

CANCERUL DE PROSTATĂ

Traseul pacientului cu cancer de prostată

*CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION
2021*

METODOLOGIE

Traseul pacienților cu cancer de prostată

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de prostată pentru codul diagnostic C61 externate în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de prostată pentru codul diagnostic C61 externate în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu cancer de prostată
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu cancer de prostată

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu cancer de prostată nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu cancer de prostată în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu cancer de prostată conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu cancer de prostată, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENTILOR CU CANCER DE PROSTATĂ ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului oncologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacienților cu cancer de prostată, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți este important.

Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu cancer de prostată sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)
- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacienții cu cancer de prostată a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de cancer de prostată spitalizate în anul 2019.

Stadializarea pacienților din eșantionul selectat a fost următoarea:

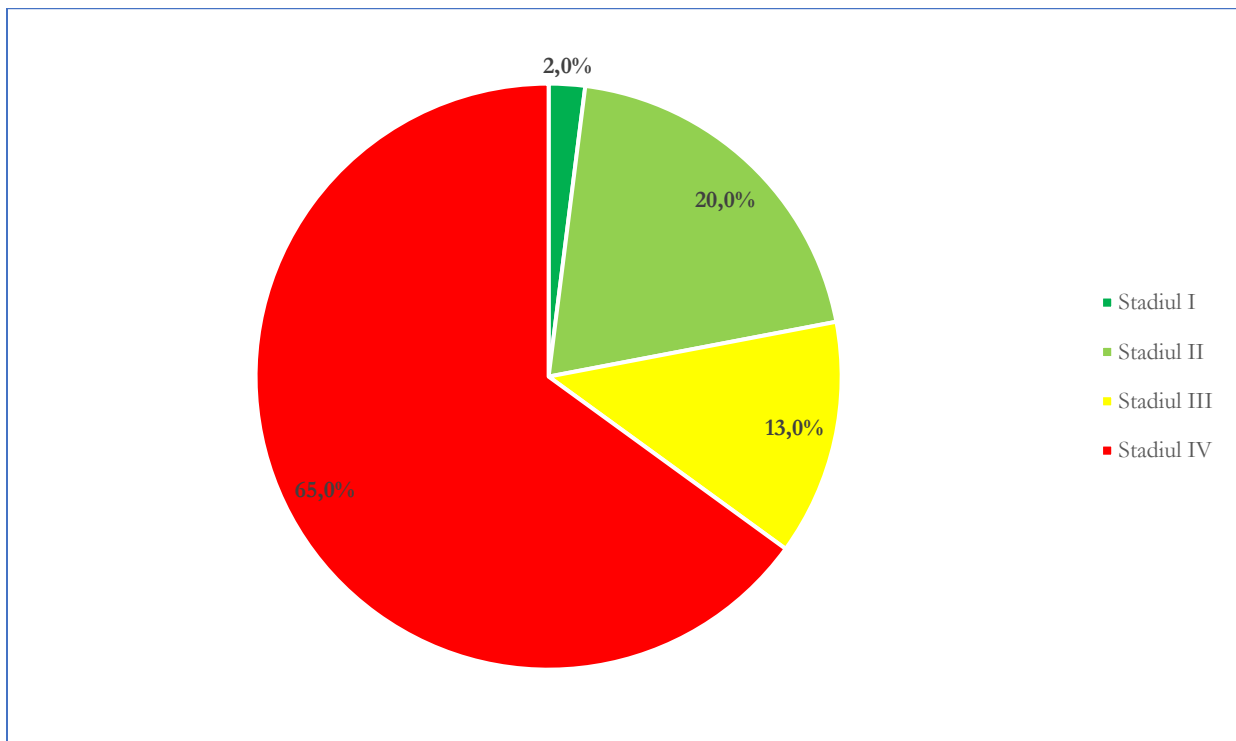
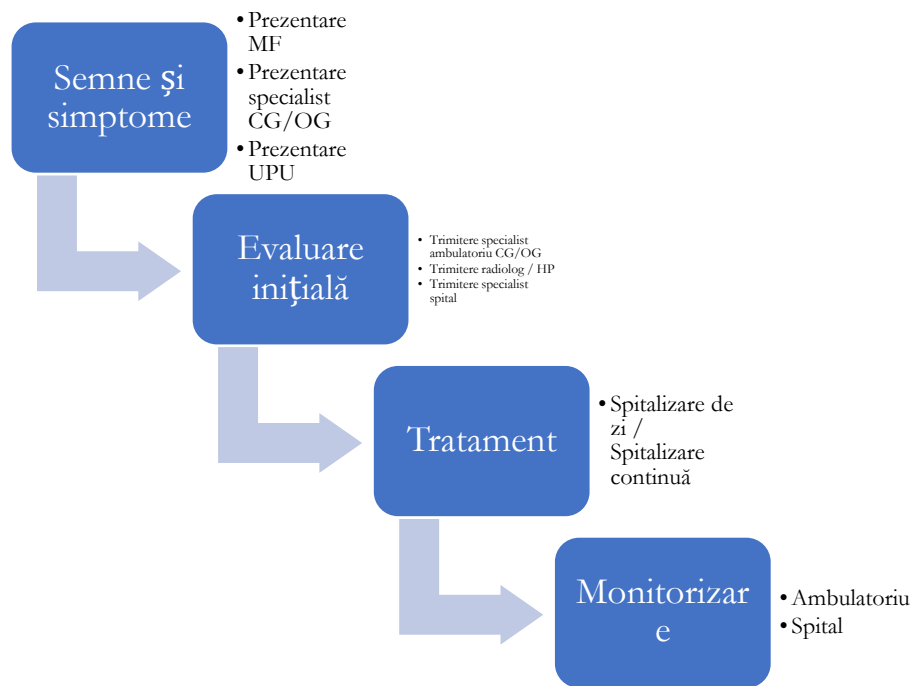


Fig. 24. Distribuția cancerului de prostată pe stadii (eșantion 2019)

Marea majoritate a cancerelor de prostată din eșantionul selectat se găsesc în stadiul IV (65%) și doar 20% din cancerule de prostată sunt diagnosticate în stadiul II. Această “imagine” corespunde într-o mare măsură datelor referitoare la stadializarea cancerului de prostată din Registrul Regional de Cancer

Nord Vest. Durata medie de observare a fost de 3.21 ani, iar durata mediană 2.2 ani. Cel mai vechi pacient are 15 de ani de la diagnostic, iar cel mai recent aproximativ 2.5 luni. Un sfert din pacienți au data diagnosticului în 2019, iar 25% au o data a diagnosticului mai veche de 5 ani.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respec

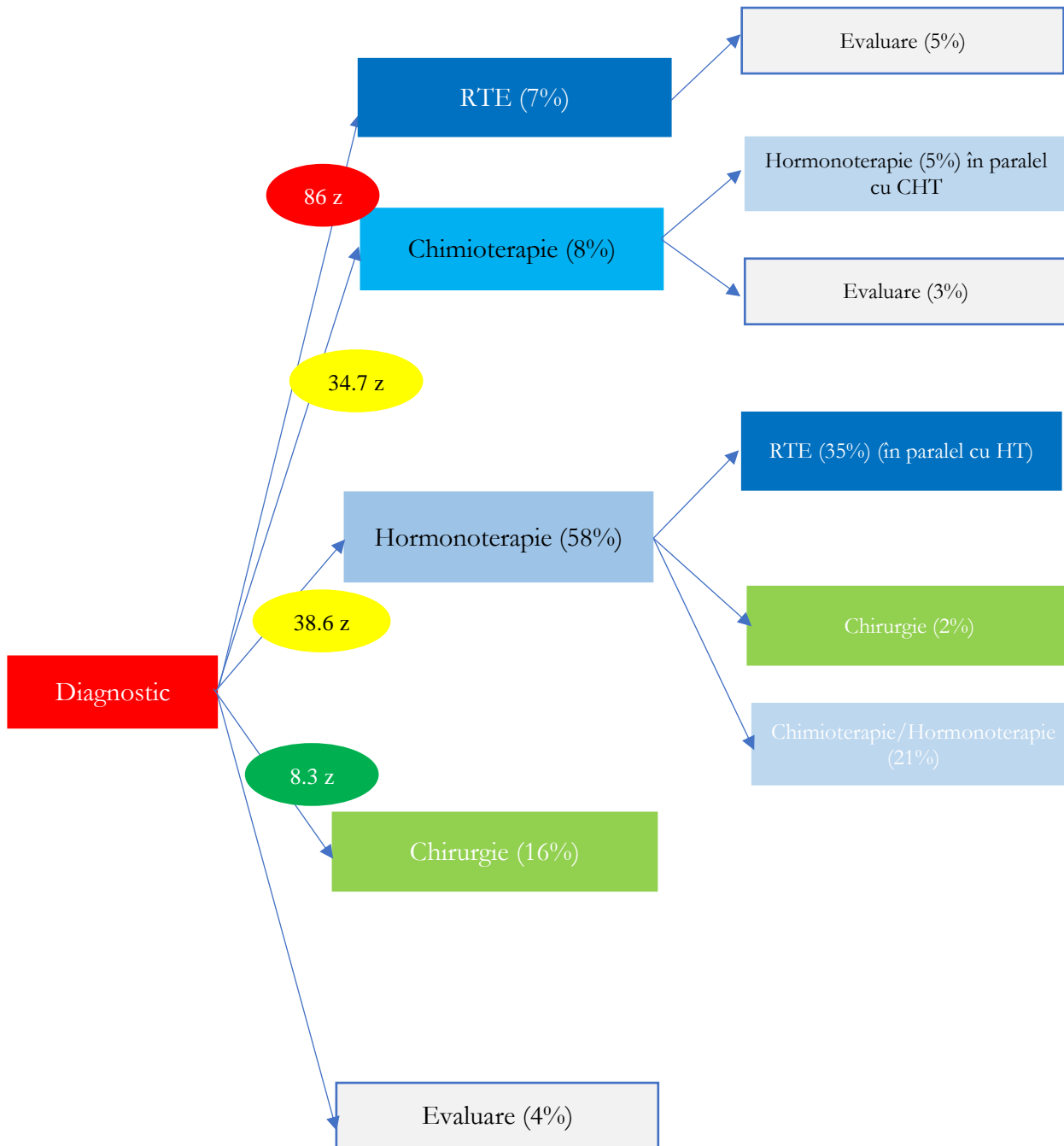
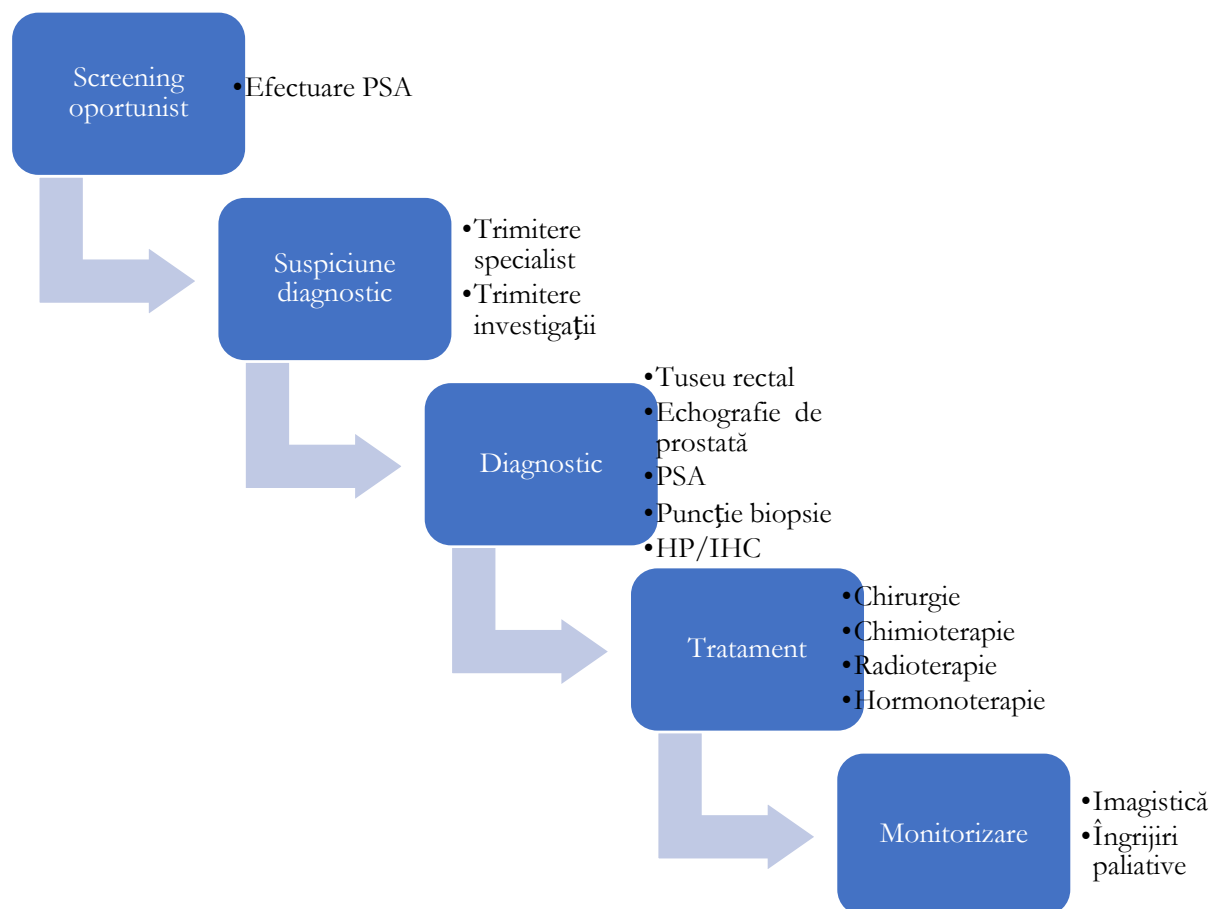


