

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

COSA ORIENTA VERSO LA CHIRURGIA NEL TUMORE ALLA  
PROSTATA ORGANO-CONFINATO?

*Angelo Di Santo*



**M.G. VANNINI**  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
*ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO*

***U.O.S.D. UROLOGIA - ROMA***

**76° CONGRESSO  
NAZIONALE**

**7-12 ottobre 2019**  
Tanka Village - Villasimius (CA)





## Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012

Jacques Ferlay<sup>1</sup>, Isabelle Soerjomataram<sup>1</sup>, Rajesh Dikshit<sup>2</sup>, Sultan Eser<sup>3</sup>, Colin Mathers<sup>4</sup>, Marissa Rebelo<sup>5</sup>, Donald Maxwell Parkin<sup>6</sup>, David Forman<sup>1</sup> and Freddie Bray<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Section of Cancer Surveillance, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

<sup>2</sup>Tata Memorial Hospital, Mumbai, India

<sup>3</sup>Leiric Cancer Registry, Leiric Hub, Leiric & Hacettepe University Institute of Public Health, Ankara, Turkey

<sup>4</sup>Department of Measurement and Health Information Systems, WHO, Geneva, Switzerland

<sup>5</sup>Department of Surveillance and Cancer Information, Brazilian National Cancer Institute, Ministry of Health, Rio de Janeiro, Brazil

<sup>6</sup>Clinical Trial Service Unit & Epidemiological Studies Unit, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Estimates of the worldwide incidence and mortality from 27 major cancers and for all cancers combined for 2012 are now available in the GLOBOCAN series of the International Agency for Research on Cancer. We review the sources and methods used in compiling the national cancer incidence and mortality estimates, and briefly describe the key results by cancer site and in 20 large "areas" of the world. Overall, there were 14.1 million new cases and 8.2 million deaths in 2012. The most commonly diagnosed cancers were lung (1.82 million), breast (1.67 million), and colorectal (1.36 million); the most common causes of cancer death were lung cancer (1.6 million deaths), liver cancer (745,000 deaths), and stomach cancer (723,000 deaths).

According to WHO estimates for 2011, cancer now causes more deaths than all coronary heart disease or all stroke.<sup>1</sup> The continuing global demographic and epidemiologic transitions signal an ever-increasing cancer burden over the next decades, particularly in low and middle income countries (LMIC), with over 20 million new cancer cases expected annually as early as 2025.<sup>2</sup> The GLOBOCAN estimates for 2012<sup>3</sup> aim to provide the evidence and impetus for developing resource-contingent strategies to reduce the cancer burden worldwide.

We review here the fifth version of GLOBOCAN, the sources and methods used in compiling cancer incidence and mortality estimates for 2012 in 184 countries worldwide, and briefly describe the key results by cancer site. The basic units for estimation are countries, although we present the results globally, by level of development and for aggregated regions, as defined by the United Nations.<sup>4</sup> Such estimates have been prepared for 27 major cancers and for all cancers combined and by sex. While the methods of estimation have been refined over time, they still rely upon the best available data

**Key words:** Incidence, mortality, cancer, global estimate, GLOBOCAN

Additional Supporting Information may be found in the online version of this article.

DOI: 10.1002/ijc.29210

History: Received 11 June 2014; Accepted 12 Aug 2014; Online 15 Sep 2014

Correspondence to: Jacques Ferlay, Section of Cancer Information, International Agency for Research on Cancer, 150 Cours Albert Thomas, 69572 Lyon Cedex 08, France; Tel: +33-(0)4-72-73-84-90; Fax: +33-(0)4-72-73-86-96; E-mail: ferlay@iarc.fr

Int. J. Cancer: 136, E359–E386 (2015) © 2014 IARC

on cancer incidence and mortality at the national level in assembling regional and global profiles. Facilities for the tabulation and graphical visualisation of the full dataset of 184 countries and 30 world regions by sex can be accessed via the GLOBOCAN homepage (<http://globocan.iarc.fr>).

To document the methods used in compiling the estimates and guide users as to their validity, we introduce an alphanumeric scoring system that provides information on the availability and quality of the incidence and mortality sources at the country level.

### Data

Incidence data derive from population-based cancer registries (PBCR). Although PBCR may cover national populations, more often they cover smaller, subnational areas, and, particularly in countries undergoing development, only selected urban areas. In 2006, about 21% of the world population was covered by PBCR, with sparse registration in Asia (8% of the total population) and in Africa (1%).<sup>5</sup> In terms of what is considered data of high quality (for example, those included in the latest volume (X) of the IARC Cancer Incidence in Five Continents (CIS) series<sup>6</sup>), these percentages are even lower: only 14% of the world population is covered by PBCR that match the CIS inclusion criteria, with the figures 5% and 2% in Asia and Africa, respectively. While cancer registries in lower resource settings may find it difficult to match the strict criteria of data quality set for inclusion in CIS, the information generated by such PBCR remains of critical importance to cancer control as a unique and relatively unbiased source of information on the profile of cancer. Population-based cancer registries can produce survival

Epidemiology

# Da dove partiamo...

- Il cancro alla prostata è il secondo tumore più frequente nella popolazione maschile
- 1,1 milioni di diagnosi in tutto il mondo (2012)
- Rappresenta il 15% di tutte le neoplasie diagnosticate





# C'è prostata e prostata...

- Sondaggio commissionato dall'Associazione Europea di Urologia (Eau), che ha valutato la conoscenza della prostata in 3.010 uomini sopra i 50 anni tra Regno Unito, Germania e Francia...
- 40% dei sessantenni soffre di ipertrofia prostatica
- Solo un uomo over 50 su quattro è in grado di identificare correttamente la funzione principale di questo organo

<http://ilritrattodellasalute.org/prostata-solo-un-uomo-over-50-quattro-la-conosce/>

## News

23.09.2019

### Prostata: solo un uomo over 50 su quattro la conosce

Roma, 23 settembre 2019 – La prostata è poco conosciuta dagli uomini. Nonostante il 40% dei sessantenni soffre di ipertrofia prostatica, solo un uomo over 50 su quattro è in grado di identificare correttamente la funzione principale di questo organo. E' quanto emerge da un sondaggio commissionato dall'Associazione Europea di Urologia (Eau), che ha valutato la conoscenza della prostata in 3.010 uomini sopra i 50 anni tra Regno Unito, Germania e Francia. Lo studio ha messo in luce una varietà di idee sbagliate sulla salute della prostata e in particolare sull'ipertrofia prostatica benigna, con solo il 38% degli intervistati in grado di identificare correttamente il disturbo. Una prostata sana ha le dimensioni di una noce e la sua funzione principale è quella di produrre liquido prostatico per trasportare lo sperma. Solo un intervistato su sei (17%) ha affermato correttamente che i sintomi spia dell'ingrossamento della prostata non sono segni normale dell'invecchiamento. "I risultati – commenta Hein Van Poppel, segretario generale aggiunto della Eau – sono preoccupanti, soprattutto perché l'indagine ha esaminato uomini nella fascia d'età che ha le maggiori probabilità di soffrire di patologie legate alla prostata. L'incidenza di queste condizioni e il loro impatto sulla pratica medica aumenteranno, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, quindi dobbiamo far sì che gli uomini siano ben informati per consentire diagnosi e trattamento precoci". La causa dell'ingrossamento della prostata non è nota, ma si ritiene sia legata ai cambiamenti ormonali che si verificano con l'età. Le spie di questa condizione includono l'impulso improvviso di urinare, una sensazione di tensione o dolore durante la minzione, la sensazione che la vescica non sia completamente vuota e il fatto di alzarsi più di una volta durante la notte per urinare. Quasi il 50% degli uomini (tra 50 e 60 anni) non riconosce però questi sintomi. In pochi, poi, ne parlerebbero con la partner, mentre la maggioranza consulterebbe il medico e solo un quarto ha detto che avrebbe digitato i sintomi su Google, dimostrando così che a questa età i pazienti al 'dottor Web' preferiscono ancora il medico in carne e ossa.



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



Metastasi ai linfonodi regionali (N)  
 NX I linfonodi regionali non sono stati valutati clinicamente  
 N0 Non metastasi clinicamente evidenziabili nei linfonodi regionali  
 N1 Metastasi in linfonodo(i) regionale(i)

Metastasi a distanza (M)  
 M0 Non metastasi a distanza  
 M1 Metastasi a distanza  
 M1a Metastasi in linfonodo(i) extraregionale(i)  
 M1b Metastasi ossee  
 M1c Metastasi in altre sedi con o senza metastasi ossee

3.2. Classificazione istologica del carcinoma prostatico

La classificazione di riferimento per individuare gli istotipi di neoplasia della prostata è quella indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) nel 2016<sup>191</sup>.

