

La prostatectomia con il **robot**: quali i **limiti** nell'**applicazione**



Dott. Bernardo Rocco
Vice Direttore
Divisione di Urologia
Direttore della Scuola
di Chirurgia Robotica
Istituto Europeo di
Oncologia, Milano
Comitato Scientifico
Europa Uomo Italia Onlus



Dott. Giario Conti
Direttore Reparto di Urologia
Ospedale S. Anna, Como
Direttore responsabile
periodico Europa Uomo

I VANTAGGI RISPETTO ALLA LAPAROSCOPIA TRADIZIONALE E LE CONTROINDICAZIONI. RESTA SEMPRE IL CHIRURGO IL PROTAGONISTA DELL'INTERVENTO. IL "NERVE SPARING": ESSERE IN GRADO DI ESEGUIRE UN INTERVENTO NON SIGNIFICA CHE AUTOMATICAMENTE LO SI DEBBA ESEGUIRE SEMPRE

Negli ultimi cinque anni abbiamo assistito a un vero e proprio bombardamento mediatico sul tema della chirurgia robotica ed è ormai di dominio comune che uno degli interventi più frequentemente eseguito con questa tecnica è proprio la prostatectomia radicale. Crediamo, quindi, sia utile fare qualche riflessione sul tema per cercare di capire quali siano oggi le indicazioni più corrette, così come i limiti, di questo approccio al paziente e alla sua malattia. Innanzitutto è bene chiarire che, per quanto ormai entrato universalmente nell'uso comune, il termine robot è

improprio: un robot è uno strumento che, una volta programmato, esegue autonomamente una procedura (come nelle catene di montaggio delle industrie automobilistiche); il “Da Vinci” è, invece, più correttamente, un telemanipolatore chirurgico di precisione: è sempre il chirurgo che aziona e dirige le braccia robotiche che non compiono autonomamente alcun movimento o azione all’interno del corpo del paziente (ricordiamo che le procedure “robotiche” sono procedure laparoscopiche, con l’uso di strumenti introdotti all’interno del corpo attraverso delle piccole incisioni cutanee e non “a cielo aperto”); il grande vantaggio del robot rispetto alla chirurgia laparoscopica tradizionale (1) è quello di offrire al chirurgo una visione tridimensionale e di poter agire con maggior precisione e libertà di movimento là dove sia necessario rispettare strutture particolarmente delicate o seguire piani di dissezione molto sottili, come è richiesto appunto nella prostatectomia radicale “con risparmio dei nervi deputati all’erezione”. Questo è appunto uno dei nodi cruciali da prendere in considerazione: l’aver a disposizione il robot non deve indurre il medico, e il paziente, a dimenticare i principi della “radicalità” oncologica del trattamento chirurgico



del carcinoma della prostata; la prostatectomia radicale con “risparmio dei nervi”, per ridurre (non eliminare completamente!) il rischio di impotenza, non è indicata quando esista una forte probabilità che il tumore abbia incominciato a estendersi al di fuori della ghiandola, per il rischio concreto di non asportarlo completamente (per salvare i nervi bisogna stare molto vicini alla prostata). In estrema sintesi, la maggior parte degli urologi ritiene pericoloso effettuare una procedura “nerve sparing” quando il PSA di esordio superi i 15 ng/ml, o il patologo abbia dato alla biopsia un punteggio di “gra-

La console e i bracci robotizzati. Sotto. Veduta della sala operatoria con il Sistema “Da Vinci”.

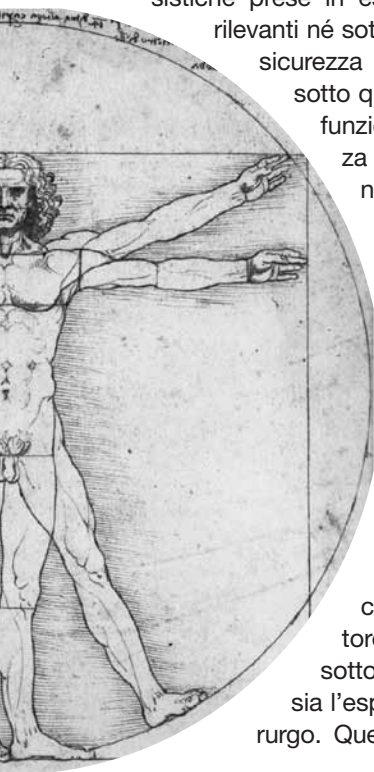
vità” (Gleason Score) maggiore di 7 o il tumore sia francamente palpabile con il dito durante l’esplorazione rettale. In altre parole, il fatto di essere in grado di eseguire un certo tipo di intervento non significa automaticamente che lo si debba eseguire sempre, anche quando non vi siano le indicazioni cliniche (per usare un paragone un po’ forte, non tutti i denti cariati possono, e devono, essere curati conservativamente con una semplice otturazione; alcuni vanno devitalizzati e altri addirittura asportati e sostituiti; e questo indipendentemente dalla dotazione tecnologica dello studio odontoiatrico). Nei pazienti a rischio elevato, il suggerimento resta ancora oggi quello di eseguire un intervento più radicale, che nelle mani di un chirurgo esperto può essere eseguito a “cielo aperto” con percentuali di successo oncologico e funzionale (preservazione della continenza) del tutto sovrapponibili a quelli ottenibili con le tecniche laparoscopiche o robotiche (e con costi decisamente inferiori). Anche la letteratura scientifica è a tutt’oggi divisa sull’argomento; al di là delle critiche mosse a questo strumento - come “costi elevati, scarsa evidenza scientifica dei benefici concreti, operazione di marketing” (Fonte: *New York Times*, 14 febbraio 2010) - è comunque vero che ad



