

Prostatectomia robotica: uno studio australiano non scioglie per ora i dubbi

Jaxley JW, Coughlin GD, Chambers SK et al
Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study

Lancet 2016; 388: 1057-1066

Il cancro della prostata è attualmente il tumore più frequente nel sesso maschile e rappresenta oltre il 20% di tutti i tumori diagnosticati a partire dai 50 anni di età. Alla base di questo fenomeno, più che la presenza di fattori di rischio, c'è forse la maggiore probabilità di diagnosticare tale malattia, presente in forma latente nel 15-30% dei soggetti oltre i 50 anni e in circa il 70% degli ottantenni, grazie anche alla maggiore diffusione del dosaggio del PSA come test di screening per la diagnosi precoce.

Come per altre neoplasie è presente un gradiente Nord-Sud tra le diverse Regioni italiane: rispetto ai 99,8 casi/anno tra residenti del Nord-Italia, le Regioni del Centro e quelle del Sud registrano rispettivamente un meno 20% e un meno 33%, dato anch'esso riferibile alla diversa distribuzione geografica di molteplici fattori, *in primis* la diffusione del test PSA.

In considerazione della diversa aggressività delle differenti forme tumorali, il carcinoma prostatico, pur trovandosi al primo posto per incidenza, occupa il terzo posto nella scala della mortalità (8% sul totale dei decessi oncologici), nella quasi totalità dei casi riguardante i maschi al di sopra dei 70 anni.

In definitiva, ogni anno, circa 35.000 uomini italiani scoprono di avere un tumore alla prostata e le opzioni di cura oggi disponibili sono numerose.

Fra queste, la chirurgia robotica con il sistema Da Vinci, un telemanipolatore di precisione le cui braccia vengono azionate da un chirurgo, è stata sperimentata per la prima volta nel 2000 e sta diventando rapidamente la forma di chirurgia più utilizzata; negli Stati Uniti, ad esempio,

oltre l'85% di tutte le prostatectomie radicali viene effettuato con tecnica robotica e anche in Italia il trend è nettamente a favore di questo approccio, per cui la prostatectomia laparoscopica robot assistita sta sostituendosi alla prostatectomia radicale retropubica "a cielo aperto" come approccio d'elezione nel trattamento del carcinoma prostatico localizzato.

Secondo i suoi sostenitori, i vantaggi della chirurgia robotica sono le minori perdite di sangue intra- e peri-operatorie, la riduzione del dolore post-operatorio, la minor durata della degenza, la più precoce ripresa dell'attività lavorativa e, soprattutto, i minori rischi di incontinenza e impotenza sessuale nel follow-up. A fronte, beninteso, di risultati oncologici che restano sovrapponibili a quelli ottenuti con la chirurgia tradizionale.

Il dibattito su quale sia la tecnica da preferire rimane tuttavia aperto e non ha trovato ancora una risposta definitiva anche perché, per una serie di obiettive difficoltà metodologiche, nessun trial randomizzato su vasta scala ha potuto fino ad oggi valutare seriamente il problema. Tuttavia, una nuova analisi pubblicata su *Lancet* fornisce nuovi dati e riapre inevitabilmente la discussione.

Tra il 2010 e la fine del 2015 i ricercatori del Royal Brisbane & Women's Hospital, in Australia, hanno arruolato in uno studio controllato 326 pazienti affetti da carcinoma alla prostata, di età variabile fra i 35 e i 70 anni, che sceglievano di farsi operare e venivano randomizzati all'intervento di chirurgia radicale "a cielo aperto" (n = 151) o, in alternativa, ad una prostatectomia laparoscopica con il robot (n = 157). Anche se i dati confermavano che la robotica causa meno sanguinamento, meno dolore dopo 24 ore e a distanza di una settimana, meno complicanze post-operatorie e una degenza media più breve, a distanza di 3 mesi dall'intervento, secondo gli autori, i pazienti non mostravano differenze significative per quanto riguarda la ripresa di una normale funzione urinaria e sessuale e una sostanziale equivalenza anche sotto il profilo della radicalità oncologica. Se poi tale equivalenza possa essere confermata, a distanza di 12 e 24 mesi, resta da verificare e potrà essere stabilito solo successivamente.



Intanto, tenendo conto che lo studio ha messo a confronto due professionisti caratterizzati da un curriculum sostanzialmente diverso (15 anni ed oltre 1500 interventi per il chirurgo "a cielo aperto" e soltanto 2 anni dopo la specializzazione e 200 casi per il chirurgo robotico) si può argomentare che un chirurgo con un'esperienza media nella chirurgia robotica può ottenere risultati paragonabili a quelli di un collega già molto esperto nella tecnica tradizionale.

Per concludere, a parere dei ricercatori australiani, quando esiste l'indicazione all'intervento, resta sempre centrale per il chirurgo la valutazione del paziente, della sua malattia, della "classe di rischio" a cui appartiene e delle aspettative che nutre riguardo alla sua vita futura. Per alcuni pazienti, per esempio quelli con neoplasie più avanzate localmente, in cui il rischio è obiettivamente più elevato, la chirurgia robotica è sicuramente non indicata ed anche più costosa; viceversa, nei pazienti con tumori localizzati e quindi con maggiori indicazioni ad una procedura mininvasiva, il robot può essere più preciso ed efficace. Al paziente che decide di farsi operare si deve per ora suggerire di privilegiare non tanto la tecnica, quando la scelta di un operatore affidabile e di un centro di grande esperienza verso i quali si nutra la massima fiducia. ■ GB

Leggi a favore dei diritti umani per migliorare la salute infantile nei Paesi a basso reddito

O'Hare BAM, Devakumar D, Allen S

Using international human rights law to improve child health in low-income countries: a framework for healthcare professionals

BMC Int Health Human Rights 2016; 16: 11

BACKGROUND

Gli operatori sanitari nei Paesi a basso reddito si trovano a fronteggiare numerosi fattori sui quali, purtroppo, hanno una scarsa influenza, come ad esempio l'offerta di cibo e acqua potabile, le norme igieniche, l'istruzione materna, il reddito. Tutti elementi, questi, che hanno invece un forte impatto in termini di salute dei bambini. Chi lavora in sanità, quindi, si trova a combattere più con le conseguenze di tali mancanze, senza poter invece agire "a monte", nonostante abbia ben presente che le popolazioni a basso reddito non hanno molto spesso accesso a diritti imprescindibili.

Un modo per valutare e fronteggiare questi fenomeni è quello di definire degli audit che includano indicatori specifici che esulano dal contesto strettamente sanitario e clinico, ma che invece considerano aspetti esclusivamente legati ai diritti umani.

DISCUSSIONE

La letteratura fornisce molti articoli interessanti per valutare se esiste o meno l'aderenza al rispetto dei diritti umani fondamentali: ad esempio, tramite gli indicatori legati al reddito è possibile definire variabili chiave legate alla mortalità. Tuttavia, secondo gli autori, è necessario fare un ulteriore passo avanti e concentrarsi sui bisogni fisiologici che corrispondono anche a diritti umani (diritti assoluti). I fattori presi in considerazione sono quindi il cibo, l'acqua potabile, l'igiene, la sicurezza, le vaccinazioni e il livello di istruzione. Molto spesso questi elementi sono inseriti nei cosiddetti 'development goal,' ma il modo in cui vengono proposti è la chiave di volta per leggerli in maniera differente e per avere risposte differenti. Un conto,