



Βασίλης Πουλάκης, M.D., PhD, F.E.B.U., Διδάκτωρ Παν/μίου Giessen Γερμανίας
Διευθυντής Χειρουργός - Ουρολόγος, Ιατρικό Αθηνών
Τμήμα Λαπαροσκοπικής, Ρομποτικής και ελάχιστα επεμβατικής Ουρολογίας

www.poulakis-urology.com

Πώς ένα δύσκολο χειρουργείο γίνεται επέμβαση ρουτίνας, με τη βοήθεια της ρομποτικής τεχνολογίας

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η συνηθέστερη κακοήθεια που προσβάλλει τους άνδρες άνω των 60 ετών σε όλες τις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες. Στην Ελλάδα, έρευνες έχουν δείξει ότι νοσούν ετησίως περίπου 4.500 άνδρες.

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της νόσου είναι η ριζική προστατεκτομή, που αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες πλήρους ίασης των ασθενών. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα εφαρμόζεται παγκοσμίως μια πιο σύγχρονη μέθοδος, η ρομποτικά υποβοηθούμενη προστατεκτομή με το σύστημα ρομποτικής da Vinci. Αποτελεί την εξέλιξη της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, δηλαδή της ελάχιστα τραυματικής ενδοσκοπικής χειρουργικής.

Θεωρείται η πλέον αποτελεσματική λύση για πολλές ουρολογικές επεμβάσεις και για τον καρκίνο του προστάτη, γιατί προσφέρει μοναδικά πλεονεκτήματα στους ασθενείς. **Το Ιατρικό Αθηνών είναι το πρώτο θεραπευτήριο στην Ελλάδα στο οποίο εφαρμόζεται με απόλυτη επιτυχία η ρομποτική αυτή μέθοδος από το Σεπτέμβριο του 2006.**

Στις ερωτήσεις μας σχετικά με την εφαρμογή της στις περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη, απαντά ο Χειρουργός Ουρολόγος του Ιατρικού Αθηνών, Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου του Giessen της Γερμανίας, Δρ. Βασίλης Πουλάκης.

Ο Δρ. Πουλάκης έχει πραγματοποιήσει με μεγάλη επιτυχία σειρά επεμβάσεων προστατεκτομής και άλλες ουρολογικές επεμβάσεις με τη μέθοδο της ρομποτικής χειρουργικής.

Τι είναι ο προστάτης;

Ο προστάτης είναι ένας αδένας που υπάρχει μόνο στους άνδρες και βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό, το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου. Βοηθά σημαντικά στην αναπαραγωγική διαδικασία, καθώς παράγει ένα υγρό το οποίο εξασφαλίζει την ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων μετά την εκσπερμάτωση.

Τι είναι ο καρκίνος του προστάτη;

Καρκίνος του προστάτη είναι οι κακοήθεις όγκοι που δημιουργούνται στον αδέν, εξαιτίας της άτακτης αναπαραγωγής κυττάρων. Η νόσος, σε ποσοστό υψηλότερο του 80%, προσβάλλει την περιφερική ζώνη του προστάτη, από την οποία μπορεί με τα αιμοφόρα ή λεμφοφόρα αγγεία να εξαπλωθεί, δημιουργώντας εστίες καρκίνου σε πολλές περιοχές του αδέν ταυτόχρονα.

Ποια είναι τα συμπτώματά του;

Όταν βρίσκεται σε αρχικό στάδιο ενδέχεται να μην προκαλέσει συμπτώματα. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, το μέγεθος του όγκου αυξάνεται και ενδέχεται να πιέζει στην ουρήθρα, εμποδίζοντας την ούρηση. Ενδεικτική επίσης, είναι η παρουσία αίματος στο σπέρμα, ενώ εάν ο καρκίνος έχει κάνει μετάσταση στα κόκαλα, μπορεί να προκαλέσει πόνο, συνήθως στη σπονδυλική στήλη.

