

GHIDURILE EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG PRIVIND CANCERUL DE PROSTATĂ

(Actualizare limitată a textului, martie 2023)

N. Mottet (Președinte), P. Cornford (Vicepreședinte), R.C.N. van den Bergh, E. Briers (Reprezentant expert al pacienților), D. Eberli, G. De Meerleer, M. De Santis, S. Gillessen, J. Grummet, A.M. Henry, T.H. van der Kwast, G.J.L.H. van Leenders, M.D. Mason, S. O'Hanlon, I.M. van Oort, D.E. Oprea-Lager, G. Ploussard, O. Rouvière, I.G. Schoots, J. Stranne, D. Tilki, T. Wiegel Asociați în elaborarea ghidurilor: T. Van den Broeck, A. Farolfi, G. Gandaglia, N. Grivas, M. Lardas, M. Liew, E. Linares Espinos, P-P.M. Willemse

Introducere

Cancerul de prostată (CaP) este o afecțiune complexă, în care caracteristicile bolii, vârsta, comorbiditățile și opțiunile individuale ale pacientului vor influența alegerea tratamentului. Toate opțiunile terapeutice disponibile trebuie discutate, în detaliu, cu pacientul.

Epidemiologie și prevenirea riscurilor

Cancerul de prostată este al doilea cel mai frecvent cancer la bărbați. Reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, în special în țările dezvoltate, din cauza procentului ridicat de bărbați în vârstă din populația generală și a riscului potențial de tratament excesiv în urma stabilirii precoce a diagnosticului. Există trei factori de risc bine-cunoscuți pentru CaP: vârsta înaintată, originea etnică și predispoziția genetică. În prezent, nu există dovezi cu nivel de încredere ridicat conform cărora măsurile de prevenire pot reduce riscul de CaP.

Sisteme de clasificare și de stadializare

Pentru stadializare se utilizează clasificarea pe bază de tumoră, ganglion, metastază (TNM) din 2017 (Tabelul 1).

Tabelul 1: Clasificarea TNM din 2017

T – Tumoră primară (stadiu bazat doar pe tușeu rectal [TR])	
TX	Tumora primară nu poate fi evaluată
T0	Nu există dovezi de tumoră primară
T1	Tumoră inaparentă clinic, nepalpabilă
T1a	Descoperire incidentală a unei leziuni tumorale la examenul histopatologic în procent de 5% sau mai puțin din țesutul rezecat
T1b	Descoperire incidentală a unei leziuni tumorale la examenul histopatologic într-un procent mai mare de 5% din țesutul rezecat
T1c	Tumoră identificată prin intermediul biopsiei cu ac (de exemplu, în contextul unui nivel ridicat al PSA)
T2	Tumoră palpabilă și delimitată în interiorul prostatei
T2a	Tumora invadează o jumătate de lob sau mai puțin de o jumătate de lob
T2b	Tumora invadează mai mult de jumătate de lob, dar nu ambii lobi
T2c	Tumora invadează ambii lobi
T3	Tumora se extinde palpabil prin capsula prostatică
T3a	Extensie extracapsulară (unilaterală sau bilaterală)
T3b	Tumora invadează vezicula (veziculele) seminală (seminale)
T4	Tumora este fixă sau invadează structurile adiacente, altele decât veziculele seminale: sfincterul extern, rectul, mușchii ridicători și/sau peretele pelvin.

N – Ganglioni limfatici regionali (pelvieni)¹	
NX	Ganglionii limfatici regionali nu pot fi evaluați
N0	Fără invazie la nivelul ganglionilor limfatici regionali
N1	Invazie la nivelul ganglionilor limfatici regionali

M – Metastaze la distanță²	
M0	Fără metastaze la distanță
M1	Metastaze la distanță
	M1a Ganglion(i) limfatic(i) neregional(i)
	M1b Os (oase)
	M1c Alt(e) localizare(ari)

¹ Metastazele cu dimensiune mai mică sau egală cu 0,2 cm pot fi clasificate ca pNmi.

² Când metastazele sunt prezente la nivelul mai multor situsuri, se utilizează categoria cea mai avansată. (p)M1c este categoria cea mai avansată.

Stadializarea anatomopatologică (pTNM) are la bază evaluarea histopatologică a țesuturilor și se efectuează, în general, în paralel cu stadializarea clinică TNM, cu excepția stadiului clinic T1c și a substadiilor T2. Toate cazurile de CaP confirmat din punct de vedere histopatologic și delimitat la nivelul organului după prostatectomia radicală (PR) sunt în stadiul anatomopatologic pT2, iar clasificarea UICC curentă nu mai recunoaște substadiile pT2.

Tabelul 2: Grupuri de risc EAU pentru recidiva biochimică a cancerului de prostată localizat și a celui local-avansat

Definiție			
Risc redus	Risc intermediar	Risc ridicat	
PSA <10	PSA 10–20	PSA <20	orice nivel al

ng/ml și GS <7 (grad ISUP 1) și cT1-2a*	ng/ml sau GS 7 (grad ISUP 2/3) sau cT2b*	ng/ml sau GS >7 (grad ISUP 4/5) sau cT2c*	PSA orice GS (orice grad ISUP)* cT3-4* sau cN+**
Localizat			Local- avansa t

GS = scor Gleason; ISUP = Societatea Internațională de Patologie Urologică; PSA = antigenul specific prostatic.

** Pe baza tușeului rectal.*

*** Pe baza examinării CT/scintigrafiei osoase.*

Au fost adoptate grupurile de gradare ale Societății Internaționale de Patologie Urologică (ISUP) și Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din 2022, care permit pacienților să înțeleagă mai bine evoluția carcinomului de prostată în momentul diagnosticului, separând în același timp adenocarcinomul GS 7 în două categorii foarte distincte din punct de vedere prognostic; grupul de grad 2 pentru GS 7(3+4) și grupul de grad 3 pentru GS 7(4+3) (a se vedea Tabelul 3).

Tabelul 3: Grad ISUP 2014/OMS 2022

Scor Gleason	Grad ISUP
2–6	1
7(3+4)	2
7(4+3)	3
8 (4+4 sau 3+5 sau 5+3)	4
9–10	5

CaP cu semnificație clinică

Expresia „cu semnificație clinică” este utilizată pe scară largă pentru a identifica CaP care asociază un risc semnificativ de morbiditate sau deces la anumiți pacienți în contrast cu tipurile de CaP care nu prezintă un astfel de comportament. Această diferență este deosebit de importantă, deoarece CaP fără semnificație clinică, care nu determină leziuni, este frecvent diagnosticat și tratat excesiv cu riscul apariției unor reacții adverse severe. CaP cu risc scăzut nu are semnificație clinică în cazul majorității pacienților. Suplimentar, o categorie de pacienți cu cancer ISUP 2 cu volum tumoral redus pot fi considerați fără semnificație clinică, în funcție de nivelul PSA, de rezultatele examinării imagistice prin rezonanță magnetică (IRM) și de procentul aspectului histologic de grad 4. În general, pacienții identificați ca având CaP fără semnificație clinică

necesită supraveghere activă (SA) până în momentul în care speranța de viață scade sub 10 ani. CaP cu risc ridicat are semnificație clinică în cazul majorității pacienților, cu excepția celor cu speranță de viață limitată.

