

PROSTATECTOMIA RADICALĂ - TRATAMENTUL DE ELECȚIE ÎN CANCERUL DE PROSTATĂ LOCALIZAT

Ghenadie Gorincioi, medic oncolog Secția Urologie, IMSP Institutul Oncologic,
Nicolae Ghidirim, dr. hab. în medicină, conf. univ. Catedra „Oncologie și Hematologie” USMF
„Nicolae Testemițanu”, *Anatol Mustea*, dr. în medicină, șeful Secției Urologie, IMSP Institutul Oncologic

Introducere. Cancerul de prostată este recunoscut actualmente ca una dintre principalele probleme medicale ce afectează populația masculină. În ultimii 30 de ani, se observă o creștere vădită a morbidității, din cauza cancerului de prostată în toată lumea, ajungând pe al 2-lea loc, ca frecvență, în rândul cancerelor la bărbați. În SUA, conform statisticii, CP ocupă locul întâi în structura morbidității oncologice, locul 2, în frecvența deceselor la bolnavii oncologici. Este o maladie nu doar a bărbaților de vârstă a 3-a, cum a fost considerat anterior, din păcate, în ultimii 10 ani, tot mai des sunt diagnosticați cu CP bărbați de vârstă medie, de la 40 la 60 de ani.

Totodată, din 1988 până 1997, în SUA s-a înregistrat scăderea mortalității prin CP, de la 34 la 19 la 100000 populație, datorită elaborării programelor de diagnostic precoce a formelor localizate, când e posibil tratamentul radical.

În Republica Moldova, conform statisticii Cancer Registrului IOM, în 2000 au fost înregistrate 85 de cazuri noi de CP. În anul 2007 – 222 de cazuri, iar în anul 2008 – 242 de cazuri, incidența crescând de la 4,9‰ la 14,1‰. De asemenea, crește și mortalitatea de la 4,1‰, în 2000, la 6,1‰, în 2008.

Datorită implementării metodelor contemporane de diagnostic, în RM a fost posibil de a depista și a trata pacienți cu CP în stadii incipiente, conform cerințelor mondiale. Tratamentul cu viză curativă este prostatectomia radicală și radioterapia curativă. Prostatectomia radicală este tratamentul standard la pacienții cu tumoră localizată T1-T3a, cu o speranță de viață de peste 10 ani, cu condiția că pacientul acceptă riscurile și complicațiile intervenției chirurgicale.

Pentru prima dată prostatectomia a fost efectuată în 1904, de către Hugh Hampton Young prin abord perineal, descrisă fiind în 1908 de Van Stockum. În 1945, Millin, apoi, în 1949, Mammelaar, descriu prostatectomia retropubiană radicală. Mult timp procedura rămâne nepopulară, din cauza riscurilor crescute ale complicațiilor specifice: hemoragie profuză, incontinență de urină, impotență. Doar peste 15 ani de studiu profund al anatomiei chirurgicale al pelvisului a fost posibilă relansarea prostatectomiei radicale.

Scopul lucrării. Implementarea tratamentului chirurgical radical al cancerului de prostată localizat T1-T3a, ceea ce poate asigura supraviețuirea peste 10 ani a pacienților. Evaluarea nivelului PSA în dependență de stadiul procesului tumoral.

Metode de cercetare. Prostatectomia radicală presupune îndepărtarea întregii prostate între uretră și vezica urinară în bloc, cu țesutul celulo-adipos perisacral și ale ambelor vezicule seminale, urmată de anastomoza vezico-uretrală. Se utilizează următoarele aborduri chirurgicale: retropubian, pelvian, laparoscopic.

Pacientul este preconizat la intervenție chirurgicală la a 6-8 săptămână după biopsia prostatei, sau după 12 săptămâni de la RTUP.

Abordul retropubian extraperitoneal permite accesarea simultană atât la prostată cât și la ariile limfoganglionare. Pentru a purcede la prostatectomie retropubiană, pacientul trebuie să fie poziționat în Trendelenburg la 20 de grade, și masa în hiperextenție. După instalarea unei sonde uretrale 20Ch cu 30 ml în balon, prin incizie pubo-ombilicală se ajunge la spațiul retroperitoneal, se decolează sacul peritoneal, se execută limfodisecția pelvină. Limitele limfodisecției sunt vasele iliace externe lateral; ligamentul inghinal-distal; bifurcația arteriei iliace-proximal; artera hipogastrică-posterior. Pentru a expune fascia endopelvină și ligamentele puboprostati- ce, se înlătură țesutul celulo-grăsos retropubian.

