



PSDTA Carcinoma della prostata

Allegato 4 : Note di radioterapia

Anno di pubblicazione 2023

La EBRT nei pazienti con tumore localizzato rappresenta un'opzione standard e conferisce risultati a lungo termine sul controllo di malattia, sovrapponibili alla prostatectomia radicale.

La EBRT inoltre è indicata nei pazienti ad alto ed altissimo rischio, associata alla ADT o alla chirurgia in un'ottica multimodale.

La EBRT sul volume prostatico può essere proposta ai pazienti con malattia oligometastatica alla diagnosi in associazione alla ADT (STAMPEDE, HORRAD)

La Brachiterapia può essere utilizzata come terapia esclusiva nei pazienti a basso rischio.

Il volume di trattamento radioterapico varia in base alla classe di rischio andando dal trattamento della sola prostata +/- le vescichette seminali sino all'irradiazione dei linfonodi pelvici.

La dose equivalente (EQD2) ottimale con finalità curative deve essere ≥ 76 Gy.

Nei pazienti con carcinoma della prostata a basso-intermedio ed alto rischio lo standard terapeutico attuale è l'ipofrazionamento moderato (dose frazione tra 2.4 Gy e 3.4 Gy) da eseguirsi nei centri con adeguata tecnologia per garantire trattamenti ad intensità modulata e con tecniche di IGRT.

L'ipofrazionamento spinto (dose per frazione tra 6 e 10 Gy, in 5 -7 frazioni) può essere proposto in pazienti selezionati e dovrebbe essere limitato ai pazienti con neoplasia a rischio basso e intermedio e la dose totale non dovrebbe superare 36.25 Gy totali in 5 frazioni (7.25 Gy/frazione). Anche questo trattamento è da eseguirsi nei centri con adeguata tecnologia per garantire trattamenti ad intensità modulata e con tecniche di IGRT.

Il trattamento radioterapico con intento radicale può essere esclusivo o associato alla ADT, per 4-6 mesi nel rischio intermedio sfavorevole e per 2 anni nei rischi alto e altissimo.

La RT adiuvante post-chirurgica, sul letto operatorio, deve essere presa in considerazione nei i pazienti con fattori di rischio sfavorevoli (pT3b/T4, Gleason 8-10, e/o pN1)

La radioterapia di salvataggio precoce può essere riservata ai pazienti pT3a pN0 R0-R1 (con singolo margine positivo) qualora il PSA divenga rilevabile (comunque $< 0,2$ ng/ml) in alternativa al trattamento postoperatorio adiuvante.

La radioterapia di salvataggio tardiva viene proposta ai pazienti con recidiva biochimica (PSA $> 0,2$) dopo PR.