

QVO VADIS?...

PROSTATECTOMIA RADICALĂ LAPAROSCOPICĂ

(state of the art lecture)

COMAN I., PETRUȚ B.

Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, UMF Cluj-Napoca, România

Prostatectomia radicală laparoscopică (PRL) este o procedură minim invazivă dezvoltată ca o *alternativă* la tratamentul convențional chirurgical al cancerului de prostată localizat intracapsular: prostatectomia radicală retropubică sau perineală.

Cancerul de prostată este cea mai răspândită formă de cancer în SUA, după malignitățile pielii, și reprezintă actualmente a doua cauză de deces la bărbați. În ciuda prevalenței sale, istoria naturală a bolii prezintă o mare heterogenicitate și este chiar în zilele noastre destul de puțin înțeleasă și explicată. La un procent important de pacienți evoluția bolii este lentă, iar tumorile sunt într-un stadiu moderat de diferențiere. Cu toate că acestea prezintă potențial o amenințare pentru viața pacienților ele sunt în mare măsură tratabile atâta timp cât sunt surprinse în interiorul glandei prostatice. În alte cazuri de tumori slab diferențiate, cu creștere celulară rapidă, răspândirea acestora fie în limfaticile loco-regionale, fie la nivelul altor organe (os, creier) reduce semnificativ prognosticul, modificând și atitudinea terapeutică înspre terapiile de paliativă (AUA 2000).

Prostatectomia radicală laparoscopică este o procedură chirurgicală cu grad ridicat de dificultate tehnică, recomandată la ora actuală doar centrelor cu experiență în chirurgia laparoscopică. Dezvoltarea și impunerea acestei tehnici ca alternativă viabilă a tratamentului chirurgical deschis a urmat o traiectorie extrem de sinuoasă, pornind de la afirmația lui Schuessler din 1992 care nu recomanda abordul laparoscopic pentru prostata tumorală. Acest subiect a rămas câțiva ani buni neatins, până când un grup de urologi laparoscopiști de la Paris perfecționează la Institutul Montsouris tehnica prostatectomiei radicale transperitoneale anterograde. Aceștia codifică intervenția și publică primul set de date care atestă viabilitatea tehnică a acestui abord miniinvaziv al prostatei tumorale. La nici un an mai târziu Rassweiler perfecționează la Heilbronn tehnica prostatectomiei radicale laparoscopice retrograde care implementează prin mijloace laparoscopice cel mai fidel tehnica prostatectomiei radicale anatomice descrisă de Walsh. În acest rastimp s-au consolidat în Europa cei doi poli care vor defini, codifica, perfecționa și vor promova metodele laparoscopice radicale aplicate cancerului de prostată localizat. Aceste două centre au generat un număr mare de programe de antrenament și au inițiat un număr important de urologi pentru a depăși perioadele inițiale ale curbei de învățare și pentru a putea implementa în serviciile lor această tehnică dificilă și fascinantă.

Variantele tehnice ale metodei sunt multiple și au apărut pe măsură ce experiența în acest domeniu creștea. Numărul mare de studii publicate actualmente ne permit să tragem niște concluzii referitoare la fezabilitatea și la indicațiile diferitelor variante descrise. Comparația cu operația clasică ne demonstrează că sângerarea și confortul operator pentru disejecțiile fine, în special în implementarea procedurilor de

prezervare a bandelelelor neuro-vasculare au rezultate mai bune în metoda laparoscopică Cathelineau et al. (2004). În cazul parametrilor funcționali (erecție și continență), precum și al celorlalți parametri intraoperatori, rezultatele metodei laparoscopice sunt similare cu cele ale metodei clasice. Rassweiler et al (2002). Același grup de autori compară abordul transperitoneal cu cel extraperitoneal și obține similarități în ceea ce privește timpul operator, sângerarea, complicațiile și marginile pozitive.

Ruitz et al (2004) compară rezultatele oncologice pentru prostatectomiile radicale efectuate prin abord trans- respective extraperitoneal și nu găsește o diferență semnificativă (n=2x165).

Artibani et al (2003) într-un studiu retrospectiv nerandomizat pe 71 de pacienți demonstrează că timpul operator este semnificativ scăzut în cazul abordului extraperitoneal, iar rata transfuziilor e mărită în cazul abordului transperitoneal. Nu a fost notată nici o diferență în ceea ce privește rata complicațiilor în cele două grupuri. La 12 luni continența a fost atinsă la 64% dintre pacienții operați extraperitoneal față de 40% în cazul pacienților operați transperitoneal. Nu au existat diferențe vizând stadializarea T și scorul Gleason între grupurile trans- respective extraperitoneal.

În 2005, Rassweiler raportează, ca și concluzie a unui studiu comparative prospectiv, că prostatectomia radicală laparoscopică a devenit o alternativă acceptată în chirurgia deschisă în efectuarea prostatectomiei radicale (n=1078).