Ποιες είναι οι αιτίες δημιουργίας του καρκίνου του προστάτη;

Οι ακριβείς αιτίες δημιουργίας του είναι άγνωστες. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή τους. Αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί: αυξάνεται για παράδειγμα η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου εάν ο πατέρας ή ο παππούς είχαν παρουσιάσει καρκίνο του προστάτη, ή και διατροφικοί: όσοι τρέφονται κυρίως με ψάρι, λαχανικά και σόγια έχουν πέντε φορές λιγότερες πιθανότητες να νοσήσουν σε σύγκριση με εκείνους που η διατροφή τους βασίζεται κυρίως σε κόκκινο κρέας.

Πώς γίνεται η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη;

Πάνω από το 85% των περιπτώσεων εντοπίζεται με τρεις εξετάσεις ρουτίνας: τη δακτυλική ψηλάφηση του προστάτη από το ορθό, μία απλή εξέταση αίματος που προσδιορίζει το επίπεδο του ειδικού προστατικού αντιγόνου, ενός υπερηχογραφήματος του προστάτη διαμέσου του ορθού.

Οι εξετάσεις αυτές ήδη από την ηλικία των 40-50 ετών είναι πολύ σημαντικές, καθώς η έγκαιρη διάγνωση αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες πλήρους ίασης. Η τελική διάγνωση επιτυγχάνεται μόνο με βιοψία. Μετά τη διάγνωση, συνήθως συστήνεται και διενέργεια σπινθηρογραφήματος οστών, ώστε να εντοπιστούν πιθανές μεταστάσεις στα οστά, ενώ μεταστάσεις στους λεμφαδένες μπορούν να εντοπιστούν με αξονική και μαγνητική τομογραφία.

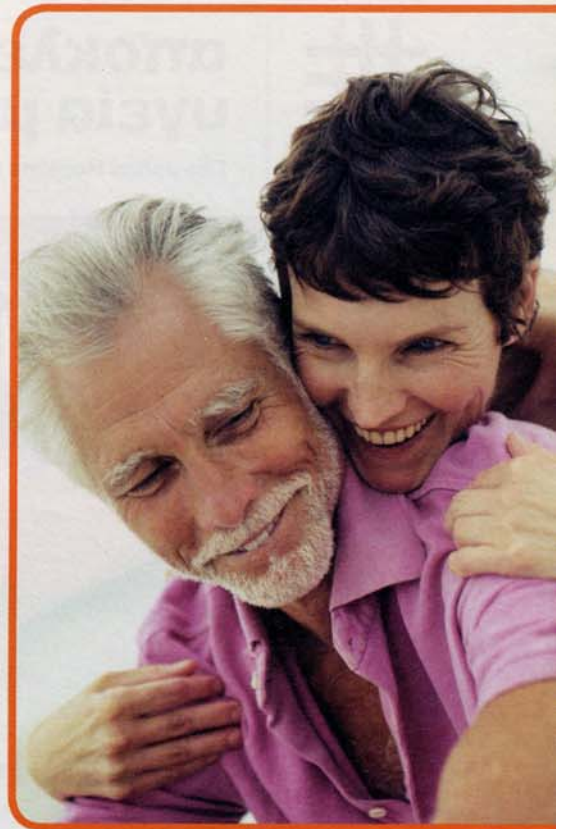
Ποιος είναι ο συνήθης τρόπος αντιμετώπισης;

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι αντιμετώπισης, με βασικότερο τη ριζική προστατεκτομή, κυρίως σε προχωρημένα στάδια.

Η προστατεκτομή είναι προτιμητέα, διότι αυξάνει τις πιθανότητες πλήρους ίασης του ασθενούς.

