



Ριζική προσταεκτομή

Ευάγγελος Λιάτσικος, MD, PhD
Καθηγητής Ουρολογίας
Πανεπιστήμιο Πατρών
ESUT Chairman

Conflict of interest

- Consultant Cook Medical
- Lecturer Karl Storz
- Lecturer AMS
- Lecturer Boston Scientific

Κλινικό περιστατικό

- Ασθενής 69 ετών
- Ιστορικό διακυστικής προστατεκτομής προ 10ετίας.
- Pvol:50cc
- Απότομη αύξηση PSA μετά από ένα επεισόδιο επιδιδυμίτιδας

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ	PSA	FREE
11/2/2011	0.94	
18/5/2012	1.37	
29/5/2014	2.07	
10/9/2015	2.47	
4/11/2016	7.35	
6/6/2017	4.59	0.53
13/6/2017	4.50	0.53
20/4/2017	4.35	0.29
21/7/2017	4.38	
9/11/2017	4.83	

← ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΤΙΔΑ

→ Ratio 6%

Αποτέλεσμα βιοψίας σε δημόσιο νοσοκομείο

Ημερομηνία γέννησης: 69 ετ
Είδος υλικού: Βιοψίες προστάτη από τον ΑΡ(51) γ. ΛΕ(52) λυβό
Κλινική διάγνωση: ↑ PSA
Αριθμός ταυτότητας:
ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:
Λεπτά, γλυκωρά, κυλινδρικά ιστινά έμβολα, από τον ΑΡ(51) γ. ΛΕ(52) προστάτιο λυβό, συνολικού μήκους 10 και 9 cm, από κάθε λυβό αντίστοιχα.
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
51. Ιστολογία σε έμβολα του ΑΡ λυβού υπάρχει εστιακή ανάσπλην αδενοκαρκινώματες προστάτη, καλής διαφοροποίησης, οι βλάβεις του οποίου εκφράζονται κυρίως από αδένια σε ένα ενδέκαρινο και επάνια ηθροειδές δομές, Score 4 (1+3) κατά Gleason.
52. Ιστολογία αυτή παρουσιάζουν αλλοιωτές αδενωματώδεις προστάτιες υπερπλασίες.

“Σε έμβολο του ΑΡ λυβού **αδενοCa** με **GS 4 (1+3)**”

- Είναι το Gleason score 4 καρκίνος?
- Πόσο πιθανόν είναι το upstaging/ downstaging στην διορθική βιοψία προστάτου?

Gleason score 2-4

Am J Surg Pathol. 2000 Apr;24(4):477-8.

Gleason score 2-4 adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy: a diagnosis that should not be made.

Epstein JI.

- *Gleason patterns (grade) 1 and 2, or scores 2 to 4 noted in the classic system, are not diagnosed on needle biopsies because of poor correlation with radical prostatectomy grade and poor reproducibility among expert pathologists.*
- *87 διορθικές βιοψίες GS 2-4 ξαναεξετάστηκαν από 10 experts.*
- *68 χαρακτηρίστηκαν GS:5-6, 13 GS:7, 2 GS:8*
- *Σε 4 που παρέμειναν σε χαμηλό GS 2, 3 και 4 συμφώνησαν το 40%, 40% και 70% των experts.*

Upstaging/downstaging από τη διορθική βιοψία στη ριζική προστατεκτομή

[Mol Clin Oncol](#). 2014 Nov;2(6):1145-1149. Epub 2014 Aug 5.

Upgrading and upstaging in prostate cancer: From prostate biopsy to radical prostatectomy.

[D'Elia C](#)¹, [Cerruto MA](#)¹, [Cioffi A](#)¹, [Novella G](#)¹, [Cavalleri S](#)¹, [Artibani W](#)¹.

Σύγκριση διορθικής βιοψίας, τελικής βιοψίας σε 300 περιστατικά

- Upstaging στο 39.7% των περιπτώσεων
- GS6=>upstaged to 3+4 στο 46.7%
- GS3+4 =>παρέμεινε στο 57.% των περιπτώσεων
- GS:4+3, 8-10: 23% downgraded

Είναι πάντα ένας καρκίνος «χαμηλού κινδύνου» πράγματι χαμηλού κινδύνου?

[BMC Cancer](#). 2018 May 9;18(1):545. doi: 10.1186/s12885-018-4416-4.

Predictors of adverse pathologic features after radical prostatectomy in low-risk prostate cancer.

Park JW¹, Koh DH¹, Jang WS¹, Cho KS¹, Ham WS¹, Rha KH¹, Hong SJ¹, Choi YD².

Αποτελέσματα τελικής βιοψίας σε 546 ασθενείς χαμηλού κινδύνου (GS6, PSA<10)

- Εξωπροστατική επέκταση νόσου σε 36.4%
- Διήθηση σπερματοδόχων κύστεων σε 1.5%
- Θετικά χειρουργικά όρια σε 32.8%

Επανάληψη ιστολογικής εκτίμησης κύβων παραφίνης

Παραλάβαμε τέσσερεις κύβους παραφίνης με αρ. πρωτοκόλου 51/18 και επιμέρους ενδείξεις A και B και 52/18 και επιμέρους ενδείξεις A και B και τα αντίστοιχα ιστολογικά πλακίδια HE . Το υλικό συνοδεύετο απο την ιστολογική

Εστιακά σε δύο παρακεντήματα αντίστοιχα με τα δείγματα 51/18 A και B (αρ. λοβός) παρατηρούνται **δύο μικρές εστίες (< 10% του κάθε παρακεντήματος)** μετρίας διαφοροποίησης αδενοκαρκινώματος προστάτου , προτύπου αρχιτεκτονικής δομής κατα Gleason , πρωτεύονταιος 3 και συνδυασμένου βαθμού – score 6 . Στοιχεία περινευριδιακής και περιαγγειακής διήθησης δεν τεκμηριώνονται στο υλικό .

