

## EDITORIAL

# “Prostate cancer unit” per un management ottimale dei pazienti con tumore prostatico

Alessandro Sciarra, Stefano Salciccia, Alessandro Gentilucci, Michele Innocenzi, Andrea Alfarone, Susanna Cattarino, Michele Ravaziol, Valeria Panebianco

Dipartimento di Scienze ginecologico ostetriche e Scienze urologiche, Università di Roma “Sapienza”

Dipartimento di Scienze radiologiche, oncologiche e anatomo-patologiche, Università di Roma “Sapienza”

## “Prostate cancer unit” for an optimal management of prostate cancer

*Prostate cancer (PC) is established as one of the most important medical problems affecting the male population. PC is the most common solid neoplasm (214 cases per 1000 men) and the second most common cause of cancer death in men. Its management involves several complex issues for both clinicians and patients. An early diagnosis is necessary to implement well-balanced therapeutic options, and the correct evaluation can reduce the risk of overtreatment with its consequential adverse effects. Breast and Prostate cancers, respectively, are the most common cancers in women and in men, and different similarities have been underlined. The paradigm of the patient consulting a multidisciplinary medical team has been an established standard approach in treating breast cancer. Such multidisciplinary approach can offer the same optional care for men with PC as it does for women with breast cancer. A multidisciplinary team (MDT) comprises healthcare professionals from different disciplines whose goal of providing optimal patient care is achieved through coordination and communication with one another. A Prostate Cancer Unit is a place where men can be cared for by specialists in PC, working together within a multi-professional team. The MTD approach guarantees a higher probability for the PC patient to receive adequate information on the disease and on all possible therapeutic strategies, balancing advantages and related side effects. The future of PC patients relies on a successful multidisciplinary collaboration between experienced physicians, which can lead to important advantages in all the phases and aspects of PC management.*

KEY WORDS: *Prostate neoplasm, Multidisciplinary team, Early diagnosis, Magnetic resonance*

PAROLE CHIAVE: *Unità prostatica, Carcinoma prostatico, Team multidisciplinare, Management del carcinoma prostatico, Risonanza magnetica con studio spettroscopico*

Accepted December 6, 2011

## BASI PER LO SVILUPPO DI UNA UNITÀ PROSTATICA

Il carcinoma prostatico (CP) è stato confermato come uno delle più importanti problematiche mediche della popolazione maschile (1). Il CP è la più comune neoplasia solida

(214 casi per 1000 uomini) e la seconda più comune causa di morte per cancro nell'uomo (1).

La gestione di questa patologia coinvolge alcuni problemi complessi sia per l'urologo che per il paziente. Una diagnosi precoce è necessaria per realizzare delle opzioni terapeutiche equilibrate e una corretta valutazione può ridurre il

rischio di un “overtreatment” con il risultato di effetti sfavorevoli (2). La gestione ottimale per il CP localizzato è controversa, passa attraverso varie opzioni terapeutiche quali la sorveglianza attiva, la chirurgia, la radioterapia e la terapia focale. La gestione della malattia in progressione dopo primo trattamento e quella del CP in fase avanzata, richiede una corretta diagnosi e una valutazione delle scelte terapeutiche fra la radioterapia, la terapia focale, l’ormonoterapia, la chemioterapia o altri nuovi trattamenti mirati (3).

Il grado di efficienza nell’organizzazione del Sistema sanitario nazionale può diventare uno strumento per aiutare a migliorare i risultati nei pazienti (4).

La storia naturale del CP da malattia organo confinata a neoplasia localmente avanzata, patologia metastatica e ormone-resistente, descrive la complessità della biologia di questo tumore e quindi giustifica il bisogno di una collaborazione fluida tra medici esperti.

Il carcinoma della mammella e della prostata, rispettivamente, sono le neoplasie più comuni nelle donne e negli uomini, e diverse somiglianze sono state evidenziate. Il paradigma del paziente nel consultare un team medico multidisciplinare sta alla base dell’approccio standard nel trattamento del carcinoma della mammella (5). Tale approccio multidisciplinare può offrire le stesse opzioni di cura per gli uomini con CP come per le donne affette da carcinoma della mammella.

## COME ORGANIZZARE UN’UNITÀ PROSTATICA

Un team multidisciplinare (TMD) è composto da medici di diverse specializzazioni il cui obiettivo è di fornire le giuste cure al paziente attraverso la coordinazione e comunicazione l’uno con l’altro.

L’Unità prostatica è un’organizzazione dove i pazienti possono essere valutati da specialisti nel settore del CP che lavorano insieme all’interno di un team multidisciplinare.

Dall’ottobre 2010 il nostro Policlinico universitario ha accettato l’istituzione dell’Unità prostatica. La nostra Unità prostatica viene fondata in un’Azienda ospedaliera di grandi dimensioni, che può coprire una popolazione di più di 300 mila persone.

