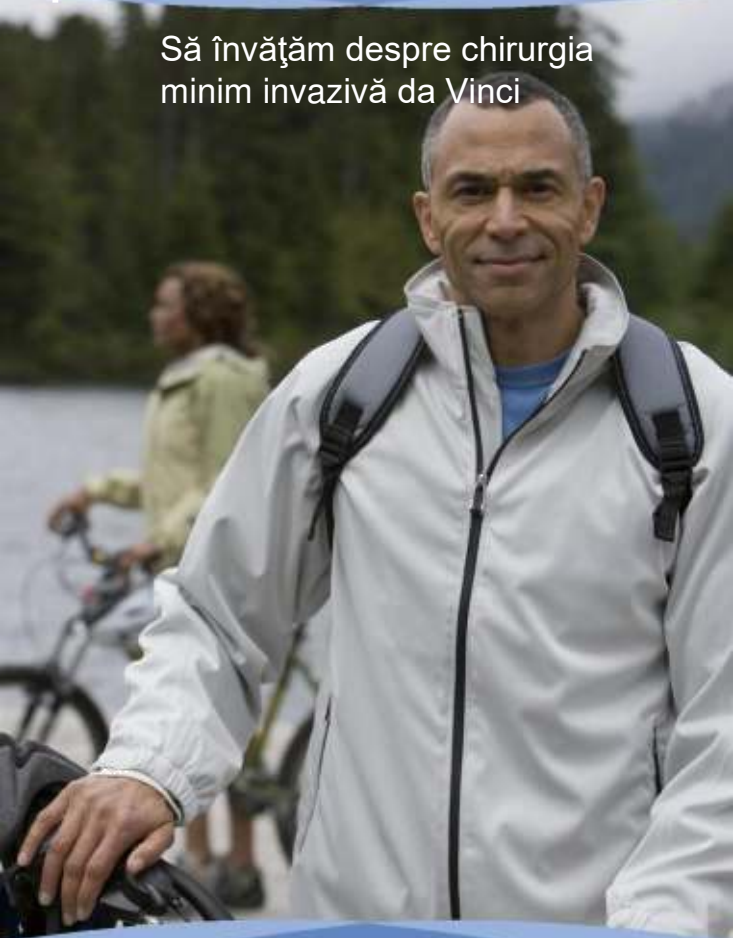


Luăm în considerare chirurgia pentru pentru cancerul de prostată?

Să învățăm despre chirurgia
minim invazivă da Vinci



da Vinci. **Surgery**

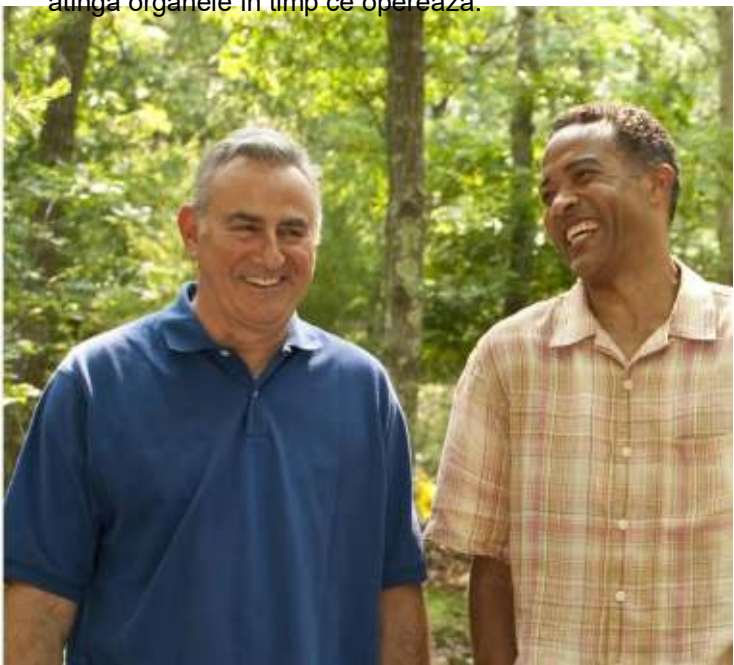
Opțiunile intervenției chirurgicale

Cancerul de prostată este al doilea cel mai comun tip de cancer întâlnit în rândul bărbaților, în Statele Unite. Din fericire, cu o depistare la timp și un tratament adecvat, rata de supraviețuire la 5 ani este 100%. Medicul va discuta cu dumneavoastră despre toate opțiunile chirurgicale și de tratament.

Conform Asociației Urologice Americane pentru Managementul Clinic al Cancerului de Prostată, potențialul beneficiu major al prostatectomiei (intervenție pentru îndepărtarea prostatei) este o cură de cancer pentru pacienți în cadrul căreia cancerul de prostată este cu adevărat localizat. ³

O prostatectomie poate fi efectuată prin chirurgie deschisă sau una minim invazivă (asistată robotic sau laparoscopic).