Depistarea precoce

O strategie personalizată și ajustată în funcție de risc în vederea depistării precoce poate fi, totuși, asociată cu un risc substanțial de supradiagnosticare și supratratere.

Este esențial să ne amintim că întreruperea legăturii dintre stabilirea diagnosticului pozitiv și tratamentul activ radical reprezintă singura modalitate de a limita supratratamentul, menținând în același timp beneficiul potențial al unui diagnostic precoce individual în cazul pacienților care îl solicită.

Recomandări pentru testarea germinală*	Nivel de încredere
Se ia în considerare testarea germinală la pacienții cu CaP metastazat.	Scăzut
Se ia în considerare testarea germinală la pacienții cu CaP cu risc ridicat și care au un membru al familiei diagnosticat cu CaP la o vârstă <60 de ani.	Scăzut
Se ia în considerare testarea germinală la pacienții care au mai mulți membri ai familiei diagnosticați cu CaP la o vârstă <60 de ani sau un membru al familiei care a decedat din cauza CaP.	Scăzut
Se ia în considerare testarea germinală la pacienții cu antecedente familiale de mutații cu risc ridicat la nivelul celulelor germinale sau cu antecedente familiale de cancer	Scăzut

multiple în cadrul aceleiași ramuri a familiei.	
---	--

**Este necesară consiliere genetică înainte de a efectua testare germinală.*

Recomandări privind screening-ul și depistarea precoce	Nivel de încredere
Nu se efectuează testarea antigenului specific prostatic (PSA) la bărbați fără ca aceștia să fie informați cu privire la riscurile și beneficiile potențiale.	Ridicat

Se recomandă o strategie personalizată și ajustată în funcție de risc pentru depistarea precoce a unui pacient bine informat, cu speranță de viață de cel puțin 10-15 ani.	Scăzut
Se recomandă testarea precoce a nivelului PSA în cazul pacienților bine informați, cu risc ridicat de a avea CaP: • bărbați începând cu vârsta de 50 de ani; • bărbați începând cu vârsta de 45 de ani și antecedente familiale de CaP; • bărbați de origine africană începând cu vârsta de 45 de ani; • bărbați purtători de mutații <i>BRCA2</i> începând cu vârsta de 40 de ani;	Ridicat

Se recomandă o strategie ajustată în funcție de risc (pe baza nivelului inițial al PSA), cu intervale de urmărire de 2 ani pentru cei care prezintă risc inițial: • bărbați cu un nivel al PSA >1 ng/ml la vârsta de 40 de ani; • bărbați cu un nivel al PSA >2 ng/ml la vârsta de 60 de ani; Se amână urmărirea la 8 ani în cazul celor care nu prezintă risc.	Scăzut
În cazul pacienților asimptomatici cu un nivel al antigenului specific prostatic (PSA) între 3-10 ng/ml și rezultat normal la tușeul rectal (TR), se repetă analiza PSA înainte de a efectua alte investigații.	Scăzut

La pacienții asimptomatici, cu un nivel al PSA între 3-10 ng/ml și rezultat normal la TR, se utilizează unul dintre următoarele instrumente pentru stabilirea indicației de biopsie: • calculator de risc, cu condiția ca acesta să fie calibrat corect în funcție de prevalența în populație; • Imagistică prin rezonanță magnetică la nivelul prostatei	Ridicat
• Testarea unui biomarker seric sau urinar suplimentar	Scăzut
Se renunță la stabilirea unui diagnostic precoce al CaP în funcție de speranța de viață și de statusul de performanță; este puțin probabil ca pacienții cu speranță de viață <15 ani să obțină beneficii.	Ridicat

Evaluare diagnostică

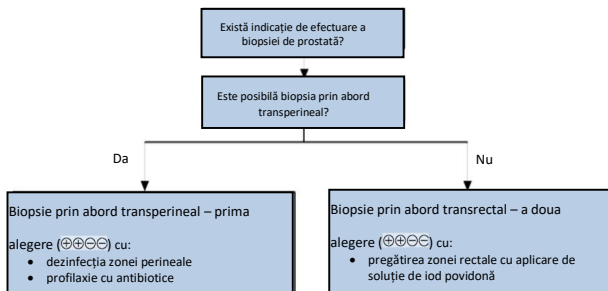
Diagnostic clinic

Suspiciunea de cancer de prostată are la bază, de obicei, rezultatul la TR și/sau nivelul PSA. Diagnosticul final depinde de confirmarea histopatologică a adenocarcinomului în fragmentele recoltate prin biopsie prostatică, în probele de resecție transuretrală a prostatei sau în cele de adenomectomie pentru hiperplazia benignă a prostatei. Decizia de a continua sau nu cu utilizarea altor metode de diagnostic și de stadializare este ghidată de opțiunile terapeutice disponibile pentru pacient, luând în considerare speranța de viață a acestuia. Procedurile de diagnostic care nu influențează decizia terapeutică pot fi, de obicei, evitate.

Recomandări privind imagistica prin rezonanță magnetică (IRM) în decizia de efectuare a biopsiei	Nivel de încredere
<i>Recomandări în cazul tuturor pacienților</i>	
Nu se utilizează examinarea IRM ca instrument de screening inițial.	Ridicat
Se respectă recomandările PI-RADS privind efectuarea IRM și interpretarea rezultatelor, iar analiza rezultatelor IRM se efectuează în cadrul unor ședințe multidisciplinare cu feedback anatomopatologic.	Ridicat
<i>Recomandări în cazul pacienților la care nu s-a efectuat biopsie</i>	
Se recomandă examinarea IRM înainte de biopsia de prostată.	Ridicat
În cazul în care rezultatul examinării IRM este pozitiv (adică, scor PI-RADS ≥ 3), se recomandă biopsie țintită și biopsie sistematică.	Ridicat
În cazul în care rezultatul examinării IRM este negativ (adică, scor PI-RADS ≤ 2), iar suspiciunea clinică de CaP este redusă (de exemplu, nivelul PSA $< 0,15$ ng/ml), se poate renunța la efectuarea biopsiei în urma unui proces decizional comun cu pacientul.	Scăzut
<i>Recomandări în cazul pacienților cu rezultat negativ la o biopsie efectuată anterior</i>	
Se recomandă examinarea IRM înainte de biopsia de prostată.	Ridicat
În cazul în care rezultatul examinării IRM este pozitiv (adică scor PI-RADS ≥ 3), se recomandă doar biopsie țintită.	Scăzut

În cazul în care rezultatul examinării IRM este negativ (adică scor PI-RADS ≤ 2), iar suspiciunea clinică de CaP este ridicată, se efectuează biopsie în urma unui proces decizional comun cu pacientul.	Ridicat
--	---------

Figura 1: Algoritmul de efectuare al biopsiei de prostată în vederea reducerii complicațiilor infecțioase



Recomandări privind biopsia de prostată	Nivel de încredere*
Se efectuează biopsia de prostată prin abord transperineal datorită riscului mai mic de complicații infecțioase.	Ridicat
Se efectuează dezinfecție chirurgicală de rutină a zonei cutanate perineale în cazul biopsiei prin abord transperineal.	Ridicat
Se efectuează dezinfecția zonei rectale cu soluție de iod povidonă înainte de efectuarea biopsiei de prostată prin abord transrectal.	Ridicat
Nu se administrează fluorochinolone în cadrul efectuării biopsiei de prostată, în conformitate cu decizia finală a Comisiei Europene privind EMEA/H/A-31/1452.	Ridicat