Prostatectomia radicală robotică reprezintă maximum îmbinării tehnologiei cu chirurgia. Stadiul actual al investigațiilor clinice în acest domeniu demonstrează echivalența unor parametri cu laparoscopia simplă: margini pozitive, sângerare. Parametrii net îmbunătățiți sunt: transferabilitatea metodei, curba extrem de abruptă de învățare, precum și diminuarea semnificativă a timpului de efectuare a anastomozei și mărirea calității acesteia. Totuși costurile semnificative ale echipamentului, precum și întreținerea, mențin chirurgia robotica prohibitivă la ora actuală pentru marea masă a urologilor europeni.

Se constată în ultimii ani un derapaj din partea cerințelor pacienților înspre conservarea funcțională după prostatectomia radicală. Pacienții emancipați, informați solicită proactive medicului, aplicarea unor proceduri care să le permită continența vieții sexuale și foarte important să fie continenți. Din punct de vedere al medicului urolog, calea de urmat este extrem de îngustă între margini pozitive de rezecție și aplicare a unor proceduri de preservare nervoasă subfascială (tehnica vâului Afroditei) și de preservare a colului vezical. Se constată o tendință actuală de a extinde aplicarea acestor tehnici (la presiunea pacienților), în pofida indicațiilor clare enunțate de Walsh în aplicarea acestor tehnici de preservare nervoasă. (M Menon , Concluziile Congresului Mondial de Endourologie, Cleveland, 2006).

Experiența Secției Clinice de Urologie de la Spitalul Clinic Municipal din Cluj Napoca cuprinde 41 de cazuri operate laparoscopic. Dintre acestea am aplicat abordul transperitoneal în primele 30 de cazuri. Aplicarea abordului extraperitoneal ultimelor 11 cazuri a dus la scăderea semnificativă a morbidității postoperatorii prin: reducerea scorului algic, mobilizarea precoce și reluarea precoce a tranzitului digestiv.

Limfadenectomia pelvină a fost efectuată doar în cazurile cu PSA peste 20ng/ml și scor Gleason mai mare sau egal cu 8 și nu a relevat invazie ganglionară în nici un caz. Timpul operator după primele 20 de cazuri s-a stabilizat la 175 de minute, iar pierderile de sânge intraoperatorii le-am evaluat în medie la 320 ml.

Am avut 2 cazuri de conversie la operația clasică în cazul primilor 15 pacienți: un pacient nu a tolerat poziția Trendelenburg, operația laparoscopică fiind extrem de dificilă din cauza pătrunderii anselor intestinale în câmpul operator, iar un alt caz a fost convertit la operația clasică, din cauza unei hemoragii din plexul venos penian profund, care, la data respectivă, am considerat că se poate soluționa mai sigur prin chirurgie deschisă.

Din punctul de vedere al rezultatelor funcționale, avem o rată de continență la 5 luni de 58%, iar erecțiile spontane au apărut într-un procent de 31%.

Incizia fasciei endopelvine înaintea abordării ligamentelor pubo-prostatice și a plexului venos penian profund permite controlul hemostazei mai facil la acest nivel (fig. 1).

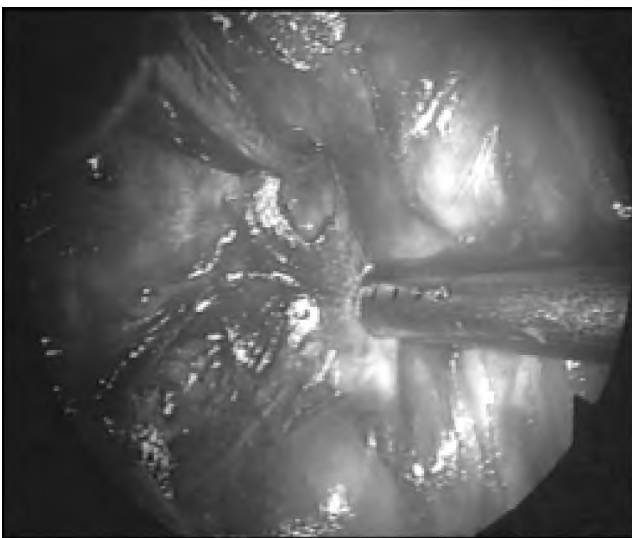


Figura 1. Incizia fasciei endopelvine

Prepararea rece a uretrei la apex și secționarea acesteia aproape de prostată permite conservarea structurilor musculo-nervoase responsabile de funcționalitatea continento-erectilă postoperatorie (fig. 2, 3).

Anastomoza uretro-vezicală o efectuam cu fir continuu PDS 3.0 începând de la ora 4. Se evită astfel începerea anastomozei în poziția de la ora 6 nefavorabilă din punct de vedere a manualității laparoscopice (fig. 4, 5).

Piesa este exteriorizată în sac de organ prin orificiul de abord deschis (fig. 6).

