

# Radykalna prostatektomia w Polsce - porównanie stosowanych metod leczenia

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Chinnapong - istockphoto.com

Czy sposób usunięcia gruczołu krokowego wpływa na ryzyko nietrzymania moczu, konieczność reoperacji i bezpieczeństwo okołoperacyjne? Raport „Radykalna prostatektomia - analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ” z 2025 r., w którym uwzględniono ponad 31 tysięcy pierwszorazowych zabiegów radykalnej prostatektomii wykonanych w latach 2022-2025, pozwala po raz pierwszy na tak szeroką ocenę rzeczywistych wyników leczenia w polskim systemie publicznym. Wnioski mają znaczenie nie tylko dla pacjentów, ale również dla organizacji opieki urologicznej w Polsce.

**N**arodowy Fundusz Zdrowia porównał trzy techniki radykalnej prostatektomii: klasyczną operację otwartą, zabieg laparoskopowy oraz operację z użyciem robota chirurgicznego. Przeanalizowano nie tylko długość pobytu w szpitalu, ale przede wszystkim ryzyko powikłań, w tym nietrzymania moczu, konieczności ponownej operacji czy przetoczenia krwi. Wyniki pokazują wyraźne różnice między porównywanymi metodami.

## Trzy sposoby operacji - czym się różnią?

Radykalna prostatektomia, czyli całkowite usunięcie gruczołu krokowego z powodu raka, może być wykonana trzema technikami:

- ORP - operacja klasyczna, z otwarciem powłok brzusznych,
- LRP - operacja laparoskopowa, przez kilka niewielkich nacięć,
- RARP - operacja w asyście systemu robotowego (chirurg steruje ramionami robota z konsoli).

W komentarzu otwierającym raport lek. Michał Dziegielewski, pełnomocnik prezesa NFZ, podkreślił, że włączenie chirurgii robotowej do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2022 r. było momentem przełomowym dla urologii onkologicznej w Polsce. „Mimo stosunkowo krótkiego czasu od wprowadzenia świadczenia, postęp - szczególnie przy wskazaniach urologicznych - dokonał się bardzo szybko. Obecnie większość przypadków raka

gruczołu krokowego operowana jest tą metodą” - napisał. Potwierdzają to dane przytoczone w raporcie. Wynika z nich, że spośród 13,6 tys. radykalnych prostatektomii wykonanych w Polsce w 2024 r. aż 9,6 tys. (około 70 proc.) przeprowadzono z użyciem robota chirurgicznego. W całej analizowanej populacji w latach 2022-2025 zabiegi robotowe stanowiły 62 proc., laparoskopowe 28 proc., a otwarte 10 proc.

### Krótszy pobyt w szpitalu

Czas hospitalizacji różnił się istotnie w zależności od metody:

- Operacja klasyczna - średnio 6,9 dnia
- Operacja laparoskopowa - 5 dni
- Operacja robotowa - 3,8 dnia

Po uwzględnieniu wieku pacjentów, chorób współistniejących i doświadczenia ośrodka okazało się, że operacja robotowa skraca pobyt w szpitalu średnio o 2,6 dnia względem operacji otwartej i o 0,8 dnia względem laparoskopii.

### Ryzyko przetoczenia krwi - największe różnice

Jednym z najbardziej wyraźnych wskaźników bezpieczeństwa była konieczność transfuzji:

- Operacja klasyczna - 15,3 proc. pacjentów
- Operacja laparoskopowa - 5,9 proc.
- Operacja robotowa - 2,7 proc.

Po analizie statystycznej potwierdzono, że operacja robotowa wiąże się z ponad 75 proc. mniejszym ryzykiem przetoczenia krwi niż operacja otwarta. To jeden z najbardziej jednoznacznych wyników raportu.

### Nietrzymanie moczu - co pokazują dane refundacyjne?

NFZ przeanalizował refundację wyrobów medycznych i leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu w ciągu 180 dni po operacji.

