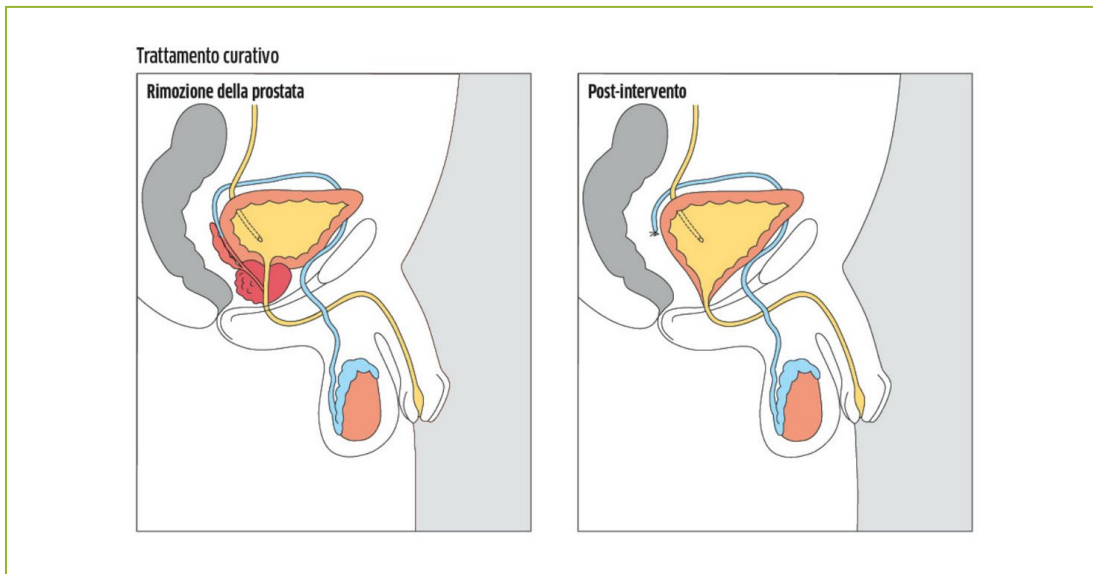


INTERVENTO DI PROSTATECTOMIA RADICALE

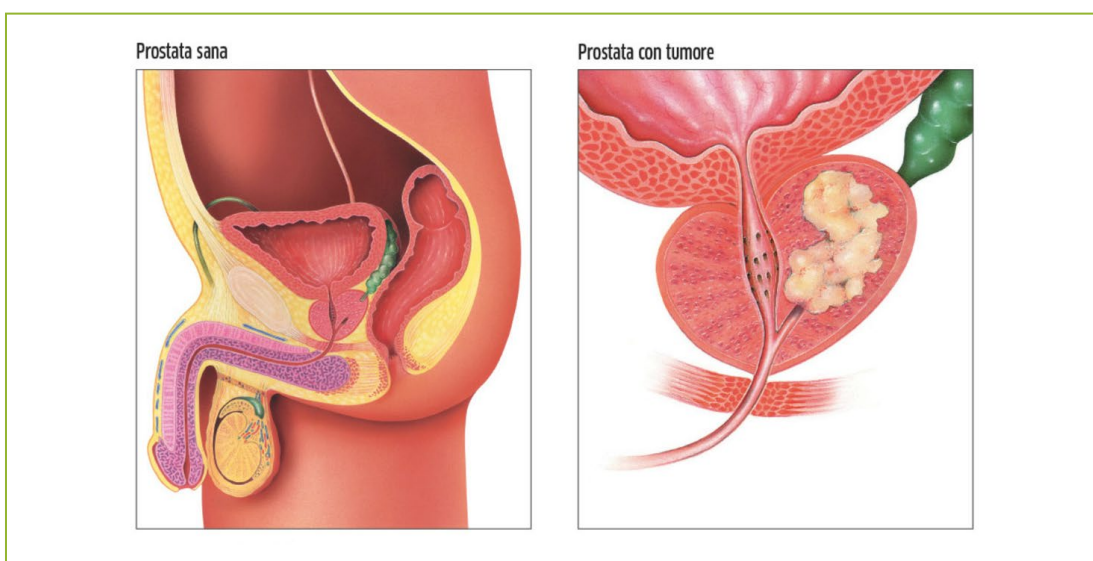


CHE COSA È LA PROSTATECTOMIA RADICALE?

