



# Cáncer de próstata

Paradigmas que cambian en 2013, por Mauricio Lema Medina

# Nuevos paradigmas en cáncer de próstata (CaPr)

## Temario

**1** USPSTF recomienda NO practicar tamizaje con PSA

**2** Observación, opción para CaPr de bajo riesgo

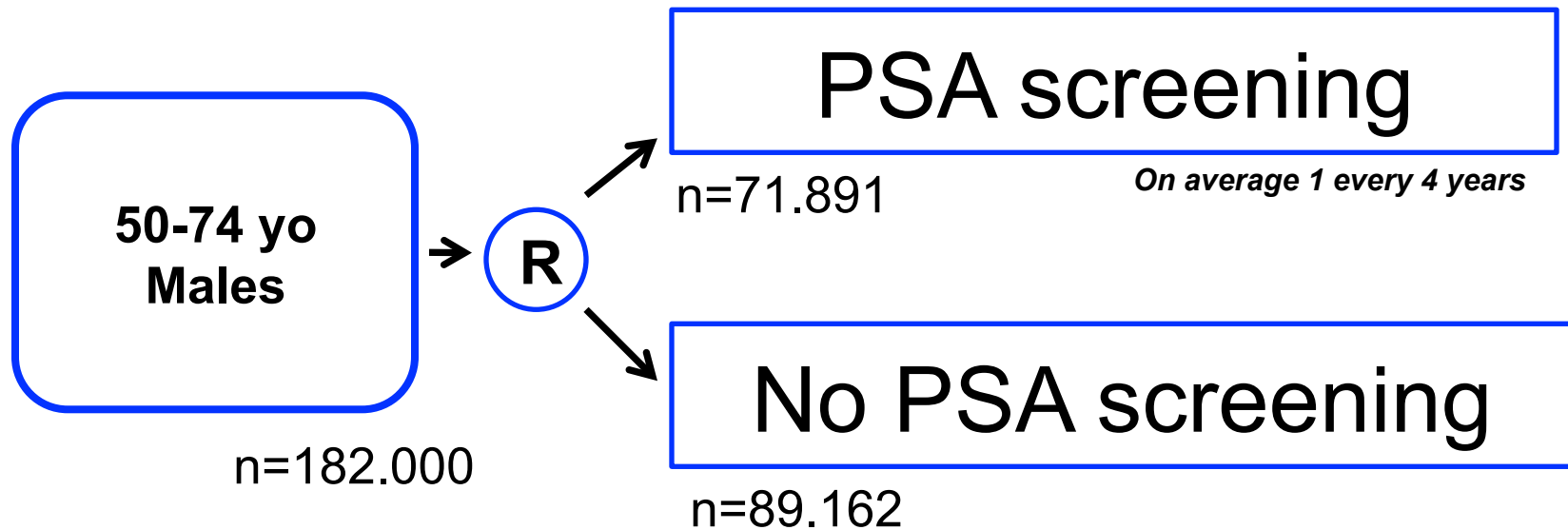
**3** Prostatectomía, mejor opción para los otros CaPr tempranos

**4** Bloqueo androgénico intermitente, no inferior a bloqueo androgénico continuo en Ca Pr avanzado

**5** RM multiparamétrica puede facilitar la estadificación

Schroeder FH, et al. N Engl J Med, 366: 981-990, 2012  
Andriole GL, et al. J Natl. Cancer Inst, 104: 125-132, 2012  
Miller AB, et al. N Engl J Med, 366: 1047-1048, 2012  
Moyer VA, et al. Ann Intern Med, 157: 120-134, 2012  
Wilt TJ, et al. for the PIVOT trial. N Engl J Med, 367: 203-213, 2012  
Crook JM, et al. N Engl J Med, 367, 895-903  
Hoeks CM et al. Radiology, 261: 46-66, 2011

