PROSTATECTOMIA

La patologia di cui è affetto:

Il carcinoma prostatico è come una neoplasia maligna composta da cellule originate nell'ambito della ghiandola situata al di sotto della vescica ad abbracciare il primo tratto dell'uretra (chiamata, appunto, prostata). È il secondo tumore più frequente in Italia, dopo quello del polmone. L'incidenza aumenta esponenzialmente con l'età come per nessun altro tumore maligno.

In cosa consiste il trattamento:

È un intervento chirurgico, eseguito abitualmente in anestesia generale, che prevede l'asportazione totale della prostata (una ghiandola situata al di sotto della vescica, a circondare il primo tratto dell'uretra, la cui funzione è quella di partecipare alla produzione del liquido seminale), delle vescicole seminali (piccoli organi localizzati dietro la prostata) e di un tratto dei dotti deferenti (i condotti che trasportano il seme dai testicoli all'uretra). Una contestuale linfadenectomia pelvica (cioè l'asportazione di piccole ghiandole del bacino, dette linfonodi, che possono essere coinvolte da una disseminazione delle cellule tumorali) è indicata nei pazienti con un rischio stimato di metastasi linfonodali >5%.

I tessuti asportati saranno poi esaminati al microscopio per ottenere un esame istologico che consenta di stabilire in maniera definitiva il grado di aggressività della malattia e di valutarne l'estensione locale. Sarà così possibile attuare le opportune scelte cliniche e programmare la prosecuzione delle cure sulla base delle reali caratteristiche tumorali.

L'approccio chirurgico può essere: "a cielo aperto" (con incisione della cute tra ombelico e pube), laparoscopico (mediante l'utilizzo di strumenti miniaturizzati manovrati direttamente dall'operatore) o robotico (in cui gli strumenti laparoscopici sono collegati ad un robot, a propria volta manovrato dal chirurgo).

La radicalità oncologica è la medesima indipendentemente dalla tecnica chirurgica prescelta; tuttavia la laparoscopia e la robotica assicurano un minor rischio di complicanze perioperatorie (poiché l'urologo esegue l'intervento osservando una immagine ingrandita dell'interno del corpo che consente una precisa dissezione della prostata rispetto alle strutture circostanti) ed un recupero più rapido dopo la dimissione (dal momento che l'intera procedura è eseguita attraverso incisioni cutanee di pochi millimetri).

I candidati ideali per questo tipo di intervento sono tutti i pazienti che, avendo una aspettativa di vita più che decennale ed una malattia non metastatica alla diagnosi, possono essere guariti dall'intervento, o ottenere da esso la maggiore probabilità di cura/controllo di malattia.

Pregi e limiti dell'approccio chirurgico a lei consigliato che è il seguente:

☐prostatectomia radicale a cielo aperto

☐prostatectomia radicale laparoscopica

☐prostatectomia radicale robot-assistita

Cosa è verosimile attendersi dopo il trattamento:

Al termine della procedura le sarà posizionato un catetere vescicale transuretrale (un tubo di silicone/lattice che, risalendo l'ultimo tratto delle vie urinarie, è sospinto fino in vescica e qui ancorato per mezzo di un palloncino gonfio). Questo presidio permetterà di mantenere costantemente vuota la vescica e consentire la guarigione della anastomosi uretro-vescicale (cioè la sutura chirurgica eseguita per collegare la vescica al moncone uretrale residuo, ripristinando la continuità della via urinaria). A causa del palloncino che mantiene in sede il catetere, tuttavia, potrà avvertire la costante sensazione di dover urinare. Il suo organismo si abituerà in poche ore a questo corpo estraneo ed il fastidio si attenuerà; eventuali lievi dolori potranno essere controllati con antidolorifici.

Verrà rimosso in ambulatorio, 5-20 giorni dopo la dimissione.

Oltre al catetere, le sarà posizionato anche uno o più drenaggi (piccoli tubi che fuoriescono attraverso la parete addominale e fungono da spia per evidenziare eventuali sanguinamenti interni ed evacuare linfa o urine che

potrebbero raccogliersi in prossimità della sede dell'intervento durante il periodo post-operatorio. Vengono solitamente rimossi entro 24-48 ore di distanza dall'intervento.

Il riscontro di urine ematiche (macroematuria) è estremamente comune nel post-operatorio. Abitualmente fugace (poche ore/giorni), intermittente e di modesta entità, è gestibile con una abbondante idratazione (2-3 litri di acqua al giorno).

Già dal primo giorno dopo l'intervento potrà bere (almeno 2 litri d'acqua in 24h), iniziare a mangiare, alzarsi dal letto e passeggiare. In assenza di complicanze, sarà dimesso dopo 2 giorni dall'intervento.

Quali sono le possibili conseguenze ed i rischi correlati col trattamento:

Tutti gli interventi chirurgici, indipendentemente dal tipo di approccio ("a cielo aperto", laparoscopico o robotico), possono essere gravati da complicanze generiche quali: lesioni intestinali (<1%; soprattutto in caso di pregressa chirurgia addomino-pelvica), infezione (5-10%) o deiscenza (cioè riapertura spontanea; 1-2%)dell'incisione chirurgica, infezioni sistemiche (cioè diffuse ad interessare l'intero organismo) anche gravi (fino alla sepsi; <1%). A lungo termine, può verificarsi la comparsa di laparocele (cioè di una erniazione di visceri addominali attraverso il tramite di una precedente incisione chirurgica) il quale può richiedere la correzione chirurgica.

Inconvenienti tecnici o difficoltà chirurgiche possono richiedere la conversione "a cielo aperto" di una procedura iniziata con approccio mini-invasivo. È un evento molto raro (<1%).