La prostatectomia radicale consiste nell'asportazione completa della prostata e delle vescicole seminali, se necessario assieme al tessuto circostante, per ottenere margini chirurgici negativi.

QUANDO È INDICATA LA PROSTATECTOMIA RADICALE?

- a) Nei casi di tumori confinati alla prostata
- b) Nei pazienti con aspettanza di vita ≥ 10 anni in considerazione delle potenziali complicanze e mortalità peri-operatoria



QUALI SONO GLI OBIETTIVI DELLA PROSTATECTOMIA RADICALE?

L'obiettivo principale è quello di eradicare il tumore.

Obiettivi secondari, quando possibile, sono la preservazione della continenza urinaria e della funzionalità erettile.

COME SI ESEGUONO GLI INTERVENTI DI PROSTATECTOMIA RADICALE?

Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale

PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA (RALP)

Il paziente viene quindi messo in posizione di "Trendelenburg" (supino, inclinato con testa verso il basso). Da una piccola incisione periombelicale, si induce il "pneumoperitoneo" ovvero viene insufflata anidride carbonica all'interno della cavità addominale per poter creare sufficiente spazio di lavoro. Vengono posizionati i trocar (tubicini all'interno dell'addome), all'interno dei quali saranno inseriti gli strumenti chirurgici (pinze, forbici e dissectori). Le braccia del Robot vengono fissate ai trocar precedentemente posizionati. In chirurgia robotica il chirurgo non opera con le proprie mani, ma manovra il robot a distanza, rimanendo seduto a una console posta all'interno della sala operatoria. Il sistema computerizzato trasmette istantaneamente il movimento delle mani alle braccia robotiche. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed un drenaggio che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. L'intervento ha una durata variabile (mediamente 2-4 ore) ore a seconda del tipo di intervento pianificato.

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA (LP)

Il paziente è in posizione supina. Vengono inseriti i trocar (tubicini) nell'addome e viene creato il pneumoperitoneo. All'interno dei trocar vengono inseriti gli strumenti chirurgici (pinze, forbici e dissectori), che sono comandati direttamente dal chirurgo e dagli assistenti presenti al tavolo operatorio. Dopo aver asportato la prostata, la vescica viene ricollegata all'uretra (anastomosi) in modo tale da ripristinare una continuità delle vie urinarie. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed un drenaggio che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. L'intervento ha una durata variabile (mediamente 1-3 ore) ore a seconda del tipo di intervento pianificato.

PROSTATECTOMIA RADICALE A CIELO APERTO

Il paziente è in posizione supina. Viene eseguita un'incisione sull'addome, estesa dall'ombelico al pube. Nel caso della prostatectomia perineale, il paziente è in posizione ginecologica e viene praticata un'incisione nel perineo tra l'ano e lo scroto. Dopo aver asportato la prostata, la vescica viene ricollegata all'uretra (anastomosi) in modo tale da ripristinare una continuità delle vie urinarie. Il paziente esce dalla sala operatoria con un catetere vescicale ed un drenaggio che verranno rimossi nei giorni successivi all'intervento. L'intervento ha una durata variabile (mediamente 1-3 ore) ore a seconda del tipo di intervento pianificato.

QUALE TECNICA CHIRURGICA È PIÙ EFFICACE NEL CURARE IL TUMORE DELLA PROSTATA?

Le metodiche laparoscopiche e laparoscopiche robot-assistite sono considerate equivalenti alle tecniche chirurgiche a cielo aperto, se eseguite da chirurghi esperti, in relazione alla capacità di rimuovere il tumore alla prostata.

QUALI SONO I VANTAGGI DELLA PROSTATECTOMIA LAPAROSCOPICA E ROBOTICA?

