

Vol. 79; n. 3, Supplement 2, September 2007

Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

**Founded
in 1924**

by:
**G. Nicolich
U. Gardini
G.B. Lasio**

Indexed in
**Medline/Index Medicus
EMBASE/Excerpta Medica
Medbase/Current Opinion
SIIC Data Base**

Urological and Andrological Sciences

XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.)

21-24 Novembre 2007 - Modena

Raffaele Tenaglia
Presidente S.I.Ur.O

Giampaolo Bianchi
Presidente del Congresso

Gaetano Mobilio
Presidente Onorario

**Official Journal
of the SIEUN**

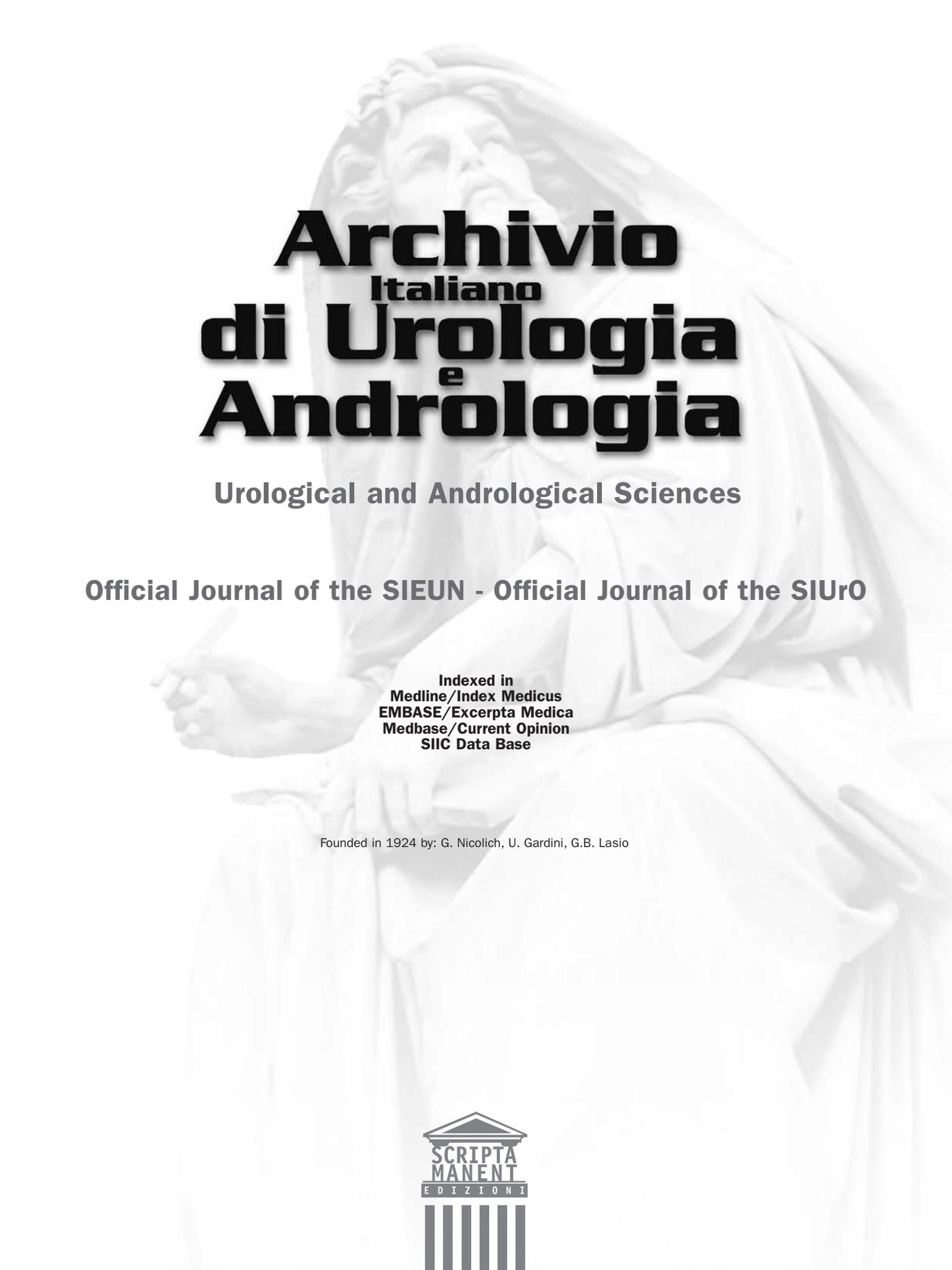
S.I.E.U.N.

Società
Italiana di
Ecografia
Urologica
Nefrologica e
andrologica

**Official Journal
of the SIUrO**

SIUrO
Società Italiana di
Urologia Oncologica





Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

Urological and Andrological Sciences

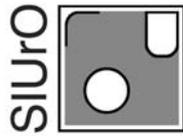
Official Journal of the SIEUN - Official Journal of the SIUrO

**Indexed in
Medline/Index Medicus
EMBASE/Excerpta Medica
Medbase/Current Opinion
SIIC Data Base**

Founded in 1924 by: G. Nicolich, U. Gardini, G.B. Lasio



**XVII CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (S.I.Ur.O.)**



Main Topic: Il tumore della prostata

Presidente S.I.Ur.O.: Raffaele Tenaglia

Presidente del Congresso: Giampaolo Bianchi

Presidente Onorario: Gaetano Mobilio



Modena, 21-24 Novembre 2007

Sede del Congresso

Modena
Mercoledì 21 Novembre 2007 Centro Servizi Policlinico di Modena
Dal 22 al 24 Novembre 2007 Forum Guido Monzani



Consiglio Direttivo e Scientifico S.I.Ur.O.

Presidente

Raffaele Tenaglia

Vice Presidente

Gigliola Sica

Past President

Giuseppe Martorana

Segretario e Tesoriere

Alessandro Bertaccini

Consiglieri

Sergio Bracarda, Enrico Bollito, Giario Conti, Francesco Ferraù
Alberto Lapini, Salvatore Siracusano, Riccardo Valdagni

Comitato Scientifico Locale

Presidente

Giampaolo Bianchi

Bruno Bagni
Filippo Bertoni
Pierfranco Conte
Carmela De Gaetani
Aldo Tomasi
Pietro Torricelli

Comitato Organizzatore Locale

Coordinatore

Stefano De Stefani

Filippo Annino
Beniamino Baisi
Alessandra Beato
Filippo Cianci
Cosimo De Carne
Corradino Di Pietro
Alberto Dotti
Marco Grande
Anafiorina Matei
Salvatore Micali
Alessandro Mofferdin
Giorgio Oleari
Maurizio Paterlini
Giovannalberto Pini
Carlo Augusto Pollastri
Massimo Rivalta
Giovanni Saredi
Maria Chiara Sighinolfi

Con l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

Con il Patrocinio di:



Provincia di Modena



Comune di Modena



Università degli Studi di Modena



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena



Associazione Italiana di Oncologia Medica - A.I.O.M.



Società Italiana di Urologia S.I.U.



Società di Urologia dell'Italia Centro Meridionale e delle Isole



Società Italiana di Andrologia – S.I.A



Società Italiana di Endourologia



Gruppo Italiano di Urologia – G.i.u.p



Associazione Urologi Italiani – A.U.R.O



Studi Avanzati Malattie Urologiche – S.A.M.U.R. – onlus



Si è appena sopito l'eco dello straordinario congresso SIUrO di Genova che già si accendono i riflettori per il prossimo: Modena.

Le questioni logistiche, in un momento di vera interferenza tra le "nuove esigenze" politiche (reperimento di fondi) e le difese economiche di Farminindustria, (più o meno con qualche buona ragione), si riversano sulla nostra concezione immutabile di vita societaria: i Congressi. Per noi rappresentano ancora "il momento" aggregante culturalmente imprescindibile della nostra comunità.

Quindi è auspicio di tutti noi che a Modena si continui una lunga strada partita da lontano e che non avrà mai fine. Come lo studio, la ricerca, il confronto, le acquisizioni nuove. Tutte le componenti della Società che da punti diversi si occupano di Sanità, Ricerca, Didattica, Innovazione debbono sapere che il progresso passa per snodi obbligati. E soprattutto la nostra Società, la SIUrO, ha ritmi necessariamente lenti per una crescita complessiva che riguarda più componenti scientifiche che si occupano di uno stesso problema: il cancro dell'apparato genito-urinario. Cerchiamo, insieme, risposte più complete per una utenza sempre più complessa. La crescita tuttavia c'è, si sviluppa molto all'interno della Società ma anche avrà da quest'anno una aggregazione regionale rilevante. Modena, importante passaggio per la comunità uro-oncologica che si esprime con ed attorno al Presidente del Congresso, e per "la tematica" leitmotiv dell'assise: il Cancro della Prostata. Quando un Congresso affronta prevalentemente tale tematica, ci sentiamo forse un pò più "a casa". Anche se inevitabilmente crescono gli impegni di chi è capace di fornire idee e risultati per una migliore interpretazione della cura: non più e non solo la prostata ma il paziente. E' chiaro che concetti del genere non sono nuovissimi, ma sono recenti, e forse solo nel nostro ambito forse solo per questa patologia, esiste la concreta possibilità di una "terapia" complessiva ampia, che combatte il male e protegge l'organismo.

Dunque il Congresso sarà, ce lo auguriamo tutti, una rassegna non solo di quanto accennato, ma della più importante innovazione tecnologiche, farmaceutiche, di tematiche attuali per lo screening, il follow-up, i rapporti con le Associazioni di pazienti, la formazione continua anche del personale infermieristico, di rapporti con altre Società e con le Istituzioni.

Tutto questo sarà pronto e noi ce la metteremo tutta, come sempre.

Vi aspettiamo con la certezza di accogliervi come meritate.

Raffaele Tenaglia
Presidente SIUrO



Cari colleghi, sono molto onorato di organizzare per la prima volta il prossimo Congresso SIUrO e di invitarvi a Modena. La città ha avuto negli ultimi anni un incremento di strutture congressuali ed alberghiere, che consentiranno di ospitare in maniera adeguata il convegno. Questo appuntamento annuale, rappresenta ormai un punto di riferimento per l'oncologia urologica con la sua peculiarità di consentire un confronto fra specialisti diversi: ricercatori di base, oncologi, radioterapisti ed urologi.

Tutto il nostro policlinico, che ha la sua "mission" principale proprio nell'oncologia, guarda con molto interesse a questa manifestazione.

Il tema di quest'anno, "la neoplasia della prostata", è particolarmente stimolante per la diffusione di questa patologia, dati recenti la collocano come il tumore più frequente nell'uomo; negli ultimi anni si sono avuti, molti progressi a livello di ricerca di base, diagnostica e terapia.

La maggiore attenzione del paziente e del medico di medicina generale ha fatto sì che un numero sempre crescente di adulti asintomatici venga sottoposto alla routinaria determinazione del PSA sierico con conseguente aumento delle diagnosi, tanto che in Europa vengono stimati 2,6 milioni di nuovi casi per anno.

Tutte queste problematiche saranno oggetto di discussione durante le giornate congressuali.

Anche il trattamento offerto dall'urologo si è evoluto negli anni; accanto alla chirurgia a cielo aperto, si è affermata quella laparoscopica e, con indicazioni particolari, l'utilizzo del robot in sala operatoria. Sono state introdotte metodiche non invasive: HIFU e crioterapia, ancora oggetto di valutazione.

In generale considerando acquisita la radicalità si porta sempre maggiore attenzione alla qualità di vita post-intervento.

Tutte queste tematiche saranno affrontate in una giornata di chirurgia in diretta organizzata per il giorno 21 dalle nostre sale operatorie in collegamento con l'Aula Magna del Policlinico di Modena.

Giampaolo Bianchi
Presidente del Congresso

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Mercoledì 21 Novembre 2007 dal Centro Servizi Policlinico di Modena

11.30 - 12.00	Seduta Plenaria Cerimonia inaugurale
12.00 - 18.00	Sala Operatoria Corso - Chirurgia in diretta: Il trattamento della neoplasia prostatica Moderatori: <i>Franco Gaboardi (Milano), Giampaolo Bianchi (Modena)</i> Chirurgia radicale videolaparoscopica Operatore di sala operatoria: <i>Francesco Porpiglia (Orbassano)</i> Chirurgia radicale videolaparoscopica Operatore di sala operatoria: <i>Giuseppe Martorana (Bologna)</i> Chirurgia radicale robot - assistita Operatore di sala operatoria: <i>Richard Gaston (Bordeaux)</i> HIFU Operatore: <i>Antonello Paulesu (Como)</i> Provoker: <i>Massimo Porena (Perugia)</i> Crioterapia Operatore: <i>Andrea Losa (Milano)</i>
18.00 - 19.00	Seduta Plenaria Giuliani Lecture** Presenter: <i>Raffaele Tenaglia (Chieti)</i> Modellistica predittiva nel cancro della prostata. Aspetti clinici Relatore: <i>Riccardo Valdagni (Milano)</i> Le lesioni preneoplastiche Relatore: <i>Rodolfo Montironi (Ancona)</i>
19.30 - 20.00	Seduta Plenaria Brindisi di benvenuto

Giovedì 22 novembre 2007 dal Forum Guido Monzani

08.45 - 09.00	Compilazione questionario ECM
09.00 - 13.30	Sala Bassoli Corso - Imaging e biopsie prostatiche** Moderatori: <i>Guido Virgili (Roma), Andrea Fandella (Treviso)</i> Ecografia della prostata: standard attuale e prospettive future Relatore: <i>Pietro Pavlica (Bologna)</i> Imaging di stadiazione: update 2007 Relatori: <i>Raffaele Lodi (Bologna), Riccardo Schiavina (Bologna)</i> Le biopsie prostatiche: via transrettale vs perineale Relatori: <i>Vincenzo Scattoni (Milano), Claudio Milani (Venezia)</i> Consenso informato e refertazione Relatore: <i>Stefano De Luca (Torino)</i> Le complicanze ed il loro trattamento Relatore: <i>Roberta Gunelli (Forlì)</i> La biopsia prostatica con sonda volumetrica Relatore: <i>Pasquale Martino (Bari)</i> Lo schema bioptico: update 2007 Relatore: <i>Paolo Consonni (Busto Arsizio)</i> Fattori predittivi patologici ed aspetti di patologia quantitativa Relatore: <i>Enrico Bollito (Orbassano)</i> La "re-biopsia": ruolo della "saturation" Relatore: <i>Tommaso Prayer Galletti (Padova)</i>

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

09.00 - 13.30	Sala E Corso - Updating terapia delle complicanze post-prostatectomia radicale Moderatore: <i>Giuseppe Martorana (Bologna), Walter Artibani (Padova)</i> Introduzione: <i>Salvatore Siracusano (Trieste)</i>
	Sessione 1: Incontinenza urinaria Linee guida Relatore: <i>Salvatore Siracusano (Trieste)</i> Terapia chirurgica mininvasiva: Remeex Relatore: <i>Carlos Errando Smet (Barcellona)</i> Terapia chirurgica mininvasiva: PRO.ACT Relatore: <i>Bruno Frea (Udine)</i> Terapia chirurgica mininvasiva: "bone anchored sling" Relatore: <i>Claudio Antonio Giberti (Savona)</i> Terapia chirurgica mininvasiva: "Trans ubturator male sling" Relatore: <i>Marc Geraud (Compiègne)</i> Discussione
	Sessione 2: Disfunzione erettile Moderatori: <i>Vincenzo Gentile (Roma), Marcello Soli (Bologna)</i> Linee guida Relatore: <i>Alessandro Bertaccini (Bologna)</i> Quando e quale farmacoterapia Relatore: <i>Vincenzo Mirone (Napoli)</i> Quando e quale chirurgia Relatore: <i>Emanuele Belgrano (Trieste)</i> Discussione Conclusioni Relatore: <i>Giorgio Carmignani (Genova)</i>
09.00 - 13.30	Sala F Corso - Nuovi approcci terapeutici** Moderatori: <i>Gigliola Sica (Roma), Sergio Bracarda (Perugia)</i> Deprivazione androgenica associata a radioterapia: quale standard nel 2007? Relatore: <i>Giorgio Arcangeli (Roma)</i> La sindrome metabolica: effetti collaterali e qualità di vita nei pazienti sottoposti ad ormonoterapia Relatore: <i>Alberto Lapini (Firenze)</i> Vaccinoterapia Relatore: <i>Licia Rivoltini (Milano)</i> Antagonisti dell'Endotelina-A Relatore: <i>Claudia Caserta (Perugia)</i> Inibitori Surrenali Relatore: <i>Paolo Carlini (Roma)</i> Modulatori del meccanismo d'azione del recettore androgenico Relatore: <i>Gigliola Sica (Roma)</i> Inibitori di EGFR Relatore: <i>Giorgio Cruciani (Lugo)</i> Esiste un ruolo per la chemioterapia intermittente? Relatore: <i>Giuseppe Procopio (Milano)</i> Il punto sulla chemioterapia adiuvante Relatore: <i>Francesco Ferrà (Taormina)</i> Discussione
09.00 - 12.00	Sala C2 Corso - Novità in tema di terapia medica del carcinoma renale** Moderatori: <i>Francesco Boccardo (Genova), Giarlo Conti (Como)</i> Razionale e risultati preliminari delle terapie target nell'RCC Relatore: <i>Sergio Bracarda (Perugia)</i>

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.
Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

Analisi della letteratura dopo il Congresso ASCO '07

Relatore: *Joaquin Bellmunt (Barcellona)*

Metodologia dei Trials clinici con agenti biologici nel MRCC

Relatore: *Giovanni Luigi Pappagallo (Noale)*

Possibile importanza della risposta obiettiva nella terapia del MRCC

Relatore: *Marco Venturini (Negrar)*

Esperienze e casi clinici

Relatore: *Giuseppe Procopio (Milano)*

Tavola rotonda finale

Sala C2

12.00 - 13.00

Corso - "Vanishing Carcinoma": un problema crescente**

Moderatori: *Andrea B. Galosi (Ancona), Carmela De Gaetani (Modena)*

Lesioni precoci e ASAP

Relatore: *Maurizio Salvatore (Varese)*

Prostatectomia pT0, aspetti patologici e clinici

Relatori: *Piero De Carli (Roma), Steno Sentinelli (Roma)*

Conclusione: Biopsia prostatica con neoplasia microfocale e prostatectomia pT0: assessing and reporting

Relatore: *Carlo Patriarca (Melegnano)*

Area Poster

13.30 - 14.30

Poster Meet the Author

Moderatori: *Marco Venturini (Negrar), Maurizio Brausi (Carpi), Steno Sentinelli (Roma), Fortunata Iacopino (Roma), Giorgio Carmignani (Genova), Carlo Aragona (Messina)*

13.30 - 14.30

Lunch Time - Eat... and meet the Professor

Sala A2 *Carlos Errando Smet (Barcellona), Marc Geraud (Compiègne)*
Sala B2 *Vincenzo Scattoni (Milano)*

Sala Bassoli

14.30 - 15.30

Video - Rene

Moderatori: *Domenico Prezioso (Napoli), Fabio Manfredi (Bologna)*

Sala E

14.30 - 15.30

Comunicazioni Selezionate - Ricerca sperimentale, Terapia medica

Moderatori: *Fortunata Iacopino (Roma), Pierfrancesco Conte (Modena), Gigliola Sica (Roma), Giovanni Luigi Pappagallo (Noale)*

Sala F

14.30 - 15.30

Comunicazioni - Prostata

Moderatori: *Filippo Bertoni (Modena), Maurizio Brausi (Carpi)*

Sala C2

14.30 - 15.30

Comunicazioni - Vescica e via escrettrice superiore

Moderatori: *Giovanni Frezza (Bologna), Michele Battaglia (Bari)*

Sala E

15.30 - 16.30

Simposio Satellite - Terapia del tumore superficiale della vescica non responsivo al BCG (ELILILLY)

Moderatori: *Massimo Maffezzini (Genova), Maurizio Brausi (Carpi)*

Perché il BCG può risultare inefficace?

Relatore: *Salvatore Siracusano (Trieste)*

Quando la Gemcitabina

Relatore: *Paolo Gontero (Novara)*

Ruolo dell'ipertermia

Relatore: *Renzo Colombo (Milano)*

Terapia conservativa o no?

Relatore: *Pierfrancesco Bassi (Roma)*

Discussione e conclusioni

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

15.30 - 16.30	<p>Sala Bassoli</p> <p>Simposio Satellite - Taxotere e carcinoma prostatico ormonorefrattario (HRPC): il dilemma del timing per la scelta migliore. Discussione interattiva su casi clinici (SANOFI AVENTIS)</p> <p>Moderatore: <i>Giario Conti (Como), Sergio Bracarda (Perugia)</i></p> <p>Vecchi e nuovi criteri di valutazione della risposta alla chemioterapia nell'HRPC Discussione: <i>Arcangelo Pagliarulo (Bari), Giacomo Cartenì (Napoli), Luigi Dogliotti (Orbassano)</i></p> <p>PSA-velocity (PSA-V) e PSA-doubling time (PSA-DT) Discussione: <i>Arcangelo Pagliarulo (Bari), Giacomo Cartenì (Napoli), Luigi Dogliotti (Orbassano)</i></p> <p>Gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma prostatico ormonorefrattario in presenza o in assenza di metastasi Discussione: <i>Arcangelo Pagliarulo (Bari), Giacomo Cartenì (Napoli), Luigi Dogliotti (Orbassano)</i></p>
16.30 - 17.30	<p>Sala Bassoli</p> <p>Simposio Satellite - Metastasi ossee e carcinomi urologici: discussione di casi clinici emblematici - Approccio multidisciplinare - (NOVARTIS)</p> <p>Moderatore: <i>Giario Conti (Como)</i></p> <p>Il punto di vista dell'urologo Relatore: <i>Carlo Intronì (Genova)</i></p> <p>Il punto di vista dell'oncologo Relatore: <i>Cinzia Ortega (Candiolo)</i></p> <p>Il punto di vista del radioterapista Relatore: <i>Vittorio Vavassori (Varese)</i></p>
16.30 - 17.00	<p>Sala E</p> <p>Simposio Satellite - Lettura ASTELLAS</p> <p>Presenter: <i>Francesco Rocco (Milano)</i></p> <p>Il carcinoma prostatico da localmente avanzato a ormonorefrattario: ruolo dell'LHRH analogo Relatore: <i>Alberto Lapini (Firenze)</i></p>
17.00 - 17.30	<p>Sala E</p> <p>Simposio Satellite - Lettura Bayer</p> <p>Presenter: <i>Sergio Bracarda (Perugia)</i></p> <p>Sorafenib nel Carcinoma Renale: conferme nella pratica clinica quotidiana e nuove strategie di combinazione Relatore: <i>Cecilia Simonelli (Trieste)</i></p>
17.30 - 18.00	<p>Sala E</p> <p>Simposio Satellite - Lettura Astrazeneca</p> <p>Presenter: <i>Arcangelo Pagliarulo (Bari)</i></p> <p>Bioequivalenza e sostituibilità: si fa presto a dire generico Relatore: <i>Andrea Gazzaniga (Milano)</i></p>
17.30 - 18.00	<p>Sala Bassoli</p> <p>Simposio Satellite - Lettura GE Healthcare</p> <p>Presenter: <i>Renzo Colombo (Milano)</i></p> <p>Cistoscopia a luce blu con Hexvix Relatore: <i>Maurizio Brausi (Carpi)</i></p>
18.00 - 19.00	<p>Auditorium</p> <p>Sessione aperta al pubblico - La SIUR0 incontra i pazienti</p> <p>Presenter: <i>Giuseppe Martorana (Bologna)</i></p> <p>Partecipanti: <i>Francesco De Lorenzo (Roma) Presidente Associazione Italiana Malati di Cancro, Ettore Fumagalli (Milano) Presidente Associazione Europa Uomo Italia ONLUS</i></p>
19.00 - 19.15	<p>Compilazione questionario ECM</p>
19.00 - 20.00	<p>Auditorium</p> <p>Assemblea ordinaria</p>

Venerdì 23 novembre 2007 dal Forum Guido Monzani

08.15 - 08.30 **Compilazione questionario ECM**

Auditorium

08.30 - 10.30 **Corso - Cellule staminali e cancro della prostata****

Moderatori: *Michele Pavone Macaluso (Palermo), Gigliola Sica (Roma)*

Citoarchitettura dell'epitelio prostatico: ruolo delle cellule staminali ed implicazioni nella carcinogenesi

Relatore: *Gigliola Sica (Roma)*

Isolamento e caratterizzazione di cellule staminali tumorigeniche nel cancro della prostata

Relatore: *Fiona Frame (Heslington-York)*

Cellule staminali e cancro della prostata: eterogeneità tissutale e risposta al trattamento

Relatore: *Carlo Barone (Roma)*

Terapia molecolare del fenotipo cellulare androgeno-indipendente

Relatore: *Jack A. Schalken (Nijmegen)*

10.30 - 11.00 **Coffee Break Time**

Auditorium

11.00 - 12.30 **Corso - Gli effetti secondari delle terapie radicali: la congiura delle verità parziali?**

Moderatori: *Giuseppe Sanguineti (Baltimora), Roberto Salvioni (Milano)*

La chirurgia "open" e laparoscopica

Relatore: *Giampaolo Bianchi (Modena)*

La radioterapia esterna esclusiva o in combinazione con ormonoterapia

Relatore: *Giorgio Arcangeli (Roma)*

La brachiterapia

Relatore: *Giovanni Fellin (Trento)*

Auditorium

12.30 - 13.00 **Lettura AURO - Chemioprevenzione nel carcinoma prostatico**

Presenter: *Giovanni Muto (Torino)*

Relatore: *Sebastiano Spatafora (Reggio Emilia)*

Auditorium

13.00 - 13.30 **Lettura SIU - Riabilitazione sessuale dopo chirurgia radicale pelvica**

Presenter: *Mario Motta (Catania)*

Relatore: *Vincenzo Mirone (Napoli)*

Area Poster

13.30 - 14.30 **Poster Meet the Author**

Moderatori: *Gianni Fellin (Trento), Francesco Ferrà (Taormina), Gina Lama (Roma), Alessandro Franceschelli (Bologna), Bruno Bagni (Modena), Domenico Genovesi (Chieti)*

13.30 - 14.30 **Lunch Time - Eat... and meet the Professor**

Sala A2 *Fiona Frame (Heslington-York)*

Sala B2 *Giuseppe Sanguineti (Baltimora)*

Salotto 1 *Jack A. Schalken (Nijmegen)*

Sala Bassoli

14.30 - 15.30 **Video - Prostata**

Moderatori: *Francesco Sanguedolce (Bologna), Pasquale Ditunno (Bari)*

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

14.31 - 15.30	Sala E Comunicazioni Selezionate - Terapia chirurgica, Terapia radiante Moderatori: <i>Vittorio Vavassori (Varese), Vincenzo Pagliarulo (Bari), Giuseppe Morgia (Sassari), Cesare Cozzarini (Milano)</i>
14.30 - 15.30	Sala F Comunicazioni - Prostata Moderatori: <i>Giuseppe Severini (Bologna), Gina Lama (Roma)</i>
15.30 - 16.00	Auditorium Lettura Magistrale - Aspetti psico-emozionali e sessuali del paziente e della coppia prostatica: "The sound of silence" Presenter: <i>Giario Conti (Como)</i> Relatore: <i>Simona Donegani (Milano)</i>
16.00 - 18.00	Auditorium Workshop multidisciplinare con casi clinici - La complessità del "decision making" nel cancro prostatico: la fine del dualismo cartesiano? Moderatori: <i>Giario Conti (Como), Riccardo Valdagni (Milano)</i> Introduzione: "decision making" e Cartesio Relatore: <i>Riccardo Valdagni (Milano)</i> La complessità del comportamento della malattia: trattare o non trattare? Relatore: <i>Francesco Rocco (Milano)</i> La complessità della proposta tecnica: quale trattamento suggerire? Relatore: <i>Giuseppe Martorana (Bologna)</i> La complessità della persona: quale scelta fare? Relatore: <i>Louis Denis (Antwerp)</i> La complessità della decisione condivisa: la clinica multidisciplinare è una soluzione? Relatore: <i>Laura Catena (Milano)</i>
18.00 - 19.30	Auditorium Conferenza - New directions in image guided radiotherapy for intermediate and high risk prostate cancer Moderatore: <i>Massimo Maffezzini (Genova), Alberto Bossi (Parigi)</i> Presenter: <i>Riccardo Valdagni (Milano)</i> Relatore: <i>Mack Roach III (San Francisco)</i> Casi Clinici Relatore: <i>Filippo Annino (Modena), Leonel Egbe Etta (Modena)</i>
08.30 - 16.00	Sala C2 Corso per infermieri - Protocolli e percorsi assistenziali nei pazienti con carcinoma prostatico Moderatori: <i>Maria T. La Sala (Torino), Ivana Carpanelli (Genova)</i> Aspetti anatomici, clinici e chirurgici del CA prostatico Relatore: <i>Giampaolo Bianchi (Modena)</i> Principali patologie legate alla prostata Relatore: <i>Enrico Bollito (Orbassano)</i> Problematiche oncologiche relative al paziente con CA prostatico Relatore: <i>Francesco Ferrà (Taormina)</i> Discussione Preparazione del paziente all'intervento a) pre-ricovero ed esami b) pre- operatorio propriamente detto Relatore: <i>Maddalena Ruggeri (Bologna)</i> Il giorno dell'intervento: a) assistenza infermieristica per l'invio in sala operatoria del paziente candidato all'intervento b) accoglienza del paziente al rientro in reparto dopo l'intervento chirurgico e assistenza durante il giorno dell'intervento Relatore: <i>V. Mazzucca (Modena)</i>

Fase operatoria - l'infermiere rispetto a: a) preparazione della sala a seconda del tipo di intervento b) accoglienza in sala operatoria del paziente c) posizionamento del paziente sul lettino operatorio

Relatore: *Roberto Marega (Bologna)*

Discussione

Fase operatoria lo strumentista rispetto a: breve descrizione delle nuove tecniche in uso in campo chirurgico: descrizione e problemi gestionali

Relatore: *Debora Coda Zabetta (Torino)*

Fase operatoria lo strumentista rispetto a: responsabilità e preparazione dello strumentario chirurgico per interventi in chirurgia aperta e laparoscopica

Relatori: *Sara Cutarelli (Chieti), Mara Paladini (Chieti)*

Fase operatoria l'infermiere di anestesia rispetto ad assistenza in corso di interventi di chirurgia prostatica con utilizzo di narcosi o anestesia spinale

Relatore: *A. Del Ton (Torino)*

Fase post-operatoria a) l'assistenza infermieristica durante il ricovero b) gestione delle dimissioni

Relatore: *P. Iannicelli (Modena)*

Discussione

La "rete dei servizi" - counselling post operatorio

Relatore: *Walter Pellegrini (Orbassano)*

La "rete dei servizi" - dimissioni protette e ruolo dell'infermiere come punto di riferimento della rete rispetto al paziente con problemi urologici specifici

Relatore: *Maria Teresa La Sala (Sangano)*

Accompagnamento del paziente oncologico in fase avanzata e/o terminale

Relatore: *G. Greco (Modena)*

Discussione

Sabato 24 Novembre 2007 dal Forum Guido Monzani

08.15 - 08.30 **Compilazione questionario ECM**

Auditorium

08.30 - 10.30 **Corso - Farmacogenomica****

Moderatore: *Gigliola Sica (Roma), Francesco Ferrau (Taormina)*

Gli "omics" e il clinico

Relatore: *Paolo Marchetti (Roma)*

Variabilità individuale nella risposta al trattamento farmacologico: la farmacogenomica

Relatore: *Pierluigi Navarra (Roma)*

Tecnologie molecolari per l'individualizzazione terapeutica: quali speranze per il futuro?

Relatore: *Pierfrancesco Tassone (Catanzaro)*

Meccanismi molecolari alla base della farmacoresistenza nel cancro della prostata

Relatore: *Cristiano Ferlini (Roma)*

10.30 - 11.00 **Coffee break time**

Auditorium

11.00 - 12.30 **Corso - Epidemiologia, etiopatogenesi e marcatori di cancerogenesi del carcinoma prostatico****

Moderatori: *Jack A. Schalken (Nijmegen), Carlo Patriarca (Melegnano)*

Epidemiologia

Relatore: *Gemma Gatta (Milano)*

Marcatori biomolecolari di cancerogenesi: aspetti generali

Relatore: *Jack A. Schalken (Nijmegen)*

Potenzialità della survivina quale bersaglio terapeutico nel cancro prostatico

Relatore: *Nadia Zaffaroni (Milano)*

Aspetti istologici come guida alle scelte terapeutiche

Relatore: *Enrico Bollito (Orbassano)*

Discussione

***Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi.*

Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

12.30 - 13.30	<p>Auditorium</p> <p>Corso - Cancro della prostata indolente: il sorvegliato speciale del futuro prossimo</p> <p>Moderatori: <i>Filiberto Zattoni (Udine), Riccardo Valdagni (Milano)</i></p> <p>Sorveglianza attiva: lo stato dell'arte Relatore: <i>Alessandro Bertaccini (Bologna)</i></p> <p>Sorveglianza attiva: l'esperienza preliminare dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano Relatore: <i>Nicola Nicolai (Milano)</i></p> <p>Sorveglianza attiva: Europa Uomo Europa e il trial PROCABIO Relatore: <i>Monique J. Roobol (Rotterdam)</i></p>
13.30 - 14.30	<p>Area Poster</p> <p>Poster Meet the Author</p> <p>Moderatori: <i>Carlo Patriarca (Melegnano), Pasquale Chieco (Bologna), Barbara Jereczek (Milano), Caterina Messina (Bergamo), Pasquale Criniti (Chieti), Alessandro Bertaccini (Bologna)</i></p>
13.30 - 14.30	<p>Lunch Time - Eat... and meet the Professor</p> <p>Sala A2 <i>Simona Donegani (Milano)</i> Sala B2 <i>Mack Roach III (San Francisco)</i> Salotto 1 <i>Louis Denis (Antwerp)</i> "The paradox of prostate cancer: why less is more?"</p>
14.30 - 15.30	<p>Sala Bassoli</p> <p>Video - Miscellanea</p> <p>Moderatori: <i>Carlo Terrone (Orbassano), Savino Mauro Di Stasi (Roma)</i></p>
14.30 - 15.30	<p>Sala E</p> <p>Comunicazioni - Prostata</p> <p>Moderatori: <i>Barbara Jereczek (Milano), Vincenzo Altieri (Napoli)</i></p>
14.30 - 15.30	<p>Sala F</p> <p>Comunicazioni - Rene</p> <p>Moderatori: <i>Romina Iantorno (Chieti), Pietro Torricelli (Modena)</i></p>
14.30 - 15.30	<p>Sala C2</p> <p>Comunicazioni - Pene e Testicoli</p> <p>Moderatori: <i>Austoni Edoardo (Milano), Giuseppe Fasolis (Cuneo)</i></p>
15.30 - 16.00	<p>Auditorium</p> <p>Premiazioni</p>
16.00 - 18.00	<p>Auditorium</p> <p>Workshop con casi clinici - Le mille facce della chemioterapia</p> <p>Moderatori: <i>Stefano Iacobelli (Chieti), Francesco Boccardo (Genova)</i></p> <p>Esiste un ruolo per la chemioterapia nei pazienti M0 con solo "rising PSA"? Relatore: <i>Caterina Messina (Bergamo)</i></p> <p>La chemioterapia nei pazienti con malattia metastatica ormono-refrattaria asintomatica Relatore: <i>Luigi Dogliotti (Orbassano)</i></p> <p>La chemioterapia nel paziente anziano Relatore: <i>Vito Lorusso (Lecce)</i></p> <p>Discussione</p> <p>La qualità di vita nei pazienti sottoposti a chemioterapia per carcinoma prostatico Relatore: <i>Orazio Caffo (Trento)</i></p> <p>Malattia metastatica ormono-refrattaria: ruolo dei derivati orali del platino Relatore: <i>Cora N. Sternberg (Roma)</i></p> <p>Quale standard terapeutico nel 2007? Relatore: <i>Sergio Bracarda (Perugia)</i></p>

ELENCO RELATORI E MODERATORI

Vincenzo Altieri (<i>Napoli</i>)	Andrea Fandella (<i>Treviso</i>)	Pierluigi Navarra (<i>Roma</i>)
Filippo Annino (<i>Modena</i>)	Giuseppe Fasolis (<i>Cuneo</i>)	Nicola Nicolai (<i>Milano</i>)
Carlo Aragona (<i>Messina</i>)	Giovanni Fellin (<i>Trento</i>)	Cinzia Ortega (<i>Candiolo</i>)
Giorgio Arcangeli (<i>Roma</i>)	Cristiano Ferlini (<i>Roma</i>)	Mara Paladini (<i>Chieti</i>)
Walter Artibani (<i>Padova</i>)	Francesco Ferràù (<i>Taormina</i>)	Arcangelo Pagliarulo (<i>Bari</i>)
Edoardo Austoni (<i>Milano</i>)	Fiona Frame (<i>Heslington-York</i>)	Vincenzo Pagliarulo (<i>Bari</i>)
Bruno Bagni (<i>Modena</i>)	Alessandro Franceschelli (<i>Bologna</i>)	Giovanni Luigi Pappagallo (<i>Noale</i>)
Carlo Barone (<i>Roma</i>)	Bruno Frea (<i>Udine</i>)	Carlo Patriarca (<i>Melegnano</i>)
Pierfrancesco Bassi (<i>Roma</i>)	Givanni Frezza (<i>Bologna</i>)	Antonello Paulesu (<i>Como</i>)
Michele Battaglia (<i>Bari</i>)	Ettore Fumagalli (<i>Milano</i>)	Pietro Pavlica (<i>Bologna</i>)
Emanuele Belgrano (<i>Trieste</i>)	Franco Gaboardi (<i>Milano</i>)	Michele Pavone Macaluso (<i>Palermo</i>)
Joaquin Bellmunt (<i>Barcellona</i>)	Andrea B. Galosi (<i>Ancona</i>)	Walter Pellegrini (<i>Orbassano</i>)
Alessandro Bertaccini (<i>Bologna</i>)	Richard Gaston (<i>Bordeaux</i>)	Massimo Porena (<i>Perugia</i>)
Filippo Bertoni (<i>Modena</i>)	Gemma Gatta (<i>Milano</i>)	Francesco Porpiglia (<i>Orbassano</i>)
Giampaolo Bianchi (<i>Modena</i>)	Andrea Gazzaniga (<i>Milano</i>)	Tommaso Prayer Galletti (<i>Padova</i>)
Francesco Boccardo (<i>Genova</i>)	Domenico Genovesi (<i>Chieti</i>)	Domenico Prezioso (<i>Napoli</i>)
Enrico Bollito (<i>Orbassano</i>)	Vincenzo Gentile (<i>Roma</i>)	Giuseppe Procopio (<i>Milano</i>)
Alberto Bossi (<i>Parigi</i>)	Marc Geraud (<i>Compiègne</i>)	Licia Rivoltini (<i>Milano</i>)
Sergio Bracarda (<i>Perugia</i>)	Claudio Antonio Giberti (<i>Savona</i>)	Mack Roach III (<i>San Francisco</i>)
Maurizio Brausi (<i>Carpi</i>)	Paolo Gontero (<i>Novara</i>)	Francesco Rocco (<i>Milano</i>)
Orazio Caffo (<i>Trento</i>)	G Greco (<i>Modena</i>)	Monique J. Roobol (<i>Rotterdam</i>)
Paolo Carlini (<i>Roma</i>)	Giorgio Guazzoni (<i>Milano</i>)	Maddalena Ruggeri (<i>Bologna</i>)
Ivana Carpanelli (<i>Torino</i>)	Roberta Gunelli (<i>Forlì</i>)	Maurizio Salvatore (<i>Varese</i>)
Giacomo Cartenì (<i>Napoli</i>)	Stefano Iacobelli (<i>Chieti</i>)	Roberto Salvioni (<i>Milano</i>)
Claudia Caserta (<i>Perugia</i>)	Fortunata Iacopino (<i>Roma</i>)	Francesco Sanguedolce (<i>Bologna</i>)
Laura Catena (<i>Milano</i>)	P Iannicelli (<i>Modena</i>)	Giuseppe Sanguineti (<i>Baltimore</i>)
Pasquale Chieco (<i>Bologna</i>)	Romina Iantorno (<i>Chieti</i>)	Vincenzo Scattoni (<i>Milano</i>)
Debora Coda Zabetta (<i>Torino</i>)	Carlo Introini (<i>Genova</i>)	Jack A. Schalken (<i>Nijmegen</i>)
Renzo Colombo (<i>Milano</i>)	Barbara Jereczek (<i>Milano</i>)	Riccardo Schiavina (<i>Bologna</i>)
Paolo Consonni (<i>Busto Arsizio</i>)	Maria Teresa La Sala (<i>Sangano</i>)	Steno Sentinelli (<i>Roma</i>)
Pierfrancesco Conte (<i>Modena</i>)	Gina Lama (<i>Roma</i>)	Giuseppe Severini (<i>Bologna</i>)
Giario Conti (<i>Como</i>)	Alberto Lapini (<i>Firenze</i>)	Gigliola Sica (<i>Roma</i>)
Cesare Cozzarini (<i>Milano</i>)	Raffaele Lodi (<i>Bologna</i>)	Cecilia Simonelli (<i>Trieste</i>)
Pasquale Criniti (<i>Chieti</i>)	Vito Lorusso (<i>Lecce</i>)	Salvatore Siracusano (<i>Trieste</i>)
Giorgio Cruciani (<i>Lugo</i>)	Massimo Maffezzini (<i>Genova</i>)	Carlos Errando Smet (<i>Barcellona</i>)
Sara Cutarelli (<i>Chieti</i>)	Fabio Manferrari (<i>Bologna</i>)	Marcello Soli (<i>Bologna</i>)
Piero De Carli (<i>Roma</i>)	Paolo Marchetti (<i>Roma</i>)	Sebastiano Spatafora (<i>Reggio Emilia</i>)
Carlo De Dominicis (<i>Roma</i>)	Roberto Marega (<i>Bologna</i>)	Cora N. Sternberg (<i>Roma</i>)
Carmela De Gaetani (<i>Modena</i>)	Pasquale Martino (<i>Bari</i>)	Pierfrancesco Tassone (<i>Catanzaro</i>)
Francesco De Lorenzo (<i>Roma</i>)	Giuseppe Martorana (<i>Bologna</i>)	Raffaele Tenaglia (<i>Chieti</i>)
Stefano De Luca (<i>Torino</i>)	V Mazzucca (<i>Modena</i>)	Carlo Terrone (<i>Orbassano</i>)
A Del Ton (<i>Torino</i>)	Caterina Messina (<i>Bergamo</i>)	Pietro Torricelli (<i>Modena</i>)
Louis Denis (<i>Antwerp</i>)	Claudio Milani (<i>Venezia</i>)	Riccardo Valdagni (<i>Milano</i>)
Savino Mauro Di Stasi (<i>Roma</i>)	Vincenzo Mirone (<i>Napoli</i>)	Vittorio Vavassori (<i>Varese</i>)
Pasquale Ditunno (<i>Bari</i>)	Rodolfo Montironi (<i>Ancona</i>)	Marco Venturini (<i>Negrar</i>)
Luigi Dogliotti (<i>Orbassano</i>)	Giuseppe Morgia (<i>Sassari</i>)	Guido Virgili (<i>Roma</i>)
Simona Donegani (<i>Milano</i>)	Mario Motta (<i>Catania</i>)	Nadia Zaffaroni (<i>Milano</i>)
Leonel Egbe Etta (<i>Modena</i>)	Giovanni Muto (<i>Torino</i>)	Filiberto Zattoni (<i>Udine</i>)



«ETTORE MAJORANA»
FOUNDATION AND CENTRE
FOR SCIENTIFIC CULTURE

INTERNATIONAL SCHOOL
OF UROLOGY AND NEPHROLOGY



SIUrO
Società Italiana di Urologia Oncologica

«ETTORE MAJORANA» FOUNDATION AND CENTRE FOR SCIENTIFIC CULTURE

*to pay a permanent tribute to Galileo Galilei, founder of modern science
and to Enrico Fermi, "the italian navigator", father of the weak forces*

INTERNATIONAL SCHOOL OF UROLOGY AND NEPHROLOGY

12th Course: Advances in Urological Oncology "Focus on Bladder Tumours"

The Course will be held under the auspices of: • Italian Society of Urological Oncology (SIUrO) • University of Palermo • University of Bologna
• Faculty of Medicine of the Catholic University of the Sacred Heart of Rome • Italian Ministry of Health
• Italian Ministry for Instruction, University and (Scientific) Research • Sicilian Regional Government • World Federation of Scientists

TOPICS

From normal looking urothelium to changes identifying the urothelial neoplastic disease: taxonomic aspects and classification; Papillary carcinoma: urinary cytology in the diagnosis; Morpho-biological aspects of superficial and "superficially infiltrating" neoplasias; Techniques for the evaluation of gene expression; Genetic alterations in multistep tumorigenesis of bladder tumours; Risk profile of superficial bladder tumours; T1G3: does it still exist after the 2004 WHO classification?; Unresponsive superficial bladder tumours: definition and open issues; New therapeutic options: device assisted treatment; New therapeutic options: pharmacological approach;

Pathobiology of invasive urothelial neoplasms: taxonomic aspects and classification; Morphobiological aspects; Revealing bladder cancer by proteomic techniques; Molecular staging: are we ready to use it?; Invasive cancer in the elderly; Bladder sparing: to spare or not to spare?; Seminal sparing: to do or not to do?; Laparoscopic cystectomy: myth or reality?; Urinary diversion and quality of life; Morphopathology of urothelial cancer metastases; Pharmacogenomics: definition and techniques; Pharmacogenomic tests and bladder cancer; T and M categories: can the imaging tell us more?; Neoadjuvant and adjuvant therapy in locally advanced disease; Chemotherapy in advan-

ced disease; New drugs; Radical cystectomy: early or late? Urothelial tumours of the upper urinary tract: are they a different disease?; Clinical diagnosis of the upper urinary tract neoplasms; Cyto-histological diagnosis; Surgical versus endourological approach to upper urinary tract neoplasms; Non urothelial bladder cancers; Laparoscopic nephroureterectomy; Extensive lymphadenectomy for upper urinary tract tumours; Advanced urothelial neoplasia: which role for radio-chemotherapy?; Cancer and bone: still a chance!

Every afternoon role playing on daily issues session will take place.

LECTURERS

Giorgio Arcangeli, Roma – Italy
Pier Francesco Bassi, Roma – Italy
Francesco Boccardo, Genova – Italy
Enrico Bollito, Orbassano (TO) – Italy
Sergio Bracarda, Perugia – Italy
Maurizio Brausi, Carpi (MO) – Italy
Giario Conti, Como – Italy
Guido Dalbagni, New York – Usa
Francesco Ferrau, Taormina (ME) – Italy
Vincenzo Ficarra, Verona – Italy

Suresh Jhanwar, New York – USA
Alberto Lapini, Firenze – Italy
Antonio Lopez-Beltran, Cordoba – Spain
Massimo Maffezzini, Genova – Italy
Giuseppe Martorana, Bologna – Italy
Nicolò Merendino, Viterbo – Italy
Rodolfo Montironi, Ancona – Italy
Alexander Mottrie, Aalst- Belgium
Giovanni Muto, Torino – Italy
Pierluigi Navarra, Roma – Italy

Michael O' Donnell, Iowa City – USA
Carlo Patriarca, Melegnano (MI) – Italy
Pietro Pavlica, Bologna (BO) – Italy
Roberto Mario Scarpa, Orbassano (TO) – Italy
Jack A. Schalken, Nijmegen – The Netherlands
Gigliola Sica, Roma – Italy
Salvatore Siracusano, Trieste – Italy
Richard Sylvester, Bruxelles – Belgium
Raffaele Tenaglia, Chieti – Italy
Riccardo Valdagni, Milano – Italy

PURPOSE OF THE COURSE

The purpose of the Course is to provide state-of-the-art knowledge and future perspectives on basic and translational research, detection techniques and advanced therapeutic strategies of bladder tumours in a multidisciplinary approach. Scientific sessions will include interactive discussions between the faculty and the participants. International experts in research and treatment of bladder tumours will share their views and experience with the audience. This Course is the second of a series of courses held under the aegis of the Italian Society of Urological Oncology. It is hoped to organise such courses on alternate years.

GENERAL INFORMATION

Persons wishing to attend the Course should write within December 7th 2007 to:
Prof. Michele Pavone-Macaluso c/o E.DI.PO. srl - Via Libertà, 103 - 90143 - Palermo (Italy)
fax +39 091 340440 - michpav@tin.it - edi.po@tiscali.it - info@edipocongressi.com,
specifying: • date and place of birth, together with present nationality
• degree and other academic qualifications
• present position and place of work, address and e-mail.

Accreditation for Continuing Medical Education (CME) by the European Board of Urology (EBU) and by the Italian Ministry of Health (ECM: Educazione Continua in Medicina) will be applied.

The registration fee for participants – € 2.000,00 plus VAT to be paid within January 31st 2008 to the Organising Secretariat – is inclusive of: scientific sessions, transfer from airport (Palermo or Trapani) to Erice and viceversa, lodging on full board basis and social events.

**EMFCS PRESIDENT
AND DIRECTOR
OF THE CENTRE**
Antonino Zichichi

DIRECTOR OF THE SCHOOL
Michele Pavone-Macaluso

**DIRECTORS
OF THE COURSE**
Giuseppe Martorana
Bologna, Italy
Gigliola Sica
Roma, Italy

SCIENTIFIC SECRETARIAT
Alessandro Bertaccini - Bologna, Italy
Enrico Bollito - Orbassano (To), Italy
Giario Conti - Como, Italy
Fortunata Iacopino - Roma, Italy
Carlo Pavone - Palermo, Italy
e-mail: slacavera@libero.it

ORGANISING SECRETARIAT
E.DI.PO. s.r.l. Serenella La Cavera
Via Libertà, 103 - 90143 - Palermo (Italy)
Tel. +39.091.343120 +39.091.340255
Fax +39.091.340440
e-mail: edi.po@tiscali.it info@edipocongressi.com
www.edipocongressi.com

Erice, Sicily - Italy April 7-11, 2008

TIMETABLES**Mercoledì, 21 Novembre** dal Centro Servizi Policlinico di Modena

	Aula Magna del Policlinico di Modena	Sala Operatoria A	Sala Operatoria B
11,30 12,00	Cerimonia Inaugurale		
12,00		Corso: Chirurgia in diretta: Il trattamento della neoplasia prostatica	
		Chirurgia radicale videolaparoscopica	Chirurgia radicale videolaparoscopica
		Chirurgia radicale Robot - Assistita	HIFU
18,00			
18,00	**Giuliani Lecture: Modellistica predittiva nel cancro della prostata. Aspetti clinici		
19,00	Le lesioni preneoplastiche		
19,00 19,30			
19.30	Brindisi di Benvenuto		
20,00			

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi. Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

Giovedì, 22 Novembre dal Forum Guido Monzani

	Auditorium	Sala Bassoli	Sala E	Sala F	Sala C2	Area poster
9,00		**Corso Imaging e biopsie prostatiche	Corso Updating terapia delle complicanze post - prostatectomia radicale	**Corso Nuovi approcci terapeutici	**Corso Novità in tema di terapia medica del carcinoma renale	
12,00					**Corso "Vanishing carcinoma": un problema crescente	
13,00						
13,30						
13,30	Lunch time					POSTER Meet the Author
14,30	Eat... and meet the professor: Sala A2: Carlos Errando Smet (Barcellona), Marc Geraud (Compiègne) Sala B2: Vincenzo Scattoni (Milano)					
14,30		Video Rene	Comunicazioni selezionate Ricerca sperimentale, Terapia medica	Comunicazioni Prostata	Comunicazioni Vescica e via escrettrice superiore	
15,30		Simposio Satellite Taxotere e HRPC: il dilemma del timing per la scelta migliore (Sanofi Aventis)	Simposio Satellite Terapia del tumore superficiale della vescica non responsivo al BCG (Eli Lilly)			
15,30						
16,30						
16,30		Simposio Satellite Metastasi ossee e carcinomi urologici: discussione di casi clinici emblematici - Approccio multidisciplinare (Novartis)	Lettura Il carcinoma prostatico da localmente avanzato a ormonorefrattario: ruolo dell'LHRH analogo (Astellas)			
17,00			Lettura Sorafenib nel Carcinoma Renale (Bayer)			
17,30		Lettura Cistoscopia a luce blu con Hexvix (GE Healthcare)	Lettura Bioequivalenza e sostituibilità: si fa presto a dire generico (Astrazeneca)			
17,30						
18,00	La SIUrO incontra i pazienti					
19,00	Assemblea Ordinaria					
20,00						

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi. Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

Venerdì, 23 Novembre dal Forum Guido Monzani

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomicopatologi. Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

	Auditorium	Sala Bassoli	Sala E	Sala F	Sala C2	Area poster	
8,30	**Corso Cellule staminali e cancro della prostata				CORSO INFERMIERI		
10,30		Coffe break time					
10,30							
11,00	Corso Gli effetti secondari delle terapie radicali: la congiura delle verità parziali?						
12,30							
12,30	Lettura Auro Chemioprevenzione nel carcinoma prostatico						
13,00							
13,00	Lettura SIU: Riabilitazione sessuale dopo chirurgia radicale pelvica						
13,30		Lunch time					
13,30	Eat... and meet the professor: Sala A2 Fiona Frame (Heslington – York) Sala B2 Giuseppe Sanguineti (Baltimora) Salotto 1: Jack Schalken (Nijmegen)						POSTER Meet the Author
14,30		Video Prostata	Comunicazioni Selezionate Terapia chirurgica, Terapia radiante	Comunicazioni Prostata			
15,30							
15,30	Lettura magistrale Aspetti psico-emozionali e sessuali del paziente e della coppia prostatica: the sound of silence						
16,00							
16,00	Workshop multidisciplinare con casi clinici La complessità del "decision making" nel cancro prostatico: la fine del dualismo cartesiano?						
18,00							
18,00	Conferenza con casi clinici New directions in image guided radiotherapy for intermediate and high risk prostate cancer						
19,30							

Sabato, 24 Novembre dal Forum Guido Monzani

	Auditorium	Sala Bassoli	Sala E	Sala F	Sala C2	Area Poster	
8,30	**Corso Farmacogenomica						
10,30							
10,30 11,00	Coffe break time						
11,00	**Corso Epidemiologia, etiopatogenesi e marcatori di cancerogenesi del carcinoma prostatico						
12,30							
12,30		Corso Cancro della prostata indolente: il sorvegliato speciale del futuro prossimo					
13,30	Lunch Time						POSTER Meet the Author
13,30 14,30	Sala A2 Simona Donegani (Milano) Sala B2 Mack Roach III (San Francisco) Salotto 1 Louis Denis (Antwerp) "The paradox of prostate cancer: why less is more?"						
14,30		Video Miscellanea	Comunicazioni Prostata	Comunicazioni Rene	Comunicazioni Pene e testicoli		
15,30							
15,30 16,00	Premiazioni						
16,00	Workshop Le mille facce della chemioterapia						
18,00							

**Gli eventi contrassegnati da ** sono accreditati per biologi e anatomopatologi. Per le modalità con cui vengono assegnati i crediti ECM consultare la sezione ECM a pag. XL

SESSIONI

Giovedì 22 Novembre

ore 13.30 - 14.30 Area Poster: Poster Meet the Author

Moderatori: Marco Venturini (Negrar), Steno Sentinelli (Roma), Maurizio Brausi (Carpi), Fortunata Iacopino (Roma), Carlo De Dominicis (Roma), Carlo Aragona (Messina)

20 - LA TRUS NELLA DIAGNOSTICA DEL CAP: HA SENSO ESEGUIRE UNA BIOPSIA SULLA BASE DEL SOLO DATO ECOGRAFICO?

Brotza D., Barabino G., Romano G., Deriu M., Pischedda A., Canessa S., Cau L., Chessa M., Istituto Clinica Urologica Università degli Studi di Sassari

169 - LA PROSTATECTOMIA RADICALE (RP) E LINFOADENECTOMIA PELVICA ESTESA (EPLD) PER TUMORI PROSTATICI (PCA) IN STADIO CLINICO T3 (CT3): UNA SCELTA RAZIONALE

Brausi M., De Luca G., Verrini G., Gavioli M., Peracchia G.C., Simonini G.L., Viola M., Giliberto G.L. U.O. di Urologia AUSL Modena

138 - IL FATTORE CAF-1 (FATTORE DI ASSEMBLAGGIO DELLA CROMATINA): UN MARKER PER LA PROGRESSIONE DEL CANCRO PROSTATICO?

Altieri V.¹, Staibano S.², Mascolo M.², Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Kisslinger A.³, Prezioso D.¹, Salvatore G.⁴, Di Benedetto M.⁴, Mezza E.², De Rosa G.², Tramontano D.³
Università di Napoli "Federico II", Napoli, ¹Dipartimento di Urologia, ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali, Sezione di Anatomia Patologica, ³Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare "L. Califano", ⁴Dipartimento di Medicina

168 - ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) VERSO OSSERVAZIONE CLINICA (WW) PER TUMORI RENALI DI PICCOLE DIMENSIONI (<3 CM): PRIMI RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO

Brausi M., Gavioli M., De Luca G., Viola M., Verrini G., Simonini G.L., Peracchia G.C., Giliberto G.L. U.O. di Urologia AUSL Modena

68 - PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO INCIDENTAL: ANALISI DEI FATTORI PREDITTIVI DI MALATTIA RESIDUA E DI RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

Scattoni V., Capitanio U., Freschi M.¹, Saccà A., Strada E., Petralia G., Briganti A., Gallina A., Salonia A., Montorsi F., Rigatti P.
¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, ²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

165 - SOMMINISTRAZIONE ENDOVESICALE DI BCG IN ASSOCIAZIONE CON DESMOPRESSINA ORALE (DDAVP): VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ

Siracusano S.¹, Fandella A.², Ciciliato S.¹, Bernabei M.¹, Pappagallo G.³, Belgrano E.¹
¹U.C.O. di Clinica Urologica Università di Trieste, ²Divisione di Urologia Ospedale di Treviso, ³Dipartimento di Oncologia Ospedale Civile di Noale (Ve)

70 - CARCINOMA A CELLULE RENALI CON TROMBOSI NEOPLASTICA: RUOLO PROGNOSTICO DELLA CONCOMITANTE INVASIONE DEL GRASSO PERIRENALE

Bertini R.¹, Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Pasta A.¹, Sangalli M.¹, Strada E.¹, Petralia G.¹, Mazzoccoli B.¹, Da Pozzo L.F.¹, Colombo R.¹, Rigatti P.
Dipartimento di ¹Urologia ed ²Oncologia, Vita-Salute Università San Raffaele, Milano

30 - RISULTATI PRELIMINARI DELLE RE-BIOPSIE PROSTATICHE DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II DI RADIOTERAPIA CON FRAZIONAMENTO CONVENZIONALE VS IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLE

Gomellini S.¹, Saracino B.¹, Petrongari M.G.¹, Arcangeli S.¹, Sentinelli S.¹, Canitano S.¹, Marsella A.¹, Arcangeli G.¹
¹Regina Elena, Roma

159 - EARLY TREATMENT SINGLE-DOSE E SUCCESSIVA TERAPIA ADIUVANTE CON BCG NEI CARCINOMI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA pT1G3: RUOLO DELLA GEMCITABINA

Cai T.¹, Gavazzi A.¹, Sarti E.¹, Costanzi A.¹, Nesi G.², Meliani E.¹, Farina U.¹, Melone F.¹, Mondaini N.¹, Bartoletti R.¹
¹U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, ²Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze

63 - CONFRONTO TRA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO IN BIOPSIE OTTENUTE CON SONDA TRANSRETTALE MONOPLANARE E BIPLANARE

Raber M., Scattoni V., Roscigno M., Dehò F., Mazzoccoli B., Pellucchi F., Maccagnano C., Petralia G., Gallina A., Briganti A., Suardi N., Montorsi F., Rigatti P.
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

156 - TUMORE SUPERFICIALE DELLA VESCICA E OXYGEN SUPPLY: ANALISI FISIOPATOLOGICA DEL RUOLO DELLA PROSTAGLANDINA 8-ISO-PGF2-ALPHA

Verratti V.¹, Di Giulio C.², Berardinelli F.¹, Brunetti L.³, Ferrante C.³, Lazzarin F.³, Pellicciotta M.⁴, Iantorno R.¹, Altieri V.¹, Tenaglia R.¹
¹Clinica Urologica, Dipartimento Di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università "G.D'Annunzio", Chieti, ²Dipartimento di Scienze Mediche di Base ed Applicate, Università "G.D'Annunzio", Chieti, ³Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università "G.D'Annunzio", Chieti, ⁴Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Ufficio di Biostatistica, Roma

**170 - IL BCG A DOSE RIDOTTA E EFFICACE NEL CARCINOMA IN SITU (CIS) DELLA VESCICA?:
RISULTATI A LUNGO TERMINE DI UNO STUDIO DI FASE II**

Brausi M., Verrini G., Gavioli M., Peracchia G., De Luca G., Giliberto G.L., Viola M., Simonini G.L.
U.O Urologia AUSL Modena

33 - ESPRESSIONE DI NEUROD1, CROMOGRANINA A, SINAPTOFISINA E CD56 NELLA PROSTATA UMANA

Cindolo L.¹, Franco R.², Cantile M.³, Chiodini P.⁴, Salzano L.¹, Falsaperla M.⁵, Botti G.², Cillo C.³, Imbimbo C.⁶, Mirone V.⁶
¹Unità di Urologia, AO "G. Rummo", Benevento, ²Anatomia Patologica, Istituto Nazionale Tumori "G. Pascale", Napoli,
³Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università "Federico II", Napoli, ⁴Dipartimento di Medicina e Sanità
Pubblica, Seconda Università, Napoli, ⁵Clinica Urologica, Università di Catania, ⁶Clinica Urologica,
Università Federico II di Napoli

**152 - UN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO POCO TOSSICO ED ATTIVO
NEL CARCINOMA PROSTATICO ORMONOREFRATTARIO**

¹Luzi S., ²Morganti A.G., ³Smaniotta D., ⁴Mattiucci G.C., ⁵Fiorentino A., ⁶Mantini G., ⁷Valentini V., ⁸Cellini N.
¹Cattedra di Radioterapia - Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Roma, ²Unità Operativa di Radioterapia,
Campobasso Università Cattolica del Sacro Cuore

**147 - PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA AD ALTO RISCHIO SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO INTEGRATO
RADIO-ORMONOTERAPICO: VALUTAZIONI SULLA DURATA OTTIMALE DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE**

Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Fersino S.¹, Tagliaferri L.¹, Errico A.¹, Di Rito A.¹, Digesù C.², Frascino V.²,
Morganti A.G.², Cellini N.¹
¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma;
²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II",
Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

**93 - QUALITÀ DI VITA (QV) DOPO TRATTAMENTO RADICALE PER CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALIZZATO (CPL):
PRIMA ANALISI DEI DATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO**

Caffo O.¹, Coccarelli F.², Divan C.², Fellin G.³, Graffer U.², Murgia V.², Mussari S.³, Ziglio F.⁴,
Malossini G.³, Tomio L.², Galligioni E.¹

¹UUOO di Oncologia Medica, ²Urologia, ³Radioterapia, ⁴Fisica Sanitaria, Ospedale S. Chiara, Trento

16 - LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL CANCRO PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO

Rocco B.¹, Jereczek B.A.², Matei D.V.¹, Vavassori A.², Scardino E.¹, Verweij F.¹, Musi G.¹, Raguso M.¹, Pimentel M.¹,
Zambito S.¹, Detti S.¹, Cedeira F.¹, De Cobelli O.¹

¹Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, ²Divisione di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia

**84 - SEXUAL FUNCTION EVALUATION AFTER THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT)
FOR PROSTATE CANCER**

La Paglia L.¹, Tumminello E.¹, Mortellaro G.¹, Moscadini L.¹, Daidone A.¹, Montemaggi P.²

¹U.O. Radioterapia M. Ascoli-ARNAS-Palermo, ²Scuola di Specializzazione in Radioterapia, Istituto di Radiologia,
Policlinico Università di Palermo

**137 - DIAGNOSI DI PROLIFERAZIONE MICROACINARE ATIPICA: LA DETECTION RATE DI CARCINOMA PROSTATICO
DIMINUISCE DOPO UNA PRIMA BIOPSIA ESTESA?**

Scattoni V.¹, Roscigno M.¹, Galosi A.², Freschi M.¹, Raber M.¹, Fabiani A.², Maccagnano C.¹, Angiolilli D.¹,
Montorsi F.¹, Montironi R.², Muzzonegro G.², Rigatti P.¹

¹Università Vita-Salute San Raffaele, Urologia ed Anatomia Patologica, Milano, ²Università Politecnica delle Marche,
Urologia ed Anatomia Patologica, Ancona

**142 - RIABILITAZIONE PRECOCE DEL PIANO PELVICO CON ESERCIZI DI FISIOKINESITERAPIA
PER IL TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA URINARIA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

Rociola W., Cecchetti G., Posti A., Iannelli F., Poce R., Farneti F., Corvino C., Fornetti P., Balloni F.
S.C.A. Urologia ASL 1 Città Di Castello (PG)

36 - QUANDO È MEGLIO EVITARE DI BIOPSIARE UNA PROSTATA

Benechchi L., Pieri A.M., Potenzoni M., Prati A., Arnaudi R., Destro Pastizzaro C., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

**19 - REAL TIME RT-PCR "MODIFICATA" NELLA RICERCA DI CELLULE CIRCOLANTI PSA POSITIVE:
RUOLO DIAGNOSTICO?**

Barbero G.¹, Fiori C.², Destefanis P.², Mandili G.³, Procida S.¹, Ceruti C.², Ulliers.¹, Mauled M.M.⁴, Bosio A.², Bisconti A.²,
Fontana D.², Giribaldi G.¹, Turrini F.¹

¹Dipartimento di Genetica, Biologia e Biochimica, Università di Torino, Torino, ²Dipartimento di Discipline Medico-
Chirurgiche, A.O. Molinette, Torino, ³Centro Ricerca Medicina Sperimentale (CeRMS), Torino, ⁴Unità di Epidemiologia
dei Tumori, CPO Piemonte, CeRMS, Università di Torino, Torino

**185 - LA STRATIFICAZIONE CLINICA DEL RISCHIO DI PROGRESSIONE DOPO TRATTAMENTO CURATIVO
DEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO È SICURA PER IL SINGOLO PAZIENTE?**

Naselli A., Introini C., Raggio M., Timossi L., Puppo P.
Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

25 - PUO' L'ANESTESIA LOCALE OFFRIRE VANTAGGI NELLA DIAGNOSI AGOBIOPTICA DEL CARCINOMA PROSTATICO?

Marchioro G., Zaramella S., Sogni F., Favro M., Maso G., Ranzoni S., Varvello F., Zacchero M., Tarabuzzi R. e Terrone C.
Clinica Urologica Novara, Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro",
Az. Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara

54 - STUDIO DI FASE I-II DI CHEMIOPREVENZIONE CON BICALUTAMIDE SETTIMANALE A BASSE DOSI IN PAZIENTI CON PSA ELEVATO E BIOPSIA NEGATIVA

Maffezzini M., Campodonico F., Zanardi S., Puntoni M., Argusti A., Turbino L., Mori M., Bandelloni R., Decensi A.
S.C. Urologia, S.C.Oncologia Medica, S.C. Anatomia Patologica, S.C. Laboratorio Analisi

105 - ADENOCARCINOMA VESCICALE PRIMITIVO CON CELLULE AD ANELLO CON CASTONE: SCARSA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI AFFETTI E PECULIARE DISTRIBUZIONE DELLE METASTASI

Colombo R., Briganti A., Pellucchi F., Maccagnano C., Salonia A., Da Pozzo L. F., Zanni G.,
Fabbri F., Matloob R., Rigatti P., Montorsi F.
I.R.C.C.S. San Raffaele Università Vita-Salute

193 - ESTESA NEOPLASIA VESCICALE SUPERFICIALE AD ALTO GRADO (pT1 G3/4) TRATTATA CON TERAPIA CONSERVATIVA. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Sanguedolce F., Garofalo M., Dababneh H., Baccos A., Bizzarri C., Laterza M., Franceschelli A., Schiavina R., Bertaccini A.,
Manferrari F., Martorana G.
Clinica Urologica, Dipartimento Chirurgie Specialistiche e Anestesiologia, Policlinico Ospedaliero-Universitario
S.Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

113 - CARCINOMA SARCOMATOIDE DELLA VESCICA E ANEURISMA CONCOMITANTE DELL'AORTA ADDOMINALE : UN COMPLESSO PROBLEMA DI MANAGEMENT. CASE REPORT

Di Francesco S.¹, Verratti V.¹, Altieri V.¹, Berardinelli F.¹, Adorasio S.², Tenaglia R.L.¹

¹Clinica Urologica e Andrologica Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti, ²Unità Operativa di Radioterapia Oncologica
Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti

189 - SCINTIGRAFIA CON PENTETREOTIDE NELLA VALUTAZIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO CON CROMOGRANINA ELEVATA

Villa G.¹, Borzone C.², Massollo M.¹, Pomposelli E.², Toncini C.³, Carmignani G.²

¹U.C. di Medicina Nucleare e ²Cl. Urologica dell'Università degli Studi di Genova, ³U.O. di Anatomia Patologica dell'A.O.
Ospedale Università San Martino di Genova

101 - TRIMPROB NELLA DIGNOSTICA NON INVASIVA DEL CARCINOMA PROSTATICO: ESPERIENZA PERSONALE

Viganò P., Strada G.R.

Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza, Divisione di Urologia

6 - RECIDIVA URETRALE DI CARCINOMA TRANSIZIONALE SUPERFICIALE A CATTIVA PROGNOSE DI VESCICA DOPO 10 ANNI DALLA CISTECTOMIA RADICALE

Di Lallo A., Santoro P.

U.O.C. di UROLOGIA, Ospedale Cardarelli, Campobasso

9 - NUMERO DI BIOPSIE PROSTATICHE IN RAPPORTO AL VOLUME GHIANDOLARE: LA DENSITÀ BIOPTICA

Galosi A. B., Corsini C., Fabiani A., Parri G., Lacetera V., Muzzonigro G.

Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

100 - INTENSIFICARE LE STRATEGIE DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL CARCINOMA VESCICALE: ANALISI DI UNA PRIORITÀ

Traverso P., Romagnoli A., Varca V., Venzano F., Ambruosi C., Simonato A., Carmignani G.

Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera Universitaria, San Martino

175 - BIOPSIA CON ACCESSO TRANSPERINEALE: IL VOLUME PROSTATICO CONDIZIONA LA DETECTION RATE?

Albo G.², Pagliarulo V.¹, Giocoli Nacci G.¹, Abbinante M.¹, Scarcia M.¹, Lorusso A.¹

¹Università degli Studi, Bari, Dipartimento Emergenze e Trapianti d'Organi, Sezione di Urologia

²Università degli Studi, Foggia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Urologia

52 - RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ILEO POST OPERATORIO E RITORNO PRECOCE AD ALIMENTAZIONE PER OS DOPO CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA INTESTINALE

Maffezzini M.¹, Campodonico F.¹, Canepa G.¹, Capponi G.¹, Parodi D.², Gerbi G.²

¹S.C. Urologia, ²S.C. Anestesia e Rianimazione

121 - RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA A FASCI ESTERNI NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO

Arcangeli S.¹, Landoni V.¹, Arcangeli G.¹, Soete G.², De Meerleer G.³, Fonteyne V.³, Storme G.², De Neve W.³

¹Divisione di Radioterapia Oncologica, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Regina Elena" IRE, Roma,

²Department of Radiotherapy, Oncology Center AZ VUB, Jette, Belgium, ³Department of Radiotherapy,
Ghent University Hospital, Gent, Belgium

7 - QUALITÀ DI VITA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO

Pugliese P.¹, Bonucci A.¹, Saracino B.², Fotia L.¹, Petrongari M.G.², Milana R.¹, Gomellini S.², Arcangeli G.²

¹SSD di Psicologia IFO, Istituto Regina Elena di Roma, ²Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica,
Istituto Regina Elena di Roma

187 - DIFFERENTI ISTOTIPI DI NEOPLASIE RENALI COESISTENTI: LA NOSTRA ESPERIENZA E REVISIONE DELLA LETTERATURAVarca V.¹, Simonato A.¹, Toncini C.², Carmignani G.¹, Derchi L.³¹Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova, ²S.C. di Anatomia Patologica Ospedaliera Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova, ³U.O. Radiologia Universitaria II Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova**8 - CRIOABLAZIONE DELLA PROSTATA PER CARCINOMA LOCALIZZATO. NOSTRA ESPERIENZA**

Galosi A.B., Polito M. jr, Fabiani A., Lugnani F., Muzzonigro G.

Clinica Urologica, Università Politecnica delle Marche, Azienda Ospedaliera Umberto I, Ancona

182 - CISTI MESOTELIALE GIGANTE RETROPERITONEALE: TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO

Celia A., Zeccolini G., Aldahshan S., Breda G.

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

ore 14.30 - 15.30 Sala Bassoli: Video - Rene

Moderatori: Domenico Prezioso (Napoli), Fabio Manferrari (Bologna)

80 - CARCINOMA A CELLULE RENALI SINISTRO CON TROMBOSI CAVO-ATRIALE. NEFRECTOMIA RADICALE SINISTRA, TROMBECTOMIA TOTALE E SOSTITUZIONE CAVALE

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.

U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

116 - NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA DIFFICILE IN PAZIENTE OBESO PLURIOPERATOGidaro S.^{1,2}, Cindolo L.³, Tamburro F.², Imbmbo C.⁴, Schips L.², Mirone V.⁴¹Dip. Scienze Chirurgiche Univ. G.D'Annunzio Chieti-Pescara, ²U.O.Vasto, ³U.O Benevento,⁴Clin. Urologica Univ. Federico II Napoli**117 - ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI LIPOSARCOMA RETROPERITONEALE, TECNICA E RISULTATI A DISTANZA**Gidaro S.^{1,2}, Cindolo L.³, Tamburro F.², Imbmbo C.⁴, Schips L.², Mirone V.⁴¹Dip. Scienze Chirurgiche Univ. G.D'Annunzio Chieti-Pescara, ²U.O.Vasto, ³U.O Benevento,⁴Clin. Urologica Univ. Federico II Napoli**149 - AUTOLOGOUS FIBRIN GLUE USING THE VIVOSTAT SYSTEM FOR HEMOSTASIS IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY**Schips L.¹, Gidaro S.¹, Tamburro F.¹, Lipsky K.², Imbmbo C.³, Mirone V.³¹Urology Unit, Vasto Hospital (CH), ²Department of Urology, Medical University Graz, Austria,³Department of Urology, "Federico II" Medical University Naples**183 - EMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA IN RENE A FERRO DI CAVALLO**

Celia A., Zeccolini G, Breda G

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

ore 14.30 - 15.30 Sala E: Comunicazioni Selezionate - Ricerca sperimentale, Terapia medica

Moderatori: Fortunata Iacopino (Roma), Pierfrancesco Conte (Modena), Gigliola Sica (Roma), Gianluigi Pappagallo (Noale)

133 - LA PROTEINA TIROSIN-FOSFATASI D1 E IL SUO RUOLO NEL TUMORE DELLA VESCICAAltieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Carlucci A.², Feliciello A.², Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Castaldo L.¹, Avvedimento V.E.²¹Dipartimento di Urologia, ²Dipartimento di Patologia Generale e Molecolare**127 - RETI NEURALI AD IMPIEGO CLINICO: PREDIZIONE ACCURATA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO ADIUVANTE ENDOVESCICALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA UROTELIALE**Cai T.¹, Conti G.², Lorenzini M.³, Nesi G.⁴, Sarti E.¹, Farina U.¹, Costanzi A.¹, Melone F.¹, Meliani E.¹, Mondaini N.¹, Gavazzi A.¹, Bartoletti R.¹¹U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze, ²Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, Firenze, ³Dipartimento di Fisica, Università degli Studi di Firenze, Firenze⁴Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze**164 - BCG VERSUS MITOMICINA C PER DIFFUSIONE PASSIVA O ELETTROSTIMOLATA IN PAZIENTI CON CARCINOMA IN SITU DELLA VESCICA: FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO**¹Di Stasi SM, ¹Storti L, ¹Pagliariella G, ¹Sciarra M, ²Capelli G, ³Zampa G.¹U.O.S. di Urologia Oncologica, Università Tor Vergata, Roma, ²Dipartimento di Scienze e Salute, Università di Cassino, Cassino (Fr), ³U.O. di Oncologia, Ospedale S. Giacomo, Roma**163 - RANDOMIZED PROSPECTIVE PHASE II TRIAL OF TWO SCHEDULES OF SORAFENIB DAILY AND INTERFERON- α 2a (IFN) IN METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA (RAPSODY): GOIRC STUDY 0681**Bracarda S.¹, Porta C.², Boni C.³, Santoro A.⁴, Artioli F.⁵, Di Bartolomeo C.⁶, Contu A.⁷, Gasparro D.⁸, De Angelis V.⁹, Caserta C.¹, GOIRC Study Group¹Azienda Ospedaliera, Perugia, ²IRCS San Matteo, Pavia, ³Ospedale S. Maria, Reggio Emilia, ⁴ICH Humanitas, Milano⁵Azienda Ospedaliera, Carpi, ⁶Ospedale Umberto I, Roma, ⁷Azienda Ospedaliera, Sassari,⁸Azienda Ospedaliera, Parma ⁹ASL-2, Perugia

**176 - STUDIO SUI RAPPORTI TRA FIBROBLASTI UMANI NORMALI
E CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO (CaP) UMANO IN COCULTURA**

Iacopino F., Sica G.

Istituto di Istologia ed Embriologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**94 - DOCETAXEL (D) ± ESTRAMUSTINA (E) IN PAZIENTI (PZ) AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA
ORMONOREFRATTARIO (CPO). RISULTATI CUMULATIVI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II
E DI UNO STUDIO DI CROSSOVER**

Caffo O.¹, Sava T.², Comploj E.³, Zustovich F.⁴, Gamucci T.⁵, Segati R.⁶, Sacco C.⁷, Perin A.⁸, Valduga F.¹, Galligioni E.¹
UOO di Oncologia Medica di Trento¹, Verona², Padova⁴, Frosinone⁵, Feltre⁶, Udine⁷, Tiene⁸, UO di Urologia di Bolzano 3

ore 14.30 - 15.30 Sala F: Comunicazioni - Prostata

Moderatori: *Filippo Bertoni (Modena), Maurizio Brausi (Carpi)*

**14 - PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTIZZATA (RALP) CON DA VINCI 4S: ESPERIENZA PRELIMINARE
IN UN CENTRO LAPAROSCOPIC NAIVE E ANALISI COMPARATIVA CON TECNICA OPEN**

*Rocco B., Matei D.V., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., Verweij F., Musi G., Cedeira F.,
Detti S., Botteri E., De Cobelli O.*

Istituto Europeo di Oncologia

**126 - RUOLO PROGNOSTICO DELLA VALUTAZIONE DELL'INDICE APOPTOTICO IN PAZIENTI AFFETTI
DA CARCINOMA PROSTATICO E SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO CHIRURGICO RADICALE:
RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO A LUNGO TERMINE**

Dachille G.¹, Cai T.², Ludovico GM.¹, Pagliarulo G.³, Nesi G.⁴, Mondaini N.², Bartoletti R.²

¹Dipartimento di Urologia, Ospedale di Monopoli, Bari, ²U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata,
Università degli Studi di Firenze, Firenze, ³Dipartimento di Chirurgia Robotica, Ospedale La Madonnina, Bari,
⁴Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

40 - IS THERE A CLINICAL PREDICTOR OF PROSTATE CANCER AFTER INITIAL DIAGNOSIS OF ASAP?

Mearini L., Zucchi A., Mearini E., Cottini E., Nunzi E., Costantini E.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Perugia

**55 - RUOLO DELLA PROFILASSI ANTIBATTERICA NEL MAPPING PROSTATICO:
ESPERIENZA CON PRULIFLOXACINA**

Mari M., Ambu A., Bollito E., Bellina M.

U.O.C. Urologia, Ospedale degli Infermi, Rivoli (TO), ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi, Orbassano (TO)

**59 - IPOFRAZIONAMENTO NEL TRATTAMENTO RADICALE DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ORGANOCONFINATO
UTILIZZANDO LA RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI GUIDATA DALLE IMMAGINI (IGRT)**

*Zerini D.¹, Jereczek-Fossa B.A.^{1,2}, Trovò M.^{1,2}, Franchi B.^{1,2}, Serafini F.^{1,2}, Vitolo V.¹, Garibaldi C.³, Cambria R.³, Cattani F.³,
Vavassori A.¹, Petazzi E.^{1,2}, De Corbelli O.⁴, Verweij F.⁴, Tagaste B.^{1,5}, Orecchia R.^{1,2}*

¹Dipartimento di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano, ²Università Degli Studi di Milano,

³Dipartimento di Fisica Medica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano, ⁴Dipartimento di Urologia,
Istituto Europeo di Oncologia, Milano, ⁵Politecnico di Milano

153 - PROSTATE CANCER 3D CONFORMAL RADIATION: DO GENE PROFILES HIGHLIGHT MORBIDITY PROTECTION?

*Valdagni R.¹, Gariboldi M.^{2,3}, Zaffaroni N.^{2,3}, Cozzarini C.⁴, Ghilotti M.^{2,3}, Fellin G.⁵, Vavassori V.⁶, Barra S.⁷, Fiorino C.⁴,
Girelli G.⁸, Rancati T.¹*

¹Direzione Scientifica, Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano, ²Dip. Oncologia
Sperimentale, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano, ³Fondazione Istituto FIRC di Oncologia Molecolare,
Milano, ⁴Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milan, ⁵Dip. di Radioterapia,

Ospedale Santa Chiara, Trento, ⁶Dip. di Radioterapia Ospedale di Circolo, Varese, ⁷Dip. di Radioterapia,

Istituto Nazionale Tumori, Genova, ⁸Dip. di Radioterapia, Ospedale Civile ASL 9, Ivrea

ore 14.30 - 15.30 Sala C2: Comunicazioni - Vescica e via escrettrice superiore

Moderatori: *Giovanni Frezza (Bologna), Michele Battaglia (Bari)*

**53 - ASSORBIMENTO SISTEMICO, FARMACOCINETICA E TOSSICITÀ DI UNA SINGOLA INSTILLAZIONE
ENDOVESCICALE POST-TURV DI GEMCITABINA**

Maffezzini M., Campodonico F., Mattioli F., Martelli A.

SC Urologia, EO Ospedali Galliera, Genova, ¹Farmacologia Clinica, Università di Genova

**188 - CISTECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA VESCICALE pT1G3:
ANALISI RETROSPETTIVA DEI RISULTATI A 5 ANNI**

Varca V.¹, Simonato A.¹, Ruggiero G.¹, Nordio A.¹, Vota P.¹, Carmignani G.¹

¹Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

42 - VALUTAZIONE URODINAMICA PRECOCE E TARDIVA NELLA NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA

Mearini L., Zucchi A., Mearini E., Cottini E., Nunzi E., Porena M.
S.O.D. Urologia 2 - A.O.U. Careggi, Firenze

98 - STUDIO COMPARATIVO DELLA QUALITÀ DI VITA (QIQ) DOPO SOMMINISTRAZIONE ENDOVESCICALE RANDOMIZZATA DI GEMCITABINA E BCG IN PAZIENTI CON CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO (CVNMI) A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI PRELIMINARI

Gontero P.¹, Lucca I.¹, Sogni F.², Fiorito C.¹, Mondino P.¹, Oderda M.¹, Valentino F.¹, Zitella A.¹,
Greco A.¹, Pappagallo G.³, Tizzani A.¹

¹Urologia 1, Università degli Studi di Torino, ²Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara,
³Clinica Oncologica, Ospedale di Noale, Noale (PD)

95 - DIFFERENTIAL PROTEOMIC ANALYSIS OF NUCLEAR MATRIX IN MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: POTENTIAL TO IMPROVE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS

Barboro P.¹, Rubagotti A.^{1,2}, Orecchia P.⁴, Repaci E.¹, Carpena D.¹, Spina B.¹, Truini M.¹, Carmignani G.³, Romagnoli A.³,
Introini C.¹, Boccardo F.^{1,2}, Carnemolla B.¹, Balbi C.¹

¹National Cancer Research Institute, Genoa, ²Department of Oncology, Biology and Genetics, University of Genoa,
³Department of Urology, University of Genoa, Italy, ⁴Institute Giannina Gaslini, Genoa

135 - STUDIO RANDOMIZZATO MULTICENTRICO: MANTENIMENTO MENSILE PER UN ANNO VERSUS INDUZIONE PER 6 SETTIMANE NELLA CHEMIOPROFILASSI ENDOVESCICALE PRECOCE DOPO TUR

Serretta V.¹, Altieri V.², Morgià G.³, Allegro R.⁴, Di Lallo A.⁵, Zito A.⁶, Ruggiero G.⁷, Iadevaia M.⁸, Contino G.⁹, Cacciatore M.¹⁰,
Vacirca G.¹¹, Nicolosi F.¹², Selvaggi F.P.¹³, Battaglia M.¹³, Gange E.¹⁴, Spampinato A.¹⁵, Bizzini A.¹⁶, Melloni D.¹
e i membri della Fondazione GSTU

¹Istituto di Urol-Università di Palermo, ²Ist Urol-Università di Napoli, ³Ist Urol-Università di Sassari,
⁴Statistica, Fondazione GSTU, ⁵Osp Civ-Div Urol, Campobasso, ⁶Osp Civ-Div Urol, Torre del Greco (NA), ⁷GEPOS-Div Urol,
Telese Terme (BN), ⁸Osp Civ Maddaloni-Div Urol, Maddaloni (CE), ⁹Osp Civ Cervello-Div Urol, Palermo, ¹⁰Osp Civ-Div Urol,
Partinico (PA), ¹¹Osp Civ-Div Urol, Caltanissetta, ¹²Osp Civ Garibaldi-Div Urol, Catania, ¹³Ist Urol-Università di Bari,
¹⁴Osp Civ M Ascoli, Div Urol, Palermo, ¹⁵Osp Civ Div Urol, Taormina (ME) ¹⁶Osp Civico-Div Urol, Caltagirone (CT)

197 - NEOBLADDER RECONSTRUCTION AFTER EXTRAPERITONEAL ULTRASOUND ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY: PRELIMINARY REPORT ON AN EASY AND SAFE PERSONAL PROCEDURE

E. Austoni

Centro Uroandrogia Ricostruttiva C.C. privata del Policlinico, Urology Milan University

Venerdì 23 Novembre**ore 13.30 - 14.30 - Area Poster: Poster Meet the Author**

Moderatori: Gianni Fellin (Trento), Francesco Ferrà (Taormina), Gina Lama (Roma), Bruno Bagni (Modena),
Alessandro Franceschelli (Bologna), Domenico Genovesi (Chieti)

41 - OUTCOME DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE NEL TUMORE PROSTATICO c T3 NO M0

Mearini L., Zucchi A., Mearini E., Cottini E., Nunzi E., Porena M.
Clinica Urologica - Università degli Studi di Perugia

38 - VALIDAZIONE DI UN SISTEMA NEURO FUZZY PER LA PREDIZIONE DI POSITIVITÀ ALLA BIOPSIA PROSTATICA

Benecci L., Pieri A. M., Potenzoni M., Prati A., Arnaudi R., Destro Pastizzaro C., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D.
Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

56 - RUOLO DEL NERIDRONATO NELLA PREVENZIONE DELLE METASTASI OSSEE DA CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO IN PROGRESSIONE: NOSTRA ESPERIENZA

Anastasi G., Mucciardi G., Inferrera A., Ricotta G., Macchione L., Morabito A., Madonia M., Magno C., Morgià G.
Clinica Urologica, Università di Messina

50 - LA POSITIVITÀ DELL'ESAME F.I.S.H. URINARIO, BASSA ED ELEVATA, DEFINISCE DIFFERENZE DI RISCHIO PROGNOSTICO DI RECIDIVA E PROGRESSIONE DEL TCC SUPERFICIALE DELLA VESCICA

Maffezzini M., Capponi G., Casazza S., Turbino L., Bandelloni R.
SC Urologia, EO Ospedali Galliera, ¹SC Anatomia Patologica, EO Ospedali Galliera, Genova

62 - PROTOCOLLO BIOPTICO TRANSRETTALE A 24 PRELIEVI COME STRATEGIA DIAGNOSTICA INIZIALE DEL CARCINOMA PROSTATICO

V. Scattoni, M. Roscigno, M. Raber, U. Capitano, E. Strada, A. Saccà, D. Angiolilli, R. Matloob, F. Sozzi, F. Montorsi, P. Rigatti
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

27 - TRIMPROB™ ("TISSUE RESONANCE INTERACTION METHOD PROBE") E BIOPSIA PROSTATICA. RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO "SINGLE BLIND"

Ballario R.¹, Pomara G.², Vecchio D.¹, Pastorello M.¹, Francesca F.², Molon A.¹

¹Divisione di Urologia, Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar (VR), ²U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara, Pisa

48 - RADIOTERAPIA A MODULAZIONE D'INTENSITÀ (IMRT) AD ALTE DOSI NEL CARCINOMA PROSTATICO A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI INIZIALI SULLA FATTIBILITÀ E SULLA TOSSICITÀ ACUTA

Petrongari M.G.¹, Saracino B.¹, Gomellini S.¹, Arcangeli S.¹, Iaccarino G.², Strigari L.², Benassi M.², Sperduti I.³, Arcangeli G.¹
Radioterapia Oncologica¹, Fisica Sanitaria² e Biostatistica³ Istituto Regina Elena, Roma

26 - PERDITE EMATICHE DURANTE INTERVENTI DI PROSTATECTOMIA RADICALE. IMPATTO NEGATIVO DELL'INCREMENTO DI BMI (BODY MASS INDEX)

Pomara G, Milesi C, Ales V, Mogorovic A, Francesca F.
U.O. Urologia SSN, AOUP S. Chiara, Pisa

61 - VALUTAZIONE DELL'ESPRESSIONE DELLA PROTEINA CA IX NEL CARCINOMA RENALE MEDIANTE IMMUNOISTOCHEMICA E SUA CORRELAZIONE CON VARI FATTORI PROGNOSTICI

Villari D., Della Melina A., Bottai A., Castigli M., Mencarini M.,¹Malentacchi F.,¹Orlando C.,²Nesi G., Nicita G.
S.O.D. Urologia, ²AOU Careggi Firenze, ³Dipartimento di Fisiopatologia Clinica Università degli Studi di Firenze, ²Dipartimento di Patologia Umana ed Oncologia Università degli Studi di Firenze

46 - VALORE PROGNOSTICO DELLA LINFOADENECTOMIA IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI MUSCOLO-INFILTRANTE

Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Bertini R.¹, Scattoni V.¹, Da Pozzo L.F.¹, Pasta A.¹, Briganti A.¹, Gallina A.¹, Capitanio U.¹, Colombo R.¹, Montorsi F.¹, Rigatti P.¹
Dipartimento di ¹Urologia and ²Oncologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

72 - CANCRO DELLA PROSTATA E IMPATTO PSICHICO: UNA INDAGINE ESPLORATIVA E SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Spatuzzi A.L.¹, Valdagni R.², Donegani S.¹
¹Psicologo Programma Prostata, ²Direzione Scientifica Programma Prostata

34 - TISSUE MICROARRAY ANALYSIS REVEALS SIGNIFICANT CORRELATION BETWEEN NEUROD1 AND CHROMOGRANIN A EXPRESSION IN HUMAN PROSTATE CANCER

Franco R.¹, Cantile M.², Cindolo L.³, Zlobec I.⁴, Tornillo L.⁴, Schips L.⁵, Terracciano L.⁴, Bubendorf L.⁴, Cillo C.^{2,4}
¹Surgical Pathology, National Cancer Institute "G. Pascale", Naples, ²Department of Clinical and Experimental Medicine, "Federico II" University Medical School, Naples, ³Urology Unit, "G. Rummo" Hospital, Benevento, ⁴Institute of Pathology, University of Basel, Basel, Switzerland, ⁵Urology Unit, Vasto Hospital (CH)

65 - LA BIOPSIA PROSTATICA TRANRETTEALE: L'ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO IN TRE DIVERSI PERIODI DI TEMPO

Scattoni V., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Suardi N., Mazzoccoli B., Strada E., Camerota T., Sozzi F., 1Freschi M., Montorsi F., Rigatti P.
¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, ²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

58 - CHIRURGIA RADICALE VERSUS BRACHITERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO: NOSTRA ESPERIENZA

Madonia M., Inferrera A., Anastasi G., Gali A., Catania M., Castelli M., Falsaperla M.¹, Pirozzi Farina F.², Magno C., Morgia G.
Clinica Urologica -Università di Messina, ¹Clinica Urologica-Ospedale Vittorio Emanuele, Catania, ²Clinica Urologica-Università di Sassari

11 - FATTIBILITÀ IN REGIME AMBULATORIALE DELLA TECNICA DI "SATURATION BIOPSY" TRAMITE L'UTILIZZO DEL BLOCCO ANESTETICO PERIPROSTATICO

Cova G., Faggiano L., Fandella A., Drago Ferrante G.L., Maccatrozzo L.
Struttura Complessa di Urologia Ospedale Regionale di Treviso

143 - LOCAL CONTROL IN THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT) FOR LOCALLY ADVANCED PROSTATE CANCER: OUR EXPERIENCE

Tumminello E.², La Paglia L.², Mortellaro G.², Moscadini L.², Daidone A.², Ferrera G.¹, Montemaggi P.¹
¹U.O. Radioterapia M. Ascoli - ARNAS, Palermo, ²Scuola di Specializzazione in Radioterapia, Istituto di Radiologia, Policlinico Università di Palermo

150 - TERMOCHIMOTERAPIA ENDOVESICALE VS. CHIMOTERAPIA ENDOVESICALE DA SOLA PER LA PROFILASSI DELLE RECIDIVE DEI CARCINOMI NON MUSCOLO-INFILTRANTI DELLA VESCICA: FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE

Colombo R., Salonia A., Da Pozzo L.F., Pasta A., Fabbri F., Maccagnano C., Montorsi F., Rigatti P.
U.O. e Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

109 - IL RUOLO DELLA LINFOADENECTOMIA NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL TUMORE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE: FOLLOW UP A MEDIO TERMINE IN 71 CASI CONSECUTIVI

Ciciliato S., Bernabei M., Vattovani V., Knez R., Lampropoulou N., Belgrano E.
Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste

155 - COMPLICANZE E FATTORI DI RISCHIO IN UNA CASISTICA BIOPTICA PROSTATICA TRANSRETTEALE DI 3150 PAZIENTI

M. Raber, V. Scattoni, M. Roscigno, B. Mazzoccoli, A. Saccà, E. Strada, G. Petralia, F. Sozzi, U. Capitanio, D. Angiolilli, A. Gallina, F. Montorsi, P. Rigatti
Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

157 - STUDIO DI FASE I SULLA TOLLERABILITÀ DEL TRATTAMENTO ABLATIVO DI ADENOMI PROSTATICI CON APPLICATORE A MICRONDE HS AMICA*Bartoletti R.¹, Cai T.¹, Tosoratti N.², Massaro M.P.², Pinzi N.³*¹U.O. Urologia Ospedale Santa Maria Annunziata Università degli Studi di Firenze, ²Hospital Service, Roma, ³U.O. Urologia, Ospedale di Lucca**140 - STUDIO RETROSPETTICO ESTESO AD OLTRE 20 ANNI SU BCG O CHEMIOTERAPIA ENDOVESICALE IN PAZIENTI SELEZIONATI AFFETTI DA UROTELIOMA VESCICALE T1G3. RECIDIVA, PROGRESSIONE E SOPRAVVIVENZA***Serretta V.¹, Allegro R.², Ruggirello A.¹, Catanese A.¹, Zaccone V.¹, Scarcella A.¹, Karidi M.¹, Gange E.³, Aragona F.⁴, Melloni D.¹*¹Sezione di Urologia, Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo, ²Statistica, Fondazione Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU),3Unità Operativo di Urologia, Ospedale Civico, Palermo, ⁴Dipartimento di Patologia Umana, Università di Palermo**171 - THE CONTRIBUTION OF THE IGRT (IMAGE GUIDED RADIATION THERAPY) IN THE PLANNING AND DELIVERY RADIOTHERAPY TREATMENT FOR PROSTATE CANCER***Santoro M.¹, Falvo G.², Scalzo G.¹, Pingitore D.¹*¹Operative Unity of Radiotherapy and Radiobiology, ²Operative Unity of Urology, ³Operative Unity of Medical Physics, Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro**15 - PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTIZZATA (RALP) CON DA VINCI S 4 BRACCI NEL PAZIENTE OBESO. CASE REPORT***Rocco B., Tullii M., Matei D.V., Panzeri R., Spano G., Bellotti F., De Cobelli O.*
Istituto Europeo di Oncologia, Milano**173 - METASTASI EPATICHE DOPO LINFADENECTOMIA LAPAROSCOPICA PER NEOPLASIE DEL TESTICOLO I STADIO CLINICO***Pizzocaro G.¹, Nicolai N.²*¹Università degli Studi di Milano, Ospedale S.Giuseppe, Milano, ²Fondazione Istituto Naz.Tumori, Milano**177 - SARCOMA SINOVIALE DEL RENE. CASE REPORT***Masala D., Fedelini P., Meccariello C., Masala A.*

UOSC Urologia, Dipartimento Nefrourologico Aorn, A. Cardarelli, Napoli

180 - INFLUENZA DEI MARGINI POSITIVI SULLA RECIDIVA BIOCHIMICA*Introini C., Naselli A., Timossi L., Andreatta R., Puppo P.*

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

184 - ONCOCITOMA SURRENALICO: ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI UNA RARA NEOPLASIA*Celia A., Zeccolini G., Aldahshan S., Breda G.*

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

190 - PERINEURIOMA RENALE ED EXTRARENALE: NEOPLASIA INFREQUENTE E PECULIARE*Tura M.¹, Fenice O.¹, Parravicini M.¹, Fibbi M.L.², Spinelli M.³*¹UO di Urologia, IRCCS Policlinico di Monza, ²Servizio di Anatomia Patologica, IRCCS Policlinico di Monza,³Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale S. Corona, Garbagnate Milanese**194 - UNDIVERSION DI ILEAL CONDUIT IN NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA SECONDO STUDER. CASE REPORT***Garofalo M., Sanguedolce F., Franceschelli A., Schiavina R., Dababneh H., Baccos A., Bizzarri C,*
*Laterza M., Bertaccini A., Manfredi F., Martorana G.*Clinica Urologica, Dipartimento Chirurgie Specialistiche e Anestesiologia,
Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna**12 - MEGLIO PRIMA O DOPO? RISULTATI PRELIMINARI IN 411 PAZIENTI AFFETTI DA CANCRO PROSTATICO TRATTATI CON RADIOTERAPIA POST-OPERATORIA O DI SALVATAGGIO***Jereczek-Fossa B.A.^{1,5}, Zerini D.¹, Fodor C.¹, Santoro L.⁴, Fodor A.¹, Boboc G.I.¹, Cambria R.³, Cattani F.³, Garibaldi C.³,
Trovò M.^{1,5}, Avuzzi B.^{1,5}, Ivaldi G.B.¹, Vavassori A.¹, Vitolo V.¹, Catalano G.¹, Matei V.D.², Rocco B.²,
Musi G.², de Cobelli O.^{2,5}, Orecchia O.^{1,5}*¹Div. di Radioterapia, ²Div di Urologia, ³Div di Fisica Medica e ⁴Div di Epidemiologia e Biostatistica
dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano, ⁵Università Degli Studi di Milano**119 - IL CARCINOMA PROSTATICO DELLA ZONA DI TRANSIZIONE (TZ): VALUTAZIONE DELL'INCIDENZA E DELL'AGGRESSIVITÀ BIOLOGICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE. ESPERIENZA SU 24 PAZIENTI***De Luca S., Caccia P., Cavallini A., Faraone N., Giargia E., Pasquale M., Squeo M.S., Randone D.F.*

Divisione Di Urologia - Ospedale Gradenigo, Torino

24 - EFFICACIA DELL'ANESTESIA PERIPROSTATICA NEL CONTROLLO DEL DOLORE IN CORSO DI BIOPSIA TRANSPERINEALE: NOSTRA ESPERIENZA SU 269 CASI*Cecchetti G., Farneti F., Corvino C., Fornetti P., Iannelli F., Poce R., Posti A., Rociola W., Balloni F.*

Struttura Complessa Aziendale Urologia, Ospedale Città di Castello

128 - RUOLO PROGNOSTICO DEL RAPPORTO TRA IL-6 E IL-10 NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE RECIDIVE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA UROTELIALE SUPERFICIALE*Cai T.¹, Mazzoli S.², Tinacci G.³, Sarti E.¹, Farina U.¹, Costanzi A.¹, Melone F.¹, Meliani E.¹,
Mondaini N.¹, Gavazzi A.¹, Zini E.³, Bartoletti R.¹*¹U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze,²Centro MTS, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze, ³Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

18 - USE OF NOMOGRAMS IN PROGNOSTIC ASSESSMENT OF HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC) PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY: A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE

Ortega C.¹, Vormola R.¹, Montemurro F.¹, Faggiuolo R.¹, D'Urso L.², Muto G.², Aglietta M.¹
¹Medical Oncology, Institute for Cancer Research and Treatment, IRCC, Candiolo (Turin),
²Urology Department, S. Giovanni Bosco Hospital, Turin

125 - VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ RETTALE DOPO RT NEL CANCRO DELLA PROSTATA: EFFICACIA DEI VINCOLI DOSE-VOLUME E DI UNA CORRETTA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Vavassori V.¹, Fellin G.², Fiorino C.³, Rancati T.⁴, Menegotti L.², Bianchi C.¹, Foppiano F.⁵, Cozzarini C.³, Piazzola A.¹, Sanguineti G.^{5,9}, Girelli G.⁷, Pasquino M.⁷, Nava S.⁸, Mapelli M.⁸, Valdagni R.⁴
¹Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale di Circolo, Varese, ²Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale Santa Chiara, Trento, ³Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano
⁴Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano, ⁵Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Nazionale Tumori, Genova, ⁷Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale Civile ASL 9, Ivrea,
⁸Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Policlinico di Monza, Monza, ⁹Radiation Therapy, University of Texas Medical Branch, Galveston, USA

118 - ECOELASTOGRAFIA REAL-TIME NELLA DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO: NOSTRA ESPERIENZA

Ferrari F.S.², Scorzelli A.², Trovarelli S.¹, Tallis V.¹, Megliola A.², Ponchiotti R.¹
¹UOC Andrologia e Chirurgia dell'Apparato Genitale Maschile, ²UOC Ecotomografia Azienda Ospedaliera Universitaria Senese-Università degli Studi di Siena

110 - PSA NADIR (nPSA) E TEMPO AL PSA NADIR (TnPSA): RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II DI RADIOTERAPIA CONVENZIONALE VS IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLE

Gomellini S., Strigari L., Petrongari M.G., Saracino B., Arcangeli S., Benassi M., Arcangeli G.
Regina Elena, Roma

132 - IL RUOLO ED INTERPRETAZIONE DELLA BIOPSIA TRANSPERINEALE DELLA PROSTATA NELLA FAILURE BIOCHIMICA DOPO RADIOTERAPIA NEL CARCINOMA PROSTATICO

Matei D.V., Musi G., Cedeira F., Detti S.1, Renne G.², Mastropasqua M.², Rocco B., Verweij F., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., De Cobelli O.
Divisione di Urologia, ²Dipartimento di Laboratorio ed Anatomia Patologica,
¹Data Manager Istituto Europeo di Oncologia, Milano

ore 14.30 - 15.30 Sala Bassoli: Video - Prostata

Moderatori: Francesco Sanguedolce (Bologna), Pasquale Ditunno (Bari)

92 - EFFICACIA DELLA IDRODISSEZIONE (HYDRO-JET) DURANTE LA PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA NERVE SPARING

Ghidini N., Bisi M., Piazza R., Galizia G., Grassi D., Latini A., Botti C., Ferrari P., Ferrari G.
Hesperia Hospital Modena

166 - IL "TERZO" SFINTERE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: NOSTRA ESPERIENZA

Nucciotti R.¹, Pizzuti V.², Prof. Paolini R.³
^{1,2,3}Ospedale Misericordia Grosseto, U.O. Urologia

77 - PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE (PRP).NOSTRA ESPERIENZA vs PROSTATECTOMIA RETROPUBICA (RRP) vs TECNICA LAPAROSCOPICA (LRP)

Cucchiareale G., Liberale F., Milan G.L., Graziano M.E., Ferrando U.
S.C. Urologia 3, Ospedale Molinette, Torino

76 - PROSTATECTOMIA RADICALE DOPO CHIRURGIA PROSTATICA: PREVENZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA MEDIANTE BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE

G. Cucchiareale, F. Liberale, G.L. Milan, U. Ferrando
S.C. Urologia 3, Ospedale Molinette, Torino

81 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA NERVE SPARING CON CONSERVAZIONE DEL VELO DI AFRODITE BILATERALMENTE

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.
U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

ore 14.30 - 15.30 Sala E: Comunicazioni Selezionate - Terapia chirurgica, Terapia radiante

Moderatori: Vittorio Vavassori (Varese), Vincenzo Pagliarulo (Bari), Giuseppe Morgia (Sassari), Cesare Cozzarini (Milano)

104 - OUTCOME CLINICO E FATTORI PREDITTIVI SPECIFICI DI SOPRAVVIVENZA IN PAZIENTI CON NEOPLASIA TRANSIZIONALE STADIO pT0 ALLA CISTECTOMIA RADICALE

Colombo R., Briganti A., Sozzi F., Maccagnano C., Salonia A., Da Pozzo L.F., Zanni G., Fabbri F., Rigatti P., Montorsi F.
I.R.C.C.S. San Raffaele Milano Università Vita-Salute

112 - RUOLO PROGNOSTICO DEL MAYO CLINIC SIGN SCORE NEL CARCINOMA RENALE. STUDIO RETROSPETTIVO MONOCENTRICO SU 577 PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFRECTOMIA

Palazzo S., Lucarelli G., Impedovo S.V., Vavallo A., Ditunno P., Battaglia M., Selvaggi F.P.
Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organo, Università di Bari

4 - LO SCOLLAMENTO IDRAULICO DELLA FASCIA PELVICA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE- SEMINAL SPARING: RISULTATI ISTOLOGICI E FUNZIONALI

Ambu A., Guercio S., Mangione F., Mari M., Bollito E.¹, Bellina M.
U.O.C. Urologia, PO. di Rivoli (TO), ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi - Orbassano (TO)

13 - PRESCRIVERE PIÙ DOSE È SEMPRE LA COSA GIUSTA (E SICURA)? DOSE ESCALATION" NEL CANCRO PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI IN 542 PAZIENTI TRATTATI CON LA TECNICA AD ARCHI DINAMICI 3-D CONFORMAZIONALE

Jereczek-Fossa B.A.^{1,5}, Zerini D.¹, Fodor C.¹, Santoro L.⁴, Fodor A.¹, Boboc G.I.¹, Cambria R.³, Cattani F.³, Garibaldi C.³, Trovò M.^{1,5}, Avuzzi B.^{1,5}, Ivaldi G.B.¹, Vavassori A.¹, Vitolo V.¹, Catalano G.¹, Matei V.D.², Rocco B.², Musi G.², de Cobelli O.^{2,5}, Orecchia O.^{1,5}.

