

## IL TUMORE OLIGOMETASTATICO DELLA PROSTATA: LA RIPRESA DI MALATTIA tra dubbi e certezze

17 Dicembre 2016 – Martellago (VE)

### QUESTIONARIO

Il test si supera se le risposte esatte sono 11 sul totale dei 15 quesiti.

Barrare una sola risposta. Eventuali altri segni o scritte porteranno all'annullamento della domanda.

**1. In base ai punteggi ottenuti nel questionario IPSS (International prostate symptoms score) in quanti gruppi vengono suddivisi i sintomi minzionali?**

a) 3 (0-7 sintomatologia lieve, 8-19 sintomatologia moderata, 20-35 sintomatologia severa)

b) 2 (sintomatico e non-sintomatico)

c) 4 (come nella risposta 1 ma con il 4<sup>o</sup> gruppo indicante "sintomatologia molto severa" per punteggi > 30)

d) Nessuna delle precedenti

**2. Quali strumento consente di valutare al meglio l'urgenza minzionale?**

a) Il questionario IPSS

b) Un'anamnesi minzionale ben condotta

c) La scala di percezione del paziente dell'intensità dell'urgenza minzionale

d) I diari minzionali

**3. Il razionale per il trattamento del tumore primario in presenza di metastasi si basa su una o più delle seguenti teorie tranne:**

a) *Surgical debulking*

b) *Tumor self-seeding*

c) *Premetastatic niche*

d) *Receptor saturation*

**4. I pazienti con tumore della prostata metastatico che sembrerebbero beneficiare del trattamento del tumore primario hanno tutte le seguenti caratteristiche tranne:**

a) età >70 anni

b) stadio clinico organo-confinato

c) PSA <20 ng/ml

d) basso grado di Gleason alla biopsia

**5. Nell'unico trial clinico caso-controllo ad oggi pubblicato, i pazienti con tumore della prostata oligometastatico sottoposti anche a prostatectomia radicale oltre che a deprivazione androgenica hanno avuto un beneficio rispetto ai controlli trattati con la sola deprivazione androgenica in termini di:**

a) sopravvivenza libera da progressione clinica

b) tempo alla fase di resistenza alla castrazione

c) sopravvivenza cancro-specifica

d) tasso di sopravvivenza globale

**6. Quali sono le opzioni "gold standard" per il trattamento delle metastasi nel paziente oligometastatico?**

a) stereotassi

b) ormonoterapia

c) metastasectomia

d) a+B

e) b+c

**7. La linfadenctomia di salvataggio nel timore prostatico metastatico ai linfonodi:**

- a) Va sempre fatta
- b) E' controindicata
- c) **Può essere proposta in casi selezionati**

**8. L'impiego della PET/CT con traccianti di metabolismo nella malattia metastatica è utile per la definizione della malattia a carico di:**

- a) Osso
- b) Linfonodi
- c) Fegato o polmone
- d) **Tutte le precedenti**

**9. Nel caso di PET/CT con risultato dubbio, quale è l'approccio migliore da adottare?**

- a) Ripetere nuovamente l'esame PET/CT dopo 1 mese
- b) **Eseguire approfondimenti diagnostici e/o laboratoristici a discrezione del medico specialista curante**
- c) Non eseguire nulla
- d) Considerare il reperto sempre patologico

**10. Quale è il contributo della PET/CT con traccianti metabolici nella eventuale pianificazione della linfadenectomia di salvataggio?**

- a) **Elevata sensibilità ma bassa specificità**
- b) Elevata sensibilità e specificità
- c) Capacità di indentificare con elevata accuratezza i linfonodi retroperitoneali
- d) Non è noto

**11. La terapia con LH-RH antagonista determina:**

- a) **Immediata riduzione di testosterone, LH e FSH**
- b) Il mancato raggiungimento di valori di testosterone < 0.5 ng/ml
- c) L'effetto flare-up con iniziale rialzo del testosterone
- d) Maggiore cardiotoxicità rispetto agli LH-RH agonisti

**12. Da linee guida, quale delle seguenti non rappresenta, in monoterapia, un'opzione terapeutica ormonale nel paziente affetto da ca. prostatico oligometastatico?:**

- a) Orchiectomia bilaterale
- b) LH-RH analogo
- c) LH-RH antagonista
- d) **Antiandrogeno**

**13. Quali delle seguenti affermazioni non è vera:**

- a) Terapia ormonale continua ed intermittente ottengono risultati sostanzialmente sovrapponibili
- b) La terapia ormonale in pazienti metastatici asintomatici può essere procrastinata senza significativa ripercussione sulla OS
- c) **Gli LH-RH agonisti ottengono migliori risultati in termini di PSA PFS e OS rispetto agli antagonisti**
- d) Nel paziente oligometastatico la scelta del tipo di trattamento dipende sia da caratteristiche del tumore primitivo e delle localizzazioni secondarie che dalle caratteristiche del paziente

**14. Possibili vantaggi della RT stereotassica nel paziente con oligometastasi da neoplasia prostatica**

- a) Livello di evidenza scientifica pari a 1 con grado di raccomandazione A
- b) Una risposta biochimica completa è stata osservata in quasi il 95% dei pazienti dopo sola radioterapia SBRT (senza terapia sistemica concomitante)
- c) Irradiare lesioni di piccole dimensioni, con dosi ablative che producono un eccellente controllo locale, un profilo di tossicità molto basso ed una risposta biochimica completa in quasi il 60% dei pazienti con un prolungato intervallo libero da trattamento
- d) Nessun requisito tecnologico

**15. Possibili limiti della RT stereotassica nel paziente con oligometastasi da neoplasia prostatica**

- a) Elevata tossicità
- b) Costi insostenibili
- c) Modesto controllo locale
- d) Evidenza scientifica da studi di fase II, retrospettivi, con diversi schemi di frazionamento e dosi eterogenee impiegate

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Compilazione a cura del Provider

risposte esatte

quesiti

15