



Prossimità e organizzazione delle cure: la medicina generale di domani tra demografia e cronicità

Epidemiologia, fattori di rischio e
diagnosi del tumore prostatico organo
confinato

MARINA MOSCATELLI

FIMMG ROMA

**76° CONGRESSO
NAZIONALE**

7-12 ottobre 2019

Tanka Village - Villasimius (CA)

FIMMG®
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Meds
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI

TUMORE DELLA PROSTATA

Nei paesi industrializzati è il tumore più frequente nell'uomo ma è al terzo posto tra le cause di mortalità

La diagnosi è in aumento per:

- IMPATTO AMBIENTALE
- DIFFUSIONE DELLE PRATICHE DIAGNOSTICHE
- INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

JAMA.2017;317(24):2532-2542.doi:10.1001/jama.2017.7248



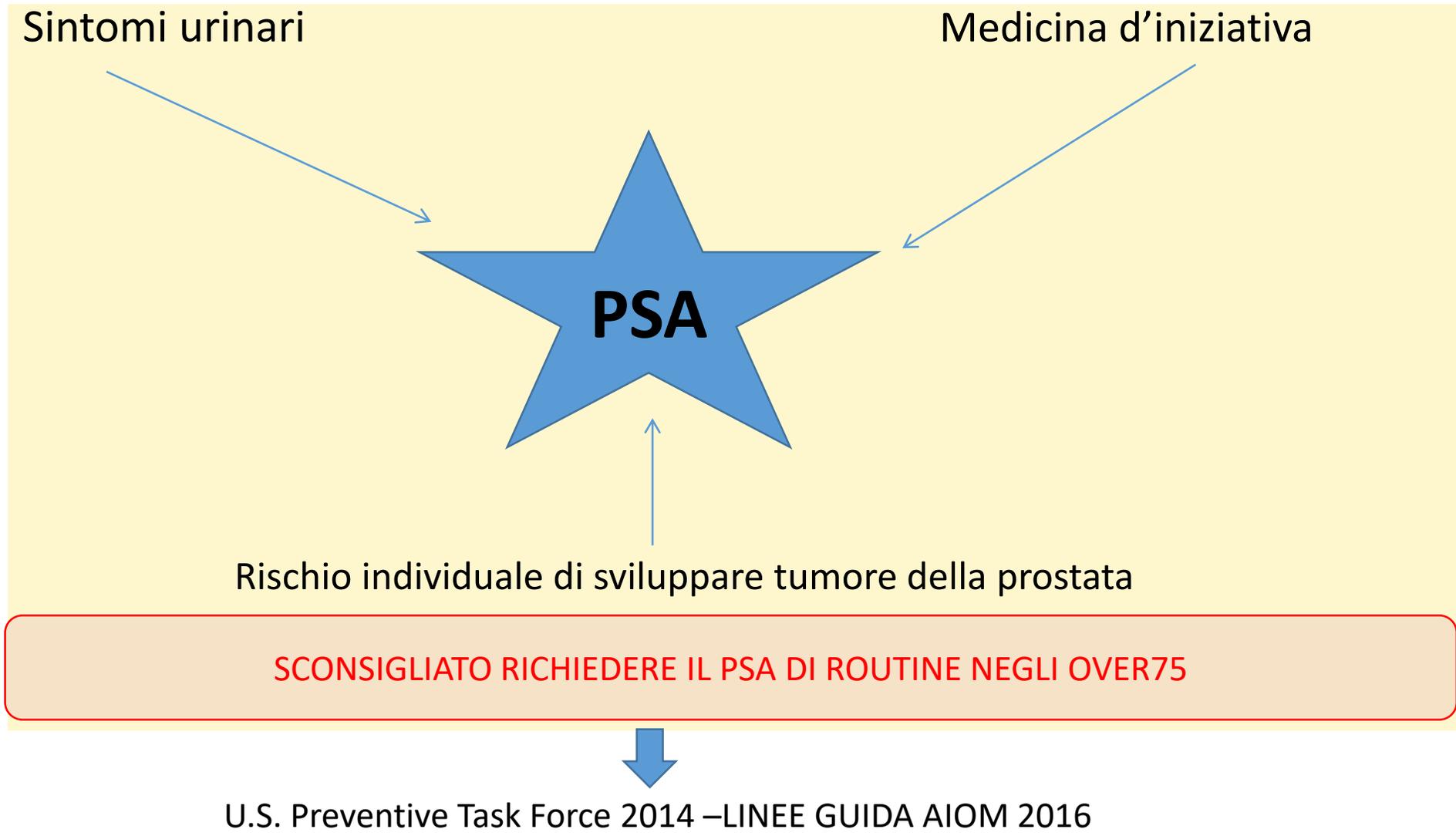
MMG: INDIVIDUARE NELLA POPOLAZIONE IN CARICO I PAZIENTI A RISCHIO DI SVILUPPARE IL TUMORE

