

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

## La radioterapia ipofrazionata nel cancro della prostata



Dott. F. Tramacere

$\alpha/\beta$

**97**  
**pazienti**

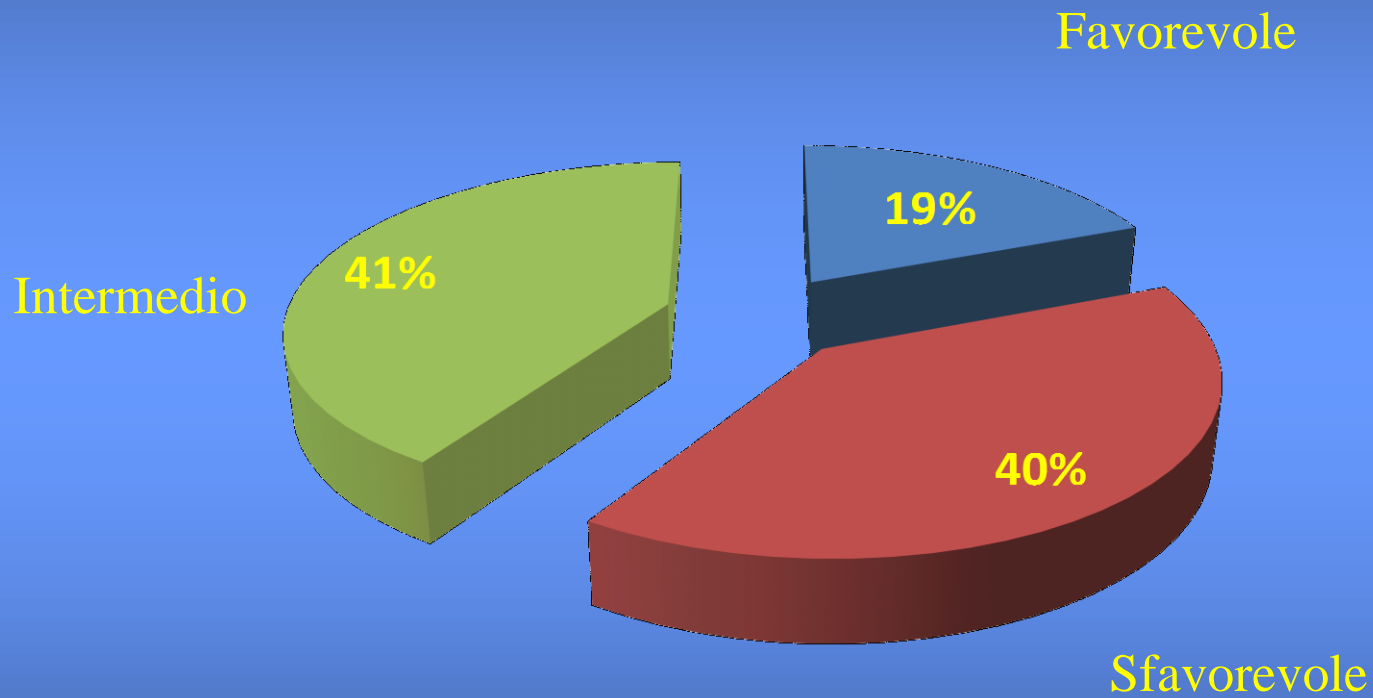
**dal 09/2009 al 12/2011**

**3DCRT**

**DT: 62 Gy DF 3,1Gy**

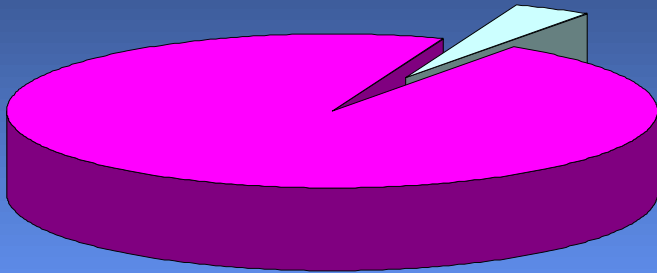
	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>media</b>	<b>mediana</b>	<b>Gleason</b>	
<b>Età alla diagnosi</b>	53	82	71	72	<b>2-6</b>	<b>42%</b>
<b>PSA</b>	1,8	485	26	11	<b>7</b>	<b>30%</b>
<b>Follow-up (mesi)</b>	6	32	18	18	<b>8-10</b>	<b>28%</b>

