



MOVEMBER

**NUOVE PROSPETTIVE DI CURA PER IL PAZIENTE
CON CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO**

22.23 NOVEMBRE 2018

MILANO **HILTON MILAN**
via L. Galvani 12

siu Società Italiana
di Urologia
dal 1908



Davanti ad un caso di un paziente con diagnosi di hormone naive oligo M+come ti comporti?

Grigio gruppo 1

- a. Lo gestisco in prima persona 20 %
- b. Lo affido direttamente all'oncologo 20%
- c. Lo mando in consulenza all'oncologo per poi gestirlo in prima persona 20%
- d. Viene gestito nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura 40%

Giallo gruppo 2

- a. Lo gestisco in prima persona
- b. Lo affido direttamente all'oncologo 10%
- c. Lo mando in consulenza all'oncologo per poi gestirlo in prima persona
- d. Viene gestito nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura 90%



MOVEMBER

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Davanti ad un caso di un paziente con diagnosi di Hormone Naive Pluri metastatico come ti comporti:

Grigio gruppo 1

- a. Lo gestisco in prima persona **9 %**
- b. Lo affido direttamente all'oncologo **21%**
- c. Lo mando in consulenza all'oncologo per poi gestirlo in prima persona **30%**
- d. Viene gestito nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura **40%**

Giallo gruppo 2

- a. Lo gestisco in prima persona **9 %**
- b. Lo affido direttamente all'oncologo **18%**
- c. Lo mando in consulenza all'oncologo per poi gestirlo in prima persona
- d. Viene gestito nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura **73%**



La prescrizione dei nuovi farmaci orali

Grigio gruppo 1

- a. Lo gestisco in prima persona **14 %**
- b. Sono costretto ad affidarla all'oncologo **66%**
- c. Viene gestita nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura **20%**
- d. Non li ho mai prescritti

Giallo gruppo 2

- a. Lo gestisco in prima persona
- b. Sono costretto ad affidarla all'oncologo **33%**
- c. Viene gestita nell'ambito di un TMD attivo presso la mia struttura **66%**
- d. Non li ho mai prescritti



MOVEMBER

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

1. Quale paziente stadiare alla diagnosi di carcinoma prostatico?
- | | | |
|----|--|-----------------|
| a. | Tutti i pazienti | 22 → 0 / 33 → 0 |
| b. | Neoplasia a basso rischio (Gleason 6; PSA <10 ng/dl) | |
| c. | Neoplasia a rischio Intermedio/Alto (Gleason 7-8 PSA >10 ng/dl - <20ng/dl) | 55 / 53 |
| d. | Neoplasia ad alto rischio (Gleason >8; PSA >20ng/dl) | 25 / 12 |



c + d 100%, con attenzione alla distinzione fra intermedio favorevole e sfavorevole (per definizione CT3 ED)

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

2. Con quali tecniche?

- | | |
|-----------------------------|---------|
| a. TAC e scintigrafia ossea | 90 / 90 |
| b. RMN e scintigrafia ossea | 10 / 10 |
| c. TAC PET con colina | |
| d. TAC PET con PSMA | |



SOLO PET-TC ?

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

3. Quale percentuale di pazienti risulta M+ alla diagnosi nella vostra esperienza?

- a. 5% 70 / 70
- b. 10% 30 / 30
- c. 15%
- d. 20%



MOVEMBER

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

4. Il paziente metastatico alla diagnosi ha la stessa urgenza di trattamento rispetto a chi sviluppa metastasi in un tempo successivo alla diagnosi del primitivo?

- | | | | |
|----|---|---------|-------------|
| a. | Si, sempre | 12 / | 100% |
| b. | No, mai | -- / 60 | / 0 |
| c. | Dipende dalle caratteristiche della malattia (Alto rischio/alto volume) | 87/0 | |
| d. | Dipende dalle caratteristiche del paziente (giovane/anziano, comorbidità) | | |



Caratteristiche della malattia (Alto rischio/alto volume) da tenere comunque in considerazione

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

4. 5. Nel paziente multimetastatico qual è l'obiettivo primario del trattamento ?

- | | | |
|----|----------------------|---------|
| a. | OS | 30 / 25 |
| b. | Controllo del dolore | 10 / 15 |
| c. | Controllo del PSA | 0 / 7 |
| d. | Mantenimento QoL | 60 / 53 |



b + d **circa 70%**

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

4. 6. Quale paziente M+ Ormono Naive può accedere ai nuovi trattamenti?

- | | | | | |
|----|----------------------------------|---------|---|-----------------|
| a. | Tutti | 14 / 33 | → | 100% / 0 |
| b. | Alto rischio/alto volume | 86 / 66 | → | 0 / 100% |
| c. | Nessuno | | | |
| d. | Pazienti con metastasi viscerali | | | |



Dubbio su oligometastatico



M+ Hormone Naive Prostate Cancer

6.6.10.

Guidelines for hormonal treatment of metastatic prostate cancer

| Recommendations | LE | GR |
|---|-----------|-----------|
| In M1 symptomatic patients, offer immediate castration to palliate symptoms and reduce the risk for potentially catastrophic sequelae of advanced disease (spinal cord compression, pathological fractures, ureteral obstruction, extra-skeletal metastasis). | 1b | A |
| In M1 asymptomatic patients, offer immediate castration to defer progression to a symptomatic stage and prevent serious disease progression-related complications. | 1b | A |
| <u>In newly diagnosed M1 patients, offer castration combined with docetaxel, provided patients are fit enough to receive chemotherapy.</u> | 1a | A |
| In M1 asymptomatic patients, discuss deferred castration with a well-informed patient since it lowers the treatment side effects, provided the patient is closely monitored. | 2b | B |

Metastatic disease - first-line treatment

| | | |
|------------------------------|--|--------|
| Symptomatic patients | In M1 symptomatic patients, offer immediate systemic treatment to palliate symptoms and reduce the risk for potentially serious sequelae of advanced disease (spinal cord compression, pathological fractures, ureteral obstruction, extra-skeletal metastasis). | Strong |
| Asymptomatic patients | In M1 asymptomatic patients, offer immediate systemic treatment to improve survival, defer progression to a symptomatic stage and prevent serious disease progression-related complications. | Strong |
| | In M1 asymptomatic patients, discuss deferred castration with a well-informed patient since it lowers the treatment side-effects, provided the patient is closely monitored. | Weak |
| All M1 patients | Offer LHRH antagonists, especially to patients with an impending spinal cord compression or bladder outlet obstruction. | Weak |
| | In M1 patients treated with a LHRH agonist, offer short-term administration of anti-androgens to reduce the risk of the 'flare-up' phenomenon. | Weak |
| | Do not offer anti-androgen monotherapy for M1 disease. | Strong |
| | Offer castration combined with chemotherapy (docetaxel) to all patients whose first presentation is M1 disease and who are fit enough for docetaxel. | Strong |
| | Offer castration combined with abiraterone acetate + prednisone to all patients whose first presentation is M1 disease and who are fit enough for the regimen. | Strong |
| | Offer castration alone, with or without an anti-androgen, to patients unfit for, or unwilling to consider, castration combined with docetaxel or abiraterone acetate + prednisone. | Strong |

Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

7. Come si definisce un paziente Hormone Naive Oligo M+

| | | |
|----|---------------------------------|---------|
| a. | Almeno due lesioni metastatiche | 10 / 10 |
| b. | Almeno tre lesioni metastatiche | 40 / 10 |
| c. | 3-5 lesioni metastatiche | 30 / 10 |
| d. | Assenza di lesioni viscerali | 20 / 70 |



Fino a tre lesioni (San Gallo)

LN extraspelvici

Dimensioni e sede delle lesioni

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

8. Le opzioni terapeutiche nel tumore Hormone Naive Oligo M+

| | | | | |
|----|---|---------|---|-------------|
| a. | Locale (radioterapia) | | | |
| b. | Sistemica (terapia di deprivazione androgenica) | 83 / 33 | | |
| c. | Entrambi | 0 / 66 | → | 100% |
| d. | Chemioterapia | | | |
| e. | Altro | 16 | | |



C . Sistemica e locale

**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

9. Qual è lo schema più corretto di follow-up del paziente?

- | | | |
|----|---|---------|
| a. | Monitoraggio semestrale con PSA, più eventuale TAC e scintigrafia ossea | 0 / 20 |
| b. | Monitoraggio trimestrale con PSA, più eventuale TAC e scintigrafia ossea | 62 / 73 |
| c. | Monitoraggio semestrale con PSA, TAC PET | |
| d. | Monitoraggio semestrale con PSA e metodica di imaging impiegata alla diagnosi | 37 / 7 |



| | | |
|-----------------|----------|--|
| Gruppo 1 | → | Testosterone e PSA – No Strumentale se stabilità |
| Gruppo 2 | → | Monitoraggio strumentale almeno uno entro 12 mesi (Consensus Intersocietaria) |

