

eseguita un'analisi descrittiva delle principali variabili. L'obiettivo primario dello studio è stato verificare il livello di adesione del management della patologia alle linee guida europee.

Risultati:

66 pazienti su un totale di 410 sono stati esclusi per violazione dei criteri di inclusion (35 erano T2 e 31 erano T0 alla TUR di ingresso in studio); 344 sono stati valutati. La percentuale di risposta a entrambi i questionari è stata del 100%. I dati sulla focalità e sulle dimensioni del tumore sono stati forniti rispettivamente per il 34% ed il 90% dei pazienti, mentre la stratificazione del rischio secondo i criteri EAU è stata fornita nel 100%. 61 pazienti ad alto rischio, su un totale di 124 (49.2%), sono stati sottoposti ad una re-TUR. In tutto, uno schema di induzione di chemioterapia endovesicale è stato utilizzato nel 22% dei casi, 14% come prima linea e 8% come seconda linea di terapia. Un regime di early single instillation è stato adottato complessivamente in 136 pazienti e solo in 1 su 3 pazienti a basso rischio. Il BCG è stata l'opzione terapeutica più comune, in tutto somministrata nel 35% dei pazienti, 30% come prima linea e 5% come seconda linea. I NMIBC ad alto rischio hanno ricevuto BCG e chemioterapia come terapia di prima linea nel 66% e 12.5% rispettivamente. La cistoscopia a 3 mesi è stata riportata per l'82.5% dei pazienti, con un tasso di recidiva del 13%.

Discussione e messaggio conclusivo:

L'adesione degli istituti italiani alle linee guida EAU è stata ottimale nel riportare le variabili basali. Gradi significativi di discrepanza alle linee guida sono emersi nelle scelte della terapia.

P69

CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA CON ESAMINOLEVULINATO VALUTAZIONE DELL'ACCURATEZZA DIAGNOSTICA NEL FOLLOW-UP DEL CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO

A. Volpe, M. Billia, I. Zanellato, F. Sogni, F. Varvello, C. Terrone (Novara)

Scopo del lavoro:

Scopo di questo lavoro è stato confrontare l'accuratezza della cistoscopia a fluorescenza con luce blu (BLC) previa instillazione di esaminolevulinato e della WLC nella diagnosi delle neoplasie vescicali non muscolo-invasive (NMIBC).

Materiali e metodi:

Sono stati arruolati 57 pazienti con sospetto ecografico di tumore vescicale primitivo/recidivo o citologia urinaria positiva. L'ultima instillazione di chemio o immunoterapico endovesicale doveva risalire ad almeno 3 mesi prima della procedura. Previa instillazione endovesicale di una soluzione di esaminolevulinato cloridrato un'ora prima della procedura, i pazienti sono stati sottoposti a WLC seguita da BLC. Tutte le lesioni sospette evidenziate con le due metodiche sono state registrate su apposito diagramma, biopsiate o reseccate ed analizzate istologicamente. Per entrambe le metodiche sono state calcolate la detection rate, la false detection rate ed il vantaggio diagnostico della BLC in termini di numero di pazienti in cui questa ha rivelato un maggior numero di lesioni tumorali papillari o piane rispetto alla WLC. È stata effettuata un'analisi separata dell'accuratezza diagnostica delle due metodiche in pazienti che erano (n=29) o non erano (n=28) stati sottoposti in precedenza a chemio- immunoterapia endovesicale.

Risultati:

Complessivamente sono state evidenziate 239 lesioni endoscopicamente sospette (82 con sola BLC, 4 con sola WLC, 153 con entrambe). L'esame istologico ha evidenziato 209 lesioni tumorali e 30 lesioni non tumorali. La detection rate complessiva è risultata pari al 69,4% per la WLC ed al 98,1% per BLC. Il massimo guadagno diagnostico in termini di detection rate è stato riscontrato per il carcinoma in situ (Cis) e per lesioni localizzate a livello della cupola vescicale. La false detection rate è risultata pari al 8,9% per la WLC ed al 12,3% per la BLC. Complessivamente 21/57 pazienti (36,8%) hanno ottenuto un vantaggio diagnostico con la BLC. La detection rate e la false detection rate della BLC in pazienti sottoposti a pregressa terapia endovesicale sono risultate sovrapponibili a quelle osservate in pazienti mai trattati con terapia topica (98% vs. 98,1% e 12,3% vs 12,4%, rispettivamente).

Discussione:

La BLC identifica un numero significativo di Cis e NMIBC che sfuggono alla tradizionale WLC. Nella nostra esperienza la BLC ha permesso un guadagno diagnostico in oltre un terzo dei pazienti con una percentuale di falsi positivi appena superiore rispetto alla WLC. La BLC mantiene una buona accuratezza diagnostica anche in pazienti sottoposti a pregressa terapia endovesicale.

Messaggio conclusivo:

La BLC è tecnica sicura ed efficace nella diagnostica delle NMIBC, permettendo un vantaggio diagnostico rispetto alla WLC soprattutto per il carcinoma in situ e lesioni localizzate a livello della cupola vescicale. La BLC appare utile anche dopo pregresso trattamento chemio-immunoterapico endovesicale quando l'ultima instillazione risalga ad almeno tre mesi prima della procedura.

P70

VALIDAZIONE DEL QUESTIONARIO RISIKOCHECK-BLASENKREBS VERSIONE 5.0 IN UNA CORTE DI PAZIENTI DELL'OSPEDALE GENERALE DI BOLZANO

T. Martini, C. Seitz, S. Palermo, M. Lodde, A. Pycha, W. Weidner, G. Luedecke (Bolzano)

Scopo del lavoro:

Il 30% dei pazienti affetti da carcinoma uroteliale vescicale dimostrano già alla prima diagnosi uno stadio muscolo invasivo della malattia. Un metodo di prevenzione e screening precoce potrebbe prevenire le diagnosi tardive del tumore vescicale. L'oggetto di questo studio era di valutare l'accuratezza del questionario disponibile on-line "Risikocheck Blasenkrebs" nel prevedere il rischio individuale di sviluppare un tumore vescicale.

Materiali e metodi:

Sono stati inclusi 141 pazienti con noto tumore vescicale e 100 pazienti come gruppo di controllo. In questo secondo gruppo un tumore vescicale era stato escluso tramite citologia urinaria e cistoscopia negativa.

Per ogni paziente affetto da carcinoma uroteliale sono stati specificati il TNM (WHO1973), il rischio di progressione calcolato con il calcolatore dell'EORTC e se si trattava di una prima manifestazione o di una recidiva. Tutti i 241 pazienti sono stati anche classificati secondo il punteggio ottenuto con il "Risikocheck-Blasenkrebs": ogni individuo doveva rispondere a delle domande che riguardavano 4 ambiti: familiarità per una neoplasia vescicale, esposizione al tabacco, rischio professionale, rischio medico. In base alle risposte ed al punteggio accumulato i pazienti sono stati raggruppati in 3 classi di rischio di svi-