# ERSPC – 11 years follow-up

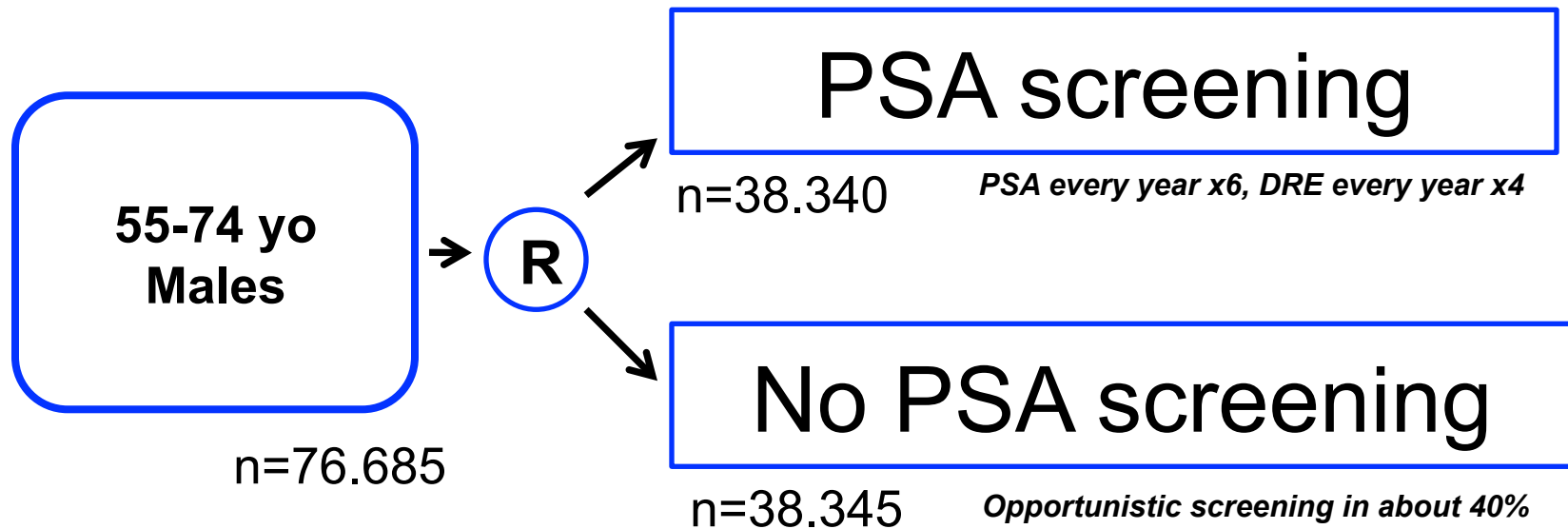


Variable	PSA	No PSA	Rate ratio
No PrCa Biopsy	76%		
False positive	13%		
PrCa detection*	6.963 (9.6%)	5396 (6.0%)	
PrCa Mortality*			29% reduction

PrCa: Prostate cancer

**NNS: 673 and 33 PrCa detected to save one life**

# PLCO – 13 years follow-up

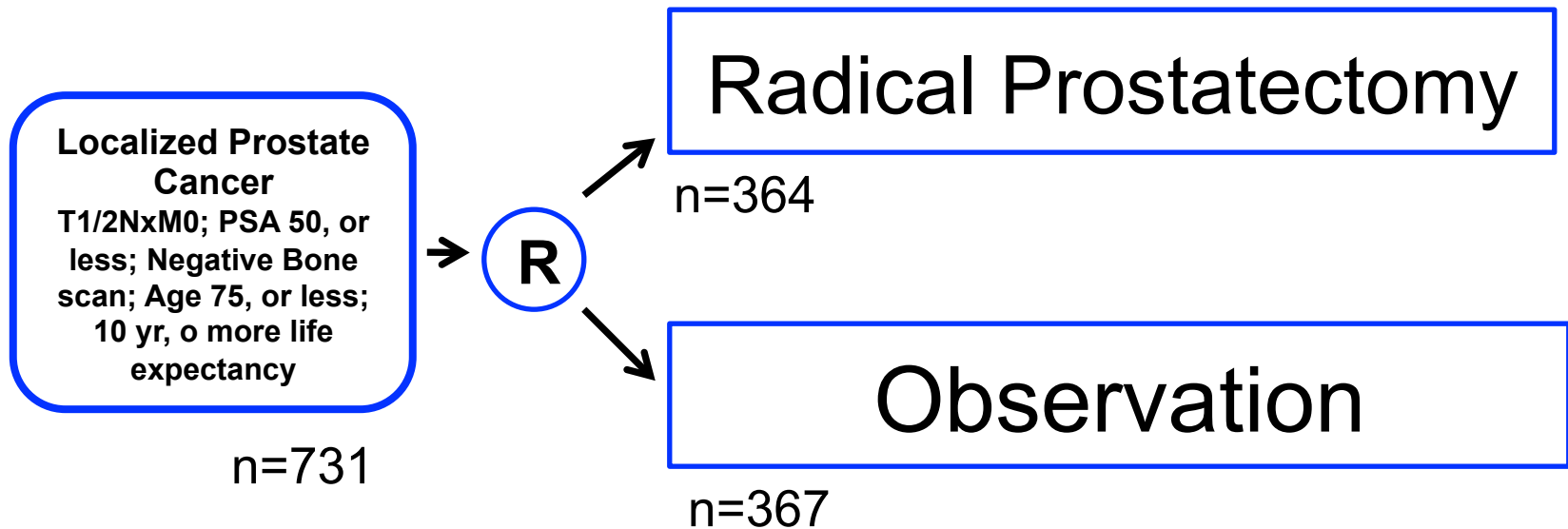


Variable	PSA	No PSA	RR
PrCa detection*	4250 (9.6%)	3815 (6.0%)	1.12
PrCa Mortality*	3.7/10.000 py	3.4/10.000 py	1.09 (NS)

