

Επηρεάζει η προηγηθείσα διουρηθρική προστατεκτομή
τα ογκολογικά & λειτουργικά
αποτελέσματα της ριζικής προστατεκτομής;

Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"

Ουρολογική Κλινική

Εισήγηση: Πάππας Α., Σταθούρος Γ., Πανάρετος Γ.,
Στασινόπουλος Κ., Ντούμας Κ.

Παρουσίαση: Πάππας Α.

Ο PCa ανευρίσκεται τυχαία στο 4-16% των ασθενών που θεραπεύονται χειρουργικά για ΚΥΠ, παρά την προσεκτική προεγχειρητική αξιολόγηση.

Zigeuner RE et al, Urology 2003

Naspro R et al, J Urol 2004

European Urology Guidelines, 2014

Βιοχημική υποτροπή στη 5ετία: 10% σε T1a PCa.

Zhang G et al, J Urol 1991

Επιθετική αντιμετώπιση ασθενών με T1b PCa, καθώς 1/3 ασθενών θα παρουσιάσει βιοχημική υποτροπή στη 4ετία χωρίς αντιμετώπιση.

Cantrell BB et al, J Urol 1981

8% βιοχημική υποτροπή σε T1a (follow-up: 30-97mo)

29% βιοχημική υποτροπή σε T1b (follow-up: 36mo)

Tombal B et al, BJU 1999

Παλιός θεραπευτικός αλγόριθμος “Follow T1a, treat T1b” βασιζόταν σε παλαιότερες σειρές μελετών (μικρό αριθμό ασθενών, προPSA εποχή)

Cantrell BB et al, 1981 Urol

Jewett HT et al, 1975 Urol North Clin Am

Golimbu M et al, 1978 J Urol

Aus G et al, 2005 Eur Urol

PSA πριν και μετά το χειρουργείο για ΚΥΠ και το Gleason score από το χειρουργείο για ΚΥΠ, είναι οι μόνοι ανεξέρτητοι προγνωστικοί δείκτες υπολειμματικής νόσου μετά την RRP και βιοχημικής υποτροπής.

Τα στάδια T1a-T1b δεν προβλέπουν την ύπαρξη υπολειμματικής νόσου ή το ποσοστό βιοχημική υποτροπής.

Umberto Capitano et al, 2008 Eur U

European Urology Guidelines, 2014

Η απόφαση να πραγματοποιηθεί RP σε τυχαίο εύρημα PCa θα πρέπει να βασίζεται στην εκτιμώμενη πιθανότητα κλινικής εξέλιξης, συγκριτικά με το σχετικό κίνδυνο θεραπείας και πιθανό όφελος επιβίωσης.

Guidelines 2014, Eur Urology

Οι χειρουργικές τεχνικές για τη RP έχουν πρόσφατα βελτιωθεί και προοδευτικά εκσυγχρονιστεί για να διασφαλίσουν ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα.

Walsh PC et al, 2000 J Urol

Holmberg L et al, 2002 N Engl J Med

Palisaar RJ et al, 2005 Eur Urol

Η ανοικτή οπισθοβική ριζική προστατεκτομή (RRP) για κλινικά εντοπισμένο καρκίνο είναι μια ογκολογικά ασφαλής τεχνική. Ακόμα και σε υψηλού κινδύνου ασθενείς μπορεί να προσφερθεί ίαση και πολλαπλές προσεγγίσεις και τεχνικές παραλλαγές προσφέρουν ευνοϊκό λειτουργικό αποτέλεσμα.

Graefen M et al, 2006 Eur Urol

Guillonneau B et al, 2000 J Urol

Gerber GS et al, 1996 JAMA

Αυτές οι βελτιώσεις είναι σημαντικές , ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών που αποτελούν πρόκληση, όπως μετά από ορμονοθεραπεία, βραχυθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε προηγούμενο χειρουργείο του προστάτη για καλοήγη νόσο.

Stephenson AJ et al, 2004 J Urol

Moran BJ et al, 2004 Int J Radiat Oncol Biol Phys

Δεν υπάρχει ομοφωνία στην Ευρώπη σχετικά με την πρακτική πραγματοποίησης καθυστερημένης RP μετά από προηγηθέν χειρουργείο διόρθωσης της BOO, λόγω των αναφερόμενων ποσοστών διεγχειρητικής-μετεγχειρητικής νοσηρότητας σε συνδυασμό με τα μειωμένα λειτουργικά αποτελέσματα (ακράτειας-στυτικής δυσλειτουργίας)

Bandhauer K et al, 1988 Eur Urol

Ramon J et al, 1994 Surg Oncol

Ιστορικό TURP έχει αναφερθεί ως παράγοντας κινδύνου για αναστομωτικά στενώματα, στυτική δυσλειτουργία και ακράτεια μετά τη RP αν και μερικές μελέτες δεν έχουν δείξει αύξηση της νοσηρότητας ή επιζήμιες επιδράσεις στο ογκολογικό ή λειτουργικό αποτέλεσμα μετά την εκτομή.

