



SOCIETÀ
ITALIANA
DI ANDROLOGIA



What's up? Il maschio tra informazione, prevenzione e benessere

Ancona, 01 ottobre 2016

ROBOTICA, LAPARO, OPEN, QUALE PR (Commento sui dati regionali attuali)

Dr. Enrico Caraceni

Direttore U.O. Urologia Civitanova Marche

TUMORE PROSTATICO

Il tumore prostatico è una delle neoplasie più frequente nell'uomo

(Incidenza in Europa: > 200 casi su 100.000 abitanti)

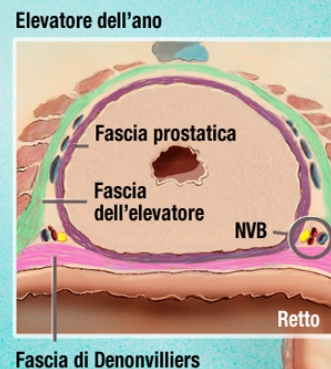
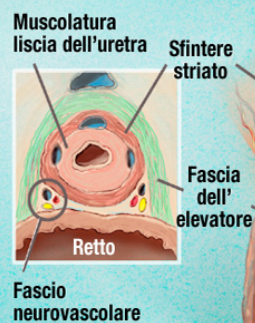
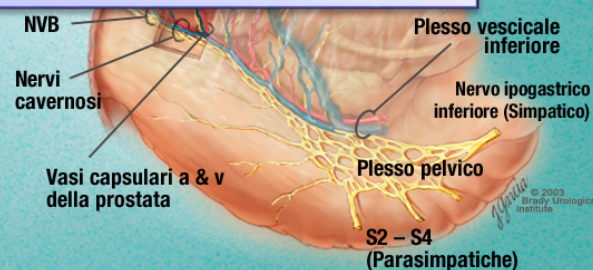
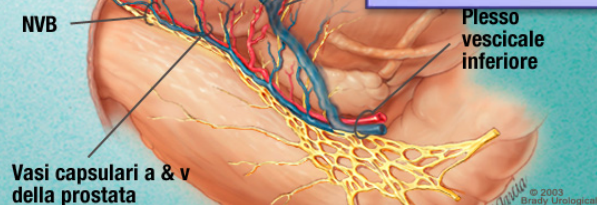
La sopravvivenza globale a 5 anni è dell'83,4%

Il trattamento più utilizzato in Italia per neoplasia localizzata è la PR.

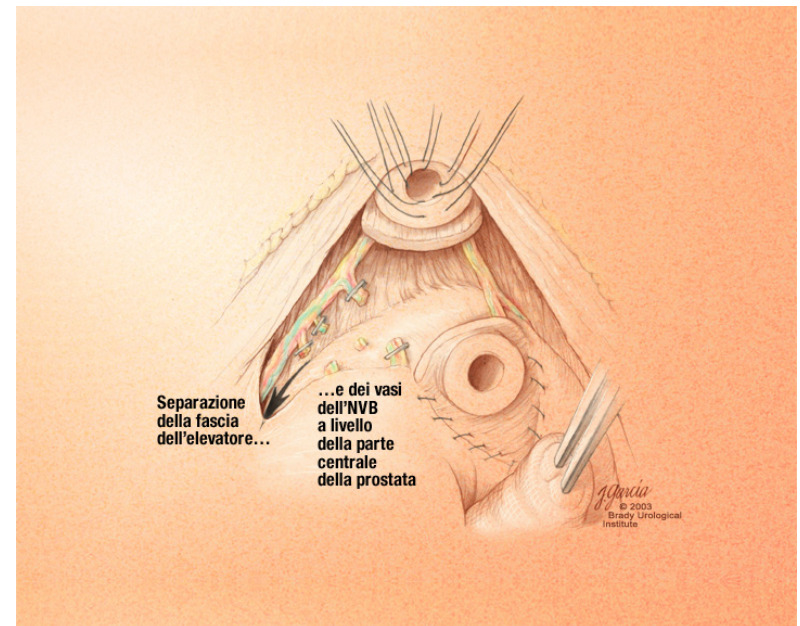
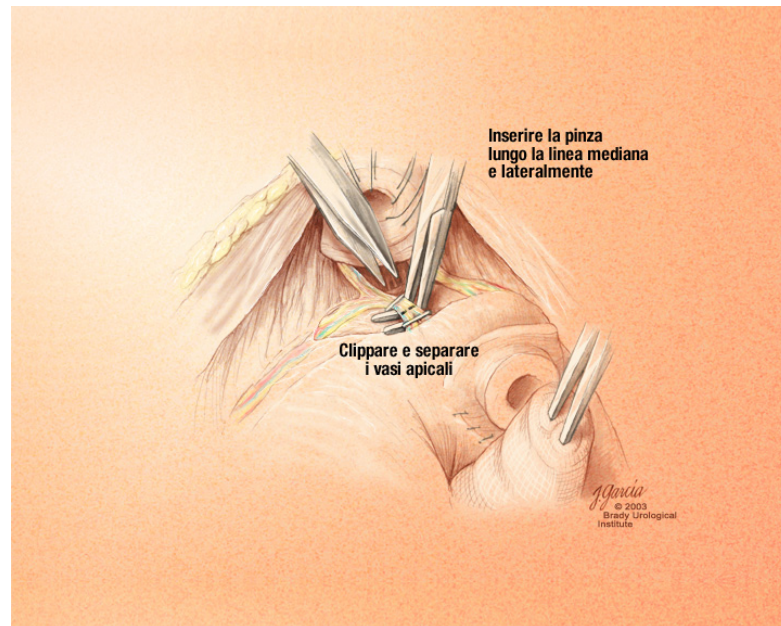
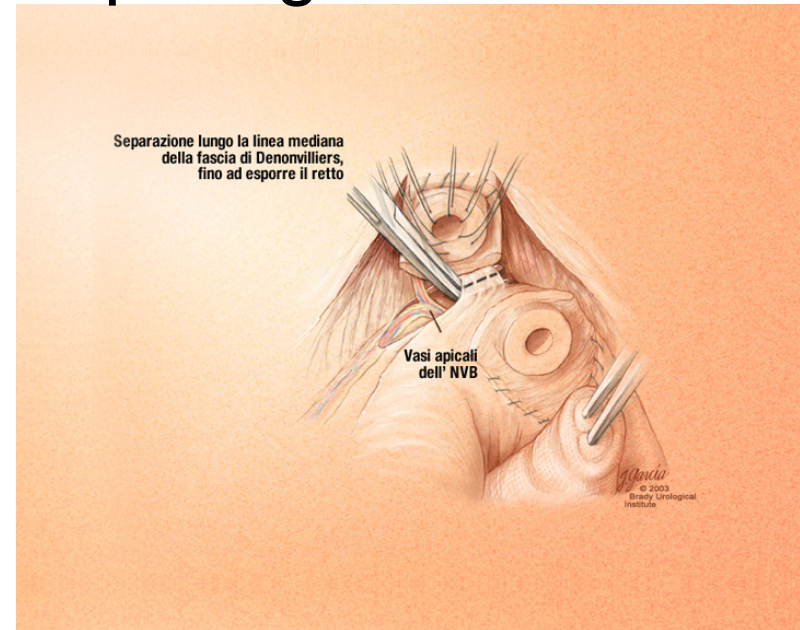
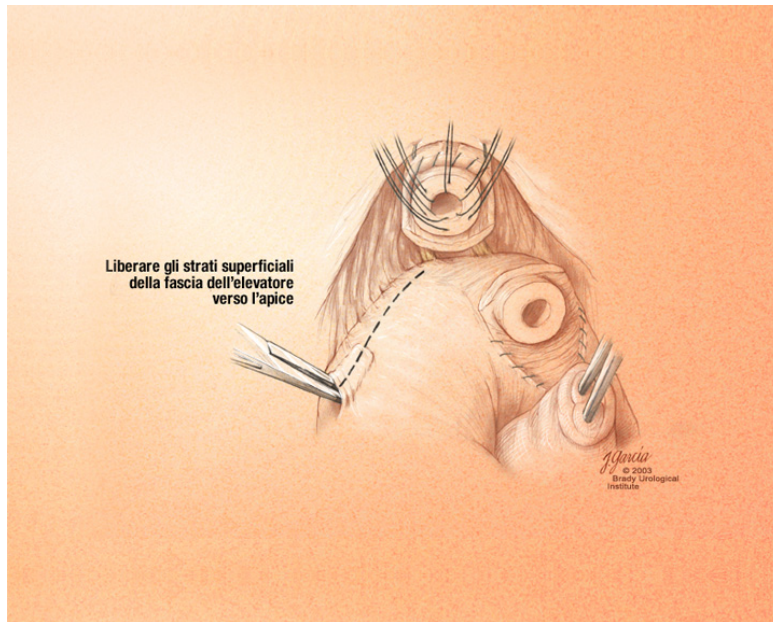
L'outcome oncologico, l'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) e la disfunzione erettile (DE) sono i maggiori determinanti della QoL dopo l'intervento.