*Σε 2 δείγματα
από τον
αριστερό λοβό
PCa GS 6 (3+3)
σε <10% του
δείγματος*

Προτεινόμενη θεραπεία

- Active surveillance
- Ακτινοθεραπεία
- Ριζική προστατεκτομή
- Focal treatment??

Ο ασθενής πληρεί όλα τα κριτήρια για AS

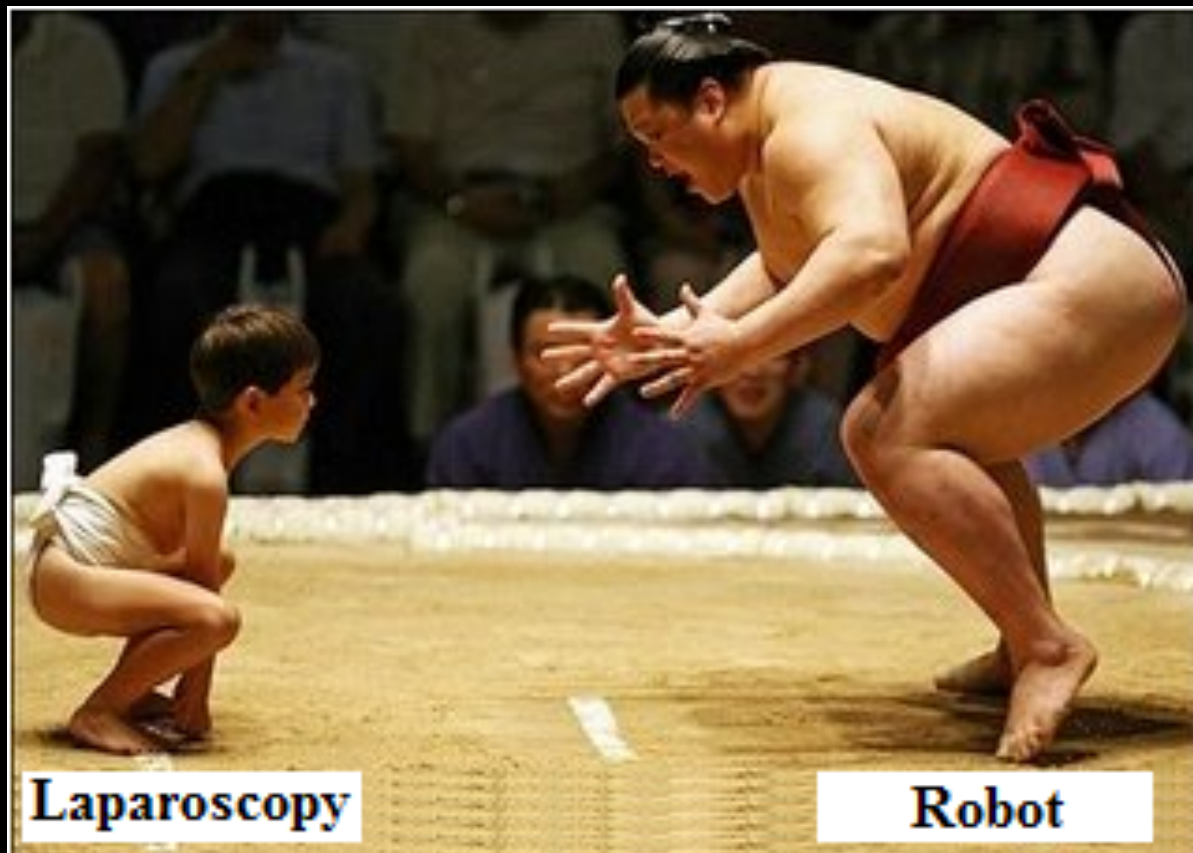
Epstein criteria for active surveillance

Author	PSA density (ng/mL)	Gleason score	Number of cores positive for tumour	Volume of core positive for tumour	Clinically organ confined?
Epstein [9]	<0.1	<7	<3	50% or less	Yes
	4.83/50ml =0.01	GS:6	n=2	<10%	Ναι

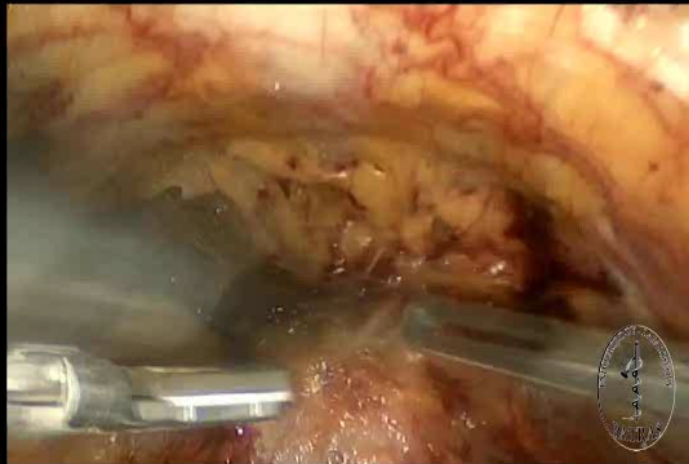
Ο ασθενής αποφασίζει να χειρουργηθεί

Ανοικτά λαπαροσκοπικά ή ρομποτικά?

