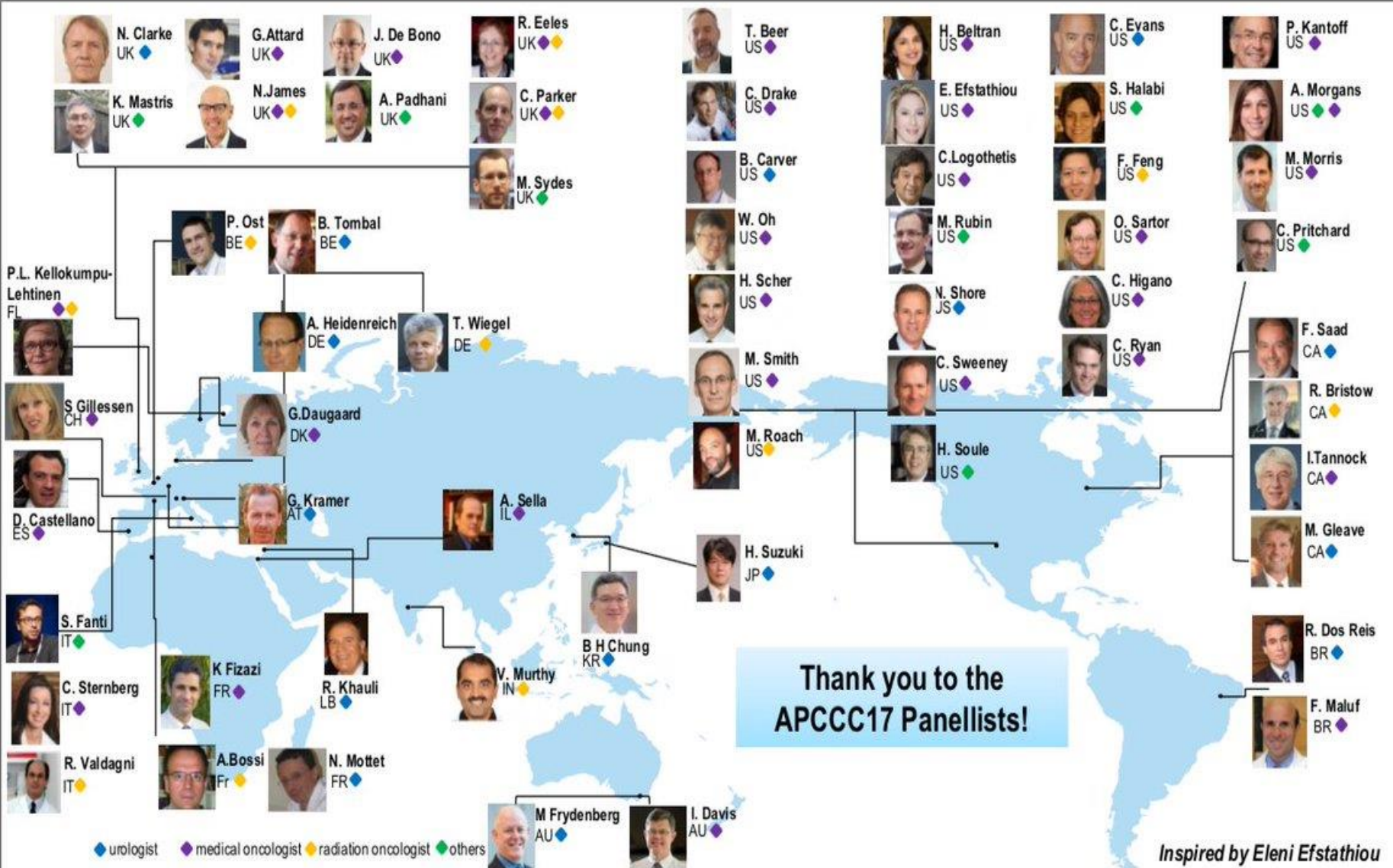




CÂNCER DE PRÓSTATA CONSENSO DE St Gallen 2017

Rodolfo Borges dos Reis
Livre-docente – FMRP USP
Uro-oncologia
Faculdade de Ribeirão Preto - USP



Thank you to the APCCC17 Panellists!

