

Carcinoma della Prostata

PROSTATECTOMIA RADICALE

Dr.ssa Silvia Stagni

S.C. Urologia

*Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale Tumori
Milano, 28 Novembre 2009*

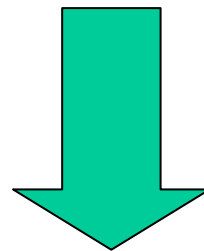


FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI



PROGRAMMA PROSTATA

- 57 anni, sdr depressiva in terapia, Peso:85 Kg. Altezza180 cm BMI 26.2 (leggero sovrappeso)
- PSA prebiptico = 4.2 ng/ml
- Volume prostatico = 45 cc
- PSAD = 0.10
- Biopsie: Adenocarcinoma G 3+3=6 in 2+/10 sx



BASSA classe di rischio NCCN



LINEE GUIDA INT

Strategie terapeutiche preferenziali ed alternative in funzione della classe di rischio alla diagnosi



Classe di rischio	Osservazione	Prostatectomia (Chir)	OT + Chir	Radioterapia Esterna (ERT)	OT + ERT	Ormonoterapia (OT)
Basso T1-2a e GPS \leq 3+3 e PSA \leq 10	SI (AS) WW se attesa di vita < 10 anni	SI se attesa di vita \geq 10 anni	NO	SI se attesa di vita \geq 10 anni	NO	NO
Intermedio GPS \leq 3+4 e/o T2b-ce/o PSA 10.01-20	NO WW se attesa di vita < 10 anni	SI se attesa di vita \geq 10 anni	NO	SI se attesa di vita \geq 10 anni esclusiva se rischio N+ \leq 15% (2)	SI NAAD se rischio N+ 16-35% (2) NAAD/AAD se rischio N+ > 35% (2)	NO SI – solo casi selezionati (1)
Alto T3 e/o GPS \geq 4+3 e/o PSA > 20.0	NO	SI Se malattia di piccolo volume non fissa alle strutture adiacenti	NO	NO	SI NAAD/AAD	NO SI – solo casi selezionati (1)
Molto alto T4 e/o N1-3 e/o	NO NO	NO NO	NO NO	NO NO	SI NAAD/AAD SI NAAD/AAD	NO SI – solo casi selezionati(1) NO SI – solo casi selezionati(1)
M1	NO	NO	NO	NO	NO	SI

PROSTATECTOMIA RADICALE

- E' uno dei trattamenti **standard** del CaP “low risk”
- Prevede l'asportazione in blocco della **prostata e delle vescicole seminali** con la successiva anastomosi della vescica con il moncone uretrale.
- L'intervento è di solito preceduto da una **linfadenectomia pelvica.**



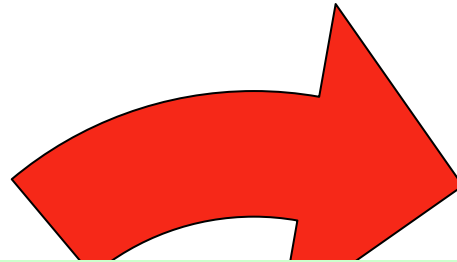
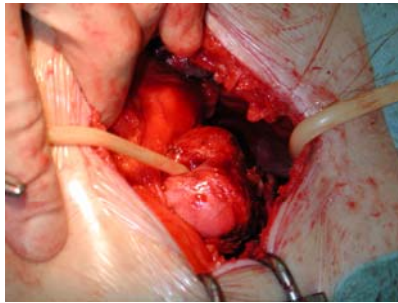
PROSTATECTOMIA RADICALE

L'approccio alla prostata puo' essere:

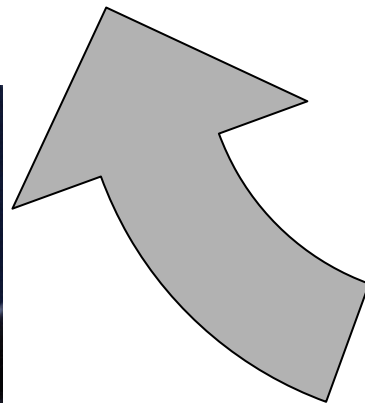
- Chirurgico “open”
 - retropubica
 - perineale
 - transcoccigeo
- Videolaparoscopico
- Robot assisted