¹Div. di Radioterapia, ²Div di Urologia, ³Div di Fisica Medica e ⁴Div di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano, ⁵Università Degli Studi di Milano

146 - L'IMPATTO PROGNOSTICO DELL'IRRADIAZIONE PROFILATTICA DEI LINFONODI PELVICI NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALIZZATO

Di Rito A.¹, Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Balducci M.¹, Errico A.¹, Tagliaferri L.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹
¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

85 - BRACHITERAPIA (BT) CON IMPIANTO PERMANENTE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO (CP) LOCALIZZATO. L'ESPERIENZA DI TRENTO

Fellin G.¹, Mussari S.¹, Divan C.², Coccarelli F.², Caffo O.³, Ziglio F.⁴
¹Radioterapia, ²Urologia, ³Oncologia, ⁴Fisica Sanitaria Gruppo Brachiterapia Prostata, Ospedale S. Chiara, Trento

ore 14.30 - 15.30 Sala F: Comunicazioni - Prostata

Moderatori: Giuseppe Severini (Bologna), Gina Lama (Roma)

144 - SPIDER-PROSTATA: LA TECNOLOGIA PALMARE NELLA GESTIONE DEI DATI CLINICI MULTIDISCIPLINARI DI PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA

Mattiucci G.C.¹, Mantini G.¹, Tagliaferri L.¹, Di Rito A.¹, Errico A.¹, D'Agostino G.R.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹

¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma, ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

45 - DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO RISCONTRO DI NEOPLASIA PROSTATICA INTRAEPITELIALE AD ALTO GRADO: IMPATTO DEL NUMERO DI PRELIEVI ESEGUITI ALLA PRIMA BIOPSIA

Roscigno M.¹, Scattoni V.¹, Galosi A.², Freschi M.¹, Raber M.¹, Maccagnano C.¹, Fabiani A.², Angiolilli D.¹, Montorsi F.¹, Montironi R.², Muzzonigro G.², Rigatti P.¹

¹Università Vita-Salute San Raffaele, Urologia ed Anatomia Patologica, Milano, ²Università Politecnica delle Marche, Urologia ed Anatomia Patologica, Ancona

17 - ANALISI DELLA TOSSICITÀ ACUTA E TARDIVA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO SOTTOPOSTI A RADIOTERAPIA AD INTENSITÀ MODULATA (IMRT) SULLA PELVI E BOOST INTEGRATO SIMULTANEO SULL'AREA PROSTATICA

Saracino B.¹, Petrongari M.G.¹, Arcangeli S.¹, Gomellini S.¹, Marzi S.², Landoni V.², Sperduti I.³, Arcangeli G.¹

¹S.C. Radioterapia Oncologica, ²Servizio di Fisica Medica, ³Servizio di Biostatistica, Istituto Regina Elena, Roma

21 - L'USO DEL DISPOSITIVO PRO-ACT NEL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE

Finazzi Agrò E.¹, D'Amico A.², Bove P.¹, Virgili G.¹, Germani S.¹, Vespasiani G.¹

¹Cattedra di Urologia, Università Tor Vergata, ²IRCCS Fondazione S. Lucia, Roma

139 - TAMOXIFENE NELLA MASTOPATIA DA BICALUTAMIDE. RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO: PROFILASSI VERSUS TERAPIA ALLA COMPARSA

Serretta V.¹, Allegro R.², Catanese A.¹, Ruggirello A.¹, De Grande G.³, Nicolosi D.⁴, Iurato C.⁵, Mazza R.⁶, Oxenius I.⁷, Casentino V.⁸, Angileri N.⁹, Falsaperla M.¹⁰, Melloni D.¹ e i membri del GSTU2

¹Dip. Med. Int., Malattie Cardiovascolari e Nefrourologiche, Sez. Urologia, Università di Palermo, ²Fondazione Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU), Palermo, ³Osp. Civile, Div. Urologia, Siracusa, ⁴Osp. Civile Garibaldi, Div. Urologia, Catania, ⁵Osp. Civile, Div. Urologia Comiso (RG), ⁶Osp. Civile, Div. Urologia Cosenza, ⁷Osp. Civile, Div. Urologia Acireale (CT), ⁸Osp. Civile, Div. Urologia Gela (CL), ⁹Osp. Civile, Div. Urologia Marsala (TP), ¹⁰Ist Urol-Università di Catania

191 - STUDIO SULLA CORRELAZIONE TRA I POLIMORFISMI NELLA "REGIONE PROMOTTRICE" DEL GENE DELL'ALFA-1-ANTI-CHIMOTRIPSINA E IL RISCHIO DI SVILUPPARE LA NEOPLASIA PROSTATICA: RISULTATI DEFINITIVI

Bertaccini A.², Licastro F.¹, Perneti R.², Sanguedolce F.², Marchiori D.², Tumini E.¹, Chiappelli M.¹, Pultrone C.², Franceschelli A.², Schiavina R.², Martorana G.²

¹Dipartimento di Patologia Sperimentale, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna,

²Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna

Sabato 24 Novembre

ore 13.30 - 14.30 Area Poster: Poster Meet the Author

Moderatori: *Carlo Patriarca (Melegnano), Pasquale Chieco (Bologna), Barbara Jereczek (Milano), Caterina Messina (Bergamo), Alessandro Bertaccini (Bologna), Pasquale Criniti (Chieti)*

2 - RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA NEI PAZIENTI CON RECIDIVA BIOCHIMICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE

Bonetta A.¹, Piazzalunga B.², Cafaro I.¹, Olivetti L.²

¹U. O. di Radioterapia, Istituti Ospitalieri di Cremona, ²U.O. di Diagnostica per Immagini, Istituti Ospitalieri di Cremona

3 - CISTECTOMIA RADICALE E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA A "Y" IN PREGRESSA PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE- SEMINAL SPARING

Ambu A., Bollito E.¹, Bellina M.

U.O.C. Urologia, PO. di Rivoli (TO), ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi, Orbassano (TO)

35 - IL RUOLO DELLA STIMOLAZIONE AUTOCRINA/PARACRINA NELLA DIFFERENZIAZIONE NEUROENDOCRINA DELLA NEOPLASIA PROSTATICA

Cindolo L.¹, Salzano L.¹, Cantile M.², Schips L.³, Imbimbo C.⁴, Mirone V.⁴

¹Unità di Urologia, "G. Rummo" Hospital, Benevento, ²Dipartimento di medicina clinica e sperimentale, Università "Federico II", Napoli, ³Unità di Urologia, Ospedale di Vasto (CH), ⁴Clinica Urologica, Università "Federico II", Napoli

39 - HIFU: FUNCTIONAL OUTCOME WITH THE SONABLATE 500

Mearini L.¹, D'Urso L.², Formiconi A.², Zucchi A.¹, Cottini E.¹, Nunzi E.¹, Muto G.², Porena M.¹

¹Clinica Urologica, Università di Perugia, ²Clinica Urologica, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

22 - EMBOLIZZAZIONE PERCUTANEA DI NEOPLASIE RENALI IN PAZIENTI NON OPERABILI. RISULTATI DI FOLLOW-UP A 36 MESI

Maffezzini M.¹, Valdata A.², Campodonico F.¹, Capponi G.², Conzi G.², Arcuri T.¹

¹SC Urologia, ²SC Radiologia Intervenzionistica

28 - CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE INSIGNIFICANTE E RISCHIO DI SOTTOSTADIAZIONE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Pomara G., Milesi C., Simone M., Leonetti C., Ales V., Mogorovic A., Francesca F.

U.O. Urologia SSN, AOUP S. Chiara, Pisa

29 - PROSTATECTOMIA RADICALE: COME CAMBIA LA MALATTIA ALLA PRESENTAZIONE ED I RISULTATI PERI-OPERATORI DELLA CHIRURGIA IN UN QUINQUENNIO

Pomara G., Milesi C., Ales V., Mogorovic A., Francesca F.

U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara, Pisa

47 - PREDITTIVITÀ DELLA CITOLOGIA URINARIA E DELLA CISTOSCOPIA FLESSIBILE NELLA DIAGNOSI DI CIS, STADIO E GRADO DEL CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI DELLA VESCICA

Raber M., Colombo R., Pasta A., Fabbri F., Losa A., Maccagnano C., Pellucchi F., Montorsi F., Rigatti P.

Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Cattedra di Urologia, Università Vita Salute, Milano

43 - PSA DENSITY PRE ADENOMECTOMIA

Di Pierro E., Iannucci M., Berardinelli F., Verratti V., Russi F., Tenaglia R.L.

Clinica Urologica Università G.D'Annunzio, Chieti

44 - FIBROSI UTERINA: DIAGNOSI INCIDENTALE DA IDRONEFROSI SECONDARIA

Iannucci M., Iannucci E., Di Pierro E., Fusco W., Verratti V., Tenaglia R.L.

Clinica Urologica Università G. D'Annunzio di Chieti

49 - ATTIVITÀ E COMPLIANCE DI UN TRATTAMENTO DI TERMOCHIMIOterapia ENDOVESCICALE IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA VESCICA NON INVASIVO AD ELEVATA RECIDIVITÀ

Maffezzini M., Canepa G., Campodonico F., Capponi G., Tamagno S.

SC Urologia, EO Ospedali Galliera, Genova

154 - POSSIBILE RUOLO DEL POLIOMAVIRUS UMANO BK NELL'EZIOPATOGENESI DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

Autran Gomez A.M.¹, Fioriti D.², Anzivino E.², Mischitelli M.², Bellizzi A.², Di Prospero L.³, Di Monaco F.¹,

Di Silverio F.¹, Chiarini F.², Pietropaolo V.²

¹Dipartimento di Urologia, ²Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, ³Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Università "La Sapienza", Roma

99 - L'INIBIZIONE DELL'ESPRESSIONE DI hTERT RIDUCE IL POTENZIALE PROLIFERATIVO DI CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO IN VITRO ED IN VIVO

Gandellini P.¹, Folini M.¹, De Cesare M.¹, Longoni N.¹, Daidone M.G.¹, Valdagni R.², Zaffaroni N.¹
¹Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Laboratori, ²Direzione Scientifica Programma Prostate -
 Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

102 - PROSTATECTOMIA RADICALE DI SALVATAGGIO DOPO RADIOTERAPIA: ESPERIENZA PERSONALE

De Carli P., Simone G., Leonardo C., Lacola V., Sentinelli S., Gallucci M.
 Istituto Tumori "Regina Elena" Roma

51 - RISULTATI, COMPLICANZE E TOLLERABILITÀ DELLA BRACHITERAPIA NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO A RISCHIO BASSO ED INTERMEDIO. VALUTAZIONE DEI PRIMI 105 IMPIANTI

Maffezzini M.¹, Gavazzi L.¹, Calcagno T.¹, Grimaldi A.², Ricci P.², Gambaro M.³, Taccini G.³, Grillo-Ruggeri F.²
¹S.C. Urologia, ²S.C. Radioterapia, ³S.C. Fisica Sanitaria

120 - IL RUOLO DELLA TURP NELLA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO RIPETUTE BIOPSIE NEGATIVE E PSA IN ASCESA

De Luca S., Caccia P., Cavallini A., Faraone N., Giargia E., Pasquale M., Squeo M.S., Randone D.F.
 Divisione di Urologia, Ospedale Gradenigo, Torino

131 - IL RUOLO DELLA BIOPSIA TRANSPERINEALE DELL'ANASTOMOSI CERVICOURTRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE. ASPETTI TECNICI E RISULTATI

Matei D.V., Musi G., Cedeira F., Detti S.¹, Renne G.², Mastropasqua M.², Rocco B., Verweij F., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., De Cobelli O.
 Divisione di Urologia, ²Dipartimento di Laboratorio ed Anatomia Patologica,
¹Data Manager Istituto Europeo di Oncologia, Milano

134 - STUDIO IMMUNOISTOCHEMICO E DI IBRIDIZZAZIONE IN SITU IN FLUORESCENZA (FISH) DEL GENE C-erbB-2 E DELLA PROTEINA HER2 NEI CARCINOMI UROTELIALI DELLA VESCICA

Simonetti S.², Altieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Insabato L.²
¹Dipartimento di Urologia, ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali Settore di Anatomia Patologica,
 Università Federico II, Napoli

97 - CHEMIOPROFILASSI CON GEMCITABINA ENDOVESICALE NEI CARCINOMI VESCICALI SUPERFICIALI Ta-T1, G1-G2 RECIDIVI DOPO BCG: STUDIO MULTICENTRICO PROSPETTICO DI FASE II

Gontero P.¹, Sogni F.¹, Di Marco M.², Fiorito C.¹, Casetta G.¹, Lucca I.¹, Mondino P.¹, Oderda M.¹, Zitella A.¹, Pappagallo G.³, Tizzani A.¹
¹Urologia 1, Università degli Studi di Torino, ²Casa di Cura Silicato, Roma, ³Oncologia, Ospedale di Noale, Noale (PD)

151 - GIUNZIONE OTTICA ENDOSCOPICA: SOLUZIONE LOW COST

Pennese S., Iannucci M., Di Pierro E., Fusco W., Verratti V., Tenaglia R.L.
 Clinica Urologica, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università G.D'Annunzio, Chieti

111 - TOSSICITÀ RETTALE E GENITOURINARIA TARDIVE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II TRA RADIOTERAPIA CONVENZIONALE E IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLE

Gomellini S.¹, Petrongari M. G.¹, Saracino B.¹, Arcangeli S.¹, Marzi S.¹, Landoni V.¹, Benassi M.¹, Isabella S.¹, Arcangeli G.¹
 Istituto Regina Elena, Roma

161 - UTILIZZO DEL FIBRINOGENO E TROMBINA UMANA (TACHOSIL®) NELLA CHIRURGIA PELVICA URO-ONCOLOGICA: ESPERIENZA PRELIMINARE SU 12 CASI

Cai T., Gavazzi A., Sarti E., Meliani E., Mondaini N., Melone F., Farina U., Costanzi A., Bartoletti R.
 U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

162 - ANTICANCER ACTIVITY AND SAFETY OF SORAFENIB IN PREVIOUSLY TREATED PATIENTS WITH METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA

Bracarda S., Rossi M., Caserta C., Crinò L.
 S.C. Oncologia Medica, Ospedale S.Maria della Misericordia, Perugia

172 - NEOADJUVANT HORMONAL THERAPY (HT) AND THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT) FOR PROSTATE CANCER: INCIDENCE OF ACUTE AND LATE TOXICITY

Santoro M.¹, Falvo G.², Scalzo G.³, Pingitore D.¹
¹Operative Unity of Radiotherapy and Radiobiology, ²Operative Unity of Urology, ³Operative Unity of Medical Physics,
 Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

174 - L'UTILIZZO DEL TRIMPROB NELLA DIAGNOSTICA NON INVASIVA DEL TUMORE PROSTATICO

De Giorgi G., Grossetti B., Kocjancic E., Frea B.
 Dipartimento di Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Udine

186 - BRACHYTHERAPY WITH TRANSPERINEAL 125-IODINE SEEDS FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Cecconi A.¹, Guido A.¹, Vicenzi L.¹, Galuppi A.¹, Barbieri E.¹
¹Department of Radiotherapy "L. Galvani", Policlinico S Orsola-Malpighi, Università degli Studi di Bologna

196 - LA NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA: RISULTATI PRELIMINARI ED ANALISI DEI PRIMI 25 CASI

Costa F., Manferrari F., Garofalo M., Bertaccini A., Schiavina R., Franceschelli A., Sanguedolce F.
M. Urbinati, A. Martinelli, Borghesi M., G. Cicchetti, F. Palmieri, G. Martorana¹
¹Clinica Urologica di Bologna, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

145 - PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO TRATTATI CON RADIO-ORMONOTERAPIA: CORRELAZIONE TRA IL TEMPO DELLA RISPOSTA CLINICA ED IL CONTROLLO LOCALE

Errico A.¹, Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Tagliaferri L.¹, Di Rito A.¹, Luzi S.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹
¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma,
²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II",
Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

82 - HGPIN: SIGNIFICATO PROGNOSTICO DOPO BIOPSIE MULTIPLE NELLA DIAGNOSI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO

Gallo F., Chiono L., Gastaldi E., Giberti C.
U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

57 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VERSUS TECNICA OPEN: ESPERIENZE INIZIALI A CONFRONTO

Madonia M., Mucciardi G., Inferrera A., Galì A., Favilla V., Fragapane G., Bonvissuto G., Pirozzi Farina F.¹, Magno C., Morgia G
Clinica Urologica Università di Messina, ¹Clinica Urologica Università di Sassari

64 - SVILUPPO DI UN NOMOGRAMMA PER PREDIRE LA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO IN PAZIENTI CON PSA 2.5-10 NG/ML E SOTTOPOSTI A CAMPIONAMENTO BIOPTICO PROSTATICO ESTESO

Scattoni V., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Angiolilli D., Matloob R., Abdoolah F., Strada E.,
²Freschi M., Montorsi F., Rigatti P.

¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano,
²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

67 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI NON DIAGNOSTICARE UN CARCINOMA PROSTATICO (PCA) UTILIZZANDO LO SCHEMA BIOPTICO TRADIZIONALE A SESTANTI (6PBX) INVECE DI UNA "SATURATION BIOPSY" A 24 PRELIEVI (24PBX) IN FUNZIONE DI DIVERSI PARAMETRI. SVILUPPO E VALIDAZIONE INTERNA DI UN NUOVO NOMOGRAMMA

Scattoni V., Matloob R., Abdoolah F., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Capitanio U., Angiolilli D.,
Pellucchi F., ²Freschi M., Montorsi F., Rigatti P.

¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano,
²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

73 - DIVERSITÀ DI SOPRAVVIVENZA NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI PT3A CON INVASIONE DEL GRASSO DEL SENO RENALE O DEL GRASSO PERIRENALE

Bertini R.¹, Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Pasta A.¹, Sangalli M.¹, Strada E.¹, Petralia G.¹, Mazzoccoli B.¹,
Da Pozzo L.F.¹, Di Girolamo V.¹, Colombo R.¹, Rigatti P.¹

Università Vita-Salute San Raffaele, Dipartimenti di ¹Urologia e ²Oncologia, Milano

79 - CARCINOMA A CELLULE RENALI CON METASTASI SINCRONA DIGIUNALE: CASE REPORT

Gallo F.¹, Chiono L.¹, Gastaldi E.¹, Ardoino S.¹, Venturino E.², Giberti C.¹

¹U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona, ²U.O. di Anatomia Patologica, Ospedale San Paolo, Savona

1 - MONOTERAPIA NEO-ADIUVANTE CON ANTIANDROGENI NON-STEROIDEI (AANS) IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA CANDIDATI A TRATTAMENTO RADIANTE DI PRIMA INTENZIONE. STUDIO DI FASE II. REPORT INIZIALE

Bonetta A.¹, Parietti E.², Cafaro I.¹

¹U. O. di Radioterapia, Istituti Ospitalieri di Cremona, ²U.O. di Fisica Sanitaria, Istituti Ospitalieri di Cremona

90 - PROGRAMMA DI ARCHIVIAZIONE DATI PER GESTIRE IL PAZIENTE ONCOLOGICO FINALIZZATO A MIGLIORARE LA QUALITÀ ASSISTENZIALE E LA RICERCA SCIENTIFICA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Cochetti G., Zucchi A. Mearini E., E. Costantini, M. Porena
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Università degli Studi di Perugia

91 - RUOLO DELLA RE-TURB NEI TUMORI VESCIALI SUPERFICIALI AD ALTRO RISCHIO DI PROGRESSIONE E RECIDIVA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Saccomanni M., Mearini L., Giannantoni A., E. Costantini, M. Porena
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Università degli Studi di Perugia

89 - TRATTAMENTO ENDOVESCICALE ADIUVANTE DEL TCC SUPERFICIALE AD ALTO RISCHIO CON MITOMICINA ELETTROINDOTTA VS BCG: NOSTRA ESPERIENZA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Zucchi A., Mearini L., E. Costantini, Giannantoni A., E. Mearini, M. Porena
Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Perugia

ore 14.30 - 15.30 Sala Bassoli: Video - MiscellaneaModeratori: *Carlo Terrone (Orbassano), Savino Mauro Di Stasi (Roma)***88 - PENILE DISASSEMBLY POTENCY SPARING NEI CARCINOMI DEL GLANDE: NOTE DI TECNICA CHIRURGICA***Silvani M.¹, Pecoraro S.², Quaranta S.¹, Minocci D.¹*¹S.C. di Urologia Ospedale degli Infermi di Biella, ²Reparto Alta Specialità Nefro-Urologico Clinica "Malzoni" Avellino**179 - NEFROURETERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA CON LOSANGA VESCICALE***C. Ippolito, G. Capparelli, L. Spisani, G.P. Daniele, M. Spurio, L. Fornasari, G. Ughi, A. Romano, C. Daniele*
U.O. Urologia Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna Di Ferrara**103 - CISTECTOMIA RADICALE NERVE-SEMINAL SPARING***Colombo R., Raber M., Pasta A., Fabbri F., Losa A., Maccagnano C., Montorsi F., Rigatti P.*
Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Università Vita Salute, Cattedra di Urologia**192 - IL "TERZO" SFINTERE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA***Nucciotti R., Pizzuti V., Paolini R.*
U.O. di Urologia Grosseto**ore 14.30 - 15.30 Sala E: Comunicazioni - Prostata**Moderatori: *Barbara Jerezcek (Milano), Vincenzo Altieri (Napoli)***124 - e-PROSTATE, UN SISTEMA DI SANITÀ ELETTRONICA A SUPPORTO DELLA ATTIVITÀ MULTIDISCIPLINARE NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL CANCRO ALLA PROSTATA***Rancati T.¹, Vera Righi L.¹, Magnani T.¹, Salvioni R.², Biasoni D.², Nicolai N.², Stagni S.², Torelli T.², Villa S.³, Bedini N.³, Valvo F.³, Sangalli C.³, Bajetta E.⁴, Catena L.⁴, Procopio G.⁴, Spreafico C.⁵, Ripamonti C.⁶, Fagnoni E.⁶, Campa T.⁶, Zaffaroni N.⁷, Carbone A.⁸, Pellegrinelli A.⁸, Colecchia M.⁸, Gianni L.⁹, Capri G.⁹, Cresta S.⁹, Tosi D.⁹, Marrari A.¹⁰, Rivoltini L.¹⁰, Donegani S.¹, Spatuzzi A.¹, Forti S.¹¹, Eccher C.¹¹, Purin B.¹¹, Berloffo F.¹¹, Valdagni R.¹*¹Programma Prostata, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ²SC Urologia, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ³SC Radioterapia, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁴SC OM2, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁵SC Radiologia e Diagnostica per Immagini 2, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁶SC Cure Palliative, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁷SC Ricerca Traslaazionale, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁸SC Anatomia Patologica B, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ⁹SC OM1, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ¹⁰SC Immunoterapia Tumori Umani, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano, ¹¹Linea di ricerca e-Health, FBK-Fondazione Bruno Kessler, Trento**123 - DOES PSA KINETIC HAVE A PREDICTIVE ROLE IN PATIENTS (PTS) WITH HORMONE REFRACTORY PROSTATE CANCER (HPRC) DURING DOCETAXEL TREATMENT? RESULTS FROM A RANDOMIZED PHASE II TRIAL WITH DOCETAXEL (D) ± ESTRAMUSTINE PHOSPHATE (E)***Sava T.¹, Comploj E.², Zustovich F.³, Romano M.⁴, Segati R.⁵, Sacco C.⁶, Perin A.⁷, Porcaro A.⁸, Caffo O.⁹*¹Oncologia Verona, ²Urologia Bolzano, ³Oncologia Padova, ⁴Radioterapia Verona, ⁵Oncologia Rovereto, Oncologia Udine, ⁷Oncologia Thiene, Urologia Verona, Oncologia Trento**78 - LA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOTIZZATA (RALP): CURVA DI APPRENDIMENTO***Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.*
U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona**31 - RESULTS OF AN ITALIAN MULTICENTER PROSPECTIVE STUDY CONDUCTED BY THE AIRO NATIONAL WORKING GROUP ON PROSTATE RADIOTHERAPY IN POST-OPERATIVE IRRADIATION OF PROSTATE CANCER WITH MEDIAN FOLLOW-UP OF 40 MONTHS***Malinverni G., Maurizi F., Bonetta A., Bortolus R., Marcenaro M., Frezza G., Zini G., Nava S., Meregalli S., Vavassori V., Signor M., Bertoni F., Moro G., Fellin G., Magrini S.*

AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica) National Working Group on Prostate Radiotherapy, Italy

96 - RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA SPETTROSCOPICA CON BOBINA ENDO-RETTALE IN PAZIENTI CANDIDATI A RI-BIOPSIA PROSTATICA: RISULTATI PRELIMINARI*Destefanis P.¹, Munoz F.², Bosio A.¹, Fiori C.¹, Bisconti A.¹, De Maria C.¹, Cugiani A.¹, Cirillo S.³, Fontana D.¹*¹Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Università degli Studi di Torino; ²Divisione di Radioterapia, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Università degli Studi di Torino, ³Servizio di Radiodiagnostica, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (TO)**107 - ANALISI DELL'MRNA DEL PROSTATE TUMOUR-INDUCING GENE-1 IN CELLULE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO UMANE E RELAZIONE CON LE INFEZIONI DA MYCOPLASMA***Siracusano S.¹, Scaggiante B.², Bonin S.², Ciciliato S.¹, Cristiano L.², Bernabei M.¹, Stanta G.³, Grassi G.³*¹Clinica Urologica, Università di Trieste, ²Dipartimento di Biochimica, Biofisica e Chimica delle Macromolecole, Università di Trieste, ³Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste**106 - CANCER STEM CELL LIKE WITHIN HUMAN PROSTATIC ADENOCARCINOMAS***Damiano R., Autorino R., Giacobbe A., Benincasa A., Focà D.1, Santoro L.¹, Savino R.¹, Malara N.¹*
Unità operativa di Urologia, Università Magna Graecia di Catanzaro, ¹Laboratorio di Biologia Molecolare, Università Magna Graecia di Catanzaro

ore 14.30 - 15.30 Sala F: Comunicazioni - Rene

Moderatori: *Romina Iantorno (Chieti), Pietro Torricelli (Modena)*

195 - IL SIGNIFICATO PROGNOSTICO DELLA TROMBOSI VENOSA NEOPLASTICA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIA RENALE: NOSTRA ESPERIENZA

Brunocilla E., Palmieri F., Schiavina R., Perneti R., Guidi M., Barbieri B., Martorana G.
Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna

32 - CARCINOMA RENALE (RCC): SCARSO IMPATTO DELL'INFILTRAZIONE DEL GRASSO PERIRENALE (STADIO T3A ≤ 7CM) SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO-CORRELATA. POSSIBILE RUOLO DELLA CHIRURGIA NEPHRON-SPARING?

Lucarelli G., Palazzo S., Palella G., Impedovo S., Ditunno P., Battaglia M., Selvaggi F.P.
Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi. Sez. di Nefrologia Chirurgica

178 - ACTIVITY AND SAFETY OF SUNITINIB IN UNSELECTED METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA PATIENTS

Bracarda S., Caserta C., Rossi M., Hamzaj A., Crinò L.
S.C. Oncologia Medica, Ospedale S. Maria della Misericordia, Perugia

74 - CARCINOMA A CELLULE RENALI LOCALMENTE AVANZATO (pT3-pT4): CONFRONTO FRA DIVERSE PROPOSTE DI RICLASSIFICAZIONE DEL pT

Bertini R., Roscigno M., Briganti A., Gallina A., Pasta A., Strada E., Petralia G., Da Pozzo L.F., Colombo R., Rigatti P.
Dipartimento di Urologia Vita-Salute Università San Raffaele, Milano

87 - VALUTAZIONE DELL'ESPRESSIONE DEL CANALE K+HERG1 E DELL'ANIDRASI CARBONICA IX IN CAMPIONI DI CARCINOMA RENALE

Lapini A., Baldazzi V., Lastrajoli E.¹, Pillozzi S.¹, Siena G., Rossetti M., Mugnai G.¹, Arcangeli A.¹, Carini M.
Clinica Urologica 1, Università degli Studi di Firenze, ¹Dipartimento Patologia e Oncologia Sperimentali, Università degli Studi di Firenze

122 - VALUTAZIONE DEI PROFILI PROTEICI IN URINE DI PAZIENTI AFFETTI DA RENAL CELL CARCINOMA CON TECNICHE AVANZATE DI PROTEOMICA PER LA RICERCA DI BIOMARCATORI AD USO DIAGNOSTICO

Magni F.¹, Picozzi S.C.M.², Acquati P.², Zanetti G.², Casellato S.², Galasso G.², Mazzoleni F.², Bosso N.¹, Mainini V.¹, Gianazza E.¹, Paparella S.², Lunelli L.², Rocco F.²
¹Dipartimento di Medicina Sperimentale, Ambientale e Biotecnologie Mediche, Università di Milano-Bicocca, Monza,
²Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano, Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

ore 14.30 - 15.30 Sala C2: Comunicazioni - Pene e Testicoli

Moderatori: *Austoni Edoardo (Milano), Giuseppe Fasolis (Cuneo)*

10 - ASPETTI CLINICI E PATOLOGICI DEL TUMORE ADENOMATOIDE DEL DIDIMO

Galosi A.B.¹, Fabiani A.¹, Giannubilo W.¹, Zamparese R.², Bufo P.², Polito M.¹, Muzzonigro G.¹
¹Cl. Urologica Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti Università Politecnica delle Marche, Ancona,
²U.O. Anatomia Patologica, Ospedale Colonnello D'Avanzo, Università degli Studi di Foggia

136 - L'ALTERAZIONE DI PTEN INFLUENZA L'ATTIVITÀ DI TUMOR SUPPRESSOR DI P27 NELLO SVILUPPO DEI TUMORI GERMINALI DEL TESTICOLO. ANALISI IMMUNOISTOCHEMICA DI 30 CASI

Simonetti S.², Altieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Castaldo L.¹, Insabato L.²
¹Dipartimento di Urologia, ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali, Settore di Anatomia Patologica, Università Federico II di Napoli

5 - OPTIMIZING PLANNING TARGET VOLUME FOR ADJUVANT RADIOTHERAPY IN STAGE I TESTICULAR SEMINOMA

Magli A.¹, Signor M.¹, Foti C., Fongione S.¹, Malisan M.R., Padovani, Buffoli A.¹
¹Institute of Radiation Oncology and Medical Physics Department, University General Hospital, Udine

83 - MULTIDISCIPLINAR THERAPEUTIC STRATEGIES FOR BILATERAL TESTICULAR GERM CELL TUMOURS. CASE REPORTS

D'Angelo A., Cali S., Giaimo V., La Greca M., Priolo D., Ferraù F.
Division of Medical Oncology, "S.Vincenzo" Hospital, Taormina

23 - A LONG FOLLOW UP OF PATIENTS WITH POOR PROGNOSIS GERM CELL TUMOR TREATED WITH EARLY INTENSIFICATION HIGH-DOSE CHEMOTHERAPY

Morelli F.¹, Aieta M.¹, Boni V.¹, Setola P.², Ricci Barbini V.², Maiello E.¹
¹Dept Oncology, ²Dept Urology "Casa Sollievo della Sofferenza" Hospital, San Giovanni Rotondo

75 - LA STADIAZIONE LOCALE DEL CARCINOMA DEL PENE MEDIANTE RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DOPO INDUZIONE FARMACOLOGICA DELL'EREZIONE.

Scardino E.¹, Petralia G.², Rocco B.¹, Matei D.V.¹, Verweij F.¹, Musi G.¹, Raguso M.¹, Pimentel M.¹, Zambito S.¹, Cedeira F.¹, De Cobelli O.¹
¹Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, ²Divisione di Radiodiagnostica, Istituto Europeo di Oncologia

XVII CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (S.I.Ur.O.)

Modena, 21-24 Novembre 2007

INFORMAZIONI GENERALI

Sede Congressuale

Il 21 Novembre 2007

Centro Servizi Policlinico di Modena

Via del Pozzo, 71 - 41100 Modena
Tel. 059.4224374 - Fax 059.4223135

Dal 22 al 24 Novembre 2007

Forum Guido Monzani

Via Aristotele, 33 - 41100 Modena
Tel. 059.2021017 - Fax 059.2021024

Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting srl
Via Porrettana, 76/2
40033 Casalecchio di Reno (Bo)
Tel. +39 051 6194911
Fax +39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it
web: www.emiliaviaggi.it

Segreteria S.I.Ur.O.

Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.)
c/o Clin. Urologica Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola - Malpighi, Padiglione Palagi
Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna
Tel. +39 051 6362421 - 302082
Fax +39 051 308037
e-mail: segreteria@siuro.it - web: www.siuro.it

QUOTE DI ISCRIZIONE E REGOLAMENTO

Quote	Dopo il 5 Ottobre e in Sede Congressuale
Quota di Partecipazione NON SOCI	€ 620,00 + IVA 20% (€ 744,00)
Quota di Partecipazione SOCI S.I.Ur.O.*	€ 480,00 + IVA 20% (€ 576,00)
Iscrizione giornaliera	€ 350,00 + IVA 20% (€ 420,00)
Quota per Specializzandi ** SOCI SIURO	Nessuna quota
Quota per Specializzandi ** NON SOCI	€ 200,00 + IVA (€ 240,00)
Quota per Infermieri ***(solo per corso infermieri)	€ 50,00 + IVA (€ 60,00)
ESPOSITORI/SPONSOR	
Verranno forniti su richiesta un massimo di nr. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda/stand. Il badge dà diritto alla Cerimonia Inaugurale, ai Sandwich Lunch, ai Coffee Break e all'accesso all'Area Espositiva. Ulteriori badges verranno rilasciati dietro pagamento di una quota di 30,00 € + IVA 20%.	
*I soci S.I.Ur.O devono essere in regola con il pagamento della quota associativa.	
**L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di appartenenza.	
***La scheda di adesione degli Infermieri deve essere accompagnata dalla fotocopia del Tesserino Sanitario. La quota dà diritto a partecipare esclusivamente al Corso Infermieri.	
La quota d'iscrizione comprende: Partecipazione ai Lavori Scientifici, Cerimonia Inaugurale, Kit Congressuale, Attestato di Partecipazione, Volume degli Abstracts, Sandwich Lunch, Coffee Break.	

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Regole Generali

Per l'iscrizione al Congresso sia individuale, sia di gruppo, occorre compilare in ogni sua parte ed inviare, per posta o per fax, la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa, allegando la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

In caso di mancanza dei sopracitati requisiti la scheda non sarà tenuta in considerazione.

Al ricevimento delle iscrizioni, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura.

Nel caso in cui pervenissero iscrizioni non indicanti se la persona è socio della Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.), il pagamento dovrà essere comunque pari alla quota NON SOCIO. Sarà cura della Segreteria Organizzativa verificare l'appartenenza alla S.I.Ur.O e stornare l'eventuale differenza.

Si suggerisce di verificare in anticipo l'appartenenza alla S.I.Ur.O degli iscriventi inviando un fax alla Segreteria Organizzativa.

La prima scadenza per l'iscrizione al Congresso è giovedì 5 Ottobre 2007. Le pre-iscrizioni verranno accettate entro e non oltre mercoledì 31 Ottobre 2007. Dopo tale data si accetteranno solamente iscrizioni in Sede Congressuale.

Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana , 76/2 – 40033 Casalecchio di Reno (BO)
Tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliviaggi.it – web: www.emiliviaggi.it

Aziende/Agenzie

In aggiunta alle modalità di iscrizione generali sopracitate, nel caso di sponsorizzazioni di gruppo o individuali sulla scheda dovrà essere indicato il riferimento dell'Azienda sponsorizzatrice e dell'eventuale Agenzia a cui fatturare.

Ritiro pre-iscrizioni da parte di Aziende/Agenzie

Il ritiro delle pre-iscrizioni di Agenzie/Aziende avverrà in Sede Congressuale in forma individuale da parte di ciascun pre-iscritto. Le Aziende/Agenzie dovranno obbligatoriamente richiedere per iscritto, contestualmente all'invio delle schede di iscrizione, un APPUNTAMENTO alla Segreteria Organizzativa. In questa sede verranno verificate le pre-iscrizioni già ricevute, accettati i cambi nome ed evase nuove iscrizioni non effettuate entro mercoledì 31 Ottobre 2007. Al ricevimento dell'iscrizione di gruppo, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura con l'orario ed il giorno assegnato per l'appuntamento.

Rinunce

Entro mercoledì 31 Ottobre 2007 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie. Dopo il 31 Ottobre 2007 non si avrà diritto a nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

Cambi nome

Sono permessi fino a mercoledì 31 Ottobre 2007. Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto. Oltre tale data potranno effettuarsi in Sede Congressuale. Le sostituzioni dovranno eseguirsi tramite nuova scheda di iscrizione.

In Sede Congressuale eventuali cambi nomi di partecipanti sponsorizzati verranno accettati solo con una dichiarazione scritta di autorizzazione da parte dell'Azienda Sponsor.

Ritiro pre - iscrizioni individuali e nuove iscrizioni

Il Desk per il ritiro in Sede Congressuale delle pre-iscrizioni individuali e delle nuove iscrizioni sarà aperto nei giorni:

Centro Servizi Policlinico di Modena

- Mercoledì 21 Novembre dalle ore 10.00 alle ore 20.00

Centro Forum Guido Monzani

- Giovedì 22 Novembre dalle ore 07.30 alle ore 21.00
- Venerdì 23 Novembre dalle ore 07.30 alle ore 20.00
- Sabato 24 Novembre dalle ore 07.30 al termine del Congresso

Modalità di pagamento iscrizioni

Il pagamento dovrà essere effettuato tramite:

- Bonifico Bancario:

CASSA DI RISPARMIO DI CESENA

FIL. CASALECCHIO DI RENO (BO)

C/C 000000000833

ABI 06120

CAB 36670

CIN W

intestato a E.V.C.M. S.r.l.

causale: XVII SIUrO 2007 + quota di iscrizione + nome iscritto.

(Esempio: XVII SIUrO + socio + Dott. Rossi Marco).

- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a: E.V.C.M. S.r.l.. L'assegno dovrà essere accompagnato da lettera in cui si specifica causale del pagamento.

Le iscrizioni effettuate direttamente in Sede Congressuale potranno essere pagate tramite contanti, assegni bancari o circolari non trasferibili, bancomat e carta di credito. A seguito del pagamento verrà rilasciata ricevuta cui farà seguito relativa fattura.

Fatturazione

Per la fatturazione, indicare chiaramente sulla scheda di adesione l'intestazione, il codice fiscale e/o partita IVA e l'indirizzo completo.

BADGE

Ogni partecipante regolarmente iscritto riceverà un badge con codice a barre che conterrà tutti i dati a lui relativi. Ciò consentirà l'accesso alle sessioni del Congresso ed alla Cerimonia Inaugurale. Il badge è l'unica chiave di accesso al Congresso e l'unico mezzo per l'assegnazione dei crediti E.C.M. Si prega pertanto di tenere sempre con sé il badge.

Colori di identificazione

Blu	Congressisti
Fucsia	Biologi e Anatomopatologi
Rosso	Giornalieri
Verde	Organizzazione
Giallo	Stampa
Azzurro	Espositori
Grigio	Infermieri

ORARI SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**Recapiti Segreteria Organizzativa c/o Sede Congressuale:**

Policlinico Tel. 059.4224374 Fax 059.4223135

Forum Guido Monzani Tel. 059.2021017 Fax 059.2021024

La Segreteria Organizzativa presso la Sede Congressuale Centro Servizi Policlinico di Modena sarà attiva a partire da Mercoledì 21 Novembre 2007 dalle ore 10.00.

La Segreteria Organizzativa presso la Sede Congressuale Centro Forum Guido Monzani di Modena sarà attiva a partire da

- Giovedì 22 Novembre dalle ore 07.30 alle ore 21.00
- Venerdì 23 Novembre dalle ore 07.30 alle ore 20.00
- Sabato 24 Novembre dalle ore 07.30 al termine del Congresso

Certificati di Partecipazione

L'attestato di partecipazione verrà rilasciato presso il Desk della Segreteria Organizzativa al termine del Congresso. Il certificato verrà rilasciato solo a fronte della restituzione del badge e dei questionari "pre" e "post" valutazione.

CONDIZIONI GENERALI DI PRENOTAZIONE**Per informazioni e prenotazioni rivolgersi a**

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.

Via Porrettana, 76/2 - 40033 Casalecchio di Reno (Bo)

Tel. +39 051 6194911 - Fax +39 051 569313

E-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it

Modalità di prenotazione

Per prenotare una o più camere è obbligatorio compilare ed inviare la SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA ed il relativo pagamento (assegno o copia bonifico bancario) ad Emilia Viaggi Divisione Congressi & Meeting entro il 21 Settembre 2007 (non si accettano prenotazioni telefoniche, ma solo scritte via fax o e-mail).

L'assegnazione delle camere sarà effettuata secondo l'ordine di arrivo delle richieste. In ogni caso sarà assegnato un albergo di pari categoria e, ad esaurimento della categoria prescelta, sarà proposta una categoria diversa.

Per poter garantire la prenotazione è necessario ricevere l'importo totale dei pernottamenti più € 25,00 IVA inclusa (per camera) come diritto di prenotazione non rimborsabile in nessun caso.

Modalità di pagamento

- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.
- Bonifico bancario: intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.

CARIM

C/C - 008561250500

ABI 06285

CAB 02401

IBAN - IT 70 Y 06285 02401 008561250500

In caso di mancato pagamento la prenotazione verrà automaticamente cancellata.

Cancellazioni e Rimborsi

Si accetteranno cambi di nominativi solo tramite comunicazione via e-mail o fax entro e non oltre 21 Settembre 2007.

In caso di cancellazione della prenotazione effettuata (da comunicarsi per iscritto) verranno applicate le seguenti penalità:

- Dal momento della prenotazione verrà addebitata la prima notte per ogni camera cancellata.
- Per cancellazioni (inclusi riduzione numero di notti ed eventuali no-show) oltre il 21 Settembre 2007 non si avrà diritto ad alcun rimborso.
- Tutti i rimborsi saranno effettuati dopo la fine del Congresso.

TUTTE LE SCHEDE DI PRENOTAZIONE DOVRANNO ESSERE INVIATE A:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.
Via Porrettana, 76/2 – 40033 Casalecchio di Reno (BO)
Tel. +39 051 6194911 - Fax +39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliviaggi.it

SEDI ALBERGHIERE

HOTEL CANALGRANDE 4*	Corso Canalgrande, 6	tel. +39 059217160
HOTEL CENTRAL PARK 4*	Viale Vittorio Veneto, 10	tel. +39 059.412723
HOTEL HOLIDAY INN 4*	Via Tre Olmi, 19	tel.+39 059.8890111
HOTEL RAFFAELLO 4*	Strada per Cognento, 5	tel.+39 059.357035
HOTEL REAL FINI 4*	Via Emilia Est, 441	tel. +39 059.2051530
HOTEL RECHIGI 4*	Via Emilia Est, 1581	tel . +39 059.283600
HOTEL TIBY RITZ 3*	Via Rainusso, 108	tel. +39 059.820101

Categorie e tariffe alberghiere

Albergo **** Doppia da 180,00 A 350,00 euro
Doppia u.s da 110,00 A 210,00 euro

N.B. Minimo notti garantite n. 3 - Diritto di prenotazione (non rimborsabile) € 25,00 IVA inclusa
LE PRENOTAZIONI SARANNO EVASE IN ORDINE DI ARRIVO

I prezzi indicati si intendono per camera a notte con inclusa la prima colazione, tasse ed IVA.

Servizio navette

Un servizio navetta collegherà gli hotel ufficiali del Congresso con la Sede Congressuale.

PROGRAMMA SOCIALE

Per poter partecipare al programma sociale è indispensabile essere iscritti al Congresso.

Inaugurazione

La Cerimonia di Inaugurazione si terrà, mercoledì 21 novembre 2007 alle ore 11.30, presso il Centro Servizi Policlinico di Modena . L'accesso è consentito anche agli accompagnatori degli iscritti regolarmente al Congresso.

Programma Accompagnatori

Per gli accompagnatori saranno a disposizione escursioni a pagamento. In Sede Congressuale sarà presente un desk appositamente dedicato dove rivolgersi per informazioni e/o prenotazioni.

Agenzia di viaggio

Emilia Viaggi è l'agenzia ufficiale del Congresso.

Per informazioni, prenotazioni ed emissione biglietteria rivolgersi a:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l. – Via Porrettana , 76/2 – 40033 Casalecchio di Reno(BO)
Tel. +39 051 6194911 - Fax +39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliviaggi.it – web: www.emiliviaggi.it

NOTIZIE UTILI**Lingua ufficiale**

La lingua ufficiale del Congresso è l'italiano.

Libro degli Abstract

Il libro degli Abstract è contenuto nel Programma Definitivo.

Questionari di "pre" e "post" valutazione

I questionari di "pre" e "post" valutazione relativi ad ogni giornata dei lavori dovranno essere tassativamente consegnati alla Segreteria Organizzativa in Sede Congressuale.

Esposizione tecnico-scientifica

Nell'ambito del Congresso sarà allestita un' esposizione tecnico – scientifica alla quale parteciperanno aziende farmaceutiche e aziende produttrici di apparecchi elettromedicali.

Open Lunch e Coffe Station

Saranno allestiti alcuni punti buffet nell'area poster-lunch.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE Centro Servizi Policlinico di Modena

Dal casello autostradale di Modena Nord o Modena Sud

Dall'autostrada

- Modena Nord imboccare la tangenziale in direzione Bologna; all'uscita sulla via Emilia, seguire le indicazioni centro - Policlinico.
- Modena Sud percorrere la via Vignolese in direzione "Modena", attraversare le località S. Donnino e S. Damaso, all'incrocio con la Nuova Estense procedere dritto verso il centro, attraversare altre due segnalazioni semaforiche e seguire il percorso obbligato, svoltando a destra c'è il Policlinico.

Dalla stazione dei treni

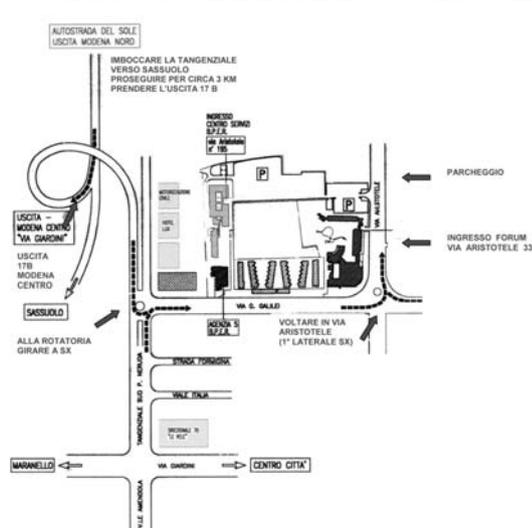
- autobus n.7: ferma davanti all'ospedale, al Poliambulatorio e in via Campi
- autobus n.9: ferma in via del Pozzo

Dalla stazione delle corriere

- autobus n.7: ferma davanti all'ospedale, al Poliambulatorio e in via Campi.

Dall'aeroporto di Bologna

Un servizio di bus (Aerbus) unisce l'aeroporto di Bologna "Guglielmo Marconi" alla città di Modena: scendere in piazza Garibaldi e prendere il filobus n. 7 sino alla fermata del Policlinico.

COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE Forum Guido Monzani

Dal casello autostradale di Modena Nord

Dall'uscita "MODENA NORD" dell'autostrada del Sole, percorrere la TANGENZIALE in direzione SASSUOLO per circa 3 km, quindi imboccare lo svincolo per "MODENA CENTRO – VIA GIARDINI" alla prima rotonda svoltare a sinistra (in VIA GALILEI) e proseguire fino all'incrocio con VIA ARISTOTELE; il FORUM è ben visibile alla vostra sinistra.

Dalla stazione dei treni

- Dalla Stazione FS prendere l'autobus linea 4 in direzione "Galilei" e scendere alla prima fermata di via Galilei.
- Radio taxi 059/374242

Assemblea dei soci SIUrO

L'assemblea dei soci SIUrO si svolgerà in prima convocazione Giovedì 22 Novembre 2007 dalle 7.30 alle 8.30 ed in seconda convocazione Giovedì 22 Novembre dalle 19.00 alle 21.00. Delibererà in seduta ordinaria sull'approvazione del bilancio e varie ed eventuali; in seduta straordinaria sulle modifiche allo Statuto vigente.

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

Premi S.I.Ur.O

Sono previsti premi per le migliori comunicazioni libere, per i migliori video e per i migliori poster presentati nelle sezioni poster.

Per quanto riguarda i poster verranno valutati esclusivamente i lavori in cui uno degli autori sarà presente, accanto al proprio poster, all'ora prevista, nella sessione Poster Meet the Authors.

I premi verranno assegnati, agli autori effettivamente presenti, nel corso della seduta amministrativa della Associazione che si terrà giovedì 22 Novembre dalle ore 19.00 alle ore 20.00.

Tutte le comunicazioni premiate ed i poster premiati verranno pubblicati per estenso sulla rivista Archivio Italiano di Urologia e Andrologia, organo Ufficiale della S.I.Ur.O.

Eat... and meet the professor

Nel corso della pausa pranzo avranno luogo a partire da giovedì 22 Novembre fino a sabato 24 Novembre 3 diverse sessioni, una per ogni giornata congressuale, intitolate "Eat... and meet the professor" (A Pranzo con il Professore).

Gli "Eat... and meet the professor" saranno degli incontri riservati ad alcuni partecipanti del Congresso con illustri Professori, finalizzati all'approfondimento di temi trattati durante i corsi.

Nell'ambito informale di questi pranzi verrà data l'opportunità ad un numero ristretto di congressisti di porre quesiti su temi precedentemente sviscerati da esperti di fama internazionale.

Le 3 sessioni sono da considerarsi a numero chiuso e prevederanno un massimo di 10 partecipanti cadauna a titolo gratuito.

Le richieste verranno accolte in ordine temporale fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Modalità di partecipazione agli Eat... and meet the professor:

- È necessario essere iscritti regolarmente al Congresso o alla giornata a cui si intende partecipare
- L'iscrizione alla sessione prescelta di "Eat... and meet the professor" dovrà avvenire presso l'ufficio della Segreteria SIUrO previa registrazione e ritiro del badge identificativo in Segreteria Organizzativa
- La Segreteria SIUrO valuterà, a seconda della disponibilità dei posti, di accettare o meno la richiesta di adesione e consegnerà un invito per accedere alla sessione prescelta.

ECM - Educazione Continua in Medicina

La presente edizione del Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia Oncologica, SIUrO verrà accreditata presso il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) attraverso la società stessa.

L'accreditamento del Congresso è stato articolato in giornate al fine di ottenere crediti separati per ogni singolo evento per poter certificare a ciascuno la reale partecipazione.

Al fine di permettere un preciso e puntuale svolgimento degli eventi accreditati ed il conseguente rilevamento delle presenze, sia i relatori che i partecipanti sono pregati di voler rispettare puntualmente gli orari previsti e di voler seguire fino a completamento l'evento volta per volta scelto.

I crediti assegnati al Congresso verranno comunicati dal Ministero della Salute alla SIUrO, non necessariamente prima dello svolgimento del Congresso stesso.

Al fine di ottenere l'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva degli operatori sanitari del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo, previa consegna presso la segreteria congressuale del questionario di verifica e della scheda di valutazione dell'evento formativo.

Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento.

L'attestato ECM verrà inviato dopo l'evento all'indirizzo indicato sul Questionario di Verifica dell'evento, previo controllo elettronico delle ore di presenza effettiva nell'area congressuale del partecipante, che dovranno risultare il 100% delle ore accreditate.

Percorso ECM per Biologi ed Anatomopatologi

Anche quest'anno il Comitato Direttivo ha definito un percorso formativo accreditato a fini ECM dedicato a biologi, anatomo-patologi, genetisti e ricercatori di base appartenenti a vari raggruppamenti disciplinari. Tutte le sessioni appartenenti a tale percorso sono contrassegnate con**.

Il percorso formativo include l'analisi delle caratteristiche morfobiologiche dei tumori prostatici, della loro genesi a partire da cellule staminali del ruolo di vari marker biomolecolari predittivi della prognosi ed infine della selezione di trattamenti mirati sulla base del profilo genetico della neoplasia.

Condizioni necessarie per poter ottenere i crediti ECM

- Permanenza in aula per un tempo pari al 100% di quello previsto per l'evento
 - Percorso formativo per Biologi ed Anatomopatologi totale 11 ore = 11 crediti ECM
 - Mercoledì 21 Novembre totale 7 ore = 5 crediti ECM
 - Giovedì 22 Novembre totale 6 ore = 4 Crediti ECM
 - Venerdì 23 Novembre totale 9 ore = 6 Crediti ECM
 - Sabato 24 Novembre totale 7 ore = 4 crediti ECM
 - Corso per infermieri totale 6 ore = 3 crediti ECM
- Restituzione del questionario di valutazione dell'evento, compilato in tutte le sue parti compresa la scheda di valutazione dell'evento stesso e la scheda per il rilevamento dei dati anagrafici.

Crediti ECM ai docenti/relatori di un evento

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare.

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi). I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM; essi non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

L'organizzatore è, come sempre, responsabile della corretta attestazione dei crediti. Qual è la "tolleranza" prevista per il tempo di presenza del partecipante all'evento residenziale o al progetto formativo aziendale entro la quale è concedibile l'attestato dei crediti?

Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza degli operatori sanitari interessati effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale, mentre, ai sensi dell'art.1, comma 4, del D.M. 27/12/2001 la presenza effettiva degli operatori sanitari interessati al progetto formativo aziendale è del 90%. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento finale essendo unico responsabile dell'evento residenziale o del progetto formativo aziendale.

Segreteria SIUrO in Sede Congressuale

Tel. + 39 0592021017

Fax + 39 0592021024

La segreteria è aperta nei seguenti orari:

Mercoledì 21 Novembre dalle ore 10.00 alle ore 19.30

Giovedì 22 Novembre dalle ore 09.00 alle ore 19.30

Venerdì 23 Novembre dalle ore 08.30 alle ore 19.30

Sabato 24 Novembre dalle ore 08.30 alle ore 18.00

arrivederci a Chieti/Pescara...



La Società Italiana di Urologia Oncologica ringrazia le Aziende che con la loro partecipazione hanno reso possibile la realizzazione del XVI Congresso Nazionale S.I.Ur.O. e le segnala all'attenzione dei partecipanti.

AB MEDICA
ALFA WASSERMANN
ASTELLAS PHARMA
AURORA ASSICURAZIONI
ASTRAZENECA
BAYER
BF PHARMA
B-K MEDICALE
CEA
DIAPATH
EDAP TECHNOMED
EDIZIONI MINERVA MEDICA
ELI LILLY
FARMACEUTICA MEV
GALIL MEDICAL
GE HEALTHCARE
GLAXOSMITHKLINE
IPSEN
KARL STORZ ENDOSCOPIA ITALIA
KYOWA ITALIANA FARMACEUTICI
NOVARTIS FARMA
NUCLETRON
PIERRE FABRE PHARMA
PFIZER ITALIA
ROCCHETTA
SANOFI – AVENTIS
TAKEDA ITALIA FARMACEUTICI
TELEFLEX



Abstract n. 1 Poster

MONOTERAPIA NEO-ADIUVANTE CON ANTIANDROGENI NON-STEROIDEI (AANS) IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA CANDIDATI A TRATTAMENTO RADIANTE DI PRIMA INTENZIONE. STUDIO DI FASE II. REPORT INIZIALE

Bonetta A.¹, Parietti E.², Cafaro I.¹

¹U.O. di Radioterapia, Istituti ospitalieri di Cremona; ²U.O. di Fisica Sanitaria, Istituti ospitalieri di Cremona

Introduzione: Dal dicembre 2006 è iniziato uno studio di fase II per valutare la modificazione volumetrica di prostata (P) e vescichette seminali (VS) in corso di ormonoterapia neoadiuvante (OTN) in pazienti con programma di IMRT (radioterapia a modulazione di intensità) con finalità radicali. Con questa tecnica radioterapica lo studio morfologico-dimensionale del clinical target volume è di fondamentale importanza sia per la cura sia per il controllo delle tossicità.

Materiali e Metodi: Lo studio prevede: 1) l'esecuzione di una TC (con metodica di centratura per radioterapia) per la valutazione dei volumi di prostata e vescichette seminali al momento della prima visita radioterapica; 2) tre mesi di terapia ormonale con antiandrogeni non-steroidi (AANS) (bicalutamide 150 mg/die); 3) rivalutazione dei volumi su nuova TC di centratura prima dell'inizio della radioterapia. Il contornamento delle immagini di prostata e VS per la determinazione dei volumi viene effettuato su consolle di calcolo sempre dallo stesso operatore. L'endpoint primario è quello di valutare se si verifica una modifica dei volumi considerati e quindi determinarne l'entità (percentuale) confrontando i dati pre-terapia e post-terapia. Gli obiettivi secondari sono: a) valutare l'impatto degli AANS sulla sintomatologia urinaria dei pazienti; b) valutare la tollerabilità globale della cura. Dal 12/2006 ad oggi sono stati arruolati 16 pazienti (50% dei previsti) di cui 12 hanno completato il percorso dello studio.

Risultati: I pazienti hanno tutti ben tollerato la terapia, solo un paziente ha avuto disturbi gastroenterici non determinanti l'interruzione della cura ormonale. In tutti i pazienti è stata osservata una riduzione volumetrica degli organi considerati, le cui medie sono riportate qui di seguito:

- 1) prostata e VS: pre(OTN): 74.2 cc, post(OTN): 58.3 cc; variazione: -15.9 cc, pari al 21.4%
- 2) solo prostata: pre(OTN): 55.6 cc, post(OTN): 44.0 cc; variazione: -11.7 cc, pari al 20.5%

Queste variazioni volumetriche hanno anche determinato uno spostamento di retto e vescica, organi a rischio per la radiote-

rapia. Collateralmente si è osservata dopo terapia una discreta sfumatura dei profili di prostata e vescichette seminali alla TC. *Conclusioni:* Nello studio in corso, con i dati al momento disponibili, si evidenzia: 1) una buona tolleranza della bicalutamide in uso primario; 2) l'esistenza di una significativa riduzione volumetrica di prostata e vescichette seminali con AANS; 3) l'esistenza di uno spostamento degli organi a rischio nella pelvi; 4) una minor nettezza dei profili di prostata e vescichette seminali alla TC dopo terapia. In relazione ai punti 2 e 3, la variazione appare significativa nel modificare le caratteristiche fisico-geometriche del piano di cura, confermando l'ipotesi che elaborare precocemente un piano di cura radioterapico durante l'ormonoterapia può causare errori e quindi possibili danni al paziente.

Abstract n. 2 Poster

RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA NEI PAZIENTI CON RECIDIVA BIOCHIMICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE: STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE

Bonetta A.¹, Piazzalunga B.², Cafaro I.¹, Olivetti L.²

¹U.O. di Radioterapia, Istituti ospitalieri di Cremona; ²U.O. di Diagnostica per Immagini, Istituti ospitalieri di Cremona

Nei pazienti con recidiva biochimica di adenocarcinoma prostatico dopo prostatectomia radicale è importante rilevare le sedi anatomiche di ripresa di malattia per impostare un corretto trattamento radiante e/o medico. L'associazione di TC e scintigrafia ossea sono utili nella ricerca di metastasi sistemiche o lesioni loco regionali massive ma appaiono limitate per le localizzazioni linfonodali o le recidive locali di piccole dimensioni. Anche l'ecografia transrettale mostra una bassa specificità/sensibilità nella maggior parte dei casi. L'uso delle RM sembra mostrare maggior sensibilità e specificità: il nostro studio prospettico non randomizzato ha lo scopo di valutare l'utilità della RM nell'individuazione della recidiva clinica.

Materiali e Metodi: Dal settembre 2004 all'aprile 2007 sono stati arruolati nello studio 57 pazienti con recidiva biochimica di adenocarcinoma prostatico. Tutti i pazienti erano stati sottoposti a prostatectomia radicale almeno 4 mesi prima della diagnosi di recidiva: l'intervallo medio è stato di 24 mesi (4-108). Il PSA medio alla recidiva è stato di 2.08 (0.55-7.74). I pazienti sono stati sottoposti a RM pelvica prima di impostare un trattamento radioterapico di salvataggio. I risultati dello studio sono stati validati solo con il follow up (caduta del PSA dopo trattamento locale o PET con C11 colina positivo), senza effettuare biopsie delle aree sospette.

Risultati: L'interpretazione delle immagini RM ha evidenziato 30 esami (53%) con aree positive per neoplasia, 4 (7%) aree dubbie; i restanti 23 esami (40%) erano negativi. Nel successivo follow up dopo trattamento radioterapico radicale in 50 pazienti l'ipotesi diagnostica è stata validata, in 7 non è stato possibile un giudizio adeguato o per follow up troppo breve o per impostazione non prevista di terapia ormonale. Nel gruppo con RM positiva 27 casi sono stati giudicati veri positivi, 3 non valutabili; nel gruppo di negatività 17 casi sono stati ritenuti falsi negativi, 4 veri negativi, 2 non valutabili. Nel gruppo con incertezza diagnostica, sono stati rilevati 1 caso negativo, 1 positivo e 2 non valutabili. L'analisi condotta su questi 50 casi valutabili ha mostrato sensibilità: 0.6, specificità: 1, con valore predittivo positivo di 1 e valore predittivo negativo di 0.22.

Conclusioni: Nella nostra esperienza la RM ha evidenziato una discreta sensibilità, accompagnata da una alta specificità. In altre parole la RM permette al Clinico un alto grado di sicurezza diagnostica quando viene rilevato del tessuto patologico (di poco inferiore 100%). Al contrario, in caso di negatività circa il 60% dei pazienti presenta malattia ancora loco-regionale ma non rilevabile, verosimilmente per morfologia (microdiffusione a spreading) o per volumi inferiori alla risoluzione della metodica. La CT PET con ¹¹C colina potrebbe essere utilizzata per migliorare i risultati della stadiazione nei casi in cui l'esito della RM sia dubbio o negativo.

Abstract n. 3 Poster

CISTECTOMIA RADICALE E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA A "Y" IN PREGRESSA PROSTECTOMIA RADICALE NERVE- SEMINAL SPARING

Ambu A., Bollito E.¹, Bellina M.

U.O.C. Urologia, P.O. di Rivoli (TO); ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi - Orbassano (TO)

Presentiamo il caso di un paziente di 64 anni, già sottoposto il 06/07/05 a prostatectomia radicale nerve- seminal sparing, senza linfoadenectomia, per adenocarcinoma prostatico Gleason score (GS) = 6 (3+3), con i seguenti esami pre-operatori: ETG neg.; ematologici ed es. urine nella norma; PSA= 6.18. All'esame istologico definitivo, presenza di adenocarcinoma prostatico pT2c, GS = 6 (3+3), con margini di resezione negativi.

Il paziente veniva sottoposto ai periodici controlli di follow-up, presentando sempre PSA sierico indosabile. Riferiva inoltre ottima continenza urinaria sia diurna che notturna, senza necessità di utilizzare assorbenti, e buona attività sessuale con uso di farmaci orali. A 18 mesi dall'intervento, in seguito ad episodi di macroematuria, veniva posta diagnosi endoscopica di neoformazione solida sulla parete laterale sinistra, mammellonata, diam. 3 cm circa; altra neoformazione sulla parete anteriore verso il collo, solida, diam. 2 cm, in stretta contiguità con la prima; veniva quindi eseguita resezione endoscopica delle neoformazioni con intento studiante; il referto istologico risultava positivo per carcinoma uroteliale T2G3, con uretra e sede dell'anastomosi vescico-uretrale negative alla presa biotptica. La TC addome del 05/05/07 dimostrava reni nella norma, ispessimento della parete vescicale anteriore, assenza di linfoadenopatie. Il 14/06/07 il paziente è stato sottoposto a cistectomia radicale e confezionamento di neovescica ileale ortotopica a Y. La presenza in situ delle vescichette seminali, risparmiate durante il precedente intervento di prostatectomia, ha permesso di asportare la vescica in sicurezza, nonostante le tenaci aderenze peri-viscerali, seguendo un piano anteriore alle vescichette stesse, che risultavano fuse e indissociabili dalla parete rettale, e sulle quali il prelievo biotptico dimostrava assenza di infiltrazione neoplastica. L'esame istologico definitivo ha riscontrato presenza di carcinoma vescicale pT2G3 con linfonodi negativi e margini di resezione indenni.

Abstract n. 4 Comunicazione Selezionata

LO SCOLLAMENTO IDRAULICO DELLA FASCIA PELVICA NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE- SEMINAL SPARING: RISULTATI ISTOLOGICI E FUNZIONALI.

Ambu A., Guercio S., Mangione F., Mari M., Bollito E.¹, Bellina M.

U.O.C. Urologia, P.O. di Rivoli (TO); ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi - Orbassano (TO)

Obiettivi: È stato dimostrato che il rispetto dei fasci del muscolo elevatore dell'ano e della fascia prostatica, in associazione alla conservazione dei fasci vascolo-nervosi, è di notevole importanza nel favorire il recupero della continenza e della potenza sessuale nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale. Presentiamo i risultati dell'impiego, nella prostatectomia radicale seminal- nerve sparing (PRSNS), dello scollamento idraulico per la preparazione della fascia prostatica, al fine di ottenere un più anatomico e agevole rispetto dei bundles neuro-vascolari.

Materiali e Metodi: Dal gennaio 2006 al marzo 2007, 36 pazienti selezionati, con adenocarcinoma prostatico localizzato, GS < 6, PSA <10, < 30% prelievi biotptici positivi, età < 72 anni, punteggio IIEF-5 > 21, sono stati sottoposti a PRSNS. La fascia prostatica veniva preparata attraverso i seguenti step: realizzazione di una piccola breccia sulla faccia anterolaterale della fascia prostatica in sede paramediana bilateralmente (ore 11 e 13); scollamento idraulico della fascia stessa con soluzione fisiologica; incisione della fascia prostatica sulle 2 linee paramediane; approfondimento della dissezione per via smussa fino a completa liberazione dei bundles. La PR veniva quindi condotta per via ascendente-discendente con risparmio delle vescicole seminali e valutazione al congelatore della giunzione prostatico-vescicolare. I risultati sulla continenza sono stati valutati a 3 mesi dall'intervento (continenza: non necessità di assorbenti). I risultati sulla funzione sessuale sono stati valutati per i pazienti con almeno 12 mesi di follow-up, mediante questionario IIEF-5.

Risultati: Letà mediana dei pazienti era 63 aa. (range 50-72 aa.). Il follow-up mediano è stato di 12 mesi (3-17 mesi). All'esame istologico è stato rilevato un margine positivo in 5/35 pazienti (14%), in 2/5 casi (40%) a carattere focale (< 1 mm); in nessun paziente è stata osservata progressione sierologica durante il follow-up indicato. A 3 mesi dall'intervento 33/35 pazienti (95%) sono risultati continenti; 21/35 pazienti (60%) sono risultati continenti alla rimozione del catetere vescicale.

21 pazienti hanno raggiunto 12 mesi di follow-up; dal punto di vista della funzione sessuale 3 pazienti non risultavano valutabili; 11/18 pazienti valutabili (61%) avevano erezioni valide con o senza ausilio di terapia per os.

Conclusioni: Lidroscollamento permette una preparazione anatomica della fascia prostatica, senza incremento nella percentuale dei margini positivi e con agevole preservazione dei bundles neurovascolari. La conservazione delle vescichette seminali, associata alla tecnica nerve-sparing, consente di ottenere ottimi risultati funzionali, con minimo rischio oncologico, come anche confermato dalla letteratura più recente (Gallina et al., Eur Urol Jul 2007).

Abstract n. 5 Comunicazione

OPTIMIZING PLANNING TARGET VOLUME FOR ADJUVANT RADIOTHERAPY IN STAGE I TESTICULAR SEMINOMA

Magli A.¹, Signor M.¹, Foti C., Fongione S.¹, Malisan M.R., Padovani, Buffoli A.¹

¹Institute of Radiation Oncology and Medical Physycs Department - University General Hospital in Udine

Background: At presentation, 75% of all seminoma of the testes have Stage I disease. As testicular seminoma is a model of a

highly curable tumor, it is important that treatment is optimized to ensure maximal cure rates while minimizing long-term complications of therapy. The fact that radiation constitutes the primary postorchietomy therapy for the majority of patients means that attention must be paid to the details of radiation, including the doses used and volumes to be irradiated, to optimize the therapeutic ratio. Adjuvant radiotherapy is currently standard treatment of Stage I seminoma (SOS). One large trial that mapped failures has shown that nearly half of all patients with infra-diaphragmatic relapses have recurrent disease within 1 cm of the field edge [1]. This suggests that better definition of the target volume may lead to improvements in radiotherapy results. Currently, radiotherapy is progressing into the era of computerised tomogram (CT) based planning rather than plain film planning. This offers the opportunity to determine what doses target structures are actually achieving, and to conform the delivery of radiation to the target structure volume.

Material and Methods: The TC dataset from 10 consecutive SOS patients were identified between June 2005 and March 2007 at the University General Hospital in Udine. Three had left-sided and seven had right-sided tumours. A supine position set-up was used: a head and neck support, the arms above the shoulders and the hands on the top of the head, a LEG FIX system for feet and knees immobilization. Patients were scanned from the lower chest to the obturator foramen, with intravenous contrast, using a slice thickness of 5 mm and slice gaps of 5 mm. The prescribed dose was 25.5 Gy in 15 fractions at ICRU point with 10 MV nominal photons beams. Two plans were generated for each of 10 patients: one using traditional rectangular para-aortic fields created using criteria from the Medical Research Council [2], and one using conformal fields generated based on vascular anatomy (aorta, inferior vena cava, ipsilateral renal vein) [3]. 3D-CRT treatments were planned with the following three beams:

- An anterior field (gantry angle 0°) with a vertically oriented wedge (5°-20°).
- Two anterior oblique wedged fields, set at gantry angles 285°-300° from the right, and 60°-70° from the left side, with wedge angles 52°-60°.

All fields were individually MLC-shaped to conform to the PTV contour. The beam weights were set around 40% for the anterior field and around 30% for each of the lateral fields. Dose-volume histograms (DVH) were generated for both the traditional and CT-based plans. For each renal volume we recorded minimum, mean, and maximum dose, as well as V15 and V25. For the vessel and lymphnodes related volume we reported minimum, mean, and maximum doses, as well as V25.5% (100% of prescribed dose), V24.225 (95%), V23.715 (93%) and D95 (as per ICRU 50/62 guidelines refs.)

Results: The dosimetric analysis of traditional plans showed that they provided reasonable dosimetric coverage of the PTV. The TC based plan delivered improved dosimetry to the vessel PTV compared with the traditional field (CT D95=24.6Gy±0.1, Dmean=25.5Gy±0.2, V25.5=44%±13.9, V24.225=98.4%±0.8, V23.715=99.6%±0.2; traditional plans D95=19Gy±5.4, Dmean=24.4Gy±0.6, V25.5=24.4%±15.9, V24.225=83.3%±5.9, V23.715=89.6%±4.7). CT-based plans were significantly wider than traditional plans (CT=11.9 cm, traditional=9.9 cm). The CT plan gives a higher mean dose to the kidneys; the V25 is higher, too, but only to 4% of the total kidneys volume (CT Dmean = 10.1Gy±1, V15 = 21.1%±5.1, V25 = 4%±4; traditional Dmean = 5.1Gy±0.7, V15 = 13.2%±2.5, V25 = 1.8%±2.2).

Conclusions: A simple CT-based field generation algorithm for SOS provides improved dosimetry individualization. Higher renal V25 irradiation of a low volume is unlikely of clinical significance.

Given the potential for improved disease control with relatively little additional effort and probably minimal patient morbidity, it is reasonable to consider CT based planning when available for treatment of the SOS.

Prospectives: The aim of having a simple and reproducible algorithm for the CT plan is to allow for inter-user reproducibility and to cut down on contouring time.

References

- Classen J, Schmidberger H, Meisner C et al. Para-aortic irradiation for stage I testicular seminoma: results of a prospective study in 675 patients. A trial of the German testicular cancer study group (GTCSG). *Br J Cancer* 2004; 90:2305-11
- Fossa SD, Horwich E, Russell JM et al. Optimal planning target volume for stage I testicular seminoma: a Medical research council randomized trial. *J Clin Oncol* 1999; 17:1146-54.
- Martin JM, Joon DL, Ng N, et al. Towards individualised radiotherapy for Stage I seminoma. *Rad. Oncol* 2005; 76:251-56

Abstract n. 6 Poster

RECIDIVA URETRALE DI CARCINOMA TRANSIZIONALE SUPERFICIALE A CATTIVA PROGnosi DI VESCICA DOPO 10 ANNI DALLA CISTECTOMIA RADICALE

Di Lallo A., Santoro P.

U.O.C. di Urologia, Ospedale Cardarelli, Campobasso

Introduzioni e Obiettivi: L'incidenza di recidiva uretrale nel carcinoma transizionale di vescica dopo cistectomia radicale si verifica in una non elevata percentuale di casi compresa fra il 4 ed il 14 %, ma sembra aumentare al 19 % nel caso in cui sia presente Cis. L'intervallo tra la cistectomia e la comparsa di recidiva uretrale è mediamente intorno ai 40 mesi e non superiore ai 106 (1,2). Descriviamo di seguito un caso di recidiva uretrale dopo 10 anni dalla cistectomia radicale.

Materiali e Metodi: L.G. di anni 80 è un paziente che nel 1996 fu sottoposto a nefroureterectomia sinistra con cistoprostatectomia radicale per carcinoma uroteliale papillare pT1G3 della pelvi renale associato a pT1G3 papillare della parete laterale della vescica e Cis di trigono e uretere terminale sinistro. I margini di resezione dell'uretra e dell'uretere terminale destro erano negativi e così pure i linfonodi regionali. Il paziente portatore di uretero-cutaneostomia, che eseguiva regolarmente gli esami del follow-up è sempre stato in ottime condizioni generali fino alla comparsa circa un anno fa di uretrorragia monosintomatica. Sottoposto a citologia da lavaggio dell'uretra risultata dubbia per flogosi intensa venne sottoposto a uretroscopia e resezione endoscopica di una neoformazione papillare di circa due centimetri dell'uretra posteriore. L'esame istologico era positivo per carcinoma uroteliale papillare e pertanto veniva avviato ad uretrectomia totale, con istologico che confermava la presenza di "focali residui intraepiteliali ad estensione ghiandolare di carcinoma in situ e diffusa uretrite cronica ulcerativa, margini di exeresi liberi."

Risultati: Il gold standard della terapia della recidiva uretrale è la uretrectomia totale. L'intervento non ha presentato particolari difficoltà per la semplicità con cui si individua il piano di dissezione tra spongiosa e corpi cavernosi. Il controllo a 3 settimane ha mostrato un buon risultato estetico e a 12 mesi non c'è evidenza di malattia.

Conclusioni: La caratteristica del carcinoma transizionale ed in particolare modo del Cis di essere malattia multifocale è un concetto ben noto da oltre 50 anni. Il follow-up di questi tumori dopo cistectomia radicale deve essere pertanto finalizzato oltre che alla anticipazione diagnostica della progressione e recidiva tumorale anche alla individuazione precoce di malattia primitiva in altre sedi dell'urotelio. Per questo è fortemente raccomandato un follow-up annuale anche dopo il

quarto anno dalla cistectomia con RX Torace ed ecografia o TAC addominale, mentre è dibattuta la utilità della uretroscopia e della citologia da lavaggio dell'uretra (1). Proprio alla luce della caratteristica multifocale del carcinoma transizionale si giustifica secondo taluni Autori (3,4) l'indicazione alla uretrectomia totale contestuale alla cistoprostatectomia soprattutto nei casi in cui si associ la presenza di Cis con localizzazione al collo vescicale. Nei pazienti con interessamento dell'uretra prostatica la uretrectomia totale è fortemente consigliata (2).

Bibliografia essenziale

1. Freeman JA, Esrig D, Stein JP, Skinner DG: Management of the patient with bladder cancer. Urethral recurrence. *Urol North Am*, 1994, 21: 645
2. Levinson AK, Johnson DE, Wishnow KI: Indications for urethrectomy in an era of continent urinary diversion. *J Urol*, 1990, 144:73
3. Shellhammer PF: Urethral carcinoma *Semin Urol*, 1:83, 1983
4. Faysal MH: Urethrectomy in men with transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology*, 16:23, 1980

Abstract n. 7 Poster

QUALITÀ DI VITA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO RADIOTERAPIA

Pugliese P.¹, Bonucci A.¹, Saracino B.², Fotia L.¹, Petrongari MG.², Milana R.¹, Gomellini S.², Arcangeli G.²

¹SSD di Psicologia IFO, Istituto Regina Elena di Roma; ²Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica, Istituto Regina Elena, Roma

Obiettivo: Valutazione dell'impatto dei trattamenti sulla Qualità di Vita (HRQoL), sulla sessualità e sul distress in pazienti affetti da carcinoma della prostata, sottoposti a trattamento radioterapico.

Metodologia: tutti i pazienti, arruolati presso la struttura di Radioterapia dell'Istituto Regina Elena di Roma, sono stati valutati, all'interno di uno studio longitudinale prospettico, prima del trattamento e nei follow up a sei, dodici, diciotto e ventiquattro mesi. La valutazione della HRQoL è stata effettuata tramite il questionario EORTC QLQ-C30 e con il modulo specifico per patologia EORTC QLQ-PR25. La sessualità è stata valutata mediante il questionario I.I.E.F. ed il distress tramite la scala HAD.

Risultati: I pazienti hanno riportato punteggi di HRQoL, nelle scale "stato emotivo" ed "indice globale della Qualità di Vita" che indicano peggioramento nel follow up a sei mesi e recupero nel follow up a dodici mesi con valori sovrapponibili a quelli di base. Da tutte le scale di valutazione del modulo specifico emergono bassi punteggi nelle scale sintomatiche sia nel follow up a sei mesi che nel follow up a dodici mesi. Rispetto alla valutazione della sessualità, nel follow up a sei mesi, le aree in cui si riscontrano problematiche in un maggior numero di pazienti sono la "soddisfazione generale" (60%) ed il "desiderio" (45%). Nel follow up a dodici mesi le aree in cui si riscontrano problematiche in un maggior numero di pazienti risultano essere il "desiderio" (45%) e la "funzione erettile" (50%). Il 20% dei pazienti mostrava disturbi della sessualità già nella valutazione a baseline. La valutazione del distress ha mostrato, nel follow up a sei mesi, punteggi medi di ambito reattivo (ansia = 10; depressione = 8) e, nel follow up a dodici mesi, punteggi medi che indicano assenza di ansia o depressione (ansia = 5; depressione = 6).

Conclusioni: In questo studio emerge che l'impatto della radioterapia sulla HRQoL è moderato e riguarda le aree della "Qualità di Vita globale" e dello "stato emotivo" e che l'impatto sulla sessualità riguarda aree diverse a seconda della distanza dal trattamento. La prosecuzione dello studio permetterà di rilevare l'andamento delle variabili in esame a lungo termine, consentendo la rilevazione di sequele tardive.

Bibliografia essenziale

- Incrocci L., Koos Slob A., Levendag P.C. Sexual dysfunction after radtherapy for prostate cancer. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys* 2002 Mar 1; 52(3):681-93. Review
- Incrocci L. Sexual function after external-beam radiotherapy for prostate cancer: what do we know? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006 Feb; 57(2):165-73. Epub 2005 Dec 1. Review.
- Quek M.L. Penson D.F. Quality of life in patients with localized prostate cancer. *Urologic Oncology* 2005 May-Jun; 23(3):208-15
- Balderson N, Towell T. The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Br J Health Psychol*. 2003 May; 8(Pt 2):125-34

Abstract n. 8 Poster

CRIOABLAZIONE DELLA PROSTATA PER CARCINOMA LOCALIZZATO. NOSTRA ESPERIENZA

Galosi A.B., Polito M. jr, Fabiani A., Lugnani F., Muzzonigro G. Clinica Urologica, Università Politecnica delle Marche, Azienda Ospedaliera Umberto I, Ancona

Introduzione: La moderna crioablazione guidata è un trattamento mini-invasivo ed è considerata un'opzione alternativa in casi in cui non sia eseguibile o accettato il trattamento di prima o di seconda linea per rischi specifici legati alla chirurgia, alla radioterapia o alla terapia medica.

Abbiamo valutato retrospettivamente i risultati della nostra esperienza in una serie consecutiva di pazienti.

Materiali e Metodi: Dal nostro database di 98 pazienti trattati nell'arco di circa 9 anni (giu/97-dic/06), sono stati valutati 85 paz. sottoposti a crioablazione come primo trattamento locale, sono stati esclusi 4 casi persi al follow-up, 3 crio di debulking, 5 recidive a radioterapia.

Letà media era di 71,8 anni ($\pm 5,3$), PSA medio era di 12,7 ng/ml (min. 4,5 –max. 51; ± 9), lo stadio clinico era cT1-2a in 34 (40%), cT2b-c in 23 (27%) e cT3a in 28 (33%).

Il grado era in 49 casi (57,6%) Gleason score 5-6, in 31 (36,5%) GS 7, e in 5 (5,9%) GS 8-10. Il 50,6% dei pazienti apparteneva alla categoria ad alto rischio di progressione sec. D'Amico.

I criteri di reclutamento sono quelli identificati dall' European Study Group of Urologic Cryosurgeons: 38 paz. (44,7%) avevano un'età >73 anni, 44 (50,5%) avevano co-morbilità importanti che li rendevano ad alto rischio chirurgico (ASA 3), 13 (15,2%) rifiutavano chirurgia e radioterapia.

La crioablazione è stata eseguita secondo la tecnica a mano libera descritta da Banh e Lee, utilizzando un sistema di raffreddamento ad gas Argon e riscaldamento ad Elio (Endocare). Nel 99% dei casi è stato eseguito un blocco androgenico a scopo neoadiuvante, nel 54% a scopo adiuvante per 2-3 mesi.

Nel follow-up abbiamo valutato PSA e testosterone ogni 3 mesi, ecografia trans-rettale a 6, 12 e poi annualmente, biopsie di mapping (6-12 prelievi) a 6 o 12 mesi. In caso di elevazione del PSA >1.0 biopsie prostatiche, TC/RM addome o TC-PET Colina, Scintigrafia ossea. Un'analisi statistica per gruppi di rischio e curve di sopravvivenza è stata eseguita con software SPSS 10.1.

Risultati: Dopo un follow-up medio di 4 anni (49,6 mesi; 2-99), si sono osservati 6 decessi su 85 paz, di cui 1 per malattia. La Disease free survival è del 63,5%, la Overall survival 92,9%, e la Overall specific survival 98,7%. Un secondo trattamento di crioablazione è stato ripetuto in 3 casi.

Sono liberi da malattia 54 dei 85 (63,5%) pazienti (PSA \leq 1.0 e stabile, biopsia negativa ed in assenza di trattamenti ormonali). Globalmente la ripresa di malattia si è verificata in 31 casi su 85 pari al 36,5%.

L'esclusiva elevazione del PSA è stata osservata in 15/85 (17,6%), le biopsie positive in 16/85 (18,8%), metastasi ossee in 1/85 (1,1%).

La disfunzione erettile è stata osservata nell'82% dei pazienti sessualmente attivi. L'incontinenza urinaria transitoria da stress/urgenza è stata osservata in 8 pazienti (9,5%), mentre un'incontinenza definitiva è riportata da 4 paz (4,7%) (3 paz con 1 pann/die, 1 paz >3 pann/die).

Il tasso di morbilità è del 21% ed include solo complicanze minori osservate in 18 casi (7 UTI, 3 ritenzioni urinarie, 5 sloughing syndrome, 2 stenosi del collo, 1 fistola perineale). La precedente chirurgia per ipertrofia prostatica (10 casi) è il fattore di rischio per complicanze minori e incontinenza urinaria definitiva.

Conclusioni: La crioablazione è una tecnica mini-invasiva efficace nel controllo del carcinoma prostatico anche nei pazienti con neoplasia considerata ad alto rischio.

Abstract n. 9 Poster

NUMERO DI BIOPSIE PROSTATICHE IN RAPPORTO AL VOLUME GHIANDOLARE: LA DENSITÀ BIOPTICA

Galosi A. B., Corsini C., Fabiani A., Parri G., Lacetera V., Muzzonigro G.

Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

Introduzione: La Densità Biopica è il rapporto tra numero di prelievi e volume ghiandolare, espresso dalla formula: biopsie (n)/volume prostata (ml). Mantendo costante la percentuale di tumore che occupa la ghiandola, la probabilità di diagnosticare la malattia è proporzionale al numero dei prelievi per unità di volume ghiandolare. Riteniamo pertanto che questo parametro possa essere utile per misurare l'accuratezza diagnostica della biopsia indipendentemente dal volume ghiandolare e dal numero dei prelievi.

Scopo: Abbiamo valutato la DB in una casistica di 702 pazienti, 392 dei quali avevano esplorazione rettale negativa e PSA < 10ng/ml. **METODI:** Abbiamo selezionato 702 casi sottoposti a biopsie di mapping (? 6 prelievi) per i quali erano disponibili tutti i parametri clinici, il numero prelievi, la Densità Biopica [n biopsie/volume prostata]. Il 13,2% (n.93) è stato sottoposto a re-biopsia. Il calcolo del volume prostatico e della zona di transizione è stato eseguito con la formula dell'ellissoide con lo stesso ecografo (Astro, Esaote) prima della biopsia. La tecnica biopica e l'analisi dei frammenti tiene conto delle Linee Guida sulla Biopsia Prostatica (2005).

Il PSA medio è di 10,3 ng/ml [mediano 7,6; range 0,3-247], volume medio di 54,8 ml [mediano 48, range 12-190], il n dei prelievi era 8,9 (6-24), l'esplorazione rettale (ER) risultava positiva nel 23,9%; 392 avevano PSA <10 e ER negativa. Dei 702, 317 (45,1%) erano positivi per tumore. Abbiamo definito il cut-off di 0,2 per analizzare la casistica, basandoci sul valore medio della DB, che era di 0,19 (mediana 0,18; range 0,02-0,80). L'analisi statistica è stata condotta utilizzando SPSS 10.5. **Risultati:** Nei 392 paz. con PSA < 10 e ER negativa, il 34,4% ha tumore. All'analisi multivariata il n dei prelievi differisce in maniera significativa tra i pazienti con e senza tumore: 8,3 (6-22) vs 9,3 (6-24). La capacità diagnostica non è correlata al numero assoluto dei prelievi né volume ghiandolare, ma è correlata alla BD. La Biopsy Density è indipendente dal volume prostatico e dal numero dei prelievi: 0,24 nei soggetti con carcinoma vs 0,18 nei negativi (p<0.001). Una Biopsy Density <0,20 si associa ad una diagnosi di carcinoma nel 20,3% (42/207) mentre una BD>0,20 si associa a cancro nel 47,7% (82/172). In relazione al volume ghiandolare <40ml e tra 40 e 60ml, BD <0,2 ha una capacità diagnostica del 35% e 29%, se la BD è >0,2 la capacità diagnostica è 59% e 33% rispettivamente.

Se analizziamo il gruppo di pazienti sottoposti a re-biopsia, il ruolo della BD è ancor più significativo: con valori inferiori a 0,2 la Detection rate è pari al 7% mentre con valori superiori 0,2 la Detection rate è pari al 40%.

Conclusioni: A nostro avviso il n dei prelievi biopici dovrebbe correlarsi al vol. ghiandolare, mantenendo un rapporto costante tra il numero dei prelievi e il volume prostatico, pari o superiore a 0,20.

Nella re-biopsia, il ruolo della BD è ancor più significativo: con valori inferiori a 0,2 la capacità diagnostica è pari al 7% mentre con valori superiori 0,2 è pari al 40%. La DB apre la strada a successivi studi di validazione su una casistica caso-controllo e correlazione con campioni chirurgici.

Abstract n. 10 Comunicazione

ASPETTI CLINICI E PATOLOGICI DEL TUMORE ADENOMATOIDE DEL DIDIMO

Galosi A.B.¹, Fabiani A.¹, Giannubilo W.¹, Zamparese R.², Bufo P.², Polito M.¹, Muzzonigro G.¹

¹Cl. Urologica Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti Università Politecnica delle Marche, Ancona; ²U.O. Anatomia Patologica Ospedale Colonnello D'Avanzo Università degli Studi, Foggia

Introduzione: Il tumore adenomatoide (TA) è la neoplasia benigna più comune dell'epididimo. L'origine del T.A. è mesoteliale e può interessare vari distretti dell'apparato genitale maschile. La localizzazione nel didimo è estremamente rara e la diagnosi differenziale è con le neoplasie maligne del testicolo, mentre la localizzazione nell'epididimo è la più frequente e la diagnosi differenziale deve essere posta con patologie flogistiche e le rare patologie maligne del funicolo.

La diagnosi è effettuata incidentalmente nei giovani in età compresa tra 30 e 40 anni. La diagnosi differenziale pre-operatoria è estremamente difficile.

Metodo: Presentiamo un'analisi critica di 2 casi clinici di TA, uno dei quali è localizzato nel testicolo. I casi sono ampiamente studiati con immagini ecografiche, macroscopiche, istologiche e immunoistochimiche. Un'accurata revisione della letteratura è stata eseguita utilizzando anche le biblioteche informatiche.

Risultati: I casi di TA primitivo del testicolo sono, a nostra conoscenza, estremamente rari, sono infatti stati riportati in letteratura meno di 10 casi. Le prime segnalazioni sono abbastanza recenti.

Il TA è una patologia caratterizzata da un lento accrescimento locale, ma sono stati descritti casi di neoplasie voluminose a rapido accrescimento o associate contemporaneamente a tumori maligni del didimo. La completa asportazione garantisce la guarigione. Il TA può avere un diametro variabile da 0,4-5 cm. 3, non ha capacità di infiltrare, né capacità metastatica. La diagnosi differenziale preoperatoria con lesioni del didimo è impossibile in quanto le caratteristiche cliniche ed ecografiche simulano le lesioni maligne, mentre nell'epididimo le lesioni flogistiche croniche e le lesioni maligne devono essere considerate. Non modificano i marcatori sierici. Il pattern ecografico di queste lesioni non permette di rilevare un aspetto patognomnico o peculiare, sebbene sia spesso rilevabile la presenza di una pseudo-capsula. L'esame biopico o agoaspirato percutaneo è controindicato per il rischio d'insemenzamento del tramite cutaneo e per l'inaccuratezza dell'esame citologico, oltre al rischio di creare ematomi e dalle difficoltà tecniche per lesioni < 1 cm. Pertanto l'identificazione può essere affidata solo all'esame istologico intraoperatorio. Il chirurgo si orienta verso una chirurgia conservativa purché possa essere completa l'asportazione della lesione e significativo il tessuto testicolare residuo. L'esame istologico estemporaneo può orientare verso la diagnosi di tumore benigno, ma sarà poi l'esame istologico definitivo con l'ausilio eventuale di procedure ancillari a confermare la diagnosi. Le indagini immunoistochimiche sono utili nella diagnosi differenziale nei confronti dei tumori vascolari e di altre neoplasie mesenchimali benigne, nonché nei confronti del mesotelioma maligno e di altre neoplasie epiteliali metastati-

che. La negatività per il CD34 e per il Fattore VIII delle cellule consentono di escludere l'origine vascolare del tumore.
Conclusioni: Il didimo può dare origine raramente al TA, ma questo tumore non differisce istologicamente e per comportamento clinico dal TA dell'epididimo. L'esplorazione chirurgica e l'esame istologico intraoperatorio rimangono strumento indispensabili. La chirurgia conservativa, se fattibile, è curativa e rappresenta lo standard terapeutico.