Fig. 25. Traseul pacientului cu cancer de prostată (*real world local data*)

În România traseul persoanei cu suspiciune de cancer de prostată / traseul persoanei cu cancer de prostată are următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ **Prevenție**

În prezent în România nu există un set de activități preventive pentru cancerul de prostată care să fie coordonat de la nivel național și care să aibă obiective și ținte clar stabilite;

O altă problemă o reprezintă lipsa evaluării riscului a bărbaților la risc înalt;

❖ **Simptomatologie**

În prezent, în România se efectuează consult urologic, ecografie prostatică, PSA și biopsie prostatică dacă este cazul, bărbaților cu simptomatologie specifică;

❖ Diagnostic

Procedura diagnostică pentru cancerul de prostată presupune tușeul rectal, interpretare ecografică, dozarea PSA și biopsia formațiunii tumorale suspecte. Această procedură se poate efectua complet în toate centrele universitare medicale regionale dar și în anumite centre medicale județene fapt ce presupune deplasarea pacienților pentru diagnostic la distanță față de domiciliul acestora. Nu sunt singulare cazurile în care bărbații au fost examinați clinic și imagistic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul cancerului de prostată este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice și imunohistochimice, în unitățile publice, fapt pentru care pacientul, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacienților;

La momentul stabilirii diagnosticului pacientul este eligibil să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurat, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii.

De asemenea, în acest moment, datele pacienților trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național;

Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacienților din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare (puncție) și a prelucrării probelor histopatologice.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie până la prima intervenție terapeutică este optimă doar pentru chirurgie (8.3 zile) depășește 35 de zile pentru alte intervenții terapeutice (chimioterapie/hormonoterapie), și este foarte întârziată pentru radioterapie (86 zile).

Având în vedere faptul că marea majoritate a pacienților cu cancer de prostată sunt descoperiți în stadii avansate de boală, de multe ori prima opțiune de tratament este tratamentul hormonal oferit într-o clinică de oncologie medicală; pacienții au opțiunea efectuării acestui tratament într-o unitate publică sau privată care poate fi disponibil în localitatea de domiciliu sau la distanță față de aceasta;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de tratament chimioterapic / hormonal este deficitară la nivel regional și național;

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

Opțiunile chirurgicale nu sunt la fel de extinse la nivel național; în afara Institutelor Regionale de Oncologie, chirurgia cancerului de prostată se efectuează într-o varietate de clinici urologice dar nu se cunoaște cu exactitate câte din aceste operații sunt efectuate ca și intervenții chirurgicale oncologice.

Disponibilitatea personalului pentru chirurgia oncologică a prostatei este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Accesul la servicii de radioterapie, chiar dacă a crescut semnificativ în anumite centre universitare mari, este încă o problemă semnificativă pentru o parte importantă dintre pacienții care au nevoie de această procedură de tratament;

Disponibilitatea personalului pentru radioterapie, în special a personalului tehnic (fizicieni medicali), este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de radioterapie este deficitară la nivel regional și național;

Timpii de așteptare pentru radioterapie sunt variabili și pot varia de la câteva săptămâni până la câteva luni (în medie, 86 zile în funcție de momentul intervenției terapeutice).

❖ **Monitorizare / Îngrijiri paliative**

Monitorizarea pacienților cu cancer de prostată este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre oncologice din țară;

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Disponibilitatea investigațiilor de monitorizare imagistice este variabilă iar calitatea acestora în special pentru monitorizarea pacienților în stadiu metastatic lasă de dorit în lipsa implementării unor criterii standardizate de interpretare imagistică;

Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadia terminale este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

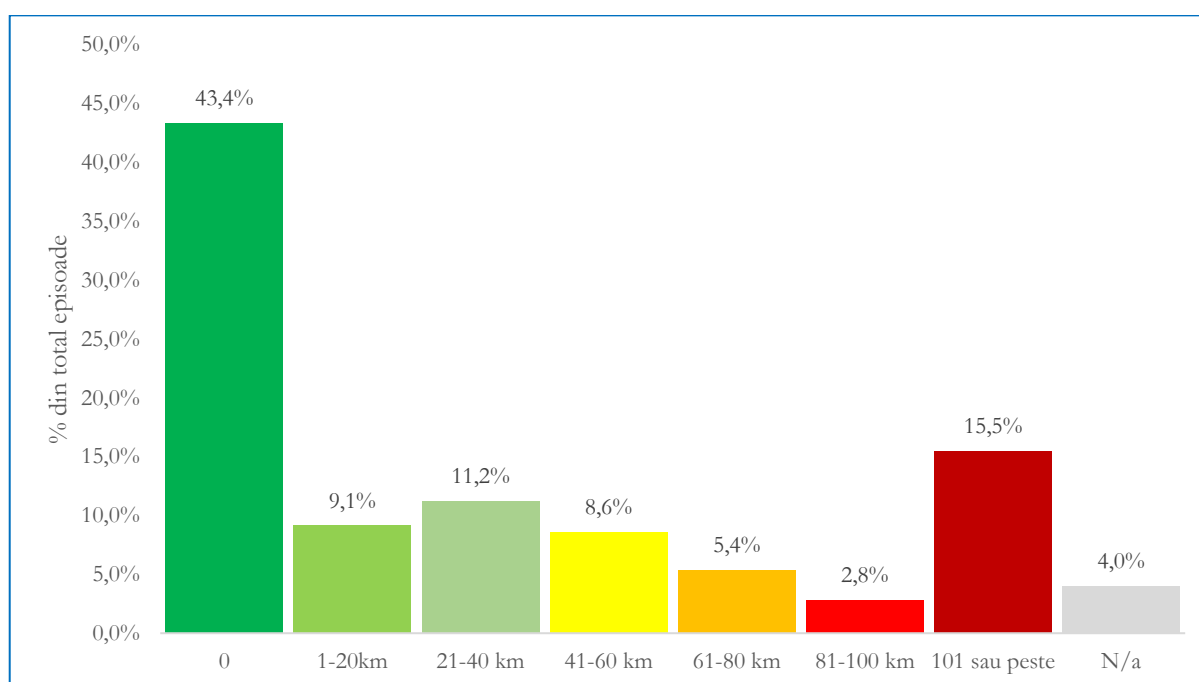


Fig. 26 Distribuția episoadelor de spitalizare în funcție de distanța parcursă pentru a diagnostica / trata un caz de cancer de prostată

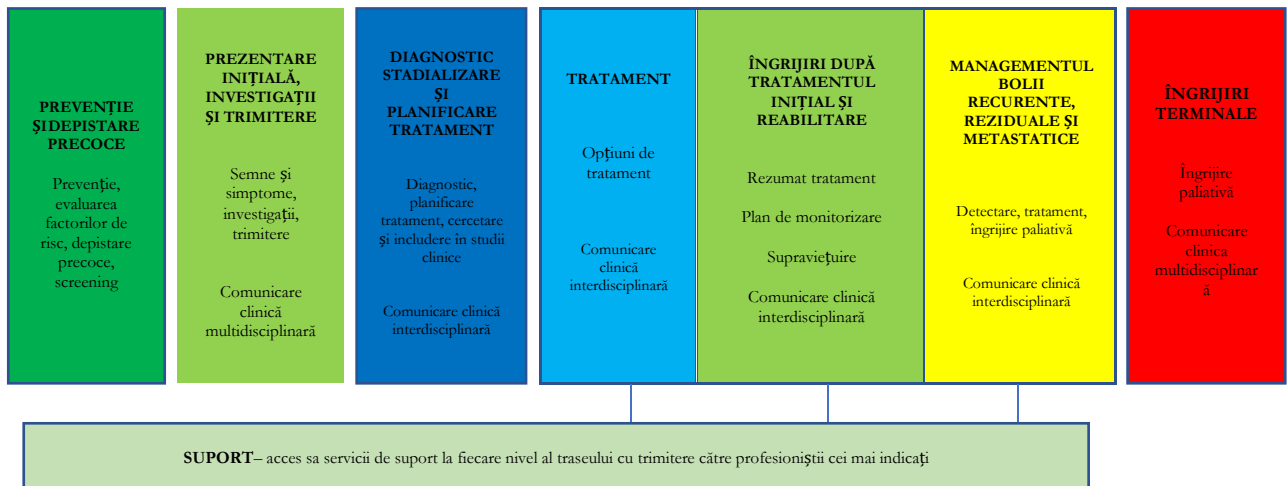
În 2019 distanța medie parcursă de un pacient cu cancer de prostată a fost de 44 de km, iar distanța mediană a fost de 15.6 km. Aproximativ 15% din distanțe sunt de peste 100 km. Această pondere este cel mai probabil reprezentată de cazurile care vin din diverse localități pentru a fi tratate în centrele universitare.

