

PERCHÈ PENSARE ALLA BRACHITERAPIA

1. *Il mio Clinico curante mi ha detto che la Brachiterapia è una metodica obsoleta, abbandonata da molti anni per i risultati deludenti. È vero ? ed in tal caso perché ora viene riproposta?*
2. *Alcuni Medici sostengono che la Brachiterapia nel trattamento del tumore della prostata sia ancora in fase sperimentale: è vero?*
3. *Ho letto che il tumore della prostata talvolta è caratterizzato da un accrescimento talmente lento nel tempo, che alcuni Specialisti consigliano di non eseguire alcuna terapia, in particolare di tipo chirurgico o radiante. Perché dovrei considerare di sottopormi ad un trattamento per il mio tumore?*
4. *Quali sono i vantaggi della Brachiterapia rispetto alla Prostatectomia Radicale e alla Radioterapia Esterna?*
5. *In che modo la Brachiterapia distrugge le cellule tumorali?*
6. *Ho saputo che talvolta la Brachiterapia viene proposta in associazione alla Radioterapia esterna: in quali casi?*
7. *Il mio caso è candidabile alla Brachiterapia?*
8. *Precedenti patologie o interventi chirurgici potrebbero impedirmi di essere sottoposto alla Brachiterapia?*

PREPARAZIONE ED IMPIANTO

9. *A quali esami dovrò sottopormi prima dell'impianto?*
10. *Viene consigliata qualche preparazione prima della Brachiterapia ?*
11. *Quanto dura la procedura e quanto tempo rimarrò in Ospedale?*
12. *Durante l'impianto perderò del sangue e/o avrò bisogno di trasfusioni?*
13. *Quanti "semi" mi verranno impiantati ? cosa ne sarà poi? sentirò i "semi"?*
14. *Che tipo di sorgenti radioattive vengono comunemente impiegate e quali sono le differenze più significative?*

DOPO L'IMPIANTO, EFFETTI COLLATERALI

15. *Ci sono delle norme comportamentali alle quali mi dovrò attenere dopo l'impianto e per quanto tempo?*
16. *Quali disturbi posso aspettarmi dopo l'impianto e per quanto tempo? Ci sono delle terapie per controllare questi disturbi?*
17. *Noterò perdita dei capelli, nausea o vomito dopo l'impianto?*
18. *Quando potrò riprendere la mia attività sessuale? Posso eliminare sorgenti radioattive con lo sperma?*
19. *Cambierà l'aspetto dello sperma?*
20. *I semi radioattivi possono influire negativamente sulla fertilità?*
21. *A quali esami di controllo mi dovrò sottoporre dopo l'impianto e con quale frequenza?*
22. *Cosa succede se ai controlli TAC e RMN viene riscontrato un impianto inadeguato?*
23. *Cosa succede se a distanza di tempo il PSA aumenta?*
24. *Quali sono le possibili complicanze della Brachiterapia?*
25. *Se viaggio farò scattare i dispositivi di sicurezza?*

1. Il mio Clinico curante mi ha detto che la Brachiterapia è una metodica obsoleta, abbandonata da molti anni per i risultati deludenti. È vero? ed in tal caso perchè ora viene riproposta?

È vero: la Brachiterapia nel trattamento del tumore della prostata ebbe un'ampia diffusione agli inizi degli anni '70, ma venne successivamente abbandonata a causa dell'elevato tasso di insuccessi. Peraltro a quei tempi la diagnosi di tumore alla prostata veniva formulata tardivamente, in stadio avanzato: non vi era infatti la possibilità di dosare il livello di PSA nel sangue, né di utilizzare tecniche diagnostiche quali l'ecografia, la TAC e la Risonanza Magnetica Nucleare, né tantomeno la possibilità di eseguire agobiopsie prostatiche ecoguidate. Inoltre, a causa di tali carenze tecnologiche, l'impianto dei semi veniva eseguito attraverso una incisione chirurgica sull'addome del paziente con un posizionamento del tutto casuale ed impreciso "a mano libera" delle sorgenti; all'interno della prostata rimanevano alcune aree "fredde" che non ricevevano una dose di radiazioni sufficiente a distruggere il cancro. Da ultimo era anche impossibile effettuare una adeguata valutazione della qualità dell'impianto sempre a causa delle sovraccitate carenze tecnologiche e alla mancanza di software adeguati.

