

News da SIUR – Società Italiana di Urologia Oncologica

Report della 1^a Consensus Conference Nazionale sul monitoraggio del carcinoma prostatico in stadio avanzato (Bologna, 6 settembre 2018)

Il tumore della prostata è il più frequente nell'uomo nei paesi occidentali; in Italia nel 2017 erano attesi 34.800 casi. Pur non essendo un tumore molto aggressivo, si pensi che oltre i due terzi dei casi appartengono alle categorie di rischio basso e intermedio e che la sopravvivenza a 10 anni è del 90%, l'elevata incidenza fa sì che costituisca la terza causa di morte oncologica con 7174 decessi nel 2014.

Il tema è, quindi, quello di differenziare i trattamenti identificando all'inizio e seguendo nel tempo, lungo il loro percorso clinico, i pazienti a maggiore rischio. Ma chi sono questi pazienti? Sono in primo luogo quelli che presentano lesioni a distanza (metastasi) già al momento della prima diagnosi e coloro che giungono a questa fase dopo un periodo più o meno lungo libero da malattia, susseguente a un trattamento locale con intento radicale, sia esso chirurgico o radioterapico radicale.

La fase metastatica, nella maggior parte dei casi inizialmente viene ben gestita in quanto risente positivamente di una terapia ormonale androgeno-deprivativa che riduce i livelli di testosterone e rallenta o arresta la crescita del tumore. Oggi, in alcuni casi, è possibile anche all'inizio abbinare la chemioterapia alla terapia ormonale, migliorando ulteriormente le prospettive di vita del paziente, scelto accuratamente per questo tipo di trattamento combinato. Sappiamo però che dopo un tempo variabile da mesi ad anni la terapia ormonale da sola può diventare insufficiente, non permettendo più il controllo della malattia, instaurandosi così la fase di resistenza alla castrazione. Questa fase, fino a non molti anni fa veniva considerata dal medico, e purtroppo anche dal paziente, come la fase terminale della malattia, perché non avevamo a disposizione terapie idonee a prolungare la sopravvivenza, tanto che raramente si avevano sopravvivenze superiori all'anno. Oggi, con la disponibilità di sempre nuovi farmaci dimostratisi utili, in questa fase si hanno sopravvivenze significativamente più lunghe nel rispetto della qualità della vita del paziente, muovendosi nella direzione che ha per obiettivo la "cronicizzazione" della malattia.

Sappiamo, inoltre, che la sopravvivenza dipende anche dalla possibilità per i pazienti che progrediscono duran-

te una determinata linea terapeutica di poter affrontare un ulteriore trattamento in un momento in cui la malattia per estensione e il paziente per condizioni generali siano ancora in una fase di "trattabilità". Questa affermazione implica la necessità di monitorare il paziente nel tempo, per valutare il più accuratamente possibile il suo andamento clinico: la regressione o la progressione delle lesioni e il miglioramento o il peggioramento dei sintomi e del quadro clinico generale.

Questa è una sfida delicata e ancora da definire nei suoi contorni; oltre alla valutazione clinica ed ematochimica (esami del sangue) disponiamo di numerosi esami strumentali come TAC, Scintigrafia Ossea, Risonanza Magnetica, PET (quest'ultima con diversi traccianti, come la colina, il Gallio-PSMA e via dicendo) e dob-



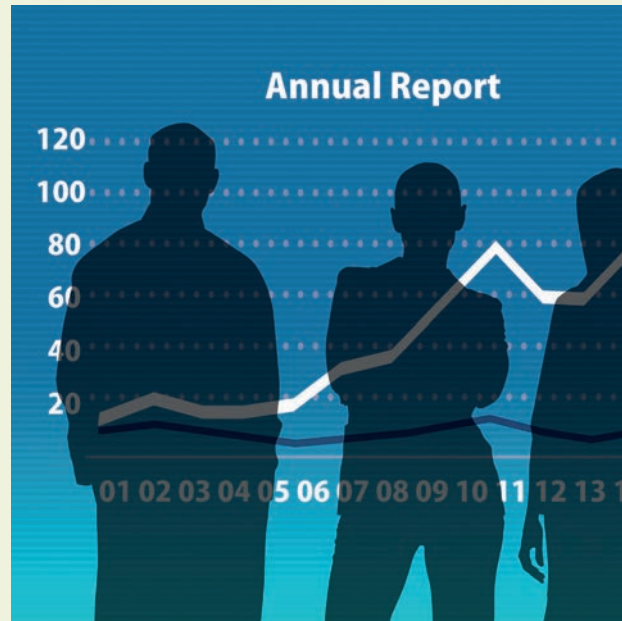
biamo decidere “QUANDO” usarli e “QUALI” usare nei diversi momenti della malattia, dominando l’ansia, sia del medico che del paziente, di usare sempre “tutto e subito”. In altre parole, utilizzare, per esempio, troppo precocemente la PET con valori di PSA troppo bassi, quando si sia in presenza di una ripresa biochimica della malattia, potrebbe portare a un “falso negativo”: l’esame non vede nulla non perché non ci sia nulla da vedere, ma perché è ancora troppo piccolo per essere messo in evidenza. La prima informazione da passare a ogni paziente è che tutti gli esami, nessuno escluso, anche il più sensibile, hanno un limite, appunto, di sensibilità (detto “potere di risoluzione”) sotto il quale diventano ciechi.

