

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)

PER I PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA

Unità destinatarie e competenze

Urologia (prevenzione, diagnosi e stadiazione), trattamento, riabilitazione, follow-up)

Oncologia (trattamento, follow-up)

Radioterapia (trattamento, follow-up)

Anatomia patologica (diagnosi e stadiazione)

Radiologia (diagnosi e stadiazione, follow-up)

MMG (prevenzione)

Specialista in cure palliative (terapie di supporto, gestione del fine vita)

Case Manager (registrazione dati, gestione logistica del paziente, stesura verbale relativo alle decisioni diagnostico-terapeutiche)

Background

Il carcinoma della prostata rappresenta la prima neoplasia maschile per incidenza in Italia, e la quasi totalità dei casi riguarda individui al di sopra dei 70 anni; attualmente occupa il terzo posto nella scala della mortalità per patologie oncologiche.

All'interno della regione Lazio, l'incidenza per tumore maligno della prostata risulta più elevata nella provincia di Roma (78.5/100.000 IC95%=76.2–80.9) rispetto alla media regionale. Nella provincia di Rieti il

tasso annuale è pari a 72.4 per 100,000 (IC95%= 66.5–78.8) [dati AIRTUM].

La sopravvivenza dei pazienti con carcinoma prostatico si attesta attualmente al 91% a 5 anni dalla diagnosi, in costante aumento soprattutto grazie all'anticipazione diagnostica, sottolineando ciò la necessità di avere sempre a disposizione un pool di competenze specifiche che possano garantire la continuità assistenziale del paziente nel corso del planning terapeutico.

L'obiettivo dell'approccio multidisciplinare è quello di standardizzare, unificare e facilitare tutti i passaggi richiesti nella gestione della patologia, dal sospetto iniziale fino alla scelta della più corretta opzione terapeutica.

Il tutto attraverso le esperienze a confronto delle numerose figure professionali che dovrebbero far parte dell'equipe di riferimento per la corretta ed ottimale gestione del paziente affetto da carcinoma prostatico.

Il PDTA ha lo scopo di creare percorsi diagnostico-terapeutici integrati sempre più definiti al fine di affrontare gli attuali unmet needs e ottimizzare così la gestione del paziente, garantendo anche una corretta allocazione delle risorse ad oggi disponibili.

Fonti

AIOM Linee Guida 2017 Carcinoma della Prostata

NCCN Guidelines 2017 Prostate Cancer Version 2.2017

Obiettivi

- Definire la presa in carico ottimale suddividendo il percorso assistenziale a seconda delle competenze specialistiche
- Registrazione informatica delle attività garantendo la tracciabilità dei dati

- Condivisione della gestione diagnostica-terapeutica
- Aderenza alle linee guida internazionali
- Periodicità degli incontri multidisciplinari (GICO Prostata)
- Presa in carico del paziente riducendo tempi di attesa e ritardi diagnostici e/o terapeutici
- Ottimizzazione della qualità assistenziale fornita nell'intero iter diagnostico-terapeutico.

