

S. C. Radioterapia Ospedale “A. Perrino”
Brindisi ASL BR

La radioterapia ipofrazionata nel cancro della prostata



Dott. F. Tramacere

α/β

97
pazienti

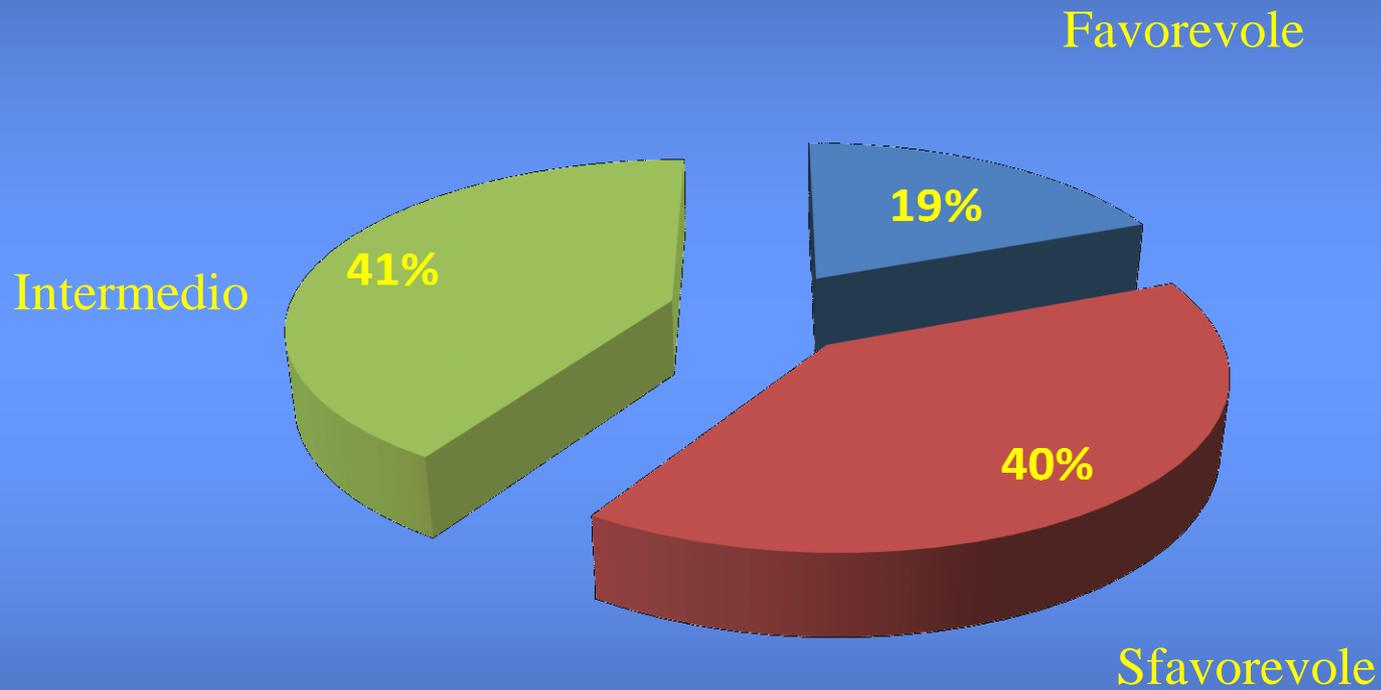
dal 09/2009 al 12/2011

3DCRT

DT: 62 Gy DF 3,1Gy

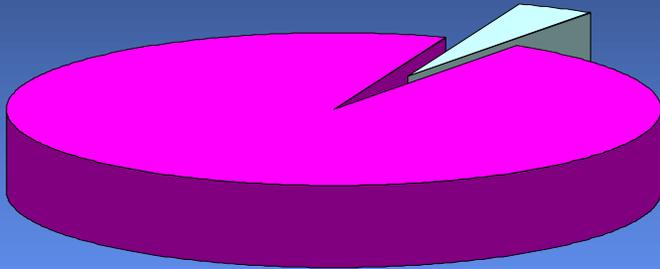
	min	max	media	mediana	Gleason	
Età alla diagnosi	53	82	71	72	2-6	42%
PSA	1,8	485	26	11	7	30%
Follow-up (mesi)	6	32	18	18	8-10	28%

Stato prognostico



Ormonoterapia

8 % NO OT



92 % OT

Durata (mesi)

min 4

Max 108

Media 16

Mediana 12

Tipo

Periferico 31%

Centrale 8%

BAT 61%

Tempo

Pre-RT 88%

Durante 90%

Post-RT 86%

O
r
m
o
n
o
t
e
r
a
p
i
a

FAV=18/97

SI OT 15/18
NO OT 2/88
1 orchietomia

periferico 7/15
centrale 1/15
BAT 7/15

Durata mediana
OT 19 mesi

INT=40/97

SI OT 36/40
NO OT 4/40

periferico 8/36
centrale 2/36
BAT 26/36

Durata mediana
OT 12 mesi

SFAV=39/97

Tutti con OT
39/39

periferico 13/39
centrale 3/39
BAT 23/39

Durata mediana
OT 26 mesi

TC e/o RMN di centraggio: slices 3-5 mm, senza m.d.c.

