

## STRESZCZENIE:

### **Laparoskopowa prostatektomia radykalna z zaopatrywaniem i bez zaopatrywania splotu Santoriniego – bezpieczeństwo i wyniki czynnościowe w obserwacji rocznej.**

Celem pracy była retrospektywna ocena wyników czynnościowych oraz bezpieczeństwa laparoskopowej prostatektomii radykalnej bez zaopatrywania splotu Santoriniego w porównaniu z metodą klasyczną, w której wspomniany splot jest zaopatrywany.

Omawianą grupę stanowiło łącznie 415 chorych poddanych laparoskopowej prostatektomii radykalnej z powodu raka gruczołu krokowego w stadium zaawansowania cT1c-3bN0M0 w roku 2017. Pacjentów w liczbie 205 operowano techniką klasyczną z zaopatrywanym splotem Santoriniego poprzez podkucie w Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (Ośrodek 1, PUM), a 210 operowano techniką alternatywną, polegającą na całkowitym zaniechaniu zaopatrywania splotu Santoriniego w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy (Ośrodek 2, CM UMK). Mediana wieku chorych wynosiła 64,5 lat, BMI 27,86 kg/m<sup>2</sup>, PSA 12,03 ng/ml, objętości prostaty 43,3ml. Do badania włączono chorych z rozpoznaniem patologicznym Gleason 6 -10, a czas obserwacji wynosił 12 miesięcy od wykonania zabiegu.

Zaawansowanie pT2 i pT3 raka stercza po zabiegu w grupach z zaopatrywanym oraz nie zaopatrywanym kompleksem żyły grzbietowej dotyczyło odpowiednio 141 (68,8%) i 64 (31,2%) oraz 135 (64,2%) i 75 (35,8%) mężczyzn, z czego dodatnie marginesy chirurgiczne stwierdzono u 78 (38%) i 61 (29%) chorych. Ogólne ryzyko dodatniego marginesu było na granicy istotności statystycznej ( $p=0,052$ ), pozostałe różnice były nieznamiennie ( $p>0,05$ ). Zajęcie szczytu prostaty przez nowotwór było istotnie częstsze w populacji leczonej metodą alternatywną ( $p<0,001$ ) i wśród tych pacjentów dodatni margines chirurgiczny szczytu również był istotnie rzadszy ( $p=0,005$ ).

Zabiegi przeprowadzane metodą alternatywną trwały średnio 98 minut i był to czas o 42 minuty krótszy, niż w przypadku chorych operowanych metodą kontrolną ( $p < 0,001$ ). Powikłania pooperacyjne z wyłączeniem funkcji trzymaniu moczu i potencji rozwinęły 69 (33,7%) i 74 (35,2%) osoby z Ośrodka 1 i Ośrodka 2 ( $p = 0,622$ ). Przetoczeń krwi wymagało odpowiednio 12 (5,9%) i 14 (6,7%) chorych ( $p = 0,724$ ). Zakażenie układu moczowego występowało istotnie częściej w grupie chorych z niezaopatrywanym splotem Santoriniego ( $p = 0,015$ ), natomiast ogólna liczba powikłań według skali Clavien-Dindo pomiędzy grupami była porównywalna ( $p = 0,620$ ).

W analizowanej populacji trzymanie moczu uzyskało w 3, 6 i 12 miesiącu obserwacji w Ośrodku 1 oraz Ośrodku 2 odpowiednio 69,3%, 80,5% i 84,4% chorych oraz 50,5%, 59,5% i 78,1% chorych, a różnica dla 3 i 6 miesiąca okazała się istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ). Wśród 345 pacjentów aktywnych seksualnie przed zabiegiem, powrót potencji umożliwiającej odbycie stosunku był porównywalny między grupami w 12 miesiącu obserwacji i wynosił odpowiednio 24,5% i 23,7%, a różnica ta nie była istotna statystycznie ( $p = 0,850$ ).

W całej badanej populacji wzrost wieku o 1 rok zwiększał prawdopodobieństwo nietrzymania moczu o 4%, śródoperacyjna utrata krwi wynosząca 100-200ml zmniejszała ryzyko nietrzymania moczu o 63% w porównaniu do osób, które straciły 0-100ml. Naciekanie nowotworu poza narząd (pT3) wiązało się ze wzrostem ryzyka nietrzymania moczu o 2,37 razy, a zastosowanie radioterapii na łożę po gruczole krokowym w okresie powyżej 6 miesiąca od zabiegu zwiększało prawdopodobieństwo niekontynencji o 2,24 razy.

W całej badanej populacji BMI, objętość prostaty, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, migotanie przedsionków, choroba niedokrwienna serca, astma i POChP, zaoszczędzenie pęczków naczyniowo-nerwowych, zakres limfadenektomii miednicznej, zajęcie węzłów chłonnych przez nowotwór, spadek hemoglobiny, spadek stężenia erytrocytów we krwi oraz wielkość pooperacyjnego wycieku z drenu okazały się być nieistotnymi czynnikami predykcyjnymi trzymaniu moczu ( $p > 0,05$ ).

PSA  $\geq 0,2$ ng/ml w 3 miesiącu obserwacji stwierdzono u 36 (8,7%) mężczyzn, odpowiednio 15 (7,3%) i 21 (10%) z Ośrodka 1 i Ośrodka 2 ( $p > 0,332$ ), a nieoznaczalny poziom PSA  $< 0,1$  ng/ml uzyskało łącznie 362 (87,2%) mężczyzn, odpowiednio 179 (87,3%) i 183 (87,1%) ( $p > 0,05$ ). Leczeniu uzupełniającemu w postaci radioterapii, radiohormonoterapii lub

wyłącznie deprivacji androgenowej w czasie rocznej obserwacji poddano 43 (21%) i 47 (22,4%) pacjentów z zaopatrywanym i niezaopatrywanym splotem Santoriniego ( $p>0,05$ ).