

Prostatectomia radicale

COS'È IL CARCINOMA PROSTATICO ?

L'adenocarcinoma della prostata è definito come una neoplasia maligna infiltrante composta da cellule originate nell'ambito della ghiandola prostatica. Il carcinoma prostatico è il secondo tumore più frequente in Italia, dopo quello del polmone, con 23.518 nuovi casi all'anno nel 2002, pari al 14,4% di tutte le neoplasie. I tassi di incidenza aumentano esponenzialmente con il crescere dell'età come per nessun altro tumore maligno. L'età in effetti rappresenta il principale riconosciuto fattore di rischio.

2. COME SI ARRIVA ALLA DIAGNOSI E QUINDI AL RICOVERO ?

Alla diagnosi di adenocarcinoma prostatico si arriva esclusivamente attraverso la biopsia della prostata, eseguita o per un sospetto clinico (nodulo avvertito dall'urologo con l'esplorazione rettale) o per un andamento sospetto del PSA (dosaggio nel sangue dell'antigene prostatico specifico). Quando la biopsia prostatica dimostra la presenza di adenocarcinoma prostatico, si valuta la probabilità che la malattia sia localizzata alla prostata.

La valutazione della probabilità è basata su 3 parametri:

- valore del PSA
- grado istologico
- percentuale di prelievi positivi.

Quando la malattia è localizzata si propone una terapia con intento curativo (definitiva) che consenta la guarigione dalla malattia. Le terapie definitive validate da studi clinici controllati sono la prostatectomia radicale e la radioterapia a fasci esterni a modulazione d'intensità con acceleratore lineare. La scelta della chirurgia rispetto alla radioterapia avviene sulla base di diversi parametri: caratteristiche della malattia, condizioni cliniche del paziente, condizioni fisiche del paziente, aspettativa di vita.

In generale è ritenuto candidabile ad intervento di prostatectomia radicale con intenti curativi il paziente con neoplasia clinicamente localizzata, con aspettativa di vita di almeno 10 anni e condizioni generali soddisfacenti. Ad oggi l'intervento di prostatectomia radicale è l'unico trattamento per l'adenocarcinoma prostatico localizzato che ha mostrato, in uno studio prospettico randomizzato con un follow-up medio di 8.2 anni, una riduzione della mortalità globale e tumore-specifica, una riduzione del rischio di metastasi e della progressione locale di malattia, rispetto al trattamento conservativo.

3. COSA ACCADE PRIMA DEL RICOVERO?

Prima del ricovero verranno eseguiti gli Esami Preoperatori (EPO): il paziente attenderà la telefonata con cui gli si comunicherà la data in cui eseguirà gli esami (esami del sangue, elettrocardiogramma, radiografia del torace) la visita anestesiologicala ed il controllo urologico.

4. COSA ACCADE AL MOMENTO DEL RICOVERO?

Verrà ricoverato il giorno stesso dell'intervento, o la sera precedente, e pertanto dovrà rimanere digiuno dalla mezzanotte del giorno prima, consumare una cena leggera la sera precedente e, se possibile, aver provveduto a depilarsi "a calzoncino" cioè dalla vita a metà coscia, con particolare riguardo per i peli del pube. Al momento del ricovero, il personale infermieristico, oltre a provvedere alle formalità burocratiche di ricovero, controllerà l'adeguatezza delle procedure sopra descritte e l'accompagnerà a letto. Verrà

quindi accompagnato in sala operatoria avendo lasciato eventuali protesi dentarie, orologio, gioielli, piercing, ecc. Generalmente è indicata la profilassi antibiotica (per via endovenosa, prima dell'intervento) ed antitrombotica (per via sottocutanea per tutta la durata della degenza).

5. CHE TIPO DI INTERVENTO VERRA' ESEGUITO?

L'intervento che verrà eseguito è la prostatectomia radicale per via retro pubica o laparoscopica. Con il termine di prostatectomia radicale si intende l'asportazione in blocco di prostata e vescicole seminali e la successiva anastomosi vescicouretrale e dei linfonodi regionali. L'intervento di prostatectomia radicale, a seconda delle caratteristiche cliniche e della malattia potrà prevedere il risparmio dei nervi erigenti e il risparmio del collo vescicale. L'intervento viene effettuato attraverso una incisione mediana al disotto dell'ombelico; superati i piani muscolari si procede alla linfadenectomia pelvica, quindi si procede alla prostatectomia radicale le cui fasi si possono riassumere nei seguenti punti:

