

TUMORE DELLA PROSTATA

Il trattamento chirurgico del tumore della prostata è rappresentato dall'intervento di prostatectomia radicale. Questo intervento consiste nell'asportazione della ghiandola prostatica e delle vescicole seminali e può essere completato, se necessario, dall'asportazione dei linfonodi regionali. Dopo l'asportazione della prostata si provvede ad anastomizzare, cioè a suturare direttamente, la vescica con il moncone di uretra.

La decisione di asportare o meno i linfonodi regionali dipende dallo stadio della malattia, dal valore di PSA e da altri parametri che vengono riassunti in nomogrammi, cioè tabelle dai cui dati si possono ottenere delle percentuali di rischio della malattia.

Sarà compito dell'urologo di fiducia e di tutta l'equipe medica valutare attentamente il singolo caso ed attribuire una classe di rischio, secondo la quale verrà poi posta l'indicazione o meno alla linfadenectomia.



Le problematiche fondamentali che classicamente comporta l'intervento di prostatectomia radicale sono rappresentate dall'incontinenza urinaria e dall'impotenza sessuale. Attualmente queste due conseguenze sono risultate meno frequenti grazie al miglioramento della tecnica chirurgica e all'affinamento delle metodiche utilizzate.

L'intervento chirurgico può essere eseguito con la tecnica classica a cielo aperto, con tecnica laparoscopica oppure con tecnica laparoscopica robot-assistita.

- ✓ La tecnica classica a cielo aperto è stata introdotta negli anni novanta dal Prof. Walsh. Consiste in una incisione sovrapubica tra ombelico e pube attraverso la quale si raggiunge la prostata, che viene rimossa assieme alle vescicole seminali collegando successivamente la vescica direttamente all'uretra. Recentemente, con il miglioramento delle conoscenze dell'anatomia della regione, è stata introdotta la tecnica nerve-sparing che permette di risparmiare i tessuti deputati all'erezione.
- ✓ La tecnica laparoscopica, introdotta alla fine degli anni novanta, permette di raggiungere la prostata dopo aver gonfiato l'addome con CO₂, introdotto dei trocar nella cavità addominale ed inserito gli strumenti di lavoro. La finalità è sempre la stessa, ma la magnificazione delle immagini attraverso una telecamera ed il raggiungimento di spazi angusti con gli strumenti idonei permette una dissezione più accurata della prostata soprattutto in caso di tecnica nerve-sparing. Tale tecnica permette di ridurre i tempi di degenza e di avere una ripresa più rapida delle attività lavorative e della vita di relazione.
- ✓ La tecnica laparoscopica robot-assistita si avvale dell'aiuto del robot Da Vinci® che permette di operare con un ingrandimento di circa 20 volte e con una visione in 3 dimensioni. Tutto ciò consente di operare con una visione amplificata sicuramente superiore a quella che si può ottenere in chirurgia aperta o laparoscopica. La finalità è sempre quella di rimuovere la prostata ammalata e le vescicole seminali, e l'ingrandimento dell'immagine con maggiori dettagli permette, quando ciò è consentito, di salvaguardare sia i nervi deputati all'erezione che lo sfintere uretrale esterno.

deputato alla continenza urinaria. Questo si traduce in migliori risultati postoperatori per quanto riguarda la continenza urinaria ed il deficit dell'erezione.

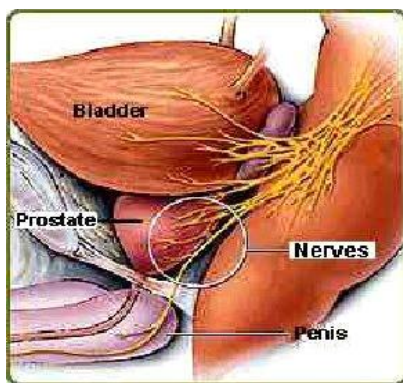
Presso l'UOC di Urologia dell'Ospedale di Negrar è possibile effettuare tutte queste tre tipologie di interventi. Sarà l'urologo di fiducia che, sulla base dell'esperienza personale e della complessità del caso clinico, saprà consigliare il miglior approccio terapeutico.

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT ASSISTITA (RARP)

La tecnica robotica consente di operare con un ingrandimento visivo di circa 20 volte e con una visione a 3 dimensioni, consentendo di eseguire l'intervento con una accuratezza significativamente superiore a quello della chirurgia a cielo aperto o della chirurgia laparoscopica classica. La facilità e l'ampiezza dei movimenti degli strumenti laparoscopici robotici rendono anatomica e precisa la dissezione dei tessuti ([vedi filmato Youtube](#)) e facilitano il posizionamento di punti di sutura ([vedi filmato Youtube](#)).