La chirurgia mini-invasiva comporta ridotto sanguinamento (e quindi diminuzione del rischio di trasfusioni) ridotto dolore post-operatorio (e quindi ridotto consumo di farmaci analgesici), ridotto tempo di degenza, migliore risultato estetico e più rapida ripresa delle attività quotidiane normalmente svolte. Rispetto alla prostatectomia laparoscopica tradizionale, la prostatectomia laparoscopica robot – assistita consente una visione tridimensionale magnificata (aumentata fino a 10 volte rispetto alla normale visione del nostro occhio), con un'immagine ferma a garantire la possibilità di eseguire manovre più delicate, con movimenti fermi (il tremore è assente) e precisi. La prostatectomia radicale robotica, laddove possibile, consente una maggior tutela delle strutture che circondano la prostata, tra cui lo sfintere dell'uretra (deputato alla continenza urinaria) e i fasci vascolo-nervosi (deputati all'erezione), e ciò si traduce in una più rapida ripresa della continenza urinaria e della potenza sessuale. Per quanto riguarda il tasso di incontinenza a 12 mesi, non vi è attualmente una chiara evidenza di superiorità di una tecnica rispetto alle altre.

L'esito dell'intervento di prostatectomia radicale, sia in termini funzionali che oncologici, è comunque significativamente influenzato dall'esperienza dell'operatore indipendentemente dalla tecnica impiegata (a cielo aperto, laparoscopica o robotica)

LA RIMOZIONE DEI LINFONODI PELVICI (LINFOADENECTOMIA)

Se il tumore della prostata è diffuso o potenzialmente a rischio di diffusione ai linfonodi della regione pelvica, si possono asportare questi linfonodi durante la prostatectomia radicale.

QUALI SONO LE PRINCIPALI SEQUELE DELLA PROSTATECTOMIA RADICALE?

- **INCONTINENZA URINARIA**

A 12 mesi dall'intervento, a prescindere dalla tecnica chirurgica, vi è una percentuale di recupero variabile tra l'80 e il 100%. Questa percentuale varia a seconda dell'esperienza del chirurgo, del tipo di intervento effettuato, dallo stadio del tumore e dal volume della prostata.

E' dimostrato che dopo prostatectomia radicale robotica, il tempo di recupero della continenza è più rapido rispetto alle altre tecniche.

- **DEFICIT ERETTIVO**

In letteratura vengono riportate percentuali variabili dal 10 al 75% di deficit erettivo dopo prostatectomia radicale "nerve-sparing" (con risparmio dei nervi deputati all'erezione, in corso di intervento). L'età del paziente incide in maniera significativa sul mantenimento della funzione erettiva, la cui percentuale è migliore nei pazienti più giovani a cui sono stati preservati entrambi i fasci neurovascolari (nerve-sparing bilaterale). Altro fattore determinante è il livello di potenza sessuale prima dell'intervento: più è elevato, maggiori sono le possibilità di mantenere una buona erezione dopo l'asportazione della prostata; contrariamente, se prima dell'intervento il paziente già soffriva di deficit erettivo, questo non potrà che peggiorare dopo la chirurgia. Altri fattori determinanti sono l'esperienza del chirurgo, e la tecnica chirurgica (migliori risultati in robotica).

QUALI SONO LE ALTRE COMPLICANZE DELLA PROSTATECTOMIA RADICALE?

La prostatectomia radicale è un intervento di chirurgia maggiore, e come tale non scevro da complicanze. Il tasso di mortalità peri-operatoria si aggira intorno allo 0.5%

- Perdite ematiche: mediamente 700-800 cc con necessità di trasfusione nella prostatectomia radicale a cielo aperto. Nettamente inferiori nella chirurgia mini-invasiva
- Perforazione della parete rettale (0,1 - 5,4%)
- Lesioni ureterali (0,1 – 1%)
- Trombosi venosa profonda (0,2 – 8,3%)
- Embolia polmonare (0,8 – 7,7%)
- Complicanze cardiache (0,4 – 1,4%)
- Infezione della ferita chirurgica (0,9 - 1,3%)
- Linforrea (0,8 – 7,7%)
- Linfocele (1-7%)
- Stenosi dell'anastomosi vescico-uretrale (0,6 – 10%)

QUANTO DURA LA DEGENZA?

