



SCUOLA di **URONCOLOGIA**

TUMORE della **PROSTATA**

21-22 NOVEMBRE 2014

ROMA

HOTEL SHERATON GOLF
PARCO DE' MEDICI

Viale Rebecchini, 145



FONDAZIONE IRCCS
ISTITUTO NAZIONALE
DEI TUMORI

Casi Clinici

Elena Verzoni

Oncologia Medica

Fondazione IRCCS

Istituto Nazionale Tumori

Milano



Caso clinico 1

Paziente di 72 anni, PS ECOG: 1

Diagnosi di adenocarcinoma prostatico nel 2009, trattato con RT esclusiva

Gleason score alla diagnosi 4+4=8, iPSA:25 ng/ml

Comorbidity: pregresso IMA (2002)

Comparsa di metastasi ossee e linfonodali retroperitoneali dopo 3 anni dalla diagnosi

Risposta alla OT standard: 16 mesi



...a biochimica, SD radiologica dopo 6 cicli con Docetaxel.

... radiologica e sintomatica (in terapia con oppioidi maggiori e bifosfonati)

Caso clinico 1

Quale trattamento di II linea?

- 1) Taxotere rechallenge
- 2) Abiraterone
- 3) Enzalutamide
- 4) Cabazitaxel



Caso clinico 2

Paziente di 75 anni, PS ECOG: 1

Diagnosi di adenocarcinoma prostatico nel 04/2010, trattato con RT esclusiva

Gleason score alla diagnosi 4+3=7, iPSA:14

Comorbidità: ipertensione arteriosa in terapia, diabete non insulino dipendente

Nel 11/2011: recidiva biochimica (PSA 4), PET negativa per M+ -> LHRHa

10/2013: PSA 8- evidenza di secondarismi ossei asintomatici -> LHRHa +
bicalutamide



05/2014: PSA 14; progressione ossea asintomatica (comparsa di due nuove

Caso clinico 2

Quale trattamento di I linea?

- 1) Taxotere
- 2) Abiraterone
- 3) Enzalutamide
- 4) Estracyt



Caso clinico 2

05/2014: Inizia terapia con Abiraterone acetato con buona tollerabilità
(parametro: SCAN osseo- PSA 14

09/2014: I rivalutazione strumentale ->

- SCAN osseo- incremento delle captazioni note
- TAC- persiste negativa dal punto di vista viscerale, apparente stazionarietà dei rilievi ossei

➤ PSA- 18



Design and End Points of Clinical Trials for Patients With Progressive Prostate Cancer and Castrate Levels of Testosterone: Recommendations of the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group

Howard I. Scher, Susan Halabi, Ian Tannock, Michael Morris, Cora N. Sternberg, Michael A. Carducci, Mario A. Eisenberger, Celestia Higano, Glenn J. Bubley, Robert Dreicer, Daniel Petrylak, Philip Kantoff, Ethan Basch, William Kevin Kelly, William D. Figg, Eric J. Small, Tomasz M. Beer, George Wilding, Alison Martin, and Maha Hussain