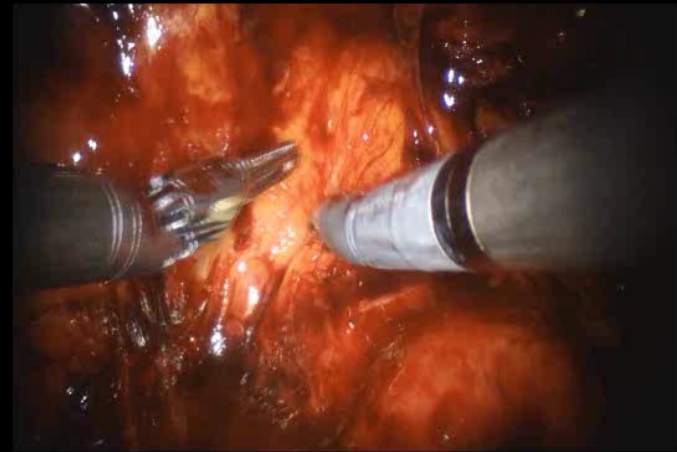
LRP vs RARP



Periprostatic fat dissection and endopelvic fascia opening

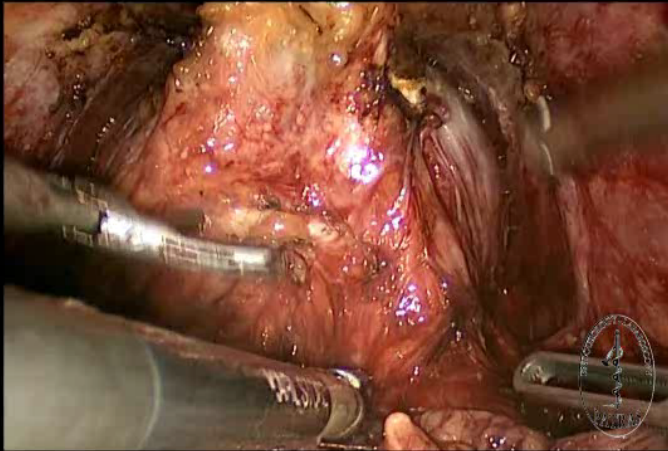


Laparoscopic

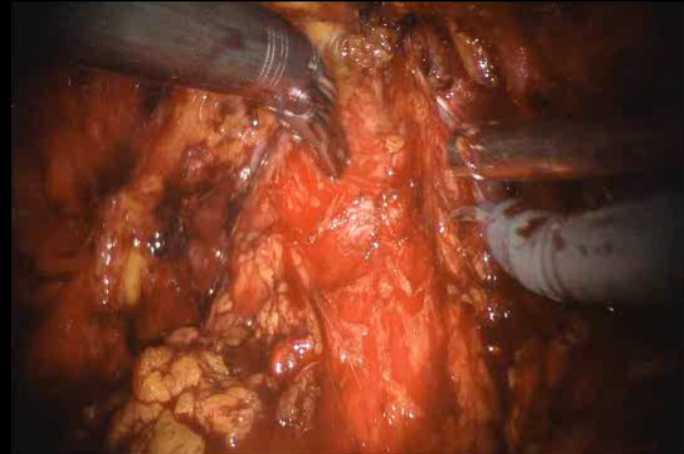


Robotic

Bladder neck incision

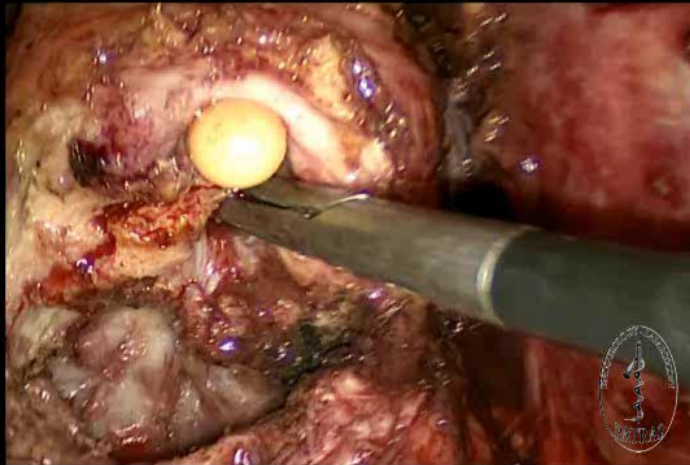


Laparoscopic

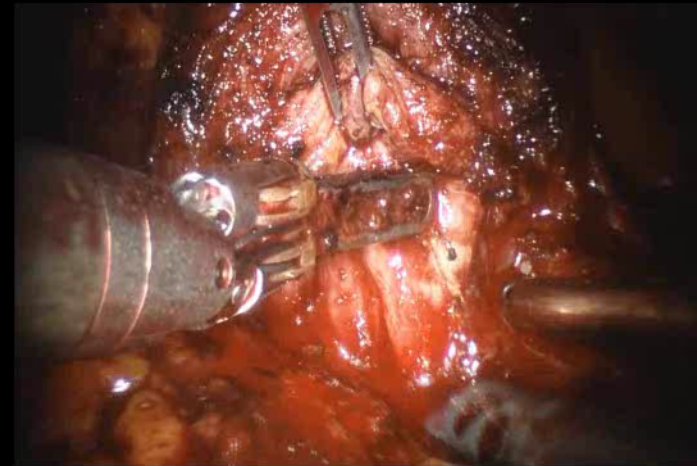


Robotic

Seminal Vesicles dissection

