

ОРИГИНАЛНИ СТАТИИ
ORIGINAL ARTICLES

**РЕЗУЛТАТИ ОТ ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ
НА 56 ПАЦИЕНТИ С РАДИКАЛНА РЕТРОПУБИСНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ**

Н. Смилов¹, И. Лозев², Е. Александров¹ и П. Лозев¹

¹Урологично отделение, ²Клиника по хирургия
МИ на МВР – София

**RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT
OF 56 PATIENTS WITH OPEN RETROPUBIC RADICAL PROSTATECTOMY**

N. Smilov¹, I. Lozev², E. Aleksandrov¹ and P. Lozev¹

¹Urologic Ward, ²Clinic of Surgery
Medical Institute – Ministry of Interior – Sofia

Резюме:	Целта на проучването е да се направи оценка на усложненията и постоперативните резултати при отворената радикална ретропубисна простатектомия. В проучването са включени 56 пациенти с T1 и T2 карцином на простатната жлеза, оперирани за периода 2004-2009 г. в Урологичното отделение на МИ на МВР. При 24 пациенти е приложена стандартна ретроградна техника на радикална ретропубисна простатектомия, при шестима пациенти с едностранно и при трима с двустранно съхраняване на съдовонервния сноп. Постоперативният период при всички пациенти протече без усложнения. Петдесет и двама от тях са със запазена континентност, трима са със стрес-инконтиненция и един с тотална инконтиненция. Стриктура на шийката на пикочния мехур се установи при един пациент. Онкологичен контрол на заболяването наблюдавахме при 50 пациенти. Въпреки че радикалната ретропубисна простатектомия е стандартно лечение при карцином, ограничен в простатата, операцията не е без усложнения. Необходимата подготовка за коректното извършване на операцията протича бавно с извършването на по-голям брой операции.
Ключови думи: Адрес за кореспонденция:	простатен карцином, ретропубисна радикална простатектомия <i>Д-р Ненчо Смилов, Медицински институт на МВР, бул. „Скобелев“ № 79, 1606 София, тел. 0888 763 674, e-mail: smilov_nencho@yahoo.com</i>
Summary:	The aim of this study is to assess the surgical complications of open retropubic radical prostatectomy. Fifty-six cases of localized prostate cancer underwent retropubic radical prostatectomy in our department in the last five years. Standard technique of open retropubic radical prostatectomy as described by Walsh was used. During follow-up, cancer control and quality of life indices (potency and urinary continence) were noted. Postoperative recovery of all patients was excellent. Fifty-two out of 56 patients were continent, three had stress incontinence and one was totally incontinent. Bladder neck contracture was present in one out of 56 patients. Cancer control was established in 50 out of 56 cases. Though retropubic radical prostatectomy is the standard treatment for early prostate cancer, it is not without complications. It has a steep learning curve.
Key words: Address for correspondence:	prostate cancer, radical retropubic prostatectomy <i>N. Smilov, M. D., Medical Institute Ministry of Interior, 79 Skobelev Blvd., Bg – 1606 Sofia, tel. +359 888 763 674, e-mail: smilov_nencho@yahoo.com</i>

ВЪВЕДЕНИЕ

Радикалната простатектомия е най-честата форма на лечение на карцинома на простатата при диагностика на заболяването в сТ1, сТ2 и сТ3 стадий [2, 7, 10, 13, 18]. Резултатите след радикално оперативно лечение на простатния карцином, докладвани от редица автори, показват много добър онкологичен контрол на заболяването и качество на живот с малък процент усложнения [1, 9, 16]. Тези резултати основно се дължат на внимателно извършената дисекция предимно в областта на апекса и основата на простатната жлеза и свързаните с това намалена кръвозагуба и добра интраоперативна ориентация [15]. Ние представяме резултатите от извършените 56 радикални простатектомии в Урологичното отделение на МИ-МВР за 5-годишен период.

