

3. Makinen T, Auvinen A, Hakama M et al. Acceptability and complications of prostate biopsy in population-based PSA screening versus routine clinical practice: a prospective, controlled study - *Urology* 60:846-850, 2002

4. Gruppo Italiano Biopsia Prostatica. Linee guida biopsia prostatica - *Archivio Italiano di urologia e Andrologia* vol. 77; n 3, settembre 2005 - Supplement 1

Abstract n. 147 Poster

TOMOTERAPIA IPOFRAZIONATA CON BOOST SIMULTANEO INTEGRATO NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO

Di Muzio N.¹, Cozzarini C.¹, Alongi F.¹, Rigoni L.¹, Fiorino C.², Broggi S.², Calandrino R.², Fazio F.^{1,3}

¹Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; ²Dipartimento di Fisica medica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; ³IBFM-CNR, Università Milano-Bicocca

Introduzione e Obiettivi: Recenti studi hanno evidenziato che le caratteristiche radiobiologiche (rapporto a/b) dei tumori prostatici potrebbero giustificare trattamenti radianti caratterizzati da dosi per frazione elevate con riduzione significativa della durata totale del trattamento ottenendo risultati di controllo di malattia paragonabili o addirittura superiori rispetto a quelli convenzionali. Condizione indispensabile è la possibilità di effettuare trattamenti caratterizzati da una elevata precisione geometrica per risparmiare il più possibile gli organi critici circostanti. La Tomoterapia è una apparecchiatura di radioterapia con TC integrata che consente di visualizzare l'anatomia del paziente costantemente durante il trattamento e quindi di monitorare l'erogazione della dose con estrema precisione; inoltre utilizza la tecnica con modulazione di intensità che consente una elevatissima conformazione di dose con riduzione drastica dell'irradiazione dei tessuti circostanti. Scopo di questo studio è valutare la fattibilità di trattamenti moderatamente ipofrazionati in termini di tossicità acuta e tardiva e di controllo di malattia

Metodi: Nello studio sono stati inclusi da febbraio 2005 a maggio 2006 i primi 18 pazienti con carcinoma prostatico clinicamente localizzato non operati e non soggetti a precedenti terapie ormonali o di altra natura. Secondo i criteri classificativi dell'NCCN sono stati inoltre suddivisi in tre classi di rischio. La suddivisione dei tre gruppi corrisponde ad una diversificazione delle dosi per frazione e dosi totali come segue: - vescicole seminali intere a 61.6Gy e 65.5Gy per rischio intermedio e alto -1/3 prossimale vescicole 65.5Gy e 74.2Gy per rischio intermedio e alto -prostata 74.2Gy per rischio intermedio e alto -linfonodi pelvici 51.8Gy solo per rischio intermedio e alto Per il basso rischio la prostata è irradiata con 71.4Gy, 1/3 prossimale delle vescicole 61.6Gy e le vescicole intere 56Gy. Questo approccio consente di erogare una dose equivalente a 2Gy/fraz. fino a 88 Gy in sole 28 frazioni rispetto alle 44 della radioterapia convenzionale.

Risultati: La tossicità acuta espressa secondo la classificazione RTOG è stata nel distretto genito-urinario G2 in 2/18 pazienti, G1 in 6/18 e G3 in solo 1/18. Considerando la tossicità rettale acuta solo 8/18 hanno manifestato proctite G1 con assenza di pazienti classificabili come G2, G3.

Relativamente alle possibilità tecniche della tomoterapia è stata registrata una riduzione del 25-30% della dose media al retto.

Conclusioni: I risultati preliminari dello studio in termini di tossicità acuta genito-urinaria e rettale sono incoraggianti e, pur tenendo conto che la quota di pazienti è numericamente non significativa, sembrano migliori di quelli relativi a pazienti trattati con dosi equivalenti ma con frazionamento convenzionale. L'ipofrazionamento effettuato con tomoterapia consente quindi di abbreviare in maniera significativa la durata del trattamento radiante migliorando il comfort del paziente e riducendo i costi indiretti relativi al trattamento stesso.

Abstract n. 148 Video

CARCINOMA DEL PENE: DISASSEMBLY, GLANDULECTOMIA E URETROGLANDULOPLASTICA

Sedigh O., Paradiso M., Varvello F., Liberale F., Graziano M.E., Ferrando U.

SC Urologia 3 Dott. Ferrando Ospedale Molinette, Torino

Introduzione: In caso di tumore di basso stadio e di pazienti di giovane età motivati è possibile evitare interventi mutilanti di semplice amputazione e proporre una plastica ricostruttiva del glande, con buoni risultati estetici e funzionali. Presentiamo il caso di un paziente HIV positivo di 62 anni affetto da carcinoma ulcerato del glande e linfonodi negativi alla linfoscintigrafia trattato utilizzando la tecnica ricostruttiva.

Materiali e Metodi: Tempi chirurgici:

- incisione sottocoronale classica e isolamento fasce dartoiche
- isolamento del fascio vasculo-nervoso e clampaggio dello stesso
- scollamento del corpo spongioso dell'uretra dalla doccia uretrale per un tratto più lungo possibile, ed isolamento degli apici cavernosi
- sezione e legatura del fascio vasculo-nervoso
- isolamento e preparazione dell'uretra distale per 4-5 cm e sua sezione a 1 cm dall'inserimento nel glande. Invio del moncone distale per esame istologico estemporaneo.
- glandulectomia
- ricostruzione del neoglande con uretra e fissazione della mucosa uretrale agli apici dei corpi cavernosi con filo di sutura Vicryl 4-0, (tension free)
- sigillo dell'uretra precedentemente scollata alla superficie ventrale dei corpi cavernosi
- riconfigurazione del fascio vasculo-nervoso residuo
- sutura tra mucosa uretrale e cute con meato uretrale in posizione lievemente ipospadica
- inserimento di catetere dinamico 16 Ch a difesa dell'uretra
- medicazione con Fitostimoline sulla mucosa uretrale e bendaggio semi-compressivo sull'asta del pene

Conclusioni: I margini di resezione sono risultati indenni e l'esame istologico ha deposto per carcinoma squamoso cheratinizzante del glande moderatamente differenziato pT2 G2 pNx. Il decorso post-operatorio è stato regolare, la mucosa dell'uretra appare trofica e rosea al controllo dopo 10 giorni. Il risultato estetico è soddisfacente dopo un follow up di 4 mesi. Questa tecnica è proponibile a pazienti giovani, con malattia localizzata, che richiedono un buon risultato estetico oltre ad un efficace controllo oncologico.

Abstract n. 149 Poster

TURP TOTALE COME SCELTA DI TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO

Fenice O.R., Tiraboschi B., Morosini D., Ghilardi M., Gritti A.

Unità Operativa di Urologia Policlinico San Pietro Ponte San Pietro BG Responsabile: dott. Angelo Gritti

Introduzione ed Obiettivi: Negli ormai infiniti dibattiti su che fare quando sia stato diagnosticato un carcinoma prostatico, si va da impostazioni astensionistiche ad altre demolitive. Anche i programmi di screening, diffusamente applicati ancorché non validati in assenza di sintomi, pongono l'interrogativo se, e fino a che punto convenga o sia utile al paziente diagnosticare una malattia, comunque estremamente invalidante anche se poco aggressiva. Tra i criteri di scelta nel trattamento chirurgico, oltre il controllo oncologico della malattia, la continenza urinaria e la funzione sessuale risultano determinanti, sia per l'urologo, ma soprattutto sempre più per il paziente (la compilazione del consenso informato rende sempre più attuale e pregnante il concetto della qualità di vita).