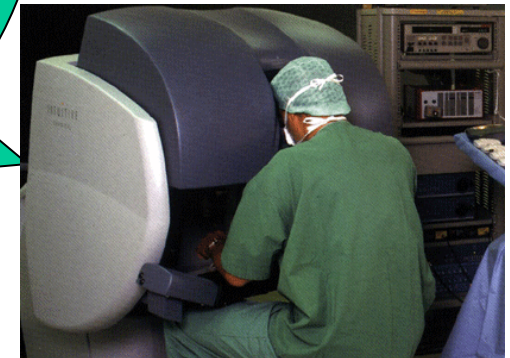
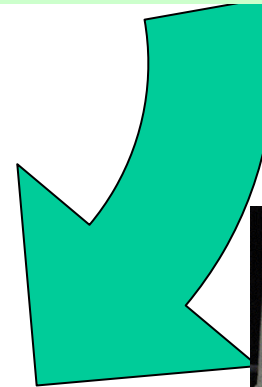
PROSTATECTOMIA RADICALE



Allo stato attuale non vi sono dati che indicano che una metodica sia superiore ad un'altra se si considera l'outcome oncologico

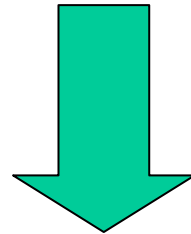


**Procedura
robotica**



PROSTATECTOMIA RADICALE