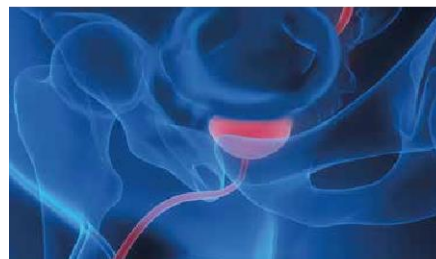
**MOVEMBER**

NUOVE PROSPETTIVE DI CURA
PER IL PAZIENTE CON
CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO





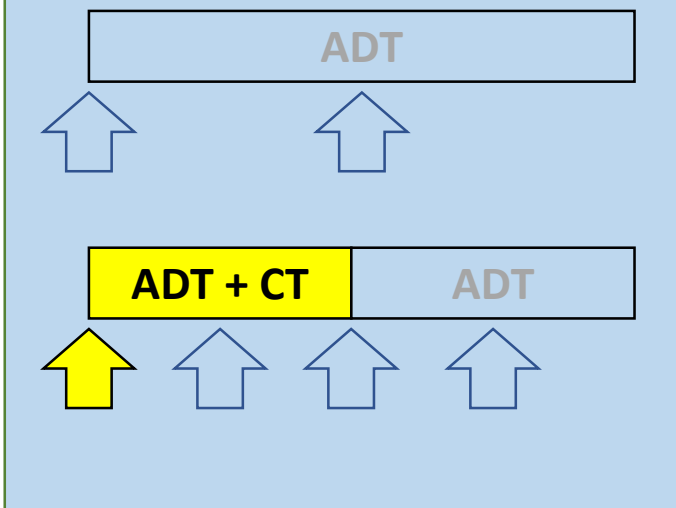
CON LA PARTECIPAZIONE DI



**1^o CONSENSUS
CONFERENCE
NAZIONALE**
SUL MONITORAGGIO DEL
CARCINOMA PROSTATICO
AVANZATO

6 SETTEMBRE 2018
Bologna
ROYAL Hotel Carlton
Via Montebello, 6

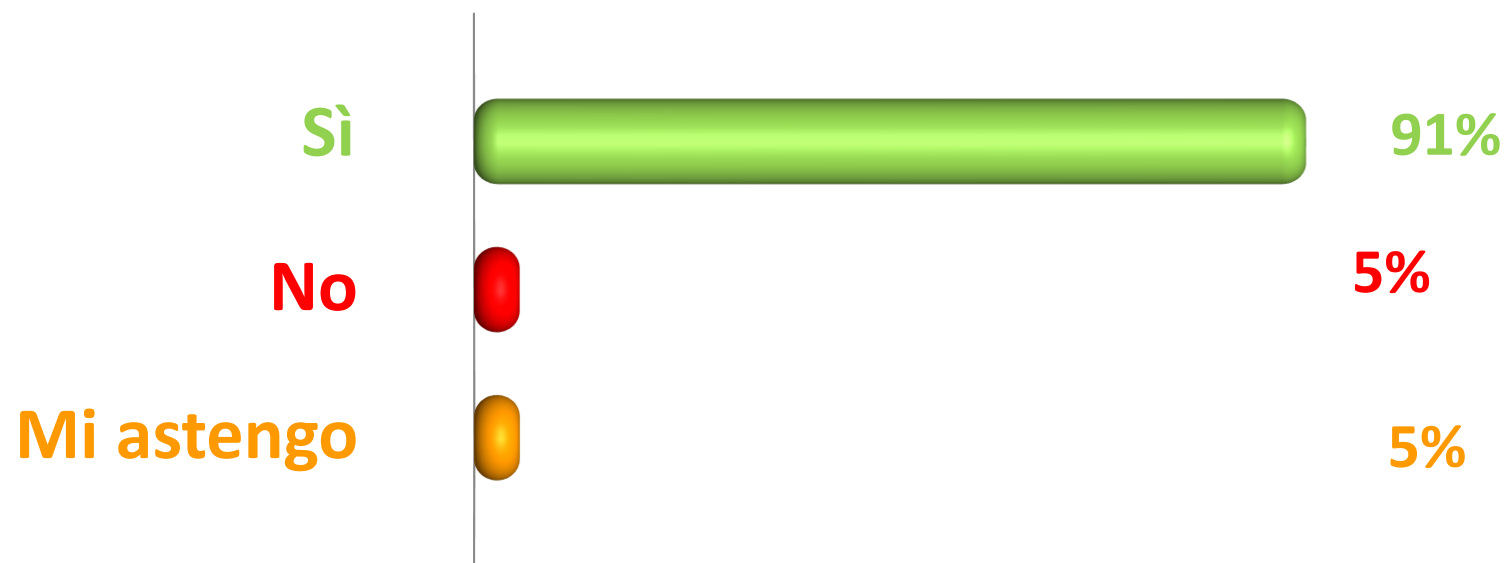
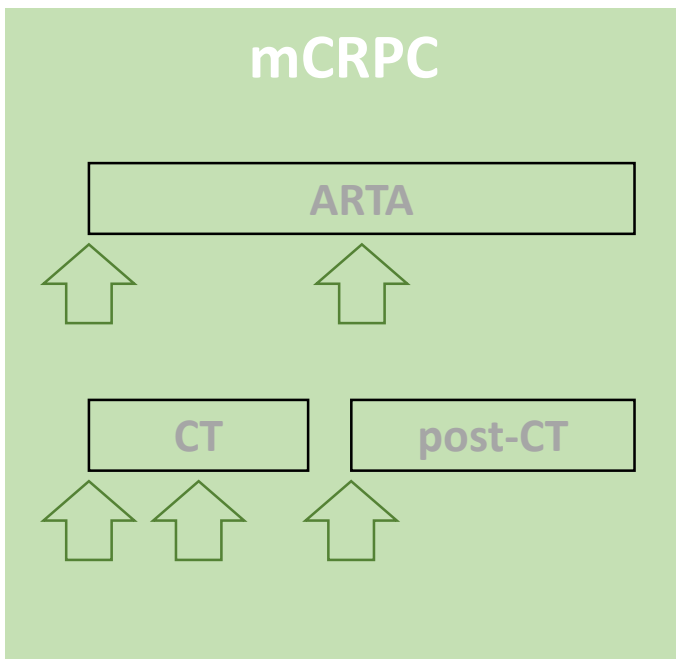
mCSPC



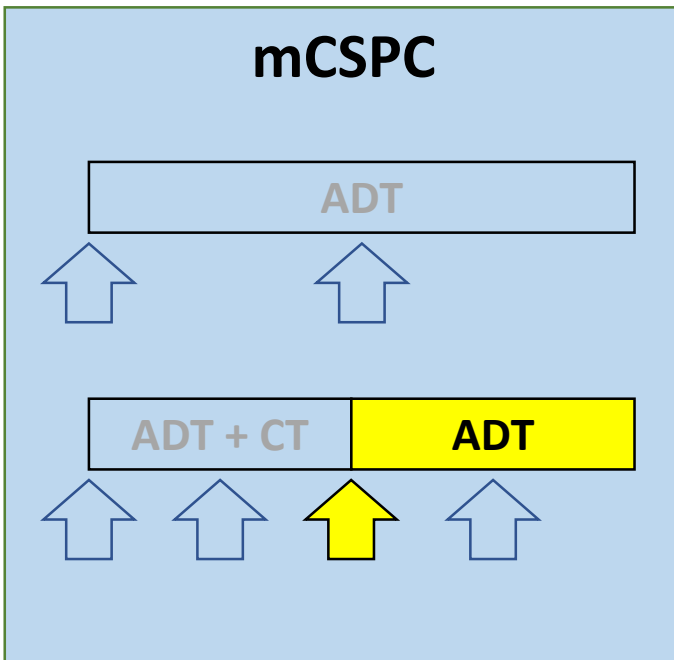
In un paziente con mCSPC in cui **viene posta indicazione** ad ADT + Docetaxel, la rivalutazione strumentale dovrebbe essere pianificata:

- Al termine del trattamento con Docetaxel, con le stesse metodiche utilizzate nella valutazione iniziale (auspicabile TC e scintigrafia ossea)

mCRPC



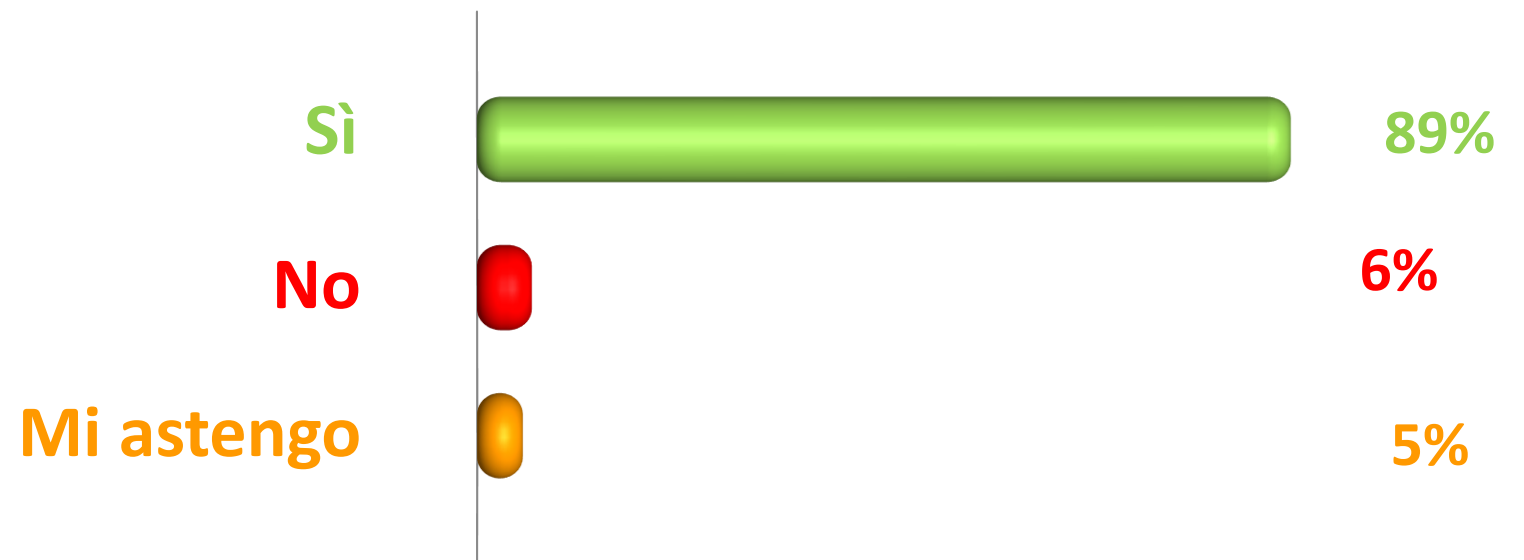
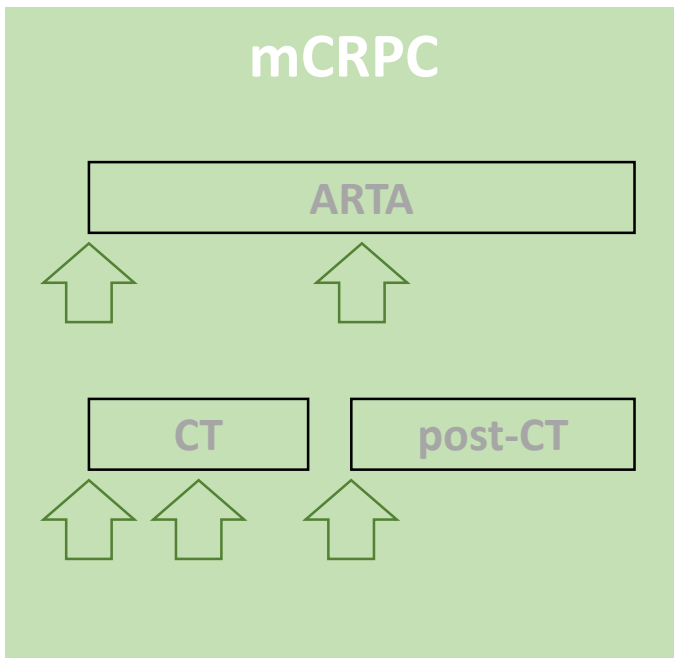
mCSPC