ANATOMICAL DESCRIPTION OF THE ANATOMY OF THE PELVIC PLEXUS AND SURGICAL TECHNIQUE TO PREVENT IMPOTENCE DURING RADICAL PELVIC SURGERY – P. Walsh - J Urol 1982

Quale prostatectomia ?



Prostatectomia nerve-sparing sec. Walsh



Vattikuti Institute Prostatectomy: Contemporary Technique and Analysis of Results

Mani Menon*, Alok Shrivastava, Sanjeev Kaul, Ketan K. Badani, Michael Fumo, Mahendra Bhandari, James O. Peabody

Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Health System, Detroit, MI, United States

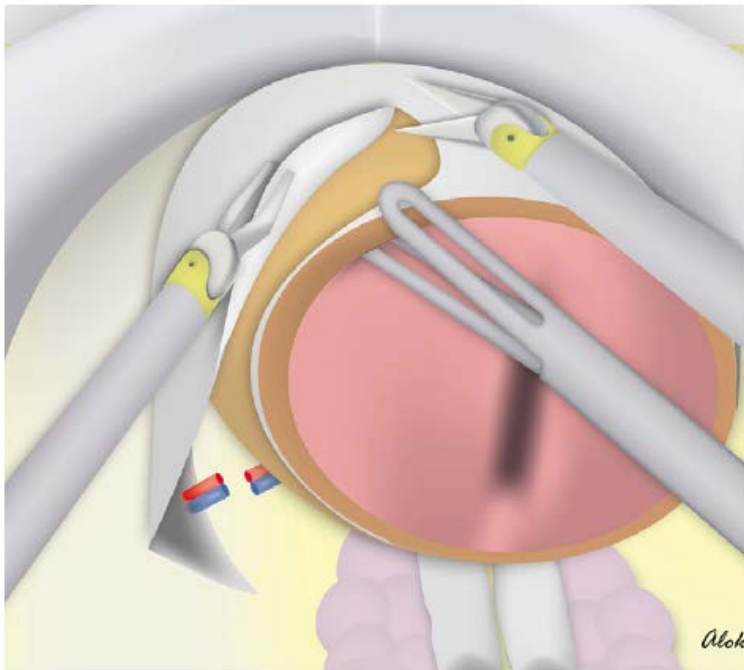
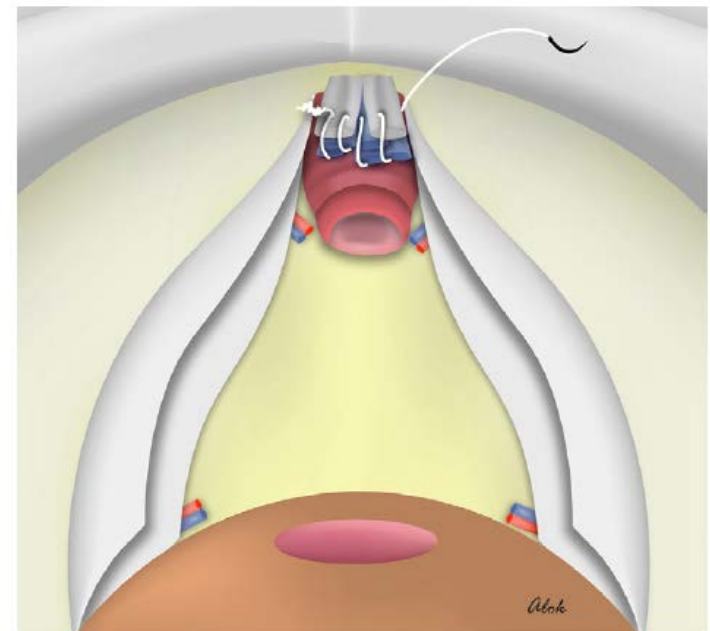
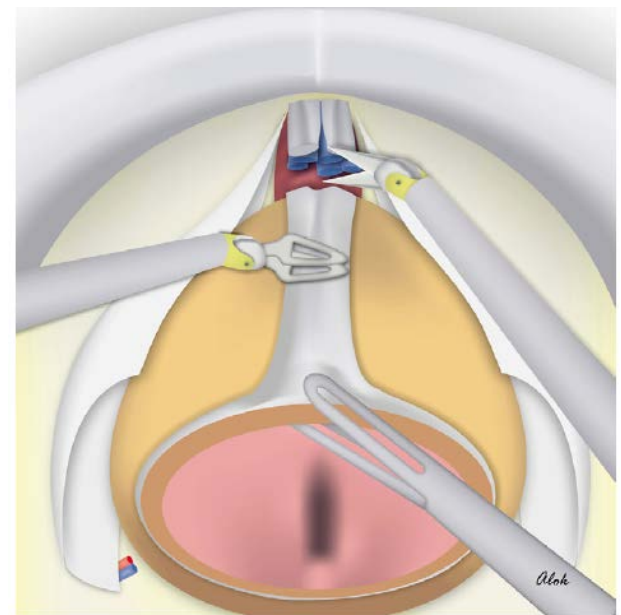
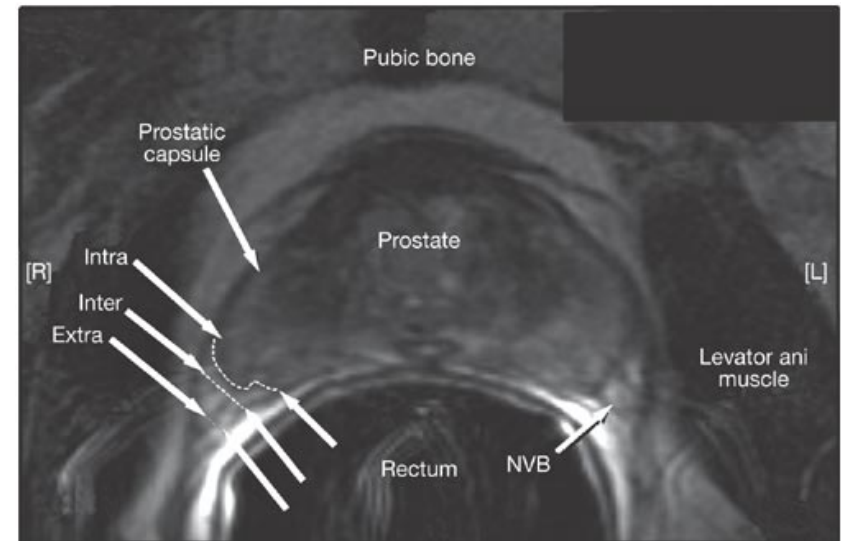
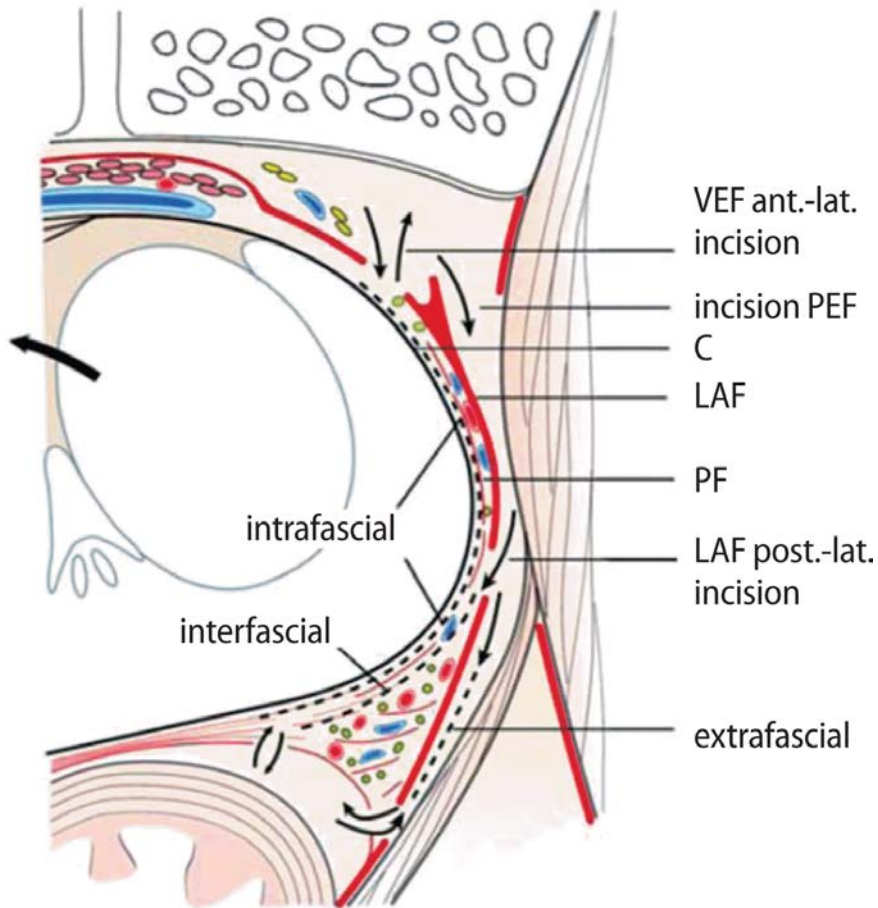