Abstract n. 11 Poster

FATTIBILITÀ IN REGIME AMBULATORIALE DELLA TECNICA DI "SATURATION BIOPSY" TRAMITE L'UTILIZZO DEL BLOCCO ANESTETICO PERIPROSTATICO

Cova G., Faggiano L., Fandella A., Drago Ferrante G.L., Maccatrozzo L.

Struttura Complessa di Urologia Ospedale Regionale di Treviso

Introduzione: La biopsia prostatica ecoguidata transrettale è attualmente il "gold standard" nella diagnosi precoce del tumore prostatico ed è routinariamente eseguita in regime ambulatoriale senza anestesia. E' comunemente gravata da un'alta percentuale di dolore e disagio da parte dei pazienti (65-90%) che spesso rifiutano di sottoporsi ad un nuovo esame in assenza di anestesia. La necessità di ripetere i mapping biotici incrementando il numero dei prelievi ("saturation biopsy") ha introdotto l'utilizzo di tecniche anestesiolgiche locali, generali o combinate come raccomandano anche le linee guida nazionali. Di particolare interesse è il blocco nervoso periprostatico determinante una buona tollerabilità dell'esame che può anche essere eseguito in regime ambulatoriale.

Materiali e Metodi: Dal 11.05 al 02.07 abbiamo sottoposto a "saturation biopsy" 62 pazienti, età media 64aa (range 53-75aa), PSA medio 17.5 ng/ml (range 3-32ng/ml) precedentemente sottoposti a mapping biotici senza anestesia (range 1-4), DRE nei limiti di norma.

L'indicazione all'esame è stata PSA in incremento nonostante i precedenti istologici negativi (26 pazienti), la presenza di ASAP (21 pazienti) o PIN high-grade (14 pazienti). Un singolo paziente aveva diagnosi incidentale di adenocarcinoma prostatico dopo turp (pT1a) ed è stata posta indicazione per un rapido incremento del PSA. Ogni paziente ha firmato un consenso informato, ha eseguito profilassi antibiotica e un microclisma la sera precedente. In decubito laterale sinistro, sotto guida ecografica, si è proceduto utilizzando un ago di Chiba (22G) all'infiltrazione del plesso periprostatico a livello dell'angolo vescicolo-prostatico con 5 cc di lidocaina 2% per lato. Trascorsi 5 minuti dall'infiltrazione si è proceduto all'esecuzione di 24 prelievi biotici. Il tempo medio per ogni esame è stato di 30 minuti. Al termine dell'esame è stata somministrata ad ogni paziente una VAS con risultato medio 2 (range 1-3). Al controllo ambulatoriale per la consegna dell'esame istologico ogni paziente è stato sottoposto ad intervista comparativa per il dolore e il disagio rispetto ai precedenti mapping senza anestesia.

Risultati: Non si è verificata nessuna reazione avversa all'infiltrazione di anestetico locale. Tutti i pazienti hanno riferito riduzione notevole o assenza di dolore rispetto alle precedenti esperienze. 7 pazienti hanno presentato macroematuria risoltasi spontaneamente nei giorni successivi, 3 pazienti hanno presentato un episodio urosettico risoltosi dopo idonea terapia antibiotica, 2 pazienti hanno sviluppato una ritenzione urinaria acuta risoltasi con cateterismo vescicale per alcuni giorni.
Conclusioni: L'esecuzione del blocco anestetico periprostatico è una tecnica sicura, rapida e di facile apprendimento.

Nella nostra esperienza si è dimostrata efficace nell'aumentare la tollerabilità alla biopsia prostatica come anche dimostrato dai risultati del test standardizzato per la misurazione del dolore (VAS).

La scarsa incidenza degli effetti collaterali e il tempo necessario per ogni esame, parametri sovrapponibili all'esame eseguito in assenza di anestesia, ne propongono l'utilizzo routinario anche in regime ambulatoriale.

Abstract n. 12 Poster

MIGLIORE PRIMA O DOPO? RISULTATI PRELIMINARI IN 411 PAZIENTI AFFETTI DA CANCRO PROSTATICO TRATTATI CON RADIOTERAPIA POST-OPERATORIA O DI SALVATAGGIO

Jereczek-Fossa B.A.^{1,6}, Minissale A.^{1,6}, Fodor C.¹, Zerini D.¹, Laudati A.⁵, Cambria R.³, Cattani F.³, Garibaldi C.³, Fodor A.¹, Boboc G.I.¹, Ivaldi G.B.¹, Vavassori A.¹, Franchi B.^{1,6}, Serafini F.^{1,6}, Catalano G.¹, Matei V.D.², Verweij F.², Scardino E.², De Cobelli O.^{2,6}, Santoro L.⁴, Orecchia R.^{1,6}

¹Div. di Radioterapia; ²Div. di Urologia; ³Dip. di Fisica Medica e ⁴Dip. di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Europeo di Oncologia - Milano; ⁵Università Federico II Napoli; ⁶Università Degli Studi di Milano

Introduzione ed Obiettivi: La tempistica ottimale riguardo al trattamento radioterapico nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per cancro della prostata è sconosciuta. Lo scopo del nostro studio e quello di valutare i risultati in termini di tossicità, fattori prognostici ed andamento della malattia della radioterapia post-operatoria e di salvataggio usando una tecnica 3D-conformazionale con due archi dinamici (3D-ART) oppure a 6 campi fissi (6F), in un gruppo di 411 pazienti (pz.) consecutivi affetti da cancro prostatico.

Metodi: Nel periodo Luglio 1995 e Settembre 2006, 231 pz. hanno ricevuto una radioterapia post-operatoria (PORT), iniziata entro sei mesi dall'intervento, e 180 pz. sono stati trattati con una radioterapia di salvataggio dopo prostatectomia per recidiva biochimica (SART).

Letà mediana, il PSA pre-operatorio (pPSA) ed il Gleason Score (GS) erano rispettivamente 65.5 anni (45-81 anni), 13.4 ng/ml (0.2-90 ng/ml) e 6.92 (3-10). La stadiazione includeva 115 pz. pT2N0, 279 pz pT3N0 e 17 pz pT4N0. Il PSA preoperatorio medio era 0.39 ng/ml nei pz. PORT e 1.3 ng/ml nei pz. SART. Margini positivi sono stati riscontrati in 124 pz. PORT e 62 pz. SART. 209 pz. hanno ricevuto terapia ormonale in aggiunta alla radioterapia (79% e 60% dei pz. PORT e SART rispettivamente). La dose media di radioterapia è stata di 70 Gy (intervallo 48-78 Gy) con 2 Gy per frazione (68.9 Gy e 70.5Gy per PORT e SART rispettivamente) La tecnica 6F e 3D-ART è stata applicata in 122 e 299 pz., rispettivamente. Per valutare la tossicità sono stati utilizzati i criteri Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer (RTOG/EORTC). La recidiva biochimica è stata definita come un valore di PSA superiore a 0.2 ng/ml (confermato da due prelievi consecutivi). Il follow-up mediano è stato di 21 mesi (intervallo 1-109 mesi).

Risultati: La tossicità acuta ha registrato prevalentemente eventi rettali (PORT: G1-2 44%, G3 1%; SART: G1-2 37%, G3 1%) ed urinari (PORT: G1-2 50%, G3-4 2%; SART: G1-2 34%, G3 0%). La tossicità tardive rettali sono risultate: PORT G1-2 10%, G3-4 1%; SART G1-2 9%, G3 0.5%, mentre le tossicità tardive urinarie hanno riportato: PORT G1-2 16%, G3-4 1%; SART G1-2 11%, G3 0.5%. Sono state osservate 6 recidive cliniche e biochimiche (3.5%) nei pz. trattati con PORT e 19 (14%) nei pz. trattati con SART. Due pz. trattati con SART sono morti per cancro prostatico.

Conclusioni: Le tecniche 3D-ART e 6F offrono un buon profilo di tossicità ed una promettente efficacia nella radioterapia post-operatoria e di salvataggio. La radioterapia post-operatoria ed un precoce inizio della radioterapia di salvataggio offrono un miglior controllo della malattia.

Abstract n. 13 Comunicazione Selezionata
PRESCRIVERE PIÙ DOSE È SEMPRE LA COSA GIUSTA (E SICURA)? DOSE ESCALATION” NEL CANCRO PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI IN 542 PAZIENTI TRATTATI CON LA TECNICA AD ARCHI DINAMICI 3-D CONFORMAZIONALE

Jereczek-Fossa B.A.^{1,5}, Zerini D.¹, Fodor C.¹, Santoro L.⁴, Fodor A.¹, Boboc G.I.¹, Cambria R.³, Cattani F.³, Garibaldi C.³, Trovò M.^{1,5}, Avuzzi B.^{1,5}, Ivaldi G.B.¹, Vavassori A.¹, Vitolo V.¹, Catalano G.¹, Matei V.D.², Rocco B.², Musi G.², de Cobelli O.^{2,5}, Orecchia O.^{1,5}

¹Div. di Radioterapia; ²Div di Urologia; ³Div di Fisica Medica e ⁴Div di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano; ⁵Università Degli Studi di Milano

Introduzione e Obiettivi: La “dose escalation” richiede una tecnica radioterapica di elevata precisione al fine di ridurre il rischio di danno ai tessuti normali. Nel 2002 è stata introdotta nel nostro reparto la radioterapia 3D-conformazionale con archi dinamici (3D-ART) che permette di ridurre la tossicità rettale [Radiother&Oncol 2006;81:294-302]. Nello stesso tempo abbiamo introdotto nella pratica clinica un approccio alla “dose escalation”. Lo scopo del questo studio è quello di presentare i risultati preliminari in termini di tossicità e di controllo di malattia della “dose escalation” utilizzando la tecnica 3D-ART in una estesa serie di pazienti affetti da cancro prostatico.

Metodi: Tra il 2002 ed il 2006 sono stati trattati, presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, 542 pazienti (pz.) affetti da cancro prostatico T1-T3 N0M0, con la tecnica 3D-ART. L'età mediana, il PSA iniziale (iPSA) ed il Gleason Score (GS) erano rispettivamente 73 anni (47-84), 9 ng/ml (0.6-118) e 6 (2-10). In 366 pz. è stata aggiunta alla 3D-ART una terapia ormonale (durata media di 9 mesi). La dose media di radioterapia è stata di 76 Gy/38 frazioni (in 353 pz. < 76 Gy ed in 189 pz > 76 Gy. Tutti i piani di trattamento sono stati ottimizzati in termini di copertura al Planning Target Volume PTV e di soglia per l'istogramma dose-volume (DVH) di vescica e retto (95% < DPTV100 < 107%, DR30 < 92%, DR60 < 53%; DV50 < 92%) [Greco C. et al. Radiother&Oncol 2003;69:215-22]. La tossicità è stata valutata secondo i criteri della Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer (RTOG/EORTC) e la definizione di Houston (nadir + 2 ng/ml) è stata utilizzata per diagnosticare la recidiva biochimica. Il follow-up mediano è stato di 24.7 mesi (1-54 mesi)

Risultati: La tossicità acuta ha registrato principalmente eventi rettali (G1-2 28.9%; G3 0.5%) ed urinari (G1-2 57.9%; G3-4 2.4%). La tossicità tardiva ha evidenziato eventi rettali (G1-2 15.8%; G3-4 3.1%) ed urinari (G1-2 26.9%; G3-4 1.6%). Recidive biochimiche e cliniche sono state osservate in 32 e 19 pazienti (6.8% e 4.1%, rispettivamente). La sopravvivenza libera da recidiva (inclusa quella biochimica) e la sopravvivenza globale sono state rispettivamente del 94.1% e 97.9%. Tra i fattori di rischio prognostici, GS, iPSA e la stadio tumorale sono state le variabili a mostrare la più stretta associazione con il rischio di progressione ad una analisi multivariata (p=0.018). Altri fattori predittivi sono stati una precedente resezione transuretrale (TURP) (p=0.039) e la dose di radioterapia > 76 Gy (p=0.049). L'effetto negativo della dose < 76 Gy si è evidenziata nei pazienti che non sono stati sottoposti alla TURP, mentre nei pazienti sottoposti alla TURP la dose > 76 Gy non mostrò rilevanza per il controllo tumorale (p=0.85). Cosa molto importante ad una più alta dose di radioterapia non ha corrisposto un aumento delle tossicità tardive.

Conclusioni: 3D-ART è una tecnica fattibile e sicura e permette una “dose escalation” (non si è osservato un incremento di tossicità con le dosi più elevate). Però, alla “dose escalation” > 76 Gy non ha corrisposto un miglior controllo della malattia.

Questa osservazione (una sorta di plateau nell'efficacia della radioterapia nel cancro prostatico con dosi di circa 78-80 Gy) è stato già riportato nella recente letteratura. Ulteriori studi sono necessari per valutare meglio la relazione dose-effetto nel cancro prostatico.

Abstract n. 14 Comunicazione
PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTIZZATA (RALP) CON DA VINCI 4S: ESPERIENZA PRELIMINARE IN UN CENTRO LAPAROSCOPIC NAIVE E ANALISI COMPARATIVA CON TECNICA OPEN

Rocco B., Matei D.V., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., Verweij F., Musi G., Cedeira F., Detti S., Botteri E., De Cobelli O.

Istituto Europeo di Oncologia

Introduzione e Obiettivi: La RALP è un approccio consolidato per il cancro prostatico localizzato. (60,3 % degli interventi di prostatectomia (RP) negli USA nel 2007) [1]Il sistema da Vinci, grazie all'utilizzo di un sistema visivo tridimensionale a bracci robotizzati con 7 gradi di libertà, consente di mantenere i possibili vantaggi sull'impatto peri operatorio e sul miglioramento dell'outcome funzionale e contemporaneamente di trasferire rapidamente le competenze chirurgiche tradizionali in un setting mini invasivo con una curva di apprendimento più rapida [2].

Da novembre 2006 ad aprile 2007, con l'ausilio del sistema da Vinci a 4 bracci, sono stati effettuati 45 interventi di RALP

Il lavoro è finalizzato a valutare l'esperienza preliminare di un singolo operatore sui primi 45 casi confrontandoli con i dati relativi ad un campione analogo ed omogeneo di 45 pazienti sottoposti a RP open. I pazienti di entrambi i gruppi presentavano alla diagnosi caratteristiche cliniche e laboratoristiche di PSA < 15 ng/ml, esplorazione rettale < T3, GS biottico < 8. **Metodi:** Nei 2 gruppi abbiamo valutato tempi chirurgici, perdite ematiche, tempo alla rimozione del catetere, degenza postoperatoria e margini chirurgici relativi. Abbiamo infine valutato prospetticamente con intervista telefonica da un membro esterno allo staff di chirurgia robotica l'outcome funzionale in termini di continenza, potenza sessuale nei due gruppi con follow-up a uno e tre mesi, sebbene i dati siano relativi ad un campione comunque omogeneo ma numericamente inferiore (33 pazienti).

Risultati: Differenza statisticamente significative fra RP e RALP sono state riscontrate a livello di tempi chirurgici, tempi di degenza e perdite ematiche (p value < 0.01) Le perdite ematiche risultano essere di 150ml nel gruppo RALP vs 1000cc del gruppo Open e degenza mediana rispettivamente 4gg vs 6gg. Il tempo chirurgico della RALP varia tra 192' e 600' con un tempo mediano di 315' vs 220' Open. I margini positivi in entrambi i gruppi erano 11/45. A tre mesi dalla rimozione del catetere 28/33 (85%) dei pazienti RALP vs 30/33 (90%) dei pazienti Open non necessitano di pads.

27/33 pazienti RALP e 22/33 pazienti Open sono stati operati con intento Nerve Sparing. 9/27 (34%) pazienti RALP vs 3/22 (14%) pazienti open presentavano già una ripresa dell'attività sessuale spontanea (o con inibitori 5-PDE) entro le prime quattro settimane post operatorie, rapporto che al follow-up a tre mesi sale a 12/27 (45%) RALP e 5/22 (23%) Open.

Discussione: a fronte di un outcome oncologico consolidato, il recupero funzionale della RP, a tutt'oggi, è spesso inadeguato. Secondo dati recenti, la chirurgia robotica consentirebbe di ottenere risultati funzionali eccellenti. [3] Nella nostra esperienza, la fase iniziale della curva d'apprendimento sembra responsabile di tempi operatori molto lunghi, ma perdite ematiche e outcome funzionale sembrano essere sorprendentemente incoraggianti sin da subito, il che consentirebbe il tra-

serimento delle competenze chirurgiche da RP a RALP con mantenimento di un ottimo outcome oncologico e funzionale e con perdite ematiche intraoperatorie contenute.

Bibliografia

1. Dati ufficiali Intuitive surgical Inc (www.intuitivesurgical.com)
2. T. Ahlering J Urol. 2003 Nov; 170(5):1738-41
3. M. Menon Eur Urol 51 (2007), pp. 648E-#8211;658

Abstract n. 15 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTIZZATA (RALP) CON DA VINCI S 4 BRACCI NEL PAZIENTE OBESO: CASE REPORT

Rocco B., Tullii M., Matei D.V., Panzeri R., Spano G., Bellotti F., De Cobelli O.

Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: La RALP negli obesi è più complessa che nei pazienti normali[1]. Dal punto di vista anestesiológico la posizione di Trendelenburg (PdTRB) associata allo Pneumoperitoneo (PnP) determina elevate pressioni intraaddominali con conseguente minor possibilità di escursione del diaframma e necessità di incremento della ventilazione (VV) minuto. Negli obesi l'aumento della VV minuto può non essere realizzabile per il rischio di barotrauma o per lo sviluppo di acidosi respiratoria non controllabile.

Descriviamo il caso di una RALP in un paziente con BMI 45 kg/m².

Metodi: L'intervento è stato pianificato collegialmente; sono stati utilizzati strumenti di contenimento accessori; intubazione con fibroscopio a paziente cosciente; catetere arterioso radiale per il monitoraggio invasivo della PA sistemica ed il monitoraggio del pH. Sono stati utilizzati trocar e aspiratore lunghi (15/45cm). I trocar sono stati arretrati per evitare il possibile conflitto con il pube. La PdTRB è stata contenuta in soli 15. La pressione di insufflazione della CO₂ endoaddominale regolata a 12 mmHg

Risultati: L'intervento è stato portato a termine con successo in 05h e 30'. Il paziente è stato inizialmente ventilato in VV volumetrica. (TV 10 ml/Kg 12 atti/min) per mantenere l'ETCO₂ nel range di 30-35 mmHg. Con l'istaurarsi della PdTRB e dello PnP il paziente ha sviluppato immediatamente elevate pressioni respiratorie delle vie aeree e incremento dell'ETCO₂. La VV è stata modificata in pressometrica con un limite a 35 mmHg di pressione di picco per garantire valori di ETCO₂ nel range di 40-45 e prevenzione del barotrauma. In caso di aumento dei valori di ETCO₂ veniva temporaneamente ridotta la pressione del PnP e ciò ha consentito un immediato incremento della VV minuto con ripristino dei valori di ETCO₂ nel range prefissato.

I valori di pH e di K⁺ sono stati monitorati frequentemente per garantirne il mantenimento entro limiti accettabili (picchi massimi raggiunti pH 7.28, K 5.0). Le perdite ematiche pari a 100 cc. La degenza regolare e la dimissione è avvenuta in 3 giornate. Il catetere è rimosso in 7 giornata dopo esame citografico negativo. All'esame istologico si evidenziava la presenza di carcinoma prostatico pT2cNx gleason 3+4=7 R1 posteriore sinistro.

Discussione: È noto che un elevato BMI può incrementare le difficoltà tecniche e il tasso di complicanze negli interventi di prostatectomia radicale tradizionale.[2]

L'effetto di tamponamento venoso dovuto allo PnP, la magnificazione dell'immagine e lo snodo dei bracci robotici può aiutare a contenere le possibili complicanze, soprattutto emorragiche nel paziente in questione. Al contrario, il rischio di barotrauma costituisce un elemento di relativa controindicazione. L'accurata pianificazione pre-operatoria, l'uso di strumenti

lunghi, la valutazione dell'angolo di accesso dei trocar sono stati elementi chiave per il buon esito; tuttavia l'aspetto più rilevante a nostro avviso è il mantenimento di un buon equilibrio metabolico, ottenuto mediante il costante monitoraggio della ventilazione, PdTRB contenuta e regolazione costante della pressione dello PnP.

Conclusioni: Secondo la nostra esperienza la tecnica RALP se adeguatamente pianificata può consentire di trattare anche pazienti con BMI estremamente elevato.

Bibliografia

1. A.Mikhail et al Urology. 2006 Apr; 67(4):774-9
2. Chang SS et al J Urol 171 1861- 65 2004

Abstract n. 16 Poster

LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL CANCRO PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO

Rocco B.¹, Jerezek B.A.², Matei D.V.¹, Vavassori A.², Scardino E.¹, Verweij F.¹, Musi G.¹, Raguso M.¹, Pimentel M.¹, Zambito S.¹, Detti S.¹, Cedeira F.¹, De Cobelli O.¹

¹Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia; ²Divisione di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia

Tabella 1. Characteristics of eligible patients

Variables	IORT N (%)	Controls N (%)	p-value
Total patients	23	71	
Age (years)			
Mean ± SD	62.0±6.7	63.8±5.1	
Median (range)	61 (50-73)	64 (49-74)	0.25 [a]
Initial PSA (ng/ml)			
Mean ± SD	19.2±17.5	18.0±15.5	
Median (range)	13 (0.83-66)	12.8 (4.31-106)	0.93 [a]
Prostate Volume			
Mean ± SD	51.2±22.9	44.8±18.2	
Median (range)	48 (20-107)	41 (20-123)	0.28 [a]
Nodes status (count)			
Mean ± SD	14.6±6.5	10.3±4.9	
Median (range)	14 (5-33)	9 (0-23)	0.003 [a]
Positive Nodes (pN+)			
pN-	11 (47.8%)	58 (81.7%)	
pN+	12 (52.2%)	13 (18.3%)	0.001 [b]
Clinical T classification			
cT2	7 (30.4%)	20 (28.2%)	0.835 [b]
cT3	16 (69.6%)	51 (71.8%)	
Pathologic T classification			
pT2	8 (34.8%)	23 (32.4%)	
pT3	13 (56.5%)	43 (60.6%)	0.93 [b]
pT4	2 (8.7%)	5 (7.0%)	
pT>2 and pN-			
No	18 (78.3%)	35 (49.3%)	0.015 [b]
Yes	5 (21.7%)	36 (50.7%)	
Bioptic Gleason Score			
<7	2 (8.7%)	22 (31.0%)	
7	14 (60.9%)	26 (36.6%)	0.055 [b]
>7	7 (30.4%)	23 (32.4%)	

[a]: Wilcoxon's test

[b]: Pearson's Chi-square

Scopo del lavoro: La radioterapia adiuvante alla prostatectomia radicale (RRP) è uno standard nel CapLa (Bolla M Lancet 2005).

Tuttavia la definizione del target può risultare difficoltosa dopo la rimozione dell'organo bersaglio e determinare complicanze rare quanto temibili (Nohra J EAU 2006 abstract #587) inoltre la necessità di effettuare applicazioni quotidiane per 6 settimane può costituire un problema logistico per alcuni pazienti, residenti lontano dal centro di cura. Abbiamo pertanto valutato la fattibilità di un trattamento di IORT, somministrato con prostata in sede.

Materiali e Metodi: 23 pazienti affetti da CapLa (probabilità di malattia organo confinata (OC) < 25% sec i nomogrammi del MSKCC) sono stati sottoposti a IORT (dose prescritta 12 Gy) + RRP. Nei pazienti con stadio patologico pT3-4 o pN1 veniva somministrato ulteriore trattamento adiuvante con 45Gy in 25 frazioni. È stato valutato l'impatto intra e post operatorio, e il recupero della continenza urinaria (pads/die). I risultati sono stati confrontati con quelli di un gruppo storico di 71 pazienti selezionati con i medesimi criteri clinici (OC < 25%).

Risultati: Le caratteristiche dei pazienti (età, PSA, stadio di malattia) differivano significativamente solo in termini di positività linfonodale (52,2% N+ IORT; 18,3% N+ controlli P=0.015). In entrambi i gruppi, i pT2 erano superiori al 25% previsto con i nomogrammi (34,8% IORT; 32,4% controlli) I risultati in termini di impatto intra e post operatorio sono riportati nella Tabella 1 e 2. I dati relativi alla continenza nella Tabella 3.

Discussione: A nostra conoscenza, questo report preliminare è il primo relativo a IORT con prostata in sede. Il rationale di questa tecnica è stato quello di irradiare intra-operatoriamente con prostata in sede l'intero letto chirurgico, (circa 5 mm intorno alla prostata) risparmiando il più possibile il retto. In questo studio abbiamo voluto vedere l'impatto perioperatorio della IORT rispetto ad un gruppo storico con il medesimo stadio clinico. Nonostante il cut-off scelto con i nomogrammi prevedesse una probabilità del 25% di OC, più del 30% aveva malattia OC. Il tempo operatorio è risultato ovviamente più lungo nel gruppo IORT, considerando la procedura aggiuntiva. Per il resto non si sono evidenziate differenze statisticamente significative eccetto per il tempo di cateterizzazione, più lungo nel gruppo IORT.

Messaggio conclusivo: Questi dati preliminari supportano la fattibilità della IORT con prostata in sede. Ulteriori studi sono necessari per perfezionare la selezione dei pazienti; sono in corso studi di valutazione dosimetrica relativa all'organo bersaglio e agli organi adiacenti.

Tabella 2a. Intra-surgery impact

Variables	IORT	Controls	p-value
	N (%)	N (%)	
Total patients	23	71	
Operative time (min)			
Mean ± SD	286±50	234±37	
Median (range)	290 (165-407)	240 (150-310)	<0.0001 [a]
Estimated Blood Loss			
Mean ± SD	1041±709	1016±867	
Median (range)	1000 (100-3000)	800 (0-5000)	0.53 [a]
Pt. subjected to blood transfusion (y/n)			
No	14 (60.9%)	48 (67.6%)	0.55 [b]
Yes	9 (30.1%)	23 (32.4%)	
Blood Trasfusion (count)			
Mean ± SD	1.04±1.46	0.99±2.15	
Median (range)	0 (0-4)	0 (0-14)	0.49 [a]
[a]: Wilcoxon's test			
[b]: Pearson's Chi-square			

Tabella 2b. Post-surgery impact

Variables	IORT	Controls	p-value
	N (%)	N (%)	
Total patients	23	71	
Hospital stay (days)			
Mean ± SD	6.3±1.6	9.1±2.1	
Median (range)	6 (5-12)	8 (5-16)	<0.0001 [a]
Catheterization (days)			
Mean ± SD	12.7±11.2	7.1±2.5	
Median (range)	7 (6-45)	6 (0-16)	0.01 [a]
RAU (episodes)			
No	23 (100.0%)	66 (93.0%)	0.19 [b]
Yes	0 (-)	5 (7.0%)	
From surgery to drain removal (days)			
Mean ± SD	10.0±13.0	6.7±5.6	
Median (range)	4 (4-45)	4 (4-30)	0.63 [a]
Lymphocele			
No	20 (90.9%)	65 (91.6%)	0.92 [b]
Yes	2 (9.1%)	6 (8.4%)	
[a]: Wilcoxon's test			
[b]: Pearson's Chi-square			

Tabella 3. Urinary Continence over time (n[^] of pads/day)

		Follow-up period			"Over time" analysis	
		1-month [^]	3-month [^]	6-month [^] *	effect	p-value [c]
IORT	N	21	18	16		
	Mean ± SD	1.6±1.9	1.1±1.5	0.7±1.1	Time	0.0008
	Median (range)	1 (0-7)	0 (0-4)	0 (0-4)	IORT (1-m)	0.54
					Time*IORT	0.88
Controls	N	67	67	68		
	Mean ± SD	2.0±1.8	1.3±1.6	0.8±1.1		
	Median (range)	1 (0-8)	1 (0-6)	0 (0-4)		
"within time" analysis	p-value [a]	0.25	0.50	0.69		
[^] valid values						
* 7 patients (3 IORT and 4 controls) had follow-up period < 6 months. 6-month missing value has been replaced forwarding the 3-month value						
[a]: Wilcoxon's test						
[c]: Repeated Measure analysis of variance adjusted by positive lymphnodes, pT classification > 2 and bioptic Gleason score						

Abstract n. 17 Comunicazione

ANALISI DELLA TOSSICITÀ ACUTA E TARDIVA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO AD ALTO RISCHIO SOTTOPOSTI A RADIOTERAPIA AD INTENSITÀ MODULATA (IMRT) SULLA PELVI E BOOST INTEGRATO SIMULTANEO SULL'AREA PROSTATICASaracino B.¹, Petrongari M.G.¹, Arcangeli S.¹, Gomellini S.¹, Marzi S.², Landoni V.², Sperduti I.³, Arcangeli G.¹¹S.C. Radioterapia Oncologica; ²Servizio di Fisica Medica; ³Servizio di Biostatistica, Istituto Regina Elena, Roma

Introduzione e Obiettivi: L'irradiazione delle stazioni linfonodali pelviche, utilizzando tecniche convenzionali o radioterapia conformazionale, comporta tossicità enterica in un' elevata percentuale di casi, pari al 60-80%. Scopo del nostro studio è la valutazione della tossicità correlata al trattamento utilizzando radioterapia ad intensità modulata (IMRT) sulla pelvi e boost integrato simultaneo sull'area prostatica, in pazienti con neoplasia prostatica.

Metodi: Da Novembre 2003 a Maggio 2006, abbiamo trattato 55 pazienti con IMRT sulla pelvi e boost integrato simultaneo sull' area prostatica. 24 pazienti, sottoposti a radioterapia elettiva, presentavano tumore prostatico ad elevato rischio di interessamento subclinico linfonodale (Roach ≥15%) o evidenza radiologica di metastasi linfonodali. I rimanenti 31 pazienti, precedentemente sottoposti a prostatectomia radicale, hanno ricevuto RT postoperatoria adiuvante o di salvataggio per recidiva biochimica o macroscopica loco-regionale o per metastasi linfonodali riscontrate all'intervento. Previo confezionamento di un sistema di immobilizzazione personalizzato ed esecuzione della T.C. di centraggio con mezzo di contrasto, si è proceduto al contornamento dei volumi di interesse.

Il CTV1 comprendeva la prostata e le vescicole seminali o, nei pazienti precedentemente operati, la loggia prostatica; il CTV2 era rappresentato dal CTV1 e dai linfonodi pelvici. Il PTV1 ed il PTV2 sono stati ottenuti adottando un margine di 1 cm in ogni direzione e di 0.5 cm posteriormente attorno, rispettivamente, al CTV1 ed al CTV2. Il piano di trattamento è stato eseguito con sistemi commerciali di pianificazione inversa. La dose prescritta è stata di 66-80 Gy all'area prostatica e di 50-59 Gy alla pelvi, in 33-40 frazioni.

La tossicità acuta e cronica rettale, genitourinaria ed enterica è stata valutata in accordo con la scala EORTC/RTOG.

Risultati: La distribuzione di dose ottenuta con IMRT ha consentito un'eccellente copertura del PTV, nel pieno rispetto dei limiti di dose degli organi a rischio.

Non è stata registrata alcuna tossicità acuta o cronica di grado >2. La percentuale di pazienti in assenza di tossicità acuta G2 intestinale, rettale e genitourinaria è stata, rispettivamente, del 91%, 71% e 63%. Ad un follow-up mediano di 19 mesi (range interquartile: 9-28), si è rilevata tossicità tardiva G2 esclusivamente rettale, con una incidenza attuariale di assenza di sanguinamento rettale (G2) a 2 anni del 92% (CI 95% 0.83-0.99).

Conclusioni: L'irradiazione pelvica con IMRT e boost integrato simultaneo sull'area prostatica, in pazienti con indicazione al trattamento dei linfonodi pelvici, ha mostrato un'eccellente tollerabilità, con decremento della frequenza e dell'entità della tossicità acuta e cronica rispetto alle tecniche convenzionali.

Bibliografia essenziale

1. Nutting CM, Convery DJ, Cosgrove VP, et al. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48:649-656
2. Cavey ML, Bayouth JE, Colman M, et al. *Strahlenther Onkol* 2005; 181:431-441.

Abstract n. 18 Poster

USE OF NOMOGRAMS IN PROGNOSTIC ASSESSMENT OF HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC) PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY: A SINGLE INSTITUTION EXPERIENCEOrtega C.¹ Vormola R.¹, Montemurro F.¹, Faggiuolo R.¹ D'Urso L.², Muto G.², Aglietta M.¹¹Medical Oncology, Institute for Cancer Research and Treatment, IRCC, Candiolo (Turin); ²Urology Department, S. Giovanni Bosco Hospital, Turin

Introduction: Pretreatment prognostic model for survival for HRPC available on the MSKCC Web site is based on the evaluation of static prognostic factors: Karnofsky Performance Status, hemoglobin value, PSA, Lactate Dehydrogenase value, Alkaline Phosphatase value and Albumin value.

We compared in a retrospective analysis the survival of chemotherapy treated HRPC patients at our Institution with predicted survival calculated at hormone-refractoriness onset with HRPC nomogram, found at MSKCC Web site.

Materials and Methods: the predicted survival of 46 HRPC patients (pts) (median age: 65.4 yrs.; range 47.3-81.2) was calculated with MSKCC nomogram for HRPC survival at the moment when they became hormone-refractory. All patients had been previously treated with maximal androgen blockade and afterwards underwent standard chemotherapy for HRPC; 29/46 and 6/46 were further treated with two and three lines of chemotherapy, respectively. 40/46 pts with skeletal involvement received also zoledronic acid. At the moment of the analysis all patients were died. We defined as concordant the survival findings that satisfied the following condition: observed survival = predicted survival +/- two months.

Results: Median predicted overall survival (OS) was 10 mos. (C.I. 7.5 -12.5) and was significantly lower than median observed OS (16.2 mos. - C.I. 12.1-20.3 - Mann Whitney U test: p<0.0001). We found a concordance in survival in 10/46 pts (21.7%).

Conclusion: In our patients we found a significant difference between median OS observed and median OS predicted with MSKCC nomogram with a low concordance. The discrepancy is probably due to chemotherapy impact in HRPC that can prolong patients' survival. We think that we can usefully apply the nomogram to select patients for chemotherapeutic treatments but not to predict their outcome.

References

1. <http://www.mskcc.org> - MSKCC.org - Prediction Tools
2. Sternberg C. et al. *The medical management of prostate cancer: a multidisciplinary team approach.* *BJU Int* 2007 Jan; 99(1):22-7. *Epub* 2006 Sep 6.
3. Smaletz O. et al. *Nomogram for overall survival of patients with progressive metastatic prostate cancer after castration.* *J Clin Oncol.* 2002 Oct 1; 20(19):3972-82
4. Halabi S. et al. *Prognostic model for predicting survival in men with hormone-refractory metastatic prostate cancer.* *J Clin Oncol.* 2003 Apr 1; 21(7):1232-7

Abstract n. 19 Poster

REAL TIME RT-PCR "MODIFICATA" NELLA RICERCA DI CELLULE CIRCOLANTI PSA POSITIVE: RUOLO DIAGNOSTICO?Barbero G.¹, Fiori C.², Destefanis P.², Mandili G.³, Procida S.¹, Ceruti C.², Ulliers¹, Mauled M.M.⁴, Bosio A.², Bisconti A.², Fontana D.², Giribaldi G.¹, Turrini F.¹¹Dipartimento di Genetica, Biologia e Biochimica, Università di Torino, Torino, Italy; ²Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche, A.O. Molinette, Torino, Italy; ³Centro Ricerca Medicina Sperimentale (CeRMS), Torino, Italy; ⁴Unità di Epidemiologia dei Tumori, CPO Piemonte, CeRMS, Università di Torino, Torino, Italy

Introduzione e Obiettivi: Valutare l'affidabilità di un nuovo approccio real time RT PCR nella ricerca di cellule circolanti PSA positive (PSA+) in pazienti con neoplasia prostatica.

Metodi: Sono stati ottenuti campioni sierici relativi a 274 soggetti: 175 pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico (CaP) istologicamente confermato in vario stadio clinico, 49 pazienti affetti da adenoma prostatico (IPB) sottoposti ad intervento distruttivo (adenomectomia prostatica o TURP), e 50 soggetti sani di età inferiore a 40 anni. Per ciascun campione è stata ricercata e la presenza di cellule circolanti PSA positive mediante real time RT PCR migliorata da alcuni accorgimenti tecnici di nuova introduzione come l'impiego di primer "overlapped" fra due esoni e l'impiego di nuovi primers target-specifici.

Risultati: La sensibilità della metodica è risultata pari a 1 cellula per ml di sangue e la variabilità fra campioni pari al 10.5%. In nessuno dei pazienti sani sono state identificate cellule PSA+, mentre l'8% dei pazienti con CaP e nel 14% dei pazienti con IPB presentava cellule PSA+. Abbiamo verificato una correlazione fra la positività al test e la classificazione NCCN (National Comprehensive Cancer Network) per quanto riguarda i pazienti con nuova diagnosi di CaP ($p < 0.05$), mentre non sono state rilevate altre associazioni statisticamente significative.

Conclusioni: La metodica da noi sviluppata è caratterizzata dall'assenza di falsi positivi nel gruppo dei pazienti sani; tuttavia la bassa positività al test nei pazienti con CaP e l'elevata positività nei pazienti con IPB, sembrano scoraggiare l'impiego della real time RT PCR in ambito clinico.

Abstract n. 20 Poster

LA TRUS NELLA DIAGNOSTICA DEL CAP: HA SENSO ESEGUIRE UNA BIOPSIA SULLA BASE DEL SOLO DATO ECOGRAFICO?

Brotza D., Barabino G., Romano G., Deriu M., Pischedda A., Canessa S., Cau L., Chessa M.

Istituto Clinica Urologica Università degli Studi di Sassari

Introduzione: Il PSA e l'esplorazione rettale (EDR) rappresentano i cardini su cui si basa l'indicazione ad eseguire una biopsia prostatica. Alcuni studi affermano l'importanza delle lesioni ipoecogene riscontrate in corso di ecografia prostatica transrettale (TRUS) come target biotici per implementare il valore predittivo positivo della metodica. Riportiamo i dati ricavati dall'analisi retrospettiva delle biopsie prostatiche condotte presso il nostro centro.

Materiali e Metodi: dal Gennaio 2004 al Dicembre 2006 sono state eseguite 666 biopsie prostatiche. In 119 casi l'indicazione era stata posta sull'esclusivo dato ecografico ovvero riscontro di lesione nodulare ipoecogena a carico del parenchima ghiandolare della porzione periferica in assenza di reperti patologici all'esplorazione rettale e con PSA totale < 4 ng/ml. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a biopsia prostatica transperineale TRUS guidata, previa anestesia locale con bupivacaina 20mg/ml, eseguendo 10 prelievi con tecnica a sestanti più 1 prelievo in corrispondenza della lesione ipoecogena descritta all'ecografia.

Risultati: In 14/119 pazienti si è avuto riscontro istologico di CaP ed in 10/119 il core risultato positivo era quello prelevato in corrispondenza della lesione ecografica.

Conclusioni: Dalla revisione dei dati emerge che la lesione ecografica non sembrerebbe costituire un valido parametro per porre indicazione a biopsia prostatica in assenza di alterazioni all'EDR o di elevati valori del PSA.

Abstract n. 21 Comunicazione

L'USO DEL DISPOSITIVO PRO-ACT NEL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE

Finazzi Agrò E.¹, D'Amico A.², Bove P.¹, Virgili G.¹, Germani S.¹, Vespasiani G.¹

¹Cattedra di Urologia, Università Tor Vergata; ²IRCCS Fondazione S. Lucia, Roma

Introduzione: Il dispositivo ProACT™ (Adjustable Continence Therapy, Uromedica, Plymouth, MN, USA) è costituito da un palloncino in silicone (0,5-8ml), posizionato all'estremità di un condotto a doppio lume. Una camera di riempimento in titanio è posta all'altra estremità del condotto e viene posizionata in sede sottocutanea latero-scrotale per consentire il riempimento (o svuotamento) post-operatorio del palloncino. Due dispositivi vengono posizionati in prossimità dell'uretra membranosa per ottenere una compressione tale da consentire la continenza; la possibilità di regolare, nel post-operatorio, il riempimento dei palloncini consente di calibrare tale compressione onde evitare una significativa ostruzione al deflusso urinario. Scopo dello studio è stato quello di valutare i risultati di tale dispositivo nel trattamento dell'incontinenza urinaria post-prostatectomia radicale.

Pazienti e Metodi: Dal luglio 2005 al marzo 2007 abbiamo impiantato i dispositivi ProACT in 18 pazienti con incontinenza urinaria da sforzo sottoposti a prostatectomia radicale. La loro età media era 65,3 anni. L'intervento era stato eseguito 12-32 mesi prima. I pazienti presentavano 3-10 episodi di incontinenza al di ed utilizzavano in media 3,2 assorbenti al dì. Il posizionamento dei ProACT è stato eseguito secondo la tecnica descritta da Trigo-Rocha (1). La valutazione post-operatoria è stata eseguita mediante compilazione del diario minzionale e di questionari sulla qualità della vita (I-QoL). La definizione di guarigione è stata "nessun episodio di incontinenza". Sono state anche registrate le complicanze peri e post-operatorie ed il numero di aggiustamenti del riempimento dei palloncini eseguiti.

Risultati: Il tempo medio dell'intervento di posizionamento dei ProACT è stato di 32 (20-45) minuti. Il follow-up medio è stato di 11 (3-20) mesi. Non si è registrata alcuna complicanza grave peri o post-operatoria. In 4 casi (22%) è stata necessaria una revisione chirurgica dei dispositivi. Gli aggiustamenti del riempimento eseguiti sono stati in media 3,2 (2-6). In nessun paziente si è registrato un significativo incremento post-operatorio del residuo post-minzionale. 13 su 18 pazienti (72,2%) sono risultati continenti; 4 (22,2%) sono migliorati in modo significativo (riduzione del numero degli episodi di incontinenza e/o del numero degli assorbenti usati $> 50\%$), mentre uno non ha ottenuto risultati soddisfacenti. Il punteggio medio dell'I-QoL è passato da 78,1 a 94,3 ($p=0,01$). **Conclusioni:** I dispositivi ProACT sembrano consentire un efficace e sicuro trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo conseguente a prostatectomia radicale. La possibilità di aggiustamento post-operatorio dei dispositivi consente una precisa regolazione della compressione uretrale, tale da ottenere la continenza evitando di causare eccessiva ostruzione al deflusso urinario.

Bibliografia essenziale

1. Urology. 2006 May; 67(5):965-9

Abstract n. 22 Poster

EMBOZZAZIONE PERCUTANEA DI NEOPLASIE RENALI IN PAZIENTI NON OPERABILI. RISULTATI DI FOLLOW-UP A 36 MESI

Maffezzini M.¹, Valdata A.², Campodonico F.¹, Capponi G.², Conzi G.², Arcuri T.¹

¹SC Urologia; ²SC Radiologia Intervenzionistica

Obiettivo: Valutare i risultati a distanza durante il follow-up dell'embolizzazione transcuteanea di neoplasie renali in pazienti non candidabili a terapia chirurgica.

Materiali e Metodi: diagnosi radiologica di masse renali neoformate in pazienti non operabili, in quanto appartenenti al gruppo ASA IV, o affetti da malattie degenerative gravi (neurologiche) o concomitanti neoplasie a prognosi grave. I pazienti sono sottoposti ad embolizzazione transcuteanea sotto guida angiografica

mediante cateterismo arterioso selettivo ed iniezione di microparticelle di gel-foam, microspirali, o una combinazione di entrambi i materiali. Il follow-up prevede la visita urologica e l'imaging toraco-addominale (TC o RM) quadrimestrale per i primi due anni e semestrale dal terzo in avanti e scintigrafia ossea annuale.

Risultati: Dal Gennaio 2004 al Dicembre 2006 sono stati sottoposti ad embolizzazione transcutanea 9 pazienti eleggibili allo studio per caratteristiche cliniche. I diametri delle neoplasie renali, singole in 5 casi e multiple in 4, erano compresi tra 2,5 e 14 cm. Ad un follow-up mediano di 24 mesi, range 6-36, un paziente è deceduto per malattia progressiva a 18 mesi, ed un paziente che ha dimostrato incremento dimensionale della lesione a 24 mesi dall'embolizzazione, è vivente con evidenza di malattia. Non risono osservate variazioni significative negli altri 7 pazienti. In un caso si è resa necessaria la ripetizione della procedura (due ulteriori embolizzazioni) per ematuria macroscopica. Non sono stati osservati eventi avversi e la procedura è stata svolta con modalità di day-surgery in 6 casi, ha richiesto ricovero di 24 ore in 3 per condizioni generali scadenti (ASA IV) o ematuria.

Conclusioni: L'embolizzazione transcutanea offre risultati soddisfacenti nella maggior parte di pazienti non operabili e che possono essere duraturi a medio termine; è ben tollerata e può essere eseguita con modalità di day surgery.

Abstract n. 23 Comunicazione

A LONG FOLLOW UP OF PATIENTS WITH POOR PROGNOSIS GERM CELL TUMOR TREATED WITH EARLY INTENSIFICATION HIGH-DOSE CHEMOTHERAPY

Morelli E.¹, Aieta M.¹, Boni V.¹, Setola P.², Ricci Barbini V.², Maiello E.¹

¹Dept Oncology; ²Dept Urology "Casa Sollievo della Sofferenza" Hospital - San Giovanni Rotondo

Background: In the last few years, high dose chemotherapy (HDCT) with haematopoietic stem cell transplantation (HSCT) has been increasingly investigated as a therapeutic option for early or late intensification in patients with poor prognosis germ cell tumor (GCT) or in patients who relapse or who have a partial response after a first line chemotherapy. Among the 20-30% of patients who failed a durable disease free status (poor prognosis), 25% may be cured by standard salvage chemotherapy regimens containing cisplatin and ifosfamide. The optimal salvage chemotherapy remains to be defined. In this setting early HDCT with HSCT may induce a 2 year overall survival rate of 78%.

Materials and Methods: We report the long term results of our experience with early intensification HDCT and HSCT in GCT patients with relapsing GCT who had achieved a partial remission from platinum combination chemotherapy as first line chemotherapy. Between June 1994 and May 2004, 11 patients were treated with three cycles of VeIP (ifosfamide 1200 mg/m², mesna 1200 mg/m², cisplatin 20 mg/m², days 1-5 and vinblastine 0,11 mg/kg, days 1-2) and one course of HDCT: Carbo-PEC (carboplatin 400-550 mg/m²/day were determined on the basis of EDTA clearance on day 1, etoposide 450 mg/m²/day, cyclophosphamide 1600 mg/m²/day and mesna 3600 mg/m² on days 1-4 followed on day 7 by peripheral blood stem cells (PBSC). The IGCCCG stage was III A in 1, III B in 3 and III C in 7. The median age was 24 years (range 17-33).

Results: The objective response (OR) rate was 64% with a complete response rate of 36%. Four patients underwent to surgery. Surgical exeresis was considered complete in two cases without viable neoplastic cells. At a median follow up of 78 months (range 8-149), six patients complete are continuously disease free. Four patients progressed after chemotherapy and died from disease. One toxic death was reported from brain emorrhage(day 10 from Carbo-PEC). No patients achieving a complete remission relapsed.

Conclusions: The present experience showed that early intensification HDCT is an effective and tolerable regimen in pts relapsing after a standard first line chemotherapy. Further clinical trials of dose intense chemotherapy should be investigated.

Bibliography

Loehrer Pj, Gonin R, Nichols CR et al, Vinblastine plus ifosfamide plus cisplatin as initial salvage therapy in recurrent germ cell tumors. *J Clin Oncol* 1998; 16: 2500-4

Kondagunta GV, Bacik J, Sheinfeld J et al, Paclitaxel plus ifosfamide followed by high dose Carboplatin plus Etoposide in previously treated GCT. *J Clin Oncol* 2007; 1: 85-90

Abstract n. 24 Poster

EFFICACIA DELL'ANESTESIA PERIPROSTATICA NEL CONTROLLO DEL DOLORE IN CORSO DI BIOPSIA TRANSPERINEALE: NOSTRA ESPERIENZA SU 269 CASI

Cecchetti G., Farneti E., Corvino C., Fornetti P., Iannelli E., Poce R., Posti A., Rociola W., Balloni F.

Struttura Complessa Aziendale Urologia - Ospedale Città di Castello

Introduzione e Obiettivi: Dai dati della letteratura, la biopsia prostatica ecoguidata transperineale risulta superiore in termini di accuratezza diagnostica e di sicurezza rispetto alla via transrettale (1). Il limite della metodica rimane la necessità di un'anestesia che non può essere generale o loco-regionale perché pregiudica la rapidità e il carattere ambulatoriale dell'esame. L'anestesia locale con blocco nervoso periprostatico, pertanto, rappresenta l'opzione di riferimento. L'obiettivo dello studio era dimostrare l'efficacia e la sicurezza dell'anestesia pericapsulare nella biopsia prostatica transperineale.

Metodi: Dal Dicembre 2004 al Marzo 2007 abbiamo sottoposto a biopsia prostatica con prelievi multipli random 269 pz con PSA tra 4-10 ng/ml. L'anestesia è stata eseguita bilateralmente con una soluzione composta da 10ml di Mepivacaina 2%, 5ml di NaHCO₃ 8,45% e 45ml di soluzione fisiologica 0,9% e con ago spinale 22 G. L'ago, introdotto 1,5 cm anteriormente e lateralmente all'ano, viene fatto progredire sulla guida del dito posto nel retto tangenzialmente e lateralmente alla prostata nel piano compreso tra ghiandola e retto dall'apice verso la base (2).

Ai pz è stata sottoposta una scala visiva numerica da 0 a 10 (0 = assenza di dolore; 10= peggior dolore immaginabile) per la valutazione soggettiva del dolore al termine dell'anestesia e della biopsia prostatica; al ritiro del referto istologico è stato poi somministrato un questionario tratto e modificato dal report di Pareek (3).

Risultati: Il tempo medio impiegato per l'anestesia è stato di 5 minuti. Il valore medio del punteggio riportato con la scala visiva numerica al termine dell'anestesia è stato di 1,87 (range 1-3) e di 3,67 al termine della procedura (range 0-10). 16 pz (5,95%) hanno riferito persistenza del dolore a domicilio; di questi solo 6 (37,5%) ha assunto antidolorifici, peraltro per un periodo limitato alle 24 ore dal termine della procedura. 31 pz (11,52%) hanno sviluppato al termine della biopsia una lipotimia, non imputabile all'anestetico ma ad una reazione vaso-vagale, regredita con somministrazione di atropina e terapia infusioneale.

Non si sono verificate complicanze sistemiche legate alla somministrazione dell'anestetico. Infine, analizzando i dati del questionario, alla domanda "Se dovesse affrontare ancora l'indagine, accetterebbe di farlo in anestesia locale?", 248 pz (92,19%) hanno risposto in modo affermativo.

Conclusioni: Nella nostra esperienza, l'anestesia periprostatica risulta una scelta semplice e sicura che non determina un prolungamento considerevole dei tempi e non aggiunge morbilità all'esame, che mantiene la sua connotazione ambulatoriale. I dati inoltre dimostrano la sua efficacia nel ridurre la percezione del dolore migliorando la compliance del paziente e consentendo, se necessario, un allargamento del campionamento biptico.

Bibliografia essenziale

1. Vis AN, Boerma MO, Ciatto S, Hoedemaeker RF, Schroder FH, van der Kwast TH. Detection of prostate cancer: a comparative study of the diagnostic efficacy of sextant transrectal versus sextant transperineal biopsy. *Urology*. 2000 Oct 1; 56(4):617-21.
2. Issa MM, Ritenor C, Greenberg M et al. The prostate anesthetic block for outpatient prostate surgery. *World J Urol* 1998; 16: 378-383.
3. Pareek G, Armenakas N.A. and Fracchia J.A. Periprostatic nerve blockade for transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate: a randomized, double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 2001; 166: 894

Abstract n. 25 Poster**PUÒ L'ANESTESIA LOCALE OFFRIRE VANTAGGI NELLA DIAGNOSI AGIOBIOTICA DEL CARCINOMA PROSTATICO?**

Marchioro G., Zaramella S., Sogni E., Favro M., Maso G., Ranzoni S., Varvello F., Zacchero M., Tarabuzzi R., Terrone C. Clinica Urologica Novara Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro" Az. Ospedaliera maggiore della Carità Novara

Introduzione e Obiettivi: L'anestesia locale in corso di biopsia prostatica migliora la compliance del paziente, riducendo la morbilità se si eseguono schemi biotici con numero di prelievi elevato. Scopo del lavoro è di valutare se l'utilizzo dell'anestesia locale possa aumentare la detection rate.

Metodi: Dal novembre 2005 al maggio 2007, sono state eseguite 392 biopsie per sospetto di adenocarcinoma da due operatori con lo stesso schema biotico. Le indicazioni all'esecuzione dell'esame sono state PSA elevato, esplorazione rettale (DRE) dubbia, area ipoecogena all'ecografia (TRUS). Lo schema biotico prevede 6 prelievi con tecnica a sestante e 4 laterali, 2 per ciascuno lobo a livello del corno e dell'apice. La biopsia è eseguita per via transrettale su guida ecografica con ago tru cut Boston Scientific TruPath da 18Gx15cm e il blocco anestetico è 3 minuti prima con ago Chiba Cook 22Gx18cm, iniettando 2,5 ml di Lidocaina 2% a livello dell'apice prostatico bilateralmente. La profilassi utilizzata è caratterizzata da toilette rettale e levofloxacina 500. Eleggibili ai fini dello studio 392 pz, di cui 204 sottoposti a biopsia con anestesia locale (gruppo A) e 188 senza anestesia locale (gruppo B). I due gruppi non presentano differenze significative per età, PSA, DRE, TRUS. L'età media per il gruppo A è di 68 anni (range 48-90) e per il gruppo B di 67 anni (range 49-87). Il PSA totale medio è rispettivamente di 20 per il gruppo A (range 1-567) e di 22,7 per il gruppo B (range 1-840).

Non vi sono differenze significative né per quanto riguarda la DRE, positiva rispettivamente per il gruppo A nel 19,8% dei casi e nel gruppo B nel 22,9% né per quanto riguarda la TRUS, positiva per i due gruppi nel 24,5% e nel 28% dei casi rispettivamente.

Risultati: Non abbiamo avuto complicanze precoci o tardive dovute al blocco anestetico né un allungamento dei tempi della procedura (tempo medio dell'anestesia 1 minuto) Abbiamo diagnosticato una patologia di tipo benigno in 221 pz (56,4%) e una malattia tumorale in 171 pz (43,6%), riscontrata rispettivamente nel 54,3% ei casi nel gruppo A e nel 45,7% nel grup-

po B. Abbiamo quindi stratificato i due gruppi per valori di PSA ottenendo una detection rate rispettivamente del 9,5% per il gruppo A e del 11,5% per il gruppo B per PSA<4, del 68% e del 32% nella sottopopolazione con PSA compreso tra 4 e 10 e per valori di PSA>10 del 28,5% e del 46,42%.

Conclusioni: L'anestesia locale in corso di biopsia prostatica transrettale ecoguidata si è dimostrata quindi di grande utilità per il controllo della sintomatologia dolorosa, migliorando quindi la compliance del paziente e ha permesso di aumentare la percentuale di biopsie positive del 10,5%, con una accuratezza maggiore nella sottopopolazione con PSA compreso tra 4 e 10.

Bibliografia

- Buckley MR, Bryant NJ, Brown JA, Tiwari P, Cooperberg PL, Wong AD. Tolerance of local anesthetic for transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: our experience and a literature review. *Can Assoc Radiol J*. 2006 Jun; 57(3):169-74
- Tiong HY, Liew LC, Samuel M, Consigliere D, Esuvaranathan KA meta-analysis of local anesthesia for transrectal ultrasound-guided biopsy of the prostate. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2007; 10(2):127-36. *Epub* 2007 Jan 9
- Hergan L, Kashefi C, Parsons JK. Local anesthetic reduces pain associated with transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: a meta-analysis. *Urology*. 2007 Mar; 69(3):520-5

Abstract n. 26 Poster**PERDITE EMATICHE DURANTE INTERVENTI DI PROSTATECTOMIA RADICALE. IMPATTO NEGATIVO DELL'INCREMENTO DI BMI (BODY MASS INDEX).**

Pomara G., Milesi C., Ales V., Mogorovic A., Francesca F. U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara - Pisa

Introduzione: L'intervento di prostatectomia radicale retropubica è caratterizzato da un rischio di sanguinamento peri-operatorio che può variare dall'1.0 all'11% dei casi (Aus, Eur Urol, 2005). Scopo dello studio è stato quello di valutare il possibile impatto predittivo sul sanguinamento intra-operatorio dell'indice di massa corporea (BMI).

Materiali e Metodi: La nostra analisi retrospettiva ha preso in considerazione l'associazione tra BMI e perdite ematiche in una coorte di 252 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per CaP in un periodo di tre anni (2001-2003). Abbiamo altresì valutato come l'eventuale perdita ematica potesse influenzare la durata dell'intervento e la degenza post-operatoria. I risultati sono stati considerati statisticamente significativi per valori di p<.05.

Risultati: I 252 pz, sottoposti a RRP, età media di 66,69 anni (range 55-77) e PSA medio di 12.2 (range 4-58), sono stati stratificati in funzione dell'indice di massa corporea in tre gruppi: BMI<25 (n-83); BMI 25-30 (n-146); BMI>30 (n-23). Abbiamo quindi confrontato le differenze in funzione di perdite ematiche, durata dell'intervento, degenza post-operatoria, tempo alla rimozione del catetere vescicale, nei diversi sottogruppi. La Tabella 1 mostra i risultati della nostra analisi

Tabella 1.

	BMI<25 (n-83)	BMI 25-30 (n-146)	BMI >30 (n-23)	p
PSA (mediano) pre-oper.	8.3 ng/ml	8.5 ng/ml	9.5 ng/ml	ns
Durata interv.	140 min	150 min	165 min	.04
Perdite ematiche	700	900	1040	.001
Degenza	7 gg	7 gg	8 gg	ns
Gg di catet.	13 gg	13 gg	13 gg	ns

Le uniche variabili che si sono dimostrate direttamente correlate all'aumento dell'Indice di massa corporea sono state la durata dell'intervento e le perdite ematiche.

Conclusioni: I risultati di questa analisi suggeriscono che la stratificazione pre-operatoria in funzione del BMI si dimostra utile nell'identificare classi di pazienti a rischio di sanguinamento intra-operatorio.

Abstract n. 27 Poster

TRIMPROB™ (“TISSUE RESONANCE INTERACTION METHOD PROBE”) E BIOPSIA PROSTATICA. RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO “SINGLE BLIND”

Ballario R.¹, Pomara G.², Vecchio D.¹, Pastorello M.¹, Francesca F.², Molon A.¹

¹Divisione di Urologia, Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar (VR); ²U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara, Pisa

Obiettivo: Scopo dello studio è stato quello di valutare l'utilità nella pratica clinica dell'impiego del TRIMprob™ (“Tissue Resonance Interaction Method probe”) prima dell'esecuzione della biopsia trans-rettale eco-guidata, in pazienti con indicazione alla biopsia prostatica.

Materiali e Metodi: Tra Marzo e Agosto 2005 l'analisi mediante TRIMprob è stata eseguita in 170 pazienti consecutivi con indicazione (ER sospetta, alterazione PSA tot. e/o derivati) alla biopsia trans-rettale eco-guidata. Sessantasette pazienti che avevano già effettuato precedenti biopsie sono stati esclusi dallo studio. I rimanenti 103 pazienti, età media 64.9 (range 50-75), PSA medio 7.16 (range 1.32-45.8) sono stati inclusi in questo “studio prospettico singolo cieco”.

L'analisi mediante TRIMprob™ è stata effettuata sempre prima delle biopsie e sempre dal medesimo operatore. Un diverso operatore ha effettuato le biopsie prostatiche trans-rettali (12 prelievi) in cieco rispetto ai risultati del TRIMprobe. L'analisi dei risultati è stata effettuata, grazie all'impiego di un software dedicato, da un terzo operatore. Significatività statistica per valori di $p < .05$.

Risultati: La biopsia è risultata positiva in 45 pz (43.6%).

La Tabella 1a mostra che la capacità diagnostica del TRIMprob, superiore all'80%, non si modifica in maniera significativa in funzione della stratificazione del PSA (p-ns). Degno di menzione che in tutti i pazienti con diagnosi di “flogosi cronica” all'istologia definitiva (9pz) l'esame TRIMprob avrebbe sconsigliato la biopsia.

Conclusioni: La biopsia rimane ad oggi l'unico modo per diagnosticare un CaP. Il TRIMprob pur mostrando una buona accuratezza diagnostica, non deve considerarsi un sostituto dell'analisi cito-istologica. I risultati del nostro studio sottolineano d'altronde la possibilità di integrare le informazioni ottenute dal TRIMprob ai mezzi comunemente impiegati per suggerire o meno l'esecuzione di una biopsia prostatica.

Abstract n. 28 Poster

CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE INSIGNIFICANTE E RISCHIO DI SOTTOSTADIAZIONE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Pomara G., Milesi C., Simone M., Leonetti C., Ales V, Mogorovic A, Francesca F.

U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara - Pisa

Introduzione: Non esiste ancora oggi univoco consenso circa la strategia terapeutica da adottare nei casi di diagnosi, dopo biopsia trans-rettale, di tumori prostatici clinicamente insignificanti (CaP-Ins) (singolo prelievo positivo, dimensioni inferiori ai 3 mm di lunghezza, GS ≤ 6). Scopo dello studio è stato quello di valutare e confrontare, in questa categoria di pazienti, la reale stadiazione patologica in questi pazienti dopo prostatectomia radicale.

Materiali e Metodi: Tra Ottobre 1999 e Settembre 2006, in 89 pazienti, sottoposti a biopsia prostatica trans-rettale, è stata posta diagnosi di CaP-Ins: età media 67 anni (range 49-79), PSA medio 9.98 ng/ml (range 2.5-35). Cinquantanove di questi sono stati sottoposti a prostatectomia radicale (RRP): età media 67.4; PSA medio 9.8.

Risultati: Il sistema TNM 2002 è stato utilizzato per la definizione dello stadio patologico definitivo dopo RRP. Quattro pazienti, all'istologia definitiva, presentavano metastasi linfonodali (2 pz pT4, 1pz pT3b, 1pz pT2c). La tabella mostra la stratificazione dei pazienti in funzione di PSA pre-operatorio e stadio clinico. La biopsia si è dimostrata attendibile solamente in 18 pz (30.5%; pT2a+pT2b). Nei restanti 41 pazienti (69.5%) la malattia prostatica è risultata sottostimata prima dell'intervento; in 24 di questi localmente avanzata (15pz - 25% - con PSA < 10 ng/ml) (Tabella 1b).

Conclusioni: L'alta probabilità di sottostadiazione riscontrata da questa analisi retrospettiva, suggerisce l'opportunità di un trattamento aggressivo in pazienti con diagnosi di CaP-Ins. La stratificazione in classi di PSA, pur riducendola, non modifica significativamente la probabilità di malattia localmente avanzata dopo RRP.

Tabella 1b.

Stadio patologico	N. Pazienti	PSA < 4	PSA 4-10	PSA > 10
pT2a	9	-	3	6
pT2b	9	-	6	3
pT2c	17	-	13	4
pT3a	10	-	5	5
pT3b	5	-	5	-
pT4	9	-	5	4
Totale	59		37	22

Tabella 1a.

PSA	Popolazione totale (n-103)	<4 (n. 10)	4-10 (n. 79)	>10 (n. 14)
Sensibilità	82,22%	100%	80%	85,70%
Specificità	86,20%	85,70%	88,60%	71,40%
VPP	82,22%	75%	84,80%	75%
VPN	86,20%	100%	84,70%	83,30%
Accuratezza	84,46%	90%	84,80%	78,50%

Abstract n. 29 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE: COME CAMBIA LA MALATTIA ALLA PRESENTAZIONE ED I RISULTATI PERI-OPERATORI DELLA CHIRURGIA IN UN QUINQUENNIOPomara G., Milesi C., Ales V., Mogorovic A., Francesca F.
U.O. Urologia SSN - AOUP S. Chiara - Pisa

Introduzione: L'intervento di prostatectomia radicale retropubica (RRP) è da considerarsi l'opzione terapeutica ideale in pazienti affetti da CaP con prognosi di vita di almeno 10 anni. Scopo di questa valutazione retrospettiva è stato di valutare se, nell'arco di 5 anni, si sono modificate le caratteristiche del paziente affetto da CaP e/o le caratteristiche della malattia stessa al momento della diagnosi e di conseguenza l'impatto delle differenze, se presenti, sulla chirurgia.

Materiali e Metodi: Nel 2001 e nel 2006, 172 pazienti sono stati sottoposti a RRP. Abbiamo raccolto, valutato e confrontato i dati relativi a 142 pazienti. Le differenze sono state considerate statisticamente significative per valori di $p < .05$.

Risultati: La Tabella 1c riassume le caratteristiche legate al paziente e alla malattia relative ai 142 pz oggetto della nostra analisi retrospettiva.

Conclusioni: I risultati di questa analisi mostrano che le uniche variabili che si sono modificate in maniera statisticamente significative sono relative all'esperienza dell'operatore: durata dell'intervento e perdite ematiche. Ad una riduzione media dei tempi operatori corrisponde un aumento del rischio di sanguinamento, senza che questo impatti significativamente sulla degenza e/o sui tempi di rimozione del CV. Le caratteristiche legate alla malattia invece non si sono modificate affatto.

Tabella 1c.

Parametri (mediana)	2001 (n. 63)	2006 (n. 79)	p
Età	68	70	ns
PSA (mediano) pre-operatorio	10.21 ng/ml	9.8 ng/ml	ns
Volume prostata	39 gr	45 gr	ns
Durata intervento	210 min	150 min	.04
Perdite ematiche	952	1250	.04
Degenza	7.3 gg	7 gg	ns
Gg di cateterizzazione	14 gg	14 gg	ns
% Malattia localizzata	49.2%	51.8%	ns

Abstract n. 30 Poster

RISULTATI PRELIMINARI DELLE RE-BIOPSIE PROSTATICHE DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II DI RADIOTERAPIA CON FRAZIONAMENTO CONVENZIONALE VS IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLEGomellini S.¹, Saracino B.¹, Petrongari M.G.¹, Arcangeli S.¹, Sentinelli S.¹, Canitano S.¹, Marsella A.I., Arcangeli G.¹¹Regina Elena, Roma

Razionale: Alcuni studi pubblicati recentemente ipotizzano che il tumore prostatico abbia un basso rapporto α/β e per questo, una maggiore sensibilità a dosi per frazione maggiori rispetto a quelle utilizzate convenzionalmente. Per dimostrare questa ipotesi, abbiamo disegnato uno studio randomizzato tra frazionamento convenzionale ed un regime di ipofrazionamento biologicamente equivalente, considerando un valore di α/β di 1,5 Gy come suggerito da Fowler et al. (Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 56:1093). Questi sono i risultati preliminari delle rebiopsie effettuate dopo 2 anni dal termine della radioterapia.

Materiali e Metodi: Da Gennaio 2003 a Marzo 2007 sono stati arruolati nello studio 144 pazienti con tumore prostatico accertato istologicamente e con PSA d'esordio > 20 ng/ml o con almeno 2 dei fattori di rischio noti per la definizione di prognosi sfavorevole: PSA compreso tra 11 e 20 ng/ml, Gleason Score > 6 , T $> 2b$. Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento ormonale con Blocco Androgenico Totale per 9 mesi. Settanta quattro pazienti sono stati randomizzati nel braccio di controllo (80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane di trattamento), e settanta tre in quello ipofrazionato (62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane di trattamento / 4 sedute a settimana) e tutti i pazienti sono stati sottoposti a radioterapia conformazionale (3D CRT). Il Follow up mediano è di 25 mesi (range: 2-47).

Dei 71 pazienti con un follow up maggiore di 2 anni, 48 sono stati sottoposti a nuova biopsia prostatica: 23 pazienti appartenenti al braccio di controllo e 25 a quello ipofrazionato. Sono stati effettuati almeno 6 prelievi per ciascun lobo prostatico, con numero comunque variabile in funzione della dimensione della ghiandola residua.

Risultati: In 43 dei 48 pazienti (89.5%) rebiopsizzati l'esame istologico ha evidenziato solo estese modificazioni da radioterapia in assenza di atipie cellulari da tumore residuo. Nei rimanenti 5 pazienti (10%) 1 del braccio di controllo e 4 del braccio ipofrazionato sono invece emerse cellule atipiche residue. Soltanto 1 dei 5 pazienti suddetti ha avuto una progressione biochimica del PSA mentre i restanti 4 sono tutt'ora b-NED con un PSA < 0.5 ng/ml.

Conclusioni: Nonostante tutti i pazienti randomizzati siano a prognosi sfavorevole, solo il 10% ha avuto una persistenza locale del tumore e poiché 4 dei 5 pazienti suddetti sono tuttora liberi da progressione biochimica di malattia, è necessario un follow up più lungo per comprendere il significato delle rebiopsie positive.

Abstract n. 31 Comunicazione

RESULTS OF AN ITALIAN MULTICENTER PROSPECTIVE STUDY CONDUCTED BY THE AIRO NATIONAL WORKING GROUP ON PROSTATE RADIOTHERAPY IN POST-OPERATIVE IRRADIATION OF PROSTATE CANCER WITH MEDIAN FOLLOW-UP OF 40 MONTHS

Malinverni G., Maurizi F., Bonetta A., Bortolus R., Marcenaro M., Frezza G., Zini G., Nava S., Merregalli S., Vavassori V., Signor M., Bertoni F., Moro G., Fellin G., Magrini S.

AIRO (Associazione Italiana Radioterapia Oncologica) National Working Group on Prostate Radiotherapy - Italy

Aims and Background: The post-operative subgroup of the AIRO National Working Group on Prostate Radiotherapy (RT) conducted a multi-centre prospective study to confirm data of the previous retrospective analysis about the Italian standard of care in the post-operative radiotherapy (PORT) setting. Results analysed with median follow up of 40 months are presented.

Materials and Methods: From January 2002 to December 2003, 323 patients (mean age: 66 years, range 44-79) has been enrolled by 12 Italian RT Departments belonging to the AIRO Group and prospectively analyzed to study patients (pts) treated with salvage (83 pts) or adjuvant (240 pts) RT after radical prostatectomy. Mean accrual per Center was 26.9 pts, median follow-up was 40 months (range 6-79). Two hundred and forty-one pts presented positive surgical margins (74.6%), 253 pts (78.3%) locally advanced disease (pT3-4), 29 (9%) positive pelvic nodal involvement, 131 pts (40.6%) showed seminal vesicles infiltration, 224 (69.3%) Gleason Score (GS) > 7 . Whole pelvic irradiation was delivered to 90 pts (27.9%, mean dose: 45 Gy) followed by a boost to the prostatic fossa (mean total dose prescribed to the fossa: 64.8 Gy; range 60-75.6).

Radiotherapy was delivered to the prostatic fossa alone in 72.1 % pts (mean dose of 67.9 Gy, range: 60-76 Gy). Androgen deprivation was prescribed to 46.6 % of pts.

Results: Among 323 pts available for analysis, 312 (96.6%) are still alive coinciding with actuarial 4 year survival (96.6%). Actuarial fortieth month disease free (DF) survival is 73.4%. Overall biochemical failure rate is 26% (84 pts). Among 11 pts (3.4%) died there are 4 not cancer related deaths. Analysing Adjuvant versus (vs) Salvage RT groups: biochemical recurrences were 20.8% and 41% respectively ($p=0.0003$). Biochemical recurrence rate among pts with and without seminal vesicles invasion significantly differs (35.1 % vs 19.8 %, $p = 0.002$). 26.6% positive surgical margin pts and 25.6% pts with negative ones relapsed ($p=0,58$). DF survival rates were not statistically different among pts with $GS > 7$ and pts with $GS < 7$ (71.4% and 79.8% respectively ($p= 0,11$)). Similar results considering pathological T (73.1% pT3-4 vs 77.1% pT1-2, $p= 0,49$) and N stages (65.5% pts with positive nodes vs 74.8% pts pN0, $p= 0,14$) and the use of androgen deprivation (75.2% pts treated with androgen suppression vs 72.2% untreated pts, $p= 0.5$). Analysing the group of pts presenting positive surgical margins distinctly we can state that those receiving Adjuvant RT show lower biochemical recurrence rate (20.3%) than those receiving Salvage RT (49%, $p< 0.0001$).

Conclusion: This prospective multicenter study confirms literature data. Pts in Adjuvant group and without seminal vesicles infiltration show lower biochemical failure rates than those treated with Salvage RT or presenting seminal vesicles invasion. Postoperative RT delivered in people with poor prognosis prostate cancer can reduce the impact of common unfavourable prognostic factor ($GS > 7$, pT stage, positive surgical margins and nodal involvement). Early Adjuvant RT in pts with positive margins obtains better DFS than in Salvage group. Longer follow up is necessary to substantiate these early findings.

Abstract n. 32 Comunicazione

CARCINOMA RENALE (RCC): SCARSO IMPATTO DELL'INFILTRAZIONE DEL GRASSO PERIRENALE (STADIO T3A ≤ 7CM) SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO-CORRELATA. POSSIBILE RUOLO DELLA CHIRURGIA NEPHRON-SPARING?

Lucarelli G., Palazzo S., Palella G., Impedovo S., Ditunno P., Battaglia M., Selvaggi F.P.

Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi. Sez. di Nefrologia Chirurgica

Introduzione: Secondo il sistema TNM 2002, è definito T3a un tumore che invade la ghiandola surrenale o il grasso perirenale senza superare il Gerota. Lo stadio T3a, a differenza degli stadi T1 e T2, viene definito solo in base all'estensione anatomica della neoplasia senza considerarne il diametro. Recenti pubblicazioni hanno messo in discussione la validità prognostica dell'attuale TNM suggerendone modifiche e miglioramenti. D'altronde, nell'esperienza clinica il passaggio di stadio può avere una inevitabile ricaduta sulla indicazione alla nefrectomia radicale (NR) vs la parziale (NP). Nella nostra analisi retrospettiva abbiamo valutato ai fini della progressione il ruolo predittivo della dimensione della neoplasia, correlandola con altri fattori prognostici patologici.

Materiali e Metodi: Dal 1985 al 2007, sono stati osservati 577 casi di RCC. Di questi, solo 478 hanno soddisfatto i criteri di inclusione nello studio: malattia in stadio localizzato o localmente avanzato (stadi T1, T2, T3a, T3b, N0, M0) e sottoposti ad interventi di NR o NP. Le vie di accesso sono state: lombotomica (62,3%), anteriore (31,3%), laparoscopica (6,4%). L'età media è stata di 58 anni (r 19-84). Il follow-up medio è stato di 106 mesi (r 6-216). La dimensione media delle neoplasie asportate è stata di 6 cm (r 1-20 cm).

I pazienti sono stati stratificati in base a dimensioni e stadio di malattia in 6 gruppi clinici: gruppo 1: stadio T1; gruppo 2: stadio T2; gruppo 3: stadio T3a e massa neoplastica ≤ 7 cm; gruppo 4: stadio T3a e massa > 7 cm; gruppo 5: stadio T3b massa ≤ 7 cm; gruppo 6: stadio T3b massa > 7 cm. Il campione è stato stratificato in base allo stadio patologico, il Fuhrman grado, l'incidentalità o meno della diagnosi, il tipo di accesso chirurgico, il gruppo clinico. Le curve di sopravvivenza sono state eseguite secondo il modello di Kaplan-Meier.

Risultati: 68 soggetti su 478 sono andati incontro a progressione di malattia (14,2%). Di questi, ben 33 (48,5%) sono morti per cause cancro-correlate. Le curve di sopravvivenza libera da malattia hanno evidenziato p statisticamente significativi per stadio, grado e gruppo clinico ($p=0,0001$; $p=0,0001$; $p=0,0001$).

Suddividendo il campione in base allo stadio patologico ed alle dimensioni del tumore, è stato possibile evidenziare un comportamento pressoché sovrapponibile per le neoplasie del gruppo 1 rispetto al 2 (percentuale di recidiva pari a 7 e 13,3% $p=n.s.$), dimostrando scarso impatto delle dimensioni della massa nei soggetti con neoplasia organo-confinata. Le dimensioni del tumore assumono, invece, significato prognostico se si considerano i pazienti in stadio T3 (gruppi 3 e 4) con $p=0,05$ e percentuali di recidiva pari a 13,3 e 29,3%. Le dimensioni della massa neoplastica conservano un ruolo prognostico anche nei casi con invasione della vena renale ($p=0.04$). Analizzando le forme di dimensioni ≤ 7 cm, la presenza di invasione del grasso perirenale non influenza la prognosi (gruppo 1 vs 3, $p=n.s.$). Nelle forme di dimensione >7 cm., lo stadio T3 aumenta il rischio di progressione rispetto ai T2 (29,3 vs 13,3%; $p=0,04$).

Conclusioni: I nostri dati indicano che, oltre al grado istologico, le dimensioni della neoplasia e lo stadio patologico rappresentano fattori di sicuro impatto sulla prognosi dei pazienti affetti da RCC in stadio intermedio. Considerando lo scarso impatto dell'invasione del grasso perirenale nelle forme di piccole dimensioni, appare giustificato sia la completa revisione del T3 che un approccio conservativo anche nei tumori T3a ≤ 7 cm.

Abstract n. 33 Poster

ESPRESSIONE DI NEUROD1, CROMOGRANINA A, SINAPTOFISINA E CD56 NELLA PROSTATA UMANA

Cindolo L.¹, Franco R.², Cantile M.³, Chiodini P.⁴, Salzano L.¹, Falsaperla M.⁵, Botti G.², Cillo C.⁶, Imbimbo C.⁶, Mirone V.⁶

¹Unità di Urologia, AO "G. Rummo", Benevento; ²Anatomia Patologica, Istituto Nazionale Tumori "G. Pascale", Napoli; ³Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università "Federico II", Napoli; ⁴Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Seconda Università, Napoli; ⁵Clinica Urologica, Università di Catania; ⁶Clinica Urologica, Università Federico II di Napoli

Obiettivi: La differenziazione neuroendocrina è un aspetto comune al cancro prostatico (PCa) ed i meccanismi che la determinano risultano a tutt'oggi non ben determinati. Scopo dello studio è quello di valutare l'espressione di NeuroD1 (un fattore di trascrizione capace di convertire cellule epiteliali in neuroni il cui gene è localizzato in un'area neurogenica del genoma) e di comparare la sua espressione a quella di Chromogranina A, sinaptofisina e CD56 in linee cellulari prostatiche e in campioni chirurgici.

Metodi: Valutazione tramite RT-PCR duplex dell'espressione di NeuroD1 sui fibroblasti prostatici, su EPN, su LNCaP, su DU145 e su PC3 in condizioni basali e dopo induzione con cAMP, in 6 campioni di IPB ed in 11 campioni di neoplasia. Analisi mediante immunostochimica standard con anticorpi per NeuroD1, Chromogranina A, sinaptofisina e CD56 su 166 campioni di tessuto prostatico sano e neoplastico. Test di

McNemar e analisi di regressione logistica multivariata per lo studio delle correlazioni tra la reattività ai marcatori e i parametri clinicopatologici.

Risultati: NeuroD1 è inattivo nelle linee cellulari in condizioni basali, mentre è attivamente espresso in EPN, PC3 e DU 145 dopo trattamento con cAMP. L'esame immunohistochimico ha evidenziato una positività per Chromogranin A, sinaptofisina, CD56 e NeuroD1 nel 26.5%, 4.3%, 3.1% e 35.5%, rispettivamente (differenze tra ChrA e NeuroD1: $p < 0.05$). L'analisi multivariata ha messo in luce una forte associazione tra ChrA e invasione perineurale microscopica (OR 2.49, CI 0.85-7.32, $p = 0.097$) e tra ChrA e Gleason score primario (OR 1.96, CI 1.14-3.39, $p = 0.015$), d'altra parte NeuroD1 si associa strettamente solo alla invasione perineurale microscopica (OR 2.97, CI 1.05-8.41, $p = 0.04$).

Conclusioni: L'espressione di NeuroD1 è più frequente di quella di ChrA (maggiore prevalenza); NeuroD1 correla con gli indicatori di elevata malignità in cancro prostatico moderatamente-scarsamente differenziati; NeuroD1 potrebbe essere coinvolto nella fisiopatologia della differenziazione neuroendocrina del cancro prostatico umano.

Abstract n. 34 Poster

TISSUE MICROARRAY ANALYSIS REVEALS SIGNIFICANT CORRELATION BETWEEN NEUROD1 AND CHROMOGRANIN A EXPRESSION IN HUMAN PROSTATE CANCER

Franco R.¹, Cantile M.², Cindolo L.³, Zlobec I.⁴, Tornillo L.⁴, Schips L.⁵, Terracciano L.⁴, Bubendorf L.⁴, Cillo C.^{2,4}

¹Surgical Pathology, National Cancer Institute "G. Pascale", Naples, Italy; ²Department of Clinical and Experimental Medicine, "Federico II" University Medical School, Naples, Italy; ³Urology Unit, "G. Rummo" Hospital, Benevento, Italy; ⁴Institute of Pathology, University of Basel, Basel, Switzerland; ⁵Urology Unit, Vasto Hospital (CH), Italy

Background: Understanding the mechanisms through which prostate cancer acquires neuroendocrine differentiation is diagnostically and therapeutically relevant. Tissue microarrays (TMA) are powerful tools to analyze the clinical significance of new molecular markers in human cancers. Here, we have tested neuro-endocrine related markers on a prostate TMA containing 1152 different specimens.

Methods: The specimens were derived from patients treated for clinically localized prostate cancer by radical prostatectomy or transurethral resection (TURP) for BPH. Expression of NeuroD1, Chromogranin A and androgen receptor was analyzed by immunohistochemistry. Survival analysis by Kaplan-Meier curves and univariate and multivariate analysis were performed in order to assess the role and the impact of each marker on prognosis.

Results: Staining for NeuroD1, ChrA and Androgen Receptor were positive in 42%, 34% and 69% of the available cases, respectively. As far as the overall survival is concerned, there were 168 deaths and 488 patients who were alive/censored. For disease-specific survival only 22 deaths were recorded. A significant correlation between NeuroD1 and chromogranin A expression was recorded (Spearman correlation coefficient, $r = 0.26$ (p -value < 0.001), furthermore the chromogranin A expression increases as Neuro D1 expression increases (p -value < 0.001). Prognostic analyses reveal that none of the markers appear to be associated with either overall survival or disease-specific survival.

Conclusions: ChrA, Androgen receptor and NeuroD1 were evaluated on a large TMA of prostate cancer for the first time. Our results show that these markers are strongly associated but their expression does not correlate with overall or disease-specific survival, suggesting a possible use as diagnostic markers.

Abstract n. 35 Poster

IL RUOLO DELLA STIMOLAZIONE AUTOCRINA/PARACRINA NELLA DIFFERENZIAZIONE NEUROENDOCRINA DELLA NEOPLASIA PROSTATICA

Cindolo L.¹, Salzano L.¹, Cantile M.², Schips L.³, Imbimbo C.⁴, Mirone V.⁴

¹Unità di Urologia, "G. Rummo" Hospital, Benevento; ²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università "Federico II", Napoli; ³Unità di Urologia, Ospedale di Vasto (CH); ⁴Clinica Urologica, Università "Federico II", Napoli

Obiettivi: Scopo di questa ricerca è la valutazione delle conoscenze attuali circa i nuovi meccanismi di induzione paracrina ed autocrina nel sistema cellulare epiteliale prostatico (cellule secretorie e neuroendocrine) neoplastico.

Metodi: Revisione della letteratura utilizzando PubMed e pubblicazioni scientifiche.

Risultati: Le cellule neuroendocrine (NEC) rappresentano un legame interessante tra la differenziazione neuroendocrina e la progressione del cancro prostatico. Le NEC sembrano in grado di incrementare il proliferation index delle cellule circostanti attraverso la secrezione di prodotti NE con un meccanismo paracrina (utilizzando ad esempio la transattivazione del recettore androgenico).

È noto che la bombesina, il calcitonin gene-related peptide, la neurotensin, la neurotrophin-3, il paratormone-related peptide, la somatostatina, la serotonina, i fattori di crescita (TGF, NGF, KGF and VEGF) sono implicati. Ma i programmi genici implicati nella NED sono ancora oscuri. Recentemente il recettore androgenico è stato completamente riconsiderato quale chiave regolatoria nella NED; l'IL8 (e i suoi recettori) sta emergendo quale molecola chiave nell'equilibrio tra NEC e ambiente circostante. D'altra parte la stimolazione autocrina e paracrina del pathway delle poliamine biogene supporta le similitudini tra progenitori neurali e NEC ed offre nuovi orizzonti alla ricerca di nuove molecole per la terapia del cancro prostatico.

Conclusioni: Emergono a tutt'oggi molteplici elementi che confermano che il network funzionale sinergico tra cellule epiteliali PSA secretorie e sistema neuroendocrino rappresenta uno dei maggiori regolatori per l'induzione e il mantenimento della differenziazione neuroendocrina delle neoplasie prostatiche. Lo sviluppo di nuovi farmaci dovrebbe considerare interferenze multiple con questi sistemi intraprostatici.

Abstract n. 36 Poster

QUANDO È MEGLIO EVITARE DI BIOPSIARE UNA PROSTATITA

Benecchi L., Pieri A.M., Potenzoni M., Prati A., Arnaudi R., Destro Pastizzaro C., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D.

Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

Introduzione: Scopo del nostro studio è quello di valutare i fattori predittivi di positività per carcinoma prostatico ad una biopsia prostatica.

Materiali e Metodi: Abbiamo sottoposto 688 uomini con età mediana di 69.4 anni (range 49-90) a mapping prostatico esteso a 12 o più prelievi per alterati valori del PSA o per irregolarità all' esplorazione digitale rettale. I mapping sono stati effettuati secondo il seguente schema: 6 prelievi secondo la tecnica classica di Hodge ed ulteriori 6 prelievi lateralizzati, più altri eventuali prelievi mirati in aree sospette. Tutti gli esami sono stati eseguiti in anestesia locale ed in decubito laterale. Le variabili predittive prese in considerazione sono state l'età, il PSA, la percentuale di PSA libero, il PSA density, il PSA slope, l' esplorazione rettale (DRE) ed il volume prostatico.

Risultati: 419 pazienti sono stati sottoposti ad una rebiopsia prostatica di questi 230 sono risultati affetti da carcinoma prostatico (33.4%). La mediana del PSA è risultata di 6.8 ng/ml (range 0,4 - 91.5). Alla logistic regression i fattori significativi di positività alla biopsia prostatica sono stati: la DRE, la percentuale di PSA libero, volume prostatico ed il PSA slope.

Conclusioni: Dall'analisi dei nostri dati abbiamo impostato un modello matematico che ci ha permesso di sviluppare un nomogramma per la previsione di positività ad una biopsia prostatica.

Abstract n. 38 Poster

VALIDAZIONE DI UN SISTEMA NEURO FUZZY PER LA PREDIZIONE DI POSITIVITÀ ALLA BIOPSIA PROSTATICA
Benecchi L., Pieri A. M., Potenzoni M., Prati A., Arnaudi R., Destro Pastizzaro C., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D.

Divisione di Urologia, Ospedale di Fidenza (Parma)

Scopo dello Studio: I sistemi neuro fuzzy uniscono la potenza delle reti neurali con le peculiarità della logica fuzzy. Scopo del nostro studio è quello di sviluppare un sistema neurofuzzy per la diagnosi di tumore prostatico e confrontare i risultati ottenuti con altre metodiche diagnostiche del tumore della prostata come il PSA e la percentuale di PSA libero.

Materiali e Metodi: Sono stati utilizzati i dati di 938 pazienti sottoposti a biopsia prostatica per alterati valori del PSA o per irregolarità all'esplorazione digitale rettale. Tutti i casi presentavano un PSA minore o uguale a 20 ng/ml.

Abbiamo sviluppato un sistema neurofuzzy basato sul modello CANIS (Co-Active Neuro-Fuzzy Inference System). I risultati sono stati confrontati utilizzando la ROC analisi ed il calcolo della specificità al 95% e 90% di sensibilità.

Risultati: L'area sotto la curva ROC è risultata di 0,767 +/- 0,025 per il sistema neuro fuzzy e di 0,636 +/- 0,028 per il PSA. L'area sotto la curva ROC del sistema neuro fuzzy è risultata statisticamente migliore sia di quella del PSA ($p = 0,001$) che di quella della percentuale di PSA libero ($p = 0,043$).

Conclusioni: Il sistema neurofuzzy sviluppato per la diagnosi del tumore prostatico offre risultati migliori rispetto al PSA ed alla percentuale di PSA libero.

Abstract n. 39 Poster

HIFU: FUNCTIONAL OUTCOME WITH THE SONABLATE 500

Mearini L.¹, D'Urso L.², Formiconi A.², Zucchi A.¹, Cottini E.¹, Nunzi E.¹, Muto G.², Porena M.¹

¹Clinica Urologica, Università di Perugia; ²Clinica Urologica, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

Introduction and Objectives: In the decision making process the differences in the side-effect profiles associated with the various treatments play an important role. High Intensity Focused Ultrasound (HIFU) is a relatively novel non invasive therapy that appears to be well tolerated and associated with a favourable side effect profile. This study presents a preliminary report on the side effect profile of HIFU in a cohort of patients treated with Sonablate 500.

Materials and Methods: This study is a prospective investigation of 89 men with adenocarcinoma of the prostate, all with at least 6 months follow up. HIFU procedures was performed as a Day Surgery setting; all patients were discharged with indwelling catheter or suprapubic tube for at least 14 days. Patients were studied with IPSS, IIEF-5, TRUS, uroflometry at baseline and post-operatively at 6 months.

Results: Mean age was 71.7 yrs; mean baseline PSA value was 10.3 ng/ml. Stage of disease was T1 in 30 pts, T2 in 49 pts and

T3a in 10 patients. Mean prostate volume was 32.7 ml (range 4-73 ml). Mean baseline IPSS score was 11.5 (range 1-38), with a mean Qmax of 12.8 ml/s (median 12 ml/s, range 5-27 ml/s). Mean baseline IIEF was 9.1: 44.9% of patients were pre-operatively potent. There were no intra or peri-operative complications; after catheter removal only 2 patients developed IVU, treated with antibiotics and indwelling catheter for 10 days; there was only 1 case of rectal fistula. 20 patients required more than 14 days to remove catheter. At 6 months 12 patients (13.4%) presented mild mixed urinary incontinence and only 1 (1.1%) a grade 3 stress incontinence. Mean IPSS score reached 7.8, Qmax was 16.9 ml/s (median 17 ml/s, range 6-26 ml/s). 13 patients presented urinary retention, treated with dilation for urethral stenosis in 10 and with TUR in 3 cases. 32.5% of patients were still potent at 6 months follow up.

Conclusions: HIFU treatment was introduced to treat prostate disease in 1996, with promising results. It is a safe procedure with a low incidence of serious adverse events (rectal fistula is rare). The procedure with Sonablate 500, without a preliminary TURP, allows resolution of lower urinary tract symptoms with a significant improvement on IPSS score and on flow rate. Incontinence rate is low; G3 stress incontinence was present only after 2nd HIFU session. The cumulative high erectile dysfunction rate is linked to a non nerve-sparing procedure we choose for our preliminary experience. The analysis of patients with low risk prostate cancer and the use of the new software with colour-doppler could reduce impotence rate.

Abstract n. 40 Comunicazione

IS THERE A CLINICAL PREDICTOR OF PROSTATE CANCER AFTER INITIAL DIAGNOSIS OF ASAP?

Mearini L., Zucchi A., Mearini E., Cottini E., Nunzi E., Costantini E.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Perugia

Introduction and Objectives: The increasing incidence of prostate cancer is attributed to current screening practices and to the introduction of prostate specific antigen (PSA). A prostate biopsy is essential for the definitive diagnosis of prostate cancer. Tissue samples simply and clearly indicate the presence or absence of cancer, but may contain other histological aspects, such as atrophy, adenosis, prostate intraepithelial neoplasia (PIN), distinct in low-grade LGPIN and high-grade HGPIN) or atypical small acinar proliferation (ASAP), which complicate the dilemma in the decision-making process. The mean incidence of ASAP in primary prostate biopsies is 4.4%, range 1.5% to 9%. The clinical relevance of ASAP (sometimes defined as "undersampled cancer") is its high predictive value for a definitive diagnosis of prostatic adenocarcinoma, which was found at follow up in a mean of 40.2%. As evidence on predictors of prostate cancer after initial diagnosis of ASAP is so contradictory and uncertain, this study attempted to identify clinical ASAP patterns that predicted cancer detection at second biopsy.

Materials and Methods: From May 1999 to July 2005, 1274 patients underwent a 8 to 12 transperineal ultrasound-guided biopsy, including an adjunctive sample in the site of positive digital rectal examination (DRE) and/or transrectal ultrasound scan (TRUS) findings. In 76 patients (5.9%) suspicious atypical glands were found (ASAP) but prostate adenocarcinoma could not be diagnosed. Patients were advised submit to a monitoring programme and to repeat prostate biopsy within 6 months. 65 patients (85.5%) underwent a second biopsy with the same scheme (8-12 samples) plus an additional sample from the ASAP site(s). Univariate analysis compared the cancer patients with the no cancer group (including ASAP and/or PIN) at second biopsy. Multiple logistic regression models were used with patient disease status (presence/absence of tumour) as the

dependent variable. Variables that were significantly associated with tumour in the preliminary univariate analysis were used as explicative regressors. The predictive accuracy for prostate cancer was assessed by using receiver operating characteristic (ROC) analysis.

Results: Benign prostatic hyperplasia (or ASAP again) was found in 40/65 patients (61.6%). The cancer detection rate was 38.4% (25/65). Univariate analysis showed significant differences in PSA ratio, PSA density, prostate volume, final PSA values and delta-PSA in the two groups of patients divided according to final findings. No differences emerged for age, baseline PSA value, number of samples, or findings at DRE, TRUS. In the multivariate logistic regression analysis, only PSA ratio (OR=0.743, 95% CI 0.620-0.891) and prostate volume (OR=0.960, 95% CI 0.924-0.998) were predictive of malignancy, with a significant correlation (P=0.001 and P=0.039, respectively). The ROC curve for PSA ratio showed the area under the curve was 0.876 (95% CI 0.791-0.960, p<0.01). At a PSA ratio cut-off of 17.5%, sensitivity for prostate cancer was 80%, specificity 85%. The ROC curve for prostate volume showed the area under the curve was 0.752 (95% CI 0.630-0.874, p<0.01). At a prostate volume cut-off of 48 cc, sensitivity for prostate cancer was 70%, specificity 68%.

Conclusions: Due to the unclear significance of whatever is "atypical" in prostate biopsy samples, more than 10% of patients are lost to follow-up, including potentially high risk subjects. Even though a predictive pattern of cancer would help physicians in decision making process, reduce the number of patients lost to follow-up and prevent mistakes when interpreting the findings of ASAP, the debate still seems to be open. In our experience of patients with ASAP at first biopsy the overall cancer detection rate is about 38% at second biopsy which falls almost exactly mid-way between other reports showing the predictive value of ASAP ranges from cancer in 100% of cases to only in 20%. Consequently, many subjects without cancer will undergo a stressful follow-up and a second biopsy. PSA-ratio and prostate volume seem to be independent predictors of prostate cancer at rebiopsy. Including these parameters in the decision-making process could help trace an adjunctive guideline for patients who "must" repeat the biopsy.

Bibliography

- Scattoni V, Roscigno M, Freschi M, Briganti A, Fantini GM, Bertini R, Salonia A, Montorsi F, Rigatti P. Predictors of prostate cancer after initial diagnosis of atypical small acinar proliferation at 10 to 12 core biopsies. *Urology* 2005; 66: 1043-1047
- Epstein JI, Herawi M. Prostate needle biopsies containing prostatic intraepithelial neoplasia or atypical foci suspicious for carcinoma: implications for patient care. *J Urol* 2006; 175: 820-834
- Brausi M, Castagnetti G, Dotti A, De Luca G, Olmi R, Cesinaro AM. Immediate radical prostatectomy in patients with atypical small acinar proliferation. Over treatment? *J Urol* 2004; 172: 906-8

Abstract n. 41 Poster

OUTCOME DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE NEL TUMORE PROSTATICO C T3 N0 M0

Mearini L., Zucchi A., Mearini E., Cottini E., Nunzi E., Porena M.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Perugia

Introduzione e Obiettivi: La gestione ottimale del paziente con tumore della prostata localmente avanzato (stadio clinico T3-T4 N0-M0) rimane controversa. Se infatti nel paziente con limitata aspettativa di vita (<10 anni) il watchful waiting può essere una opzione corretta, negli altri casi non è ancora chiaro il ruolo della prostatectomia radicale o della radioterapia come monoterapia o se è più efficace, come sembra, una terapia di combinazione.

Presentiamo una nostra analisi retrospettiva in un gruppo di pazienti consecutivi sottoposti a prostatectomia radicale per malattia di stadio clinico T3 N0 M0, confrontati con un gruppo storico di pazienti consecutivi che, nello stesso periodo, sono stati sottoposti a chirurgia per malattia clinicamente T1-T2 N0 M0.

Materiali e Metodi: Negli anni 1995-2004 sono stati sottoposti a prostatectomia radicale oltre 500 pazienti. Di questi, ne sono stati selezionati un gruppo di 274, omogeneo per completezza dei dati di follow up. 49 pazienti (18%) erano affetti da malattia localmente avanzata cT3, in assenza di metastasi linfonodali N0 o a distanza M0. Dopo accurato consenso informato, sono stati sottoposti a prostatectomia radicale. Il gruppo di controllo è costituito da 225 pazienti che, nello stesso periodo di tempo, sono stati sottoposti a prostatectomia radicale per malattia organo-confinata T1c-T2 N0M0. Una radioterapia adiuvante è stata indicata in: tutti i pazienti con malattia pT3a o con margini chirurgici positivi e PSA post-operatorio dosabile. Tutti i pazienti con malattia pN+ iniziavano una terapia di blocco androgenico adiuvante.