TRASEUL OPTIM AL PACIENȚILOR CU CANCER DE PROSTATĂ

Scopul traseului optim de îngrijire a cancerului de prostată are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacienților, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul cancerului de prostată.

Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a cancerului de prostată sunt următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacienților*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacientă*);
- Îngrijiri de suport (*servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacienții cu cancer de prostată*);
- Coordonarea îngrijirii (*abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacienții cu cancer de prostată*);
- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (*oportunitățile de participare trebuie prezentate pacienților în orice punct al traseului de îngrijire*).



PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Factori de risc: vârstă, sex, istoric familial, sunt factori de risc importanți. Anumiți factori alimentari pot reprezenta factori de risc.

Bărbații pot efectua testare PSA de rutină, dar medicul de familie al acestora sau medicul specialist care efectuează recomandarea pentru testare ar trebui să discute mai întâi despre beneficiile și riscurile asociate testării în prealabil.

Depistare precoce: Bărbații cu vârste cuprinse între 45 și 69 de ani care se află la risc moderat (*istoric familial*) trebuie monitorizați în mod pro-activ și pot să efectueze test PSA la fiecare 2 ani.

Bărbații în vârstă de 40-69 de ani care prezintă un risc ridicat (*istoric familial*) trebuie să fie consiliați cu privire la riscul de cancer de prostată și pot să efectueze test PSA la fiecare 2 ani.

Bărbații în vârstă de 50-69 de ani, fără factori de risc pentru dezvoltarea cancerului de prostată pot lua în considerare și testarea PSA pentru depistarea precoce a acestui cancer.

Testarea PSA nu este recomandată bărbaților care au o speranță de viață de mai puțin de 7 ani.

PREZENTARE INIȚIALĂ, INVESTIGAȚII ȘI TRIMITERE

Semne și simptome care trebuie investigate

- Majoritatea pacienților cu cancer de prostată sunt asimptomatici.
- Anumiți pacienți prezintă boală avansată local și pot avea următoarele simptome:
- simptome urinare obstructive sau iritative
- sânge în urină sau în lichidul seminal
- Un procent redus de pacienți cu cancer de prostată metastatic pot avea următoarele simptome:
- dureri osoase și ale spatelui
- edeme ale membrilor inferioare
- scădere în greutate
- oboseală
- simptome neurologice inclusiv tulburări de sensibilitate sau / și motorii ale membrilor inferioare.

Evaluarea medicală (MF)

Medicul de familie ar trebui să trimită toți pacienții cu simptome sugestive la o clinică de evaluare pentru prostată.

Examinările / investigațiile ar trebui să includă:

Nivelul PSA

- Măsurarea raportului PSA free / PSA total

- Sumar de urină și urocultură (*pentru verificarea prostatitei*)

Medicul de familie sau specialist urolog care examinează pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor inițiale:

- în termen de **4 săptămâni** pentru pacienții simptomatici și cei cu tușeu rectal normal sau valori PSA ≥ 10 ng / ml
- în termen de **12 săptămâni** pentru pacienți asimptomatici (*valori PSA < 10 ng / ml*).

Trimiterea urgentă la un specialist (*termen de 2 săptămâni*) este recomandată pentru:

- pacienți simptomatici
- pacienți cu dovezi imagistice de boală avansată local sau metastatică
- valori PSA > 50 ng / ml.

Pacienții asimptomatici trebuie să fie consultați de un specialist în termen de **4 săptămâni** de la notificarea unui rezultat anormal persistent sau a unei singure testări PSA cu valori ≥ 10 ng / ml.

Comunicare clinică: furnizați pacientului informațiile care descriu clar către cine se face trimiterea, care este motivul acesteia și timpul de așteptare până la consultul de specialitate.

DIAGNOSTIC STADIALIZARE ȘI PLANIFICARE TRATAMENT

Următoarele teste pot fi efectuate pentru a confirma un diagnostic:

- Tușeu rectal (*înainte de biopsie*)
 - RMN multiparametric
 - biopsie de prostată sistematică și / sau țintită
- Investigații de stadializare la pacienții cu boala localizată clinic ar trebui să țină cont de riscul de răspândire metastatică (scor Gleason, stadiul clinic, PSA) și intenția provizorie de tratament.
- Tușeu rectal pentru evaluarea dimensiunii tumorale (*stadiul T*)
 - CT abdomen-pelvis și scintigrafie osoasă

Stadializare: Se efectuează pentru toți pacienții diagnosticați

Testarea genetică

- istoric familial care sugerează o variantă genică patogenă BRCA1 sau BRCA2.
- trei rude de gradul I sau II cu cancer de prostată
- două rude de gradul I sau II cu cancer de prostată, dintre care una a fost diagnosticată cu vârsta <50 de ani

Frate sau tată cu cancer de prostată – testare PSA la fiecare doi ani între 45 - 69 ani

Frați și tată cu cancer de prostată - testare PSA la fiecare doi ani între 40 - 69 ani

Planificarea tratamentului: toți pacienții nou diagnosticați trebuie să fie evaluați în vederea recomandării unui plan de tratament.

Studii clinice: Luați în considerare înrolarea acolo unde este disponibilitate și considerat adecvat.

Comunicare clinică: se are în vedere durata procedurii diagnostice și a tratamentului, se explică rolul echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și coordonarea îngrijirii. Se oferă informații corespunzătoare și trimitere la servicii de suport

TRATAMENT

Stabiliți intenția de tratament:
Curativ

Terapie anti-cancer pentru îmbunătățirea calității vieții și / sau supraviețuire fără așteptarea remisiiei

Simptomatică / paliativă

Așteptare atentă: unii pacienți (*ex. cei cu alte probleme de sănătate cu speranță de viață mai mică de 7 ani*) ar trebui să fie monitorizați regulat și tratați simptomele dacă acestea apar.

Supravegherea activă: majoritatea bărbaților cu cancer de prostată cu risc scăzut ar trebui să fie monitorizați regulat pentru semne de progresie a bolii astfel încât tratamentul curativ poate să fie inițiat dacă este necesar.

Chirurgie (prostatectomie radicală): unii din pacienții cu cancer de prostată localizat sau avansat local și cu speranță de viață de cel puțin 10 ani.

Radioterapie (RTE și / sau brahiterapie)

- cancer de prostată localizat sau avansat local și cu speranță de viață de cel puțin 10 ani sau au boală simptomatică

- cancer de prostată avansat local care pot beneficia de terapie multimodală

- cancer de prostată cu valori PSA în creștere / persistente sau care prezintă recidiva locală stabilită fără dovezi de boală metastatică după prostatectomie radicală

- cancer de prostată cu metastaze osoase limitate.

Hormonoterapie / Chimioterapie

- Terapia deprivării de androgeni
- Chimioterapia citotoxică, inhibitorii noi ai semnalizării receptorilor androgenici, bifosfonați și inhibitorii ai ligandului RANK.

Comunicare clinică

- discutați cu pacientul despre opțiunile de tratament, inclusiv intenția tratamentului și rezultatele preconizate
- comunicați planul de tratament al pacienții medicului de familie

ÎNGRIJIRI DUPĂ TRATAMENTUL ÎNIIȚIAL ȘI REABILITARE

Supraviețuitorilor de cancer li se vor furniza următoarele informații care să le ghideze după tratamentul inițial

Rezumatul tratamentului (furnizați o copie a documentului medical pacientului și medicul de familie) conținând:

- teste diagnostice efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tipul și data tratamentului (tratamentelor)
- intervenții și planuri de tratament din partea celorlalți specialiști în sănătate
- servicii de sprijin oferite
- informații de contact pentru principalii furnizorii de servicii medicale pentru cancerul de prostată

Planul de îngrijire de urmărire (furnizați o copie pacientei și medicului de familie) conținând:

- Monitorizarea medicală necesară (teste, supraveghere)
- planuri de îngrijire pentru gestionarea efectelor tardive ale tratamentului
- un proces de re-admitere rapidă la serviciile medicale specializate pentru apariția recăderilor.

Comunicare clinică:

- explicați pacientului rezumatul tratamentului și planul de monitorizare / îngrijire
- informați pacientul despre prevenția secundară și un stil de viață sănătos
- discutați planul de monitorizare / îngrijire cu MF

MANAGEMENTUL BOLII REZIDUALE RECURENTE ȘI METASTATICE

Detectare: unele cazuri de recidivă vor fi detectate prin monitorizarea de rutină la pacienții asimptomatici. Unele cazuri de boală metastatică va fi detectate în același timp cu prezentarea pentru cancerul de prostată primar inițial (boala metastatică „de novo”).

Tratament: când este posibil trimiteți pacientul la consult la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va ține cont de locație, extinderea recurenței, managementul clinic anterior al bolii și managementul și preferințele pacientului

Îngrijirea paliativă: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

Comunicare clinică:

- explicați pacientei opțiunile de tratament, rezultatele așteptate și reacții adverse
- inițiați o discuție cu privire la planificarea îngrijirilor terminale dacă este cazul.