Obținerea unor parametri operatori și a unor rezultate similare cu cele publicate în literatură s-a realizat pe baza experienței de 10 ani a echipei clinicii noastre în laparoscopia

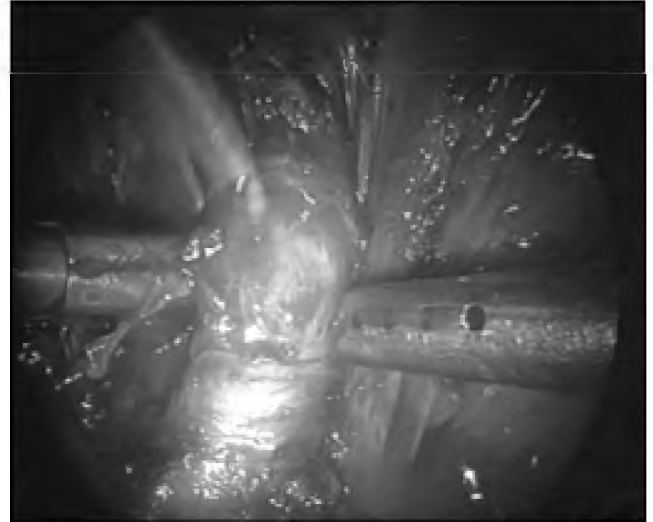


Figura 2. Prepararea uretrei subprostatice

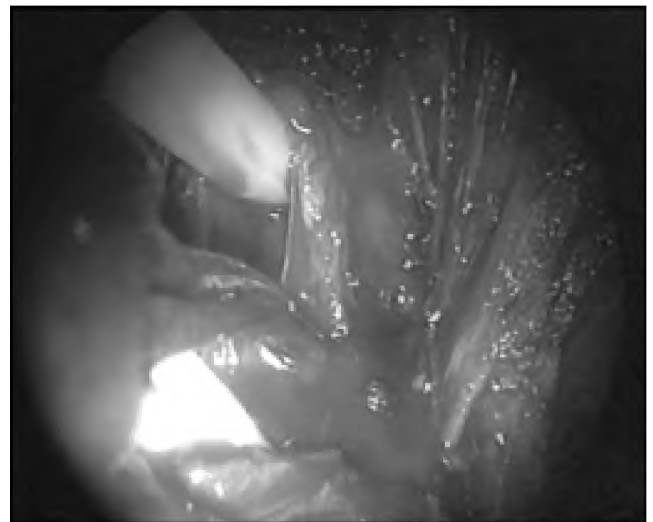


Figura 3. Incizia peretelui posterior al uretrei

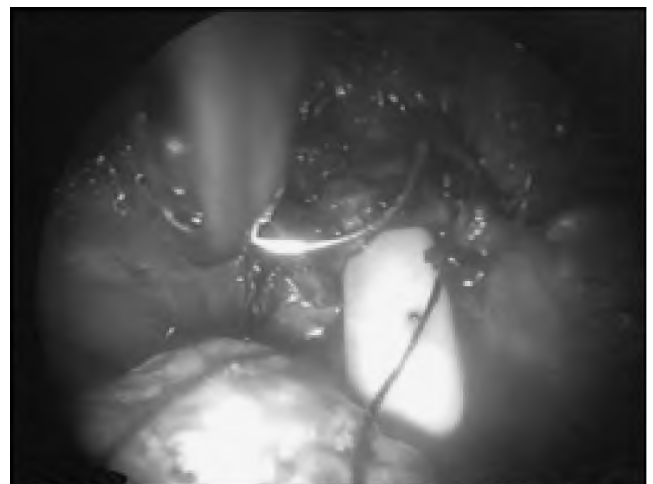
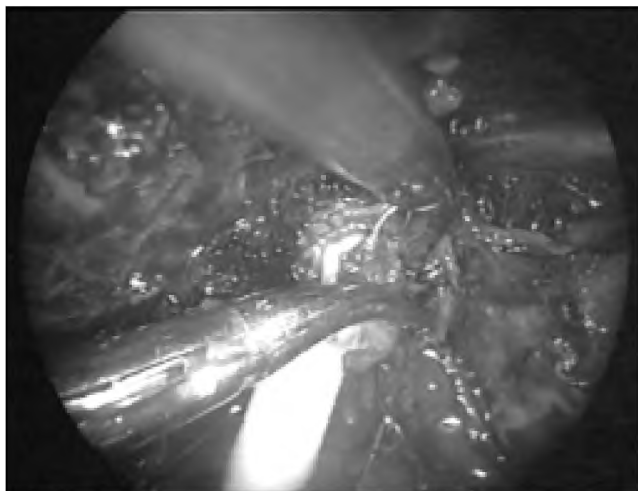


Figura 4. Fir uretral la anastomoza la ora 12

urologică. Prostatactomia radicală laparoscopică, fiind o tehnică chirurgicală cu dificultate ridicată, o recomandăm a fi implementată în echipele care au parcurs prima etapă a curbei de învățare integrate în centre de excelență în chirurgia urologică laparoscopică.



*Figura 5. Anastomoza uretro-vezicala
cu PDS 3.0*



*Figura 6. Piesa prostato-veziculo-deferențială
extrasă laparoscopic*