La console “Da Vinci” consente al chirurgo di lavorare in posizione ergonomica

oggi difettiamo di dati solidi per definire la tecnica migliore, ammesso che esista. Alcune casistiche, analizzate da dottor Jim Hu, un chirurgo “robotico” di Boston molto esperto nella metodica, sembrano suggerire addirittura una percentuale di incontinenza maggiore nei pazienti sottoposti a prostatectomia mininvasiva (robotica o laparoscopica) rispetto a quelli operati a “cielo aperto”. Questi studi soffrono, ovviamente, di poca solidità metodologica, confrontando casistiche diverse di chirurghi con esperienze non uniformi; lo stesso Hu scrive che: “Il nostro studio è come paragonare i punteggi medi di giocatori di golf professionisti e/o con 20 anni di esperienza ma che utilizzano bastoni da golf tradizionali, con principianti per lo più autodidatti che utilizzano bastoni da golf ad alto contenuto tecnologico”.

Al di là di queste considerazioni, anche una revisione della letteratura pubblicata sulla rivista della Società Europea di Urologia (EAU) sottolinea che, pur con i limiti legati al fatto che non sia possibile avere confronti diretti, non esistono nelle diverse casistiche prese in esame differenze rilevanti né sotto il profilo della sicurezza oncologica né sotto quello dei risultati funzionali (impotenza e incontinenza), né sotto il profilo dell’impatto sul paziente (degenza media, sanguinamento, giorni di cateterizzazione, dolore postoperatorio, ripresa della normale attività etc.) e sottolineano come l’unico fattore determinante sotto ogni aspetto sia l’esperienza del chirurgo. Questi dati devono



tuttavia essere riferiti ad una prima fase di sviluppo della chirurgia robotica. Dati più recenti e ancora in via di pubblicazione sembrano mettere in luce, con l’aumentare dell’esperienza e con casistiche più mature, una tendenza a raggiungere risultati più favorevoli con l’uso della chirurgia robotica, soprattutto nel campo della ripresa precoce dell’attività sessuale. Vale comunque la pena di sottolineare ancora una volta come non sia ovviamente l’uso del robot da solo a fare la differenza, ma anche la corretta indicazione a effettuare una chirurgia sulla base della situazione oncologica del paziente. e l’esperienza di chi lo utilizza. È indubbio che uno studio clinico effettuato secondo criteri metodologici rigorosi sarebbe necessario per chiarire ogni dubbio, ma è altrettanto vero che sarà molto difficile che tale studio

veda mai la luce, sia per la grande operazione di marketing in atto, sia per l’attuale disparità di esperienza, e quindi di risultati correttamente valutabili fra centro e centro.

Crediamo che oggi si possa affermare che, in assenza di una sicura evidenza metodologicamente rigorosa, sia difficile sostenere che la chirurgia robotica sia, sempre e comunque, il miglior trattamento per curare il tumore della prostata; così come probabilmente non è vero neppure il contrario.

Resta sempre centrale la valutazione del paziente, della sua malattia, della “classe di rischio” a cui appartiene, delle aspettative che esprime riguardo alla sua vita futura. Per alcuni pazienti, per esempio quelli con neoplasie più avanzate localmente, la chirurgia robotica è sicuramente non indicata, inutilmente costosa e forse anche più a rischio di quella tradizionale; viceversa, per pazienti con tumori meno a rischio e con maggiori indicazioni a una procedura mininvasiva, la chirurgia robotica può essere, in mani esperte, più precisa ed efficace anche di quella laparoscopica. ■

(1) *Laparoscopia: metodologia chirurgica basata su tecniche mininvasive che consiste nell’introdurre nella cavità addominale e pelvica appositi strumenti - generalmente a fibre ottiche - che illuminano le parti da esaminare e operare.*

L’USO DEL SISTEMA
 “DA VINCI” È UN AUSILIO
 TECNOLOGICO IMPORTANTE
 MA RESTA FONDAMENTALE
 L’ESPERIENZA DEL CHIRURGO
 NELLA CORRETTA SCELTA
 DELLE INDICAZIONI
 E NELL’ESECUZIONE
 DELL’INTERVENTO