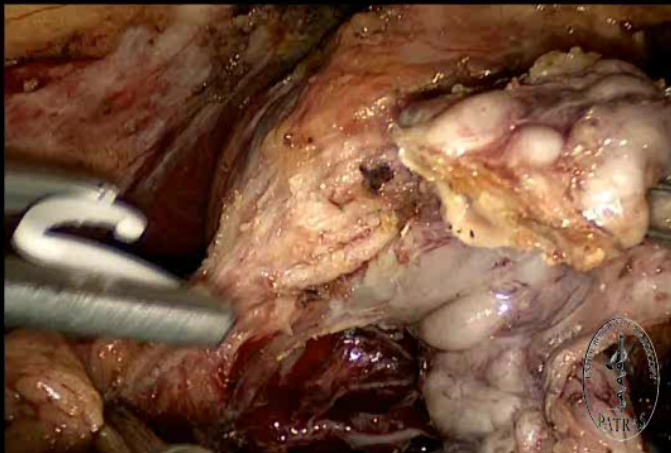


Laparoscopic

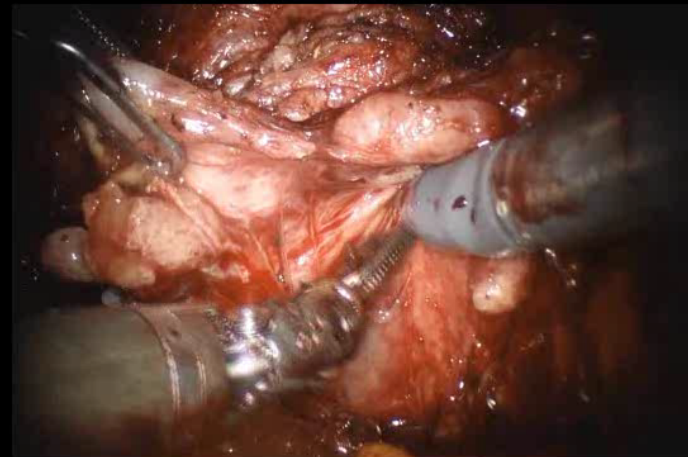


Robotic

NVB sparing dissection

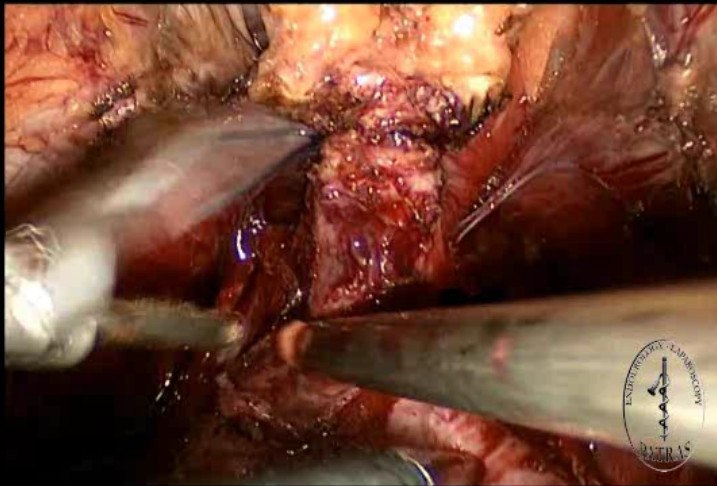


Laparoscopic



Robotic

Urethral division



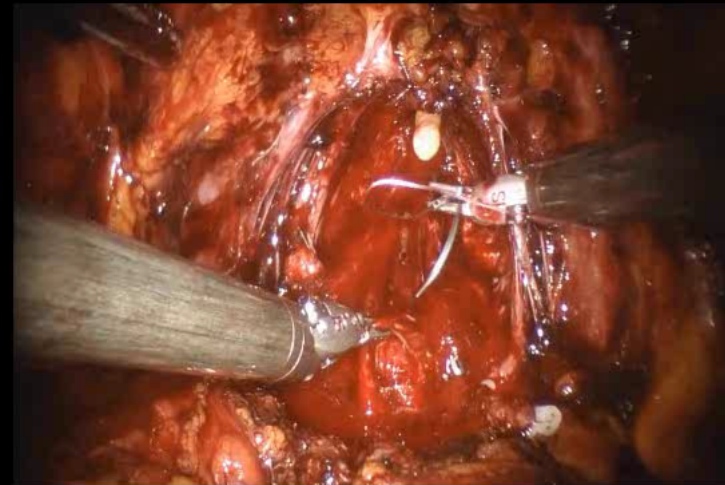
Laparoscopic



Robotic

Rocco Stitch

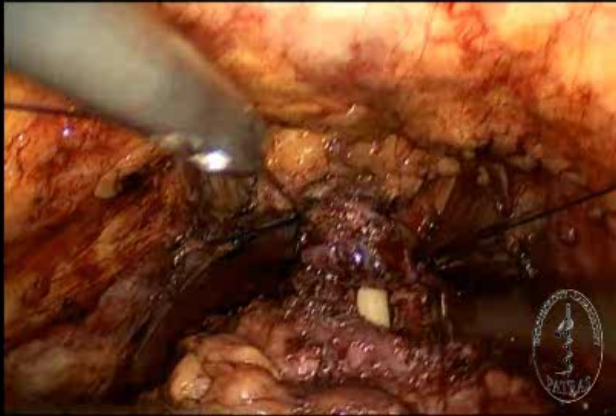
No needed
Reduce Tredelemburg to
reduce tension of the
anastomosis