Se efectuează profilaxie țintită pe baza prelevării unei probe de la nivel rectal cu ajutorul unui tampon sau a efectuării unei coproculturi; profilaxie suplimentară (două sau mai multe clase diferite de antibiotice); sau administrarea de antibiotice alternative (de exemplu, fosfomicină trometamol**, cefalosporine, aminoglicozide) pentru profilaxia cu antibiotice în cazul efectuării biopsiei prin abord transrectal.	Scăzut
--	--------

Fragmentele de țesut provenite din situsuri diferite în cadrul biopsiilor de prostată trebuie trimise separat în vederea prelucrării și raportării anatomopatologice.	Ridicat
---	---------

**Nivelurile de încredere de mai sus sunt explicate aici datorită implicațiilor clinice majore ale acestor recomandări. Deși datele care arată un risc mai mic de infecție prin abord transperineal au un grad scăzut de certitudine, semnificația statistică și clinică a acestora justifică acordarea nivelului de încredere „Ridicat”. De asemenea, se acordă niveluri de încredere ridicate și pentru dezinfecția cutanată de rutină în cazul efectuării biopsiei prin abord transperineal și pentru dezinfecția zonei rectale cu soluție de iod povidonă în cazul biopsiei prin abord transrectal, deoarece, deși calitatea datelor este scăzută, beneficiul clinic este ridicat și punerea în practică este ușor de realizat. Se acordă nivelul de încredere „Ridicat” pentru evitarea administrării de fluorochinolone în contextul efectuării biopsiei de prostată, din cauza implicațiilor sale juridice în Europa.*

***Indicația de administrare a fosfomicinei trometamol în contextul efectuării biopsiei de prostată a fost retrasă în Germania, deoarece producătorul nu a prezentat datele de farmacocinetică necesare în sprijinul acestei indicații. Medicii*

urologi sunt sfătuiți să se informeze cu privire la recomandările pe plan local în legătură cu utilizarea fosfomicinei trometamol în contextul biopsiei de prostată.

Examinarea anatomopatologică a biopsiilor de prostată

Raportul anatomopatologic al probei de biopsie include tipul de carcinom și parametrii care descriu extensia acestuia (de exemplu, procentul de fragmente pozitive, procentul sau numărul de milimetri de invazie a cancerului per fragment), precum și scorul Gleason (GS) pentru fiecare situs de biopsie și GS global. Raportarea unei probe de PR include tipul de carcinom, gradul ISUP global, stadiul anatomopatologic și statusul marginilor de rezecție chirurgicală.

Recomandări privind stadializarea CaP

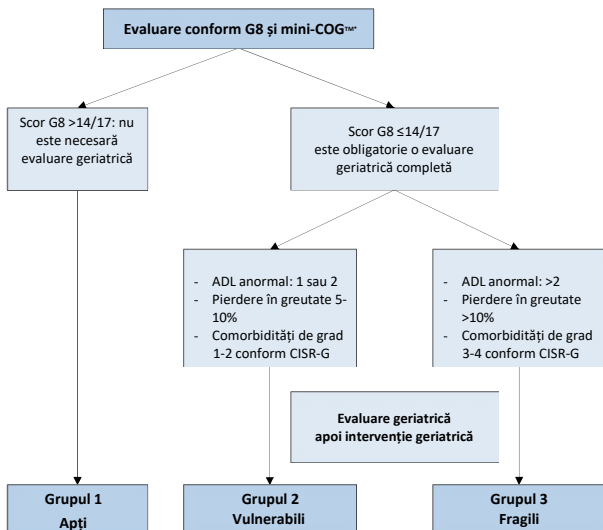
Stadializarea pentru orice grup de risc	Nivel de încredere
Se efectuează examinare IRM înainte de efectuarea biopsiei pentru a obține informații despre stadializarea locală.	Scăzut
Tratamentul nu trebuie modificat în funcție de rezultatele PSMA PET/CT, conform datelor disponibile în prezent.	Ridicat
CaP localizat cu risc scăzut	
Nu se efectuează examinări imagistice suplimentare în scopul stadializării.	Ridicat
CaP cu risc intermediar	
În caz de grad ISUP 3, se efectuează cel puțin examinare imagistică a abdomenului și pelvisului și scintigrafie osoasă pentru depistarea metastazelor.	Scăzut
CaP localizat cu risc ridicat / CaP avansat local	
Se efectuează screening pentru metastaze, incluzând cel puțin examinarea imagistică a	Ridicat

abdomenului și pelvisului și scintigrafia osoasă.	
Când se efectuează PSMA-PET sau examinare IRM la întregului corp pentru a crește sensibilitatea, trebuie să se țină cont de lipsa de date privind rezultatele modificărilor ulterioare ale tratamentului.	Ridicat

Evaluarea speranței de viață și a stării de sănătate

Recomandări	Nivel de încredere
Se utilizează speranța de viață, starea de sănătate și comorbiditățile individuale în cadrul managementul CaP.	Ridicat
Se utilizează instrumentele Geriatric-8, mini-COG și Scara Clinică a Fragilității pentru screeningul stării de sănătate	Ridicat
Se efectuează evaluare geriatrică completă de către medicul specialist în cazul pacienților cu scor G8 ≤ 14 .	Ridicat
Se recomandă administrarea unui tratament standard în cazul pacienților vulnerabili cu deficite reversibile (după rezolvarea problemelor geriatrice), similar cu cel al pacienților apti, dacă speranța de viață este >10 ani.	Scăzut
Se recomandă administrarea unui tratament specific pacienților cu deficite ireversibile.	Scăzut
Se recomandă administrarea exclusivă de tratament simptomatic în cazul pacienților fragili.	Ridicat

Figura 2: Arbore de decizie pentru evaluarea stării de sănătate (bărbați cu vârsta >70 de ani)**



Mini-COG™ = Test cognitiv Mini-COG™; ADL = activități zilnice - daily living; CIRS-G = Scor cumulat de evaluare a bolii – Geriatrie (Cumulative Illness Rating Score - Geriatrics); CGA = evaluare geriatrică completă (comprehensive geriatric assessment).

**În cazul testului Mini-COG™, o valoare prag <3/5 indică necesitatea trimerii pacientului pentru evaluare completă în contextul unei posibile demențe.*

***Reprodus cu permisiunea Elsevier, după Boyle H.J., et al. Eur J Cancer 2019;116; 116.*

Managementul bolii

Amânarea tratamentului

Majoritatea pacienților cu CaP localizat nu vor beneficia în urma unui tratament definitiv, iar 45% dintre pacienții cu CaP depistat cu ajutorul analizei PSA pot fi luați în considerare în vederea amânării tratamentului.

În cazul pacienților cu comorbidități și speranță de viață limitată, tratamentul CaP localizat poate fi amânat pentru a evita diminuarea calității vieții (QoL).