Neoplasie ghiandolari

- Adenocarcinoma tipo acinare
  - Atrofico
  - Pseudoiperplastico
  - Microcistico
  - A cellule schiumose
  - Mucinoso (colloide)
  - A cellule ad anello con castone
  - Pleomorfo a cellule giganti
  - Sarcomatoide
- Neoplasia prostatica intraepiteliale di alto grado
- Carcinoma intraduttale
- Carcinoma duttale (cribriforme, papillare, solido)

Neoplasie squamose

- Carcinoma adenoquamoso
- Carcinoma squamoso

Tumori neuro endocrini

- Adenocarcinoma con differenziazione neuroendocrina
- Tumore neuroendocrino bene differenziato
- Carcinoma neuroendocrino a piccole cellule
- Carcinoma neuroendocrino a grandi cellule

Carcinoma a cellule transizionali\*

Tumori dello stroma prostatico e tumori mesenchimali\*

\*La stadiazione TNM non deve essere applicata a questo istotipo

Nella nuova classificazione è stata introdotta una nuova entità costituita dal carcinoma intraduttale definita come: "proliferazione epiteliale neoplastica intra-acinare /intra-tubulare" che ha gli stessi aspetti della neoplasia prostatica intraepiteliale di alto grado (HG-PIN) ma mostra una atipia citologica/architeturale maggiore, tipicamente associata all'adenocarcinoma di alto grado e di alto stadio". Esso rappresenta l'evento ultimo dell'evoluzione del carcinoma della prostata con una crescita intraduttale di carcinoma aggressivo e la cancerizzazione di dotti ed acini da parte di un adenocarcinoma di alto grado.

La diagnosi differenziale con la HG-PIN è importante e a tal fine può essere di aiuto l'utilizzo di indagini immunohistochimiche volte a valutare l'espressione di PTEN e di ERG; infatti il carcinoma intraduttale mostra assenza di PTEN ed espressione di ERG mentre la mancanza di PTEN è rara nell' HG-PIN e l'espressione di ERG non è comune<sup>192</sup>.

E' importante ricordare che al carcinoma intraduttale non deve essere assegnato un grado di Gleason<sup>193</sup>.

# Istologia e Gleason Score

1		Nearly normal cells
2		Some abnormal cells loosely packed
3		Many abnormal cells
4		Very few normal cells left
5		Completely abnormal cells



# TNM Ca Prostata

## T - Tumore primario

TX	Tumore primario non valutabile						
T0	Nessuna evidenza di tumore primario						
<b>T1</b>	<b><u>Tumore clinicamente non evidente, non palpabile</u></b> <table><tr><td>T1a</td><td>Diagnosi istologica incidentale nel 5% o meno del tessuto asportato</td></tr><tr><td>T1b</td><td>Diagnosi istologica incidentale in più del 5% del tessuto asportato</td></tr><tr><td>T1c</td><td>Tumore identificato mediante biopsia prostatica (ad esempio eseguita a causa di un elevato antigene prostatico specifico [PSA])</td></tr></table>	T1a	Diagnosi istologica incidentale nel 5% o meno del tessuto asportato	T1b	Diagnosi istologica incidentale in più del 5% del tessuto asportato	T1c	Tumore identificato mediante biopsia prostatica (ad esempio eseguita a causa di un elevato antigene prostatico specifico [PSA])
T1a	Diagnosi istologica incidentale nel 5% o meno del tessuto asportato						
T1b	Diagnosi istologica incidentale in più del 5% del tessuto asportato						
T1c	Tumore identificato mediante biopsia prostatica (ad esempio eseguita a causa di un elevato antigene prostatico specifico [PSA])						
<b>T2</b>	<b><u>Tumore palpabile e confinato all' interno della prostata</u></b> <table><tr><td>T2a</td><td>Il tumore interessa la metà di un lobo o meno</td></tr><tr><td>T2b</td><td>Il tumore interessa più della metà di un lobo, ma non entrambi i lobi</td></tr><tr><td>T2c</td><td>Il tumore interessa entrambi i lobi</td></tr></table>	T2a	Il tumore interessa la metà di un lobo o meno	T2b	Il tumore interessa più della metà di un lobo, ma non entrambi i lobi	T2c	Il tumore interessa entrambi i lobi
T2a	Il tumore interessa la metà di un lobo o meno						
T2b	Il tumore interessa più della metà di un lobo, ma non entrambi i lobi						
T2c	Il tumore interessa entrambi i lobi						
T3	Tumore esteso oltre la capsula prostatica* <table><tr><td>T3a</td><td>Estensione extra-capsulare (unilaterale o bilaterale), compreso coinvolgimento microscopico del collo vescicale</td></tr><tr><td>T3b</td><td>Il tumore invade le vescicole seminali</td></tr></table>	T3a	Estensione extra-capsulare (unilaterale o bilaterale), compreso coinvolgimento microscopico del collo vescicale	T3b	Il tumore invade le vescicole seminali		
T3a	Estensione extra-capsulare (unilaterale o bilaterale), compreso coinvolgimento microscopico del collo vescicale						
T3b	Il tumore invade le vescicole seminali						
T4	Il tumore è fisso o invade strutture adiacenti diverse dalle vescicole seminali: sfintere esterno, retto, muscoli dell' elevatore dell' ano e/o parete pelvica						

## N - Linfonodi loco-regionali<sup>1</sup>

NX	Linfonodi loco-regionali non valutabili
N0	Nessuna metastasi in linfonodi loco-regionali
N1	Metastasi in linfonodali loco-regionali

## M - Metastasi a distanza<sup>2</sup>

M0	Nessuna metastasi a distanza						
M1	Metastasi a distanza <table><tr><td>M1a</td><td>Linfonodo/i non loco-regionale/i</td></tr><tr><td>M1b</td><td>Ossa</td></tr><tr><td>M1c</td><td>Altro/i sito/i</td></tr></table>	M1a	Linfonodo/i non loco-regionale/i	M1b	Ossa	M1c	Altro/i sito/i
M1a	Linfonodo/i non loco-regionale/i						
M1b	Ossa						
M1c	Altro/i sito/i						

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



# Gradi di rischio

Definizione			
Rischio Basso	Rischio Intermedio	Rischio Alto	
PSA <10 ng/mL e GS <7 (ISUP grado 1) e cT1-2a	PSA 10-20 ng/mL o GS 7 (grado ISUP 2/3) o cT2b	PSA > 20 ng/mL o GS > 7 (grado ISUP 4/5) o cT2c	qualsiasi PSA qualsiasi GS (o grado ISUP) cT3-4 o cN+
<b>Localizzato</b>			<b>Localmente avanzato</b>

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

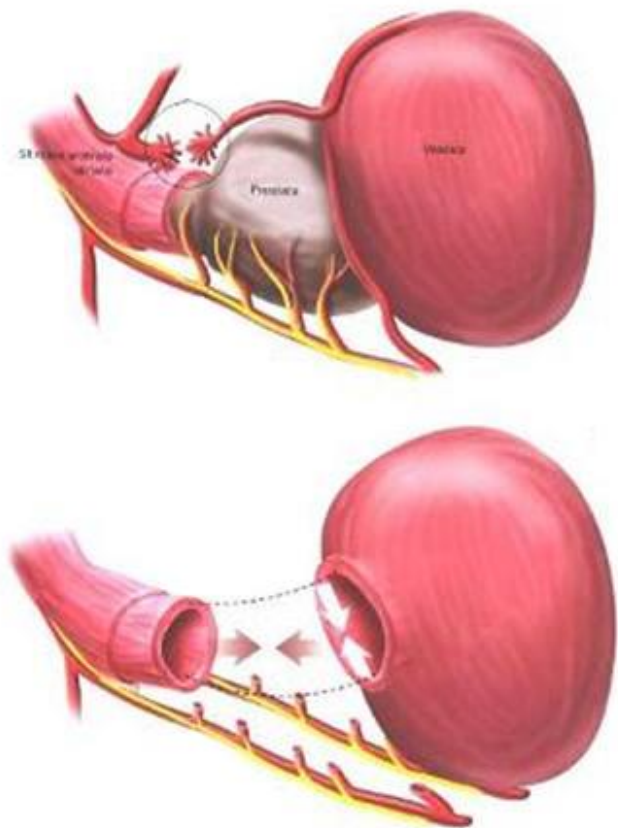
76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# Trattamento chirurgico del tumore prostatico organo-confinato

## LA PROSTATECTOMIA RADICALE



1. Obiettivi
2. Operare tutti???
3. Quale tecnica chirurgica?
4. Linfadenectomia: si o no?
5. Nerve Sparing?
6. Confronto tra prostatectomia radicale ed altre strategie di trattamento



# La prostatectomia radicale

## OBIETTIVI

- Obiettivo della RP (robotica, laparoscopica o a cielo aperto):

1. Eradicazione della malattia
2. Preservazione della continenza
3. Preservazione della potenza sessuale



Adolfsson, J. Watchful waiting and active surveillance: the current position. BJU Int, 2008. 102: 10

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE







## HHS Public Access

Author manuscript

*J Urol.* Author manuscript; available in PMC 2015 April 08.