Odsetek pacjentów wymagających takiej refundacji wynosił:

- Operacja klasyczna - 56 proc.
- Operacja laparoskopowa - 60,4 proc.
- Operacja robotowa - 47,1 proc.

Po uwzględnieniu czynników takich jak wiek i choroby współistniejące, operacja robotowa wiązała się z najniższym ryzykiem problemów wymagających dalszego leczenia, choć i tak niemal co drugi pacjent po jej wykonaniu wymagał zastosowania refundowanych środków pomocniczych związanych z nietrzymaniem moczu. Warto jednak podkreślić, że analiza opierała się na danych refundacyjnych - nie obejmowała bezpośredniej oceny klinicznej stopnia nietrzymania moczu.

### Ryzyko ponownej operacji (rehospitalizacji zabiegowej)

To jeden z kluczowych parametrów dla pacjentów. Dla „typowego” chorego (67 lat, bez chorób współistnie-

jących, operowanego w ośrodku z dużym doświadczeniem) ryzyko ponownej hospitalizacji zabiegowej w ciągu 180 dni wynosiło:

- Operacja klasyczna - 5,6 proc.
- Operacja laparoskopowa - 4,4 proc.
- Operacja robotowa - 3,6 proc.

Oznacza to, że na 1000 operacji:

- po metodzie otwartej około 56 pacjentów wymagało ponownej operacji,
- po laparoskopii - 44,
- po operacji robotowej - 36.

Operacja w asyście robota chirurgicznego wiązała się z niższym o 38 proc. ryzykiem reoperacji niż operacja metodą klasyczną oraz o 19 proc. mniejszym niż operacja wykonana techniką laparoskopową. Wyniki mogą być o tyle niemiernodajne, że do operacji klasycznej mogli być kwalifikowani pacjenci wymagający bardziej rozległego zabiegu, którego nie można byłoby wykonać metodą laparoskopową czy robotyczną.

### Rehospitalizacja w ciągu 30 dni

Jeśli chodzi o powrót do szpitala z jakiegokolwiek powodu w ciągu miesiąca, porównanie trzech metod leczenia operacyjnego raka gruczołu krokowego przedstawia się następująco:

- Operacja klasyczna - 7,1 proc.
- Operacja laparoskopowa - 8,2 proc.
- Operacja robotowa - 6,7 proc.

Różnice między operacją otwartą a robotową nie były istotne statystycznie, natomiast laparoscopia wiązała się z wyższym ryzykiem rehospitalizacji niż operacja z użyciem systemu robotowego.

### A co z zaburzeniami erekcji?

Raport NFZ nie zawierał bezpośrednich danych dotyczących zaburzeń potencji po operacji. Analiza opierała się wyłącznie na danych sprawozdawczych i refundacyjnych. W przeglądzie literatury przywołanym w raporcie wskazano jednak, że w metaanalizach operacja robotowa bywa wiązana z mniejszym ryzykiem utraty funkcji seksualnych, choć dane długoterminowe nie zawsze są jednoznaczne.

### Dlaczego operacja robotowa wypada lepiej?

Autorzy raportu podkreślają, że pacjenci operowani w asyście robota byli przeciętnie młodszy i rzadziej obciążeni chorobami współistniejącymi. Jednak nawet po uwzględnieniu tych czynników w modelach statystycznych, metoda robotowa wiązała się z:

- krótszą hospitalizacją,
- mniejszym ryzykiem transfuzji,
- mniejszym ryzykiem ponownej operacji,
- niższym odsetkiem refundacji świadczeń związanych z nietrzymaniem moczu.

Dodatkowo operacje robotowe częściej wykonywane były w najbardziej doświadczonych ośrodkach (ponad 150 zabiegów rocznie), co również wpływa na bezpieczeństwo i efekty leczenia.