Un uso non ponderato degli esami, soprattutto strumentali, potrebbe portare inevitabilmente ad un uso improprio di risorse con il rischio di eseguire esami inutili a qualcuno e di non poterli effettuare quando necessari in altri casi. È un dato comune vedere pazienti che eseguono controlli ad intervalli periodici eccessivamente ravvicinati o che effettuano contemporaneamente esami strumentali sovrapponibili per risultato e diversi solo per metodica.

Diventa quindi fondamentale trovare il giusto equilibrio per garantire al massimo il paziente e contemporaneamente ridurre i costi individuali e sociali derivanti dall’uso di esami inutili e costosi. Tuttavia, al momento non esistono percorsi diagnostici “approvati e condivisi” per questa fase di malattia, il cui monitoraggio nel tempo deve essere definito e chiarito, appunto, rispondendo alle due domande fondamentali, “quando” e “con che cosa”?

Per individuare e condividere i percorsi che permettano di raggiungere questo duplice scopo, la SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica), con il supporto di altre otto società scientifiche (AIMN, AIOM, AIRB, AIRO, AURO, Cipomo, SIRM, SIU) ha realizzato una Conferenza di Consenso sul monitoraggio del carcinoma prostatico in stadio avanzato. L’intento è stato quello di identificare il percorso più adatto per il paziente in questa fase avanzata di malattia in modo da garantire la massima sopravvivenza: identificazione tempestiva della progressione e conseguente cambio di terapia in fase ancora “trattabile” unitamente alla riduzione di esami impropri.

Nel primo semestre dell’anno un Comitato di 6 specialisti (urologi, oncologi medici e oncologi radioterapisti) coadiuvati da un metodologo, ha identificato 27 punti nodali, quesiti critici cui dare una risposta; sulla base dei dati della letteratura (quando esistenti) e dell’esperienza clinica, hanno identificato altrettante



affermazioni (“statements”) da proporre per l’approvazione ad un gruppo di “opinion leaders”, specialisti estremamente qualificati (oltre 70) che si sono riuniti a Bologna, il 6 settembre 2018, per valutare, discutere, modificare, approvare gli “statement”. Per l’approvazione era richiesto il raggiungimento di almeno l’80% del consenso, una percentuale molto alta, resa necessaria dall’importanza rivestita da queste affermazioni e dalla loro possibile ricaduta nella pratica clinica.

Alla fine della giornata tutti i punti nodali sono stati esaminati, ampiamente discussi (l’apporto dei partecipanti alla Conferenza di Consenso è stato di vitale importanza) e alla fine approvati.

Il risultato è entusiasmante perché trovare un percorso riconosciuto e condiviso ci permette di gettare le basi per una linea guida che possa essere accolta dagli organi competenti e dalle società scientifiche, al fine di migliorare l’appropriatezza diagnostica nella fase di monitoraggio, riducendo, e se possibile eliminando, le disparità di comportamento che oggi si registrano (come ci ha confermato una indagine conoscitiva su base nazionale che abbiamo condotto parallelamente alla preparazione della Conferenza di Consenso) in aree e realtà differenti, permettendo di intraprendere ovunque un percorso finalizzato a garantire la migliore e più appropriata gestione del paziente in questa fase delicata della malattia.

Dott. Alberto Lapini

Presidente SIUrO

Società Italiana di Urologia Oncologica