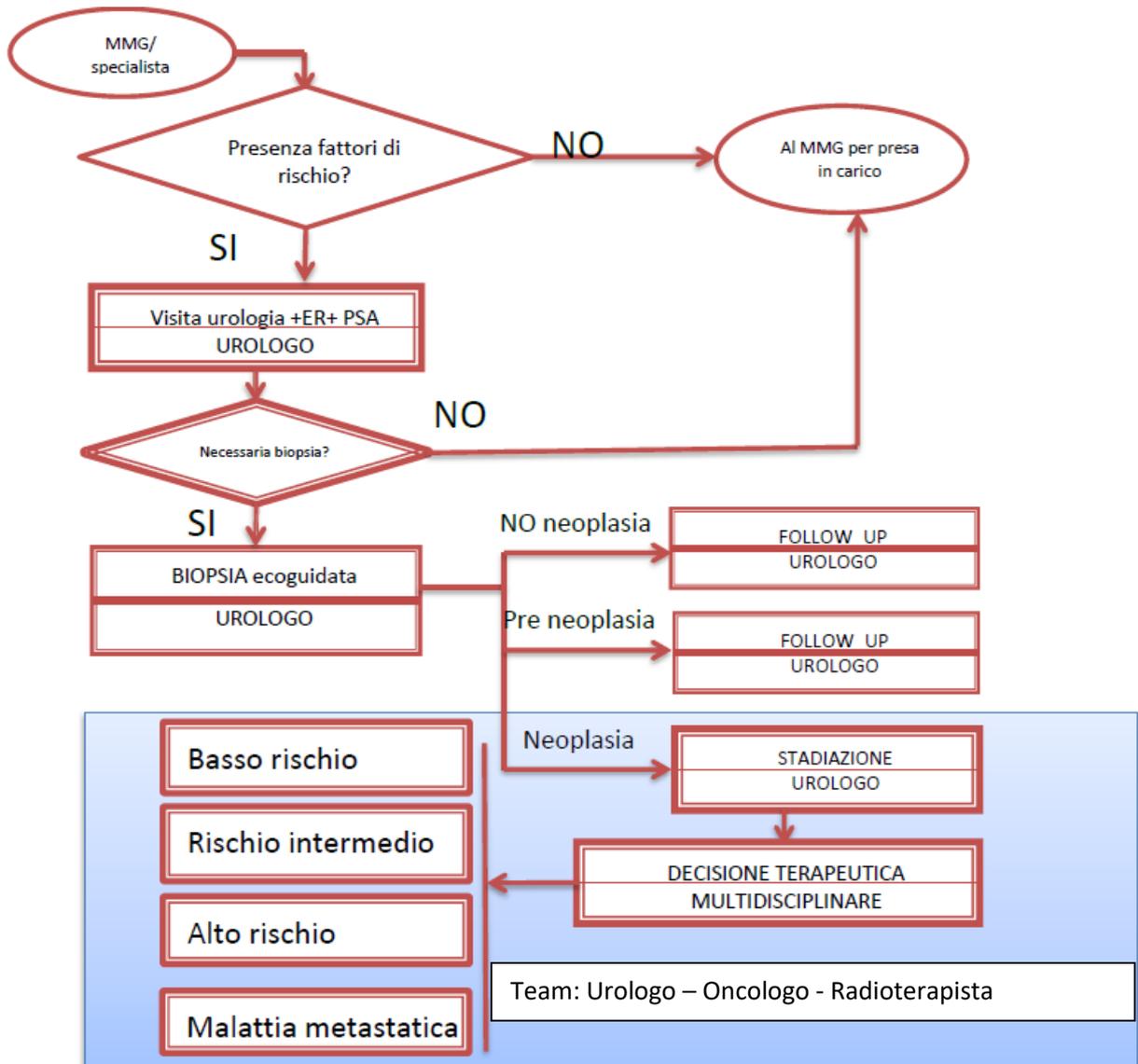
Raccomandazioni inerenti lo screening basato sul PSA

- Si dovrebbe evitare di avviare allo screening con PSA gli individui al di sopra dei 75 anni e/o con un'attesa di vita inferiore ai 10 anni in quanto eventuali benefici sono marginali rispetto ai rischi.
- Il dosaggio di PSA può essere offerto agli uomini con un'attesa di vita maggiore ai 10 anni che lo desiderino, purché essi siano informati dei rischi (prevalenti) e dei benefici (limitati).
- Il dosaggio del PSA come test di screening in uomini asintomatici dovrebbe essere sconsigliato sotto i 50 anni.
- In uomini di età compresa tra i 40 e i 50 anni, con fattori di rischio come familiarità o razza, l'opportunità di un monitoraggio dovrebbe essere discussa caso per caso.
- In assenza di sintomi o comunque di sospetto diagnostico, il dosaggio del PSA non dovrebbe essere inserito nei controlli ematologici di routine.

(Fonte: Linee Guida AIOM 2017 – Carcinoma della prostata)

Percorsi

Sintesi del percorso GICO Prostata



Classi di rischio: malattia localizzata – malattia metastatica

T1-T2a o Gleason Score 2-6 o Psa <10	T2b o Gleason Score 7 o Psa 10-20	T2c-T3a o Gleason Score 8-10 o Psa >20	MALATTIA METASTATICA
Basso rischio	Rischio intermedio	Alto rischio	

