



Psdt Carcinoma della prostata

Allegato 4 : Terapia focale per tumore prostatico in Piemonte

**Gruppo di Studio Tumori della Prostata
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

Anno di pubblicazione 2024

Tra i trattamenti disponibili per il tumore prostatico vi è la terapia focale, intesa come un trattamento ablativo diretto alla parte della ghiandola prostatica interessata dal tumore, con l'intento di preservare la restante parte di prostata al fine di minimizzare gli effetti collaterali e mantenere invariate la continenza urinaria e la potenza sessuale.

Il progressivo incremento di diagnosi di tumori prostatici a rischio basso ed intermedio favorevole ha infatti evidenziato il bisogno di opzioni alternative ai trattamenti radicali quali la prostatectomia radicale e la radioterapia, al fine di limitare il rischio di overtreatment (Cooperberg, *JCO* 2005). La terapia focale non vuole però sostituirsi alla sorveglianza attiva, che resta la prima opzione nei pazienti con tumore a basso rischio e limitato volume tumorale, come da criteri START.

La terapia focale si basa sul principio di colpire la cosiddetta "index lesion", la singola lesione clinicamente significativa, visibile alla MRI, dalla quale la maggior parte del volume tumorale nasce e si diffonde (Ahmed, *NEJM* 2009). Il paziente che può essere candidato ad una terapia focale deve però essere conscio del rischio di recidiva locale, data la natura spesso multifocale del tumore prostatico, e della necessità di un protocollo di sorveglianza post-trattamento. Si raccomanda, prima di candidare un paziente alla terapia focale, l'esecuzione di una biopsia prostatica che preveda sia prelievi target (sulla base del dato di MRI) che prelievi sistematici, per escludere presenza di tumore non visto alla MRI (Oderda, *The Prostate* 2023).

Il migliore candidato per una terapia focale, sulla base dei dati di letteratura e del rischio di recidiva post-trattamento, è rappresentato da un paziente con una lesione singola, visibile alla MRI, con volume tumorale non troppo esteso, diagnosticato come ISUP 2, che accetti una sorveglianza post-trattamento. A seconda dei casi, la terapia focale può prevedere una ablazione zonale, a quadrante, o una emiablazione della ghiandola prostatica. Si annoverano diverse fonti di energia per eseguire la terapia focale, tra le quali: ultrasuoni ad alta frequenza (HIFU), crioterapia, terapia fotodinamica, laser interstiziali, microonde, elettroporazione irreversibile, e radiofrequenza.

HIFU e crioterapia sono le metodiche con più dati e follow-up più lungo in letteratura. A seconda delle serie, si arriva al 25% di biopsie positive post trattamento, con un follow-up compreso tra 6 e 58 mesi. I tassi di incontinenza urinaria sono <1%, la ritenzione urinaria post-terapia è intorno al 5% e il deficit erettile è inferiore al 30% (van der Poel, *Eur Urol* 2018). Le microonde rappresentano una nuova opzione di terapia focale transperineale, minimizzando il rischio di effetti collaterali (Oderda, *Eur Urol Open Science* 2023). Negli ultimi anni, l'elettroporazione irreversibile ha mostrato la sua efficacia nel distruggere le cellule attraversate da impulsi elettrici generati da coppie di elettrodi, evitando effetti termici (Zhang, *Prostate Cancer and Prostatic Diseases* 2024).

Si ricorda che la terapia focale deve essere condotta nell'ambito di registri prospettici se eseguita con HIFU o crioterapia, oppure in ambito di trial clinico se eseguita con altre forme di energia. Nell'anno 2024, in Piemonte sono eseguite le seguenti terapie focali, per pazienti selezionati:

- **HIFU** (registro prospettico in pazienti naive o recidivi): Molinette; Candiolo
- **Elettroporazione irreversibile** (trial clinico in pazienti radiorecidivi): Molinette
- **Microonde** (trial clinico in pazienti naive): Molinette