- sezione dei legamenti pubo-prostatici
- legatura del complesso venoso dorsale
- sezione dell'uretra
- mobilizzazione della prostata delle vescicole seminali e sezione dei vasi deferenti (durante questo passaggio la tecnica può modificarsi in funzione dell'intento o meno del risparmio dei nervi erigenti)
- sezione della giunzione prostato-vescicale con eventuale risparmio del collo della vescica.
- eventuale ricostruzione del collo vescicale
- posizionamento del catetere vescicale e anastomosi vescico-uretrale.
- posizionamento del drenaggio e chiusura della parete addominale

6. QUANTO DURA L'INTERVENTO ?

La durata varia da 90 a 240 minuti, e dipende oltre che dalle caratteristiche fisiche di prostata e annessi anche dall'eventuale esecuzione di tecniche quali il risparmio dei nervi e/o del collo vescicale.

7. QUALI ALTERNATIVE ESISTONO A QUESTO TIPO DI INTERVENTO?

Le alternative di trattamento alla chirurgia per la malattia organo confinata sono diverse ma con differente dignità e risultati. L'unica alternativa non chirurgica validata da studi clinici controllati è la radioterapia a fasci esterni (vedi sopra al punto 2). Altre terapie non validate da studi clinici controllati di confronto sono:

- la brachiterapia con impianto permanente che offre risultati clinici confrontabili con altre tipi di trattamento loco-regionale solo per le forme di malattia a basso rischio di progressione.
- l'HIFU (ultrasuoni focalizzati ad alta intensità) e la Crioterapia, che di fatto non rappresentano una vera alternativa in quanto sono indicate solo a persone non candidabili alla prostatectomia radicale o alla radioterapia o che rifiutino le precedenti opzioni.
- La sorveglianza attiva (S.A.): rappresenta una opzione terapeutica applicabile ai carcinomi cosiddetti " clinicamente insignificante " cioè a basso rischio di progressione. La S.A. di fatto consiste nel rimandare un trattamento definitivo come la chirurgia o la Radioterapia o qualsiasi altra forma di intervento "cruento" al momento della progressione (estensione, aggravamento) della malattia. Per valutare l'eventuale progressione nel tempo occorre sottoporsi ad intervalli definiti al dosaggio del PSA, alla esplorazione rettale e soprattutto alle biopsie prostatiche.

L'obiettivo della S.A è quello di evitare le complicanze dei trattamenti cruenti o quanto

meno di rinviarle nel tempo. A tutt'oggi non si hanno risultati prospettici validati. Nell'ambito della chirurgia le alternative alla prostatectomia radicale retropubica sono:

- prostatectomia radicale perineale: ha lo svantaggio di non permettere la linfadenectomia pelvica e quindi non si può considerare radicale in senso stretto.
- prostatectomia radicale laparoscopica
- prostatectomia radicale robotica

8. QUALI SONO I RISCHI E LE POSSIBILI COMPLICANZE?

La prostatectomia radicale è considerata un intervento di chirurgia maggiore e come tale non è scevro da complicanze. Il tasso di mortalità peri-operatoria, cioè quello che avviene nei trenta giorni susseguenti all'intervento chirurgico, varia intorno all'1%, mentre la mortalità intraoperatoria è inferiore allo 0,5%.

Le complicanze dell'intervento di prostatectomia radicale la cui frequenza varia dal 7,5 al 18,5% si possono suddividere in tre gruppi:

- Intraoperatorie:

- l'emorragia intra-operatoria che si verifica in meno del 10% dei casi con una perdita di sangue che mediamente non supera i 1.200/1.500 ml.
- la perforazione della parete rettale viene riportata nello 0,1/0,2% dei casi. La perforazione rettale se minima è riparata nel corso dell'intervento stesso; se la lesione rettale è di dimensioni più cospicue e la sola riparazione non dà sufficienti garanzie, si è soliti confezionare una colostomia temporanea per permettere una più sicura guarigione.

- Le lesioni incidentali degli organi addominali

• le lesioni ureterali hanno un'incidenza variabile dallo 0,1 all'1% e necessitano di una riparazione intraoperatoria solitamente consistente in un reimpianto dell'uretere in vescica.