PrCa: Prostate cancer

*After 13 years of follow-up, there was no evidence of a mortality benefit for organized annual screening in the PLCO trial compared with **opportunistic screening**, which forms part of usual care, and there was no apparent interaction with age, baseline comorbidity, or pretrial PSA testing.*

# PIVOT – 10 year follow-up



Variable	Rad Pro	Observation	HR
Death*	171 / 364	183 / 367	0.88 (NS)
PrCa Mortality*	5.8%	8.4%	0.66 (NS)

Rad Pro: Radical prostatectomy, PrCa: Prostate cancer. NS: No statistical significant difference

**Least likely to benefit from surgery (p=0.07):**  
 D’Amico Lpw-Risk patients (Stage T1c, T2a and PSA level < or =10 ng/mL and Gleason score < or =6).

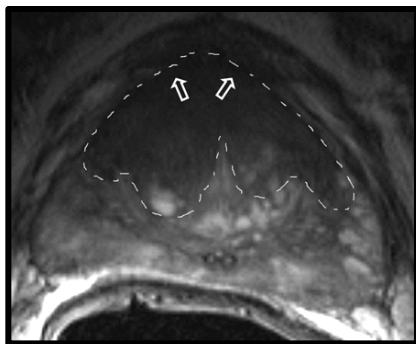
**Least likely to benefit from observation (p=0.04):**  
 PSA > 10 ng/mL

*“Among men with localized prostate cancer detected during the early era of PSA testing, radical prostatectomy did not significantly reduce all-cause or prostate-cancer mortality, as compared with observation, through at least 12 years of follow-up. Absolute differences were less than 3 percentage points”*

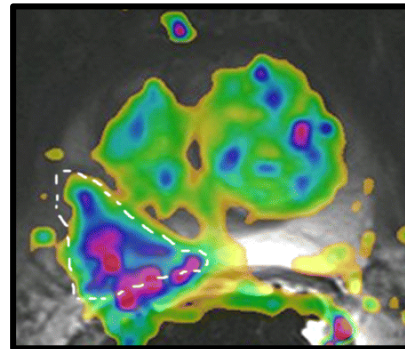
# Multiparametric MRI for prostate cancer localization, staging and follow-up

## Multiparametric MRI

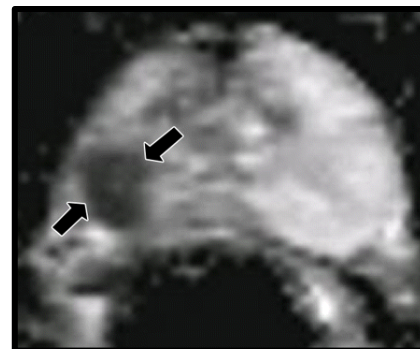
- 1 Multiparametric MR imaging of the prostate consists of the combination of T1- and T2-weighted anatomic imaging...
- 2 ...and functional MR techniques, including diffusion-weighted (DW) imaging, dynamic contrast-enhanced imaging, and MR spectroscopic imaging
- 3 Promising, but not standardized
- 4 Could prove VERY useful in Low-Risk PrCa in Observation



