



## TUMORE della **PROSTATA**

**13-14 NOVEMBRE 2015**

**ROMA**

SHERATON GOLF PARCO DE' MEDICI

Via Salvatore Rebecchini, 39

### Casi Clinici

Elena Verzoni

Oncologia Medica

Fondazione IRCCS

Istituto Nazionale Tumori

Milano



FONDAZIONE IRCCS  
ISTITUTO NAZIONALE  
DEI TUMORI



# 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

Comorbidità: pregresso IMA (2002)

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

Risposta alla OT standard: 16 mesi

Risposta biochimica, SD radiologica dopo 6 cicli con Docetaxel.

PD radiologica e sintomatica (in terapia con oppioidi maggiori e bifosfonati)  
**dopo 6 mesi** dal termine della chemioterapia



# Caso clinico 1

Quale trattamento di II linea?

- 1) Taxotere rechallange
- 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, PSA: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  
lesioni allo SCAN osseo, negativa la TAC per lesioni viscerali)



## 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 viscerali, apparente stazionarietà dei rilievi ossei
- PSA- 18

**che fare?**



## 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)
<b>Bone</b>	Not defined	Progression = appearance of 2 or more lesions

# Clinical Cancer Research



## Phase II Study of Abiraterone Acetate in Chemotherapy-Naive Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer Displaying Bone Flare Discordant with Serologic Response

Charles J. Ryan, Shreya Shah, Eleni Efstathiou, et al.

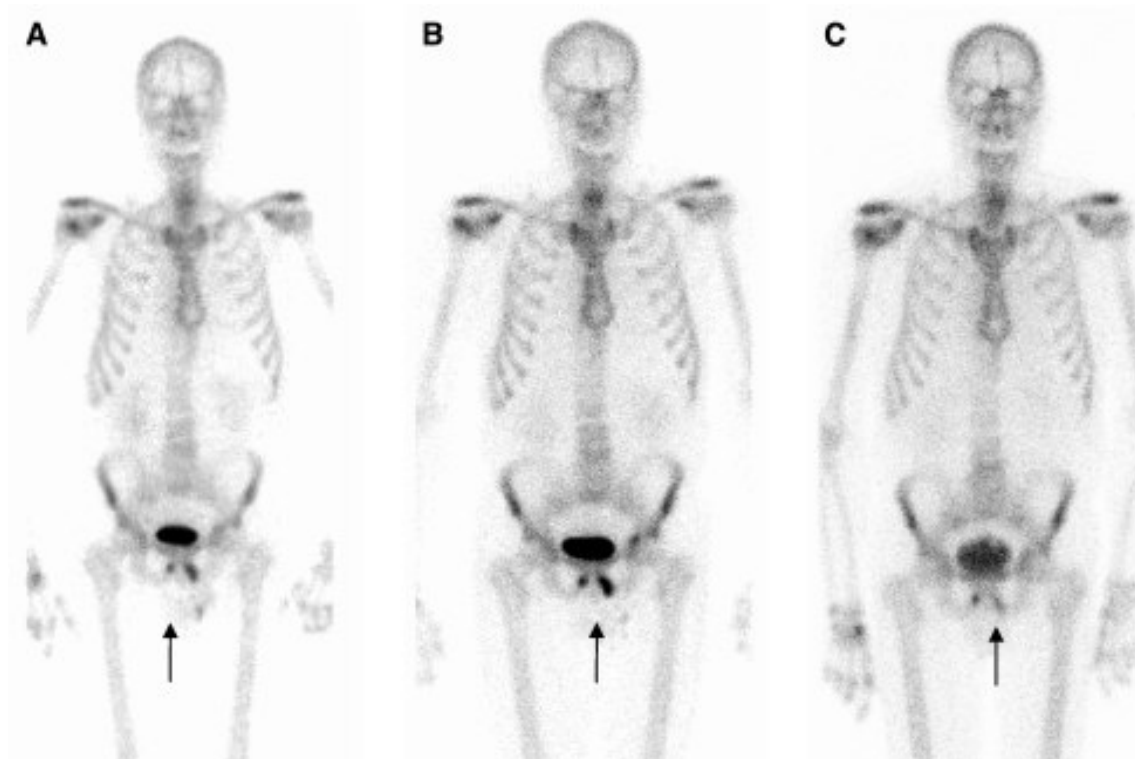
*Clin Cancer Res* 2011;17:4854-4861. Published OnlineFirst June 1, 2011.

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



- L'utilizzo dei bifosfonati può favorire l'insorgenza del fenomeno

# ESAMI STRUMENTALI

In caso di:

- Comparsa/Peggioramento dei SINTOMI
- Progressivo aumento dei valori di PSA

È fondamentale che un paziente venga rivalutato 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