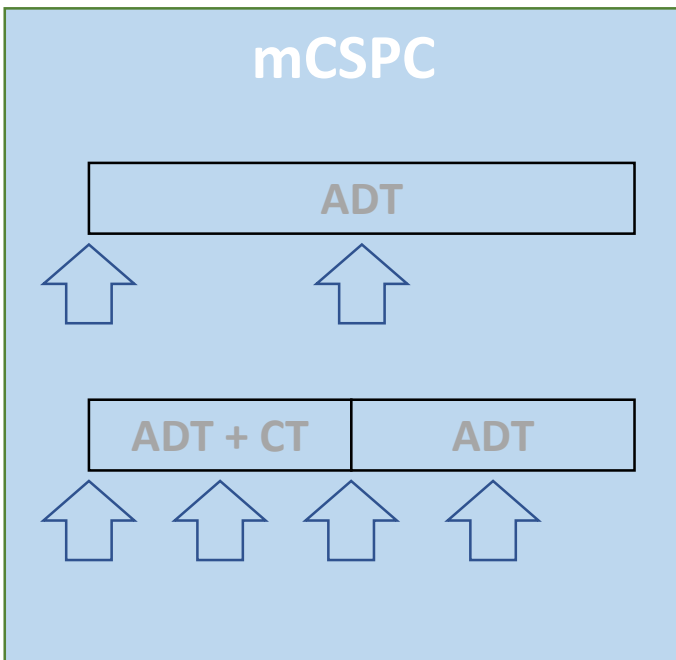
In un paziente con mCSPC al termine della terapia con **Docetaxel e proseguendo ADT**, il monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Solo a progressione clinica o biochimica (auspicabilmente con TC e scintigrafia ossea)

mCRPC



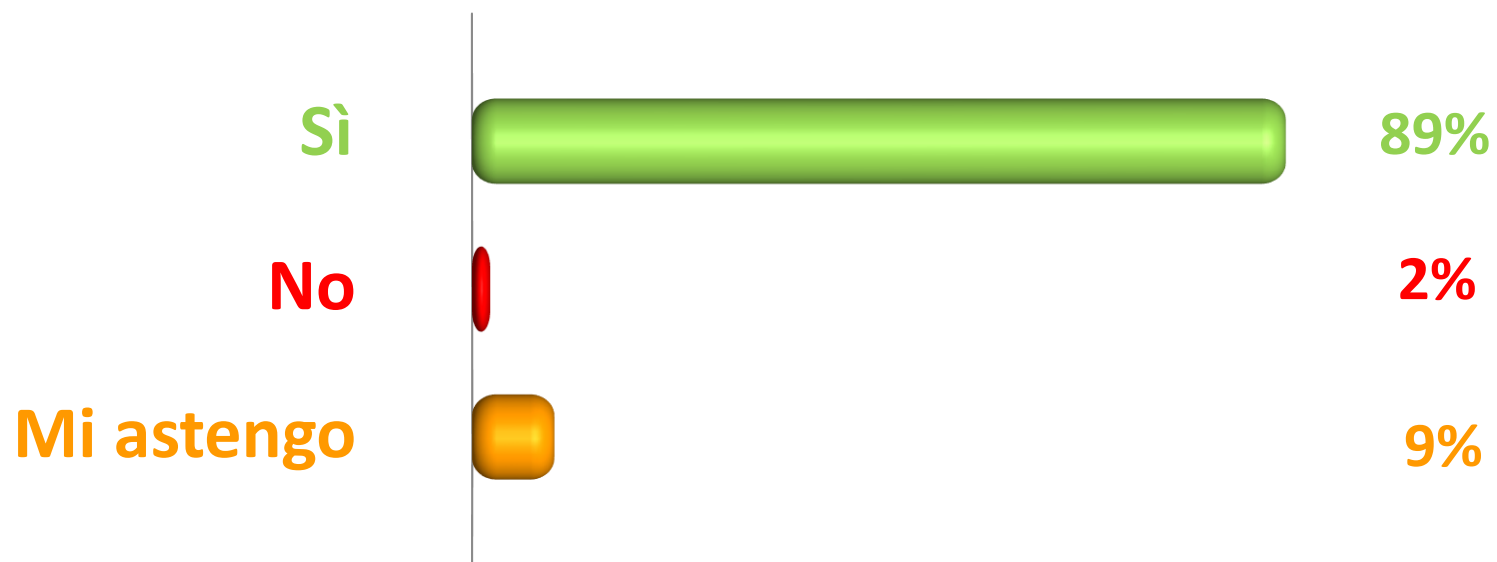
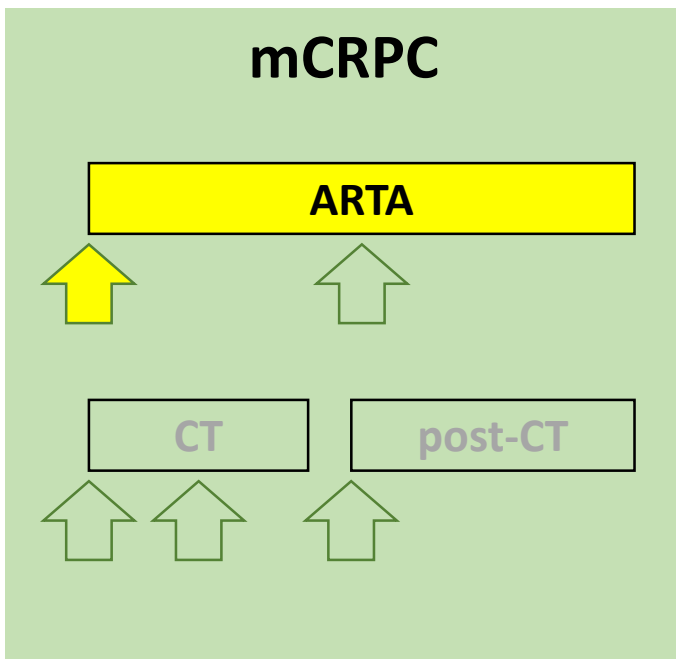
mCSPC