Qualsiasi sia l'accesso
chirurgico alla prostata

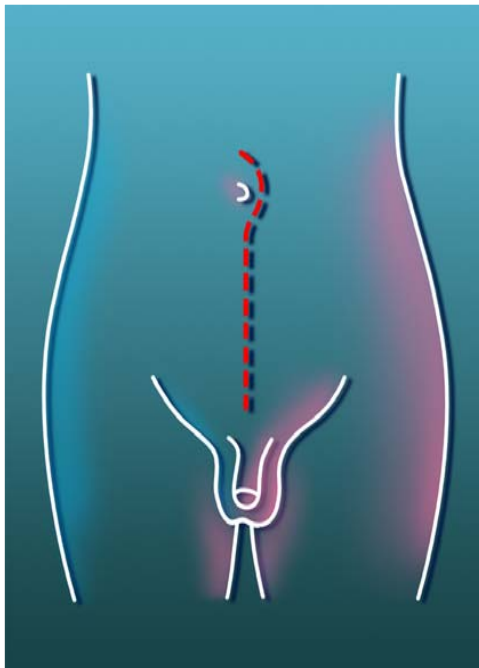


La PR è un intervento di
chirurgia maggiore

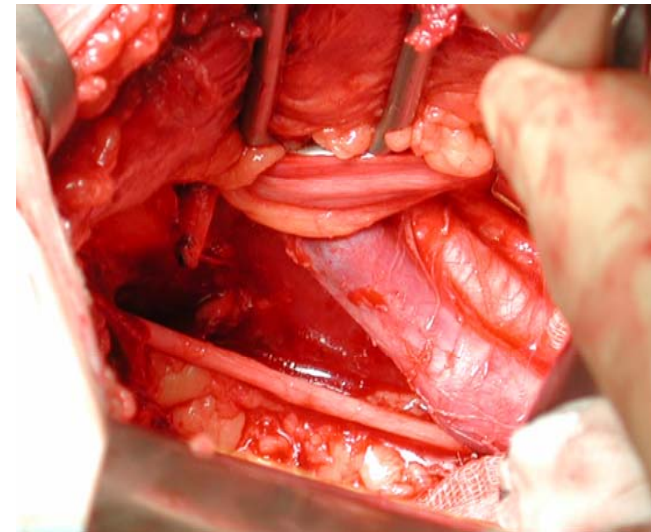
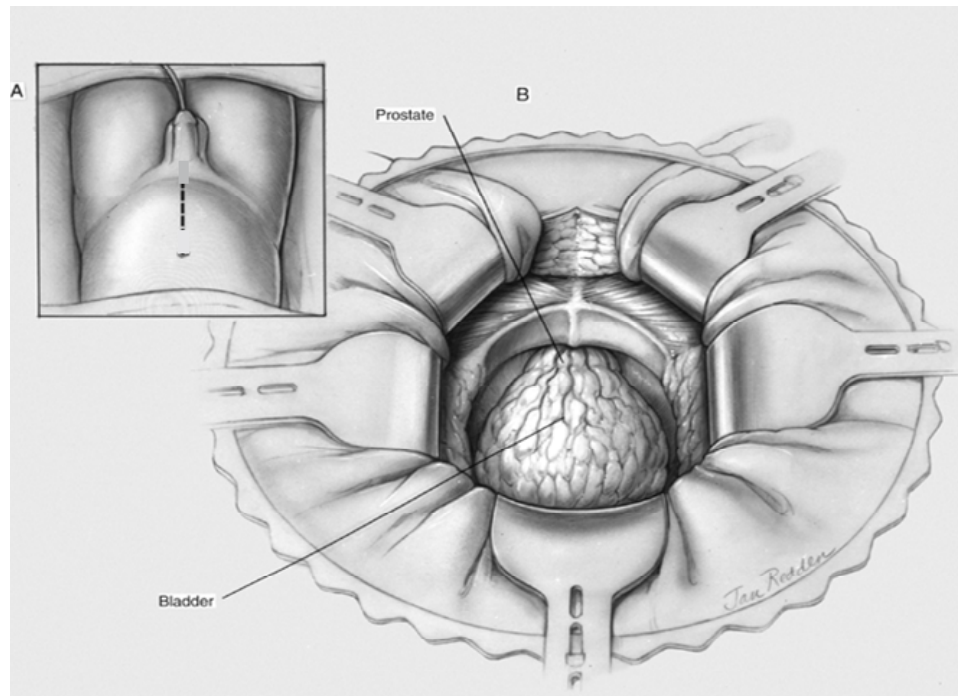
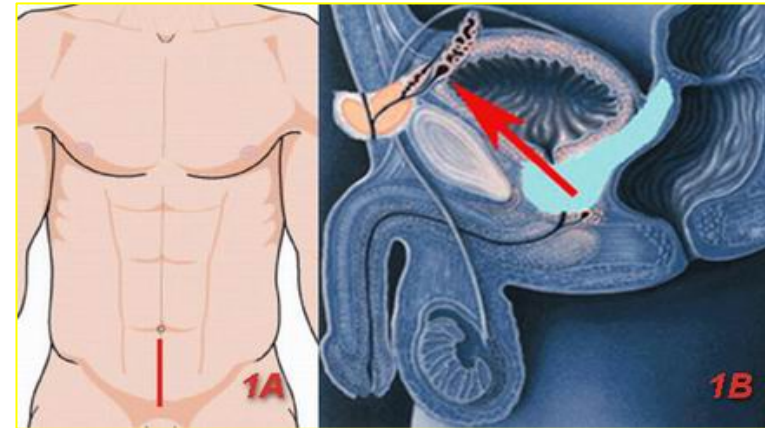
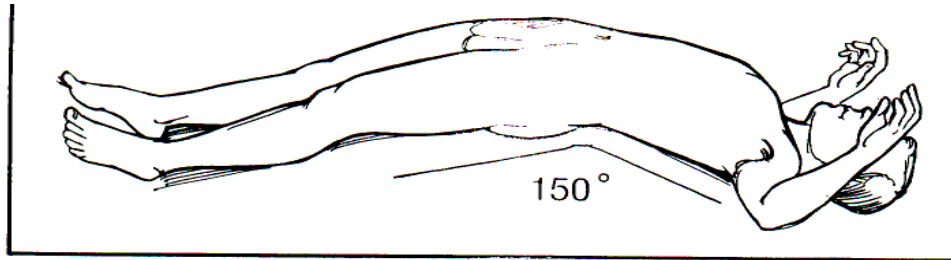
(mortalità correlata all'intervento: 4 /1000 casi)