CONOSCENZA DELLA FAMIGLIA E DEI FATTORI DI RISCHIO DEL SINGOLO PAZIENTE

- Età, Razza (Afro-americana maggiore rischio)
- Storia familiare (padre, zio, fratello)
- Obesità
- Ambiente di vita, Alimentazione, Lavoro
- Comorbidità

AmFamPhysician. 2018; 97 (12): 798-805. Copyright© 2018

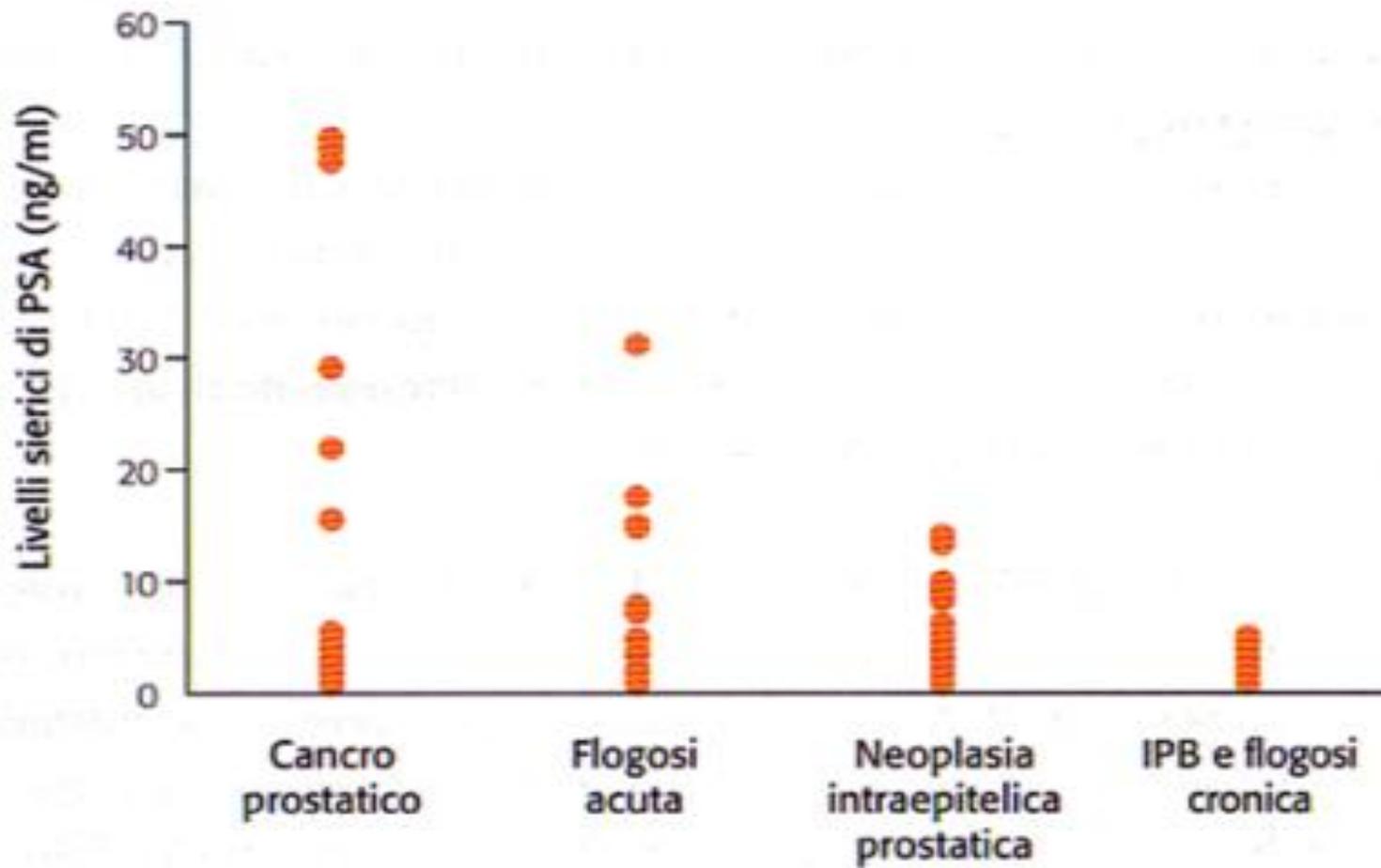
L'ITER DIAGNOSTICO INIZIA NELLO STUDIO DEL MMG:



PSA: riflessioni

- Il 50% dei tumori prostatici diagnosticati attraverso il test del PSA sono clinicamente insignificanti cioè non siano in grado di manifestarsi nell'arco della vita del paziente e non sono la causa di morte
- Il dosaggio del PSA ha aperto la strada alla sovradiagnosi e all'eccesso di medicalizzazione che può portare ad un peggioramento della qualità di vita
- Il PSA non è un test perfetto di screening: non riduce la mortalità , la sua normalità non esclude la presenza di tumore, elevati valori possono trovarsi in pazienti affetti da patologie diverse dal tumore

LINEA GUIDA TUMORE PROSTATA AIOM 2016



BRAWER FJ 2014

GOLD STANDARD BIOPSIA PROSTATICA

L'unico metodo per porre la diagnosi di carcinoma della prostata è la biopsia prostatica dalla quale dipende la stratificazione del rischio di progressione e la scelta di cura

La biopsia standard a 12 prelievi ha numerosi limiti poiché preleva meno dell'1% della massa prostatica con falsi negativi dal 20 al 26% dei casi

La biopsia (RMI + ECO) "fusion" ha maggiore precisione potendo effettuare fino a 24 prelievi, aumentando la probabilità di identificare la neoplasia per la maggior perfezione del campionamento

MARENGHI MC Istituto Fondazione Tumori, Milano

TUMORE PROSTATICO LOCALIZZATO:

Pochi studi hanno messo a confronto gli esiti dei diversi trattamenti del carcinoma prostatico localizzato:

- 93% degli urologi consiglia l'intervento chirurgico
- 72% dei radioterapisti consiglia la RT
- I pazienti con tumore prostatico neodiagnosticato sovrastimano i benefici di interventi attivi in merito alla sopravvivenza

CME

Management of Localized Prostate Cancer

Authors: Authors: Eric A. Klein, MD; Mack Roach III, MD [Faculty and Disclosures](#)

QUALE DETERMINANTE DECISIONALE PER IL MEDICO DI FAMIGLIA ?

“Paradossale è la condizione umana. Esistere significa «poter scegliere»; (...). Ma ciò non costituisce la ricchezza, bensì la miseria dell’uomo. La sua libertà di scelta non rappresenta la sua grandezza, ma il suo permanente dramma.” (Aut-Aut, S. Kierkegaard, 1843)



L'atteggiamento terapeutico del medico si modula e si personalizza sempre più per la variabilità individuale del rischio nel singolo paziente

I pazienti con tumore prostatico devono essere stratificati in base al rischio e le strategie di sorveglianza e di cura devono tenere conto delle patologie associate nel singolo paziente

U.S. Preventive Task Force 2014



In questo complesso contesto, con il fine di ridurre il numero di trattamenti inutili, nascono Sorveglianza Attiva e la Vigile Attesa



**SORVEGLIANZA
ATTIVA**



VIGILE ATTESA

La Sorveglianza Attiva consiste in un attento monitoraggio con PSA, visita e ripetizione delle biopsie prostatiche

Principali differenze tra sorveglianza attiva e vigile attesa

SORVEGLIANZA ATTIVA

VIGILE ATTESA

PERSONALIZZARE LA TERAPIA IN BASE AL RISCHIO



MINIMIZZARE GLI INTERVENTI, PRESERVARE LA QUALITA' DELLA VITA

CANDIDATI A TERAPIE RADICALI



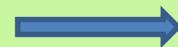
ATTESA DI VITA 5-10 ANNI

PSA, VISITA, BIOPSIA



PSA , VISITE

STADIAZIONE E STRATIFICAZIONE DELLA MALATTIA DOPO BIOPSIA, TEMPO DI RADDOPPIAMENTO DEL PSA



TERAPIA SOFT IN PAZIENTE SINTOMATICO
IN GENERE TERAPIA ORMONALE

INTERVENTO PRECOCE



INTERVENTO DILAZIONATO

OBIETTIVO CURATIVO



OBIETTIVO PALLIATIVO

Con l'aiuto delle linee guida di pratica clinica il medico di famiglia in collaborazione con urologi e oncologi e radioterapisti è in grado di consigliare il paziente nella scelta terapeutica tra un approccio attivo e uno di attesa