Oggi, circa il 70-80% dei tumori prostatici viene diagnosticato quando la malattia è ancora organo-confinata, rispetto al solo 20-30 % dell'epoca pre PSA e pre ecografia. Grazie alla ecografia transrettale, l'impianto non richiede più una incisione chirurgica, di cui vengono evitate le possibili complicanze, ma viene eseguito attraverso l'introduzione precisa di sottili aghi nel perineo (la zona fra lo scroto e l'ano); è possibile inoltre controllare in tempo reale la qualità dell'impianto ed evitare di lasciare delle aree "fredde". Infine la disponibilità della TAC, della RMN e di software dedicati consente di eseguire accurate valutazioni dosimetriche dopo l'impianto per confermare di aver trattato tutta la ghiandola prostatica con adeguate dosi di radiazione.

Da più di 10 anni ormai diversi importanti Centri nord americani eseguono gli impianti in modo codificato, standardizzato e sono stati pubblicati in letteratura i risultati terapeutici a lungo termine: la Brachiterapia è in grado di curare i soggetti affetti da tumore prostatico organo-confinato con probabilità sovrapponibili all'intervento chirurgico.

2. Alcuni Medici sostengono che la Brachiterapia nel trattamento del tumore della prostata sia ancora in fase sperimentale: è vero?

No. La moderna Brachiterapia del tumore della prostata viene ormai eseguita in modo standardizzato e codificato da più di dieci anni in numerosi Centri del Nord America . I risultati a lungo termine (12 anni) sono pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche internazionali.

3. Ho letto che il tumore della prostata talvolta è caratterizzato da un accrescimento talmente lento nel tempo, che alcuni Specialisti consigliano di non eseguire alcuna terapia, in particolare di tipo chirurgico o radiante. Perché dovrei considerare di sottopormi ad un trattamento per il mio tumore?

La scelta di trattare o meno un paziente affetto da carcinoma della prostata, è ancora oggi un dilemma. Da un lato alcune neoplasie prostatiche a lenta crescita potrebbero non interferire sulla spettanza di vita del paziente e, quindi, non richiedere alcuna terapia. D'altro canto il tumore della prostata rappresenta la seconda più frequente causa di morte per tumore nel paziente di sesso maschile.

Valutando una serie di parametri, uno Specialista che si interessi di tumore della prostata può ragionevolmente individuare quei casi meritevoli di trattamento e suggerire al paziente la cura più idonea. Poiché non esistono controprove sicure che una neoplasia non possa cambiare grado di aggressività e divenire quindi un fattore in grado di influire sulla spettanza di vita del paziente, ecco che la maggior parte dei medici è portata a consigliare una qualche terapia anche nelle forme meno aggressive e iniziali.

L'impianto di sorgenti radioattive nella prostata - "Brachiterapia permanente" - rappresenta un trattamento validissimo da non trascurare nella pianificazione terapeutica di un tumore prostatico clinicamente localizzato, in considerazione degli eccellenti risultati a lungo termine e del minor tasso di complicanze e di effetti collaterali rispetto alle altre opzioni curative.

4. Quali sono i vantaggi della Brachiterapia rispetto alla Prostatectomia Radicale ed alla Radioterapia Esterna?

I risultati oncologici a lungo termine (12 anni) della Brachiterapia (BT) sono sovrapponibili a quelli della prostatectomia radicale (PR) e superiori a quelli della radioterapia convenzionale a fasci esterni (EBRT).