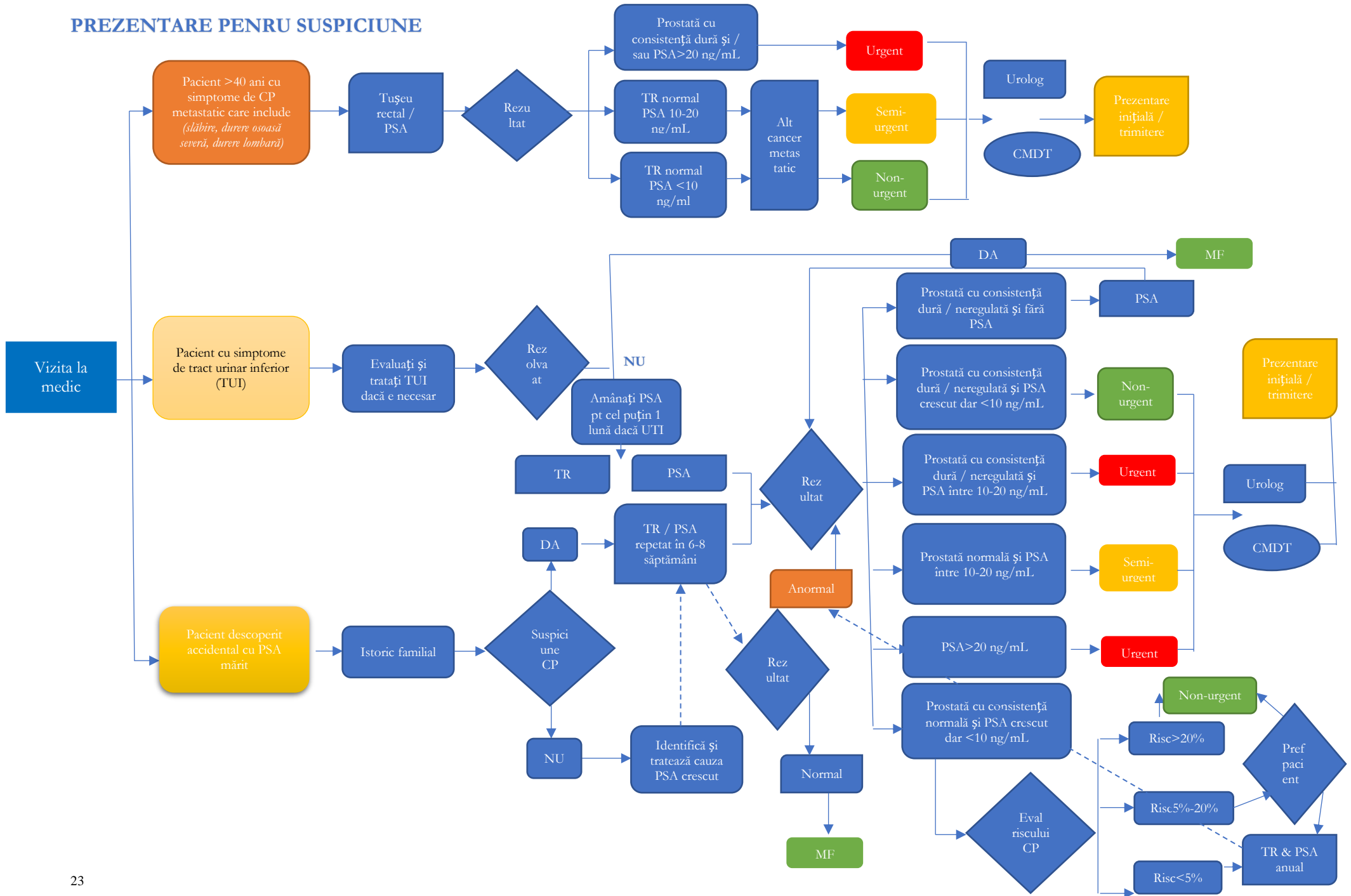
ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijirea terminală: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

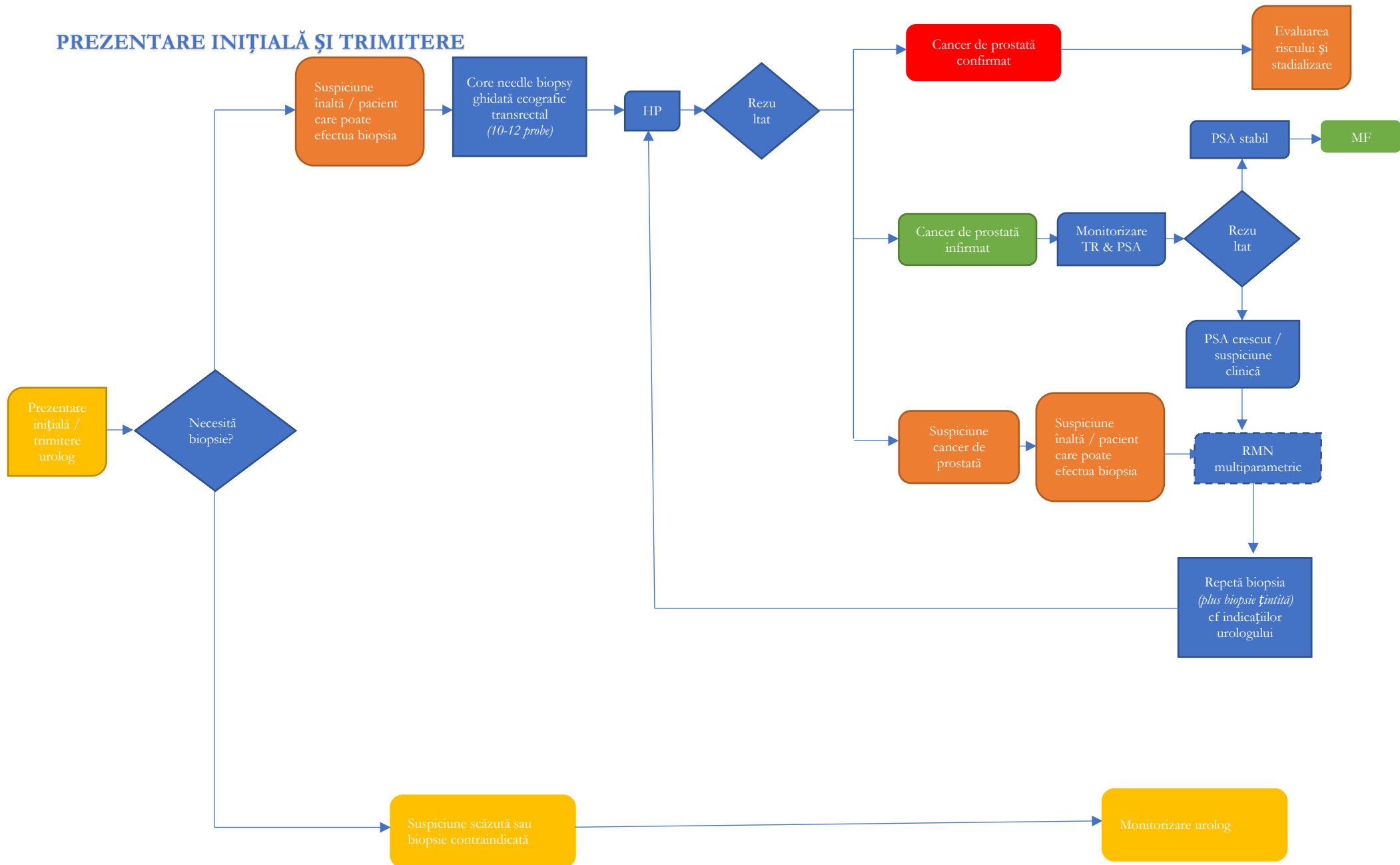
Comunicare clinică:

- discutați deschis cu privire la prognostic despre opțiunile de îngrijire paliativă cu pacientul și familia acestuia
- stabiliți planuri de tranziție pentru a vă asigura că nevoile și obiectivele pacientului sunt abordate corespunzător