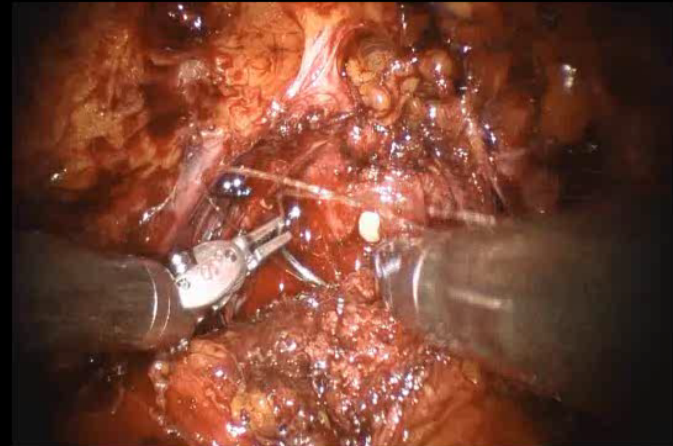
Laparoscopic

Robotic

Anastomosis



Laparoscopic



Robotic

Σίγουρα η ρομποτική προστατεκτομή είναι λιγότερο απαιτητική για τον χειρουργό



...after two cases of
robotic RP



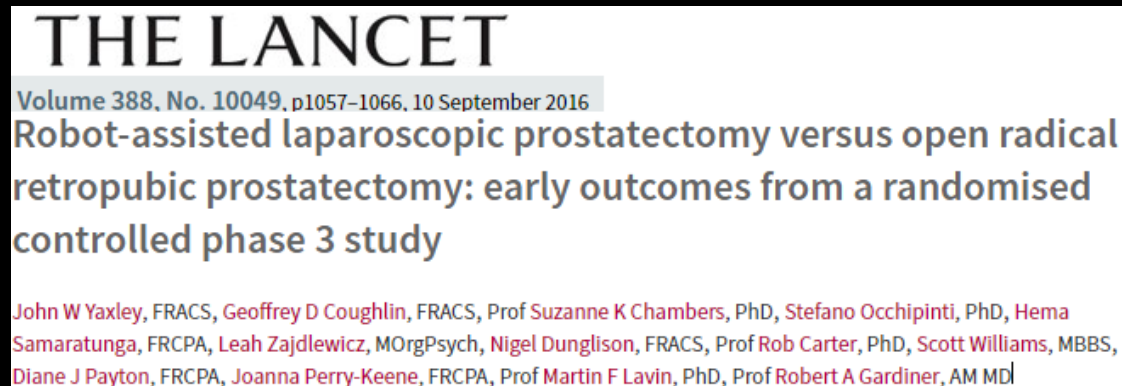
...after two cases of
laparoscopic RP

...μα υπάρχει διαφορά για τον ασθενή?

EAU Guidelines on Prostate Cancer

	L.E.	G.R.
In patients who are surgical candidates for radical prostatectomy, <u>all approaches</u> (i.e. open, laparoscopic or robotic) <u>are acceptable because none has clearly shown superiority in terms of functional or oncological results.</u>	1a	A

Πρόσφατη RCT μεταξύ ανοικτής και ρομποτικά υποβοηθούμενης προστατεκτομής



Lancet 2016: **Phase 3 RCT**

Open (151pts) vs RARP (157pts)

Both techniques equivalent in continence, potency
and complication outcomes at 12 weeks follow-up

Είναι η RARP ανώτερη της LRP? Στην πραγματικότητα δεν έχουμε την παραμικρή ιδέα..

[BJU Int.](#) 2017 Oct 24. doi: 10.1111/bju.14062. [Epub ahead of print]

Laparoscopic and robot-assisted vs open radical prostatectomy for the treatment of localized prostate cancer: a Cochrane systematic review.

- Cochrane **systematic review** up to June 2017
- Only 2 RCTs included with a FU of only 3 months
- *Based on one trial, RARP probably results in little to no difference in urinary quality of life and sexual quality of life*
- *No study addressed the outcomes of biochemical recurrence-free survival or overall survival.*
- *Based on one trial, RARP may result in little to no difference in overall surgical complications (risk ratio [RR] 0.41, 95% CI: 0.16-1.04; low quality of evidence) or serious postoperative complications (RR 0.16, 95% CI: 0.02-1.32; low quality of evidence)*

Είναι η RARP ανώτερη της LRP? Ας ρωτήσουμε τους ασθενείς!

Br J Cancer. 2018 Feb 20;118(4):489-494.

Robot-assisted radical prostatectomy vs laparoscopic and open retropubic radical prostatectomy: functional outcomes 18 months after diagnosis from a national cohort study in England.

- All RP cases operated in England during April - October 2014 were identified (National Prostate Cancer Audit) and mailed a questionnaire **18 months after diagnosis**.
- **2219 men (77.0%) responded**; 1310 RARP (59.0%), 487 LRP (21.9%) and 422 ORP(19.0%)
- Patient-reported sexual, urinary, bowel and hormonal function and generic health-related QoL **did not meet the threshold for a minimal clinically important difference**

CONCLUSIONS: It is unlikely that the rapid adoption of RARP in the English NHS has produced substantial improvements in functional outcomes for patients.