Целта на проучването е да се оценят усложненията и постоперативните резултати при отворената радикална ретропубисна простатектомия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

От 2004 до 2009 г. в Урологично отделение на МИ на МВР са оперирани 56 пациенти по повод на карцином на простатната жлеза в сТ1 – сТ2 стадий, на възраст от 58 до 71 години. При 24 пациенти е приложена стандартна ретроградна техника на радикална ретропубисна простатектомия с ексцизия на съдовонервните снопове двустранно, при шестима пациенти с едностранно и при трима с двустранно съхраняване на съдовонервния сноп [17]. Нерв-съхраняваща операция не е извършена при пациенти с простатноспецифичен антиген (ПСА) > 10 ng/mL, сбор по Глисън \geq 8 и при импотентни преди операцията пациенти. Извършени са 52 тазови лимфни дисекции. Контролът на дорзалния венозен комплекс е извършен, като е прокарана правоъгълна клампа под него пред уретрата с изтегляне на конеца и лигиране и фиксиране на венозния комплекс за периоста на пубиса. Рядко не се установява добър план между уретрата и дорзалния венозен комплекс. В тези случаи дорзалният венозен комплекс се прошива, прерязва се с ножица и допълнително се прошива и лигира за окончателен контрол на кръвенето. Шийката на пикочния мехур се съхрани при 22-ма пациенти и се ексцизира заедно с простатата с последваща реконструкция при 34 болни.

РЕЗУЛТАТИ

Средният период на проследяване е 18 месеца (от 3 до 60 месеца). Проведени са контролни прегледи на 1-вия, 3-ия, 6-ия, 12-ия, 24-ия, 48-ия и 60-ия месец. Средната кръвозагуба е 940 ml и средното оперативно време – 220 мин. Средният болничен престой е 13 дни (от 10 до 17 дни). Постоперативно уретралният катетър е свален между 6-ия и 14-ия постоперативен ден (средно 9 дни). Напълно континентни са 94,6% (53 пациенти), като с тотална инконтиненция е един пациент и със стрес-инконтиненция – 3-ма. От пациентите с нерв-съхраняваща простатектомия потентни са 6 (66%), като средната кръвозагуба е 1300 ml. Дълбока венозна тромбоза е установена при един пациент 12 дни след изписването (23-ти следоперативен ден). Интраоперативно не е имало увреда на ректума, уретерите или obturatorния нерв, а постоперативно не са наблюдавани миокарден инфаркт, белодробен тромбоемболизъм и сепсис. При 83,9% (47 пациенти) при хистологичното изследване на крайния препарат карциномът е ограничен в простатата и 16,1% (9 пациенти) се оказали с локално авансирало заболяване. Всички пациенти с ограничен в простатата карцином са с негативни резекционни линии. От извършените 52 тазови лимфни дисекции впоследствие се образуват лимфоцеле при 4-ма пациенти, което се пунктира и дренира под ехографски контрол. При един пациент поради рецидив на лимфоцелето се наложи оперативно лечение с фенестрирането му към перитонеалната кухина. При проследяване на пациентите не се установи серумно ниво на ПСА при 17 пациенти, 24 пациенти бяха с ПСА \leq 0,04 ng/ml и 9 пациенти бяха с ПСА > 0,04 ng/ml и < 1,0 ng/ml и без прогресия. Прогресирание на ПСА се установи при 6 пациенти, като при 4 се извърши оперативна и при 2 медикаментозна кастрация. Шест от пациентите не са проследени.

ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите от оперативното лечение са свързани с онкологичната коректност на операцията, интра- и постоперативните усложнения, както и с дълготрайната инконтиненция на урината [2]. Всички тези резултати са в пряка зависимост от оперативната техника и периперативните грижи за пациента. Няма стандартизиране на интра- и постоперативните усложнения. Ние ги разделяме условно на леки и тежки. По отношение на интра- и постоперативните усложнения нашите резултати са сравними с тези на други автори [4, 5, 6, 8, 11, 17] (табл. 1).

