

VIDEO LAPAROSCOPIA CARCINOMA PROSTATA 2

V25

LA TECNICA NERVE SPARING INTRAFASCIALE CON RICOSTRUZIONE POSTERIORE DEL RABDIOSFINTERE. EVOLUZIONE DELLA TECNICA DOPO 750 PROSTATECTOMIE RADICALI LAPAROSCOPICHE

I. Kartalou Goumas, F. Gaboardi, A. Gregori, F. Scieri, A. Romanò, P. Incarbonè, F. Pietrantonio (Milano)

SCOPO DEL LAVORO:

Il video descrive "step by step" la tecnica di prostatectomia radicale transperitoneale con risparmio intrafasciale dei fasci vascolonerosi e con ricostruzione dello sfintere striato urinario

MATERIALI E METODI:

Si esegue un accesso transperitoneale con posizionamento di 5 trocar a "V" rovesciato. Dopo l'apertura del peritoneo parietale si prepara lo spazio prevescicale e viene incisa bilateralmente la fascia endopelvica. L'apice prostatico viene preparato accuratamente. Si prepara ed isola la base prostatica dal collo vescicale, vengono quindi sezionati i dotti deferenti e isolate le vescicole seminali. Si sviluppa lo spazio prerettale con particolare attenzione alla preparazione della porzione postero inferiore della base prostatica. Successivamente si incide bilateralmente la fascia periprostatica sulla superficie laterale della prostata fino a giungere in prossimità dei fasci vascolonerosi. La dissezione procede con la sezione dei peduncoli prostatici in direzione caudale, andando ad incontrare il piano precedentemente preparato. In questo modo possono essere facilmente allontanati e risparmiati i fasci vascolonerosi. Viene quindi legato e sezionato il plesso di Santorini e sezionata l'uretra dopo l'introduzione di un beniquet. Completato l'intervento con una linfoadenectomia e poste sia la prostata che i linfonodi in una endobag si effettua la ricostruzione del raddiosfintere. Il muscolo rettouretrale e la parte posteriore dello sfintere striato vengono ancorati cranialmente con la Denonvilliers e posteriormente con un punto posto ad 1 cm. dal collo vescicale. L'anastomosi vescicouretrale viene eseguita con punti staccati in Vicryl 2/0.

RISULTATI:

Con questa tecnica i risultati funzionali sia della continenza precoce sia della funzione erettile sono notevolmente migliorati e con una corretta indicazione il tasso di positività di margini chirurgici rimane inalterato.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

Le modifiche della tecnica di prostatectomia radicale laparoscopica descritta nel video permette a nostro parere di ottenere ottimi risultati funzionali mantenendo inalterata la radicalità oncologica.

V26

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA NERVE SPARING: TECNICA INTERFASCIALE ED INTRAFASCIALE (VIDEO)

R. Tarabuzzi, F. Varvello, S. Zaramella, G. Marchioro, G. Maso, M. Zacchero, C. Terrone (Novara)

SCOPO DEL LAVORO:

La tecnica di risparmio dei bundle neurovascolari (NS) così come è descritta nella prostatectomia radicale (PR) open può essere riprodotta quando l'intervento è eseguito per via laparoscopica. Presentiamo due interventi effettuati rispettivamente con tecnica interfasciale e intrafasciale monolaterale eseguiti nell'ambito della curva di apprendimento dell'operatore, dopo aver effettuato circa 40 PR laparoscopiche non NS consecutive.

MATERIALI E METODI:

Dal novembre 2007 sono state effettuate 6 PR nerve sparing di cui 4 con tecnica interfasciale monolaterale e 2 intrafasciale monolaterale. L'età media dei pazienti è di 61 anni (range 50-67), il PSA medio alla diagnosi di 5,9 ng/ml (range 3,29-4), Gleason score biottico di 6,1 (range 5-7) e un IIEF5 medio di 24 (range 23-25).

La metodica ha previsto in tutti i casi un approccio preperitoneoscopico.