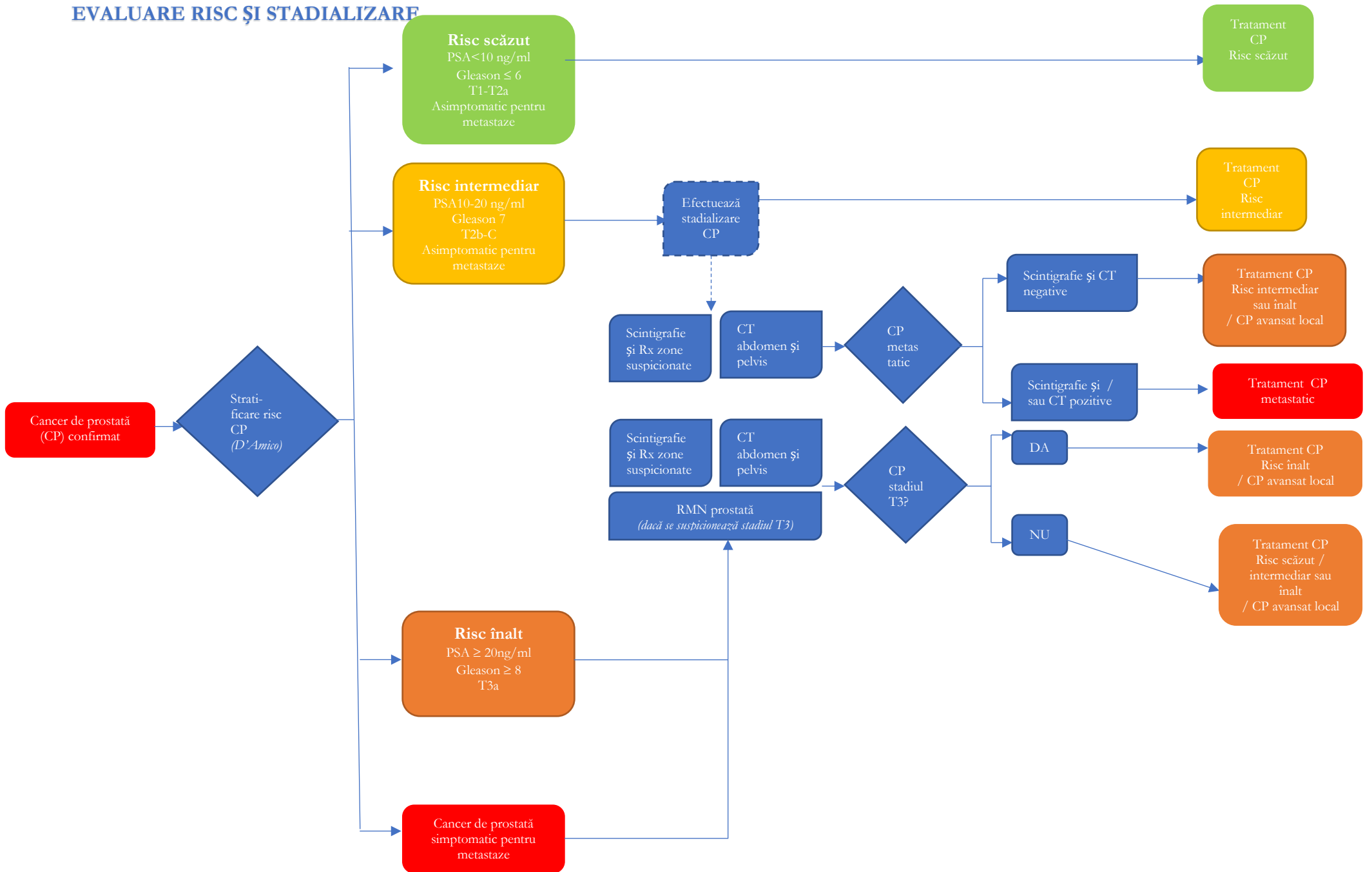
PREZENTARE PENRU SUSPICIUNE



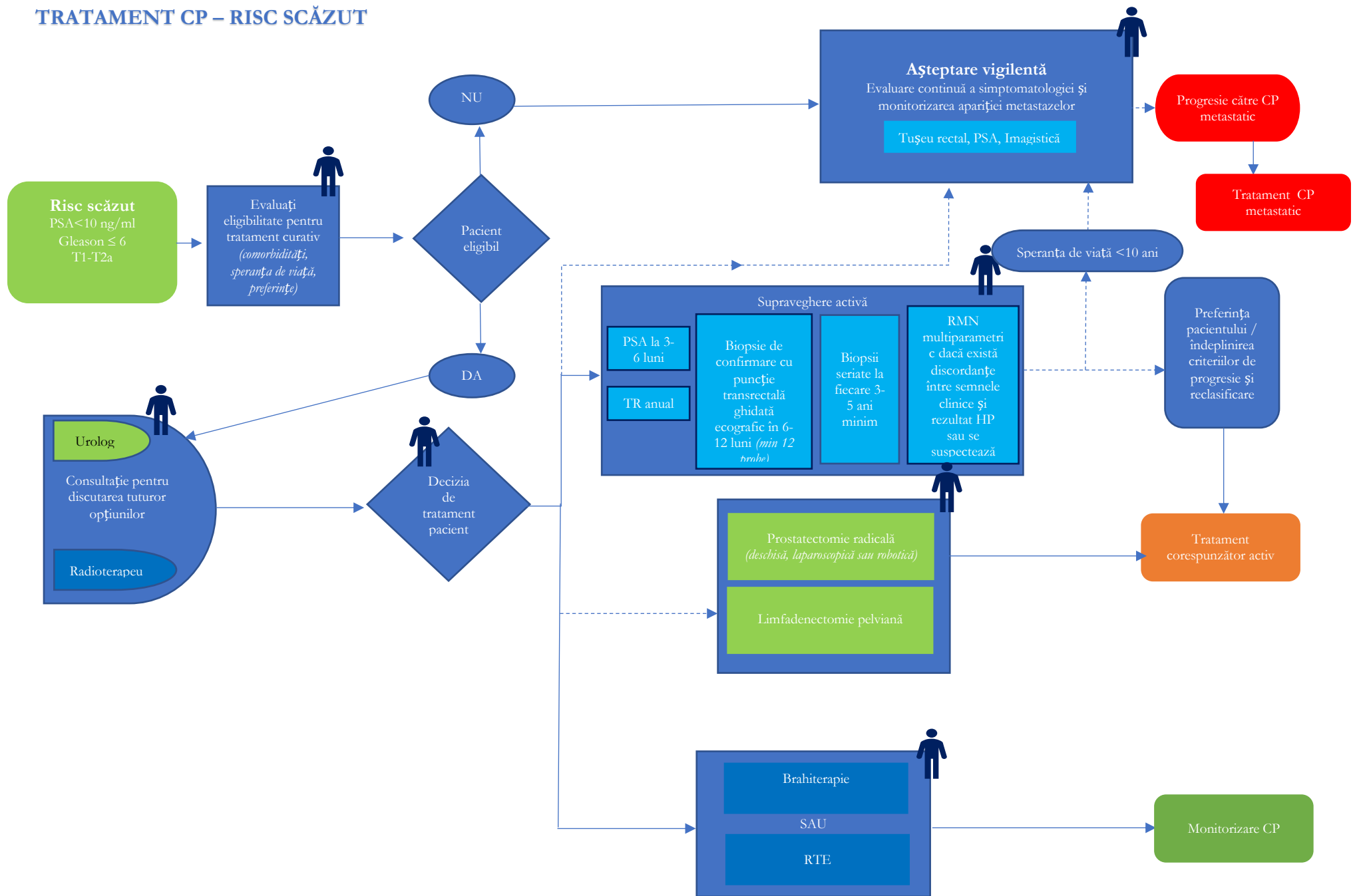
PREZENTARE INIȚIALĂ ȘI TRIMITERE



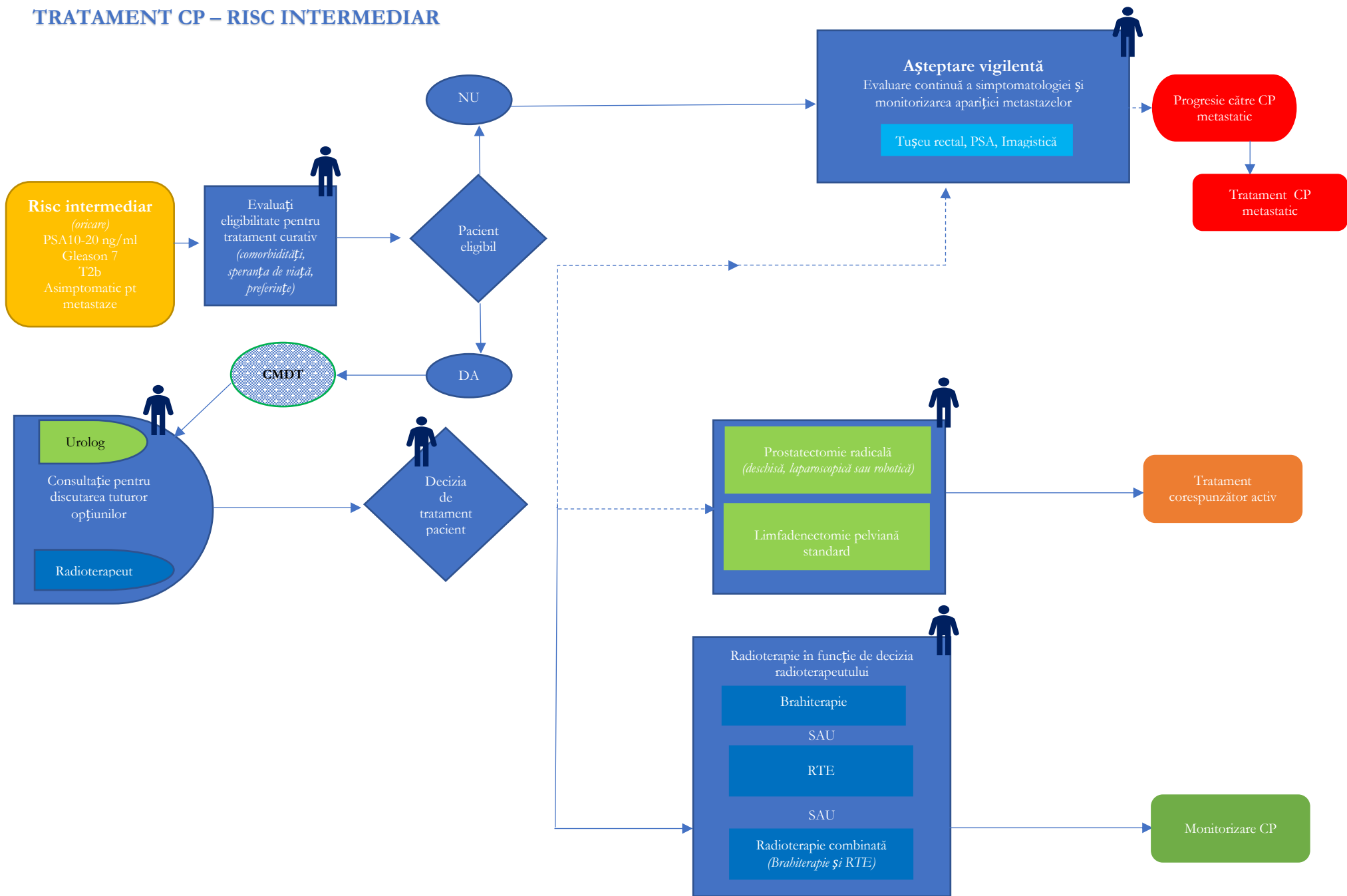
EVALUARE RISC ȘI STADIALIZARE



