

Tumore alla prostata, nuovo test genetico e biopsia mirata con RMN

Data: Invalid Date | Autore: Elisa Signoretti



ABANO TERME (PD), 21 MAGGIO 2014 - Dal 9° Congresso Nazionale UrOp - Urologi dell'Ospedalità Privata, Abano Terme (PD) 22 - 24 maggio 2014 - gli ultimi progressi medico scientifici per la diagnosi, e innovative metodiche mediche e chirurgiche per curare il tumore alla prostata che colpisce in Italia circa il 30% degli uomini over-50, con 43mila nuovi casi all'anno, ponendosi primo in classifica per diagnosi e incidenza . “Le recenti scoperte”, dice il dottor Stefano Pecoraro, Presidente UrOP e Direttore dell’ Unità Operativa di Urologia e Andrologia Chirurgica della Clinica Malzoni di Avellino, “consentono ora di tracciare una sorta di carta di identità del tumore e una terapia sempre più accurata e personalizzata per la singola neoplasia”.

NUOVO TEST GENETICO MOLECOLARE

Debutta in Italia un nuovo test genetico messo a punto nei laboratori di biologia molecolare di Salt Lake City, negli Usa, in grado di determinare la tipologia e l’aggressività del tumore. “Il test Prolaris”, spiega il dottor Stefano Pecoraro, tra i pionieri ad utilizzarlo, “indaga il Dna del carcinoma prostatico basandosi su un campione di tessuto ottenuto con la biopsia oppure durante l’intervento chirurgico. È in grado di predire la maggiore e minore aggressività del tumore, fornendo la valutazione del rischio di mortalità e del rischio di recidiva a 10 anni, quindi fornendo allo specialista preziose informazioni prognostiche. In questo modo l’urologo potrà stabilire la scelta del trattamento ottimale, valutare se sia meglio adottare una strategia di trattamento precoce, quando la natura del tumore si sia rivelata aggressiva, oppure una strategia conservativa o ‘di sorveglianza’, evitando gli effetti collaterali spesso conseguenti alla prostatectomia radicale. In sostanza il test genetico è in grado di valutare

l'aggressività del tumore e la sua probabile evoluzione.

I tumori della prostata non sono tutti uguali: per molti pazienti è indolente e cresce molto lentamente, in altri invece cresce molto velocemente. Ne consegue come sia importante valutare nella maniera più accurata possibile l'aggressività del tumore per determinare la prognosi del paziente e la strategia di trattamento più appropriato limitando le terapie inutili (over-treatment-sovratrattamenti). Per valutare lo stadio del tumore rispetto agli esami tradizionali basati sui valori del PSA e il punteggio di Gleason che non riescono a rivelare quanto il tumore è aggressivo e con quale velocità si propaghi il test Prolaris definisce le caratteristiche geniche della malattia misurando l'attività di geni associati alla crescita del tumore.

Utilizzato su pazienti con valori di PSA e Gleason identici, il test genetico ha rivelato come in realtà non tutti avessero lo stesso rischio di progressione di malattia e mortalità. Il test Prolaris si rivela quindi più attendibile come predizione della malattia, tanto è vero che secondo i risultati di un recente studio il 65% degli urologi coinvolti ha cambiato idea 'terapeutica' dopo i risultati del test Prolaris. Il test si rivela utile anche nei pazienti in cui la prostata è stata già rimossa per valutare la probabilità che la malattia possa ripresentarsi e decidere se eseguire o no terapie adiuvanti, come per esempio la radioterapia.

Circa 200 pazienti sono già stati sottoposti al test in tutta Italia". Il beneficio clinico del test Prolaris è stato dimostrato da studi clinici svolti in America e in Europa, che hanno coinvolto più di 2000 uomini con carcinoma della prostata con follow-up di circa 10 anni. La UROP, da sempre attenta a fornire ai pazienti servizi tecnologici ed innovativi, ha iniziato per prima una collaborazione scientifica con la Myriad Genetics per renderlo disponibile ai pazienti che necessitano di maggiori informazioni sul tumore che li ha colpiti . Il test è praticabile in numerosi ospedali del network UROP e in centri oncologici come l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano.

Quadrectomia salvaprostate con le terapie focali .Quando lo specialista ritiene non necessario asportare l'intera ghiandola si può ricorrere alle terapie focali. Il concetto di "terapia mirata" - che presiede a tutte le terapie focali - governa da tempo il trattamento del cancro alla mammella (quadrectomia) ma viene solo da poco perseguito anche nella prostatectomia. "Le terapie focali ablative dell'area tumorale che si trova all'interno della prostata", dice il dottor Pecoraro, "consentono di non rimuovere l'intera ghiandola evitando incontinenza e di impotenza, spesso conseguenti alla chirurgia radicale (secondo recenti dati 1 milione e 200 mila interventi l'anno nel mondo) e anche della radioterapia. Si tratta di tecniche non invasive che si possono effettuare ambulatorialmente o con un solo pernottamento in ospedale, in grado di eliminare piccoli tumori situati all'interno della prostata lasciando questa nella sua sede e risparmiando la maggior parte del tessuto. I vantaggi consistono nella distruzione delle sole aree colpite dal tumore preservando quelle sane , effetti collaterali temporanei e meno gravi di quelli della chirurgia tradizionale; possibilità di effettuare in seguito altri interventi.

