

## INTERVISTA



di STEFANIA CIFANI

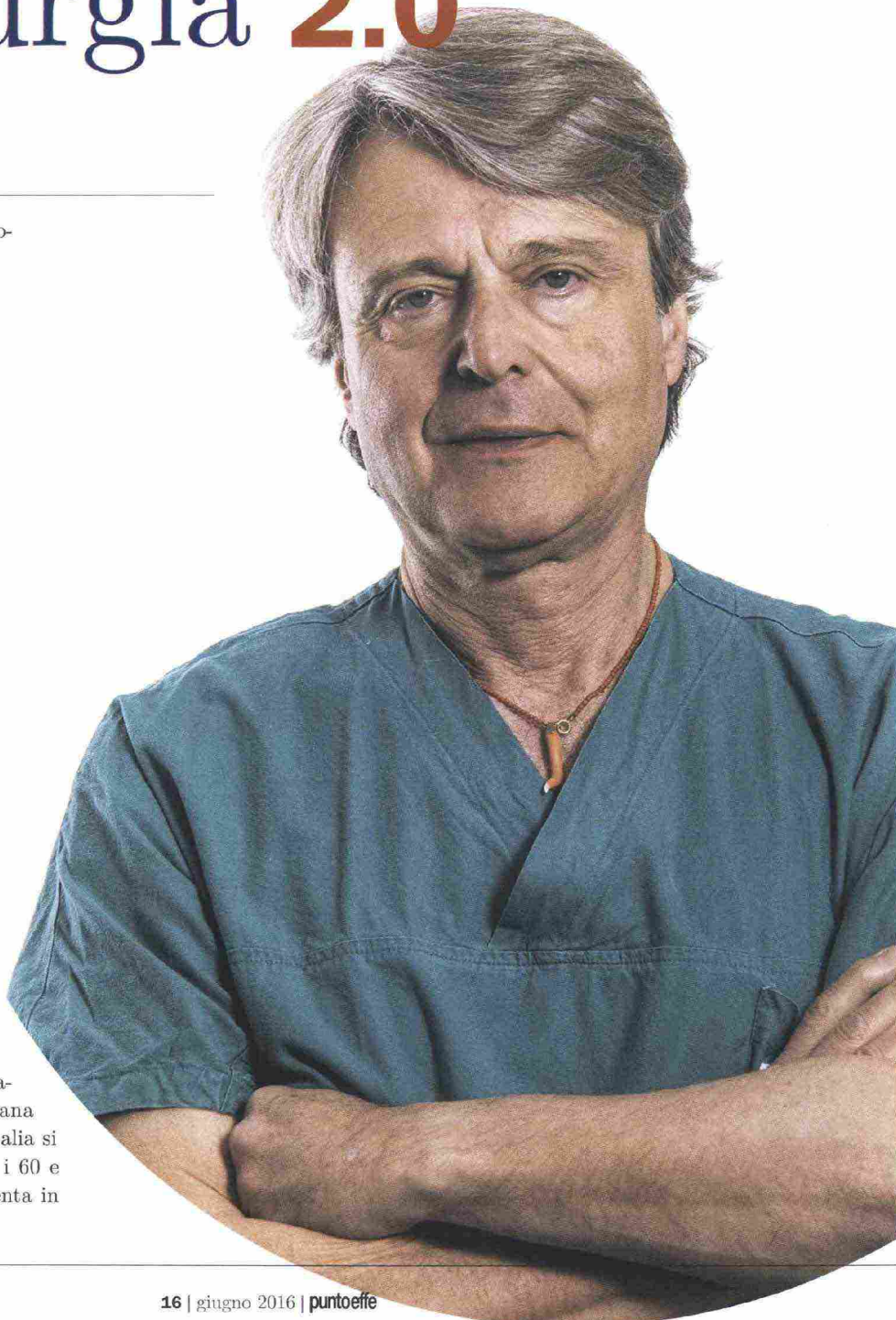
# Chirurgia 2.0

**A**ldo Bocciardi, direttore del reparto di Urologia dell'ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, ha ideato una tecnica chirurgica mini invasiva per l'asportazione dei tumori della prostata.

Il metodo si basa su un approccio anatomico del tutto diverso rispetto alle tecniche utilizzate in precedenza e si avvale del sistema robotico Da Vinci. Con enormi vantaggi per la qualità di vita del paziente e per la spesa sanitaria.

## Quanto è frequente il tumore della prostata?

Si tratta del tumore solido più frequente nell'uomo e rappresenta la seconda causa di morte di natura oncologica, dopo il tumore del polmone. Secondo i dati Airtum (Associazione italiana registri tumori) ogni anno in Italia si ammalano 36.000 uomini. Tra i 60 e gli 80 anni la malattia si presenta in un uomo su otto.