Τι είναι η ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική ριζική προστατεκτομή;

Η σύγχρονη αυτή μέθοδος, η οποία εφαρμόζεται αποκλειστικά στο Ιατρικό Αθηνών από τον Σεπτέμβριο του 2006, μας επιτρέπει να αφαιρούμε τον προστάτη και τις σπερματοδόχους κύστες που έχουν προσβληθεί, μέσω πέντε τομών του δέρματος της κάτω κοιλίας που δεν ξεπερνούν το ένα εκατοστό. Από αυτές τις τομές, εισάγονται ειδικά λεπτά λαπαροσκοπικά εργαλεία. Μία κάμερα μας δίνει τη δυνατότητα να παρατηρούμε το χειρουργικό πεδίο από μία οθόνη, με τρισδιάστατη έγχρωμη εικόνα και μεγέθυνση 10 έως 15 φορές. Με αυτό τον τρόπο, πετυχαίνουμε απόλυτη ακρίβεια κινήσεων, παρακάμπτοντας τα ενδοκοιλιακά όργανα και χωρίς απώλεια αίματος. Η αφαίρεση του προστάτη γίνεται τελικά μέσα σε έναν ειδικό σάκο, διευρύνοντας μία από τις προηγούμενες τομές του δέρματος.



Σε ποιους ασθενείς απευθύνεται;

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο περιορισμένο στον προστάτη μπορούν να υποβληθούν σε ρομποτική ριζική προστατεκτομή. Εξαιρούνται μόνο ασθενείς με γενικά βεβαρημένη υγεία, οπότε και εξαρτάται από τα αποτελέσματα εξειδικευμένων προληπτικών εξετάσεων και τη συνολική εκτίμηση της κατάστασης.

Γιατί να επιλέξει κάποιος τη ρομποτική χειρουργική έναντι των συμβατικών μεθόδων;

Με τη ρομποτικά υποβοηθούμενη ριζική προστατεκτομή, για πρώτη φορά:

- **Εξαλείφεται η πιθανότητα τραυματισμών των περιφερειακών οργάνων και κυρίως των νεύρων που είναι υπεύθυνα για τη στυτική λειτουργία και την ούρηση, που αποτελούσαν δύο βασικές επιπλοκές των παραδοσιακών μεθόδων.** Επιπλέον, ελαχιστοποιείται ο μετεγχειρητικός πόνος. Παγκοσμίως, έχουν αναφερθεί επιπλοκές σε ποσοστό λιγότερο από 1 έως 2%, ενώ το ποσοστό πλήρους εγκράτειας των ούρων είναι 95% και το αντίστοιχο φυσιολογικής στύσης, δώδεκα μήνες μετά την επέμβαση, αγγίζει το 70%.
- **Η διάρκεια της επέμβασης είναι μικρότερη.** Ο χειρουργικός χρόνος ανέρχεται σε 2-3 ώρες, με αποτέλεσμα σημαντικά μικρότερη καρδιαγγειακή και αναπνευστική επιβάρυνση του ασθενούς και ταχύτερη ανάρρωση.
- **Συντομεύει ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο.** Η συνήθης παραμονή του ασθενούς είναι περίπου τρεις ημέρες, σε σχέση με πέντε: ημέρες της ανοιχτής χειρουργικής.
- **Ο ασθενής ανακάτ σύντομα τον φυσιολογικό τρόπο ζωής του.** Τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση δεν θα πρέπει να καταπονείται, ενώ ο θεράπων ιατρός πρέπει να του υποδείξει ειδικές ασκήσεις για τα πόδια και για την επαναφορά της εγκράτειας ούρων. Σε κάθε περίπτωση όμως, η ρομποτική χειρουργική επιτρέπει στον ασθενή να επανέλθει στις καθημερινές του ασχολίες σε συντομότερο χρονικό διάστημα από τις παραδοσιακές μεθόδους.
- **Επιτυγχάνεται καλύτερο κοσμητικό αποτέλεσμα εξαιτίας μικρότερων ουλών.** Λόγω της επέμβασης μέσα από πολύ μικρές τομές, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι αρτιότερο.