Inspired by Eleni Efstathiou

St Gallen 2017

Critérios para consenso:

- Todos os tratamentos disponíveis
- Métodos de imagem disponíveis
- Pacientes sem contra indicações
- Sem a alternativa de um “clinical trail”
- Pacientes metastáticos foram avaliados por CT, RM ou Cintilografia óssea

St Gallen 2017

- As informações geradas têm como objetivo ajudar os profissionais de saúde na avaliação multidisciplinar dos pacientes no processo de decisão compartilhada.
- Consenso foi obtido quando 75% dos votantes escolheram a mesma alternativa, excluindo-se os que se abstiveram ou se declararam “não qualificados”.

St Gallen 2017

CONSENSO

(áreas controversas, sem evidências claras)

X

GUIDELINE

(recomendações baseadas em evidência)

Pontos eleitos para o debate

1. Manuseio do CAP hormônio sensível
2. Manuseio do CPRC:
sequência/combinção
3. Utilização dos novos métodos de imagem
4. Assinatura molecular: Biomarcadores
teciduais e sanguíneos
5. Mutações somáticas e germinativas
6. Manuseio da doença localmente
avançada de alto risco

Pontos eleitos para o debate

7. Doença oligo-metastática e oligo-progressiva
8. Efeitos colaterais das terapias sistêmicas:
9. Cuidados paliativos
10. Acesso global as novas medicações em países com recursos limitados

*****150 QUESTÕES**

St Gallen 2017

Doença localizada / localmente
avançada

St Gallen 2017

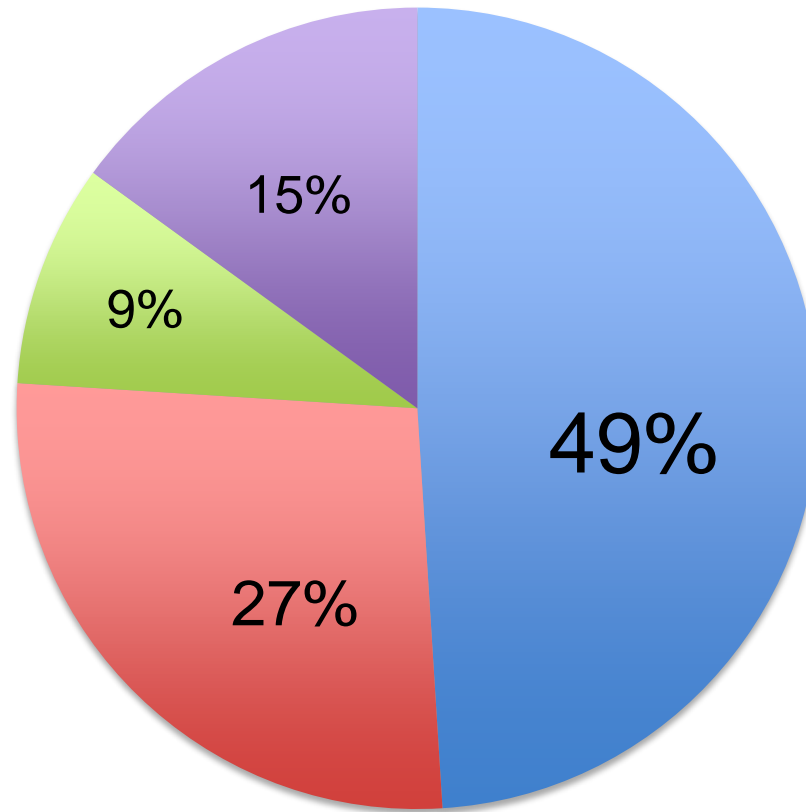
Qual o número de linfonodos que devem ser ressecados na PR de um paciente portador de CAP de alto risco ?