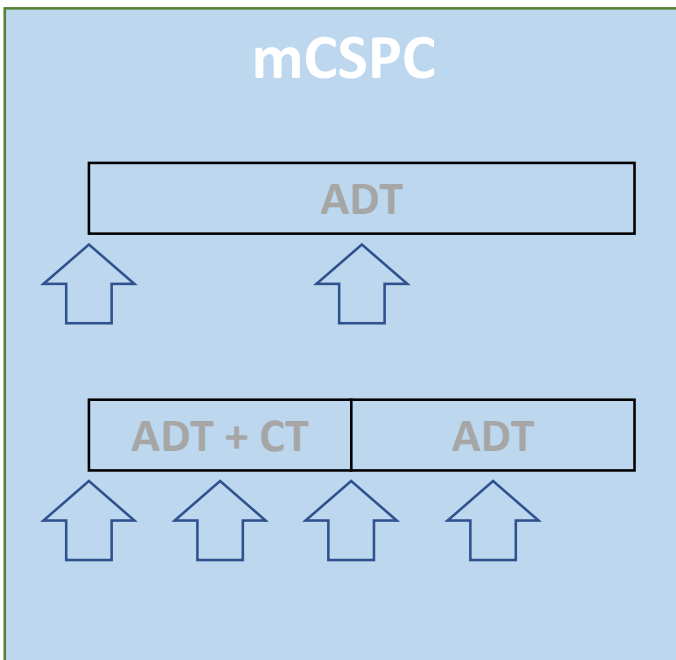
In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione a ormonoterapia di nuova generazione (Androgen Receptor Target Agents - ARTA) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una rivalutazione del PSA

- Ogni 12 settimane

mCRPC



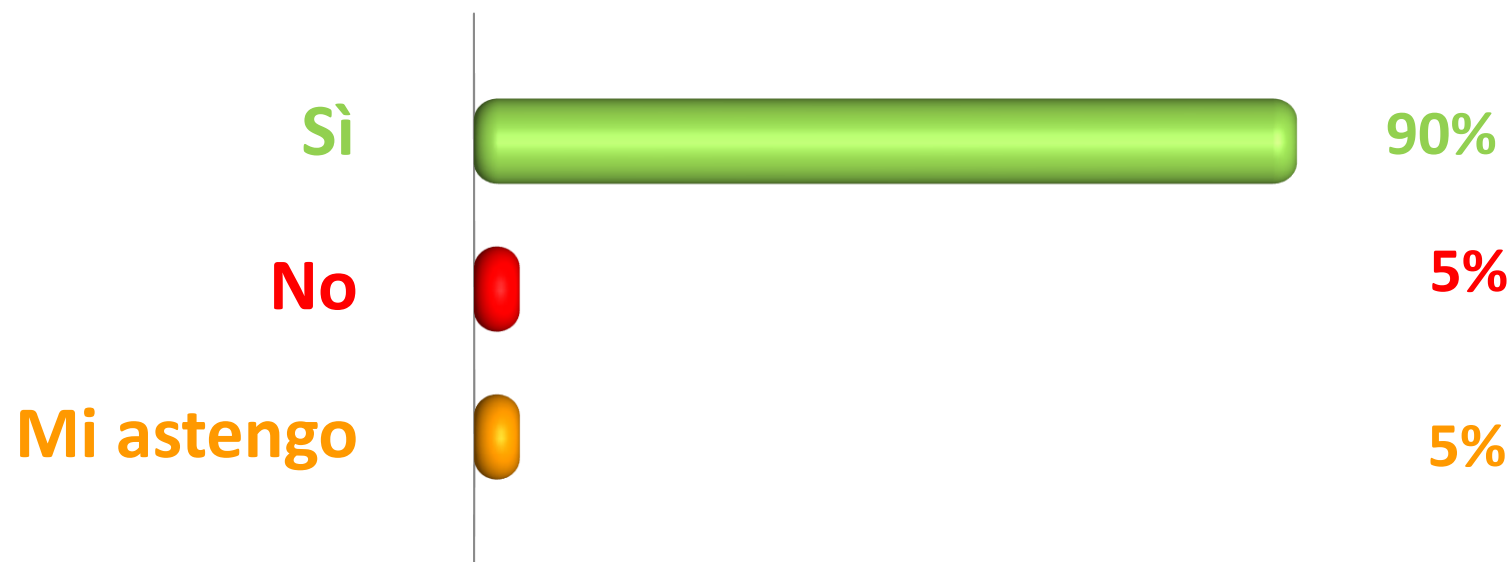
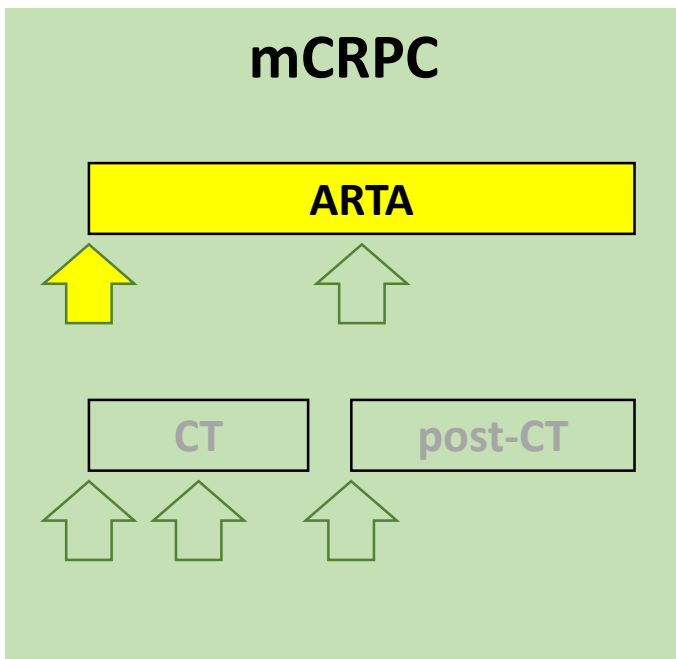
mCSPC



