

COMUNICAZIONI CARCINOMA PROSTATICO: STAGING E CHIRURGIA

C64

RISULTATI FUNZIONALI DELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ANTEROGRADA PER IL TRATTAMENTO DEL TUMORE PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO.

L. Masieri, A. Mantella, M. Lanciotti, A. Ierardi, M.A. Rossetti, A. Minervini, M. Carloni, S. Serni, M. Carini (Firenze)

OBBIETTIVI

La prostatectomia radicale è considerata il trattamento di scelta per il tumore prostatico localizzato. Il successo di questo intervento di tale intervento richiede la combinazione di controllo oncologico e mantenimento della continenza urinaria e della potenza sessuale. Questa procedura chirurgica è generalmente eseguita con tecnica retrograda descritta da Walsh e collaboratori, anche se, negli ultimi anni, l'approccio anterogrado, originariamente descritto da Campbell, è stato nuovamente rivalutato grazie all'avvento della prostatectomia radicale laparoscopica. Scopo di questo studio è quello di presentare i risultati funzionali della prostatectomia radicale anterograda, nello specifico l'incidenza di recupero della continenza urinaria e della potenza sessuale.

PAZIENTI E METODI

Abbiamo preso in considerazione i dati clinici e patologici di 488 pazienti che sono stati sottoposti ad intervento di prostatectomia radicale retropubica anterograda per tumore prostatico clinicamente localizzato tra il 2000 e il 2005. La prostata è stata esaminata nel suo insieme, tutti gli specimen sono stati studiati secondo il sistema di stadiazione dell' American Joint Committee on Cancer (AJCC) 1997. La durata minima del follow up è stata di 12 mesi, i pazienti sono stati visitati e intervistati durante un colloquio ambulatoriale. Abbiamo considerato "continenti" i pazienti che non avevano bisogno di pannolini o altri mezzi di protezione, e "potenti" i pazienti che erano capaci di avere rapporti sessuali soddisfacenti (IEF 5 >19), con o senza uso di inibitori delle fosfodiesterasi tipo 5 (PDE 5).

RISULTATI

Dopo un follow up minimo di 12 mesi, il 94.1% (459/488) dei pazienti era completamente continente, e di questi il 43.4% (199/459) ha recuperato la continenza urinaria completa alla rimozione del catetere. Il recupero della potenza sessuale, è stato valutato in 302 pazienti (61.8%) sottoposti a prostatectomia "nerve sparing" che non hanno effettuato terapia adiuvante; a 227 (75.2%) pazienti è stato effettuato un intervento "nerve sparing" bilaterale e a 75 (24.8%) un intervento nerve sparing monolaterale. Il 69.6% dei pazienti che avevano subito una prostatectomia nerve sparing bilaterale e il 38.6% di quelli che avevano effettuato un intervento nerve sparing monolaterale erano potenti con o senza inibitori delle fosfodiesterasi 5. In seguito abbiamo stratificato il recupero della potenza sessuale dopo intervento nerve sparing bilaterale secondo l'età dei pazienti: il tasso di potenza era di 81.3% (39/48), 70.4% (112/159) and 35% (7/20) per pazienti di età < 60, 60-69 e 70 anni e oltre, rispettivamente.

CONCLUSIONI

La prostatectomia radicale anterograda fornisce degli ottimi risultati funzionali in termini di recupero della continenza urinaria, probabilmente grazie alla completa definizione dei limiti anatomici dell'apice prostatico. Inoltre rappresenta una sicura procedura nerve sparing con risultati simili a quelli riportati per la procedura anterograda.

C65

RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA CON SPETTROSCOPIA NELLA DIAGNOSI DELLE RECIDIVE LOCALI DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: CORRELAZIONE CON I LIVELLI SIERICI DI PSA E GLEASON SCORE

S. Salciccia, A. Autran Gomez, A. Gentilucci, U. Parente, A. Alfaroni, F. Antonini, G.B. Di Piero, D. Lisi, A. Sciarra, V. Panebianco, V. Gentile, F. Di Silverio (Roma)

SCOPO DEL LAVORO

valutare il ruolo della risonanza magnetica con spettroscopia (MRI/1H MRSI) nella diagnosi di recidive locali in pazienti con adenocarcinoma prostatico sottoposti a prostatectomia radicale (RRP). Correlare tali osservazioni con i livelli sierici di PSA e con il Gleason score

MATERIALI E METODI

è uno studio prospettico un singolo centro. Fra ottobre 2004 e Giugno 2005, 30 pazienti consecutivi con tumore prostatico clinicamente localizzato sottoposti a RRP e in progressione biochimica (PSA > 0.2 ng/ml, range 0.4-2 ng/ml) sono stati sottoposti a MRI/1H MRSI (gruppo A). 10 pazienti con valori di PSA postoperatori indosabili (6 mesi) sono stati utilizzati come gruppo di controllo (gruppo B).