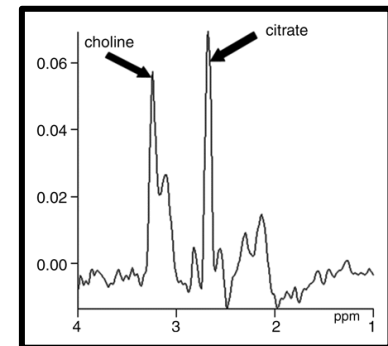
*T2-weighted*



*Diffuse-weighted*



*Dynamic contrast-enhanced*



*MR spectroscopy*

# Conclusión – Tamizaje y Cáncer de próstata no metastásico

Reflejan mi opinión personal

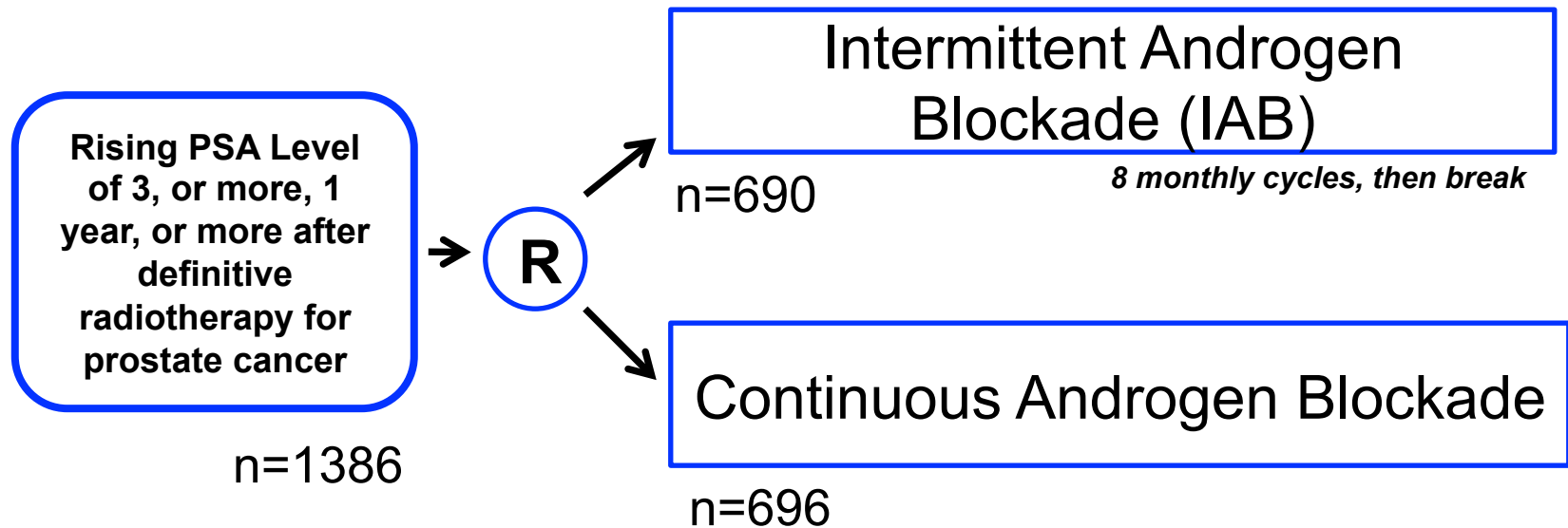
## Tamizaje

- Nadie puede negar que en los países con alto acceso a PSA ha habido una reducción en la mortalidad por cáncer de próstata
- El PLCO demuestra que un tamizaje excesivo (una vez cada año, empezando a los 55), probablemente sea una exageración
- El ERSPC demuestra una reducción modesta en la mortalidad con tamizaje menos agresivo
- **Seguiré tamizando con PSA, pero con menos entusiasmo, y luego de informar al paciente de la controversia**

## Prostatectomía radical

- **El PIVOT demuestra que la prostatectomía es esencialmente irrelevante para la supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata**
- Se puede recomendar observación a TODOS los pacientes, particularmente aquellos que tengan un T1/2, PSA menor de 10 y Gleason menor de 6 (sin ningún 4 o 5)
- La estrategia de seguimiento probablemente incluya PSA y RM multiparamétrica 2-4 veces por año
- Considerar tratamiento cuando haya progresión: incremento del PSA, RM que muestre progresión a T3

# Intermittent Androgen Suppression for Rising PSA Level after Radiotherapy – 6.9 years follow-up



Variable	IAB	Continuous	HR
Death*	268	256	NS
Median survival	8.8 years	9.1 years	1.02 (NS)

IAB: Intermittent Androgen Blockade. NS: No statistical significant difference

## IAB

Better physical function, less fatigue, better libido and erectile function

**Prostate cancer-related deaths: 14.2%**

*“Intermittent androgen deprivation was noninferior to continuous therapy with respect to overall survival. Some quality-of-life factors improved with intermittent therapy”*



# IAB vs CAB vs “Nada” in asymptomatic chemical prostate cancer recurrence

- El estudio de Crook nos demuestra que poco ganamos con el bloqueo androgénico, continuo o intermitente, en pacientes con cáncer de próstata asintomáticos y con falla química luego de radioterapia
- No nos informa sobre la pregunta real: **podemos esperar con impunidad hasta que haya síntomas de enfermedad metastásica, o debemos continuar tratando el PSA**
- De todas maneras nos tranquiliza: podemos hacer tratamiento intermitente, o continuo... o, quizás, NADA (no lo recomiendo mientras existan abogados, o el estudio que seguramente demostrará que nada es tan bueno como algo, pero mejor!).
- Podemos llegar a la misma conclusión cuando partimos de un PSA de, digamos, 1000? – *I don't think so.*