Risultati: Gruppo cT3: 49 pazienti, età media 63.9 anni; PSA basale medio di 27.0 ng/ml, Gleason score bioptico medio di 6.7. 32 pazienti (65%) hanno eseguito un ciclo di 3 mesi di terapia ormonale neoadiuvante con blocco androgenico completo. Dopo chirurgia, la malattia si è confermata T3 in 31 pazienti (pari al 63%); in 8 pazienti la malattia è risultata organo-confinata (16%) senza peraltro correlazione con la terapia ormonale. neoadiuvante. 10 pazienti sono risultati pT4. La percentuale di margini chirurgici positivi è stata del 69%; 19 pazienti sono risultati pN+ (39%). 31 pazienti sono risultati completamente asciutti a 12 mesi (63%); gli altri presentavano una incontinenza G1-G2, nessuno un grado G3 di incontinenza. Il 52% dei pazienti potenti pre-operatoriamente sono risultati attivi sessualmente dopo l'intervento, anche se con ausilio farmacologico. Il follow up medio di questo gruppo è risultato 37.6 mesi. 18 pazienti (37%) sono stati sottoposti a terapia ormonale adiuvante e 10 (20%) a radioterapia adiuvante, e 12 pazienti (24%) sono stati sottoposti a terapia ormonale e/o a radioterapia di salvataggio. La sopravvivenza libera da recidiva biochimica a 5-anni è risultata del 71.1%, la sopravvivenza cancro-specifica a 5 anni del 95.6%. Gruppo cT2: 225 pazienti, età media 65.4 anni; PSA basale medio 15.3 ng/ml. 142 pazienti (63%) hanno eseguito un ciclo di 3 mesi di terapia ormonale neoadiuvante con blocco androgenico completo. Dopo chirurgia, la malattia si è confermata organo-confinata pT2 in 125 pazienti (55.5%); nel 41% dei casi la malattia è risultata localmente avanzata. La percentuale di margini chirurgici positivi è stata del 35.5%; 18 patients (8%) sono risultati pN+.

Il follow up medio di questo gruppo è risultato 36.1 mesi. 26 pazienti (11.5%) sono stati sottoposti a terapia ormonale adiuvante e 12 (5%) a radioterapia adiuvante, mentre complessivamente 22 pazienti (10%) sono stati sottoposti a terapia ormonale e/o a radioterapia di salvataggio. La sopravvivenza libera da recidiva biochimica a 5-anni è risultata dell'80.2%, la sopravvivenza cancro-specifica a 5 anni del 97.6%.

Conclusioni: L'analisi della nostra esperienza dimostra come, nei pazienti con malattia clinicamente avanzata, dopo prostatectomia radicale sia maggiore l'incidenza di margini chirurgici positivi e malattia linfonodale rispetto ai pazienti con malattia clinicamente organo-confinata, con una conseguente differenza in termini di terapia ormonale adiuvante (36.7% vs 11.6%) e radioterapia adiuvante (20.4% vs 5.3%). Da sottolineare peraltro una percentuale significativa di pazienti sovrastadiati (16%) nel gruppo cT3 e di pazienti sottostadiati (41%) nel gruppo cT2. La prostatectomia radicale nella malattia localmente avanzata sembra avere un ruolo significativo nell'ambito di un approccio multimodale: la sopravvivenza libera da ripresa biochimica e la sopravvivenza cancro-specifica sono equivalenti nei due gruppi.

Abstract n. 42 Comunicazione
VALUTAZIONE URODINAMICA PRECOCE E TARDIVA
NELLA NEOVESCICA SIGMOIDEA ORTOTOPICA

Villari D., Castigli M., Della Melina A., Mencarini M., Bottai A., Stomaci N., Nicita G.

S.O.D. Urologia 2 - A.O.U. Careggi - Firenze

Introduzione e Obiettivi: Dal gennaio 1993 al Dicembre 2006 nel nostro centro sono state eseguite 120 neovesciche ortotopiche mediante la detubularizzazione e riconfigurazione di un segmento sigmoideo della lunghezza di 20 - 25 cm, tale da ottenere un neoserbatoio approssimativamente sferico di adeguata capacità. Di questi pazienti 106 erano maschi (88,3%) e 14 femmine (11,7%), con età media di 63,3 anni (range 42-78). Riportiamo il follow-up urodinamico a 6 mesi, 2 anni e 5 anni dall'intervento per valutare i risultati funzionali del neoserbatoio sigmoideo.

Metodi: I pazienti sono stati sottoposti a diario minzionale e valutazione urodinamica mediante flussometria libera con valutazione del residuo post minzionale e studio pressione - flusso (P-F). Di questi pazienti, 48 hanno ripetuto la valutazione a distanza di 2 anni e 29 a distanza di 5 anni. L'esame è stato condotto a digiuno nelle prime ore del mattino, in posizione seduta con catetere uro dinamico trans-uretrale (nei maschi tipo BEL UD-CDL050-L 5 Fr, nelle femmine tipo BEL UD-CTL071PIG 7 Fr) e sonda rettale (tipo BEL UD-CPR121/M 12 Fr) inserita per circa 10 cm nel retto. Mediante manovra di Valsalva si controlla il corretto posizionamento delle sonde. La velocità di riempimento vescicale è stata sempre di 15 ml/min. Tutte le percezioni riferite dai pazienti sono state registrate e in corso di esame, a riempimenti prestabiliti (200, 300 e 400 ml), i pazienti hanno eseguito test provocativi (manovre di Valsalva, colpi di tosse) per elicitarne il VLPP (Valsalva Leek Point Pressure) La capacità massima di infusione, in assenza di stimoli o perdite, è stata fissata a 600 ml.

Risultati: Il diario minzionale a 6 mesi, 2 anni e 5 anni ha evidenziato una frequenza minzionale media rispettivamente di 8,4, 6,25 e 5,2 minzioni/die. A 6 mesi 35 pazienti (29,1%) utilizzavano 1 pad la notte e tra questi 21 pazienti (17,5%) utilizzava 1 o più pad durante il giorno. La flussometria libera e lo studio P-F mostrano rispettivamente a 6 mesi, 2 anni e 5 anni i seguenti valori medi: Q-max 11,32, 12,62, 12,60 ml/sec; volume vuotato 237,56, 320,83 e 381,78 ml; volume residuo post minzionale 49,17, 61,11 e 78,15 ml; massima pressione detrusoriale 54,52, 46,08, 28,89 cm/H₂O; capacità vescicale totale 316,33, 365,83, 440,67 ml; pressione detrusoriale alla massima capacità vescicale 49,93, 42,75, 29,78 cm/H₂O.

Conclusioni: Nella nostra esperienza la neovescica sigmoidea costituisce un serbatoio a bassa pressione con adeguata capacità, scarsa tendenza allo sfiancamento e permette una buona sensazione di riempimento.

Abstract n. 43 Poster

PSA DENSITY PRE ADENOMECTOMIA

Di Piero E., Iannucci M., Berardinelli F., Verratti V., Russi F., Tenaglia R.L.

Clinica Urologica, Università G.D'Annunzio, Chieti

Introduzione e Obiettivi: La PSA density (PSAD) mette in relazione il PSA con il volume della prostata ed ha lo scopo di "mascherare" la quota di PSA prodotta dalle cellule epiteliali benigne, soprattutto in caso di voluminosa ipertrofia prostatica benigna (IPB). Nella pratica clinica, in funzione del valore della PSAD ottenuta, possiamo distinguere 3 condizioni: normale (<0,05 ng/mL/cc), intermedia (tra 0,051 e 0,099) e patologica (>0,1). Convenzionalmente viene considerato un cut

off di 0,15. Scopo del nostro studio è stato verificare retrospettivamente l'utilità della PSAD nel predire patologie neoplastiche in pazienti operati di adenomectomia trans vescicale per ipertrofia prostatica.

Metodi: Abbiamo studiato un campione di 70 pazienti, età media 69 anni, sottoposti ad adenomectomia T.V. durante un periodo compreso tra gennaio 2005 e settembre 2006. Preoperatoriamente, abbiamo calcolato: volume prostatico, PSA t medio e PSAD (valore del PSA t diviso il volume). L'intero campione è stato sottoposto ad esame istologico routinario dell'adenoma asportato e diviso in un sottogruppo positivo per carcinoma prostatico (CaP) incidentale e uno negativo. L'analisi statistica delle differenze tra le variabili medie considerate è stata effettuata con t test. Abbiamo considerato statisticamente significativi valori di p<0,05.

Risultati: L'esame istologico sul pezzo operatorio ha individuato un CaP incidentale in 4 pazienti (6%), età media 78 anni. Nei pazienti senza e con CaP il volume medio della prostata è stato rispettivamente 74,8 e 105 cc, il PSA t medio 4,5 e 5,5 ng/mL e la PSAD media 0,06 e 0,042. L'analisi dei dati ha mostrato l'assenza di una correlazione significativa (p>0,05) tra i valori medi della PSAD nel gruppo di pazienti con CP incidentale rispetto al gruppo negativo per CP.

Conclusioni: Benson introdusse nel 1992 il concetto di "PSA Density" (PSAD), che potrebbe essere il solo parametro discriminante fra IPB e CaP, specialmente se il PSA si trova tra 2 e 10 nG/mL. Il nostro studio, pur nel limite del campione, offre uno spunto sulla correttezza di usare un cutoff di 0,15 per l'esecuzione di biopsie prostatiche in pazienti disurici con ipertrofia prostatica.

Abstract n. 44 Poster

FIBROSI UTERINA: DIAGNOSI INCIDENTALE DA IDROFROSI SECONDARIA

Iannucci M., Iannucci E., Di Piero E., Fusco W., Verratti V., Tenaglia R.L.

Clinica Urologica, Università G. D'Annunzio, Chieti

Introduzione e Obiettivi: Il fibroma uterino è il tumore pelvico con maggiore incidenza; colpisce circa il 35% delle donne in età fertile, anche se soltanto nel 50% dei casi diventa sintomatico. Tale patologia è ormonodipendente; la formazione del fibroma è legata agli elevati tassi d'estrogeni circolanti. I sintomi dei fibromi uterini sono variabili: menorragie, menometrorragie, compressione dei visceri pelvici limitrofi, infertilità da causa meccanica. Le menometrorragie sono il sintomo più importante dei fibromi sottomucosi e intramurali, e sono più abbondanti nel periodo perimenopausale in virtù dell'iperestrogenismo relativo. Ad oggi, non esiste un trattamento eziologico o preventivo per questa patologia.

Metodi: Giunge alla nostra osservazione una paziente di 28 anni con coliche renali sinistre recidivanti da circa 1 settimana, test anticoncezionale negativo. Ai primi controlli laboratoristici non si evidenziavano alterazioni della funzionalità renale e l'esame urine risultava perfettamente normale. L'indagine ecografica mostrava ectasia renale sinistra ed una vescica a basso riempimento con bassa compliance riferita dalla paziente. Posteriormente alla vescica diversi fibromi uterini esercitavano un effetto compressivo con stiramento dell'uretere sinistro.

Risultati: La paziente ha eseguito una laparotomia mediana con intento conservativo e rimozione di 5 fibromi, il maggiore dei quali di 5 cm, tramite miomectomia così da permettere il mantenimento dei cicli mestruali e la possibilità di gravidanza. L'uretere sinistro è risultato nella norma come morfologia ed ha riacquisito subito il suo decorso anatomico. Dopo poche ore l'ectasia era scomparsa.

Conclusioni: Nella donna altre cause di ostruzione acquisite ad estrinseco, sono rappresentate da fibrosi retro peritoneale, sindrome delle vene ovariche, endometriosi, tumori maligni dell'intestino e della pelvi, gravidanza e lipomatosi pelvica. In letteratura ritroviamo casi sporadici di problematiche reno ureterali in corso di fibrosi uterina, il più recente risalente al 1996, ed in nessun caso l'effetto era solamente compressivo e l'infiltrazione era sempre contemplata.

Abstract n. 45 Comunicazione

DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO RISCONTRO DI NEOPLASIA PROSTATICA INTRAEPITELIALE AD ALTO GRADO: IMPATTO DEL NUMERO DI PRELIEVI ESEGUITI ALLA PRIMA BIOPSIA

Roscigno M.¹, Scattoni V.¹, Galosi A.², Freschi M.¹, Raber M.¹, Maccagnano C.¹, Fabiani A.², Angiolilli D.¹, Montorsi F.¹, Montironi R.², Muzzonigro G.², Rigatti P.¹

¹Università Vita-Salute San Raffaele, Urologia ed Anatomia Patologica, Milano; ²Università Politecnica delle Marche, Urologia ed Anatomia Patologica, Ancona

Obiettivi: Esaminare come il numero di frustoli prelevati alla prima biopsia possa influire sul riscontro di adenocarcinoma prostatico (Pca) dopo iniziale diagnosi di neoplasia prostatica intraepiteliale ad alto grado (HGPin).

Metodi: Sono stati esaminati retrospettivamente 121 pazienti (pz) sottoposti dal 1998 al 2005 a re-biopsia prostatica dopo diagnosi di HGPin in due Cliniche Urologiche. La HGPin era stata riscontrata eseguendo un campionamento biotico da 6 a 24 prelievi (mediana: 12). In 60 pz (49,5%) la HGPin era plurifocale (pHGPin), mentre in 61 (50,5%) era monofocale (mHGPin). In 81 pz la prima biopsia era stata eseguita con £12 prelievi e la re-biopsia con 12-24 prelievi; in 40 pz. erano stati effettuati >12 prelievi alla prima biopsia e 18-24 alla re-biopsia. L'età media era di 67,3±0,7 anni; il PSA medio di 7,9±7,6 ng/ml; il volume prostatico medio di 53,3±25,3 mL. I dati sono stati analizzati mediante analisi univariata (test chi-quadrato e t-test) e analisi multivariata (regressione logistica multipla).

Risultati: Complessivamente un Pca è stato diagnosticato alla re-biopsia nel 33,8% dei casi. L'analisi univariata ha dimostrato una differenza significativa nel PSA iniziale (7,2 vs 8,9 ng/mL; p=0,041) tra pz. con tessuto prostatico benigno e Pca alla re-biopsia, mentre non è stata riscontrata alcuna differenza in termini di età, volume prostatico e tempo alla re-biopsia. Il riscontro di Pca è stato superiore nei pz con £12 prelievi alla prima biopsia rispetto a quelli sottoposti a >12 prelievi (39,5% vs 18,6%; p=0,03), e nei pz con pHGPin rispetto a quelli con mHGPin (41,6% vs 24,5; p=0,045). Non è stata riscontrata alcuna differenza in termini di PSA, età, volume prostatico e tempo alla re-biopsia fra i pz sottoposti a £12 e >12 prelievi alla prima biopsia e fra i pz con pHGPin e mHGPin. All'analisi multivariata sono risultati fattori predittivi indipendenti per riscontro di Pca: il PSA iniziale (p=0,017; HR:2,4); la pHGPin (p=0,012; HR:2,5) e £12 prelievi alla prima biopsia (p=0,0019; HR:3,2). Il tempo alla re-biopsia (analizzato sia come variabile continua sia codificando per diversi intervalli temporali) non è risultato un fattore predittivo indipendente. Una sottoanalisi è stata eseguita sui pz sottoposti a £12 e >12 prelievi durante la prima biopsia. Il valore di PSA e la pHGPin hanno conservato il loro ruolo predittivo indipendente all'univariata ed alla multivariata solo nei pazienti con £12 prelievi. Al contrario, in pazienti con >12 prelievi alla prima biopsia, nessun parametro sopra menzionato è risultato significativamente associato al riscontro di Pca alla re-biopsia.

Conclusioni: il riscontro di Pca dopo una iniziale diagnosi di HGPin è significativamente più basso in pazienti sottoposti ad una biopsia iniziale con >12 prelievi. La pHGPin è fattore pre-

dittivo indipendente di Pca solo nei pazienti sottoposti a una biopsia iniziale con £12 prelievi.

1. Significance of atypical and suspicious small acinar proliferations, and high grade prostatic intraepithelial neoplasia on prostate biopsy: implications for cancer detection and biopsy strategy. Girasole CR et al. Journal of Urology 2006, 175(3):929-33; discussion 933.
2. Monofocal and plurifocal high-grade prostatic intraepithelial neoplasia on extended prostate biopsies: factors predicting cancer detection on extended repeat biopsy. Roscigno M et al. Urology, 63 (6), pp. 1105-1110

Abstract n. 46 Poster

VALORE PROGNOSTICO DELLA LINFOADENECTOMIA IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI MUSCOLO-INFILTRANTE

Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Bertini R.¹, Scattoni V.¹, Da Pozzo L.F.¹, Pasta A.¹, Briganti A.¹, Gallina A.¹, Capitano U.¹, Colombo R.¹, Montorsi F.¹ and Rigatti P.¹

Dipartimento di ¹Urologia and ²Oncologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Obiettivi: Analizzare il ruolo della linfadenectomia (LND) in pazienti con carcinoma a cellule transizionali (TCC) muscolo-infiltrante dell'alto apparato escretore (UUT), trattati con chirurgia radicale.

Metodi: Dal 1986 al 2003, 132 pazienti con TTC muscolo-infiltrante dell'UUT sono stati sottoposti a chirurgia radicale. LND è stata eseguita in 95 casi (72%). I pazienti sono stati stratificati sulla base dell'esecuzione della LND e dello stato linfonodale (pN). L'effetto di età, pT, G, stato linfonodale (pN), numero di linfonodi rimossi, anno dell'intervento chirurgico e chemioterapia adiuvante sulla sopravvivenza libera da malattia (DFS) e sulla sopravvivenza cancro-specifica (CSS) è stato determinato mediante analisi univariata e multivariata con Cox regression model nell'intera popolazione e nei pazienti sottoposti a linfadenectomia.

Risultati: La CSS a 5 anni è risultata significativamente peggiore nei pazienti pNx rispetto ai pN0 (48% vs 73%, p=0.001) and paragonabile all'esito dei pazienti pN+ (48% vs 39%, p=0.476). Nell'intera popolazione, l'analisi multivariata mediante Cox regression model ha evidenziato che pT e pN erano gli unici due fattori predittivi indipendenti di DFS (p=0.04, HR=1.82, and p<0.01; HR=1.34, rispettivamente) e CSS (p<0.01, HR=2.42, and p=0.04, HR=1.32, rispettivamente). Nei pazienti sottoposti a LND, il numero di linfonodi rimossi è risultato fattore predittivo indipendente di DFS (p=0.03; HR=0.928) così come di CSS (p=0.007; HR=0.903). Infine, quando il numero di linfonodi rimossi è stato codificato in accordo con il parametro statistico del "most informative cut-off"± (>6 linfonodi vs. ≤6), l'estensione della LND è risultata fattore predittivo indipendente di DFS (p<0.01; HR 0.310) e CSS (p=0.001, HR 0.275), comprendendo nell'analisi multivariata età, stadio, grado, pN, anno dell'intervento chirurgico e chemioterapia. La medesima analisi è stata quindi ripetuta nel sottogruppo di pazienti pN0 (N=69): l'estensione della LND è risultata ancora una volta fattore prognostico indipendente di DFS e di CSS, sia quando considerata come variabile continua (p=0.04, HR=0.904 e p=0.01, HR=0.867, rispettivamente) sia quando codificata in accordo con il "most informative cut-off"± (p<0.01, HR=0.244 and p=0.001, HR=0.184, rispettivamente).

Conclusioni: Il nostro studio dimostra che la LND consensuale alla chirurgia radicale può fornire un vantaggio terapeutico nei pazienti con TCC muscolo-infiltrante dell'UUT. In più, i nostri dati evidenziano come la DFS e la CSS migliorano con l'aumentare del numero dei linfonodi rimossi. Attualmente, un

miglior esito oncologico sembra osservabile in quei pazienti in cui almeno 6 linfonodi siano stati rimossi.

1. Komatsu H, Tanabe N, Kubodera S et al. The role of lymphadenectomy in the treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *J Urol* 1997; 157: 1622-1624.
2. Miyake H, Hara I, Gohji K et al. The significance of lymphadenectomy in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *BJU Int* 1998; 82: 494-498.
3. Brausi M, Gavioli M, De Luca G et al. Retroperitoneal lymph node dissection (RPLD) in conjunction with nephroureterectomy in the treatment of the infiltrative transitional cell carcinoma (TCC) of the upper urinary tract: impact on survival. *Eur Urol* (in press).

Abstract n. 47 Poster

PREDITTIVITÀ DELLA CITOLOGIA URINARIA E DELLA CISTOSCOPIA FLESSIBILE NELLA DIAGNOSI DI CIS, STADIO E GRADO DEL CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI DELLA VESCICA

Raber M., Colombo R., Pasta A., Fabbri F., Losa A., Maccagnano C., Pellucchi F., Montorsi F., Rigatti P.

Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Cattedra di Urologia, Università Vita Salute, Milano

Introduzione ed Obiettivi: Definire l'affidabilità della previsione del risultato istopatologico delle resezione endoscopica (TURB) delle neoplasie vescicali sulla base della citologia urinaria e delle caratteristiche morfologiche delle lesioni vescicali definite al momento della cistoscopia diagnostica.

Metodi: Da gennaio a dicembre 2006 abbiamo eseguito 182 resezioni endoscopiche per neoplasia vescicale transizionale. In tutti i pazienti abbiamo valutato la citologia urinaria preoperatoria ed i dati endoscopici ottenuti con cistoscopia flessibile. Le variabili considerate sono state l'età ed il sesso, la citologia urinaria, la focalità, il diametro, la presenza di aree iperemiche, le caratteristiche morfologiche della lesione (lesione piana, lesione solida, base di impianto) e le caratteristiche della parete vescicale (trabecolata, pseudodiverticoli). Per tutte queste variabili è stato definito un coefficiente di correlazione con tutte risposte istopatologiche dopo TURB e così sintetizzate: CIS, grading, infiltrazione della lamina propria, infiltrazione della tonaca muscolare, estensione extravescicale. In caso di correlazione significativa di un risultato con più variabili, abbiamo eseguito una regressione multipla per identificare le variabili effettivamente significative.

Risultati: I fattori predittivi di Cis sono risultati essere la larga base di impianto (P=0,01), la citologia urinaria positiva (P=0,0005), la iperemia associata della lesione (P=0,05), la morfologia piana della lesione (P=0,0017) e l'età (P=0,03). I fattori predittivi di infiltrazione della lamina propria sono risultati la larga base di impianto (P<0,0001), la citologia urinaria positiva (P=0,0001), il diametro (P<0,0001), la multifocalità (P=0,01), la presenza di pseudodiverticoli (P=0,02) e l'aspetto solido della lesione (P<0,0001). I fattori predittivi di infiltrazione della muscolare sono risultati la larga base di impianto (P=0,001), la citologia positiva (P=0,03) e l'aspetto solido della lesione.

Conclusioni: La positività alla citologia urinaria, la larga base di impianto e l'aspetto solido della lesione si sono dimostrati fattori di rischio molto importanti nel predire un carcinoma transizionale poco differenziato ed infiltrante sia la lamina propria che la muscolare nei pazienti con prima diagnosi di neoplasia. La previsione del risultato istologico dopo TURB in base ai dati clinici e morfologici della neoplasia è attuabile con criteri di elevata affidabilità. Ciò può essere di valido aiuto nella pianificazione degli esami di staging prima della resezione oltre che nell'orientare il colloquio pre-operatorio nei pazienti ad alto rischio.

Abstract n. 48 Poster

RADIOTERAPIA A MODULAZIONE D'INTENSITÀ (IMRT) AD ALTE DOSI NEL CARCINOMA PROSTATICO A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI INIZIALI SULLA FATTIBILITÀ E SULLA TOSSICITÀ ACUTA

Petrongari M.G.¹, Saracino B.¹, Gomellini S.¹, Arcangeli S.¹, Iaccarino G.², Strigari L.², Benassi M.², Sperduti I.³, Arcangeli G.¹

Radioterapia Oncologica¹, Fisica Sanitaria² e Biostatistica³ Istituto Regina Elena-Roma

Introduzione e Obiettivi: L'obiettivo dello studio è di valutare la fattibilità di una radioterapia a modulazione d'intensità (IMRT) ad alte dosi nel trattamento di pazienti con carcinoma prostatico a rischio intermedio confrontando la tossicità acuta del trattamento di dose-escalation con quella osservata in un gruppo storico di pazienti trattati con IMRT a dosi più basse.

Metodi: Da gennaio 2005 sono stati arruolati nello studio 22 pazienti (gruppo A) con carcinoma prostatico accertato istologicamente a rischio intermedio. Tutti i pazienti hanno effettuato IMRT ad alte dosi, dose totale 86 Gy in 43 frazioni, 2 Gy per frazione. Questi pazienti sono stati confrontati con un gruppo storico di 24 pazienti (gruppo B) con caratteristiche simili trattati con 80 Gy in IMRT.

Le caratteristiche dei pazienti del gruppo A e B sono riportate in Tabella 1a.

Durante la radioterapia, venivano registrate settimanalmente le tossicità acute gastrointestinale (GI) e genitourinaria (GU), in accordo con le scale RTOG/EORTC.

Risultati: Non è stata riscontrata tossicità acuta G3 gastrointestinale (GI) o genitourinaria (GU) in nessun paziente trattato. La tossicità acuta GI G1 e G2 del gruppo A (86 Gy) è stata osservata nel 45.5% e nel 27% dei casi, rispettivamente; nel gruppo B (80 Gy) la tossicità acuta GI G1 e G2 è stata riportata dal 38% e dal 28.6% dei pazienti, rispettivamente. La differenza non è risultata statisticamente significativa. La tossicità acuta GU G1 e G2 del gruppo A (86 Gy) è stata osservata nel 59% e nel 27% dei casi, rispettivamente; nel gruppo B (80 Gy) la tossicità GU G1 e G2 è stata riportata dal 52% e dal 24% dei pazienti, rispettivamente. La differenza non è risultata statisticamente significativa.

Conclusioni: I risultati preliminari mostrano la fattibilità dell'IMRT ad alte dosi (86 Gy). Le tossicità acute GI e GU sembrano confrontabili con quelle osservate in pazienti trattati con IMRT a dosi più basse (80 Gy).

Bibliografia Essenziale

1. Zelefsky MJ et al. High-dose Intensity Modulated Radiation Therapy for prostate cancer: early toxicity and biochemical outcome in 772 patients. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 53(5):1111-1116, 2002
2. Zelefsky MJ et al. Intensity-Modulated Radiation Therapy for prostate cancer. *Sem Radiat Oncol* 12(3): 229-237, 2002

Tabella 1a. Caratteristiche dei pazienti

	Gruppo A	Gruppo B
Età (anni)	71 (range: 59-77)	70 (range: 50-81)
Stadio T1c	5 (23%)	9 (37.5%)
Stadio T2a	13 (59%)	9 (37.5%)
Stadio T2b	4 (18%)	6 (25%)
PSA < 10 ng/ml	21 (95%)	22 (92%)
PSA >10 <20 ng/ml	1 (5%)	2 (8%)
Gleason Score 5(3+2)	-	1 (4%)
Gleason Score 6(3+3)	5 (22.5%)	15 (62.5%)
Gleason Score 7(3+4)	11 (50%)	3 (12.5%)
Gleason Score 7(4+3)	5 (22.5%)	4 (17%)
Gleason Score 8(4+4)	1 (5%)	1 (4%)

Abstract n. 49 Poster

ATTIVITÀ E COMPLIANCE DI UN TRATTAMENTO DI TERMO-CHEMIOTERAPIA ENDOVESICIALE IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA VESCICA NON INVASIVO AD ELEVATA RECIDIVITÀ

Maffezzini M., Canepa G., Campodonico F., Capponi G., Tamagno S.

SC Urologia, EO Ospedali Galliera, Genova

Obiettivi: La somministrazione di chemioterapia associata ad ipertermia ha dimostrato vantaggi in termini di efficacia rispetto alla sola chemioterapia. Il nostro studio ha lo scopo di valutare l'attività della Mitomicina (MMC) endovesiciale in soluzione ipertermica nella profilassi delle recidive in pazienti a rischio intermedio od elevato o resistenti ai trattamenti convenzionali (chemio e/o immunoterapia).

Metodi: Sono stati selezionati pazienti con storia clinica di TCC della vescica, non invasivo, ad alto rischio o a rischio intermedio secondo i criteri della EAU, o ad elevata recidività, (2 o più episodi per anno), o insuccessi dopo terapia convenzionale. I pazienti sono stati trattati con MMC endovesiciale (40 mg) somministrata in soluzione ipertermica a 42.5 C, e mantenuta per 60 minuti in una fase iniziale di induzione (4 sessioni settimanali) e due ulteriori sessioni quindicinali di mantenimento.

Risultati: 22 pazienti hanno soddisfatto i criteri di eleggibilità ed hanno aderito allo studio; 12 maschi e 10 femmine di età media di 74,6 anni, range 57-82. In 15 pazienti la malattia era ad alto rischio ed in 7 a rischio intermedio. La mediana degli episodi di recidiva prima dell'immissione nello studio era di 3 episodi per anno (range 1-5), e 6 pazienti erano stati trattati in precedenza con chemio e immunoterapia. Nei 22 pazienti che hanno completato la fase di induzione ed una di mantenimento, non si sono osservate recidive. Il trattamento è stato tollerato bene e la somministrazione di antispastici endovesiciale si è resa necessaria in 4 pazienti. Gli effetti collaterali più frequenti sono stati disuria e bruciori minzionali nella giornata del trattamento e nella giornata successiva. In nessun caso il trattamento è stato interrotto o rinviato per intolleranza.

Conclusioni: La chemioterapia ipertermica con MMC a 42.5 C è ben tollerata e può essere considerata una alternativa efficace in pazienti con TCC vescicale ad elevata recidività dopo terapia convenzionale.

Abstract n. 50 Poster

LA POSITIVITÀ DELL'ESAME F.I.S.H. URINARIO, BASSA ED ELEVATA, DEFINISCE DIFFERENZE DI RISCHIO PROGNOSTICO DI RECIDIVA E PROGRESSIONE DEL TCC SUPERFICIALE DELLA VESCICAMaffezzini M., Capponi G., Casazza S.¹, Turbino L.¹, Bandelloni R.¹SC Urologia, EO Ospedali Galliera; ¹SC Anatomia Patologica, EO Ospedali Galliera, Genova

Obiettivi: Verificare se nei pazienti con TCC superficiale della vescica è possibile distinguere un diverso rischio di recidiva e di progressione tramite l'esame F.I.S.H. delle urine.

Materiali e Metodi: Pazienti con evidenza istologica di TCC super-

ficiale della vescica, stadio Ta – T1 a basso ed alto grado, sono sottoposti ad esame F.I.S.H. alla diagnosi e suddivisi nei seguenti tre gruppi in base ai risultati, come segue: Negativi, ovvero con esame F.I.S.H. negativo; Positività Basso: perdita omozigotica del locus 9p21 isolata od associata ad alterazioni cromosomiche singole in meno del 10% delle cellule esaminate; Positività Elevata: perdita omozigotica del locus 9p21 associata ad alterazioni cromosomiche multiple in più del 10% delle cellule esaminate.

Risultati: Dal Maggio 2003 al dicembre 2006, 164 pazienti con diagnosi istologica di TCC sono stati sottoposti ad esame F.I.S.H. urinario per la ricerca di perdita omozigotica del locus 9p21, ed aneuploidie dei cromosomi 3, 7, e 17 (Urovision Vysis). I pazienti, di età media di 67,1 anni, 127 maschi e 37 femmine, sono stati successivamente controllati mediante cistoscopia e citologia trimestrali per i primi due anni, semestrali in seguito ed Urografia annuale. I risultati sono riassunti nella Tabella 1b.

Conclusioni: I risultati dell'esame F.I.S.H. permettono di riconoscere tre gruppi di rischio prognostico crescente e, più in dettaglio, un gruppo con esame negativo il cui rischio prognostico è di sviluppare una recidiva di basso stadio e grado di circa il 35% e di progressione del 4,4%; pz con esame F.I.S.H. a positività bassa il cui rischio di recidiva è del 46,5% e di progressione del 9,3%, e pz con esame a positività elevata il cui rischio di recidiva è 47,2% e di progressione del 22,6%.

Abstract n. 51 Poster

RISULTATI, COMPLICANZE E TOLLERABILITÀ DELLA BRACHITERAPIA NEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO A RISCHIO BASSO ED INTERMEDIO. VALUTAZIONE DEI PRIMI 105 IMPIANTIMaffezzini M.¹, Gavazzi L.¹, Calcagno T.¹, Grimaldi A.², Ricci P.², Gambaro M.³, Taccini G.³, Grillo-Ruggeri F.²¹S. C. Urologia; ²S. C. Radioterapia; ³S. C. Fisica Sanitaria

Valutare l'efficacia e le problematiche cliniche associate all'impianto di semi di Iodio 125 per il ca prostatico localizzato a rischio basso ed intermedio nella nostra prima serie di 105 pazienti.

Materiali e Metodi: Ai pazienti con carcinoma della prostata a rischio basso, ovvero, PSA < 10ng/ml, Gleason <7 e intermedio, ovvero PSA <15 ng/ml Gleason 7 è stata proposta la scelta tra chirurgia e radioterapia. La brachiterapia è consistita nell'impianto di semi di I 125 sotto guida ecografica e planning intra-operatorio real time.

Risultati: Dall'Agosto 2002 al Agosto 2006 abbiamo eseguito 105 impianti di brachiterapia prostatica con impianto di semi di iodio 125 per via transperineale ecoguidata. L'età media è 70,92 anni con una mediana di 71 (range 54-82 anni). Il PSA medio era di 11,99 ng/ml, il PSA mediano 8,0ng/ml (range 3,4- 145 ng/ml), e lo stadio clinico compreso tra T1c e T2b. Gli impianti sono stati tutti eseguiti in anestesia generale, in posizione litotomica accentuata ed ha richiesto un tempo medio di 155 minuti, mediano 142 minuti (range 110-185). I pazienti sono stati dimessi la mattina della prima giornata. I volumi prostatici avevano valore medio di 36,6 cc, mediano 32,5cc (range 16,6 e 62cc). Il follow-up medio e' di 31,8 mesi, mediano 32 mesi con un range tra 4 e 48 mesi. Il controllo del PSA e la visita urologica sono stati ese-

Tabella 1b.

Pattern FISH	Follow-up negativo	Ricorrenza	Progressione	Pazienti
Negativa	41 (60.3%)	24 (35.3%)	3 (4.4%)	68
Basso Rischio	19 (44.2%)	20 (46.5%)	4 (9.3%)	43
AltoRischio	16 (30.2%)	25 (47.2%)	12 (22.6%)	53

guiti con cadenza trimestrale o semestrale (a seconda della classe di rischio). La D90 e' sempre stata maggiore o uguale alla dose di prescrizione (145 Gy) e la finalit  e' sempre stata quella di ottenere una V100 superiore al 95%. La ripresa biochimica di malattia, intesa come terzo rialzo consecutivo del PSA dopo il raggiungimento del nadir, si   manifestata in 5 pz (4,76%), rispettivamente a 15, a 21, a 24, a 27 e a 30 mesi. Tutti hanno iniziato blocco androgenico totale (BAT).

100 pz. (95,24%) al momento risultano liberi da progressione biochimica. Abbiamo registrato l'espulsione di 4 semi con le urine in tre pz e la migrazione polmonare di un seme, in un quarto pz, che a distanza di 18 mesi non ha evidenziato conseguenze. I sintomi irritativi urinari pi  evidenti si sono presentati a 12 e 24 mesi. Ad un anno i sintomi irritativi di lieve entit  erano presenti nel 54% dei casi, mentre una sintomatologia pi  intensa era presente nell'8% dei pz; a due anni nel 23% dei casi si manifestava una sintomatologia lieve, mentre un 3% manifestava una sintomatologia irritativa pi  intensa. La terapia con alfa-litico   stata prescritta, dopo il trattamento a 31 pz (29,52%). Un caso di ritenzione completa d'urina (0,95%)   stato risolto con cateterismo temporaneo, mentre un'ulcera rettale (0,95%), manifestatasi quale conseguenza di un trattamento combinato con fasci esterni, si   risolta con sola terapia topica.

Conclusioni: Dalla valutazione dei nostri primi 105 impianti si evidenzia che tale trattamento   efficace, ben tollerato e correlato ad una limitata quantit  di complicanze.

Abstract n. 52 Poster

RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ILEO POST OPERATORIO E RITORNO PRECOCE AD ALIMENTAZIONE PER OS DOPO CISTECTOMIA RADICALE E DERIVAZIONE URINARIA INTESTINALE

Maffezzini M.¹, Campodonico F.¹, Canepa G.¹, Capponi G.¹, Parodi D.², Gerbi G.²

¹S.C. Urologia; ²S.C. Anestesia e Rianimazione

Obiettivi: Ridurre l'incidenza di ileo post-operatorio ed accelerare il recupero della funzione intestinale per ottenere un ritorno precoce ad alimentazione per os dopo cistectomia radicale e derivazione intestinale.

Materiali e Metodi:   stato impiegato un protocollo di gestione peri-operatoria multimodale, eliminando o riducendo gli elementi associati allo sviluppo di ileo post-operatorio. Specificamente, gli aspetti di maggiore rilievo sono: abolizione della preparazione meccanica intestinale e del digiuno pre-operatorio, controllo completo del dolore intra- e post operatorio, impiego di anestesia generale a risparmio di oppioidi ed epidurale con cannula toracica, in T9-T11, prevenzione dell'ipovolemia anticipando la reintegrazione quando le perdite raggiungono il 10% del volume ematico totale, cibo soffice per os dalla seconda giornata post-operatoria.

Risultati: Sono stati trattati secondo il protocollo 101 pazienti consecutivi di et  mediana di 74 anni con stadio di malattia pT1-2, pN0, M0 in 48 casi, pT3-4a, pN0, M0, in 33, e pT any-4b, pN+, M0 in 26; classe ASA I: 24 pazienti; ASA II:49, e III 34; neovesciche ortotopiche in 39 pz, eterotopiche continenti in 38 e, Bricker in 30. L'ileo post-operatorio si   manifestato in 19/107 pz (19%), il tempo medio di ritorno della peristalsi   stata la 2a gt post-operatoria, range 1-6, e l'alimentazione per os   ripresa nella 4a giornata. Le rispettive curve di K-M sono indicate nella figura.

Conclusioni:   possibile ottenere una riduzione dell'incidenza dell'ileo postoperatorio, un precoce ritorno della peristalsi. E dell'alimentazione per os applicando un piano di gestione perioperatorio specifico.

Bibliografia

1. Maffezzini et Al, *Surg Oncol* 13:197, 2004; 139:1359

2. Maffezzini M et al; *Urology*, in press.

Abstract n. 53 Comunicazione

ASSORBIMENTO SISTEMICO, FARMACOCINETICA E TOSSICIT  DI UNA SINGOLA INSTILLAZIONE ENDOVESICALE POST-TURV DI GEMCITABINA

Maffezzini M., Campodonico F., Mattioli F., Martelli A. SC Urologia, EO Ospedali Galliera, Genova; ¹Farmacologia Clinica, Universit  di Genova

Obiettivi: Quantificare l'eventuale assorbimento sistemico e la farmacocinetica di una singola dose di gemcitabina nelle instillazioni endovesicali post-TURV.

Metodi: Pazienti con diagnosi di istologica di TCC superficiale della vescica candidati a chemioterapia endovesicale in singola instillazione immediatamente successiva a resezione endoscopica sono stati sottoposti ad instillazione di gemcitabina (Gemzar, Lilly) alla dose di 40 mg/ml, corrispondente a concentrazione di 2000 mg di farmaco in 50 ml di S.F immediatamente successiva alla resezione endoscopica e mantenuta in vescica per 1 ora. Le concentrazioni plasmatiche del farmaco e del suo metabolita, 2'2-difluorodesossiridina, sono state eseguite al tempo basale e dopo 15, 30, 60, e 120 minuti con metodica HPLC. I pazienti sono stati suddivisi in base al numero di escursioni dell'ansa diatermica necessarie per asportare la lesione in resezioni limitate (S, in 8 pazienti), ed estese (L, in 7 pazienti).

Risultati: 15 pazienti con i criteri di elezione descritti sono stati sottoposti allo studio.

La tossicit  di maggiore intensit    consistita in vomito di grado 2 in due pazienti, uno in ciascun gruppo, e leucopenia di grado 2, in due pazienti, ancora uno in ciascun gruppo. Il picco plasmatico medio di gemcitabina   stato di 1,43 microgr/ml nelle TURV limitate e 2,47 microgr/ml in quelle estese. La massima concentrazione plasmatica   stata di 4.26 microgr/ml in un caso di resezione estesa.

Conclusioni: Una singola dose di gemcitabina endovesicale dopo TURV, comporta assorbimento del farmaco che dimostra proporzionalit  con la superficie cruentata. Il picco di assorbimento equivale circa ad un decimo della somministrazione e.v. e, conseguentemente, la tossicit    limitata.

Abstract n. 54 Poster

STUDIO DI FASE I-III DI CHEMIOPREVENZIONE CON BICALUTAMIDE SETTIMANALE A BASSE DOSI IN PAZIENTI CON PSA ELEVATO E BIOPSIA NEGATIVA

Maffezzini M., Campodonico F., Zanardi S., Puntoni M., Argusti A., Turbino L., Mori M., Bandelloni R., Decensi A. S.C. Urologia, S.C.Oncologia Medica, S.C. Anatomia Patologica, S.C. Laboratorio Analisi

Obiettivo: I pz con PSA elevato ed agobiopsia prostatica negativa per adenocarcinoma sono considerati a rischio di sviluppare la malattia, pertanto, rappresentano una popolazione di pazienti nei quali   indicata la chemioprevenzione. La bicalutamide pu  rappresentare un farmaco idoneo, inoltre, essendo caratterizzata da lunga emivita (6-8 giorni) permette la somministrazione settimanale.

Materiali e Metodi: I pazienti eleggibili sono stati assegnati sequenzialmente alla somministrazione di bica 50 mg/sett. (gruppo A), 100 mg/sett. (gruppo B) od osservazione (gruppo C) per una durata di 6 mesi. Sono stati valutati parametri istologici, immunoistochimici e biochimici, tra cui: Ki67, topoisomerasi -II, Bcl-2, COX-2, PSA, steroidi circolanti,

Risultati: Dal Maggio 2004 al Giugno 2006 su un totale di 107 pazienti esaminati 80 hanno accettato di sottoporsi allo studio e reclutati: 26 nel gruppo A (bica 50/sett), 28 nel gruppo B (bica 100/sett) e 26 nei gruppi C (osservaz.). A fine studio l'incidenza di HG-PIN nel gruppo di pazienti trattati   scesa dal 32%, all'ini-

zio dello studio, al 23%, mentre nel gruppo osservazione è salita dal 24% all'inizio dello studio al 34%. La comparsa di HG-PIN e di adenoca è stata del 36% nel gruppo di trattamento e del 52 % nel gruppo di osservazione. L'espressione del Ki-67 non ha dimostrato modifiche di rilievo. Il PSA, totale e libero, si è ridotto del 30% nei gruppi di pazienti in trattamento. Il trattamento è stato tollerato bene, l'effetto collaterale più frequente è stata la ginecomastia di grado 1.

Conclusioni: In pazienti con PSA elevato ed agobiopsia negativa per adenocarcinoma si documenta una elevata espressione dei biomarkers di proliferazione; la bicalutamide a basse dosi settimanali è ben tollerata, appare associata ad una riduzione dell'incidenza di HG-PIN e del PSA.

Abstract n. 55 Comunicazione

RUOLO DELLA PROFILASSI ANTIBATTERICA NEL MAPPING PROSTATICO: ESPERIENZA CON PRULIFLOXACINA

Mari M., Ambu A., Bollito E.¹, Bellina M.

U.O.C. Urologia, Ospedale degli Infermi - Rivoli (TO), ¹Servizio di Anatomia Patologica, ASO S. Luigi - Orbassano (TO)

Introduzione e Obiettivi: Il ricorso alla profilassi antibiotica ha un razionale d'impiego in diverse manovre urologiche, diagnostiche e terapeutiche, in cui è possibile la contaminazione batterica. Poiché essa viene somministrata preferibilmente per via orale, ed i patogeni più frequenti sono i Gram-negativi, i farmaci di primo impiego sono rappresentati da fluorochinoloni o da amoxicillina/acido clavulanico. Abbiamo valutato l'efficacia della prulifloxacin nella profilassi delle complicanze infettive dei pazienti sottoposti a biopsia prostatica transrettale ecoguidata.

Metodi: Nel periodo Dicembre 2004-Ottobre 2006, 432 pazienti consecutivi, di età compresa tra 44 e 82 anni, sottoposti a procedure di biopsia prostatica transrettale ecoguidata a 12 prelievi, sono stati randomizzati in due gruppi: in 210 (48,6%) pazienti è stata effettuata una profilassi con prulifloxacin in unica dose orale da 600 mg prima dell'intervento (gruppo 1), mentre in 222 casi (51,4%) la profilassi con prulifloxacin è stata proseguita fino al quinto giorno.

Risultati: Gli eventi più frequenti sono stati quelli locali (comprendenti gli eventi emorragici e la ritenzione urinaria acuta), che hanno interessato circa il 15% dei pazienti (17% dei pazienti del gruppo 1 e 14% dei pazienti del gruppo 2); gli eventi emorragici (ematuria ed emospermia) si sono risolti dopo pochi giorni in maniera spontanea. L'incidenza di febbre (sintomo principale di infezione) è stata dello 0,93% (4 episodi su 432 casi), simile nei due gruppi di trattamento (0,95% nel gruppo 1 e 0,90% nel gruppo 2). Gli episodi febbrili sono stati trattati con successo proseguendo la terapia antibiotica con prulifloxacin, somministrata per via orale alla posologia di 600 mg in monosomministrazione giornaliera per 5 giorni, e associando ceftriaxone 1 g i.m. die per 5 gg.

La "compliance" al trattamento profilattico antibiotico è risultata buona o ottima nella maggior parte dei pazienti. Nel 46,5% dei casi, l'analisi istologica dei prelievi prostatici ha identificato la presenza di un carcinoma prostatico, mentre nel 53,5% dei casi sono state identificate altre patologie prostatiche: ipertrofia prostatica benigna, prostatite cronica, neoplasia intraepiteliale prostatica di alto grado e atipie sospette ma non diagnostiche. **Conclusioni:** Il trattamento profilattico con prulifloxacin, in pazienti sottoposti a biopsia prostatica transrettale ecoguidata, è stato in grado di prevenire la comparsa di complicanze infettive, con una buona tollerabilità e accettabilità da parte del paziente, senza differenze significative tra la somministrazione in single shot (singola dose di antibiotico somministrata prima dell'intervento) e la somministrazione proseguita fino al quinto giorno.

Abstract n. 56 Poster

RUOLO DEL NERIDRONATO NELLA PREVENZIONE DELLE METASTASI OSSEE DA CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO IN PROGRESSIONE: NOSTRA ESPERIENZA

Anastasi G., Mucciardi G., Inferrera A., Ricotta G., Macchione L., Morabito A., Madonia M., Magno C., Morgia G.
Clinica Urologica-Università di Messina

Introduzione: Alcuni studi hanno dimostrato la capacità da parte dei bifosfonati di prevenire gli eventi avversi collegati alle metastasi ossee, quali le fratture patologiche, compressione spinale, radioterapia antalgica, ipercalcemia etc. Nel 2005 il nostro gruppo ha pubblicato i risultati di uno studio sulla capacità del neridronato, bifosfonato di III generazione, di prevenire l'osteoporosi in pazienti affetti da carcinoma prostatico localmente avanzato non metastatico, e sottoposti a trattamento ormonale con blocco androgenico totale o antiandrogeno in monoterapia. In questo studio abbiamo valutato, nei pazienti andati in progressione, la eventuale capacità del neridronato di prevenire l'insorgenza di metastasi ossee, versus pazienti non sottoposti a trattamento con bifosfonato.

Materiali e Metodi: Abbiamo arruolato 60 pazienti con carcinoma prostatico localmente avanzato non metastatico (T3-4, Nx, M0) età media 73,4 anni (range 68-80anni), PSA mediano 22,4ng/ml (range di 6,2- 52ng/ml, tutti hanno eseguito trattamento di androgeno deprivazione. 30pz, hanno eseguito trattamento con neridronato 1 f da 25 mg i.m. ogni 30 giorni. I pazienti venivano seguiti ogni 3 mesi con dosaggio del PSA, esplorazione rettale ed ecografia transrettale ogni 6 mesi. Il follow-up di questi pazienti è stato per tutti di 48 mesi.

Risultati: Hanno completato lo studio 53 pazienti (88,4%). 17 pz (31,6%) sono andati in progressione biochimica e/o strumentale. I 17 pazienti andati in progressione presentavano tutti Gleason > 6 con PSA medio 18 ng/ml (range 15-32ng/ml). Dei pazienti andati in progressione 6 pari al 63,1% avevano eseguito trattamento con il neridronato e 11(36,9%) non avevano eseguito tale trattamento. La progressione strumentale evidenziata con scintigrafia ossea, (metastasi ossee) si è registrata in 6 pz su 17 (35,2%) e di questi nessuno aveva eseguito trattamento con il neridronato.

Conclusioni: La capacità dei bifosfonati di prevenire l'insorgenza di osteoporosi in pazienti sottoposti a trattamento ormonosoppressivo per carcinoma prostatico localmente avanzato è stata ampiamente dimostrata. Alcuni studi hanno evidenziato il possibile ruolo che i bifosfonati possono svolgere nella prevenzione dell'insorgenza di metastasi ossee. I nostri risultati pur se relativi ad una casistica non numerosa sembrerebbero dimostrare quanto emerso dai dati più recenti della letteratura. Se confermati da una casistica più ampia e da un follow up più lungo potrebbero indurre a considerare l'uso del neridronato in maniera routinaria nei pazienti sottoposti a trattamento ormonale, con lo scopo non solo di prevenire l'insorgenza dell'osteoporosi, ma anche di abbassare la percentuale di metastasi ossee in quei pazienti andati in progressione di malattia.

Abstract n. 57 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA VERSUS TECNICA OPEN: ESPERIENZE INIZIALI A CONFRONTO

Madonia M., Mucciardi G., Inferrera A., Galì A., Favilla V., Fragapane G., Bonvissuto G., Pirozzi Farina F.¹, Magno C., Morgia G.

Clinica Urologica Università di Messina; ¹Clinica Urologica Università di Sassari

Il gold-standard nel trattamento del tumore prostatico organoconfinato è la prostatectomia radicale open o laparoscopica.

Scopo dello studio è riportare la nostra esperienza iniziale delle due metodiche, valutando in particolare alcuni parametri standard (tempi operatori, di ospedalizzazione, di catetere, perdite ematiche complicate e risultati oncologici).

Materiali e Metodi: Sono entrati nello studio 54 pazienti, divisi in due gruppi, il primo costituito dalle prime 27 prostatectomie radicali open (RRP) eseguite da novembre 1996 a dicembre 1998 ed il secondo costituito dalle prime 27 prostatectomie radicali laparoscopiche (VLRRP) eseguite da marzo 2005 a dicembre 2006.

L'età media è stata 64,8 (49-71) per il primo gruppo (RRP) e 66 anni (53-74) per il secondo (VLRRP), (p 0,27). Il PSA pre-operatorio mediano è stato 17,5 (4,7-45) ng/ml nel primo gruppo vs 8,4 ng/ml (3,3-28,2) nel secondo (p 0,0005); il Gleason score pre-operatorio mediano è stato 6,4 (4-9) vs 6 (2-8) (p 0,069); lo stadio clinico era per RRP 1T1a, 17T1c, 7 T2a, 2 T2b e per la VLRRP 18 T2a, 9 T2b (TNM 1997). Sono stati valutati: il tempo operatorio (escludendo il tempo impiegato per la linfoadenectomia che è stata eseguita solo nel gruppo di chirurgia aperta) le perdite ematiche, la durata dell'ospedalizzazione, del cateterismo, le complicanze (stenosi, incontinenza, impotenza) ed i margini chirurgici.

Risultati: Il tempo operatorio è stato di 172' nel primo gruppo vs 220' nel secondo (p 0,0036). Le perdite ematiche sono state di 830 vs 750 ml rispettivamente nel I e nel II gruppo (p 0,249), l'ospedalizzazione è stata di 13,8 vs 11,8 giorni (p 0,2), il catetere è stato rimosso dopo 17,5 giorni nei pazienti del gruppo I e dopo 12,1 nel gruppo II (p 0,01). Riguardo alle complicanze le stenosi sono state il 29% nel primo gruppo ed il 3,7% nel secondo gruppo, la continenza è stata del 93% vs il 29% la potenza è stata valutata solo nel gruppo sottoposto a laparoscopia, perché nessun intervento nerve sparing è stato effettuato nel primo gruppo. Riguardo infine alla radicalità oncologica intesa come percentuale di margini chirurgici positivi nessuna differenza statisticamente significativa si è registrata fra i due gruppi con una lievemente più alta percentuale di margini positivi nella serie di pazienti sottoposti a laparoscopia 26,9 vs 23,1%.

Conclusioni: L'esperienza iniziale laparoscopica riportata da molti autori, hanno di fatto sempre evidenziato i migliori risultati a favore della laparoscopia in termini di sanguinamento, tempi di ospedalizzazione, durata del cateterismo e ciò è stato confermato nella nostra casistica. Nessuna differenza si è registrata riguardo all'incidenza di margini chirurgici positivi, così come riportato anche nella nostra esperienza. Un dato controverso nella nostra casistica è dato dalle percentuali di pazienti con stenosi e continenza, estremamente bassa è infatti la percentuale di stenosi nella serie laparoscopica rispetto alla serie chirurgica, e ciò è apparentemente in contrasto con i dati riguardanti la continenza nettamente a favore della chirurgia aperta. Infine un dato in lieve controtendenza è dato dai tempi operatori, che, a differenza delle esperienze riportate in letteratura, non sono molto differenti nella nostra casistica fra chirurgia e laparoscopia, e ciò potrebbe trovare una spiegazione nell'uso costante della video camera in chirurgia endoscopica ed endourologica.

Abstract n. 58 Poster

CHIRURGIA RADICALE VERSUS BRACHITERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO: NOSTRA ESPERIENZA

Madonia M., Inferrera A., Anastasi G., Gali A., Catania M., Castelli M., Falsaperla M.¹, Pirozzi Farina F.², Magno C., Morgia G.

Clinica Urologica, Università di Messina; ¹Clinica Urologica, Ospedale Vittorio Emanuele, Catania; ²Clinica Urologica, Università di Sassari

Introduzione: Scopo dello studio è confrontare la nostra esperienza di brachiterapia (che data oltre 8 anni) con la prostatectomia radicale selezionando tuttavia, per quest'ultima procedura, quei pazienti che possano considerarsi omogenei alla metodica radiante in termini di stadio, Gleason, PSA pre-operatorio.

Materiali e Metodi: Abbiamo confrontato 58 pazienti sottoposti a brachiterapia e 78 pazienti sottoposti a RRP. I primi erano selezionati in base ai criteri ASTRO/EAU/EORTC (T1-2a, PSA <10ng/ml, Gleason <6) i secondi dovevano presentare gli stessi parametri e sono stati individuati nel database completo in maniera consecutiva. Il primo gruppo di pazienti è stato trattato con brachiterapia in monoterapia alle dosi di 145Gy mentre il secondo è stato sottoposto a prostatectomia radicale open o laparoscopica extraperitoneale e con approccio nerve sparing o meno anche in presenza dei succitati fattori prognostici favorevoli. L'età media era 72,3 (57-82) anni per BT vs 64,9 (49-76) per la chirurgia (p>0,05); il 72% dei pazienti vs il 21% era stato sottoposto a terapia ormonale neoadiuvante prima del trattamento; il PSA pre-operatorio mediano era 6,47 ng/ml (1,08-10,4) vs 5,45 ng/ml (1-10) (p 0,05203); il Gleason score pre-operatorio mediano era 4,87 (2-6) vs 4,79 (2-6) (p 0,356); lo stadio clinico era per la BT 9 T1c, 39 T2a, 10 T2b mentre per la chirurgia 3 T1c, 56 T2a, 19 T2b (tutti con stadiazione TNM 1997) (p 0,0215). I T2b trattati con BT o chirurgia non sono stati valutati per efficacia ma per i restanti parametri.

Risultati: Il tempo operatorio mediano è risultato sovrapponibile: 99 min. (90-120) per la BT vs 128 minuti (60-390) (p<0,0018); la degenza è risultata nettamente a favore della brachiterapia: 4 giorni vs 10,8 giorni (p >0,05) così come la tenuta del catetere (4 vs 10,8 giorni e 27,6 ore vs 12,1 giorni) (p >0,05); il rate di disease free survival è stato del 82,1% ad un follow-up mediano di 24,44 mesi (cut-off del PSA 0,5 ng/ml) mentre per la chirurgia è stato 96,6% (2/59) ad un follow-up mediano di 29,66 mesi (cut-off del PSA 0,2 ng/ml) (p< 0,0007). La continenza è stata nettamente a favore della terapia radiante con un tasso del 1% vs 41% della chirurgia (la continenza è stata valutata come assenza di pads) come anche la potenza sessuale (77% vs 42%) (p<0,009). Da rilevare che sono stati valutati, per entrambi i gruppi, solo pazienti con un IIEF-5 pre-operatorio >21 e, per il gruppo sottoposto a chirurgia, solo i pazienti trattati con tecnica nerve sparing bilaterale. Le complicanze riportate sono state: 16,9% di ritenzioni acute di urina (RAU) e 3% di ematomi perineali nel gruppo trattato con brachi; 6,4% di RAU, 3,8% di eventi emorragici che hanno determinato reintervento e 1,2% di linfoceli. 1 paziente di questo secondo gruppo è deceduto in prima giornata per massiva embolia polmonare.

Conclusioni: Da questa esperienza monoistituzionale a piccoli numeri si può concludere che entrambe le metodiche hanno un'efficacia rilevante nelle forme di tumore prostatico organoconfinato a buon fattore prognostico. Gli eventi collaterali sono certamente di entità minore per la procedura radiante e pertanto questa può essere considerata una opzione terapeutica in quel gruppo di pazienti che è maggiormente attento ad alcuni esiti post-trattamento (incontinenza, potenza, ecc).

Abstract n. 59 Comunicazione

IPOFRAZIONAMENTO NEL TRATTAMENTO RADICALE DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ORGANOCONFINATO UTILIZZANDO LA RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI GUIDATA DALLE IMMAGINI (IGRT)

Zerini D.¹, Jereczek-Fossa B.A.^{1,2}, Trovò M.^{1,2}, Franchi B.^{1,2}, Serafini F.^{1,2}, Vitolo V.¹, Garibaldi C.³, Cambria R.³, Cattani F.³, Vavassori A.¹, Petazzi E.^{1,2}, De Corbelli O.⁴, Verweij F.⁴, Tagaste B.^{1,5}, Orecchia R.^{1,2}

¹Dipartimento di Radioterapia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; ²Università degli Studi di Milano; ³Dipartimento di Fisica Medica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; ⁴Dipartimento di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; ⁵Politecnico di Milano

Introduzione ed Obiettivi: Valutare la fattibilità ed il profilo di tossicità dalla radioterapia ipofrazionata guidata dalla immagini (IGRT) nel trattamento del cancro prostatico organoconfinato, utilizzando tre diverse metodologie implementate nel nostro reparto: localizzazione quotidiana della prostata mediante imaging ultrasonografico transaddominale (BATTM-NOMOS, B-mode acquisition and targeting technology), posizionamento stereoscopico assistito con ExacTrac™ (X-Ray 6D system - BrainLAB), tomografia computerizzata con megavoltaggio Cone-Beam (On Board Imager CTTM - Varian Medical System).

Metodi: Da Agosto 2006 a Giugno 2007, sono stati arruolati 50 pazienti (pz.) (età media 71.2 anni) affetti da cancro della prostata clinicamente localizzato (T1a-T3b, iPSA medio 10.1 ng/ml, Gleason Score medio 6.2), con una schedula ipofrazionata (2.7 Gy/frazione x 26 frazioni - dose totale di 70.2 Gy, equivalente ad 84.2 Gy, considerando per il cancro prostatico il rapporto a/b 1.5 Gy). Secondo la definizione delle categorie di rischio NCCN 2007, 25 pz. sono stati classificati come basso rischio, 18 pz. come rischio intermedio e 7 pz. come alto rischio. I margini CTV-PTV sono stati di 7 mm in tutte le direzioni, tranne 3 mm posteriormente. Il CTV era rappresentato per 24 pz. dalla prostata+vescicole seminali e per 26 pz. solo dalla prostata. 16 pz. sono stati trattati con terapia ormonale (OT) neoadiuvante e 5 pz. hanno eseguito una OT adiuvante. 37 pz. hanno eseguito la localizzazione quotidiana del bersaglio mediante BATTM, 8 pz. con la TC Cone-Beam ed infine 5 pz. mediante il sistema stereoscopico ExacTrac™ (basata sulla visualizzazione dei markers in oro Visicoil™, introdotti nella prostata prima della simulazione del trattamento). I pz. sono stati valutati alla fine del trattamento e poi in seguito a 3 e 6 mesi. Per valutare gli effetti collaterali è stata utilizzata la scala di tossicità RTOG/EORTC.

Risultati: 43 pz. hanno completato il trattamento (tempo medio totale 40.1 gg.); il follow-up medio è di 3.5 mesi. 1 pz. è deceduto 2 mesi dopo la fine della RT per evento acuto non correlato né al trattamento né alla patologia prostatica. La tossicità acuta è così risultata: tossicità genitourinaria G0 in 10 pz., G1 in 13 pz., G2 in 15 pz. e G3 solo in 5 pz.; tossicità rettale G0 in 23 pz., G1 in 17 pz. e G2 in 3 pz.

La tossicità tardiva è stata registrata solo per 4 pz. risultando G0 sia per i sintomi genitourinari sia rettali. Dopo 3 mesi di follow-up il PSA medio registrato in 20 pz. è risultato 1.83 ng/ml. La localizzazione mediante IGRT è stata fattibile in tutti i pazienti. La localizzazione mediante imaging ultrasonografico BATTM è risultata più rapida delle altre due metodiche, con un tempo medio per la procedura di 2.9 min., ma l'accuratezza è operatore dipendente ed influenzata dalla anatomia del paziente e dalle dimensioni e dalla posizione della prostata, così come per la Cone Beam. Il posizionamento mediante X-Ray non ha mostrato questi ultimi bias ma è sicuramente più costoso, più lungo ed espone il paziente a radiazioni aggiuntive e manovre invasive per il posizionamento dei markers.

Conclusioni: Le tre procedure di IGRT descritte sono apparse fattibili e permettono una maggior precisione nell'irradiazione, con una riduzione dell'esposizione dei tessuti normali. Il profilo di tossicità acuta della schedula ipofrazionata è risultato sinora molto buono, ma un follow-up più lungo è necessario per valutare la tossicità tardiva ed i tassi di recidiva biochimica e/o clinica.

Abstract n. 61 Poster

VALUTAZIONE DELL'ESPRESSIONE DELLA PROTEINA CA IX NEL CARCINOMA RENALE MEDIANTE IMMUNOISTOCHEMICA E SUA CORRELAZIONE CON VARI FATTORI PROGNOSTICI

Villari D., Della Melina A., Bottai A., Castigli M., Mencarini M., Malentacchi F¹, Orlando C.¹, Nesi G.², Nicita G.

S.O.D. Urologia ²AOU Careggi Firenze; ¹Dipartimento di Fisiopatologia Clinica Università degli Studi di Firenze; ²Dipartimento di Patologia Umana ed Oncologia Università degli Studi di Firenze

Introduzione: Lipossia è un fenomeno associato alla progressione tumorale dato dallo squilibrio tra proliferazione cellulare e apporto di ossigeno. Induce un cambiamento dell'espressione genica seguita dalla selezione clonale delle cellule neoplastiche meglio adattatesi alle nuove condizioni. I Fattori di Trascrizione inducibili dall'ipossia controllano l'espressione di target geni coinvolti nel metabolismo energetico, nell'angiogenesi [vascular endothelial growth factor (VEGF) e VEGFR-1] e nella sintesi delle Anidridi Carboniche di Superficie (CAS). Ne consegue una neoangiogenesi tumorale ed un cambiamento nel metabolismo energetico con una parziale sostituzione della respirazione cellulare con la glicolisi. L'espressione di questi geni potrebbe influenzare l'aggressività tumorale e risultare un fattore prognostico negativo.

Nel corso dello studio è stata dosata l'espressione dell'mRNA codificante per CA IX in una serie di 66 tumori renali consecutivi accompagnati da relativo tessuto sano. Su 26 di questi campioni tumorali è stato possibile valutare l'espressione della proteina corrispondente.

Materiali e Metodi: La determinazione dell'mRNA codificante per CA IX è stata effettuata tramite RT-PCR quantitativa basata sull'uso di sonde fluorogeniche (TaqMan) mediante RT-real-time PCR 7700 Sequence Detector (PE Applied Biosystems, Foster City, CA, USA). La quantificazione è effettuata utilizzando una curva standard di riferimento. L'espressione della proteina CA IX è stata evidenziata con tecnica di immunoistochimica, mediante anticorpo policlonale anti-CA IX (ab15086, Abcam Ltd., Cambridge, UK), su tessuto neoplastico fissato in formalina ed incluso in paraffina.

Risultati: Una franca positività immunoistochimica è stata riscontrata in 14 casi mentre in altri 6 si è avuto una bassa positività. Nei due casi di oncocitoma non si è avuto riscontro di CA IX, questo in accordo con l'analisi dell'mRNA che non ha mostrato la presenza di CA IX sia nel tessuto sano che in quello neoplastico. L'analisi statistica effettuata su questi campioni mostra una correlazione inversa tra l'evidenza immunoistochimica del CA IX, il grado istologico ($p=0,004$) e l'istotipo distinguendo tra carcinoma a cellule chiare ed altri ($p=0,005$) ed una correlazione diretta con l'espressione dell'mRNA ($p=0,008$). Nessuna correlazione è evidente con lo stadio patologico ($p=0,500$), il diametro ($p=0,766$) e l'età ($p=0,760$). Una minore espressione di CA IX è legata all'avvenuto decesso per causa specifica.

Conclusioni: L'eventuale valore prognostico dell'evidenza immunoistochimica di CA IX nel tessuto renale neoplastico rimane da definire così come il reale ruolo di CA IX nella crescita tumorale. È comunque da rimarcare l'importanza della valutazione quantitativa dell'espressione genica dei fattori coinvolti nella crescita tumorale nella prospettiva di una futura terapia antitumorale.

Abstract n. 62 Poster

PROTOCOLLO BIOPTRICO TRANSRETTALE A 24 PRELIEVI COME STRATEGIA DIAGNOSTICA INIZIALE DEL CARCINOMA PROSTATICO

Scattoni V., Roscigno M., Raber M., Capitanio U., Strada E., Saccà A., Angiolilli D., Matloob R., Sozzi E., Montorsi E., Rigatti P.

Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione: Valutazione prospettica del numero ottimale di prelievi e dello schema bioptrico più efficiente sulla base di uno schema a 24 prelievi impiegato come strategia diagnostica iniziale del carcinoma prostatico (CaP).

Materiali e Metodi: Tra dicembre 2005 e ottobre 2006, 260 pazienti consecutivi sono stati sottoposti per la prima volta a 24

prelievi biotici in anestesia locale. I 24 prelievi sono stati disposti secondo diversi schemi comprendenti lo schema a sestanti classico (S1), schema a sestanti laterali (S2), schema a 8 prelievi superlaterali (S3) e 4 prelievi nella zona di transizione (TZ). I pazienti sono stati suddivisi in base all' esplorazione rettale (ER) (positiva nel 26%), del PSA totale (media 9,2 ng/ml) e del volume prostatico (media 54,3 ml). È stata valutata la percentuale di CaP totale ed in ogni sottogruppo stratificata per PSAT, volume prostatico ed ER. Sono stati confrontati i risultati del protocollo biotico esteso con quelli ottenuti da 6, 12, 14 e 18 prelievi.

Risultati: La percentuale di CaP con lo schema a 24 prelievi è risultata del 38% (99/260). La diagnosi di CaP relativa agli schemi S1 (6 p), S2 (6 p), S3 (8 p), S1+S2 (12 p), S1+S3 (14 p), S2+S3 (14 p), S1+S2+S3 (20 p) è stata rispettivamente del 25,8%, 26,2%, 31,9%, 32,3%, 35,8%, 35,4% and 37,7%. Il numero di casi positivi persi da ciascun schema, paragonato allo schema a 24 prelievi, è riassunto in tabella:

Conclusioni: La procedura biotica a 24 prelievi ha migliorato la percentuale di CaP dello 0,4% (P=0,98), 5,7% (P=0,38), 11,9% (P=0,04) confrontata rispettivamente con schema a 18, 12 e 6 prelievi. In confronto con gli schemi a sestanti il miglioramento diagnostico è stato più evidente nei pazienti con un volume prostatico >50 ml (8,1% P=0,02), nei pazienti con ER normale, (11,2% P=0,01) e nei pazienti con PSA<10 ng/ml (9,6% P=0,05). L'aggiunta dei prelievi della TZ agli schemi a 12 e 20 prelievi ha aumentato la diagnosi in entrambi i casi dello 0,4% (P=0,98). Messaggio conclusivo: la biopsia a 24 prelievi aumenta significativamente la diagnosi di CaP in confronto ad uno schema a 6 prelievi ma non nei confronti degli schemi a 12 e 18 prelievi. Il miglioramento della diagnosi è più evidente nei pazienti con volume prostatico >50 ml, PSA<10 ng/ml e con ER negativa. Le biopsie della TZ aumentano la diagnosi solo dello 0,4%.

Abstract n. 63 Poster

CONFRONTO TRA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO IN BIOPSIE OTTENUTE CON SONDA TRANSRETTALE MONOPLANARE E BIPLANARE

Raber M., Scattoni V., Roscigno M., Dehò F., Mazzoccoli B., Pellucchi F., Maccagnano C., Petralia G., Gallina A., Briganti A., Suardi N., Montorsi F., Rigatti P.

Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione: Il campionamento biotico prostatico viene generalmente eseguito per via transrettale durante guida ecografica endocavitaria. I prelievi vengono eseguiti in un piano sagittale e l'ago biotico penetra all'interno della prostata con un angolo di incidenza diverso a seconda dell'impiego di una sonda monoplanare "end-fire" o biplanare. Nel primo caso l'ago presenta una direzione quasi ortogonale rispetto al piano passante per la capsula prostatica. Nel secondo caso la linea di entrata dell'ago presenta un angolo acuto tendendo ad essere più parallelo all'asse sagittale. Di conseguenza la quantità di tessuto periferico prelevato ed il rilievo di carcinoma prostatico potrebbe differire. Al fine di studiare questa ipotesi abbiamo valutato la percentuale di carcinoma prostatico nelle biopsie ottenute con i due differenti tipi di sonda in uno studio prospettico randomizzato.

Materiali e Metodi: Da gennaio 2004 a marzo 2006 sono stati randomizzati 800 pazienti per essere sottoposti a campionamento biotico prostatico da uno stesso operatore. Il gruppo 1, biopsiati con sonda monoplanare, è stato costituito da 400 pazienti mentre il gruppo 2, formato da altri 400 pazienti è stato biopsiato con sonda biplanare. Sono stati eseguiti 14 prelievi in tutti i casi prelevando 2 prelievi all'apice, 3 sul margine

laterale e 2 alla base di ciascun lobo. L'endpoint primario è stato la verifica della differenza di positività per carcinoma prostatico tra le biopsie eseguite con le due diverse sonde. L'endpoint secondario è stato la determinazione della influenza sul risultato biotico del volume prostatico, del PSA totale, del PSA libero e della esplorazione rettale nei prelievi eseguiti con i due differenti tipi di sonda.

Risultati: I pazienti del gruppo 1 ed il gruppo 2 sono risultati confrontabili in termini di età media, PSA totale medio, rapporto medio di PSA libero e PSA totale, volume prostatico e risultato dell'esplorazione rettale. La percentuale di carcinoma prostatico nel gruppo 1 e nel gruppo 2 non è risultata significativamente differente (36,2 vs. 32,9; P=0,455). L'analisi univariata e multivariata non ha dimostrato alcuna differenza nella percentuale di carcinoma prostatico tra le variabili considerate tra i due tipi di sonda (Odds ratio= 1,146; P=0,539).

Conclusioni: Lo studio non ha dimostrato obiettivamente alcuna differenza di risultati in termini di diagnosi di carcinoma prostatico nell'impiego dei due tipi di sonda comunemente usati in diagnostica ecografica urologica. Il campionamento biotico prostatico può essere eseguito indifferentemente con sonda monoplanare o biplanare.

Abstract n. 64 Poster

SVILUPPO DI UN NOMOGRAMMA PER PREDIRE LA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO IN PAZIENTI CON PSA 2.5-10 NG/ML E SOTTOPOSTI A CAMPIONAMENTO BIOPTICO PROSTATICO ESTESO

Scattoni V., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Angiolilli D., Matloob R., Abdoolah E., Strada E., Freschi M.², Montorsi F., Rigatti P.

¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; ²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione: Scopi del presente studio sono stati: 1. Valutare l'accuratezza di parametri quali l'età, l'esplorazione rettale (DRE), il PSA, il PSA libero/totale (%fPSA), il volume prostatico totale (PV) e il volume della zona di transizione (TZV) nel predire il carcinoma prostatico (PCa) in pazienti con livelli di PSA compresi tra 2.5 e 10 ng/mL e sottoposti a campionamento biotico prostatico esteso. 2. Sviluppare un nomogramma utilizzando i parametri dotati di maggiore capacità predittiva. **Materiali e Metodi:** Sono stati analizzati i dati relativi a 962 pazienti sottoposti a campionamento biotico prostatico esteso (mediana: 16 prelievi; range 10-32 prelievi), tra aprile 2002 e giugno 2006. L'accuratezza predittiva di età, DRE, PSA, %fPSA, PV, TZV è stata valutata sulla base del calcolo dell'area sottostante la curva (AUC), derivata dall'analisi delle caratteristiche dei singoli pazienti. È stato utilizzato di un modello basale di regressione logistica multivariata (BLRM) che include l'età e la DRE per ipotizzare la presenza di PCa. È stato quindi calcolato l'incremento dell'accuratezza predittiva del BLRM inserendo progressivamente gli altri fattori predittivi (vedi tabella sottostante) ed è stato successivamente sviluppato e validato internamente un nuovo nomogramma.

Risultati: È stata formulata diagnosi di PCa nel 35.5% dei pazienti (342/962). Il TZV, considerato come singolo fattore predittivo, ha dimostrato la più elevata accuratezza predittiva (68%) rispetto a tutti gli altri parametri. Il BLRM ha presentato un'accuratezza complessiva del 67%. L'accuratezza predittiva è cresciuta del 6.3% e del 7.7% quando al BLRM è stato inserito rispettivamente anche il PV e il TZV. Viceversa, includendo nel BLRM sia il PSA che il %PSA, l'aumento dell'accuratezza predittiva è stata pari solo al 2.9%. Inoltre, inserendo nel modello comprendente età, DRE e TZV anche il PSA e il %PSA, si è ottenuto un aumento della accuratezza predittiva pari solo allo

0.2%. Aggiungendo, infine al BLRM la PSA density della zona di transizione si è ottenuta una AUC pari al 74.2%, per altro inferiore alla AUC ottenuta aggiungendo il TZV (74.7%). Quindi, è stato sviluppato un nuovo nomogramma comprendente età, DRE e TZV, la cui validazione interna ha dimostrato il 74.7% di accuratezza.

Conclusioni: Nei pazienti con livelli di PSA compresi tra 2.5 e 10 ng/mL e sottoposti a campionamento biottico prostatico esteso, il TZV rappresenta il fattore con capacità predittiva più elevata. L'utilizzo in un nomogramma del TZV, anziché del PSA e/o del %PSA in combinazione con età e DRE, permette di ottenere il più elevato grado di accuratezza (Tabella 1).

Abstract n. 65 Poster

LA BIOPSIA PROSTATICA TRANRETTEALE: L'ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO IN TRE DIVERSI PERIODI DI TEMPO

Scattoni V., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Suardi N., Mazzoccoli B., Strada E., Camerota T., Sozzi F., Freschi M.², Montorsi F., Rigatti P.

¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; ²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione ed Obiettivi: Valutare se la detection rate del carcinoma prostatico mediante biopsia prostatica tranrettale estesa si è modificata nel tempo e quali sono i fattori predittivi più importanti.

Metodi: Lo studio include 3017 uomini (età media: 66,6±0.8 anni) sottoposti a biopsie prostatiche con 10-12 prelievi tra il 1997 e il 1999 (periodo 1), con 12-14 prelievi tra il 2000 e il 2002 (periodo 2) e 14-18 prelievi tra il 2003 e il 2006 (periodo 3). Sono state calcolate le curve ROC per tutti i parametri (età, DRE, PSAD, %fPSA, N di prelievi) nei tre distinti periodi di tempo. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con valori di PSA superiori a 20 ng/ml.

Risultati: Complessivamente, l'adenocarcinoma, il HGPIN e l'ASAP sono stati diagnosticati rispettivamente nel 38%, 12% and 3% dei pazienti. Il PSA medio è risultato 7,6±4,2 ng/ml e la DRE era positiva nel 36% dei pazienti. Mentre la detection rate globale non è significativamente cambiata nei tre periodi di tempo (36%, 38%, 36%) (p=0,22), il PSA medio si è progressivamente abbassato (PSA 8,0, 7,6, 7,1 ng/ml)(p=0,002) sebbene il numero di prelievi sia aumentato nei tre periodi di tempo (numero medio: 11,2, 12,9, 17,8)(p=0,006). Il valore più alto di area al di sotto della curva ROC (AUC) è stato riscontrato per la PSAD (0,67) rispetto a tutti gli altri parametri (0,64, 0,61, 0,63 per la DRE, età, %fPSA, rispettivamente), anche se la differenza non si è dimostrata significativa. Il valore di AUC per la PSAD è rimasto pressoché stabile nei tre periodi di tempo, ed è sempre risultato il miglior fattore predittivo.

Conclusioni: La detection rate biottica del carcinoma prostatico non è cambiata negli anni, pur aumentando il numero di prelievi effettuati mentre il PSA medio si è ridotto. Il PSAD è risultato essere il più importante fattore predittivo in tutti i tre periodi di tempo nei pazienti con PSA inferiore a 20 ng/ml.

Abstract n. 67 Poster

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI NON DIAGNOSTICARE UN CARCINOMA PROSTATICO (PCA) UTILIZZANDO LO SCHEMA BIOPTICO TRADIZIONALE A SESTANTI (6PBX) INVECE DI UNA "SATURATION BIOPSY" A 24 PRELIEVI (24PBX) IN FUNZIONE DI DIVERSI PARAMETRI. SVILUPPO E VALIDAZIONE INTERNA DI UN NUOVO NOMOGRAMMA

Scattoni V., Matloob R., Abdoolah F., Roscigno M., Raber M., Maccagnano C., Capitanio U., Angiolilli D., Pellucchi E., Freschi M.², Montorsi F., Rigatti P.

¹Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; ²Servizio di Anatomia Patologica, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione: Gli obiettivi del presente studio sono stati: 1) Calcolare l'accuratezza di alcuni parametri nel predire la mancata diagnosi di PCA utilizzando lo schema a sestanti (6PBx) in pazienti sottoposti a biopsia di saturazione (24PBx). 2) Sviluppare un nuovo nomogramma utilizzando i parametri dotati di maggiore capacità predittiva per calcolare il rischio di non aver diagnosticato un carcinoma prostatico impiegando una biopsia a sestanti invece di una di 24PBx.

Materiali e Metodi: È stata eseguita un'analisi prospettica su una casistica di 143 pazienti sottoposti consecutivamente, tra gennaio 2006 ed aprile 2007, ad agobiopsie prostatiche secondo uno schema di "saturation biopsy" (24PBx) con diagnosi di PCa. Lo schema della "saturation biopsy" prevede 6 prelievi secondo il tradizionale metodo di Stamey, 6 localizzati in posizione più laterale, 8 in posizione ancora più laterale e, infine, 4 nella zona di transizione. Il numero di PCa non riscontrati con il 6PBx ma diagnosticati impiegando la 24PBx è stato indicato come SMC (sex-tant missed cancer). L'analisi dell'area sotto la curva relativa alle caratteristiche dei singoli pazienti (AUC) ha permesso poi di valutare la capacità di predire il SMC, relativa a diversi parametri quali PSA totale, PSA della zona di transizione (PSATz), PSA density (PSAD) e ratio PSA libero su totale, volume prostatico (VP) e volume della zona di transizione. La percentuale di SMC è stata poi calcolata grazie all'utilizzo di modelli di regressione univariata e logistica multivariata. Infine, è stato elaborato un nuovo nomogramma sottoposto, quindi, a validazione interna.

Risultati: L'età dei pazienti era compresa tra 50 e 83 anni (età media 66,9 anni), con livelli di PSA totale compresi tra 1.34 ng/mL e 31.2 ng/mL (valore medio 7.55 ng/mL). Utilizzando esclusivamente lo schema 6PBx non sono stati riscontrati il 27.2% (39/143) dei tumori (= SMC). Per quanto riguarda la capacità pre-

Tabella 1.

Analisi univariata - Modello di regressione logistica multivariata			
Fattori predittivi	Accuratezza predittiva (AUC)	Fattori predittivi	Accuratezza predittiva (AUC)
Età	61.3%	Età e DRE	67%
DRE	60.5%	Età, DRE e PSA	67.2%
PSA	55%	Età, DRE, PSA e %fPSA	69.9%
%fPSA	61.6%	Età, DRE e PV	73.3%
PV	66.3%	Età, DRE e TZV	74.7%
TZV	68%	Età, DRE, PSA, %fPSA and TZV	74.9%

dittiva dell' SMC, il PSA density, considerato singolarmente nell'ambito del modello di regressione univariata, ha dimostrato il più elevato AUC (68.1%). Tuttavia, all'analisi multivariata, il PSA density non è più risultato significativamente correlato alla SMC. Al contrario, il VP e la DRE sono risultati significativamente correlati con SMC sia nell'ambito dell'analisi univariata che in quella multivariata (vedi Tabella 1). La probabilità di non diagnosticare un PCa è risultata maggiore in caso di DRE negativa e con un elevato VP. La combinazione di questi due parametri ha consentito di stilare un modello multiparametrico che è risultato avere la capacità predittiva più elevata. È stato quindi utilizzato questo modello per sviluppare un nuovo nomogramma, la cui validazione interna ha dimostrato un'accuratezza del 74%. Tale valore di accuratezza predittiva è risultato superiore a quello di qualunque altro parametro considerato singolarmente.

Conclusioni: La DRE e il PV rappresentano presentando l'accuratezza più elevata nel predire SMC. L'utilizzo del nuovo nomogramma ci ha consentito di predire con maggiore accuratezza il rischio di non diagnosticare un PCa utilizzando il tradizionale schema biotico prostatico a sestanti rispetto allo schema di "saturation biopsy".

Abstract n. 68 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO INCIDENTALE: ANALISI DEI FATTORI PREDITTIVI DI MALATTIA RESIDUA E DI RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

Scattoni V., Capitanio U., Freschi M.I., Saccà A., Strada E., Petralia G., Briganti A., Gallina A., Salonia A., Montorsi F., Rigatti P.

Introduzione: L'obiettivo di questo studio è di testare l'accuratezza delle variabili cliniche nel predire la presenza di malattia residua e di ripresa biochimica di malattia (BCR) in pazienti con diagnosi di carcinoma prostatico incidentale (IPCa) e sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (RRP).

Materiali e Metodi: Sono stati analizzati 126 casi consecutivi di IPCa (età media 65.9) successivamente sottoposti a RRP tra il 1995 e il 2007 nel Nostro Istituto. La popolazione in studio include 75 (59.5%) casi in stadio T1a e 51 (40.5%) in stadio T1b. Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica e Cox regression analysis per testare l'associazione tra le variabili (età, pre-TURP PSA, post-TURP PSA, stadio T1a vs T1b, volume prostatico, Gleason sum alla diagnosi) e presenza di malattia residua e BCR dopo RRP.

Risultati: Il Gleason sum alla diagnosi è risultato 2-5 in 96/126 casi (76.2%), 6 in 19/126 (15.1%), 7 in 11/119 (8.7%). Il pre-TURP PSA medio e il post-TURP PSA medio sono risultati di 5.9 ng/mL (range 0.2-28 ng/mL) e di 1.7 ng/ml (range 0.08-10

ng/ml), rispettivamente. Ventuno pazienti (16.7%) presentavano all'analisi istologica dopo RRP o assenza di malattia residua (pT0; n=17; 13.5%) o HGPIN (n=4; 3.2%). Novantotto (77.7%) e 7 pazienti (5.6%) avevano malattia residua intracapsulare (pT2) o extracapsulare (pT3), rispettivamente. All'analisi multivariata, il PSA pre-TURP, il PSA post-TURP e il Gleason score alla diagnosi sono le uniche variabili statisticamente correlate alla presenza di malattia residua (tutte le p<0.04). Ad un follow up medio di 57 mesi (range 1-145) la sopravvivenza libera da ripresa biochimica di malattia a 5 e a 10 anni è risultata rispettivamente di 92% e 87%. Il PSA post-TURP e il Gleason score alla diagnosi sono le uniche variabili predittive di BCR dopo RRP all'analisi multivariata (tutte le p<0.04).

Conclusioni: Lo stadio alla diagnosi di carcinoma prostatico incidentale (pT1a vs pT1b) non è statisticamente correlato né con la presenza di malattia residua né con la BCR dopo RRP. Il PSA pre-TURP, il PSA post-TURP e il Gleason score alla diagnosi sono le uniche variabili predittive di presenza di malattia residua dopo RRP. Il PSA post-TURP e il Gleason score alla diagnosi sono le uniche variabili predittive di BCR.

Abstract n. 70 Poster

CARCINOMA A CELLULE RENALI CON TROMBOSI NEOPLASTICA: RUOLO PROGNOSTICO DELLA CONCOMITANTE INVASIONE DEL GRASSO PERIRENALE

Bertini R.¹, Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Pasta A.¹, Sangalli M.¹, Strada E.¹, Petralia G.¹, Mazzoccoli B.¹, Da Pozzo L.F.¹, Colombo R.¹, Rigatti P.

Dipartimento di ¹Urologia ed ²Oncologia, Vita-Salute Università San Raffaele, Milano

Introduzione ed Obiettivi: Analizzare il ruolo prognostico della concomitante invasione del grasso perirenale sulla sopravvivenza cancro-specifica (CSS) e sulla sopravvivenza globale (OS) in pazienti (pz) con carcinoma a cellule renali (RCC) e trombosi neoplastica.

Metodi: Dal 1987 al 2004, 155 pz sono stati sottoposti a nefrectomia radicale e trombectomia per RCC in stadio pT3b-c (TNM 2002). Caratteristiche dei pz: età media 62 anni (25-90); maschi/femmine 108/47; invasione della vena renale/della vena cava inferiore sottodiaframmatica/della vena cava inferiore sopradiaframmatica 75/66/14; G1-2/G3-4 73/82; pN0/pN1-2/pNx 98/40/17; M0/M+ 102/53. L'impatto prognostico sulla CSS è stato analizzato mediante analisi univariata (Kaplan-Maier) e multivariata (Cox Proportional Hazard Model).

Risultati: Il follow-up mediano è stato di 22 mesi (14-35 mesi). La OS attuariale a 2 e 5 anni è stata del 54,5% e 36,8%, rispettivamente; la CSS attuariale a 2 e 5 anni è stata del 56,2% e 38,1%, rispettivamente.

Tabella 1.

Fattori predittivi	Analisi univariata		
	OR	P value	Accuratezza predittiva
Età	0.979	0.40	55.4
ER	0.116	0.001	67
PSA	0.96	0.35	51.1
Ratio L/T	1.008	0.731	57.9
PV	1.023	0.002	66.8
Volume della zona di transizione	1.025	0.004	64.7
PSA density	0.004	0.023	68.1
PSA density della zona di transizione	0.203	0.05	67.2

All'analisi univariata l'associazione tra invasione del grasso perirenale e trombosi neoplastica è risultata significativamente correlata a una ridotta OS e CSS. All'analisi multivariata, la presenza di metastasi sincrone ($p < 0,001$), coinvolgimento linfonodale ($p < 0,001$), invasione del grasso perirenale ($p < 0,001$) e le perdite ematiche intraoperatorie ($p = 0,002$) e la differenza fra creatinina pre e postoperatoria (Delta-crea) considerate come variabile continua ($p = 0,0033$) sono risultati fattori prognostici indipendenti di OS, mentre le dimensioni del tumore, il suo grado e il Performance Status non sono risultati significativi. Il ruolo prognostico indipendente sulla CSS è stato evidenziato all'analisi multivariata nelle seguenti variabili: grado di Fuhrman ($p = 0,045$); presenza di metastasi sincrone ($p < 0,0001$); coinvolgimento linfonodale ($p = 0,048$); concomitante invasione del grasso perineale ($p = 0,0013$).

Conclusioni: Questo studio dimostra il ruolo prognostico indipendente sulla OS e CSS dell'invasione del grasso perirenale in pazienti affetti da RCC con trombo neoplastico. Inoltre, il deterioramento della funzionalità renale (Delta-crea) e le perdite ematiche intraoperatorie sembrano influenzare la OS.

Bibliografia Essenziale

1. Leibovich BC et al., *Cancer specific survival for patients with pT3 renal cell carcinoma – can the 2002 primary tumor classification be improved?*, J Urol 2005
2. Bonsib SM, *The renal sinus is the principal invasive pathway: a prospective study of 100 renal cell carcinomas*, Am J Surg Pathol 2004
3. Blute ML et al., *The Mayo Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumour thrombus*, BJU Int 2004

Abstract n. 72 Poster

CANCRO DELLA PROSTATA E IMPATTO PSICHICO: UNA INDAGINE ESPLORATIVA E SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Spatuzzi A.L.¹, Valdagni R.², Donegani S.¹

¹Psicologo Programma Prostatea; ²Direzione Scientifica Programma Prostatea

Introduzione e Obiettivi: Il cancro della prostata è la malattia neoplastica più frequente nell'uomo occidentale. L'estensivo utilizzo del PSA, l'anticipazione diagnostica conseguente e l'affinamento delle terapie hanno permesso di raddoppiare negli ultimi 15 anni i tassi di controllo della malattia. Tuttavia la diagnosi di tumore alla prostata e i relativi trattamenti spesso causano nella persona cambiamenti psicosociali intensi e dolorosi. Su questa premessa abbiamo avviato un'indagine esplorativa e sistematica volta ad analizzare e comprendere lo stato dell'arte della letteratura dedicata alle implicazioni psichiche correlate all'esperienza di cancro prostatico.

Metodi: La ricerca, avvenuta tra gennaio-settembre 2006, è stata fatta su PUBMED. Le key words sono state: "Prostatic Neoplasms AND (psychologist OR sexuality OR sexual behaviour OR quality of life)" con i limiti: "All Adult 19+ years, Date from 1998/01/01 to 2006/09/30, English, Male, Humans". Il criterio di inclusione degli articoli è stato la loro aderenza a queste tematiche:

- disagi psichici connessi alla diagnosi e strumenti di rilevazione
- disagi psichici a seguito delle strategie terapeutiche intraprese e strumenti di rilevazione
- interventi psico-sociali implementati

Risultati: Abbiamo individuato 1012 articoli e solo 276 (27%) sono stati ritenuti aderenti alle tematiche considerate. I 276 articoli selezionati si dividono:

- 23.5% (65) disagio psichico alla diagnosi
- 17% (47) disagio psichico durante il processo di decision making

- 28% (78) disagio psichico post terapie
- 8% (23) aspetti psichici della qualità della vita
- 15% (42) interventi psicosociali
- 7% (21) strumenti di rilevazione del disagio psichico, della HRQoL e degli stili di adattamento alla malattia

Conclusioni: L'analisi della letteratura 1998-2006 mostra chiaramente che gli aspetti psichici sono stati trattati solo in circa un terzo della produzione scientifica internazionale analizzata. Solo il 15% si riferiscono alla "cura" dei disagi psichici e descrivono dei possibili interventi psico-sociali; di questi solo il 2.8% sono relativi a esperienze di intervento fatte in Italia.

Il tema degli strumenti psicodiagnostici specificamente dedicati a persone con tumore alla prostata è affrontato nel 7% dei lavori internazionali, mentre sono l'1.5% gli articoli che si riferiscono a strumenti validi per la popolazione italiana. Il disagio psichico correlato alle diverse fasi dell'esperienza di malattia appare analizzato con più frequenza; il 77% delle pubblicazioni disponibili in letteratura si occupa infatti delle implicazioni psichiche connesse al tumore alla prostata.

In conclusione la nostra analisi della letteratura su "cancro della prostata e impatto psichico" evidenzia quanto la ricerca specifica su questa tematica sia da un lato quantitativamente limitata e dall'altro lasci scoperte delle intere aree di interesse: il peso soggettivo delle terapie, le aree di benessere psichico e relazionale della HRQoL, gli strumenti psicodiagnostici, i trattamenti psicologici e le caratteristiche della domanda di aiuto del paziente con tumore alla prostata.

Bibliografia essenziale

- Weber BA, et al. *Psychosocial Consequences of Prostate cancer: 30 Years of Research*. *Geriatr Nurs* 2005; 26:166-175
- Penson DF, et al. *Health Related Quality of Life in man with prostate cancer*. *J. Urol.* 2003; 169:1653-1661
- Bloch S, et al. *Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature*. *Biopsychosoc Med* 2007; 1:14-1

Abstract n. 73 Poster

DIVERSITÀ DI SOPRAVVIVENZA NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI PT3A CON INVASIONE DEL GRASSO DEL SENO RENALE O DEL GRASSO PERIRENALE

Bertini R.¹, Roscigno M.¹, Cozzarini C.², Pasta A.¹, Sangalli M.¹, Strada E.¹, Petralia G.¹, Mazzoccoli B.¹, Da Pozzo L.F.¹, Di Girolamo V.¹, Colombo R.¹, Rigatti P.¹

Università Vita-Salute San Raffaele, Dipartimenti di ¹Urologia e ²Oncologia, Milano

Introduzione ed Obiettivi: Valutare il diverso impatto dell'invasione del grasso del seno renale e del grasso perirenale sulla sopravvivenza cancro-specifica, in pazienti affetti da carcinoma a cellule renali pT3a.

Metodi: Dal 1987 al 2004, 104 pazienti sono stati sottoposti a nefrectomia radicale per carcinoma a cellule renali pT3a (TNM 2002). Ottantanove pazienti presentavano invasione del grasso del seno renale o del grasso perirenale; 14 pazienti con invasione diretta del surrene sono stati esclusi, in considerazione di una maggiore aggressività della malattia in questo sottogruppo di pT3a. Caratteristiche dei pazienti: età mediana 61 anni (range 29-83); maschi/femmine 63/26; invasione del grasso del grasso perirenale/seno renale 59/30, G1-2/G3-4 50/39, pN0/pN1-2/pNx 48/17/24, M0/M+ 62/27. L'impatto prognostico è stato analizzato mediante analisi univariata (analisi di Kaplan-Maier) e multivariata (Cox Proportional Hazard Model), includendo età, grado di Fuhrman (G1-2 vs G3-4), stato linfonodale e metastatico, dimensione patologica del tumore e presenza/assenza di invasione del grasso del seno renale.

Risultati: Il follow-up mediano è stato di 42,9 mesi. La sopravvivenza causa-specifica (CSS) attuariale a 5 anni è risultata significativamente minore in caso di invasione del grasso del seno renale rispetto all'invasione del grasso perirenale (49% vs 74%, $p=0,006$). I pazienti con invasione del grasso del seno renale presentano il 53% di rischio in più di morte per carcinoma a cellule renali rispetto a quelli con invasione del grasso perirenale (RR 1,53, IC 1,07-2,08, $p=0,006$). L'analisi multivariata ha evidenziato il valore prognostico indipendente delle metastasi sincrone ($p=0,014$, HR 3,2) e dell'invasione del grasso del seno renale ($p=0,048$, HR 2,7), mentre le altre variabili considerate non sono risultate significativamente associate alla CSS.

Conclusioni: Il nostro studio conferma che, in un carcinoma a cellule renali pT3a, l'invasione del grasso del seno renale peggiora significativamente la prognosi oncologica rispetto all'invasione del grasso perirenale.

Bibliografia essenziale

1. Storkel S et al., Classification of renal cell carcinoma: Workgroup No.1 Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Cancer 1997
2. Kovacs G et al., The Heidelberg classification of renal cell tumours, J Pathol 1997
3. Thompson RH et al., Is renal sinus fat invasion the same as perinephric fat invasion for pT3a renal cell carcinoma?, J Urol 2005

Abstract n. 74 Comunicazione

CARCINOMA A CELLULE RENALI LOCALMENTE AVANZATO (PT3-PT4): CONFRONTO FRA DIVERSE PROPOSTE DI RICLASSIFICAZIONE DEL PT

Bertini R., Roscigno M., Briganti A., Gallina A., Pasta A., Strada E., Petralia G., Da Pozzo L.F., Colombo R., Rigatti P. Dipartimento di Urologia Vita-Salute Università San Raffaele, Milano

Introduzione ed Obiettivi: Precedenti studi hanno dimostrato l'inadeguatezza della stadiazione TNM 2002 per il carcinoma a cellule renali (RCC) pT3-pT4. Ficarra e al e Thompson e al hanno recentemente proposto una nuova classificazione per questa categoria di pazienti (pz). Noi presentiamo una riclassificazione per questo gruppo di pz e la confrontiamo sia con l'attuale TNM sia con le proposte di riclassificazione pubblicate.

Metodi: Dal 1987 al 2004, 257 pz sono stati sottoposti a nefrectomia radicale per RCC pT3-pT4 (TNM 2002). Età media dei pz 68 anni (R 24-90); maschi/femmine: 186/71; pT3a/pT3b/pT3c/pT4: 100/130/14/13; invasione della vena renale (VR)/della vena cava inferiore (VCI) sotto diaframmatica/della VCI sovradiaframmatica: 75/66/14 pz; pN0/pN1-2/pNx: 147/56/54; M0/M+: 181/76. L'associazione tra fattori predittivi (T secondo la nuova classificazione, N e M) e la sopravvivenza cancro-specifica (CSS) è stata valutata con analisi univariata e multivariata secondo il modello di Cox. Abbiamo inoltre quantificato l'accuratezza predittiva (AUC) della riclassificazione da noi proposta e delle classificazioni precedentemente pubblicate. L'AUC è stata interamente valutata con 200 bootstrap resamples. Le differenze nella AUC dei diversi modelli è stata valutata mediante test di Mantel-Haentzel.

Risultati: Il follow-up mediano è stato di 30 mesi (R 3-200). Abbiamo identificato 3 sottogruppi di pz con differente prognosi cancro specifica; pT3a con sola invasione del grasso perirenale (IGP) o trombosì della VR senza IGP; pT3b: invasione della VCI senza IGP, indipendentemente dall'estensione craniale del trombo; pT4: invasione del surrene o della fascia di Gerota o invasione della VR o della VCI con IGP. A 5 anni

la CSS è stata 69% vs 43% vs 23% (pT3a vs pT3b vs pT4, rispettivamente). All'analisi univariata il T della nuova classificazione è risultato predire in modo statisticamente significativo la CSS ($p<0,001$), così come l'invasione linfonodale ($p=0,02$) e la presenza di metastasi a distanza ($p<0,001$). Il risultato è stato confermato all'analisi multivariata, che ha evidenziato una correlazione significativa tra tutte le variabili predittive (T della nuova classificazione; invasione linfonodale e metastasi a distanza) e la CSS ($p<0,02$). All'analisi multivariata l'accuratezza predittiva del nostro modello TNM è stata 73,1% vs 70%, 71,3% e 71,3% rispettivamente per TNM e riclassificazione di Ficarra e al e di Thompson e al ($p<0,001$).