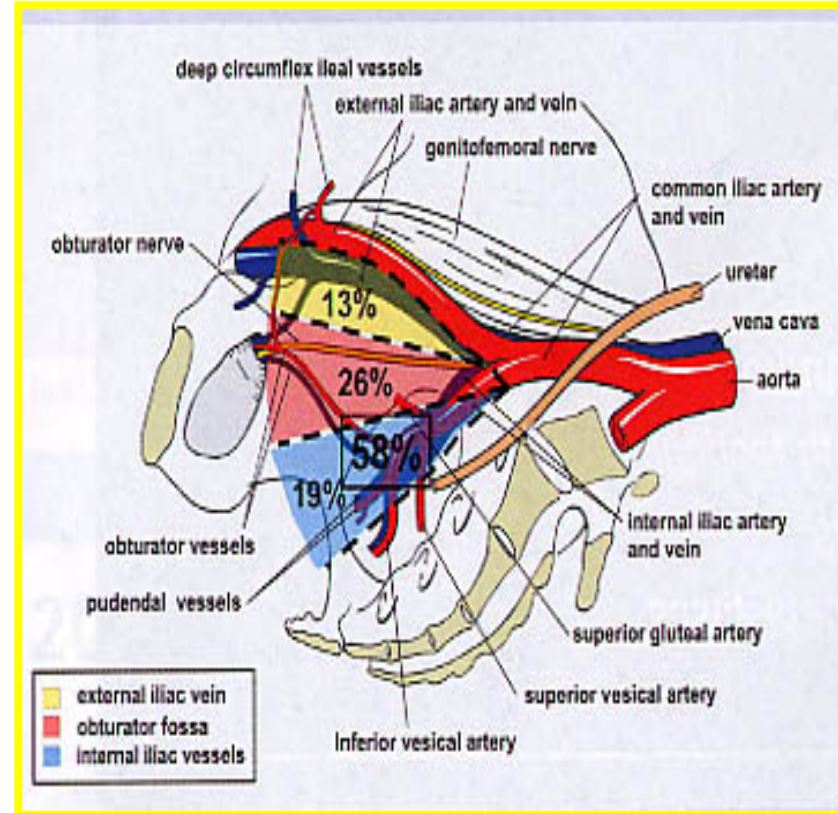
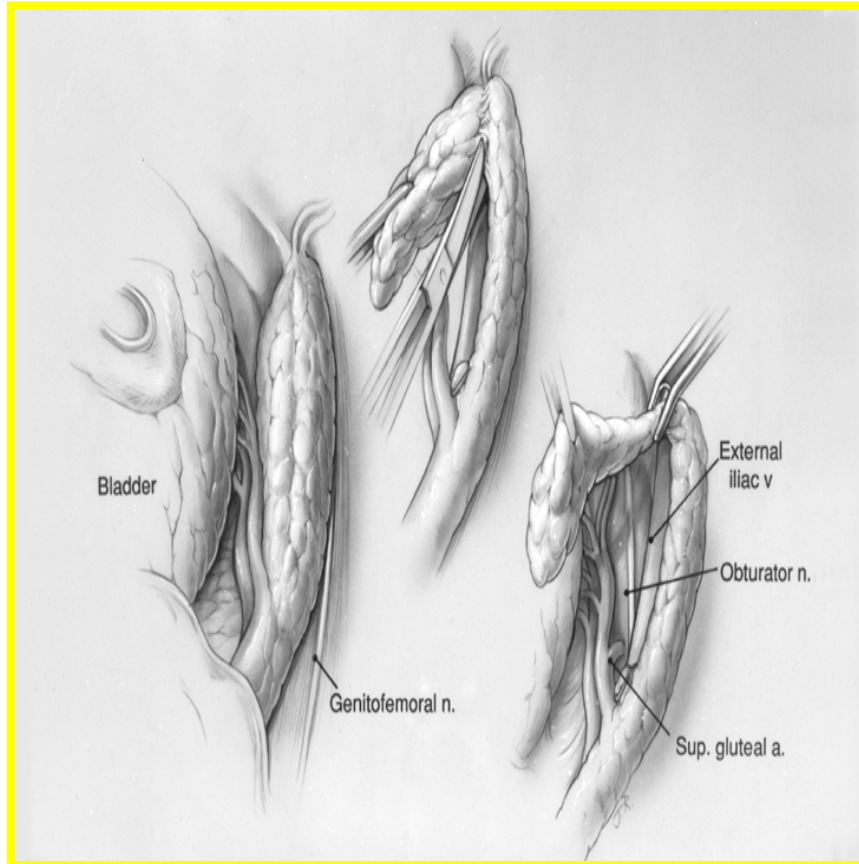
PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA



PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA



LINFADENECTOMIA PELVICA



PROSTATECTOMIA RADICALE

complicanze ed effetti collaterali

Complication	Incidence (%)
• Peri-operative death	0.0-2.1
• Major bleeding	1.0-11.5
• Rectal injury	0.0-5.4
• Deep venous thrombosis	0.0-8.3
• Pulmonary embolism	0.8-7.7
• Lymphocele	1.0-3.0
• Urine leak, fistula	0.3-15.4
• Slight stress incontinence	4.0-50.0
• Severe stress incontinence	0.0-15.4
• Impotence	29.0-100.0
• Bladder neck obstruction	0.5-14.6
• Ureteral obstruction	0.0-0.7
• Urethral stricture	2.0-9.0