Recomandări generale privind tratamentul activ al CaP*

Recomandări	Nivel de încredere
Nicio opțiune de tratament activ nu a demonstrat superioritate în comparație cu alte opțiuni de management activ sau cu un tratament activ amânat în ceea ce privește supraviețuirea globală și supraviețuirea cancer-specifică, în cazul bolii localizate clinic, cu risc scăzut/intermediar.	Ridicat
Se recomandă o politică de așteptare vigilentă în cazul pacienților asimptomatici cu boală localizată clinic și cu speranță de viață <10 ani (în funcție de comorbidități și vârstă).	Ridicat
Pacienții trebuie informați în legătură cu faptul că toate tratamentele active au reacții adverse.	Ridicat
Tratament chirurgical	
Prostatectomia radicală (PR) poate fi amânată în condiții de siguranță timp de cel puțin 3 luni de la stabilirea diagnosticului în orice categorie de risc.	Scăzut

Pacienții trebuie informați că nicio metodă chirurgicală (PR clasică, laparoscopică sau robotică) nu și-a demonstrat în mod clar superioritatea în privința rezultatelor funcționale sau oncologice.	Scăzut
--	--------

Când se consideră necesară efectuarea limfodisecției (LND) pe baza unei nomograme, se recomandă LND extinsă pentru o stadializare optimă.	Ridicat
Se recomandă evitarea preservării bandetelor neurovasculare când există risc de extensie extracapsulară ipsilaterală (pe baza stadiului cT, a gradului ISUP, a imagisticii prin rezonanță magnetică sau a asocierii acestor informații în cadrul unei nomograme).	Scăzut
Nu se recomandă terapie neoadjuvantă de deprivare androgenică înainte de intervenția chirurgicală.	Ridicat
Tratament radioterapeutic	
Se recomandă radioterapie cu intensitate modulată (IMRT) sau arctoterapie modulată volumetric (VMAT) plus radioterapie ghidată imagistic (IGRT) ca tratament definitiv al CaP prin radioterapie externă.	Ridicat
Se recomandă radioterapie cu hipofracționare moderată (HFX) în asociere cu IMRT/VMAT plus IGRT pentru prostată, în cazul pacienților cu boală localizată (60 Gy/20 de fracții în 4 săptămâni sau 70 Gy/28 de fracții în 6 săptămâni).	Ridicat
Se recomandă brahiterapie cu nivel scăzut al dozei de radiații (LDR) ca monoterapie în cazul pacienților cu funcție urinară bună și boală cu risc intermediar favorabil conform NCCN.	Ridicat

Se recomandă administrarea brahiterapiei LDR sau cu nivel crescut al dozei (HDR) în asociere cu IMRT/VMAT plus IGRT în cazul pacienților cu funcție urinară bună și boală cu risc intermediar nefavorabil sau cu risc ridicat conform NCCN și/sau boală local- avansată.	Scăzut
--	--------

Opțiuni terapeutice active în afara intervenției chirurgicale sau a radioterapiei

Se recomandă utilizarea terapiilor focale cu ultrasunete focalizate de intensitate ridicată sau crioterapie în cadrul unui studiu clinic sau al unui registru prospectiv.	Ridicat
---	---------

**Toate recomandările au la bază examene imagistice standard incluzând scintigrafia osoasă și examinarea CT/IRM a abdomenului/pelvisului.*

Recomandări privind tratamentul de primă linie în diferite stadii ale bolii*

Recomandări		Nivel de încredere
Boală cu risc redus		
Așteptare vigilentă (AV)	Se recomandă AV în cazul pacienților cu speranță de viață <10 ani.	Ridicat
Supraveghere activă (SA)	Managementul pacienților cu speranță de viață >10 ani și boală cu risc redus se efectuează prin SA.	Ridicat
	Selecția pacienților	
	Pacienții cu rezultat histologic de afectare intraductală în urma biopsiei trebuie excluși din SA.	Ridicat

	Se efectuează examen imagistic prin rezonanță magnetică (IRM) înaintea efectuării unei biopsii de confirmare în cazul în care nu s-a efectuat IRM înainte de biopsia inițială.	Ridicat
	Se efectuează atât biopsie țintită (a oricărei leziuni cu scor PI-RADS ≥ 3), cât și biopsie sistematică în cazul în care se efectuează biopsie de confirmare.	Scăzut

	În cazul în care nu este disponibil examenul IRM, trebuie efectuate biopsii prostatice de confirmare conform protocolului.	Scăzut
	Dacă un pacient a efectuat inițial un examen IRM, urmat de biopsii sistematice și țintite, efectuarea de biopsii de confirmare nu este necesară.	Scăzut

Boală cu risc intermediar

AV	Se recomandă AV în cazul pacienților asimptomatici, cu speranță de viață <10 ani.	Ridicat
-----------	---	---------

SA	Se recomandă SA pacienților foarte bine selectați, cu boală din grupul de gradare ISUP 2 (sub 10% grad de diferențiere celulară 4, PSA <10 ng/ml, ≤cT2a, extensie redusă a bolii la evaluarea imagistică și extensie scăzută a bolii la evaluarea prin biopsie [definită ca ≤3 fragmente pozitive și afectare neoplazică ≤50% per fragment) sau un alt criteriu unic de boală cu risc intermediar, cu extensie scăzută a bolii la evaluarea imagistică și extensie scăzută a bolii la nivelul biopsiei, acceptând riscul potențial crescut de metastazare.	Scăzut
	Pacienții cu boală din grupul de gradare ISUP 3 trebuie excluși din protocoalele de SA.	Ridicat

	Se reclassifică pacienții cu boală din grupul ISUP 2 cu volum redus incluși în protocoalele de SA, dacă biopsiile sistematice repetate fără suport imagistic IRM, efectuate în timpul monitorizării, evidențiază >3 fragmente pozitive sau un raport maxim de invazie a cancerului per fragment >50% în boala de grad ISUP 2.	Scăzut
Prostatectomie radicală (PR)	Se recomandă PR în cazul pacienților cu speranță de viață >10 ani.	Ridicat
	Prostatectomia radicală poate fi amânată în condiții de siguranță timp de cel puțin 3 luni.	Scăzut
	Se recomandă efectuarea unei intervenții chirurgicale cu conservarea bandetelor neurovasculare la pacienții cu risc scăzut de boală extracapsulară ipsilaterală.	Ridicat
Excizia extinsă a ganglionilor limfatici pelvieni (ePLND)	Se efectuează ePLND-limfodisecție pelvina extinsă- în funcție de riscul de invazie la nivelul ganglionilor limfatici (GL) rezultat din nomogramă validată.	Scăzut
Radioterapie	Se efectuează brahiterapie cu nivel scăzut al dozei (LDR) în cazul pacienților cu funcție urinară bună și boală cu risc intermediar favorabil conform NCCN.	Ridicat