L'intervento di prostatectomia radicale robot assistita (RARP) viene eseguito in anestesia generale. Il paziente viene posizionato sul lettino operatorio, che viene inclinato a circa 30° portando la testa in basso e le gambe in alto. Inizialmente, la cavità addominale viene riempita di anidride carbonica per creare una camera di lavoro idonea agli strumenti chirurgici robotici: viene creato, cioè, un pneumoperitoneo. Successivamente, tramite 6 piccole incisioni di circa 1 cm (una a livello ombelicale e 5 a livello addominale laterale), vengono inseriti in cavità addominale i trocar operativi attraverso i quali verranno introdotti gli strumenti operatori. Completata tale procedura, dalla cavità peritoneale si accede allo spazio pelvico dove è localizzata la prostata. Nel caso in cui fosse oncologicamente necessario, si procede alla rimozione dei linfonodi pelvici bilateralmente (linfadenectomia). I linfonodi sono piccoli organelli con la funzione di filtrare liquidi e proteine (ed eventualmente alcune cellule tumorali) provenienti dalla prostata. Quindi si procede all'isolamento della prostata. Tale manovra avviene partendo dal collo vescicale, che viene separato dalla base della prostata, e arrivando sino alle vescicole seminali avendo cura di conservare il più possibile l'integrità delle fibre muscolari del collo vescicale stesso, poiché queste fibre sono importanti nel meccanismo della continenza urinaria.



Durante la procedura viene posta la massima attenzione alla salvaguardia dei nervi che avvolgono la prostata, fondamentali per una adeguata preservazione della funzione erettile. Nel caso in cui il tumore prostatico dimostri intraoperatoriamente di coinvolgere anche la ricca ragnatela di nervi che avvolge la ghiandola prostatica, questa di necessità dovrà essere sacrificata in parte o totalmente per permettere la rimozione completa del tumore.

Completato l'isolamento della prostata si procede alla sezione del plesso venoso di Santorini e alla sua successiva sutura emostatica ponendo la massima attenzione alla preservazione della integrità dello sfintere uretrale esterno, muscolo principale responsabile della continenza urinaria.

Si procede poi a sezionare l'uretra a livello dell'apice prostatico e, a questo punto, il pezzo operatorio prostatico, completamente liberato, viene estratto dall'addome attraverso una porta operativa. L'intervento prosegue con una accurata emostasi per prevenire sanguinamenti postoperatori.

Infine si procede al confezionamento dell'anastomosi uretro-vescicale, che viene eseguita con una sutura in continua che garantisce una tenuta eccellente e una rapida ripresa della continenza urinaria. Si posiziona quindi un catetere vescicale e un piccolo tubo di drenaggio.

Terminato l'intervento in sala operatoria, il paziente viene trasferito in reparto di degenza: il pomeriggio dell'intervento viene invitato ad alzarsi dal letto, mentre in prima giornata postoperatoria si rimuove il drenaggio addominale, si può alimentare e bere, e già dalla seconda giornata postoperatoria può avvenire la dimissione dall'Ospedale con il catetere vescicale in sede. Si trascorre l'ultima parte della degenza postoperatoria a domicilio, dove ci si potrà riprendere con maggiore rapidità in un ambiente familiare. Il catetere verrà rimosso dopo sette - dieci giorni a seconda del giudizio dell'operatore che valuterà la qualità dell'anastomosi uretro-vescicale eseguita durante l'intervento. Pertanto, al momento della dimissione dal reparto, si comunicherà al paziente la data della probabile rimozione del catetere. Quel giorno il paziente si presenterà in reparto, dove verrà rimosso il catetere e tenuto in osservazione per alcune ore.

Al momento della dimissione dall'Ospedale, verrà rilasciato al paziente un foglio di dimissione con le principali indicazioni. Non ci sarà l'esito dell'esame istologico che spesso richiede più tempo per il suo allestimento e per la refertazione. Pervenuto tale esame, si completerà la lettera di dimissione con una lettera integrativa che verrà inviata direttamente al domicilio del paziente.

Il primo controllo postoperatorio avverrà in ambulatorio dopo circa due mesi: in quella occasione si predisporrà un follow-up a lungo termine della malattia eventualmente completato con altri tipi di trattamenti a seconda dello stadio clinico.