

Tumore prostatico: il professor Roggia presenta una cura innovativa

Data : 8 settembre 2014



Una tecnica innovativa per la cura del tumore prostatico. È quella che il professor Alberto Roggia, primario emerito di urologia dell'ospedale di Gallarate ha spiegato recentemente all'interno della trasmissione Medicina 33.

Prof Roggia , sappiamo che nella recente trasmissione di RAI DUE Medicina 33, avvenuta il 17 giugno 2014, è stato intervistato dal Dott. Onder su una nuova tecnica chirurgica da Lei personalmente messa a punto ed adottata nella cura del tumore prostatico: cosa ci può dire in proposito ?

Sono stato invitato a Medicina33 di Rai Due per segnalare gli ottimi risultati ottenuti con una tecnica chirurgica a cui ho apportato varianti e modifiche personali innovative , e che è stata pubblicata su rivista scientifica di cultura urologica internazionale in un articolo dal seguente titolo “ Modified radical retropubic prostatectomy: personal technical variation “tension free continuum urethral anastomosis T.F.C.U.A” with optical magnification in the preservation of the bladder neck, and estimation of the urinary continence .”

Perchè una nuova tecnica operatoria , visto che attualmente abbiamo il robotchirurgico e la laparoscopia ? Inoltre , non è più utilizzata la tecnica classica ?

La domanda è molto interessante perchè mi permette di subito segnalare che tutte le tre tecniche chirurgiche oggi utilizzate , e cioè sia la chirurgia tradizionale classica sia la chirurgia robotassistita e la laparoscopica consentono di ottenere gli stessi ed identici risultati di “radicalità oncologica” e quindi di guarigione dal tumore in altissime percentuali , per cui non sussiste supremazia di una tecnica rispetto ad un'altra. Tuttavia occorre subito segnalare che tutte le tre tecniche sopra indicate possono purtroppo comportare due effetti indesiderati , rappresentati dalla impotenza e dalla incontinenza delle urine , in percentuali segnalate in letteratura scientifica che raggiungono anche il 15-20 % dei casi , e ciò, come è ben intuibile, preoccupa non poco il paziente che vede inficiata la sua futura qualità di vita . Ecco perchè in

tutto il mondo le varie Scuole Urologiche sentono , oggi più che mai, la necessità di ricercare nuove tecniche operatorie che riducano al minimo tali due inconvenienti.

Ma perchè sono possibili queste due complicanze , la perdita delle urine e la disfunzione sessuale?

Preciso anzitutto che si tratta di “sequele indesiderate” , non potendosi certamente definire come complicanze, in quanto questi esiti chirurgici indesiderati sono dovuti essenzialmente alla posizione topograficaanatomica della prostata. Mi spiego meglio : la chirurgia deve avere come finalità oncologica la asportazione radicale completa di tutta la prostata che anatomicamente è posizionata in strettissima continuità con lo sfintere interno vescicale (che è struttura definita “nobile” perchè partecipa attivamente alla continenza della urina) e con i nervi preposti alla erezione. Essendo quindi prioritario , in funzione della guarigione totale del paziente, la rimozione di tutta la prostata e della sua capsula , ma pure dei tessuti peri prostatici e spesse volte anche dei linfonodi, è più che evidente che possono essere compromessi per “ necessità chirurgica oncologica“ i nervi della erezione (che decorrono in modo fortemente adeso alla capsula prostatica) così come non si possa preservare e conservare completamente lo sfintere vescicale interno.

Per evitare la incontinenza urinaria, Lei Prof Roggia cosa ha inventato ?

Per correttezza specifico che ho “rivisitato” con varianti e modifiche personali una tecnica che è stata proposta qualche anno fa al Congresso della Società Americana di Urologia . In pratica ho introdotto ed adottato alcune modifiche di tecnica operatoria difficili da spiegare nei dettagli e che si sono rilevate come importanti e significativi ” valori aggiunti “ di grande utilità rispetto alla tecnica classica , in quanto la incontinenza urinaria è ora inferiore al 3% dei casi . Posso sintetizzare le modifiche da me introdotte nei seguenti tre punti essenziali :

- a) utilizzo anzitutto sistemi di forte ingrandimento del campo operatorio mediante lenti telescopiche di alta definizione o microscopio frontale al fine di consentire di poter effettuare una microdissezione anatomica , con strumentazione dedicata estremamente fine , finalizzata alla rimozione accurata ed estremamente precisa della prostata .
- b) quanto segnalato sopra consente di realizzare una “ chirurgia del particolare anatomico” cioè chirurgia di massima precisione e pure chirurgia delicata e quindi la meno traumatica possibile sulle strutture anatomiche più “nobili” , così definite in quanto sono di rilevante importanza per la futura qualità di vita del paziente : con la strumentazione da microdissezione si riesce infatti a salvaguardare o conservare totalmente lo sfintere vescicale interno che svolge un ruolo fondamentale per la continenza delle urine.
- c) come terzo punto ho introdotto la tecnica “tension free” nella sutura tra vescica e la uretra , dopo la asportazione della prostata quindi anche dell'uretra prostatica, ed anche questa variante e modifica personale contribuisce alla miglior continenza urinaria riducendo nel contempo la incidenza delle stenosi . Ne deriva una perfetta continenza urinaria in più del 97 % dei pazienti operati.