	Se efectuează radioterapie cu intensitate modulată (IMRT)/arcterapie modulată volumetric (VMAT) plus radioterapie ghidată imagistic (IGRT), cu o doză totală de 76-78 Gy sau radioterapie moderată cu hipofracționare (60 Gy/20 fracții în 4 săptămâni sau 70 Gy/28 fracții în 6 săptămâni), în asociere cu terapia de deprivare androgenică (ADT) de scurtă durată (4-6 luni).	Ridicat
	Se recomandă administrarea unei doze amplificate (<i>boost</i>) de brahiterapie LDR în asociere cu IMRT/VMAT plus IGRT pacienților cu funcție urinară bună și boală cu risc intermediar nefavorabil conform NCCN, în asociere cu ADT de scurtă durată (4-6 luni).	Scăzut
	Se recomandă administrarea unei doze amplificate de brahiterapie cu nivel al dozei ridicat (HDR) în asociere cu IMRT/VMAT plus IGRT pacienților cu funcție urinară bună și boală cu risc intermediar nefavorabil conform NCCN, în asociere cu ADT de scurtă durată (4-6 luni).	Scăzut
Alte opțiuni terapeutice	Se recomandă terapie ablativă a întregii glande-terapie focală- (crioterapie, ultrasunetele focalizate de intensitate ridicată	Ridicat

	etc.) sau terapia ablativă focală în cadrul studiilor clinice sau al registrelor de pacienți.	
	Nu se recomandă administrarea de ADT în monoterapie bărbaților asimptomatici care nu pot beneficia de niciun tratament local.	Scăzut

Boală localizată cu risc ridicat

AV	Se recomandă AV în cazul pacienților asimptomatici, cu speranță de viață <10 ani.	Ridicat
PR	Prostatectomia radicală poate fi amânată în condiții de siguranță timp de cel puțin 3 luni.	Scăzut
	Se recomandă PR pacienților selectați ca parte a unei terapii multimodale.	Ridicat
ePLND	Se efectuează ePLND în cazul CaP cu risc ridicat.	Ridicat
	Nu se efectuează examen extemporaneu la nivel ganglionar în timpul PR pentru a decide dacă procedura trebuie continuată sau abandonată.	Ridicat
Radioterapie	Se recomandă pacienților administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT cu 76-78 Gy în asocieri cu ADT pe termen lung (2 până la 3 ani).	Ridicat

	Se recomandă pacienților cu funcție urinară bună administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT cu doză amplificată de brahiterapie (fie HDR, fie LDR) în asociere cu ADT pe termen lung (2 până la 3 ani).	Scăzut
Opțiuni terapeutice în afara intervenției chirurgicale sau a radioterapiei	Nu se recomandă terapie focală	Ridicat
	Se recomandă administrarea ADT în monoterapie doar acelor pacienți care nu doresc sau nu pot primi nicio formă de tratament local, dacă prezintă un timp de dublare a nivelului PSA <12 luni și asociază fie un nivel al PSA >50 ng/ml, fie tumora este slab diferențiată.	Ridicat

Boală local-avansată		
PR	Se recomandă PR pacienților cu boală cN0 ca parte a tratamentului multimodal.	Scăzut
ePLND	Se efectuează ePLND.	Ridicat
Tratamente radioterapeutice	Se recomandă pacienților cu boală cN0 administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT în asociere cu ADT pe termen lung.	Ridicat
	Se recomandă pacienților cu boală cN0 și funcție urinară bună administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT cu doză amplificată de brahiterapie (fie HDR, fie LDR) în asociere cu ADT pe termen lung.	Scăzut

	Se administrează ADT pe termen lung, timp de cel puțin doi ani.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT la nivelul prostatei în asociere cu ADT pe termen lung și tratament cu abirateronă timp de 2 ani în cazul pacienților cu boală cN0M0 cu factori de risc ridicat ≥ 2 (cT3-4, scor Gleason ≥ 8 sau nivel al PSA ≥ 40 ng/ml).	Ridicat
	Se recomandă administrarea de IMRT/VMAT plus IGRT la nivelul prostatei și pelvisului în asociere cu ADT pe termen lung și tratament cu abirateronă timp de 2 ani în cazul pacienților cu boală cN1M0.	Ridicat
	Se recomandă administrarea unui tratament local (fie PR, fie IMRT/VMAT plus IGRT) în asociere cu ADT pe termen lung pacienților cu boală cN1.	Ridicat
Opțiuni terapeutice în afara intervenției chirurgicale sau a radioterapiei	Nu se recomandă terapie focală.	Ridicat
Tratamentul adjuvant pentru boală pN0 și pN1 după prostatectomie radicală		

Boală pN0 și pN1	Nu se administrează ADT ca tratament adjuvant în cazul pacienților cu boală pN0.	Ridicat
	În cazul pacienților cu boală pN0 din grupul de gradare ISUP 4-5 și boală pT3 ± margini pozitive, se recomandă terapie adjuvantă cu IMRT/VMAT plus IGRT.	Ridicat
	În cazul pacienților cu boală pN1, după efectuarea eLND, se discută trei opțiuni de management, în funcție de caracteristicile invaziei ganglionare: 1. Se recomandă ADT ca tratament adjuvant; 2. Se recomandă ADT ca tratament adjuvant cu efectuarea suplimentară de IMRT/VMAT plus IGRT; 3. Se recomandă monitorizarea pacientului după efectuarea eLND și ≤ 2 ganglioni pozitivi și un nivel al PSA $< 0,1$ ng/ml.	Scăzut
Tratamente non-curative sau paliative ca tratament de primă linie		
Persistența nivelului PSA după prostatectomia radicală		

	Se recomandă efectuarea unei tomografii cu emisie de pozitroni țintită pentru antigenul membranal specific prostatic (PSMA PET) în cazul pacienților cu un nivel persistent al PSA >0,2 ng/ml, dacă rezultatele vor influența deciziile terapeutice ulterioare.	Scăzut
	Se administrează pacienților fără dovezi de boală metastatică RT de salvare și tratament hormonal suplimentar.	Scăzut

**Toate recomandările au la bază examene imagistice standard incluzând scintigrafia osoasă și examinarea CT/IRM a abdomenului/pelvisului.*

Urmărire pe parcursul supravegherii active

Recomandări privind urmărirea pe parcursul supravegherii active	Nivel de încredere
Urmărirea de bază în timpul supravegherii active (SA) se realizează conform unui protocol strict care include efectuarea de tușeu rectal (cel puțin o dată pe an), evaluarea nivelului antigenului specific prostatic (PSA) (cel puțin o dată la 6 luni) și repetarea biopsiei la fiecare 2 sau 3 ani.	Ridicat
Se efectuează examinare imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) și se repetă biopsia dacă nivelul PSA este în creștere (timp de dublare a nivelului PSA <3 ani).	Ridicat

Se reclassifică pacienții cu boală din grupul de gradare ISUP 2 și volum prostatic redus incluși în protocoalele de SA, în cazul în care biopsii sistematice repetate fără suport imagistic IRM, efectuate în timpul monitorizării, evidențiază >3 fragmente pozitive sau un raport maxim de invazie per fragment >50% în boala de grad ISUP 2.	Scăzut
Modificarea tratamentului se stabilește în funcție de progresia înregistrată prin biopsie, nu de progresia înregistrată la examinarea IRM și/sau a nivelului PSA.	Scăzut
Pacienții cu rezultate PI-RADS 1-2 la examinarea IRM și nivel scăzut al PSA (<0,15) pot fi exceptați de la repetarea biopsiei.	Scăzut

Urmărire după prostatectomie radicală sau radioterapie

- După PR, nivelul PSA trebuie să fie nedetectabil ($<0,1$ ng/ml). Orice creștere a nivelului PSA după PR reprezintă recidivă tumorală. Un nivel al PSA $>0,1$ ng/ml după PR reprezintă un semnal al existenței unui țesut tumoral prostatic rezidual.
- După obținerea unui nivel al PSA nedetectabil în urma efectuării PR, un nivel al PSA $>0,4$ ng/ml și în creștere reprezintă cel mai fidel factor de predicție al metastazelor ulterioare.
- După RT, un nivel al PSA $>$ nadir + 2 ng/ml reprezintă cel mai fidel factor de predicție al metastazelor ulterioare.
- Nodulii palpabili și creșterea nivelului seric al PSA sunt, adesea, semne de recidivă tumorală locală.