Conclusioni: Abbiamo sviluppato una nuova classificazione per il RCC pT3-4. La nostra proposta di classificazione è risultata significativamente associata alla CSS. Inoltre, tale riclassificazione supera in accuratezza le classificazioni proposte in precedenza.

Bibliografia essenziale

1. Thompson Rh et al., Reclassification of patients with pT3 and pT4 renal cell carcinoma improves prognostic accuracy, Cancer 2005
2. Ficarra V et al., Proposal for reclassification of the TNM staging system in patients with locally advanced (pT3-4) renal cell carcinoma according to the cancer-related outcome, Eur Urol 2006

Abstract n. 75 Comunicazione

LA STADIAZIONE LOCALE DEL CARCINOMA DEL PENE MEDIANTE RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DOPO INDUZIONE FARMACOLOGICA DELL'EREZIONE

Scardino E.¹, Petralia G.², Rocco B.¹, Matei D.V.¹, Verweij E.¹, Musi G.¹, Raguso M.¹, Pimentel M.¹, Zambito S.¹, Cedeira F.¹, De Cobelli O.¹, De Cobelli O.¹

¹Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia; ²Divisione di Radiodiagnostica, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: Il cancro del pene rappresenta meno dell'1% delle neoplasie del maschio. L'estensione locale della malattia determina la possibilità di un trattamento conservativo (ablazione mediante laser, radioterapia, biopsia escissionale, glandulectomia) o non conservativo (penectomia parziale o totale). La risonanza magnetica nucleare (RMN) combinata con erezione indotta farmacologicamente può essere utilizzata per la stadiazione clinica del cancro del pene.

Obiettivo: Valutare l'utilizzo della RMN combinata con erezione indotta farmacologicamente per la stadiazione locale del tumore del pene.

Materiali e Metodi: Dal marzo 2001 al maggio 2007, 19 pazienti affetti da neoplasia del pene, accertata biotticamente, sono stati sottoposti ad esame clinico registrando la sede e l'estensione della lesione ed a RMN del pene dopo farmaco erezione con 10 µg di prostaglandina E1. In tutti i casi sono state acquisite sequenze spin echo T1-pesate e fast spin echo T2-pesate, con acquisizioni multiplanari. L'esame è stato completato con iniezione endovenosa di Gadolinio con acquisizioni di sequenze T1-pesate nei piani assiale e sagittale e/o coronale. Abbiamo utilizzato per la stadiazione la classificazione TNM dell'AJCC del 2002. Il trattamento è stato deciso in base all'estensione e sede del tumore derivanti dall'esame clinico e dal dato della RMN.

Risultati: Sono state eseguite 9 ablazioni laser, 1 glandulectomia, 8 amputazioni parziali del pene ed 1 penectomia totale. La diagnosi istologica è stata di carcinoma squamoso in 16 pazienti, carcinoma verrucoso in 1 paziente, sarcoma in 1 paziente, carcinoma in situ in 1 paziente.

La RMN ha stadionato correttamente 17/19 pazienti: 1 Tis, 8 T1, 7 T2, 1 T3. In 1 paziente stadionato T1 alla RMN, lo stadio patologico dimostrava essere un T2, in un altro come sospetto T2 alla RMN, risultava essere T1 patologico.

L'esame clinico ha stadiato correttamente 13/19 pazienti: 7 T1, 6 T2. Dei casi non correttamente stadiati, 3 sono stati sottostadiati, di cui 2 cT1 erano pT2 e 1 cT2 era pT3; i rimanenti 3 soprastadiati erano 1 cT1 risultato p Cis e 2 cT2 risultati pT1. La RMN ha cambiato l'approccio chirurgico in 3 pazienti: 2 T1 all'esame clinico dati T2 alla RMN sono stati sottoposti a penectomia parziale invece di laser ablazione, con l'esame istologico confermando un pT2, l'altro paziente dato all'esame clinico T2, la RMN dimostrava un T1 è stato sottoposto a un intervento conservativo (laser ablazione), con conferma istologica di stadio T1.

Infine nei 2/19 pazienti nei quali non vi era correlazione fra stadio patologico e RMN si è osservata una sovrastadiazione in 1 caso dato alla RMN come possibile T2 mentre nell'altro caso la sottostadiazione con misconoscimento all'imaging di un T2 l'unica complicanza è stato un episodio di priapismo risolto dopo evacuazione del corpo cavernoso

Conclusioni: Questi risultati dimostrano che la RMN con erezione indotta farmacologicamente è accurata nella stadiazione locale del carcinoma del pene. Nella nostra esperienza l'uso di tale metodica ha permesso di selezionare più correttamente i pazienti da sottoporre a un trattamento chirurgico conservativo.

Abstract n. 76 Video

PROSTATECTOMIA RADICALE DOPO CHIRURGIA PROSTATICA: PREVENZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA MEDIANTE BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE

G. Cucchiareale, F. Liberale, G.L. Milan, U. Ferrando
S.C. Urologia 3, Ospedale Molinette, Torino

Scopo del Lavoro: La prostatectomia radicale è considerata il gold standard nel trattamento del carcinoma prostatico organo confinato. È in continuo aumento il riscontro di carcinomi localizzati alla ghiandola e sempre più frequente la diagnosi incidentale in pazienti con PSA di norma, sottoposti a dissestruzione, endoscopica od open, per IPB. Scopo di questo lavoro è presentare la nostra esperienza nell'esecuzione, contestuale alla prostatectomia radicale retropubica, del bendaggio dell'anastomosi vescico-uretrale con benderella di tessuto biocompatibile, ed evidenziarne i vantaggi in termini di miglioramento della continenza.

Materiali e Metodi: Dal dicembre 2006 all'aprile 2007 sono state eseguite c/o il nostro centro, 11 prostatectomie radicali con bendaggio dell'anastomosi, in pazienti precedentemente sottoposti a chirurgia prostatica disostruttiva.

TURP: 7; Adenomectomia t.v.: 4

Età media: 68.36 (60-73)

PSA: medio 13.78 ng/ml (range 0.35-75).

G.S. pre-operatorio: medio 6.6 (6-8)

G.S. definitivo: medio 7.2 (range 6-9)

Stadio anatomico-patologico: pT2a (2 pz), pT2c (4 pz), pT3b (3 pz), 1 paziente con interessamento linfonodale e 2 con assenza di neoplasia residua (granulomatosi gigantomitotica e IPB).

La chirurgia radicale è stata eseguita in media dopo 40 mesi dalla dissestruzione (range 2-144 mesi). Descrizione dell'intervento.

Prostatectomia radicale retropubica classica; nella maggior parte dei pazienti lo scollamento della ghiandola dai tessuti periprostatici è risultata più difficoltosa. Si procede a dissestruzione dei piani per via smussa. Attenta sezione dei margini uretrale e vescicale. Accurata ricostruzione del collo vescicale; posizionamento sul versante uretrale di 5 punti di Maxon 3-0 per il confezionamento dell'anastomosi vescico-uretrale.

Una benderella di Intexen® (tessuto biocompatibile di collagene di derma porcino) viene appoggiata sulla faccia anteriore del

retto e stabilizzata in posizione mediana con un punto riassorbibile subito al di sotto dell'estremo prossimale dell'uretra. Si realizza a questo punto l'anastomosi vescico-uretrale con tecnica classica a punti staccati. Ora la benderella viene "avvolta" attorno all'anastomosi vescico-uretrale ed i suoi due estremi solidarizzati tra loro. Al controllo cistografico, eseguito in media 12 giorni dopo l'intervento, non si evidenziano spandimenti dell'anastomosi ed il neo-collo appare imbutizzato valutato nella fase minzionale.

Risultati: Follow up medio 3.9 mesi (2-7 mesi) Infrazione del retto: 1; Necessità di emotrasfusione: 2/11; Stenosi uretrale: 0

Continanza alla rimozione del catetere: 8/11

Ritenzione urinaria dopo la rimozione del catetere: 2/11 (risolta spontaneamente dopo cateterizzazione più prolungata).

Conclusioni: Pur con i limiti imposti dall'esiguo numero dei pazienti e dal breve follow-up, questa metodica ci sembra offrire buoni risultati in termini di controllo della minzione dopo intervento di prostatectomia radicale in pazienti precedentemente sottoposti a chirurgia prostatica disostruttiva.

Abstract n. 77 Video

PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE (PRP). NOSTRA ESPERIENZA VS PROSTATECTOMIA RETROPUBICA (RRP) VS TECNICA LAPAROSCOPICA (LRP)

G. Cucchiareale, F. Liberale, G.L. Milan, M.E. Graziano, U. Ferrando

S.C. Urologia 3, Ospedale Molinette, Torino

Scopo del Lavoro: La prostatectomia radicale è considerata il gold standard nel trattamento del carcinoma prostatico organo confinato. A fianco della prostatectomia con classico accesso retropubico ed alla continua diffusione della tecnica laparoscopica, si riafferma la PRP come trattamento d'elezione per pazienti con carcinoma localizzato. Questa metodica trova inoltre particolare indicazione in pazienti obesi, con pregressa chirurgia addominale, con particolari problemi di ordine anestesio-logico, candidati a trapianto renale. La RRP è senz'altro la più praticata, ma essa è gravata da maggiore morbilità rispetto alle altre due metodiche. La LRP è ancora in fase di perfezionamento, rimanendo pertanto limitata a centri di riferimento in considerazione della lunga curva di apprendimento dell'equipe ed ai costi ancora elevati. I vantaggi di questa tecnica sono legati alla magnificazione dell'immagine, alla miglior visualizzazione e rispetto delle strutture anatomiche, ai brevi tempi di ospedalizzazione richiesti.

Scopo di questo lavoro è presentare la nostra esperienza nell'esecuzione della PRP ed evidenziarne i vantaggi in termini di tempi chirurgici e di ospedalizzazione.

Materiali e Metodi: Dal 1998 al 2006 sono state eseguite c/o il nostro centro, 163 PRP.

Risultati: Età: media 64.5 aa (range 44-78); PSA: medio 7.4 ng/ml (range 1.4-23). G.S. pre-operatorio: medio 6 (4-7); G.S. definitivo: medio 6.7 (range 5-9) Stadio anatomico-patologico: T1 0%, T2 79.8%, T3 16.8%, assenza di neoplasia residua 3.4%. Margini positivi: 15%; Tempi chirurgici: media 65 min (50-210)

Ospedalizzazione media: 4.8 giorni (range 4-9 giorni). Cateterizzazione media: 10 giorni, (range 8-15 giorni).

Infrazione del retto: 2.2%; Lesioni uretere: 0.6%; Infezioni/descenza ferita: 2.8%; Stenosi uretrale: 1.8%; Fistola urinosa: 0.6%; Continanza alla rimozione del catetere vescicale: 78%; Necessità di emotrasfusione: 9%.

Conclusioni: Nella RRP e PRP, a parità di PSA e G.S. pre-operatori, morbilità e controllo della malattia si equivalgono (Frazier, 1992); La differenza di percentuale di margini positivi tra le due metodiche non è statisticamente significativa: 22% RRP, 16% RRP (Korman, 2002).

L'accesso retropubico è gravato da un più alto tasso di trasfusioni e da più lunghi tempi di caterizzazione ed ospedalizzazione (Salomon, 2002). I tempi operatori della prostatectomia laparoscopica sono più lunghi rispetto alla chirurgia open (Salomon, 2002) ed i costi elevati ne riducono l'applicazione. Vantaggi dell'accesso perineale:

- Minor invasività, Percorso anatomico
- Agevole emostasi (Minori perdite ematiche).
- Agevole realizzazione dell'anastomosi; impatto favorevole sui LUTS post-chirurgici
- Agevole visualizzazione e conservazione dei bundles nervosi e delle vescicole seminali
- Percorso adatto a pazienti obesi
- Ridotti tempi chirurgici; Anestesia locale combinata
- Breve ricovero e basso costo

La PRP nella nostra esperienza, si pone come valida risoluzione chirurgica della patologia oncologica prostatica, sintetizzando tutti i vantaggi delle tecniche chirurgiche attualmente adottate.

Bibliografia essenziale

(Frazier, 1992); (Korman, 2002); (Salomon, 2002)

ABSTRACT N. 78 COMUNICAZIONE LA PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOTIZZATA (RALP): CURVA DI APPRENDIMENTO

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.

U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

Introduzione ed Obiettivi: La RALP è la più moderna tecnica disponibile per il trattamento del tumore prostatico intracapsulare. Tale metodica sembra confermare i vantaggi già riportati dalla laparoscopia tradizionale rispetto alla tecnica a cielo aperto (minor tasso di complicanze peri e postoperatorie, più rapida convalescenza e un miglior risultato estetico) fornendo al chirurgo un innovativo supporto tecnologico in grado di superare le note difficoltà esistenti in laparoscopia, riducendo la curva di apprendimento. Riportiamo la nostra esperienza relativa alle prime 50 RALP. Va sottolineato come nella nostra équipe, nessun chirurgo avesse una precedente esperienza laparoscopica.

Metodi: Da marzo 2005 a marzo 2007 sono state eseguite presso il nostro reparto 50 RALP per via transperitoneale. Le principali caratteristiche peri e postoperatorie relative alla curva di apprendimento (tempi chirurgici, fluidi di drenaggio, complicanze, conversioni a cielo aperto, tempi di ospedalizzazione e rimozione del catetere vescicale) sono state analizzate separatamente in cinque gruppi cronologicamente consecutivi ognuno da 10 RALP.

Risultati: I tempi chirurgici medi sono stati di 334 min, 265 min, 247 min, 220 min e 212 minuti rispettivamente per i cinque gruppi. I fluidi di drenaggio si sono ridotti mediamente da 822 ml del primo gruppo a 645 ml, 469 ml, 376 ml e 315 ml rispettivamente degli altri quattro gruppi. Le complicanze sono state maggiori e più serie nel primo gruppo di pazienti, legate alla durata prolungata dei tempi chirurgici (transitori deficit motori e sensitivi AASS, TVP AAIL, insufficienza renale) numericamente minori e legate a problematiche chirurgiche nei quattro successivi gruppi di pazienti (stenosi dell'anastomosi, linforrea, raccolta retroanastomotica, dislocazione del catetere). La conversione a cielo aperto si è resa necessaria in 6 casi (rispettivamente 2 nel primo gruppo, 1 nel terzo, 2 nel quarto e 1 nel quinto gruppo), di cui 2, però, legati a malfunzionamento di un braccio robotico. La dimissione è avvenuta mediamente dopo 16,8, 16,4, 7,7, 7,8 e 7,5 giorni mentre la rimozione del catetere vescicale è avvenuta mediamente dopo 29, 16,4, 7,9, 8,3 e 8,1 giorni rispettivamente nei cinque gruppi di pazienti.

Conclusioni: Durante la curva di apprendimento, già dopo 30 RALP si è registrato un significativo abbattimento dei tempi chirurgici, una riduzione dei fluidi di drenaggio e delle complicanze. La rimozione del catetere vescicale e la dimissione si sono attestate intorno alla 8 giornata. Tali dati, sicuramente migliorabili, permettono comunque di confermare l'impressione secondo cui la laparoscopia robotica richiede una curva di apprendimento decisamente più rapida rispetto alla laparoscopia tradizionale rendendo tale tecnica rapidamente riproducibile anche da parte di chirurghi non laparoscopisti.

Bibliografia essenziale

1. Menon M, Shrivastava A, Kaul S et al. Vattikuty institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of results. *Eur Urol* 51: 648-658, 2007

Abstract n. 79 Poster

CARCINOMA A CELLULE RENALI CON METASTASI SINCRONA DIGIUNALE: CASE REPORT

Gallo F¹, Chiono L¹, Gastaldi E¹, Ardoino S¹, Venturino E², Giberti C¹

¹U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona; ²U.O. di Anatomia Patologica, Ospedale San Paolo, Savona

Introduzione ed Obiettivi: Il carcinoma a cellule renali (RCC) è una neoplasia dal decorso clinico imprevedibile. Sebbene siti atipici di metastasi da RCC siano conosciuti, le metastasi al piccolo intestino sono state descritte molto raramente. Inoltre, la maggior parte degli autori le descrive come metastasi metacrone, in un periodo di tempo variabile tra tre mesi e vent'anni dalla nefrectomia. Presentiamo il caso clinico di un paziente con RCC e metastasi digiunale sincrone.

Metodi: Un paziente maschio di 62 anni si presentava presso il nostro ospedale nel maggio 2006 per melena con anemia ingravescente. In anamnesi non venivano riferiti precedenti chirurgici o patologici di rilievo. Il paziente eseguiva quindi gastroscopia e colonscopia che non evidenziavano possibili cause di sanguinamento. Un ETG addominale, confermata dalla successiva TC, dimostrava un'ampia massa tumorale (12 cm) del terzo medio-superiore del rene sinistro e un'altra massa (6 cm) anteriore alla vena renale compatibile con un interessamento linfonodale. Un'angiografia selettiva renale evidenziava una trombosi intrarenale della vena renale sinistra. Il paziente è stato sottoposto a nefrectomia radicale sinistra con linfoadenectomia locoregionale estesa fino alla biforcazione aortica. Intraoperatoriamente la seconda massa risultava di pertinenza intestinale e richiedeva una resezione di circa 40 cm di intestino con successiva anastomosi intestinale con GIA 60.

Risultati: La valutazione istologica postoperatoria dimostrava trattarsi di RCC con infiltrazione dei linfonodi ilari ed ampia metastasi da RCC a livello del digiuno (pT3aN1M1). Il decorso postoperatorio risultava regolare e il paziente veniva dimesso in nona giornata.

Da agosto 2006 fino ad giugno 2007 il paziente ha eseguito un'immunoterapia adiuvante con IL-2. Tutti gli accertamenti strumentali eseguiti nel rispetto delle linee guida internazionali sono risultati negativi per recidiva di malattia. A 13 mesi di follow-up il paziente è in buone condizioni generali senza alcuna evidenza di malattia recidiva.

Conclusioni: La sopravvivenza dell'RCC metastatico è compresa tra 0-20% a 5 anni. Il trattamento di queste forme è molto controverso; trattandosi di una neoplasia chemio-radioresistente la chirurgia riveste un ruolo fondamentale nel trattamento. Anche se in presenza di un breve follow-up, il nostro caso sembra confermare quanto già esposto da altri autori, secondo cui un approccio chirurgico dovrebbe essere praticato in quei pazienti con metastasi unica completamente resecabile, in quanto l'esecuzione della nefrectomia radicale prima del trattamento immunoterapico potrebbe ritardare il tempo di progressione neoplastica e quindi migliorare la sopravvivenza.

Bibliografia essenziale

1. Roviello F, Caruso S, Moscovita Falzarano S, et al. Small bowel metastases from renal cell carcinoma: a rare cause of intestinal intussusception. *J Nephrol* 2006; 19:234-238
2. Ogiso S, Maeno A, Nagahama K, Nakamura K, Okuno H. Small intestinal metastases from renal cell carcinoma: a case report and literature review. *Hinyokika Kyo* 2005; 51:13-6

Abstract n. 80 Video**CARCINOMA A CELLULE RENALI SINISTRO CON TROMBOSI CAVO-ATRIALE. NEFRECTOMIA RADICALE SINISTRA, TROMBECTOMIA TOTALE E SOSTITUZIONE CAVALE**

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.

U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

Introduzione ed Obiettivi: L'incidenza del coinvolgimento della vena cava inferiore (IVC) da parte del carcinoma a cellule renali (RCC) è riportata nel 4-10% dei pazienti. Il trombo neoplastico può estendersi fino all'atrio destro nell'1% dei casi e, altrettanto raramente, può infiltrare la parete della IVC. Il trattamento chirurgico rimane l'unico approccio in grado di migliorare la sopravvivenza, anche se tale chirurgia è gravata da una significativa morbilità e mortalità.

In questo video presentiamo un caso di carcinoma a cellule renali sinistro con trombosi cavoatriale.

Metodi: Donna di 66 anni, giunta alla nostra osservazione per algie lombari sinistre. Gli accertamenti del caso hanno documentato la presenza di una neoplasia renale polare superiore sinistra di 6 X 4 cm con coinvolgimento della vena renale e della vena cava inferiore fino in ventricolo destro durante la diastole. L'intervento è stato eseguito tramite accesso addominale con incisione "tipo Mercedes", isolamento completo della neoplasia, dei vasi renali destri, della vena porta e dell'arteria epatica, dell'aorta e della vena cava inferiore al di sotto dello sbocco delle vene sovraepatiche, previa derotazione intestinale ed epatica. Il tempo cardiaco è stato eseguito prolungando in sternotomia l'accesso addominale, con utilizzo della circolazione extracorporea. Si è proceduto quindi all'incisione dell'atrio destro con ectomia di parte del trombo neoplastico e push-down del trombo al di sotto del diaframma. Previa chiusura dei Tourniquet posti sulla vena porta, sull'arteria epatica, sulla vena renale destra, sulle vene sovraepatiche, sulla vena cava inferiore intrapericardica, sulla vena cava inferiore sottorenale e clampaggio con bull dog dell'arteria renale destra, è stata eseguita una cavotomia con ectomia in blocco del trombo neoplastico residuo del rene e surrene sinistri. L'infiltrazione della parete cavale da parte del trombo ha richiesto una cavectomia infraepatica con posizionamento di endoprotesi vascolare in Dacron.

Risultati: Le perdite ematiche sono state pari a 1200 ml; il tempo operativo di circa 7 ore. Non sono state registrate complicanze peri e postoperatorie. La paziente è stata dimessa in 12 giornata. L'esame istologico deponesse per adenocarcinoma a cellule renali "granular cell type" (pT3c/G3/N1/N2). La paziente è stata sottoposta a immunoterapia con IL2. A sei mesi dall'intervento le condizioni generali sono molto buone; i controlli evolutivi con angioTC hanno dimostrato la presenza di una trombosi stabile, di dubbia natura, a livello del ramo postero-basale dell'arteria polmonare destra.

Conclusioni: L'utilizzo della circolazione extracorporea e di endoprotesi cavali rende possibile, con maggior sicurezza, l'esecuzione di questo tipo di chirurgia che, già tecnicamente molto complicata, sarebbe altrimenti gravata da notevoli rischi. Anche se la prognosi a medio-lungo termine di questi pazienti appare sfavorevole, il buon decorso peri e postoperatorio risultano decisamente confortanti.

Bibliografia essenziale

1. Bissada NK, Yakout HH, Babanouri A et al: Long term experience with management of renal cell carcinoma involving the inferior vena cava. *Urology* 61:89-92, 2003

Abstract n. 81 Video**PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA NERVE SPARING CON CONSERVAZIONE DEL VELO DI AFRODITE BILATERALMENTE**

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.

U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

Introduzione ed Obiettivi: La RALP è la più moderna tecnica disponibile per il trattamento del tumore prostatico intracapsulare. Tale metodica sfruttando i vantaggi già riportati dalla laparoscopia tradizionale rispetto alla tecnica a cielo aperto fornisce al chirurgo un innovativo supporto tecnologico per ridurre la curva di apprendimento e migliorare i risultati oncologici e funzionali (miglioramento della continenza precoce e preservazione della potenza sessuale). In questo video riportiamo un intervento di prostatectomia radicale laparoscopica robot-assistita (RALP) nerve sparing con conservazione del velo di Afrodite bilateralmente in un paziente affetto da adenocarcinoma prostatico a basso rischio.

Metodi: Il paziente viene posizionato in decubito supino con gambe abdotte e flesse. Si crea il pneumoperitoneo e si posizionano 6 trocar (tre robotici, due da 8 e uno da 10 mm, e tre di servizio, due da 12 e uno da 5 mm) con una configurazione a W. Il tavolo operatorio viene portato in posizione di Trendelenburg (30). Si procede all'incisione del peritoneo lungo le pieghe delle arterie ombelicali fino a raggiungere i vasi deferenti bilateralmente. Previa trazione del palloncino del catetere si individua la giunzione prostatico-vescicale e si procede all'incisione della parte anteriore e posteriore del collo. Il catetere viene quindi traziionato verso l'alto mentre la dissezione procede ad individuare le ampolle deferenziali e le vescichette seminali.

La trazione craniale di queste due strutture permette di esporre la fascia di Denonvillier che viene incisa esponendo il grasso prerettale. Viene quindi incisa per via smussa la fascia endopelvica e la periprostatica anterolateralmente seguendo un piano interfasciale. Tale piano viene recuperato posteriormente, lateralmente alle vescichette seminali. La prostata risulta quindi mobile sul piano posteriore e laterale. Si procede quindi alla coagulazione del plesso venoso del Santorini, alla sezione dell'uretra e del legamento rettouretrale. La prostata viene quindi enucleata dalla propria loggia per poi essere asportata con un endocatch. Si procede al confezionamento dell'anastomosi uretro-vescicale con due emocontinue secondo la tecnica di Van Velthoven.

Risultati: Il decorso postoperatorio è stato regolare. Il paziente si è mobilizzato in I giornata. Il catetere e il drenaggio pelvico sono stati rimossi in IV giornata previa cistografia retrograda negativa per spandimenti del MdC. Nella stessa giornata il paziente è stato dimesso con ottima continenza urinaria e minzione regolare. A 30 giorni dall'intervento il paziente riferiva erezioni valide.

Conclusioni: La precisione fornita dal sistema robotico Da Vinci nel trattamento della neoplasia prostatica intracapsulare permette una notevole preservazione delle strutture anatomiche garantendo migliori risultati in termini di rapido recupero postoperatorio, precoce ripresa della continenza urinaria e della potenza sessuale.

Bibliografia essenziale

1. Menon M, Shrivastava A, Kaul S et al. Vattikuty institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of results. *Eur Urol* 51: 648-658, 2007

Abstract n. 82 Poster**HGPIN: SIGNIFICATO PROGNOSTICO DOPO BIOPSIE MULTIPLE NELLA DIAGNOSI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO**

Gallo F, Chiono L, Gastaldi E, Giberti C.

U.O. di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

Introduzione ed Obiettivi: Negli ultimi anni il significato prognostico della neoplasia prostatica intraepiteliale di alto grado (HGPN) è stato ampiamente dibattuto. Tuttavia, non esiste ancora in letteratura un consenso univoco sull'argomento e quindi sul monitoraggio di questi pazienti.

Lo scopo dello studio è di valutare il ruolo dell'HGPN come valore predittivo di ADK prostatico in 65 pz rebiopsiati con un follow up medio di 35 mesi.

Metodi: A maggio 2007 è stata eseguita un'analisi retrospettiva su 1223 biopsie prostatiche eseguite tra gennaio 2002 e dicembre 2006.

Lesame istologico delle biopsie ha evidenziato una diagnosi di ADK prostatico e di HGPN rispettivamente in 404 (33%) (età media 66.4 ± 6.9 , range 49-81) e 139 pazienti (11.4%) (età media 64.5 ± 8.6 , range 49-79). Nel gruppo con HGPN sono stati selezionati 65 pazienti con valori di PSA superiori alla norma (PSA medio 8.53, range 3.8-26.7) ma nessun'altra caratteristica suggestiva di ADK prostatico (nessun reperto sospetto all'esplorazione rettale e all'ecografia transrettale) sottoposti a rebiopsia secondo il seguente schema: prima rebiopsia a 3-12 mesi dalla diagnosi di HGPN, seconda a 13-24 mesi, terza a 25-36 mesi e quarta a 37-48 mesi (follow-up medio 32 mesi, range 4-48).

La biopsia è stata praticata, previa anestesia locale con bolo unico, per via transrettale (numero medio prelievi 16, range 12-20).

Risultati: Dopo un follow-up medio di 35 mesi, la diagnosi di HGPN è stata confermata nel 78.5% dei pazienti, mentre sono stati diagnosticati 14 casi di ADK prostatico (21.5%), tra cui 13 casi con stadio pT2, Gleason score ≤ 7 e 1 caso con stadio pT3, Gleason score 8. Un significativo picco di diagnosi di ADK prostatico è avvenuto alla seconda rebiopsia (10%) mentre un solo caso di ADK prostatico è stato documentato alla prima biopsia. Nessuna associazione significativa è stata dimostrata nel gruppo di pazienti che hanno sviluppato un ADK per quel che riguarda l'aumento del PSA o la plurifocalità dell'HGPN.

Conclusioni: L'incidenza di ADK prostatico alle biopsie ripetute in pazienti con HGPN è risultata pari al 21.5%; tale valore è sovrapponibile all'incidenza di ADK prostatico in pazienti sottoposti a rebiopsia per solo PSA elevato e diagnosi di patologia prostatica benigna.

Nei pazienti con HGPN che hanno sviluppato un ADK, nessuna associazione significativa è stata dimostrata per quel che riguarda i valori di PSA e la focalità dell'HGPN. La presenza di HGPN alla biopsia prostatica non sembra quindi costituire un fattore di rischio maggiore di ADK prostatico rispetto a quello esistente in presenza di una patologia benigna. In considerazione di questi dati e dell'esiguo numero di ADK diagnosticati alla prima rebiopsia, i pazienti con HGPN potrebbero essere seguiti con PSA, visita clinica e rebiopsie a partire da 12 mesi dalla diagnosi. Un follow-up più aggressivo appare ingiustificato.

Bibliografia essenziale

1. Epstein JI, Herawi M (2006) Prostate needle biopsies containing prostatic intraepithelial neoplasia or atypical foci suspicious for carcinoma: implications for patient care. *J Urol* 175: 820-834
2. Joniau S, Goeman L, Pennings J, Van Poppel H (2005) Prostatic Intraepithelial neoplasia (PIN): importance and clinical management. *Eur Urol* 48:379-385

Abstract n. 83 Comunicazione

MULTIDISCIPLINAR THERAPEUTIC STRATEGIES FOR BILATERAL TESTICULAR GERM CELL TUMOURS. CASE REPORTS.

D'Angelo A., Cali S., Giaimo V., La Greca M., Priolo D., Ferrau F.

Division of Medical Oncology, "S.Vincenzo" Hospital, Taormina

The incidence of bilateral testicular germ cell tumours (b-gct) is between 0,5% and 5%, including synchronous and largely prevalent (>85%) metachronous form. Treatment of metachronous tumour should follow the general guidelines of gct, but may be substantially influenced by previous therapies. Even if general prognosis remains excellent, the planning of dedicated therapeutical strategies is essential. In the last five years, we have observed three bilateral testis tumours which elicited the adoption of specific therapeutical strategies.

Case 1: pt aged 22 had right testis gct treated in 1999 with exeresis (histology: embryonal carcinoma, invasion of intratumoral blood and lymphatic vessels; stage I) and following adjuvant chemotherapy with two cycles of PEB. Twenty months later, a second contralateral tumour occurred, evidenced by marker elevation (aFP x 3) and scrotal echography (two solid nodules in lower testis pole, diameter 10 e 15 mm). After deep counselling with the pt and the parents, a testis sparing surgery was applied and followed by radiotherapy on the remnant testis. Follow-up at 60 months shows normal CT scan, markers values and sexual hormones levels.

Case 2: pt aged 35 with diagnosis of bilateral synchronous gct in 2003, treated with bilateral orchidectomy (right: typical seminoma; left: immature teratoma with focal embryonal carcinoma; stage IIB); after three cycles of PEB, a 2 cm. residual retroperitoneal node were dissected, with histological result of residual mature teratoma. Treatment with androgenic replacement with oral testosterone allows almost normal sexual activity, with negative oncological follow-up at 45 months.

Case 3: pt aged 29, manifested first right-sided testis gct in 1994 (histology: classic seminoma, max diameter 2.5 cm., rete testis invaded; stage I), treated with inguinal orchidofuniclectomy and adjuvant retroperitoneal radiotherapy. During follow-up, in 2005 a metachronous tumour was detected and removed (histology: classic seminoma, max diameter 5 cm., no rete testis invasion; stage I). The indication for adjuvant treatment in this former irradiated patient led us to employ single cycle of carboplatin; the pt is free from disease after 25 months of follow-up.

B-gct's need individualized therapeutical choices in the framework of standard guidelines. They should be adequately managed in well-trained Institution requiring specific expertises in oncological, uro-surgical, endocrinological and psychooncological fields.

Abstract n. 84 Poster

SEXUAL FUNCTION EVALUATION AFTER THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT) FOR PROSTATE CANCER

La Paglia L.¹, Tumminello E.¹, Mortellaro G.¹, Moscadini L.¹, Daidone A.¹, Montemaggi P.²

¹U.O. Radioterapia M.Ascoli-ARNAS-Palermo; ²Scuola di Specializzazione in Radioterapia- Istituto di Radiologia-Policlinico Università di Palermo

Aim: Sexual function influence quality of life of young patients undergoing radical prostatectomy or external beam radiotherapy with hormonal therapy. We focalized our attention on sexual function investigating erectile dysfunction (DE), activity and use of potency aids, such as sildenafil, in pts undergone to radiotherapy and hormonal treatment compared with their baseline.

Materials and Methods: Clinical data from 20 patients with localized prostate cancer treated with hormonal manipulation and 3D-CRT in our institution between January 2005 and January 2006 were reviewed. The median age was 60 years (range 56-64) All pts were evaluated according to several clinical and pathological parameters (D'Amico risk class, surgery, hormonal

manipulation) and severity of sexual dysfunction after radiotherapy treatment were investigated using the 5th version of the international index of erectile dysfunction (IIEF-5). The questionnaire investigating erectile dysfunction, activity and use of potency aids using five questions scored from 1 to 5 to all pts before starting radiation treatment and during follow-up. Sexual dysfunction severe were defined as the score ranged from 5 to 7, moderate from 8 to 11, median moderate from 12 to 16, median from 17 to 21 and dysfunction absence from 22 to 25. Hormonal therapy was administered to all pts : 5 pts received neoadjuvant treatment (total androgenic block) and all pts received adjuvant treatment with bicalutamide. Conformal 3D-CRT was delivered to prostate and/or seminal vesicles according to risk class to a total dose of 78 Gy in conventional fractionation, using a 15 MV linear accelerator.

Results: Before starting radiotherapy treatment 6 pts didn't report any problem with achieving and maintaining an erection, 10 pts reported a median sexual dysfunction and 4 pts a median moderate ones.

All pts were followed up at three months intervals during the first two years and then every six months. At every follow-up visit all pts underwent physical examination, total and free PSA ratio and sexual dysfunction evaluation using our questionnaire.

At a median follow-up of 22 months (range from 16 to 31) 4 pts reported a median DE, 7 pts reported a median- moderate DE, 4 pts reported moderate DE and 5 pts severe ones.

Conclusion: In our setting radiation treatment and hormonal manipulation result in a decrease in sexual activity for sexually active patients with localized prostate cancer.

However these problems seem to be solvable with use of an adequate support therapy in major of cases.

Abstract n. 85 Comunicazione Selezionata

BRACHITERAPIA (BT) CON IMPIANTO PERMANENTE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO (CP) LOCALIZZATO. L'ESPERIENZA DI TRENTO

Fellin G.¹, Mussari S.¹, Divan C.², Coccarelli F.², Caffo O.³ e Ziglio F.⁴

¹Radioterapia; ²Urologia; ³Oncologia; ⁴Fisica Sanitaria Gruppo Brachiterapia Prostate, Ospedale S. Chiara, Trento

Introduzione e Obiettivi: Presso l'Ospedale di Trento è attivo dal 2000 un gruppo di lavoro composto da più figure professionali (radioterapista, urologo, oncologo medico, fisico) con lo scopo di proporre al paziente con CP localizzato un approccio terapeutico adeguato e condiviso. Verranno presentati i dati relativi alla nostra esperienza nel trattamento del CP con BT.

Metodi: Da maggio 2000 a dicembre 2005, 254 paz. con CP T1-T2 sono stati trattati con BT. La dose erogata è stata di 145 Gy nei 239 paz. trattati con BT esclusiva e di 100 Gy nei 15 paz. che hanno ricevuto anche una radioterapia a fasci esterni (45-50.4 Gy). L'età mediana era di 66 anni (range 50-77) ed il valore mediano del PSA pre-trattamento risultava di 7 ng/ml (range 0-50). 195 paz. (77%) presentavano una buona funzionalità urinaria prima della BT (IPSS 0-7) e in 54 paz. (23%) l'IPSS era >7. I principali parametri dosimetrici dell'impianto (D90, R100, D10) sono stati valutati sulla base di una TAC di controllo eseguita a distanza di 30 giorni dalla BT (post-planning). La recidiva biochimica (Rb) è stata definita in base alla formulazione della Consensus Conference ASTRO di Phoenix (nadir+2.0 ng/mL), mentre per la tossicità acuta è stato impiegato il sistema di classificazione RTOG. La valutazione prospettica della qualità di vita (QdV) in questo gruppo di paz. attraverso l'uso di un questionario auto-compilato è stata già oggetto di una recente pubblicazione (IJROBP 66: 31-37, 2006).

Risultati: La D90 (dose al 90% del volume prostatico) mediana è risultata il 105% (range 66-139) della dose prescritta (dP), la D10 (dose al 10% dell'uretra) mediana il 163% (range 100-234) e la R100 (volume rettale esposto al 100% della dP) era di 0.2 cc (mediana, range 0-3.8). Dopo un follow-up mediano di 40 mesi (range 18-80), 8 paz. hanno sviluppato una Rb. La maggior parte delle Rb (7/8) sono insorte in paz. con malattia a rischio intermedio/alto (T2b-c e/o GS 7 e/o PSAi >10 ng/ml) anche in presenza di una D90 adeguata (>90% della dP). E' da sottolineare, tuttavia, che la percentuale di Rb è risultata del 5% nei casi con D90<90% e del 2% in quelli con D90>90%. La sopravvivenza globale, la sopravvivenza causa-specifica e la bNED a 4 anni erano rispettivamente del 92%, 100% e 97%. Nessuna correlazione statistica è stata riscontrata tra bNED e D90 (p=0.06). Con l'impiego prolungato (minimo 6 mesi) di un α -litico, la maggior parte dei paz. (82%) rimaneva asintomatica dopo la BT o con lievi sintomi urinari irritativi (grado 1 RTOG). 5 paz. hanno sviluppato una tossicità urinaria acuta di grado 3 (ritenzione urinaria) che ha richiesto cateterizzazione temporanea (3 casi) o una TURP disostruttiva (2 casi). Una tossicità rettale di grado 1 è stata riscontrata in 13 paz. (5%) e di grado 2 in 3 paz. (1%). In 2 casi con proctite di grado 2, nei 6 mesi successivi all'impianto, è insorta anche un'importante sintomatologia dolorosa a livello perineale di probabile origine neuropatica, non essendovi alcuna correlazione con i parametri dosimetrici rettili del post-planning.

Conclusioni: I dati della nostra esperienza sono in linea con quelli delle più ampie casistiche americane ed europee e confermano che la BT è un efficace trattamento per i pazienti con CP localizzato. Un periodo più lungo di follow-up consentirà di valutare meglio l'impatto di questa metodica terapeutica sulle complicanze e sulla QdL a lungo termine.

Abstract n. 87 Comunicazione

VALUTAZIONE DELL'ESPRESSIONE DEL CANALE K+HERG1 E DELL'ANIDRASI CARBONICA IX IN CAMPIONI DI CARCINOMA RENALE

Lapini A., Baldazzi V., Lastraioli E.¹, Pillozzi S.¹, Siena G., Rossetti M., Mugnai G.¹, Arcangeli A.¹, Carini M.

Clinica Urologica 1, Università degli Studi di Firenze; ¹Dipartimento Patologia e Oncologia Sperimentali, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: Recenti acquisizioni dimostrano come l'espressione dei canali ionici, in particolare quelli per il potassio (K+hERG1), riveste un ruolo nello sviluppo neoplastico. L'overespressione di hERG1 è documentata in diverse neoplasie (colon-retto, endometrio, leucemie, glioblastomi). L'anidra carbonica IX (CA IX) è un isoenzima di membrana che gioca un ruolo fondamentale nella regolazione della proliferazione cellulare in risposta a stimoli ipossici. La sua overespressione è stata documentata nel carcinoma renale. Sia hERG1 che CA IX possono rivestire un ruolo prognostico e target per terapie mirate. Scopo del lavoro è stato la valutazione dell'espressione di hERG1 e di CA IX su campioni di neoplasia renale e su parenchima sano prelevati da pazienti sottoposti a nefrectomia radicale.

Materiali e Metodi: Per lo studio sono stati utilizzati campioni di tessuto neoplastico e di tessuto sano derivanti da 44 nefrectomie radicali eseguite a partire dall'ottobre 2005 con diagnosi istopatologica di carcinoma renale. I campioni una volta sparfiniti sono stati sottoposti a valutazione immunocitochimica con anticorpo anti pan hERG1 (diluizione 1:200 come descritto da Lastraioli E. et al.) e con anticorpo monoclonale M75 anti CA IX (diluizione 1:100, come descritto da Bui M.H. et al.). Inoltre estratti proteici di tessuto renale sono stati incubati con

anticorpo anti CAIX e proteina A_v e sottoposti a corsa elettroforetica; la membrana è stata successivamente incubata con anticorpo anti hERG1.

Risultati: L'analisi effettuata ha dimostrato per quanto riguarda il canale hERG1 la positività nel 95% dei campioni di tessuto neoplastico indipendentemente dall'istotipo. Nel 70% dei casi la positività risultava di alto livello di espressione. I campioni relativi al tessuto renale sano sono risultati tutti negativi per tale proteina. Per quanto concerne la CA IX sono risultati negativi i campioni relativi al tessuto renale sano mentre il 68% dei campioni neoplastici esaminati è risultato positivo: in tutti i casi analizzati la marcatura è risultata essere estremamente omogenea ed intensa. In particolare l'analisi statistica relativa all'espressione di CAIX in base al tipo istologico, ha evidenziato una differenza significativa ($p < 0,001$) tra i vari tipi istologici; la proteina risulta infatti espressa selettivamente solo nei campioni di carcinoma renale a cellule chiare. Gli esperimenti di coimmunoprecipitazione hanno evidenziato che hERG1 e CAIX, quando coespressi nel tessuto neoplastico, sono in grado di associarsi fisicamente e formare un complesso multiproteico a livello della membrana cellulare.

Conclusioni: Le proteine di membrana hERG1 e CA IX sono risultate essere espresse in un'elevata percentuale di casi di carcinoma renale selettivamente nel tessuto renale neoplastico; esiste una differenza altamente significativa dell'espressione di CAIX nei vari tipi istologici: la proteina risulta infatti espressa selettivamente solo nei campioni di carcinoma renale a cellule chiare. Inoltre i dati raccolti dimostrano come tra hERG1 e CAIX vi sia una associazione fisica, con formazione di complessi hERG/CAIX sulla membrana cellulare. Si può pertanto ipotizzare un loro ruolo diagnostico-prognostico e una loro utilizzazione come molecole bersaglio in terapie molecolari mirate.

Bibliografia essenziale

Arcangeli A, Becchetti A, Cherubini A, Crociani O, Defilippi P, Guasti L, Hofmann G, Pillozzi S, Olivetto M, Wanke E. "Physical and functional interaction between integrins and hERG potassium channels". *Biochem Soc Trans*. 2004 Nov; 32(Pt 5):826-7. Review

Masi A, Becchetti A, Restano-Cassulini R, Polvani S, Hofmann G, Buccoliero AM, Paglierani M, Pollo B, Taddei GL, Gallina P, Di Lorenzo N, Franceschetti S, Wanke E, Arcangeli A. "hERG1 channels are overexpressed in glioblastoma multiforme and modulate VEGF secretion in glioblastoma cell lines." *Br J Cancer*. 2005 Oct 3; 93(7):781-92.

Abstract n. 88 Video

PENILE DISASSEMBLY POTENCY SPARING NEI CARCINOMI DEL GLANDE: NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

Silvani M.¹, Pecoraro S.², Quaranta S.¹, Minocci D.¹

¹S.C. di Urologia Ospedale degli Infermi di Biella; ²Reperto Alta Specialità Nefro-Urologico Clinica "Malzoni", Avellino

Introduzione: Il carcinoma squamocellulare del pene rappresenta lo 1% di tutti i tumori maligni del sesso maschile. È maggiormente colpita la sesta, settima decade di vita. La chirurgia, conservativa negli stadi iniziali diventa demolitiva-mutilante negli stadi avanzati. Gli autori propongono la tecnica di Austoni-Perovic con ricostruzione del glande con uretra distale autologa. La stadiazione deve essere accurata. La TAC spirale multistrato dinamica permette di evidenziare il grado di estensione della lesione glandulare ai corpi cavernosi. Eventuali secondarismi linfonodali e/o ossei vengono valutati con PET e/o scintigrafia ossea.

Materiali e Metodi: L'accesso è duplice sub coronale con scalpo penieno classico e trans scrotale. Si esegue l'isolamento delle fascie dartoiche con accurato isolamento del fascio vascolonervoso dorsale e dell'uretra. L'incisione della fascia di Buck

avviene in sede periuretrale e la preparazione della doccia uretrale avviene in modo scrupoloso fino al tratto prebulbare. Si procede quindi a disassemblaggio degli apici dei corpi cavernosi dal glande, uretra e dal fascio vascolo nervoso dorsale.

Quest'ultimo viene isolato, clampato e interrotto sino al pube e suturato con tecnica introflettente in monofilamento 2/0. Si esegue glandulectomia con escissione del fascio vascolonervoso e completa mobilizzazione dell'uretra dalla doccia dei corpi cavernosi. Si esegue esame istologico estemporaneo degli apici dei cc e dell'uretra distale con finalità di radicalità oncologica. La parte ricostruttiva dell'intervento inizia con la plastica degli apici dei cc con punti introflettenti 3/0. La plastica del neoglande continua con l'uretra preparata e fissata opportunamente agli apici dei cc con sutura in monofilamento 4/0. La mucosa eversa sugli apici garantirà la sensibilità al neoglande ed il neomeato uretrale esterno riconfigurato ad aspetto ipospadico. La ricostruzione termina con la cute del pene suturata al bordo del neoglande e della mucosa uretrale.

Risultati: Il decorso è stato senza complicanze, la dimissione in è avvenuta in 4^a gta, il cv rimosso in 21^a. Il controllo a due mesi ha mostrato una buona sensibilità del neoglande in assenza di r ecurvatum.

Conclusioni: IL penile disassembly per le lesioni localizzate al glande richiede margini di sezione chirurgica negativi e la non evidenza di linfonodi sospetti al fine di garantire una radicalità oncologica. L'estensione ai cc con l'alto grado di malignità sono il fondamento della chirurgia radicale di molti cr del pene a prognosi infausta ma rappresenta un'intervento mutilante.

Abstract n. 89 Poster

TRATTAMENTO ENDOVESICALE ADIUVENTE DEL TCC SUPERFICIALE AD ALTO RISCHIO CON MITOMICINA ELETTROINDOTTA VS BCG: NOSTRA ESPERIENZA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Zucchi A., Mearini L., Costantini E., Giannantoni A., Mearini E., Porena M.

Clinica Urologia ed Andrologia, Policlinico Monteluce, Perugia

Introduzione ed Obiettivi: La terapia endocavitaria è il trattamento adiuvante di scelta dopo resezione endoscopica per le neoplasie vescicali superficiali ad alto rischio. Scopo di questo studio è confrontare l'efficacia della terapia endovesicale con Mitomicina Elettroindotta Vs BCG in merito a percentuale, tempi di recidiva e di progressione di malattia.

Metodi: Sono stati arruolati 62 pz con prima diagnosi di TCC ad alto rischio di recidiva e progressione di malattia trattati con resezione endoscopica. I pz hanno effettuato terapia adiuvante endocavitaria con BCG (gruppo A) o con Mitomicina Elettroindotta (gruppo B), scelti arbitrariamente. A 32 pz (27 uomini e 5 donne) con età media di 67 aa il BCG è stato somministrato secondo uno schema di 6 instillazioni settimanali e 3 settimanali come richiami a 3-6-12-18-24-30-36 mesi. A 30 pz (26 uomini e 4 donne) con età media di 76 aa è stata somministrata Mitomicina Elettroindotta secondo lo schema di 1 instillazione a settimana per 4 settimane e poi 1 richiamo mensile per 1 anno. Sono stati valutati i seguenti parametri: presenza di recidive, tempo di recidiva, progressione di malattia.

Risultati: I due gruppi erano confrontabili per caratteristiche. Sono state riscontrate 11 recidive nel gruppo A (34.3%) e 13 nel gruppo B (43.3%). Il tempo medio di recidiva è stato 495 gg per il gruppo A (60 - 995) e di 360 gg per il gruppo B (95 - 890). Abbiamo riscontrato progressione di malattia in 3 pz del primo gruppo (27.2% dei recidivi) ed in 2 pz del secondo (15.3% dei recidivi). Si è avuta una regressione di malattia nel 27.2% dei casi per il gruppo A e del 31% dei casi per il gruppo B. Follow up medio 49 mesi.

Conclusioni: Non sono state evidenziate differenze statistiche

mente significative tra i due gruppi considerati in riferimento a recidiva e progressione di malattia. Il trattamento endovesicale con Mitomicina Elettroindotta come terapia adiuvante del TCC superficiale ad alto rischio sembra essere una valida alternativa al BCG che resta ancora il trattamento di elezione in questi pazienti, sia in termini di risultati che per i minor effetti collaterali. Si auspicano studi randomizzati su un maggior numero di pazienti per poter stabilire se effettivamente la MitomicinaC elettroindotta può sostituire con gli stessi risultati e con minor effetti collaterali il BCG nel trattamento del TCC superficiale ad alto rischio.

Abstract n. 90 Poster

PROGRAMMA DI ARCHIVIAZIONE DATI PER GESTIRE IL PAZIENTE ONCOLOGICO FINALIZZATO A MIGLIORARE LA QUALITÀ ASSISTENZIALE E LA RICERCA SCIENTIFICA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Cochetti G., Zucchi A. Mearini E., E. Costantini, M. Porena

Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Università degli Studi di Perugia

Introduzione e Obiettivi: Il paziente urologico è molto spesso affetto da più patologie sia tumorali che non; spesso, infatti, si associano patologie quali ipertrofia prostatica, deficit erettile, incontinenza urinaria, tumori vescicali, prostatici e renali. La grande mole di dati e la necessità di seguire questi pazienti negli anni con innumerevoli controlli e indagini strumentali cui devono sottoporsi, soprattutto il paziente oncologico, ci ha portati a realizzare un programma completo per la gestione del paziente urologico.

Metodi: Abbiamo realizzato un programma dedicato con un database centralizzato gestito da SQL server installato su un server ed un applicativo client installato su tutti i pc realizzato con VisualStudio.net. Ogni ambulatorio, reparto, sala operatoria e DH è dotato di PC con il programma installato ed è possibile da ogni postazione visualizzare e gestire i dati dei pazienti. Si parte dall'anagrafica e si passa ai vari moduli di gestione degli ambulatori, ecografico, cistoscopico, urodinamico ecc, alla cartella clinica, alla gestione della sala operatoria e della lista di attesa. È possibile poi stampare in tempo reale la storia urologica del paziente con tutti i suoi accessi agli ambulatori ed al reparto, in ordine cronologico, e tutte le terapie effettuate comprese le istilazioni endovesicali in caso di paziente affetto da ETP vescicale superficiale. È possibile anche consultare il database da remoto mediante una connessione internet VPN protetta o mediante semplice modem in base a vari livelli di protezione gestiti dal server.

Risultati: Il programma è funzionante da 4 anni e ci permette di gestire tutta la Clinica sia per quanto riguarda gli accessi ambulatoriali che la degenza e le liste di attesa per l'organizzazione della sala operatoria. L'enorme vantaggio dell'utilizzo di questo software è il risparmio di tempo, in quanto, i dati sono immediatamente visibili su tutti i pc ed è possibile in tempo reale conoscere la storia clinica del paziente. Infatti se prendiamo in considerazione i pazienti affetti da etp vescica che sono sottoposti ad innumerevoli accessi per i controlli, le recidive e le istilazioni è sempre difficile ricostruire la storia clinica del paziente; con questo programma, invece, è molto semplice ed immediata avere la cronologia di tutte le terapie endocavitaria cui è stato sottoposto ed i controlli effettuati. L'archivio è dotato di sistema di backup e di protezione degli esami effettuati e delle cartelle cliniche archiviate che non permette di alterare i dati accidentalmente. Tutto questo migliora la qualità assistenziale del paziente e ci permette di incrementare sia l'attività clinica che la ricerca scientifica.

Conclusioni: L'enorme quantità di dati che bisogna inserire per un paziente oncologico può essere gestita solo da un potente

software; quello da noi realizzato si è rivelato idoneo, semplice ed intuitivo per l'inserimento dei dati. L'archivio è accessibile a tutti gli utenti autorizzati in possesso di password personale; può essere utilizzato sia per fini assistenziali che statistici. Si possono esportare i dati in formato excel per la valutazione statistica di base o per analisi avanzate con software come l'SPSS.

Abstract n. 91 Poster

RUOLO DELLA RE-TURB NEI TUMORI VESCICALI SUPERFICIALI AD ALTO RISCHIO DI PROGRESSIONE E RECIDIVA

Del Zingaro M., Ioannidou K., Saccomanni M., Mearini L., Giannantoni A., E. Costantini, M. Porena

Clinica Urologia ed Andrologica, Policlinico Monteluce, Università degli Studi di Perugia

Introduzione: I tumori vescicali superficiali ad alto rischio sono caratterizzati da un'elevata aggressività biologica e da un'alta percentuale di recidive e progressione di malattia. L'utilizzo della immunochimioterapia e chemioterapia endovesicale adiuvante riduce notevolmente tale rischio rispetto alla sola turb consentendo una sopravvivenza libera da malattia a cinque anni dell'80%. Frequentemente viene riscontrata una recidiva precoce al primo controllo a 3 mesi dalla turb o una sottostadiazione della neoplasia; la principale causa d'errore è rappresentata dalla persistenza di malattia o mancanza di tessuto muscolare alla prima resezione. Obiettivo dello studio è di valutare l'importanza di una re-turb nelle neoplasie ad alto rischio per una corretta ridefinizione dello stadio di malattia e recidiva precoce entro i primi 3 mesi dalla resezione.

Materiali e Metodi: Abbiamo reclutato 95 pazienti 75 maschi e 20 femmine con età media 69 anni che dopo una prima turb presentavano una diagnosi di carcinoma uroteliale superficiale ad alto rischio. I pazienti presentavano una malattia T1G3, T1 indipendentemente dal G, TaG3 (2 pazienti), malattia plurifocale e voluminosa neoplasia monolocale. In 58 pazienti la neoplasia risultava essere plurifocale ed in 15 pazienti vi era cis associato. A 4 settimane circa dal primo intervento abbiamo provveduto a ripetere la turb prestando attenzione ad un accurato campionamento della muscolare della base d'impianto e dei bordi della precedente area di resezione

Risultati: In 45 (47.4 %) pazienti è stata riscontrata malattia residua, in 50 (52.6%) non è stata riscontrata malattia residua. Tra i pazienti che presentavano recidiva 4 (8.9%) presentavano una malattia muscolo invasiva e sono stati sottoposti a cistectomia radicale. 24 (53.3 %) pazienti presentavano malattia residua a più basso stadio e grado e 17 (37.8%) presentavano una malattia residua allo stesso stadio e grado.

Conclusioni: Riteniamo opportuno consigliare l'esecuzione di un second look in tutti i pazienti con cr uroteliale ad alto rischio in quanto ciò consente di rilevare malattia muscolo invasiva sottostadiata alla prima resezione; questi pazienti quindi possono essere sottoposti precocemente all'intervento radicale con notevole miglioramento della prognosi. La re-turb permette inoltre di resecare eventuale malattia residua o reimpianto di cellule tumorali a livello della zona sottoposta a resezione. La persistenza di malattia alla prima resezione va ad inficiare il risultato della chemioterapia endovesicale con conseguente riscontro di etp vescicale al primo controllo a 3 mesi.

Abstract n. 92 Video

EFFICACIA DELLA IDRODISSEZIONE (HYDRO-JET) DURANTE LA PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA NERVE SPARING

Ghidini N., Bisi M., Piazza R., Galizia G., Grassi D., Latini A., Botti C., Ferrari P., Ferrari G.

Hesperia Hospital, Modena

Introduzione e Obiettivi: La prostatectomia radicale rappresenta l'opzione terapeutica di prima scelta nei pazienti con neoplasia prostatica clinicamente localizzata e aspettativa di vita superiore a 10 anni. La tecnica di risparmio dei fasci neurovascolari, viene sempre più spesso adottata di fronte alla crescente richiesta del paziente di conservazione della funzione erettile. In questo video viene dimostrata l'efficacia della tecnica "hydro-jet" nello scollamento del fascio neurovascolare durante la prostatectomia radicale retropubica a cielo aperto. Sono stati valutati, quali parametri di efficacia, le perdite ematiche, le complicazioni, le percentuali di continenza e potenza sessuale e la presenza di margini positivi sul pezzo operatorio

Metodo: Sei pazienti consecutivi, affetti da Ca prostatico clinicamente organoconfinato, sono stati sottoposti dallo stesso chirurgo a prostatectomia radicale retropubica. La tecnica di idrodissezione (Hydro-jet) è stata utilizzata durante l'intervento, prevalentemente nella conservazione bilaterale dei nervi erigentes.

Risultati: Gli interventi sono stati eseguiti nella totalità dei casi in assenza di perdite ematiche significative (nessuna emotrassuzione necessaria) e senza altre complicazioni.

Ad un follow up di 4 mesi tutti i pazienti risultano continenti ed in grado di ottenere erezioni spontanee. Un paziente su sei ha presentato un margine chirurgico positivo in corrispondenza dell'apice prostatico.

Conclusioni: Lidrodissezione con "Hydrojet" nella prostatectomia radicale nerve sparing è risultata una metodica semplice, sicura ed efficace. Richiede una curva di apprendimento assai breve e offre risultati funzionali quantomeno comparabili a quelli ottenuti con le tecniche tradizionali. Nella nostra breve casistica questa procedura è risultata particolarmente efficace nell'evitare perdite ematiche significative oltre a presentare risultati funzionali ed oncologici incoraggianti.

Abstract n. 93 Poster

QUALITÀ DI VITA (QV) DOPO TRATTAMENTO RADICALE PER CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALIZZATO (CPL): PRIMA ANALISI DEI DATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO

Caffo O.¹, Coccarelli F.², Divan C.², Fellin G.³, Graffer U.², Murgia V.², Mussari S.³, Ziglio F.⁴, Malossini G.³, Tomio L.², Galligioni E.¹

¹UOO di Oncologia Medica; ²Urologia; ³Radioterapia; ⁴Fisica Sanitaria, Ospedale S. Chiara, Trento

Introduzione e Obiettivi: I pazienti affetti da CPL possono essere trattati con diverse terapie locali che hanno un impatto differente in termini di QV. Attraverso uno studio prospettico abbiamo cercato di valutare i cambiamenti nella QV dei pazienti sottoposti a trattamento radicale. In questa prima analisi abbiamo riportato i cambiamenti della QV registrati immediatamente

dopo prostatectomia radicale (PR) o brachiterapia interstiziale (BI) in un primo gruppo di pazienti.

Metodi. A partire dal marzo 2005, abbiamo valutato una serie consecutiva di 190 pazienti trattati con PR (96 paz) o BI (94 paz) per CPL. A tutti i pazienti era richiesto di compilare un questionario una settimana prima, 1-2 mesi dopo (1 per la BI e 2 per la PR) e poi annualmente dopo la terapia locale. Il questionario (comprendente 64 domande) è stato sviluppato a partire da uno strumento validato già utilizzato in uno studio prospettico (IJROBP 2006; 66:31-7). Le domande consentivano di identificare 7 sottoscale: benessere fisico (PHY), benessere psicologico (PSY), vita di relazione (REL), autonomia fisica (POW), funzione rettale (REC), urinaria (URI) e sessuale (SEX). Le sottoscale comprendevano rispettivamente 6, 5, 4, 6, 6, 12 e 16 domande. Le differenze tra i valori medi delle sottoscale prima e dopo il trattamento sono state valutate con l'analisi della varianza.

Risultati: Al momento l'analisi è stata effettuata sui dati di 142 pazienti (61 PR/81 BI), che hanno compilato i questionari pre e post-trattamento (Tabella 1).

Conclusioni: I nostri risultati confermano che sia la PR che la BI hanno un impatto negativo sulle scale funzionali (urinaria, rettale, sessuale) immediatamente dopo il trattamento. Inoltre, abbiamo rilevato un significativo miglioramento del benessere psicologico dopo BI e un peggioramento del benessere fisico e dell'autonomia fisica dopo PR. L'analisi dei questionari successivi valuterà l'evoluzione della QV a distanza dal trattamento.

Abstract n. 94 Comunicazione Selezionata

DOCETAXEL (D) ± ESTRAMUSTINA (E) IN PAZIENTI (PZ) AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA ORMONO-REFRATTARIO (CPO). RISULTATI CUMULATIVI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II E DI UNO STUDIO DI CROSSOVER

Caffo O.¹, Sava T.², Comploj E.³, Zustovich F.⁴, Gamucci T.³, Segati R.⁶, Sacco C.⁷, Perin A.⁸, Valduga F.¹, Galligioni E.¹

¹UOO di Oncologia Medica di Trento; ²Verona; ³Padova; ⁴Frosinone; ⁶Feltre; ⁷Udine; ⁸Tiene; ³UO di Urologia di Bolzano

Introduzione e Obiettivi: Diversi studi in vitro hanno evidenziato un sinergismo tra D ed E e questo dato è stato confermato anche da studi clinici di fase II. Nonostante ciò l'aggiunta di E al D rimane controverso e il trattamento con solo D viene attualmente considerato la terapia standard per il CPO. Nella nostra esperienza abbiamo cercato di valutare il trattamento con D±E in termini di riduzione del PSA, di attività, di tossicità e di qualità di vita.

Metodi: I criteri di eleggibilità comprendevano: diagnosi di CPO con incremento del PSA dopo almeno due linee di terapia ormonale, ECOG PS < 2, adeguata funzionalità d'organo renale, epatica ed ematologica, non pregressi trattamenti chemio-

Tabella 1.

	BI			PR		
	Basale	Post	p value	Basale	Post	p value
PHY*	73.1	70.4	NS	70.8	65.4	0.03
PSY*	79.7	85.5	0.01	79.4	83.1	NS
REL*	78.7	73.9	NS	74.8	65.3	0.02
POW*	91.7	94.2	NS	89.9	80.5	0.0001
URI**	9.7	26.0	0.0001	14.3	27.8	0.0001
SEX**	34.6	56.1	0.0001	42.9	83.5	0.0001
RECT**	4.3	12.1	0.0001	5.6	9.1	0.02

*valore più alto = migliore risultato funzionale; **valore più alto = peggiore risultato funzionale; NS = non significativo

rapici. I pz sono stati randomizzati a ricevere D 70 mg/mq ev g 1/3 settimane (braccio A) oppure D 70 mg/mq ev g 2/3 settimane + E 280 mg x 3/die po nei giorni 1-5 (braccio B). La terapia proseguiva fino al raggiungimento della massima risposta biochimica o a progressione biochimica. Ai pz del braccio A, in progressione durante il trattamento con D, era proposto di proseguire la terapia con l'aggiunta di E secondo lo schema del braccio B. La tossicità era valutata in base ai criteri NCIC, mentre la qualità di vita era valutata con questionari autocompilati. Risultati: Dall'aprile 2003 al settembre 2005 sono stati inclusi 95 pz (età mediana 69, PSA mediano 80 ng/ml, malattia misurabile in 45) randomizzati nel braccio A (49) o nel braccio B (46). Le risposte biochimiche, in termini di riduzione del PSA \Rightarrow 50%, sono state: 40% nel braccio A e 75% nel B. La sopravvivenza libera da progressione biochimica è stata di 20 settimane nel braccio A e 30 nel B. La principale tossicità ematologica è stata la neutropenia che è stata di grado 3-4 solo nel 4% dei pz del braccio A e 6% nel B. Un pz del braccio B ha sviluppato neutropenia febbrile e una diarrea di grado 3. Le tossicità non ematologiche di grado 3-4 riscontrate sono state: vomito (1 pz in entrambi i bracci), stomatite (1 pz nel braccio A e 2 nel B) and diarrea (1 pz nel braccio B). Nel braccio A sono stati registrati due casi di ictus. Nessuna morte dovuta al trattamento è stata riscontrata.

Tra i 35 pz che nel braccio A sono andati in progressione durante il trattamento, 8 pz hanno rifiutato di proseguire la terapia o presentavano uno scadimento delle condizioni generali. Pertanto 27 pz sono entrati nello studio di crossover. Abbiamo osservato una riduzione del PSA \Rightarrow 50% in 15 pz (55.5%). In termini di tossicità maggiori abbiamo osservato una neutropenia di grado 4 e una stipsi di grado 3. Due pz hanno sospeso il trattamento dopo una singola somministrazione per la comparsa di trombosi venosa profonda e per un ictus. In due casi il trattamento è stato sospeso per la comparsa di edemi. Il tempo mediano di progressione è stato di 18 settimane (range 5-67).

Conclusioni: Nello studio di fase II il tasso di risposte osservato nel braccio di combinazione è stato quasi il doppio rispetto al braccio con solo D. L'aggiunta di E si è dimostrata in grado di superare la resistenza al solo D in oltre la metà dei casi entrati nello studio con crossover. Questi risultati suggeriscono che l'aggiunta di E al D potrebbe potenziarne l'azione in termini clinici e confermano la necessità di un confronto tra D e D+E in uno studio di fase III per valutarne adeguatamente il beneficio clinico.

Abstract n. 95 Comunicazione

DIFFERENTIAL PROTEOMIC ANALYSIS OF NUCLEAR MATRIX IN MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER: POTENTIAL TO IMPROVE DIAGNOSIS AND PROGNOSIS
Barboro P.¹, Rubagotti A.^{1,2}, Orecchia P.⁴, Repaci E.¹, Carpena D.¹, Spina B.¹, Truini M.¹, Carmignani G.³, Romagnoli A.³, Introini C.¹, Boccardo F.^{1,2}, Carnemolla B.¹, Balbi C.¹

¹National Cancer Research Institute, Genoa, Italy; ²Department of Oncology, Biology and Genetics, University of Genoa, Italy; ³Department of Urology, University of Genoa, Italy; ⁴Institute Giannina Gaslini, Genoa, Italy

Introduction: Although several molecular markers for bladder cancer have been identified, at present little information on prognostic biomarkers is available in the literature. Prognostication of this tumor is largely based on clinicopathological characteristics. Our aim was to identify nuclear matrix (NM) proteins that might serve to better characterize the phenotype of the invasive bladder cancer and to investigate their diagnostic and prognostic roles.

Methods: NM proteins expressed in normal (n=3) or non-

tumoral (n=9) tissue specimens and muscle-invasive bladder cancer (n=21) specimens were analyzed by two dimensional (2D) gel electrophoresis. PDQuest image analysis software was used to generate a comparative NM proteome analysis. Selected spots were characterized by liquid chromatography coupled to tandem mass spectrometry (MS) and Western blot. Results: We detected over 800 protein spots in each 2D map. We selected 85 of such spots for identification by MS. Out of the 85 protein spots picked and processed, 43 (51%) were unambiguously assigned identities, including redundancies due to proteolysis and post-translational modifications; about 40% of these were identified also by 2D immunoblot analysis. The majority of the proteins that were picked, but could not be identified, correspond to low abundant spots occurring at levels below detection limit of MS. Among the identified proteins 30 were differentially expressed by bladder tumor cells, 19 were detected in bladder tumoral tissues but not in normal and non-tumoral tissues, seven correlated with tumor stage and one with vascular invasion. In particular we focused on p54^{nrb} protein because this protein was not expressed at all in the tumor specimens of the 8 patients who at the time of the present analysis (median follow-up time: 41.5 months; 95% CI 38.5-45.0) were still alive, while it was expressed in tumor specimens of 9 of the 13 patients who had died. This p54^{nrb} expression, beyond being strongly correlated with vascular invasion appeared to be also a strong predictor of patients survival following cystectomy (P<0.0001)

Conclusion: Important alterations in NM proteins occur in muscle-invasive bladder cancer. Our findings beyond improving the understanding of the biology of bladder cancer, could help to stratify patients into different prognostic subgroups and to select those who might be better candidate to multimodal therapeutic approaches. We feel that despite the relatively small size of this cohort, our data are sufficient to reach the preliminary but sound conclusion that NM proteins might represent biomarkers potentially useful for disease diagnosis and prognosis.

Abstract n. 96 Comunicazione

RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA SPETTROSCOPICA CON BOBINA ENDO-RETTALE IN PAZIENTI CANDIDATI A RI-BIOPSIA PROSTATICA: RISULTATI PRELIMINARI
Destefanis P.¹, Munoz F.², Bosio A.¹, Fiori C.¹, Bisconti A.¹, De Maria C.¹, Cugiani A.¹, Cirillo S.³, Fontana D.¹

¹Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "San Giovanni Battista-Molinette", Università degli Studi di Torino; ²Divisione di Radioterapia, Ospedale "San Giovanni Battista-Molinette", Università degli Studi di Torino; ³Servizio di Radiodiagnostica, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (TO)

Introduzione e Obiettivi: Dopo un primo mappaggio biptico della prostata negativo per carcinoma, una percentuale di pazienti è portatrice di una neoplasia prostatica rimasta non diagnosticata. In una parte di questi pazienti viene riscontrata la presenza di alterazioni, quali l'HGPIN o l'ASAP che rendono particolarmente fondato il sospetto di carcinoma e che richiedono la ripetizione della biopsia. L'utilizzo di una metodica radiologica in grado di riconoscere una eventuale lesione, di rafforzare il sospetto e di indirizzare la sede della biopsia potrebbe permettere di scegliere con maggior precisione i pazienti da candidare a ri-biopsia, di ridurre il numero di biopsie "inutili" e di comprendere meglio l'anatomia delle lesioni la cui diagnosi è stata mancata dalla prima serie di biopsie eseguite. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare il ruolo della risonanza magnetica con spettroscopia (MRSI) nei pazienti già sottoposti a biopsia prostatica in cui si sia riscontrata una lesione sospetta (HGPIN, ASAP o altre alterazioni cito-architetturali di dubbio significato).

Metodi: Sono inclusi nello studio pazienti già sottoposti ad almeno una biopsia prostatica e candidati a ri-biopsia per riscontro di lesioni sospette. I pazienti sono stati sottoposti a MRSI non prima di 45 giorni dalla biopsia prostatica. I pazienti sono stati sottoposti a successiva ri-biopsia prostatica entro 6-12 mesi dalla precedente biopsia. La ripetizione della biopsia prostatica viene eseguita con almeno 10 prelievi + eventuali prelievi mirati nella sede risultata sospetta alla MRSI. Gli esiti della MRSI sono stati classificati in 1) esame fortemente sospetto per carcinoma della prostata, 2) esame dubbio, 3) esame negativo. Confronto dei risultati ottenuti dalla MRSI con gli esiti isto-patologici della ri-biopsia prostatica.

Risultati: Dal novembre 2005 al maggio 2007 sono stati arruolati complessivamente 30 pazienti. Dati completi per l'analisi prelimitare sono al momento disponibili per 20 pazienti. La diagnosi istologica alla prima biopsia era HGPIN nel 42% dei casi, irregolarità/atipie cito-architeturali nel 58% dei casi. La MRSI è risultata sospetta per carcinoma della prostata nel 52% dei casi, dubbia nel 24% e negativa nel 24% dei casi. Il PSA prima della ri-biopsia è risultato di 8,74 ng/ml (range 2,2-20). Alla ripetizione della biopsia prostatica si sono riscontrati: carcinoma della prostata nel 33%, HGPIN/ASAP/altro nel 13%, negativa nel 54%. La concordanza completa tra ri-biopsia prostatica e MRSI si è avuta nel 50% dei casi, ma la MRSI ha identificato correttamente tutti i carcinomi.

Conclusioni: La MRSI ha dimostrato di essere un esame potenzialmente affidabile nell'identificazione di soggetti con carcinoma prostatico in questo gruppo di pazienti. Un aumento della dimensione della popolazione in esame permetterà di confermare tali risultati e di chiarire il ruolo e il significato della MRSI.

Abstract n. 97 Poster

CHEMIOPROFILASSI CON GEMCITABINA ENDOVESICALE NEI CARCINOMI VESCICALI SUPERFICIALI TA-T1, G1-G2 RECIDIVI DOPO BCG: STUDIO MULTICENTRICO PROSPETTICO DI FASE II

Gontero P.¹, Sogni F.¹, Di Marco M.², Fiorito C.¹, Casetta G.¹, Lucca I.¹, Mondino P.¹, Oderda M.¹, Zitella A.¹, Pappagallo G.³, Tizzani A.¹

¹Urologia 1, Università degli Studi di Torino; ²Casa di Cura Silicato, Roma; ³Oncologia, Ospedale di Noale, Noale (PD)

Introduzione e Obiettivi: Per i carcinomi vescicali a rischio intermedio che recidivano dopo BCG esistono attualmente scarse alternative terapeutico farmacologiche. La Gemcitabina, recentemente registrata per l'utilizzo endovesicale come terapia di seconda linea in questa categoria di pazienti, rappresenta un'opzione terapeutica attuabile grazie all'elevato profilo di attività ed alla buona tollerabilità sinora dimostrate.

Metodi: Lo studio prevedeva l'arruolamento di 42 pazienti secondo lo schema di Simon. Considerando come end point primario la recidiva ad 1 anno, si è assunto che la presenza di almeno 23 risposte complete (=assenza di recidiva ad 1 anno) costituisca il criterio minimo di "efficacia" del farmaco. Dopo TUR completa delle lesioni, 2000 mg/50 ml di Gemcitabina sono state somministrate settimanalmente per 6 settimane e poi mensilmente per 6 mesi. La risposta è stata definita come negatività alla cistoscopia ed alla citologia. Gli effetti collaterali sono stati valutati secondo il CTAEV3.

Risultati: Sono stati arruolati 43 pazienti (23 Ta, 20 T1). Tre pazienti hanno sospeso il trattamento per effetti collaterali ma sono stati inclusi nell'analisi di efficacia. Tre pazienti sono morti (1 per pancitopenia, 2 per cause non correlabili alla patologia e/o al farmaco) e sono stati esclusi. Nei restanti pazienti gli effetti collaterali non sono andati oltre il grado 1. Ad un follow up mediano complessivo di 7 mesi si sono osservate 10/40 recidive. Le recidive sono risultate essere 8 sui 18

pazienti sinora valutabili a 12 mesi (2 con progressione a malattia muscolo invasiva, 1 a CIS, 1 a T1G3), con un 56% di risposte complete.

Conclusioni: La Gemcitabina è risultata complessivamente ben tollerata, anche se un evento fatale potrebbe essere correlabile al farmaco. Il trend di risposte complete nei pazienti valutabili fa presagire il raggiungimento del numero minimo atteso per supportare un profilo di attività interessante del farmaco in questo particolare sottogruppo di carcinomi vescicali superficiali. I carcinomi vescicali superficiali Ta, T1 e G1, G2 recidivi dopo BCG rappresentano un sottogruppo di patologia con importante rischio di progressione di malattia.

Abstract n. 98 Comunicazione

STUDIO COMPARATIVO DELLA QUALITÀ DI VITA (QLQ) DOPO SOMMINISTRAZIONE ENDOVESICALE RANDOMIZZATA DI GEMCITABINA E BCG IN PAZIENTI CON CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO (CVNMI) A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI PRELIMINARI

Gontero P.¹, Lucca I.¹, Sogni F.², Fiorito C.¹, Mondino P.¹, Oderda M.¹, Valentino F.¹, Zitella A.¹, Greco A.¹, Pappagallo G.³, Tizzani A.¹

¹Urologia 1, Università degli Studi di Torino; ²Clinica Urologica, Università del Piemonte Orientale, Novara; ³Clinica Oncologica, Ospedale di Noale, Noale (PD)

Introduzione ed Obiettivi: Sebbene sia riportato che il BCG presenta un profilo di tollerabilità inferiore rispetto ai chemioterapici endovesicali, non esistono studi di confronto della QLQ tra queste 2 classi farmacologiche. Riportiamo i risultati preliminari del primo studio comparativo randomizzato di valutazione dell'impatto sulla QLQ (end point primario) e sull'outcome clinico (end point secondario) di instillazioni ripetute di BCG e Gemcitabina, un chemioterapico recentemente registrato per l'utilizzo endovesicale e caratterizzato da un buon profilo di tollerabilità.

Materiali e Metodi: Lo studio prevede la randomizzazione di 130 pazienti con CVNMI a rischio intermedio a ricevere, dopo TUR completa delle lesioni, BCG Connaught 1/3 di dose o Gemcitabina 2000 mg/50 ml settimanalmente per 6 settimane seguite da 3 instillazioni a 3,6 e 12 mesi per il BCG ed instillazioni mensili sino ad 1 anno per Gemcitabina. Ai pazienti vengono somministrati i questionari EORTC QLQ-C30 e BLS-24 (modulo specifico per i CVS) e vengono registrati gli effetti collaterali secondo il CTCAEv3 ad inizio instillazioni, al termine del ciclo di induzione e ad 1 anno. I risultati sono stati elaborati utilizzando gli "scoring manuals" dei 2 questionari mediante analisi della varianza.

Risultati: Dei 43 pazienti sinora randomizzati, 38 (19 con BCG e 19 con Gemcitabina) sono valutabili a 3 mesi. Non sono state osservate differenze statisticamente significative nei punteggi medi di ciascun dominio prima e dopo qualsiasi trattamento. A fronte di un incremento significativo di effetti collaterali dopo BCG (bruciori ed ematuria con variazioni del 30 e 40% dopo terapia rispetto al basale), non sono state osservate variazioni statisticamente significative tra i due trattamenti in nessuno dei domini dei due questionari fatta eccezione per la funzione cognitiva che ha mostrato un significativo miglioramento nel tempo nei pazienti trattati con BCG. Si sono registrate 4 recidive con BCG ed 1 con Gemcitabina.

Conclusioni: Dall'analisi di questi dati preliminari sembra emergere, globalmente, una non interferenza sulla qualità della vita da parte delle instillazioni endovesicali. A fronte di maggiori effetti collaterali indotti dal trattamento con BCG non si sono sinora documentate differenze nella qualità della vita tra i 2 farmaci utilizzati.

Abstract n. 99 Poster

L'INIBIZIONE DELL'ESPRESSIONE DI hTERT RIDUCE IL POTENZIALE PROLIFERATIVO DI CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO IN VITRO ED IN VIVOGandellini P.¹, Folini M.¹, De Cesare M.¹, Longoni N.¹, Daidone M.G.¹, Valdagni R.², Zaffaroni N.¹¹Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Laboratori; ²Direzione Scientifica Programma Prostata, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

Introduzione e Obiettivi: La telomerasi, un enzima espresso nell'80-90% dei tessuti tumorali e generalmente assente nella controparte normale, svolge un ruolo determinante nei processi d'immortalizzazione cellulare e tumorigenesi. Essa è in grado di stabilizzare la lunghezza dei telomeri, prevenendo l'arresto della crescita e la morte cellulare. L'enzima consiste di due principali subunità: la componente ad RNA hTR e la componente proteica hTERT, in grado di catalizzare la sintesi di sequenze telomeriche. Secondo recenti evidenze, hTERT potrebbe contribuire alla resistenza all'apoptosi e favorire la sopravvivenza cellulare anche attraverso funzioni non associate alla sua specifica attività catalitica. In questo studio ci si è proposti di valutare gli effetti dell'inibizione dell'espressione di hTERT sul potenziale proliferativo di linee cellulari di carcinoma prostatico androgeno-indipendente, attraverso l'impiego di diverse strategie antisense.

Metodi: Cellule di carcinoma della prostata hTERT-positive (DU145 e PC-3) e cellule di osteosarcoma hTERT-negative (U2OS) sono state transfettate con uno small interfering RNA (siRNA) e con un acido nucleico peptidico (PNA) diretti contro l'RNA messaggero di hTERT, mediante l'impiego, rispettivamente, di lipidi cationici e di un approccio combinato di internalizzazione fotochimica e coniugazione con il peptide Tat. L'interferenza con l'espressione e l'attività della telomerasi è stata verificata mediante RT-PCR e saggio TRAP. Gli effetti biologici determinati dall'inibizione di hTERT sono stati valutati sul potenziale proliferativo, la suscettibilità all'apoptosi, la lunghezza dei telomeri, la presenza di disfunzioni telomeriche ed il potenziale tumorigenico.

Risultati: La transfezione delle cellule di carcinoma prostatico con il siRNA o il PNA diretti contro hTERT determinava una marcata inibizione dell'attività telomerasica (-90%) accompagnata da una riduzione della crescita cellulare (-60%), apprezzabili dopo soli 2 giorni dalla fine del trattamento. Tali effetti

non si osservavano nelle cellule hTERT-negative U2OS. Nelle cellule di carcinoma prostatico l'inibizione di hTERT aumentava inoltre la frazione di cellule apoptotiche, senza modificare la lunghezza media dei telomeri. Per contro, gli effetti antiproliferativi si accompagnavano ad un aumento della frequenza di fusioni inter-telomeriche. L'interferenza con l'espressione di hTERT determinava infine una riduzione della capacità di cellule di carcinoma prostatico di formare tumori nel topo nudo. **Conclusioni:** L'inibizione dell'espressione di hTERT riduce il potenziale proliferativo e tumorigenico di cellule di carcinoma prostatico, probabilmente attraverso l'interferenza con funzioni addizionali di hTERT legate al mantenimento della stabilità del telomero, piuttosto che con l'attività catalitica della telomerasi. Questi risultati identificano hTERT come possibile bersaglio per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici per il trattamento del cancro prostatico.

Questo studio è stato finanziato in parte dalla Fondazione I. Monzino.

Abstract n. 100 Poster

INTENSIFICARE LE STRATEGIE DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL CARCINOMA VESCICALE: ANALISI DI UNA PRIORITÀ

Traverso P., Romagnoli A., Varca V., Venzano F., Ambruosi C., Simonato A., Carmignani G.

Clinica Urologica "L. Giuliani", Azienda Ospedaliera Universitaria, San Martino

Obiettivi: La stadiazione e la presentazione dei pazienti affetti da carcinoma prostatico è drasticamente mutata nelle ultime due decadi grazie anche alla "attenzione sociale" a questa patologia. Recentemente notevoli progressi sono stati acquisiti nel campo dei marcatori tumorali del carcinoma transizionale della vescica. Abbiamo cercato di valutare eventuali migrazioni di stadio nell'ambito delle nostre casistiche comprendenti pazienti (pz) affetti da queste due patologie e sottoposti a terapia chirurgica (Prostatectomia Radicale- PR e Cistectomia Radicale - CR) **Pazienti e Metodi:** Dal 1990 al 2006 sono stati sottoposti, presso la nostra struttura, a CR e PR rispettivamente 607 e 944 pz. Sono risultati valutabili 456 pz nel gruppo delle CR e 491 pz nel gruppo delle PR, considerando solo pz sottoposti a linfadenectomia bilaterale. Abbiamo suddiviso l'arco temporale in due gruppi di circa nove anni determinandone lo stadio patologico post intervento. Abbiamo valutato statisticamente l'eventuale significatività temporale di migrazione di stadio, con particolare interesse per gli stadi alti coinvolgenti il sistema linfonodale e l'estensione non organo-confinata. La differenza tra i sistemi TNM è stata compensata valutando criticamente il dettaglio dei referti istopatologici e rapportando la codifica alle ultime edizioni.

Risultati: Nel confronto dei due gruppi sottoposti a PR abbiamo osservato una migrazione verso stadi prognosticamente più favorevoli, in particolare con una minore presentazione di estensione extra-capsulare e di interessamento linfonodale (Tabella 1).

Nel confronto dei due gruppi sottoposti a CR sebbene si evidenzia una migrazione verso stadi più bassi per il parametro T, abbiamo riscontrato una significativa migrazione verso stadi più alti per il parametro N.

Conclusioni: La valutazione generale dei dati ottenuti porta, come già consigliato in letteratura, a spingere l'approfondimento diagnostico, e probabilmente l'approccio terapeutico dei pazienti affetti da carcinoma della vescica. Ancora oggi questi pazienti, in caso di interessamento linfonodale, presentano una possibilità media di essere liberi da malattia a 5 anni di circa il 25%. L'utilità di una strategia in tal senso è confermata dai relativi miglioramenti ottenuti nel trattamento del carcinoma della prostata.

Tabella 1.

CR	1990-1999	2000-2006	Chi quadro
pT0	11	9	NS
pTis	5	23	0,0118
pT1	20	31	NS
pT2	27	68	0,0145
pT3	94	79	0,0054
pT4	30	49	NS
pN0	168	178	NS
pN+	29	62	0,0205
PR	1990-1999	2000-2006	Chi quadro
pT0	9	3	0,033911
pT2	117	217	0,008694
pT3	87	46	0,00001
pT4	3	7	NS
pN0	193	246	NS
pN+	25	14	0,0261

Abstract n. 101 Poster

TRIMPROB NELLA DIAGNOSTICA NON INVASIVA DEL CARCINOMA PROSTATICO : ESPERIENZA PERSONALE

Viganò P., Strada G.R.

Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza, Divisione di Urologia

Introduzione: Il tumore della prostata (CaP) è oggi il più comune tumore non cutaneo del sesso maschile. La diagnostica di CaP si basa essenzialmente sulla esplorazione rettale, ecografia prostatica transrettale e dosaggio del PSA. Quest'ultimo seppur largamente utilizzato è ben lontano dal poter essere considerato un marker tumorale ideale poiché scarsamente specifico. Per tale motivo sono necessari ulteriori elementi, in grado di favorire la diagnostica precoce di CaP. Il TRIMprob è un sistema elettromedicale portatile e non invasivo, messo a punto per coadiuvare la diagnostica di CaP, sfruttando l'interazione tra tessuti, normali e neoplastici, con onde elettromagnetiche di diversa intensità e frequenza.

Scopi: Scopo del nostro lavoro è valutare in modo prospettico l'accuratezza diagnostica del TRIMprob, rispetto ai risultati ottenuti mediante biopsie prostatiche multiple.

Materiali e metodi: Il TRIMprob consiste di una sonda emittente onde elettromagnetiche differenti (460, 930 e 1400 Mhz), captate da un ricevitore, dopo l'interazione con il tessuto prostatico e rappresentate graficamente mediante un software dedicato.

105 pazienti (età media 64 anni, range 48-73), arruolati nel 2006 e candidati a biopsia prostatica per riscontro di PSA > 4 ng/ml. Unico esaminatore. Criteri diagnostici per il sospetto di CaP: annullamento stabile della 1 banda spettrale, corrispondente a 460 Mhz, in un punto (omologo) se confermato alle due distanze standard (120 e 150 cm) rispetto al ricevitore o in più punti (multiplo) se ad una sola distanza standard. Tutti i pazienti sono poi stati sottoposti a biopsia prostatica secondo un sistema a 12 prelievi e i risultati messi a confronto.

Risultati: La sensibilità complessiva della metodica è stata, nella nostra esperienza, del 90% mentre la specificità scende al 54% con PPV pari al 55% e NPV pari al 90%. L'accuratezza diagnostica complessiva è pari al 68.5%.

Conclusioni: Il TRIMprob è una metodica innovativa e non invasiva nella diagnostica del CaP.

I risultati del nostro studio, seppur preliminari e riferiti a piccoli numeri, sono confortanti e in linea con altri studi sinora condotti.

In particolare i dati riguardanti sensibilità e NPV fanno pensare che tale metodica possa avere il proprio spazio nella diagnostica del tumore prostatico soprattutto nel follow up di pazienti con PSA elevato, già sottoposti a biopsia con esito negativo. A tal fine sono certamente necessari casistiche e studi più ampi.

Abstract n. 102 Poster

PROSTATECTOMIA RADICALE DI SALVATAGGIO DOPO RADIOTERAPIA: ESPERIENZA PERSONALE

De Carli P., Simone G., Leonardo C., Locola V., Sentinelli S., Gallucci M.

Istituto Tumori "Regina Elena", Roma

Introduzione: Il 60% dei pazienti sottoposti a radioterapia per carcinoma prostatico organo-confinato presenta progressione di malattia a 10 anni e di questi il 70% sono recidive locali (1). Il trattamento della recidiva locale dopo radioterapia prevede la terapia ormonale, la vigile attesa, la prostatectomia radicale o, infine, HIFU e /o crioterapia. Obiettivo del nostro studio è presentare i risultati di 15 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale di salvataggio.

Metodi: Dal 2001 al 2003 sono stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica di salvataggio post-radioterapia 15 pazienti.

Età media è stata di 63 anni (56-72). I criteri di inclusione sono stati: PSA-DT maggiore di 6 mesi, PSA nadir <1ng/ml, stadio < cT3, TC e scintigrafia ossea negative, aspettativa di vita > 10 anni. Il PSA mediano prima dell'intervento è stato 2,3 ng/ml (2-10). In tutti i pazienti una biopsia prostatica ha dimostrato la recidiva locale, con un Gleason score tra 6 e 8. Il follow-up mediano è stato di 61 mesi (44-72).

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 90 minuti (70-140). Le perdite ematiche sono state in media di 550 ml (350-1200). Le unità di sangue trasfuse sono state da 0 a 2 (media 0,6). La degenza media è stata di 5 giorni e rimozione catetere 12 giorni. Non abbiamo osservato complicazioni intra e perioperatorie. 4 pazienti hanno presentato stenosi dell'anastomosi vescicouretrale trattata endoscopicamente, in 3 dei quali è esitata un'incontinenza urinaria severa (>3pad/die). Lo stadio patologico è stato: 1 pz. pT0, 10 pz. pT2 N0, 2 pz. pT3N0 e pT3N1 in 2 pazienti. Il Gleason score è stato in 10 pz di 7(4+3) ed in 4 di 8 (4+4). Attualmente 9 pazienti sono liberi da malattia con un PSA<0,4 mentre 4 pazienti per ripresa biochimica sono in trattamento con blocco androgenico totale. 2 Pazienti (pT3N1) sono deceduti per progressione della malattia a rispettivamente a 31 e 36 mesi di follow-up.

Conclusioni: La prostatectomia radicale di salvataggio nel carcinoma prostatico localizzato già trattato con radioterapia rappresenta una possibile opzione terapeutica in casi selezionati, specie dopo trattamento conformazionale, in cui l'attento follow-up riveli precocemente una persistenza e/o ripresa locale di malattia (2).

Bibliografia

1. Bianco FJ, Scardino PT et al. Long-term oncologic results of salvage radical prostatectomy for locally recurrent prostate cancer after radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005 Jun 1; 62(2):448-53
2. Ward JF, Sebo TJ, Blute ML, Zincke H. Salvage surgery for radiorecurrent prostate cancer: contemporary outcomes. *J Urol.* 2005 Apr; 173(4):1156-60

Abstract n. 103 Video

CISTECTOMIA RADICALE NERVE-SEMINAL SPARING

Colombo R., Raber M., Pasta A., Fabbri F., Losa A., Maccagnano C., Montorsi F., Rigatti P.

Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Università Vita Salute, Cattedra di Urologia, Milano

Introduzione e Obiettivi: Esiste unanime consenso alla cistectomia radicale precoce nei pazienti con carcinoma vescicale superficiale ad alto rischio di progressione. In pazienti giovani e selezionati la cistectomia con tecnica nerve e seminal sparing (NSS) si propone di preservare la migliore QoL.

Metodi: Dal 1996 al 2006 abbiamo sottoposto a cistectomia NSS 47 pazienti di età < 65 anni (media 48) affetti da neoplasia vescicale superficiale ad alto rischio (T1G3 recidivo o resistente a BCG, 34 pazienti) o neoplasia vescicale infiltrante selezionata (T2 monofocali extratrigonali, 13 pazienti). Il nostro iter chirurgico prevede un intervento di resezione endoscopica iterativa con l'intento di un corretto staging e di una completa exeresi della neoplasia seguita da una instillazione immediata di chemioterapico topico. Dopo 7-10 giorni viene eseguita la resezione di prostata con raccolta differenziata dell'urotelio e dello stroma per esame istologico definitivo consensualmente ad agobiopsie a sestante al fine di escludere una qualunque patologia prostatica. Dopo ulteriori 7-15 giorni viene eseguita la cistectomia la cui tecnica chirurgica viene presentata nel video. Alla linfoadenectomia pelvica standard fa seguito la cistectomia solitamente extraperitoneale con preservazione bilaterale dell'asse vescicolo-deferenziale, dei fasci neurovascolari peri-prostatici e della capsula prostatica. La derivazione urinaria ortotopica è ottenuta per mezzo di una neovesicica ortotopica ileale anastomizzata alla capsula prostatica.

Risultati: Nel caso specifico il paziente, di 42 anni, è stato

dimesso in 15^a giornata post-operatoria con un buon decorso post-operatorio immediato. La continenza urinaria diurna e notturna è stata immediata alla rimozione del catetere vescicale. La ripresa della funzionalità erettile è stata documentata già nelle prime 2 settimane post-op. La potenziale fertilità è stata documentata dalla analisi del sedimento urinario dopo eiaculazione. Risultati analoghi sono risultati al follow-up a 24 mesi.

Conclusioni: Al fine garantire l'affidabilità oncologica dell'intervento è cruciale una rigorosa selezione dei pazienti. Una contenuta incidenza di recidive locali (4,3%) e a distanza (6,4%) si possono giustificare sulla base di criteri di selezione restrittivi quali: malattia clinicamente organo-confinata (candidati ideali: T1, G3 refrattari o resistenti a BCG), rigorosa valutazione prostatica pre-operatoria (DRE, TRUS, PSA tot e F/T, biopsie a sestanti, TURP con es. istologico separato dell'urotelio e dello stroma), TURP eseguita in condizioni bladder disease-free. (TURP a breve distanza dall'ultima TURBT e cistectomia a breve distanza dalla TURP) Una documentata normalità della funzione erettile pre-operatoria costituisce una condizione essenziale di selezione. La cistectomia NSS con l'approccio chirurgico descritto in pazienti che rispondono rigorosamente ai criteri sopra riportati può consentire elevati risultati funzionali senza alterare la prognosi a medio termine.

Abstract n. 104 Comunicazione Selezionata

OUTCOME CLINICO E FATTORI PREDITTIVI SPECIFICI DI SOPRAVVIVENZA IN PAZIENTI CON NEOPLASIA TRANSIZIONALE STADIO PTO ALLA CISTECTOMIA RADICALE

Colombo R., Briganti A., Sozzi F., Maccagnano C., Salonia A., Da Pozzo L.F., Zanni G., Fabbri E., Rigatti P., Montorsi F.
I.R.C.C.S. San Raffaele Milano Università Vita-Salute, Milano

Introduzione e Scopi: Scopo del presente studio è quello di valutare l'outcome clinico di un gruppo di pazienti, sottoposti ad intervento di cistectomia radicale, con diagnosi istopatologica definitiva di neoplasia transizionale allo stadio pT0.

Metodi: Tra gennaio 1991 ed agosto 2006, 822 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di cistectomia radicale per carcinoma transizionale presso il nostro Dipartimento. Di questi, 102 pazienti (12.4%) non hanno presentato alcuna malattia residua alla valutazione istopatologica definitiva (pT0). Nessun paziente ha eseguito chemioterapia neo-adiuvante. Per tutti i soggetti sono stati presi in considerazione i seguenti dati: età, stadio patologico e grado di malattia al momento della resezione trans-uretrale del tumore (TUR), grado di coinvolgimento linfonodale e numero dei linfonodi rimossi. La sopravvivenza globale e cancro-specifica sono state definite con le curve di Kaplan-Mayer. L'associazione tra fattori prognostici (inclusi età, stadiazione del T, focalità del tumore alla TUR antecedente la cistectomia, stadio linfonodale, numero dei linfonodi asportati) e il rate di sopravvivenza cancro-specifica sono state definite mediante l'analisi regressiva di COX sia uni- che multivariata.

Risultati: L'età media è stata pari a 66 anni (range 39-83). La stadiazione mediante TUR, disponibile in 72 pazienti (70.5%), è stata la seguente: T1 in 23 pazienti (31.9%) e T2 in 49 (68.1%). Il grado era II in 6 pazienti (16.7%) e III in 66 (83.3%). All'esame istopatologico definitivo, il numero medio di linfonodi rimosso era pari a 15.2 (range: 5-65) e 4 pazienti (4.9%) presentavano invasione linfonodale (LNI). Complessivamente, il follow-up si è reso disponibile per 70 pazienti (68.6%). Ad un follow-up mediano di 32 mesi (media: 50.5; range: 1-190), 10 pazienti (14.3%) erano deceduti per neoplasia vescicale, mentre 5 (7%) erano deceduti per altre cause. Il rate attuariale di sopravvivenza cancro-specifica a 1,3 e 5 anni, era pari, rispettivamente al 91, all'85 e al 77% con un rate di sopravvivenza globale a 1,3 e 5 anni, rispettivamente dell'88, 80 e 70%. All'analisi multivariata il numero dei linfonodi rimossi e la pre-

senza di LNI si sono dimostrati fattori predittivi della sopravvivenza specifica per neoplasia con un p pari a, rispettivamente, 0,017 e 0,016.

Conclusioni: Per quanto a noi noto, questo rappresenta lo studio più esteso volto a verificare la sopravvivenza dei pazienti con diagnosi istopatologica di neoplasia vescicale in stadio pT0 non trattati con chemioterapia. A 5 anni di follow-up, una percentuale non trascurabile di pazienti (23%) è deceduta per neoplasia vescicale. In base ai parametri da noi considerati, la presenza di invasione linfonodale e l'estensione della linfoadenectomia rappresentano i soli fattori predittivi di sopravvivenza specifica nell'analisi multivariata.

Bibliografia essenziale

1. Hotston M, Patel S, Sohail M, Persad RA. What is the significance of pT0 at cystectomy? *Surg Oncol.* 2006; 15(2):65-9
2. Palapattu GS, Shariat SF, Karakiewicz PI, et al. Cancer specific outcomes in patients with pT0 disease following radical cystectomy. *J Urol.* 2006; 175(5):1645-9

Abstract n. 105 Poster

ADENOCARCINOMA VESCICALE PRIMITIVO CON CELLULE AD ANELLO CON CASTONE: SCARSA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI AFFETTI E PECULIARE DISTRIBUZIONE DELLE METASTASI

Colombo R., Briganti A., Pellucchi F., Maccagnano C., Salonia A., Da Pozzo L. F., Zanni G., Fabbri E., Matloob R., Rigatti P., Montorsi F.

I.R.C.C.S. San Raffaele Università Vita-Salute, Milano

Introduzione e Scopi: L'adenocarcinoma vescicale primitivo con cellule ad anello con castone rappresenta una entità nosologica molto rara, per altro spesso diagnosticata ad uno stadio avanzato di malattia. Dall'analisi della letteratura, è emerso come il rate di sopravvivenza di questi pazienti non sia stata definito in modo preciso. Pertanto, nel presente studio, sono stati presi in considerazione dei pazienti affetti dalla sopraindicata patologia, tutti sottoposti ad intervento di cistectomia radicale.

Di essi sono stati poi valutati sia i dati istopatologici definitivi che il rate di sopravvivenza.