Fig. 8 – Plane of dissection for veil of Aphrodite.

La tecnica (***Veil of Aphrodite technique***) non prevede l'incisione della fascia endopelvica. Il piano tra la fascia prostatica e la capsula è sviluppato cranialmente alla base delle vescicole seminali e dopo la sezione del collo vescicale. Dopo aver individuato il corretto piano questo viene sviluppato fino a mobilitare completamente la fascia prostatica dalla superficie anteriore della prostata



EXTRA-, INTER- O INTRA-FASZIALE?





LINEE GUIDA

Recommendation	LE	GR
Discuss AS and radiotherapy with suitable patients.	4	A*
Offer RP to patients with low- and intermediate-risk PCa and a life expectancy > 10 years.	1b	A
Nerve-sparing surgery may be attempted in pre-operatively potent patients with low risk of extracapsular disease (T1c, GS < 7 and PSA < 10 ng/mL, or refer to Partin tables/nomograms).	2b	B
In intermediate- and high-risk disease, use multiparametric MRI as a decision tool to select patients for nerve-sparing procedures.	2b	B
Offer RP in a multimodality setting to patients with high-risk localised PCa and a life expectancy of > 10 years.	2a	A
Offer RP in a multimodality setting to selected patients with locally advanced (cT3a) PCa, and a life expectancy > 10 years.	2b	B
Offer RP in a multimodality setting to highly selected patients with locally advanced PCa (cT3b-T4 N0 or any T N1).	3	C
Do not offer neoadjuvant hormonal therapy before RP.	1a	A
Do not offer adjuvant hormonal therapy for pN0.	1a	A
Offer any surgical approach (i.e. open, laparoscopic or robotic) to patients who are surgical candidates for radical prostatectomy.	1a	A

NERVE-SPARING

La PR nerve-sparing può essere eseguita in sicurezza nella maggior parte dei pazienti con PCa localizzato.

Controindicazioni assolute sono pazienti con rischio di malattia extracapsulare, come ad esempio i cT2c o i cT3, GS>7.

I nomogrammi validati e la RMN multiparametrica possono aiutare nella programmazione dell'intervento.