La tecnica intrafasciale prevede lo sviluppo del piano a partire da un'incisione anteriore (medialmente ai puboprostatici) mantenendo quindi integre la fascia periprostatica e la fascia endopelvica lateralmente. Nella tecnica interfasciale si seziona la fascia endopelvica medialmente all'elevatore dell'ano e si procede preparando la superficie laterale della prostata ed incidendo a questo livello la fascia periprostatica. L'utilizzo degli strumenti di coagulazione viene in queste fasi sostituito dall'applicazione di clip emostatiche.

RISULTATI:

Non si sono verificate complicanze peri e post operatorie. Le perdite ematiche medie sono state di 580 ml (range 300-800). Il tempo operatorio medio si è prolungato di 45 minuti rispetto alla tecnica non NS. La degenza post operatoria è stata di 5 giorni. Il follow up medio è di 6 mesi (range 3-15).

2 pazienti hanno terminato la fase di riabilitazione farmacologica (terapia orale per 4 mesi) ed hanno recuperato la funzionalità erettile. 4 pazienti sono in trattamento.

DISCUSSIONE E MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La prostatectomia radicale nerve sparing ha l'obiettivo del mantenimento della funzione sessuale ed un precoce recupero della continenza, senza inficiare l'outcome oncologico. Entrambe le tecniche laparoscopiche riproducono i principi della tecnica open, ma necessitano di una lunga curva di apprendimento. Indipendentemente dall'approccio, riteniamo che la chiave per un miglior risultato sia rappresentata dalla conoscenza dell'anatomia e che la magnificazione dell'immagine permetta un'eccellente visualizzazione delle strutture anatomiche.

V27

PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEO LAPAROSCOPICA: TECNICA STEP BY STEP

R. Sanseverino G. Napodano, O. Intilla, U. Di Mauro, T. Realfonso, R. Angrisani, G. Miracolo (Nocera Inferiore)

SCOPO DEL LAVORO:

Sin dalla sua introduzione, la tecnica chirurgica della prostatectomia radicale videolaparoscopica è stata continuamente modificata al fine di implementarne i risultati oncologici e funzionali. Particolare attenzione è posta soprattutto alla fase di dissezione del collo vescicale e dell'apice prostatico. Al riguardo riportiamo la nostra preliminare esperienza.

MATERIALI E METODI:

Dopo aver creato lo spazio preperitoneale per mezzo di un trocar a palloncino, disponiamo 5 trocar in ipogastrio. Eseguita la linfoadenectomia iliacootturatoria, si procede alla incisione della fascia endopelvica su ciascun lato della prostata ed alla sezione dei legamenti puboprostatici in modo da esporre il plesso venoso dorsale che viene legato con un punto in Vicryl 0. Un altro punto è passato prossimalmente per il sangue refluo. Il posizionamento di un trocar sovrapubico consente di introdurre un portaghi per sospendere il filo del punto prossimale in modo da sollevare la base prostatica; al tempo stesso l'endoretrattore sposta lateralmente la vescica. Tale manovra combinata consente una precisa ed agevole dissezione del collo vescicale. L'uretra è recisa, i vasi deferenti sezionati e le vescicole seminali mobilizzate. Si incide la fascia di Denonvilliers e si prepara il piano prostatico posteriore. Il controllo dei peduncoli laterali viene abitualmente realizzato con pinza LigasureTM, mediante Bisturi ad Ultrasuoni o con clips HemOlockTM in caso di intervento nerve sparing. Il plesso venoso dorsale viene cautamente resecato. Dissezione dell'apice prostatico e sezione dell'uretra. La prostata con le vescicole seminali viene introdotta in un endobag. L'anastomosi vescicouretrale è realizzata con una doppia sutura in monofilamento riassorbibile 3/0 secondo la tecnica inizialmente descritta da Van Velthoven.

