

Prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale: tecnica dopo 120 procedure

G. MARTINA, S. SCUZZARELLA, PL. GIUMELLI, M. REMOTI, G. CARUSO

SC di Urologia, Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, Presidio "Ospedale Morelli", Sondalo (Sondrio)

Laparoscopic extraperitoneal radical prostatectomy: the first 120 cases performed

ABSTRACT: *The present study describes the training approach that a laparoscopy naive general urologist working in a non teaching hospital employed to successfully learn to perform laparoscopic extraperitoneal radical prostatectomy and describes the results obtained in the first 120 cases performed.*

METHODS. *The urologist assisted an experienced laparoscopic surgeon for a total of 20 extraperitoneal radical prostatectomies. During this time he modified his technic of performing open radical retropubic prostatectomy to facilitate the acquisition of the laparoscopic technics. Intracorporeal suturing was learned with the aid of a pelvic trainer.*

RESULTS. *The operating time progressively decreased during the learning curve. The mean duration of surgery was 160 minutes. There were 2 conversions to open surgery due to failure to progress.*

CONCLUSIONS. *Laparoscopic extraperitoneal radical prostatectomy can be successfully learned by a general urologist with no prior laparoscopic experience. (Urologia 2005; 72: 186-9)*

KEY WORDS: *Prostate cancer, surgery, laparoscopy*

PAROLE CHIAVE: *Carcinoma prostatico, laparoscopia, chirurgia*

Introduzione

Nel video viene presentata la tecnica della prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale (LERP) eseguita c/o la nostra struttura.

La scelta di iniziare tale esperienza con approccio extraperitoneale è stata dettata dalle seguenti considerazioni:

- intervento riprodotto gli stessi steep della prostatectomia retropubica;
- maggiore dimestichezza con il preperitoneo;
- prevenzioni dei rischi legati all'accesso intraperitoneale (lesioni intestinali, lesione degli ureteri);
- prevenzione dell'uoperitoneo da possibili filtrazioni urinose dall'anastomosi;
- assenza di posizione di Trendelenburg;
- tempi chirurgici riferiti più bassi rispetto all'accesso intra;

- in caso di conversione chirurgica, situazione anatomica familiare per l'urologo.

Non avendo alcuna precedente esperienza laparoscopica prima di iniziare con tale tecnica, abbiamo eseguito un periodo di training di 6 mesi con:

- partecipazione settimanale a interventi di laparoscopia c/o un Centro urologico che abbiamo preso come riferimento (dr. Grosso Villafranca di Verona);
- allenamento quotidiano su pelvic trainer con particolare riguardo per la tecnica di anastomosi;
- riproduzione durante l'intervento di prostatectomia radicale chirurgica di quelli che sarebbero stati gli steep dell'LERP (tecnica discendente);
- proscrizione assoluta dell'uso delle dita durante le prostatectomie radicali chirurgiche, al fine di abituarsi ad utilizzare solo pinze e forbici;
- creazione digitale dello spazio preperitoneale prima di qualsiasi accesso ombelico pubico.

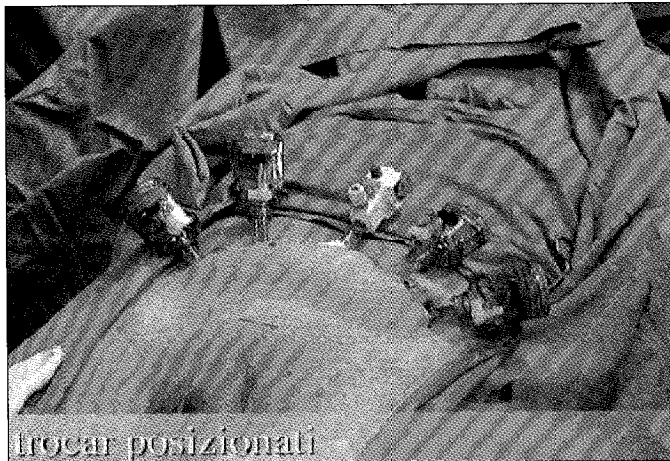


Fig. 1 - Disposizione dei trocar.

Materiali e Metodi

Il paziente è posizionato supino con un rialzo di 10 cm sotto il bacino; solo i pazienti obesi vengono posizionati in modesto Trendeleburg.