1. <5
2. 5-10
3. 11-19
4. >20
5. Abstenção
6. Não qualifico

St Gallen 2017

Número de linfonodos

1. <5
2. 5-10
3. 11-19
4. >20
5. Abstenção
6. Não qualifico



76% > 11 LINFONODOS

St Gallen 2017

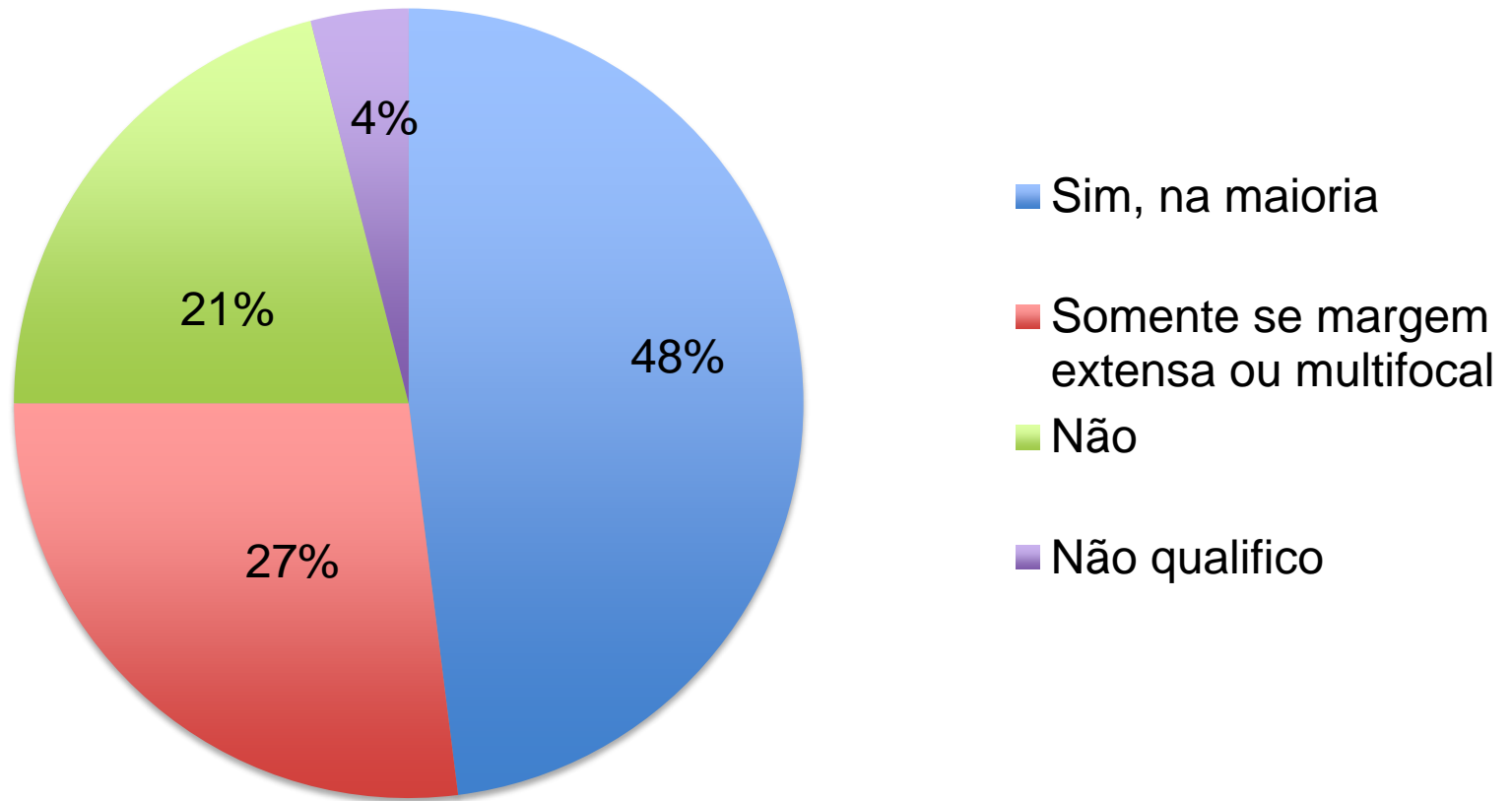
Paciente submetido a PR, sem acometimento linfonodal (pN0), margem (+), continente, com PSA indetectável no pós operatório.

Recomendação de RTX adjuvante:

1. Sim, na maioria dos casos
2. Somente se margem extensa ou multifocal
3. Não
4. Abstenção
5. Não qualifico

St Gallen 2017

RTX adjuvante



**Mais estudos necessários

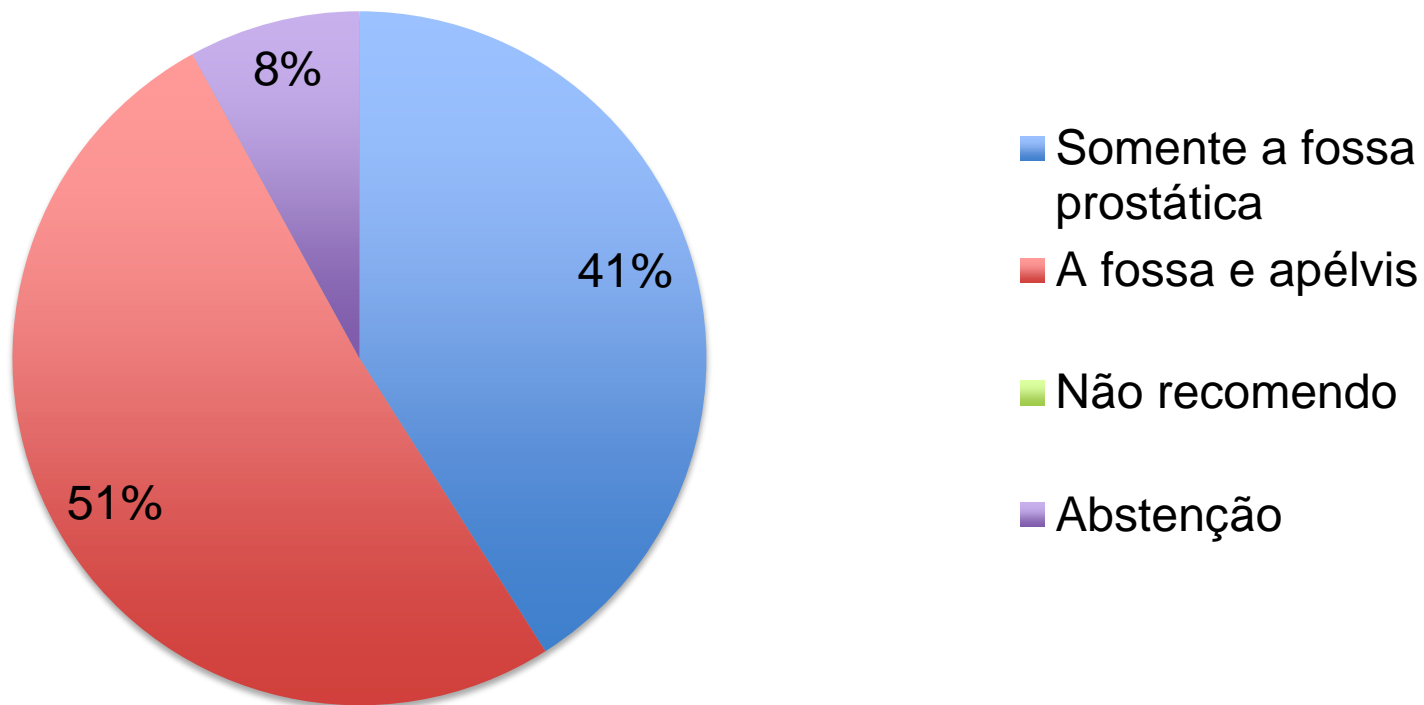
St Gallen 2017

Em caso de recomendação da RTX, qual o campo a ser irradiado?