RISULTATI:

93 pazienti con PSA preoperatorio medio di 10.1 ± 5.8 ng/ml sono stati sottoposti a prostatectomia radicale videolaparoscopica. Il tempo operatorio medio, la riduzione di Hb ed il peso ghiandolare sono, rispettivamente, 270 ± 70.4 minuti, 2.4 ± 1.2 gr/dl, 55.6 ± 24.9 gr (25135gr). I tempi medi di ospedalizzazione e cateterizzazione sono rispettivamente 6.7 ± 5.6 e 14.9 ± 7.9 giorni. Un solo paziente ha richiesto una conversione chirurgica (piccola lesione accidentale vena iliaca destra); un paziente ha necessitato revisione laparoscopica nelle ore successive all'intervento per sanguinamento dai vasi epigastriaci di destra.

MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La prostatectomia radicale videolaparoscopica è una procedura affidabile ed efficace anche durante la fase di apprendimento. L'attuazione di piccoli dettagli di tecnica può, talvolta, rendere più agevole e sicura la procedura chirurgica.

V28

RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA NEL CARCINOMA PROSTATICO CON TECNICA LAPAROSCOPICA (VIDEO)

G. Marchioro, M. Rudoni, E. Inglese, F. Varvello, R. Tarabuzzi, S. Zaramella, G. Maso, A. Di Domenico, C. Terrone (Novara)

SCOPO DEL LAVORO:

La linfoadenectomia pelvica nel carcinoma prostatico risulta ancora argomento estremamente controverso, sia per ciò riguarda le indicazioni, sia per l'estensione della stessa.

La tecnica di ricerca del linfonodo sentinella intraoperatoria potrebbe consentire di limitare la linfoadenectomia a casi selezionati con minor morbilità e maggiore accuratezza diagnostica.

MATERIALI E METODI:

La ricerca del linfonodo sentinella inizia con l'iniezione 24 ore prima dell'intervento chirurgico di 99Tcna-nocoloidale in ciascun lobo prostatico e nella zona peritumorale sotto controllo ecografico, per via transrettale. Dopo 15 minuti dalla somministrazione del tracciante si esegue una linfo-scintigrafia con gamma camera per avere l'identificazione topografica del così detto linfonodo sentinella.

Il giorno successivo, si procede all'intervento di prostatectomia radicale laparoscopica transperitoneale con induzione del pneumoperitoneo con tecnica open di Hasson il posizionamento di altri due trocar da 12 mm e due trocar da 5 mm con disposizione a ventaglio. Dopo la sezione del peritoneo lateralmente all'arteria ombelicale, esponendo lo spazio preperitoneale lateralmente alla vescica e alla prostata e la fossa otturatoria. Si procede alla scannerizzazione intraoperatoria con "Sonda Neoprobe da 11 mm per chirurgia endoscopica" Ethicon EndoSurgery Johnson & Johnson, per identificazione del linfonodo sentinella e di altri linfonodi captanti che vengono inviati all'analisi istologica definitiva. Si procede quindi al completamento della linfoadenectomia pelvica bilaterale estesa e successivamente alla prostatectomia radicale.

RISULTATI:

Nella nostra iniziale esperienza il linfonodo sentinella è stato identificato agevolmente, anche se in sede non iliacootturatoria, con allungamento del tempo operatorio di 30 minuti e senza alcuna variazione della nostra tecnica di esecuzione della prostatectomia radicale.

Non si sono verificate complicanze peri/post operatorie, né allungamenti della degenza ospedaliera. Come per la maggioranza dei casi non è stato necessario somministrare trasfusioni ematiche.

DISCUSSIONE E MESSAGGIO CONCLUSIVO:

La chirurgia radioguidata con tecnica laparoscopica, di facile esecuzione e con bassa morbilità, consente di identificare rapidamente il linfonodo potenzialmente sede di metastasi, limitando l'estensione e l'invasività della linfoadenectomia. Questa metodica in oltre può far riconsiderare la topografia della linfoadenectomia pelvica, considerando l'alta incidenza di linfonodi sentinella in sedi non convenzionali.