Ci può dire come è nata questa sua idea chirurgica ? Un lampo di genio o un colpo di fulmine?

Nulla di tutto ciò, perchè la variante tecnica operatoria da me introdotta scaturisce sia dalla lunga esperienza chirurgica urologica maturata in più di quarant'anni di attività e realizzata spesse volte con tecniche microchirurgiche , e pure da studi istopatologici grazie alla

collaborazione del Dott. Maurizio Salvatore, Direttore della U.O. di Anatomia ed Istologia Patologica dell' Ospedale di Gallarate. Per molti anni presso l'Ospedale di Varese ,avendo le funzioni di aiuto corresponsabile della Sezione di Urologia Pediatrica , ho effettuato interventi chirurgici per la cura delle patologie malformative di reni, vescica ed uretra in pazienti in età neonatale e pediatrica, e tutto ciò ha comportato la necessità di utilizzare ovviamente strumentazione finissima di microchirurgia e lenti telescopiche di forte ingrandimento, e per tale finalità ho conseguito anche la specializzazione in chirurgia pediatrica ed in chirurgia plastica. La Università degli studi di Pavia,mi ha affidato, quale professore a contratto alla Scuola di Specializzazione in Urologia , il corso integrativo di microchirurgia urologica . Tutto questo bagaglio professionale si è rilevato ora di estrema utilità perchè mi ha permesso di realizzare le varianti tecniche operatorie da me introdotte in questa delicata chirurgia che è demolitiva sul tumore, ma ad essa fa seguito un tempo ricostruttivo di estrema delicatezza e precisione. E' pertanto intuibile come l' apprendimento per l'urologo che non abbia esperienza pregressa in microchirurgia con utilizzo di microscopi o lenti telescopiche , sia decisamente impegnativo e richieda tempi lunghi.

A Lei è stato conferito dalla Direzione dell' Ospedale di Gallarate il prestigioso titolo di Primario Emerito di Urologia , ma ora tutta la sua imponente esperienza chirurgica e ben nota abilità tecnica chirurgica operatoria andrà perduta ? Chi continuerà su tali direttive da Lei tracciate che hanno fatto scaturire eccellenti risultati ?

La Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Gallarate , considerando la lunga curva di apprendimento di tale tecnica, mi ha affidato le funzioni di docente “in sala operatoria “ verso i Medici della Urologia per cui partecipo personalmente a tutti gli interventi chirurgici per tumore alla prostata al fine di contribuire alla corretta formazione ed addestramento dei medici urologi nella tecnica operatoria specifica prostatica.. Inoltre , come professore a contratto, insegno alla Scuola di specializzazione in Urologia della Università degli studi di Pavia , contribuendo alla formazione dei medici specializzandi in tale disciplina. Per ultimo ricordo che la tecnica operatoria da me “rivisitata” con le modifiche sopra specificate, è stata pubblicata in un articolo scientifico su rivista di cultura urologica internazionale , ampliando pertanto il ventaglio delle opzioni chirurgiche oggi disponibili ed applicabili nella cura del tumore prostatico.

L'elevato contenuto tecnologico della moderna chirurgia urologica contribuisce a ridurre la importanza della “mano” del chirurgo ?

Assolutamente no ! Nella chirurgia urologica , così in tutte le altre specialità, la abilità ed esperienza del chirurgooperatore svolgono e mantengono un ruolo importantissimo e decisivo , assolutamente insostituibile, tanto che spesse volte, ed ancora oggi , i pazienti si affidano al chirurgo affermando “ la mia vita è nelle sue mani”. Se il lettore desiderasse visionare la recente intervista in Medicina 33 potrà seguire il seguente linke : [VideoRai.TVTG2Medicina33 del 17.06.2014](#) . Se invece volesse visionare la registrazione di intervento chirurgico effettuato dal prof Roggia e trasmesso in TG2 Medicina 33 dovrà seguire il seguente linke: [VideoRai.TV-TG2 Medicina33 del 15.06.2011](#).