

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.<sup>1</sup>, Cozzarini C.<sup>1</sup>, Alongi F.<sup>1</sup>, Rigoni L.<sup>1</sup>, Fiorino C.<sup>2</sup>, Broggi S.<sup>2</sup>, Calandrino R.<sup>2</sup>, Fazio F.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Radioterapia Oncologica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Fisica medica, Istituto Fondazione San Raffaele, Milano; <sup>3</sup>IBFM-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).