Intervenție chirurgicală deschisă: intervenția chirurgicală se efectuează printr-o incizie largă (tăietură) în abdomen care permite medicilor să atingă organele în timp ce operează.



Chirurgia minim invazivă: În timpul intervenției chirurgicale minim invazivă (asistată robotic sau laparoscopia tradițională), chirurgii operează prin câteva mici incizii utilizând instrumente lungi și o cameră minusculă pentru a ghida medicii în timpul intervenției chirurgicale.

Intervenția chirurgicală asistată robotic Da Vinci de asemenea dispune de instrumente wrist – ceea ce înseamnă că se pot îndoi și roti mult mai bine decât mâna omului. Alte caracteristici cheie ale sistemului chirurgical Da Vinci:

- Un sistem de vizualizare 3D HD ce oferă chirurgilor o vizualizare foarte bună în interiorul corpului
- O vizualizare, o precizie și un control îmbunătățite pe parcursul întregii intervenții chirurgicale.



Intervenția chirurgicală Da Vinci:

O opțiune chirurgicală minim invazivă

Prostatectomia da Vinci oferă următoarele potențiale avantaje în comparație cu chirurgia deschisă:

- › Procente de marjă pozitive mai mici* 4,5,6,7
Revenire mai rapidă a funcției erectile (sexuale) 8,9
- › O șansă mai bună de revenire a continenței urinare în termen de 6 luni^{7,8,9}
- › Pierderea unei cantități mai mici de sânge 4,7,8,9,10 sau nevoia unei transfuzii 4,7,9,10
- › Mai puține complicații 7,10
- › Un risc mai scăzut de infecții ale plăgilor 4,10
- › Durată de spitalizare mai mică
- › Șansă redusă de reîntoarcere la spital^{20,21}
- › Mai puține zile cu cateter 8,23
- › Risc scăzut de tromboză venoasă profundă** 4,24

Prostatectomia da Vinci oferă următoarele potențiale avantaje în comparație cu laparoscopia tradițională:

- › Majoritatea pacienților revin la funcția erectilă pre-operatorie la 12 luni de la consult 12,13
- › Revenire mai rapidă a continenței urinare 13,15
- › Mai puține complicații 4,27
- › O rată mai bună de preservare a nervilor^{28,29}
- › Durata de spitalizare redusă

Medicul dumneavoastră controlează sistemul da Vinci, care transformă mișcările mâinilor sale în mișcări precise, mici ale instrumentelor în interiorul corpului.

Sistemul da Vinci a realizat intervenții chirurgicale minim invazive pentru mai mult de 3 milioane de pacienți din întreaga lume.

Riscuri și considerații legate de

prostatactomia totală: scurgerea urinei, nevoia urgentă de a urina, incapacitatea de a realiza sau a păstra o erecție, un prejudiciu la nivelul rectului sau intestinului, îngustarea uretrei, scurgerea lichidului limfatic în zona pelviană sau picioare.


Informații importante pentru pacienți:

Complicații serioase pot apărea în orice intervenție chirurgicală, inclusiv cea asistată de sistemul da Vinci, incluzând chiar și decesul. Riscurile includ, dar nu sunt limitate la acest lucru, răni la nivelul țesuturilor și organelor și ajungerea la alte intervenții chirurgicale. Dacă medicul trebuie să transforme intervenția chirurgicală într-o alta cu o tehnică diferită, acest lucru poate duce la un timp de intervenție mai lung, timp suplimentar sub anestezie, incizii suplimentare sau mai mari și/sau creșterea complicațiilor. Rezultatele chirurgicale individuale pot varia. Pacienții care nu sunt potriviți pentru intervenția chirurgicală minim invazivă non-robotică nu sunt potriviți nici pentru intervenția da Vinci. Pacienții trebuie să discute cu medicul dacă intervenția chirurgicală da Vinci este soluția optimă în cazul lor. Pacienții și medicii trebuie să revizualizeze toate informațiile valabile asupra opțiunilor non-chirurgicale sau chirurgicale pentru a lua cea mai bună decizie. Vă rugăm de asemenea să accesați www.daVinciSurgery.com/Safety pentru informații de siguranță importante.

* Marja chirurgicală: înconjurarea țesutului care este îndepărtat cu tumora. Dacă celulele canceroase se regăsesc în acest țesut, se numește o “marjă chirurgicală pozitivă”. În situația în care celulele canceroase nu se găsesc în acel loc, se numește o marjă “negativă” sau “curată”.