Metodi: Tra gennaio 1993 e gennaio 2005, 850 pazienti sono stati sottoposti ad intervento di linfoadenectomia pelvica bilaterale e cistectomia radicale presso il nostro Centro. Di questi, lo 0.9% (8/850) è risultato affetto da adenocarcinoma vescicale primitivo con cellule ad anello con castone. Di ciascuno dei suddetti pazienti sono stati raccolti i seguenti dati: età alla diagnosi, sesso, tipo istologico e grado, numero dei linfonodi asportati e numero dei linfonodi risultati poi positivi per metastasi da neoplasia vescicale all'esame istologico definitivo. E' stata inoltre considerata, per ogni singolo soggetto, la sede d'insorgenza di metastasi, il rate di sopravvivenza globale e il rate di sopravvivenza cancro-specifica è stata valutata per ogni paziente.

Risultati: L'età dei pazienti era compresa tra 28 e 76 anni (media: 57.65; mediana: 66.5). 6 pazienti erano di sesso maschile (75%) e 2 di sesso femminile (25%). A seguito della iniziale resezione trans-uretrale della neoplasia, 5 erano risultati affetti da adenocarcinoma vescicale primitivo con cellule ad anello con castone; 3 pazienti, invece, erano risultati affetti da neoplasia vescicale con caratteristiche miste, in parte con cellule ad anello con castone, in parte con cellule di carcinoma uroteliale scarsamente differenziato. L'esame istologico definitivo, a seguito della cistectomia, aveva documentato un adenocarcinoma vescicale con cellule ad anello con castone in tutti i pazienti. Gli stadi patologici erano: pT2a in 1 paziente, pT3a in 3, pT4a in 3, pT4b in 1. Il grado si era rivelato pari a 3 per tutti. Il numero complessivo dei linfonodi era compreso tra 10 e 30

(media 14.5; mediana 16). Sono stati riscontrati linfonodi positivi per metastasi da neoplasia vescicale (media 7; mediana 4.5; range 0-17) in 5 su 8 pazienti (62.5%). Ad un follow-up mediano di 24 mesi (media 43; range 1-132), 5 su 8 pazienti (62.5%) erano deceduti per neoplasia vescicale; 2 erano morti per altre cause.

Tutti e 5 i pazienti avevano sviluppato metastasi ad un follow-up mediano di 8 mesi (mediana 8.8; range 1-24). 3 (60%) avevano sviluppato metastasi in sede rettale, 1 in sede anale e 1 in sede ovarica bilaterale.

Conclusioni: I risultati del presente studio suggeriscono che l'adenocarcinoma vescicale primitivo con cellule ad anello con castone rappresenta una entità nosologica rara e aggressiva, associata ad un basso rate di sopravvivenza correlata alla malattia. Inoltre, una significativa percentuale di pazienti sviluppa metastasi a distanza a livello del retto dopo l'intervento chirurgico. Pertanto, l'esecuzione di una rettoscopia di stadiazione, nell'ambito del follow-up, potrebbe risultare di primaria importanza

Bibliografia essenziale

Keane PF, McGrady BG, Donaldson RA. Signet cell tumour of the bladder. *Br J Urol.* 1993; 71(4):488

Abstract n. 106 Comunicazione

CANCER STEM CELL LIKE WITHIN HUMAN PROSTATIC ADENOCARCINOMAS

Damiano R., Autorino R., Giacobbe A., Benincasa A., Focà D.¹, Santoro L.¹, Savino R.¹, Malara N.¹

Unità operativa di Urologia, Università Magna Graecia di Catanzaro; ¹Laboratorio di Biologia Molecolare, Università Magna Graecia di Catanzaro

Introduction: The cancer stem cell hypothesis suggests that neoplastic clones are maintained exclusively by a rare fraction of cells with stem cell properties (i. e. the capacity to proliferate, to self-renew and to exhibit multilineage differentiation). Human prostatic adenocarcinomas have been shown to consist of a subset of cells identified by the cell surface marker CD133 that exhibit stem cell-like properties. Current models now predict that curative therapies require the elimination of the stem/progenitor population (CD133+). Herein we present our preliminary findings from an ongoing study investigating the main features of this population of cancer cells.

Materials and Methods: We isolated and expanded the CD133+ cancer stem cell (CSC) population from 15 radically removed prostate specimens with primary human prostatic adenocarcinomas. We evaluated CD133+ stem like properties, their capacity to self-renew in vitro and the ability to differentiate to express lineage specific markers. We have also evaluated the usefulness of cytotoxic treatment against the primary cellular population alone, against the prostatosphere alone and against the prostatosphere co-cultured with adherent cells.

Results: CSC do exhibit a different topographic distribution within the tumour confirming the heterogeneous composition of the cancer cells population. When co-cultured in presence of adherent cells from the same donor, initially the CD133+ cells percentage increases, followed by a decrease of the CD133 compartment, which correlated with an increase of the S phase of the total cell population.

Conclusions: The present findings are very preliminary. However, they appear to be interesting. The co-culture of spheres and of the adherent counterpart from parental primary culture derived from the same donor reproduces in vitro the microenvironment, the adhesion dependence and the differentiating capacity of cancer stem like cells. This interaction can become now target of therapeutic intervention.

Abstract n. 107 Comunicazione

ANALISI DELL'MRNA DEL PROSTATE TUMOUR-INDUCING GENE-1 IN CELLULE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO UMANE E RELAZIONE CON LE INFEZIONI DA MYCOPLASMA

Siracusano S.¹, Scaggiante B.², Bonin S.², Ciciliato S.¹, Cristiano L.², Bernabei M.¹, Stanta G.³, Grassi G.³

¹Clinica Urologica, Università di Trieste; ²Dipartimento di Biochimica, Biofisica e Chimica delle Macromolecole, Università di Trieste; ³Dipartimento di Scienze Cliniche, Morfologiche e Tecnologiche, Università di Trieste

Introduzione: Il ruolo del fattore di allungamento eucariotico 1A (eEF1A) il Prostate tumor-inducing gene-1 (PTI-1), nella storia naturale degli adenocarcinomi della prostata rimane da chiarire. PTI-1 è stato descritto come oncogene nei tumori prostatici umani derivante da un trascritto che ha una 5'-UTR omologa alla 23S di Mycoplasma e una sequenza codificante che è la versione tronca al 5'-terminale di eEF1A. Il risultato è una oncoproteina con identità del 97% con eEF1A ma che manca di 67 aa all'NH2 terminale. Scopo del lavoro è la messa a punto di RT-PCR con diverse coppie di primers per valutare quanto segue: 1) la presenza dell'mRNA di PTI-1 in tessuti d'archivio, 2) la presenza dell'mRNA di PTI-1 e della 23S di Mycoplasma in linee umane di adenocarcinoma della prostata, 3) la presenza dell'mRNA di PTI-1 in linee cellulari con o senza infezione attiva da Mycoplasma. Validazione dei dati con ricerca della proteina di PTI-1

Materiali e Metodi: Le linee di adenocarcinoma DU-145, PC-3 e LNCaP e le linee di di fibroblasti fetali MRC-5, di adenocarcinoma del colon LoVo DX e di fegato Chang sono state coltivate in DMEM 1640 con 10% FCS ed antibiotici. L'RNA totale è stato estratto con la procedura del trizol per le linee cellulari e per i campioni di iperplasia benigna; per i campioni paraffinati fissati in formalina l'RNA è stato estratto con procedure standard.

La determinazione dell'espressione genica è stata effettuata con RT-PCR su campioni trattati con DNasi. I westernblotting sono stati eseguiti su 20 µg di proteine separate su 12% SDS/PAGE usando come anticorpo contro PTI-1 il monoclonale che riconosce eEF1A

Risultati: Per la determinazione dell'mRNA di PTI-1 sono state utilizzate quattro diverse coppie di primers per amplificare regioni comprese tra la 5'-UTR e i primi due esoni di PTI-1. La linea LoVo DX è risultata positiva per l'amplificazione di tutte e quattro le regioni dell'mRNA di PTI-1, mentre negativa è risultata la linea delle MRC-5. La specificità degli amplificati di PTI-1 è stata verificata con opportune analisi di restrizione. Nei campioni d'archivio di adenocarcinoma prostatico, la cui qualità dell'mRNA è stata controllata con amplificazione di geni housekeeping, PTI-1 non è stato rilevato con saggi di amplificazione e southernblotting. In accordo con i dati di RT-PCR, rispetto al controllo negativo MRC-5, la proteina PTI-1 è stata rilevata nelle LoVoDX che sono risultate positive anche per amplificazione di due parti della 23S di Mycoplasma. Analogamente, le cellule epatiche Chang con infezione attiva da Mycoplasma sono risultate esprimere PTI-1 e il suo prodotto proteico, al contrario delle cellule Chang negative per infezione di questo batterio. Le linee di adenocarcinoma prostatico DU-145, PC-3, LNCaP sono risultate negative per l'amplificazione dell'mRNA di PTI-1, per la presenza della proteina specifica e per la presenza di trascritti 23S del Mycoplasma

Conclusioni: I risultati ottenuti suggeriscono che la presenza di PTI-1 è correlata ad infezione da Mycoplasma. Nonostante non si escluda che nell'adenocarcinoma della prostata PTI-1 possa concorrere alla trasformazione e progressione maligna come conseguenza di infezioni da Mycoplasma, al contrario dei dati di letteratura, esso non sembra un prodotto ubiquitario del processo di cancerogenesi della prostata.

Abstract n. 109 Poster

IL RUOLO DELLA LINFADENECTOMIA NEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL TUMORE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE: FOLLOW UP A MEDIO TERMINE IN 71 CASI CONSECUTIVI

Siracusano S., Ciciliato S., Bernabei M., Vattovani V., Lampropoulou N., Belgrano E.

Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste

Introduzione e Obiettivi: Il trattamento chirurgico dei tumori infiltranti dell'alta via escrettrice prevede, in relazione alla loro ubicazione, l'effettuazione della nefroureterectomia o dell'ureterectomia parziale. Lo stadio e il grado della neoplasia e l'invasione linfonodale rappresentano i parametri prognostici utilizzati per la valutazione della sopravvivenza.

A tutt'oggi il ruolo della linfadenectomia appare controverso in quanto non migliorerebbe la sopravvivenza per quanto i linfodi costituiscono la sede più frequente di metastatizzazione. Scopo del presente studio è stato quello di valutare retrospettivamente il ruolo della linfadenectomia sulla sopravvivenza a medio termine nei pazienti sottoposti a questo tipo di trattamento.

Metodi: Dal 1996 al 2006 sono stati eseguite N 61 nefroureterectomie e N 10 ureterectomie parziali in pazienti con diagnosi di neoplasia a cellule transizionali dell'alta via escrettrice. I pazienti avevano un'età media di 70.4 anni (range 30-95). 46 (64.8%) erano di sesso maschile e 25 (35.2%) di sesso femminile. In 49/61 (80.4%) la neoplasia era localizzata esclusivamente nella pelvi renale, in 3/61 (4.9%) a carico della pelvi e dell'uretere lombare, in 9/61 (14.7%) nell'uretere lombare e in 10 casi a carico dell'uretere pelvico. La linfadenectomia è stata eseguita in 20/61 (32.7%) nefroureterectomie e in 1/10 (10%) dei soggetti sottoposti a ureterectomia distale. L'impiego della curva di sopravvivenza sec. Kaplan Meier ha consentito di valutare la sopravvivenza complessiva tra coloro che sono stati e non sono sottoposti a linfadenectomia.

Risultati: Al follow up medio di 40 mesi nei pazienti sottoposti a

Tabella 1a. N° 24/61 (39.3%) deceduti

Grado stadio	N0 (%)	N+ (%)	Nx (%)
G1	-	-	-
G2	1/17 (5.9)	2/17 (11.8)	-
G3	2/17 (11.8)	1/17 (5.9)	11/17 (64.7)
pTa	-	-	1/17 (5.9)*
pT1	1/17 (5.9)	1/17 (5.9)	2/17 (11.8)
pT2	-	1/17 (5.9)	3/17 (17.6)
pT3	2/17 (11.8)	1/17 (5.9)	3/17 (17.6)
pT4	-	-	2/17 (11.8)
tot	3/17 (17.6)	3/17 (17.6)	11/17 (64.7)

Tabella 1b. N° 37/61 (60.7%) sopravvissuti

Grado stadio	N0 (%)	N+ (%)	Nx (%)
G1	-	-	1/37 (2.7)
G2	10/37 (27)	-	16/37 (43.2)
G3	2/37 (5.4)	-	8/37 (21.6)
pTa	1/37 (2.7)	-	3/37 (8.1)
pT1	6/37 (16.2)	-	12/37 (32.4)
pT2	5/37 (13.5)	-	8/37 (21.6)
pT3	-	-	2/37 (5.4)
pT4	-	-	-
tot	12/37 (32.4)	-	25/37 (67.6)

Tabella 2a. N° 6/10(60.0%) deceduti

Grado stadio	N0 (%)	N+ (%)	Nx (%)
G1	-	-	1 (1.0)
G2	-	-	3 (3.0)
G3	1 (1.0)	-	1 (1.0)
pTa	-	-	-
pT1	-	-	2 (2.0)
pT2	1 (1.0)	-	3 (3.0)
pT3	-	-	-
pT4	-	-	-

Tabella 2b. N° 4/10(40.0%) deceduti

Grado stadio	N0 (%)	N+ (%)	Nx (%)
G1	-	-	2 (2.0)
G2	-	-	1 (1.0)
G3	-	-	1 (1.0)
pTa	-	-	-
pT1	-	-	3 (3.0)
pT2	-	-	-
pT3	-	-	1 (1.0)
pT4	-	-	-

nefroureterectomia la sopravvivenza è stata del 60.7% (Tab.1a) e il decesso da causa specifica del 39.3% (Tab. 1b), mentre nei pazienti sottoposti a ureterectomia distale la sopravvivenza e il decesso da causa specifica sono stati rispettivamente del 40% (Tab.2a) e del 60% (Tab.2b). L'analisi della curva di Kaplan Meier non ha mostrato significative differenze tra il gruppo N+ e il gruppo N0 (p=0.60).

Conclusioni: Nella nostra casistica la linfadenectomia non migliora la sopravvivenza complessiva in questa categoria di pazienti.

Abstract n. 110 Poster

PSA NADIR (NPSA) E TEMPO AL PSA NADIR (TNPSA): RISULTATI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II DI RADIOTERAPIA CONVENZIONALE VS IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLE

Gomellini S., Strigari L., Petrongari M.G., Saracino B., Arcangeli S., Benassi M., and Arcangeli G.

Istituto Regina Elena, Roma

Valutare l'andamento del PSA in termini di PSA nadir (nPSA) e tempo al nadir (TnPSA) in pazienti con tumore prostatico a prognosi sfavorevole in uno studio randomizzato di fase II tra radioterapia convenzionale e ipofrazionamento in associazione ad ormono terapia con Blocco Androgenico Totale (BAT). Il tempo al nadir (TnPSA) è stato calcolato dall'inizio del trattamento ormonale.

Materiali e Metodi: Dal mese di Gennaio 2003 sono stati arruolati nello studio 153 pazienti con tumore prostatico a prognosi sfavorevole istologicamente accertato. Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento ormonale con Blocco Androgenico Totale (BAT) per una durata totale di 9 mesi.

Dopo i primi 2 mesi di BAT, tutti i pazienti sono stati randomizzati tra braccio standard (80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane di terapia) vs braccio ipofrazionato (62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane di trattamento, per 4 sedute settimanali) di radioterapia. Tutti i pazienti sono stati irradiati con tecnica

Conformazionale 3D-CRT su prostate e vescicole seminali e attualmente 77 pazienti appartengono al braccio controllo e 76 a quello sperimentale. Tutti i pazienti hanno avuto una misurazione del PSA prima del trattamento. Il valore mediano del PSA iniziale (iPSA) era di 15,6 ng/ml (range 3,6-127,8) per il braccio controllo e di 22 ng/ml (range 4,1-157,1) per quello sperimentale. Centoquarantadue pazienti hanno attualmente un follow up superiore a 6 mesi, 6 pazienti un follow up inferiore a sei mesi e 5 pazienti stanno ancora effettuando il trattamento radioterapico.

Risultati: Il PSA nadir (nPSA) ed il tempo al nadir (TnPSA) sono stati descritti utilizzando il metodo Kaplan Meier. Il nPSA è un parametro post trattamento sconosciuto al momento della radioterapia, valutabile solo successivamente ed altamente variabile per ciascun paziente. Dopo un tempo minimo di circa 4 mesi per il braccio sperimentale e di 5 mesi per quello standard, considerando come tempo zero l'inizio del BAT, abbiamo notato che il TnPSA segue una cinetica bifasica descrivibile col modello bi-comportamentale. La prima fase sembra risentire dell'effetto combinato del BAT in associazione alla radioterapia e sembra avere un decremento più rapido ed un tempo di dimezzamento di 2,56 mesi mentre la seconda, legata al solo effetto della radioterapia è caratterizzata da un decremento più lento ed un tempo di dimezzamento di circa 8 mesi.

Conclusioni: Da questi risultati preliminari sembra che il valore nadir del PSA (nPSA) abbia un simile andamento nei 2 bracci di trattamento e che per entrambi possa essere spiegato con un comportamento bi-fasico, ma un follow up più lungo è sicuramente necessario per confermare queste considerazioni preliminari.

Abstract n. 111 Poster

TOSSICITÀ RETTALE E GENITOURINARIA TARDIVE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO DI FASE II TRA RADIOTERAPIA CONVENZIONALE E IPOFRAZIONAMENTO IN PAZIENTI CON TUMORE PROSTATICO A PROGNOSI SFAVOREVOLE

Gomellini S.¹, Petrongari M.G.¹, Saracino B.¹, Arcangeli S.¹, Marzi S.¹, Landoni V.¹, Benassi M.¹, Isabella S.¹, Arcangeli G.¹
Istituto Regina Elena, Roma

Razionale: Alcuni studi pubblicati recentemente ipotizzano per il tumore prostatico una maggiore sensibilità alle alte dosi per frazione (ipofrazionamento) a causa del basso rapporto α/β compreso tra 1,5-2 Gy. Considerando che i tessuti a risposta tardiva hanno un rapporto α/β stimato tra 3 e 5 Gy, sulla base di una modellizzazione teorica, l'utilizzo dell'ipofrazionamento dovrebbe essere associato ad un guadagno terapeutico con un incremento del controllo di malattia a fronte di una riduzione degli effetti collaterali tardivi. Il fine dello studio è di dimostrare questa ipotesi confrontando le reazioni tardive secondarie ad un frazionamento convenzionale con quelle riportate con l'utilizzo di un trattamento biologicamente equivalente ipofrazionato per il trattamento del tumore della prostata.

Materiali e Metodi: Da Gennaio 2003 a Marzo 2007 sono stati arruolati nello studio 144 pazienti con tumore prostatico a prognosi sfavorevole accertato istologicamente. Tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento ormonale con Blocco Androgenico Totale (BAT) per 9 mesi. La radioterapia effettuata con tecnica conformazionale (3D-CRT) è iniziata dopo 2 mesi dall'inizio del BAT. La randomizzazione è avvenuta tra braccio di controllo (80 Gy in 40 frazioni in 8 settimane di trattamento), e braccio ipofrazionato (62 Gy in 20 frazioni in 5 settimane di trattamento / 4 sedute a settimana). Le tossicità tardive che compaiono dopo almeno sei mesi dalla fine del trattamento radiante, sono state valutate secondo le scale di tossicità dell'EORTC/RTOG.

È stato anche adottato un criterio di classificazione della tossicità indotta alla mucosa rettale che prevede tre gradi di danno; (grado 1: lieve edema e rare teleangectasie; grado 2: edema moderato e teleangectasie confluenti; grado 3: necrosi) valutato con l'esecuzione di una rettoscopia prima dell'inizio del trattamento e successivamente effettuata ogni 6 mesi per i due anni successivi al termine della radioterapia.

Risultati: Cento trentasette pazienti con un follow up superiore a sei mesi (70 nel braccio standard e 67 in quello ipofrazionato) sono stati valutati per la tossicità tardiva. Quattro pazienti del braccio standard hanno avuto una tossicità di Grado: in due casi rettale e 2 (1.5%) e nei restanti 2 (1.5%) genitourinaria. Un paziente del braccio ipofrazionato (1.5%) ha avuto una tossicità genitourinaria di Grado ≥ 3 manifestatasi con incontinenza.

L'analisi attuariale a 2 anni delle tossicità tardive di Grado ≥ 2 è la seguente: la tossicità rettale è stata dell'11,6% e del 12% rispettivamente nel braccio ipofrazionato e in quello controllo ($p=0,89$). Il danno alla mucosa del retto è stata del 18% e del 20% rispettivamente per ciascun braccio. La tossicità tardiva genitourinaria è stata del 2,3% e del 9,3% rispettivamente ($p=0,2$).

Conclusioni: Da questi risultati preliminari il trattamento ipofrazionato sembra essere gravato dalle stesse tossicità tardive rettale e genitourinaria del trattamento standard con un piccolo ma non statisticamente significativo vantaggio in favore del trattamento ipofrazionato, a confermare l'ipotesi del modello teorico dal quale siamo partiti.

Abstract n. 112 Comunicazione Selezionata
RUOLO PROGNOSTICO DEL MAYO CLINIC SSIGN SCORE NEL CARCINOMA RENALE. STUDIO RETROSPETTIVO MONOCENTRICO SU 577 PAZIENTI SOTTOPOSTI A NEFRECTOMIA

Palazzo S., Lucarelli G., Impedovo S.V., Vavallo A., Dittono P., Battaglia M., Selvaggi F.P.

Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organo, Università di Bari

Introduzione: La prognosi dei pazienti affetti da carcinoma renale si basa tradizionalmente sullo stadio patologico e sul grado istologico della neoplasia. La Mayo Clinic ha sviluppato e proposto nel 2002 un modello prognostico che prende in considerazione alcune caratteristiche anatomo-cliniche della neoplasia renale quali lo stadio tumorale, il grado istologico, le dimensioni e la presenza di necrosi: SSIGN (stage, size, grading, necrosis). Scopo del presente studio è quello di testare il SSIGN score e validarne l'efficacia in campione di pazienti trattati chirurgicamente per carcinoma renale presso la nostra Divisione.

Materiali e Metodi: Sono stati valutati retrospettivamente 577 pazienti sottoposti a nefrectomia parziale o radicale per carcinoma renale dal 1980 al 2007. Il campione è composto da 218 femmine (38%) e 359 maschi (62%); l'età media è stata di 59 anni (r 19-85 aa) ed il follow up medio di 96 mesi (r 6-216 mesi).

Lanefrectomia parziale è stata eseguita in 75/577 soggetti (13%); la chirurgia radicale nei restanti 502 (87%). L'accesso lombotomico è stato preferito in 355 pazienti (61,5%), quello anteriore in 193 (33,5), quello laparoscopico in 25 soggetti (4,3%) e quello toracofrenico in 4 pazienti (0,7%). Il ruolo prognostico sull'exitus cancro correlato è stato analizzato per i seguenti fattori di prognosi: età, sesso, stadio patologico secondo TNM 1997, grado istologico secondo Furhman, istotipo istologico, presenza di tessuto necrotico nel pezzo anatomico, SSIGN score. Il valore mediano del SSIGN score nei 577 pazienti osservati è stato pari a 3 (r 0-13). L'analisi statistica è stata eseguita mediante curve di Kaplan-Meier ed il modello multivariato di Cox.

Risultati: 90 soggetti (15,5%) sono deceduti per carcinoma renale dopo un follow-up medio di 52,4 mesi. Il tasso stimato di sopravvivenza cancro specifica a 48 mesi dall'intervento era del 76,6%. L'analisi univariata ha dimostrato una correlazione statisticamente significativa con l'exitus per: età ($p=0,04$), sesso ($p=0,003$), T ($p=0,0001$), N ($p=0,0001$), M ($p=0,0001$), grado istologico ($p=0,0001$), diametro della neoplasia ($p=0,0002$), presenza di necrosi ($p=0,02$) e SSIGN score ($p<0,0001$). Lo score si è dimostrato utile anche nelle forme istologiche non a cellule chiare ($p=0,0001$). La sopravvivenza a 4 anni nei pazienti con SSIGN score da 0 a 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8+ è risultata, rispettivamente, del 95%, 91%, 76%, 73%, 77%, 59%, 44%, 37%. L'analisi multivariata dei fattori prognostici ha confermato un'associazione significativa per sesso e stadio patologico, mentre per il grading è dimostrabile un trend positivo. Le dimensioni e la presenza di necrosi non sembrano correlare in maniera indipendente.

Conclusioni: Il presente studio rappresenta una conferma su un vasto campione monocentrico dell'accuratezza prognostica del Mayo Clinic SSIGN score. Viene, inoltre, dimostrata per la prima volta la sua validità anche nei pazienti affetti da RCC non a cellule chiare.

Abstract n. 113 Poster

CARCINOMA SARCOMATOIDE DELLA VESCICA E ANEURISMA CONCOMITANTE DELL'AORTA ADDOMINALE: UN COMPLESSO PROBLEMA DI MANAGEMENT. CASE REPORT

Di Francesco S.¹, Verratti V.¹, Altieri V.¹, Berardinelli F.¹, Adorisio S.², Tenaglia R.L.¹

¹Clinica Urologica e Andrologica Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti; ²Unità Operativa di Radioterapia Oncologica Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti

Introduzione e Obiettivi: Il carcinoma sarcomatoide della vescica è un tumore raro con un'incidenza inferiore allo 0.1% e un decorso clinico estremamente aggressivo. Riportiamo il caso di un paziente di 62 anni visitato per macroematuria con anamnesi positiva per aneurisma dell'aorta addominale e coronaropatia.

Metodi: B.A, maschio, 62 anni, giunge alla nostra osservazione nel mese di marzo 2006 lamentando da alcuni mesi episodi di macroematuria. L'ecografia sovrapubica e l'esame cistoscopico documentano una lesione polipoide di 5 cm sulla parete latero-posteriore della vescica. Viene effettuata una TURB e l'esame istopatologico rivela un tumore primitivo indifferenziato della vescica con aspetti sarcomatoidi (positività per CK 7, CK 20, Vimentina, beta HCG, EMA) e aree necrotiche infiltranti la parete muscolare vescicale ed il tessuto prostatico.

L'esame TC mostra la co-presenza di aneurisma dell'aorta addominale (AAA) di 7.4 cm e una massa solida ipodensa (diametro max. 5 cm) della parete latero-posteriore della vescica infiltrante tessuto adiposo perivescicale, prostata, vescicola seminale destra, linfonodi iliaci, muscolo otturatore interno destro. A causa del comportamento aggressivo della neoplasia e del rischio di rottura dell'aneurisma viene effettuata una cistoprostatectomia radicale con ureteroterotomia (sec. Bricker) e linfoadenectomia pelvica e nella stessa seduta operatoria l'esclusione endovascolare dell'aneurisma con applicazione di endoprotesi vascolare aorto-bisiliaca.

Risultati: L'esame macroscopico e microscopico della vescica rivelano un tumore sarcomatoide di alto grado (pT3, pN0; Mx; G3) infiltrante la parete vescicale ed il tessuto adiposo perivescicale senza il coinvolgimento di linfonodi, ureteri terminali, apice prostatico, vescicole seminali e dotti deferenti. A 12 mesi di follow-up l'angiografia TC mostra una riduzione della sacca aneurismatica con un diametro assiale massimo di 6.5 cm. All'esame TAC addome con e senza m.d.c. viene evidenziata la presenza di una recidiva

in sede pelvica (5.3 X 6.5 cm). Il paziente viene pertanto sottoposto ad un ciclo di Radioterapia radicale in sede pelvica (10 sedute, dose totale 3500 cGy). A 15 mesi di follow-up il paziente è completamente asintomatico.

Conclusioni: L'indicazione primaria alla cistectomia radicale si ha nei tumori vescicali che invadono la tonaca muscolare (T2-T4a) e la chirurgia radicale, seguita in casi selezionati da terapia radiante, rappresenta il trattamento di scelta del tumore sarcomatoide della vescica.

La co-presenza di carcinoma sarcomatoide e aneurisma dell'aorta addominale costituisce un complesso quadro clinico e di management. La principale controversia è incentrata sulla scelta se trattare le lesioni simultaneamente o in step differenziati. La cistectomia radicale con derivazione urinaria e il concomitante impiego di protesi endovascolare possono rappresentare un'approccio terapeutico valido.

Bibliografia essenziale

Lopez-Beltran A., Pacelli A., Rothenberg H. J. et al. *Carcinosarcoma and Sarcomatoid Carcinoma Of The Bladder: clinicopathological Study Of 41 Cases The Journal Of Urology* 1998; 159:1497-1503

Grego F., Lepidi S., Bassi P. et al. *Simultaneous surgical treatment of abdominal aortic aneurysm and carcinoma of the bladder. J Vasc Surg* 2003; 37:607-614

Abstract n. 116 Video

NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA DIFFICILE IN PAZIENTE OBESO PLURIOPERATO

Gidaro S.^{1,2}, Cindolo L.³, Tamburro F.², Imbmo C.⁴, Schips L.², Mirone V.⁴

¹Dip. Scienze Chirurgiche Univ. G.D'Annunzio Chieti-Pescara; ²U.O Vasto; ³U.O Benevento; ⁴Clin. Urologica Univ. Federico II, Napoli

Introduzione: La nefrectomia parziale laparoscopica per cancro del rene risulta ad oggi una procedura consolidata nella chirurgia oncologica avanzata. L'obesità se in passato ha rappresentato una controindicazione relativa, attualmente essa viene considerata una delle condizioni nelle quali l'approccio video assistito ha i principali vantaggi. Le aderenze peritoneali sulla strada del chirurgo rappresentano evenienze possibili e considerevoli. Presentiamo il caso di nefrectomia parziale laparoscopica, con ischemia calda, in paziente plurioperato obeso con body mass index (BMI) = 42,3 1,82 140 Kg

Materiali e Metodi: Paziente di 64 anni giunge alla nostra osservazione con una diagnosi di eteroformazione renale sinistra. Il paziente, obeso BMI=42,3 (peso: 140 Kg altezza: 182 cm), era stato in passato sottoposto a resezione caudale del pancreas per carcinoma ed a prostatectomia radicale retropubica. La TC preoperatoria evidenziava una neoformazione renale di 4 cm al polo inferiore del rene sinistro. Fu programmata la nefrectomia parziale con tecnica laparoscopica. Il paziente fu posto sul fianco destro e, dopo una minilaparotomia pararettale per l'inserimento dell'ottica, sono stati inseriti altri 3 trocar.

Risultati: Una ampia viscerolisi omento parietale su pregressa laparotomia sottocostale è stata eseguita con dissettore ad ultrasuoni. Abbattuto l'angolo colico la dissezione si amplia in alto verso la milza ed in basso lungo la linea di Told. Si accede al retroperitoneo riccamente rappresentato da tessuto adiposo. L'ilo vascolare è stato individuato e l'arteria preparata per l'ischemia calda e clamped con bull-dog. La resezione parziale del rene, su parenchima macroscopicamente sano, viene eseguita con forbici fredde, aspiratore e coagulazione bipolare, permettendo così di procedere su un letto di resezione chiaramente individuabile. Il letto di resezione viene suturato con punti staccati, posizionamento di garze emostatiche e colla di fibrina autologa "Vivostat". Il tumore è stato estratto con un sacchetto laparoscopico per la protezione della parete addominale. L'intervento è durato 180 minuti circa di cui

25 utilizzati per la viscerolisi preliminare, e 28 di ischemia calda. Le perdite ematiche sono state 80 cc, l'esame istologico ha documentato un carcinoma a cellule chiare stadio pT1a di grado 1, i margini di resezione sono risultati negativi. Il paziente è stato dimesso senza complicanze in 5° giornata post operatoria.

Conclusione: La nefrectomia parziale laparoscopica rappresenta una valida alternativa alla chirurgia tradizionale nei pazienti obesi. L'utilizzo del dissettore ad ultrasuoni è risultato ottimale durante la viscerolisi. Maggiori difficoltà occorrono nel reperimento di giusti punti di reperi soprattutto in presenza di aderenze. La posizione dei trocar, inoltre, deve essere ricalibrata sulla parete addominale del paziente obeso. Riteniamo che, sebbene più impegnativo, tale approccio, in questi pazienti, possa garantire una corretta esecuzione tecnica dell'intervento ed offrire i vantaggi di un approccio miniminvasivo.

Abstract n. 117 Video

ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI LIPOSARCOMA RETROPERITONEALE, TECNICA E RISULTATI A DISTANZA
Gidaro S.^{1,2}, Cindolo L.³, Tamburro F.², Imbmo C.⁴, Schips L.², Mirone V.⁴

¹Dip. Scienze Chirurgiche Univ. G.D'Annunzio Chieti-Pescara; ²U.O Vasto; ³U.O Benevento; ⁴Clin. Urologia Univ. Federico II, Napoli

Introduzione: Il liposarcoma è il primo tumore mesenchimale dello spazio retroperitoneale. Il trattamento chirurgico di tale neoplasia si basa sulla sua radicale escissione. In questo video presentiamo due casi di asportazione laparoscopica per liposarcoma retroperitoneale evidenziando la tecnica usata ed i risultati a distanza.

Materiali e Metodi: K. B., donna di 61 anni, giunge alla nostra osservazione nel dicembre 2004 con una diagnosi di massa incidentale retroperitoneale. Il paziente, asintomatico, presentava alla Tc una massa retroperitoneale pararenale sinistra di tipo adiposo di circa 10 cm che mostra disomogenea captazione di mezzo di contrasto. La paziente è sottoposta ad intervento chirurgico laparoscopico transperitoneale per escissione della massa.

FW, uomo di 72 anni, asintomatico, giunge alla nostra osservazione nel gennaio 2006 con diagnosi incidentale di sospetta neoplasia renale sinistra di 3 cm. Visto l'esame Tc si decide per una esplorazione laparoscopica per via transperitoneale.

Risultati: Entrambi i pazienti sono operati per via transperitoneale con tecnica standard. Una minilaparotomia sovraombelicale ha permesso il primo accesso, 2 trocar da 10 mm sono stati posizionati in posizione pararettale sinistra per gli strumenti operatori. Nel primo paziente la grande massa subito visibile dietro l'angolo colico è stata rimossa dopo la mobilizzazione del colon e della milza. La massa, ben capsulata, offriva un ben distinto piano di clivaggi con le strutture circostanti ed è stata rimossa in blocco per mezzo dell'utilizzo di un sacchetto da estrazione. L'intervento è durato 150 minuti e non ci sono state complicanze intra e post operatorie. Il paziente fu dimesso in 4 giornata post operatoria. L'esame istopatologico ha evidenziato un liposarcoma ben differenziato e margini di resezione negativi. Nel secondo caso la massa si è resa visibile solo dopo la dissezione del colon e la medializzazione del rene. La lesione sospetta non prendeva origine dal rene ma era a contatto con esso pur mantenendo un evidente piano di clivaggio; veniva usato anche in questo caso un sacchetto da estrazione per la rimozione. Lesame estemporaneo della lesione permetteva, infine, di escludere l'origine renale. L'intervento è durato 90 minuti e non ci sono state complicanze intra e post operatorie. Il paziente fu dimesso in 5 giornata post operatoria. L'esame istopatologico ha evidenziato un liposarcoma ben differenziato e margini di resezione negativi. Entrambe i pazienti a controllo Tc a distanza di 25 e 12 mesi rispettivamente non mostrano recidivi locali e a distanza.

Conclusioni: A nostra conoscenza e dopo una revisione della letteratura questi sono i primi casi di asportazione di liposarcomi per via laparoscopica. A nostro parere l'approccio laparoscopico è tecnicamente sicuro e permette di rispettare i principi di chirurgia oncologica, rappresentando una valida alternativa alla chirurgia aperta per il trattamento di liposarcomi retroperitoneali ben capsulati.

Abstract n. 118 Poster

ECOELASTOGRAFIA REAL-TIME NELLA DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO: NOSTRA ESPERIENZA

Ferrari F.S.², Scorzelli A.², Trovarelli S.¹, Tallis V.¹, Megliola A.², Ponchiotti R.¹

¹UOC Andrologia e chirurgia dell'apparato genitale maschile; ²UOC Ecotomografia Azienda Ospedaliera Universitaria Senese-Università degli Studi di Siena

Obiettivo dello studio: Scopo di questo lavoro preliminare è verificare il guadagno diagnostico dell'elastografia transrettale real-time rispetto alla ecografia transrettale B-mode nel rilievo del tumore prostatico in una popolazione di pazienti con sospetto di neoplasia.

Materiali e Metodi: È stata valutata una popolazione di 84 pazienti con sospetto clinico-laboratoristico di tumore prostatico mediante ecografia transrettale, elastografia e biopsia transperineale.

Risultati: Considerando l'esame biptico come punto di riferimento, sono stati confrontati i risultati di sensibilità e specificità ottenuti da ecografia B-mode ed elastografia sia sul totale dei prelievi che sul totale dei pazienti. Nella valutazione per paziente, la sensibilità dell'ecografia B-mode è stata del 56%; la specificità del 80%; il valore predittivo positivo è risultato essere del 70%, il valore predittivo negativo del 67%. Nella valutazione sul totale dei prelievi biptici la sensibilità è stata del 33%, la specificità del 92%, il valore predittivo positivo del 69%, il valore predittivo negativo del 73%. L'elastografia invece ha ottenuto i seguenti risultati: nella valutazione per paziente, sensibilità 51%, specificità 75%, valore predittivo positivo e negativo del 64%. Nella valutazione sul totale dei prelievi biptici: sensibilità 36%, specificità 93%, valore predittivo positivo 72%, valore predittivo negativo 74%. Confrontando i valori di accuratezza dell'ecografia B-mode e dell'elastografia esclusivamente per i tumori della zona periferica, è stata trovata invece una differenza statistica significativa. Nella valutazione sul totale dei prelievi biptici la sensibilità dell'ecografia B-mode è stata del 48%, la specificità del 81%, il valore predittivo positivo del 75%, il valore predittivo negativo del 58%. Di contro l'elastografia ha ottenuto i seguenti valori di accuratezza: sensibilità 66%, specificità 78%, valore predittivo positivo 77%, valore predittivo negativo 67%.

Conclusioni: I risultati del nostro studio suggeriscono che l'elastografia transrettale real-time della prostata rappresenti un valore aggiunto all'ecografia B-mode e che, in virtù della sua semplicità e rapidità, debba essere sempre eseguita. In particolare, nella nostra esperienza si è evidenziata la sua superiore accuratezza rispetto all'esame B-mode nella valutazione della prostata periferica e nella possibilità di indirizzare i prelievi biptici.

Abstract n. 119 Poster

IL CARCINOMA PROSTATICO DELLA ZONA DI TRANSIZIONE (TZ): VALUTAZIONE DELL'INCIDENZA E DELL'AGGRESSIVITA' BIOLOGICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE. ESPERIENZA SU 24 PAZIENTI

De Luca S., Caccia P., Cavallini A., Faraone N., Giargia E., Pasquale M., Squeo M.S., Randone D.F.

Divisione Di Urologia, Ospedale Gradenigo, Torino

Tabella 1a.

	PT2aG2	pT2bG2	pT2bG3	PT2cG2	pT3aG2	pT3aG3	pNO	pNx
19 pazienti (T1b)	2	6	4	2	3	2	2	17
5 pazienti (T1c-TZ)	-	1	2	-	1	1	5	-

Introduzione e Obiettivi: Il 25% delle neoplasie prostatiche si sviluppa nella TZ. Tali lesioni sono solitamente ben differenziate e spesso considerate clinicamente non significative. In questo studio retrospettivo abbiamo selezionato i pz sottoposti a prostatectomia radicale (PR) con diagnosi di carcinoma prostatico della TZ post-TURP/ADM (T1b) e post biopsia (Bx) per valutarne l'incidenza ed il comportamento biologico.

Metodi: Dal 1995 a 5/2007 abbiamo sottoposto a PR 351 pz, di questi i Ca-P incidentali (T1b) sono stati 19 (5.4%). In 14 pz la diagnosi è stata posta dopo TURP ed in 5 dopo ADM. Il tempo medio intercorso tra l'intervento disostruttivo e la PR era di 98 gg (88-141 gg). Abbiamo inoltre selezionato tra i pz classificati come T1c 5 pz (1.5%) in cui il ca-P è stato riscontrato esclusivamente nella TZ (T1c-TZ) ad una II/III Bx (il nostro protocollo bioptico prevede prelievi random della TZ solo dopo una I Bx neg. a livello periferico). In 3 casi si trattava di microfocolai, per questo gruppo di pz il PSA medio era di 8.2 ± 2.1 ng/ml.

Risultati: L'età media dei pz era di 66.2 anni (51-73 aa). La stadiazione patologica è mostrata in Tabella 1a.

Nell'89% dei pz T1b non si è proceduto alla linfoadenectomia pelvica in considerazione dei bassi valori di PSA. In questo gruppo di pz non abbiamo registrato un incremento delle complicanze intra e postoperatorie. Il Gleason score era ≥ 7 nel 39.4% dei pz del gruppo T1b e nel 75% di quelli T1c-TZ. Il follow up medio era di 49.5 mesi (6-95 mesi), 1 pz (T1b) è risultato perso al follow up.

Del gruppo T1b 5 pz (26.3%) risultano in progressione sierologica mentre del gruppo T1c-TZ 1 (20%) è in progressione biochimica e clinica (mts ossee).

Conclusioni: Lo stadio ed il Gleason elevati, il follow up oncologico, per quanto limitato, documentano per i Ca-P della TZ un'aggressività biologica tutt'altro che trascurabile. Per quanto riguarda i pz T1b merita ricordare come la mancata ipersecrezione di PSA possa essere indicativa di forme indifferenziate ad elevata evolutività.

Non abbiamo osservato alcun pT0 per cui l'intervento disostruttivo non può essere considerato risolutivo. Una precedente disostruzione prostatica non comporta un tasso di complicanze intra e postoperatorie superiori rispetto ai pz sottoposti alla sola Bx, qualora il periodo intercorso tra la TURP/ADM e la PR sia di almeno 3 mesi.

Bibliografia

- Noguchi M, Stamey TA, et al: An analysis of 148 consecutive transition zone cancers: clinical and histological characteristics. J UROL 2000; 163(6):1751-5
- Park PC, Mai KT et al: Predictive value of prostatic adenocarcinoma after a negative prostate biopsy. BJU INT: 2006 Nov; 98(5):986-8.

Abstract n. 120 Poster

IL RUOLO DELLA TURP NELLA DIAGNOSI DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO RIPETUTE BIOPSIE NEGATIVE E PSA IN ASCESA

De Luca S., Caccia P., Cavallini A., Faraone N., Giargia E., Pasquale M., Squeo M.S., Randone D.F.
Divisione di Urologia, Ospedale Gradenigo, Torino

Introduzione e Obiettivi: In considerazione della:

- scarsa detection-rate della BxP (<30% in caso di I o II BxP ed <10% in caso di successive re-biopsie);
- nuova interpretazione del PSA non più visto come variabile statica ma come variabile dinamica basata sulle variazioni intraindividuali fra prelievi serati (non si può escludere la possibilità di neoplasia per nessun valore/cut off!);
- efficacia ancora controversa dei derivati del PSA nell'incrementare il tasso di diagnosi;
- difficoltà nel campionamento bioptico della porzione anteriore dell'adenoma; in caso di almeno 1 BxP negativa si può configurare un ruolo emergente della TURP come strumento di diagnosi di CaP. La proposta è giunta da alcuni recenti studi che hanno riportato una detection-rate del 60% associando la TURP ad una estesa campionatura bioptica.

Metodi: Dal 6/2006 al 4/2007 abbiamo selezionato 39 pazienti sottoposti a TURP dopo almeno 1 BxP ecoguidata per via transperineale negativa per CaP (il nostro protocollo bioptico prevede prelievi random della TZ solo dopo una 1 BxP neg. a livello periferico). I pz sottoposti a TURP dopo 1 BxP erano 5; 26 pz dopo 2 BxP (16-20 prelievi: 4-6 sulla TZ + 12-14 sulla PZ); 8 pz dopo 3 BxP "saturation biopsy" (24-26 prelievi). Tali biopsie erano state eseguite esclusivamente per un valore elevato del PSA, vedere tabella, (4.2-19.8 ng/ml) od una PSA velocity > 0.35 ng/ml con DRE negativa. In seguito ad un'ulteriore ascensione del PSA non rispondente alla terapia antibiotica/antiflogistica e ad un IPSS ≥ 8 ($Q_{max} < 10$ mL/sec) si è proceduto a TURP con duplice finalità: disostruttiva e diagnostica. Al fine di definire con maggiore precisione la sede dell'eventuale CaP, la TURP è stata eseguita inviando separatamente al patologo il tessuto resecato dalla porzione anteriore (LA), lobi laterali (LL) e lobo medio (LM) dell'adenoma.

Risultati: L'età media dei pz era di 67.3 (49-74). Il tessuto resecato in media è stato <30gr nel 72.4%. In 14 pz (35.8%), età media 63.8, l'esame istologico ha documentato un CaP, vedere Tabella 1b.

In 5 pz (35.7%) il Gleason score era ≥ 7 , tali pz avevano eseguito almeno 2 BxP neg. La neoplasia era localizzata nei LL+LA in 8 pz, LL in 3 pz, LA+LM 2 pz, LA 1. In corso di TURP non abbiamo registrato differenze significative per quanto riguarda

Tabella 1b.

	N.pz	CaP	GS ≥ 7	T1a	PSA	T1b	PSA
I BxP	5	1 (20%)	0	1	5.8	-	-
II BxP	26	11 (42.3%)	4	3	6.9 (4.2-15.1)	8	9.8 (5.4-19.8)
III BxP	8	2 (25%)	1	1	13.6	1	10.6

il sanguinamento. Entro 1 anno dalla TURP l'IPSS è ritornato nei limiti di norma in tutti i pz (4 pz persi al follow up).

Conclusioni: In accordo con alcuni recenti studi, la TURP eseguita dopo ripetute BxP in presenza di valori elevati di PSA pu' rivestire un ruolo importante nella diagnosi di CaP.

In particolare, compatibilmente con l'esiguità della nostra casistica, si segnala l'elevata sensibilità della TURP dopo almeno 2 BxP negative. Si profila, pertanto, la possibilità di un'eventuale estensione di indicazione all'intervento di dissezione prostatica, indipendentemente dalla presenza o meno di sintomatologia minzionale, nei riguardi di pz selezionati in cui persista il sospetto di neoplasia prostatica nonostante la negatività delle BxP.

Bibliografia

1. Puppo P, Introi C., et al: *Role of transurethral resection of the prostate and biopsy of the peripheral zone in the same session after repeated negative biopsies in the diagnosis of prostate cancer*. Eur Urol, 2006 May; 49 (5):873-8.
2. Philip J, Dutta R et al: *Importance of TURP in diagnosis prostate cancer in men with multiple negative biopsies*. Prostate, 2005 Jul; 64(2):200-2.

Abstract n. 121 Poster

RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA A FASCI ESTERNI NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PROSPETTICO MULTICENTRICO

Arcangeli S.¹, Landoni V.¹, Arcangeli G.¹, Soete G.², De Meerleer G.³, Fonteyne V.³, Storme G.², De Neve W.³

¹Divisione di Radioterapia Oncologica, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Regina Elena" IRE, Roma, Italy; ²Department of Radiotherapy, Oncology Center AZ VUB, Jette, Belgium; ³Department of Radiotherapy, Ghent University Hospital, Gent, Belgium

Obiettivi: Il principale obiettivo di questo studio è di valutare gli effetti collaterali acuti e tardivi di un ciclo di radioterapia ipofrazionata nel trattamento del carcinoma prostatico. Obiettivi secondari sono il controllo biochimico, il controllo locale e a distanza, e la sopravvivenza libera da malattia specifica.

Materiali e Metodi: Dal mese di Aprile 2004 al Dicembre 2006 tre istituzioni (IRE, AZ VUB, GUH) hanno arruolato 100 pazienti affetti da carcinoma prostatico, stadio T1-T3N0M0 in uno studio di fase II. Il trattamento radiante, eseguito con tecnica ad intensità modulata (IMRT), ha previsto una dose totale di 56 Gy con un frazionamento giornaliero di 3.5 Gy per frazione, per un numero complessivo di 16 frazioni somministrate in 4 settimane, biologicamente equivalenti a una dose di 80 Gy con frazionamento convenzionale, utilizzando un rapporto alfa/beta di 1.5 Gy. Il volume bersaglio (Clinical Target Volume, CTV) è stato considerato la prostata e le vescicole seminali, ad eccezione di lesioni T1-T2 con un rischio di interessamento delle vescicole seminali ≤15% (secondo la formula di Roach), in cui il CTV è stato la sola prostata. Le tossicità gastrointestinale (GI) e genitourinaria (GU) sono state valutate utilizzando la scala RTOG/EORTC versione 2.0 e il punteggio AUA (American Urologic Association). Il controllo biochimico è stato valutato secondo definizione nadir +2 ng/ml di Phoenix. I risultati sono stati confrontati con un gruppo di controllo di 73 pazienti arruolati in un altro studio di ipofrazionamento randomizzato monoinstituzionale, tuttora in corso presso il nostro Istituto (IRE).

Risultati: Dopo un follow up mediano di 14 mesi (range, 3 - 34 mesi), in nessun paziente è stata osservata una tossicità di grado 4, e solamente in uno una tossicità di grado 3 genitourinaria (GU). La tossicità acuta di grado ≥2 si è verificata nel 38% (GI) e nel 44% (GU) dei pazienti oggetto di studio, rispetto al 31% e 41% rispettivamente, del gruppo di controllo. Il punteggio AUA è aumentato da (media ± 1 SD) 5.3 ± 4 pre-trattamento a 10.3 ±

6 durante la 2 - 4 settimana di trattamento, per poi normalizzarsi (5.2 ± 4) due mesi dopo la fine della radioterapia. La percentuale di pazienti liberi da tossicità di grado ≥2 a 2 anni è stata dell'88% (GI) e del 92% (GU) nel gruppo oggetto di studio, rispetto al 87% e 81% rispettivamente, del gruppo di controllo. La sopravvivenza libera da fallimento biochimico a 2 anni per lo studio e il gruppo di controllo è stata rispettivamente 89% e 91%.

Conclusioni: I risultati dimostrano la fattibilità e la sicurezza del regime investigato, e sembrano confrontabili sia con quelli di un ulteriore studio di ipofrazionamento che con quelli di altri studi che hanno utilizzato la IMRT con frazionamento convenzionale. Gli effetti collaterali acuti si sono risolti peraltro entro 2 mesi dalla fine del trattamento. Anche se il follow up è ancora troppo breve, la tossicità tardiva è accettabile e il controllo biochimico sembra essere soddisfacente.

Abstract n. 122 Comunicazione

VALUTAZIONE DEI PROFILI PROTEICI IN URINE DI PAZIENTI AFFETTI DA RENAL CELL CARCINOMA CON TECNICHE AVANZATE DI PROTEOMICA PER LA RICERCA DI BIOMARCATORI AD USO DIAGNOSTICO

Magni F.¹, Picozzi S.C.M.², Acquati P.², Zanetti G.², Casellato S.², Galasso G.², Mazzoleni F.², Bosso N.¹, Mainini V.¹, Gianazza E.¹, Paparella S.², Lunelli L.², Rocco F.²

¹Dipartimento di Medicina Sperimentale, Ambientale e Biotecnologie Mediche, Università di Milano-Bicocca, Monza, Italy; ²Clinica Urologica I, Università degli Studi di Milano, Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano, Italy

Introduzione e Obiettivi: Oggigiorno, non sono stati ancora trovati dei biomarcatori che permettano l'identificazione del carcinoma a cellule renali (RCC) in uno stadio precoce e che possano essere utilizzati come fattore prognostico e come strumento per il follow-up. La proteomica è l'analisi su larga scala del complesso di proteine codificate ed espresse dall'intero genoma di un organismo. Attualmente, tra i possibili approcci per l'individuazione di biomarcatori è di particolare interesse quello basato sulle tecniche di proteomica quali SELDI e ClinProt.

Scopo del lavoro è stato indagare tramite approccio proteomico (basato sull'impiego della spettrometria di massa associata alla tecnologia ClinProt) le differenze tra il profilo proteico urinario di pazienti affetti da neoplasia renale e soggetti sani, al fine di identificare biomarcatori utili nelle neoplasie renali.

Materiali e Metodi: I campioni di urine sono stati raccolti da 68 soggetti, tra cui 39 affetti da neoplasia renale e 29 donatori sani. I pazienti affetti da tumore renale sono stati sottoposti a stadiazione clinica, trattamento chirurgico e follow-up. I campioni di urine sono stati preparati con tecnologia ClinProt per l'analisi mediante spettrometria di massa MALDI-TOF. Gli spettri ottenuti sono stati rielaborati con il software ClinProtTools 2.0 al fine di rilevare proteine sovra e sottoesposte utilizzabili nella elaborazione di modelli diagnostici.

Risultati: L'istologia dei 39 pazienti affetti da neoplasia renale è la seguente: 34 con variante a cellule chiare, 4 con variante papillare e 1 con variante mista (papillare e cellule chiare). La suddivisione in base alla stadiazione TNM (2002) è:

- 19 pT1, 5 pT2, 10 pT3a, 2 pT3b, 0 pT4, 3 unknown;
- 7 N0, 32 Nx;
- 0 M+.

Il grado di differenziazione nucleare secondo Fuhrman è 2 G1, 29 G2, 4 G3, 0 G4, 4 unknown.

In una prima fase, 40 campioni, di cui 20 di soggetti affetti da RCC (sui 39 totali) e 20 di controlli (sui 29 totali), sono stati utilizzati come training set. Per tre segnali la differenza di intensità riscontrata è risultata statisticamente significativa tra le due popolazioni. Utilizzando tali differenze per distinguere le due

classi pazienti-controlli all'interno degli spettri del training test si sono ottenuti i seguenti risultati:

- 1 segnale: area sotto la curva ROC 0,800, sensibilità 80%, specificità 90%;
- 2 segnale: area sotto la curva ROC 0,955, sensibilità 85%, specificità 95%;
- 3 segnale: area sotto la curva ROC 0,907, sensibilità 80%, specificità 90%;
- modello basato sul loro uso contemporaneo specificità 100% e sensibilità 95%.

Nella "external-validation" si sono classificati tramite il modello creato un totale di 28 campioni, 19 di pazienti con RCC e 9 di controlli ottenendo una percentuale di riconoscimento del 92.5%, una specificità e una sensibilità rispettivamente pari al 100% e all'85%.

Conclusioni: I dati ottenuti risultano essere molto incoraggianti anche dal punto di vista statistico sui tre possibili biomarcatori considerati singolarmente e sono ancora migliori quando questi vengono valutati contemporaneamente. Questi risultati preliminari necessitano di ulteriori approfondimenti e conferme con casistiche più ampie.

Abstract n. 123 Comunicazione

DOES PSA KINETIC HAVE A PREDICTIVE ROLE IN PATIENTS (PTS) WITH HORMONE REFRACTORY PROSTATE CANCER (HPRC) DURING DOCETAXEL TREATMENT? RESULTS FROM A RANDOMIZED PHASE II TRIAL WITH DOCETAXEL (D) ± ESTRAMUSTINE PHOSPHATE (E)

Sava T.¹, Compjog E.², Zustovich F.³, Romano M.⁴, Segati R.⁵, Sacco C.⁶, Perin A.⁷, Porcaro A.⁸, Caffo O.⁹

¹Oncologia Verona; ²Urologia Bolzano; ³Oncologia Padova; ⁴Radioterapia Verona; ⁵Oncologia Rovereto; ⁶Oncologia Udine; ⁷Oncologia Thiene; ⁸Urologia Verona; ⁹Oncologia Trento

Background: D-based chemotherapy represents the standard treatment for HPRC pts. For several years PSA has been considered as a surrogate endpoint for studies involving pts with HPRC. The possibility of predicting a clinical advantage through the biochemical response rate is controversial. The PSAHI may represent a predictive parameter more than the simple PSA trend. We retrospectively evaluated the role of PSAHI in a consecutive series of patients affected by HPRC and treated in a randomized phase II trial with D±E.

Methods: 95 pts affected by HPRC were randomized to D 70 mg/m² IV d1 q3w (arm A: 49 pts) or D 70 mg/m² IV d1 q3w + E 280 mg/TID PO starting 1 day prior to D, for 5 consecutive days (arm B: 46 pts). The treatment continued until best PSA response achievement or PSA progression. PSAHI was calculated comparing basal value (the day before first D administration) with those reached after every cycle at 21, 42, 63 and 84 days: each median value was then correlated across all pts. Correlations were made with response, time to progression (TTP) and overall survival (OS).

Results: Responses, in terms of PSA >50% were: 40% in arm A and 75% in arm B with PSA normalization in 5% and 32% respectively. After a median follow-up of 17 months, 65 patients are died (31 in Arm A and 34 in Arm B). Progression free survival (biochemical) was 20 weeks in arm A and 30 in B. Median PSAHI was 2.1 (0.8-8.8) and resulted significantly related to response and TTP: Pts with PSAHI less than 1 and more than 1 had a median TTP of 14 and 34 weeks respectively. Between the 4 PSAHI analyzed (after 21, 42, 63 and 84 day), those at 42 and, particularly, 63 day resulted statistically related to response, TTP and OS. After 3 cycles, the PSA decline (63-PSAHI) was highly predictive of OS which was 63, 72 and 90 weeks respectively (p=0.03), for pts with PSAHI of less than 1, between 1 and 3 and more than 3.

Conclusions: PSAHI seems to be highly predictive of TTP and OS. 63-PSAHI seems to be a good surrogate marker of D response and may help in discriminating pts who need to be further treated with D and those who do not.

Abstract n. 124 Comunicazione

e-PROSTATE, UN SISTEMA DI SANITÀ ELETTRONICA A SUPPORTO DELLA ATTIVITÀ MULTIDISCIPLINARE NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL CANCRO ALLA PROSTATA

Rancati T.¹, Vera Righi L.¹, Magnani T.¹, Salvioni R.², BIASONI D.³, Nicolai N.², Stagni S.², Torelli T.², Villa S.³, Bedini N.³, Valvo F.³, Sangalli C.³, Bajetta E.⁴, Catena L.⁴, Procopio G.⁴, Spreafico C.⁵, Ripamonti C.⁶, Fagnoni E.⁶, Campa T.⁶, Zaffaroni N.⁷, Carbone A.⁸, Pellegrinelli A.⁸, Colecchia M.⁸, Gianni L.⁹, Capri G.⁹, Cresta S.⁹, Tosi D.⁹, Marrari A.¹⁰, Rivoltini L.¹⁰, Donegani S.¹, Spatuzzi A.¹, Forti S.¹¹, Eccher C.¹¹, Purin B.¹¹, Berloff F.¹¹, Valdagni R.¹

¹Programma Prostata, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ²SC Urologia, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ³SC Radioterapia, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁴SC OM2, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁵SC Radiologia e Diagnostica per Immagini 2, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁶SC Cure Palliative, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁷SC Ricerca Traslationale, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁸SC Anatomia Patologica B, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ⁹SC OM1, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ¹⁰SC Immunoterapia Tumori Umani, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; ¹¹Linea di ricerca e-Health, FBK-Fondazione Bruno Kessler, Trento

Obiettivo: Analisi dello stato dell'arte e realizzazione di un sistema web per la raccolta codificata e strutturata dei dati biomedici relativi al cancro della prostata provenienti dalla pratica clinica e dalla ricerca genomica, proteomica e anatomo-patologica

Metodo: Nel giugno 2005 il gruppo multidisciplinare del Programma Prostata dell'Istituto dei Tumori (INT) di Milano (urologi, oncologi radioterapisti, oncologi medici, oncologi palliativisti, psicologi, radiologi, medici nucleari, anatomo-patologi, ricercatori sperimentali e un oncologo medico con esperienza in analisi e sviluppo di software) ha iniziato l'analisi delle variabili significative per il carcinoma prostatico (dalla ricerca sperimentale genetico-molecolare alla pratica clinica) per individuare la base di conoscenza necessaria alla creazione di un software di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con cancro prostatico. Nella fase iniziale gli esperti e l'oncologo informatico hanno analizzato lo stato dell'arte del cancro alla prostata e le linee guida istituzionali del Programma Prostata (<http://www.istitutotumori.mi.it/INT/ProgrammaProstata/default.asp?LAR=Progetto>). Nella seconda fase l'oncologo informatico ha analizzato i dati raccolti con i ricercatori della FBK per creare un modello capace di raccogliere in fase clinica e sperimentale le informazioni significative e di produrre gli outcome riguardanti la patologia. In una terza fase alcuni programmatori della FBK hanno sviluppato il software.

Risultati: È stato creato un modello che segue per ogni paziente il percorso clinico standard o di ricerca. L'applicativo gestisce questi dati utilizzando e-Prostate sia come cartella clinica digitale che come database di ricerca. Nel software sono disponibili le informazioni raccolte durante le visite (prime visite e follow-up), le tossicità, la funzionalità e le risposte cliniche e biochimiche alla terapia, le informazioni riguardanti i set-up terapeutici e le procedure chirurgiche, i referti (patologici, esami di laboratorio, PSA, DRE, esami per immagini). Una sezione è dedicata alle informazioni raccolte dagli psicologi durante le sedute richieste dai pazienti. Strumenti di esplorazione dei dati (anche

di tipo grafico) sono a disposizione, a supporto del controllo dello stato del paziente e della patologia.

Conclusioni: INT e FBK hanno creato un modello della conoscenza attuale della patologia prostatica e lo hanno tradotto in un software che permette la raccolta dei dati dei pazienti, il controllo delle procedure e l'analisi dei dati clinici e sperimentali. In questo modo e-Prostate è uno strumento utile per clinici e ricercatori sia in fase di raccolta sia in fase di analisi dei dati clinici e sperimentali. Nell'immediato futuro verrà messo a punto l'inserimento in e-Prostate degli elementi di integrazione delle linee guida istituzionali con i dati diagnostici e terapeutici registrati nel database: questo processo dovrebbe da un lato facilitare la fase decisionale dello specialista e dall'altro permettere il controllo di qualità delle procedure attuate nel Programma Prostate.

Abstract n. 125 Poster

VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ RETTALE DOPO RT NEL CANCRO DELLA PROSTATA: EFFICACIA DEI VINCOLI DOSE-VOLUME E DI UNA CORRETTA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Vavassori V.¹, Fellin G.², Fiorino C.³, Rancati T.⁴, Menegotti L.², Bianchi C.¹, Foppiano F.³, Cozzarini C.³, Piazzola A.¹, Sanguineti G.^{3,9}, Girelli G.⁷, Pasquino M.⁷, Nava S.⁸, Mapelli M.⁸, Valdagni R.⁴

¹Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale di Circolo, Varese; ²Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale Santa Chiara, Trento; ³Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano; ⁴Programma Prostate, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; ⁵Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Nazionale Tumori, Genova; ⁶Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Ospedale Civile ASL 9, Ivrea; ⁷Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Policlinico di Monza, Monza; ⁸Radiation Therapy, University of Texas Medical Branch, Galveston, USA

Scopo: Individuazione e validazione di vincoli dose-volume per la stima della probabilità di danno rettale nella RT per cancro della prostata.

Materiali e Metodi: Sono stati condotti due studi multicentrici: AIROPROS 0101 (retrospettivo) e AIROPROS 0102 (prospettivo). Il primo è nato per investigare la tolleranza del retto alla RT, ha coinvolto 5 centri e ha raccolto dati dosimetrici (DVH) e clinici (sul sanguinamento rettale tardivo, lrb) di 547 pazienti (dose:68-78Gy).

L'AIROPROS 0102 è stato disegnato per validare prospetticamente i risultati dello studio precedente e con il fine di investigare la relazione tra i parametri clinici e fisico-dosimetrici individuati e i sintomi della sindrome rettale tardiva sia attraverso l'utilizzo di scale validate della registrazione dei sintomi sia attraverso l'uso di un questionario compilato dai pazienti prima, durante e fino a tre anni dopo il termine della RT. Sono stati reclutati 1132 pazienti (22 centri, dose:70-80Gy).

Risultati: AIROPROS 0101 ha rilevato una forte correlazione tra lrb G2-G3 e la frazione di retto irradiata sia ad alte dosi che a dosi intermedie, introducendo interessanti elementi di chiarimento circa la modellistica radiobiologica della risposta al danno da RT del retto (Cozzarini IJROBP 03, Fiorino IJROBP 03, Rancati RO 04). I risultati dello studio hanno permesso l'individuazione di alcuni vincoli dose-volume in grado di generare piani di trattamento a "basso rischio" (G₂Ö10-15% e G₃Ö5%) di lrb: V70Gy<25-30% e V50Gy<55-60%. Lo studio ha permesso di sottolineare, inoltre, l'importanza di una definizione condivisa del contoured dell'organo retto e la necessità di una adeguata acquisizione della TC di simulazione con un volume rettale<100cc, perchè il DVH calcolato sia rappresentativo della condizione media durante il trattamento e, pertanto, realmente predittivo. Corrette condizioni di simulazione consentono di ottenere DVH e quindi vincoli di dose affidabili e, cosa più

importante, permettono una buona copertura del target con riduzione del rischio di omissione geografica. Studi recenti hanno documentato che il rischio di recidiva clinica e biochimica è fortemente aumentato per i pazienti con eccessivo volume rettale in fase di pianificazione. AIROPROS 0102 ha convalidato i vincoli di dose di AIROPROS 0101, sia in modo diretto attraverso l'analisi statistica con individuazione di V70Gy e V50Gy quali fattori prognostici per lrb, sia in modo indiretto attraverso la riduzione di lrb G2-G3 (dal 10% circa al 6%), ottenuta semplicemente con l'applicazione sistematica dei vincoli di dose e del protocollo di svuotamento del retto (Vavassori IJROBP 07, Fiorino IJROBP submitted). Lo studio prospettico ha anche delineato il potenziale impatto della relazione dose-volume sull'incontinenza fecale (V40GyÖ80%) e la necessità di vincoli più restrittivi nei pazienti precedentemente sottoposti a chirurgia addominale, per i quali si evince una maggiore sensibilità alla irradiazione (V70Gy<15% invece di V70Gy<25%).

Conclusioni: AIROPROS 0101 e 0102 sono stati efficaci nello studio della correlazione dose-volume/lrb e nel confermare come l'applicazione di protocolli condivisi di acquisizione della simulazione e di rispetto dei vincoli dose-volume consentano nella pratica quotidiana una sostanziale riduzione della tossicità rettale tardiva.

Abstract n. 126 Comunicazione

RUOLO PROGNOSTICO DELLA VALUTAZIONE DELL'INDICE APOPTOTICO IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO E SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO CHIRURGICO RADICALE: RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO A LUNGO TERMINE

Dachille G.¹, Cai T.², Ludovico G.M.¹, Pagliarulo G.³, Nesi G.⁴, Mondaini N.², Bartoletti R.²

¹Dipartimento di Urologia, Ospedale di Monopoli, Bari; ²U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ³Dipartimento di Chirurgia Robotica, Ospedale La Maddonnina, Bari; ⁴Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione ed Obiettivi: Dati epidemiologici americani hanno confermato che l'adenocarcinoma della prostata sarà la neoplasia più comune negli uomini nel 2007 con 218.890 nuovi casi e 27.050 decessi. Ad oggi i fattori prognostici classici non sono in grado di predire con accuratezza il rischio di recidiva locale, o progressione di malattia. Lo sviluppo di nuovi marcatori biochimici e di biologia molecolare sembrano aumentare questa accuratezza ma il loro impiego è limitato a pochi centri specializzati. La valutazione della biologia molecolare del tumore prostatico sembra, oggi, la strada migliore da percorrere per la caratterizzazione della storia naturale di questo tumore. Vari autori hanno confermato l'utilità dell'analisi del sistema regolatore dell'apoptosi come indice prognostico utile nella predizione della progressione della malattia. Scopo del presente lavoro è quello di valutare l'utilità prognostica della "terminal deoxynucleotidyl transferase (TdT)-mediated biotinylated deoxyuridine-triphosphate (dUTP)-biotin nick-end labelling (TUNEL)" nella predizione della storia naturale dei pazienti affetti da carcinoma prostatico e sottoposti a terapia chirurgica radicale.

Metodi: Sono stati arruolati 50 pazienti (età media 68.1) affetti da carcinoma prostatico istologicamente dimostrato e sottoposti a prostatectomia radicale retropubica. Insieme all'analisi anatomopatologica è stata effettuata su zone tumorali microscopicamente dimostrate l'analisi dell'Indice Apoptotico (AI) utilizzando la tecnica TUNEL (Becton Dickinson Immunocytometry Systems, SanJose-CA, USA). I dati derivanti dall'analisi anatomopatologica e di laboratorio (TUNEL) sono stati correlati con i dati al follow-up (media 66 mesi). Nessun paziente è stato sottoposto a trattamento neoadiuvante alla chirurgia. Nel momento in cui un

paziente veniva sottoposto a trattamento adiuvante era escluso dallo studio.

Risultati: Correlazioni statisticamente significative sono state dimostrate tra l'AI e lo stadio patologico ($p < 0.001$) ed il Gleason score ($p < 0.001$). Dei 50 pazienti arruolati, i 13 (26%) che presentavano una recidiva biochimica e progressione clinica di malattia, presentavano un AI di 1.93 (range: 0.76-5.22), mentre 37 pazienti senza alcuna progressione di malattia avevano un AI di 0.58 (range: 0.1-3.12). È stata dimostrata una buona correlazione tra l'AI e lo stato al follow-up ($r = 0.75$, $p = 0.002$). Questi dati sono stati confermati anche dall'analisi della sopravvivenza di Kaplan-Meier ($p < 0.001$). Inoltre, l'analisi multivariata ha dimostrato come l'AI è da ritenersi un fattore prognostico indipendente per il rischio di progressione ($p < 0.001$).

Conclusioni: I nostri dati confermano l'utilità dell'analisi dell'apoptosi nella valutazione della storia naturale dell'adenocarcinoma prostatico. Questo studio è particolare perché presenta dati sull'analisi dell'apoptosi in pazienti sottoposti solo a trattamento chirurgico senza il bias dell'influenza della terapia medica sulla valutazione dell'AI.

Abstract n. 127 Comunicazione Selezionata

RETI NEURALI AD IMPIEGO CLINICO: PREDIZIONE ACCURATA DELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO ADIUVANTE ENDOVESICALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA UROTELIALE

Cai T.¹, Conti G.², Lorenzini M.³, Nesi G.⁴, Sarti E.¹, Farina U.¹, Costanzi A.¹, Melone F.¹, Meliani E.¹, Mondaini N.¹, Gavazzi A.¹, Bartoletti R.¹

¹U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ²Dipartimento di Ingegneria Informatica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ³Dipartimento di Fisica, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ⁴Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivi: Il carcinoma a cellule uroteliali della vescica rappresenta oggi un problema sanitario emergente non solo per aumento dell'incidenza ma anche per l'aumento del numero dei pazienti che non rispondono alla terapia adiuvante endovesicale e sviluppano una malattia recidivante. I fattori prognostici classici non sono in grado di predire con accuratezza il rischio di recidiva, progressione o risposta alla terapia. Lo sviluppo di nuovi marcatori biochimici e di biologia molecolare sembrano aumentare questa accuratezza ma il loro impiego è limitato a pochi centri specializzati. Recentemente, sono stati proposti per l'uso clinico, algoritmi matematici complessi che possano essere utilizzate a supporto della predizione dell'outcome dei pazienti oncologici. Scopo del presente lavoro è valutare l'accuratezza di una rete neurale, da noi progettata e validata, nella predizione della risposta alla terapia adiuvante endovesicale.

Metodi: Sono stati raccolti i dati anagrafici, anamnestici e clinici di 201 pazienti consecutivi (163 maschi e 38 femmine; età media, 72.), sottoposti a resezione transuretrale presso la stessa Unità di Urologia, dal Novembre 1995 al Dicembre 1999, e con diagnosi istologica di carcinoma uroteliale superficiale. I pazienti con tumori dell'alta via escretrice o con altre patologie urologiche associate, sono stati esclusi dallo studio. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati relativi al follow-up a 6, 9 e 12 mesi dall'intervento ed alla fine del follow-up (medio 87 mesi). Ogni paziente è stato sottoposto a terapia adiuvante endovesicale. I dati sono stati analizzati con metodiche statistiche classiche, analisi univariata, multivariata, regressione lineare e curve di sopravvivenza. La rete neurale è stata progettata con NeuralWorks Predict®. I dati attesi ottenuti dalla rete sono stati paragonati con i dati reali alla fine del follow-up. La risposta alla terapia è stata definita come l'essere libero da malattia a 12 mesi dopo la terapia.

Risultati: Ad un follow-up di 6 e 9 mesi, rispettivamente 180

(89.5%) e 135 (67.1%) pazienti erano liberi da malattia senza aver riportato nessuna recidiva. A 12 mesi di follow-up i pazienti liberi da malattia erano 113 (56.3%) mentre 88 (43.7%) avevano riportato almeno una recidiva. Tra i pazienti con recidiva, 10 hanno presentato progressione di malattia (pT2). Ad un follow-up medio di 87 mesi, 189 erano ancora vivi e di questi, 30 non avevano mai presentato recidiva. 8 pazienti sono deceduti per progressione di malattia e 4 per altra causa. La rete neurale ha dimostrato una predizione della risposta alla terapia locale (essere liberi a 12 mesi) con un'accuratezza dell'88.12% e valori di sensibilità e specificità dell'85.4% e del 98.6% (Area Curva ROC 0.86).

Conclusioni: Il nostro studio dimostra come l'applicazione dei modelli matematici complessi alla pratica clinica urologica può rappresentare un approccio innovativo ed utile nella predizione della risposta alla terapia della programmazione di un più corretto piano di follow-up.

Abstract n. 128 Poster

RUOLO PROGNOSTICO DEL RAPPORTO TRA IL-6 E IL-10 NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE RECIDIVE DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARCINOMA UROTELIALE SUPERFICIALE

Cai T.¹, Mazzoli S.², Tinacci G.³, Sarti E.¹, Farina U.¹, Costanzi A.¹, Melone F.¹, Meliani E.¹, Mondaini N.¹, Gavazzi A.¹, Zini E.³, Bartoletti R.¹

¹U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze; ²Centro MTS, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze; ³Anatomia Patologica, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze

Introduzione e Obiettivo: Il carcinoma a cellule uroteliali della vescica rappresenta oggi un problema di economia sanitaria importante e la chiave di volta del trattamento di questo tipo di neoplasie sembra indirizzarsi verso la corretta predizione delle recidive. Tra i markers che sono stati proposti come predittori di recidiva, particolare attenzione è stata data dall'analisi delle citochine urinarie. Studi recenti hanno dimostrato come i tumori uroteliali siano in grado di modificare la risposta immunitaria dell'ospite, producendo citochine immunomodulanti come TGF-beta, Interleuchina (IL-) 1beta, IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, interferon-gamma o TNF-alfa. Scopo del presente lavoro è quello di valutare il ruolo prognostico del rapporto tra IL-6 e IL-10 nella predizione delle recidive di pazienti affetti da carcinoma uroteliale superficiale (SBC).

Metodi: Dal Gennaio al Giugno 2005, 65 pazienti consecutivi (41 affetti da SBC a rischio intermedio e 24 controlli) sono stati arruolati nello studio. Nessun paziente, doveva essere sottoposto a terapia adiuvante endovesicale per non alterare i dati ottenuti dall'analisi sulle interleuchine urinarie. Di ogni paziente è stato prelevato un campione di urine (100 cc) prima della resezione, dopo 3, 6, 9 e 12 mesi. L'analisi delle citochine urinarie è stata condotta in cieco, utilizzando una metodica ELISA (R&D Systems, Minneapolis, MN, USA). I valori normali sono stati considerati quelli forniti dal produttore e controllati con i dati della letteratura. I dati ottenuti dall'analisi delle citochine urinarie sono stati confrontati con i dati ottenuti al follow-up. Sono state calcolate: sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e valore predittivo negativo della metodica.

Risultati: La valutazione del rapporto IL-6/IL-10 nei campioni pre-intervento non ha dimostrato alcuna differenza statisticamente significativa tra i pazienti ed i controlli ($p = 0.58$). Il rapporto tra IL-6/IL-10 era statisticamente differente tra i pazienti con recidiva (23) e quelli senza recidiva (18) a 3 (0.009 vs. 0.408), 6 (0.011 vs. 0.268), 9 (0.012 vs. 0.288) e 12 (0.009 vs. 0.302) mesi dopo la resezione endoscopica ($p < 0.001$). L'analisi multivariata ha dimostrato che la valutazione del rapporto tra IL-6/IL-10 è un fat-

tore prognostico indipendente per la predizione delle recidive ($p < 0.001$) (HR= 3.62 (2.80 – 4.92), 95% CI). La sensibilità e la specificità della metodica erano rispettivamente 0.83% (0.57%-0.95%, 95% CI) e 0.76% (0.45%-0.93%, 95% CI).

Conclusioni: Il nostro studio dimostra che la valutazione del rapporto tra IL-6/IL-10 nei pazienti sottoposti a resezione endoscopica per neoplasia vescicale può essere utilizzata come indice prognostico per lo sviluppo di recidive. Il fatto di aver studiato solo pazienti a rischio intermedio è risultato necessario per la valutazione dei livelli di citochine urinarie prodotte dall'organismo in risposta al tumore e non falsate dallo stimolo determinato da un eventuale trattamento adiuvante.

Abstract n. 131 Poster

IL RUOLO DELLA BIOPSIA TRANSPERINEALE DELL'ANASTOMOSI CERVICOURETRALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE. ASPETTI TECNICI E RISULTATI

Matei D.V., Musi G., Cedeira F., Detti S¹, Renne G.², Mastropasqua M.², Rocco B., Verweij F., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., De Cobelli O.

Divisione di Urologia; ²Dipartimento di Laboratorio ed Anatomia Patologica; ¹Data Manager Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: La prostatectomia radicale (PR) è la terapia di elezione per il CaP localizzato. È noto che sino a 40% dei pazienti andrà incontro a ricaduta biochimica (PSA >0,2ng/ml). Nei casi in cui resta difficoltosa la diagnosi di ripresa locale o a distanza, la biopsia dell'anastomosi può risultare dirimente. Obiettivo Lo studio si propone di presentare l'utilizzo della metodica transperineale e i risultati ottenuti nella biopsia dell'anastomosi cervicouretrale.

Materiali e Metodi: Dal 01/2001 al 06/2007, 44 pz sono stati sottoposti a biopsia transperineale con 12 prelievi (3 per quadrante) per recidiva biochimica dopo prostatectomia radicale (PSA >0,2ng/ml). È stato valutato il PSA alla biopsia, il dato del DRE e l'esito della istologico. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il T-student e il chi-sq test.

Risultati: dei 44 pz, di uno non era disponibile il PSA prebiopsia, quindi non è stato considerato per l'analisi.

Il range del PSA è stato 0,21-4,0 ng/ml. La overall-detection rate della metodica transperineale è stata di 55,8%. Dividendo i pazienti in base all'esito della biopsia i risultati sono stati:

	PSA medio	% DRE*	p
Biopsia negativa	1,09 ng/ml	35,5	0,49
Ghiandole prostatiche non tumorali	1,84 ng/ml	0	
Adenoca	1,34 ng/ml	45	

Dividendo invece i pazienti in base al valore del PSA prebiopsia avevano un:

	N. pz	% (Ca + gh)	DRE*
PSA <0,5 ng/ml,	16 (37,2%)	43,7	12,5
0,5 < PSA <2 ng/ml	15 (34,1%)	60	20
PSA > 2 ng/ml	12 (27,3%)	66,66	83,33
p		0,012	<<0,005

Considerando i dati della DRE:

	Pazienti	PSA medio	Biopsia*
DRE+	15 (34,9%)	2,14	60%
DRE-	28 (65,1%)	0,81	53%
p		<<0,001	0,5

Conclusioni: Il nostro studio indica che:

- nella casistica considerata, la biopsia transperineale dell'anastomosi cervico-uretrale mostra dei tassi diagnostici superiori rispetto ai dati disponibili in letteratura per la biopsia transrettale, in particolar modo nei pazienti con PSA <2ng/ml e DRE negativa.
- l'esecuzione della biopsia dell'anastomosi con un'incidenza dell'ago migliore e con un numero sistematico di 3 prelievi/quadrante migliora il tasso diagnostico di questa procedura

Abstract n. 132 Poster

IL RUOLO ED INTERPRETAZIONE DELLA BIOPSIA TRANSPERINEALE DELLA PROSTATA NELLA FAILURE BIOCHIMICA DOPO RADIOTERAPIA NEL CARCINOMA PROSTATICO

Matei D.V., Musi G., Cedeira F., Detti S¹, Renne G.², Mastropasqua M.², Rocco B., Verweij F., Pimentel M., Raguso M., Zambito S., Scardino E., De Cobelli O.

Divisione di Urologia; ²Dipartimento di Laboratorio ed Anatomia Patologica; ¹Data Manager Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Introduzione: Il ruolo della biopsia prostatica per la recidiva biochimica dopo radioterapia per l'adenocarcinoma prostatico è controverso. Negli studi di radioterapia ad intensità modulata, dove vi è una escalation della dose, si enfatizza il riscontro di assenza di neoplasia nella biopsia postradioterapia in una altra percentuale di casi. D'altra parte, negli studi precedenti, il riscontro biotipico di cellule tumorali postradioterapia veniva interpretato come esiti postattinici, senza rilevanza clinica. Obiettivo Lo studio si propone di offrire ulteriori elementi per l'interpretazione dei riscontri istologici eseguiti per failure biochimica dopo radioterapia per il carcinoma prostatico.

Materiali e Metodi: Dal 01/2001 al 06/2007, 53 pz sono stati sottoposti a biopsia transperineale con 12 prelievi (a doppio sestante). In caso di presenza di cellule tumorali è stata eseguita immunostochimica per valutare l'indice proliferativi (ki-67). Per l'analisi statistica è stato utilizzato il T-student.

Risultati: 53pz, sono stati valutati per progressione biochimica dopo radioterapia per terapia di salvataggio. Il PSA medio è stato di 5,56ng/ml (0,3-61) senza differenza statistica in base alla positività della biopsia ($p=0,74$). La overall-detection rate della metodica transperineale è stata di 77,35%. Considerando i 43 pazienti con riscontro di neoplasia prostatica residua, l'immunostochimica per la frazione di proliferazione (ki-67) è stata possibile valutare in 41 casi. In 11 casi il valore riportato è stato <1% ed in 3 casi pari al 1%. Il PSA medio nei relativi gruppi di pazienti è stato 1,73ng/ml e rispettivamente 2,32ng/ml. In 25 pazienti (60,9%) il ki-67 aveva un valore >1% (media 8,24%, range 2-25%) mentre il PSA medio di 5,54ng/ml.

Conclusioni: Il nostro studio indica che:

- il valore assoluto del PSA nei pazienti con progressione biochimica dopo radioterapia per il carcinoma prostatico non è un fattore predittivo di ricaduta locale
- l'utilizzo del ki-67 è dirimente per distinguere tra la presenza di cellule tumorali residuali con effetti attinici (non indicativi cioè di recidiva locale) e la ricaduta locale. Quale cutoff potrebbe essere considerando il valore del 2%, da confermare in futuri studi di outcome della terapia di salvataggio dopo radioterapia.

Abstract n. 133 Comunicazione Selezionata

LA PROTEINA TIROSIN-FOSFATASI D1 E IL SUO RUOLO NEL TUMORE DELLA VESCICA

Altieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Carlucci A.², Feliciello A.², Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Castaldo L.¹, Avvedimento V.E.²

¹Dipartimento di urologia; ²Dipartimento di patologia generale e molecolare

Introduzione: PTPD1 è una proteina tirosin-fosfatasi src-associata che incrementa la trasduzione del segnale fattore di crescita dipendente attraverso l'attivazione della tirosin-kinasi src e direzionando il segnale di trasduzione src verso domini subcellulari. PTPD1 è anche associata con AKAP 121, una PKA di ancoraggio della membrana mitocondriale. Legando AKAP 121, PTPD1 indirizza il segnale src ai mitocondri, incrementando la fosforilazione di substrati mitocondriali e incrementando l'attività della citocromo ossidasi. Il complesso PTPD1/src/AKAP 121 è richiesto per l'efficiente mantenimento del potenziale di membrana mitocondriale e per la sintesi ossidativa dell'ATP. Quando non è complessata con AKAP 121, PTPD1 dirige il segnale EGF/src verso il nucleo, attivando la trascrizione dei geni ERK? ed Elk-dipendenti. Inoltre PTPD1 si localizza lungo i filamenti di actina promuovendone il rimodellamento e sulle placche di adesione intercellulare intervenendo quindi anche nei processi di migrazione cellulare.

Materiali e Metodi: L'espressione della proteina PTPD1 è stata valutata tramite western blot, usando specifici anticorpi policlonali diretti contro PTPD1. La correlazione tra stadio e grado del tumore vescicale e i livelli di proteina sono stati valutati tramite analisi immunocitochimica.

Risultati: In virtù del suo ruolo nel supportare la migrazione cellulare, ci siamo chiesti se PTPD1 fosse up-regolata nei tumori vescicali. A tale scopo in più di 100 tumori vescicali esaminati sono risultati livelli elevati di proteina e più nello specifico si è potuto constatare che tali livelli erano significativamente più elevati nei tumori G3 piuttosto che nei G1. Questo sta a significare che l'estensione dell'up-regolazione della proteina è correlata con lo stadio tumorale.

Conclusioni: A causa del suo ruolo critico nel metabolismo cellulare, PTPD1 si è rivelata un ottimo elemento di investigazione scientifica. Il nostro obiettivo è quello di rendere questa proteina un marker non solo diagnostico ma anche e soprattutto un marker prognostico del carcinoma vescicale nonché un potenziale target di future terapie anti-tumorali.

Abstract n. 134 Poster

STUDIO IMMUNOCITOCHEMICO E DI IBRIDIZZAZIONE IN SITU IN FLUORESCENZA (FISH) DEL GENE C-ERBB-2 E DELLA PROTEINA HER2 NEI CARCINOMI UROTELIALI DELLA VESCICA

Simonetti S.², Altieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Insabato L.²

¹Dipartimento di urologia; ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e funzionali Settore di Anatomia Patologica, Università Federico II, Napoli

Introduzione: Il cancro della vescica urinaria rappresenta uno dei tumori più diffusi negli Stati Uniti, con un'incidenza annuale di circa 18 casi per 100000/anno. Sebbene siano stati studiati molti fattori prognostici, sia morfologici che molecolari, nel tentativo di chiarire la dinamica della progressione di tali tumori, soltanto il grado istologico e lo stadio clinico sembrano risultare significativi nel determinare il management clinicopatologico del cancro vescicale. In molti tumori si è visto che l'aggressività e la cattiva prognosi sono associate con l'amplificazione genica e l'overespressione proteica di alcuni oncogeni quali HER2/neu. Tali alterazioni sono state riscontrate anche nel carcinoma uroteliale della vescica attraverso studi di FISH, CISH e di immunocitochimica, mostrando però risultati molto eterogenei.

Metodi: Per cercare di fare luce sul significato clinico, prognostico e soprattutto terapeutico di HER2/neu in questi tumori abbiamo esaminato 18 casi di carcinoma uroteliale della vescica, tutti di grado G3 e non invasivi (11 casi in stadio T2, 9 casi in T1 e 1 caso in Ta) ed attraverso uno studio di FISH sono state verificate la presenza di polisomia del cromosoma 17 e l'ampli-

ficazione genica di HER2/neu e l'overespressione della proteina è stata analizzata con metodica immunocitochimica (CB11). Abbiamo osservato con tecnica immunocitochimica iperespressione della proteina in 15 casi su 18 pari al 83.3% e con tecnica FISH polisomia del cromosoma 17 e del gene Her2 in 12 casi su 18 e polisomia del cromosoma 17 e amplificazione del gene Her2 in 4 casi su 18. Abbiamo inoltre valutato con metodica immunocitochimica l'espressione della proteina COX2 e di alcune proteine coinvolte nel pathway di HER2/neu (PTEN, pAkt, p27 e skp2), verificandone il comportamento in questi tumori e correlandole al recettore c-erbB-2. In 13 casi si è osservata iperespressione della proteina COX2 e della proteina pAkt; 15 casi mostravano positività per skp2; in 12 casi ed in 14 casi rispettivamente sono risultate negative le proteine PTEN e p27.

Conclusioni: I nostri dati mostrano una correlazione diretta tra la polisomia e l'overespressione di HER2/neu e la iperespressione delle proteine pAkt e skp2 ed una inversa correlazione con l'espressione di p27 e PTEN, indicando che in questi tumori l'alterazione del recettore HER2/neu si traduce in una ridotta espressione di PTEN con attivazione del pathway di pAkt e conseguente aumento della degradazione di p27 da parte del proteosoma intracellulare la proteina skp2. Anche l'overespressione di COX2 correla con la ridotta espressione di p27 e di PTEN, indicando che anche questo recettore risulta coinvolto nello sviluppo di questi tumori. Sono necessari ulteriori studi e una casistica più ampia per confermare i nostri dati e per verificare l'eventuale utilizzo terapeutico di farmaci specifici per entrambi questi recettori.

Abstract n. 135 Comunicazione

STUDIO RANDOMIZZATO MULTICENTRICO: MANTENIMENTO MENSILE PER UN ANNO VERSUS INDUZIONE PER 6 SETTIMANE NELLA CHEMIOPROFILASSI ENDOVESCICALE PRECOCE DOPO TUR

Serretta V.¹, Altieri V.², Morgia G.³, Allegro R.⁴, Di Lallo A.⁵, Zito A.⁶, Ruggiero G.⁷, Iadevaia M.⁸, Contino G.⁹, Cacciatore M.¹⁰, Vacirca G.¹¹, Nicolosi F.¹², Selvaggi F.P.¹³, Battaglia M.¹³, Gange E.¹⁴, Spampinato A.¹⁵, Bizzini A.¹⁶, Melloni D.¹ e i membri della Fondazione GSTU

¹Istituto di Urol-Università di Palermo; ²Ist Urol-Università di Napoli; ³Ist Urol-Università di Sassari; ⁴Statistica, Fondazione GSTU; ⁵Osp Civ-Div Urol, Campobasso; ⁶Osp Civ-Div Urol, Torre del Greco (NA); ⁷GEPOS-Div Urol, Telesse Terme (BN); ⁸Osp Civ Maddaloni-Div Urol, Maddaloni (CE); ⁹Osp Civ Cervello-Div Urol, Palermo; ¹⁰Osp Civ-Div Urol, Partinico (PA); ¹¹Osp Civ-Div Urol, Caltanissetta; ¹²Osp Civ Garibaldi-Div Urol, Catania; ¹³Ist Urol-Università di Bari; ¹⁴Osp Civ M Ascoli, Div Urol, Palermo; ¹⁵Osp Civ Div Urol, Taormina (ME); ¹⁶Osp Civico-Div Urol, Caltagirone (CT)

Introduzione e Obiettivi: Malgrado siano stati rilevati da più Autori i vantaggi di un'induzione settimanale dopo chemioprolifassi precoce dopo TUR rispetto alla singola instillazione, il ruolo del mantenimento protratto per un anno o più rimane invece ancora dubbio. Pochi, e spesso condotti su un numero insufficiente di pazienti, sono gli studi ad oggi pubblicati. Presentiamo i risultati di uno studio randomizzato multicentrico teso a paragonare l'impatto profilattico nei confronti della recidiva del mantenimento mensile per un anno rispetto alla sola induzione settimanale per 6 settimane in pazienti sottoposti a TUR e chemioprolifassi precoce con epirubicina.

Metodi: Sono stati randomizzati 577 pazienti affetti da carcinoma vescicale superficiale (TCCB) categorie Ta-T1, G1-2 a medio rischio di recidiva. I pazienti sono stati sottoposti a TUR e chemioterapia endovesicale precoce con epirubicina (80mg/50ml) entro 6 ore dalla TUR e quindi randomizzati in due bracci: A. induzione a ritmo settimanale per complessive 6

settimane; B. braccio A più mantenimento a ritmo mensile per complessivi 12 mesi. I pazienti sono stati mantenuti in follow-up con citologia e cistoscopia a ritmo trimestrale per 2 anni e poi semestrale.

Risultati: Risultano ad oggi valutabili 355 pazienti per efficacia e 487 per tossicità. Ad un follow-up medio di oltre 2 anni (28 mesi) ed esteso sino a 56 mesi, hanno recidivato 45 (26.3%) pazienti del braccio A e 37 (20.1%) del braccio B con un tempo medio a prima recidiva pari a 13 mesi (range 3-53 mesi). Emerge, una differenza, in termini di tempo libero da recidiva, a favore del mantenimento ($p=0.02$). Il tasso di recidiva a 6, 9, 12 mesi è significativamente superiore ($p<0.01$) nel braccio A rispetto al braccio B. Tale differenza non emerge invece in relazione al tasso di recidiva a 3 mesi. Si è registrato un evento avverso severo (0.21%). Due pazienti (0.41%) non hanno eseguito la seconda instillazione per cistite chimica. Trentanove pazienti (8%) hanno definitivamente sospeso il trattamento per tossicità topica insorta in corso di induzione (6.6%) o di mantenimento (4.4%) ($p=0.235$).

Conclusioni: Il mantenimento per un anno dopo profilassi precoce è significativamente vantaggioso in termini di tempo libero da recidiva e tasso di recidiva, rispetto alla sola induzione per 6 settimane, in pazienti affetti da TCCB a medio rischio di recidiva e sottoposti a chemioprolifassi precoce dopo TUR con epirubicina.

Abstract n. 136 Comunicazione

L'ALTERAZIONE DI PTEN INFLUENZA L'ATTIVITÀ DI TUMOR SUPPRESSOR DI P27 NELLO SVILUPPO DEI TUMORI GERMINALI DEL TESTICOLO. ANALISI IMMUNOISTOCHEMICA DI 30 CASI

Simonetti S.², Altieri V.¹, Di Lorenzo D.¹, Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Castaldo L.¹, Insabato L.²

¹Dipartimento di Urologia; ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali - Settore di Anatomia Patologica, Università Federico II, Napoli

Introduzione: PTEN è una proteina regolatrice del ciclo cellulare con una funzione di tumor suppressor che agisce attraverso l'inibizione dell'attività della serina/treonina chinasi Akt coinvolta in processi critici per le cellule quali l'apoptosi e la crescita cellulare. Una delle più importanti proteine di regolazione del ciclo cellulare, la cyclin-dependent kinase inhibitor p27kip1, che blocca il passaggio dalla fase G1 alla fase di replicazione del DNA, viene degradata dalla proteina Skp2 che fa parte del proteosoma intracellulare, in seguito all'attivazione di Akt determinando la progressione del ciclo e la crescita cellulare. In molti tumori la perdita di eterozigotità del gene codificante PTEN risulta nella degradazione di p27kip1 da parte del proteosoma con stimolo alla crescita cellulare ed alla riduzione dell'apoptosi.

Materiali e Metodi: Dal Dipartimento Di Scienze Biomorfologiche E Funzionali dell'università Federico II di Napoli abbiamo raccolto una serie di 50 tumori germinali del testicolo (28 seminomi, 12 carcinomi embrionari e 10 teratomi) e 5 neoplasie intratubulari germinali (ITGCN) adiacenti al tumore, di pazienti operati presso il Dipartimento di Urologia. Abbiamo analizzato l'espressione della proteina e dell'mRNA di PTEN e l'espressione immunohistochemica delle proteine p27kip1 e di Skp2 in 30 casi. L'espressione di PTEN è risultata negativa in 56% dei seminomi, 86% dei carcinomi embrionari e in tutti i teratomi. La perdita dell'espressione (LOH) di PTEN si è osservata soprattutto a livello dell'mRNA valutata con l'ibridazione in situ (17/22). In 26/30 casi è stata riscontrata la ridotta espressione della proteina p27kip1 ed in 21/30 una intensa positività per la proteina Skp2.

Conclusioni: L'analisi immunohistochemica ha evidenziato una correlazione tra la perdita di espressione di PTEN, la ridotta espressione di p27kip1 e la aumentata espressione di Skp2. I

nostri dati indicano che anche in questi tumori la perdita del gene PTEN determina una riduzione dei livelli intracellulari di p27kip1 a causa della iperattivazione del pathway di Akt ed un aumento della sua degradazione da parte del proteosoma.

Abstract n. 137 Poster

DIAGNOSI DI PROLIFERAZIONE MICROACINARE ATIPICA: LA DETECTION RATE DI CARCINOMA PROSTATICO DIMINUISCE DOPO UNA PRIMA BIOPSIA ESTESA?

Scattoni V.¹, Roscigno M.¹, Galosi A.², Freschi M.¹, Raber M.¹, Fabiani A.², Maccagnano C.¹, Angiolilli D.¹, Montorsi F.¹, Montironi R.², Muzzonigro G.², Rigatti P.¹

¹Università Vita-Salute San Raffaele, Urologia ed Anatomia Patologica, Milano; ²Università Politecnica delle Marche, Urologia ed Anatomia Patologica, Ancona

Obiettivi: Valutare l'impatto del numero di prelievi effettuati alla prima serie di biopsie sulla detection rate di carcinoma prostatico (Pca) dopo una iniziale diagnosi di "foci atipici sospetti ma non diagnostici di malignità" (ATYPIA; anche descritta come ASAP).

Metodi: Abbiamo retrospettivamente valutato 183 pazienti sottoposti fra gennaio 1998 e gennaio 2006 a re-biopsie prostatiche dopo una iniziale diagnosi di ASAP in due diverse Cliniche Urologiche. La diagnosi di ASAP era stata ottenuta mediante un campionamento biotico da 6 a 24 prelievi (mediana: 12 prelievi). Novantaquattro pazienti erano stati sottoposti a 12 prelievi e re-biopsiati con 12-24 prelievi; 89 erano stati sottoposti a >12 prelievi e re-biopsiati con 18-24 prelievi (di questi pazienti, 58 erano stati sottoposti a >14 prelievi durante il campionamento iniziale). L'età media era di 65,0±7,07 anni; il PSA medio di 7,6±3,9 ng/ml; il volume prostatico di 61,9±22,3 mL. I dati sono stati analizzati mediante analisi univariata (test chi-quadrato e t-test) e analisi multivariata (regressione logistica multipla).

Risultati: La detection rate di Pca alla re-biopsia è risultata del 22,4%. L'analisi univariata non ha dimostrato una differenza significativa in termini di PSA, età, volume prostatico e tempo alla re-biopsia nei pazienti con tessuto prostatico benigno e Pca alla re-biopsia. La detection rate di Pca non è risultata significativamente differente nei pazienti sottoposti a 12 prelievi alla prima biopsia rispetto a quelli sottoposti a >12 prelievi, mentre è risultata significativamente più alta nei pazienti con 14 prelievi alla prima biopsia che in quelli sottoposti a >14 prelievi (25% vs 10,5%; $p=0,04$). Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa in termini di PSA, età, volume prostatico e tempo alla re-biopsia fra pazienti sottoposti a 14 prelievi e >14 prelievi alla prima biopsia. Inoltre, la detection rate di Pca è risultata significativamente più alta in pazienti con un volume prostatico 55 ml rispetto ai pazienti con >55 ml (32% vs 18%; $p=0,03$). L'analisi multivariata ha evidenziato come fattori predittivi indipendenti di riscontro di Pca: un prima biopsia effettuata con 14 prelievi ($p=0,023$; HR:2,2) ed il volume prostatico, considerato sia come variabile continua ($p=0,016$; HR:2,4) sia come variabile dicotomica ($p=0,02$; HR:2,2). Il valore di PSA, l'età ed il tempo alla re-biopsia non sono risultati fattori predittivi indipendenti.