Contornamento: TPS Eclipse, DVH: V54 retto <30%; V38 retto <50%

V54 vescica <50%; V38 vescica <70%

Teste femorali < 42Gy

CTV: Prostata +/- vescichette

PTV : CTV + 1 cm in tutte le direzioni; 0,5 cm posteriormente

Trattamento: Ipofrazionato. DT 62 Gy; DF 3,1 Gy die; 4 fr/w. Se TURP attesa 6 mesi
Acceleratori LINAC 6-15 MV con MLC.

Set-up: Paziente supino, bloccapiedi, supporto nucale, mani sul torace
allineamento laser tattoo laterali e centrale su sinfisi pubica,
retto vuoto, vescica piena

Vantaggi della RM rispetto alla TC:

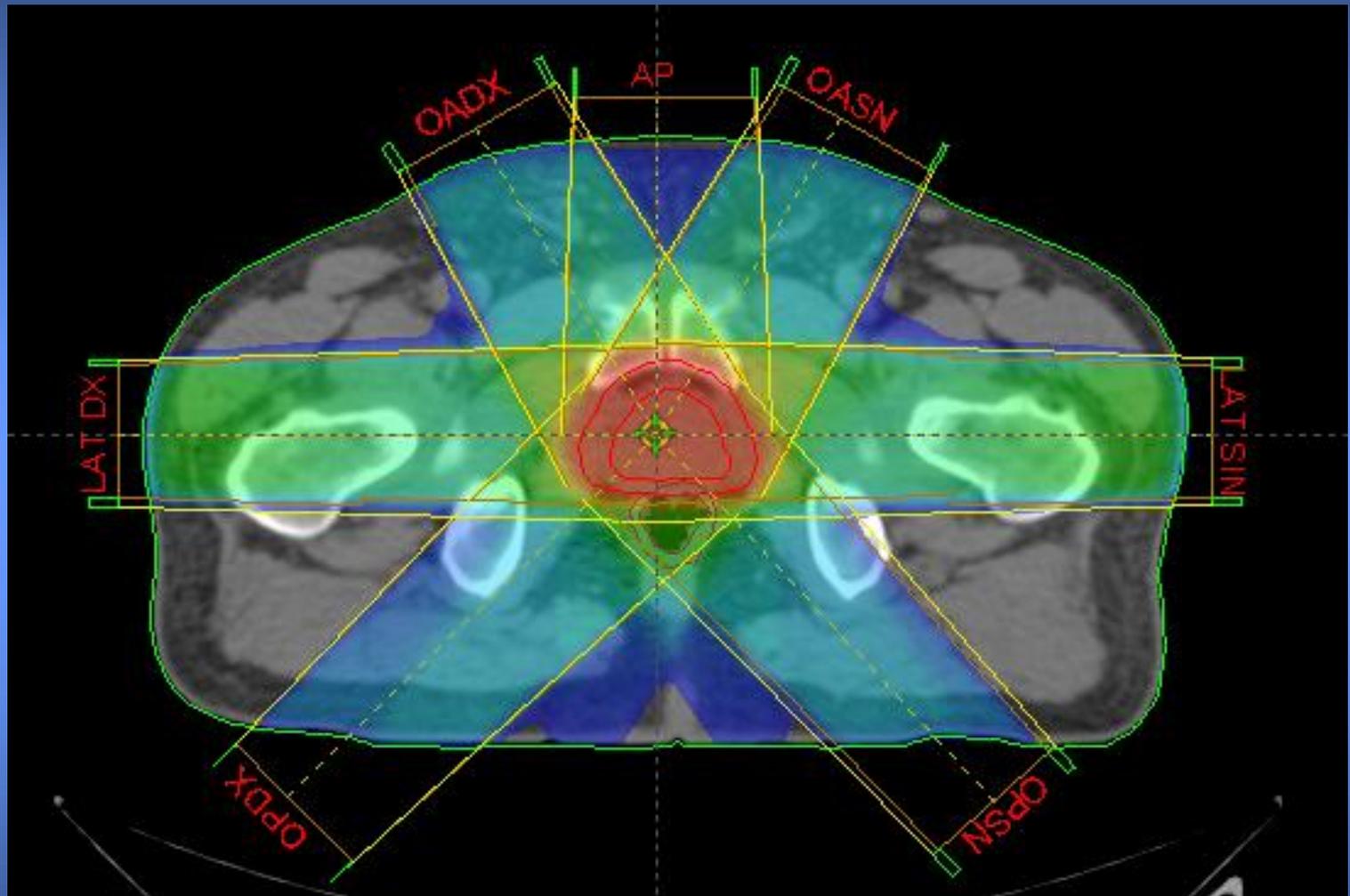
1) Migliore descrizione:

- dei margini della prostata
- dell'anatomia interna
- della estensione della malattia alla capsula e/o alle vescicole seminali
- dell'apice prostatico e del confine con la base della vescica e la parete anteriore del retto

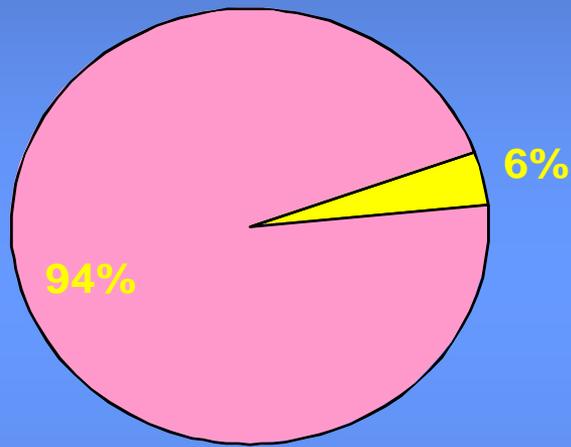
2) Minore variabilità tra gli osservatori

In questo modo

- si può migliorare l'accuratezza nella delineazione del CTV e delle strutture adiacenti a rischio
- si possono delineare le lesioni intraprostatiche per erogare un boost di dose con un migliore controllo locale della malattia



Recidive biochimiche



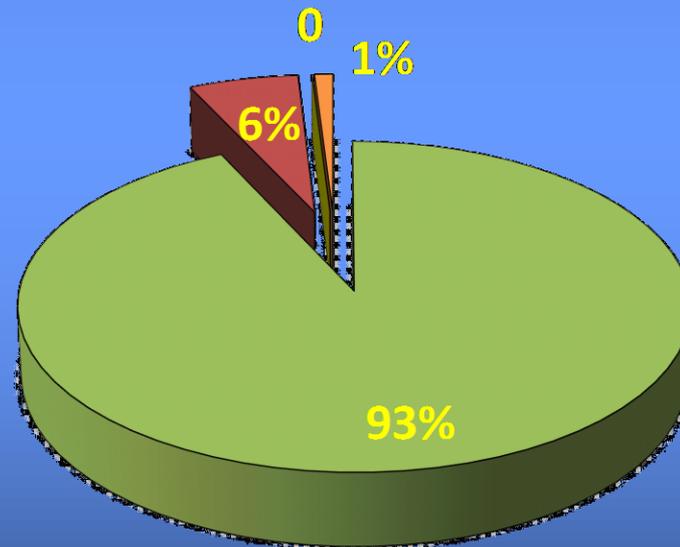
low	0
int	1/40 (2,5%)
high	5/39 (13%)
tot	6/97 (6 %)

MTX

3 pazienti (2 ossee, 1 LN)

tutti con Gleason 9 e PSA 16,17,79

Stato in vita



- NED VIVO SENZA MALATTIA
- AWD VIVO CON MALATTIA
- DOD MORTO PER LA MALATTIA
- DOC MORTO PER ALTRE CAUSE

Tossicità acuta

RTOG



acuta G	GU	GI
0	32	65
1	42	17
2	20	15
3	2	0
4	1	0
$\geq G2$	23/97 (24%)	15/97 (15%)

Blocco urinario → catetere

Aveva già fatto TURP per
blocco prima della RT

Tossicità cronica

RTOG/EORTC



Cronica G >6mesi		
	GU	GI
0	78	84
1	11	2
2	5	10
3	3	1
4	0	0
$\geq G2$	8/97 (8%)	11/97 (11%)

3 Stenosi uretrale

1 Rettorragia che ha richiesto
ricovero e trasfusione

Impotenza:

l'abbiamo rilevata ma l'interferenza della OT è troppo alta per avere ad oggi dati veritieri

Incontinenza:

Common Toxicity Criteria

G1: (18/97) di questi, 7 pz l'avevano già prima della RT

G2: (3/97) di questi, 2 pz l'avevano già prima della RT

G3: nessuno

2 pz hanno avuto un miglioramento passando da incontinenza G1 pre-RT a G0 post-RT

Conclusioni

Fattibile

Tossicità Acuta lievemente > rispetto a RT convenzionale

Riduzione tempi di attesa e tempo totale di trattamento

Necessario follow-up più lungo x valutazione sopravvivenza, recidive e tossicità cronica

Cosa vorremmo fare

BRT HDR

Studio ipo post-op

RMN con diffusione

PET-TC con colina di centratura

Espansore tra retto e vescica

Reperi intraprostatici

Gruppo multidisciplinare

Grazie