RISULTATI

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a MRI e a successivo studio spettroscopico, in cui per ogni voxel utilizzabile è stato calcolato il rapporto fra colina+creatina/citrato. In accordo con la letteratura, per la conferma clinica dell'ipotesi di recidiva locale è stata utilizzata un metodo standardizzato: Biopsia della loggia prostatica positiva in pazienti negativi alla MRI/1H MRSI. Biopsia positiva e riduzione dei livelli sierici di PSA dopo radioterapia in pazienti positivi alla MRI/1H MRSI. Riduzione dei livelli sierici di PSA dopo radioterapia in pazienti negativi alla MRI/1H MRSI, alla biopsia, TC e scintigrafia ossea. Allo studio con MRI/1H MRSI, in 27 pazienti del gruppo A è stata evidenziata una sospetta recidiva locale. Non sono stati evidenziati segni di recidiva locale nei 10 pazienti del gruppo di controllo. Tutti i 27 pazienti con sospetta recidiva locale alla MRI sono risultati positivi alla validazione clinica (veri positivi). 2 casi con segni di recidiva locale alla MRI, ma referati come tessuto prostatico residuo benigno (1 caso) e tessuto fibrotico/cicatrizziale (1 caso) allo studio spettroscopico sono risultati negativi alla validazione clinica. Nei 10 pazienti del gruppo B non si sono osservati segni morfologici di recidiva. Solo 1 caso, referato come negativo sia allo studio morfologico con MRI che allo studio spettroscopico tessuto fibrotico/cicatrizziale è risultato positivo alla validazione clinica (falso negativo). Sia il PSA

sierico che il Gleason score sono risultati significativamente correlati con i risultati ottenuti alla MRI/1H MRSI (p<0.05)

DISCUSSIONE

Tutti i 27 pazienti del gruppo A con segni di recidiva alla MRI/1H MRSI sono risultati positivi alla conferma clinica (biopsia dell'anastomosi positiva o riduzione del PSA sierico dopo radioterapia della loggia prostatica) con una sensibilità della 1H MRSI nella diagnosi e caratterizzazione delle recidive del 97% e una specificità del 100%.

MESSAGGIO CONCLUSIVO

Nei pazienti con sospetta recidiva tumorale dopo RRP, la 1H MRSI può rappresentare un valido strumento diagnostico.

C66

SEX HORMONE BINDING GLOBULIN: UN NUOVO MARKER PER PREDIRE LA PRESENZA DI METASTASI LINFONODALI IN PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA CLINICAMENTE LOCALIZZATA E SOTTOPOSTI A LINFOADENECTOMIA PELVICA ESTESA

A. Salonia, A. Briganti, A. Gallina, G. Zanni, A. Saccà, U. Capitanio, L.F. DaPozzo, R. Colombo, P. Karakiewicz, P. Rigatti, F. Montorsi (Milano)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Valutazione della associazione tra Sex Hormone Binding Globulin (SHBG) ed invasione linfonodale (LNI) in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP) e linfoadenectomia pelvica estesa (ePLND).

MATERIALI E METODI

Abbiamo considerato 168 pazienti (età media: 63.9 anni, range: 48-77) consecutivamente sottoposti a RRP + ePLND presso il Ns Istituto. La linfoadenectomia pelvica estesa consisteva nella rimozione dei linfonodi otturatori, iliaci esterni ed interni. Nessun paziente aveva ricevuto un trattamento ormonale neo adiuvante. In tutti i pazienti la SHBG sierica "" stata dosata il giorno prima della RRP presso lo stesso laboratorio, tra le 8 e le 10 anti meridiane. Abbiamo eseguito una analisi di regressione logistica per testare la associazione tra LNI, al momento della RRP, ed i seguenti fattori: PSA, stadio clinico, grado di Gleason biptico ed SHBG. La accuratezza diagnostica predittiva di SHBG "" stata poi testata in un nomogramma di regressione predittiva della presenza di LNI al momento della RRP.

RISULTATI

PSA medio: 9.3 ng/ml (0.8-71). Stadio clinico: T1c, T2 e T3 in 100 (59.5%), 62 (36.9%) e 6 (3.6%) pazienti, rispettivamente. Il grado primario di Gleason alla biopsia era: ≤ 3 o ≤ 4 , in 144 (85.7%) e 24 (14.3%) pazienti, rispettivamente. Il grado secondario di Gleason alla biopsia era: ≤ 3 o ≤ 4 , in 130 (77.4%) e 38 (22.6%) pazienti, rispettivamente. Il valore medio di SHBG era pari a 36.3 nmol/L (range: 10.9-86.8). E₁"" stata riscontrata una LNI in 13 pazienti (7.7%). I pazienti con LNI avevano un valore di SHBG sierica significativamente superiore rispetto ai pazienti senza LNI (50 vs 35.1 nmol/L, rispettivamente; p<0.001). All'analisi univariata il valore di SHBG risultava altamente correlato con la presenza di LNI (p=0.001). Inoltre SHBG era il fattore predittivo maggiormente informativo della presenza di LNI (77.8% vs 71.7% per il PSA; 63.9% per lo stadio clinico; 63.1% e 54.2% rispettivamente per il grado di Gleason primario e secondario, rispettivamente). Alla analisi multivariata il valore di SHBG manteneva la sua associazione significativa con la presenza di LNI (p<0.001) dopo correzione per PSA, stadio clinico e gradi di Gleason biptico. Un nomogramma basato su stadio clinico, PSA, e gradi di Gleason biptico dimostrava una accuratezza predittiva del 74.9% che incrementava all'83.9% aggiungendo il valore di SHBG alla analisi (9% gain; p<0.001).

CONCLUSIONI

I nostri risultati hanno dimostrato, per la prima volta, come SHBG sia un fattore multivariato predittivo di interessamento linfonodale in pazienti sottoposti a ePLND. Inoltre, SHBG rappresenta il fattore predittivo di LNI con la maggior accuratezza, apportando un contributo del 9% alla accuratezza predittiva del modello.