1. Fossa prostática
2. Fossa prostática e a pélvis
3. Não recomendo RTX
4. Abstenção
5. Não qualifico

St Gallen 2017

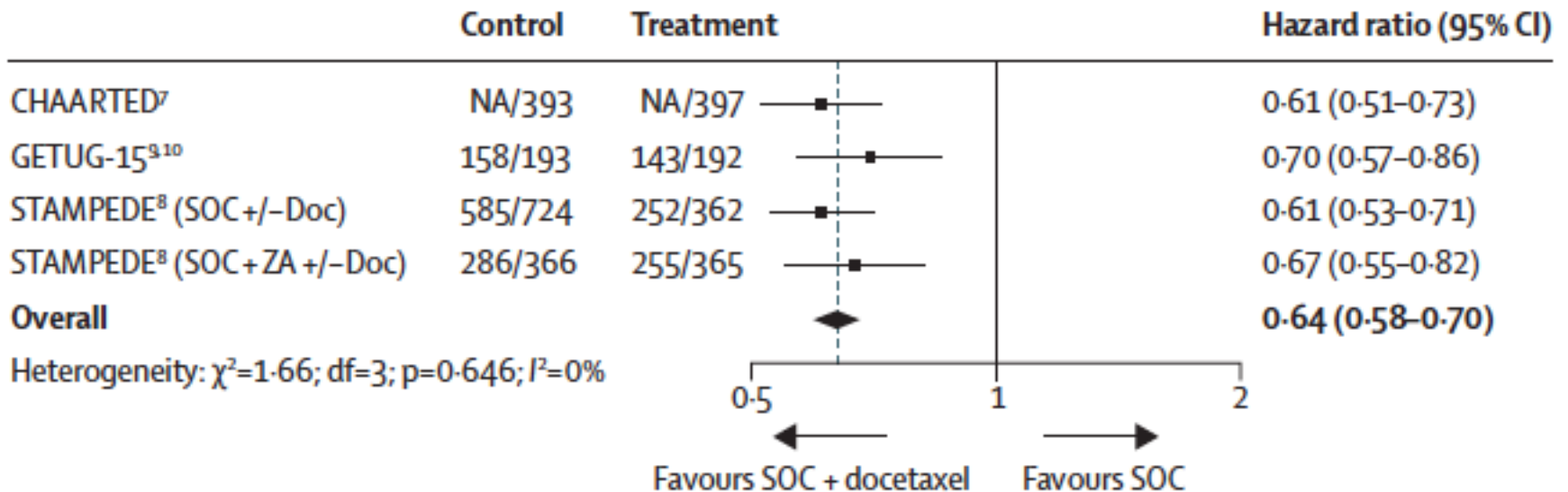
RTX ADJUVANTE



St Gallen 2017

Doença sensível a castração

QTX + TDA: Meta-análise



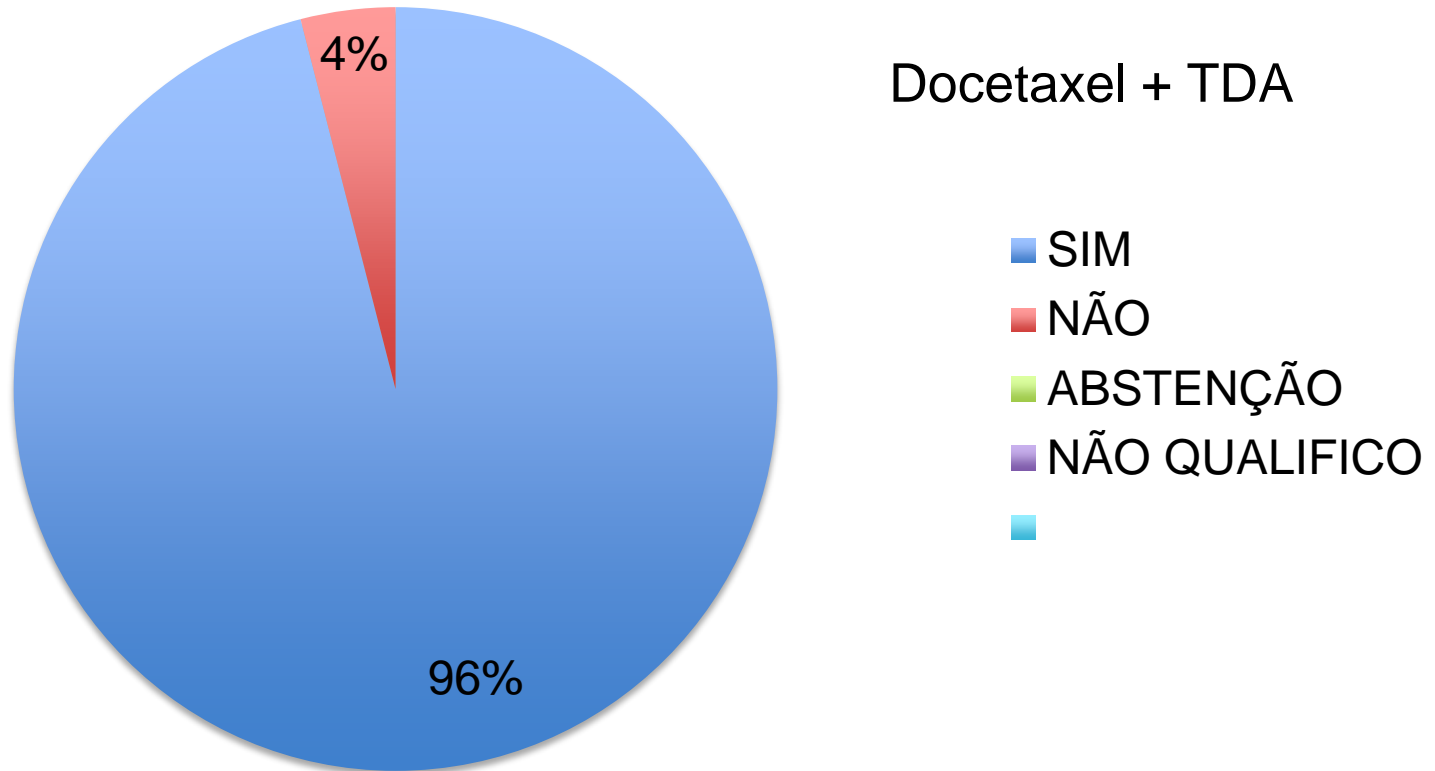
A adição de Docetaxel a TDA deve ser considerada a nova terapia padrão nos pacientes portadores de doença metastática virgem de tratamento hormonal.