Stadiazione

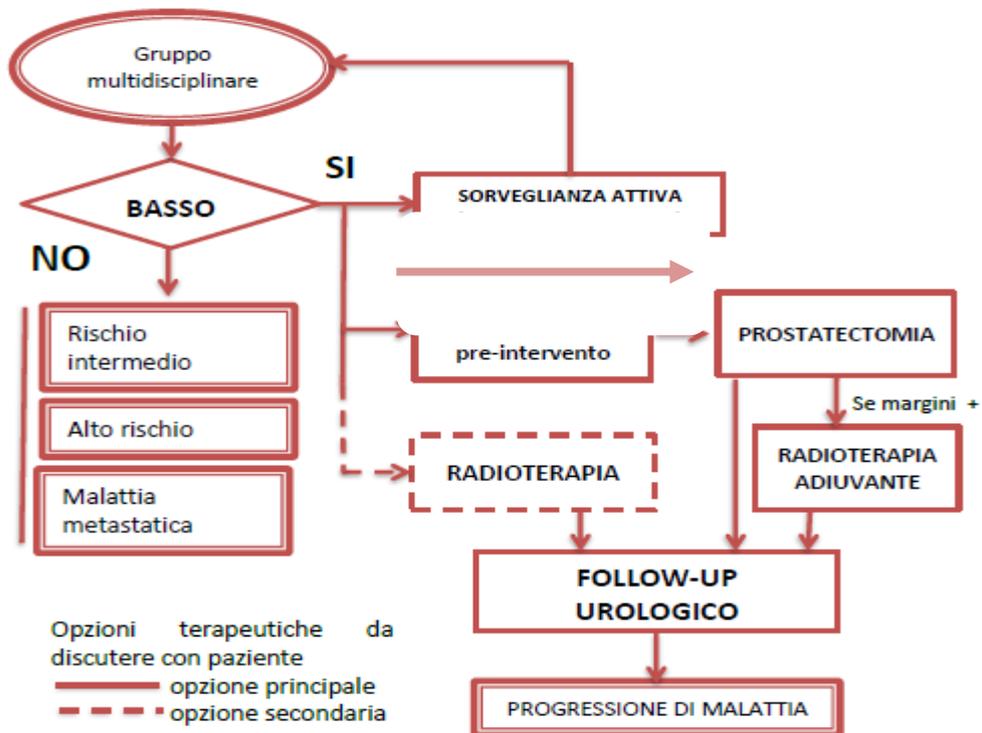
Al momento della definizione del piano terapeutico e in particolare in presenza di malattia a rischio intermedio/alto vengono programmati gli esami strumentali che comprendono:

- TC Total Body
- Scintigrafia Ossea

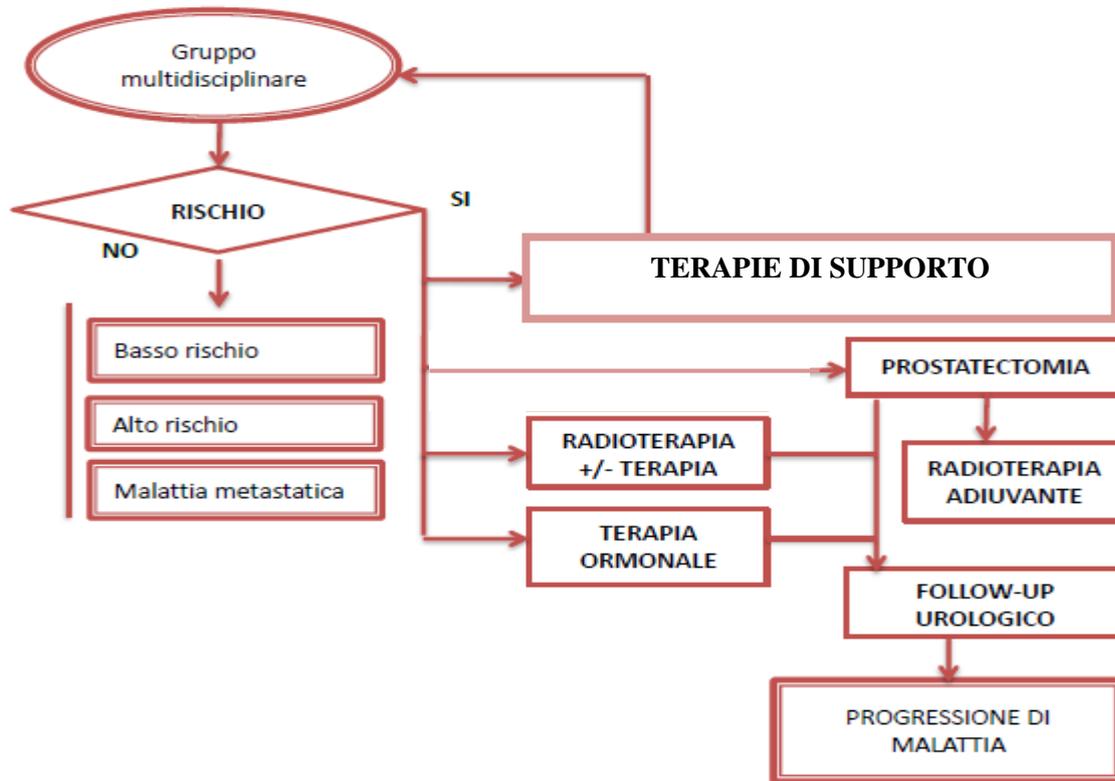
La RMN viene riservata a casi selezionati. Completamenti diagnostici con ulteriori esami strumentali (es. Pet-colina) vengono eseguiti solo se clinicamente indicato.