Il principale obiettivo dell’unità prostatica era quello di fornire una cura continua per i pazienti attraverso una diagnosi precoce, un trattamento pianificato in tutti gli stadi della malattia, il follow-up, la prevenzione e la gestione delle complicanze correlate al CP. I casi che posso essere

seguiti dall’Unità prostatica sono quelli in cui non si è ancora fatta diagnosi di CP, ma potrebbero beneficiare di un programma di prevenzione precoce; casi in cui la diagnosi di CP è stata confermata e si possa effettuare una pianificazione del trattamento; casi seguiti dopo trattamento primario per la discussione di altre possibili cure, casi nel follow-up dopo o durante il trattamento.

Seguendo le indicazioni dalle esperienze precedenti (6), abbiamo accettato alcuni requisiti fondamentali per la nostra Unità prostatica:

1. La nostra Unità è formata da un team i cui membri hanno una formazione specialistica particolarmente rivolta alla patologia prostatica, spendono una quantità rilevante del loro tempo sul CP, si impegnano in formazione professionale continua, hanno una produzione di alto livello scientifico sul CP per la ricerca sperimentale e clinica.
2. Il team è composto da due coordinatori (un referente per la diagnostica, l’altro per la gestione clinica del CP) provenienti dall’ambito radiologico ed urologico rispettivamente; due urologi (che spendono più del 50% del loro tempo lavorando nell’ambito delle malattie prostatiche, gestendo 100 casi di CP all’anno, effettuando almeno 25 prostatectomie radicali l’anno ed effettuano due volte a settimana un ambulatorio specialistico per la patologia prostatica); un urologo/radiologo dedicato alle biopsie prostatiche (che ha dedicato più del 70% del suo lavoro sulle biopsie prostatiche, effettuando più di 400 biopsie prostatiche l’anno); un uro-patologo (che ha dedicato più del 30% del proprio lavoro sulle patologie prostatiche, analizzando più di 250 set di biopsie prostatiche per anno); due radioterapisti oncologi (che hanno dedicato più del 50% del loro lavoro alla patologia prostatica, eseguendo almeno 25 radioterapie l’anno su pazienti con CP); due medici oncologi (che si sono occupati per almeno il 30% del loro lavoro di patologie prostatiche, gestendo più di 50 casi di CP l’anno); due radiologi (con una grande esperienza su tutti gli aspetti dell’imaging prostatico, uno esperto di risonanza magnetica multiparametrica e ultrasuonografia, e l’altro esperto di medicina nucleare, avendo dedicato per almeno il 50% della loro attività lavorativa sulla patologia prostatica). Si possono, inoltre, inserire nel team, altre figure professionali come sessuologi/andrologi, psicologi, specialisti nella cura palliativa e un coordinatore di trial clinici.
3. L’Unità prostatica deve essere composta da un numero sufficiente di specialisti necessario a garantire più di 100 nuove diagnosi di CP ogni anno da poter seguire.

4. La ricerca e la produzione scientifica è una parte importante dell'attività dell'Unità prostatica, come anche la partecipazione a studi clinici per la gestione dei CP.
5. Tutti gli specialisti che fanno parte dell'Unità prostatica devono organizzare e partecipare ogni 10 giorni a meeting multidisciplinari. I casi vengono discussi durante il meeting. Il TMD proporrà le opzioni di gestione adeguata sulla base dei rapporti patologici, sulle implicazioni cliniche e biochimiche e sulla valutazioni rischio-beneficio.
6. L'Unità prostatica deve essere in possesso o avere un facile accesso diretto a tutte le condizioni per una gestione completa, adeguata e ad alto livello di tutte le fasi del management del CP.

Il ruolo centrale degli specialisti radiologi nel nostro team è giustificato dall'importanza crescente dell'imaging morfofunzionale (risonanza magnetica multiparametrica, PET-TC) nel management del CP.

Uno studio del SEER basato su più di 85 mila uomini con CP mostrava che nella normale pratica clinica la decisione al trattamento aveva poco a che fare con le preferenze del paziente, ma era prevalentemente associata alle competenze dello specialista medico consulente (7). Il principale vantaggio del paziente seguito in un TMD, come l'unità

prostatica, è il ricevere un'informazione equilibrata e ottenere decisioni in un modello aperto ed interattivo, con tutti i medici specialisti presenti contemporaneamente. Con questa metodica il paziente riceverà tutte le adeguate informazioni sulla patologia prostatica e tutte le strategie terapeutiche, comparando sia i vantaggi sia gli effetti avversi correlati. Questo approccio multidisciplinare è utile nel processo decisionale e può garantire una migliore assistenza ai pazienti affetti da CP.

Da evidenze disponibili, pazienti affetti da differenti tipi di cancro, seguiti da un TMD, possono sperimentare migliori risultati clinici (8, 9). Uno dei primi vantaggi descritti dai pazienti inseriti nell'Unità prostatica è la facile disponibilità, la maggiore coordinazione e la riduzione dei ritardi per concludere le fasi diagnostiche e terapeutiche. Il miglior risultato atteso nei pazienti con CP è la diagnosi precoce e quindi un più tempestivo intervento terapeutico, particolarmente importante nella gestione di un CP (10).