Таблица 1. Периоперативни усложнения

	Брой пациенти	Брой пациенти (%)							
		Смъртност	Увреда на ректума	Увреда на уретерите	ДВТ	Миокарден инфаркт	Белодробен тромбоемболизъм	Сепсис	Лимфоцеле
Catalona [5]	418	5 (1,2)	11 (2,9)	1 (0,2)	7 (1,7)	3 (0,7)	6 (1,4)	–	28 (6,7)
Dilligluligil [6]	472	2 (0,4)	3 (0,6)	1 (0,2)	6 (1,3)	2 (0,4)	5 (1,0)	3 (0,6)	10 (2,1)
Han [7]	1000	1 (0,1)	5 (0,5)	1 (0,1)	2 (0,2)	5 (0,5)	4 (0,4)	–	1 (0,1)
Hautmann [8]	1243	0 (0,0)	3 (0,2)	4 (0,3)	14 (1,1)	1 (0,1)	2 (0,2)	3 (0,2)	75 (6,0)
Наши резултати	56	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,7)

Интраоперативната кръвозагуба е най-голяма при лигирането на дорзалния венозен комплекс. Контролът му обаче е свързан с цялостната дисекция в областта на апекса на простатата, като в непосредствена близост са съдовонервните снопове и дисталният сфинктер. Поради тази причина внимателната дисекция в областта на апекса осигурява едновременно по-малка кръвозагуба, запазена континентност и еректилна способност (при запазване на съдовонервните сно-

пове) при чисти резекционни линии и коректно извършена от онкологична гледна точка операция. Кръвозагубата при лигиране на дорзалния венозен комплекс е 100-400 ml, като кръвозагубата при нерв-съхраняващата простатектомия е по-голяма. Като правило запазваме пубопростатните лигаменти, тъй като те поддържат проксималната уретра и дисталния сфинктер и по този начин в максимална степен се запазва континентността постоперативно [12, 14] (табл. 2).

Таблица 2. Континентност при запазване на пубопростатните лигаменти (%)

Сваляне на катетъра	Lowe [12]		Poore et al. [14]		Наши резултати
	Прерязване на лигаментите	Запазване на лигаментите	Прерязване на лигаментите	Запазване на лигаментите	Запазване на лигаментите
Незабавно	0	26	11	28	23
1 месец	15	49	15	39	41
3 месец	51	80	51	82	75
6 месец	79	96	75	94	98
12 месец	89	100	94	100	98

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Радикалната ретропубисна простатектомия е основна форма на лечение на ограничения в простатата карцином при предполагаема 10-годишна продължителност на живота. Процедурата като цяло е относително безопасна, като при голяма част от пациентите не се установяват каквито и да са периоперативни усложнения. Някои от усложненията обаче макар и редки могат да инвалидизират пациента и дори да доведат до смъртен изход. При пациентите без извършена тазова лимфна дисекция интра- и постоперативният период протичат значително по-леко, като практически се изключва възмож-

ността за увреда на obturatorния нерв и образуване на лимфоцеле и рискът от белодробна тромбоемболия е значително по-нисък. Технически правилното извършване на операцията осигурява добрите резултати по отношение на онкологичния контрол на заболяването и запазването на нормален процес на уриниране и еректилна способност.

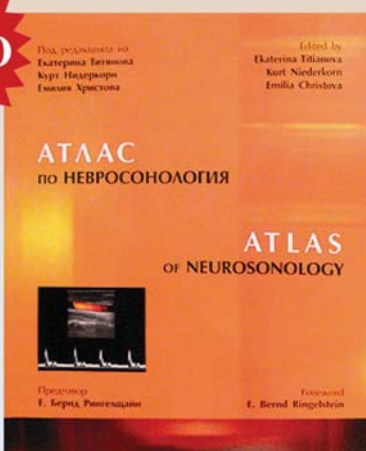
Библиография

1. Младенов, Д. ПСА – прогностичен и диагностичен критерий при заболявания на простатната жлеза. – Форум медикус, 2008, № 47, 4.
2. Цветков, М., Д. Младенов и Св. Христова. Диагноза и лечение на локализирания аденокарцином на простатна-