- Post-operatorie precoci (fino a 30 giorni dopo l'intervento chirurgico):

- trombo-emboliche 0,7-2,6%,
- cardiovascolari 1-4%,
- infezioni di ferita 0,9-1,3%,
- linforrea o linfocele 0,6-2%.
- la stenosi dell'anastomosi vescico-uretrale viene riportata in una percentuale variabile tra lo 0,6 e il 32% dei casi ed è solitamente trattabile per via endoscopica.

- Post-operatorie tardive (dopo trenta giorni dall'intervento chirurgico):

• l'incontinenza urinaria: Nelle casistiche disponibili sulle prostatectomie radicali l'incidenza dell'incontinenza totale è riportata variabile e dipendente da vari fattori: caratteristiche della malattia, tecniche usate, caratteristiche dei pazienti e parametri di valutazione. Attualmente nelle nostre serie il 95% dei pazienti è totalmente continente a 3 mesi dall'intervento. Trattamenti farmacologici, o nei casi più gravi chirurgici, possono correggere quel 5% che risultasse ancora non completamente continente a distanza.

• l'impotenza sessuale. La conservazione bilaterale dei nervi, quando è possibile eseguirla e indicata dalle caratteristiche della malattia, consente tassi di recupero della potenza in più del 50% dei casi. Gruppi di soggetti selezionati possono raggiungere tassi vicini al 90% in quanto il recupero della potenza è correlato con l'età, le caratteristiche della malattia, la tecnica chirurgica: con l'avanzare dell'età il recupero della funzione sessuale è migliore nei pazienti in cui sono stati preservati entrambi i fasci neurovascolari; i pazienti che hanno un migliore recupero della funzione sessuale sono quelli più giovani.

9. COSA SUCCEDDE DOPO L'INTERVENTO?

Dopo l'intervento al ritorno in camera di degenza si avrà una fleboclisi per l'idratazione e l'immissione della terapia necessaria, in taluni casi a seconda delle necessità cliniche un

catetere venoso centrale, il drenaggio ed il catetere vescicale. Il giorno seguente l'intervento comincerà, salvo controindicazioni cliniche, un'alimentazione leggera e potrà progressivamente alzarsi dal letto, all'inizio aiutato dal personale infermieristico e riprendere ad alimentarsi normalmente. Solitamente verso la 6° giornata post-operatoria viene eseguito un controllo cistografico per valutare la possibilità di rimozione del catetere vescicale, se assenza di spandimento del mezzo di contrasto. Il drenaggio viene quindi rimosso successivamente e il paziente è dimissibile. La degenza in Ospedale totale varia da 8 a 9 giorni.

10. COSA AVVERRÀ DOPO LE DIMISSIONI?

Al momento delle dimissioni è valutata la capacità del paziente di urinare autonomamente con un buon flusso, l'assenza di sanguinolento, l'assenza di febbre o di dolore. Per 10 -15 giorni, talvolta fino ad 1 mese dall'intervento possono esservi tracce di sangue nelle urine, urine scure o contenenti flocculazioni: sono il significato della progressiva riparazione della cicatrice interna conseguente all'intervento. Nei giorni dopo la rimozione del catetere, una certa perdita di urina variabile a seconda delle circostanze, una maggior frequenza nell'urinare possono persistere anche a lungo, benché con un progressiva riduzione. Il recupero della continenza può richiedere anche mesi. Dopo la dimissione è consigliata una vita normale senza sforzi fisici per circa 30 giorni, una dieta equilibrata con particolare attenzione a mantenere un alvo regolare. L'attività sportiva potrà essere ripresa dopo circa 3 mesi dalla dimissione. A domicilio in caso di febbre, ritenzione d'urina, di improvvisa emorragia, di dolori o di gonfiori abnormi e persistenti contattare il reparto di urologia. I controlli saranno consigliati in sede di dimissione a seconda delle condizioni associate e del tipo di intervento.

11. CHE COSA ACCADE SE NON MI SOTTOPONGO AD ALCUNA TERAPIA?

Dipende dall'aggressività biologica della malattia (Gleason score), dall'età, dall'estensione del tumore (stadio di malattia). In alcuni casi (vedi anche Sorveglianza Attiva) è possibile rinviare la terapia, in altri la malattia potrebbe rapidamente estendersi ad altri organi diventando di difficile controllo.

INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA

Per quanto concerne ogni ulteriore informazione in merito alla presente struttura, La invitiamo a rivolgersi all'amministrazione che sarà a Sua disposizione per ogni ulteriore chiarimento.