În caz de recidivă, decizia privind tratamentul de salvare ulterior NU trebuie să se bazeze pe valorile prag ale PSA enumerate mai sus, ci pe clasificarea riscului conform EAU și pe o discuție cu pacientul.

Recomandări privind urmărirea după prostatectomie radicală sau radioterapie	Nivel de încredere
Pacienții asimptomatici sunt urmăriți în mod obișnuit prin efectuarea unei anamneze specifice bolii și a unei evaluări a nivelului seric al antigenului specific prostatic (PSA).	Ridicat
În caz de recidivă, se efectuează examinare imagistică doar în cazul în care rezultatul va influența planul de tratament.	Ridicat

Categorii de risc EAU pentru recidiva biochimică		
	Risc scăzut conform EAU	Risc ridicat conform EAU
După PR	PSA-DT >1 an ȘI grad anatomopatologic ISUP <4	PSA-DT <1 an SAU grad anatomopatologic ISUP 4-5
După RT	interval până la recurența biochimică >18 luni ȘI grad bioptic ISUP <4	interval până la recurența biochimică <18 luni SAU grad bioptic ISUP 4-5

Recomandări privind boala metastatică, tratamentul de linia a doua și tratamentul paliativ

Recomandări		Nivel de încredere
Tratament de prima linie în cazul bolii metastazate		
Pacienți M1* <i>Toate recomandările au la bază boala metastatică definită prin scintigrafie osoasă și examinare CT/IRM.</i>	Se recomandă administrarea imediată de tratament sistemic de deprivare androgenică (ADT) pentru a ameliora simptomele și a reduce riscul de sechele potențial grave ale bolii în stadiu avansat (compresie medulară, fracturi patologice, obstrucție ureterală) la pacienții simptomatici M1.	Ridicat

	La inițierea ADT, se recomandă tratament cu antagoniști ai hormonului de eliberare a hormonului luteinizant (LHRH) sau orchidectomie în cazul pacienților cu complicații clinice iminente, cum ar fi compresia medulară sau obstrucția subvezicală.	Ridicat
--	---	---------

	Se recomandă administrarea precoce de tratament sistemic pacienților M1 a căror tumoră este asimptomatică.	Ridicat
	Se recomandă administrarea pe termen scurt a unui antagonist al receptorilor androgenici (RA) de generație mai veche la pacienții M1 în cazul cărora se inițiază administrarea unui agonist LHRH pentru a reduce riscul apariției fenomenului de <i>flare-up</i>	Scăzut
	Nu se administrează tratament cu antagonist RA în monoterapie în cazul pacienților cu boală M1.	Ridicat

	Se discută administrarea de tratament combinat, ce include ADT plus tratament sistemic, la toți pacienții M1.	Ridicat
	Nu se recomandă administrarea ADT în monoterapie pacienților a căror primă prezentare este boală M1, dacă aceștia nu prezintă contraindicații pentru tratament combinat, au o speranță de viață suficientă pentru a beneficia de tratamentul combinat (≥ 1 an) și sunt dispuși să accepte riscul crescut de reacții adverse.	Ridicat
	Se recomandă administrarea ADT în asociere cu acetat de abirateronă plus prednison sau apalutamidă sau enzalutamidă la pacienții cu boală M1 care sunt apti pentru această schemă terapeutică.	Ridicat

	Se recomandă administrarea de docetaxel doar în asociere cu ADT plus abirateronă sau darolutamidă în cazul pacienților cu boală M1 care sunt apti pentru a primi docetaxel.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de ADT în asociere cu radioterapie prostatică non-curativă (administrând doze de până la echivalentul a 72 Gy în fracții de câte 2 Gy) în cazul pacienților a căror primă manifestare este boală M1 și care prezintă boală cu volum redus conform criteriilor CHAARTED/boală M1a.	Ridicat
	Nu se recomandă administrarea de ADT în asociere cu niciun tratament local (RT/intervenție chirurgicală) în cazul pacienților cu boală M1 cu volum crescut (criterii CHAARTED) în afara studiilor clinice (cu excepția situațiilor când se dorește controlul simptomelor locale).	Ridicat
	Nu se recomandă administrarea de ADT în asociere cu intervenție chirurgicală în cazul pacienților cu boală M1 în afara studiilor clinice.	Ridicat

	Se recomandă administrarea de tratament ținut pentru metastaze doar pacienților cu boală M1 în cadrul unui studiu clinic sau al unui studiu de cohortă prospectiv bine elaborat.	Ridicat
Recidiva biochimică după tratamentul cu intenție curativă		
Recidiva biochimică (BCR) după prostatectomia radicală (PR)	Se recomandă monitorizare, inclusiv a nivelului PSA, pacienților cu risc scăzut de BCR conform EAU.	Scăzut
	Se recomandă administrarea precoce de radioterapie de salvare cu intensitate modulată (IMRT) / arctoterapie modulată volumetric (VMAT) plus radioterapie ghidată imagistic (IGRT) în cazul pacienților cu două creșteri consecutive ale nivelului PSA.	Ridicat
	Un rezultat negativ la examinarea prin tomografie cu emisie de pozitroni/tomografie computerizată (PET/CT) nu trebuie să întârzie administrarea radioterapiei de salvare (RTS), dacă este indicată.	Ridicat

	Nu trebuie așteptată atingerea unei valori prag a PSA pentru a începe administrarea tratamentului. Odată ce a fost luată decizia de administrare de RTS (cel puțin 64 Gy) trebuie efectuată cât mai curând posibil.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de tratament hormonal suplimentar față de RTS în cazul pacienților cu BCR.	Scăzut
BCR după RT	Se recomandă monitorizare, inclusiv a nivelului PSA, pacienților cu risc scăzut de BCR conform EAU.	Scăzut
	Se recomandă prostatectomie radicală de salvare (sPR), brahiterapie, RT stereotactică corporală, terapie cu ultrasunete focalizate de intensitate ridicată sau crioablație doar pacienților atent selectați, cu recidivă locală dovedită prin biopsie, în cadrul unui studiu clinic sau al unui studiu de cohortă prospectiv bine elaborat, realizat în centre cu experiență.	Ridicat
Tratament sistemic de salvare	Nu se recomandă administrarea de ADT la pacienții cu boală M0 și timp de dublare (DT) a nivelului PSA >12 luni.	Ridicat
Tratamente de prelungire a duratei de viață în		

cazul bolii rezistente la castrare		
	Este obligatoriu ca nivelurile de testosteron să fie confirmate ca fiind <50 ng/dl, înainte de a stabili diagnosticul de CaP rezistent la castrare (CRPC).	Ridicat
	Consilierea, managementul și tratamentul pacienților cu CRPC metastatic (mCRPC) se efectuează în cadrul unei echipe multidisciplinare.	Ridicat
	Tratamentul pacienților cu mCRPC se efectuează cu medicamente ce prelungesc durata de viață.	Ridicat
	Se recomandă pacienților cu mCRPC efectuarea unei testări moleculare somatice și/sau germinale, precum și testarea deficitelor de reparare a erorilor de complementaritate ADN („ <i>mismatch repair</i> ”) sau a instabilității microsatelitare.	Ridicat
Tratamente sistemice în cazul bolii rezistente la castrare		