Tomschi W et al, 1998 Br J Urol
Bandhauer K et al, 1988 Eur Ur
Elder JS et al, 1984 J Surg Oncol
Ramon J et al, 1994 J Surg Oncol
Borboroglu PG et al, 2000 Urology

Παρόλο που το ποσοστό των επαναλαμβανόμενων προστατικών χειρουργείων έχουν αυξηθεί προοδευτικά και σημαντικά τα τελευταία χρόνια, λίγες μόνο δημοσιεύσεις μπορούν να βρεθούν σχετικά με το αν η TURP ή OP μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη νοσηρότητα και το QoL μετά από ριζικό χειρουργείο.

Bandhauer K et l, 1994 Eur Urol
Ramon J etal, 1994 J Surg Oncol
Epstein J et al, 1994 J Urol
Deliveliotis C, 2004 Urol Res

- Σεπτέμβριος 2010 – Μάρτιος 2013: 321 RRP λόγω PCa.
- Αναδρομική μελέτη καταγραφής δεδομένων.
- 32 ασθενείς διαγνώσθηκαν με PCa κατόπιν TURP.
- Υπεβλήθησαν σε RRP μετά από μέσο χρονικό διάστημα: 3 μηνών (1-7 μ).
- 30 ασθενείς ολοκλήρωσαν το follow-up 1 έτους [Ομάδα Α]

Κατόπιν αντιστοίχισης (ηλικία, BMI, Gleason score, προστατικός όγκος, προεγχειρητικά επιπέδα PSA, παθολογοανατομικό στάδιο (pT) και τεχνική διατήρησης του αγγειονευρώδους δεματίου), συγκρίθηκαν τα λειτουργικά και χειρουργικά αποτελέσματα 30 ασθενών [Ομάδα Β] που υποβλήθηκαν σε RRP χωρίς να έχουν χειρουργικό ιστορικό ΚΥΠ με την ομάδα Α.

Κανένας ασθενής δεν έλαβε προεγχειρητικά ορμονοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία.

Προεγχειρητική αξιολόγηση: DRE, PSA, Vπρ.(TRUS)
Μετεγχειρητικά: PSA (6 ,12 μήνες), IIEF-5 (12μήνες),
ακράτεια (χρήση πάνας ακράτειας)

Βιοχημική υποτροπή: PSA > 0,2 ng/ml σε δυο συνεχείς μετρήσεις.

Διατήρηση του αγγειονευρώδους δεματίου πραγματοποιήθηκε σε όσους
δεν είχαν ψηλαφητή νόσο, G.S.<7, προεγχειρητικό PSA<10 ng/ml.

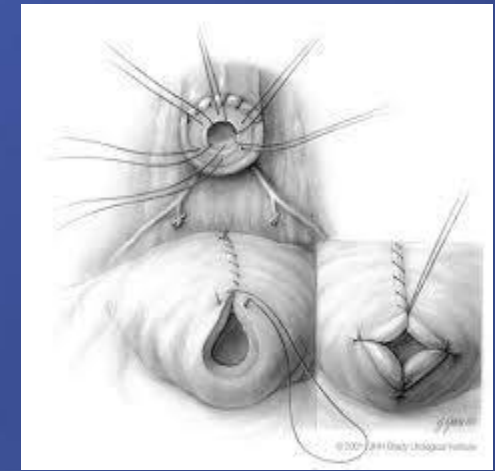
Χαρακτηριστικά ασθενών Ομάδας Α	
Αριθμός ασθενών	30
Μέση ηλικία+/- S.D.	63,2 +/- 4,1 έτη
Προστατικός όγκος	42cm ³ (28-86)
PSA πριν το TUR-P	3,82+/-2,34 ng/ml
PSA μετα το TUR-P	1,38+/- 0,96 ng/ml
Αφαιρεθέν προστατικός όγκος	26+/- 14 cm ³
Gleason score (TUR-P)	
2-5	2 (6,66%)
6	18 (60%)
7	9 (30%)
8-10	1 (3,33%)
Κλινικό στάδιο	
cT1a	6 (20%)
cT1b	24(80%)
Παθολογ/κό στάδιο	
pT2	18 (60%)
pT3a	5 (16,6,%)
pT3b	4(13,3%)
pT4	-

