

ABSTRACT

77°

CONGRESSO NAZIONALE

della Società Italiana
di Urologia

Con il Patrocinio del:
COMUNE DI MILANO
MINISTERO DELLA SALUTE

Patrocinio in richiesta:
REGIONE LOMBARDIA

CARCINOMA PROSTATICO 3

P82

INTERMITTENT ANDROGEN SUPPRESSION NEL CARCINOMA PROSTATICO E TESTOSTERONE

L. Mearini, A. Zucchi, E. Mearini, E. Costantini, A. Giannantoni, P. Lilli, M. Porena

Clinica Urologica, Università di Perugia

Introduzione e obiettivi

La Intermittent Androgen Suppression (IAS) sembra avere non solo effetti positivi in termini di riduzione degli effetti collaterali e dei costi, ma anche nel dilazionare la comparsa della fase di ormonorefrattarietà. La riduzione degli effetti collaterali e la ripresa del meccanismo apoptotico sono strettamente correlati ai livelli di testosterone durante le fasi off.

Riportiamo la nostra esperienza in un gruppo di 120 pazienti sottoposti a IAS, in cui abbiamo analizzato i livelli di testosterone durante il primo ciclo off, per verificare se tale terapia è realmente intermittente.

Metodi

La soppressione androgenica completa iniziava al termine della stadiazione clinica dei 120 pazienti e mantenuta durante la prima fase "ON"; la prima fase "OFF" dello studio iniziava al raggiungimento di un PSA nadir <4 ng/ml. La nuova fase "ON" iniziava per risalita del PSA >10 ng/ml (PSA basale >20 ng/ml) o per PSA >4 ng/ml (PSA basale <20 ng/ml), e così via. Tutti i pazienti venivano seguiti con determinazione trimestrale del PSA e testosterone, TRUS, TC, scintigrafia ossea, rx torace.

Risultati

Età media 76.3 anni; follow up medio 42.99 mesi.

Tutti i pazienti hanno completato il I ciclo (I ciclo on + I ciclo off), della durata media di 24 mesi.

Il I ciclo off ha rappresentato il 45.4% dell'intero I ciclo, con una durata media di 10.9 mesi.

Per ciò che riguarda i livelli di testosterone, 51 pz (42.5%) durante il periodo off non hanno recuperato valori normali di testosterone; negli altri casi, il ritorno a valori normali di testosterone ha richiesto una media di 7.2 mesi.

Conclusioni

La terapia con analoghi LH-RH produce una riduzione dei livelli di testosterone a valori di castrazione in 10-21 giorni: alla sospensione della terapia, il testosterone dovrebbe tornare a valori normali: nella nostra esperienza il 40% dei pz durante la fase off ha mostrato livelli soppressi di testosterone, e dovrebbero essere considerati come pz in soppressione androgenica continua.

Nel rimanente 60% circa dei casi si è avuto un recupero della testosteroneemia, mediamente dopo 7 mesi dalla sospensione, e pertanto la durata reale del ciclo off è ridotta a soli circa 4 mesi, rappresentando così solo il 17% dell'intero I ciclo.

La valutazione della testosteroneemia durante le fasi di sospensione potrebbe avere implicazioni sulla modulazione del periodo off e offrire indicazioni importanti sulla necessità di riprendere la terapia impiegando analoghi LH-RH, inutili quando il testosterone rimane soppresso.

P83

PROGRESSIONE DELLA NEOPLASIA PROSTATICA DOPO PROSTATECTOMIA: POSSIBILI INDICATORI

*T. Brancato, *F. Corvese, *S. Signore, *G. Baffigo, *E. Tartaglia, ***B. Iorio, *V. Ferdinandi, **G. Santeusano Fattore, **A. Bombonati, ****P. Craboledda, ****B. Marino

*U.O.C. di Urologia, Presidio Ospedaliero S. Eugenio, Azienda USL Roma C, Roma

***Università di Roma "Tor Vergata", Dipartimento di Biopatologia e Diagnostica per Immagini, Sezione di Anatomia Patologica, Roma

**Università di Roma "Tor Vergata" Clinica Chirurgica

****U.O.C. di Anatomia Patologica, Presidio Ospedaliero S. Eugenio, Azienda USL Roma C, Roma

Abbiamo valutato i risultati a distanza per ripresa di malattia neoplastica e sopravvivenza dopo prostatectomia radicale retropubica (RRP) per cercare una correlazione tra i dati istologici ed i valori di P53, dei recettori androgenici e dell'immunoistochimica ottenuti dall'analisi dei vetrini istologici.