Published in final edited form as:

*J Urol.* 2007 December ; 178(6): 2359–2365. doi:10.1016/j.juro.2007.08.039.

### Expectant Management of Prostate Cancer With Curative Intent: An Update of The Johns Hopkins Experience

H. Ballentine Carter\*, Anna Kettermann, Christopher Warlick, E. Jeffrey Metter, Patricia Landis, Patrick C. Walsh, and Jonathan I. Epstein

Departments of Urology (CW, AK, PL, PCW, JIE, HBC) and Pathology (JIE), The Johns Hopkins University School of Medicine and The James Buchanan Brady Urological Institute, The Johns Hopkins Hospital and National Institute on Aging, National Institutes of Health, Clinical Research Branch (EJM, AK), Baltimore, Maryland

#### Abstract

**Purpose**—We updated our experience with a strategy of expectant treatment for men with stage T1c prostate cancer and evaluated predictors of disease intervention.

**Materials and Methods**—A total of 407 men with a median age of 65.7 years (range 45.8 to 81.5) with stage T1c (99.8%) or T2a (0.2%) prostate cancer suspected of harboring small volume prostate cancer based on needle biopsy findings and prostate specific antigen density have been followed in a prospective, longitudinal surveillance program with a median followup of 2.8 years (range 0.4 to 12.5). A recommendation for treatment was made if disease progression was suggested by unfavorable followup needle biopsy findings (Gleason pattern 4 or 5, greater than 2 biopsy cores with cancer or greater than 50% involvement of any core with cancer). Cox proportional hazards regression was used to evaluate the affect of multiple covariates on the outcome of curative intervention.

**Results**—Of 407 men 239 (59%) men remained on active surveillance at a median followup of 3.4 years (range 0.43 to 12.5), 103 (25%) underwent curative intervention at a median of 2.2 years after diagnosis (range 0.96 to 7.39) and 65 (16%) were either lost to followup (12), withdrew from the program (45), or died of causes other than prostate cancer (8). Older age at diagnosis ( $p = 0.011$ ) and an earlier date of diagnosis ( $p = 0.001$ ) were significantly associated with curative intervention.

**Conclusions**—Recognizing that over treatment of prostate cancer is prevalent, especially among elderly patients, a program of careful selection and monitoring of older men who are likely to harbor small volume, low grade disease may be a rational alternative to the active treatment of all.

#### Keywords

prostate; prostatic neoplasms; follow-up studies; age factors

Copyright © 2007 by American Urological Association

\* Correspondence: Department of Urology, 145 Marburg Building, Johns Hopkins Hospital, 600 North Wolfe St., Baltimore, Maryland 21287-2101 (telephone: 410-955-0351; FAX: 410-955-0833; hcarter@jhmi.edu).

Study received approval from the institutional review board at The Johns Hopkins Medical Institution.

# La prostatectomia radicale OPERARE TUTTI???

La presenza di comorbidità è da considerare il più importante fattore prognostico di mortalità per cause non correlate al PCa

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# La prostatectomia radicale

## OPERARE TUTTI???

Prima di suggerire ad un paziente di sottoporsi ad intervento chirurgico è indispensabile una attenta valutazione dell'aspettativa di vita, nonché dello stato di salute

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018

a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE

### RESULTS OF CONSERVATIVE MANAGEMENT OF CLINICALLY LOCALIZED PROSTATE CANCER

GERALD W. CHODAK, M.D., RONALD A. THESTED, PH.D., GLENN S. GERRER, M.D., JAN-ERIK JOHANSSON, M.D., JAN ADOLFSSON, M.D., GEORGE W. JONES, M.D., GEOFF D. CHISHOLM, C.B.E., BOAZ MOSKOVITZ, M.D., PINHAS M. LIVNE, M.D., AND JOHN WARNER, M.D.

**Abstract Background.** The selection of treatment for patients with localized prostate cancer requires reliable information about the outcome of conservative management. Previous studies of this question are generally considered unreliable because they were uncontrolled and nonrandomized.

**Methods.** We performed a pooled analysis of 828 case records from six nonrandomized studies, published since 1985, of men treated conservatively (with observation and delayed hormone therapy but no radical surgery or irradiation) for clinically localized prostate cancer. A Cox regression analysis was performed to determine which factors influenced survival among patients who did not die of causes other than prostate cancer (disease-specific survival). Kaplan-Meier curves for overall and metastasis-free survival among such patients were compared with use of the log-rank method and the Mantel-Haenszel test.

**Results.** Factors that had a significant effect on disease-specific survival were grade 3 tumors (risk ratio,

10.04), residence in Israel (risk ratio, 2.48) or New York (risk ratio, 0.37), and age under 61 years (risk ratio, 0.32). Ten years after diagnosis, disease-specific survival (with data on men who died from causes other than prostate cancer censored) was 67 percent for men with grade 1 or 2 tumors and 34 percent for those with grade 3 tumors; metastasis-free survival among men who had not died of other causes was 81 percent for grade 1, 58 percent for grade 2, and 26 percent for grade 3 disease. These findings were not affected by the inclusion of men who had early-stage cancer, were older, had worse-than-average health, or underwent delayed radiation therapy or radical prostatectomy.

**Conclusions.** The strategy of initial conservative management and delayed hormone therapy is a reasonable choice for some men with grade 1 or 2 clinically localized prostate cancer, particularly for those who have an average life expectancy of 10 years or less. New treatment strategies are needed for men with grade 3 prostate cancer. (N Engl J Med 1994;330:242-6.)

**P**ROSTATE CANCER is now the most common cancer and the second most common cause of death from cancer among men in the United States.<sup>1</sup> Both the incidence and the mortality rate have continued to rise, with no reduction projected over the next several years.<sup>2</sup> Since a large percentage of patients have advanced disease at the time of diagnosis,<sup>3</sup> routine screening of asymptomatic men, which increases early detection,<sup>4</sup> has been recommended, but we do not know whether early detection will reduce mortality.<sup>5</sup>

After diagnosis, counseling patients about management is difficult. The relative benefit of different forms of treatment has never been properly determined. To date, only one randomized trial has compared the results of radical surgery with those of conservative management.<sup>6</sup> Although the rate of mortality from prostate cancer was similar in the two groups, methodologic flaws make the conclusions of this study suspect. The lack of a clearly superior therapy has

contributed to marked differences in treatment recommendations in different regions of the United States and in Europe.<sup>7</sup>

The variable natural history of the disease contributes to this problem. At least 30 percent of men over 50 years of age have histologic evidence of prostate cancer,<sup>8,9</sup> yet only a small fraction of these cancers are newly detected each year or cause death.<sup>10</sup> Prognostic factors have been recognized, but reliable methods for identifying potentially life-threatening tumors are lacking, and aggressive treatment of some patients may be unnecessary.

Specifically, information is needed about the outcome of clinically localized tumors treated conservatively. Since 1985, such information has been reported from 10 nonrandomized studies,<sup>11,12</sup> but these studies have all been criticized because of factors that could have biased the results.

Recently, Stewart and Parmar showed that meta-analyses will be least biased and most reliable if data on individual patients are pooled rather than if only published summary data are combined.<sup>13</sup> To obtain a reliable but conservative estimate of the outcome of nonaggressive management, we performed a pooled analysis using data on individual patients from six nonrandomized studies of patients with clinically localized prostate cancer that was managed conservatively with observation and delayed hormone therapy but without irradiation or radical surgery.<sup>11-13</sup>

#### METHODS

##### Sources of Data

We performed a MEDLINE search to identify studies of patients with clinically localized prostate cancer treated with observation and delayed hormone therapy that were published from January

From the Departments of Surgery (G.W.C., G.S.G.), Statistics (R.A.T.), Anesthesia and Critical Care (R.A.T.), and the Cancer Research Center (R.A.T.), University of Chicago-Pritzker School of Medicine, Chicago; the Department of Urology, Queen Medical Center Hospital, and the Cancer Epidemiology Unit, Uppsala University Hospital, Uppsala, Sweden (J.-E.J.); the Department of Urology, Karolinska Hospital, Karolinska, Sweden (J.A.); the Division of Urology, Howard University Hospital, Washington, D.C. (G.W.J.); the Department of Surgery-Urology, University of Edinburgh-Weston General Hospital, Edinburgh, Scotland (G.D.C.); the Department of Urology, Barzilai Medical Center and Technion-Israel Institute of Technology, Haifa, Israel (B.M., P.M.L.); and the Urology Service, Memorial Sloan-Kettering Institute, New York (J.W.). Address reprint requests to Dr. Chodak at the University of Chicago Hospitals, West Memorial Hospital, Prostate and Urology Center, 4646 N. Marine Dr., Chicago, IL 60640.

Supported in part by a grant (1-R03-HS07230-01) from the Public Health Service, by a Cancer Center Support Grant (P30 CA 14599) from the National Cancer Institute, and by the Cancer and Urology Research Fund at the University of Chicago.