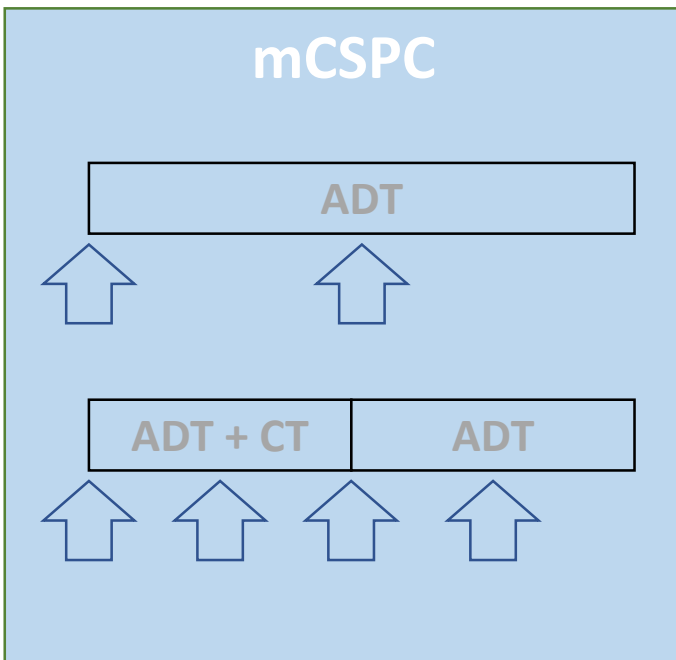
In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione ad **ARTA** il monitoraggio strumentale dovrebbe essere pianificato:

- Almeno uno entro 12 mesi con le stesse metodiche utilizzate nella valutazione iniziale (auspicabile TC e scintigrafia ossea)

mCRPC



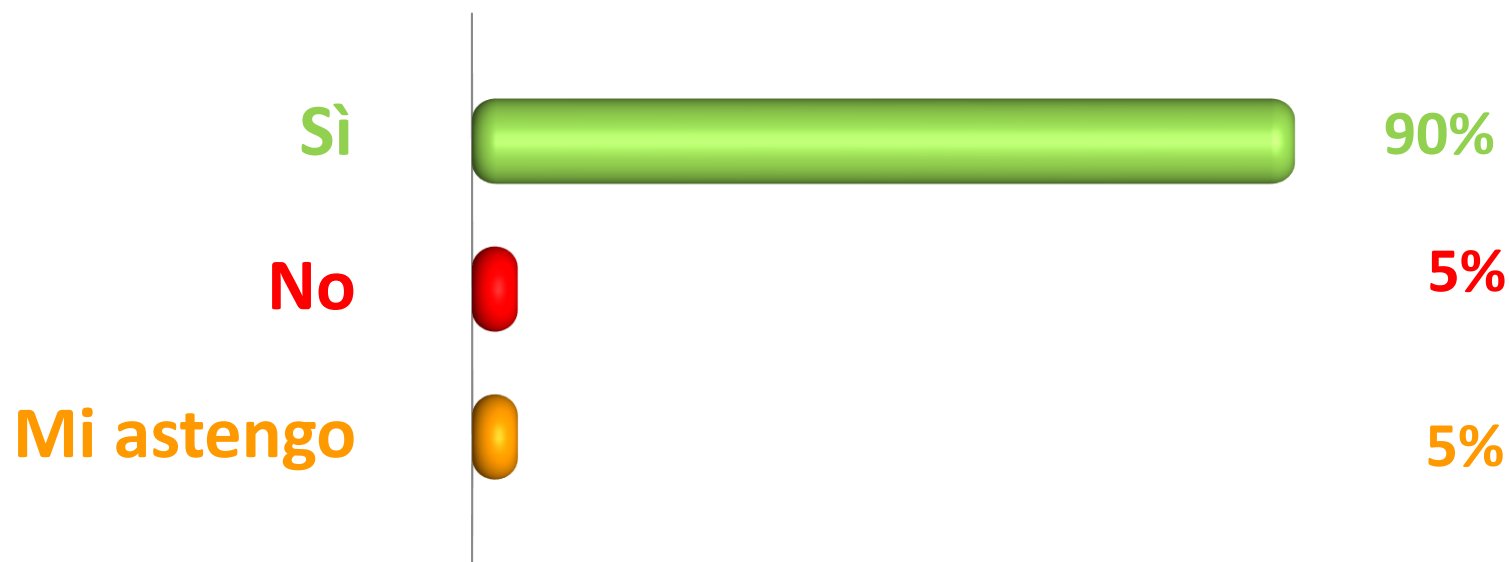
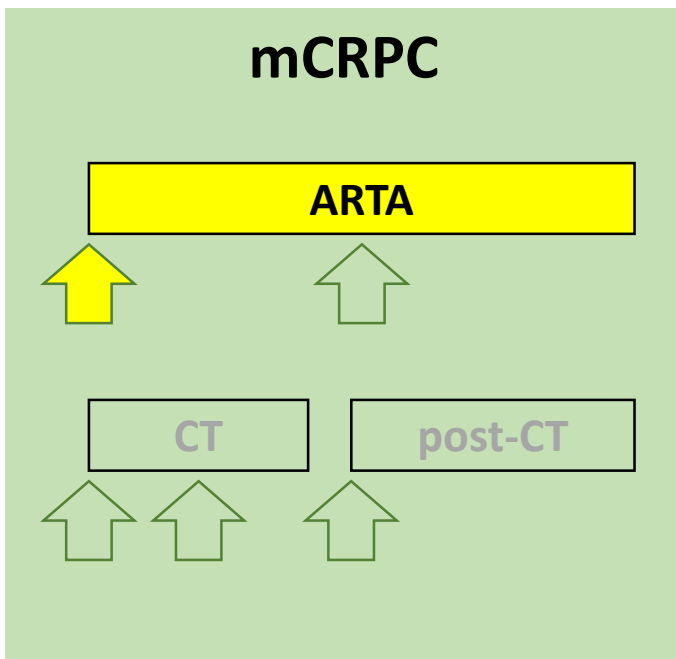
mCSPC