## INTERVISTA

## Una tecnica mininvasiva per l'asportazione del tumore alla prostata. A colloquio con Aldo Bocciardi, urologo, l'ideatore

### Chi sono i più colpiti? Esistono fattori di rischio?

Il principale è rappresentato dall'età, poiché l'incidenza del tumore aumenta con l'avanzare degli anni. Sono infatti più colpiti gli uomini di età superiore ai 65 anni, con un picco di incidenza tra i 72 e 74 anni. Un fattore di rischio importante è certamente la familiarità ma contano anche la razza afroamericana, che è a maggior rischio di sviluppare il tumore, lo stile di vita in generale e la dieta. Apporti elevati di vitamina E, licopene e acidi grassi omega-3 sembrano avere effetti protettivi. Ma non esiste una prevenzione primaria.

### Come avviene la diagnosi di tumore della prostata?

Quando ho iniziato la mia attività erano i sintomi o una casuale esplorazione rettale a portare alla diagnosi. Oggi questo è invece rarissimo, e il tumore è per lo più asintomatico. Grazie alla diffusione del test del Psa (Antigene prostatico specifico), si è verificato un aumento esponenziale delle diagnosi di tumore prostatico e, contrariamente a quanto veniva sostenuto qualche anno fa, anche la mortalità è migliorata. Questo test rappresenta il primo strumento di diagnosi, mentre l'esplorazione rettale in realtà non ha utilità diagnostica; basti pensare che quasi la metà

delle ecografie transrettali eseguite nei pazienti che vengono poi sottoposti a intervento chirurgico è negativa.

### Con che frequenza occorre fare il test?

Il test non ha senso se non è ripetuto nel tempo. Un Psa che mantiene un andamento costante anche se altalenante, senza picchi, non desta allarme. Al contrario un aumento della velocità di crescita rappresenta il probabile segnale della presenza di una neoplasia. Più che considerare un valore soglia di riferimento, è bene valutare il comportamento dei valori nel corso degli anni.

### Dopo la diagnosi quali sono le opzioni terapeutiche?

I trattamenti disponibili per il tumore della prostata sono più d'uno e la scelta terapeutica si basa su diversi fattori. Le linee guida internazionali della Società europea di urologia, alle quali facciamo riferimento, prevedono oltre alla chirurgia, la terapia ormonale a base di antiandrogeni, la radioterapia e la chemioterapia. L'intervento chirurgico, quando possibile, rappresenta la scelta di elezione e consiste nell'asportazione completa della prostata, delle vescicole seminali ed eventualmente dei linfonodi loco-regionali.

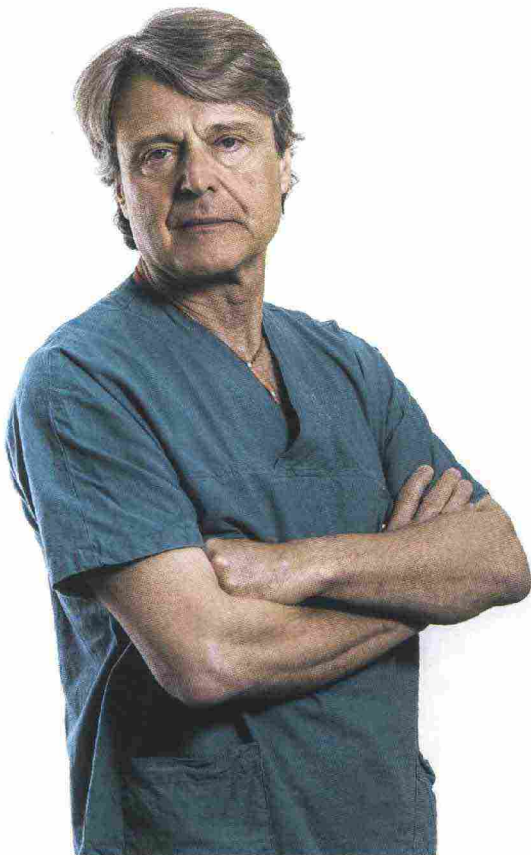
**L'intervento chirurgico, quando possibile, rappresenta la scelta di elezione e consiste nell'asportazione completa della prostata**

### E il post operatorio?

Di seguito, in caso di necessità, si può procedere con radioterapia e/o terapia ormonale che ha una attività sulle metastasi linfonodali. Diventa invece difficile praticare la radioterapia prima della chirurgia, i cui esiti sono in questo caso peggiori. La radioterapia infatti danneggia i tessuti creando problemi di cicatrizzazione. In generale, la scelta si basa sulla competenza e sul buon senso del medico nel valutare i singoli casi. Dopo una certa età terapia ormonale e radioterapia assumono importanza maggiore rispetto alla chirurgia. E ogni paziente va sempre considerato anche dal punto di vista della sua età biologica che, soprattutto dopo i settant'anni, può essere molto diversa da quella anagrafica. Va detto infine che anche i pazienti, oggi sempre più informati, partecipano attivamente alle scelte del proprio percorso di cura.



