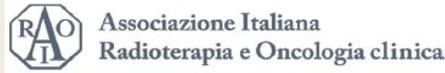


Con il Patrocinio di



2° Convegno Nazionale

IL TEAM INTERDISCIPLINARE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA

NEGRAR DI VALPOLICELLA 6-7 DICEMBRE 2019

Sala Perez - IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria



LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

Evidenze, Linee guida, Studi clinici

Stefano Cavalleri

U.O.C. Urologia

IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria

LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

Sorveglianza attiva: criteri di inclusione (EAU)

- Aspettativa di vita superiore a 10 anni.
 - Valutazione comorbidità (stato nutrizionale, funzioni cognitive, stato psichico)
- G6 in meno di 2-3 frustoli, compromessi meno del 50% (ISUP Grade 1)
 - PSA < 10 ng/mL
 - cT1- cT2a
 - Escludere: cr. Duttale, cr. Sarcomatoide, presenza di aree cribriformi, forte storia familiare di neoplasia prostatica

LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

Sorveglianza attiva in neoplasie prostatiche sottoposte a screening

Studies	n	Median FU (mo)	pT3 in RP patients	10-year OS (%)	10-year CSS (%)
Van As, et al. 2008 [356]	326	22	8/18 (44%)	98	100
Carter, et al. 2007 [350]	407	41	10/49 (20%)	98	100
Adamy, et al. 2011 [357]	533-1,000	48	4/24 (17%)	90	99
Soloway, et al. 2010 [358]	99	45	0/2	100	100
Roemeling, et al. 2007 [359]	278	41	-	89	100
Khatami, et al. 2007 [360]	270	63	-	n.r.	100
Klotz, et al. 2015 [361]	993	77	-	85	98.1
Tosoian, et al. 2015 [355]	1,298	60	-	93	99.9
Total	4,204-4,671	46.5	-	93	100

CSS = cancer-specific survival; FU = follow-up; mo = months; n = number of patients; n.r. = not reported; OS = overall survival; RP = radical prostatectomy.

Sorveglianza attiva: selezione dei pazienti

- Stratificazione del rischio
- ISUP gruppo 1
- ISUP gruppo 2 con basso volume e bassa % Gleason 4 (<10%) – rischio intermedio favorevole (NCCN), età superiore 75 anni, preferenza dei pazienti (ASCO, AUA/ASTRO/SUO) – **informare il paziente del possibile rischio metastasi.**
- Risonanza magnetica prostatica
- Test molecolari urinari: controversi: valore predittivo – costi.
- Età

LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

- Obs: Prostate Cancer Research International Active Surveillance (PRIAS): 5302 pazienti, drop out 52% (5 aa) 73% (10aa), 62% riclassificato a rischio maggiore.
- Obs: John Hopkins: riclassificazione 5 anni 26%, 10 anni 31% (età, PSA, numero prelievi positivi).
- Ran: Scandinavian Prostate Cancer Group 4 (SPCG-4), PIVOT
- Ran: ProtecT trial –
 - % sopravvivenza cancro specifica 10 aa: AS 98.8, PR 99.0, RT 99.6
 - % sviluppo di metastasi (ossa, linfonodi, viscerali, PSA >100 ng/mL): AS 6.3, PR 2.4, RT 3.0.
 - % progressione clinica: 40% AS passano a terapia attiva in 5 anni (metastasi, T3 or T4 clinici, ostruzione ureterale, cateterizzazione). AS 22.9, PR 8.9, RT 9.0

LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

Considerazioni

- Pazienti in AS hanno il problema psico-sociale di vivere con una neoplasia indolente senza un trattamento attivo.
- L'informazione sull'evoluzione della neoplasia a basso rischio può essere la chiave che fa superare al paziente le complicità psicologiche.
- Una errata informazione porta il paziente a sottovalutare la malattia, abbandonare la sorveglianza attiva (10-50%), progressione di malattia.

LA MALATTIA ORGANO-CONFINATA: IL CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO

Strategia

- Biopsie prostatiche dopo 1-2 anni, successivamente ogni 2 anni
- RNM ogni anno in alternativa
- La RNM prostatica deve essere considerata un esame fondamentale nella sorveglianza attiva per la neoplasia prostatica basso rischio (EAU, AUA/ASTRO/SUO, ASCO)
- Dosaggio PSA ogni 6 mesi.
- DRE ogni 6-12 mesi.

Definizione di progressione

- Aumento del PSA – Tempo di raddoppiamento < 3 anni o aumento PSA > 10 fino a 15 ng/mL.
- Anomalie peggiorative alla DRE
- Valutazione più dettagliata:
 - RNM con biopsia mirata
 - Biopsie prostatiche sistematiche

Prevenzione della progressione ?

- Dutasteride e Finasteride, inibitori della 5-alfa reduttasi (5-AR) bloccano la trasformazione del testosterone in diidrotestosterone (DHT), androgeno potenzialmente attivo.
- Studio randomizzato REDEEM non conferma la riduzione del rischio di progressione ad un gruppo di grado più elevato.
- Effetti collaterali non secondari (ED, perdita di libido).

Conclusioni

- Stratificare il rischio
- Considerare le comorbidità e le condizioni psico-fisiche del paziente
- Considerare la familiarità positiva per neoplasia prostatica
- Valutazione esami clinici (biopsia prostatica, PSA, RNM)
- Informare il paziente
- Attenersi al follow up