I 4 DETERMINANTI PER SCEGLIERE IL TIPO DI TRATTAMENTO

- Stadio clinico TNM
- Grado anatomico-patologico del carcinoma
- Livelli di PSA
- Aspettativa di vita adattata in base alle patologie associate (Patologie cardiache, respiratorie , metaboliche)

National Comprehensive Cancer Network 2017 (NCCN)



STADIAZIONE CLINICA TNM NEL CARCINOMA ORGANO CONFINATO

Un carcinoma prostatico localizzato non metastatico (linfonodi o a distanza) stadio T1 o T2

La malattia in stadio T1 non è apprezzabile alla palpazione durante l'esplorazione rettale la malattia in stadio T2 è confinata alla prostata

T2a coinvolge mezzo lobo o meno

T2b coinvolge più di mezzo lobo ma non entrambi i lobi

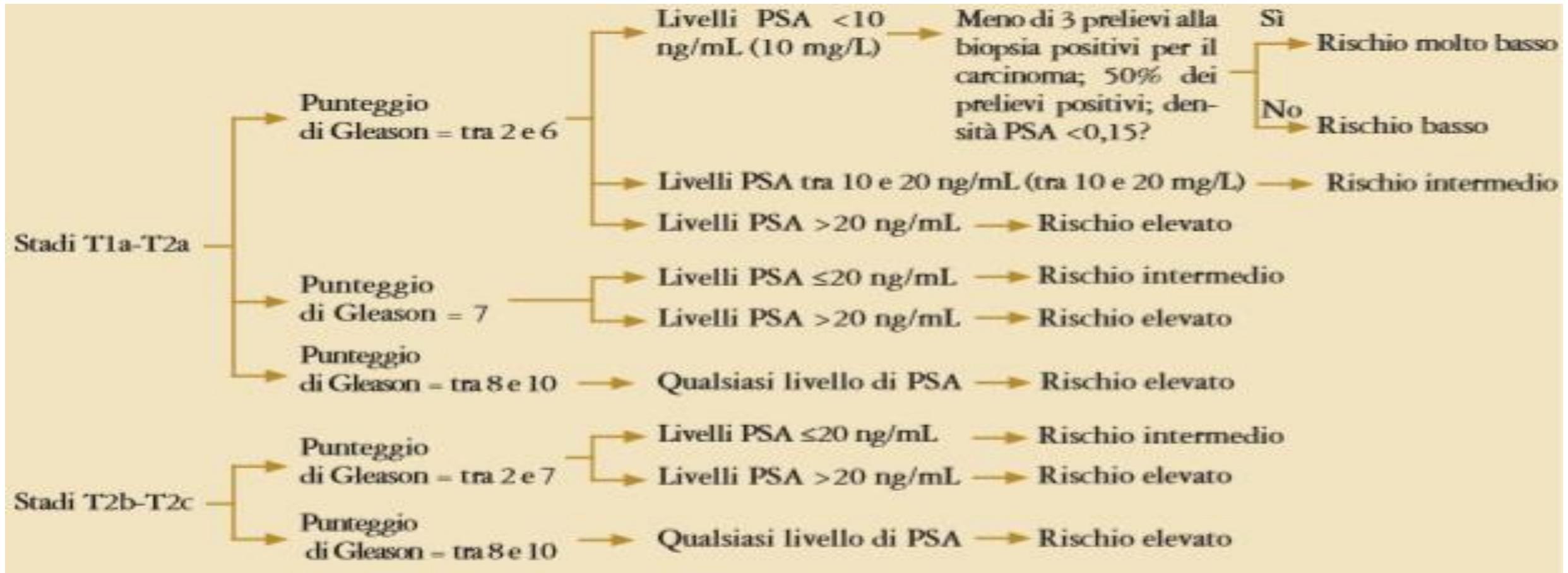
T2c coinvolge entrambi i lobi



Dal 2014 una Consensus Conference organizzata dalla International Society of Urological Pathology definisce la suddivisione in gruppi della neoplasia in base al punteggio di Gleason. Tale suddivisione attribuisce il rischio evolutivo in modo più comprensibile sia per il paziente che per il medico:

GRUPPO 1: PUNTEGGIO DI GLEASON ≤ 6	RISCHIO MOLTO BASSO
GRUPPO 2: PUNTEGGIO DI GLEASON 7 (3+4)	RISCHIO BASSO
GRUPPO 3: PUNTEGGIO DI GLEASON 7 (4+3)	RISCHIO INTERMEDIO
GRUPPO 4: PUNTEGGIO DI GLEASON 8	RISCHIO ALTO
GRUPPO 5: PUNTEGGIO DI GLEASON 9-10	RISCHIO MOLTO ALTO

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO IN BASE A GLEASON E PSA NEL CARCINOMA ORGANO CONFINATO

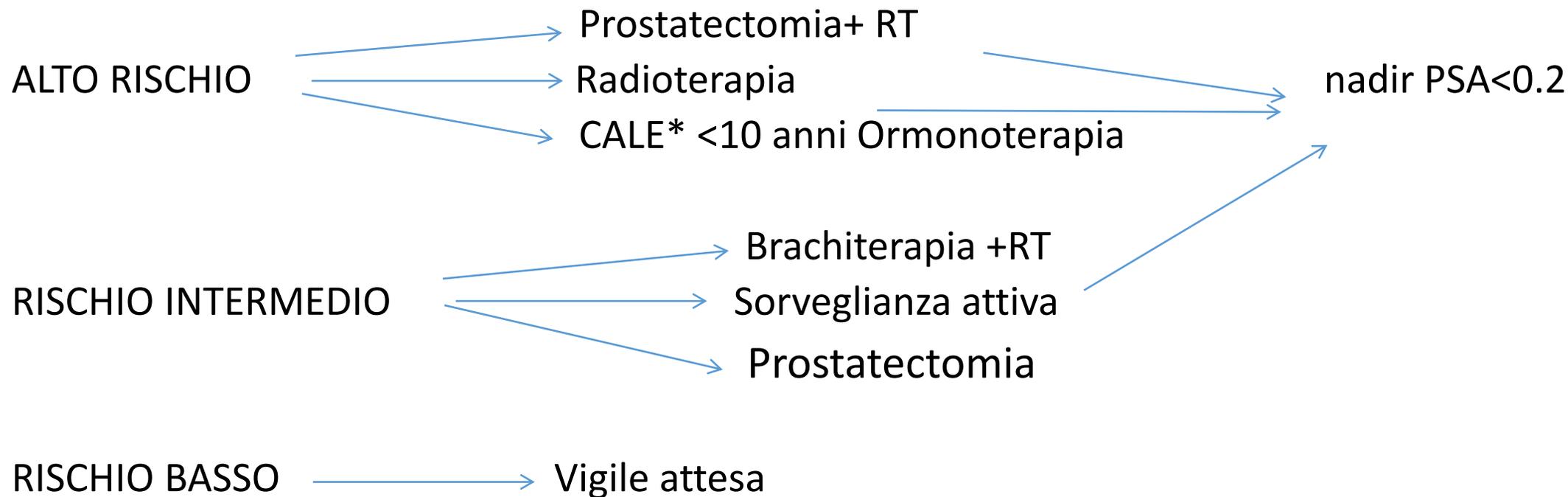


ALGORITMO PER LA SCELTA DEL TRATTAMENTO DEL TUMORE PROSTATICO IN BASE ALL'ASPETTATIVA DI VITA DEL PZ RELATIVA ALLE SUE COMORBIDITÀ (CALE)



Algoritmo per la scelta del trattamento di un carcinoma della prostata localizzato secondo le linee-guida proposte da *National Comprehensive Cancer Network* (CALE – comorbidity-adjusted life expectancy, *aspettativa di vita adattata in base alle patologie associate*; PSA – prostate specific antigen, *antigene prostata-specifico*).

STRATEGIA TERAPEUTICA MODULATA SUL RISCHIO



*CALE Comorbidity Adjusted Life Expectancy

Critz et al Medscape sept 2019

De Witt et al Medscape 2019

CONCLUSIONI

In tutta la medicina moderna e in particolare in oncologia ,
l'approccio migliore viene dalla collaborazione interdisciplinare tra
il medico di famiglia, il chirurgo , l'oncologo e il radioterapista

Nella scelta della cura è fondamentale personalizzare per ogni
singolo paziente le strategie stratificando il rischio





Grazie per l'attenzione