Opzioni terapeutiche

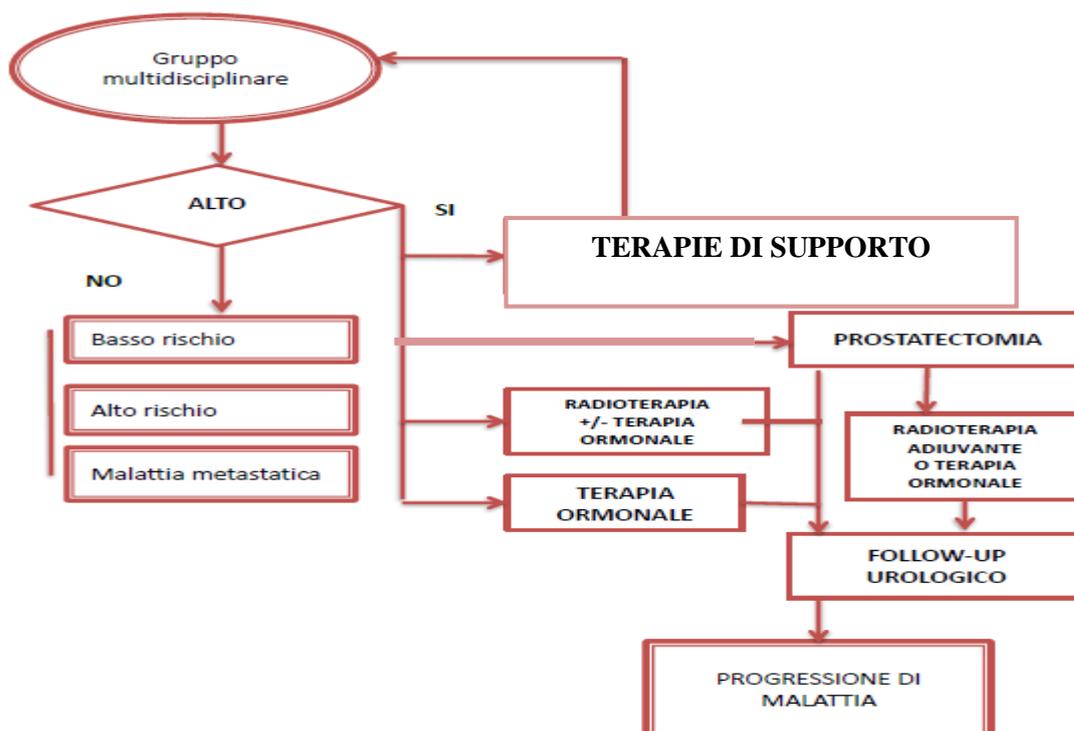
Malattia a rischio basso



Malattia a rischio intermedio



Malattia a rischio alto



Progressione di malattia

All'interno del gruppo multidisciplinare vengono discusse le possibili opzioni terapeutiche anche nel caso di pazienti in recidiva o progressione di malattia, in quanto anche essi suscettibili di trattamenti urologici, oncologici o radioterapici integrati o esclusivi.