Se incizează fascia endopelvină bilateral, se secționează ligamentele puboprostati- ce, apoi cu atenție la mușchii ridicători anali, se ajunge la apexul prostatei. Având drept reper cateterul uretral, pe complexul dorsal, distal se inserează o sutură, care este ligaturată concomitent cu deplasarea prostatei posterior spre intestinul rect, proximal se instalează o altă sutură la nivelul joncțiunii vezicoprostati- ce. Se disecă atent între ligaturi, momentul este periculos prin apariția unei hemoragii profuze. Se încearcă a păstra bandele neurovasculare situate posterolateral de uretră, la vârful prostatei. Uretra se secționează pe cateterul uretral la nivelul joncțiunii prostato-membranoase. Între două pense, este secționat și cateterul uretral, dând posibilitatea ulterior de tracționat prostata. Se disecă mușchiul rectouretral, se separă prostata cu fascia Denonvilliers de rect. Lateral, se disecă fascia prostatei și bandelele neurovasculare până la pediculi laterali, care sunt ligaturați în apropierea prostatei. După deschiderea fasciei Denonvilliers, se vizualizează veziculele seminale, care se mobilizează

în bloc cu prostata. Ducturile deferens sunt ligaturate, disecate. Ulterior se purcede la disecarea atentă și minuțioasă a prostatei de pe colul vezicii urinare. Colul este păstrat. Mucoasa vezicii urinare se eversează și se fixează la colul vezicii urinare cu fire separate de Monocril 3.0. Anastomoza vezico-uretrală se formează prin inserarea a 6 suturi cu Monocril 3-0, la orele 24, 1, 4, 6, 8, 11, după cadranul orar. Pentru asigurarea atașării mucoasă la mucoasă, suturile e necesar să fie inserate din interior spre exterior. Se plasează o sondă Ch20 prin uretră în vezica urinară, se extinde balonașul cu 12-13 ml și se purcede la atașarea vezicii la uretră, legând nodurile fără tensiune. Se verifică ermetismul. Două sonde de drenaj sunt plasate în fosele obturatorii bilateral. La a 3-4-a zi, se înlătură drenurile de siguranță. Sonda uretrală este înlăturată la a 21-a zi postoperatorie.

Rezultate și discuții. În secția Urologie a IO, pe parcursul a 3 ani, începând cu 2007, s-au efectuat 25 de prostatectomii radicale retropubiene, cu păstrarea colului vezicii urinare. Vârsta bolnavilor și stadiile cancerului de prostată sunt oglindite în tabelul 1.

Tabelul 1

Repartizarea pacienților după stadii și vârstă

		41-50	51-60	61-70	71-80	Total
St.I	T1a					0
	T1b			3		3
	T1c	2	1	3		6
St.II	T2a		5	2	2	9
	T2b			2		2
	T2c		1		1	2
St.III	T3a		1			1
	T3b		2			2
Total		2	10	10	2	25

După cum se vede din tabelul 1, cel mai tânăr pacient a avut 49 de ani, iar cel mai în vârstă a fost de 72 de ani, vârsta medie fiind de 60,7 ani. Conform stadiului procesului tumoral, bolnavii au fost distribuiți în felul următor: st. I (Ia, Ib; Ic) a fost înregistrat în 9 cazuri, st. II (T2a; T2b; T2c) – în 13 cazuri și st. III (T3a; T3b) – în 3 cazuri. După cum se vede din același tabel, mai frecvent s-a întâlnit st. I-II, ceea ce coincide cu datele altor autori [1, 4, 5].

Din complicațiile perioperatorii, poate fi remarcată doar hemorgia, care a fost în toate cazurile dirijată și care în nici un caz nu a avut răsunet asupra funcțiilor vitale ale pacienților. Pierderea sangvină maximală a constituit 2500ml, minimală – 300ml. Complicațiile postoperatorii precoce mai frecvente au fost: fistula urinară – 3 pacienți; obstrucție uretrală – 2 pacienți (rezolvate prin uretrotomie); limfocel – 1 pacient (tratat conservativ). La 1 pacient se menține incontinența de urină parțială mai mult de 1 an; a fost constatat un deces după prostatectomie, pe motivul avansării maladii, cu multiple MT în ficat și schelet.

Un alt obiectiv al lucrării noastre a fost să urmărim în ce măsură corelează nivelul markerului PSA în conformitate cu stadiul procesului tumoral.

Evaluarea nivelului PSA, conform stadiului cancerului de prostată, este demonstrat în tabelul 2.

