con risultati nettamente migliori rispetto alla tecnica di Laparoscopia classica.

Purtroppo è ancora troppo presto per valutare i risultati a distanza e vi diamo appuntamento da qui a tre anni.

Dizionario esplicativo dei termini medici.

L'Antigene Prostatico Specifico (PSA, da Prostatic Specific Antigen) è una glicoproteina prodotta esclusivamente dalle ghiandole prostatiche.

Si tratta del Marker più importante in Oncologia, anche se non è un marker di malattia (cioè non è specifico per una precisa malattia) ma è un marker di organo.

Quando noi misuriamo il PSA lo misuriamo nel sangue periferico pertanto misuriamo la quantità di PSA che è fuoriuscita dalla ghiandola prostatica e si è diffusa nel sangue.

In caso di una qualsiasi patologia della prostata come infezione, adenoma, carcinoma o una semplice visita prostatica il valore del PSA nel sangue periferico cresce.

Tutto questo rende l'interpretazione del PSA complessa ma, in caso di un progressivo aumento del PSA nel tempo, questo è inequivocabilmente un segno prognostico importante. Più importante del valore assoluto.

Se il PSA ritorna e cresce dopo un intervento di prostatectomia radicale questo significa che vi sono delle cellule prostatiche, presenti nel paziente, che lo producono.

Stadiazione della malattia

Le malattie neoplastiche vengono inquadrare con il grado di aggressività della malattia, che nel caso della prostata è il sistema di Gleason, e con lo stadio della malattia T1, T2, T3, T4.

Nella prostata lo stadio T1a sta ad indicare un paziente che è stato operato per un adenoma prostatico e l'esame istologico ha messo in evidenza un piccolo carcinoma che non era stato diagnosticato in precedenza.

Lo stadio T1b sta per un paziente operato per un adenoma ed in cui l'esame istologico ha mostrato una malattia che ha interessato più del 5% del materiale esaminato.

Lo stadio T1c sta ad indicare un paziente nel quale l'esplorazione rettale e l'ecografia sono negative ma il PSA è elevato e la biopsia è risultata positiva.

Lo stadio T2 indica una malattia intracapsulare. Cioè una malattia in cui le cellule neoplastiche sono ancora contenute all'interno della capsula anatomica dell'organo.

Lo stadio T3 indica una malattia in cui le cellule neoplastiche hanno superato la barriera della capsula prostatica. Spesso l'estensione della malattia è solo a livello microscopico ed i margini.

chirurgici sono negativi perché la malattia non è presente sui limiti esterni del pezzo anatomico asportato.

Lo Stadio T4 indica una malattia che ha invaso gli organi vicini come la vescica o il retto.

Inoltre si distingue uno Stadio Clinico, caratterizzato dalla lettera “c” che è il risultato della stadiazione ottenuta dalla visita e dagli esami preoperatori come Ecografia e Risonanza magnetica ed uno Stadio Patologico caratterizzato dalla lettera “p” che è il risultato dell’esame istologico definitivo.

E’ ovvio che vi può essere una differenza importante tra lo stadio clinico e lo stadio patologico determinato dai limiti della stadiazione clinica che spesso sottostadia la malattia, cioè ci fornisce uno stadio più basso di quanto sia in realtà.

Lo stadio Patologico è quello che fa testo e che sarà utilizzato per seguire il paziente nel tempo e per le ulteriori eventuali terapie.