Είναι η RARP ανώτερη της LRP? Ας ρωτήσουμε τους ασθενείς!

[Eur Urol Focus](#), 2016 Jun;2(2):172-179.

Patient-reported Functional Outcomes Following Open, Laparoscopic, and Robotic Assisted Radical Prostatectomy Performed by High-volume Surgeons at High-volume Hospitals.

Mailed a questionnaire to 1686 Pca men treated with ORP (n=441), LRP (n=156), or RARP (n=1089) by high-volume surgeons (annual volume ≥ 25 cases) at two academic centers from 2009 to 2012 after a median FU of 30.5months.

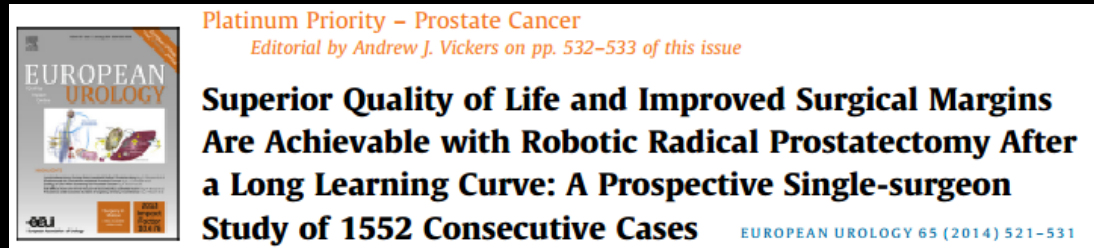
- Moderate or big problem with overall urinary function
 - ORP 5.8%, LRP 5.1%, RARP 6.8%; $p=0.62$
- Moderate or big problem with overall sexual function
 - ORP 37.2%, LRP 36.1%, RARP 37.5%; $p=0.95$.
- Conclusion: Surgical technique was not associated with either functional outcome.

Καμπύλη εκμάθησης της RARP



Είναι σαν το ποδήλατο ή σαν το βιολί?

RARP προσφέρει ιδανικά αποτελέσματα μετά από μια καμπύλη εκμάθησης μεγαλύτερη από ότι αναμενόταν..



- 866 RARP vs 686 ORP (686) by one surgeon with 3000 prior ORPs
- RARP **sexual function scores surpassed ORP** scores after **99** RARPs
- **Early urinary incontinence** scores for RARP surpassed ORP after **182** RARPs and increased to a mean difference of 8.4 points, **plateauing around 700–800** RARPs.
- The odds of a **pT2 PSM** were initially higher for RARP but became lower after **108** RARPs and were **55% lower by the 866th** RARP.



Platinum Priority – Editorial

Referring to the article published on pp. 216–225 of this issue

A Prospective Controlled Nonrandomized Trial of Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: On Point but Still Missed?

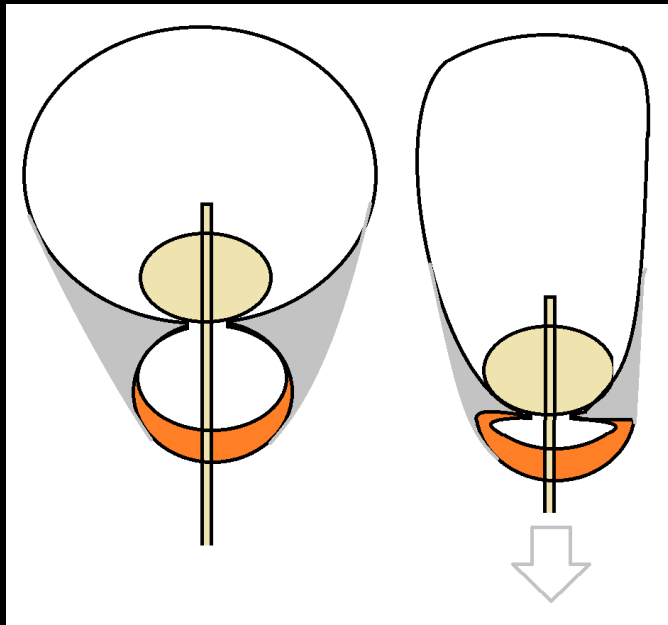
*Thomas E. Ahlering**

“Time for learning should and apparently does best explain why RARP still misses a clear superiority over the other approaches”.

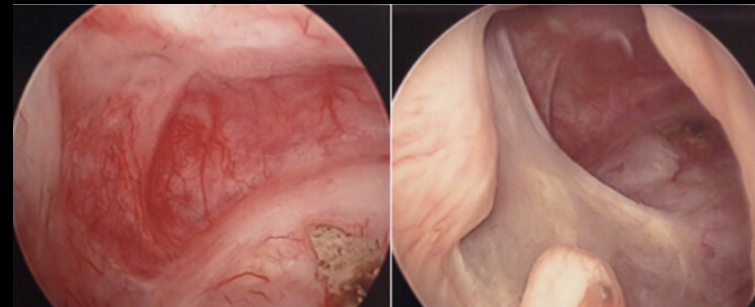
Τελικά ποια τεχνική θα ακολουθήσουμε?