# Cosa fare quando non è indicato il trattamento attivo

	Sorveglianza attiva	Vigile attesa
Intento terapeutico	Curativo	Palliativo
Azione supplementare	Programma predefinito	Paziente-specifici
Valutazione / marcatori usati	DRE, PSA, ri-biopsia, mpMRI	Non predefinito
Aspettativa di vita	> 10 anni	<10 anni
Scopo	Ridurre al minimo le morbidità correlate al trattamento senza compromettere la sopravvivenza	Ridurre al minimo le morbidità correlate al trattamento
Commenti	Pazienti a basso rischio	Può essere applicato a pazienti in diverse fasi di malattia

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale

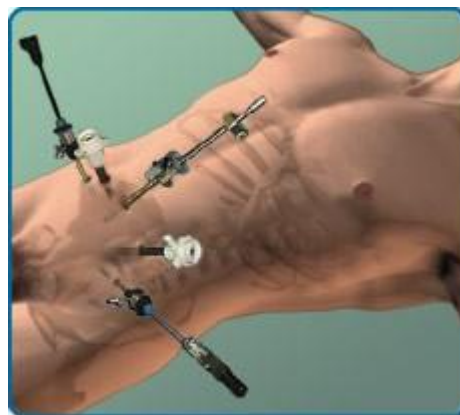
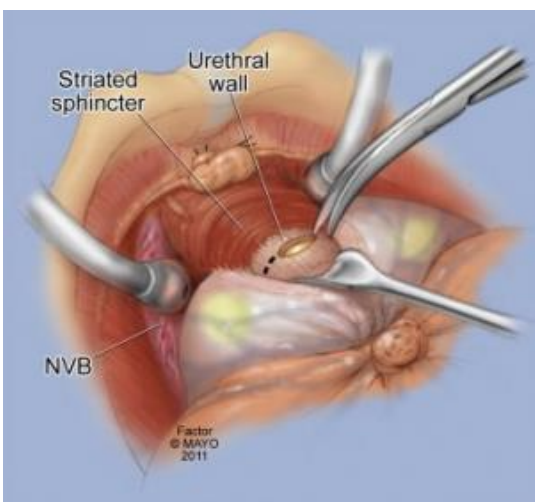
## QUALE TECNICA CHIRURGICA?



# La prostatectomia radicale

## QUALE TECNICA CHIRURGICA?

La prostatectomia radicale può essere eseguita con diversi approcci: a cielo aperto, laparoscopica o robot-assistita



**Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE**



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





Yaxley, J.W., et al. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: early outcomes from a randomised controlled phase 3 study. Lancet, 2016. 388: 1057.

In uno studio randomizzato di fase III, l'approccio robotico ha mostrato

- tempi di ricovero più brevi
- ridotta perdita ematica intra-operatoria

ma non è stato osservato **nessun vantaggio in termini funzionali o oncologici (dopo dodici settimane)**

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# QUALE TECNICA CHIRURGICA?

L'aumento dell'esperienza chirurgica ha ridotto i tassi di complicanze della RP e migliorato i risultati oncologici



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# QUALE TECNICA CHIRURGICA?



I bassi tassi di margini chirurgici positivi raggiunti da urologi con alto volume chirurgico suggeriscono, ancora una volta, che **solo con l'esperienza e l'attenzione ai dettagli si può ottenere un buon controllo oncologico dopo RP**

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



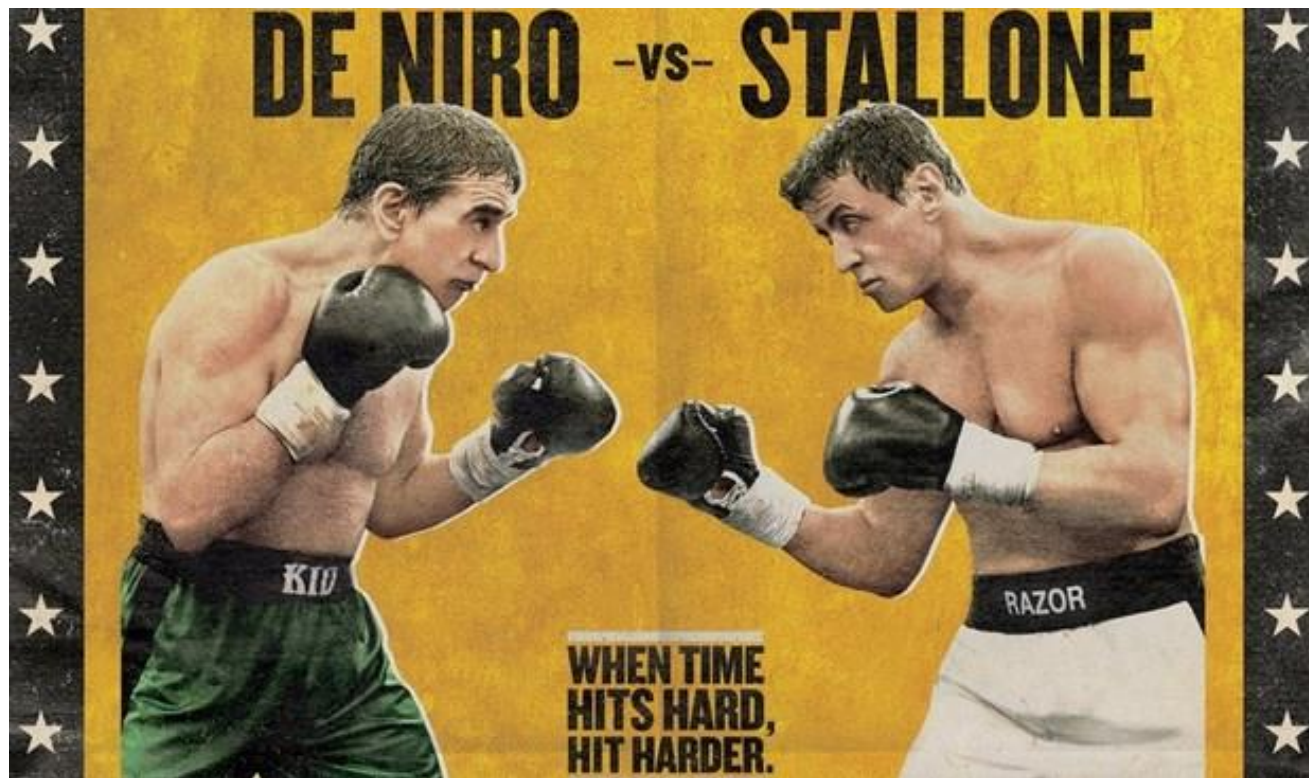
M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# La prostatectomia radicale

## QUALE TECNICA CHIRURGICA?



La carenza di studi comparativi tra i diversi approcci chirurgici non ha ancora permesso di stabilire chi tra chirurgia a cielo aperto, laparoscopica o robotica garantisca migliori risultati a lungo termine

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018 a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale

## QUALE TECNICA CHIRURGICA?



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# La prostatectomia radicale

## QUALE TECNICA CHIRURGICA?

LAPAROSCOPIA 3 D



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





## Use of Advanced Treatment Technologies Among Men at Low Risk of Dying From Prostate Cancer

Dr. Bruce L. Jacobs, MD, MPH, Dr. Yun Zhang, PhD, Dr. Florian R. Schroeck, MD, MS, Dr. Ted A. Skolarus, MD, MPH, Dr. John T. Wei, MD, MS, Dr. James E. Montie, MD, Dr. Scott M. Gilbert, MD, MS, Dr. Seth A. Strome, MD, MPH, Mr. Rodney L. Dunn, MS, Dr. David C. Miller, MD, MPH, and Dr. Brent K. Hollenbeck, MD, MS

Department of Urology, Divisions of Oncology (Drs Jacobs, Schroeck, Skolarus, Montie, Miller, and Hollenbeck), Health Services Research (Drs Jacobs, Zhang, Schroeck, Skolarus, Wei, Montie, Miller, and Hollenbeck and Mr Dunn), and General Urology (Dr Wei), University of Michigan, Ann Arbor; Center for Clinical Management Research, VA Ann Arbor Healthcare System (Dr Skolarus); Department of Urology, University of Florida, Gainesville (Dr Gilbert); and Department of Surgery, Division of Urologic Surgery, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri (Dr Strome)

### Abstract

**Importance**—The use of advanced treatment technologies (ie, intensity-modulated radiotherapy [IMRT] and robotic prostatectomy) for prostate cancer is increasing. The extent to which these advanced treatment technologies have disseminated among patients at low risk of dying from prostate cancer is uncertain.

**Objective**—To assess the use of advanced treatment technologies, compared with prior standards (ie, traditional external beam radiation treatment [EBRT] and open radical prostatectomy) and observation, among men with a low risk of dying from prostate cancer.

**Design, Setting, and Patients**—Using Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)-Medicare data, we identified a retrospective cohort of men diagnosed with prostate cancer between 2004 and 2009 who underwent IMRT (n=23 633), EBRT (n=3926), robotic prostatectomy

©2013 American Medical Association. All rights reserved.

