Linee guida sulla terapia del cancro prostatico localizzato

Data 23 luglio 2008
Categoria urologia

Le nuove linee guida americane sul cancro prostatico localizzato sottolineano le molte incertezze che ancora circondano laterapia.

L'American Urological Association (AUA) ha recentemente aggiornato le sue linee guida sul trattamento del cancro prostatico localizzato. Viene riconosciuto che in mancanza di trial clinici randomizzati e controllati di paragone tra le varie opzioni terapeutiche le raccomandazioni sono dovute in gran parte al consenso tra esperti.

Prima di prendere in considerazione qualsiasi opzione le linee guida consigliano di stratificare il rischio del paziente e di valutare l'aspettativa di vita e le eventuali comorbidità presenti.

La stratificazione del rischio
La stratificazione del rischio avviene sulla base di tre parametri: i valori del PSA, lo score di Gleason e lo stadio della malattia.
Lo stadio di malattia viene determinato secondo la seguente classificazione:

T1: tumore non palpabile
T1a: interessa la massimo il 5% del tessuto resecato tramite TUR
T1b: interessa più del 5% del tessuto resecato tramite TUR
T1c: tumore diagnosticato tramite agobiopsia

T2: tumore palpabile ma confinato alla prostata
T2a: esteso fino al 50% di un lobo
T2b: esteso a più del 50% di un lobo
T2c: esteso ad entrambi i lobi

T3: tumore esteso oltre la prostata
T3a: estensione extracapsulare unilaterale
T3b: estensione extracapsula bilaterale
T3c: interessamento delle vescicole seminali

T4: tumore palpabile, fisso o che invade le strutture adiacenti

Paziente a basso rischio
E' definito a basso rischio il paziente con PSA fino a 10, Gleason inferiore a 7 e stadio T1c o T2a.
Le opzioni terapeutiche sono rappresentate da: sorveglianza attiva, radioterapia (interna o esterna), prostatectomia radicale. Non è possibile dire quale sia la scelta preferibile, ogni trattamento può aggravare, migliorare o aver impatto nullo sulla salute del paziente.
Informare il paziente che due RCT hanno dimostrato che la radioterapia ad alte dosi può diminuire il rischio di recidiva neoplastica e che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può aumentare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla vigile attesa.

Paziente a rischio intermedio
PSA 10-20, Gleason 7, T2b
Anche in questo caso le opzioni sonola sorveglianza attiva, la radioterapia interna o esterna e la prostatectomia.
Informare il paziente che un RCT ha dimostrato che, dopo la radioterapia, la terapia ormonale neoadiuvante e proseguita poi per 6 mesi può aumentare la sopravvivenza, due RCT hanno dimostrato che la radioterapia ad alte dosi può diminuire il rischio di recidiva neoplastica e che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può aumentare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla vigile attesa.

Paziente ad alto rischio
PSA > 20, Gleason 8-12 o T2c
Sorveglianza attiva, radioterapia (interna o esterna), prostatectomia radica sono ancora una volta le scelte disponibili. Qualsiasi sia la scelta il rischio di recidiva neoplastica è in questi pazienti elevato.
Informare il paziente che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può migliorare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla sorveglianza attiva e che un RCT ha dimostrato che la terapia ormonale neoadiuvante e adiuvante può prolungare la sopravvivenza nei soggetti trattati con radioterapia.

Fonte:

Thompson I et al. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. J Urol 2007;177:2106-31. Disponibili al sito: http://www.auanet.org/guidelines/main_reports/proscan07/content.pdf (accesso del 28 dicembre 2007)

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida formalizzano le incertezze che ancora circondano il trattamento ottimale del cancro prostatico localizzato.
Vi è da notare anzitutto che, sebbene le linee guida offrano un sistema molto semplice per stratificare il rischio evolutivo in base a tre soli parametri, purtroppo la pratica clinica non raramente si scontra con le difficoltà insite nella stadiazione stessa. Di solito per la stadiazione pre-operatoria si ricorre alla TAC o alla RMN della pelvi, tuttavia non vi è la certezza che, qualsiasi tecnica di imaging venga usata, si riesca a determinare accuratamente l'estensione del tumore e non è raro trovare al tavolo operatorio
una neoplasia più estesa di quanto si ritenesse in base agli esami preliminari. La scintigrafia ossea viene consigliata negli stadi T3 e T4 oppure se il paziente ha valori molto elevati di PSA (> 20) o se ha dolori ossei.
La criticità maggiore si incontra però quando si deve scegliere il trattamento. In genere attualmente la diagnosi di cancro prostatico viene effettuata in pazienti asintomatici in seguito al dosaggio del PSA. Al momento però non sono disponibili dati derivanti da RCT che abbiano paragonato le varie scelte terapeutiche nei pazienti a cui il tumore sia stato diagnosticato medianete screening. Da qui le incertezze evidenziate dalle linee guida. Nella scelta si dovrà tener conto di vari fattori. Per prima cosa l'aspettativa di vita del paziente e la presenza o meno di patologie concomitanti. Nei soggetti più giovani e in buona salute si preferisce consigliare l'intervento di prostatectomia. Esistono però evidenze limitate che la prostatectomia prolunghi la sopravvivenza rispetto alla vigile attesa o alla radioterapia . Anche l'età a cui si pone il cut-off per l'intervento non è ben stabilita per cui la chirurgia potrebbe essere proposta anche a pazienti con più di 70 anni purchè in buone condizioni generali. Anche a questo riguardo tuttavia le evidenze sono limitate e soprattutto solo di tipo osservazionale . Un altro aspetto da considerare sono le preferenze del paziente. Affinchè però la sua sia una scelta consapevole bisogna che il medico fornisca tutte le informazioni essenziali, sia sulle incertezze degli esiti con le varie opzioni, sia sui possibili effetti collaterali e sulle conseguenze che ogni scelta inevitabilmente comporterà. In futuro, quando saranno disponibili i risultati dei trials in corso, queste raccomandazioni potrebbero cambiare anche radicalmente ma per ora non è possibile andare oltre.

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1743
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3620
3. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2971