- та жлеза след аденомектомия. – Андрология, 6, 2000, № 1, 19-21.
3. Цветков, М., Л. Соломон, Д. Младенов и К. Аббу. Радикална простатовезикулектомия чрез перинеален достъп при болни с T1,2,3N0M0 карцином на простатната жлеза. – Урология, 5, 1999, № 4, 130-132.
 4. Augustin, H. et al. Intraoperative and perioperative morbidity of contemporary radical retropublic prostatectomy in a consecutive series of 1243 patients: results of a single center between 1999 and 2002. – E. Urol., 43, 2003, 113-118.
 5. Catalona, W. J. et al. Potency, continence and complication rates in 1870 consecutive radical retropublic prostatectomies. – J. Urol., 162, 1999, 433-438.
 6. Dillio glugil, O. et al. Risk factors for complications and morbidity after radical retropublic prostatectomy. – J. Urol., 157, 1997, 1760-1767.
 7. Han, M. et al. Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropublic prostatectomy. The 15-year Johns Hopkins experience. – Urol. Clin. North Am., 28, 2001, 555-565.
 8. Hautmann, R. E., T. W. Sauter et U. K. Wenderoth. Radical retropublic prostatectomy: morbidity and urinary continence in 418 consecutive cases. – Urology, 43, 1994, 47-51.
 9. Hull, G. W. et al. Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. – J. Urol., 167, 2002, 528-534.
 10. Klevecka, V. et al. Intraoperative and early postoperative complications of radical retropublic prostatectomy. – Urol. Int., 79, 2007, 217-225.
 11. Lepore, H., A. M. Nieder et M. N. Ferrandino. Intraoperative and postoperative complications of radical retropublic prostatectomy in a consecutive series of 1000 cases. – J. Urol., 166, 2001, 1729-1733.
 12. Lowe, B. A. Preservation of the anterior urethral ligamentous attachments in maintaining post-prostatectomy urinary continence: a comparative study. – J. Urol., 158, 1997, 2137-2141.
 13. Lu-Yao, G. L. et al. An assessment of radical prostatectomy. Time trends, geographic variation, and outcomes. – JAMA, 269, 1993, 2633-2636.
 14. Poore, R. E., D. L. McCullough et J. P. Jarow. Puboprostatic ligament sparing improves urinary continence after radical retropublic prostatectomy. – Urology, 51, 1998, 67-72.
 15. Walsh, P. C. et P. J. Donker. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. – J. Urol., 128, 1982, 492-497.
 16. Walsh, P. C., A. W. Partin et J. I. Epstein. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropublic prostatectomy: results at 10 years. – J. Urol., 152, 1994, 1831-1836.
 17. Walsh, P. C. Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. – J. Urol., 160, 1998, 2418-2424.
 18. Walsh, P. C. Radical prostatectomy for localized prostate cancer provides durable cancer control with excellent quality of life: a structured debate. – J. Urol., 163, 2000, 1802-1807.

Постъпила за печат на 8 декември 2009 г.

АТЛАС по НЕВРОСОНОЛОГИЯ



Двуезичен АТЛАС ПО НЕВРОСОНОЛОГИЯ
под редакцията на
 проф. Екатерина Титянова,
 проф. Курт Нидеркорн,
 проф. Емилия Христова.
Предговор Е. Б. Рингелщайн.
Издател КОТИ ЕООД.

Цена: 150 лв.

За контакти: ГАЛЯ ИВАНОВА
 София 1404, ул. Твърдишки проход № 23, ет. 3, офис 10-11
 тел. 02/818 58 86, e-mail: g.Ivanova@atlasconsultingbg.com, www.sonology-book.com
 Банкова сметка: Уникредит Булбанк АД
 BIC код: UNCRBGSF, IBAN разпл. с/ка BG40 UNCR 7630 1007 0380 00, КОТИ ЕООД

ATLAS of NEUROSONOLOGY