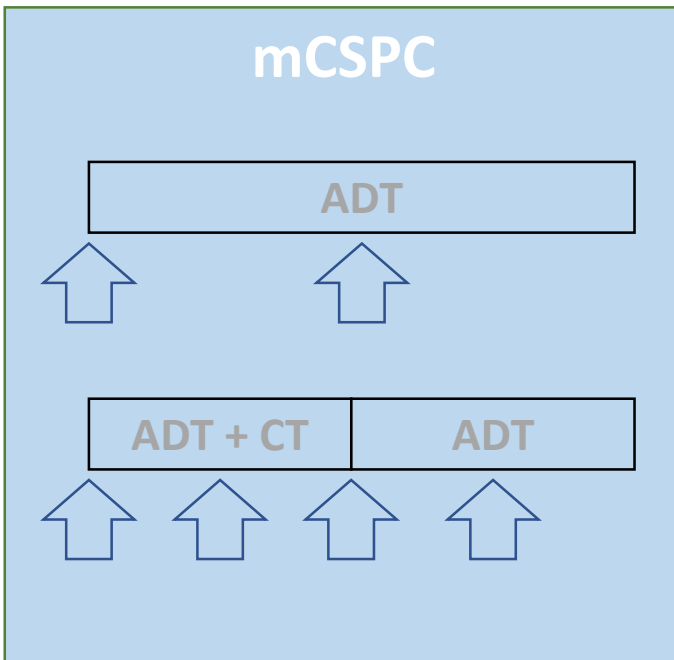
In un paziente con mCRPC in cui **viene posta indicazione ad ARTA**, il monitoraggio strumentale successivo al primo

- Andrebbe deciso in base alla valutazione clinica / biochimica con la stessa metodica utilizzata nella valutazione iniziale (auspicabile TC e Scintigrafia ossea)

mCRPC



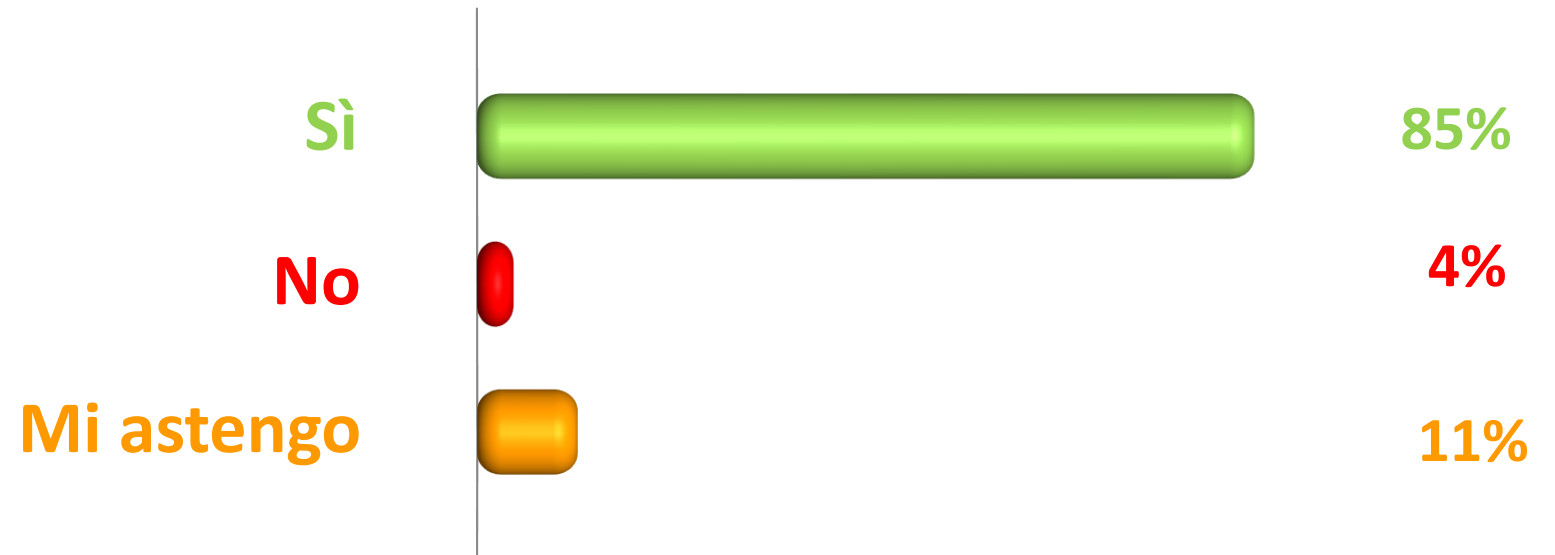
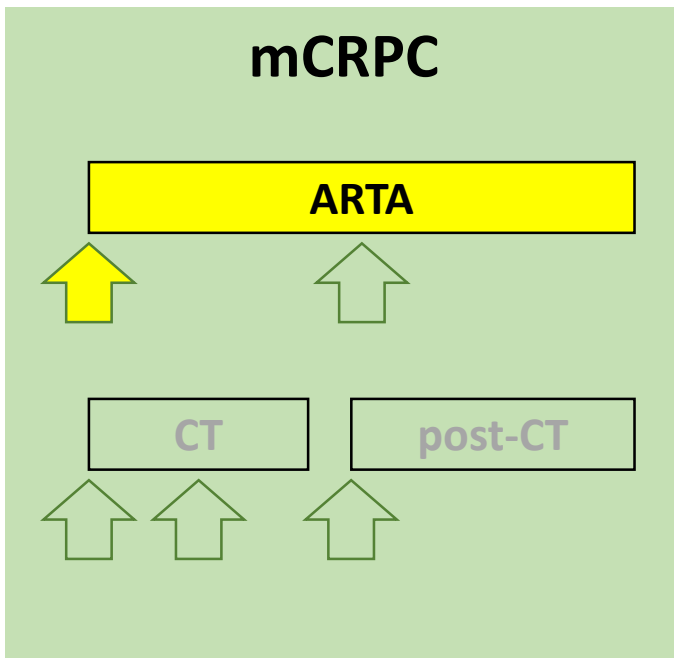
mCSPC