PROSTATECTOMIA RADICALE

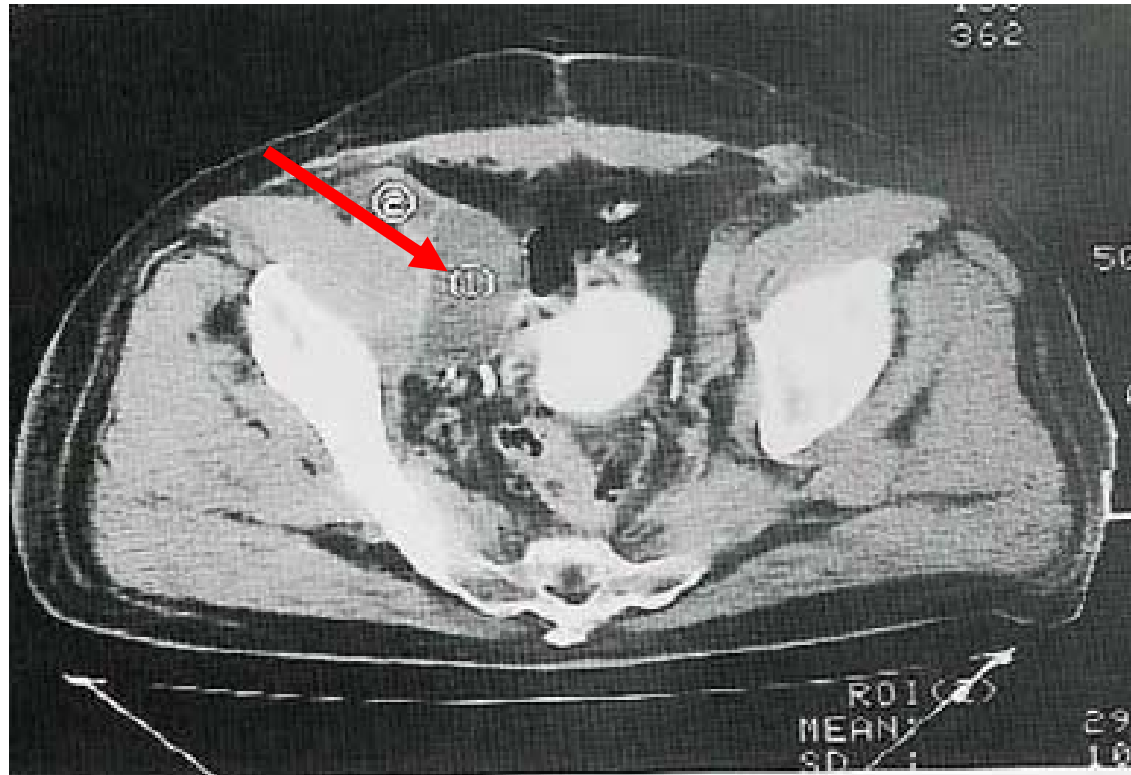
complicanze precoci

Tabella 6.5. -1: Mortalità e complicanze a 30 giorni dall'intervento di RRP [20]

	Tutti i pz (N = 11010)	< 60 anni (N = 3199)	60-69 (N = 6587)	70-79 (N = 1217)
MORTALITÀ	53 (0.48%)	6 (0.19%)	38 (0.58%)	8 (0.66%)
COMPLICANZE				
Tutte	2246 (20.40%)	560 (17.51%)	1356 (20.59%)	327 (26.87%)
Cardiache	309 (2.81%)	52 (1.63%)	187 (2.84%)	69 (5.67%)
Respiratorie	293 (2.66%)	76 (2.38%)	169 (2.57%)	47 (3.86%)
Vascolari	215 (1.95%)	41 (1.28%)	148 (2.25%)	26 (2.14%)
Ferita	555 (5.04%)	138 (4.31%)	342 (5.19%)	73 (6.00%)
Genitourinarie	829 (7.53%)	214 (6.69%)	502 (7.62%)	111 (9.12%)
Miscellanea medica	427 (3.88%)	112 (3.50%)	255 (3.87%)	59 (4.85%)
Miscellanea chirurgica	576 (5.23%)	154 (4.81%)	351 (5.33%)	71 (5.83%)