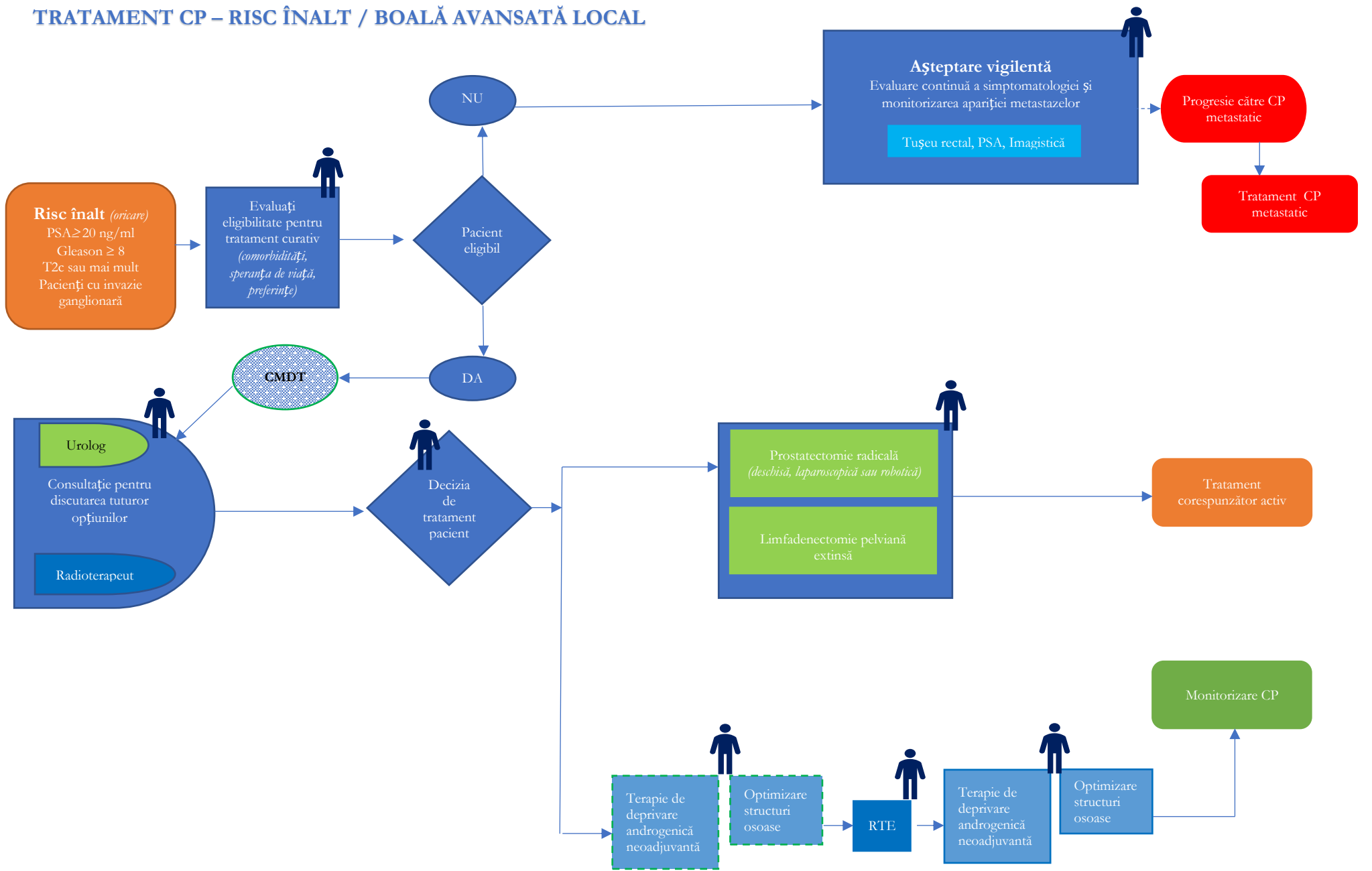
TRATAMENT CP – RISC SCĂZUT



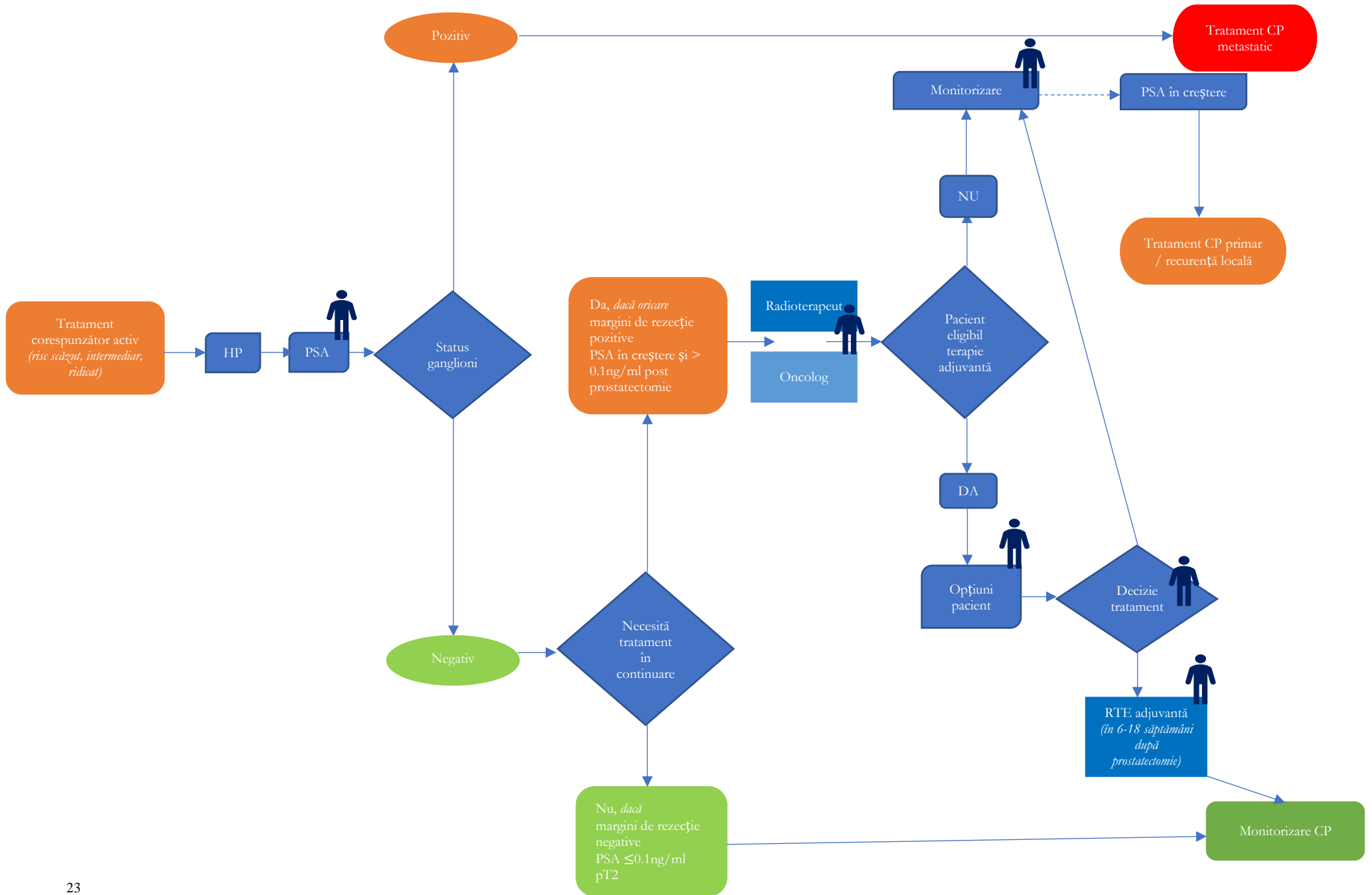
TRATAMENT CP – RISC INTERMEDIAR



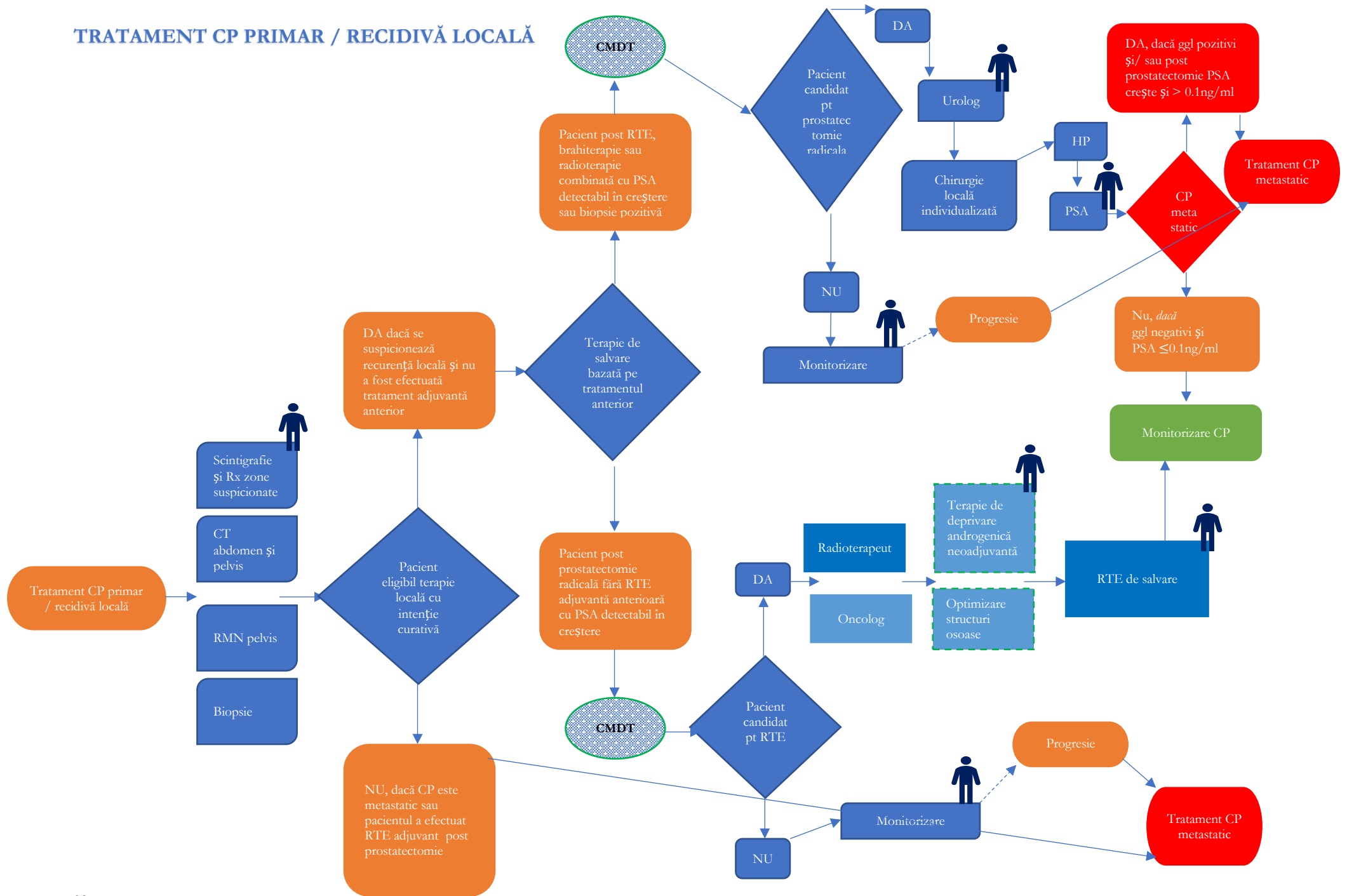
TRATAMENT CP – RISC ÎNALT / BOALĂ AVANSATĂ LOCAL



