

# mCRPC dopo terapia ormonale di nuova generazione

## Gruppo formato da:

- Infermieri
- Oncologi strutturati
- Specializzandi Oncologia

## 1) Pz sottoposto a ADT + OT II generazione

- A) In alcune realtà (la minoranza) alcuni Urologi prescrivono Enzalutamide/Abiraterone con attenzione limitata alle tossicità. In caso di tossicità, il pz viene inviato all'Oncologo per presa in carico
- B) Esperienze diverse di tollerabilità di OT II generazione in setting diversi:  
Pre-Docetaxel (migliore/sovrapponibile tox) vs Post-Docetaxel (peggiore/sovrapponibile tox)

## 2) Pz sottoposto a ADT + Docetaxel + OT II generazione

- A) È più fragile rispetto al setting 1) poiché è in PD e ha eventuali tossicità da terapie precedenti

## 1) Pz sottoposto a ADT + OT II generazione

A) In oltre 90% dei casi: **Docetaxel**. Scheda: spesso trisettimanale a dosaggio ridotto a 80%, a volte bisettimanale, a volte settimanale

B) In <10% dei casi: **Radium** (seguendo i criteri imposti da AIFA e con la condivisione dei Medici Nucleari; in alcune strutture, possibile valutazione di Radium «off label» attraverso Comitato Etico) o **BSC**

C) «Simultaneous care» con Cure Palliative in alcune realtà

## 2) Pz sottoposto a ADT + Docetaxel + OT II generazione

(più fragile rispetto al setting 1) poiché è in PD e ha eventuali tossicità da terapie precedenti)

A) **Cabazitaxel**

B) **OT II generazione** non ancora effettuato

C) **Radium**

D) **BSC**

E) **Carboplatino** solo se BRCA mutato (notevoli difficoltà ad ottenere tale valutazione da Genetisti ed assenza attuale di indicazione ad eseguire tale valutazione in modo routinario) o se differenziazione neuroendocrina appurata su biopsia di mts

F) **Trial clinico**

**Scelta del farmaco** si basa su: tossicità a terapie precedenti, sequenza, durata della risposta, condizioni cliniche e comorbidità, sedi di malattia (es: viscerali), volume/carico di malattia, preferenza del paziente, indicazioni di Linee Guida/PDTA aziendali, expertise personale