**** Tromboza venoasă profundă: condiție periculoasă ce apare atunci când un vas de sânge se formează adânc în corp.**

All people depicted unless otherwise noted are models. © 2016 Intuitive Surgical. All rights reserved. All product names are trademarks or registered trademarks of their respective holders. PN 870033 Rev F 4/16



Pentru mai multe informații și pentru a găsi un chirurg ce folosește sistemul da Vinci, accesați:

www.daVinciSurgery.com

1.American Cancer Society: Key statistics for prostate cancer. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-key-statistics> 2.American Cancer Society: Survival rates for prostate cancer. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/prostatecancer/detailedguide/prostate-cancer-survival-rates> 3.Prostate cancer clinical guideline update panel. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. Linthicum (MD): American Urological Association Education and Research, Inc. 2007; 82. 4.Tewari A. et al., Positive surgical margin and perioperative complication rates of primary surgical treatments for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis comparing retropubic, laparoscopic, and robotic prostatectomy. *Eur Urol*. 2012 Jul;62(1):1-15. Epub 2012 Feb 24 5.Weerakoon M. et al., Predictors of positive surgical margins at open and robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a single surgeon series. *J Robotic Surg*. 2011. <http://dx.doi.org/10.1007/s11701-011-0313-4> 6.Coronato E.E. et al., A multiinstitutional comparison of radical retropubic prostatectomy, radical perineal prostatectomy, and robot-assisted laparoscopic prostatectomy for treatment of localized prostate cancer. *J Robotic Surg* (2009) 3:175-178. DOI: 10.1007/s11701-009-0158-2. 7.Health Information and Quality Authority (HIQA), reporting to the Minister of Health-Ireland. Health technology assessment of robot-assisted surgery in selected surgical procedures, 21 September 2011. <http://www.hiqa.ie/system/files/HTA-robot-assisted-surgery.pdf> 8Rocco B. et al., Robotic vs open prostatectomy in a laparoscopically naive centre: a matchedpair analysis. *BJU Int*. 2009 Oct;104(7):991-5. Epub 2009 May 5. 9.Ficarra V. et al., A prospective, non-randomized trial comparing robot-assisted laparoscopic and retropubic radical prostatectomy in one European institution. *BJU Int*. 2009 Aug;104(4):534-9. 10.Carlsson S. et al., Surgery-related complications in 1253 robot-assisted and 485 open retropubic radical prostatectomies at the Karolinska University Hospital, Sweden. *Urology*. 2010 May;75(5):1092-7 11.Ho C. et al., Robot-Assisted Surgery Compared with Open Surgery and Laparoscopic Surgery: Clinical Effectiveness and Economic Analyses [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH); 2011 (Technology report no. 137). 12.Asimakopoulos A.D. et al., Randomized comparison between laparoscopic and robot-assisted nerve-sparing radical prostatectomy. *J Sex Med*. 2011 May;8(5):1503-12. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02215.x. Epub 2011 Feb 16. 13.Porpiglia F. et al., Randomised Controlled Trial Comparing Laparoscopic and Robot-assisted Radical Prostatectomy. *Eur Urol*. 2012 Jul 20. [Epub ahead of print] 14.Lott F. et al., Is previous experience in laparoscopic necessary to perform robotic radical prostatectomy? A comparative study with robotic and the classic open procedure in patients with prostate cancer. *Acta Cirurgica Brasileira*. 2015;30(3):229-234. doi:10.1590/s0102-8650201500300000011. 15.Moran P. et al., Robot-assisted radical prostatectomy compared with open and laparoscopic approaches: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Urology*. 2013;20(3):312-321. doi:10.1111/iju.12070. 20.Fabbro E. et al., Robot-assisted laparoscopic prostatectomy: an economic analysis for decision-making in a university hospital of Northern Italy. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* - 2015, Volume 12, Number 1. 21.Pilecki M.A. et al., National Multi-Institutional Comparison of 30-Day Postoperative Complication and Readmission Rates Between Open Retropubic Radical Prostatectomy and Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy Using NSQIP. 2013, DOI: 10.1089/end.2013.0656 23.Ryu J. et al., Retropubic Versus Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy for Prostate Cancer: A Comparative Study of Postoperative Complications. 2013, *Korean J Urol* 2013;54:756-761. 24.Davis J.W. et al., Learning Curve Assessment of Robot-Assisted Radical Prostatectomy Compared with Open-Surgery Controls from the Premier Perspective Database. 2013, DOI: 10.1089/end.2013.0534. 27.Sugihara T. et al., Robot-assisted versus other types of radical prostatectomy: Population-based safety and cost comparison in Japan, 2012–2013. *Cancer Sci* (2014) doi: 10.1111/cas.12523 28.Wagenhoffer R. et al., Switching from Endoscopic Extraperitoneal Radical Prostatectomy to Robot-Assisted Laparoscopic Prostatectomy: Comparing Outcomes and Complications. 2015, *Urol Int* DOI: 10.1159/000376587. 29.Park J.W. et al. Comparative Assessment of a Single Surgeon's Series of Laparoscopic Radical Prostatectomy: Conventional Versus Robot-Assisted. 2011, *Journal of Endourology*. DOI: 10.1089=end.2010.0229.