## CONCLUSIONI

Il futuro dei pazienti affetti da CP si avvale di una proficua collaborazione multidisciplinare tra medici esperti che

**TABELLA I - DIECI BUONI MOTIVI PER SUPPORTARE UN'UNITÀ PROSTATICA**

1	Il CP è una patologia complessa che coinvolge decisioni diagnostiche e terapeutiche multidisciplinari.
2	Ottenere un'informazione ottimale ed equilibrata riguardo i casi di CP, richiede un passaggio da un approccio mono-disciplinare ad uno multidisciplinare.
3	Come con l'Unità per il tumore della mammella, anche nell'Unità prostatica la multiprofessionalità nell'approccio al CP è la migliore risposta per la gestione dei pazienti per la complessità della loro patologia.
4	L'Unità prostatica offre al paziente una completa, simultanea, inequivocabile, consulenza polispecialistica sulla malattia, semplificando l'iter di visite presso diversi medici.
5	Un TMD in grado di fornire una continuità di cura per i pazienti attraverso la diagnosi precoce, la pianificazione del trattamento in tutti gli stadi della malattia, il follow-up, prevenzione e gestione delle complicanze.
6	L'Unità prostatica riunisce un team i cui membri hanno una formazione specialistica sul CP, trascorrono buona parte del loro lavoro interessandosi di CP, hanno qualifiche di alto livello scientifico nell'ambito CP.
7	Nell'Unità prostatica il TMD può meglio proporre le opzioni di gestione adeguate, sulla base dei rapporti patologici, le valutazioni cliniche e biochimiche e la valutazione rischio-beneficio.
8	L'unità prostatica è in possesso o ha facile accesso diretto a tutto il materiale scientifico e clinico per la gestione completa e di alto livello in tutti gli stadi del CP.
9	I pazienti seguiti dall'Unità prostatica ricevono informazioni equilibrate e le decisioni prese sono ottenuti in modo aperto e interattivo con tutti gli specialisti presenti allo stesso tempo.
10	I vantaggi descritti dai pazienti inseriti nell'Unità prostatica sono la facile disponibilità, la maggiore coordinazione e la riduzione di ritardi per concludere le fasi diagnostiche e terapeutiche.

possono portare ad importanti vantaggi in tutte le fasi e gli aspetti di gestione del CP (Tab. I).

L'istituzione dell'Unità prostatica è in grado di fornire il risparmio finanziario, evitare procedure inappropriate, migliorare i risultati fornendo assistenza di alta qualità ai pazienti. Questi aspetti sono particolarmente rilevanti considerando l'alta incidenza di CP, valutato ormai come uno dei più importanti problemi di ordine medico della popolazione maschile.

#### **Disclaimers**

*The authors have no proprietary interest with regard to this article.*

Indirizzo degli Autori:  
Prof. Sciarra Alessandro  
Dipartimento di Scienze Ginecologico Ostetriche  
e Scienze Urologiche, Università di Roma “Sapienza”  
sciarra.md@libero.it

---

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M et al. EAU guidelines on prostate cancer Part I. *EurUrol* 2011;59(1):61-71.
2. Bellardita L, Donegani S, Spatuzzi A, Valdagni R. Multidisciplinary versus one-on-one setting: a qualitative study of clinicians' perceptions of their relationship with patients with prostate cancer. *J. Oncol Pract* 2011; 7(1):1-5.
3. Gomella L, Lin J, Hoffman-Censis J et al. Enhancing prostate cancer care through the multidisciplinary clinic approach: a 15-year experience. *J Oncol Pract* 2010; 6(6):5-10.
4. Van Belle S. How to implement the multidisciplinary approach in prostate cancer management: the Belgian model. *BJU Int* 2008;101 suppl 2: 2-4.
5. Montagut C, Albanell J, Bellmunt J. Prostate cancer multidisciplinary approach: a key to success. *Clin Rev Oncol Hematol* 2008; 68S: 32-36.
6. Valdagni R, Peter A, Bangma C et al. The requirements of a specialist Prostate Cancer Unit: a discussion paper from the European School of Oncology. *Eur J Cancer* 2011; 47:1-7.
7. Sommers BD, Beard CJ, D'Amico AV et al. Predictors of patients preferences and treatment choices for localized prostate cancer. *Cancer* 2008;113: 2058-67.
8. Flessing A, Jenkins V, Cat S, Fallowfield L. Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective? *The Lancet Oncology* 2006; 7(11):935-43.
9. Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *European Journal of Cancer* 2006;42(15):2480-91.
10. Davies AR, Deans DAC, Penman I et al. The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer. *Diseases of the esophagus* 2006;19(6):496-503.