

POSTER CANCRO DELLA PROSTATA

P84

IL NOMOGRAMMA È PIÙ ACCURATO DELLA STRATIFICAZIONE DEI PAZIENTI IN CLASSI DI RISCHIO NEL PREDIRE LA PRESENZA DI METASTASI LINFONODALI IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA PROSTATICA CLINICAMENTE LOCALIZZATA.

A. Briganti, A. Gallina, F.K. Chun, A. Salonia, L.F. Da Pozzo, M. Raber, A. Bocciardi, . Roscigno, G. Zanni, N. Suardi, H. Huland, M. Graefen, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)

SCOPO DEL LAVORO

Conrad e colleghi hanno pubblicato uno strumento di stratificazione del rischio di metastasi linfonodali (LNI) in pazienti europei affetti da neoplasia prostatica clinicamente localizzata. Al contrario, abbiamo recentemente sviluppato e validato internamente un nomogramma basato su modelli di regressione lineare con lo scopo di quantificare il rischio di metastasi linfonodali. Abbiamo quindi comparato l'accuratezza e le diverse proprietà del nostro nomogramma rispetto al modello di Conrad et al.

MATERIALI E METODI

Abbiamo studiato una coorte di 1525 pazienti trattati con prostatectomia radicale retropubica e linfadenectomia pelvica in due Centri Accademici Europei. Lo stadio clinico, il PSA pre operatorio e il Gleason Score alla biopsia sono stati utilizzati come fattori predittivi di LNI in un modello di regressione lineare (LRM). I coefficienti di regressione sono stati quindi utilizzati per creare un nomogramma per predire la presenza di LNI. Allo stesso modo, l'efficacia e le diverse proprietà della stratificazione in gruppi di Conrad et al precedentemente pubblicato sono stati testati sulla stessa popolazione. Al fine di validare internamente i nostri risultati, 200 bootstrap resamples sono stati utilizzati per stimare l'accuratezza di ciascun metodo. Le stesse analisi sono state ripetute all'interno di ogni sottopopolazione trattata in ciascun Istituto.

RISULTATI

L'accuratezza predittiva del nomogramma nel predire la presenza di LNI è stata dell'80.1% contro il 72.8% della stratificazione in gruppi nella intera popolazione (con una differenza del 7.3%; $p < 0.001$). Anche quando i pazienti di ciascun Istituto sono stati sottoposti ad una analisi separata, il nomogramma ha mantenuto una accuratezza predittiva maggiore rispetto alla stratificazione in gruppi (80.1% vs 72.5% e 82.1% vs 73%, rispettivamente; tutte le $p < 0.001$). Quindi, la capacità predittiva del nomogramma si è rilevata superiore a quello del modello di stratificazione in classi di rischio, sia considerando l'intera popolazione in esame, sia nelle analisi effettuate sulle sottopopolazioni di ciascun Istituto separatamente.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

La predittività del nomogramma basato sul modello di regressione lineare è risultata essere significativamente più accurata nel predire la presenza di metastasi linfonodali rispetto a quella del modello di stratificazione dei pazienti in base a classi di rischio. Pertanto il nostro nomogramma rappresenta un valido aiuto per stimare il rischio pre operatorio di LNI in pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico candidati ad intervento di prostatectomia radicale.

P85

L'ETÀ ALLA DIAGNOSI ED AL TRATTAMENTO NON INFLUENZANO LO STADIO PATOLOGICO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA PROSTATICO.