Solitamente il tempo di degenza in ospedale varia dai 3 ai 7 giorni dopo l'intervento.

COSA SUCCEDE SE NON MI SOTTOPONGO ALL'INTERVENTO?

Rischio di aggravamento clinico, potenzialmente rischioso per la vita. Considerare terapie alternative: radioterapia, brachiterapia.

INFORMAZIONI SUL RICOVERO

Il giorno del ricovero presentarsi in struttura alle 7 del mattino, a digiuno dalla sera prima (consumare una cena leggera), salvo diverse indicazioni.

DOCUMENTI DA PORTARE:

- Il presente modulo informativo firmato
- codice fiscale / tessera sanitaria
- documento d'identità valido
- impegnativa del medico curante (se non già consegnata in occasione degli accertamenti pre-operatori)
- documentazione clinica personale (referti di esami del sangue, lastre o CD di esami radiologici, referti delle visite ambulatoriali)
- lista dei farmaci abitualmente assunti (comunicare sempre a tutti gli operatori sanitari eventuali allergie a farmaci)

REGOLE GENERALI:

- Igiene personale: prestare particolare all'igiene del cavo orale, fare doccia o bagno prima del ricovero, rimuovere smalto delle unghie e trucco
- Non portare anelli/collane/orecchini/pearcing, rimuovere protesi (dentarie, auricolari, lenti a contatto)
- L'eventuale depilazione del sito chirurgico sarà effettuata in reparto
- Informarsi presso la struttura sugli orari di visita dei parenti, che dovranno essere osservati scrupolosamente
- In stanza è possibile essere assistiti da un solo parente per volta.

Si ricorda che **NON è possibile sapere con certezza l'orario in cui si entrerà in sala operatoria**. Tutti vorrebbero essere operati per primi, ma in questo modo sarebbe possibile effettuare un solo intervento al giorno e le liste di attesa si allungherebbero. **L'ordine della sala operatoria può subire variazioni improvvise per eventuali problematiche cliniche/organizzative**. Si aspetterà con pazienza il proprio turno, che può coincidere anche con le ore pomeridiane.

Il tempo di degenza è solamente ipotizzabile e potrebbe essere più lungo del previsto per complicanze del decorso post-operatorio.

Alla dimissione prevedere sempre la presenza di almeno un familiare per l'assistenza durante il ritorno a casa. E' sconsigliato mettersi alla guida dell'automobile dopo un intervento.

Gentile Sig.

Oggi è stato informato sulla patologia e sui motivi che richiedono l'intervento di

- o **Prostatectomia radicale laparoscopica**
- o **Prostatectomia radicale laparoscopica robotica**
- o **Prostatectomia radicale a cielo aperto**

E' stato altresì informato sulle possibili modalità di esecuzione dell'intervento e sui principali effetti indesiderati.

Nel periodo di tempo che la separa dal ricovero avrà modo di leggere con attenzione questo modulo informativo e potrà, per qualsiasi dubbio, **chiedere spiegazioni contattando il proprio specialista di fiducia.**

Il suo intervento sarà programmato presso:

.....

La segreteria di questa struttura le comunicherà la data del ricovero e degli eventuali accertamenti pre-operatori (esami del sangue, esami strumentali, visita anestesologica e altre visite specialistiche qualora richiesto)

La data dell'intervento, anche se già stabilita da tempo, potrebbe subire variazioni in ogni momento (anticipato come posticipato) in base ad esigenze cliniche e organizzative non prevedibili.

Il **Dott.** si occuperà del suo caso clinico e del suo intervento personalmente, salvo imponderabili motivi che potrebbero giustificare l'assenza in sala operatoria il giorno dell'intervento e/o nei giorni successivi. In questo caso, il paziente sa e accetta che saranno altri medici dell'equipe ad eseguire l'intervento e/o a gestire i controlli post-operatori, come la comunicazione di un eventuale esame istologico.

Data rilascio modulo informativo:

Firma Medico: **Firma Paziente:**

RICONSEGNERÀ QUESTO MODULO INFORMATIVO FIRMATO IL GIORNO DEL RICOVERO.