INTERVISTA



**In che cosa consiste l'approccio Bocciardi?**

La chirurgia ha subito una prima evoluzione con l'intervento in laparoscopia. La novità della mia tecnica, che all'Ospedale di Niguarda è la sola utilizzata, sta nel diverso percorso anatomico, un intervento che sarebbe impossibile praticare a cielo aperto. In pratica si arriva alla prostata attraverso un percorso che passa dietro la vescica: grazie all'ingrandimento ottico e tridimensionale e all'ampiezza di movimento e di rotazione del braccio robotico, incidiamo il peritoneo parietale, lo strato che riveste le pareti della cavità addominale nello spazio fra la vescica e il retto, accendendo così alle vescicole seminali e alla prostata nel pieno rispetto dei fasci nervosi.

**Che vantaggi comporta questo tipo di intervento?**

La migliore preservazione della continenza urinaria e un migliore risparmio dei nervi deputati all'erezione. A oggi abbiamo eseguito circa mille interventi; dato che si tratta di un tumore a lento accrescimento i controlli validi statisticamente riguardano circa trecento casi.

**Risultati?**

Abbiamo osservato una riduzione del 20 per cento dei casi di disfunzione erettile e al 5 per cento di quelli di incontinenza urinaria, contro percentuali tra il 30 e il 100 e tra il 10 e il 40 del passato, rispettivamente. Con l'approccio retro-vescicale, dunque, entro un mese dall'intervento il 95 per cento dei pazienti non presenta incontinenza urinaria e la maggior parte di loro (escludendo chi presenta deficit erettile già prima dell'inter-

vento) presenta erezioni valide e rapporti sessuali soddisfacenti.

**Cos'altro si può aggiungere?**

Va ricordata anche l'importanza di figure cliniche diverse come quella dello psicologo, per accompagnare il paziente nel proprio percorso, in particolare modo per quanto riguarda il recupero della funzione sessuale. La mancata erezione dopo l'intervento può essere infatti dovuta anche a fattori psicologici e, contrariamente a quanto accade per la continenza, occorrono mesi prima di poter affermare che la funzione erettile è stata completamente preservata. Un altro vantaggio riguarda l'incisione che è molto ridotta e quindi meno traumatica; si evita così l'eccessivo sanguinamento e la necessità di trasfusione, che oggi riguarda solo il 10 per cento dei casi. Esistono vantaggi anche per la spesa pubblica: questo intervento richiede soli tre giorni di ricovero, mentre con la chirurgia tradizionale la degenza era di otto-dieci giorni. Un risparmio considerevole, se si pensa che un posto letto chirurgico costa al sistema sanitario fino a mille euro al giorno.

**In quali centri viene adottata questa tecnica?**

La metodica, per la prima volta presentata alla comunità scientifica nel 2010, è oggi applicata anche a Roma, Arezzo, Bassano del Grappa, Seul, Anversa, Bordeaux e Detroit. Sono tuttavia più di 70 i centri dotati del sistema robotico, dove con l'opportuna formazione dei chirurghi e i tempi necessari a produrre ulteriori evidenze scientifiche, potrebbe potenzialmente essere adottata in un prossimo futuro. ●

**Quali sono le conseguenze della terapia chirurgica?**

L'intervento chirurgico si attua nei pazienti con aspettativa di vita superiore ai dieci anni e si pone tre obiettivi, in ordine decrescente di priorità: asportare e curare il tumore, evitare l'incontinenza e mantenere la funzione erettile grazie al risparmio delle strutture neuro-vascolari deputate all'erezione e mantenendo l'integrità anatomica del collo vescicale. Il classico intervento di prostatectomia radicale con tecnica a cielo aperto, praticato fino agli anni Novanta, causava conseguenze funzionali come incontinenza urinaria e impotenza sessuale pressoché certe, con un impatto pesantissimo sulla qualità della vita e sulla salute psicologica dei pazienti. Inoltre in una percentuale di casi tra il 20 e il 40 per cento si rendeva necessaria una trasfusione di sangue a causa dell'emorragia.