A. Gallina, A. Briganti, F. K. Chun, S. F. Shariat, J.A. Eastham, E. Klein, N. Suardi, U. Capitanio, M. Raber, M. Graefen, P.I. Karakiewicz, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)

INTRODUZIONE ED OBIETTIVI

Alcuni ricercatori sostengono che la diagnosi ed il trattamento del carcinoma prostatico (PCa) ad un'età minore possa tradursi in un incremento del riscontro di PCa clinicamente indolente. Abbiamo analizzato l'effetto dell'età alla diagnosi sullo stadio patologico riscontrato alla prostatectomia radicale (RP). Metodi: I dati clinici e patologici erano disponibili per 11975 pazienti, trattati in 6 centri di eccellenza, 3 europei e 3 nordamericani. Tutte le RP sono state eseguite tra il 1987 e il 2006. Le analisi di regressione logistica univariata e multivariata sono state utilizzate per testare l'associazione tra età e estensione extracapsulare (ECE), invasione delle vescicole seminali (SVI) e coinvolgimento linfonodale (LNI), dopo aver controllato per PSA, stadio clinico, Gleason biptico ed anno di trattamento. L'età è stata codificata come cubic spline per permettere associazioni non lineari. Risultati: L'età media era 61.6 anni (range 32-85) ed il PSA medio 8.7 ng/mL (range 0.1-50.0). Il Gleason biptico era 2, 6, 7 o 8-10 in 7510 (62.7%), 3656 (30.5%) e 809 (6.8%) patients, rispettivamente. Alla RP, ECE, SVI e LNI sono stati riscontrati in 3383 (28.3%), 1309 (10.9%) e 469 (3.9%), rispettivamente. All'analisi multivariata, l'età è risultata una variabile indipendente esclusivamente per SVI ($p < 0.001$). Conclusioni: L'età alla diagnosi influisce solo il tasso di SVI. Fortunatamente solo 1 uomo su 10 sviluppa una SVI e questa proporzione tende costantemente a diminuire negli anni più recenti. Questi dati sottolineano però l'importanza dell'exeresi delle vescicole seminali nei pazienti più anziani.

P86

PERSISTENZA DI MALATTIA DOPO TRATTAMENTO CON HIFU DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO: RISULTATI DEL RITRATTAMENTO

M. Tasso, Volpe A., F. Varvello, U. Ferrando (Torino)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Nella casistica internazionale fino al 30% dei pazienti affetti da carcinoma prostatico localizzato

trattati con HIFU necessitano di due sessioni di trattamento.

Nella maggioranza dei casi di fallimento del primo trattamento HIFU viene proposta una seconda sessione per completare l'ablazione della ghiandola. Riportiamo la nostra esperienza sul ritrattamento di 30 pazienti con persistenza di malattia dopo la prima sessione HIFU (30/207, 14% dei trattamenti effettuati).

METODI

Sono stati ritrattati con HIFU 30 pazienti con riscontro di biopsia positiva in seguito a ripresa biochimica di malattia o mancato raggiungimento di un accettabile PSA nadir (< 1 ng/ml) entro il terzo mese. Il PSA medio alla diagnosi era 10 ng/ml (range 4-19) ed il Gleason score medio 6,6 (5-10). Il trattamento prevede una sessione HIFU standard a tre blocchi su tutta la ghiandola prostatica, in anestesia spinale, previo inserimento di catetere vescicale. Sono stati utilizzati parametri di trattamento dedicati (durata della lesione elementare di 4 secondi e intervallo tra le due lesioni di 7 secondi) come previsto dall'apparecchiatura Ablatherm (EDAP Technomed). Il controllo del PSA è stato eseguito a 6 settimane e ogni 3 mesi dopo l'intervento. Una biopsia transretroale di controllo è stata eseguita in caso di ulteriore ripresa biochimica di malattia. È stata considerata ripresa di malattia una biopsia positiva o la progressione biochimica definita da 3 consecutivi aumenti del PSA quando questo era superiore a 1 ng/ml.