Conclusioni: Il riscontro di Pca dopo una iniziale diagnosi di ASAP è significativamente più basso in pazienti sottoposti a >14 prelievi durante la biopsia iniziale ed in pazienti con volume prostatico >55 ml.

Bibliografia

1. Predictors of prostate cancer after initial diagnosis of atypical small acinar proliferation at 10 to 12 core biopsies. Scattoni V. et al. *Urology* 2005, 66 (5), pp. 1043-1047
2. Significance of atypical and suspicious small acinar proliferations, and high grade prostatic intraepithelial neoplasia on prostate biopsy: implications for cancer detection and biopsy strategy. Girasole CR et al. *Journal of Urology* 2006, 175(3):929-33; discussion 933

3. *Atypical Foci Suspicious but not Diagnostic of Malignancy in Prostate Needle Biopsies. (Also Referred to as "Atypical Small Acinar Proliferation Suspicious for but not Diagnostic of Malignancy").* Montironi R et al. *European Urology* 2006, 50 (4), pp. 666-674

Abstract n. 138 Poster

IL FATTORE CAF-1 (FATTORE DI ASSEMBLAGGIO DELLA CROMATINA): UN MARKER PER LA PROGRESSIONE DEL CANCRO PROSTATICO?

Altieri V.¹, Staibano S.², Mascolo M.², Montanaro V.¹, Marsicano M.¹, Kisslinger A.³, Prezioso D.¹, Salvatore G.⁴, Di Benedetto M.⁴, Mezza E.², De Rosa G.², Tramontano D.³
 Università di Napoli "Federico II", Napoli; ¹Dipartimento di Urologia; ²Dipartimento di Scienze Biomorfologiche e Funzionali, Sezione di Anatomia Patologica; ³Dipartimento di Biologia e Patologia Cellulare e Molecolare "L. Califano"; ⁴Dipartimento di Medicina

La previsione della progressione dei tumori prostatici localizzati ma moderatamente differenziati rimane problema di difficile soluzione a causa della mancanza di markers prognostici. Abbiamo esplorato il ruolo della regolazione epigenetica dell'assemblaggio della cromatina nella valutazione prognostica del cancro prostatico. Disegno sperimentale: l'espressione della proteina p60, codificata dal fattore 1 dell'assemblaggio della cromatina (CAF-1) è stata valutata mediante immunohistochimica ed analisi Western Blot di campioni di tessuto di archivio di cancro prostatico e da linee cellulari di cancro prostatico.

Risultati: CAF-1/p60 è risultato iperespresso in tutti i cancri con una progressione lineare da tumori di basso grado a tumori di alto grado. Una stretta correlazione è stata trovata fra l'espressione della p60 ed il comportamento biologico dei tumori, indipendentemente dal grado di Gleason. I risultati ottenuti dalle linee cellulari hanno confermato quanto sopra, mostrando una correlazione inversa fra grado di differenziazione cellulare e sensibilità androgenica.

Conclusioni: L'iperespressione di CAF-1/p60 consentirebbe di selezionare i cancri prostatici caratterizzati da un maggiore potenziale di malignità.

Abstract n. 139 Comunicazione

TAMOXIFENE NELLA MASTOPATIA DA BICALUTAMIDE. RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO: PROFILASSI VERSUS TERAPIA ALLA COMPARSA

Serretta V.¹, Allegro R.², Catanese A.¹, Ruggirello A.¹, De Grande G.³, Nicolosi D.⁴, Iurato C.³, Mazza R.⁶, Oxenius I.⁷, Casentino V.⁸, Angileri N.⁹, Falsaperla M.¹⁰, Melloni D.¹ e i membri del GSTU2

¹Dip. Med. Int., Malattie Cardiovascolari e Nefrourologiche, Sez. Urologia, Università di Palermo; ²Fondazione Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU), Palermo; ³Osp. Civile, Div. Urologia, Siracusa; ⁴Osp. Civile Garibaldi, Div. Urologia, Catania; ⁵Osp. Civile, Div. Urologia Comiso (RG); ⁶Osp. Civile, Div. Urologia Cosenza; ⁷Osp. Civile, Div. Urologia Acireale (CT); ⁸Osp. Civile, Div. Urologia Gela (CL); ⁹Osp. Civile, Div. Urologia Marsala (TP); ¹⁰Ist Urol-Università di Catania

Introduzione e Obiettivi: La bicalutamide trova oggi ampio impiego nella terapia adiuvante e nel trattamento degli stadi avanzati del carcinoma prostatico consentendo una riduzione degli effetti indesiderati della deprivazione androgenica e preservando una migliore qualità di vita. Lelevata incidenza di ginecomastia e mastodinia causate dalla bicalutamide inficiano però anch'esse la qualità di vita del paziente e talora conducono alla sospensione della terapia.

Esperienze preliminari con la somministrazione di tamoxifene riportano la riduzione della ginecomastia e della mastodinia

indotta da bicalutamide (1,2). È stato condotto uno studio multicentrico randomizzato teso a paragonare l'efficacia e la tollerabilità della profilassi con tamoxifene alla terapia alla comparsa della mastopatia.

Metodi: Dal giugno 2005 al giugno 2007 sono stati reclutati 176 pazienti affetti da carcinoma prostatico. Alla prescrizione dell'antiandrogeno i pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: Braccio A: terapia con tamoxifene alla comparsa della ginecomastia: 20 mg/die per 6 mesi. Braccio B: profilassi con tamoxifene: 10 mg/die per 6 mesi. Al momento del reclutamento sono stati registrati routine ematochimica, testosteronemia, PSA (valore medio pari a 27 ng/ml), performance status (WHO), uso di analgesici (WHO) e, mediante questionari analogici visuali (VAS), sono state classificate per intensità la qualità di vita del paziente (0-5), la ginecomastia (0-5) e la mastodinia (0-4). I pazienti sono stati sottoposti a visite di controllo ogni 3 mesi.

Risultati: La distribuzione dei parametri basali nell'ambito dei due gruppi di trattamento non ha mostrato alcuna differenza statisticamente significativa. Sono stati inseriti in studio 176 pazienti. Ad un follow-up esteso sino a 24 mesi si è registrata ginecomastia (intensità media 2) e mastodinia (intensità media 2) in 26 pazienti (49.1%) randomizzati nel braccio A. L'incidenza è progressivamente aumentata dal 26.4% a 3 mesi al 49.1% a 12 mesi di terapia con antiandrogeno. Del braccio alla comparsa 20 pazienti (37.7%) hanno assunto tamoxifene e 6 non lo hanno assunto malgrado prescritto. Nessuno dei pazienti ha sospeso il tamoxifene prima dei 12 mesi per intolleranza. Tutti i pazienti che hanno assunto tamoxifene alla comparsa hanno mostrato una regressione della mastopatia già a 3 mesi con scomparsa della stessa entro 9 mesi, in 3 pazienti è scomparsa la mastodinia ma la ginecomastia non si è ridotta. In 2 pazienti inseriti nel braccio B è insorta ginecomastia di grado 1, mentre solo in 5 casi (11.9%) si è manifestata mastodinia di grado 1 in 3 casi e grado 2 in 2 casi. Non è emersa differenza nella tollerabilità del bicalutamide 150 mg da solo o in associazione con tamoxifene (p = 0.32). Non è emersa alcuna differenza tra i due gruppi in termini di risposta biochimica o clinica alla terapia con bicalutamide.

Bibliografia

1. Perdonà S et al: *Tamoxifen and radioterapy: how to prevent and treat bicalutamide-induced gynaecomastia and mastodynia in patients with prostate cancer.* Abstract (5116) XXth EAU Congress- Istanbul, Turkey 2005
2. Boccardo F et al: *Evaluation of Tamoxifen and Anastrozole in the Prevention of Gynecomastia and Breast Pain Induced by Bicalutamide Monotherapy of Prostate Cancer.* J Clin Oncol 23:808-815; 2005

Finanziamento ORPA044427, 2004 Università degli Studi di Palermo. Si ringrazia il GSTU per la collaborazione e l'analisi statistica.

Abstract n. 140 Poster

STUDIO RETROSPETTICO ESTESO AD OLTRE 20 ANNI SU BCG O CHEMIOTERAPIA ENDOVESICALE IN PAZIENTI SELEZIONATI AFFETTI DA UROTELIOMA VESICALE T1G3. RECIDIVA, PROGRESSIONE E SOPRAVVIVENZA

Serretta V.¹, Allegro R.², Ruggirello A.¹, Catanese A.¹, Zaccone V.¹, Scarcella A.¹, Karidi M.¹, Gange E.³, Aragona F.⁴, Melloni D.¹

¹Sezione di Urologia, Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; ²Statistica, Fondazione Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU); ³Unità Operativa di Urologia, Ospedale Civico, Palermo; ⁴Dipartimento di Patologia Umana, Università di Palermo

Introduzione e Obiettivi: Vengono analizzati i risultati in termini di recidiva, progressione e sopravvivenza su 236 pazienti selezionati affetti da tumore vescicale T1G3 e trattati conservativa-

mente con TUR e immunoterapia o chemioterapia endovesicale adiuvante.

Metodi: Dal 1976 al 2005, 236 pazienti con uroteliomi vescicali T1G3, primitivi in 177 casi (75%) e singoli in 144 (61%), sono stati trattati con TUR e terapia endovesicale adiuvante. Sono stati esclusi pazienti con precedente T1G3 e/o Tis, dimensioni superiori a 3 cm o numero superiore a 3. La re-TUR è stata effettuata negli ultimi 51 pazienti (21.6%). L'associazione sequenziale di epirubicina e mitomicina, è stata adottata in 106 pazienti (44.9%), BCG in 85 (36%), altri antitumorali in 38 (16.1%). Sette pazienti (3%) non sono stati trattati. I pazienti sono stati sottoposti a TUR e terapia endovesicale in caso di recidiva superficiale (Ta-T1) e considerati fuori studio se recidiva T1G3, Tis o progressione (>T1).

Risultati: Ad un periodo osservazionale esteso sino a quasi 30 anni, 116 pazienti (49.2%) hanno recidivato con un follow-up mediano di 52 mesi (range: 3 – 246 mesi), di cui 47 (40.5%) hanno mostrato recidiva di categoria T1, 33 (28.4%) T1G3 e 11 Tis (9.5%). I pazienti persi al follow-up hanno comunque avuto un tempo medio di osservazione pari a 48 mesi. Il tempo medio libero da recidiva è stato di 47 mesi (3-246). La percentuale di recidiva è risultata maggiormente ridotta dal BCG ($p<0.0001$) rispetto alla chemioterapia con un odd ratio variabile 1.33 a 8.26 in relazione all'antitumorale ed allo schema di chemioterapia adottato. Venticinque pazienti (21.6%) hanno presentato progressione (categoria >T1). La percentuale di pazienti liberi da progressione a 5 anni è risultata del 87.8% (tempo medio libero da progressione pari a 131 mesi). Nessuna differenza è emersa in termini di progressione in relazione alla terapia adiuvante adottata. Trentadue pazienti (13.6%) sono deceduti, sopravvivenza specifica a 5 anni del 92.8% e sopravvivenza globale mediana di 167 mesi. La sopravvivenza è risultata positivamente influenzata dal BCG ($p<0.0001$) rispetto alla chemioterapia, odd ratio compreso tra 2.44 e 6.25, ed inficiata dalla recidiva ($p<0.0001$) e dalla progressione ($p=0.009$) in corso di trattamento conservativo.

Conclusioni: Il trattamento conservativo del tumore vescicale T1G3 può essere effettuato solo in pazienti selezionati. In tali casi ottiene risultati simili a quelli della cistectomia. Anche in pazienti selezionati, il BCG risulta la terapia più favorevole. La recidiva e la progressione in corso di trattamento conservativo rappresentano fattori prognostici negativi per la sopravvivenza.

Abstract n. 141 Comunicazione

MOLTEPLICITÀ E PREGRESSA STORIA CLINICA SONO FATTORI PREDITTIVI DI SOPRAVVIVENZA DOPO TRATTAMENTO CONSERVATIVO DI UROTELIOMI VESCICALI T1G3. RISULTATI SU 236 PAZIENTI

Serretta V.¹, Allegro R.², Ruggirello A.¹, Coraci G.¹, Pavone C.¹, Daricello G.¹, Camarda F.¹, Gange E.³, Aragona F.⁴, Melloni D.¹

¹Sezione di Urologia, Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardiovascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; ²Statistica, Fondazione Gruppo Studi Tumori Urologici (GSTU); ³Unità Operativa di Urologia, Ospedale Civico, Palermo; ⁴Dipartimento di Patologia Umana, Università di Palermo

Introduzione e Obiettivi: Numerosi marker biomolecolari sono in fase di studio per identificare i pazienti con urotelioma T1G3 la cui sopravvivenza può essere inficiata da un trattamento conservativo. I fattori prognostici ad oggi utilizzabili rimangono però essenzialmente clinici, primi fra tutti la eventuale coesistenza di Tis. Un iniziale approccio conservativo con TUR e terapia endovesicale adiuvante può essere riservato indubbiamente solo a pazienti attentamente selezionati. È stato valutato il ruolo prognostico, in termini di sopravvivenza, della molteplicità e della pregressa storia naturale in 236 pazienti affetti da T1G3, in assenza di Tis, trattato conservativamente.

Metodi: Dal 1976 al 2005, 236 pazienti con uroteliomi vescicali T1G3, primitivi in 177 casi (75%) e singoli in 144 (61%), sono stati trattati con TUR e terapia endovesicale adiuvante. Non sono inclusi nel presente studio pazienti con precedente T1G3 e/o Tis. L'associazione sequenziale di epirubicina e mitomicina, è stata adottata in 106 pazienti (44.9%), BCG in 85 (36%) e altri antitumorali in 38 (16.1%). Sette pazienti (3%) non sono stati trattati. I pazienti sono stati sottoposti a TUR e terapia endovesicale in caso di recidiva superficiale (Ta-T1) e considerati fuori studio se recidiva T1G3, Tis o progressione (>T1).

Risultati: Ad un periodo osservazionale esteso sino a quasi 30 anni, 116 pazienti (49.2%) hanno recidivato con un follow-up mediano di 52 mesi (range: 3 – 246 mesi), di cui 47 (40.5%) hanno mostrato recidiva di categoria T1, 33 (28.4%) T1G3 e 11 Tis (9.5%). La recidiva è risultata statisticamente influenzata dalla molteplicità ($p=0.012$). Venticinque pazienti (21.6%) hanno presentato progressione (>T1) con una sopravvivenza media libera da progressione pari a 131 mesi ed una percentuale di pazienti liberi da progressione a 5 anni del 87.8%. Trentadue pazienti (13.6%) sono deceduti, di questi 8 (25%) erano in progressione per malattia neoplastica. La sopravvivenza globale mediana è stata di 167 mesi, con una sopravvivenza a 5 anni del 89%, 81% 89.1% e 76.3% in pazienti con tumori T1G3 rispettivamente singoli, multipli, primitivi e recidivi. La sopravvivenza è risultata correlata con la pregressa storia clinica ($p=0.002$) ed con la molteplicità ($p=0.009$) alla diagnosi iniziale del tumore T1G3, oltre che, con la recidiva ($p<0.0001$) e la progressione ($p=0.009$) dopo trattamento conservativo.

Conclusioni: La molteplicità e la pregressa storia clinica sono fattori che influenzano la sopravvivenza di pazienti affetti da tumore vescicale T1G3 sottoposti a trattamento conservativo, seppur attentamente selezionati ed in assenza di Tis.

Abstract n. 142 Poster

RIABILITAZIONE PRECOCE DEL PIANO PELVICO CON ESERCIZI DI FISIOKINESITERAPIA PER IL TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA URINARIA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Rociola W., Cecchetti G., Posti A., Iannelli F., Poce R., Farneti F., Corvino C., Fornetti P., Balloni F.

S.C.A. Urologia ASL1 Città Di Castello (PG)

Introduzione e Obiettivi: L'incidenza dell'incontinenza urinaria dopo prostatectomia radicale varia dal 2 al 10%. Tuttavia esistono enormi variazioni di tale incidenza tra le casistiche dovute alla scarsa omogeneità della popolazione valutata, tecniche chirurgiche differenti e modalità diverse di definizione di incontinenza. La maggiore protagonista del mantenimento della continenza è la componente sfinterica distale, deputata alla continenza attiva con incremento della attività contrattile sfinterica volontaria. La riabilitazione pelvi-perineale è rivolto al potenziamento di questa struttura muscolare: obiettivo del nostro studio è quello di dimostrare l'efficacia del nostro programma di riabilitazione precoce nella cura della incontinenza nei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica (PRR).

Metodi: Tra il 2004 e il 2007 abbiamo sottoposto a PRR per neoplasia prostatica organo-confinata 164 pazienti. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti affetti da diabete mellito e/o patologia neurologica e quelli sottoposti a radioterapia adiuvante, e pertanto abbiamo analizzato i dati relativi a 60 pz. Tutti i pz prima dell'intervento sono stati sottoposti a compilazione del foglio minzioni ed esame urodinamico completo. La procedura chirurgica è stata eseguita dallo stesso operatore per via anterograda con preservazione delle fibre del collo vescicale. Alla rimozione del catetere venivano date le istruzioni per la terapia comportamentale e per la corretta esecuzione degli esercizi di fisiochinesiterapia domiciliare. Il follow up comprendeva una valutazione precoce ad una

settimana dalla rimozione del catetere (con una seduta di biofeedback perineale per documentare la corretta esecuzione degli esercizi appresi, dividendo i pazienti a seconda del grado di incontinenza G0-G3) e poi a 1, 3, 6 mesi con successive valutazioni a cadenza semestrale.

Ogni controllo comprendeva foglio minzioni, BFB perineale, PAD test, uroflussometria con residuo post-minzionale. A tre mesi veniva eseguito esame urodinamico completo con VLPP.

Risultati: L'età media dei pz era di 65.8 anni (range 50-76); il foglio minzioni ha evidenziato pollachiuria in 10 pazienti. All'esame urodinamico preoperatorio 13 pz risultavano ostruiti di cui 3 con iperattività detrusoriale e 47 non ostruiti, con normale capacità vescicale e cistometrogramma stabile. La PUMC media era 85 cmH₂O (range 65-115 cmH₂O). Al primo controllo ad 1 settimana nessun pz presentava continenza completa (G0), 33 pazienti presentavano incontinenza G1, 17 pz incontinenza G2 e 10 pz incontinenza G3. Ad 1 un mese, 45 pz presentavano pollachiuria al diario minzionale, con un PAD test medio di 125 gr (range 20-250 gr), ma già 37 pz presentavano incontinenza G0, 10 G1, 5 G2 e solo 8 pz presentavano incontinenza G3. A tre mesi 49 non presentavano incontinenza, 4 G1, 3 G2, 4 G3. Il PAD test è risultato in media di 25 gr. L'esame urodinamico ha evidenziato ostruzione allo studio pressione/flusso in 4, 3 iperattività detrusoriale in 3 pz. In 48 pazienti il VLPP è risultato negativo con pressioni addominali superiori 60 cm H₂O; il valore medio della PUMC è risultato 35 cmH₂O (range 20-65 cmH₂O). Il BFB rilevava una corretta esecuzione degli esercizi in tutti i pazienti ed eseguito in corso di PPU si otteneva durante la contrazione volontaria un incremento della PUMC \geq al 50% del suo valore basale. Ad oggi (follow-up medio di 17 mesi) 52 pz risultano continenti (G0), 1 pz presenta incontinenza G1, 3 pz G2 e 4 pz G3. Il PAD test è risultato in media pari a 20 gr. 13 pz hanno effettuato SEF domiciliare con il programma previsto oltre agli esercizi di fisiokinesiterapia.

Conclusioni: Il nostro lavoro dimostra che l'esecuzione precoce di soli esercizi di fisiokinesiterapia del piano pelvico dopo interventi di prostatectomia radicale è efficace nel recupero rapido e duraturo della continenza. Nel controllo urodinamico risulta sempre una PUMC ridotta ma per la continenza è importante la risposta che si ottiene con la contrazione volontaria: nei pz in cui manca questa risposta il recupero della continenza è ridotto. Non vi sono controindicazioni alla terapia riabilitativa domiciliare a patto che venga eseguita correttamente, permette al paziente di mettere in pratica gli esercizi durante le normali attività quotidiane e di verificarne l'efficacia. La riabilitazione perineale è un metodo facilmente praticabile, ripetibile, non invasivo e ben accettato dal pz. Non necessariamente deve essere sempre effettuata con SEF ed il BFB può essere utile periodicamente per controllare l'attività muscolare. Il continuo training muscolare con fisiokinesiterapia tonifica la muscolatura pelvica e rinforza il riflesso di guardia. Si riserva la SEF solo in alcuni casi a 3-6 mesi quando vi è difficoltà nella esecuzione e apprendimento degli esercizi di contrazione e rilassamento, quando vi è una ridotta risposta alla contrazione volontaria e persiste l'incontinenza, riattivando fibre muscolari che sono deficitarie e reclutando nuove unità motorie.

Abstract n. 143 Poster

LOCAL CONTROL IN THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT) FOR LOCALLY ADVANCED PROSTATE CANCER: OUR EXPERIENCE

Tumminello E.², La Paglia L.², Mortellaro G.², Moscadini L.², Daidone A.², Ferrera G.¹, Montemaggi P.¹

¹U.O. Radioterapia M. Ascoli, ARNAS, Palermo; ²Scuola di Specializzazione in Radioterapia, Istituto di Radiologia-Policlinico Università di Palermo

Aim: Recurrence after local prostate cancer radiotherapy treatment, detectable only by a rise in serum prostate specific antigen (PSA),

is an increasingly common problem facing clinicians. In this study we want analyze the PSA outcome in patients with diagnosis of prostate cancer undergone to three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT) in our institution.

Materials and Methods: We analyzed clinical data from 40 patients with localized prostate cancer treated with 3D-CRT in our institution between January 2003 and December 2004. All patients were evaluated according to several clinical and pathological parameters: median age, D'Amico risks class, surgery and hormonal manipulation. The median age was 68 years (range 59-75). All pts were classified into risks classes according to D'Amico score: 14 pts were median risk and 26 were high risk. Neoadjuvant hormonal therapy was administered in all pts: 32 pts received Total Androgenic Block and 8 pts received Bicalutamide only. In all pts Hormonal manipulation was continued for a median time of 3-12 months after radiotherapy treatment

Conformal 3D radiotherapy, using a multileaf collimator, was delivered to prostate and seminal vesicles to a total dose of 78 Gy in conventional fractionation using a 15 MV linear accelerator.

Biochemical relapse after radiotherapy treatment was evaluated in all pts. It was defined, according to Houston criteria, as an increase in PSA value of 2 ng/ml above nadir. A biochemical relapse can indicate a local relapse, systemic metastasing of the disease or combination of both.

Results: At a median follow-up of 33 months (28-39) six pts had a local relapse (two in mean risk group and four in high risk group); one pts had a distant metastases.

Conclusions: Radiotherapy and hormonal treatment associated appears to make a good local control in pts with medium and high risk prostate cancer.

Abstract n. 144 Comunicazione

SPIDER-PROSTATA: LA TECNOLOGIA PALMARE NELLA GESTIONE DEI DATI CLINICI MULTIDISCIPLINARI DI PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA

Mattiucci G. C.¹, Mantini G.¹, Tagliaferri L.¹, Di Rito A.¹, Errico A.¹, D'Agostino G.R.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹

¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Introduzione e Obiettivi: Il moderno approccio al tumore della prostata è basato su una gestione multidisciplinare del paziente; infatti prevede la partecipazione di numerosi specialisti, l'urologo, il radiologo, il radioterapista, il patologo, chiamati a collaborare in sequenza o simultaneamente, e a condividere informazioni cliniche. Scopo di questo lavoro è presentare un archivio multidisciplinare condiviso sviluppato presso la nostra Istituzione per migliorare l'archiviazione e l'interscambio delle informazioni e la ricerca.

Metodi: SPIDER-PROSTATA (System for patient Individual Data Entry and Recording) è un sistema di archiviazione che mediante collegamento intranet e internet, con cavo o wireless, permette l'archiviazione, la ricerca e la gestione di dati clinici di pazienti nei diversi luoghi e momenti da parte dei differenti specialisti. I dati sono memorizzati in un archivio centralizzato che prevede tutti gli accorgimenti necessari di back-up e protezione dei dati. Il sistema rispetta le direttive di tutela della privacy attraverso un sistema di crittografia delle informazioni. Il sistema ha una notevole flessibilità nella definizione dei dati clinici da archiviare e dell'interfaccia grafica che possono essere scelti direttamente dall'utente, senza l'intervento del programmatore. Grazie ad un sofisticato sistema di password ed autorizzazioni i singoli dati possono essere condivisi tra tutti gli specialisti o rimanere riservati solo agli interessati.

Risultati: Dal maggio 2005, sono stati archiviati 794 pazienti trattati con radioterapia dal 1994 ad oggi. Le procedure gestionali riguardano: raccolta dati di stadiazione, di radioterapia, di ormonoterapia, di chirurgia, di follow-up, pianificazione degli esami e delle visite di follow-up. Tutte le informazioni sono aggiornate e fruibili on-line, anche mediante palmare e tecnologia wireless. I dati possono essere utilizzati direttamente dai software di analisi statistica. SPIDER-PROSTATA può inoltre interagire con il database dell'ospedale per acquisire informazioni riguardanti l'ospedalizzazione del paziente. Il sistema è predisposto a calcolare i mesi di sopravvivenza globale, sopravvivenza libera da malattia, sopravvivenza libera da recidiva locale e biochimica ed individua i pazienti persi al follow-up. Il sistema è, inoltre, dotato di un sistema di posta-elettronica, fruibile anche da palmare. Tra le funzioni disponibili è risultata particolarmente utile quella che mette a disposizione la sintesi dei dati clinici.

Conclusioni: L'ottimizzazione della raccolta dei dati può contribuire al miglioramento del trattamento e di conseguenza della prognosi dei pazienti. SPIDER-PROSTATA è risultato essere uno strumento utile per la raccolta delle informazioni dove vengono generate, consentendo di superare gli ostacoli rappresentati dalla presenza di multipli luoghi, tempi e modalità di archiviazione dei dati, caratteristici di ogni trattamento multidisciplinare. Attualmente si sta sperimentando una versione avanzata che permette l'archiviazione automatica dei dati attraverso la compilazione della modulistica necessaria per la gestione del paziente oncologico (lettere di dimissione, relazioni cliniche, richiesta di esami radiologici, referti...).

Abstract n. 145 Poster

PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO TRATTATI CON RADIO-ORMONOTERAPIA: CORRELAZIONE TRA IL TEMPO DELLA RISPOSTA CLINICA ED IL CONTROLLO LOCALE

Errico A.¹, Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Tagliaferri L.¹, Di Rito A.¹, Luzi S.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹

¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Introduzione e Obiettivi: Numerosi studi pubblicati negli ultimi anni hanno mostrato che il trattamento integrato ormono-radioterapico conduce ad un miglioramento dei risultati clinici in pazienti affetti da cancro della prostata localmente avanzato. Scopo del lavoro è valutare se una lenta risposta clinica al trattamento possa essere correlata ad un più alto rischio di recidiva locale dopo radio-ormonoterapia.

Metodi: 794 pazienti con carcinoma della prostata istologicamente confermato, sono stati trattati dal 1994 al 2007. I criteri di inclusione di questo studio sono stati: 1) adenocarcinoma della prostata localmente avanzato (cT3 N0 M0); 2) ormonoterapia neoadiuvante + concomitante + adiuvante; 3) dose totale della radioterapia > di 70Gy; 4) Follow-up > di 36 mesi; 5) Risposta clinica completa < 18 mesi dall'inizio della terapia. La risposta clinica completa è definita come assenza di malattia all'esplorazione rettale, alla risonanza magnetica +/- spettroscopia o ecografia transrettale. Il tempo della risposta clinica è calcolato dall'inizio dell'ormonoterapia alla risposta clinica completa. La recidiva locale è definita con l'esplorazione rettale, risonanza magnetica +/- spettroscopia o ecografia transrettale. Per il calcolo della sopravvivenza è stato usato il metodo Kaplan Maier, mentre per l'analisi univariata il logrank test.

Risultati: 115 pazienti sono stati analizzati. L'età mediana era di 68 anni (intervallo 42-83). Lo stadio clinico era cT3a N0 in 94

pazienti (81.7%) e cT3b N0 in 21 pazienti (18.3%). L'antigene specifico della prostata totale (PSA) alla diagnosi era < 10 ng/ml in 49 pazienti (42.6%), 10-20 ng/ml in 37 pazienti (32.2%) e > 20 ng/ml in 29 pazienti (25.2%). 59 pazienti (51.3%) avevano un Gleason Score (GS) 2-6, 41 pazienti (35.6%) avevano GS = 7, 15 pazienti (13.1%) avevano GS 8-10. Il Follow-Up mediano è stato di 51 mesi (range 37-104). 8 pazienti hanno avuto una recidiva locale (6.9%). La sopravvivenza libera da recidiva locale (SLRL) a 5 anni è stata 92.7% mentre la sopravvivenza libera da recidiva biochimica (SLRB) è stata 83.1%. Abbiamo stratificato la nostra popolazione in due gruppi: A) pazienti con tempo di risposta clinica completa <= 12 mesi; B) pazienti con tempo di risposta clinica completa > 12 mesi). SLRL a 3 anni è stato 100% nel gruppo di A e 96.8% nel gruppo B. SLRL a 5 anni è stato 94.7% nel gruppo A e 88.5% nel gruppo B (p=0,019). Non ci sono state differenze significative (p=0,496) di SLRB nei due gruppi di pazienti.

Conclusioni: Questo lavoro dimostra che il tempo di risposta clinica è indicativo del rischio di recidiva locale, ma non di recidiva biochimica, dopo trattamento radio-ormonoterapico in pazienti con carcinoma della prostata localmente avanzato.

Abstract n. 146 Comunicazione Selezionata
L'IMPATTO PROGNOSTICO DELL'IRRADIAZIONE PROFILATTICA DEI LINFONODI PELVICI NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA LOCALIZZATO

Di Rito A.¹, Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Balducci M.¹, Errico A.¹, Tagliaferri L.¹, Frascino V.², Digesù C.², Morganti A.G.², Cellini N.¹

¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Introduzione e Obiettivi: Il ruolo dell'irradiazione profilattica dei linfonodi pelvici (IPLP) nel trattamento radioterapico del tumore prostatico è ancora argomento di discussione. I risultati di recenti studi randomizzati hanno riportato un beneficio nei pazienti affetti da malattia clinicamente localizzata ad alto rischio, trattati con l'IPLP; al contrario, i dati in letteratura relativi a precedenti studi, non supportano l'utilità della IPLP. Inoltre, è necessario considerare anche il potenziale incremento della tossicità gastrointestinale e genitourinaria che deriva dall'irradiazione di volumi più ampi rispetto a quelli del solo volume prostatico. Lo scopo di questo lavoro è definire un sottogruppo specifico di pazienti ad alto rischio di metastasi linfonodali occulte, che potrebbero giovare dell'IPLP, in termini di sopravvivenza libera da recidiva biochimica (SLRB)

Metodi: Pazienti con carcinoma prostatico localizzato sono stati trattati con radioterapia +/- ormonoterapia neoadiuvante e/o adiuvante. La dose totale alla prostata è stata 64-80 Gy (1,8-2 Gy per frazione). I pazienti con cancro a rischio intermedio o alto, secondo i criteri del "National Comprehensive Cancer Network", hanno effettuato l'IPLP (45 Gy, 1,8 Gy per frazione), che è stata, tuttavia, evitata in pazienti con diverticolosi o con malattie infiammatorie intestinali, indipendentemente dalla classe di rischio. È stata utilizzata l'equazione di Roach (2/3PSA + [GS-6] x 10) per determinare il rischio di coinvolgimento linfonodale occulto. L'analisi univariata è stata effettuata utilizzando il logrank test e le analisi multivariate sono state realizzate usando il metodo di Cox. **Risultati:** Un totale di 365 pazienti sono stati considerati nell'analisi. 169 pazienti hanno effettuato l'IPLP. Dei rimanenti 196 pazienti, 190 non sono stati sottoposti a IPLP perché avevano diverticolosi o malattie infiammatorie intestinali, mentre 6 pazienti sono stati irradiati esclusivamente sul volume prostatico per malattia a basso rischio. Il follow-up mediano è stato 48 mesi

(range 12 -144). La SLRB a 5 anni è stata 81% per il gruppo irradiato sulla pelvi e 85% per il gruppo irradiato solo sulla regione prostatica ($p=0,5$). Utilizzando l'equazione di Roach sono stati individuati due sottogruppi di 294 e 71 pazienti, con rischio di coinvolgimento linfonodale rispettivamente $<30\%$ e $\geq 30\%$. Sono state analizzate le seguenti variabili: stadio, PSA, Gleason score, terapia ormonale, IPLP e dose erogata alla prostata. Nel gruppo con rischio $<30\%$, le variabili PSA e dose alla prostata hanno mostrato una correlazione significativa con la SLRB all'analisi univariata ($p=0,019$ e $p=0,02$, rispettivamente); all'analisi multivariata, soltanto il PSA ha conservato la correlazione significativa con la SLRB ($p=0,01$). Nel gruppo di pazienti con rischio di coinvolgimento linfonodale $\geq 30\%$ (39 trattati solo sul volume prostatico e 32 irradiati anche sulla pelvi), l'unica variabile che ha presentato una correlazione significativa con la SLRB all'analisi univariata è stata l'IPLP ($p=0,019$). La SLRB a 5 anni è stata pari a 46% (SLRB mediana: 55 mesi), per i pazienti non trattati sulla pelvi e pari a 80% (SLRB mediana: 100 mesi), per i pazienti radiotrattati sulla pelvi.

Conclusioni: L'IPLP può migliorare la SLRB nei pazienti con tumore della prostata localizzato ad alto rischio di metastasi linfonodali occulte.

Abstract n. 147 Poster

PAZIENTI CON TUMORE DELLA PROSTATA AD ALTO RISCHIO SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO INTEGRATO RADIO-ORMONOTERAPICO: VALUTAZIONI SULLA DURATA OTTIMALE DELL'ORMONOTERAPIA ADIUVANTE

Mantini G.¹, Mattiucci G.C.¹, Fersino S.¹, Tagliaferri L.¹, Errico A.¹, Di Rito A.¹, Digesù C.², Frascino V.², Morganti A.G.², Cellini N.¹
¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma; ²U.O. Radioterapia, Centro di Ricerca e Formazione ad Alta Tecnologia nelle Scienze Biomediche "Giovanni Paolo II", Università Cattolica del S. Cuore, Campobasso

Introduzione e Obiettivi: La radioterapia associata alla soppressione androgenica rappresenta un'opzione terapeutica consolidata per il trattamento del tumore della prostata. Negli ultimi anni, molti studi randomizzati hanno dimostrato la superiorità del trattamento integrato radio-ormonoterapico per i pazienti con carcinoma prostatico ad alto rischio. Comunque, dai dati presenti in letteratura non è ancora univocamente definita la durata ottimale della terapia ormonale per migliorare la sopravvivenza libera da recidiva biochimica nei pazienti con tumore della prostata localmente avanzato ad alto rischio. Scopo di questo lavoro è valutare la durata idonea di terapia androgeno-soppressiva in pazienti con carcinoma prostatico ad alto rischio.

Metodi: 345 pazienti con cancro della prostata non metastatico ad alto rischio (T3 o Gleason score 8-10 o PSA >20 ng/dl) sono stati trattati mediante radioterapia con finalità curativa e terapia ormonale neoadiuvante e concomitante; 303 pazienti hanno ricevuto anche la terapia ormonale adiuvante. In considerazione della durata dell'ormonoterapia adiuvante effettuata, questi pazienti sono stati stratificati in due gruppi: il gruppo 1 composto da 285 pazienti che hanno ricevuto <36 mesi di soppressione androgenica adiuvante ed il gruppo 2 formato da 60 pazienti trattati con terapia ormonale adiuvante per >36 mesi. La terapia ormonale è stata effettuata con analoghi LHRH +/- antiandrogeni o con soli antiandrogeni non steroidei ad alte dosi (bicalutamide, 150 mg/die). La dose totale alla prostata è stata pari a 70-74 Gy (1,8 Gy per frazione). La sopravvivenza libera da recidiva biochimica è stata calcolata a partire dalla data della diagnosi di malattia mediante il metodo di Kaplan-Meier.

Risultati: Il follow-up mediano è stato 44 mesi (range 12 -161). L'età mediana dei pazienti era 71 anni (range 41-83). Le caratteristiche cliniche e patologiche della popolazione studiata erano le seguenti: T2 10 (2,8%), T3 330 (95,7%), T4 5 (1,5%); PSA <10

ng/ml 152 (44,7%), PSA 10 – 20 ng/ml 99 (29,1%), PSA >20 ng/ml 89 (26,2 %); GS 2-6 152 (44,3%), GS 7 126 (36,7) , GS 8-10 65 (19,0%). La sopravvivenza libera da recidiva biochimica a 5 anni è stata 78% per il gruppo 1 e 91% per il gruppo 2, con una differenza statisticamente significativa ($p=0,028$). Anche esaminando esclusivamente la sottopopolazione di pazienti che aveva già concluso la terapia ormonale adiuvante al momento dell'analisi, il dato della sopravvivenza libera da recidiva biochimica a 5 anni ha mantenuto una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($p=0,032$).

Conclusioni: La terapia ormonale adiuvante effettuata per un periodo >36 mesi migliora la sopravvivenza libera da recidiva biochimica nei pazienti con tumore della prostata localmente avanzato ad alto rischio.

Abstract n. 149 Video

AUTOLOGOUS FIBRIN GLUE USING THE VIVOSTAT SYSTEM FOR HEMOSTASIS IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY

Schips L.¹, Gidaro S.¹, Tamburro F.¹, Lipsky K.², Imbimbo C.³, Mirone V.³

¹Urology Unit, Vasto Hospital (CH), Italy; ²Department of Urology, Medical University Graz, Austria; ³Department of Urology, "Federico II" Medical University Naples, Italy

Objectives: Haemostasis remains the greatest challenge during laparoscopic partial nephrectomy. Use of fibrin sealant currently is increasing. We describe first a technique for achieving effective haemostasis during laparoscopic partial nephrectomy using the Vivostat™ system.

Methods: Twenty nine patients underwent laparoscopic partial nephrectomy. Autologous fibrin sealant was prepared with the Vivostat™ system and applied to the resection bed. This system is an automated medical device for the preparation of an autologous fibrin sealant, generating up to 5ml of sealant from 120ml of the patient's blood. The concentration of fibrin and the volume of sealant are stable; the sealant may be kept at room temperature for up to 8 hours before application without a loss of properties and effectiveness. The patients were evaluated for acute and delayed bleeding. **Results:** Mean patient's age was 57.5 years (range, 23-76). Haemostasis was immediate in all cases after application of the sealant for 1 to 2 minutes to the resection site (mean amount applied: 5.1ml); no additional haemostatic measures were required. Six resections were performed without iliac clamping, whereas the mean warm ischemia time was 26 minutes (range, 16-45) for 23 interventions. Mean blood loss was 128 cc (range, 20-500). Pre-operative and post-operative serum haemoglobin did not differ significantly (mean, 14.7 vs 12.5g/dl) and creatinine values (mean, 0.91 vs 1ng/ml). Mean operative time was 131 minutes (range, 60-190). One intraoperative bleeding occurred needing blood transfusion (1 unit). Postoperatively, we observed only 1 perirenal hematoma treated conservatively not requiring blood transfusion.

Conclusions: In this study, immediate haemostasis was achieved and maintained after the kidney reperfusion. Our initial experience with the Vivostat™ system in laparoscopic partial nephrectomy has been encouraging.

Abstract n. 150 Poster

TERMOCHIMOTERAPIA ENDOVESICALE VS. CEMOTERAPIA ENDOVESICALE DA SOLA PER LA PROFILASSI DELLE RECIDIVE DEI CARCINOMI NON MUSCOLO-INFLTRANTI DELLA VESCICA: FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE

Colombo R., Salonia A., Da Pozzo L.F., Pasta A., Fabbri F., Maccagnano C., Montorsi F., Rigatti P.

U.O. e Cattedra di Urologia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione e Obiettivi: Comparazione dell'outcome oncologico ad un follow-up a lungo termine della chemioprolifassi endovesicale con Mitomicina C da sola (MMC) v. MMC in combinazione con ipertermia locale nella profilassi adiuvante dei carcinomi non muscolo-infiltranti della vescica. Materiali e Metodi: Dal gennaio 1994 al giugno 1999, 36 pazienti con un carcinoma non muscolo-infiltrante della vescica primario o ricorrente (stadio Ta e T1, grado G1 - G3) completamente resecati mediante TURB sono stati randomizzati per ricevere ipertermia locale (tipicamente distribuita alla temperatura mediana di 42 ± 2 C mediante il sistema Synergo System – Medical Enterprises, Amsterdam, The Netherlands) in associazione con MMC endovesicale (20mg MMC in 50 mL di acqua distillate, con sostituzione della soluzione dopo i primi 30 minuti) (Gruppo 1) oppure MMC endovesicale da sola (20mg MMC in 50 mL di acqua distillata sostituita dopo 30 minuti, per un tempo di contatto complessivo di 60 minuti) (Gruppo 2). Abbiamo valutato l'outcome oncologico (nello specifico, tempo alla prima recidiva, numero delle recidive locali, necessità di chirurgia radicale) al follow-up medio \pm SD di 112.6 ± 20.1 mesi (namely, February 2007). I dati sono presentati come medie SD della media.

Risultati: Raccolta completa dei dati disponibile per 31 (86.1%) dei 35 pazienti che avevano precedentemente completato le sedute di terapia programmate e sono entrati in questa analisi (Gruppo 1: 16 pazienti; Gruppo 2: 15 pazienti). Comparazione di proporzioni: Gruppo 1 vs. Gruppo 2: No. di pazienti deceduti per qualunque causa: 1/16 (6.25%) vs. 5/15 (33.3%) (Chi-square=2.114; $p=0.15$); N. di pazienti negativi per recidive: 7/16 (43.8%) vs. 4/15 (26.7%) (Chi-square=0.38; $p=0.54$); No. di pazienti con recidiva di malattia: 3/16 (18.8%) vs 7/15 (46.7%) (Chi-square=1.63; $p=0.20$); No. medio di recidive per paziente: 1.0 ± 0 vs 2.3 ± 2.2 ; cistectomia radicale: 2/16 (12.5%) vs. 3/15 (20%) Un paziente per ciascun gruppo è stato sottoposto a cistectomia radicale.2 vs 3 (Chi-square=0.006; $p=0.94$).

Conclusioni: Nonostante questi dati non raggiungano la significatività statistica, questa analisi ad un follow-up a lungo termine mostrava come la profilassi endovesicale con termochimioterapia promuovesse una recurrence free survival in maggior numero di pazienti ed un minor numero complessivo di pazienti rispetto alla sola chemioprolifassi con MMC.

Abstract n. 151 Poster

GIUNZIONE OTTICA ENDOSCOPICA: SOLUZIONE LOW COST

Pennese S., Iannucci M., Di Pierro E., Fusco W., Verratti V., Tenaglia R.L.

Clinica Urologica, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università G. D'Annunzio, Chieti

Introduzione e Obiettivi: Ad oggi esistono centri che non hanno disponibilità di videocamere ed effettuano esami endoscopici tramite la visione diretta dall'oculare. Altri centri invece sono dotati di colonne endoscopiche con videocamere 3 CCD, apparecchi di registrazione e monitor, il tutto posizionato su carrellini dedicati. Posto che molti centri italiani hanno la possibilità di utilizzare una videocamera per le riprese di interventi chirurgici, perché non sfruttare questa tecnologia per effettuare delle riprese durante gli esami endoscopici?

Materiali e Metodi: Dal gennaio del 2005 abbiamo dotato la nostra unità urologica di una giunzione ottica a 9 lenti, che da un lato monta un sistema di bloccaggio per l'ottica endoscopica mentre dall'altro possiede una filettatura su misura per la telecamera Sony DCR HC44 in dotazione alla nostra struttura. L'ottica permette un ingrandimento delle immagini fisso, ha scarso ingombro, un peso di 50 grammi ed ha una guaina in

plastica che riveste tutta la circonferenza e dalla quale origina un rivestimento impermeabile per la videocamera. La videocamera Sony DCR HC44 ha una qualità DVD 720*576 linee e permette la registrazione su cassette MINIDV, con la possibilità di estrapolare i video su qualsiasi computer o di conservarli senza avere bisogno di ulteriori passaggi o conversioni, come richiesto invece dai sistemi tradizionali su colonna. Permette inoltre l'esecuzione di foto con sensore CCD di 1 megapixel che vengono salvate su Secure Digital Card (SD). La visione dell'esame endoscopico può essere fatta mediante lo schermo LCD di 3 pollici in dotazione alla videocamera, con capacità di variazione sull'asse orizzontale pari a 360. Questo consente di eseguire l'esame endoscopico stando in posizione eretta o seduta e di collegare, anche in modalità wireless la videocamera a qualsiasi monitor dotato di ingresso RCA, SVHS, Scart, Firewire.

Risultati: Nel giro di un anno abbiamo ottenuto un vasto archivio endoscopico senza necessitare di operatori video atti a gestire le riprese, in quanto è il medico stesso ad avviare e fermare la registrazione oppure a scattare una foto con la semplice digito pressione dei tasti. Grazie al potente zoom della videocamera è possibile fare foto e riprese alle lesioni e proiettarle a tutto schermo. Vi è inoltre la possibilità, una volta terminata la ripresa, di eseguire una stampa a colori per il paziente che ne richieda copia. La stampa può essere effettuata mediante il semplice inserimento della SD in una stampante dedicata o in un computer dotato di lettore multi card.

Conclusioni: Una buona videocamera da 800.000 pixel che scatta foto da oltre 1 megapixel costa circa 300 €. La cosa più importante è che sia una videocamera recante una filettatura nell'obbiettivo, in modo tale da permettere l'avvitamento della giunzione, che può essere costruita facilmente da qualsiasi ottico esperto in materia, spendendo 100 € circa. Con meno di 500 € otteniamo un sistema portatile, leggero e facile da usare, alla pari se non superiore ai sistemi tradizionali di migliaia di euro

Abstract n. 152 Poster

UN TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO POCO TOSSICO ED ATTIVO NEL CARCINOMA PROSTATICO ORMONOREFRATTARIO

Luzi S.¹, Morganti A.G.², Smaniotto D.¹, Mattiucci G.C.¹, Fiorentino A.¹, Mantini G.¹, Valentini V.¹, Cellini N.¹

¹Cattedra di Radioterapia, Dipartimento di Bioimmagini e Scienze Radiologiche; Roma ²Unità Operativa di Radioterapia; Campobasso Università Cattolica del Sacro Cuore

Introduzione e Obiettivi: I pazienti affetti da carcinoma prostatico ormonorefrattario presentano spesso una malattia avanzata; a causa della fascia di età e delle frequenti co-morbidità, pur esistendo farmaci e regimi terapeutici efficaci (recentemente Docetaxel + Prednisone o Docetaxel + Estramustina hanno mostrato vantaggi rispetto a Mitoxantrone + Prednisone), diventa difficile l'indicazione e la scelta di un trattamento chemioterapico per le eventuali tossicità correlate. In questo scenario, basandoci su uno studio retrospettivo pubblicato da L.M. Glode nel 2003, riportiamo i dati preliminari della nostra esperienza di chemioterapia metronomica.

Metodi: Dal febbraio 2004, i pazienti affetti da carcinoma prostatico, seguiti presso il nostro Dipartimento e divenuti ormonorefrattari, sono stati trattati con chemioterapia metronomica, nell'ambito di uno studio prospettico di fase II: Ciclofosfamide 50 mg/die per os, più Desametasone 1 mg/die per os, senza interruzioni sino a tossicità o progressione. Sono stati valutati tollerabilità (secondo scala WHO) e risposta al trattamento (secondo i criteri del Prostate Specific Antigen Working Group). Il reclutamento fu stabilito per mezzo della "single pro-

portion powered analysis" (Systat 11, SPSS Science, Chicago, IL USA) per testare $p_0 = 0.30$ (probabilità di risposta "peggiore", Mitoxantrone + Prednisone), $p_1 = 0.60$ (probabilità di risposta "migliore", Docetaxel + Prednisone o Docetaxel + Estramustina), $\alpha = 0.05$, potenza = 0.8: furono richiesti un totale di 21 soggetti. L'analisi della risposta, rispetto alla "peggiore" probabilità di risposta, Mitoxantrone + Prednisone, fu eseguita dal "single proportion test" (Systat 11, SPSS Science, Chicago, IL USA).

Risultati: Vengono analizzati i risultati di 24 dei 27 pazienti con un follow-up di almeno 6 mesi. L'età mediana è di 74 anni. Il valore medio del PSA all'inizio del trattamento era di 232.7 ng/ml; la durata mediana della terapia è stata di 10.5 mesi. Al follow-up non sono state osservate tossicità maggiori (G3-G4); 6/24 (25%) hanno avuto una tossicità ematologica (in 5 pazienti: G1, in uno G2); due pazienti hanno presentato tossicità cutanea moderata (atrofia cutanea e fragilità capillare). Una diminuzione del PSA > 50% si è osservata in 17/24 pazienti; 2 pazienti hanno avuto una diminuzione < 50%; 5 non hanno avuto risposta. La durata mediana della risposta biochimica è stata di 10 mesi. La sopravvivenza globale mediana è di 33 mesi. Al "single proportion test" le risposte osservate furono significativamente più alte rispetto a quelle attese con Mitoxantrone + Prednisone ($p < 0.0001$).

Conclusioni: La valutazione preliminare del nostro studio indica che la chemioterapia metronomica con Ciclofosfamide e Desametasone è un trattamento poco tossico ed attivo nel carcinoma prostatico ormonorefrattario; la via di somministrazione (orale) e la facilità di assunzione lo rendono particolarmente gradito ai pazienti; esso rappresenta, quindi, una valida opzione terapeutica.

Abstract n. 153 Comunicazione

PROSTATE CANCER 3D CONFORMAL RADIATION: DO

GENE PROFILES HIGHLIGHT MORBIDITY PROTECTION?
Valdagni R.¹, Gariboldi M.^{2,3}, Zaffaroni N.^{2,3}, Cozzarini C.⁴, Ghilotti M.^{2,3}, Fellin G.⁵, Vavassori V.⁶, Barra S.⁷, Fiorino C.⁴, Girelli G.⁸, Rancati T.¹

¹Direzione Scientifica, Programma Prostate, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; ²Dip. Oncologia Sperimentale, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; ³Fondazione Istituto FIRC di Oncologia Molecolare, Milano; ⁴Dip. di Radioterapia e Fisica Sanitaria, Istituto Scientifico San Raffaele, Milan; ⁵Dip. di Radioterapia, Ospedale Santa Chiara, Trento; ⁶Dip. di Radioterapia Ospedale di Circolo, Varese; ⁷Dip. di Radioterapia, Istituto Nazionale Tumori, Genova; ⁸Dip. di Radioterapia, Ospedale Civile ASL 9, Ivrea

Purpose: Despite 3D conformal radiation (CRT), 5-10% patients (pts) treated for prostate cancer can still suffer from significant morbidity (tox). Based on recent findings where abnormal transcriptional responses to DNA damage were associated to acute tox, trying to identify markers predicting late rectal bleeding (lrb), we analysed 35 genes involved in DNA-repair or pathways known as targets for RT. Pts were selected within the AIROPROS 0101 trial, designed to study the correlation between lrb and dosimetric parameters. Accurate dose-volume information (DVH) were available thus helping minimize or avoiding the potential bias due to inaccuracy in dose delivery. **Materials and Methods:** 30 pts undergoing high dose (>74 Gy) CRT (minimum follow-up: 24 months) were selected: a) 10 pts in the low risk group (V70<15% and V50<45%) showing G2-3 lrb ("radio-sensitive" pts); b) 10 pts in the high risk group (V70>25% and V50>60%) with G2-3 lrb; c) 10 pts in the high risk group showing no tox ("radio-resistant" pts). As control group 10 healthy donors were used. Quantitative RT-PCR was performed using Taqman Assays-on-Demand on RNA from

lymphoblastoid cells (LCL) obtained from EBV-immortalized peripheral blood mononuclear cells. LCLs from each pt were partly irradiated using a 137Cs source (5Gy), partly left untreated. Inter- and intra-group expression levels with and without RT and class prediction were compared using the BRB ArrayTools, at $p < 0.05$.

Results: Intra-group comparison before and after RT showed that RT modulated 75% of the analyzed genes in at least one of the 4 groups and most were up-regulated. 10 genes were modulated in the "resistant", 4 were decreased by RT. The other groups presented 18-21 modulated genes, most of them (14-20) RT induced. Inter-group comparison highlighted many differences before treatment, mostly among the "resistant" and the "sensitive" groups. 10 genes, mainly involved in cell cycle, DNA repair and proteasome degradation were significantly higher in the "resistant" suggesting a protection from adverse reactions. Differences were strongly reduced after treatment, when only 3 genes were modulated. Most genes were expressed at the same levels in untreated "resistant" pts and in all the other groups after RT, including healthy donors, suggesting a constitutive activation of these genes in the "resistant" pts. One of the identified genes distinguishes resistant pts from the others.

Conclusions: To the best of our knowledge this is the first report identifying genes predicting pts radio-resistant to lrb. Pts showing no lrb despite high-risk DVH reveal several genes with higher basal levels than other pts/donors. One of these genes might be proposed as a putative biomarker able to predict late tox protection. Markers recognizing pts at low risk for late tox could permit the use of more "flexible" DVH constraints and/or to safely deliver higher RT doses.

This study is partially financed by Fondazione I. Monzino

Abstract n. 154 Poster

POSSIBILE RUOLO DEL POLIOMAVIRUS UMANO BK NELL'EZIOPATOGENESI DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA
Autran Gomez A.M.¹, Fioriti D.², Anzivino E.², Mischitelli M.², Bellizzi A.², Di Prospero L.³, Di Monaco F.¹, Di Silverio F.¹, Chiarini F.², Pietropaolo V.²

¹Dipartimento di Urologia; ²Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica; ³Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Università "La Sapienza", Roma

Attualmente tra le neoplasie più diagnosticate nei paesi occidentali vi è il carcinoma della prostata (CaP) che, con circa il 20% di tutti i tumori di nuova diagnosi, rappresenta una delle maggiori cause di morte per cancro. Tra i vari fattori di rischio che potrebbero contribuire all'insorgenza del CaP vi sono anche le infezioni virali. In particolare, sono stati condotti numerosi studi al fine di comprendere quale ruolo possano rivestire i virus uroteliotropici, come il poliomavirus umano BK (BKV), nell'acquisizione del fenotipo neoplastico. Infatti, il DNA virale è stato ritrovato in diversi tumori dell'apparato urogenitale, incluso quello della prostata, anche se una stretta correlazione tra virus BK e cancro non è stata ancora dimostrata. La capacità trasformante di BKV è strettamente correlata all'abilità della proteina precoce AgT di formare complessi con i membri oncosoppressori della famiglia del retinoblastoma (Rb) e con p53. È stato dimostrato che l'AgT di BKV e la proteina cellulare p53 sono localizzati entrambi nel citoplasma del tessuto neoplastico come, ad esempio, nel CaP e in alcuni neuroblastomi infantili, mentre nei tumori dove l'AgT non è presente, p53 è nucleare. Sulla base dei dati presenti in letteratura, questo studio si è basato sulla ricerca di sequenze virali di BKV in biopsie di tessuto fresco di CaP, mediante metodiche di amplificazione qualitativa e quantitativa (PCR e Q-PCR) per comprendere il possibile coinvolgimento di BKV nel CaP.

Inoltre sugli stessi campioni di CaP paraffinati è stata effettuata l'analisi della localizzazione cellulare della proteina virale AgT e dell'oncosoppressore p53, mediante saggi di immunocistochemica (IHC). Sebbene i nostri risultati supportino l'ipotesi che BKV possa essere coinvolto nella tumorigenesi della prostata, e in particolare nella progressione del CaP, sono tuttavia necessari ulteriori studi per comprendere i meccanismi attraverso cui BKV possa essere coinvolto nella trasformazione neoplastica.

Abstract n. 155 Poster

COMPLICANZE E FATTORI DI RISCHIO IN UNA CASISTICA BIOPTICA PROSTATICA TRANSRETTALE DI 3150 PAZIENTI

M. Raber, V. Scattoni, M. Roscigno, B. Mazzoccoli, A. Saccà, E. Strada, G. Petralia, F. Sozzi, U. Capitanio, D. Angiolilli, A. Gallina, F. Montorsi, P. Rigatti

Cattedra di Urologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Introduzione: Il continuo aumento del numero di pazienti sottoposti a biopsia prostatica impone una valutazione delle complicanze e soprattutto dei fattori di rischio al fine di bilanciare il rischio ed il beneficio durante la fase diagnostica di indicazione alla procedura. In questa esperienza relativa ad un singolo centro abbiamo preso in considerazione una popolazione di pazienti non sottoposti a screening.

Materiali e Metodi: Dal 1997 al 2005 abbiamo acquisito i dati relativi a 3150 pazienti di età compresa tra 35 ed 89 anni (età media di 66,7 anni). Il 27,9% era affetto da LUTS, il 3,9% diabetici, assumevano una terapia anticoagulante cronica l'1,2% mentre una terapia salicilica cronica l'11,2%, il 7% era già stato sottoposto precedentemente ad una TURP o ad una adenomec-tomia prostatica trans vescicale, nel 25% dei casi si trattava di una re biopsia mentre nel 17% dei casi non è stata fatta alcuna anestesia. Il numero medio di prelievi bioptici è risultato di 11,8 (intervallo da 2 a 24).

Abbiamo classificato le complicanze in due gradi: maggiori, quelle che hanno richiesto un trattamento ospedaliero; minori, quelle che hanno richiesto un trattamento o un monitoraggio ambulatoriale stretto. I lievi effetti collaterali con risoluzione spontanea senza alcun trattamento non sono stati considerati nello studio.

Risultati: Febbre, ritenzione acuta di urine, sintomi vagali e dolore insopportabile sono state classificate come complicanze minori e sono state registrate nel 9,7% dei casi mentre sepsi, rettorragia ed ematuria severa sono state classificate come complicanze maggiori e si sono verificate nel 0,7% dei casi. Fattori di rischio per complicanze si sono rivelati l'età, numero di prelievi, diabete, volume prostatico, LUTS, infezioni precedenti delle basse vie urinarie, terapia anticoagulante ed assenza di anestesia locale.

Conclusioni: La peculiarità del nostro studio è la numerosità della popolazione studiata di pazienti non sottoposti a screening ma riferiti per sintomi o per valori patologici del PSA nonché l'elevato numero di prelievi (media 11,8 intervallo 2-24). In letteratura sono stati riportati studi simili ma con un numero medio di prelievi inferiore su popolazioni derivanti da screening. Le complicanze ed i fattori di rischio descritti nel presente studio sono quindi più verosimili in una popolazione di pazienti che ogni giorno vengono sottoposti a biopsia in un ambulatorio urologico.

Una particolare attenzione deve essere posta per fattori di rischio quali la terapia anticoagulante, grosso volume prostatico, diabete e infezioni precedenti delle basse vie urinarie in quanto si sono rivelati essere fattori di rischio per complicanze maggiori.

Abstract n. 156 Poster

TUMORE SUPERFICIALE DELLA VESCICA E "OXYGEN SUPPLY": ANALISI FISIOPATOLOGICA DEL RUOLO DELLA PROSTAGLANDINA 8-ISO-PGF2-ALPHA

Verratti V.¹, Di Giulio C.², Berardinelli F.¹, Brunetti L.³, Ferrante C.³, Lazzarin F.³, Pellicciotta M.⁴, Iantorno R.¹, Altieri V.¹, Tenaglia R.¹

¹Clinica Urologica, Dipartimento Di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università "G.D'Annunzio", Chieti;

²Dipartimento di Scienze Mediche di Base ed Applicate, Università "G.D'Annunzio", Chieti; ³Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università "G.D'Annunzio", Chieti; ⁴Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Ufficio di Biostatistica, Roma

Introduzione: Il ruolo dell'ossigeno nel tumore della vescica non è ben conosciuto ma recenti studi hanno evidenziato la natura ipossica di molti tumori vescicali. Lipossia nei tumori è primariamente conseguenza fisiopatologica di una compromissione microcircolatoria, correlata con la propagazione e la progressione tumorale. La crescita neoplastica, richiedendo un maggiore apporto di ossigeno, stimola l'incremento di fattori angiogenetici come il vascular endothelial growth factor e l'ossido nitrico sintetasi, attraverso la stabilizzazione del fattore di trascrizione hypoxia inducible factor 1 α (HIF1/ α), espresso nella maggior parte dei tumori epiteliali. La formazione di nuovi vasi segue un processo caratterizzato "in primis" da vasodilatazione. Di contro, un'attività vasocostrittiva, può antagonizzare tale vasodilatazione, ostacolando l'apporto di ossigeno. L'8-Iso-PGF2-alpha, isoprostano prodotto per ossidazione non enzimatica dell'acido arachidonico, è un potente agente vasoconstrictore. Scopo del lavoro è stato studiare il rilascio della 8-Iso-PGF2-alpha nella mucosa vescicale sana e nel tumore vescicale superficiale.

Materiali e Metodi: Lo studio è stato condotto su un campione di 12 pazienti giunti all'intervento di TURB e selezionati alla diagnosi di tumore superficiale della vescica. Per ogni paziente è stato prelevato un frammento di resecato tumorale ed un frammento di mucosa vescicale sana, entrambe validati all'esame estemporaneo. I frammenti di tessuto hanno subito un doppio lavaggio con incubation medium (IM) (DMEM low glucose, NaHCO₃, streptomina, penicillina). Prima incubazione di 1h in IM + BSA 3%, agitazione in bagnomaria e successivo prelievo del medium. Seconda incubazione di 1h in IM + BSA 3% + A23187 10 nM calcio ionoforo: attivatore della fosfolipasi A2, agitazione in bagnomaria. Raccolte liofilizzate e sospese in H₂O. Il rilascio di 8-Iso-PGF2-alpha è stato misurato con dosaggio radioimmunologico (RIA) convalidato con un metodo indipendente di accertamento (gas chromatography/mass spectrometry). Le concentrazioni di 8-Iso-PGF2-alpha espresse in pg/mg di tessuto. Media-statistica \pm errore standard (ES). Analisi della varianza (ANOVA) e test di Newman-Keuls per il confronto multiplo tra gruppi. Differenze tra le medie considerate significative per $p < 0,001$. **Risultati:** Nel gruppo di controllo (mucosa sana) il rilascio di 8-Iso-PGF2-alpha nella prima ora è stato di 1.73 ± 0.22 pg/mg e nella seconda, + calcio ionoforo, di $1.14 \pm 0,18$ pg/mg. Nel gruppo tumore superficiale della vescica il rilascio della prima ora è stato di 0.78 ± 0.12 e nella seconda ora, + calcio ionoforo, di $0.48 \pm 0,16$ pg/mg. L'analisi statistica dei dati ha mostrato come nel gruppo tumore superficiale della vescica il valore medio rispetto al gruppo di controllo sia risultato significativamente ridotto $p < 0,001$ sia nella prima che nella seconda ora.

Conclusioni: La causa più comune di lesione cellulare è lo scarso "oxygen supply" mentre la normale tensione di ossigeno favorisce la crescita dei tessuti tumorali. L'aumentata richiesta di ossigeno del tessuto tumorale trova soluzione nella neoangiogenesi, caratterizzata da vasodilatazione. Nel meccanismo

omeostatico vasale del tumore vescicale, l'inibizione della produzione di un potente vasocostrittore come l'8-Iso-PGF2-alpha potrebbe rappresentare una risposta fisiopatologica del tumore stesso, come blocco di un effetto antagonizzante la vasodilatazione necessaria all'oxygen supply.

Abstract n. 157 Poster

STUDIO DI FASE I SULLA TOLLERABILITÀ DEL TRATTAMENTO ABLATIVO DI ADENOMI PROSTATICI CON APPLICATORE A MICRONDE HS AMICA

Bartoletti R.¹, Cai T.¹, Tosoratti N.², Massaro M.P.², Pinzi N.³
¹U.O. Urologia Ospedale Santa Maria Annunziata Università degli Studi di Firenze; ²Hospital Service, Roma; ³U.O. Urologia, Ospedale di Lucca

Introduzione: Il trattamento chirurgico standard dei LUTS nei pazienti affetti da ostruzione cervicouretrale, da adenoma prostatico, è rappresentato dalla TURP. Nuove metodiche e trattamenti alternativi alla TURP sono stati proposti negli ultimi anni, senza, però, riportare alcun miglioramento funzionale o di compliance del paziente. Scopo del presente lavoro è la valutazione della tollerabilità del trattamento con microne nella disostruzione dei pazienti affetti da adenoma prostatico. *Materiali e Metodi:* Sono stati arruolati 9 pazienti con diagnosi clinica e strumentale di ostruzione cervicouretrale da adenoma prostatico, candidati all'intervento di adenomectomia transvescicale (ATV). Ogni paziente prima di essere sottoposto ad ATV è stato sottoposto a trattamento con microne. Il trattamento con microne è stato effettuato mediante applicatore HS AMICA (Apparato a MICrone per Ablazione). Questo sistema si compone di un generatore di microne a stato solido operante alla frequenza di 2.45 GHz, con potenza d'uscita regolabile tra 0 e 100 W in onda continua, di un applicatore interstiziale monouso in grado di irradiare nell'intorno della propria punta dielettrica esposta (di lunghezza pari a 15mm). L'applicatore a microne è composto da un'antenna coassiale e abbinata ad un introduttore metallico (di calibro 14G) per l'inserzione percutanea diretta nei tessuti; la figura di radiazione prodotta dall'applicatore risulta di forma perfettamente ellissoidale (senza "effettocometa") e di dimensioni ben controllabili e ripetibili mediante la regolazione di tempo e intensità dell'erogazione di microne, grazie all'azione simultanea di un dispositivo miniaturizzato per l'intrappolamento delle radiazioni riflesse e di un circuito idraulico interno per l'asportazione del calore dissipato dal cavo coassiale d'antenna (sotto la spinta della pompa peristaltica automatizzata). Durante il trattamento tutti i pazienti sono stati sottoposti a questionari per la valutazione del dolore. I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi: 1) 3 pazienti sottoposti a trattamento 7 giorni prima dell'ATV, 2) 3 pazienti 15 giorni prima, 3) 3 pazienti 30 giorni prima. Tutti i pazienti sono stati cateterizzati dopo l'applicazione fino alla dimissione dopo l'ATV. L'adenoma asportato è stato analizzato anatomopatologicamente per la valutazione degli effetti termici del trattamento. Ad ogni paziente sono stati somministrati i seguenti questionari per la valutazione della tollerabilità della metodica: SF-36, IIEF-5, IPSS, VAS.

Risultati: Durante il trattamento nessun paziente ha riportato dolore né altri sintomi. L'analisi anatomopatologica ha dimostrato la presenza di necrosi coagulativa al centro dell'area di trattamento ed intenso infiltrato flogistico alla periferia di tale lesione (diametro longitudinale 16 mm, diametro trasversale 18 mm). Oltre il margine esterno di questa zona, non era osservabile alcuna lesione da calore. Tutti gli adenomi analizzati erano caratterizzati da un'area circolare di tessuto sano che circoscriveva la lesione coagulativa. Nessuna complicanza è stata riportata dopo l'ATV. I questionari non hanno mostrato

alcun impatto significativo della metodica sulla valutazione della qualità di vita: (IIEF-5-pre: 18.1, IIEF-5-post: 20.6, SF-36-pre: 85.5, SF-36-post: 90.5; tutte $p > 0.05$).

Conclusioni: Lo studio dimostra che il trattamento con applicatore a microne HS AMICA è ben tollerato e sicuro nei pazienti affetti da adenoma prostatico. Tale studio può essere il punto di partenza per l'estensione di tale metodica ablativa anche a pazienti affetti da patologia prostatica maligna.

Abstract n. 158 Comunicazione

"PSA SYNDROME" NEI PAZIENTI OLTRE 75 ANNI CON CARCINOMA PROSTATICO LOCALIZZATO: ESISTONO ALTERNATIVE AL TRATTAMENTO ORMONALE PRECOCE?

Bartoletti R.¹, Cai T.¹, Mondaini N.¹, Gavazzi A.¹, Gontero P.²
¹U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università di Firenze, Firenze; ²Clinica Urologica, Università degli Studi di Torino

Introduzione: La presenza di un PSA compreso fra 4 e 10 ng/ml in pazienti >75 anni affetti da carcinoma prostatico, impossibilitati a ricevere un trattamento curativo definitivo per motivi di età o condizioni generali scadenti, comporta spesso uno stato ansioso comunemente definito PSA Syndrome.

Le indicazioni al trattamento ormonale prevedono peraltro una malattia in fase localmente avanzata o metastatica. Da non sottovalutare infine la possibile ridotta evolutività del tumore correlata all'età. Obiettivo del presente studio spontaneo è quello di valutare l'efficacia di un trattamento non ormonale della PSA syndrome nei pazienti >75 anni con PSA totale compreso fra 4 e 10 ng/ml. *Materiali e Metodi:* Trentaquattro pazienti, di età compresa fra 75 e 89 anni, con diagnosi istologica di carcinoma prostatico localizzato e valori di PSA compresi nel range 4-10 ng/ml. sono stati randomizzati in due gruppi di studio. Quattordici di essi sono stati trattati con Dutasteride 0.5 mg per due volte al giorno, mentre altri venti con Ciproterone acetato 100 mg. (1 compressa al giorno) per sei mesi consecutivi. Sono seguiti sei mesi di astensione terapeutica onde monitorizzare il tempo di raddoppio del PSA ed effettuare una nuova stadiazione di malattia con scintigrafia ossea ed ecografia dell'apparato urinario con studio della prostata per via transrettale. Il monitoraggio clinico ed ematochimico è stato effettuato ogni 2 mesi o alla comparsa di effetti indesiderati della terapia e/o insorgenza di altre patologie di rilievo. Nel caso di valori massimi di PSA > 5ng/ml nel corso del trattamento, i pazienti sarebbero stati considerati drop out onde consentire una nuova stadiazione clinica ed un trattamento appropriato. È infatti noto che la Dutasteride è capace di ridurre i valori del PSA totale di circa il 50%.

Risultati: Il Gleason score dei pazienti arruolati era nel 83.3% dei casi < 6, in tre casi 7 (2 4+3, 13+4), e in un caso >7. Nessuno dei pazienti nei due bracci di studio ha evidenziato effetti collaterali legati alla terapia eccetto 2 pazienti del braccio Ciproterone acetato che riferivano un modesto stato depressivo. I valori del PSA si sono attestati a valori medi di 1.70 (r.0.9-3.4) nel gruppo Dutasteride e 1.4 (r.0.6-1.8) nel gruppo Ciproterone acetato, alla scadenza dei sei mesi di terapia. È stata evidenziata una ripresa del PSA alla scadenza dei sei mesi di monitoraggio in 4 pazienti del gruppo Dutasteride ed in 1 paziente del gruppo Ciproterone acetato, senza tuttavia richiedere ulteriori approfondimenti diagnostici o trattamenti terapeutici integrativi.

Discussione: Il trattamento della PSA syndrome può essere ottenuta nei pazienti affetti da carcinoma prostatico con età >75 anni e PSA compreso fra 4 e 10 ng/ml. mediante l'uso comparativo di Dutasteride o di Ciproterone acetato a basse dosi, senza evidenza di effetti collaterali sostanziali. I pazienti trattati con ciproterone hanno dimostrato altresì una maggiore suscettibilità all'evento depressivo.

Abstract n. 159 Poster

EARLY TREATMENT SINGLE-DOSE E SUCCESSIVA TERAPIA ADIUVANTE CON BCG NEI CARCINOMI A CELLULE UROTELIALI DELLA VESCICA PT1G3: RUOLO DELLA GEMCITABINACai T.¹, Gavazzi A.¹, Sarti E.¹, Costanzi A.¹, Nesi G.², Meliani E.¹, Farina U.¹, Melone F.¹, Mondaini N.¹, Bartoletti R.¹¹U.O. Urologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze; ²Dipartimento di Patologia ed Oncologia, Università degli Studi di Firenze

Introduzione e Obiettivi: I carcinomi a cellule uroteliali della vescica (UC), identificati come pT1G3 all'analisi anatomopatologica, sebbene mostrano una bassa frequenza (4.9%), presentano un comportamento biologico aggressivo ed una storia naturale caratterizzata da un'alta frequenza di recidive (70-80%) ed un alto tasso di progressione a malattia invasiva (10-30%). Il trattamento di riferimento per questo tipo di tumori è rappresentato, oggi, dalla resezione endoscopica completa (TUR-BT) e dalla successiva terapia adiuvante con BCG. Evidenze cliniche e studi di metanalisi hanno dimostrato, inoltre, che un trattamento precoce (entro 6 ore dalla TUR-BT) con chemioterapici, determina una riduzione sostanziale della frequenza di recidive e di progressione. Un nostro precedente lavoro ha dimostrato, infatti, che l'utilizzo di un trattamento precoce con epirubicina determina un aumento dell'efficacia della terapia successiva con BCG. Scopo del presente studio è valutare l'efficacia a breve termine di uno schema terapeutico di trattamento costituito da una somministrazione precoce di gemcitabina e da un'instillazione a settimana per 6 settimane di BCG, in pazienti affetti da UC classificati come pT1G3.

Metodi: Dal Gennaio 2005 al Maggio 2007, 18 pazienti affetti da UC, sottoposti a TUR-BT nella stessa unità operativa e classificati come T1G3 all'esame anatomopatologico, sono stati arruolati consecutivamente nel presente studio. Ogni paziente è stato sottoposto ad una somministrazione endovesicale precoce (entro 6 ore dalla TUR-BT) di gemcitabina (2000 mg in 50 cc di SF), mantenuta in vescica per 1 ora e ad un'instillazione a settimana per 6 settimane di BCG (5 x 108 CFU in 50 cc di SF), anch'essa mantenuta in vescica per 1 ora. Ogni paziente è stato sottoposto al seguente follow-up: nuova resezione endoscopica stadiante (second look) dopo circa 1 mese (28-53 giorni) dal trattamento, citologia urinaria, ecografia dell'apparato urinario e cistoscopia ogni 3 mesi, in caso di negatività al second look. I pazienti che hanno presentato un secondo T1G3 al second look sono stati sottoposti a cistectomia radicale o radioterapia.

Risultati: Dei 18 pazienti sottoposti a TUR-BT, 6 presentavano una forma primitiva di UC, mentre 12 avevano presentato almeno 1 recidiva (4 pazienti 2 recidive, 8 pazienti 3 o più recidive). L'analisi anatomopatologica al second look ha dimostrato: 11 pazienti non presentavano segni di malattia, 5 presentavano un UC di stadio o grado inferiore (3 pTaG2, 2 pT1G1), mentre 2 pazienti presentavano una nuova recidiva di pT1G3 (entrambi sottoposti a trattamento chirurgico radicale). Ad un follow-up medio di 10.8 mesi (2-26 mesi), dei pazienti con lesione <pT1G3 al second look, 3 erano liberi da malattia e 2 hanno presentato almeno una recidiva sempre di grado <pT1G3. Tutti i pazienti negativi al second look, sono rimasti liberi da malattia.

Conclusioni: Lo studio, con le limitazioni dovute all'esiguità del campione e del tempo medio di follow-up, suggerisce un dato importante: il ruolo della gemcitabina, utilizzata nel trattamento precoce in singola dose, nell'aumento dell'efficacia della successiva terapia con BCG. L'efficacia ottenuta può essere riferita ad un'azione citotossica effettuata dal chemioterapico sulle cellule residue dalla TUR-BT e da un'azione irritativa che stimolerebbe l'azione immunitaria locale sostenuta dal BCG. Comunque, i risultati ottenuti dal presente studio dovranno essere confermati da studi clinici randomizzati e con follow-up più lunghi.

Abstract n. 161 Poster

UTILIZZO DEL FIBRINOGENO E TROMBINA UMANA (TACHOSIL®) NELLA CHIRURGIA PELVICA URO-ONCOLOGICA: ESPERIENZA PRELIMINARE SU 12 CASI

Cai T., Gavazzi A., Sarti E., Meliani E., Mondaini N., Melone F., Farina U., Costanzi A., Bartoletti R.

U.O. Urologia, Ospedale S. Maria Annunziata, Università degli Studi di Firenze, Firenze

Introduzione e Obiettivi: Il Tachosil® è un presidio emostatico, costituito da una spugna derivata da tendine di cavallo e ricoperta di fibrogene e trombina umana, che ha trovato notevole impiego nella chirurgia generale. In letteratura è stato recentemente pubblicato un lavoro di Frelling et al che hanno utilizzato questo presidio in 59 pazienti sottoposti a resezione epatica per patologia di varia natura. Gli autori concludono che l'utilizzo di Tachosil® è più efficace dell'uso dell'argon in termini di rapidità del tempo d'emostasi e di efficacia. Nessun lavoro è stato pubblicato in ambito urologico per la valutazione dell'efficacia di questo presidio emostatico. L'utilizzo del Tachosil® può trovare largo impiego anche all'interno della chirurgia urologica. Scopo di questo lavoro è presentare la nostra esperienza preliminare nell'utilizzo di Tachosil® nella chirurgia urologica.

Metodi: 12 pazienti consecutivi e randomizzati (10 uomini, età media 67 anni e 2 donne, età media 73 anni) sono stati sottoposti a chirurgia demolitiva per patologia oncologica vescicale invasiva o prostatica. Nessuno paziente presentava alterazioni documentate della coagulazione. 5 pazienti maschi sono stati sottoposti a cistectomia radicale con ureterocutaneostomia, 2 a cistectomia radicale con neovesica ortotopica, 3 a prostatectomia radicale retropubica e le 2 pazienti donne a cistectomia radicale con ureterocutaneostomia. Gli interventi sono stati effettuati dallo stesso operatore. Il Tachosil® è stato utilizzato in tutti i casi per effettuare l'emostasi dopo l'asportazione dell'organo. Il tempo di emostasi è stato misurato e comparato con i dati storici in letteratura.

Risultati: L'analisi anatomopatologica ha dimostrato i seguenti risultati: 9 tumori a cellule uroteliali della vescica (1 pT1 G3, 1 pT2a G3, 2 pT2b G3, 3 pT3b G3, 2 pT4a G3), 2 adenocarcinomi della prostata (2 pT2b, Gleason 4+3, 5+3) ed 1 caso di tumore a cellule uroteliali dei dotti prostatici (1 pT4 G3). Il tempo di emostasi è stato di in media 4.0 minuti (range 2-6). Il confronto con i dati storici della letteratura non ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa per tutti gli stadi e gradi ma in 2 casi di TCC localmente avanzati (2 pT4a G3) il Tachosil® ha dimostrato una riduzione del tempo di emostasi significativa (confronto tra le medie, p=0.002).

Conclusioni: Il Tachosil® risulta di facile e rapido utilizzo e dimostra una buona rapidità di azione emostatica. Il fatto che sia significativamente più efficace nelle forme localmente avanzate è un dato importante da tener presente nell'impiego clinico. Infatti, le superfici in cui rimane del tessuto neoplastico hanno una tendenza al sanguinamento, prevalentemente venoso, che trova una più rapida soluzione con questo presidio.

Abstract n. 162 Poster

ANTICANCER ACTIVITY AND SAFETY OF SORAFENIB IN PREVIOUSLY TREATED PATIENTS WITH METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA

Bracarda S., Rossi M., Caserta C., Crinò L.

S.C. Oncologia Medica, Ospedale S.Maria della Misericordia, Perugia

Background: Sorafenib is an oral multikinase inhibitor with demonstrated efficacy in metastatic renal cell carcinoma (MRCC).

Methods: Eligible patients had cytokine-refractory metastatic renal cell carcinoma. Patients received oral sorafenib 400 mg BID continuously. Primary objective of this study was to provide access to sorafenib treatment for patients having cytokine-refractory MRCC; in addition the following clinical endpoints were evaluated: safety profile of sorafenib, objective response rate, Progression Free Survival (PFS), Time To progression (TTP) and overall survival.

Results: Between February 2006 and August 2006, sixty patients were enrolled into the study (male/female: 43/17). Of 47 patients for whom a post baseline assessment was available at the intention-to-treat analysis, 7 achieved a partial response (11.7%), 26 had a stable disease (43.3%) and 14 progressed (23.3%). The most common grade 3/4 toxicities affecting more than 5% of the pts were: hand-foot syndrome (21.7%), rash (8.3%), asthenia (8.3%), stomatitis (8.3%), mucositis (6.7%), hypertension (6.7%), hyperlipasemia (6.7%), hypophosphatemia (5%), anorexia (5%), hyperamylasemia (5%) and diarrhea (5%). Dose reductions were performed in 23% of treated patients.

Conclusions: In our experience, at the dose of 400 mg BID continuously, sorafenib is active in unselected cytokine-refractory patients with MRCC and displays manageable toxicity.

**Abstract n. 163 Comunicazione Selezionata
RANDOMIZED PROSPECTIVE PHASE II TRIAL OF TWO
SCHEDULES OF SORAFENIB DAILY AND INTERFERON- α 2a
(IFN) IN METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA
(RAPSODY): GOIRC STUDY 0681**

Bracarda S.¹, Porta C.², Boni C.³, Santoro A.⁴, Artioli F.⁵, Di Bartolomeo C.⁶, Contu A.⁷, Gasparro D.⁸, De Angelis V.⁹, Caserta C.¹, GOIRC Study Group

¹Azienda Ospedaliera, Perugia; ²IRCS San Matteo, Pavia; ³Ospedale S. Maria, Reggio Emilia; ⁴ICH Humanitas, Milano; ⁵Azienda Ospedaliera, Carpi; ⁶Ospedale Umberto I, Roma; ⁷Azienda Ospedaliera, Sassari; ⁸Azienda Ospedaliera, Parma; ⁹ASL-2, Perugia

Background: Sorafenib is an oral multi-kinase inhibitor with a demonstrated efficacy in metastatic renal cell carcinoma (MRCC). IFN is a pleiotropic molecule with an antiangiogenic activity probably dose and schedule-dependent. Aim of this study was to evaluate the activity and safety of sorafenib combined with IFN in two different schedules.

Methods: Eligible patients had metastatic renal cell carcinoma with a clear cell component ? 50%, previous nephrectomy, ECOG Performance Status 0-2, no cerebral metastases or previous treatment, measurable disease; any Motzer's score was allowed. Patients received oral sorafenib 400mg BID continuously plus sc IFN, 9 MU three times a week (arm-A) or 3 MU five times a week (arm-B), started 7 days after sorafenib to increase compliance. Planned sample size of this single-stage study was 100 cases to be enrolled over 18 months. Primary end points: Progression Free Survival (PFS) in the two arms and safety; secondary end-points: overall response (intention-to-treat analysis) and overall survival.

Results: Between January 2006 and January 2007 all the expected cases were enrolled into the study (median age 63 years, range 34-82; male/female: 71/29). Of 63 patients for whom a post baseline assessment was available (31 in arm A and 32 in arm B), 16 achieved a partial response (25.4%: 29% in arm A, 95% CI 13.2-44.9 and 22% in arm B, 95% CI 7.6-36.2), 5 confirmed, 1 unconfirmed and the remaining too early; 26 had a stable disease (41.3%: 29% in arm A and 53% in arm B) and 21 progressed (33.3%: 42% in arm A and 25% in arm B). Due to the short follow-up period PFS data are not yet available. The most common grade 3/4 toxicities affecting more than 5% of the pts were equally distributed between arms except for fatigue and

skin rash (respectively 19% and 8%, only arm A): hypophosphatemia (43%), hand-foot syndrome (22%), anorexia, stomatitis, hyperamylasemia (11% each), diarrhea (8%) and hyperlipasemia (5%).

Conclusions: With an overall response rate of 25.4% and a tumor control rate (partial response + stable disease) of 66.7% (58.1% in arm A, 95% CI 40.7-75.5 and 75.0% in arm B, 95% CI 60.0-90.0; p = ns) sorafenib plus IFN can be considered a promising regimen in MRCC. Further investigations of the active and safe low-dose IFN combination arm are warranted.

**Abstract n. 164 Comunicazione Selezionata
BCG VERSUS MITOMICINA C PER DIFFUSIONE PASSIVA
O ELETTROSTIMOLATA IN PAZIENTI CON CARCINOMA
IN SITU DELLA VESCICA: FOLLOW-UP A LUNGO TERMI-
NE DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO**

Di Stasi S.M.¹, Storti L.¹, Pagliarella G.¹, Sciarra M.¹, Capelli G.², Zampa G.³

¹U.O.S. di Urologia Oncologica, Università Tor Vergata, Roma; ²Dipartimento di Scienze e Salute, Università di Cassino, Cassino (Fr); ³U.O. di Oncologia, Ospedale S. Giacomo, Roma

Obiettivi: Confrontare l'efficacia e la tossicità della somministrazione intravesicale di bacillus di Calmette - Guérin (BCG), mitomicina C per diffusione passiva (MMC/DP) o elettrostimolata (MMC/EMDA) in pazienti con carcinoma in situ (Tis) della vescica.

Metodi: Dal giugno 1994 al marzo 2001, 108 pazienti con Tis della vescica, primario o residuo dopo TUR di tumori pT1, sono stati randomizzati in tre gruppi di trattamento: (1) BCG 75 mg per 120 min (n=36); (2) MMC/DP 40 mg per 60 min (n=36); (3) MMC/EMDA 40 mg + 25 mA per 30 min (n=36). Le instillazioni sono state effettuate settimanalmente per 6 settimane, seguite da 10 instillazioni mensili. I pazienti sono stati controllati con citologie e cistoscopia ogni 3 mesi per 24 mesi, ed ogni 6 mesi successivamente. L'analisi statistica è stata effettuata secondo intention-to treat. Gli endpoints primari sono stati l'intervallo libero da malattia e l'intervallo libero da progressione. Endpoints secondari sono stati la mortalità globale e per malattia-specifica. **Risultati:** Gli effetti tossici locali (p=0.021) e sistemici (p=0.001), sono risultati meno frequenti nei gruppi trattati con MMC. Dopo un follow-up mediano di 137 mesi, l'intervallo libero da malattia è risultato significativamente a favore di BCG e MMC/EMDA (p=0.008). Recidive di malattia sono state osservate in 78 pazienti (72%): 24 (67%) nel gruppo BCG, 30 (83%) nel gruppo MMC/DP e 24 (67%) nel gruppo MMC/EMDA (p=0.0008). Progressioni di malattia sono state osservate in 37 pazienti (34%): 10 (28%) nel gruppo BCG, 16 (44%) nel gruppo MMC/DP e 11 (31%) nel gruppo MMC/EMDA (p=0.1637). Sono deceduti globalmente 55 pazienti (51%): 19 (53%) nel gruppo BCG, 19 (53%) nel gruppo MMC/DP e 17 (47%) nel gruppo MMC/EMDA (p=0.6923). I pazienti deceduti per cancro della vescica sono stati 27 (25%): 8 (22%) nel gruppo BCG, 11 (31%) nel gruppo MMC/DP e 8 (22%) nel gruppo MMC/EMDA (p=0.5483).

Conclusioni: I risultati dello studio indicano che nei pazienti con Tis le somministrazioni intravesicali di BCG e MMC/EMDA aumentano l'intervallo libero da malattia e riducono i tassi di recidiva rispetto alla somministrazione di MMC/DP. L'analisi dei tassi di progressione di malattia e di mortalità, globale e specifica, non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i 3 gruppi.

Bibliografia essenziale

1. S. M. Di Stasi, A. Giannantoni, R. L. Stephen, G. Capelli, P. Navarra, R. Massoud, G. Vespasiani: Intravesical electromotive mitomycin C versus passive transport mitomycin C for high risk superficial bladder cancer: a prospective randomized study. *J. Urol.* 170, 777 - 782, 2003

Abstract n. 165 Poster

SOMMINISTRAZIONE ENDOVESICALE DI BCG IN ASSOCIAZIONE CON DESMOPRESSINA ORALE (DDAVP): VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀSiracusano S.¹, Fandella A.², Ciciliato S.¹, Bernabei M.¹, Pappagallo G.³, Belgrano E.¹¹U.C.O. di Clinica Urologica Università di Trieste; ²Divisione di Urologia Ospedale di Treviso; ³Dipartimento di Oncologia Ospedale Civile di Noale (Ve)

Introduzione e Obiettivi: Attualmente non è definito se l'aumento del tempo di contatto tra BCG e mucosa vescicale possa incrementare l'intervallo libero da malattia tra la TUR e la comparsa della prima recidiva. Obiettivo del presente studio è quello di verificare se la somministrazione di Desmopressina (DDAVP) orale in associazione al BCG intravesicale a basso dosaggio determina un incremento del tempo di contatto del BCG e se questo sia associato ad una comparsa della tossicità locale.

Materiali e Metodi: Vengono arruolati 29 pazienti maschi (età media 67.4 aa. – mediana 68.5 aa.), non a rischio per patologia cardio-vascolare e per l'assunzione di DDAVP, affetti da neoplasia superficiale T1G3 della vescica. I pazienti in oggetto vengono sottoposti a TUR e a successiva profilassi endovesicale con 81 mg di BCG in 50 ml di soluzione fisiologica. Il protocollo di studio ha previsto quanto segue:

- 1^a e 2^a settimana di trattamento (T0): digiuno 6 ore prima dell'instillazione, svuotamento vescicale, instillazione di BCG e minzione alla comparsa dello stimolo improcrastinabile con valutazione tempo di permanenza (Q) del BCG in vescica e del residuo post-minzionale per la stima del volume urinario complessivo (Vo) in corso di terapia (volume minzionale + eventuale residuo post-minzionale meno 50 ml di soluzione fisiologica impiegata per la somministrazione del BCG);
- 3^a alla 6^a settimana di trattamento (T1): nessuna restrizione di dieta o di liquidi. Somministrazione di 0.2 mg di DDAVP 1 h prima dell'instillazione di BCG. Valutazione dei successivi parametri come riportato nella 1^a e 2^a settimana di trattamento. L'osservazione di 8 o più episodi di cistalgia di grado uguale o superiore a 2 sec. NCI-CTC v.2.0 consentiva di considerare non tollerabile il trattamento erogato. La valutazione statistica mediante il test del t di student ed il test di Wilcoxon ha consentito di osservare eventuali differenze relativamente al Q del BCG ed al Vo in corso di terapia in T0 e T1.

Risultati: La somministrazione di BCG secondo le modalità T0 e T1 non ha prodotto effetti collaterali. Si è osservata l'assenza di una differenza statisticamente significativa tra T0 e T1 in merito alla media del Vo in corso di terapia (T0 Vs T1: 125.09 ml Vs 117.92 ml), mentre l'incremento del Q medio del BCG tra T0 e T1 è risultato statisticamente significativo (T0 Vs T1: 108.36 min Vs 121.28 min).

Conclusioni: La somministrazione di BCG secondo T0 e T1 non è associato a tossicità locale permettendo un prolungamento del tempo di contatto fra BCG e mucosa vescicale.

Abstract n. 166 Video

IL "TERZO" SFINTERE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: NOSTRA ESPERIENZA

Nucciotti R., Pizzuti V., Paolini R.

U.O. Urologia, Ospedale Misericordia, Grosseto

Introduzione: E'utilizzo del robot-Da Vinci - nella prostatectomia radicale permette una accurata ed eccellente dissezione dell'uretra membranosa dall'apice prostatico ed una eccellente salvaguardia dei mm. rettouretrali, ponendo le premesse per ottimi risultati sulla continenza post intervento.

Obiettivi: Nostro obiettivo è quello di descrivere la tecnica robotica del "terzo" sfintere - sospensione dei legamenti pubopro-

statici all'arco pubico - per migliorare le prospettive di continenza del pz. e confrontare i risultati della tecnica robotica con la tecnica laparoscopica ed open.

Metodi: Gruppo A 6 pz. trattati di prostatectomia radicale robotica con terzo sfintere (dal 20 luglio 2007)- gruppo B 18 pz trattati di prostatectomia radicale in videolaparoscopia (dall'aprile 2007)- gruppo C 53 pz trattati di prostatectomia radicale a cielo aperto (dal gennaio 2007). Si valuta la early continence alla rimozione del catetere dopo 7 gg dall'intervento, quindi la continenza a 2 mesi.

Risultati: La tecnica laparoscopica non mostra superiorità statisticamente significative rispetto alla tecnica open per quanto riguarda la early continence e a 2 mesi. La tecnica robotica del "terzo" sfintere pur nella esiguità dei casi, mostra incoraggianti prospettive: 5 pz su 6 mostravano early continence.

Conclusioni: La prostatectomia radicale robotica permette di esplorare nuove frontiere anatomiche tali da poter raggiungere traguardi terapeutici forse inaspettati.

Abstract n. 168 Poster

ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) VERSO OSSERVAZIONE CLINICA (WW) PER TUMORI RENALI DI PICCOLE DIMENSIONI (<3 CM): PRIMI RISULTATI DI UNO STUDIO PROSPETTICO

Brausi M., Gavioli M., De Luca G., Viola M., Verrini G., Simonini GL, Peracchia GC, Giliberto GL.

U.O. di Urologia AUSL, Modena

Introduzione e Obiettivi: La APR e l'osservazione clinica (WW) sono 2 possibili opzioni per pazienti selezionati affetti da masse renali di piccole dimensioni. L'obiettivo di questo studio è stato di valutare e confrontare i risultati della APR e del WW su tumori renali di dimensioni minori a 3 cm in termini di progressione tumorale TAC diagnosticata e controllata durante lo stesso periodo di tempo.

Materiali e Metodi: In questo studio prospettico non randomizzato dal Maggio 2004 al Luglio 2006, sono stati reclutati 30 pazienti con masse renali <3 cm diagnosticate con ecografia (US) e TAC, previa firma di un consenso informato. 15/30 pazienti sono stati seguiti con WW (Gruppo A) e 15/30 sono stati sottoposti a APR del tumore (Gruppo B). Dopo la diagnosi al paziente è stata offerta la chirurgia "open" come standard del nostro centro; quando questa opzione non era possibile o è stata rifiutata abbiamo proposto APR o WW. Nel Gruppo A 7/15 pazienti erano ASA IV (di cui 4>83 aa), 8/15 hanno rifiutato ogni terapia. Nel Gruppo B 12/15 erano ASA IV (6>83 aa) e 3/15 hanno rifiutato la chirurgia. L'età media nel Gruppo A era 66.2 anni vs 68.2 nel Gruppo B. Il diametro tumorale medio era 2.0 cm nel Gruppo A e 2.5 cm nel Gruppo B. APR è stata eseguita usando un ago a 9 punte ecoguidato in anestesia locale (Lidocaina lungo il tragitto). La durata del trattamento è stata di 18-20'. I pazienti in entrambi i gruppi sono stati seguiti con TC ogni 3-4 mesi per il primo anno e ogni 6 mesi successivamente.

Risultati: Il follow up medio è stato di 14.9 mesi (range 3-29). Nel Gruppo A 3 pazienti sono stati persi al follow-up vs 0 nel Gruppo B. Nel Gruppo A 10/12 pazienti avevano malattia stabile alla TAC (86.4%). In 2/12 pazienti i diametri della lesione sono aumentati: da 2 a 4 cm (1) e da 1.5 a 2 cm (1) in 6 e 3 mesi rispettivamente. Il tasso di progressione è stato di 16.7%. Nel Gruppo B 15/15 pazienti (100%) ebbero SD alla TAC (senza enhancement). Effetti collaterali: 1/14 pazienti ha riportato nausea e dolore lombare dopo APR controllato con terapia medica.

Conclusioni: APR è risultata una sicura procedura in pazienti con piccole masse renali. Stabilità di malattia è stata osservata nel 100% dei pazienti. Un atteggiamento di osservazione clinica per questi pazienti è risultato meno affidabile. Il 17% dei pazienti ha riportato progressione nei diametri tumorali in 3-6 mesi e hanno necessitato chirurgia.

Abstract n. 169 Poster

LA PROSTATECTOMIA RADICALE (RP) E LINFOADENECTOMIA PELVICA ESTESA (EPLD) PER TUMORI PROSTATICI (PCA) IN STADIO CLINICO T3 (CT3): UNA SCELTA RAZIONALE

Brausi M., De Luca G., Verrini G., Gavioli M., Peracchia G.C., Simonini G.L., Viola M., Giliberto G.L.

U.O. di Urologia AUSL, Modena

Introduzione: Il ruolo della RP con EPLD per tumori prostatici cT3 è ancora controverso. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare i risultati oncologici di tutti i pazienti con tumore prostatico cT3 afferenti al nostro centro dal 2000 al 2005. Sono stati valutati la sovra e sottostadiazione, la sopravvivenza complessiva (OS), la sopravvivenza malattia specifica (DSS), e la morbilità della chirurgia.

Materiali e Metodi: Su un totale di 1195 prostatectomie radicali eseguite, 105/1195 (8.8%) casi erano cT3. 31/105 pazienti sono stati esclusi per un follow-up troppo breve per cui sono stati inclusi in questo lavoro 74 pazienti. L'età media è stata di 68.1 anni (range 51-76) con PSA medio pre-operatorio di 24.5 ng/ml (range 4-130). Tutti i pazienti erano M0 (scintigrafia ossea e TC negativi). Chirurgia: abbiamo sempre eseguito una EPLD bilaterale. Il numero di linfonodi prelevati è variato da 20 a 45 (media 32.5). Abbiamo adottato un approccio retrogrado, extraponeurotico con la rimozione della fascia di Denonviller. Non è mai stata eseguita tecnica nerve sparing. Sono stati prelevati margini chirurgici addizionali (collo vescicale, laterali, base e uretra) per una completa stadiazione.

Risultati: La stadiazione patologica è stata: pT2 = 15/74 paz (20.3%) di cui pT2a = 6/15 (40%), pT2b = 8/15 (53.3%), pT2c = 1/15 (6.7%); pT3 = 50/74 (67.5%) di cui pT3a = 19/50 (38%), pT3b = 31/50 (62%); pT4 = 9/74 (12.2%). 29/74 (39.2%) casi erano con linfonodi positivi e risultavano essere tutti pT3 e pT4: pT3a = 15.7%, pT3b = 74.3%, pT4 = 66.6%; tutti questi sono stati subito posti in ormono-terapia (HT). 45/74 (60.8%) pazienti erano N0. Grading: Gleason score 4-6 = 12/74 (16.2%), 7 = 20/74 (27%), 8-10 = 37/74 (50%), Gx = 5/74 (6.8%). Margini chirurgici positivi erano presenti nel 57% (42/74). Il follow up medio è stato di 55.48 mesi (range 24-71). L'OS è stato 89.2% (66/74 paz) mentre la DSS del 96% (71/74 paz); 8/74 pazienti sono morti: 1 per embolia polmonare nel post-operatorio, 2 per metastasi (2.6%), 3 per altri tumori e 2 per cause sconosciute. 2 pazienti sono stati persi al follow-up. Dei 64/74 casi seguiti regolarmente, 34 hanno ricevuto HT adiuvante (53%) e 30 (47%) nessuna terapia; 24 /30 pazienti (80%) trattati solo con RP presentavano un PSA indosabile PSA (0.001-0.1 ng/ml). 26/34 casi posti in HT avevano un PSA indosabile (76.4%) mentre 8/34 (23.6%) presentavano una ripresa biochimica (PSA da 0.57 a 100 ng/ml). Complicanze: mortalità = 1/74 (1.3%), linfocele = 33.5% (25% sono stati punti), reimpianto ureterale = 1/74 (1.3%), lesione rettale = 3/74 (4%) con riparazione intraoperatoria.