La BT, rispetto alla PR, è una procedura miniinvasiva attuabile in day-surgery, che richiede una anestesia di breve durata. Grazie alla miniinvasività, il rischio di sanguinamento, di complicanze trombo-emboliche e di infezione sono eccezionali (mentre nella PR raggiungono il 10%, il 2.6% ed l'1.3% dei casi rispettivamente). Il paziente recupera rapidamente una normale qualità di vita: rimozione del catetere entro 24 ore (PR: 5-14 giorni), dimissione il giorno stesso dell'impianto o il successivo (PR: 6-14 giorni) e ritorno alle normali attività socio-lavorative entro pochi giorni. Non da ultimo è una metodica estremamente interessante per pazienti fortemente motivati al mantenimento della potenza sessuale (conservata nel 50-90%

dei casi dopo BT vs 10-75% dopo PR) e di una perfetta continenza urinaria (mantenuta in oltre il 99% dei casi dopo BT vs 83-94% dopo PR). Rispetto alla PR, la BT è una metodica controindicata nei pazienti con importante ostruzione urinaria, nei pazienti molto giovani con malattia ad alta aggressività (risultati oncologici "limitati" a dodici anni) e può comportare disturbi minzionali irritativi dalla terza fino alla dodicesima settimana dopo l'impianto.

Nei confronti della EBRT, pur essendo necessarie una breve ospedalizzazione ed una anestesia, la BT ha l'importante vantaggio di completare in una unica seduta il trattamento oncologico (rispetto ad un ciclo di cura che comporta sedute giornaliere di terapia per 7-8 settimane consecutive). Inoltre, rispetto alla EBRT, la BT consente di erogare alla prostata elevate dosi di radiazione (percentuale di cura dose-dipendente), con contemporaneo risparmio delle strutture adiacenti e ridotto tasso di complicanze a breve e lungo termine.

5. In che modo la Brachiterapia distrugge le cellule neoplastiche?

La morte cellulare in seguito ad irradiazione dipende principalmente dal danneggiamento del processo proliferativo. L'evento critico che porta alla morte cellulare (morte mitotica) è la rottura della doppia elica del DNA/RNA causata dal passaggio della radiazione. Le cellule neoplastiche non muoiono immediatamente dopo l'irradiazione; solo quando la cellula tenta di riprodursi i danni radioindotti subiti dal DNA/RNA si manifestano, impedendone la duplicazione ed inducendone la morte. Poiché le cellule del carcinoma prostatico spesso si riproducono lentamente, gli effetti di un trattamento brachiterapico si manifesteranno a distanza di tempo dalla data dell'impianto; per questo motivo occorre aspettare qualche mese perché il livello di PSA raggiunga valori bassi. Poiché le cellule neoplastiche sono maggiormente radiosensibili quando si trovano nella fase M del ciclo cellulare (divisione cellulare), è proprio in questo momento che dovrebbe verificarsi l'irradiazione. Su queste considerazioni teoriche, per tumori a duplicazione veloce potrebbe essere più efficace una sorgente che emetta velocemente la sua energia, come nel caso del Palladio, mentre per tumori a duplicazione lenta una sorgente che emetta lentamente l'energia, come nel caso dello Iodio.

6. Ho saputo che talvolta la Brachiterapia viene proposta in associazione alla Radioterapia esterna: in quali casi?

La Brachiterapia viene associata alla Radioterapia esterna in quei pazienti nei quali ci sia un rischio clinico che la neoplasia abbia superato la capsula prostatica. Tale rischio è presente quando ci sia un PSA ≥ 10 ng/ml, un esame istologico con somma di Gleason ≥ 7 , o uno stadio clinico $\geq T2b$ (neoplasia palpabile alla esplorazione rettale). I risultati disponibili in Letteratura sulla associazione degli impianti di semi con le radiazioni a fasci esterni sono migliori nel trattamento dei pazienti a rischio di malattia localmente avanzata rispetto alla sola Brachiterapia o alla sola Radioterapia esterna. Nella maggior parte dei casi di associazione terapeutica viene prima eseguito il ciclo di Radioterapia a fasci esterni (45 Gray somministrati in 25 sedute giornaliere) seguita a distanza di 2-4 settimane dall'impianto.

7. Il mio caso è candidabile alla Brachiterapia?

La Brachiterapia è indicata nel trattamento di neoplasie prostatiche clinicamente localizzate; nel caso di neoplasie localmente avanzate viene utilizzata in associazione ad un ciclo di radioterapia esterna.