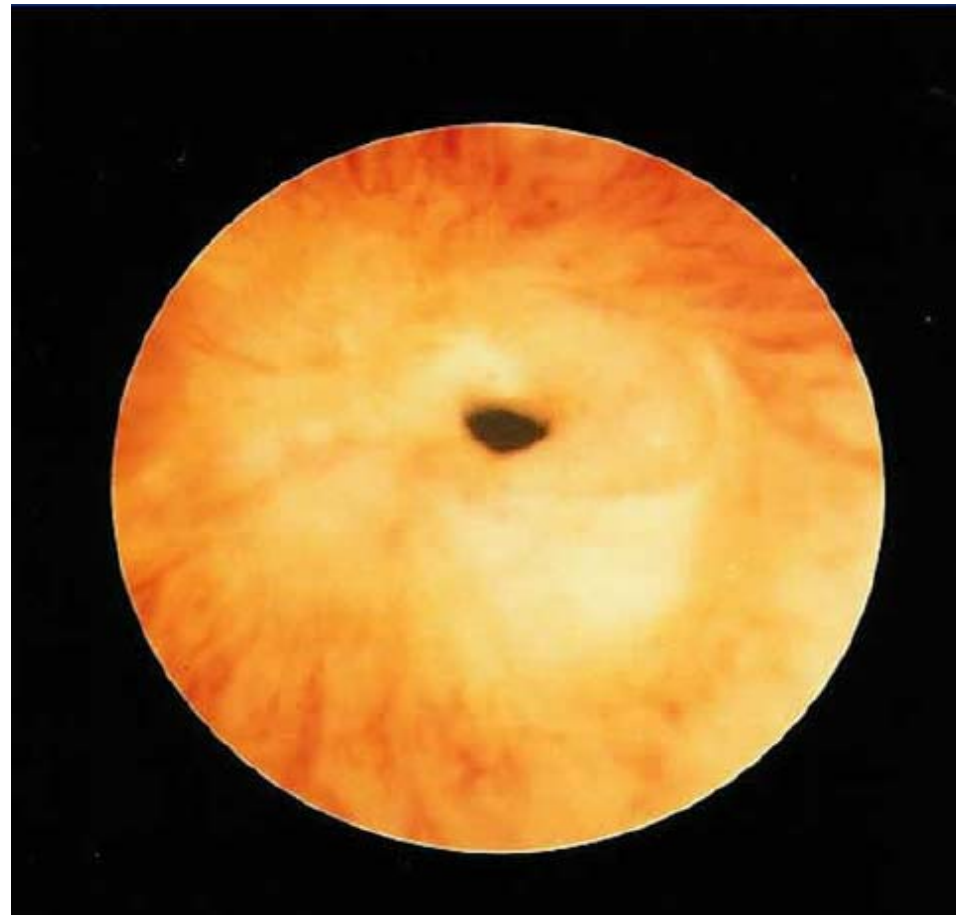


PROSTATECTOMIA RADICALE complicanze: linfocele



PROSTATECTOMIA RADICALE

complicanze: stenosi anastomosi



PROSTATECTOMIA RADICALE

Incontinenza urinaria

Incontinenza urinaria da deficit sfinterico
→ stress incontinence



PROSTATECTOMIA RADICALE

Incontinenza urinaria

- Dopo 6 mesi dalla PR si ha una stabilizzazione dell'incontinenza urinaria
- Dopo un anno dalla PR circa il 7,7% (0 – 15%) presenta incontinenza urinaria residua
- Difficile valutare la reale incidenza nelle varie casistiche
- Mal tollerata se di una certa entità per l'impatto sulla QoL

PROSTATECTOMIA RADICALE

Incontinenza urinaria

Il recupero della continenza urinaria dopo la PR dipende da diversi fattori:

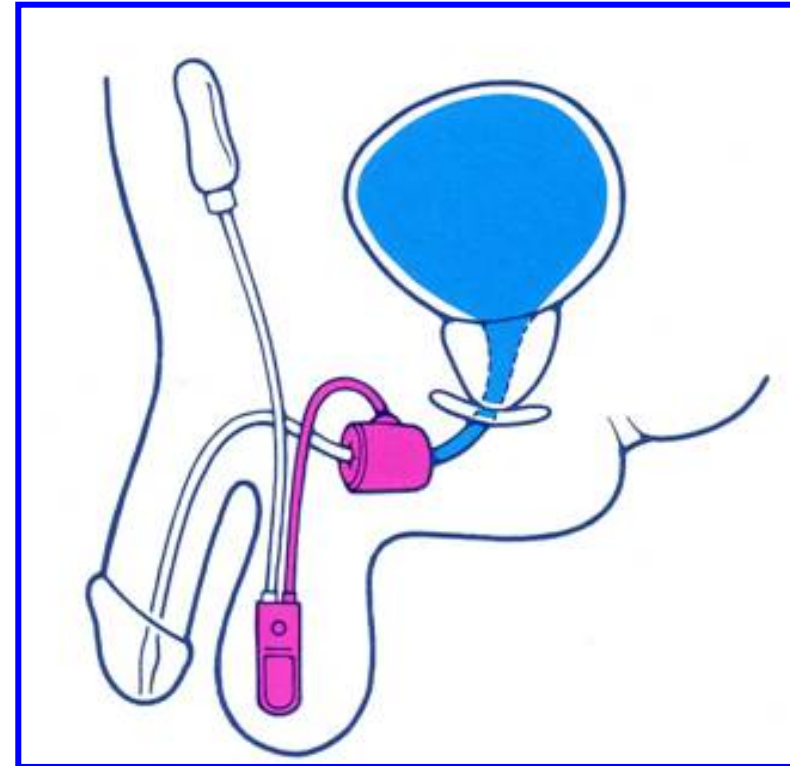
- Età del paziente
- Comorbidity
- Funzionalità vescicale preoperatoria: capacità vescicale, compliance
- Pregressa chirurgia prostatica endoscopica o uretrale

PROSTATECTOMIA RADICALE

Incontinenza urinaria

Trattamento correttivo possibile e variabile in relazione alla gravità dell'incontinenza:

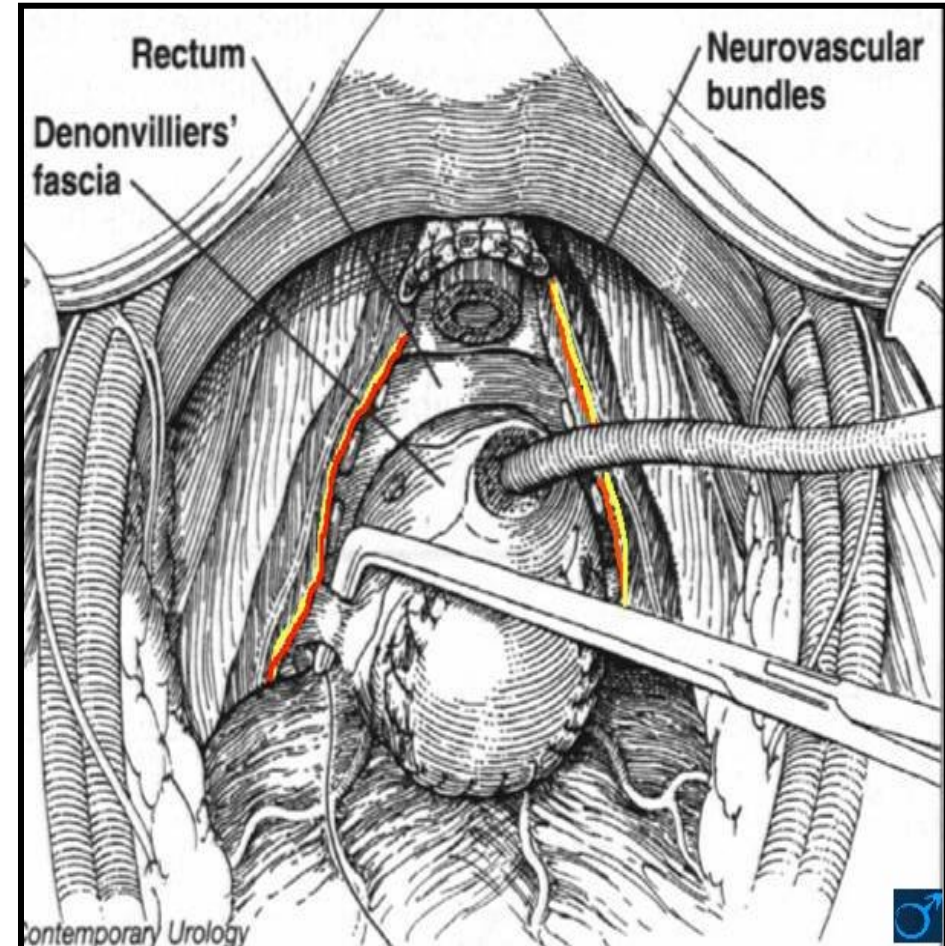
- Riabilitazione del piano pelvico (BFB – SEF) ed esercizi di Kegel
- Pro ACT
- Sfintere artificiale



PROSTATECTOMIA RADICALE

Deficit Erettile

- Il deficit erettile e' causato dal danno iatrogeno sui fasci neurovascolari responsabili del meccanismo dell'erezione.
- Punto estremamente importante da affrontare per il consenso informato