## Wnioski dla pacjenta

Z danych NFZ wynika, że spośród trzech analizowanych metod najrzadziej z powikłaniami wiąże się operacja robotowa (RARP), największe ryzyko transfuzji i dłuższej hospitalizacji dotyczy operacji otwartej

(ORP), natomiast laparoscopia (LRP) zajmuje pozycję pośrednią, choć w części wskaźników wypada słabiej niż operacja z użyciem robota.

Nie oznacza to, że jedna metoda jest najlepsza dla każdego chorego. Wybór techniki powinien zależeć od stopnia zaawansowania nowotworu, stanu ogólnego pacjenta oraz doświadczenia ośrodka. Jednak z perspektywy bezpieczeństwa krótkoterminowego - w świetle największej dotąd analizy polskich danych - to chirurgia robotowa wypada najkorzystniej.

## Co warto wiedzieć przed operacją prostaty?

### 1. Nie ma jednej metody najlepszej dla każdego pacjenta

O wyborze sposobu operacji powinny decydować:

- stopień zaawansowania nowotworu,
- stan ogólny chorego,
- doświadczenie zespołu operacyjnego,
- dostępność technologii w danym ośrodku.

### 2. Nie tylko metoda ma znaczenie

Choć raport NFZ pokazuje różnice między operacją otwartą, laparoskopową i robotową, na ryzyko powikłań wpływają również:

- wiek pacjenta,
- choroby współistniejące,
- doświadczenie ośrodka wykonującego zabieg.

Starszy wiek i większa liczba chorób przewlekłych zwiększają ryzyko powikłań - niezależnie od wybranej metody.

### 3. Dlaczego doświadczenie ośrodka jest ważne?

NFZ podzielił szpitale według liczby wykonywanych prostatektomii rocznie:

- poniżej 50 zabiegów,
- 50-150 zabiegów,

- powyżej 150 zabiegów.

W ośrodkach wykonujących ponad 150 operacji rocznie obserwowano:

- krótszy czas hospitalizacji,
- mniejsze ryzyko transfuzji.

Im większe doświadczenie zespołu, tym zwykle lepsze wyniki okołoperacyjne.

### 4. Nietrzymanie moczu - co oznaczają dane?

Raport nie badał bezpośrednio stopnia nietrzymania moczu. Analizowano refundację wyrobów medycznych i leków (np. wkładek, pieluchomajtek, leków).

Oznacza to, że:

- dane pokazują, ilu pacjentów potrzebowało wsparcia terapeutycznego,
- nie mówią, jak ciężkie były objawy,
- nie uwzględniają pacjentów, którzy nie korzystali z refundacji.

Raport NFZ nie zawierał danych dotyczących zaburzeń potencji po operacji. Nie analizowano także jakości życia ani długoterminowych wyników onkologicznych. Nie przeanalizowano również stanu zdrowia pacjentów przed operacją.

## Kluczowe wskaźniki bezpieczeństwa radykalnej prostatektomii (dane NFZ za lata 2022-2025)

WSKAŹNIK	ORP (otwarta)	LRP (laparoskopowa)	RARP (robotowa)	WNIOSKI
Udział w populacji	10%	28%	62%	Metoda robotowa dominuje w Polsce
Średni czas hospitalizacji	6,9 dnia	5,0 dnia	3,8 dnia	Najkrótsza hospitalizacja - RARP
Przetoczenie krwi	15,3%	5,9%	2,7%	Najniższe ryzyko - RARP
Rehospitalizacja zabiegowa (180 dni)	6,5%	5,0%	3,9%	Najmniejsze ryzyko reoperacji - RARP
Rehospitalizacja ogółem (30 dni)	7,8%	9,0%	7,2%	LRP - najwyższy odsetek
Refundacja świadczeń związanych z NTM (180 dni)	56,0%	60,4%	47,1%	Najniższe ryzyko - RARP
Zgon (30 dni)	0,17%	0,11%	0,07%	Różnice nieistotne statystycznie

Źródło: Raport Narodowego Funduszu Zdrowia „Radykalna prostatektomia - analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ” Warszawa, lipiec 2025.