

«Monitoraggio e supplementazione del testosterone in pazienti con carcinoma prostatico a rischio intermedio alto trattato con 6-36 mesi di terapia di deprivazione androgenica e radioterapia: revisione sistematica della letteratura»

RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO

Achard V, Zapatero A, Kishan AU, Blanchard P, Horvath LG, Jereczek-Fossa BA, Tombal B.

Testosterone monitoring and supplementation in patients with intermediate- or high-risk prostate cancer treated with 6–36 months of androgen deprivation therapy and radiotherapy: a systematic literature review.

Radiotherapy and Oncology 224 (2026) 111777. DOI: 10.1016/j.radonc.2026.111777

*A cura del Comitato Editoriale — Società Italiana di
Urologia (SIU)*

Contesto clinico

La mancata ripresa della funzione testicolare dopo la sospensione dell'ADT comporta una morbidità prolungata e peggioramento della qualità di vita.

La gestione è stata caratterizzata da estrema cautela nell'impiego della terapia sostitutiva con testosterone (TRT) nei pazienti con neoplasia prostatica non metastatica in assenza di recidiva biochimica dopo trattamento con radioterapia (RT) ed terapia di deprivazione androgenica (ADT).

Obiettivi

- *Quale è il valore prognostico del Testosterone Basale? (Q1)*
- *Quale è il valore prognostico del Testosterone in Corso di Trattamento? (Q2)*
- *Recupero del Testosterone dopo cessazione dell'ADT: può essere predetto e ottimizzato? (Q3)*
- *E' sicuro prescrivere TRT nei pazienti con sintomi di ipogonadismo che non tornano a livelli normali di testosterone dopo trattamento con RT + ADT ? (Q4)*

Risultati

Sono stati inclusi nella revisione finale **29 studi primari**, distribuiti sui 4 quesiti clinici: **Q1** (testosterone basale): 4 studi; **Q2** (testosterone in corso di ADT): 6 studi; **Q3** (recupero del testosterone): 12 studi; **Q4** (sicurezza TRT): 9 studi

Q1

Il testosterone basale non influenza la sopravvivenza oncologica, ma predice la velocità e la probabilità di recupero gonadico.

Q2

Il target di castrazione più efficace in corso di ADT sembrerebbe essere <20 ng/dL ($<0,7$ nmol/L).

Q3

L'età del paziente, la durata dell'ADT, le formulazioni a rilascio prolungato e gli agonisti, rispetto agli antagonisti orali GnRH, rallentano il recupero dei livelli di testosterone

Q4

La TRT è un'opzione praticabile nei pazienti ipogonadici sintomatici con malattia stabile a ≥ 12 mesi, previa discussione multidisciplinare ed idealmente all'interno di registri prospettici e/o trial sperimentali per quanto concerne il sottogruppo di pazienti ad alto rischio.

**Take
home
message**

Il presente lavoro supporta il monitoraggio del testosterone al basale e durante il trattamento e sottolineano la necessità di nuove ricerche su sicurezza ed efficacia della TRT in questo setting.