

# PATOLOGIA PROSTATICA prof. Rotondo

20/10/2008

*Incidenza:*

- **IBP=ipertrofia prostatica benigna 80%**
- **Prostatite 2%**
- **Ca prostatico 18%**

**La prostata anatomicamente può essere suddivisa in:**

- **Zona centrale**, in genere risparmiata da processi patologici
- **Zona di transizione**, interessata nella ipertrofia prostatica benigna (IPB).
- **Zona periferica**, sede dei processi infiammatori, dell'iperplasia atipica e dei carcinomi
- **Stroma muscolare**

## Metodiche diagnostiche:

- ✓ **Esami ematochimici(PSA)**
- ✓ **Esplorazione digito-rettale(DRE)**
- ✓ **Ecografia sovra pubica**, ci dà solo informazioni dimensionali e dà la possibilità di mettere in evidenza un'eventuale zona iperecogena che sporge nel lume vescicale che è spontaneamente anecoico. Quindi se faccio una US sovrapubica vedo una IPB ma non posso escludere un Ca prostatico  
L'adenoma si studia anche con l'ecografia sovrapubica,
- ✓ **Ecografia trans rettale**

OBIETTIVI DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI:

- MORFOLOGIA
- DIMENSIONI
- RESIDUO POSTMINZIONALE

Le dimensioni della prostata (vedere) sono importanti perché indirizzano verso la giusta scelta terapeutica, che può essere la TUIP, la TUR (resezione transuretrale) e la transvescicale.

Complicanze associate a patologie della prostata sono i calcoli e i coaguli vescicali.

Ricordate che comunque **la clinica** fa da sovrana nella diagnosi di queste patologie.

La emospermia è presente negli stadi avanzati, per interessamento delle vescicole seminali; tuttavia è presente anche nelle prostatiti acute e croniche. È uno dei pochi casi in cui si fa la TC per studiare la prostata.

## ADENOMA PROSTATICO

Il primo esame che facciamo è:

1. **l'ecografia vescico-prostatica** ,vedo il lobo medio che stringendo l'uretra si pone in vescica,per questo ho nicturia,poi effettuiamo con gli esami ematochimici la ricerca del
2. **PSA** ,ricordiamoci di dosarlo prima della DRE ,altrimenti potrebbe essere alterato dalla manovra,il PSA ha un valore predittivo altissimo :
  - Se è negativo si fa l'esplorazione rettale
  - Se è positivo sono obbligato a fare ECOGRAFIA TRANSRETTALE,che mi da il massimo delle informazioni sulla struttura della prostata

In base alle dimensioni e al peso della prostata scegliamo il tipo di intervento.Un a prostata normale è 50 cc

## CARCINOMA PROSTATICO

Il Ca della prostata ha un notevole peso, infatti il 50% e più dei pz di sesso maschile con un'età superiore ai 60 anni risultano positivi a questo tumore dopo dimostrazione autoptica.

L'intervento chirurgico può essere effettuato solo se il paziente è in buone condizioni e il tumore non ha superato la barriera d'organo

Esistono quindi una serie di portatori asintomatici

*Inciso:*

Anche il Ca della mammella lo possiamo riscontrare per screening in pz asintomatiche. **Lo scopo dello screening in oncologia è la riduzione della mortalità (e non l'aumento della sopravvivenza).** Il fatto che il pz viva di più è un fatto positivo, ma non è l'obiettivo dello screening.

Il tumore prostatico latente è 4-8 volte più frequente delle forme diagnosticate. Il Ca della mammella ha un vantaggio rispetto al Ca della prostata, ovvero c'è la possibilità che venga fatta una autodiagnosi alla palpazione, cosa che invece non è possibile nel Ca prostatico, ove il sintomo evocatore è rappresentato dalla metastasi secondaria. Qui si innesta il problema del PSA.

Il 21-46% delle autopsie al di sopra dei 50 anni evidenzia un tumore prostatico. Quindi solo una minima parte di portatori di neoplasie occulte sviluppa malattia clinica.

Il Ca della prostata è un argomento molto importante, con il quale vi troverete a confronto e verso il quale non c'è un trattamento univoco, ognuno fa quello che ritiene più opportuno.