Corresponding Author: Brent K. Hollenbeck, MD, MS, Department of Urology, University of Michigan, Bldg 16, 2800 Plymouth Rd, Ann Arbor, MI 48109-2800 (bhollen@med.umich.edu).

**Conflict of Interest Disclosures:** All authors have completed and submitted the ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Dr Schroeck reported having received an honorarium for writing a CME review article from the American Urological Association. Dr Skolarus reported being a consultant for ArborMetrix. Dr Montie reported having owned stock or stock options in HistoSonics. Dr Miller reported being a consultant for United Healthcare. Dr Hollenbeck is an Associate Editor of Urology. No other disclosures were reported.

**Disclaimer:** The views expressed in this article do not reflect the views of the federal government.

**Online-Only Material:** The Author Video Interview is available at <http://www.jama.com>.

**Author Contributions:** Dr Jacobs had full access to all of the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

**Study concept and design:** Jacobs, Zhang, Montie, Miller, Hollenbeck.

**Acquisition of data:** Jacobs, Zhang, Skolarus.

**Analysis and interpretation of data:** Jacobs, Zhang, Schroeck, Skolarus, Wei, Gilbert, Strome, Dunn, Miller, Hollenbeck.

**Drafting of the manuscript:** Jacobs, Zhang, Skolarus, Dunn, Hollenbeck.

**Critical revision of the manuscript for important intellectual content:** Jacobs, Zhang, Schroeck, Skolarus, Wei, Montie, Gilbert, Strome, Miller, Hollenbeck.

**Statistical analysis:** Jacobs, Zhang, Schroeck, Dunn. **Obtained funding:** Jacobs, Schroeck, Miller, Hollenbeck.

**Administrative, technical, or material support:** Skolarus.

**Study supervision:** Skolarus, Montie, Gilbert, Miller, Hollenbeck.

# QUALE TECNICA CHIRURGICA?

- Maggiori tassi di recupero della funzione erettile e della continenza nel gruppo RARP

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018

a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE







**Association between choice of radical prostatectomy, external beam radiotherapy, brachytherapy, or active surveillance and patient-reported quality of life among men with localized prostate cancer**

Ronald C. Chen, MD MPH<sup>1,2,3</sup>, Ramsankar Basak, PhD<sup>1</sup>, Anne-Marie Meyer, PhD<sup>2,5</sup>, Tzy-Mey Kuo, PhD<sup>2</sup>, William R. Carpenter, PhD<sup>2</sup>, Robert P. Agans, PhD<sup>6</sup>, James R. Broughman, BS<sup>1</sup>, Bryce B. Reeve, PhD<sup>2,4</sup>, Matthew E. Nielsen, MD MS<sup>2,3,4,7</sup>, Deborah S. Usinger, BA<sup>2</sup>, Klayni C. Spearman, BS<sup>2</sup>, Sarah Walden, BA<sup>2</sup>, Dianne Kaleel, BA<sup>2</sup>, Mary Anderson, MPH<sup>9</sup>, Tili Stürmer, MD PhD<sup>2,5</sup>, and Paul A. Godley, MD PhD<sup>2,8</sup>

<sup>1</sup>Department of Radiation Oncology

<sup>2</sup>Lineberger Comprehensive Cancer Center

<sup>3</sup>Cecil G. Sheps Center for Health Services Research

<sup>4</sup>Department of Health Policy and Management

<sup>5</sup>Department of Epidemiology, Gillings School of Global Public Health

<sup>6</sup>Carolina Survey Research Laboratory

<sup>7</sup>Department of Urology

<sup>8</sup>Division of Hematology/Oncology, Department of Medicine; all at the University of North Carolina at Chapel Hill, NC

<sup>9</sup>Patient stakeholder, Prostate Cancer Coalition of North Carolina, Raleigh, NC.

Please send communications and reprint requests to: Ronald C. Chen, MD MPH, Department of Radiation Oncology, CB #7512, 101 Manning Drive, University of North Carolina – Chapel Hill, Chapel Hill, NC 27599, Tel: (984) 974-0400, Fax: (984) 974-8607, Ronald\_chen@med.unc.edu

**Author Contributions:** Dr. Chen had full access to all of the data in the study and takes responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

**Study concept and design:** All authors

**Analysis and interpretation of data:** All authors

**Drafting of the manuscript:** Chen

**Critical revision of the manuscript for important intellectual content:** All authors

**Statistical analysis:** Basak

**Study supervision:** Chen

**Conflict of Interest:** None

**Financial Disclosures:** We have no disclosures to report and no conflicts of interest.

**Role of the Sponsor:** The sponsor was not involved with the collection, management, analysis, and interpretation of the data; preparation, review, or approval of the manuscript, and decision to submit the manuscript for publication.

**Publisher's Disclaimer:** Disclaimer: The statements presented in this publication are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the views of the Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI), its Board of Governors or Methodology Committee.

**Additional Contributions:** None.

**Prior Presentation:** None.

# QUALE TECNICA CHIRURGICA?

- Sebbene tali dati suggeriscano alcuni benefici dell'approccio robotico, non vi è alcuna certezza sui risultati oncologici e funzionali a lungo termine o riguardo la qualità della vita
- Pertanto, ad oggi, nessun approccio chirurgico può essere raccomandato rispetto ad un altro

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018

a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE

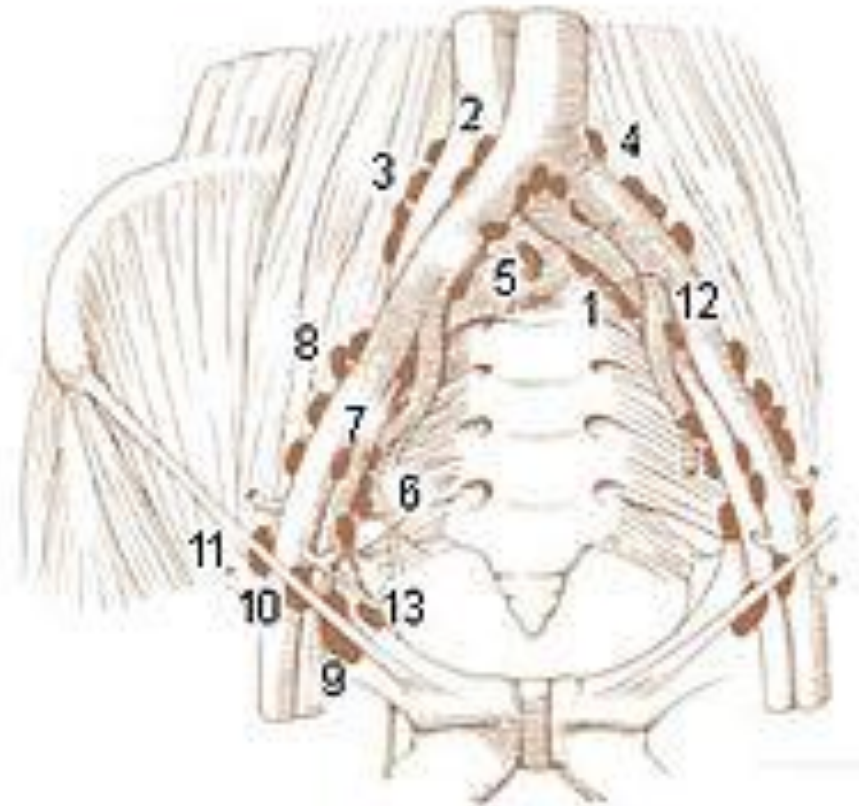


# La prostatectomia radicale

## LINFADENECTOMIA: SI O NO?

L'esecuzione della linfadenectomia pelvica (PLND) durante la RP non ha mostrato alcun miglioramento degli outcome oncologici ed in particolare della sopravvivenza

Fossati, N., et al. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol*, 2017. 72: 84.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28126351>



