



Psdtà Carcinoma della prostata

Allegato 2 : Prostatectomia radicale

**Gruppo di Studio Tumori della Prostata
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

Anno di pubblicazione 2024

L'intervento di prostatectomia può essere effettuato in modalità open, laparoscopia o laparoscopia con assistenza di robot.

Trova indicazione nei pazienti a rischio intermedio, nei pazienti a basso rischio che rifiutino o non abbiano indicazione alla sorveglianza attiva e nei pazienti ad alto rischio nell'ambito di un approccio multimodale; numerosi studi stanno valutando il ruolo della chirurgia nel setting oligometastatico, senza tuttavia attuale indicazione clinica al di fuori di studi prospettici.

Indipendentemente dall'approccio adottato, l'intervento prevede la rimozione della prostata e delle vescichette seminali e, ove indicato, l'asportazione dei linfonodi regionali.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, o eventualmente in anestesia spinale ma solo per l'approccio "open"; prevede l'isolamento della prostata, l'asportazione del blocco vescicolo-prostatico il ripristino della continuità della via urinaria mediante anastomosi uretro-vescicale.

Durante la prostatectomia, la conservazione dei fasci neurovascolari con rami nervosi parasimpatici del plesso pelvico può risparmiare la funzione erettile.

La qualità dei dati non è adeguata per consentire una forte raccomandazione a favore di nerve-sparing o non nerve-sparing, ma fattori di rischio pre-operatori per estensione extraprostatica lato-specifici come PSA, densità PSA, stadio clinico, grado ISUP e il punteggio PIRADS, l'estensione extraprostatica e la lunghezza di contatto della capsula alla risonanza magnetica devono essere presi in considerazione per un possibile maggior rischio di margini positivi. Sebbene l'età e la funzione sessuale preoperatoria possano rimanere i predittori più importanti per l'erezione post-operatoria, la NS è stata anche associata a migliori esiti di continenza e può quindi essere ancora rilevante per gli uomini con scarsa funzione erettile. L'associazione con la continenza può essere dovuta principalmente alla tecnica di dissezione utilizzata durante la chirurgia NS e non a causa della conservazione della NVB stesso.

Sebbene esista una varietà di approcci, metodi e tecniche per l'esecuzione dell'anastomosi vescico-uretrale (punti staccati, singola sutura corrente vs. una sutura a doppio ago, uso di fili barbed o non-barbed), non sono possibili raccomandazioni chiare a causa della mancanza di prove ad alta certezza. Il metodo scelto dovrebbe essere basato sull'esperienza del chirurgo e sulle preferenze individuali.

Mentre la maggior parte della continenza urinaria è mantenuta dallo sfintere uretrale esterno a livello dell'uretra membranosa, una componente minore è fornita dal lissosfintere interno al collo della vescica. La conservazione del collo vescicale è stata quindi proposta per migliorare il recupero della continenza post-RP. Un RCT sulla valutazione del recupero della continenza a 12 mesi e 4 anni ha mostrato un miglioramento oggettivo e soggettivo della continenza urinaria sia a breve che a lungo termine senza alcun effetto avverso sull'esito oncologico. Questi risultati sono stati confermati da una revisione sistematica. Tuttavia, la conservazione del collo vescicale non può essere eseguita in presenza di un lobo mediano di grandi dimensioni o di un precedente TURP ed inoltre permangono preoccupazioni per quanto riguarda lo stato dei margini per i tumori situati alla base della prostata. La conservazione del collo vescicale dovrebbe essere eseguita di routine quando il tumore è distante dalla base.

Revisioni sistematiche e meta-analisi hanno rilevato che ogni millimetro in più di lunghezza dell'uretra membranosa visto alla risonanza magnetica pre-operatoria migliora il ritorno precoce alla continenza post-RP.

Poiché vi sono prove contrastanti sull'effetto della ricostruzione anteriore e/o posteriore sul ritorno alla continenza dopo RP, non è possibile formulare raccomandazioni. Tuttavia, nessuno studio ha mostrato un aumento delle complicanze chirurgiche o un peggioramento degli outcomes oncologici in caso di ricostruzione.

La prostatectomia radicale può essere preceduta da una linfadenectomia standard con rimozione dei linfonodi della regione iliaco esterna-otturatoria oppure estesa comprendente anche la regione pre-sacrale ed iliaca interna bilateralmente, sino a raggiungere caudalmente il linfonodo del Cloquet, escluso, e cranialmente l'incrocio dell'uretere con i vasi iliaci.

Il rischio individuale di un coinvolgimento linfonodale di malattia può essere stimato sulla base di nomogrammi validati (Briganti, Partin e MSKCC) che hanno mostrato un'accuratezza diagnostica simile nel predire l'invasione LN. Tuttavia, la maggior parte di questi nomogrammi sono stati sviluppati in ambito pre-MRI sulla base di criteri relativi ai dati della biopsia sistematica random. Un nomogramma è stato validato per i casi, ormai preponderanti, diagnosticati con biopsia fusion mirata sulla risonanza magnetica; con questo nomogramma, ai pazienti potrebbe essere risparmiato la PLND in caso di rischio di coinvolgimento linfonodale inferiore al 7%, il che comporterebbe la perdita di solo l'1.5% dei pazienti pN+

Una revisione sistematica ha dimostrato che l'esecuzione di PLND durante la RP non è riuscita a migliorare gli esiti oncologici, tra cui sopravvivenza.

Tuttavia, con la e-PLND, la maggior parte dei pazienti viene stadiata correttamente e, come tale, l'ePLND fornisce informazioni accurate per la stadiazione e la prognosi.

Il tessuto adiposo anteriore è una rara ma riconosciuta via di diffusione della malattia; poiché viene rimosso durante l'intervento per l'esposizione della fascia endopelvica, dovrebbe essere inviato per l'analisi istologica.

In caso di rimozione precoce del catetere non sono stati riscontrati tassi di complicanze più elevati, sebbene un cateterismo più breve sia stato associato a risultati funzionali favorevoli a breve termine, mentre non sono state riscontrate differenze funzionali a lungo termine.

Piccoli studi comparativi suggeriscono che un cistogramma per valutare la perdita anastomotica non è indicato come standard di cura prima della rimozione del catetere se questo viene rimosso da otto a dieci giorni dopo l'intervento.