Ecco quindi l'importanza del PSA, e l'importanza di stabilire un cut-off.

% sede :	10-20%	zona di transizione
	75%	zona periferica
	5-10%	zona centrale

Nei pz con IPB che vengono sottoposti a resezione transuretrale, nell'1% possono essere riscontrate alla citologia delle cellule neoplastiche (Ca della zona di transizione).

## **Il PSA**

Il PSA non è un marcatore cancro-specifico (lo troviamo alterato anche nelle prostatiti acute e croniche, oltre che nel cancro, ricordiamo a questo punto che in genere le prostatiti si associano a febbre).

È una proteasi serinica (gruppo delle callicreine), prodotto funzionale secreto dall'epitelio prostatico normale per lisare il coagulo seminale.

VALORE	% CARCINOMA
>10 ng/ml	50
4 < PSA < 10	25-30
2,5 < PSA < 4	10-15

Quindi il valore di cut-off (al di sotto del quale non riscontriamo neoplasie) è 2,5 ng/ml.

Il Ca della prostata può essere presente ma non è detto che sia biologicamente attivo o in evoluzione.

PSA totale:

- PSA libero
- PSA velocity (come si comporta il valore del PSA nel tempo)
- PSA density
- PSA – TZ
- PSA ASRR

### **Quindi il pz con Ca della prostata può essere:**

- asintomatico: Gleason 2-4  
PSA < 10ng/ml  
Clinicamente T1 – T2
- sintomatico: Gleason 8-10  
PSA > 20ng/ml                   =>       Valutazione metastasi  
Clinicamente T3 – T4

*Adesso faremo una serie di esempi nei quali vi potrete trovare.*

Ricordate che avete l'obbligo di eseguire una US transrettale (TRUS) e che PSA= 2,5-4 ng/ml può essere sempre considerato come uguale a 4 ng/ml.

### **APPROCCIO DIAGNOSTICO:**

**1.** L'esplorazione rettale (DRE) è operatore dipendente.

- Sensibilità 57 – 68%
- Specificità 44 – 96%
- Obiettivi:
  - identificazione nodulo
  - Caratterizzazione (sospetta): - consistenza (duro)  
- dimensioni  
- mobilità (non spostabile)



**5. La TC** negli stadi bassi non si fa, per nessun motivo. Si fa invece per lo staging della patologia (negli stadi avanzati e nel follow-up, perché non ha la capacità di studiare la capsula prostatica e quindi dire se la patologia è intra- o extra-prostatica).

TC e RM sono tecniche panoramiche ,quando uso tecniche dedicate non vedo le altre cose.

### **STADIAZIONE**

T1 tumore clinicamente non apprezzabile, non palpabile né visibile

- intracapsulare (T1-T2)
- extracapsulare (T3-T4)

Differenziare T2 da T3 è fondamentale perché ci permette di stabilire i criteri di operabilità ( se il tumore non ha superato la barriera d'organo, che in questo caso è rappresentata dalla capsula prostatica, non dovrebbe essere operato ma sottoposto solo a RT)

T2 : tumore che non sorpassa la capsula

Oltre alla Chirurgia , esiste come detto anche la possibilità di utilizzare la RT(radioterapia), che può essere quella classica oppure si può sfruttare la brachiterapia (oggi solo il 2% dei pz viene curato con brachiterapia).

N.B. il PSA può risultare aumentato anche nelle patologie delle ghiandole salivari (scialoadenite).

## **NEOPLASIE DEL RENE**

- bassa incidenza (4,5% di tutte le neoplasie)
- originano prevalentemente dalla componente epiteliale(in questo caso è endofitico,nel rene), più raramente da quella mesenchimale (adiposa, muscolare, vascolare) o neurale .Il T.del parenchima è esofitico,esterno.
- picco in età infantile (T.di Wilms) e dopo la VI decade (Ca a cellule. chiare)

La diagnosi è tardiva e per lo più occasionale (60%) (calcolosi, ernia lombare, gravidanza, ecc.).