Tabelul 2

Repartizarea pacienților după stadii și nivelul PSA

St.	PSA	6,8-10 ng/ml	11-20 ng/ml	20-31 ng/ml	>31 ng/ml	Total
IA						0
IB		3				3
IC		3	3			6
IIA		2	3	3		8
IIB		1		1		2
IIC			1	2		3
IIIA			1			1
IIIB		1			1	2
Total		10	8	6	1	25

După cum se vede din tabelul 2, nivelul markerului PSA nu este în strictă corelare cu stadiul tumorii. Totodată, este o tendință spre sporirea nivelului PSA, în dependență de stadiu, deoarece, în majoritatea cazurilor, de la 6,8-10 ng/ml s-au înregistrat în st. I 6 la număr, în timp ce nivelul 11-31 ng/ml mai frecvent s-a înregistrat în st. II la 10 bolnavi. În st. III – într-un caz a fost înregistrat de la 6,8-10 ng/ml, în al doilea caz – 11-20 ng/ml și în al treilea caz, PSA mai mare de 31 ng/ml.

Concluzii:

1. Cel mai frecvent se întâlnește cancerul de prostată la bărbații cu vârsta cuprinsă între 51-70 de ani – 19 la număr din totalul de 25.

2. Procesul tumoral al cancerului de prostată a fost depistat mai frecvent în stadiile I și II (respectiv, st. I – 9 cazuri, st. II – 13 cazuri).

3. Nivelul PSA, deși are tendința de a se majora în conformitate cu stadiul procesului tumoral, nu este în strictă corelare și, probabil, acest proces nu poate fi estimat la justa valoare, datorită cifrelor mici ale studiului.

Referințe bibliografice

1. Sinescu I., Gliuc G., Hărza M. Urologie oncologică, Cap. IV. București, 2006, pag. 297-328.
2. Daniel W. Lin; Robert L. Vessela, Paul H. Lange. Serum tumor markers in prostate cancer. Prostate cancer, principle and practice. 2002, pag. 212-220.
3. Mettlin C. et al. Relative sensitivity and specificity of serum specific antigen (PSA) level compared with age-referenced PSA, PSA density and change. Cancer, 1994; 74; 1615.
4. EAU Guidelines, 2003.
5. Steven R. Potter, Alan W. Partin. Surgical therapy of clinically localized prostate cancer: rationale, patient selection, and outcomes. Prostate cancer, principle & practice. 2002, pag. 307-315

Rezumat

Studiul nostru se bazează pe experiența de 3 ani, urmărind incidența, vârsta și stadiile celor 25 de bolnavi ce au suportat prostatectomie radicală. În rezultatul analizei, am constatat că operațiile radicale pot fi efectuate în stadiile localizate ale cancerului de prostată (T1-2; T3a). Mai frecvent se întâlnește la bărbații cu vârsta medie de 60,7 ani. Markerul PSA, deși depinde de stadiul procesului tumoral, în cazul studiului nostru nu s-a înregistrat o corelație strictă a sporirii lui, probabil, datorită cifrelor mici de studiu.

Summary

Based on a three-years experience, our study evaluated the incidence, age and stages of 25 patients who had been operated by radical retropubic prostatectomy.

The review of these cases have been showed that the radical surgical intervention on prostate cancer can be performed in the stage T1, T2 and T3a.

More frequent prostate cancer affects the men with medium age 60,7 years old.

The serum marker of prostate tumour (PSA) have a crucial role in the evaluation of prostate cancer and is dependent of tumour process's stage but in our study we didn't find a strong correlation, may be due to a small number of estimated cases.

ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ A PACIENȚILOR ONCOLOGICI INCURABILI: ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE

Cernat Victor, dr. hab. în medicină, prof. cerc., **Victoria Monul**, medic chimioterapeut,
categorie superioară, **Bîlba Valeriu**, dr. în medicină
IMSP Institutul Oncologic

Introducere. Problema tratamentului la bolnavii oncologici devine tot mai actuală, din mai multe considerente.

În lume, după datele Organizației Mondiale a Sănătății, se depistează circa 17 milioane de bolnavi oncologici și decedează circa 6,2 milioane de suferinzi de cancer.

În Republica Moldova se află la evidență aproximativ 40 de mii de bolnavi cu patologie oncologică, evidențiindu-se câte 7000 de bolnavi primari de cancer anual. Indicii morbidității și mortalității prin cancer diferă în fiecare an de evidență, morbiditatea, rămânând totodată la același nivel.