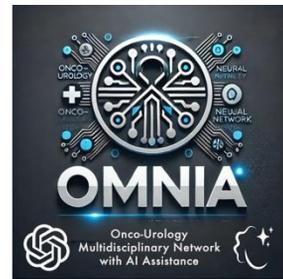
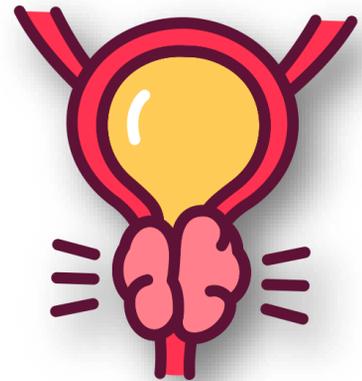
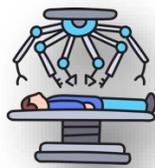


Analisi Personalizzata per XXXXXXXX



Dati del paziente:

- **Età:** 60 anni
- **Stadiazione clinica pre-operatoria:** Neoplasia localizzata
- **Linfonodi:** negativi
- **PSA:** 4 ng/mL
- **Prostata:** 44 cc

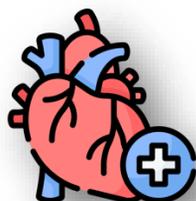


Parametro	Probabilità (%) - Chirurgia (RARP)	Probabilità (%) - Radioterapia (IMRT/Brachiterapia)	Commento Clinico
◆ Margini positivi (PSM)	30-40%	N/A	Più probabili all'apice (~40%) e posterolaterali (~29%) in chirurgia
◆ Continenza urinaria a 12 mesi	88-90%	90-95%	Radioterapia ha minor impatto sulla continenza
◆ Incontinenza persistente >12 mesi	10-12%	5-10%	Maggior rischio in chirurgia se BMI elevato o LUTS preoperatori
◆ Funzione erettile post-operatoria (in base alla tecnica):	50-75%	60-70% (dipende da ADT)	Radioterapia senza ADT preserva la funzione meglio della chirurgia
◆ Rischio operatorio (morbosità peri-operatoria)	~3-5% complicanze maggiori	<1%	Chirurgia ha rischi immediati, RT ha tossicità tardiva
◆ Rischio di recidiva biochimica a 5 anni	10-20%	10-25% (dipende da ADT)	Efficacia simile tra chirurgia e radioterapia

Fonti:

- [Linee Guida EAU sul Carcinoma Prostatico 2024](#)
- [Linee Guida AIOM sul Carcinoma della Prostata](#)
- [NCCN Guidelines® Insights: Prostate Cancer, Version 3.2024](#)

Rischi Anestesiologici e Cardiologici Personalizzati



Parametro	Rischio (%)	Commento Clinico
Mortalità perioperatoria	~1%	Il paziente è giovane (60 anni), senza comorbilità gravi, quindi il rischio è basso .
Mortalità operatoria	<0,5%	Il rischio intraoperatorio è molto basso grazie all'uso della chirurgia robot-assistita (RARP) .
Complicanze cardiovascolari precoci	~0,5%	Paziente senza anamnesi cardiovascolare nota, basso rischio . Se iperteso, rischio può salire all'1%.
Tromboembolia VP/embolia polmonare)	~1-2%	Il rischio è medio , profilassi con eparina e calze antitrombo necessaria.
Lesioni rettali raoperatorie	<0,2%	Rischio molto basso con chirurgia robotica, ma da monitorare in caso di intervento complesso.
Lesioni al nervo uratorio	<0,1%	Rischio quasi nullo, possibile solo in dissezione estesa del linfonodo pelvico.
Lesioni uretrali	~1-2%	Possibile se dissezione difficile, rischio maggiore se la prostata è fibrotica o post-infiammatoria .
Infezioni della ferita	~1%	Basso rischio con chirurgia mininvasiva (RARP), profilassi antibiotica standard.
Linforrea e linfocele	~1-2%	Dipende dall'estensione della linfoadenectomia, rischio aumentato se dissezione pelvica ampia .
Stenosi anastomotica retrovescicale	~5-10%	Rischio maggiore nei primi 12 mesi post-intervento , aumentato se ci sono margini positivi e necessità di RT adiuvante.
Classificazione ASA	ASA II	Paziente senza patologie severe, basso rischio anestesiologico . Se iperteso o con BMI >30, potrebbe essere ASA III (rischio moderato).

Prossimi Passi e Decisioni MDT:

- 1 Scelta della tecnica chirurgica: il **nerve-sparing bilaterale** è preferibile se oncologicamente sicuro.
- 2 Monitoraggio PSA post-operatorio: necessario per valutare la necessità di radioterapia adiuvante.
- 3 Valutazione dei margini chirurgici post-RARP: se positivi, discussione su **strategie di salvataggio**.