Επηρεάζει το ιστορικό αδενοματεκτομής το χειρουργικό πλάνο?

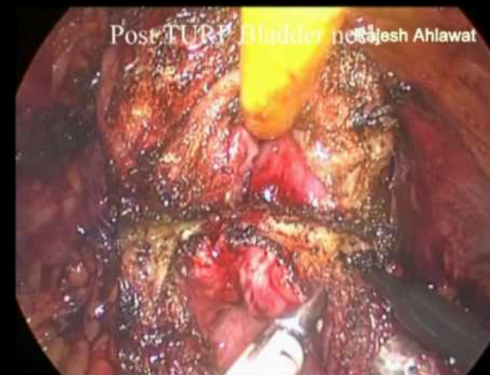
RP μετά από αδενοματεκτομή-TURP



Δυσχερής αναγνώριση θέσης αυχένα
με την έλξη του μπαλονιού του
καθετήρα

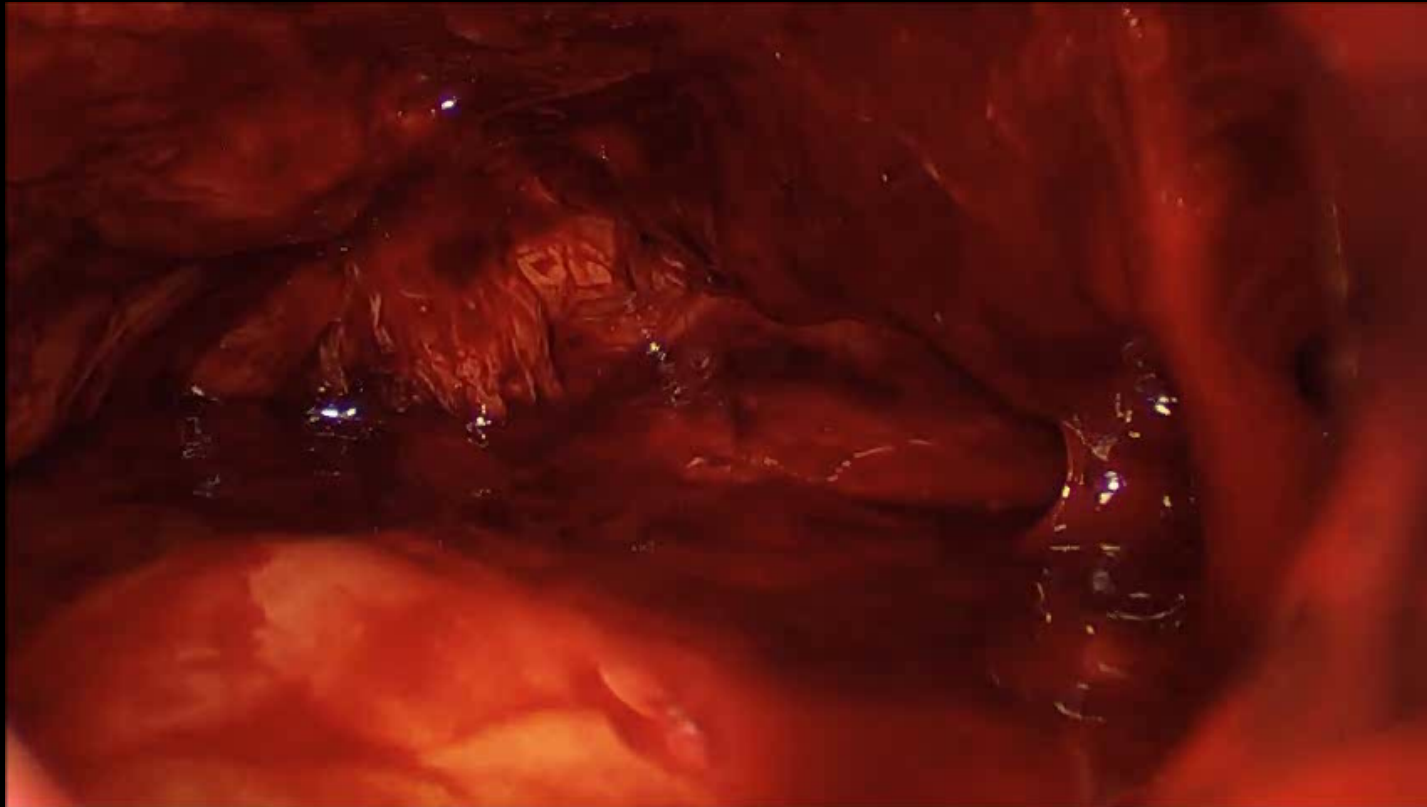


Λοβώσεις στην προστατική κοίτη
μιμούνται τα ουρητηρικά στόμια



Διατήρηση μικρού αυχένα συχνά
αδύνατη

Χειρουργείο: Διαχείριση ενός
δύσκολου αυχένα



Ιστολογική παρασκευάσματος RP

Ιστολογικά παρατηρείται διήθηση τόσο του δεξιού λοβού επί εκτάσεως 30%, όσο και του αριστερού λοβού επί εκτάσεως 50%, από αδενοκαρκίνωμα προστάτη πρωτεύοντος και δευτερευόντως αρχιτεκτονικού προτύπου κατά Gleason 4 (Gleason's score 4+4=8). Το νεόπλασμα διηθεί το σημασμένο με σινική μελάνη περιφερικό εγχειρητικό όριο (bl 15), χωρίς να τεκμηριώνεται εξωπροστατική επέκταση λόγω απουσίας περιπροστατικού λιπώδους ιστού σε αυτό το σημείο. Συνυπάρχουν περινευριδιακές διηθήσεις, εστίες υψηλόβαθμης ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (high grade PIN) και σπανία ενδαγγειακά νεοπλασματικά έμβολα σε αμφοτέρους τους λοβούς. Το εγχειρητικό όριο της κορυφής του προστάτη εμφανίζει εκτεταμένες διηθήσεις που επεκτείνονται και στις μυϊκές δεσμίδες της περιοχής. Το καρκίνωμα εκτείνεται εγγύτατα της προστατικής μίρας της ουρήθρας και εστιακά διηθεί τον περιουρηθρικό συνδετικό ιστό. Τα εγχειρητικά όρια του αυχένα επί του παρασκευάσματος, οι σπερματοδόχες κύστεις και οι σπερματικοί πόροι είναι ελεύθερα νεοπλασματικής διήθησης. Στη λοιπή έκταση του παρασκευάσματος αναγνωρίζονται αλλοιώσεις αδενωματούδους και διάμεσης υπερπλασίας, εστίες υπερπλασίας των βασικών κυττάρων και ήπια μη ειδική χρόνια φλεγμονώδη διήθηση του υποστρώματος.

Συμπέρασμα: Αδενοκαρκίνωμα προστάτη Gleason's score 4+4=8 και σταδίου pT3R+.