Se esistono dubbi oncologici i NVBs devono essere asportati; in alternativa è descritto l'esame istologico estemporaneo

ESEMPIO DI NOMOGRAMMA (MSKCC)



Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

Dati richiesti: terapia neoadiuvante (chemio/radio), età, PSA basale, GS, stadio clinico, frustoli positivi e negativi

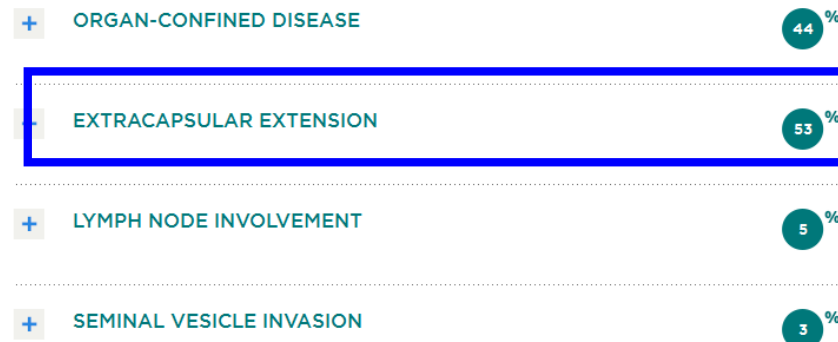
Caso clinico: 65 anni, no terapia neoadiuvante, PSA 8 ng/ml, GS 4+3, T1c, 4 prelievi su 18, attività sessuale conservata

Primary Treatment Outcomes



Extent of Disease Probability

Each extent-of-disease probability percentage is an independent prediction. We therefore would not expect these percentages to equal 100.



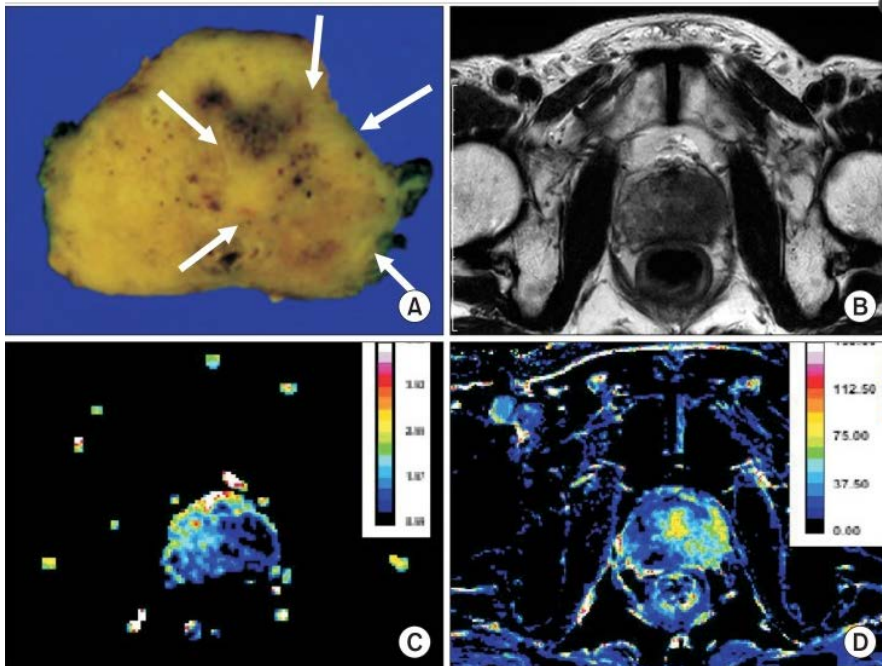
53% di probabilità di estensione extracapsulare in paziente giovane sessualmente attivo e tumore clinicamente non evidente

NERVE SPARING?

RMN MULTIPARAMETRICA

L'RMN multiparametrica (3T o 1,5 T \pm bobina endorettale) è la tecnica di imaging più sensibile e specifica, soprattutto per i tumori a rischio maggiore, per la valutazione dell'infiltrazione capsulare, dell'interessamento delle vescicole seminali, dei peduncoli vascolari e dell'apice prostatico. Permette anche lo studio dei linfonodi pelvici.

Attualmente I limiti scientifici sono la diversità di strumentazioni e di disegni degli studi. I limiti di applicazione quotidiana sono il costo, il numero limitato di apparecchiature e di radiolgi dedicati.



Sangjun et al, Korean J Urol 2015

RMN MULTIPARAMETRICA

Recent studies of the role of mpMRI in high-risk prostate cancer

Source	Year	Patients No.	Sequence	Definition of high-risk prostate cancer	Factor	Sen (%)	Spe (%)	PPV (%)	NPV (%)
Jeong et al. [57]	2013	922	DWI	PSA \geq 20 ng/mL, GS \geq 8, clinical stage \geq T2c	ECE	43	84	79	52
					SVI	35	94	62	83
					LNI	14	97	23	95
Pinaquy et al. [59]	2015	47	DWI	PSA \geq 20 ng/mL, GS \geq 8, clinical stage \geq T2c	ECE	72	77	86	59
					SVI	73	95	95	73
					LNI	33	91	50	84
Somford et al. [58]	2013	183	DWI, DCEI	PSA \geq 20 ng/mL, GS \geq 8, clinical stage \geq T2c	ECE	65	73	89	38
Park et al. [60]	2014	67	DWI, DCEI	PSA \geq 20 ng/mL, GS \geq 8, clinical stage \geq T2c	ECE	80	85	89	74

mpMRI, multiparametric magnetic resonance imaging; Sen, sensitivity; Spe, specificity; PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value; DWI, diffusion-weighted imaging; PSA, prostate-specific antigen; GS, Gleason score; ECE, extracapsular extension; SVI, seminal vesicle invasion; LNI, lymph node invasion; DCEI, dynamic contrast-enhanced imaging.

	SENSIBILITA'	SPECIFICITA'
Estensione extra-capsulare	43%-80%	73%-85%
Vescicole seminali	35%-73%	94%-95%
Linfonodi regionali	14%-33%	91%-97%

QUALE PR?



COMPLICANZE EAU Gudelines

Predicted probability of event	RALP (%)	Laparoscopic RP (%)	RRP (%)
Bladder neck contracture	1.0	2.1	4.9
Anastomotic leak	1.0	4.4	3.3
Infection	0.8	1.1	4.8
Organ injury	0.4	2.9	0.8
Ileus	1.1	2.4	0.3
Deep-vein thrombosis	0.6	0.2	1.4
Predicted rates of event	RALP (%)	Laparoscopic RP (%)	RRP (%)
Clavien I	2.1	4.1	4.2
Clavien II	3.9	7.2	17.5
Clavien IIIa	0.5	2.3	1.8
Clavien IIIb	0.9	3.6	2.5
Clavien IVa	0.6	0.8	2.1
Clavien V	< 0.1	0.2	0.2

OUTCOME FUNZIONALI: CONTINENZA

limiti della maggior parte dei lavori sono il disegno retrospettivo, i differenti operatori, i differenti parametri di outcome.

Secondo una recente review, la continenza urinaria a 12 mesi varia tra l'89% e il 100% con la RALP, tra l'80% e il 97% con la RRP.

Eur Urol. 2012 Sep;62(3):405-17. doi: 10.1016/j.eururo.2012.05.045. Epub 2012 Jun 1.

Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy.

Ficarra V¹, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A, Menon M, Montorsi F, Patel VR, Stolzenburg JU, Van der Poel H, Wilson TG, Zattoni F, Mottrie A.

OUTCOME FUNZIONALI: CONTINENZA E POTENZA

Eur Urol. 2015 Aug;68(2):216-25. doi: 10.1016/j.eururo.2015.02.029. Epub 2015 Mar 12.

Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy: A Prospective, Controlled, Nonrandomised Trial.

Haglund E¹, Carlsson S², Stranne J³, Wallerstedt A², Wilderäng U⁴, Thorsteinsdottir T⁵, Lagerkvist M⁶, Damberg JE³, Bjartell A⁷, Hugosson J³, Wiklund P², Steineck G⁸, LAPPRO steering committee.

Un recente studio prospettico invece ha mostrato a 12 mesi che il tasso di incontinenza era sovrapponibile (21,3% con la RALP; 20,2% con la PRR).

Il tasso di DE è risultato 70,4% dopo RALP e 74,7% dopo RRP.

OUTCOME FUNZIONALI: CONTINENZA E POTENZA

pISSN: 2287-4208 / eISSN: 2287-4690

World J Mens Health 2016 August 34(2): 73-88

<http://dx.doi.org/10.5534/wjmh.2016.34.2.73>

Review Article



CrossMark
click for updates

Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Review

Paolo Capogrosso, Andrea Salonia, Alberto Briganti, Francesco Montorsi

STUDIO	DISEGNO	DEFINIZIONE	FUNZIONE ERETTILE PRR	FUNZIONE ERETTILE RARP
Tewari et al, 2003	Prospettico comparativo	Erezione sufficiente per rapporto	50% (100 pz, 36 mesi)	50% (200 pz, 6 mesi)
Ficarra et al, 2009	Prospettico comparativo	SHIM>17	49% (41 pz, 12 mesi)	81% (64 pz, 12 mesi)
Kim et al, 2011	Prospettico comparativo	Erezione sufficiente per rapporto	28% (122 pz, 12 mesi) 47% (122 pz, 24 mesi)	57% (373 pz, 12 mesi) 84% (373 pz, 24 mesi)
Di Pierro et al, 2011	Prospettico comparativo	Erezione sufficiente per rapporto	26% (47 pz, 12 mesi)	55% (22 pz, 12 mesi)
Asimakopoulos et al, 2011	Trial clinico	Erezione sufficiente per rapporto	LAPARO 32% (64 pz, 12 mesi)	77% (52 pz, 12 mesi)
Haglund et al, 2015	Trial clinico	Erezione sufficiente per rapporto	25% (144 pz, 12 mesi)	29% (366 pz, 12 mesi)

OUTCOME FUNZIONALI: CONTINENZA E POTENZA

THE LANCET

Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study

John W Yaxley, FRACS, Geoffrey D Coughlin, FRACS, Prof Suzanne K Chambers, PhD, Stefano Occhipinti, PhD, Hema Samaratunga, FRCPA, Leah Zajdlwicz, MOrgPsych, Nigel Dunglison, FRACS, Prof Rob Carter, PhD, Scott Williams, MBBS, Diane J Payton, FRCPA, Joanna Perry-Keene, FRCPA, Prof Martin F Lavin, PhD, Prof Robert A Gardiner, AM MD

Published Online: 26 July 2016

Trial randomizzato controllato di fase 3

RALP vs PRR (Brisbane)

326 Pz tra 35 e 70 aa con aspettativa di vita > 10 anni.

113 RALP vs 113 PRR

EPIC (Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice) a 6 e 12 settimane

Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP)

A Clinical Tool to Measure Urinary, Bowel, Sexual and Vitality/Hormonal Health Date: ____/____/____

Patients: Please answer the following questions by checking the appropriate checkbox. All questions are about your health and symptoms in the **LAST FOUR WEEKS**. Select one answer for each question.

1. Overall, how much of a problem has your urinary function been for you?
☐ No problem ☐ Very small problem ☐ Small problem ☐ Moderate problem ☐ Big problem

2. Which of the following best describes your urinary control?
☐ Total control ☐ Occasional dribbling ☐ Frequent dribbling ☐ No urinary control

3. How many pads or adult diapers per day have you been using for urinary leakage?
☐ None ☐ One pad per day ☐ Two pads per day ☐ Three or more pads per day

4. How big a problem, if any, has urinary dripping or leakage been for you?
☐ No problem ☐ Very small problem ☐ Small problem ☐ Moderate problem ☐ Big problem

CLINICIANS: ADD the answers from questions 2-4 to calculate the **Urinary Incontinence Symptom Score (out of 12):**

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
5. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Pain or burning with urination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Weak urine stream/incomplete bladder emptying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Need to urinate frequently	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLINICIANS: ADD the answers from questions 5a-5c to calculate the **Urinary Irritation/Obstruction Symptom Score (out of 12):**

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
6. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Rectal pain or urgency of bowel movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Increased frequency of your bowel movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Overall problems with your bowel habits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLINICIANS: ADD the answers from questions 6a-6c to calculate the **Bowel Symptom Score (out of 12):**

7. How would you rate your ability to reach orgasm (climax)?
☐ Very good ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Very poor to none

8. How would you describe the usual quality of your erections?
☐ Firm enough for intercourse ☐ Firm enough for masturbation and foreplay only ☐ Not firm enough for any sexual activity ☐ None at all

9. Overall, how much of a problem has your sexual function or lack of sexual function been for you?
☐ No problem ☐ Very small problem ☐ Small problem ☐ Moderate problem ☐ Big problem

CLINICIANS: ADD the answers from questions 7-9 to calculate the **Sexual Symptom Score (out of 12):**

	No problem	Very small problem	Small problem	Moderate problem	Big problem
10. How big a problem, if any, has each of the following been for you?					
a. Hot flashes or breast tenderness/enlargement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Feeling depressed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lack of energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLINICIANS: ADD the answers from questions 10a-10c to calculate the **Vitality/Hormonal Symptom Score (out of 12):**

CLINICIANS: Add the five domain summary scores to calculate the **Overall Prostate Cancer QOL Score (out of 60):**

A downloadable version of EPIC-CP can be found at <http://www.bidmc.org/epic>

OUTCOME FUNZIONALI: CONTINENZA E POTENZA

THE LANCET Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study

John W Yaxley, FRACS, Geoffrey D Coughlin, FRACS, Prof Suzanne K Chambers, PhD, Stefano Occhipinti, PhD, Hema Samaratunga, FRCPA, Leah Zajdlewicz, MOrgPsych, Nigel Duglison, FRACS, Prof Rob Carter, PhD, Scott Williams, MBBS, Diane J Payton, FRCPA, Joanna Perry-Keene, FRCPA, Prof Martin F Lavin, PhD, Prof Robert A Gardiner, AM MD  

Published Online: 26 July 2016

OUTCOME	OPEN	ROBOT
Funzione urinaria (EPIC urinary domain) a 6 settimane	74,5	71,1
Funzione urinaria (EPIC urinary domain) a 12 settimane	83,8	90
Funzione sessuale (EPIC sexual domain) a 6 settimane	30,7	32,7
Funzione sessuale (EPIC sexual domain) a 12 settimane	35	38
Margini	15 (10%)	23 (15%)
Complicanze intraoperatorie	12 (8%)	3 (2%)
Complicanze postoperatorie	14 (9%)	6 (4%)

Nessuna differenza in termini oncologici e funzionali; maggiori complicanze con la PR open.