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

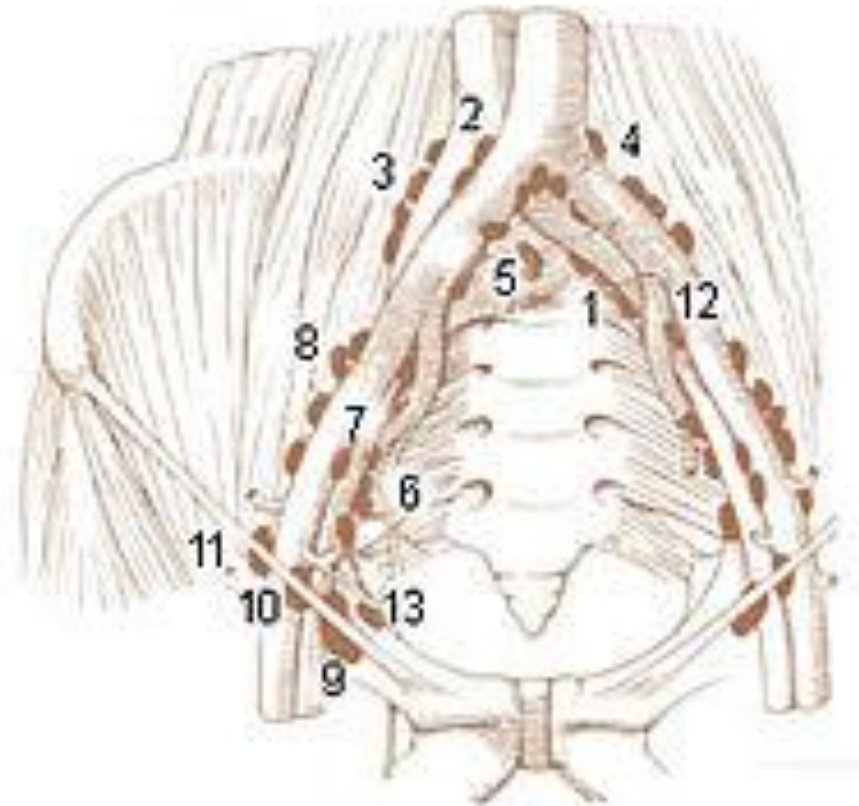
76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# La prostatectomia radicale

## LINFADENECTOMIA: SI O NO?

Tuttavia, è generalmente accettato che la linfadenectomia pelvica estesa (eLND), rispetto ad altre procedure attualmente disponibili, fornisca **informazioni indispensabili per una corretta stadiazione della patologia ed una valutazione della prognosi del paziente**



Fossati, N., et al. The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol*, 2017. 72: 84.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28126351>

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018 a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

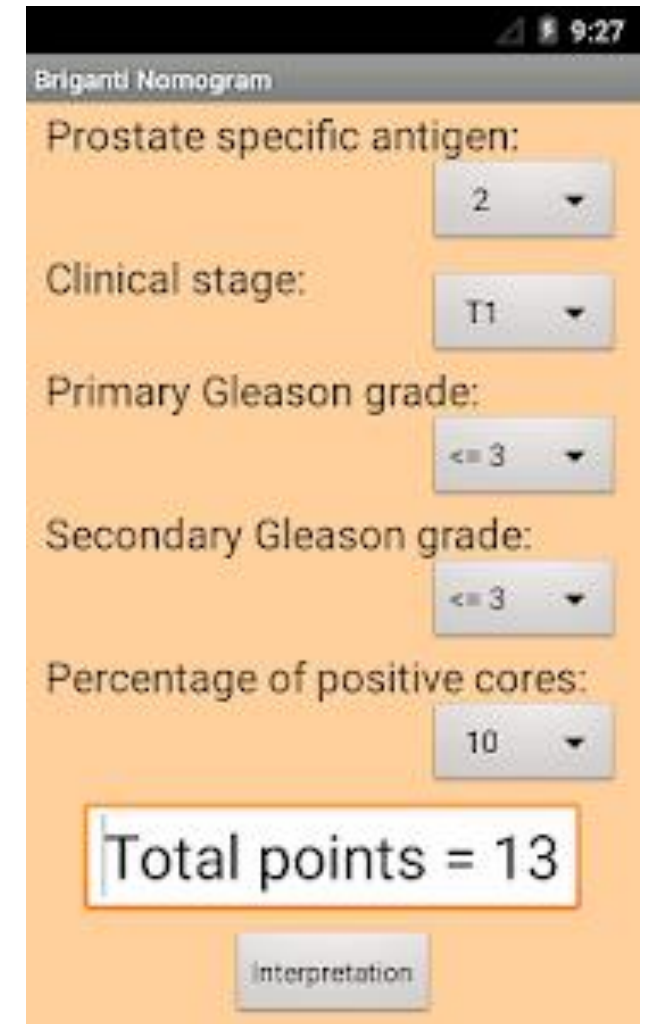
76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale LINFADENECTOMIA: SI O NO?

Pazienti con un rischio di invasione linfonodale superiore al 5%, calcolato utilizzando il nomogramma Briganti o la formula Roach, dovrebbero ricevere una dissezione linfonodale estesa



Briganti Nomogram

Prostate specific antigen: 2

Clinical stage: T1

Primary Gleason grade: <= 3

Secondary Gleason grade: <= 3

Percentage of positive cores: 10

Total points = 13

Interpretation

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale

## LINFADENECTOMIA: SÌ O NO?

Una corretta **LND estesa** prevede la **rimozione dei linfonodi iliaci esterni, iliaci interni ed otturatori** (localizzati cranialmente e caudalmente al nervo otturatore). Utilizzando questo schema chirurgico è **possibile stadiare correttamente il 94% dei pazienti**

Mattei, A., et al. The template of the primary lymphatic landing sites of the prostate should be revisited: results of a multimodality mapping study. Eur Urol, 2008. 53: 118.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17709171>

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

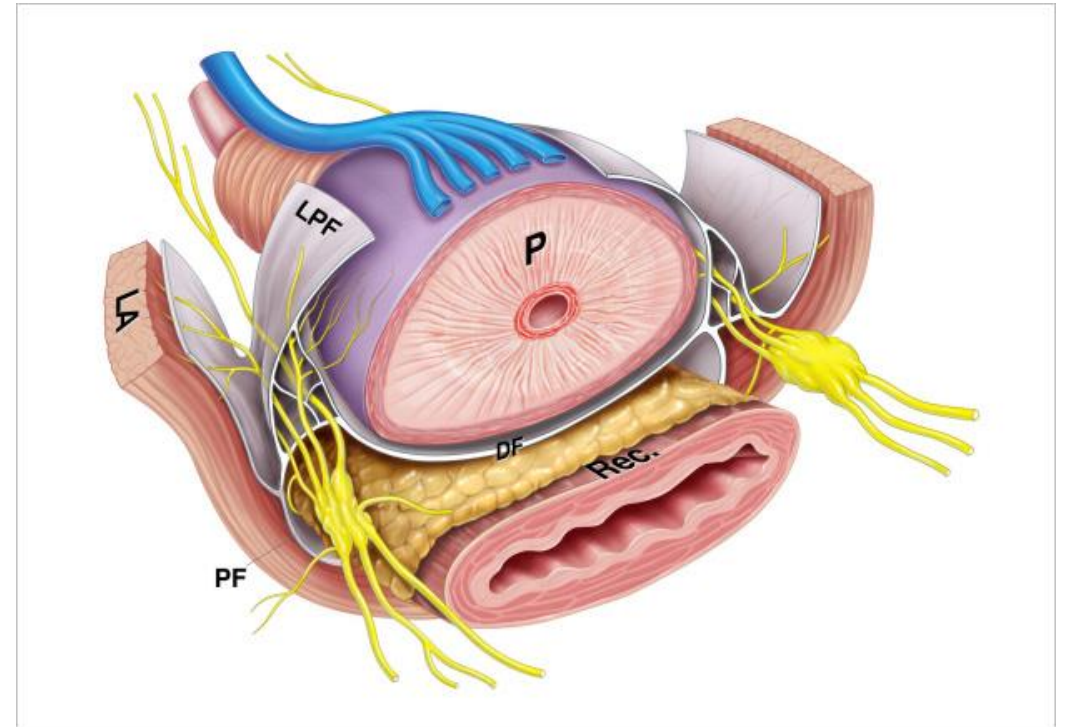
76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# La prostatectomia radicale

## NERVE SPARING?

### Risparmio dei fasci nervosi



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale NERVE SPARING?

La RP con preservazione dei fasci nervosi (nerve-sparing) può essere eseguita in sicurezza nella maggior parte dei soggetti con PCa localizzato

## Prognosis of patients with pelvic lymph node (LN) metastasis after radical prostatectomy: Value of extranodal extension and size of the largest LN metastasis

Niccolo M. Passoni, Harun Fajkovic\*, Evangelos Xylinas<sup>1</sup>, Luis Kluth<sup>1</sup>, Christian Seitz\*, Brian D. Robinson<sup>5</sup>, Morgan Rouprêt<sup>6</sup>, Felix K. Chun<sup>1</sup>, Yair Lotan\*<sup>7</sup>, Claus G. Roehrborn\*<sup>8</sup>, Joseph J. Crivelli<sup>9</sup>, Pierre I. Karakiewicz<sup>10</sup>, Douglas S. Scherr<sup>9</sup>, Michael Rink<sup>1</sup>, Markus Graefen<sup>1</sup>, Paul Schramek\*, Alberto Briganti, Francesco Montorsi, Ashutosh Tewari<sup>9</sup> and Shahrokh F. Shariat\*<sup>9,11</sup>

Department of Urology, Urological Research Institute, University Vita-Salute San Raffaele, Milan, Italy; <sup>1</sup>Department of Urology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria; <sup>2</sup>Department of Urology, Cochin Hospital Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, University Paris Descartes; <sup>3</sup>Academic Department of Urology of la Pitié-Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, University Paris VI, Paris, France; <sup>4</sup>Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Martini Clinic, Prostate Cancer Center at University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; <sup>5</sup>Department of Urology and Pathology, Weill Cornell Medical College, New York Presbyterian Hospital, New York, NY; <sup>6</sup>Department of Urology, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; and <sup>7</sup>Department of Urology, University of Montreal, Montreal, QC, Canada

N.M.P. and H.F. contributed equally

### Objective

To assess the prognostic role of extranodal extension (ENE) and the size of the largest lymph node (LN) metastasis in predicting early biochemical relapse (eBCR) in patients with LN metastasis after radical prostatectomy (RP).