	Brachiterapia	Brachiterapia + Radioterapia Esterna
Stadio Clinico	T1, T2a, (T2b)	T2b, T2c
PSA	< 10 ng/ml	10-20 ng/ml
Somma di Gleason	< 7	≤ 7
Esplorazione rettale	Negativa Nodulo (T2a)	Nodulo (> T2a)

Il paziente candidato a Brachiterapia deve inoltre eseguire una uroflussometria e rispondere ad un questionario inerente l'habitus minzionale (IPSS = scala di punteggio sintomatologico minzionale internazionale); infatti una eventuale condizione di ostruito deflusso urinario espone il paziente ad una maggiore probabilità di effetti collaterali. Vengono pertanto candidati all'impianto pazienti con:

- Flusso massimo > 12 ml/s
- Residuo Post-Minzione < 50 cc
- Valore al questionario sull'habitus minzionale (IPSS) < 20

È inoltre indispensabile valutare mediante una ecografia prostatica transrettale le dimensioni della ghiandola in quanto è tecnicamente possibile eseguire l'impianto solo in prostate con dimensioni comprese tra 20cc e 60cc. Qualora il volume ghiandolare risulti superiore ai 60cc, il paziente può essere trattato con blocco androgenico per un periodo di almeno 3 mesi prima del trattamento; tale terapia infatti può determinare una riduzione volumetrica della ghiandola fino al 40%, rendendo possibile l'impianto.

Infine un raro fattore di esclusione è rappresentato dalla impossibilità per il paziente ad assumere sul lettino operatorio una posizione di tipo ginecologico (coxartrosi, protesi d'anca).

Qualora il paziente e la patologia rispondano alle caratteristiche sopra riportate, la decisione terapeutica potrà essere presa valutando con lo Specialista di riferimento i pro e contro delle diverse metodiche (Brachiterapia permanente, Prostatectomia Radicale, altre metodiche)

8. Precedenti patologie o interventi chirurgici potrebbero impedirmi di essere sottoposto alla Brachiterapia ?

L'anestesista dovrà in ogni caso visitare il paziente e valutarne la storia clinica ; qualora lo ritenga opportuno potrà richiedere ulteriori esami preoperatori oltre a quelli di routine. Per quanto concerne l'impianto vero e proprio un possibile fattore di esclusione è rappresentato da un precedente intervento di artroprotesi d'anca che abbia determinato una limitazione funzionale alla mobilizzazione passiva dell'arto inferiore (il che impedirebbe un corretto posizionamento del paziente sul lettino operatorio, in decubito ginecologico). Non possono essere candidati all'impianto ecoguidato pazienti sottoposti ad amputazione del retto con ano preter naturale e pazienti precedentemente trattati con radioterapia pelvica. Un precedente intervento sulla prostata (TURP, adenomectomia prostatica....) non costituisce una controindicazione assoluta, ma richiede una valutazione ad hoc. Pazienti in terapia anticoagulante o antiaggregante dovranno concordarne l'eventuale sospensione con i medici prima dell'impianto.

9. A quali esami dovrò sottopormi prima dell'impianto ?

Il paziente affetto da neoplasia prostatica clinicamente localizzata e candidato alla Brachiterapia dovrà eseguire una ecografia prostatica transrettale, una uroflussometria con valutazione del residuo post minzione e compilare un questionario sulla qualità della vita relativo alla sintomatologia urinaria IPSS-International Prostate Symptom Score e del questionario inerente la qualità della vita, specifico per pazienti affetti da carcinoma prostatico, FACT-P

L' ecografia studia la conformazione ed il volume della prostata: vengono così determinati il numero e la posizione delle sorgenti radioattive che dovranno essere impiantate nella ghiandola. Inoltre, la valutazione delle dimensioni prostatiche è indispensabile perché potrebbero esserci dei problemi tecnici a trattare pazienti con volume ghiandolare superiore a 60 cc o inferiore a 20 cc. La uroflussometria ed il questionario sono necessari per individuare una condizione di ostruzione urinaria che potrebbe essere peggiorata dalla radioterapia.

