AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA

Parma, 19/05/2015

MARTEDI DELL'ORDINE

I nuovi protocolli oncologici per la malattia avanzata

Gasparro Donatello

Unità Operativa Di Oncologia Medica

Azienda Ospedaliero-Universitaria

Parma

Cosa intendiamo per malattia avanzata?

1. Malattia extra pelvica ma limitata a livello addominale.
2. Malattia pelvica diffusa.
3. Malattia pelvica non più passibile di terapie guaritive.
4. Malattia sistemica micrometastatica occulta.
5. Malattia metastatica diffusa

Quando è indicato un consulto oncologico?

MAI

I nostri pazienti non hanno bisogno del singolo consulto di uno specialista, perchè è già dimostrato, da numerosi studi, che i pazienti seguiti nei centri in cui esistono gruppi multidisciplinari di discussione condivisa vivono di più, guariscono in percentuali maggiori ed eseguono il trattamento più corretto nella quasi totalità dei casi.

MA……..

- Se il paziente è seguito in un centro dove non vengono condivise le decisioni tra i vari specialisti allora è bene avere almeno un consulto radioterapico e oncologico.
- MA……..
- Pur essendo comunque un atteggiamento più corretto, rispetto al singolo parere, porterà al miglior trattamento in una percentuale di casi minore rispetto alle decisione multidisciplinare.

Senza una fattiva collaborazione questi e molti altri protocolli di ricerca non sarebbero stati condotti.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Docetaxel plus Prednisone or Mitoxantrone plus Prednisone for Advanced Prostate Cancer

Ian F. Tannock, M.D., Ph.D., Ronald de Wit, M.D., William R. Berry, M.D., Jozsef Horti, M.D., Anna Pluzanska, M.D., Kim N. Chi, M.D., Stephane Oudard, M.D., Christine Théodore, M.D., Nicholas D. James, M.D., Ph.D., Ingela Turesson, M.D., Ph.D., Mark A. Rosenthal, M.D., Ph.D., and Mario A. Eisenberger, M.D., for the TAX 327 Investigators

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 SEPTEMBER 27, 2012 VOL. 367 NO. 13

Increased Survival with Enzalutamide in Prostate Cancer after Chemotherapy

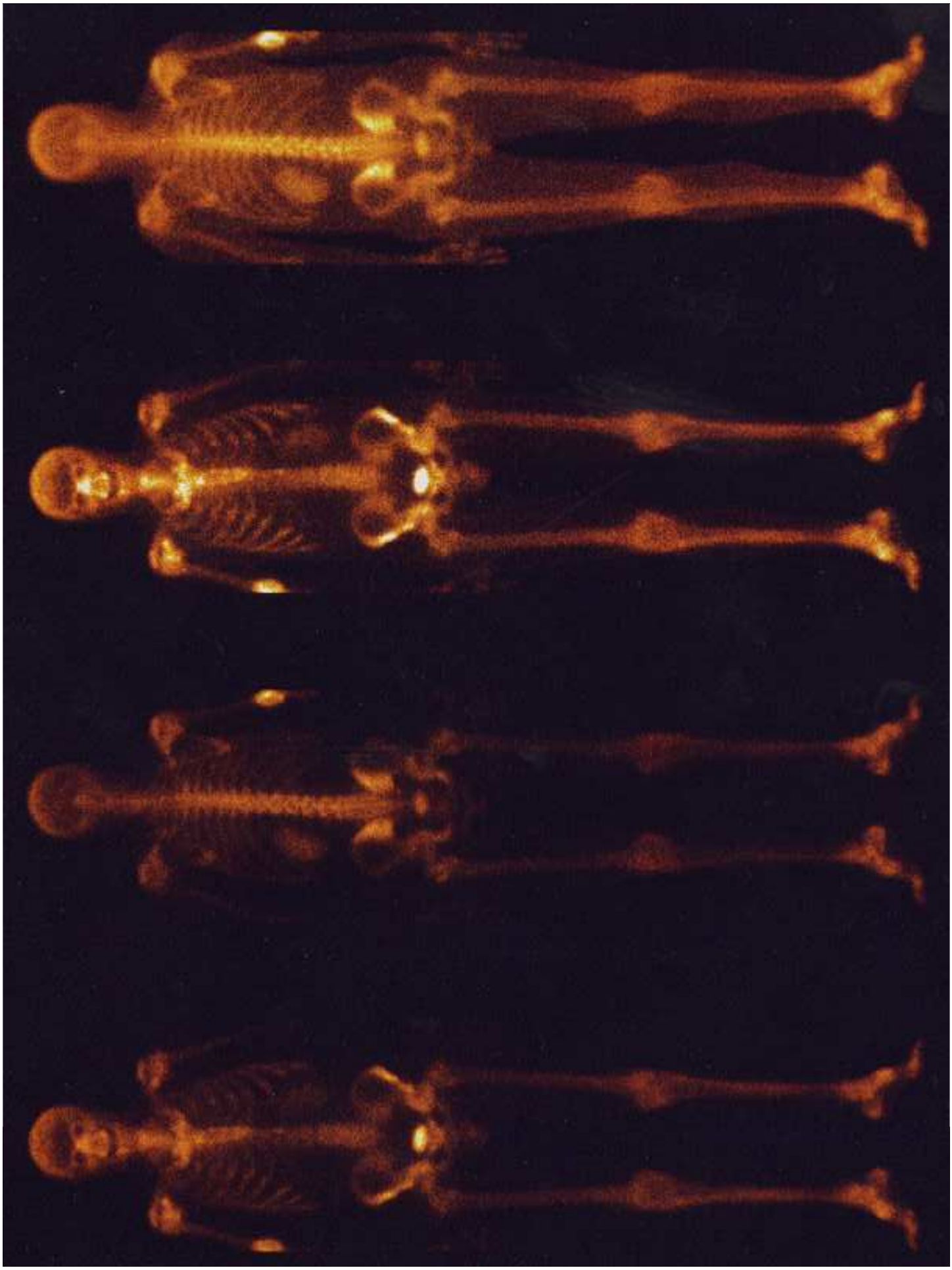
Howard I. Scher, M.D., Karim Fizazi, M.D., Ph.D., Fred Saad, M.D., Mary-Ellen Taplin, M.D., Cora N. Sternberg, M.D., Kurt Miller, M.D., Ronald de Wit, M.D., Peter Mulders, M.D., Ph.D., Kim N. Chi, M.D., Neal D. Shore, M.D., Andrew J. Armstrong, M.D., Thomas W. Flaig, M.D., Aude Fléchon, M.D., Ph.D., Paul Mainwaring, M.D., Mark Fleming, M.D., John D. Hainsworth, M.D., Mohammad Hirmand, M.D., Bryan Selby, M.S., Lynn Seely, M.D., and Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., for the AFFIRM Investigators*