- GS:4+4 30% ΔΕ, 50% ΑΡ
- PSMs + διήθηση ουρήθρας

MTX αποτελέσματα 1 μήνα μετά

Μετεγχειρητική πρόοδος . Εισερχόμενα x

31 Μαρ

προς Εμένα ▾

Είμαι στην ευχάριστη θέση να σας ενημερώσω ότι εξελίσσεται πολύ ικανοποιητικά η μετεγχειρητική κατάσταση μου, με πλήρη επάνοδο στις συνήθεις δραστηριότητες. Επ' ευκαιρία τακτικής αιματολογικής εξέτασης για τη ρύθμιση TSH , ζήτησα και έλεγχο PSA και προέκυψε μηδενικό αποτέλεσμα (συνημμ. Αρχείο). Στα σημεία της λαπαροσκοπικής επέμβασης δεν υπάρχει πλέον επιδερμική ευαισθησία ούτε άλλη σχετική δυσανεξία, απλώς χρησιμοποιώ μικρό επίθεμα για την περιστασιακή ακρότεια (σε περίπτωση βήχα κλπ.). Προσανατολιζομαι στην προοπτική συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας, εάν κρίνετε ότι η γενική κατάσταση μου συνηγορεί ως προς την ελαχιστοποίηση των παρενεργειών. Ως εκ τούτου, μετά τον τρέχοντα εορτασμό του Πάσχα, θα επιθυμούσα να μου ορίσετε μια συνάντηση για περαιτέρω συμβουλευτική υποστήριξη. Δεχθείτε της θερμότερες ευχές μου για Χρόνια Πολλά και ΚΑΛΟ ΠΑΣΧΑ !

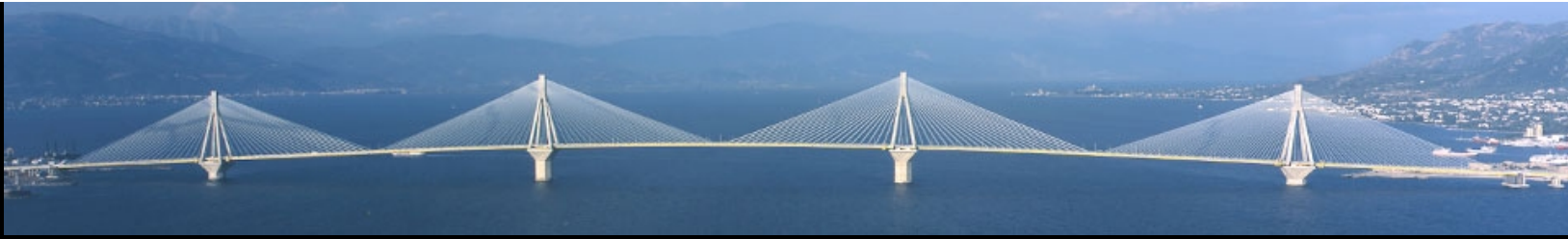
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ κ. ΣΑΜΟΥΕΛ /30-3-2018

Εξέταση	Αποτέλεσμα - Μονάδες	Φυσιολογικές Τιμές
Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH) :	2.66 μIU/mL	0.27 - 4.2
Ειδικό Προστατικό αντιγόνο (PSA) :	< 0.002	ng/mL

- Πλήρης επάνοδος στις συνήθεις δραστηριότητες
- Εγκρατής
- Χρήση 1 safety pad για περιστασιακά leak (πχ βήχας)
- PSA: μη ανιχνεύσιμο

Τι θα προτείνατε στον ασθενή με αρνητικά χαρακτηριστικά βιοψίας

- Μέτρηση PSA πότε?
- Άμεση επικουρική ακτινοθεραπεία, επικουρική ακτινοθεραπεία μόλις επανέλθει η εγκράτεια ή ακτινοθεραπεία διάσωσης και σε ποιο PSA?
- Ακτινοθεραπεία με ή χωρίς ευνουχισμό και για πόσο διάστημα?



Σας ευχαριστώ