FATTORI PRE-OPERATORI FUNZIONE ERETTILE

J Sex Med. 2012 Feb;9(2):608-17. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02580.x. Epub 2011 Dec 21.

Choosing the best candidates for penile rehabilitation after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy.

Briqanti A¹, Di Trapani E, Abdollah F, Gallina A, Suardi N, Capitanio U, Tutolo M, Passoni N, Salonia A, DiGirolamo V, Colombo R, Guazzoni G, Rigatti P, Montorsi F.

J Sex Med. 2010 Feb;7(2 Pt 1):839-45. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01589.x. Epub 2009 Nov 12.

Preoperative criteria to select patients for bilateral nerve-sparing robotic-assisted radical prostatectomy.

Novara G¹, Ficarra V, D'Elia C, Secco S, De Gobbi A, Cavalleri S, Artibani W.

ETA' è funzione erettile preoperatoria :

RISCHIO BASSO: < 65 anni, IIEF (Erectile Function) ≥ 26 , CCI ≤ 1

RISCHIO INTERMEDIO: 66-69 anni, IIEF-EF 11-25, CCI ≤ 1

RISCHIO ALTO: ≥ 70 anni, IIEF-EF ≤ 10 , CCI ≥ 2

Nessuna differenza tra il totale di pazienti che assumevano PDE5-i giornalmente o al bisogno.

Nel gruppo a rischio intermedio, la somministrazione quotidiana si è dimostrata superiore.

Il gruppo a basso rischio è quello che si giova maggiormente della RALP nerve-sparing bilaterale.

FATTORI PRE-OPERATORI FUNZIONE ERETTILE

Il counselling preoperatorio con la paziente e la partner riveste un ruolo cruciale.

Salonia A, Zanni G, Gallina A, et al. Unsuccessful investigation of preoperative sexual health issues in the prostate cancer "couple": results of a real-life psychometric survey at a major tertiary academic center. J Sex Med 2009;6:3347–55

SINTESI : fattori determinanti la conservazione della potenza sessuale postoperatoria

1) Età e funzione erettile preoperatoria .

2) Tecnica chirurgica (nerve sparing se possibile intrafasciale) a prescindere dalla via di accesso e dall' Impiego del Robot (preservazione dei Bundles e della pudenda accessoria).
Esperienza dell'operatore.

3) Counselling preoperatorio.

4) Riabilitazione precoce (entro un mese).

Cosa facciamo nella Regione Marche



ANALISI DRG

[Analisi](#) | [Demo](#) | [Spiegazioni](#) | [Legenda](#) | [Contatto](#)

Selezionare l'anno di riferimento

2015

Selezionare la variabile di riga

(nessuno)

Selezionare la variabile di colonna

(nessuno)

Selezionare la Gerarchia di riga

(nessuno)

Selezionare la Gerarchia di colonna

(nessuno)

(nessuno)

(nessuno)

(nessuno)

(nessuno)

Selezionare la variabile di analisi

Ricoveri

Selezionare il tipo di analisi



Somma



Media



Filtro Avanzato



Esegui

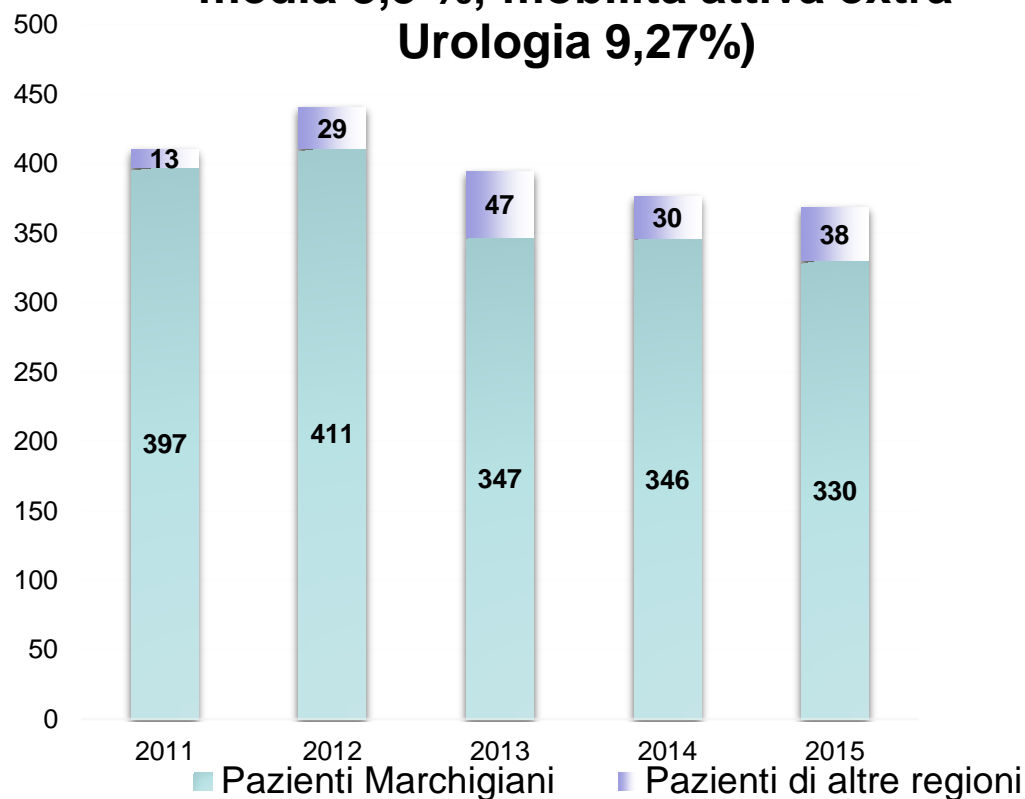
Annulla

Impara come utilizzare il filtro avanzato.

Numero di casi per centro relativamente basso. O su 12 strutture censite hanno fatto oltre 30 prostatectomie radicali l'anno. 4 strutture hanno superato 50 interventi \anno.