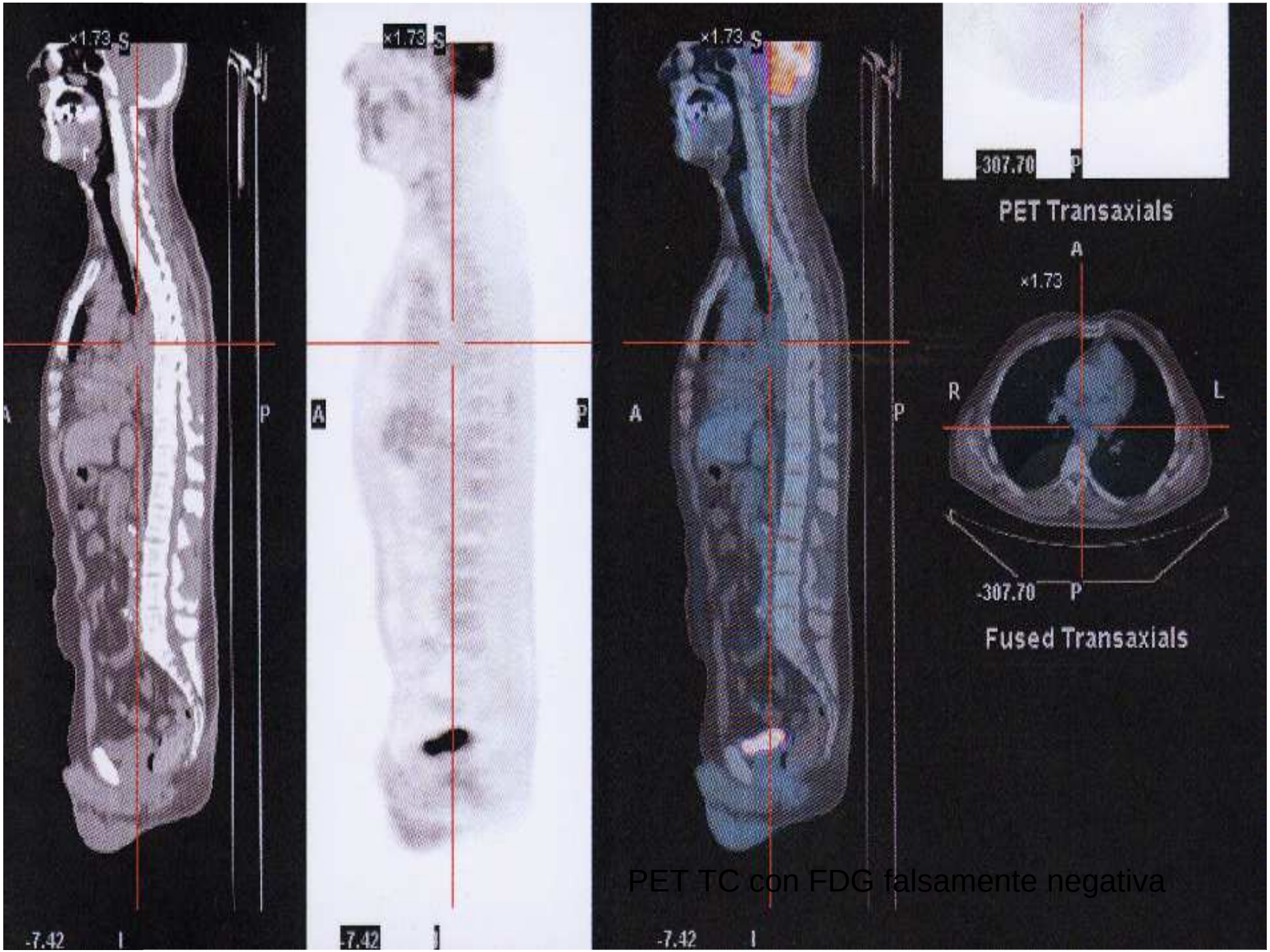
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy

Charles J. Ryan, M.D., Matthew R. Smith, M.D., Ph.D., Johann S. de Bono, M.B., Ch.B., Ph.D., Arturo Molina, M.D., Christopher J. Logothetis, M.D., Paul de Souza, M.B., Ph.D., Karim Fizazi, M.D., Ph.D., Paul Mainwaring, M.D., Josep M. Piulats, M.D., Ph.D., Siobhan Ng, M.D., Joan Carles, M.D., Peter F.A. Mulders, M.D., Ph.D., Ethan Basch, M.D., Eric J. Small, M.D., Fred Saad, M.D., Dirk Schrijvers, M.D., Ph.D., Hendrik Van Poppel, M.D., Ph.D., Som D. Mukherjee, M.D., Henrik Suttmann, M.D., Winald R. Gerritsen, M.D., Ph.D., Thomas W. Flaig, M.D., Daniel J. George, M.D., Evan Y. Yu, M.D., Eleni Efstathiou, M.D., Ph.D., Allan Pantuck, M.D., Eric Winquist, M.D., Celestia S. Higano, M.D., Mary-Ellen Taplin, M.D., Youn Park, Ph.D., Thian Kheoh, Ph.D., Thomas Griffin, M.D., Howard I. Scher, M.D., and Dana E. Rathkopf, M.D., for the COU-AA-302 Investigators*