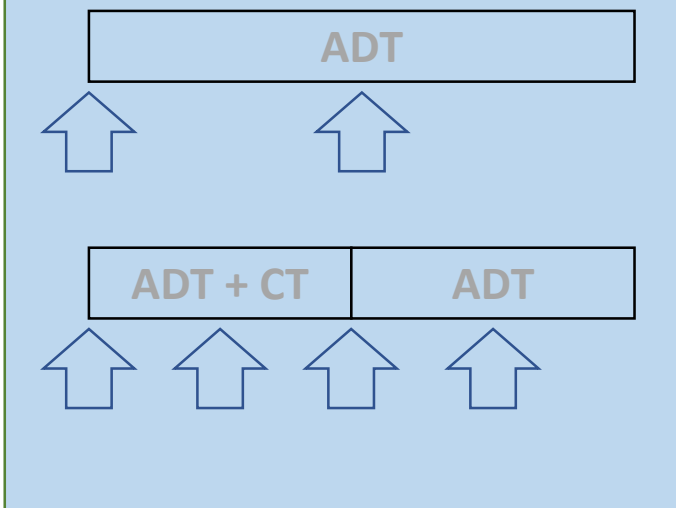
In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione ad ARTA, i seguenti fattori possono modificare la frequenza di monitoraggio:

- Sede delle lesioni
- Entità dei sintomi legati a malattia

mCRPC



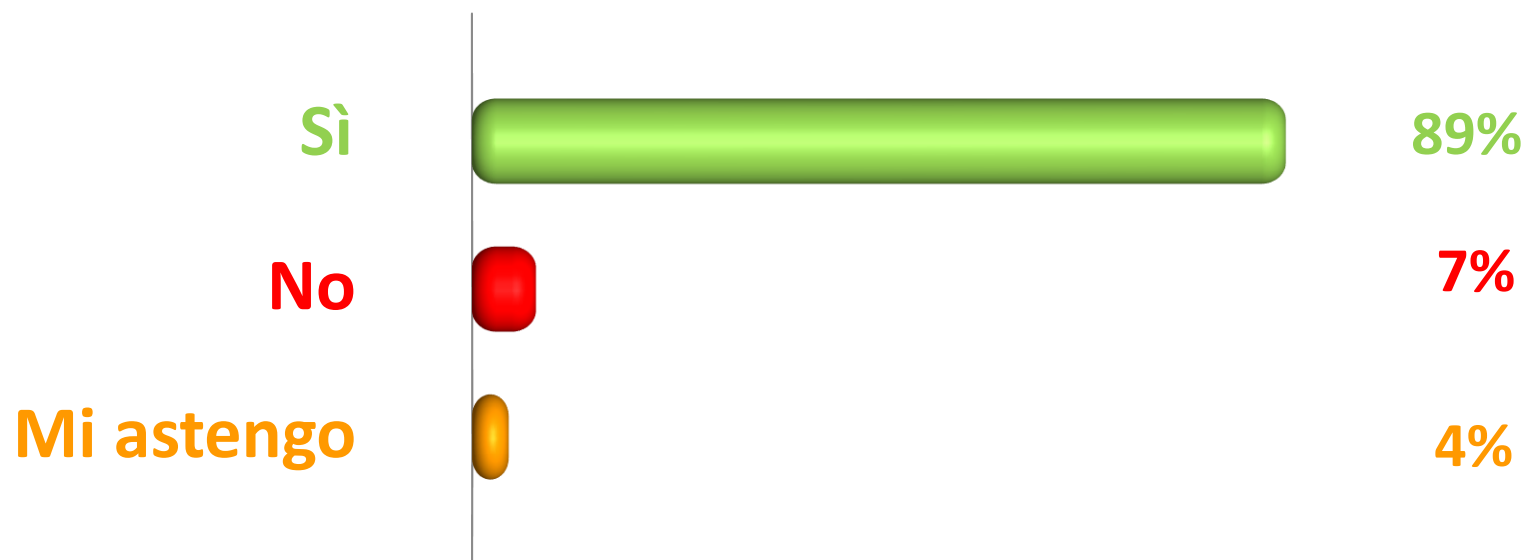
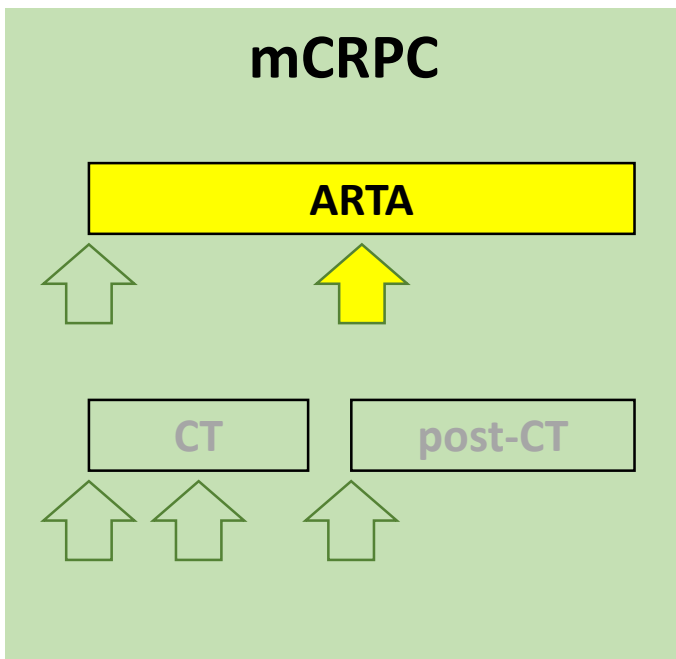
mCSPC



In un paziente con mCRPC **in corso** di ARTA, la frequenza di rivalutazione può essere influenzata da:

- Andamento PSA
- Sintomatologia legata alla malattia (come peggioramento del Performance Status, insorgenza di un evento scheletrico, modifica della terapia analgesica in atto...)

mCRPC





MOVEMBER

**NUOVE PROSPETTIVE DI CURA PER IL PAZIENTE
CON CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO**

22.23 NOVEMBRE 2018

MILANO **HILTON MILAN**
via L. Galvani 12

siu Società Italiana
di Urologia
dal 1908



Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile

Gruppo 1-2 – Identificazione del paziente metastatico ormonosensibile