### Patients and Methods

- We evaluated BCR-free survival in men with LN metastases after RP and pelvic LN dissection performed in six high-volume centres.
- Multivariable Cox regression tested the role of ENE and diameter of largest LN metastasis in predicting eBCR after adjusting for clinicopathological variables.
- We compared the discrimination of multivariable models including ENE, the size of largest LN metastasis and the number of positive LNs.

### Results

- Overall, 484 patients were included. The median (interquartile range, IQR) follow-up was 16.1 (6–27.5) months. The median (IQR) number of removed LNs was 10 (4–14), and the median (IQR) number of positive LNs was 1 (1–2).

- ENE was present in 280 (58%) patients, and 211 (44%) had their largest metastasis >10 mm. Patients with ENE and/or largest metastasis of >10 mm had significantly worse eBCR-free survival (all  $P < 0.01$ ).
- On multivariable analysis, number of positive LNs ( $\leq 2$  vs  $> 2$ ) and the diameter of LN metastasis ( $\leq 10$  vs  $> 10$  mm), but not ENE, were significant predictors of eBCR (all  $P < 0.003$ ).
- ENE and diameter of LN metastasis increased the area under the curve of a baseline multivariable model (0.663) by 0.016 points.

### Conclusions

- The diameter of the largest LN metastasis and the number of positive LNs are independent predictors of eBCR.
- Considered together, ENE and the diameter of the largest LN metastasis have less discrimination than the number of positive LNs.

### Keywords

extranodal extension, lymph node metastasis, prostate cancer, recurrence, staging

# La prostatectomia radicale NERVE SPARING?

Tale procedura è controindicata in pazienti con elevato rischio di malattia extracapsulare (stadio clinico T2c o T3) o nel caso in cui sia stato diagnosticato un GS > 7 alla biopsia prostatica



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA

- Le principali complicanze dopo un intervento di RP sono:
  - L'incontinenza urinaria
  - Il deficit erettile



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA

- Si sta cercando di comprendere se l'ausilio della tecnologia (robot) sia in grado di ridurre tali spiacevoli sequele



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA

- Recenti studi hanno documentato tassi di complicanze comparabili dopo prostatectomia radicale robot-assistita (RALP) e dopo prostatectomia radicale retropubica (RRP)

Ramsay, C., et al. Systematic review and economic modelling of the relative clinical benefit and costeffectiveness of laparoscopic surgery and robotic surgery for removal of the prostate in men with localised prostate cancer. *Health Technol Assess*, 2012. 16: 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23127367>

Novara, G., et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting oncologic outcome after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, 2012. 62: 382. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22749851>

Novara, G., et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robotassisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, 2012. 62:431. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Ficarra, V., et al. Systematic review and meta-22749853analysis of studies reporting potency rates after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, 2012. 62: 418. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22749850>

Ficarra, V., et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. *Eur Urol*, 2012. 62: 405 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22749852>

Maffezzini, M., et al. Evaluation of complications and results in a contemporary series of 300 consecutive radical retropubic prostatectomies with the anatomic approach at a single institution. *Urology*, 2003. 61: 982. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12736020>



**Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE**



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA

- I tassi medi di continenza a dodici mesi sono:
  - 89-100% per i pazienti trattati con RALP
  - 80-97% per i pazienti trattati con RRP



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



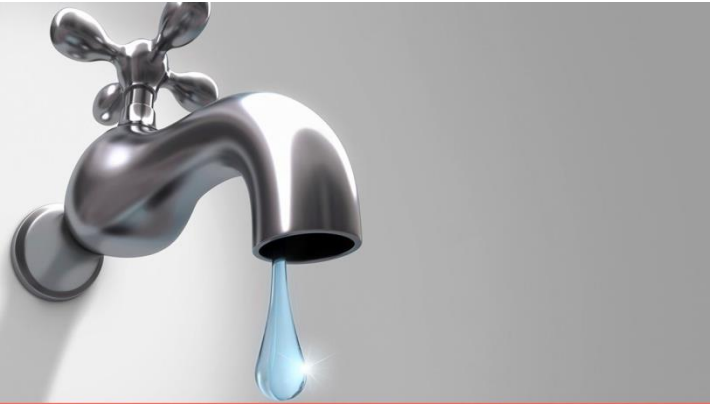
M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA



- **Recentemente**, è stato pubblicato un **trial clinico prospettico, controllato, multicentrico ma non randomizzato** su pazienti sottoposti a RP (RALP o RRP); dodici mesi dopo la chirurgia

- 21,3% del gruppo RALP ed il 20,2% del gruppo RRP è risultato incontinente
- **I tassi di disfunzione erettile riportati sono del 70,4% dopo RALP e del 74,7% dopo RRP**

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAVILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA

- **Le evidenze** a disposizione non permettono di esprimere **alcuna considerazione circa il beneficio dell'una o dell'altra** tecnica chirurgica in termini di **incontinenza urinaria a dodici mesi, disfunzione erettile e risultati oncologici**

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE ACUTE DELLA CHIRURGIA



- L'uso precoce di inibitori della fosfodiesterasi-5 (PDE5) nella riabilitazione peniena dopo chirurgia rimane tutt'oggi un argomento controverso in assenza di raccomandazioni definitive

zato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018

a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# COMPLICANZE PRECOCI DELLA LINFADENECTOMIA ESTESA

- Il **linfocele** è di gran lunga l'evento avverso più comune e si manifesta nel 10,3% dei casi di Eplnd  
  
4,6% della LND limitata



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE PRECOCI DELLA LINFADENECTOMIA ESTESA

- Tale evento è principalmente dovuto all'approccio chirurgico utilizzato (extraperitoneale: 19% e transperitoneale: 0%)



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



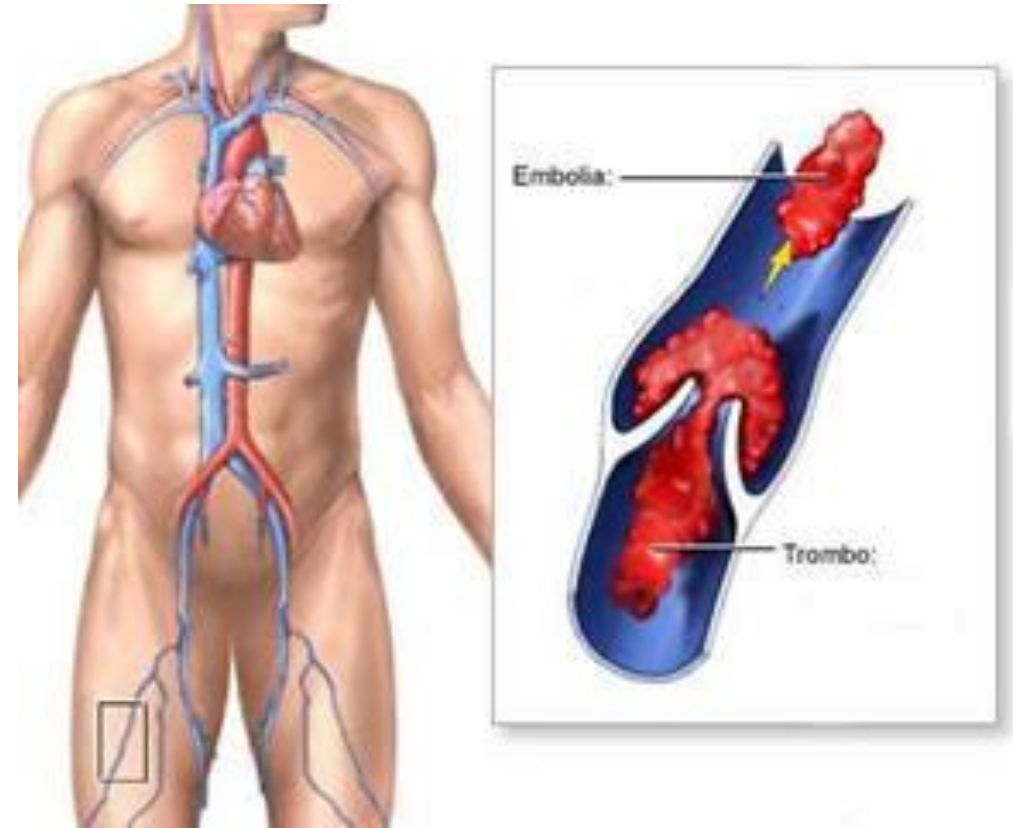
M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE



# COMPLICANZE PRECOCI DELLA LINFADENECTOMIA ESTESA

Un evento tromboembolico si verifica in meno dell'1% dei casi



Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# Linee guida per il trattamento della malattia a basso rischio

Raccomandazioni	Grado di raccomandazione
<b>Vigile attesa (WW)</b>	
Offrire una politica di WW a pazienti asintomatici con un'aspettativa di vita <10 anni (basata sulle comorbidità).	Forte
<b>Sorveglianza attiva</b>	
Offrire la AS a pazienti idonei per un trattamento curativo ma con PCa a basso rischio	Forte
Eseguire una risonanza magnetica multiparametrica prima della biopsia di conferma	Forte
Durante la biopsia di conferma, includere biopsie sistematiche e biopsie mirate	Forte
Basare il follow-up sull'esplorazione rettale digitale, sul dosaggio dell'antigene prostatico specifico e sulla ripetizione delle biopsie	Forte
Informare i pazienti sulla eventuale necessità di un ulteriore trattamento in futuro	Forte
<b>Trattamento attivo</b>	
Offrire chirurgia e radioterapia come alternativa alla AS a pazienti idonei per tali trattamenti e che accettano un compromesso tra tossicità e prevenzione della progressione di malattia.	Debole
<b>Linfoadenectomia pelvica (PLND)</b>	
Non eseguire una PLND (rischio stimato di pN + ≤ 5%)	Forte
<b>Trattamento radioterapeutico</b>	
Offrire una brachiterapia a basso dosaggio a pazienti con PCa a basso rischio, senza una precedente resezione transuretrale della prostata e con un buon International Prostatic Symptom Score (IPSS) e un volume prostatico <50 ml.	Forte
Utilizzare la radioterapia a intensità modulata con una dose totale di 74-80 Gy, senza terapia di deprivazione androgenica.	Forte
Offrire l'ipofrazionamento moderato (60 Gy / 20 fx in quattro settimane o 70 Gy / 28 fx in sei settimane) come opzione di trattamento alternativo.	Forte
<b>Altre opzioni terapeutiche</b>	
Offrire un trattamento della ghiandola intera (come crioterapia, ultrasuoni focalizzati ad alta intensità, ecc.) o un trattamento focale solamente nell'ambito di una sperimentazione clinica.	Forte


Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# Linee guida per il trattamento della malattia a basso rischio

Raccomandazioni	Grado di raccomandazione
<b>Vigile attesa (WW)</b>	
Offrire una politica di WW a pazienti asintomatici con un'aspettativa di vita <10 anni (basata sulle comorbidità).	Forte
<b>Sorveglianza attiva</b>	
Offrire la AS a pazienti idonei per un trattamento curativo ma con PCa a basso rischio	Forte
Eseguire una risonanza magnetica multiparametrica prima della biopsia di conferma	Forte
Durante la biopsia di conferma, includere biopsie sistematiche e biopsie mirate	Forte
Basare il follow-up sull'esplorazione rettale digitale, sul dosaggio dell'antigene prostatico specifico e sulla ripetizione delle biopsie	Forte
Informare i pazienti sulla eventuale necessità di un ulteriore trattamento in futuro	Forte
<b>Trattamento attivo</b>	
Offrire chirurgia e radioterapia come alternativa alla AS a pazienti idonei per tali trattamenti e che accettano un compromesso tra tossicità e prevenzione della progressione di malattia.	Debole
<b>Linfadenectomia pelvica (PLND)</b>	
Non eseguire una PLND (rischio stimato di pN + ≤ 5%)	Forte
<b>Trattamento radioterapico</b>	
Offrire una brachiterapia a basso dosaggio a pazienti con PCa a basso rischio, senza una precedente resezione transuretrale della prostata e con un buon International Prostatic Symptom Score (IPSS) e un volume prostatico <50 ml.	Forte
Utilizzare la radioterapia a intensità modulata con una dose totale di 74-80 Gy, senza terapia di deprivazione androgenica.	Forte
Offrire l'ipofrazionamento moderato (60 Gy / 20 fx in quattro settimane o 70 Gy / 28 fx in sei settimane) come opzione di trattamento alternativo.	Forte
<b>Altre opzioni terapeutiche</b>	
Offrire un trattamento della ghiandola intera (come crioterapia, ultrasuoni focalizzati ad alta intensità, ecc.) o un trattamento focale solamente nell'ambito di una sperimentazione clinica.	Forte


Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# Linee guida per il trattamento della malattia a rischio intermedio

Raccomandazioni	Grado di raccomandazione
<b>Sorveglianza attiva</b>	
Offrire la AS a pazienti altamente selezionati (<10% pattern di grado 4) accettando il potenziale aumento del rischio di successive metastasi.	Debole
<b>Prostatectomia radicale (RP)</b>	
Offrire la RP a pazienti con malattia a rischio intermedio e con aspettativa di vita maggiore di dieci anni	Forte
Offrire una chirurgia "nerve-sparing" a pazienti con basso rischio di malattia extracapsulare (fare riferimento ai nomogrammi).	Forte
<b>Linfoadenectomia pelvica (ePLND)</b>	
Eseguire una ePLND in caso di malattia a rischio intermedio se il rischio stimato di coinvolgimento linfonodale supera il 5%.	Forte
<b>Trattamento radioteraputico</b>	
Offrire una brachiterapia a basso dosaggio a pazienti selezionati (vedere la Sezione 6.2.3.2.3); pazienti senza una precedente resezione transuretrale della prostata e con un buon International Prostatic Symptoms Score (IPSS) e un volume prostatico <50 ml.	Forte
Per la radioterapia a fasci esterni (EBRT), utilizzare una dose totale di 76-78 Gy, in combinazione con una terapia di deprivazione androgenica (ADT) a breve termine (da quattro a sei mesi) neoadiuvante e concomitante	Forte
Nei pazienti che non sono disposti a sottoporsi alla ADT, utilizzare una dose intensificata di EBRT (76-80 Gy) o una combinazione di quest'ultima con la brachiterapia.	Debole
<b>Altre opzioni terapeutiche</b>	
Offrire un trattamento della ghiandola intera (come crioterapia, ultrasuoni focalizzati ad alta intensità, ecc.) o un trattamento focale solamente nell'ambito di una sperimentazione clinica.	Forte

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE




M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE







# Linee guida per il trattamento radicale della malattia ad alto rischio localizzata

Raccomandazioni	Grado di raccomandazione
<b>Prostatectomia radicale (RP)</b>	
Offrire la RP a pazienti con PCa localizzato ad alto rischio e con aspettativa di vita maggiore di dieci anni esclusivamente come parte di un trattamento multimodale	Forte
<b>Linfoadenectomia pelvica estesa (ePLND)</b>	
Eseguire una ePLND nella malattia ad alto rischio	Forte
Non eseguire una "frozen section" dei linfonodi durante la RP per decidere se procedere o abbandonare la procedura.	Forte
<b>Trattamenti radioterapici</b>	
Nei pazienti con malattia localizzata ad alto rischio, utilizzare la radioterapia a fasci esterni (EBRT) con 76-78 Gy in combinazione con la terapia di deprivazione androgenica a lungo termine (ADT) (da due a tre anni).	Forte
In pazienti con malattia localizzata ad alto rischio, utilizzare l'EBRT con boost aggiuntivo di brachiterapia (sia ad alto che a basso dosaggio), in combinazione con ADT a lungo termine (da due a tre anni).	Debole
<b>Altre opzioni terapeutiche oltre la chirurgia e la radioterapia</b>	
Non offrire un trattamento né della ghiandola intera né focale a pazienti ad alto rischio.	Forte
Non utilizzare la ADT in monoterapia nei pazienti asintomatici.	Forte

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# *Grazie per l'attenzione*

[adisanto1978@gmail.com](mailto:adisanto1978@gmail.com)



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE





# La prostatectomia radicale

## QUALE TECNICA CHIRURGICA?

Una prima SR e meta-analisi di studi clinici non randomizzati ha dimostrato:

- minore morbilità peri-operatoria
- rischio ridotto di margini chirurgici positivi dopo RARP rispetto alla prostatectomia laparoscopica (LRP)

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE







# La prostatectomia radicale LINFADENECTOMIA: SÌ O NO?

Esistono ancora insufficienti prove a supporto dell'efficacia oncologica della BNS e, pertanto, la biopsia del linfonodo sentinella è considerata ancora una **procedura di stadiazione linfonodale sperimentale**

Linee Guida EAU sul Tumore della Prostata Localizzato e localmente avanzato –traduzione integrale autorizzata delle European Association of Urology (EAU) Guidelines 2018  
a cura di SIU Società Italiana di Urologia - COLLANE LINEE GUIDA SIU - Edizione 2019 - LINEA EDUCAZIONALE



M.G. VANNINI  
OSPEDALE RELIGIOSO  
CLASSIFICATO ACCREDITATO  
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

76° CONGRESSO  
NAZIONALE