Conclusioni: La RP con ELND è risultata una valida opzione per i pazienti in stadio cT3. La sopravvivenza totale a 56 mesi e la sopravvivenza malattia specifica sono state rispettivamente 89% e 96%. Circa il 20% dei pazienti è stato sovrastadiato essendo pT2. Dopo 56 mesi il 32% dei pazienti dopo sola RP presenta un PSA indosabile. La morbilità è risultata accettabile.

Abstract n. 170 Poster

IL BCG A DOSE RIDOTTA È EFFICACE NEL CARCINOMA IN SITU (CIS) DELLA VESCICA? RISULTATI A LUNGO TERMINE DI UNO STUDIO DI FASE II

Brausi M., Verrini G., Gavioli M., Peracchia G., De Luca G., Giliberto G.L., Viola M., Simonini G.L.

U.O. Urologia AUSL, Modena

Introduzione e Obiettivi: Il BCG è considerato il trattamento di scelta nei pazienti affetti da CIS della vescica con una percentuale di risposta del 70-80%, ma gli effetti collaterali sono consistenti. Per ridurre la tossicità è stato proposto l'utilizzo di BCG a dose ridotta nei pazienti con rischio intermedio-alto con risultati controversi. Gli obiettivi di questo studio sono stati quelli di valutare l'efficacia di una dose ridotta di BCG (75 mg) nei pazienti con CIS e stimarne la tossicità nel lungo periodo.

Materiali e Metodi: 31 pazienti affetti da CIS primitivo o recidivante sono stati inclusi nello studio e sono stati sottoposti a TURB T seguita dall'instillazione endovesicale di BCG 1 volta a settimana per 6 settimane e poi una volta per mese per 12 mesi. 18/31 pazienti (58%) erano affetti da CIS primitivo mentre 13/31 (42%) avevano CIS concomitante. Dopo 10 settimane a tutti i pazienti è stata eseguita citologia urinaria su tre campioni e TUR stadiante in anestesia. Il follow up è consistito in cistoscopia e citologie urinarie ogni 3 mesi per 3 anni e poi ogni 6 mesi. I criteri sono stati: Risposta completa (RC): citologie, cistoscopia ed esame istologico negativi. Progressione (PR): PR a > T1 o malattia metastatica. Fallimento (FA): in tutte le altre situazioni. I pazienti dopo la prima valutazione riceveranno terapia di mantenimento con instillazione endovesicale di BCG ogni mese per un'anno poi sono stati rivalutati.

Risultati: Il follow up medio è stato di 67.3 mesi. Dopo la prima valutazione (10 mesi) RC è stata ottenuta in 17/31 pazienti (55%), 14/31 pazienti hanno avuto recidiva, FA=45%. La progressione o malattia metastatica è stata osservata in 7/31 pazienti (22.5%) di cui 6/7 sono stati sottoposti a cistectomia radicale. 9/31 pazienti (29%) sono deceduti; 6/9 (66%) per la patologia specifica (neoplasia vescicale) e 3/9 (33%) per la comparsa di altre neoplasie. Effetti collaterali: 9/31 pazienti (29%) accusarono sintomatologia irritativa locale (disuria, pollachiuria, ematuria) tale da rendere necessaria la sospensione delle instillazioni mentre 2 accusarono comparsa di vescica coartata (a bassa compliance) (6.5%).

Conclusioni: L'utilizzo di BCG in dose ridotta (75 mg) risulta essere efficace nel CIS, ma gli effetti collaterali sono risultati essere ancora importanti.

Abstract n. 171 Poster

THE CONTRIBUTION OF THE IGRT (IMAGE GUIDED RADIATION THERAPY) IN THE PLANNING AND DELIVERY RADIOTHERAPY TREATMENT FOR PROSTATE CANCERSantoro M.¹, Falvo G.², Scalzo G.³, Pingitore D.¹¹Operative Unity of Radiotherapy and Radiobiology; ²Operative Unity of Urology; ³Operative Unity of Medical Physics, Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

The objective principal of the radiotherapy is the control local or locoregional to curative purpose with saving of the normal tissues. In the last decades the possibility to have available software able to integrate diagnostic data coming from images of Computerized Tomography (CT), of Magnetic Resonance Imaging (MRI) and nuclear medicine (NM) with algorithms of calculation of doses able to calculate the dose in more dimensions have allowed to realize the radiotherapy conformal (3D-CRT) to the purpose to realize of radiant treatments more and more individualized and with smaller late effects. Advances in the delivery of radiotherapy treatment such as the 3D-CRT and Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT) has provided to increased our ability to delivery radiation doses that conform more to the tumour volume avoiding geometrical uncertainties. The variations in the position of the target volume may occur daily during treatment. In the treatment of prostate cancer. The obtainable clinical benefits through the use of highly conformal treatments cannot be gotten if the internal target volume motion are quantified and and if necessary compensated.

Since, radiation dose escalation in prostate cancer may lead to an increase of the disease control, the Image Guided Radiation Therapy (IGRT) may be of great utility in to define target volume, the organ motion and the in to decrease the geographical miss. The assessment of IGRT may add information in the treatment position and real time monitoring during treatment delivery. The IGRT allows to immediately visualize before the administration of the fraction of dose the anatomy of the patient to the purpose to subsequently conform the dose to the volume target.

For this reason, considerable research have been made on the methods of using three-dimensional images of patient on the planning, delivery and verify of radiotherapy treatment. The IGRT includes various technologies as ultrasound, implanted fiducial markers, in-room diagnostic CT or kilovoltage X-rays, megavoltage cone-beam computed tomography (MV CBCT) or kilovoltage cone beam computed tomography (kV CBCT). In conclusion the use of the new imaging techniques he will be able in a next future to improve the results in the care of the prostate cancer and the relationship efficacy and toxicity in the radiotherapy treatment.

Abstract n. 172 Poster

NEOADJUVANT HORMONAL THERAPY (HT) AND THREE DIMENSIONAL CONFORMAL RADIOTHERAPY (3D-CRT) FOR PROSTATE CANCER: INCIDENCE OF ACUTE AND LATE TOXICITY

Santoro M.¹, Falvo G.², Scalzo G.³, Pingitore D.¹

¹Operative Unity of Radiotherapy and Radiobiology; ²Operative Unit of Urology; ³Operative Unity of Medical Physics, Hospital Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

Introduction and Objective: At present, the optimal approach in the treatment of prostate cancer is still subject of debate. This is attributable to the absence of convincing clinical data to support the superiority of one treatment over another. We evaluate retrospectively our experience in the treatment of prostate cancer to assess whether the use of androgen deprivation (AD) increases late morbidity when combined with high-dose three-dimensional conformal radiation therapy.

Methods: The study was conducted from 1999 to 2007 on 575 patients a median age of 70.5 years (range 50-82 years) affected by prostate cancer with a median age of 70 years (range 50-82 years), treated at "Hospital Pugliese-Ciaccio", Catanzaro.. The patients resulted in the following clinical stage of illness: stage I, 13 patients (2.3%), stage II, 360 patients (62.6%), stage III, 175 patients (30.4%) and stage IV, 27 patients (4.7%).

The patients were introduced to the debut with a PSA > 10 ng/ml, in 29% of the cases, PSA 10-20 ng/ml in 34% of the cases while 37% of the patients had introduced a PSA >20 ng/ml. All patients were submitted to androgen ablation therapy for a median of 8,9 months and three-dimensional conformal therapy. The total dose of radiotherapy ranged 7000 cGy to 7200 cGy, with a dose fraction of 180-200 cGy. The patients have been treated in the supine position with 18 MV fotons and fields shaped with MLC (Multileaf Collimator) on prostate and seminal vesicles, without system of immobilization. In 88 (15.3%) patients, with clinical nodal involvement (N1), has performed the treatment on pelvis until 4500 cGy. The toxicity to the treatment has been appraised according to the RTOG scale.

Results: With a median of follow-up was 45 months (range 12-96), the biochemical survival of the patients has been of 65% while 21% of the patients has introduced biochemical relapse and the remainder 14% has introduced local relapse.. The 98.5% of the patients has introduced a toxicity rectal acute of G2 and 1.5% a toxicity of G3, while in the 1% has introduced

a bladder toxicity acute of G3-4. The incidence of late genitourinary toxicity was the following: 6% G2, 4% G3, 0.5% G4 and the incidence of late gastrointestinal toxicity was: 17% G2, 2% G3, 0% G4. No association was observed between the use of hormonal therapy and late treatment-related toxicity.

Conclusions: In summary, our data confirm the good present results in literature in the biochemical control and low toxicity in the cure of the prostate cancer using a combination of 3D-CRT and hormonal therapy. The conformal radiation therapy allows to administer to the target a dose taller, reducing the exposure of the organs to risk. The treatment comes, therefore, well born and introduces great potentiality on the local control of the disease. Moreover, in our experience, the use of hormonal therapy does not impact on late toxicity following high dose 3D-conformal radiotherapy for prostate cancer.

Abstract n. 173 Poster

METASTASI EPATICHE DOPO LINFADENECTOMIA LAPAROSCOPICA PER NEOPLASIE DEL TESTICOLO I STADIO CLINICO

Pizzocaro G.¹, Nicolai N.²

¹Università degli Studi di Milano, Ospedale S.Giuseppe, Milano;

²Fondazione Istituto Naz. Tumori, Milano

Introduzione e Obiettivi: La linfadenectomia laparoscopica è una procedura largamente impiegata nel trattamento dei pazienti con neoplasia testicolare non seminomatosa al primo stadio clinico e di regola i pazienti con metastasi istologicamente accertate vengono sottoposti a 2 cicli di terapia adiuvante (1).

Metodi: Nel 1999 abbiamo iniziato ad eseguire la linfadenectomia laparoscopica nei pazienti al primo stadio clinico. Dal momento che la chemioterapia adiuvante non veniva somministrata ai pazienti N+ nei casi operati con chirurgia aperta, abbiamo deciso di non somministrare la chemioterapia adiuvante anche nei casi N+ dopo chirurgia laparoscopica.

Risultati: Due dei primi 8 pazienti operati laparoscopicamente avevano minime metastasi linfonodali: un'area di 0.4 cm di neoplasia burned-out in un linfonodo adiposo nel primo paziente ed una metastasi massiva inferiore al cm. nell'altro. Il primo ha sviluppata una voluminosa metastasi epatica di 11 cm tre mesi dopo l'intervento con AFP elevata e l'altro metastasi epatiche plurime con AFP e HCG elevati dopo 7 mesi. Entrambi i pazienti sono stati trattati con 4 cicli di terapia PEB: il primo ha avuto la normalizzazione della AFP, ma una minima risposta volumetrica ed è stato operato di epatectomia destra con diagnosi di teratoma; il secondo ha avuto una risposta clinica completa. Entrambi i pazienti sono vivi e liberi da malattia da 8 anni. Pertanto nei casi successivi abbiamo sempre somministrato 2 cicli di chemioterapia adiuvante nei casi N+.

Conclusioni: In conclusione, la linfadenectomia laparoscopica nei tumori germinali del testicolo al primo stadio clinico deve essere considerata una chirurgia esclusivamente diagnostica e non terapeutica, con l'obbligo di somministrare post-operativamente 2 cicli di chemioterapia adiuvante. Per quanto riguarda l'inusuale localizzazione epatica delle metastasi in entrambi i casi bisogna tener presente che la pressione positiva del pneumoperitoneo, la probabile manipolazione dei linfonodi patologici durante la dissezione e la durata della dissezione retroperitoneale con questa tecnica possono favorire la comparsa di metastasi epatiche precoci per assorbimento per via portale di eventuali cellule neoplastiche disseminate sul peritoneo viscerale (2, 3).

Bibliografia essenziale

1. J. Urol. 2000, 163:1973-6
2. World J. Surg. 2001, 25:1537-41
3. Surg. Endosc. 2002, 16:193-6

Abstract n. 174 Poster

L'UTILIZZO DEL TRIMPROB NELLA DIAGNOSTICA NON INVASIVA DEL TUMORE PROSTATICO

De Giorgi G., Grossetti B., Kocjancic E., Frea B.

Dipartimento di Urologia, Azienda Ospedaliero Universitaria, Udine

Introduzione: Il Tissue Resonance Interaction Method (TrimProb) rappresenta una tecnica promettente nella diagnostica non invasiva del tumore prostatico, sebbene i dati disponibili debbano essere ancora verificati e sviluppati. Gli Autori riportano la propria esperienza relativa all'applicazione del TrimProb nella diagnostica non invasiva del tumore prostatico.

Materiali e Metodi: Dal 1/2006 al 12/2006 sono stati valutati ambulatorialmente 132 pazienti, dei quali 84, di età compresa dai 55 ai 78 anni, con dati completi disponibili per analisi. Ogni paziente è stato sottoposto ad esplorazione rettale previo dosaggio del PSA totale, libero e rapporto libero/totale. Ciascun paziente è stato quindi sottoposto a biopsia prostatica ecoguidata con valutazione della volumetria prostatica, previa valutazione con Trimprob. Tutti i pazienti sono stati valutati da un singolo operatore.

I risultati ottenuti alla biopsia sono stati confrontati con il dato ottenuto al TrimProb e stratificati in relazione al volume prostatico. È stata eseguita la valutazione della sensibilità, specificità, valore predittivo positivo, valore predittivo negativo, accuratezza diagnostica.

Risultati: I risultati sono schematizzati nelle Tabelle 1a, 1b, 1c, 1d: **Discussione e Conclusioni:** I dati ottenuti confermerebbero l'utilità del TrimProbe nella diagnostica del tumore prostatico. I risultati ottenuti con i pazienti più recentemente valutati confermerebbero la necessità di una curva di apprendimento della tecnica per ottenere un miglior risultato. La mancata concordanza fra i dati ottenuti al TP e quelli relativi alla biopsia prostatica potrebbe essere rapportabile alla volumetria prostatica, come si evince dai dati espressi in Tabella 1b; prostate di volume inferiore ai 40 cc potrebbero essere più difficilmente indagabili ed interpretabili con TP rispetto a ghiandole prostatiche di dimensioni più cospicue. Sebbene l'esperienza riportata non sia particolarmente numerosa, si ritiene possa essere meritevole di approfondimento.

Abstract n. 175 Poster

BIOPSIA CON ACCESSO TRANSPERINEALE: IL VOLUME PROSTATICO CONDIZIONA LA DETECTION RATE?Albo G.², Pagliarulo V.¹, Giocoli Nacci G.¹, Abbinante M.¹, Scarcia M.¹, Lorusso A.¹¹Università degli Studi, Bari, Dipartimento Emergenze e Trapianti d'Organi, Sezione di Urologia; ²Università degli Studi, Foggia, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Urologia

Introduzione e Obiettivi: L'avvento del dosaggio sierico del PSA, ha comportato un salto di stadio del tumore prostatico, con transizione da malattie localmente avanzate o sistemiche, a malattie precoci. La detection rate della biopsia prostatica può essere ridotta nelle malattie precoci, in quanto è meno probabile che durante la procedura si possa prelevare il focus neoplastico quanto più lo stesso è piccolo e multifocale. L'aumento volumetrico della ghiandola prostatica comporta una distribuzione dei foci neoplastici in un volume maggiore, con una conseguente riduzione della detection rate. Tuttavia nel corso dell'aumento volumetrico dell'organo da Iperplasia Prostatica Benigna, si sviluppa la zona adenomatosa dell'organo, riducendo quella periferica, prevalente sede del tumore prostatico, ad un sottile mantello. Scopo del presente studio è valutare se esi-

Tabella 1a.

TrimProb (TP)	Biopsia prostatica	N. pazienti	% concordanza
TP +	Biopsia +	30/40	75%
TP -	Biopsia -	33/44	82%
TP +	Biopsia -	11/44	27%
TP -	Biopsia +	10/40	25%

Tabella 1b.

TP - Biopsia +	7 pts < 40cc-	3 pts >40cc		Pts 10/40 (25%)
TP + Biopsia -	7 pts < 40cc-	2 pts < 40cc	2 pts > 80cc	Pts 11/44 (27%)

Tabella 1c.

N. pazienti: 84	%
Sensibilità	74%
Specificità	75%
VPP	73%
VPN	77%
Accuratezza diagnostica	75%

Tabella 1d.

Ultimi 30 pazienti consecutivi	%
Sensibilità	93%
Specificità	75%
VPP	73%
VPN	93%
Accuratezza diagnostica	83%

ste una correlazione tra volume della prostata e detection rate della biopsia prostatica.

Metodi: Dal 1 gennaio 2003 al 31 dicembre 2006 sono state eseguite 1392 biopsie prostatiche con tecnica transperineale e prelievo di 18 frustoli, con utilizzo di ago 16 G. La percentuale di positività è stata 31% (428/1392). I risultati sono stati stratificati in base al Volume prostatico (<30 ml, 30-50, >50), ottenuto nel corso della ecografia transrettale della prostata.

Risultati: La detection rate complessiva della nostra tecnica è stata del 31%, in linea con i risultati in letteratura¹. Stratificando i dati in rapporto alla dimensione della prostata, si ottengono i seguenti risultati: Per ghiandole prostatiche del volume inferiore a 30 ml, la detection rate è stata del 41%. Per ghiandole del volume compreso tra 30 e 50 ml la detection rate è stata del 39%. Infine, per ghiandole del volume maggiore a 50 ml, la detection rate è stata del 26%.

Conclusioni: Secondo l'ipotesi iniziale la metodica a 18 prelievi con approccio transperineale avrebbe dovuto comportare una detection rate sovrapponibile nei vari gruppi di pazienti stratificati in base al volume prostatico. Infatti nel corso del processo della iperplasia prostatica si apprezza un aumento del volume dell'adenoma rispetto alla zona periferica, prevalente sede dell'adenocarcinoma. Con tecnica transperineale si campiona prevalentemente la zona periferica, indipendentemente dall'aumento volumetrico della ghiandola. Tuttavia i dati ottenuti dimostrano che esistono delle significative differenze nella detection rate della biopsia prostatica in relazione al volume della prostata, con una riduzione della sensibilità della tecnica

all'aumentare del volume della ghiandola. Diversi lavori in letteratura dimostrano come in prostate di volume inferiore a 30 cc non sia necessario prelevare un elevato numero di frustoli, con un optimum che si aggira attorno agli 8-10 prelievi^{1,2}. Tuttavia la presente esperienza potrebbe suggerire di aumentare il numero di prelievi per le ghiandole di dimensioni maggiori, con lo scopo di avvicinarsi alla detection rate del 40%, osservata nel primo gruppo di pazienti.

Bibliografia essenziale

1. Eskicorapci SY, e coll., "Individualization of the biopsy protocol according to the prostate gland volume for prostate cancer detection." *J Urol.* 2005; 173(5):1536-40
2. Ficarra V, e coll. "The potential impact of prostate volume in the planning of optimal number of cores in the systematic transperineal prostate biopsy." *Eur Urol.* 2005; 48(6):932-7

Abstract n. 176 Comunicazione Selezionata **STUDIO SUI RAPPORTI TRA FIBROBLASTI UMANI NORMALI E CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO (CAP) UMANO IN COCOLTURA**

Iacopino F, Sica G.

Istituto di Istologia ed Embriologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Le interazioni epitelio-stroma sono fondamentali nella regolazione della crescita, della motilità e del differenziamento delle cellule normali, ma hanno un ruolo determinante anche nello sviluppo e nella progressione dei tumori. In questo ambito esistono evidenze sperimentali sia a favore di un ruolo di facilitazione che di limitazione della crescita neoplastica da parte dei fibroblasti.

Riportiamo qui i risultati di uno studio originale relativo ai rapporti tra fibroblasti normali ottenuti da gengiva umana e linee cellulari di CaP umano a diverso grado di differenziazione mantenuti in cocoltura. In particolare sono state utilizzate le cellule LNCaP sensibili agli androgeni e le cellule PC-3 e DU-145 non responsive agli androgeni. Sono state indagate la morfologia e le modalità di crescita cellulare, mediante analisi al microscopio invertito a contrasto di fase; è stato studiato l'effetto dei media condizionati (MC) delle varie linee cellulari sulla crescita, mediante conte cellulari; è stata valutata l'espressione della E-caderina, una molecola di adesione presente a livello delle giunzioni intercellulari di tipo aderente, mediante analisi immunocitochimica. Le cellule LNCaP in cocoltura crescono formando una rete al di sopra del monostato costituito dai fibroblasti, mentre le due linee non sensibili agli androgeni formano delle colonie che vengono contornate dai fibroblasti. Dopo sei giorni, le cellule LNCaP nelle cocolture sono in numero ridotto rispetto a quelle cresciute in singolo e fenomeni regressivi si osservano a carico sia delle LNCaP che dei fibroblasti. Al sesto giorno, le cellule PC-3 e DU-145 prevaricano, sovrachando la crescita dei fibroblasti, che, nel caso specifico delle cocolture con le DU-145, non sono più evidenziabili. LMC dei fibroblasti inibisce la proliferazione delle cellule LNCaP, dopo tre giorni, del 33% ($p < 0,01$) e dopo sei giorni fino all'82% ($p < 0,01$), mentre non ha alcun effetto sulle cellule PC-3 e DU-145. Gli MC di tutte e tre le linee di CaP riducono la crescita dei fibroblasti, essendo più efficace quello delle cellule DU-145, che ha un effetto inibitorio del 50% ($p < 0,01$) già dopo tre giorni e del 55% ($p < 0,01$) dopo sei giorni.

La E-caderina non è espressa dai fibroblasti né quando sono in singolo né nelle cocolture. Le cellule LNCaP mostrano una forte reattività a ridosso della membrana e, in qualche elemento, anche a livello del nucleo. Le cellule PC-3 hanno una reattività localizzata soprattutto a livello nucleare. Le cellule

DU-145 mostrano un'espressione sporadica della molecole di adesione, ma tipicamente localizzata a livello della membrana citoplasmatica. In caso di cocoltura, unico dato variante al quadro illustrato è una ridotta immunoreattività nucleare nelle cellule PC-3. I dati ottenuti confermano l'esistenza di un dialogo tra i fibroblasti e le cellule di CaP che si estrinseca sia mediante le peculiari modalità di crescita osservate sia, presumibilmente, mediante fattori secreti nel medium di coltura che influenzano soprattutto la sopravvivenza dei fibroblasti, i quali vengono fortemente inibiti dalle linee cellulari più aggressive. Allo stesso tempo a livello dei contatti cellulari si assiste, nelle cellule PC-3, a una più classica localizzazione della E-caderina, che sembrerebbe deporre per una sua più corretta funzionalità.

Abstract n. 177 Poster

SARCOMA SINOVIALE DEL RENE. CASE REPORT

Masala D., Fedolini P., Meccariello C., Masala A.

UOSC Urologia - Dipartimento Nefrourologico - Aorn A. Cardarelli, Napoli

Il sarcoma sinoviale del rene è una neoplasia estremamente rara, probabilmente sotto diagnosticata, ad elevata malignità e con forte tendenza alla recidiva locale e a distanza.

Sono descritti 25 casi nella letteratura mondiale.

Descritta la prima volta come tale da Faria nel 1999, è stata oggetto di ulteriore categorizzazione nel 2000, che ha consentito tra l'altro di distinguere due varianti cliniche caratterizzate da pattern monofasico e bifasico rispettivamente, contraddistinte da malignità e prognosi diverse.

La variante monofasica è relativamente più comune e sembra avere una prognosi migliore. La variante scarsamente differenziata, in particolare, è di difficile diagnostica differenziale rispetto ad altri sarcomi round cell. Le tecniche genetiche molecolari sono utili nel precisare la diagnosi: viene confermata con tecnica FISH e dalla dimostrazione di traslocazione SYT-SSX t(X;18) (p11.2;q11.2) che rappresenta la caratteristica citogenetica peculiare della neoplasia.

Viene presentato il caso clinico di un paziente maschio di 47 anni portatore di voluminosa neoformazione renale sinistra sottoposto a nefrectomia radicale con linfoadenectomia regionale e successiva chemioterapia. Il paziente è tuttora vivente in discrete condizioni, ad un follow-up di oltre tre anni, avendo subito due ulteriori interventi per recidive a distanza.

Abstract n. 178 Comunicazione

ACTIVITY AND SAFETY OF SUNITINIB IN UNSELECTED METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA PATIENTS

Bracarda S., Caserta C., Rossi M., Hamzaj A., Crinò L.

S.C. Oncologia Medica, Ospedale S. Maria della Misericordia, Perugia

Background: Sunitinib is an oral multitargeting tyrosine-kinase inhibitor with antiangiogenic property and a demonstrated efficacy in patients with previously untreated as well as with cytokine-refractory metastatic renal-cell carcinoma.

Methods: Eligible patients had metastatic renal cell carcinoma (MRCC). Patients received sunitinib orally at the dose of 50 mg once daily for 4 weeks, followed by two weeks without treatment. Primary objective of this study was to provide access to sunitinib treatment for patients having cytokine-refractory or, after June 2006 amendment, previously untreated MRCC; in addition the following clinical endpoints were evaluated: safety profile of sunitinib, Progression Free Survival (PFS), Time To progression (TTP), objective response rate and overall survival. *Results:* Between June 2005 and May 2007, eighty patients were

enrolled into the study in our centre (male/female: 60/20). Of 61 patients for whom a post baseline assessment was available, 1 achieved a complete response (1.2%), 14 achieved a partial response (17.5%), 28 had a stable disease (35%) and 18 progressed (22.5%). PFS and overall survival data are not yet available. The most common grade 3/4 toxicities affecting more than 5% of the pts were: hand-foot syndrome (11.2%), hypertension (11.2%), stomatitis (8.7%), asthenia (7.5%), diarrhea (7.5%), mucositis (6.2%), thrombocytopenia (5%). Dose reductions were performed in 26% of treated cases.
Conclusions: At the dose of 50 mg/day (schedule: 4 weeks on, 2 weeks off) sunitinib is active in substantially unselected cytokine-refractory MRCC (only few patients were previously untreated in our study) and displays a pattern of toxicity well manageable with dose reductions.

Abstract n. 179 Video

NEFROURETERECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA CON LOSANGA VESCICALE

Ippolito C., Capparelli G., Spisani L., Daniele G.P., M., Spurio, Fornasari L., Ughi G., Romano A., Daniele C.
 U.O. Urologia Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, Ferrara

Introduzione e Obiettivi: La nefroureterectomia con escissione di losanga vescicale perimeatale rappresenta il gold standard terapeutico del carcinoma uroteliale dell'alta via escretrice. Nel video descriviamo la tecnica combinata di nefroureterectomia laparoscopica, con escissione del meato ureterale en bloc per via transvescicale, da noi utilizzata.

Materiali e Metodi: Nel presente video presentiamo il caso clinico di una paziente di 70 anni, affetta da carcinoma uroteliale dell'uretere destro, con idronefrosi ed esclusione funzionale del rene. La prima parte dell'intervento è eseguita in laparoscopia con un accesso transperitoneale. Sono utilizzati due trocar da 10mm ed uno da 5mm. Per l'emostasi usiamo il bisturi bipolare a radiofrequenza GyruS®. Dopo il completo isolamento del rene, dell'uretere, resezione del peduncolo vascolare e linfoadenectomia iliaca, eseguiamo un'incisione tipo Pfannenstiel ed una resezione transvescicale del meato ureterale con asportazione attraverso tale breccia chirurgica di tutto lo specimen integro.

Risultati: Il tempo operatorio è stato di 150 minuti e le perdite ematiche di 150ml. Il dolore postoperatorio è stato facilmente controllato con analgesici minori (FANS). La paziente è stata mobilizzata in prima giornata postoperatoria e dimessa in quarta giornata postoperatoria.

Discussione: La nefroureterectomia con escissione di losanga di mucosa vescicale con tecnica open è, al giorno d'oggi, messa in discussione da approcci mininvasivi per il trattamento delle neoplasie uroteliali dell'alta via escretrice. Diversi studi hanno dimostrato che la nefroureterectomia laparoscopica con escissione di una losanga di mucosa vescicale a cielo aperto è una procedura sicura ed ha gli stessi risultati sul controllo della malattia se comparati alla tecnica open tradizionale. Riteniamo che l'approccio laparoscopico alle neoplasie dell'alta via escretrice, in mani esperte, rappresenti una valida alternativa alla tradizionale tecnica open in quanto associa principi di radicalità oncologica e di mininvasività.

Bibliografia

- Al-Qudah HS, Rodriguez AR, Sexton WJ. Laparoscopic management of kidney cancer: updated review. *Cancer Control*. 2007 Jul; 14(3):218-30
 - Manabe D, Saika T, Ebara S, Uehara S, Nagai A, Fujita R, Irie S, Tamada D, Tsushima T, Nasu Y, Kumon H; Okayama Urological Research Group, Okayama, Japan. Comparative study of oncologic outcome of laparoscopic nephroureterectomy and standard nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma. *Urology*. 2007 Mar; 69(3):457-61

- Muntener M, Nielsen ME, Romero FR, Schaeffer EM, Allaf ME, Brito FA, Pavlovich CP, Kavoussi LR, Jarrett TW. Long-term oncologic outcome after laparoscopic radical nephroureterectomy for upper tract transitional cell carcinoma. *Eur Urol*. 2007 Jun; 51(6):1639-44

Abstract n. 180 Poster

INFLUENZA DEI MARGINI POSITIVI SULLA RECIDIVA BIOCHIMICA

Introini C., Naselli A., Timossi L., Andreatta R., Puppo P.
 Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, IST Genova

Introduzione: Un margine chirurgico positivo dopo prostatectomia radicale è un evento relativamente frequente, con una incidenza variabile dal 10 al 30% dei casi trattati. Abbiamo analizzato la nostra casistica di prostatectomie radicali per verificare quanto il margine positivo influenzi il tasso di recidiva biochimica e se rappresenti un fattore prognostico indipendente.

Materiali e Metodi: Da un database di 557 pazienti operati di prostatectomia radicale dal 4/1998 al 4/2007 sono stati esclusi pazienti con almeno una delle seguenti variabili mancanti: PSA preoperatorio, stadio patologico, stato linfonodale, Gleason score patologico, margini chirurgici e PSA a 1-3 mesi dall'intervento (PSA postoperatorio). Sono stati inoltre esclusi pazienti sottoposti a trattamento neoadiuvante o adiuvante prima di una eventuale recidiva biochimica, quindi anche i pazienti con PSA postoperatorio >0.2 ng/mL o con metastasi nodali. Sono stati infine inclusi i casi con almeno 3 mesi di follow up. Sui 271 pazienti rimanenti 61 avevano almeno un margine chirurgico positivo (23%).

Risultati: La distribuzione dei margini chirurgici per PSA preoperatorio, pT, Gleason score è riportata in Tabella 1a; i risultati dell'analisi univariata per ciascuno dei fattori prognostici in Tabella 1b; i risultati dell'analisi multivariata, escludendo il PSA preoperatorio che non è risultato predittivo di recidiva biochimica in analisi univariata, in Tabella 1c.

Il margine chirurgico positivo è un fattore prognostico di recidiva biochimica non indipendente. In analisi univariata rag-

Tabella 1a.

Con margine positivo		
7	su 16 con PSA preoperatorio > 20	44%
29	su 71 con estensione extracapsulare (pT3a e pT3b)	41%
5	su 16 con Gleason 8-10	32%

Tabella 1b. Risultati analisi univariata (Log rank test)

	OR	IC 95%	p
PSA preoperatorio > 20	1.3	0.3-5.52	0.71
pT3a e pT3b	2.2	1.1-4.4	0.037
Gleason score 8-10	2.5	1.02-6.3	0.045
margine positivo	2.3	1.1-5.1	0.036

Tabella 1c. Risultati analisi multivariata (Regressione di Cox)

pT3a e pT3b	1.8	0.7-4.5	0.19
Gleason score 8-10	2.6	1.03-6.4	0.04
margine positivo	1.5	0.58-4.1	0.38

giunge la significatività statistica con un RR di recidiva biochimica di 2.5 ma non in analisi univariata. È interessante notare che solo il Gleason score elevato 8-10 è risultato predittivo di recidiva biochimica in analisi uni e multivariata.

Conclusioni: Il margine chirurgico positivo di per sé non rappresenta una fattore predittivo di recidiva biochimica. Considerando PSA elevato preoperatorio, stadio patologico pT3a e pT3b, Gleason score 8-10 e margine chirurgico positivo, nella nostra serie, solo il Gleason score elevato appare un fattore prognostico indipendente di progressione biochimica con un rischio relativo di recidiva di 2.6.

Abstract n. 181 Comunicazione

INFLUENZA DEI MARGINI POSITIVI SUL PSA POSTOPERATORIO DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE

Introini C., Naselli A., Raggio M., Andreatta R., Puppo P.

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro

Introduzione: I margini chirurgici positivi sono un controverso fattore prognostico di recidiva biochimica dopo chirurgia radicale. È comune pensare in caso di margini chirurgici positivi e un PSA dosabile dopo chirurgia che essi siano l'evidenza di "neoplasia residua localmente". Abbiamo verificato tale supposizione analizzando la nostra casistica.

Materiali e Metodi: Da un database di 557 pazienti operati di prostatectomia radicale dal 4/1998 al 4/2007 sono stati esclusi pazienti con almeno una delle seguenti variabili mancanti: PSA preoperatorio, stadio patologico, stato linfonodale, Gleason score patologico, margini chirurgici e PSA a 6 settimane dall'intervento (PSA postoperatorio). Sono stati inoltre esclusi pazienti sottoposti a trattamento neoadiuvante o adiuvante prima della determinazione del primo PSA postoperatorio. Sui 313 pazienti rimanenti 84 avevano almeno un margine chirurgico positivo (27%), 37 avevano il PSA postoperatorio >0.1 (12%). La distribuzione dei margini chirurgici per PSA preoperatorio, pT, pN e Gleason score è riportata in Tabella 1a; la distribuzione del PSA PO > 0.1 ng/mL per PSA preoperatorio, pT, pN, Gleason score e margini chirurgici in Tabella 1b. Degli 84 margini chirurgici positivi, 24 erano presenti in più di un punto della stessa prostata (29%).

Tabella 1a.

Con margine positivo		
12	su 26 con PSA preoperatorio >20	46%
46	su 85 con estensione extracapsulare (pT3a e pT3b)	54%
14	su 23 con nodi positivi	60%
11	su 27 con Gleason 8-10	41%

Tabella 1b.

PSA PO >0.1 ng/mL		
10	su 26 con PSA preoperatorio >20	38%
19	su 85 con estensione extracapsulare (pT3a e pT3b)	20%
14	su 23 con nodi positivi	61%
6	su 27 con Gleason 8-10	22%
18	su 84 con margini positivi	21%
5	su 24 con margine positivo multiplo	21%

Tabella 1c.

	OR	IC 95%	p
PSA preoperatorio >20	6.019	2.274-15.828	0.000
pT3a e pT3b	3.359	1.577-7.167	0.001
pN+	18.058	6.463-51.469	0.000
Gleason score 8-10	2.350	0.781-6.778	0.150
margine positivo	3.014	1.414-6.427	0.003
margine positivo multiplo	2.113	0.641-6.563	0.274

Tabella 1d.

	OR	IC 95%	p
PSA preoperatorio >20	3.1255	1.0977-8.8993	0.0328
pT3a e pT3b	1.2298	0.4892-3.0917	0.6601
pN+	11.2139	3.7128-33.8698	0.0000
Gleason score 8-10	0.8525	0.2426-2.9959	0.8034
margine positivo	1.8009	0.7675-4.2258	0.1764

Risultati: I risultati del chi quadro con il 95% di intervallo di confidenza e della regressione logistica con il 95% di intervallo di confidenza per quanto riguarda i potenziali predittori di PSA PO > 0.1 ng/mL sono riportati nelle Tabelle 1c 1d rispettivamente. Nell'analisi multivariata, regressione logistica, con PSA preoperatorio, pT, Gleason score patologico e margine chirurgico, solo il PSA elevato prima dell'intervento e i linfonodi positivi sono risultati predittori indipendenti di PSA PO > 0.1 ng/mL.

Conclusioni: Il margine chirurgico positivo di per sé non rappresenta una fattore predittivo di PSA postoperatorio maggiore di 0.1 ng/mL. Non esistendo un'associazione statisticamente significativa tra predittore e PSA dosabile dopo la chirurgia la presenza di entrambi non si può considerare espressione di "neoplasia residua localmente". Piuttosto dall'analisi emerge il ruolo delle metastasi nodali. Considerando PSA preparatorio > 20 ng/mL, stadio patologico pT3a - pT3b, metastasi linfonodali, Gleason score 8-10 e margine chirurgico positivo, solo il PSA elevato e le metastasi nodali sembrano essere un fattore predittivo indipendente di PSA elevato dopo chirurgia radicale. L'effetto "indipendente" del PSA preoperatorio elevato sul PSA PO può essere spiegato dal tempo di dimezzamento del PSA stesso e quindi sembra essere logico che solo le metastasi nodali siano clinicamente predittive nella nostra serie di PSA dosabile in termini di "malattia residua metastatica nodale o a distanza" dopo la chirurgia considerando che ben 7 su 10 dei pazienti con PSA PO > 0.1 ng/mL e PSA preoperatorio > 20 ng/mL avevano metastasi nodali.

Abstract n. 182 Poster

CISTI MESOTELIALE GIGANTE RETROPERITONEALE: TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO

Celia A., Zeccolini G., Aldahshan S., Breda G.

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

Introduzione e Obiettivi: Le cisti primitive retroperitoneali sono molto rare e vengono considerate tumori benigni del retroperitoneo. Queste neoformazioni derivano da residui embrionari dell'apparato urogenitale e spesso raggiungono gigantesche dimensioni prima di diventare sintomatiche. Riportiamo il

trattamento laparoscopico di una cisti retroperitoneale gigante di origine mesoteliale.

Metodi: Una donna di 37 anni giunge alla nostra osservazione per la presenza in sede retroperitoneale di una cisti gigante, diagnosticata in altra sede come linfangioma cistico. Una recente TC documenta: cisti, con diametro massimo di 17 cm, che presenta intimi rapporti con strutture nobili retroperitoneali ed addominali.

In altra sede viene proposta la rimozione chirurgica della cisti con accesso laparotomico mediano o in alternativa attraverso l'ampliamento della Pfannestiel, esito di pregresso parto cesareo. Dopo un'accurata valutazione dello studio per immagini, proponiamo alla paziente l'intervento di asportazione laparoscopica della neoformazione cistica. L'intervento viene eseguito con accesso transperitoneale. Si esegue l'accesso ed il posizionamento dei trocar secondo lo schema abituale. L'intervento ha inizio con la medializzazione del colon discendente; la cisti viene isolata dai tessuti circostanti per via smussa e tagliente. La dissezione della parete cistica appare difficoltosa in prossimità della vena mesenterica inferiore e della vena gonadica sinistra. Successivamente si isola dal piano aortico e dalla parete cavale. La cisti viene rimossa completamente liberandola inferiormente dai rapporti con l'arteria mesenterica inferiore. L'intervento si completa con l'asportazione della neoformazione cistica in endobag, l'accurata emostasi ed il posizionamento di un drenaggio nel letto di resezione.

Risultati: La durata dell'intervento è di 120 minuti con perdite ematiche non significative, assenza di complicanze intraoperatorie e post-operatorie. La paziente viene dimessa in 2 giornate con un rapidissimo recupero delle normali attività. L'esame istologico pone diagnosi di cisti mesoteliale.

Conclusioni: Le cisti retroperitoneali sono rare masse addominali che solitamente vengono diagnosticate come reperto occasionale in corso di accertamenti eseguiti per altra patologia. La manifestazione clinica è variabile: spesso la cisti è asintomatica ma a volte è causa di algia addominale. Lo studio addominale ecografico è la procedura diagnostica di prima istanza, ma la valutazione CT può evidenziare in dettaglio le dimensioni, la forma e i rapporti della cisti con le strutture circostanti. L'asportazione è il trattamento di scelta e può essere effettuato per via "open" o laparoscopica, come descritto in letteratura. Appare imprudente lo svuotamento percutaneo della cisti, con eventuale sclerotizzazione delle pareti, visto l'intimo rapporto con le suddette strutture vascolari. È evidente il vantaggio della procedura laparoscopica per il recupero veloce del paziente e la minima morbilità.

Abstract n. 183 Video

EMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA IN RENE A FERRO DI CAVALLO

Celia A., Zeccolini G., Breda G.

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

Introduzione e Obiettivi: Il trattamento laparoscopico della patologia renale in rene a ferro di cavallo rappresenta una sfida per il chirurgo, condizionato dalla presenza di vasi aberranti, dall'istmo e dall'ectopia renale. In letteratura sono stati descritti solo 3 casi di procedure laparoscopiche per patologia maligna in rene a ferro di cavallo. Riportiamo in questo video i momenti salienti di una eminefrectomia laparoscopica sinistra per neoplasia in rene a ferro di cavallo.

Metodi: Un uomo di 48 anni giunge alla nostra osservazione per la comparsa di algia lombare sinistra. L'esame ecografico e la successiva TC documenta la presenza di una massa renale sinistra di 7 cm in sede mediorenale in rene a ferro di caval-

lo. Il paziente viene sottoposto ad intervento di eminefrectomia laparoscopica sinistra con accesso transperitoneale. Il paziente viene posizionato in decubito laterale destro, si crea l'accesso open secondo la tecnica di Hasson, si induce lo pneumoperitoneo e si posiziona sotto vista 3 trocar secondo lo schema abituale. L'intervento ha inizio con la medializzazione del colon discendente, l'identificazione dell'uretere e della vena gonadica. Medialmente si espone il rene con il suo istmo, si identifica il peduncolo renale che viene isolato, legato con clips e sezionato. Si evidenzia in sede retroistmica la presenza di un'arteria accessoria tributaria del polo inferiore renale bilateralmente. La branca che irrorava il polo inferiore sinistro, viene legata con clips e sezionata. Il rene viene isolato per via extrafasciale. L'istmo viene legato con 2 lacci e successivamente sezionato. L'intervento si completa con l'accurata emostasi del letto di resezione istmica, l'asportazione in endobag del pezzo operatorio ed il posizionamento di un drenaggio tubulare in loggia renale.

Risultati: La durata dell'intervento è di 210 minuti e con perdite ematiche non significative. Il paziente viene dimesso in quinta giornata con rapido recupero delle normali attività. L'esame istologico conferma la presenza di carcinoma renale a cellule chiare di Grado 2 (pT1bN0Mx). Ad un anno di follow-up il paziente è libero da malattia.

Conclusioni: La presenza di un voluminoso tumore in rene a ferro di cavallo non preclude un approccio laparoscopico. In questa circostanza l'esistenza di insidie anatomiche, come i vasi aberranti e la posizione ectopica, possono suggerire di eseguire tale procedura in centri di riferimento per la laparoscopia.

Abstract n. 184 Poster

ONCOCITOMA SURRENALICO: ASPORTAZIONE LAPAROSCOPICA DI UNA RARA NEOPLASIA

Celia A., Zeccolini G., Aldahshan S., Breda G.

Struttura Complessa di Urologia Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

Introduzione e Obiettivi: Gli oncocitomi sono neoplasie che possono originare dal rene, dalla tiroide e dalle ghiandole salivari. Questi tumori sono rari e sporadicamente originano dalla corteccia surrenalica. Riportiamo un caso del oncocitoma surrenalico incidentale con potenziale grado di malignità.

Metodi: Un uomo di 39 anni è giunto alla nostra osservazione per la comparsa di algia lombare destra. L'esame ecografico e la successiva TC hanno evidenziato la presenza di una massa surrenalica sinistra di 6 cm (incidentale) e l'assenza di patologie a destra. Una successiva RMN ha confermato la presenza della massa surrenalica sinistra compatibile con ganglioneuroma. Gli esami di laboratorio hanno escluso l'attività ormonale della neoformazione.

Il paziente è stato sottoposto ad intervento di surrenalectomia laparoscopica sinistra con accesso transperitoneale.

Risultati: La durata dell'intervento è stata di 125 minuti e con perdite ematiche non significative. Il paziente è stato dimesso in seconda giornata con rapido recupero delle normali attività. L'esame istologico ha confermato la presenza di oncocitoma surrenalico con potenziale malignità. Ad un anno di follow-up il paziente è libero da malattia.

Conclusioni: Gli oncocitomi surrenalici sono rari tumori, con meno di 30 casi descritti in letteratura. Queste neoplasie si presentano solitamente come "incidentalomi" tra la terza e la settima decade. Lo studio per immagini presenta dei limiti nella distinzione della neoplasie tra le forme benigne e le maligne. Bisceglia e colleghi hanno descritto tre tipi di oncocitoma surrenalico basandosi su dati istologici: benigno, potenzialmente maligno e carcinoma oncocitico. Dai dati della letteratura si

evinces che il potenziale di malignità aumenta con il volume della neoformazione, pertanto la rimozione chirurgica degli incidentalomi con diametro > 3 cm deve essere contemplata. La surrenalectomia laparoscopica, correlata con una bassa morbilità e mortalità, rappresenta un valido trattamento per la rimozione di queste patologie. In presenza di un oncocitoma surrenalica con potenzialità maligna si raccomanda uno stretto follow-up poiché la forma francamente maligna risultana aggressiva e metastatizzante.

Abstract n. 185 Poster

LA STRATIFICAZIONE CLINICA DEL RISCHIO DI PROGRESSIONE DOPO TRATTAMENTO CURATIVO DEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE LOCALIZZATO È SICURA PER IL SINGOLO PAZIENTE?

Naselli A., Introini C., Raggio M., Timossi L., Puppo P.

Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova

Introduzione: Al sottogruppo a basso rischio di progressione dopo trattamento curativo di cancro alla prostata clinicamente localizzato (D'Amico) è associata, secondo i principali nomogrammi (Partin, Hase e Han) una probabilità di metastasi linfonodali sino al 3% e di estensione extracapsulare sino al 40%.

Materiali e Metodi: Pz in stadio clinico T1a, T1b o sottoposti a terapia adiuvante o neo- o con PSA dosabile dopo chirurgia o con follow up < 90 giorni sono stati esclusi dalla analisi. Nessun decesso è stato osservato negli inclusi. Quindi la recidiva biochimica, PSA > 0.3 ng/mL, è stata utilizzata come end point. Con il log rank test sono state confrontate la categoria dei pz a basso rischio di progressione dopo prostatectomia radicale (BR), PSA ≤ 10 - GS biptico ≤ 6 stadio clinico T1c T2a, la categoria a rischio intermedio (IR), PSA > 10 e ≤ 20 e/o GS 7 e/o stadio clinico T2b, e la categoria alto rischio (AR), PSA > 20 e/o GS 8-10 e/o stadio clinico T2c. In seguito, il sotto gruppo BR è stato diviso in pz con linfadenectomia pelvica, 35 dal 1997 al 6/1999 e dal 8/2005 e senza linfadenectomia, 66 dal 6/1999 all'8/2005. 82 pz del gruppo BR ha una valutazione dei margini. Le caratteristiche cliniche del

tivo (RR) di progressione biochimica (PB) di 0.79 (p 0.56) rispetto alla categoria RI e un RR di 0.38 (p 0.029) rispetto alla categoria AR. Dopo la stratificazione patologica (Tabella 2), 20 (20%) pazienti a BR sono risultati a intermedio alto rischio. 1 solo pz su 35 è risultato pN1. Non c'è associazione statisticamente significativa (chi quadro) tra stadio patologico o margine chirurgico o Gleason score definitivo e la linfadenectomia.

15 pz (15%) BR hanno avuto una PB a una mediana di 711.5 giorni (range 98 - 1457). Considerando la categoria BR, pT3 contro pT2 ha un RR di 3.95 (p 0.0127) con il log rank, GS definitivo 8-10 o pattern primario 4 contro GS 2-7 senza pattern primario 4 ha un RR di 2.9 (p 0.0692), pNx contro pN0 o pN1 (1 solo caso e quindi statisticamente non valutabile come categoria) ha un RR di 3.9 p 0.0241, uno o più margini chirurgici positivi contro tutti i margini negativi ha un RR di 3.3 p 0.13. Il risultato dell'analisi multivariata, regressione di Cox, è il seguente: pT3 RR 4.9 p 0.0096, GS 8-10 o pattern primario 4 RR 1.55 p 0.4991, pNx RR 4.6 p 0.0201

Conclusioni: Il 20% dei pz BR è stato riclassificato a IR o AR dopo la chirurgia. Nel sottogruppo BR, pT3, GS 8-10 o pattern primario 4, pNx sono risultati fattori di rischio per la PB in analisi univariata. L'analisi multivariata dimostra che solo pT3 e pNx sono fattori prognostici indipendenti. Pertanto, nella nostra serie, non consideriamo sicuro utilizzare la stratificazione clinica di D'Amico per predire il rischio di progressione dopo la chirurgia o per decidere se eseguire o meno la linfadenectomia pelvica.

Abstract n. 186 Poster

BRACHYTHERAPY WITH TRANSPERINEAL 125-IODINE SEEDS FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER

Cecconi A.¹, Guido A.¹, Vicenzi L.¹, Galuppi A.¹, Barbieri E.¹

¹Department of Radiotherapy "L. Galvani", Policlinico S. Orsola-Malpighi-Università degli Studi di Bologna

Introduction and Aim: Prostate cancer is a very important health problem. The present treatment options include radical prostatectomy, external beam radiation therapy, temporary and per-

Tabella 1.

Caratteristica clinica	Range	Mediana	Primo quartile	Terzo quartile
Età	48-75	64	59	69
pN0-1 pNx	51-74 48-75	66 63	59 59	69 68
PSA ng/mL	3-10	6.6	5.3	8
pN0-1 pNx	3.8-10 3-10	6.8 6.2	5.3 5.2	8.2 7.9
Gleason score biptico	3-6	6	5	6
pN0-1 pNx	4-6 3-6	5 6	5 5	6 6
Follow up (giorni)	92-2796	620	309	1122
pN0-1 pNx	92-2796 98-2058	1092 524	543 231	2297 758
Stadio clinico	T1c	T2a		
	79	22		
pN0-1 pNx	29 50	6 16		p 0.56

gruppo BR sono riportate in Tabella 1. La somma dei follow up dei pazienti pN0-1 è di 48426 giorni e dei pz pNx 41822. Sono stati valutati in analisi univariata, log rank test, i principali fattori di rischio patologici e per il fattore "linfadenectomia non eseguita" o pNx. L'analisi multivariata, regressione di Cox, è stata per verificarne l'indipendenza dei fattori di rischio (escluso il margine chirurgico valutabile soltanto in 82 pz su 101)

Risultati: Sono stati inclusi 183 pz, 101 BR, 56 IR e 26 AR. La categoria BR ha un rischio rela-

Tabella 2.

stadio patologico T	T2	T3	
	89	12	
pN0-1 pNx	31 58	4 8	p 1
margini chirurgici	positivi	negativi	
	10	72	
pN0-1 pNx	2 8	27 45	p 0.464
Gleason score definitivo	Sino a 6 o 3+4	8 - 10 o 4+3	
pN0-1 pNx	33 56	2 10	p 0.284

manent brachytherapy, and hormonal therapy. In this study we evaluate treatment results after permanent prostate brachytherapy in localized prostate cancer.

Methods: Between June 2004 and December 2006, 33 patients with T1-T2b N0 M0 prostate cancer were treated with transperineal 125Iodine seed implants in the Department of Radiotherapy at the S. Orsola-Malpighi Hospital (Bologna, Italy).

Tumors were classified as T1c in 13 patients, T2a in 11 patients and T2b in 9 patients. The mean pre-treatment PSA was 6.06 ng/ml. The Gleason score was < 7 (< 3+4) for all patients. The mean prostate volume was 35.5 cc (range 16-60 cc) and the mean preimplant urinary flow rate was 19 ml/sec (range 15-29 ml/sec). The 125Iodine seeds were implanted transperineally under transrectal ultrasound guidance. An average of 86 seeds (range 60-117) were implanted. The dose to the periphery of the prostate was 145 Gy. For the quantification of dose distribution changes we took some generally used dose-volume characteristics, V100 and D90 (V100: relative prostate volume receiving at least the reference dose-145 Gy-; D90: lowest relative dose value within the 90% of the prostate with the highest dose) and in addition some points of the DVHs of prostate, urethra and rectum that were expected to be relevant in relation to post-implant urinary morbidity. Urinary symptoms (International Prostate Symptom Score -IPSS-) and the erectile dysfunction were evaluated before treatment and during the follow-up.

Results: With the mean follow-up of 10.36 months (range 2-24), with a median of 4 PSA dosages/year for patient, all patients are alive without biochemical relapse. Genitourinary acute toxicity such as nicturia, dysuria, increased frequency, were temporary symptoms and they never exceeded the grade 1 score. Acute urinary retention occurred in one patient. One patient developed urgency. Proctitis grade 2 was observed only in one patient. No other gastrointestinal toxicity were detected. Three patients reported erectile dysfunction but only one of them had impotence after 4 months from brachytherapy treatment.

Conclusions: Transperineal 125Iodine seeds brachytherapy in localized prostate cancer is a very low toxicity treatment; however preimplant urinary flow rate was the most important factor predictive of postimplant acute urinary retention. An increased number of seeds implanted also, near urethra especially, is involved in urethral irritation and in development of acute urinary morbidity. In our investigation all patients had a complete remission with shutdown of PSA after 8 months.

Abstract n. 187 Poster

DIFFERENTI ISTOTIPI DI NEOPLASIE RENALI COESISTENTI: LA NOSTRA ESPERIENZA E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Varca V.¹, Simonato A.¹, Toncini C.², Carmignani G.¹, Derchi L.³
¹Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; ²S.C. di Anatomia Patologica Ospedaliera Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova; ³U.O. Radiologia Universitaria II Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Introduzione e Obiettivi: I carcinomi a cellule renali sono solitamente classificati in base alle loro caratteristiche istologiche, immunoistochimiche e ultrastrutturali e tipicamente sono composti da un unico tipo istologico. La coesistenza di due o più istotipi maligni nello stesso rene è al contrario considerata molto rara e in letteratura ne abbiamo riscontrati meno di 10 casi. Relativamente più frequente è invece l'associazione tra l'angiomiolipoma con un'altra neoplasia renale con circa 90 casi descritti. Nel nostro studio retrospettivo segnaliamo ben 5 casi negli ultimi 7 anni.

Metodi: Dal gennaio 2000 al marzo 2007 sono stati operati nel nostro Istituto 365 pazienti per neoplasia renale. Cinque (1,37%) di questi pazienti con età media di 59 anni (range 52-63) presentavano una coesistenza di neoplasia, 4/365(1,1%) erano maschi (con doppia neoplasia maligna) e 1/365(0,27%) femmina (con doppia neoplasia benigna). All'ingresso 3 pazienti erano sintomatici (2 riferivano macroematuria ed uno dolore lombare) mentre gli altri 2 erano riscontri incidentali. Tutte le neoformazioni erano intraparenchimali: 3 localizzate al rene sinistro e 2 al rene destro. In tutti i pazienti è stata effettuata un TC preoperatoria che descriveva le neoformazioni come distinti noduli parenchimali.

Risultati:

Pz 1*: INTERVENTO: Nefrectomia radicale+linfadenectomia. ACCESSO CHIRURGICO: Transperitoneale. DIMENSIONE (cm): 6+1. ISTOTIPO: Cromofobe + cellule chiare. TNM: pT3G2/3pN2+pT1G2pN0.

Pz 2#: INTERVENTO: Nefrectomia radicale+linfadenectomia. ACCESSO CHIRURGICO: Transperitoneale. DIMENSIONE (cm): 4,5+2. ISTOTIPO: Oncocitoma+angiomiolipoma.

Pz 3#: INTERVENTO:Nefrectomia radicale. ACCESSO CHIRURGICO: Retroperitoneale. DIMENSIONE (cm): 4+3. ISTOTIPO: Papillare+cellule chiare. TNM: pT1aG1pNx+pT1aG2/3pNx

Pz 4#: INTERVENTO:Nefrectomia radicale. ACCESSO CHIRURGICO: Retroperitoneale. DIMENSIONE (cm): 3,5+1. ISTOTIPO: Cellule chiare+cromofobo. TNM: pT1aG2pNx+pT1G2pN0

Pz 5#: INTERVENTO:Nefrectomia radicale+linfadenectomia. ACCESSO CHIRURGICO: Transperitoneale. DIMENSIONE (cm): 12+4. ISTOTIPO: Cromofobe+papillare. TNM: pT2G2pN0+pT1aG3pN0

*decaduto #vivo libero dalla malattia

Conclusioni: La coesistenza in un rene di due o più istotipi neoplastici è di rara osservazione. Le segnalazioni presenti in letteratura sono dei semplici case report ad eccezione di un caso di oncocitoma renale che potrebbe essersi mutato in un RCC papillare (1). Dalla nostra esperienza crediamo che questa condizione possa essere però un po' più frequente se "ricercata" dal radiologo e soprattutto dall'anatomopatologo. L'osservazione e lo studio di un maggior numero di casi potrebbe essere utile per comprendere il significato biologico di questa coesistenza.

Bibliografia Essenziale

1. T. Al-Saleema, B. R. Balsarab, Z. Liub, M. Federb, J. R. Testab, H. Wua, R. E. Greenberg: Renal oncocytoma with loss of chromosomes Y and 1 evolving to papillary carcinoma in connection with gain of chromosome 7. Coincidence or progression? *Cancer Genetics and Cytogenetics* 163 (2005) 81-85

Abstract n. 188 Comunicazione

CISTECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA VESCICALE PT1G3: ANALISI RETROSPETTIVA DEI RISULTATI A 5 ANNI

Varca V.¹, Simonato A.¹, Ruggiero G.¹, Nordio A.¹, Vota P.¹, Carmignani G.¹

¹Clinica Urologica "L. Giuliani" Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

Introduzione e Obiettivi: Il trattamento dei carcinomi vescicali superficiali aggressivi rimane controverso. Queste neoplasie possono avere nel 30% dei casi un comportamento del tutto simile a quello dei tumori invasivi e una progressione del 50% nonostante le terapie endovesicali. Sebbene la cistectomia radicale sia considerata il trattamento di scelta per la malattia

muscolo invasiva e per le neoplasie superficiali refrattarie alle terapie conservative, alcuni Autori ritengono lecito il trattamento radicale già alla prima diagnosi per i pT1G3. Scopo del lavoro è quello di confrontare l'esame istologico definitivo e la sopravvivenza nei pazienti pT1G3 operati di cistectomia radicale alla prima diagnosi o dopo fallimento delle terapie conservative.

Metodi: Tra il Novembre 1994 e l'Ottobre 2006 74 pazienti sono stati sottoposti nel nostro Istituto a cistectomia radicale dopo diagnosi di neoplasia transizionale pT1G3. Questi pazienti sono stati suddivisi retrospettivamente in due gruppi: gruppo A (n=27, 25 M e 2 F), sottoposto a cistectomia radicale subito dopo la prima diagnosi di pT1G3 e gruppo B (n=47, 40 M e 7 F) sottoposto a terapia conservativa senza successo (altre resezioni e terapie endovesicali prima del trattamento radicale).

Risultati: I due gruppi sono risultati paragonabili per quanto riguarda l'età (66.29 ± 8.37 vs 66.87 ± 8.6 anni rispettivamente, p NS) e il follow-up (rispettivamente 77 ± 45 vs 60 ± 35 mesi, p NS). Confrontando gli esami istologici definitivi, i due gruppi sono significativamente diversi per l'invasività locale (tumori superficiali 14/27 vs 16/47 rispettivamente, $p < 0.05$; tumori invasivi 13/27 vs 31/47 rispettivamente, $p < 0.00005$) ma anche e soprattutto per quanto riguarda la disseminazione linfonodale (2N+/27 vs 11N+/47 rispettivamente, $p < 0.0005$). Queste differenze hanno portato ad una differente sopravvivenza totale (59.73 ± 45.37 vs 36.45 ± 33.96 mesi rispettivamente, log-rank $p < 0.05$) e una diversa sopravvivenza libera da malattia (53.73 ± 48.54 vs 31.94 ± 35.19 mesi, log-rank $p < 0.05$).

Conclusioni: Nella nostra esperienza i pazienti con neoplasia vescicale superficiale aggressiva sottoposti a cistectomia radicale precoce hanno una migliore prognosi rispetto ai pazienti che ritardano l'intervento radicale. In questi ultimi pazienti c'è una maggiore disseminazione linfonodale ed il "tempo" sembra essere un fattore determinante.

Abstract n. 189 Poster

SCINTIGRAFIA CON PENTETREOTIDE NELLA VALUTAZIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO CON CROMOGRANINA ELEVATA

Villa G.¹, Borzone C.², Massollo M.¹, Pomposelli E.², Toncini C.³, Carmignani G.²

¹U.C. di Medicina Nucleare e ²Cl. Urologica dell'Università degli Studi di Genova - ³U.O. di Anatomia Patologica dell'A.O. Ospedale Università San Martino di Genova

L'adenocarcinoma prostatico è nella maggior parte dei casi inizialmente androgeno dipendente. Dopo circa 18 mesi, tuttavia, la malattia diventa ormono-refrattaria e progredisce con una sopravvivenza mediana di circa 1 anno. I trattamenti terapeutici disponibili, comprendendo radioterapia esterna, terapia radionuclidica e chemioterapia, dimostrano una scarsa efficacia. Recentemente è stata dimostrata da più autori una differenziazione neuroendocrina in un sottogruppo di cellule di adenocarcinoma della prostata. Classicamente i tumori di derivazione neuroendocrina esprimono sulla loro superficie recettori per la somatostatina che possono essere visualizzati scintigraficamente mediante l'impiego di analoghi della somatostatina marcati con sostanze radioattive. L'evidenza di positività ai recettori per la somatostatina potrebbe indicare la possibilità di instaurare un'efficace terapia radiometabolica mediante l'impiego degli stessi analoghi della somatostatina, a lunga emivita, e marcati con radioisotopi beta-emittenti dotati di una adeguata potenzialità terapeutica.

Materiali e Metodi: Dodici pazienti con adenocarcinoma prostatico ormono-refrattario ed innalzamento della Cromogranina-A

(CgA) > 98 ng/ml (IRMA - CIS Bio Inter, Gir sur Yvette, F). L'età media era pari a 71 anni (range 60-80). Tutti i pazienti, con adenocarcinoma prostatico provato istopatologicamente, erano stati previamente sottoposti a terapia chirurgica o medica. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a scintigrafia con Pentetretotide marcato con Indio-111 (Octreoscan® - Tyco, Petten, Olanda) e scintigrafia ossea. La marcatura dell'Octreoscan è stata realizzata presso l'UC di Medicina Nucleare secondo le indicazioni della Tyco. Sono stati somministrati 140 MBq di ¹¹¹In per paziente e l'esame è stato acquisito mediante gamma-camera a doppia testa (GE Millenium, USA) con metodica total body dopo 4 e 24 ore dalla somministrazione del radiofarmaco. Nell'arco di 4 settimane è stata acquisita una scintigrafia ossea total body mediante somministrazione di 740 MBq di ^{99m}Tc-HDP ed acquisizioni a distanza di circa 150 minuti.

Risultati: La scintigrafia con Octreoscan è risultata positiva in 4 pazienti (33%), identificando una o più uptake focali di tracciante. La scintigrafia ossea ha dimostrato accumuli di difosfonati marcati in 6 pazienti (50%), di cui 4 positivi anche all'Octreoscan. I valori di uptake ed il numero delle lesioni osservate con Octreoscan erano correlati alla scintigrafia ossea ed al valore della CgA.

Discussione: I nostri dati, seppur riferiti ad una piccola coorte di pazienti, indicano che la scintigrafia con Octreoscan è in grado di evidenziare la presenza di lesioni metastatiche scheletriche in pazienti con adenocarcinoma prostatico ormono-refrattario ed innalzamento della CgA, seppur con una sensibilità inferiore alla tradizionale scintigrafia ossea. Tuttavia la caratterizzazione di una differenziazione neuroendocrina, anche parziale, dell'adenocarcinoma prostatico a distanza rende plausibile il ricorso a procedure di radioterapia con farmaci antirecettoriali come il Dotatoc-Y90, che in altre neoplasie neuroendocrine hanno dimostrato eccellenti risultati.

Bibliografia essenziale

1. Tropea E ed al: Evaluation of chromogranin A expression in patients with non-neuroendocrine tumours. *Clin Drug Investig.* 2006; 26(12):715-22
2. Nilsson S. ed al: Metastatic hormone-refractory prostatic adenocarcinoma expresses somatostatin receptors and is visualized in vivo by [¹¹¹In]-labeled DTPA-D-[Phe¹]-octreotide scintigraphy. *Cancer Res.* 1995 Dec 1; 55(23 Suppl):5805s-5810s
3. Mencoboni M. ed al: Effect of chemotherapy on somatostatin receptor detection with octreotide scintigraphy in hormone-refractory prostate cancer patients. *Anticancer Res.* 2006 May-Jun; 26(3B):2233-5

Abstract n. 190 Poster

PERINEURIOMA RENALE ED EXTRARENALE: NEOPLASIA INFREQUENTE E PECULIARE

Tura M.¹, Fenice O.¹, Parravicini M.¹, Fibbi M.L.², Spinelli M.³

¹UO di Urologia, IRCCS Policlinico di Monza; ²Servizio di Anatomia Patologica, IRCCS Policlinico di Monza; ³Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale S. Corona, Garbagnate Milanese

Introduzione: Il Perineurioma è una neoplasia benigna delle guaine dei nervi periferici, rara, descritta per la prima volta nel 1978 da Lazarus e Trombetta. Si riconoscono due principali tipi, intraneurale ed extraneurale, in relazione alla sede di insorgenza. Si osserva principalmente negli adulti sebbene sia stato osservato anche nell'età infantile. Sedi preferenziali di insorgenza sono i tessuti molli superficiali degli arti superiori ed inferiori, del collo e del tronco, mentre il retroperitoneo e il rene sono raramente interessati. La caratteristica peculiare che contraddistingue e differenzia le cellule perineuriali dalle cellule di Schwann è l'immunofenotipo: infatti esse perdono l'immunoreattività per pS100, mentre mostrano immunoreattività per EMA.

Si riporta un caso di perineurioma sincrono, bicertrico localiz-

zato alla pelvi renale e alla capsula di Gerota, occorso in un uomo di 43 anni che, a seguito di dolori addominali esegue un'ecografia, che evidenzia la presenza di due masse solide coinvolgenti il polo superiore e l'ilo del rene di destra, e quindi a TAC addome con mdc con riscontro di lesione cistica pluricentrica complessa con diametro massimo di 8 cm; viene pertanto eseguita una nefrectomia radicale.

Materiali e Metodi: Macroscopicamente il rene, del peso di gr 497, evidenziava una massa tondeggianta a margini indefiniti, di consistenza fibro-elastica, di cm 9,5 di diametro massimo, comprimete i calici. Al taglio si osservava colorito biancastro con frammiste aree giallastre di aspetto mixoidi, aspetto fascicolato e consistenza molle elastica. Al polo superiore, nella capsula adiposa, si osservava un'ulteriore neoformazione, priva di rapporti di continuità con la precedente, ben circoscritta, parzialmente mixoide, di colorito bianco-giallastro e di cm 8,5 di asse maggiore.

Microscopicamente il quadro morfologico, delle due neoformazioni, era sovrapponibile ed appariva costituito prevalentemente da stroma lasso in cui erano inglobate cellule fusate, sottili, monomorfe, variamente intrecciate ed organizzate tra loro, con nucleo rotondo talora ovoidale, privo di atipie. Tali elementi cellulari sono risultati immunoreattivi per EMA, CD34, Vimentina e SMA, mentre erano negativi per pS100, Desmina, GFAP e NFP. Si è inoltre osservata immunoreattività per Mib1 nel 15% circa della popolazione cellulare. Sulla base degli aspetti morfologici e del profilo immunofenotipico è stata posta diagnosi di perineurioma extraneurale benigno, bicentrico.

Conclusioni: Spesso le indagini diagnostiche preoperatorie non possono sempre far ipotizzare la natura della lesione neoplastica che necessariamente è identificata soltanto a livello istopatologico; in questo caso la strategia chirurgica è stata improntata dalla localizzazione e dalle dimensioni del tumore. All'esame istologico la diagnostica del perineurioma richiede un pannello di indagini immunoistochimiche che, oltre ai markers di neoplasie mesenchimali, includa anche l'antigene epiteliale di membrana, la cui positività consente al tempo stesso il corretto riconoscimento ed inquadramento diagnostico di queste insolite neoplasie, spesso misdiagnosticate.

Bibliografia

1. Kahn DG, Dukett T, Bhuta M: Perineurioma of the kidney: report of a case with histologic, immunohistochemical and ultrastructural studies. *Arch Pathol Lab Med*, 117:654-657, 1993
2. Hornic JL, Fletcher CD: Soft tissue perineurioma: clinicopathologic analysis of 81 cases including those with atypical features. *Am J Surg Pathol*, 29:845-858, 2005

Abstract n. 191 Comunicazione

STUDIO SULLA CORRELAZIONE TRA I POLIMORFISMI NELLA "REGIONE PROMOTRICE" DEL GENE DELL'ALFA-1-ANTI-CHIMOTRIPSINA E IL RISCHIO DI SVILUPPARE LA NEOPLASIA PROSTATICA: RISULTATI DEFINITIVI

Bertaccini A.², Licastro F.¹, Perneti R.², Sanguedolce F.², Marchiori D.², Tumino E.¹, Chiappelli M.¹, Pultrone C.², Franceschelli A.², Schiavina R.², Martorana G.²

¹Dipartimento di Patologia Sperimentale, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna; ²Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna

Introduzione e Obiettivi: L'iperplasia prostatica benigna ed il carcinoma prostatico si manifestano in età avanzata associandosi frequentemente a stati di immuno-depressione che possono predisporre alla tumorigenesi con incremento di angiogenesi e riduzione dell'apoptosi cellulare. A conferma di ciò alcuni studi hanno evidenziato in queste condizioni un aumento dei livelli di alcune molecole dell'infiammazione tra cui l'alpha-1-

antichimotripsina (ACT), una proteina della fase acuta con attività anti-proteasica che viene rilasciata dal fegato durante le prime fasi della risposta infiammatoria. L'ACT assume un ruolo di particolare importanza nell'ambito dello studio delle patologie prostatiche in quanto si lega all'antigene prostatico specifico (PSA) formando un complesso molecolare circolante. Dal momento che esiste una variabilità individuale nella predisposizione a queste patologie, gli obiettivi dello studio sono stati di verificare se un polimorfismo presente nella regione promotrice del gene dell'ACT fosse associato ad un maggior rischio di sviluppare l'iperplasia e/o il carcinoma della prostata e se tale polimorfismo potesse influenzare i livelli plasmatici di PSA.

Materiali e Metodi: Sono stati valutati i livelli di PSA plasmatico mediante prelievo di sangue venoso effettuato su una popolazione omogenea per età costituita da 294 controlli (GRUPPO 1), 132 pazienti con ipertrofia prostatica benigna (GRUPPO 2) e 112 pazienti affetti da carcinoma prostatico al momento della diagnosi (GRUPPO 3). Tutti i tre gruppi sono stati genotipizzati per il polimorfismo allelico in posizione -51 nel promotore dell'ACT. Il polimorfismo in posizione -51 dell'ACT consiste in una trasversione G-T ed è stato determinato attraverso reazione di PCR, digestione enzimatica e visualizzazione su gel di agarosio. Il DNA è stato ottenuto tramite tecnica di estrazione da plasma con cloroformio-fenolo. È stata quindi valutata la correlazione dei tre polimorfismi determinabili (GG; GT; TT) e dei singoli alleli (G e T) rispetto ai 3 gruppi di pazienti; le valutazioni statistiche sono state eseguite tramite il chi-quadro e la regressione logistica.

Risultati: I dati ottenuti dalla genotipizzazione ci dimostrano una correlazione statisticamente significativa dei soggetti con adenocarcinoma prostatico con il polimorfismo GG sia rispetto al gruppo 1 (34.8% vs 22.1%, $\chi^2= 6.376$, $p = 0.012$; OR: 2.302, $p = 0.046$) che al gruppo 2 (34.8% vs 15.2%, $\chi^2 = 11.914$, $p = 0.001$; O.R = 2.815, $p = 0.008$).

Per quanto riguarda la frequenza allelica, è stata osservata una correlazione statisticamente significativa dei pazienti del gruppo con adenocarcinoma prostatico con l'allele G sia rispetto al gruppo 1 (86.6% vs 70.1%, $\chi^2= 5.654$, $p = 0.001$; OR = 4.626, $p = 0.015$) che al gruppo 2 (86.6% vs 72.0%, $\chi^2 = 7.181$, $p = 0.007$; O.R = 3.422 $p = 0.017$).

Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative fra le frequenze dei polimorfismi nei gruppi 1 e 2.

Discussione: Dai dati ottenuti da questo studio pilota sembra che la presenza del polimorfismo GG o anche la sola presenza dell'allele G aumenti il rischio di sviluppare una neoplasia prostatica. Tuttavia per il numero limitato dei casi studiati, è necessario un ampliamento della casistica per confermare i dati ottenuti. Un ulteriore end point da raggiungere nella fase di follow up sarà quello di valutare se i pazienti sani o affetti da ipertrofia prostatica, portatori del polimorfismo ACT GG o dell'allele ACT G, abbiano un rischio aumentato di sviluppare neoplasia prostatica.

Abstract n. 192 Video

IL "TERZO" SFINTERE NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA

Nucciotti R., Pizzuti V., Paolini R.

U.O. di Urologia, Grosseto

Introduzione e Obiettivi: La prostatectomia radicale robotica è una realtà negli stati uniti e si sta sempre più affermando anche in Italia. La tecnologia endowrist e la magnificazione delle immagini permettono una chirurgia dissecativa, isolando strutture nobili come i nervi erigenti e l'uretra membranosa. Ciò consente al chirurgo di poter assicurare in una elevata percentuale di casi la potenza sessuale (qualora sia indicata) e la conti-

nenza. Se è vero che esiste corrispondenza tra la precisione dell'atto chirurgico, preservazione delle strutture e outcomes allora dobbiamo considerare la chirurgia laparoscopica robot assistita il gold standard terapeutico.

Nostro obiettivo è quello di mostrare la tecnica del "terzo" sfintere che eseguiamo durante le prostatectomie radicali robotiche e che a nostro avviso serve a migliorarla early continence.

Metodi: Dal luglio 2007, presso il nostro centro, sono stati operati 12 pz. di prostatectomia radicale robotica. In questi abbiamo eseguito la tecnica del "terzo" sfintere. Tale tecnica prevede il passaggio di un punto a livello dei legamenti pubo-prostatici e di elevare gli stessi, mantenendoli in tensione, grazie alla sospensione sul periostio dell'arco pubico. In letteratura è chiara l'importanza dei pubo-prostatici nel mantenere la continenza. La possibilità di ricostituire un continuum tra la fascia endopelvica e i legamenti puboprostici e di mantenere gli stessi in tensione senza che si retraggano costituisce elemento favorente, a nostro giudizio, la early continence.

Risultati: 10 dei dodici pz alla rimozione del catetere in 6° giornata avevano early continence e capacità di gestire la minzione.

1 pz ha recuperato la continenza dopo 1 mese

1 pz ad un mese di distanza continua ad avere stress incontinenza, al momento sta facendo riabilitazione perineale

Conclusioni: La laparoscopia robot assistita permette di esplorare nuovi orizzonti anatomici e quindi anche di tecnica chirurgica al fine di migliorare i risultati funzionali. Il nostro centro sta impiegando il robot esclusivamente per la prostatectomia radicale perché riteniamo che questo sia il campo di interesse e di sviluppo tecnico maggiore.

Bibliografia

1. Saveria AT, Menon M. Robotic Related prostatectomy with the "Veil of Aphrodite" technique: Histologic evidence of enhanced nerve sparing. *Eur Urol* 2006 jun; 49(6):10065-73

2. Diop M et al. "Mesorectum" the surgical value of an anatomical approach. *Surg Radiol Anat* 2003 Jul-Ag; 25(3-4) 290-304

Abstract n. 193 Poster

ESTESA NEOPLASIA VESCICALE SUPERFICIALE AD ALTO GRADO (PT1 G3/4) TRATTATA CON TERAPIA CONSERVATIVA. PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO

Sanguedolce F, Garofalo M., Dababneh H., Baccos A., Bizzarri C, Laterza M., Franceschelli A., Schiavina R., Bertaccini A., Manfredi F, Martorana G.

Clinica Urologica, Dipartimento Chirurgie Specialistiche e Anestesiologia, Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Introduzione e Obiettivi: Nel mese di Ottobre del 2004 un paziente di anni 57, in seguito alla comparsa di macroematuria, eseguiva una ecografia vescicale che evidenziava una lesione endoluminale a carico della parete laterale destra di circa 5cm di diametro. Veniva quindi sottoposto in altra sede a cistoscopia con prelievo biotipico a scopo stadiante, il cui esame istologico dava esito di carcinoma sarcomatoide della vescica. Successivamente veniva eseguita una Tc toraco-addominale che confermava la presenza di una neof ormazione vescicale endoluminale di circa 5 cm di diametro, apparentemente non infiltrante, in assenza di secondarismi. In considerazione del quadro clinico, dal presidio dove era stata eseguita la cistoscopia, venne indicata l'esecuzione di cistectomia radicale.

Metodi: Il paziente giungeva presso la nostra struttura e veniva sottoposto ad un'ulteriore esame cistoscopico che evidenziava una massa di 5 cm flottante nella cavità vescicale e dotata di una esile base di impianto; in considerazione dell'età del paziente e delle caratteristiche della lesione, si procedeva quindi ad una resezione transuretrale con intento radicale.

Risultati: L'esame istologico evidenziava carcinoma a cellule transizionali scarsamente differenziato GR 3-4 con aspetti sarcomatoidi e focali aspetti ghiandolari associati a necrosi (pT1G3).

Follow up: Dopo 2 mesi è stata eseguita una cistoscopia di controllo risultata negativa e sono stati eseguiti prelievi biotipici sull'area di resezione, per evidenziare l'eventuale presenza di neoplasia residua: l'esame istologico evidenziava cistite cronica con iperplasia uroteliale, in assenza quindi di lesioni residue. Tutti i controlli cistoscopici successivi (ogni 3 mesi) hanno evidenziato l'assenza di recidive, ed i controlli Tc total body eseguiti a cadenza semestrale hanno escluso la presenza di secondarismi.

Conclusioni: le neoplasie vescicali ad alto grado e basso stadio, di riscontro non frequente, in casi selezionati e con un follow up stretto, possono essere trattate con resezione endoscopica raggiungendo una buona radicalità e con evidenti vantaggi per il paziente rispetto trattamenti chirurgici demolitivi.

Abstract n. 194 Poster

UNDIVERSION DI ILEAL CONDUIT IN NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA SECONDO STUDER: CASE REPORT

Garofalo M., Sanguedolce F, Franceschelli A., Schiavina R., Dababneh H., Baccos A., Bizzarri C, Laterza M., Bertaccini A., Manfredi F, Martorana G.

Clinica Urologica, Dipartimento Chirurgie Specialistiche e Anestesiologia, Policlinico Ospedaliero-Universitario S.Orsola-Malpighi, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Introduzione: Un paziente di anni 59 veniva sottoposto nel 2004, presso un altro presidio ospedaliero, a cistectomia radicale e derivazione urinaria con ileal conduit sec. Bricker per carcinoma uroteliale infiltrante della vescica (T2G3). Ad un successivo controllo di follow up veniva evidenziata, tramite una TC addome con mezzo di contrasto, una idronefrosi sinistra secondaria a stenosi dell'anastomosi uretero-ileale; la stessa TC evidenziava altresì una particolare estensione del condotto ileale. La scarsa funzionalità renale residua, evidenziata con una scintigrafia renale (15%), poneva l'indicazione per un intervento di nefroureterectomia sinistra.

Metodi: Il paziente, giunto nel frattempo alla nostra osservazione, dichiarando di non tollerare bene la derivazione urinaria esterna, esprimeva il desiderio di una derivazione urinaria ortotopica contestualmente all'intervento di nefroureterectomia sinistra. Data la presenza di un condotto ileale idoneo, si valutava l'apparato sfinteriale tramite una uretroscopia, rilevando in esso un tono residuo sufficiente.

Veniva quindi effettuata, nel Settembre 2006, una nefroureterectomia sinistra e, impiegando la stessa ansa ileale precedentemente utilizzata per la derivazione esterna delle urine, veniva confezionata una neovescica ileale ortotopica sec. Studer.

Risultati: Una cistografia retrograda con fase minzionale è stata eseguita dopo 3 settimane dall'intervento per la rimozione del catetere vescicale, evidenziando l'assenza di spandimenti del mezzo di contrasto peri-neovescicali e la presenza di un modesto reflusso neo-vescico-ureterale ad alto riempimento. Al controllo di follow up eseguito ad un mese dalla rimozione del catetere vescicale, il paziente presentava una buona continenza diurna (0 pad/die) e una lieve e sporadica incontinenza notturna (max 1 pad). Veniva eseguita una UROTIC con ricostruzione in 3D che evidenziava una neovescica ileale contenente di 250 cc di capacità, un uretere dx di 17,5 cm di lunghezza, in assenza di idroureteronefrosi. La pressione massima di chiusura uretrale, rilevata mediante esame video-urodinamico, risultava di 40 cm H2O.

Conclusioni: Lundiversion da ileal conduit a neo-vescica ileale ortotopica è un'opzione terapeutica che può essere offerta a

pazienti che non accettano la derivazione esterna delle urine: essa può essere eseguita con un nuovo tratto di ileo isolato o utilizzando lo stesso condotto ileale se di adeguate dimensioni. Il presente caso dimostra che se lo sfintere striato è stato conservato esso può mantenere la sua funzionalità anche a distanza di tempo.

Abstract n. 195 Comunicazione

IL SIGNIFICATO PROGNOSTICO DELLA TROMBOSI VENO-SA NEOPLASTICA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIA RENALE: NOSTRA ESPERIENZA

Brunocilla E., Palmieri F., Schiavina R., Perneti R., Guidi M., Barbieri B., Martorana G.

Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.

Introduzione e Obiettivi: I Tumori renali presentano uno spiccato tropismo per le strutture vascolari venose così da determinare delle trombosi (VTT). Circa il 10% dei pazienti presenta alla diagnosi una trombosi della vena renale e il 4-10 % una trombosi della vena cava inferiore. Negli ultimi anni sono stati eseguiti diversi studi in merito al significato prognostico da attribuire allo stadio e al grado nei pazienti con neoplasia renale. Sebbene esista un accordo sull'importanza prognostica del grado, della diffusione locale, del coinvolgimento linfonodale e delle metastasi a distanza non è chiaro il ruolo svolto dalla trombosi venosa. Lo scopo di questo lavoro è quello di esporre la nostra esperienza in merito a questo argomento.

Metodi: Dal 1995 ad oggi 469 Pz sono stati sottoposti ad intervento di nefrectomia radicale. Di questi sono stati esaminati 78 pazienti di età media 62 (range 27 - 77) che presentavano al momento della diagnosi trombosi venosa neoplastica. Di questi 60 avevano una trombosi limitata alla vena renale, 12 alla vena cava sottodiaframmatica e 6 estesa fino alla vena cava sopradiaframmatica. È stata calcolata la sopravvivenza cancro specifica dei tre gruppi di pazienti e le differenze statistiche valutate con le curve di Kaplan-Meier ed il log-rank test. È stato inoltre valutato il significato prognostico di ulteriori fattori come la presenza di sintomi alla diagnosi, la dimensione della neoplasia (< o > di 7 cm), il grado sec. Fuhman, la presenza di metastasi linfonodali, l'infiltrazione del surrene e del grasso perirenale.

Risultati: Il follow up medio è stato di 83 mesi (range 7 - 159 mesi). La sopravvivenza cancro specifica per i pazienti con malattia localizzata (T2) è risultata superiore a quella dei pazienti con trombosi della vena renale e della vena cava ($p < 0,0001$) mentre non è stata riscontrata una differenza significativa tra i pazienti con trombosi della vena renale e delle vena cava sottodiaframmatica ma tra questi ultimi due gruppi ed i pazienti con trombosi della vena cava sopradiaframmatica ($p < 0,0001$). All'analisi multivariata, nel gruppo dei pazienti con trombosi della vena renale o della vena cava sottodiaframmatica i fattori prognostici principali sono risultati il grado nucleare (HR: 1,4658), la presenza di sintomi alla diagnosi (HR: 1,1993), le metastasi linfonodali (HR: 0,9773), le dimensioni della neoplasia (HR: 1,2586) e l'infiltrazione del surrene del grasso perirenale (HR: 0,4554).

Conclusioni: Dai nostri risultati è emerso il ruolo fondamentale svolto dall'approccio chirurgico. L'intervento di tromboectomia associato alla nefrectomia radicale infatti garantisce una migliore qualità di vita e un incremento della sopravvivenza. Dal confronto tra i pazienti con neoplasia renale e trombosi venosa e quelli con neoplasia renale senza coinvolgimento vascolare sottoposti ad intervento chirurgico è emersa l'importanza del ruolo prognostico svolto dalla presenza alla diagnosi di sintomi, del coinvolgimento linfonodale, delle dimensioni e del grado del tumore nonché dell'infiltrazione del surrene e del grasso perirenale. Resta marginale invece ai fini della sopravvivenza il che coinvolgimento vascolare sottodiaframmatico.

Abstract n. 196 Poster

LA NEFRECTOMIA PARZIALE LAPAROSCOPICA : RISULTATI PRELIMINARI ED ANALISI DEI PRIMI 25 CASI

Costa F., Manferrari F., Garofalo M., Bertaccini A., Schiavina R., Franceschelli A., Sanguedolce F., Urbinati M., Martinelli A., Borghesi M., Cicchetti G., Palmieri F., Martorana G.

Clinica Urologica di Bologna, Alma Mater Studiorum-Università di Bologna

Introduzione: La nefrectomia parziale laparoscopica sta assumendo crescente sviluppo quale tecnica min-invasiva nel trattamento dei tumori renali di piccole dimensioni con buoni risultati oncologici e funzionali. Riportiamo la nostra esperienza iniziale su 25 casi.

Materiali e Metodi: Dall'Ottobre 2004 al Luglio 2007 sono state eseguite presso il nostro centro 25 nefrectomie parziali laparoscopiche per piccole neoformazioni renali esofitiche con approccio transperitoneale. In 10 casi non è stato eseguito clampaggio del peduncolo, mentre nei rimanenti 15 casi l'ischemia calda è stata ottenuta con Tourniquet. Lemostasi del letto di resezione è stata effettuata mediante l'utilizzo di punti di sutura e preparati biologici e sintetici, in 3 casi con Laser Tullio.

Risultati: Il tempo operatorio medio è stato di 171 min. (120-235). Il tempo medio di ischemia nei casi in cui è stata eseguita è stato di 27 min. (10-37). Il tempo medio di ospedalizzazione è stato di 4 giorni (2-10). Si è reso necessario convertire un intervento e si è ricorso a trasfusione nel 4% dei casi. L'analisi istologica ha evidenziato dimensioni medie pari a 2,9 cm (1,2-5), la presenza di 2 lesioni benigne (8%), 11 pT1aG2, 7 pT1aG3, 4 pT1a G1 1 pT1bG2 con margini positivi in 1 caso (4%)

Conclusioni: La nefrectomia parziale laparoscopica è un intervento mini-invasivo che offre risultati sovrapponibili alla chirurgia tradizionale in casi ed in centri selezionati. La nostra iniziale esperienza ricalca i principali dati presenti in letteratura. Particolare attenzione verrà posta in futuro nel follow-up oncologico e nella ricerca delle migliori tecniche di emostasi.

Abstract n. 197 Comunicazione

NEOBLADDER RECONSTRUCTION AFTER EXTRAPERITONEAL ULTRASOUND ASSISTED RADICAL CYSTECTOMY: PRELIMINARY REPORT ON AN EASY AND SAFE PERSONAL PROCEDURE

Austoni E.

Centro Uroandrologia Ricostruttiva, C.C. privata del Policlinico, Urology Milan University

Introduction: Orthotopic urinary reconstruction after radical cystectomy is the gold standard for urinary diversions, even though it is associated with a rather significant rate of morbidity and possible early and later phase complications. This paper intends to illustrate a personal experience of ileal bladder reconstruction carried out after simplified ultrasound assisted extraperitoneal cystectomy: Ours procedure synthetize some modified aspects of Studer procedure (f.e.: antiperistaltic ureteral anastomosis to avoid a torsion of the mesentery) with the Wallace ureteral urinary diversion, and we called it "Milano neo bladder".

Materials and Methods: From January 2004 through december 2006, 38 patients, average age 64 years, presenting with bladder neoplasia, underwent extraperitoneal ultrasound assisted radical cystectomy with fashioning of ours continent ileal orthotopic neobladder. We assessed the data relating to early and later phase post-operative complications, to cancer-associated survival rates, to continence levels and bladder voiding parameters. Extraperitoneal "ascendens" cystectomy is quickly

performed by "digitoclastique" ultracision technique which allows to remove the bladder very quickly and 'en bloc', with a significant decrease of blood loss and operation time. Nerve sparing procedure can be performed according with the cancer stadiation. For bladder reconstruction we use a 40 cm terminal ileal segment. The proximal two thirds of this segment is detubularized and then a simple reservoir is vertically reconfigured thus promoting the descent of the loop into the pelvic cavity for a traction-free urethral anastomosis. The end-to-end double-ureteral anastomosis to the non-detubularized distal ileum segment is performed in the latero-retrocecal region, thus preventing risks of stenosis, while the low pressure of the ileal reservoir avoids refluxs. For this procedure (according with Studer and Wallace), the left ureter is carried retroperitoneally to be anastomosed to the right contralateral side, thus avoiding risks of left ureteral sigmoid compression in case of postoperative paralytic ileum. In our procedure the antiperistaltic ureteral anastomosis with the distal ileum segment is preferred to the Studer technique (isoperistaltic urethral anastomosis with the proximal ileum segment). This way we avoid risk of mesentery torsion, while renal refluxs are prevented by the low pressure of ileal neobladder as confirmed by our voiding cystogram controls.

Results: Two deaths occurred during the long term follow-up, both due to metastatic disease. The remaining 34 patients are still living to date and do not present any recurrence of disease. Surgery lasted an average of 3 hours and 12 minutes with a non significant decrease of hematocrit values. Blood were given only to 2 patient whose hemopoietic indices were low presurgery. The histology report showed in all cases the presence of transitional cell carcinoma (TCC): pT1G3 in 20 pts, pT2G2 in 12 pts, pT2G3 in 12 pts, pT1G2+Cis in 2 pt and pT4G3 in 2 pt. Two patients experienced early phase complications, while later phase complications occurred in 2 subjects: all cases resolved conservatively. During, Ultrasound and Voiding Cystogram controls, no case of renal function impairment, or renal refluxs was observed. Daytime continence was noted to be satisfactory in 92% of patients without any voiding disturbances causing urinary retention.

Conclusion: This preliminary study intends to illustrate our technique for eztraperitoneal ultrasound assisted radical cystectomy and bladder reconstruction (Milano neobladder): the procedure, easy and quick to perform, offers satisfactory outcomes in terms of functional reliability and a reduced incidence of complications. Longer term follow-up is required to confirm this preliminary report.

INDICE RELATORI DI COMUNICAZIONI POSTER VIDEO

Nome	Cognome	Abstract n.	Nome	Cognome	Abstract n.
Vincenzo	Altieri	133, 134, 136, 138	Valentina	Baldazzi	87
Alessandra	Ambu	3,4	Marco	Raber	47
Alessandro	Bertaccini	191	Cristian	Fiori	19
Roberto	Bertini	73, 74	Gioacchino	De Giorgi	174
Alberto	Bonetta	2	Paolo	Destefanis	96
Sergio	Bracarda	163	Angelo	Naselli	185
Donatella	Brenciani	1	Maurizio	Schenone	78, 80, 81
Orazio	Caffo	93, 94	Giuseppe	Lucarelli	32
Francesco	Costa	196	Maria Grazia	Petrongari	48
Rocco	Damiano	106	Renzo	Colombo	103, 104, 105, 150
Piero	De Carli	102	Michele	Del Zingaro	89, 90, 91
Stefano	De Luca	119, 120	Simona	Di Francesco	113
Alessandro	Della Melina	61	Mariaquila	Santoro	171, 172
Alessandra	Di Lallo	6	Antonio	Celia	182, 183, 183, 184
Savino Mauro	Di Stasi	164	Ana Maria	Autran Gomez	154
Andrea	Fandella	11	Gian Carlo	Mattiucci	147
Giovanni	Fellin	85	Enrico	Finazzi Agrò	21
Andrea B.	Galosi	8, 9, 10	Giuseppa	Cucchiareale	76, 77
Francesco	Garofalo	194	Paolo	Traverso	100
Fortunata	Iacopino	176	Vittore	Verratti	156
Massimo	Maffezzini	49, 50, 51, 52, 53, 54	Roberto	Nucciotti	166, 192
Giuseppe	Malinverni	31	Edoardo	Austoni	197
Mauro	Mari	55	Giuseppina	Anastasi	56
Daniele	Masala	177	Barbara A.	Jereczek	12, 13, 59
Luigi	Mearini	39, 40, 41	Fabrizio	Gallo	79, 82
Franco	Morelli	23	Angelo	Errico	145
Cinzia	Ortega	18	Alessia	Di Rito	146
Bernardo	Rocco	14, 15, 16, 75	Oscar R.	Fenice	190
Marco	Roscigno	45, 46	Leonarda	La Paglia	143
Francesco	Sanguedolce	193	Giancarlo	Albo	175
Bianca Maria	Saracino	17	Carlo	Borzzone	189
Teodoro	Sava	123	Davide	Brotza	20
Vincenzo	Scattoni	137	Eugenio	Brunocilla	195
Vincenzo	Serretta	135, 139, 140	Giampiero	Cecchetti	24
Paolo	Viganò	101	Elena	Strada	62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 155
Giorgio	Arcangeli	30	Virginia	Varca	187, 188
Luigi	Schips	149	Alessandro	Magli	5
Fabio	Campodonico	22	Alessandro	Bonucci	7
Marco	Iannucci	43, 44, 151	Massimo	Madonia	57, 58
Salvatore	Siracusano	107, 109, 165	Alessandro	D'Angelo	83
Maurizio	Brausi	168, 169, 170	Leonarda	La Pagliaù	84
Carmelo	Ippolito	179	Mauro	Silvani	88
Paolo	Gontero	97, 98	Paolo	Gandellini	99
Giorgio	Pomara	26, 27, 28, 29	Sara	Gomellini	110, 111
Nicola	Ghidini	92	Stefano	Gidaro	116, 117
Luigi	Benedicchi	36, 38	Stefano	Trovarelli	118
Luca	Cindolo	33, 34, 35	Stefano	Arcangeli	121
Giorgio	Pizzocaro	173	Stefano C.M.	Picozzi	122
Riccardo	Valdagni	72, 153	Tiziana	Rancati	124, 125
Giansilvio	Marchioro	25	Wilma	Rociola	142
Carlo	Introini	180	Gian Carlo	Mattiucci	144
Silvano	Palazzo	112	Giovanna	Mantini	152
Paola	Barboro	95	Claudia	Caserta	178
Deliu Victor	Matei	131, 132	Marta	Rossi	162
Marco	Mencarini	42	Agnese	Cecconi	186
Tommaso	Cai	126, 127, 128, 157, 159, 161			

Archivio Italiano di Urologia e Andrologia

GENERAL INFORMATION

Aims and Scope

"Archivio Italiano di Urologia e Andrologia" publishes papers dealing with the urological, nephrological and andrological sciences.

Original articles on both clinical and research fields, reviews, editorials, case reports, abstracts from papers published elsewhere, book reviews, congress proceedings can be published.

Papers submitted for publication and all other editorial correspondence should be addressed to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41

20133 Milano - Italy

Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917

e-mail: scriman@tin.it

archituro@tin.it

Copyright

Papers are accepted for publication with the understanding that no substantial part has been, or will be published elsewhere.

By submitting a manuscript, the authors agree that the copyright is transferred to the Publisher if and when the article is accepted for publication.

The copyright covers the exclusive rights to reproduce and distribute the article, including reprints, photographic reproduction and translation.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the Publisher.

Registrazione: Tribunale di Milano n.289 del 21/05/2001

Direttore Responsabile: Pietro Cazzola

Direzione Generale: Armando Mazzù

Direzione Marketing: Antonio Di Maio

Consulenza grafica: Piero Merlini

Impaginazione: Clementina Pasina

Stampa:

Parolè Nuove s.r.l. - Via Garibaldi 58
20047 Brugherio, Milano - Italy

BUSINESS INFORMATION

Subscription details

Annual subscription rate

(4 issues) is Euro 52 for Italy
and US \$130 for all other Countries.

Price for single issue: Euro 13 for Italy

US \$32,5 for all other Countries.

Issues will be sent by surface mail;

single issues can also be sent by air mail at an extra charge of US \$12.

Subscription orders should be sent to:

Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Via Bassini 41

20133 Milano - Italy

Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917

e-mail: scriman@tin.it

archituro@tin.it

Payments should be made by bank cheque to:
Edizioni Scripta Manent s.n.c.

For Italy: conto corrente postale n. 20350682
intestato a Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Claim for missing issues should be made within 3 months from publication for domestic addresses, otherwise they cannot be honoured free of charge.

Changes of address should be notified Edizioni Scripta Manent s.n.c. at least 6-8 weeks in advance, including both old and new addresses.

The handling of personal data concerning subscribers is managed by our electronic data base.

It is in accordance with the law 675/96 regarding the tutorship of personal data.

The use of data, for which we guarantee full confidentiality, is to keep our readers up to date with new initiatives, offers and publications concerning Edizioni Scripta Manent s.n.c.

Data will not be released or disseminated to others and the subscriber will be able to request, at any time, variation or cancellation of data.

Advertising

For details on media opportunities within this journal please contact

Mr. Armando Mazzù or **Mr. Antonio Di Maio**
at +39 0270608060.

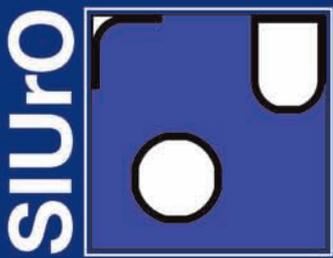


CONFINDUSTRIA



A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



Società Italiana di
Urologia Oncologica

XVIII

CONGRESSO NAZIONALE SIUrO



Arrivederci a Chieti/Pescara 2008



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

E.V.C.M. EmiliaViaggi Congressi & Meeting
Via Porrettana, 76/2 - 40033 Casalecchio di Reno
Tel. + 39 051 6194911
Fax + 39 051 6194900
e-mail: evcongressi@emiliaviaggi.it
www.emiliaviaggi.it



SEGRETERIA SCIENTIFICA

SIUrO c/o Clinica Urologica
Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola-Malpighi, Padiglione Palagi
Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna
e-mail: segreteria@siuro.it
www.siuro.it