

PROSTATECTOMIA RADICALE IN DAY SURGERY CON GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE/TERRITORIO: A CASE REPORT

AUTORI: Molinari S[#], Grio M*, Barberis B*, Canta A*, Spagnolo L*

[#] Università degli Studi di Torino – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

* ASL TO3 – Presidio Ospedaliero di Rivoli – S.C. Anestesia e Rianimazione

molinarisimone@gmail.com e mgrio@aslto3.piemonte.it

INTRODUZIONE: L'obiettivo dello studio ideato è stato valutare la fattibilità dell'intervento chirurgico in anestesia subaracnoidea, impostando una analgesia postoperatoria costituita da Ossicodone/Naloxone e Paracetamolo, che consentisse la dimissione precoce e la gestione integrata a domicilio di pazienti affetti da neoplasia prostatica, sottoposti a prostatectomia radicale "mini-invasiva".

MATERIALI E METODI: Il candidato ideale è stato individuato in base all'età non avanzata, alle buone condizioni generali, ai dati istologici ed all'ottima prognosi. Il paziente di 64 anni, 70 Kg di peso, ASA II, aveva avuto un recente riscontro di PSA 4.1 ng/ml con ER dubbia a dx e TRUS ng. L'esame istologico post-bioptico aveva evidenziato un Adenocarcinoma prostatico, Gleason Score 6 (3+3), in 1/12 prelievi (laterale basale sx). L'ecografia prostatica transrettale ha mostrato una prostata di 49 mm con adenoma 31 mm; reni, vie escretrici e vescica nella norma. Il pz è stato sottoposto ad intervento mini-invasivo di "prostatectomia radicale nerve-neck-seminal sparing bilaterale con idroscollamento fasciale" in anestesia spinale (livello L2-L3, Ago 25 Gauge Whitacre, Bupivacaina iperbarica 5 mg/ml 15 mg). Il piano analgesico postoperatorio è stato impostato con Ossicodone/Naloxone 10 mg in compresse (la prima somministrazione orale 2 h prima dell'intervento, in seguito una compressa ogni 12 h per tre giorni), in associazione a Paracetamolo 1 g ogni 8 h. Il monitoraggio postoperatorio è consistito nella rilevazione e registrazione dei parametri vitali (PAOS, Fc, SpO₂, Fr, T°, diuresi), del grado di dolore (secondo la scala VAS) e degli eventuali effetti collaterali, quali nausea, vomito, agitazione, tremori, ritardo nella ripresa dell'alvo, sia in ospedale che presso il domicilio del paziente, con la collaborazione dell'equipe urologica e del medico di medicina generale. E' stato inoltre disposto un controllo emocromocitometrico ed elettrocardiografico a domicilio in seconda giornata postoperatoria

RISULTATI E DISCUSSIONE: La dimissione è avvenuta in prima giornata postoperatoria. Durante la degenza ospedaliera e a domicilio, il paziente ha dimostrato un ottimo controllo del dolore (con VAS sempre inferiore a 3, senza variazioni significative dei parametri emodinamici e respiratori (PAOS entro il limite di +/- 20 rispetto al valore basale, nessuna tachicardia né bradicardia, SpO₂ > 94% in aria ambiente, eupnea), diuresi valida, alvo canalizzato ai gas in seconda giornata, senza nausea né vomito, né agitazioni o tremori, in assenza di altri eventi degni di nota manifestati o segnalati dal paziente stesso. L'emocromo e l'elettrocardiogramma sono risultati nella norma

CONCLUSIONI: In ragione dell'ottimo status del pz, della tecnica chirurgica mini-invasiva, dell'anestesia loco regionale eseguita e dell'analgesia per os somministrata, è stata possibile una precoce dimissione ospedaliera con una gestione integrata a domicilio che ha coinvolto l'urologo, l'anestesista, il medico curante, l'infermiere di cure domiciliari, il care-giver (la moglie) e, non ultimo, un'ottima compliance del paziente

BIBLIOGRAFIA:

1. Aaron D. Martin, Rafael N. Nunez, Jack R. Andrews, George L. Martin, Paul E. Andrews, Erik P. Castle: Outpatient Prostatectomy: Too Much Too Soon or Just What the Patient Ordered. *Urology* 2010; 75:421-426
2. Pierorazio PM, Mullins JK, Ross AE, Hyams ES, Partin AW, Han M, Walsh PC, Schaeffer EM, Pavlovich CP, Allaf ME, Bivalacqua TJ: Trends in immediate perioperative morbidity and delay in discharge after open and minimally invasive radical prostatectomy (RP): a 20-year institutional experience. *BJU Int.* 2013 Jul;112(1):45-53
3. Trinh OD, Bianchi M, Sun M, Sammon J, Schmitges J, Shariat SF, Sukumar S, Jeldres C, Zorn K, Perrotte P, Rogers CG, Peabody JO, Montorsi F, Menon M, Karakiewicz PI: Discharge patterns after radical prostatectomy in the United States of America. *Urol Oncol.* 2013 Oct;31(7):1022-32
4. Díaz FJ, de la Peña E, Hernández V, López B, de La Morena JM, Martín MD, Jiménez-Valladolid I, Llorente C: Optimization of an early discharge program after laparoscopic radical prostatectomy. *Actas Urol Esp.* 2014 Jul-Aug;38(6):355-60