

Materiali e Metodi: 375 pazienti affetti da carcinoma prostatico con PSA ≤ 10 ng/mL, Gleason bioptico $\leq 3+3$ (n prelievi: ≥ 6) e stadio clinico $\leq T2$ sono stati selezionati presso tre distinti Istituti di Urologia. Tutti sono stati sottoposti a prostatectomia, senza terapia neoadiuvante; lo stadio ed il grado clinico sono stati confrontati con lo stadio ed il grado patologico.

Risultati: I risultati anatomopatologici sono riportati nella Tabella 1.

Conclusioni: Solamente 173/375 (46.1%) dei pazienti permangono nella classe a basso rischio all'esame anatomico-patologico definitivo; complessivamente, l'errore di gradazione risulta maggiore rispetto a quello di stadiazione (156/375: 41.6% vs 46/475: 29.3%). Solo 1/3 dei pazienti con Gleason 3+4 risultano in stadio pT3, rispetto a circa la metà di quelli con Gleason 4+3; le neoplasie con Gleason 4+4 risultano più facilmente in stadio avanzato (pT3).

Abstract n. 184 - Poster

HIFU: TRATTAMENTO DELLA RECIDIVA LOCALE DOPO RADIOTERAPIA ESTERNA

Tasso M., Volpe A., Varvello F, Ferrando U.
A.O. S. Giovanni Battista, Torino

Introduzione: La terapia con ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU) si propone come alternativa alla chirurgia di salvataggio e alla ormonoterapia nei pazienti già sottoposti a radioterapia esterna con ripresa biochimica di malattia e recidiva locale istologicamente provata.

Materiali e Metodi: I criteri di inclusione sono stati: PSA alla recidiva < 15 ng/ml, esclusione di malattia sistemica accertata tramite TC-PET o scintigrafia ossea total body, recidiva locale confermata tramite biopsia transrettale ecoguidata. I pazienti sono stati sottoposti ad anestesia spinale. Non sono stati eseguiti TURP e inserimento di catetere cistostomico sovrapubico come di solito avviene nei trattamenti HIFU tradizionali. Il trattamento è stato eseguito su tutta la loggia prostatica precedentemente irradiata con una media di 593 lesioni HIFU. I pazienti sono stati dimessi in prima giornata mentre il catetere vescicale inserito prima dell'intervento è stato rimosso in media dopo 7 giorni.

Risultati: Sono stati trattati 10 pazienti, il follow up minimo raggiunto è di 24 mesi. 2 pazienti, raggiunto un PSA nadir < 0.02 ng/ml entro le 6 settimane dal trattamento, sono tuttora liberi da malattia con PSA di controllo invariabilmente inferiore a 0.02 ng/ml. 4 pazienti in seguito a ripresa biochimica di malattia hanno ricevuto una terapia ormonale, uno è stato sottoposto a chirurgia di salvataggio. Un paziente è deceduto. Infine in 2 casi non è stato possibile ultimare il trattamento a causa di un eccessivo spessore della parete rettale, esito della precedente terapia radiante. Un paziente ha sviluppato una fistola uretro-rettale e ha subito una derivazione uretro-rettale definitiva.

Conclusioni: Nonostante il limitato numero di trattamenti eseguiti si può affermare che, dopo il fallimento della radioterapia, esiste ancora uno spazio definito per la terapia HIFU. Questo a patto che la malattia residua sia attentamente valutata escludendo un interessamento sistemico e che la morfologia della parete rettale sia tale (spessore < 6 mm) da permettere il trattamento senza rischio di lesioni. Tuttavia è necessario ricordare che il rischio di complicanze come fistole, infezioni urinarie e stress incontinenza in questo gruppo di pazienti è aumentato.

Abstract n. 185 - Poster

GLI ULTRASUONI FOCALIZZATI AD ALTA FREQUENZA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: 3 ANNI DI ESPERIENZA

Tasso M., Volpe A., Varvello F, Ferrando U.
A.O. S. Giovanni Battista, Torino

Introduzione: A partire dal novembre 2001 sono stati eseguiti nel nostro centro 200 trattamenti: 157 in pazienti non ancora sottoposti ad alcuna terapia; 43 in pazienti con recidiva o persistenza di malattia dopo chirurgia, radioterapia o HIFU. Dei 157 pazienti sopra menzionati 102 hanno raggiunto un follow up minimo di 12.

Materiali e Metodi: Di questi 102 pazienti, 72 sono stati selezionati con stadio cT1-T2, PSA < 15 e Gleason ≤ 7 per un trattamento con intento curativo (gruppo A); gli altri 30 pazienti per un controllo locale di malattia (gruppo B) (Tabella 1). Il trattamento completo prevedeva: anestesia spinale, TURP, cistostomia sovrapubica, seduta HIFU in tre blocchi, rimozione del catetere vescicale durante la procedura e dimissione in prima giornata.

Risultati: Nel gruppo A le biopsie di controllo post trattamento sono risultate negative nel 95.8% dei casi (69/72), nel gruppo B sono risultate negative nell' 86.7% dei casi (26/30). I dosaggi PSA di controllo effettuati con scadenza trimestrale mostrano valori inferiori a 1 ng/ml nel 70% dei casi nel gruppo A (tenendo presente che nel 38% dei pazienti non è stato possibile trattare completamente la ghiandola per vari motivi) e nel 60% dei casi nel gruppo B (Tabella 2). Nel gruppo A è stato necessario ripetere il trattamento in 8 pazienti, mentre nel gruppo B in 6 pazienti. 2 pazienti del gruppo A e 1 paziente del gruppo B sono stati sottoposti a radioterapia a causa di recidiva. 4 pazienti del gruppo A e 9 del gruppo B hanno richiesto una ormonoterapia adiuvante. Nessuna grave complicanza intra o post operatoria è stata riscontrata. In 9 casi è stata necessaria una revisione endoscopica della loggia prostatica per sclerosi o ritenzione urinaria tardiva da cenci necrotici. Una stress incontinenza moderata o grave è stata evidenziata in 10 casi.

Conclusioni: Il trattamento HIFU rappresenta oggi una valida alternativa alla chirurgia in casi di pazienti non candidati all'intervento a causa di età avanzata o comorbidità. In pazienti con bassi valori di PSA e di Gleason il trattamento rappresenta una opzione curativa con validi risultati in termini di biopsie negative; il controllo locale di malattia diventa invece l'obiettivo più razionalmente perseguibile in pazienti con fattori prognostici sfavorevoli.

Tabella 1.

	Gruppo A	Gruppo B
Età media	71.3 anni	72.7 anni
PSA alla diagnosi (mediana)	7.4 ng/ml	16.3 ng/ml
Gleason (mediana)	6	7
Biopsie positive (mediana)	3	4
Volume prostatico (mediana)	26.8	24.3

Tabella 1.

	Gruppo A	Gruppo B
PSA (mediana)	0.4 ng/ml	0.7 ng/ml
Nadir PSA (mediana)	0.1 ng/ml	0.1 ng/ml
Time to nadir (mediana)	7.1 settimane	6.4 settimane
PSA velocity (mediana)	0.1 ng/ml/anno	0.2 ng/ml/anno