	Alegerea tratamentului se efectuează în funcție de statusul de performanță (SP), simptome, comorbidități, localizarea și extensia bolii, profilul genetic, preferințele pacientului și de tratamentul anterior pentru CaP metastatic hormono-sensibil (mHSPC) (în ordine alfabetică: abirateronă, cabazitaxel, docetaxel, enzalutamidă, olaparib, radu 223, sipuleucel-T).	Ridicat
	Se recomandă administrarea de docetaxel în doză de 75 mg/m ² o dată la 3 săptămâni pacienților cu mCRPC eligibili pentru tratament citotoxic și care nu au primit anterior chimioterapie.	Ridicat
	Se recomandă pacienților cu mCRPC și progresia bolii în urma chimioterapiei cu docetaxel alte opțiuni de tratament pentru prelungirea duratei de viață, care includ abirateronă, cabazitaxel, enzalutamidă, radu 223 și olaparib în cazul alterării procesului de reparare a leziunilor ADN prin recombinație omologă (HRR).	Ridicat

	Deciziile ulterioare de tratament pentru mCRPC se vor efectua în funcție de SP, tratamentele anterioare, simptome, comorbidități, profilul genetic, extensia bolii și de preferințele pacientului.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de abirateronă sau enzalutamidă pacienților tratați anterior cu una sau două linii de chimioterapie.	Ridicat
	Este de evitat administrarea secvențială a agenților care vizează receptorii androgenici.	Scăzut
	Se recomandă administrarea de chimioterapie pacienților tratați anterior cu abirateronă sau enzalutamidă.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de cabazitaxel pacienților tratați anterior cu docetaxel.	Ridicat
	Se recomandă administrarea de cabazitaxel pacienților tratați anterior cu docetaxel și care prezintă progresie a bolii în decurs de 12 luni de la tratamentul cu abirateronă sau enzalutamidă.	Ridicat
Agenți terapeutici inovatori		
	Se recomandă administrarea de inhibitori de poli-ADP-riboză polimerază (PARP) pacienților cu mCRPC care au primit tratament anterior și asociază	Ridicat

	mutații la nivelul genelor de reparare a ADN-ului.	
	Se recomandă ¹⁷⁷ Lu-PSMA-617 pacienților cu mCRPC care au primit tratament anterior, cu una sau mai multe leziuni metastatice, cu expresie ridicată a PSMA (depășind captarea la nivel hepatic) la examinarea în scop diagnostic prin PSMA PET/CT	Ridicat

Tratament de susținere în cazul bolii rezistente la castrare

	Se recomandă administrarea de agenți de protecție osoasă pacienților cu mCRPC și metastaze la nivel scheletal pentru a preveni complicațiile osoase.	Ridicat
	Se monitorizează nivelul calciului seric și se recomandă administrarea de suplimente de calciu și vitamina D când prescriem denosumab sau bifosfonați.	Ridicat
	Se administrează tratament precoce pentru metastazele osoase dureroase, utilizându-se tratament paliativ, precum IMRT/VMAT plus IGRT și utilizarea adecvată a analgezicelor.	Ridicat

	În cazul pacienților cu compresie medulară, se inițiază imediat administrarea de corticosteroizi în doză crescută și se evaluează posibilitatea unei intervenții chirurgicale la nivelul coloanei vertebrale urmată de iradiere. Se recomandă administrarea exclusiv de radioterapie în cazul în care intervenția chirurgicală nu este recomandată.	Ridicat
Boală nemetastazată rezistentă la castrare		
	Se recomandă administrarea de apalutamidă, darolutamidă sau enzalutamidă pacienților cu CRPC M0 și risc ridicat de metastazare (PSA-DT <10 luni) pentru a extinde perioada de timp până la apariția metastazelor și supraviețuirea globală.	Ridicat

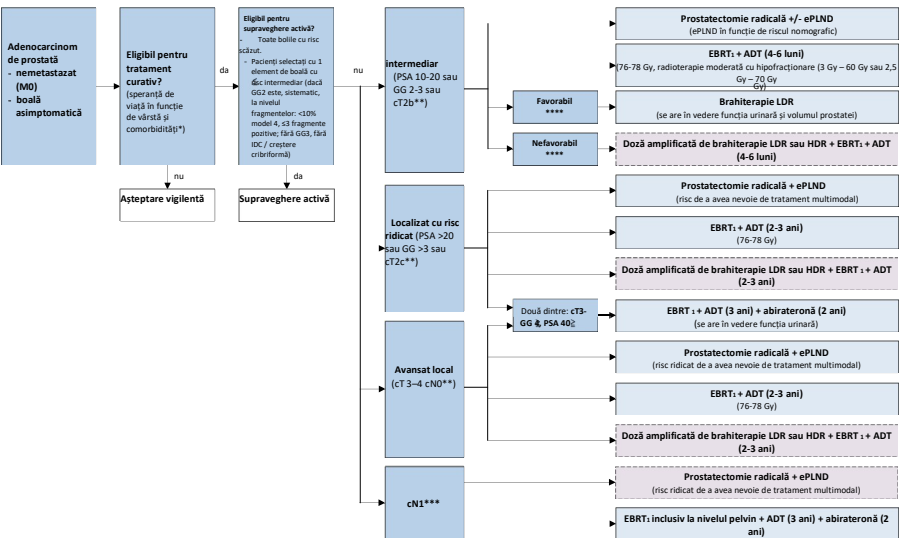


Figura 3: Tratamentul bolii nemetastazate (M0) – asimptomatice#

* Regulă empirică: Sferanță de viață de 10 ani.

** Recomandare bazată pe stadializarea clinică în urma efectuării tușeului rectal, nu pe examinare imagistică.

*** Recomandare bazată pe stadializare în urma efectuării unei asocieri de examene imagistice constând din scintigrafie osoasă și CT.