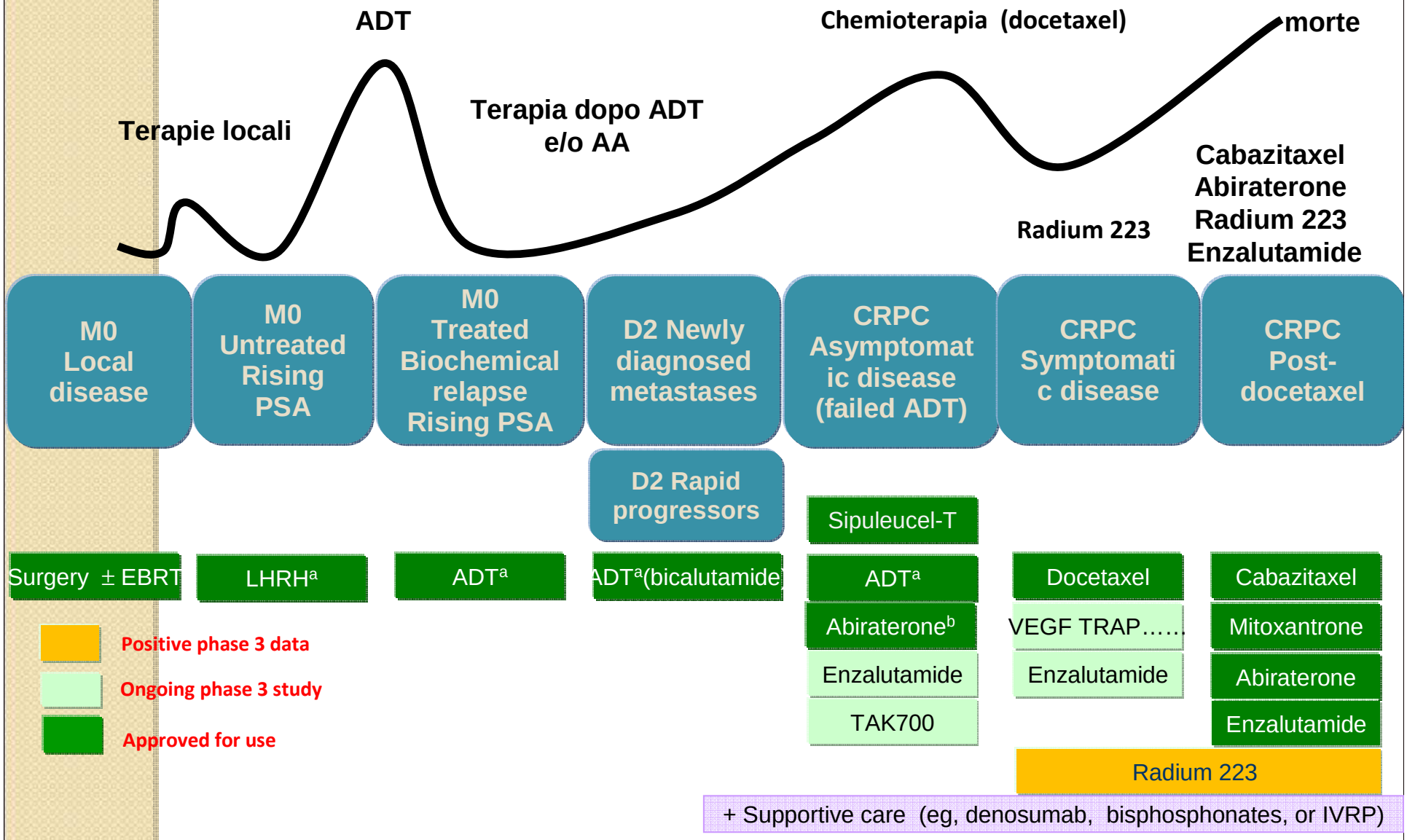


PET TC con FDG falsamente negativa

Terapie personalizzate al singolo paziente

- La moltitudine di farmaci registrati negli ultimi anni ha portato alla personalizzazione del trattamento.
- Il risultato è che nel 2006 i pazienti con malattia refrattaria al trattamento ormonale (definita oggi castrate resistant), con il miglior trattamento disponibile ottenevano una sopravvivenza inferiore ai 12 mesi circa.
- Nel 2013 la sopravvivenza della stessa categoria di pazienti era di 36 mesi circa e oggi si stima che possa essere superiore ai 40 mesi (ma solo nei centri con maggiore esperienza).

Evoluzione del trattamento nel carcinoma prostatico



Possiamo fare di più per i nostri assistiti?

- SI.

- Esistono situazioni in cui far partecipare l'assistito a protocolli di ricerca dà un potenziale vantaggio al paziente ed un avanzamento dei trattamenti per i futuri pazienti.

Protocolli di ricerca attivi nel nostro centro

- Malattia micrometastatica o metastatica a livello linfonodale pelvico.
- PROTOCOLLO ARAMIS
- Malattia macroscopicamente metastatica
- PROTOCOLLO OLAPARIB
- PROTOCOLLO CHEIRON
- Altri trattamenti sperimentali sono in fase di attivazione o valutazione.

CONCLUSIONI

- È auspicabile che il nostro assistito venga seguito in un centro con PDTA attivo sia nella fasi iniziali che nella fasi avanzate della malattia.
- Una adeguata gestione porterà una buona quota dei pazienti alla guarigione senza risentire per il resto della vita di esiti di trattamenti inadeguati.
- I pazienti che non guariranno potranno comunque essere trattati con i migliori trattamenti oggi disponibili (ma solo in centri di esperienza con personale dedicato); una buona gestione porterà la maggior parte degli assistiti a morire con la malattia e non per la malattia.
- La sperimentazione è importante e ci porterà in un futuro non troppo lontano a sopravvivenze globali paragonabili alla popolazione generale.
- Oggi è ancora una speranza ma domani magari potremo dire ai nostri assisti che uno dei tumori più frequenti e temibili non fa più alcuna paura.

Grazie!