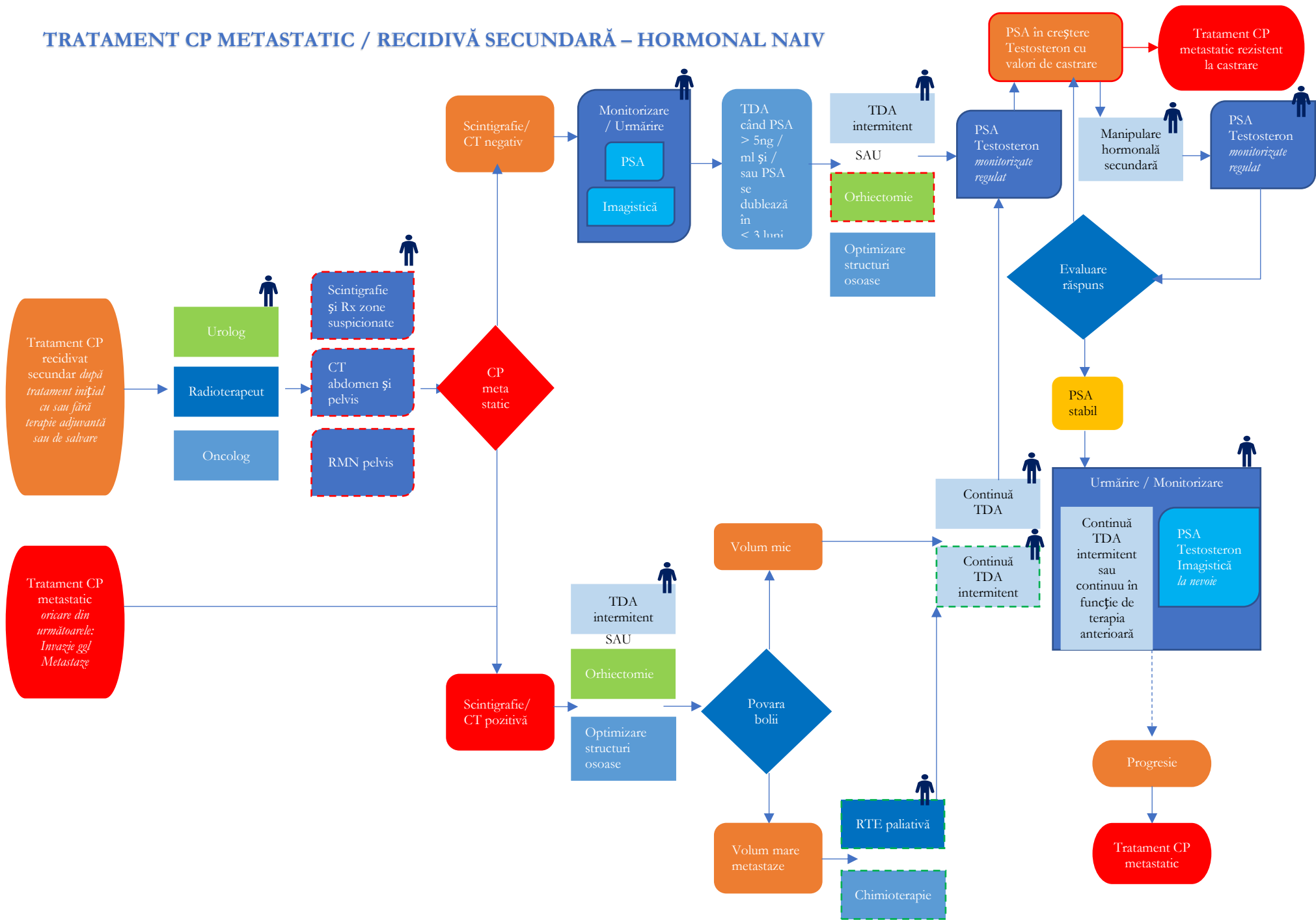
TRATAMENT ACTIV



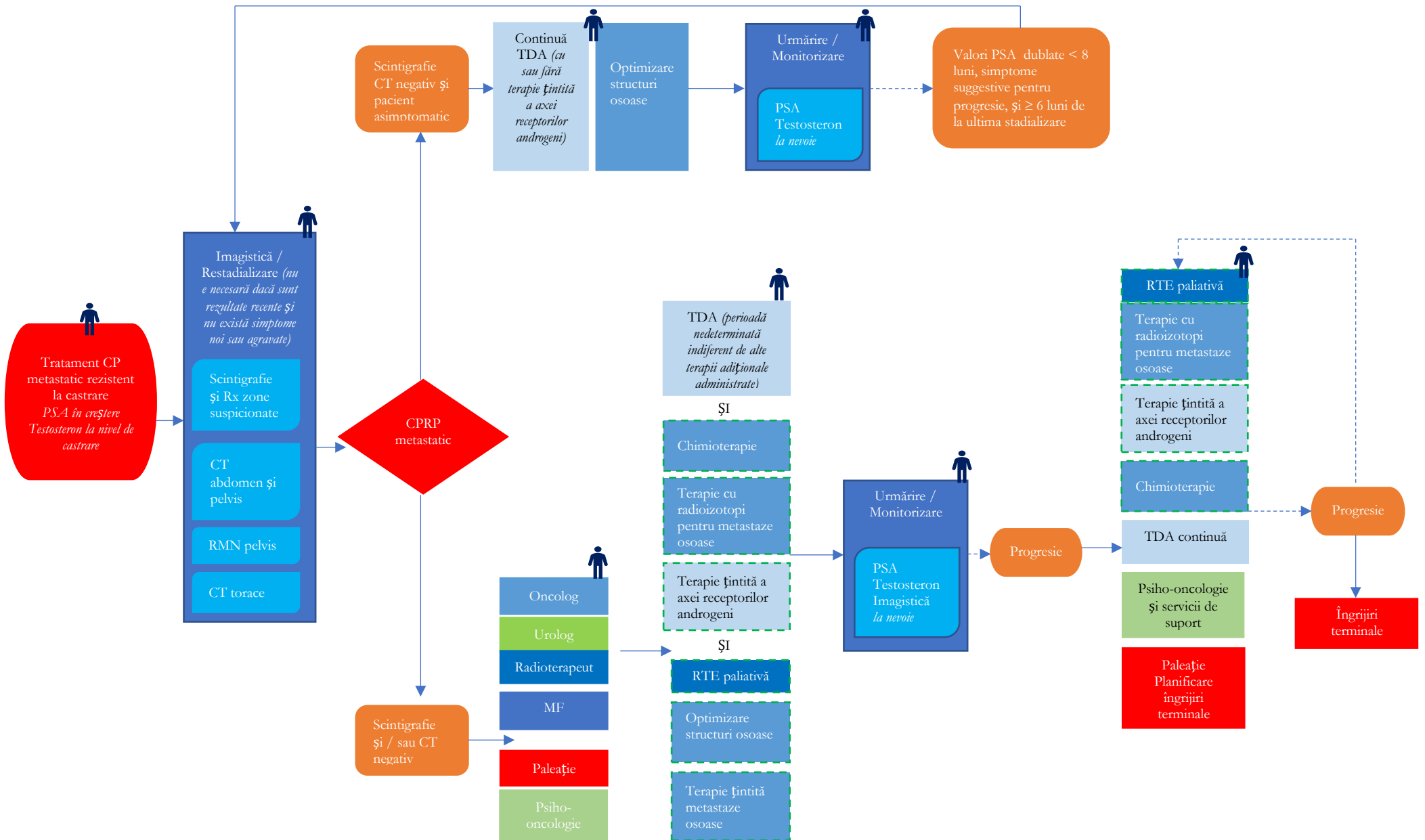
TRATAMENT CP PRIMAR / RECIDIVĂ LOCALĂ



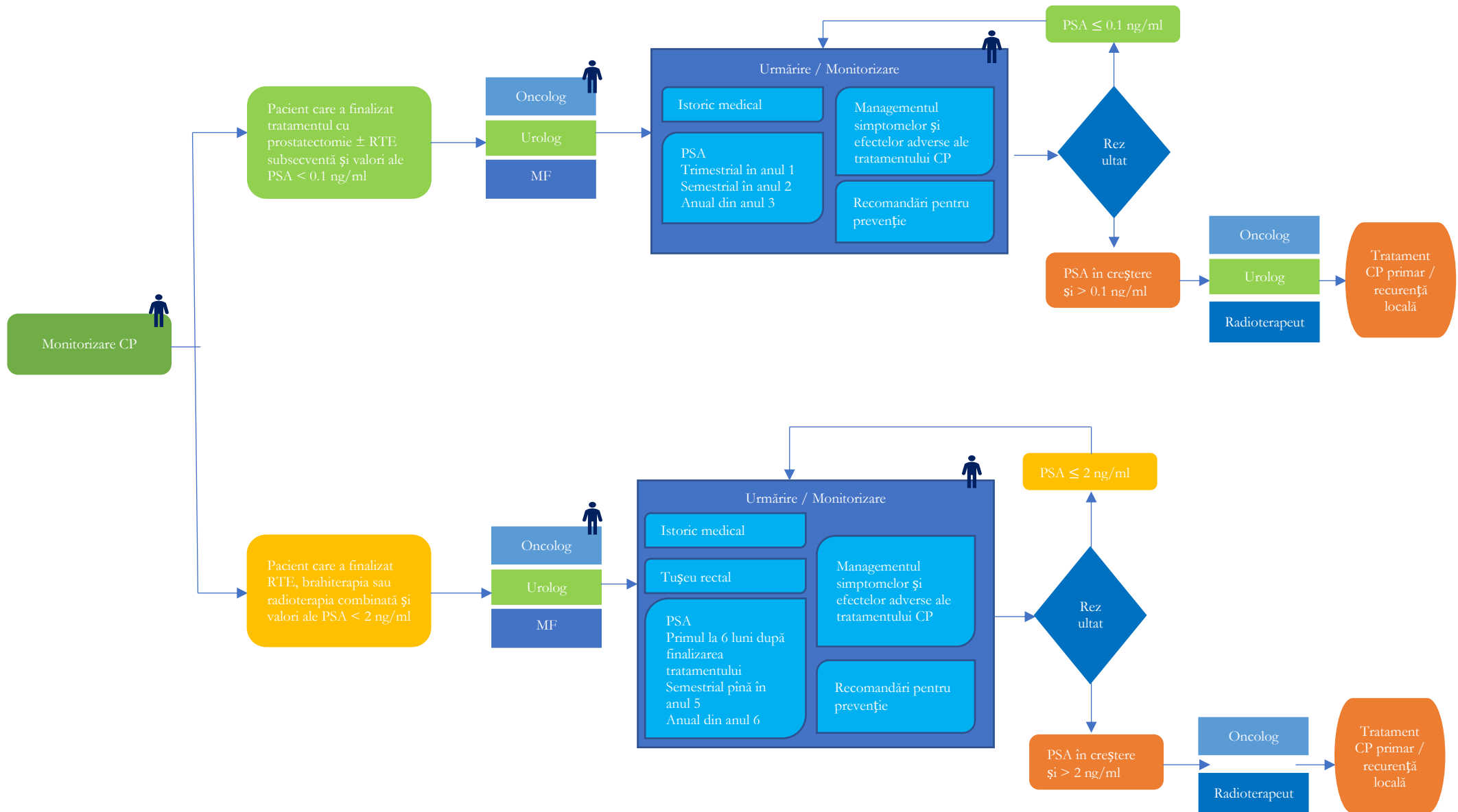
TRATAMENT CP METASTATIC / RECIDIVĂ SECUNDARĂ – HORMONAL NAIV

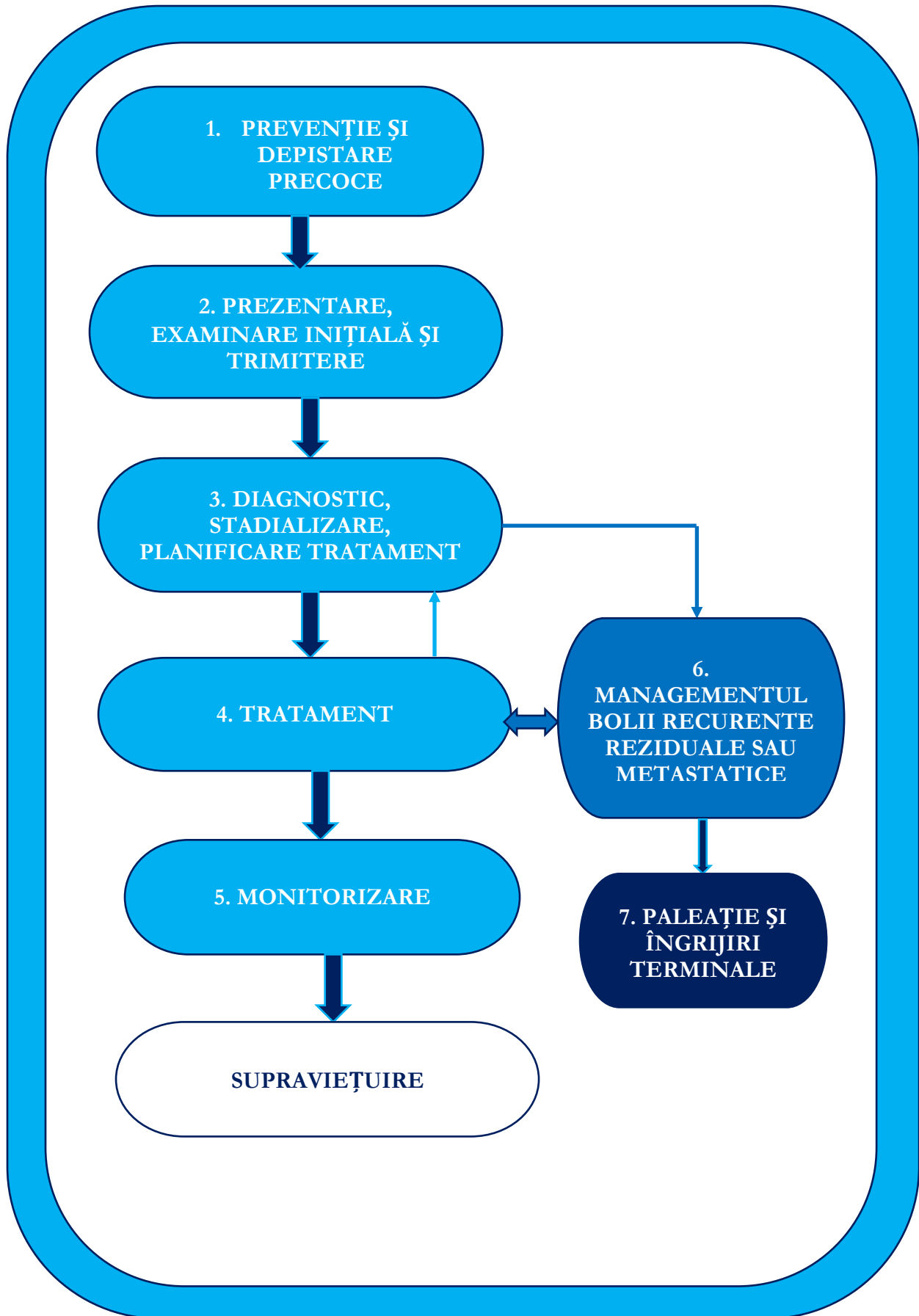


TRATAMENT CP METASTATIC / RECIDIVĂ SECUNDARĂ – REZISTENT LA CASTRARE



MONITORIZARE CANCER PROSTATĂ





1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Prevenție

Cauzele cancerului de prostată nu sunt pe deplin înțelese și până în prezent nu există nicio strategie clară de prevenție.