In sede pre-operatoria potrà essere eseguita anche una visita andrologica durante la quale viene valutata la funzione erettile del paziente (anamnesi, esame obiettivo, ecocolordoppler penieno dinamico, rigidometria peniena notturna, compilazione del questionario inerente la funzione erettile IIEF-International Index of Erectile Function).

10. Viene consigliata qualche preparazione prima della Brachiterapia?

Nella settimana precedente l'impianto viene consigliata una dieta priva di scorie e di bevande gasate, per consentire una adeguata preparazione intestinale; quest'ultima verrà completata con dei clisteri evacuativi praticati nella giornata preoperatoria.

Al paziente che manifesti una condizione di ostruzione urinaria, potrà essere consigliato un ciclo terapeutico con delle compresse di alfa bloccante, medicinale che migliora lo svuotamento vescicale in assenza di effetti collaterali. Qualora il volume ghiandolare dovesse superare i 60 cc potrà essere consigliato un trattamento ormonale (blocco androgenico) che consente una riduzione sino al 40% del volume ghiandolare; il trattamento verrà eseguito per i 3 mesi che precedono l'impianto e per i mesi seguenti (ulteriori 3 mesi per impianti eseguiti con il Palladio e 6 mesi nel caso di utilizzo dello Iodio).

11. Quanto tempo dura la procedura e quanto rimarrò in Ospedale?

La procedura viene completata in media in 60-90 minuti; viene eseguita in Sala Operatoria in anestesia locoregionale o generale a seconda delle caratteristiche cliniche del paziente. In Sala Operatoria sono presenti l'Urologo, il Radioterapista ed il Fisico Sanitario oltre all'Anestesista ed al Personale Infermieristico.

Al termine della procedura viene posizionato talvolta un catetere vescicale che verrà rimosso la sera stessa dell'impianto o, al massimo, la mattina successiva.

I pazienti vengono dimessi il giorno successivo all'impianto e non necessitano di alcuna assistenza domiciliare. Pochi giorni dopo la dimissione, i pazienti possono riprendere le loro normali attività socio-lavorative con la raccomandazione di evitare sforzi fisici importanti per 2-3 settimane.

12. Durante l'impianto perderò del sangue e/o avrò bisogno di trasfusioni?

I pazienti non perdono sangue e non c'è necessità di emotrasfusioni: la procedura infatti consiste nell'inserimento di aghi sottili nella prostata attraverso il perineo (la zona fra scroto e ano) senza bisogno di eseguire alcuna incisione chirurgica. Qualora il paziente assuma farmaci antiaggreganti o anticoagulanti dovrà avvisare i Medici che provvederanno a sostituire o sospendere alcuni medicinali.

13. Quanti "semi" mi verranno impiantati? Cosa ne sarà poi? Sentirò i "semi"?

A seconda del volume della prostata e del tipo di radioisotopo utilizzato (Iodio 125 o Palladio 103) il numero dei "semi" impiantati varia da 50 a 150. I "semi" decadono in un tempo caratteristico per ogni tipo di radioisotopo. Lo Iodio (tempo di dimezzamento di 60 giorni) rilascia il 90% della sua energia iniziale in 6 mesi e perde tutta la sua energia in 1 anno, mentre per il Palladio (tempo di dimezzamento 17 giorni) tali tempi si riducono a 2 e 6 mesi rispettivamente. I "semi" resteranno per tutta la vita nella prostata del paziente che non avvertirà minimamente la loro presenza.

14. Che tipo di sorgenti radioattive vengono comunemente impiegate e quali sono le differenze più significative?

Per gli impianti permanenti di sorgenti radioattive, gli isotopi più comunemente utilizzati sono il Palladio (Pd-103) e lo Iodio (I-125). Il Palladio ha un tempo di dimezzamento (=tempo in cui viene dimezzata la sua attività) più corto (17 giorni) rispetto allo Iodio (60 giorni) e quindi esplica la sua azione emettendo energia in un periodo di tempo più breve; pur non essendoci dati probanti in letteratura, il Palladio potrebbe essere più efficace nel trattamento dei tumori più aggressivi, a crescita più veloce.