L'intervento comporta sempre una modesta perdita di sangue (≈200 ml). Una emorragia più cospicua che richieda trasfusioni o procedure di radiologia interventistica si verifica in meno del 5% dei casi trattati con approccio laparoscopico/robotico.

Tale sanguinamento può avere origine dai vasi iliaci (il rischio è maggiore laddove si esegua linfadenectomia), dal complesso venoso dorsale del pene (una struttura che deve essere sezionata e suturata/sigillata durante la prostatectomia ma può sanguinare nel postoperatorio), o dai fasci neurovascolari (che controllano l'erezione e, in casi selezionati, vengono preservati richiedendo una riduzione nell'uso del cauterio).

Le perforazioni del retto (l'ultimo tratto di intestino) sono rare (0.2%) ed il rischio è più elevato nei pazienti con malattia localmente avanzata. Se minima, la lesione è suturata nel corso dell'intervento stesso; quando è invece di dimensioni maggiori, la sola sutura dell'organo non dà sufficienti garanzie e si è soliti confezionare una colostomia temporanea (sacchetto per le feci sulla parete addominale) per permettere una più sicura guarigione, che avviene in alcuni mesi.

Pazienti con una prostata voluminosa o precedentemente sottoposti ad interventi disostruttivi/radioterapia pelvica hanno un rischio aumentato di incorrere in lesioni dell'uretere (canale che collega il rene alla vescica). Nella popolazione generale sono rare (<1%). È sempre necessaria la loro riparazione chirurgica e l'eventuale posizionamento di un tutore interno (detto stent).

Altrettanto basso (<1%) è il rischio di decesso perioperatorio. Ciononostante la PR è ancora da considerarsi un intervento di chirurgia maggiore.

Nei giorni immediatamente successivi all'intervento, è possibile diagnosticare una fistola urinaria (cioè uno stravaso di urine attraverso l'anastomosi). Si verifica in meno del 5% dei casi e di norma guarisce spontaneamente mantenendo il catetere vescicale per qualche ulteriore giorno. In meno di 1 caso su 100 è necessario un rintervento.

La formazione di un piccolo linfocele (una raccolta di linfa nella sede dell'intervento) asintomatico è un evento comune. Grosse raccolte che determinino dolore o vadano incontro ad infezione sono rare (0.6-2%; più comuni nei pazienti sottoposti a linfadenectomia contestuale) e possono dover essere drenate.

Tutti i pazienti che subiscano un intervento di chirurgia pelvica maggiore hanno un rischio aumentato (3-5%) di sviluppare una trombosi venosa profonda e/o embolia polmonare (cioè la formazione di coaguli di sangue nelle vene degli arti inferiori da cui possono staccarsi e migrare verso il polmone). Praticando iniezioni di farmaci antitromboembolici e/o indossando calze elastiche e riprendendo a muoversi fin dal primo giorno dopo l'intervento si riduce al minimo il rischio tromboembolico.

A distanza di mesi/anni dalla prostatectomia, nel 1-32% dei casi, può manifestarsi una stenosi dell'anastomosi. Questa richiede l'esecuzione di un intervento endoscopico per la sua risoluzione ed un cateterismo prolungato.

La Disfunzione erettile (DE) (cioè l'incapacità ad avere erezioni sufficienti a consentire un rapporto sessuale soddisfacente) si riscontra nel 10-75% dei casi ed è tra le più comuni conseguenze della PR. È dovuta al danno

provocato nel corso dell'intervento a nervi e vasi (fascio neuro-vascolare) che presiedono al mantenimento di una funzione erettile normale e che decorrono molto vicini alla prostata.

In casi selezionati, è possibile preservare tali strutture (intervento "nerve-sparing", ovvero con risparmio dei nervi erigenti), aumentando le probabilità di un recupero della funzionalità erettile nel post-operatorio. La fattibilità di tale risparmio dipende dalle caratteristiche del tumore (aggressività ed estensione locale) e dalle caratteristiche anatomiche dello specifico paziente: spetta al chirurgo, dunque, valutare durante l'intervento la fattibilità di un risparmio dei nervi erigenti che non comprometta la radicalità oncologica. In numerosi casi (≈50%) sarà possibile ripristinare un certo grado di funzionalità erettile postoperatoria con l'ausilio di farmaci. Il recupero della potenza sessuale, ovviamente, dipenderà anche dallo stato della funzione erettile preoperatoria.

Tutti i pazienti operati presentano Aneiaculazione (cioè mancata produzione di sperma). È definitiva e ne deriva sterilità.

Una lieve incontinenza urinaria da sforzo (IUS) è di comune riscontro. Essa è dovuta alla incapacità del muscolo sfintere urinario esterno a trattenere le urine, in particolare quando la pressione addominale aumenta (es: colpi di tosse, sollevamento di pesi, alzarsi da una sedia...). In condizioni normali, infatti, tale muscolo è coadiuvato nella sua funzione dallo sfintere urinario interno che, tuttavia, viene rimosso durante la prostatectomia. La riabilitazione postoperatoria dei muscoli del pavimento pelvico consente di risolvere il problema nel giro di pochi mesi o, al massimo, di un anno in oltre il 95% dei casi. Una IUS totale e permanente si riscontra in meno del 5% dei casi e può essere trattata con l'ausilio di farmaci, con la fisioterapia del pavimento pelvico o, se necessario, con l'impianto di uno "sfintere artificiale".

INFORMATIVA RISERVATA AGLI UOMINI IN ETA' FERTILE

Il trattamento sanitario sopra descritto causa aneiaculazione e sterilità e può determinare disfunzione erettile.

Il paziente pone le seguenti domande

_____
_____
_____
_____

L'operatore sanitario fornisce le seguenti risposte

_____
_____
_____
_____

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____