PROSTATECTOMIA RADICALE NELLE MARCHE

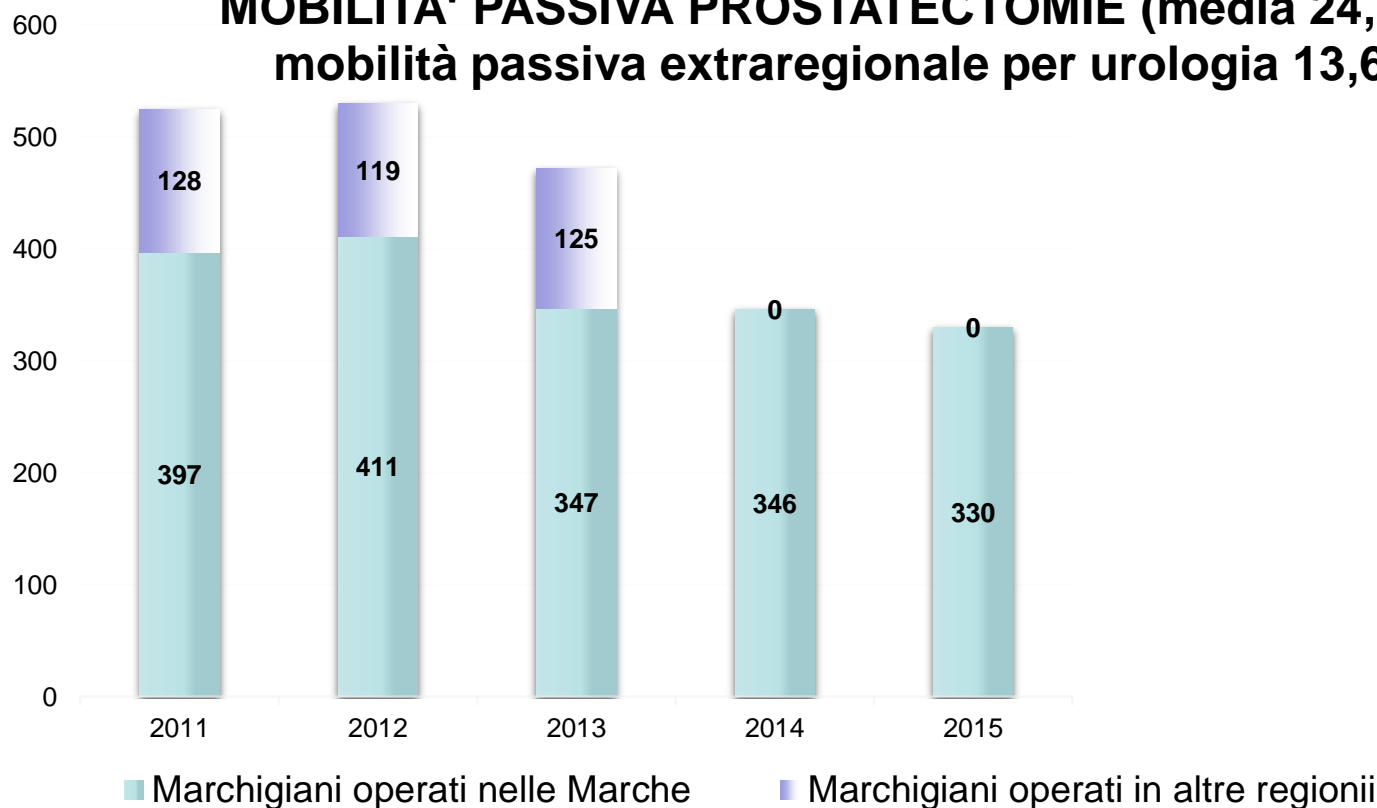
MOBILITA' ATTIVA PROSTATECTOMIE (
media 8,3 %; mobilità attiva extra
Urologia 9,27%)



trend in diminuzione del numero di prostatectomie eseguite nelle Marche, con una percentuale stabile di pazienti extra-regione.

PROSTATECTOMIA RADICALE NELLE MARCHE

MOBILITA' PASSIVA PROSTATECTOMIE (media 24,26 %; mobilità passiva extraregionale per urologia 13,6%)



La mobilità passiva extraregionale, disponibile fino al 2013, mostra un trend sostanzialmente stabile . Non disponiamo dei dati di mobilità degli ultimi due anni.

La mobilità passiva per prostatectomia radicale è quasi doppia rispetto alla mobilità passiva extra urologica per altre patologie 24 vs 13%.

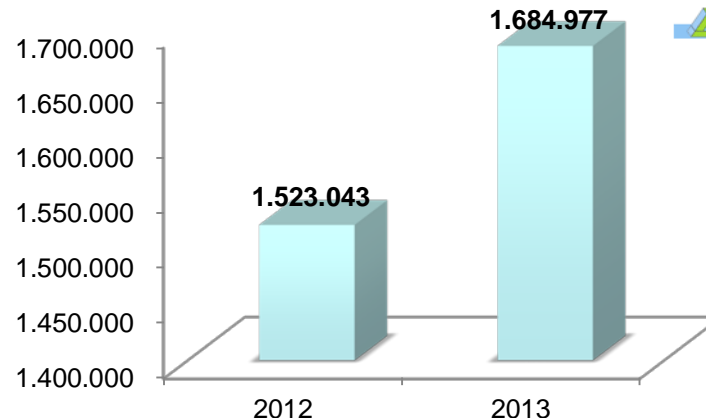
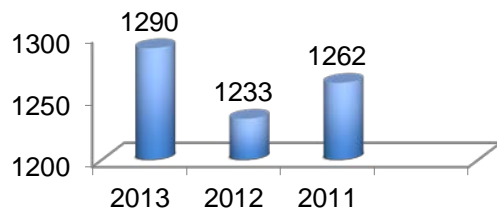
Il trend in diminuzione nella produzione è dovuto a riduzione della domanda o a incremento della mobilità passiva ?