15. Ci sono delle norme comportamentali alle quali mi dovrò attenere dopo l'impianto e per quanto tempo?

In considerazione della scarsa penetrazione ("limitato raggio di azione") delle radiazioni prodotte dallo Iodio 125 ed in particolare dal Palladio 103, il paziente dopo l'impianto non è significativamente radioattivo (il livello di radioattività scende infatti al fondo ambientale ad una distanza di circa un metro dalla pelvi del paziente). In particolare non contenendo "semi" non sono radioattive né l'urina né lo sperma. E' ovvio d'altronde che particolare cautela deve essere posta in occasione di contatti con donne in gravidanza e bambini.

Alla dimissione il paziente riceverà copia delle norme comportamentali a cui attenersi nel periodo postoperatorio per limitare l'esposizione di familiari e terzi.

16. Quali disturbi posso aspettarmi dopo l'impianto e per quanto tempo? Ci sono delle terapie per controllare questi disturbi?

Dopo l'impianto possono insorgere disturbi irritativi a carico dell'apparato genito-urinario ed intestinale.

Tali disturbi, qualora siano presenti, sono di entità variabile da paziente a paziente; in genere sono più marcati nelle prime 4-6 settimane dopo l'impianto e si risolvono gradualmente.

Si possono manifestare: aumento della frequenza minzionale sia diurna che notturna, bruciori uretrali, urgenza minzionale, ematuria, spasmi vescicali e rettali, peggioramento della minzione; in particolare si possono osservare una riduzione del flusso e un aumento del residuo vescicale post minzione sino alla ritenzione urinaria (registrata in una minoranza dei pazienti). L'entità e la durata dei disturbi sono estremamente variabili da paziente a paziente ma sono anche legati al tipo di sorgente radioattiva impiegata, alla grandezza della prostata e al numero dei semi impiantati oltre che alla qualità dell'impianto eseguito.

La qualità del trattamento è strettamente correlata al grado di esperienza del Team che pianifica ed esegue l'impianto: è consigliabile che il paziente faccia riferimento ad un centro di riconosciuta esperienza. Peraltro al fine di garantire la qualità della terapia, tutti i Centri di Brachiterapia nel periodo iniziale della loro attività eseguono gli impianti sotto la supervisione di Esperti Qualificati.

Alla dimissione i Medici potranno consigliare una terapia antibiotica per prevenire possibili infezioni all'apparato urogenitale e farmaci per trattare eventuali sintomi irritativi (alfa bloccanti per migliorare la minzione, antiinfiammatori e corticosteroidi a bassissime dosi per ridurre l'edema -"gonfiore"- della prostata, antidolorifici e spasmolitici per le situazioni maggiormente disturbanti).

17. *Noterò perdita dei capelli, nausea o vomito dopo l' impianto?*

Assolutamente no poiché l'effetto è strettamente locale.

18. *Quando potrò riprendere la attività sessuale? Posso eliminare sorgenti radioattive con lo sperma?*

I pazienti possono riprendere una normale attività sessuale precocemente dopo l'impianto, salve le norme radioprotezionistiche atte alla salvaguardia della salute della partner (limitare l'esposizione della partner, a distanza di un metro, a meno di 20 ore alla settimana nei primi mesi dopo l'impianto).

Solo eccezionalmente, nel corso dei primi rapporti, si possono ritrovare dei semi nello sperma: per tale motivo è indicato l'utilizzo del preservativo nei primi mesi dopo l'impianto. Infatti superati i due mesi dall'impianto con sorgenti di Palladio e i quattro con sorgenti di Iodio, i semi eventualmente eiaculati non sono più significativamente radioattivi a fini radioprotezionistici.

Qualora si manifestasse un iniziale deficit erettile, potrà essere indicato un temporaneo ciclo terapeutico riabilitativo con Sildenafil (Viagra) o con Prostaglandine.

19. *Cambierà l'aspetto dello sperma?*

Si: dopo l'impianto lo sperma potrà subire una modificazione nel colore e diminuire in quantità.

