

La diagnosi di tumore alla prostata si basa su visita rettale e segni/sintomi riconducibili ad una estensione locale o a distanza della neoplasia, ma soprattutto sui marcatori tumorali , in primo luogo il PSA . In assenza di segni/sintomi sospetti e di un visita rettale della prostata normale spesso è solo il PSA l'unica spia di una neoplasia e un valore elevato, a giudizio del clinico, dovrebbe indurre ad eseguire una biopsia prostatica per effettuare una diagnosi. Non esiste un valore "normale" del PSA , in quanto esso va "interpretato" dallo specialista tenendo conto dell'età del paziente, del volume della ghiandola e delle eventuali situazioni infiammatorie presenti. **L'indice PHI e il PCA3** sono nuovi e promettenti marcatori tumorali nei pazienti con sospetto cancro prostatico. Hanno due ruoli differenti e complementari l'uno all'altro..

I marcatori sono utili per indurre il sospetto , ma **la diagnosi si effettua attraverso la biopsia prostatica**, una procedura ambulatoriale , che si esegue in caso di sospetto clinico derivante da un PSA alterato o dal riscontro palpatorio di una consistenza anomala o addirittura di un nodulo prostatico. La biopsia si effettua per via rettale mediante un ago a scatto che introdotto nella prostata preleva una "carota" di tessuto che viene poi mandata ad esaminare al patologo. Indipendentemente dal tipo di accesso dell'ago da biopsia esse viene posizionato mediante una sonda ecografica transrettale.

L'ago della biopsia viene guidato dall'immagine ecografica , ma purtroppo il tumore ha ecograficamente lo stesso aspetto del tessuto normale. Per migliorare l'attendibilità della biopsia abbiamo aumentato il numero di prelievi a dismisura , sino agli attuali 18 o persino 24 onde realizzare un mappaggio della prostata e non una biopsia mirata . L'ecografia dovrebbe darci la localizzazione della nostra biopsia , ma è in 2 dimensioni e non ci consente la registrazione del tragitto dell'ago . Quindi non sappiamo se stiamo eseguendo un reale mappaggio se continuiamo a biopsiare la stessa zona . In pratica la biopsia attualmente è del tutto operatore dipendente

La risonanza magnetica è in effetti molto superiore alla ecografia ed alla TC nella discriminazione tra tessuto normale e neoplastico . Con le nuove apparecchiature si giunge anche ad una accuratezza del 90 % Purtroppo , non è al momento possibile eseguire una biopsia sotto RM . In pratica , noi abbiamo delle immagini sospette , ma non abbiamo modo di mirarle quando facciamo la biopsia in quanto l'immagine ecografica è del tutto diversa .

*Recentemente è stato introdotto un **nuovo software che agisce in combinazione con un ecografo in 3D ed è capace di combinare le immagini RM con con quelle ecografiche** . In pratica quindi si lavora in **3 dimensioni** (e infatti per comodità la chiamiamo **stereobiopsiaprostatica**) ,con la possibilità di simulare il tragitto della biopsia e cambiarlo se non soddisfacente , e ,ancora, di registrare il tragitto di ogni biopsia eseguita . In più , la zona designata dalla RM come la più sospetta , dopo la fusione di immagine con l'ecografia, compare come un bersaglio nell'immagine ricostruita in 3d , in modo tale che l'operatore può pianificarne (e verificarne) l'effettiva puntura .*

La biopsia in 3D con fusione RM (o per brevità stereobiopsia) aumenta la precisione evitando di pungere più volte la stessa zona e consente di mirare le zone risultate sospette alla RM . Inoltre , **registra una mappa tridimensionale** delle biopsie eseguite in modo tale che abbinando i risultati dell'esame istologico si possa ricostruire con discreta approssimazione la localizzazione ed il volume del tumore . Questi dati , assieme al grado di malignità del tumore , contribuiscono in maniera decisiva a stabilire la categoria di rischio di quel particolare tumore , rischio ovviamente che esso sia causa di morte . Una volta stabilito correttamente il rischio , il trattamento può essere pianificato con una sicurezza molto maggiore. In altre parole , di fronte ad un piccolo tumore a bassa malignità saremo più tranquilli a proporre come opzione anche la semplice vigile attesa, di fronte ad un tumore di 1-2 cm a malignità anche solo intermedia un trattamento chirurgico o radioterapico sarà necessario . Le biopsie effettuate sinora non davano assolutamente lo stesso grado di affidabilità .

*Sicuramente la stereobiopsia aumenterà quella che si definisce detection rate (ossia il numero di tumori diagnosticati per numero di biopsie eseguite) ma dovrebbe diminuire di molto anche il numero delle ribiopsie . Si potrebbe dire , per usare uno slogan : **quando serve , una ed una sola biopsia il più precisa possibile !!***

Risultati aggiornati 27/08/2014

Eta media dei Pazienti: 67

N° Biopsie	272
Detection Rate	61,40 %
Detection Rate Biopsie 3d	71,33 %
Detection Rate Biopsie Fusion RM	49,18 %