valorizzazione mobilità passiva per 605
,5551,554,5771,

ARSMARCHE

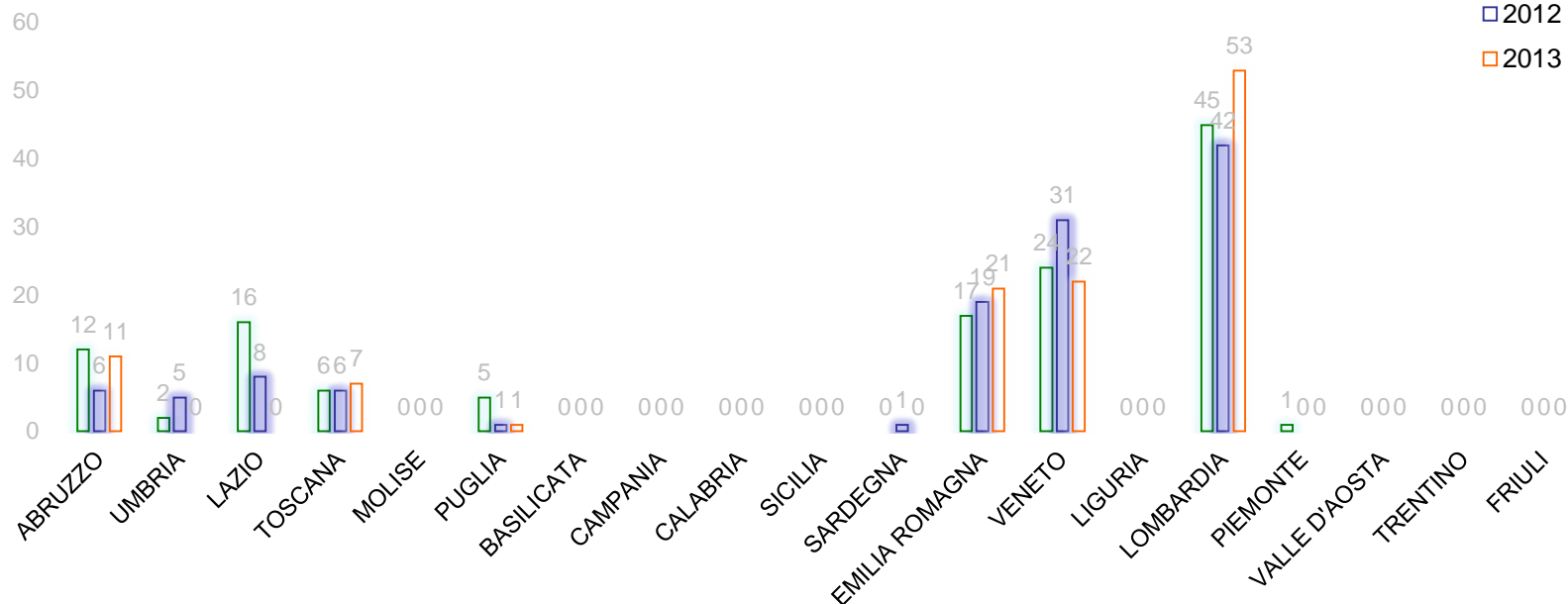
mobilità passiva urologia N° Casi

■ Numero casi



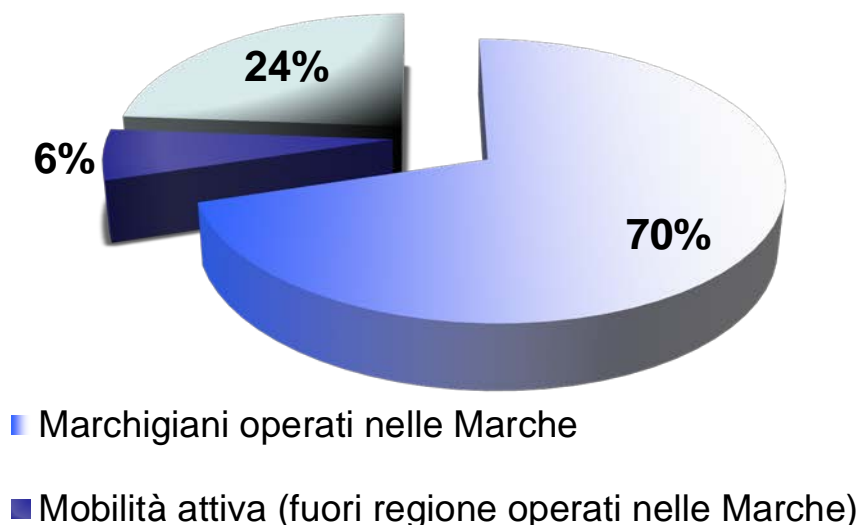
Mobilità passiva prostatectomie per regione e per anno 2011-2013

□ 2011
□ 2012
□ 2013



PROSTATECTOMIA RADICALE NELLE MARCHE

DOMANDA PROSTATECTOMIE 2011-2015



I dati di mobilità passiva extraregionale per il 2014 e il 2015 non sono disponibili pertanto la mobilità passiva è stata calcolata solo fino al 2013 e mostra un trend sostanzialmente stabile.

Quota di mercato relativamente buona. Mobilità attiva inferiore rispetto alla passiva. La mobilità passiva quasi doppia rispetto alla media degli altri ricoveri. Trend in decrescita relativa.

CONCLUSIONI

L'introduzione delle tecniche mininvasive ha portato ad una migliore conoscenza anatomica in funzione del recupero della continenza e della funzione sessuale.

Vanno valutati lo stato di salute generale e della funzione sessuale pre-operatoria durante la programmazione della tecnica da utilizzare, considerando che i pazienti giovani senza comorbidità sono quelli che si giovano maggiormente della PR nerve-sparing.

La RMN multiparametrica e i nomogrammi possono aiutare nella scelta sulla gestione dei NVBs.

Non esistono evidenze riguardo la superiorità di un approccio rispetto all'altro (PRR, laparo o robot) in termini oncologici e funzionali; la chirurgia robotica è associata ad una minor incidenza di complicanze. Laparoscopica e robotica comportano una perdita inferiore di sangue, decorso postoperatorio più breve, dolore postoperatorio e cicatrice ridotti.

Il chirurgo dovrebbe scegliere la tecnica che sa utilizzare meglio.

La riabilitazione dev'essere studiata su misura (Tailored therapy) per consentire un'adeguata compliance del paziente ed un recupero più veloce, per evitare fibrosi e fuga venosa.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

PROSTATECTOMIA RADICALE

La PR è un intervento con finalità di radicalità oncologica che prevede la rimozione della prostata e delle vescicole seminali con tessuto circostante sufficiente per garantire margini negativi.

Tenuto conto delle indicazioni oncologiche è opportuno utilizzare l'approccio chirurgico che garantisca al massimo la continenza e, quando possibile, la potenza.

L'intervento è da riservare a pazienti con aspettativa di vita > 10 anni

Bisogna trattare 8 persone per prevenire la morte di una sola persona a 18 anni di follow-up; questo numero scende a 4 quando si considerano persone più giovani di 65 anni.

La RALP sta sostituendo la PRR nella pratica clinica, dove è presente la tecnologia robotica, anche se mancano dati oggettivi sulla superiorità di una tecnica nei confronti dell'altra.

FATTORI INTRA-OPERATORI FUNZIONE ERETTILE

I nervi erigentes originano da un plesso pelvico localizzato nel tessuto fibro-adiposo tra vescica e retto e sono accompagnati nel loro decorso da strutture vascolari, formando i bundles neuro-vascolari (NVBs).

Il danno iatrogeno durante PR è una combinazione di lesioni neurologiche, arteriose e venose.

La conoscenza anatomica è d'obbligo nella dissezione laterale ed apicale.

Il meccanismo principale responsabile della DE potrebbe essere la sezione delle arterie pudende accessorie, descritte fino al 75% dei pazienti, portando all'ipossia cavernosa indipendentemente allo stato dei nervi.

Mullhal et al, J Urol 2008

FATTORI INTRA-OPERATORI FUNZIONE ERETTILE

In aggiunta al danno anatomico esiste una componente di neuroaprassia casuata da trazione, compressione e coagulazione.

Salonia et al, Eur Urol 2012

Questi fattori determinano una degenerazione Walleriana dei nervi con denervazione dei corpi cavernosi e successiva perdita di erezioni spontanee notturne.

Ne conseguono ipossia, fibrosi ed infine fuga venosa.

Weyne et al, Curr Drug Targets 2015

Le tecniche che non prevedono l'utilizzo di corrente elettrica hanno un'outcome migliore.

Ficarra et al, Eur Urol 2012

FATTORI POST-OPERATORI FUNZIONE ERETTILE

Esistono evidenze scientifiche e cliniche che una corretta riabilitazione dei corpi cavernosi può diminuire il tasso di DE.

Il tempo di recupero è associato con il rischio di fuga venosa.

La modalità di utilizzo precoce dei 5-PDEi dopo l'intervento (daily o on demand) rimane controverso.