Factori de risc

- Creșterea vârstei, în special pentru bărbații peste 50 de ani
- Antecedente familiale de cancer de prostată
- Mutații genetice (ex., gena *BRCA2*) sau condiții genetice particulare (ex. *sindromul Lynch*)
- Anumiți factori alimentari

Recomandări de screening

În prezent nu există o inițiativă de screening populațional organizat pentru cancer de prostată în România.

Bărbații pot efectua testare PSA de rutină, dar medicul de familie al acestora sau medicul specialist care efectuează recomandarea pentru testare ar trebui să discute mai întâi despre beneficiile și riscurile asociate testării în prealabil.

Bărbații cu vârste cuprinse între 45 și 69 de ani care se află la risc moderat (*istoric familial*) trebuie monitorizați în mod pro-activ și pot să efectueze test PSA la fiecare 2 ani.

Bărbații în vârstă de 40-69 de ani care prezintă un risc ridicat (*istoric familial*) trebuie să fie consiliați cu privire la riscul de cancer de prostată și pot să efectueze test PSA la fiecare 2 ani.

Bărbații în vârstă de 50-69 de ani, fără factori de risc pentru dezvoltarea cancerului de prostată pot lua în considerare și testarea PSA pentru depistarea precoce a acestui cancer.

Testarea PSA nu este recomandată bărbaților care au o speranță de viață de mai puțin de 7 ani.

CHECKLIST

- Beneficiile și riscurile asociate depistării precoce / screeningului sunt discutate cu pacientul
- Modificări recente ale greutateii corporale sunt discutate și greutatea pacientului este înregistrată
- Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțare la fumat fumătorilor
- Activitatea fizică este înregistrată
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către dietetician, dacă este cazul
- Este efectuată trimiterea / recomandarea către un kinetoterapeut / antrenor de fitness, dacă este cazul

2. PREZENTARE, EXAMINARE INIȚIALĂ ȘI TRIMITERE

Următoarele **semne și simptome** trebuie investigate:

Majoritatea pacienților cu cancer de prostată sunt asimptomatici.

Anumiți pacienți prezintă boală avansată local și pot avea următoarele simptome:

- simptome urinare obstructive sau iritative
- sânge în urină sau în lichidul seminal

Un procent redus de pacienți cu cancer de prostată metastatic pot avea următoarele simptome:

- dureri osoase și ale spatelui
- edeme ale membrelor inferioare
- scădere în greutate
- oboseală
- simptome neurologice inclusiv tulburări de sensibilitate sau / și motorii ale membrelor inferioare.

Investigații inițiale

- Nivelul PSA
- Măsurarea raportului PSA free / PSA total
- Sumar de urină și urocultură (*pentru verificarea prostatitei*)

Semnificația creșterii PSA (*raportului PSA free / PSA total*), chiar și în interval de valori normale ajustat în funcție de vârstă, precum și valorile PSA aflate la limita superioară a intervalului valorilor normale la bărbații mai tineri trebuie sesizate și monitorizate / investigate.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (urolog, chirurg) care a evaluat pacientul trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea oferită pacientului și / sau aparținătorilor către cine se realizează trimiterea și de ce

CHECKLIST

- Semne și simptome înregistrate
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

Medicul de familie sau specialist urolog care examinează pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor inițiale:

- în termen de **4 săptămâni** pentru pacienții simptomatici și cei cu tușeu rectal normal sau valori PSA ≥ 10 ng / ml

- în termen de **12 săptămâni** pentru pacienți asimptomatici (*valori PSA <10 ng / ml*).

Trimiterea urgentă la un specialist (*termen de 2 săptămâni*) este recomandată pentru:

- pacienți simptomatici
- pacienți cu dovezi imagistice de boală avansată local sau metastatică
- valori PSA > 50 ng / ml.

Pacienții asimptomatici trebuie să fie consultați de un specialist în termen de **4 săptămâni** de la notificarea unui rezultat anormal persistent sau a unei singure testări PSA cu valori ≥ 10 ng / ml.

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic și stadializare

Următoarele teste pot fi efectuate pentru a confirma un diagnostic:

- Tușeu rectal (*înainte de biopsie*)
- RMN multiparametric
- biopsie de prostată sistematică și / sau țintită

Implicațiile pozitive, cât și negative ale rezultatului biopsiei trebuie discutate cu pacientul înainte de biopsie. Biopsia prostatei nu trebuie efectuată numai pe baza nivelului seric al PSA.

Investigații de stadializare la pacienții cu boala localizată clinic ar trebui să țină cont de riscul de răspândire metastatică (scor Gleason, stadiul clinic, PSA) și intenția provizorie de tratament. Testele pot include:

- Tușeu rectal pentru evaluarea dimensiunii tumorale (*stadiul T*)
- CT abdomen-pelvis și scintigrafie osoasă (*PET-CT are o precizie mai mare de evaluare a invaziei ganglionare și a metastazelor la distanță comparativ cu imagistica convențională la persoanele cu risc ridicat de cancer de prostată*).

Testarea genetică

Recomandarea pentru consult genetic ar trebui efectuată următoarelor persoane:

- istoric familial care sugerează o variantă genică patogenă BRCA1 sau BRCA2.
- trei rude de gradul I sau II cu cancer de prostată
- două rude de gradul I sau II cu cancer de prostată, dintre care una a fost diagnosticată cu vârsta <50 de ani

Frate sau tată cu cancer de prostată – testare PSA la fiecare doi ani între 45 - 69 ani

Frați și tată cu cancer de prostată - testare PSA la fiecare doi ani între 40 - 69 ani

Planificarea tratamentului

Echipa multidisciplinară ar trebui să discute toți pacienții nou diagnosticați cu cancer de prostată înainte de începerea tratamentului și cât mai curând posibil după consultul de specialitate inițial.

Cercetare și studii clinice

Luăți în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al pacienții despre diagnostic, planul de tratament și recomandări din partea comisiei

CHECKLIST

- Diagnostic confirmat
- Rezultatul histopatologic complet este disponibil
- Trimitere la un consult genetic dacă este cazul
- Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Pacientul a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Investigațiile diagnostice trebuie finalizate în termen de **4 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru cancerul de prostată și tipurile de tratament recomandate depind de tipul, etapa și localizarea cancerului, cât și de vârsta, starea de sănătate și preferințele pacienților.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ
- Terapia anti-cancer pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării
- Paliativ

Dacă se ia în considerare tratamentul curativ, bărbații ar trebui să fie încurajați să obțină opinia atât a unui oncolog și a unui radioterapeut, cât și a unui urolog pentru a putea lua o decizie pe deplin informată despre opțiunea lor preferată de tratament.

Îngrijirea și tratamentul cancerului de prostată localizat sau local avansat

- **Așteptare atentă:** unii pacienți (*ex. cei cu alte probleme de sănătate cu speranță de viață mai mică de 7 ani*) ar trebui să fie monitorizați regulat și tratate simptomele dacă acestea apar.

- **Supravegherea activă:** majoritatea bărbaților cu cancer de prostată cu risc scăzut ar trebui să fie monitorizați regulat pentru semne de progresie a bolii astfel încât tratamentul curativ poate să fie inițiat dacă este necesar.

- **Chirurgie (prostatectomie radicală):** poate fi benefică pentru unii din pacienții cu cancer de prostată localizat sau avansat local și cu speranță de viață de cel puțin 10 ani.

- **Radioterapie (RTE și / sau brahiterapie)** pot beneficia pacienții cu:

- cancer de prostată localizat sau avansat local și cu speranță de viață de cel puțin 10 ani sau au boală simptomatică

- cancer de prostată avansat local care pot beneficia de terapie multimodală

- cancer de prostată cu valori PSA în creștere / persistente sau care prezintă recidiva locală stabilită fără dovezi de boală metastatică după prostatectomie radicală

- cancer de prostată cu metastaze osoase limitate.

Tratamentul cancerului de prostată avansat sau metastatic

- Terapia deprivării de androgeni (TDA) reprezintă tratamentul standard. Sincronizarea inițierii ADT este adesea legată de raportul risc beneficiu între efectele secundare ale tratamentului și efectele nedorite ale bolii.

- Alte terapii sistemice, cum ar fi chimioterapia citotoxică, inhibitorii noi ai semnalizării receptorilor androgenici, bifosfonați și inhibitorii ai ligandului RANK

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile

- explicarea rolului CMDT în planificare, tratament și coordonarea îngrijirii

- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacientul și / sau aparținătorii, unde este necesar

- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al pacientului

CHECKLIST

Intenția de tratament este stabilită

Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii

Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientului

Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză

Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Chirurgia ar trebui să fie efectuată/ RTE ar trebui inițiată în termen de **până la 3 luni** de la finalizarea diagnosticului sau la **4 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului dacă există simptomatologie locală semnificativă.

TDA / alte terapii sistemice ar trebui fie inițiate în termen de **până la 3 luni** de la finalizarea diagnosticului pentru pacienții asimptomatici sau în termen de **până la 4 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului pentru pacienții simptomatici sau cu boală metastatică evidențiată imagistic.

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacienții, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (tipuri și dată)
- toxicitate și efecte adverse actuale (severitate, management și rezultatele așteptate)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacientului

CHECKLIST

- Rezumatul tratamentului și monitorizării pacienții este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacienții
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Marea majoritate a formațiunilor recurente la nivel local sau metastatice vor fi detectate prin monitorizarea de rutină sau de către pacientul simptomatică.

Tratament

Evalueați pentru fiecare pacientă opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul anterior al afecțiunii și preferințele pacientii.

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toți pacientii dar mai ales pentru pacientii cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacientii și / sau aparținătorilor și medicului

CHECKLIST

- Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacientii și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacientii.
- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacientul și / sau aparținătorii
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacientul și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- Pacientul este transferat la îngrijiri paliative