Incisione cutanea 1 cm sotto l'ombelico di dimensioni tali da permettere l'introduzione del dito indice. Incisione della fascia lungo la linea alba, col dito scollamento del tessuto fra muscoli retti e fascia ombelico prevescicale, con creazione bilaterale dello spazio. Introduzione di palloncino dissektore e ampliamento dello spazio preparato in precedenza. Due porte da 10 mm a dx, sulla linea che unisce ombelico a cresta illica, una a 2 cm dalla cresta e una intermedia tra quest'ultima e l'ombelico. Idem a sn con la porta più mediale di 5 mm. I Trocar vengono introdotti con lama scarica, sulla guida del dito, dopo aver inciso la cute e aperto la fascia con le forbici. Trocar strutturale attraverso la porta centrale (Fig. 1).

L'operatore si posiziona a sn del paziente e durante la fase demolitiva usa le relative porte, l'aiuto si posiziona a dx, mentre l'ottica viene introdotta dalla porta centrale, montata su una particolare prolunga che viene manovrata dall'operatore video che si posiziona alla testa del paziente.

Per la fase ricostruttiva l'operatore utilizza porte contrapposte.

Durante tutta la procedura per l'emostasi e la sezione viene usato Ultracision forbici da 5 mm.

L'intervento inizia con una adeguata preparazione dello spazio che consiste nell'aprire la fascia ombelico prevescicale, liberare il pube anteriormente e le vene iliache bilateralmente sino all'incrocio con i deferenti.

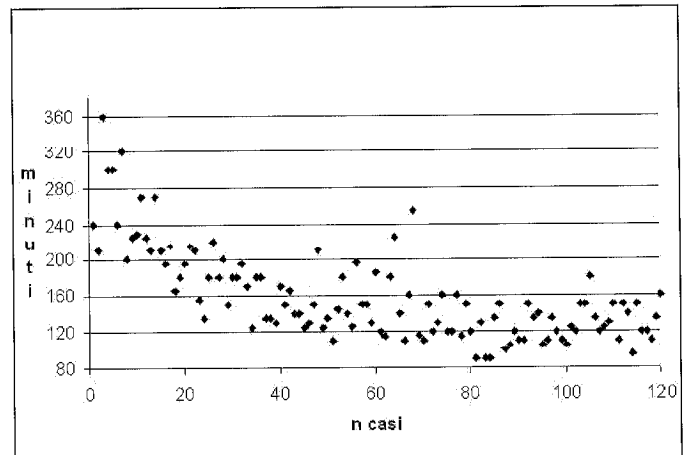


Fig. 2 - Rapporto numero interventi durata in minuti.

Se indicato, eseguiamo linfadenectomia otturatoria rimuovendo il tessuto linfatico tra vena iliaca e nervo otturatorio.

Si passa quindi alla preparazione dell'apice che inizia con una minuziosa asportazione del grasso periprostatico, e termina con l'apertura della fascia endopelvica e lo scollamento del muscolo elevatore dell'ano dal lobo prostatico laterale; tale manovra si esegue prima a sn, e poi a dx.

Successivo isolamento della prostata dalla vescica; la sede della sezione viene identificata nel punto in cui il grasso periprostatico converge per poi sfiocarsi sul grasso prevescicale. Altre alternative per il riconoscimento del passaggio sono rappresentate da una trazione sul palloncino o dal riempimento retrogrado della vescica. Scollamento dei lobi prostatici e identificazione dell'uretra prossimale che viene sezionata a freddo sul versante superiore. Retrazione del catetere e sezione del versante uretrale posteriore sino a identificazione del piano delle vescicole. Isolamento delle vescicole e dei deferenti e loro sezione. Identificazione del piano prostatico rettale e scollamento per via smussa della prostata dal retto. Sezione, con ultracision dei peduncoli prostatici laterali sino all'apice. Nel caso in cui si decida per tecnica nerve sparing, l'incisione dei peduncoli avviene medialmente e il bundle viene scollato e lateralizzato sino a ridosso dell'apice.

Abbassamento della ghiandola e punto di emostasi sul Santorini previa sezione dei legamenti pubo prostatici. Se possibile risparmiando i legamenti in quanto sembra esservi una ripresa più precoce della continenza immediata e una maggiore facilità nell'esecuzione dell'anastomosi poiché l'uretra non si affossa.

TABELLA I - TEMPI CHIRURGICI

durata in min dell'intervento tutti i casi	primi 50 casi	successivi 70 casi
Media	150.39	129.03
Max	360	255
Min	70	70
Mediana	135	120
Moda	120	120

TABELLA II - CONTINENZA IMMEDIATA A TRE E SEI MESI

	continenza immediata	continenza 3 mesi	continenza 6 mesi
Pz. valutabili	122	122	118
% su totale	100.00%	100.00%	96.72%
cont "1"	85	110	113
% su valutabili	69.67%	90.16%	95.76%
cont "2"	31	12	5
% su valutabili	25.41%	9.84%	4.24%
cont "3"	6	0	0
% su valutabili	4.92%	0.00%	0.00%

Il punto sul Santorini viene dato a liberazione avvenuta della ghiandola per evitare, che un sanguinamento, sempre possibile in questa fase, vada a disturbare tutta la fase demolitiva.