20. *I semi radioattivi possono influire negativamente sulla fertilità?*

È noto dalla letteratura che alcuni pazienti conservano la fertilità senza conseguenze teratogene sulla progenie. Peraltro, ai pazienti che desiderino avere dei figli, si consiglia di eseguire dei depositi di sperma nelle apposite Banche del seme.

21. *A quali esami di controllo mi dovrò sottoporre dopo l'impianto, e con quale frequenza?*

I pazienti, 3-5 settimane dopo l'impianto, vengono sottoposti a TAC e/o a Risonanza Magnetica Nucleare della pelvi per valutare la qualità dell'impianto, ossia che tutta la prostata abbia ricevuto una copertura dosimetrica (dose di radiazione) adeguata.

Inoltre, vengono eseguite una uroflussometria con valutazione del residuo post minzione, una urinocoltura, il PSA ed una visita andrologica (che comprende la compilazione del questionario inerente la qualità della funzione erettile IIEF-International Index of Erectile Function).

Particolare cura viene posta alla qualità di vita del paziente, valutata mediante la compilazione del questionario sintomatologico inerente la minzione IPSS-International Prostate Symptom Score e del questionario inerente la qualità della vita, specifico per pazienti affetti da carcinoma prostatico, FACT-P

Successivamente i pazienti vengono monitorati con l'esame del PSA ogni 3-4 mesi per il primo anno dopo l'impianto ed in seguito ogni 6 mesi. Comunque, alla dimissione, il paziente riceve un prospetto con indicati tutti i controlli ai quali dovrà sottoporsi periodicamente.

22. *Cosa succede se ai controlli TAC e RMN viene riscontrato un impianto inadeguato?*

La moderna tecnica di impianto consente un controllo di qualità in tempo reale durante la procedura, pertanto una inadeguata copertura dosimetrica costituisce un'eventualità sporadica. Qualora venga evidenziata una insufficiente qualità dell'impianto, il trattamento dovrà essere completato con il posizionamento di ulteriori "semi" nelle aree scoperte, oppure con un ciclo di radioterapia esterna.

23. *Cosa succede se a distanza di tempo il PSA aumenta?*

Nei primi 2 anni dall'impianto si possono registrare delle oscillazioni dei valori del PSA che non rivestono significato patologico.

Sono considerati possibili indici di fallimento del trattamento i seguenti riscontri:

PSA superiore a 0.3 ng/ml dopo 24 mesi dall'impianto

3 consecutivi rialzi del valore del PSA

Lo Specialista potrà consigliare l'esecuzione di una scintigrafia ossea e di agobiopsie prostatiche ecoguidate oltre ad una

eventuale TAC dell'addome. Nel caso tali accertamenti dovessero mettere in evidenza una recidiva di malattia a livello prostatico, ci sono diverse opzioni terapeutiche: l'intervento chirurgico di asportazione della prostata (prostatectomia radicale), la terapia ormonale (blocco androgenico) o trattamenti ancora in fase sperimentale quali la criochirurgia o la termoterapia.

24. Quali sono le possibili complicanze tardive della Brachiterapia?

L'incontinenza urinaria e le fistole urinose interessano meno dell'1% dei pazienti trattati e possono comportare la necessità di ricorrere ad un intervento chirurgico correttivo.

Il rischio di incontinenza urinaria è maggiore nei pazienti precedentemente sottoposti ad interventi disostruttivi sulla prostata (TURP, Adenomectomia transvescicale).

L'impotenza erigendi (deficit erettile) viene riferita da una percentuale di pazienti che differisce a seconda della fascia di età: si va dal 10% (pazienti con età inferiore ai 60 anni) al 20% (60-70 anni), fino al 50% (pazienti con età superiore ai 70 anni); il paziente potrà eventualmente beneficiare di un ciclo di riabilitazione farmacologica per via orale (Viagra) o iniettiva endocavernosa (Prostaglandine).

25. Se viaggio farò scattare i dispositivi di sicurezza?

No, i "semi" non vengono individuati dai dispositivi di sicurezza quali i metal detector degli aeroporti.