PROSTATECTOMIA RADICALE

Tecnica chirurgica	Rischio di deficit erettile
Prostatectomia radicale (qualsiasi tecnica)	~ 100%
Prostatectomia radicale “nerve sparing”	41 - 80%

**Possibilità di incidenza di margini chirurgici positivi, dopo preservazione dei fasci neurovascolari
(nell'esperienza di Walsh → 4, 7% dei casi)**



PROSTATECTOMIA RADICALE

Deficit erettile

- Il recupero del deficit erettile dopo prostatectomia radicale “nerve sparing” si correla a:
 - Età del paziente
 - Tipo di nerve sparing (bilaterale vs. monolaterale)
 - Stadio clinico e patologico della malattia
 - Condizioni preesistenti
 - Comorbidità associate
 - Esperienza del chirurgo

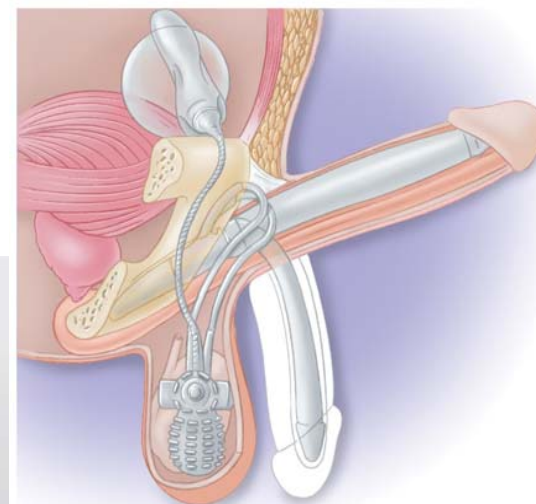


PROSTATECTOMIA RADICALE

Deficit erettile

Il trattamento del deficit erettile post operatorio puo' essere possibile con utilizzo di terapie quali:

- **Terapie per os: Inibitori della 5PDE : Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil**
- **Terapie locali: Prostaglandine endocavernose, vacuum device**
- **Protesi peniene**



PROSTATECTOMIA RADICALE

Vantaggi

- Miglior definizione dello stadio di malattia (stadio patologico)
- Possibilità poter identificare i fattori patologici prognostici di ricaduta
- Impatto psicologico sul paziente che desidera “rimuovere” fisicamente il tumore



PROSTATECTOMIA RADICALE

Cosa valuta il chirurgo che la propone in INT?

- La classe di rischio e l'outcome oncologico previsto
- Età del paziente (≤ 70 anni) e l'aspettativa di vita stimabile ($< o >$ di 10 anni)
- Le comorbidity ed il performance status
- La pregressa chirurgia pelvica o endoscopica prostatica (TURP)
- Il profilo psicologico del paziente e le sue aspettative

PROSTATECTOMIA RADICALE

Che iter per il paziente che sceglie la PR in INT?

Dopo colloquio con gli specialisti del team multidisciplinare e la scelta chirurgica

- Il paziente viene inserito in lista di ricovero per intervento
- Il paziente puo' essere sottoposto a predeposito di sangue
- Viene eseguita un RMN endocoil per lo studio della prostata (studio investigativo)



PROSTATECTOMIA RADICALE

Cosa succede alla dimissione?

- Il paziente che ha un normale decorso post operatorio viene dimesso solitamente in 7° giornata con lettera di dimissione provvisoria
- Catetere a permanenza
- Eventuale drenaggio a caduta
- Terapia antitrombotica con eparina BPM
- Tra il 15° - 21° giorno esegue cistografia per rimozione catetere vescicale.
- Ad esame istologico pervenuto seguirà lettera di dimissione definitiva con indicazioni per controlli e/o eventuali ulteriori terapie)



CaP “low risk” ...considerazioni...

- Il CaP low risk è suscettibile di piu' opzioni terapeutiche standard con intento di cura (Prostatectomia o Radioterapia).
- In alcuni casi il trattamento attivo sul CaP low risk puo' essere un overtreatment.
- La dilazione fino a due anni del trattamento radicale non compromette il risultato oncologico.

In considerazione delle possibili opzioni terapeutiche e' giusto considerare ogni aspetto del paziente (aspettative individuali, comorbidity) in modo di identificare nel miglior modo la terapia piu' “adatta” al singolo paziente

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI



PROGRAMMA PROSTATE