MATERIALI E METODI

Dal 1991 al 2000 sono stati sottoposti a RPP 81 pazienti (età media 65,4 anni). Quando possibile, è stata effettuato un risparmio dei fasci neurovascolari bilateralmente o monolateralmente. Essi sono stati seguiti semestralmente per i primi 5 anni con PSA e PAP serici ed esplorazione digitorettale e nei casi sospetti (PSA >0,5 ng/ml) con ecografia transrettale e TC pelvica. Abbiamo calcolato le probabilità di recidiva in relazione all'età, i livelli preoperatori del PSA, lo stadio patologico, il grado del tumore, l'infiltrazione dei margini e delle vescicole seminali, l'espressione dell'oncogene p53, dei recettori androgenici e la valutazione della microdensità vasale

RISULTATI

Il follow-up medio è stato di 39,3 mesi e la sopravvivenza attuale è del 97,5%, ma

il 20,9% (17) dei pazienti è andato in progressione di malattia. Tra i pazienti in progressione di malattia il 6,6% si trovava allo stadio pT2a, il 13,3% agli stadi pT2b, pT2c, pT3a, il 20% allo stadio pT3b ed il 33,3% allo stadio pT3c. Il 6,2% (5/81) aveva un linfonodo positivo all'intervento, ma solo due pazienti sono attualmente in progressione di malattia. Il 15,8% dei pazienti aveva infiltrazione delle vescicole seminali significativamente correlata alla progressione di malattia (p=0,003) mentre non si sono osservate correlazioni significative con gli altri parametri. I risultati dell'analisi immunoistochimica sono in corso di valutazione.

CONCLUSIONI

Nella nostra esperienza la RRP "nerve sparing" ha permesso un efficace controllo della neoplasia prostatica con ottimi risultati per quello che riguarda la continenza e buon mantenimento della erezione. La percentuale di progressione di malattia ed il numero dei pazienti con infiltrazione capsulare o dei margini, trovati all'esame istologico definitivo, deve indurre una riflessione sulla necessità di perfezionare ulteriormente la stadiazione preoperatoria.

P84

LA LINFADENECTOMIA PELVICA DI STAGING NEL TUMORE DELLA PROSTATA: IMPORTANZA DEL NUMERO DI LINFONODI RIMOSI

A. Franceschelli*, D. Viola*, L. Ronci*, F. Sanguedolce*, R. Schiavina*, N. Al-Moghali*, A. Bertaccini*, E. Brunocilla*, S. Concetti*, G. Martorana*

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

L'incidenza di metastasi linfonodali in corso di linfadenectomia pelvica (LP) per tumore prostatico varia a seconda delle casistiche: tale variabilità è influenzata dalla selezione del paziente, dall'estensione della linfadenectomia e dal numero di linfonodi rimossi.

METODI

Nel periodo compreso tra Gennaio 1996 -- Dicembre 2003 449 pz sono stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica. Di questi abbiamo esaminato 380 pz (età media 65.8 anni, range 50 - 76) in cui era stata effettuata contestualmente la LP e l'anatomo-patologo aveva indicato il numero di linfonodi rimossi.

La mediana del PSA pre-operatorio e del Gs clinico erano rispettivamente di 11 ng/ml (range 0.8- 156) e 6 mentre lo stadio clinico era T1 a/b nel 3.4% dei casi, T1c nel 26.6%, T2a/b nel 56.3%, T2c nel 3.9% e T3a/b nel 9.7%.

Abbiamo quindi calcolato la mediana di linfonodi rimossi e identificato 2 gruppi di pazienti in base al numero di linfonodi rimossi al fine di valutare se ci fosse una diversa incidenza di N+.

RISULTATI

Lo stadio patologico è risultato: T0 nell'1.6% dei casi, T2a/b nel 24.7%, T2c nel 14%, T3a/b nel 37.9% T3c nel 21%, T4 nel 0.8%.

Nel 13.7% dei pz si è riscontrata la presenza di metastasi linfonodali,

La mediana di linfonodi rimossi è risultata di 10 (range 2 -35). Nei 52 pz con N+, il numero medio e la mediana di linfonodi positivi sono stati di 2,4 e 2.

Abbiamo valutato la diversa incidenza di N+ in 2 sottogruppi (omogenei per età e dati pre-operatori) suddivisi per numero di linfonodi rimossi; il primo (gruppo A) in cui erano stati rimossi <=10 linfonodi (range 2-10, mediana 7) e il secondo (gruppo B) in cui erano stati rimossi >=11 linfonodi (range 11-35, mediana 14).

L'incidenza è risultata rispettivamente del 11.8% (23/194) e 15.6% (29/186).

Tale incremento di incidenza era evidente analizzando i 2 sottogruppi per valori di PSA compresi tra 4.1-10, (gruppo A 4.2% e B 13.6%), e per valori di Gs clinico tra 5-6, (gruppo A 8.3% e B 15.4%).

L'incidenza di N+ nei pazienti a basso rischio (PSA <=10ng/ml, Gs clinico<=6, cT<=T2a/b) era nella popolazione generale del 4.8% (6/125pz) mentre nel gruppo A e B rispettivamente dell'1.4% e del 9.1%.

CONCLUSIONI

L'aumento del numero di linfonodi rimossi comporta un incremento dell'incidenza di N+ anche nei pazienti considerati a basso rischio di metastasi nei quali, l'omissione della procedura, potrebbe determinare una percentuale rilevante di pz sottostadiati.