# 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

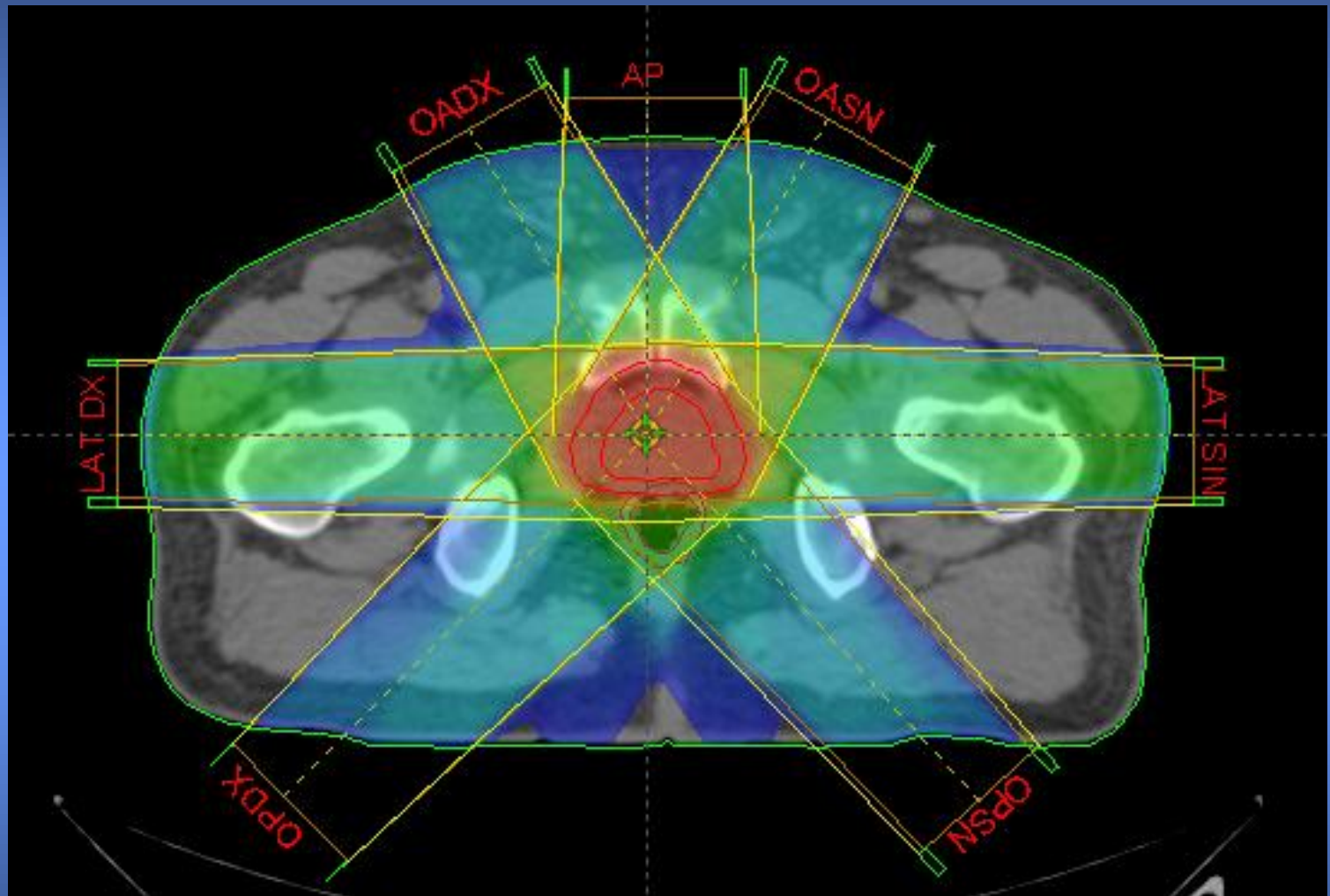
### 2) Minore variabilità tra gli osservatori

### In questo modo

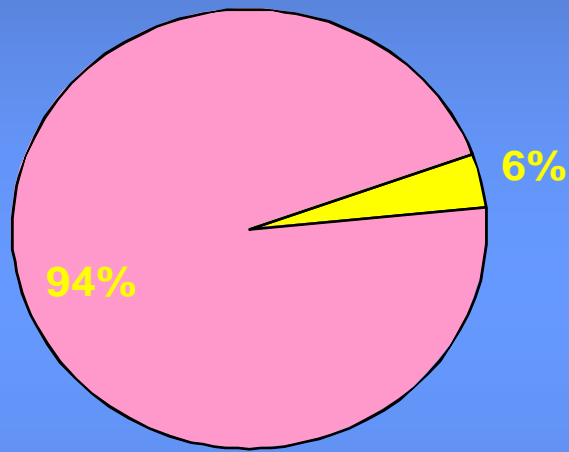
- si può migliorare l'accuratezza nella delineazione del CTV e delle strutture adiacenti a rischio
- si possono delineare le lesioni intraprostatiche per erogare un boost di dose con un migliore controllo locale della malattia







# Recidive biochimiche



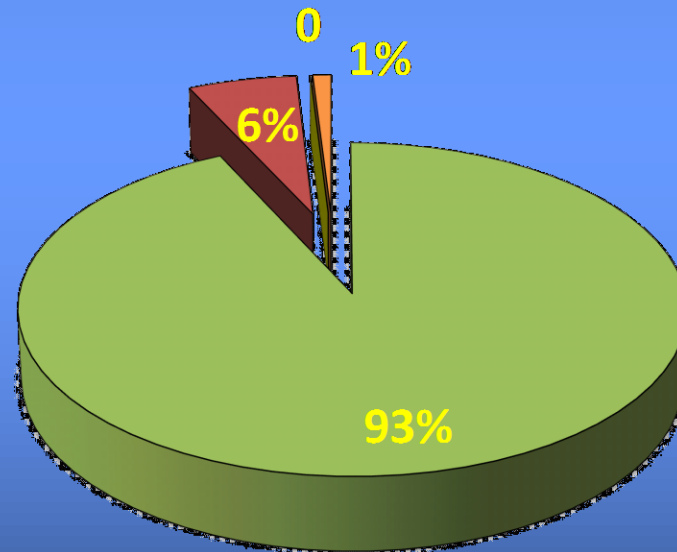
low	0
int	1/40 (2,5%)
high	5/39 (13%)
tot	6/97 (6 %)

# 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