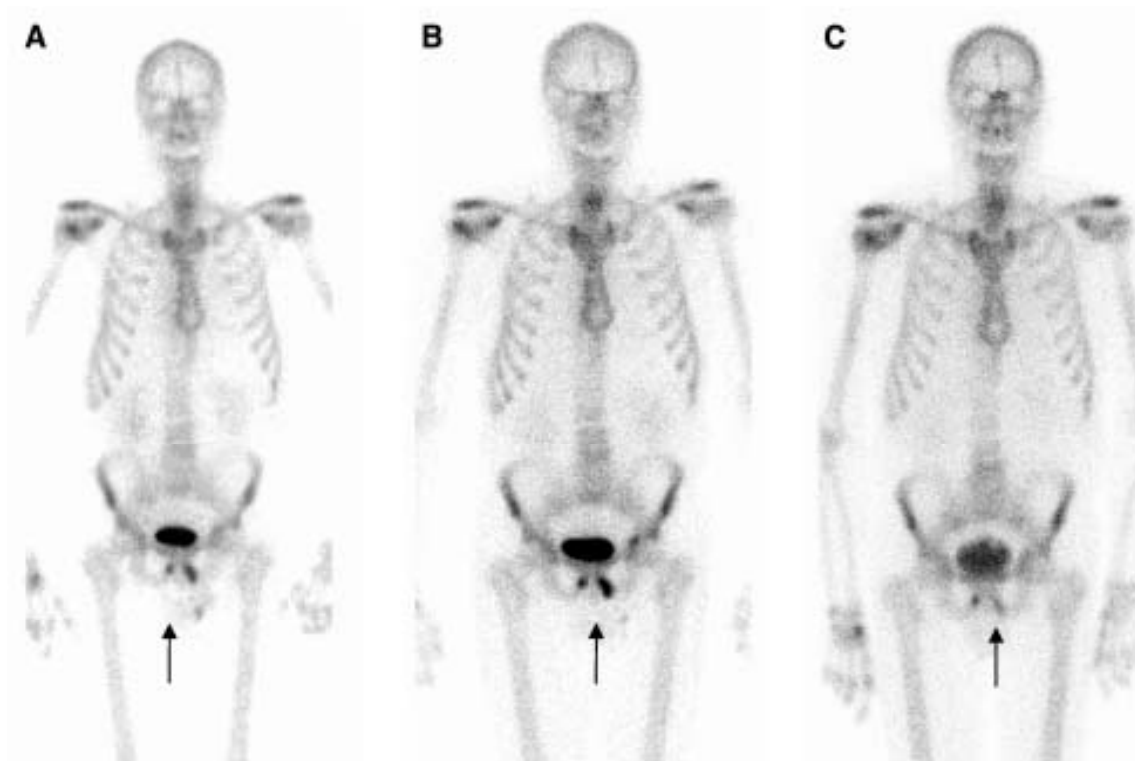
	PCWG1 (1999)	PCWG2 (2007)
Bone	Not defined	Progression = appearance of 2 or more lesions

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying the URL: <http://clincancerres.aacrjournals.org/content/17/14/4854.full.pdf+html>. The page features a header with the text "Phase II Study of Abiraterone Acetate in Chemotherapy-Naive Metastatic Castration-Resistant Pro" and a navigation menu. Below the header, there is a banner for "High scientific and clinical quality" and a sidebar for "Hear discussions by expert panelists on Genetic biomarkers revealed - Unraveling the complexities of cancer genomes in blood malignancies" with an "Affymetrix" logo and a "Webinar on demand" link. The main content area displays the article title: "Phase II Study of Abiraterone Acetate in Chemotherapy-Naive Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Displaying Bone Flare Discordant with Serologic Response" by Charles J. Ryan, Shreya Shah, Eleni Efsthathiou, et al. The article is published in *Clin Cancer Res* 2011;17:4854-4861. The page also includes sections for "Updated Version", "Cited Articles", and "Citing Articles". A sidebar on the right contains navigation links such as "Previous | Next Article", "Table of Contents", "This Article", "Current Issue", "About the Journal", "Instructions for Authors/Editorial Policies", "Submit a Manuscript", "Author Services Center", and "Editorial Board".

The flare phenomenon was a common event:
43% of responding patients and 30% of all pts enrolled

BONE FLARE

- Aumento del volume delle lesioni legato in realtà a fenomeni riparativi -> falsi positivi allo scan osseo



In questo setting il PSA NON deve essere considerato quale UNICO parametro di progressione!!

ESAMI STRUMENTALI

Rivalutare il paziente sempre con gli stessi esami utilizzati all'inizio del trattamento

PCWG2

Il trattamento non andrebbe sospeso fino a progressione strumentale confermata da:

- Comparsa di 2 o più nuove lesioni alla scintigrafia ossea
- Comparsa di lesioni viscerali
- Progressione delle lesioni linfonodali/tessuti molli/recidiva locale secondo i criteri RECIST
- Comparsa di SRE