**** A se vedea textul, în funcție de GG și de volumul (biopsiei)

1EBRT: IMRT/VMAT + IGRT la nivelul

prostetei [] = nivel scăzut de recomandare

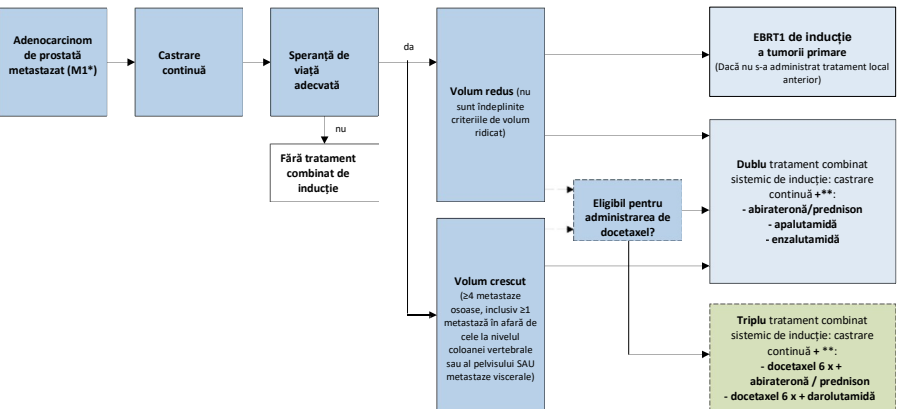
ADT = terapie de deprivare androgenică; EBRT = radioterapie cu fascicule externe; ECE = extensie extracapsulară;

ePLND = limfodiseția extinsă a ganglionilor limfatici pelvini; GG = grup de gradare histologică; HDR = cu nivel al dozei crescut;

IDC = carcinom intraducal; IGRT = radioterapie ghidată

imagistic; IMRT = radioterapie cu intensitate modulată; LDR = cu nivel al dozei scăzut; VMAT = arcterapie modulată volumetric.

**Figura 4: Tratamentul bolii metastazate (M1*),
M+HSPC#**



** Conform stadializării în urma efectuării unei asocieri de examinări imagistice constând din scintigrafie osoasă și CT.*

*** Ordine alfabetică*

1 EBRT: IMRT/VMAT + IGRT la nivelul prostatei (echivalentul a până la 72 Gy în fracții de câte 2 Gy).

 = nivel scăzut de recomandare. A se consulta Ghidul extins privind CaP pentru o discuție detaliată.

EBRT = radioterapie cu fascicule externe; IGRT = radioterapie ghidată imagistic; IMRT = radioterapie cu intensitate modulată.

Notă: Se atrage atenția asupra faptului că diferitele opțiuni din următoarele diagrame prezintă doar o perspectivă generală și nu pot lua în considerare managementul fiecărui pacient în parte, nici disponibilitatea resurselor.

Urmărirea după administrarea de tratamente sistemice de prelungire a duratei de viață

Recomandări privind urmărirea pe parcursul tratamentului hormonal	Nivel de încredere
Strategia de urmărire trebuie să fie personalizată în funcție de stadiul bolii, de simptomele anterioare, de factorii de prognostic și de tratamentul administrat.	Ridicat
La pacienții cu boală în stadiul M0, vizita de urmărire trebuie programată cel puțin o dată la 6 luni. Protocolul minimal include anamneză specifică bolii, analiza nivelului seric al antigenului specific prostatic (PSA), precum și evaluarea funcției hepatice și renale în cadrul diagnosticului.	Ridicat
În cazul pacienților cu M1, vizita de urmărire trebuie programată cel puțin o dată la 3-6 luni.	Ridicat
La pacienții care urmează o terapie de deprivare androgenică (ADT) pe termen lung, se măsoară densitatea minerală osoasă inițială pentru a evalua riscul de fractură.	Ridicat
În timpul urmăririi pacienților care primesc ADT, se evaluează nivelurile PSA și ale testosteronului și se monitorizează pacienții pentru simptome asociate sindromului metabolic, ca efect secundar al ADT.	Ridicat
Protocolul minimal include anamneză specifică bolii și analiza nivelurilor serice ale hemoglobinei, creatininei, fosfatazei alcaline, profilului lipidic și al HbA1c.	Ridicat
Pacienții sunt informați (în special cei cu status M1b) cu privire la semnele clinice care sugerează o compresie medulară.	Ridicat

În caz de suspiciune de progresie a bolii, este necesară efectuarea restadializării, iar urmărirea ulterioară trebuie modificată/personalizată.	Ridicat
În cazul pacienților cu suspiciune de progresie a bolii, se evaluează nivelul testosteronului. Prin definiție, CaP rezistent la castrare necesită un nivel al testosteronului <50 ng/dl (<1,7 nmol/l).	Ridicat

Calitatea vieții

Tratamentul pentru CaP poate afecta pacientul atât din punct de vedere fizic și psihic, cât și al relațiilor sale apropiate și al activității sau profesiei sale. Toate aceste aspecte cu multiple fațete influențează percepția sa privind calitatea vieții. Tratamentul cancerului de prostată nu trebuie limitat la abordarea exclusivă a acestui organ.

Luarea în considerare a calității vieții are la bază înțelegerea dorințelor și preferințelor pacientului, astfel încât să se poată discuta despre variantele optime de tratament. Există dovezi clare în ceea ce privește nevoile neacoperite și necesitățile de sprijin continuu ale anumitor pacienți după stabilirea diagnosticului și tratamentului pentru CaP.--

Recomandări privind calitatea vieții la bărbații care primesc tratament local	Nivel de încredere
Pacienții eligibili pentru supraveghere activă trebuie informați cu privire la faptul că, în cazul lor, calitatea globală a vieții este echivalentă timp de până la 5 ani în comparație cu prostatectomia radicală sau radioterapia externă (RT).	Ridicat

Se discută cu pacienții impactul negativ al intervenției chirurgicale asupra funcției urinare și sexuale, precum și impactul negativ al RT asupra funcției intestinale.	Ridicat
---	---------

Pacienții cărora li se administrează brahiterapie trebuie informați cu privire la impactul negativ asupra simptomatologiei iritative urinare la un an, dar nu și după 5 ani.	Scăzut
--	--------

Recomandări privind calitatea vieții la bărbații care primesc tratament sistemic	Nivel de încredere
Se recomandă pacienților care primesc terapie de deprivare androgenică (ADT), 12 săptămâni de exerciții combinate de aerobice și de rezistență efectuate sub supraveghere de specialitate (de către specialiști în exerciții fizice).	Ridicat
Pacienții cărora li se administrează ADT sunt sfătuiți să mențină o greutate corporală și o dietă sănătoasă, să renunțe la fumat, să limiteze consumul de alcool la ≤ 2 unități pe zi și să efectueze anual analize de rutină pentru diabet zaharat și hipercolesterolemie. Nivelurile de calciu și vitamina D trebuie să corespundă valorilor recomandate.	Ridicat
Să recomandă pacienților cu boala T1-T3 o terapie de reabilitare multidisciplinară, efectuată de asistenți medicali specializați, pe baza obiectivelor personale ale pacienților, care să abordeze incontinența urinară, funcția sexuală, depresia și teama de recidivă, sprijinul în plan social și schimbările pozitive ale stilului de viață după orice tratament radical.	Ridicat
Se recomandă pacienților care inițiază ADT pe termen lung efectuarea unei osteodensitometrie (DEXA) pentru a evalua densitatea minerală osoasă.	Ridicat

Se recomandă administrarea de tratament de prevenire a resorbției osoase pacienților cu ADT administrată pe termen lung și care prezintă fie un scor T DMO $<-2,5$, fie un factor de risc clinic suplimentar pentru fractură sau pierdere osoasă anuală confirmată mai mare de 5%.	Ridicat
---	---------

Această scurtă broșură se bazează pe Ghidurile EAU mai cuprinzătoare (ISBN 978-94-92671-19-6), disponibile pe website-ul EAU: <http://www.uroweb.org/guidelines/>.