RISULTATI

La media del tempo intercorso tra le due sessioni è pari a 13,6 mesi (range 5-46). 13 pazienti hanno ricevuto una ormonoterapia in attesa del ritrattamento. Il PSA medio pre ritrattamento era 4,6 ng/ml (range 0,7-14,7) ed il Gleason score medio 6,7 (range 5-9). Rispetto alla biopsia della prima diagnosi in 7 casi il Gleason score è aumentato, in 4 casi è diminuito, in 11 casi è rimasto invariato. In 8 casi la biopsia della recidiva non ha indicato il grading. La sopravvivenza libera da malattia è pari al 56,6% (17/30 pazienti) con un follow up mediano dopo il secondo trattamento di 28 mesi (range 6-50). Dei restanti 13 pazienti: 8 hanno ricevuto ormonoterapia; 2 pazienti con biopsia positiva e 6 con ripresa biochimica di malattia; 2 pazienti con TC PET positiva sono stati sottoposti a radioterapia (senza ulteriore controllo biptico). In 1 caso il ritrattamento ha provocato una fistola retto uretrale.

CONCLUSIONI

La tecnica HIFU consente una precoce valutazione della sua efficacia: entro il terzo mese dal trattamento il mancato raggiungimento di un accettabile PSA nadir pone il sospetto di persistenza di malattia. La possibilità di eseguire un secondo trattamento consente di completare l'ablazione della ghiandola e permette di recuperare oltre il 50% dei fallimenti del primo trattamento. Pur utilizzando parametri di trattamento dedicati il rischio di complicanze è però aumentato rispetto alla prima sessione HIFU.

P87

QUALITÀ DI VITA (QOL) DURANTE TRATTAMENTO ORMONALE PER CANCRO DELLA PROSTATA, IN ITALIA: ANALISI EORTC QLQ C30

D. Prezioso, GRUPPO QUABIOS (30 CENTRI ITALIANI)

SCOPO DEL LAVORO

Il gruppo QUABIOS ha condotto uno studio osservazionale, di revisione su pazienti affetti da cancro della prostata sottoposti a terapia ormonale, in Italia, in un periodo di tempo di 12 mesi. Riportiamo i primi dati sulla QOL correlata alle varie modalità di trattamento ormonale.

MATERIALI E METODI

I pazienti selezionati ed osservati dal nostro gruppo di lavoro, nel corso di 1 anno, erano tutti affetti da tumore della prostata in trattamento ormonale da almeno 3 mesi (LHRH analoghi e/o antiandrogeni, orchiectomia). Ad essi è stato somministrato al momento dell'arruolamento il questionario sulla qualità di vita QLQ C30 v.3.0.

RISULTATI

587 pazienti sono stati inclusi nel protocollo di studio da Febbraio a Dicembre 2004 in 33 centri italiani di Urologia. 548 pazienti sono stati valutati alla prima visita, 499 a 6 mesi e 471 ad 1 anno, per un totale di 1.518 visite urologiche; la nostra analisi si è basata sui dati a disposizione di 197 pazienti in monoterapia con bicalutamide (BICA), 226 in monoterapia con ciproterone acetato (CPA), 485 in monoterapia con LHRH analogo, 610 in terapia con LHRH a più antiandrogeno (AA).

tabella 1

La monoterapia con AA è risultata associata in modo significativo ad una migliore QOL, rispetto alla terapia con LHRH a. Tra gli antiandrogeni, il CPA è sembrato avere una migliore FF ($p = 0.06$), SGS ($p = 0.08$) e affaticabilità ($p = 0.34$) rispetto alla BICA.

Discussione e Messaggio conclusivo:

Gli antiandrogeni sembrano associati ad una migliore QOL rispetto alle altre terapie ormonali per il tumore della prostata. Tra gli AA, il CPA dimostra l'impatto migliore sulla QOL nel suo insieme ed in particolare sullo stato fisico

P88

RISULTATI, COMPLICANZE E TOLLERABILITÀ DELLA BRACHITERAPIA NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO. VALUTAZIONE DEI PRIMI 105 IMPIANTI.

M. Maffezzini, L. Gavazzi, T. Calcagno, A. Grimaldi, P. Ricci, F. Grillo Ruggeri, M. Gambaro, E. Vaccara, G. Taccini (Genova)

SCOPO DEL LAVORO

Valutare l'efficacia e le problematiche cliniche associate all'impianto di semi di Iodio 125 per il ca prostatico localizzato sulla nostra prima serie di 105 pazienti.