Le principali metodiche focali sono: Interstitial Laser Therapy: Il calore, generato da una sottile fibra laser, viene diretto su tumori di piccole dimensioni che vengono distrutti; Crioablazione. Una sostanza iniettata con una sonda direttamente nell'area tumorale congela il tumore e lo elimina; High Intensity Focused Ultrasound (Hifu). Onde sonore generano calore che elimina piccoli tumori. Elettroporazione irreversibile (Ire). Una corrente elettrica erogata dentro il tumore distrugge le cellule neoplastiche; Vascular mirata terapia fotodinamica (Vtp). Un farmaco reso attivo con una luce di una specifica lunghezza d'onda distrugge le cellule tumorali eliminando i vasi sanguigni che le alimentano.

[MORE]

IL LASER PER L'IPERTROFIA RISPETTA IL CUORE E L'AMORE

“Mentre il tumore alla prostata si conferma la neoplasia più diffusa tra gli uomini”, sottolinea il professor Giovanni Ferrari, Direttore all’Unità di Urologia e Andrologia dell’Hesperia Hospital di Modena, “un crescente aumento si registra anche per l’ipertrofia prostatica benigna (IPB), che colpisce oltre l’80% degli italiani over-50, con oltre 40mila Interventi all’anno.”

NON PROVOCA IMPOTENZA Un laser al triborato di litio - Greenlight - si dimostra il mezzo vincente, in quanto vaporizza solo l’area interessata salvaguardando la sessualità e la continenza. Durante l’intervento il chirurgo ha una visione nitida e può preservare le strutture nobili - il rischio di deficit erettile passa dal 21 al 6% mentre la lesione dello sfintere dall’11% all’1%. In Italia esistono già 21 centri che impiegano questa metodica, con un incremento semestrale del 180%. L’assoluta validità di Greenlight rispetto alla TURP- la resezione endoscopica transuretrale della prostata (l’intervento chirurgico più usato finora) è stata confermata da importanti studi internazionali, Tra questi il recente studio Goliath, svolto su 281 pazienti di età intorno ai 65 anni in 9 Paesi, tra i quali l’Italia (con l’Ospedale Sant’Andrea dell’Università La Sapienza di Roma) e pubblicato sulla rivista ufficiale della European Association of Urology.

NON VIETA GLI ANTICOAGULANTI

Precisa il professor Ferrari : “Rispetto alla TURP che può causare emorragie e richiedere trasfusioni, il laser al triborato di litio Grenlight grazie all’istantanea coagulazione dei vasi che evita sanguinamento, è l’unico trattamento che ci consente di intervenire in assoluta sicurezza anche con pazienti finora inoperabili e obbligati a portare il catetere per tutta la vita, come quelli con malattie cardiovascolari, della coagulazione e i portatori di stent endocoronarici in terapia con farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti che non sono più costretti a sospenderli, come invece avviene per gli interventi chirurgici tradizionali, TURP compresa e gli altri laser. Il ricorso a Greenlight sarà di importanza determinante per l’aumento della popolazione affetta da ipertrofia prostatica e disturbi cardiologici in terapia anticoagulante altro vantaggio oltre all’assenza di sanguinamento è il decorso postintervento senza trasfusioni (ridotto da 26% al 3%).

DEGENZA DI UNA NOTTE

Non sanguinando il decorso postoperatorio è più semplice, il paziente soffre meno e il personale ospedaliero (medici e infermieri) è meno impegnato da urgenze. Si ha un più rapido ritorno alle attività lavorative (riduzione del 50% delle giornate perse) e il risparmio in giornate di degenza si traduce in risparmio per il Sistema Sanitario Nazionale. Secondo dati pubblicati dal Ministero della Salute, la degenza media per la chirurgia dell’IPB con tecniche standard va da 4,9 a 7,4 giorni mentre con il laser va da 2,1 a 3,3 giorni. Greenlight si effettua per via endoscopica in one day surgery con anestesia spinale o locoregionale. La maggior parte dei pazienti torna a casa dopo una notte di ricovero e riprende le normali attività nel giro di una settimana”. Nel nostro Paese i centri che utilizzano Greenlight sono 21 con circa 2000 interventi.

(notizia segnalata da Antonella Marchitto)