Sezione, sempre con ultracision, del plesso del Santorini, identificazione e isolamento dell'uretra, sezione del versante anteriore e, dopo retrazione del catetere, del versante posteriore, sezione del retto uretrale.

Asportazione del pezzo in endo bag prima dell'esecuzione dell'anastomosi.

Anastomosi uretro-vescicale utilizzando 6 punti staccati, annodati per via intracorporea e identificando l'uretra con beniquè rigido. Utilizziamo monofilamento 000 con ago HR22 per i primi due punti (una maggiore ampiezza dell'ago favorisce la presa uretrale) e ago HR17 per i rimanenti punti.

Gli ultimi due punti vengono apposti dopo aver introdotto un catetere di foley 18 ch. Prova di tenuta dell'anastomosi e posizionamento di drenaggio. Rimozione delle porte verificando l'assenza di sanguinamento.

Caratteristiche pre-operatorie dei pazienti

Dall'ottobre 2001 al febbraio 2004, 120 pz. sono stati sottoposti a LERP.

Età media 66aa (range 45 → 76)

Psa pre-operatorio medio e mediano rispettivamente di 9.8 e 7.3 ng/mL con range fra 0.8 e 63 ng/mL.

Stadio clinico T1a o b 6 casi (5%), T1cin 9 (7.5%), T2ai n 64 (53.3%), T2b in 29 (24.17%), T3a o b in 12 (10%).

Il volume prostatico medio e mediano, all'eco transrettale è risultato rispettivamente di 35 e 30 mL con range tra 5 e 118.

Diciassette pz. (13.9%) erano stati in precedenza sottoposti a Turp.

Risultati

Follow-up attuale medio di 22 mesi con range tra 38 e 9.4 mesi.

La durata media e mediana della LERP è stata rispettivamente di 158' e 150' (range 90' → 360'). Vi è stata una regressione lineare tra la progressione del numero dei casi e la durata dell'intervento ($p < 0.001$, 95% intervallo di confidenza) (Fig. 2).

Trentasei pazienti (30%) sono stati sottoposti a linfoadenectomia.

In due casi vi è stata conversione chirurgica per impossibilità a procedere con la tecnica.

Undici pz. (9.1%) sono stati trasfusi, 4 con sangue autologo e 7 con sangue omologo.

La media e la mediana della cateterizzazione è stata di 7 giorni con range fra 4 e 20.

Otto complicanze immediate di cui una maggiore con rottura dei vasi epigastrici che ha richiesto conversione chirurgica, un ematoma pelvico, una anuria transitoria, quattro ritenzioni urinarie e una ematuria importante.

Il Gleason medio è stato di 6 con stadio patologico in 62 casi (51.67%) pT2a, in 25 (20.83%) pT2b, in 32 (26.67%) pT3a o b.

Riscontro di margini positivi in 21 casi (17.5%) di cui 6 pT2 (6.9%).

Psa non dosabile a 3 mesi in 101 pz. (84.87%), inferiore a 0.4 ng/mL in 111 pz. (93.27%).

La continenza è stata valutata con questionario a 1.3 e 6 mesi.

Livello 1= perfetta continenza (1pad/die psicologico);

Livello 2= perdita di poche gocce sotto sforzo (max 2 pad die);

Livello 3= incontinenza di grado più marcato (3 o più pad die).

Con a 6 mesi continenza 1 nel 96% (Tab II).

Riassunto

Lo scopo del presente lavoro è di descrivere la tecnica chirurgica utilizzata dagli Autori per l'esecuzione della prostatectomia radicale laparoscopica extraperitoneale, messa a punto nel corso di 120 procedure eseguite tra il 1° ottobre 2001 e fine febbraio 2004 .

Non avendo precedente esperienza laparoscopica, l'approccio è stato fatto precedere da un periodo di sei mesi di training con partecipazione a interventi c/o un altro centro e allenamento quotidiano su pelvic trainer. La scelta della tecnica extraperitoneale è stata dettata da maggiore familiarità con tale tipo di accesso e da minor rischio di uroperitoneo da filtrazione urinosa.

I tempi chirurgici si sono attestati intorno alle due ore sin dalla 30a procedura.

Indirizzo degli Autori:
Giorgio Martina, M. D.
SC di Urologia
Ospedale Morelli
Via Zubiani 33
23035 Sondalo (Sondrio)
gm616@vodafone.it