*Fattori di rischio:*

- fumo di sigaretta
- malattia di von Hippel-Lindau(questa malattia si svela quasi sempre con un'emorragia cerebrale o con un'emorragia retinica)
- professione
- familiarità

il tumore pediatrico più frequente è il neuroblastoma(T.di Wilms),con massa occupante spazio addominale.

*Ca a cellule renali:*

- cell. Chiare(70%)
- cell. Papillari(15%)
- cell. Cromofobe(5%)
- cell. del dotto collettore(<1%)
- non classificate(>2%)

quasi sempre le neoplasie riguardano 1/3 medio-superiore del rene.

un segno evocatore

L'angiomiolipoma dà segno di sé in un modo particolare (lo sveliamo ad esempio a seguito di trauma conseguente ad un incidente automobilistico...)

*Triade sintomatologica:*

- massa palpabile
- ematuria
- dolore lombare

In più possiamo riscontrare

- varicocele (sintomo evocatore nel passato),
- perdita di peso
- ipertensione ed
- altri sintomi aspecifici.

Quindi la prima indagine non la scegliamo noi perché è stata fatta per altri motivi. Quindi la diagnosi è occasionale

## **METODICHE DIAGNOSTICHE**

- **La US** è quella che vede meno i tumori renali (sono spesso isoecogeni rispetto al parenchima renale normale, soprattutto se le lesioni sono ben differenziate). L'US tuttavia distingue subito tra lesioni solide (es. carcinoma) e lesioni liquide (es. cisti). Si usa una sonda da 3,5 Hertz per andare in profondità, mentre quella da 21 Hertz è superficiale
- **L'urografia** a sua volta non viene mai fatta per i tumori renali, **BISOGNA SAPERE COSA è**  
Preceduta da RX dell'addome, segue l'iniezione di mdc ev di 1ml/kg iodato a bassa velocità (30-40 sec), c'è poi una
  - Fase nefrografica (entro 3')
  - Fase escretrice (dopo 5', si effettua una compressione sopra pubica che serve per opacizzare la pelvi)

*Inciso:*

I mdc uroangiografici:

- **Esami urografici:** rendono radiopachi:  
calici, pelvi, ureteri e vescica
- **Esame angiografico:** rende visibile il lume del vaso (lumino grafia)

Lo iodio iniettato viene eliminato dal rene e quindi permette di visualizzare la via escretrice, rende iperdenso tutto ciò che è vascolarizzato

- La tecnica più sensibile è **la TC** che:
  - mette in evidenza anche lesioni molto piccole (appare come una lesione iperdenso).
  - inoltre grazie al mdc che mette in evidenza la neoangiogenesi possiamo mettere in risalto il grado di vascolarizzazione della lesione

Ci permette inoltre

- di fare DD tra carcinoma e lesioni benigne
- di stabilire l'interessamento di arterie e vene renali
- di fare la stadiazione loco-regionale della lesione e le caratteristiche morfo-strutturali dei linfonodi.

Può essere singolo o con multidetettore

- **RM** : i mdc rendono i tumori renali iperintensi(bianchi)mentre le lesioni cistiche non prendono mai il mdc

## **NEOPLASIE CISTICHE:**

- TC e RM
- Sono difficili da gestire,vanno trattati come tumori solidi ed è importante la DD con gli angiomiolipomi,in cui c'è l'ipercogenicità del grasso che lo caratterizza ,ma ha 3 componenti,se è aumentata la componente vascolare allora va differenziato con il c.papillare

## **STADIAZIONE TNM**

- Linfonodi loco regionali
- Per insemiazione vascolare:prima vena renale poi vena cava dx
- Quando parliamo di T4 il tumore ha superato la fascia di Gerota ed infiltra gli organo adiacenti
- Stadio IV.metastasi a distanza:
  - Polmoni
  - Ossa
  - Cervello
  - Fegato

## **Dal rene dunque nascono 2 tumori completamente diversi:**

- dal parenchima
- dall'urotelio

## **TERAPIA:**

Nefrectomia totale con trombosi della vena cava inferiore e vena renale,tutti i t.renali anche di grandi dimensioni possono essere asportati chirurgicamente.