Χαρακτηριστικά ασθενών :	Ομάδα Α	Ομάδα Β
Nerve Sparing RRP		
ΔΕΝ ΕΓΙΝΕ	10(33,3%)	10 (33,3%)
ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΑ	5 (16,6%)	7 (23,3%)
ΑΜΦΙΠΛΕΥΡΑ	15 (50%)	13 (43,3%)
Μετεγχειρητικό GLEASON SCORE		
Χωρίς υπόλειμμα νόσου	2(6,66%)	-
≤ 6	14(46,6%)	8 (26,6%)
7	13 (43,3%)	17 (56,66%)
8-10	1 (3,33%)	5 (16,66%)
(+) χειρουργικά όρια	7 (23,3%)	6 (20%)

Λειτουργικά αποτελέσματα	Ομάδα Α			Ομάδα Β		
	Έναρξη	6 μήνες	12 μήνες	Έναρξη	6 μήνες	12 μήνες
Αριθμός ασθενών με πλήρη εγκράτεια (%)	18(60%)	26(86,6%)	28(93%)	24(80%)	27(90%)	29(96,6%)
Αριθμός ασθενών με στυτική λειτουργία μετά από NSRRP(%)			8/15(53,3%) 2/5(40%)			9/13(69,2%) 3/7(42,8%)
Μέσο IIEF-5 +/-SD			15+/-4			18+/-5

Διεγχειρητικά δεδομένα	Ομάδας Α	Ομάδας Β
Χειρουργικός χρόνος (min)	124,6+/-35,4	103,1+/-22,5
Απώλεια αίματος (mL)	312+/- 224	258+/- 179
Ανάγκη Μετάγγισης (%)	10%	6,6%
Παραμονή στο Νοσοκομείο (ημέρες)	6+/-1	6+/-1
Χρόνος παραμονή καθετήρα (ημέρες)	14	10+/-3

Περιεγχειρητικές επιπλοκές	Ομάδας Α	Ομάδας Β
Εμπύρετο	2(6,6%)	3(10%)
Στενώματα ουρηθροκυστικά	3(10%)	2(6,6%)
Επανεπέμβαση	0	0
Απώλεια ούρων	0	0
Υδρονέφρωση	0	0
Βλάβη ουρητήρα	0	0
Λοιπές	0	0



Η RP ήταν τεχνικά πιο απαιτητική σε ασθενείς με ιστορικό χειρουργείου ΚΥΠ, αναφορικά με τη διατομή της κορυφής του προστάτη, τη διατήρηση της ακεραιότητας της ουρήθρας και την αναγνώριση και διατήρηση του αγγειονευρώδους δεματίου.

Η επακόλουθη ίνωση και η αλλοίωση των ιστικών διαστρωμάτων μετά από TUR-P επέβαλαν ευρεία διάνοιξη του αυχένα της κύστης και ουρηθροκυστική αναστόμωση κατά Walsh (tennis racket).

Τα ποσοστά (+) χειρουργικών ορίων ήταν ίδια ανάμεσα στις δυο ομάδες.

Η απώλεια αίματος ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα A ($p > 0.05$), αλλά χωρίς σημαντικές διαφορές στο ποσοστό μετάγγισης μεταξύ των δύο ομάδων. Ο χειρουργικός χρόνος ήταν αυξημένος στην ομάδα A, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στο χρόνο παραμονής του καθετήρα μεταξύ των δυο ομάδων.

Οι περιεγχειρητικές επιπλοκές ήταν παρόμοιες στις δυο ομάδες.

Οι ασθενείς της ομάδας A εμφάνισαν πρώιμη ακράτεια σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους ασθενείς της ομάδας B, ενώ μετά από χρονικό διάστημα 1 έτους παρουσίασαν παρόμοια ποσοστά εγκράτειας.

Πιθανή συσχέτιση με τεχνική Walsh (δίκηνη ρακέτας) σε ασθενείς της ομάδας A.

Μετά από 12 μήνες και οι δυο ομάδες είχαν παρόμοια ποσοστά στυτικής λειτουργίας.

Συμπέρασμα:

Η RRP μπορεί με ασφάλεια να πραγματοποιηθεί μετά από TURP σε κλινικές με εμπειρία σε RRP με μικρού και μεγάλου μεγέθους προστάτες προσφέροντας ικανοποιητικά λειτουργικά και ογκολογικά αποτελέσματα με συγκρίσιμα ποσοστά διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.