St Gallen 2017

Você recomenda a combinação Docetaxel + TDA para os pacientes com doença metastática de doença de alto volume (CHAARTED – meta visceral e/ou ≥ 4 lesões ósseas com 1 ou + fora do dos corpos vertebrais e pelvis) não submetidos a HTX.

1. Sim, na maioria dos casos
2. Na minoria dos dos casos
3. Não
4. Abstenção
5. Não qualifico

St Gallen 2017



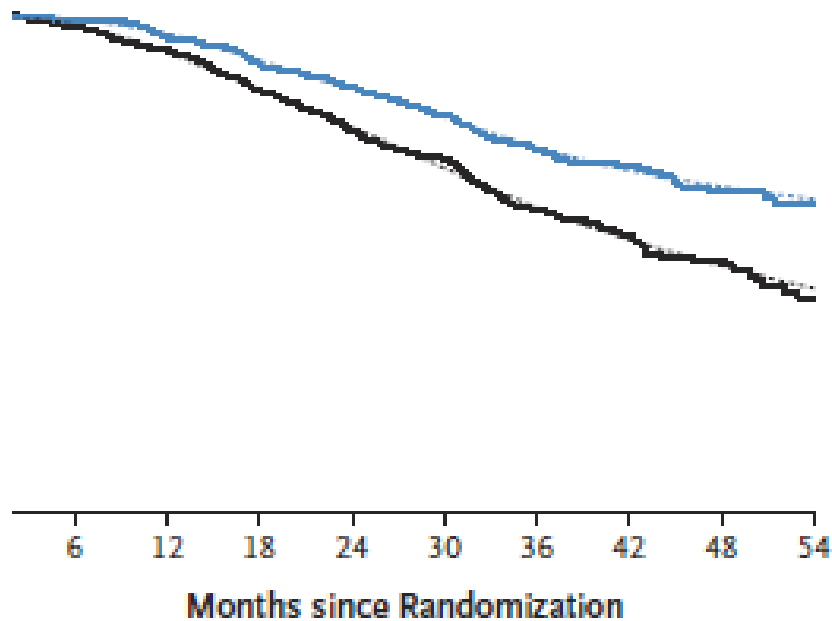
Sem dado do estudo Latitude 03/2017

Consenso também foi obtido que não se deve utilizar Docetaxel nos pacientes N0 M0 com recidiva bioquímica: 90%

STAMPEDE – ABIRATERONA (BRAÇO G) - Eficácia

Sobrevida Global

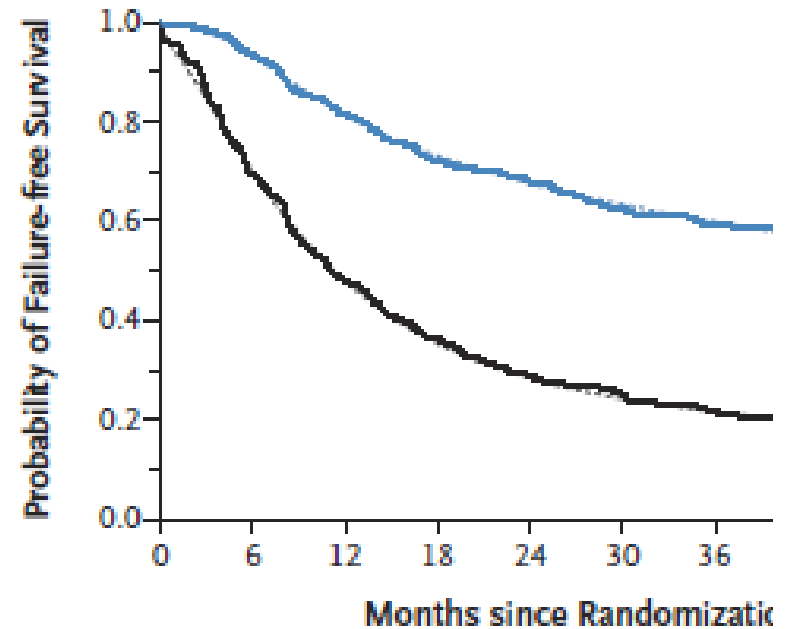
A Overall Survival in Patients with Metastatic Disease



| | | | | | | | |
|------|-----|------|-----|------|-----|------|----|
| (22) | 469 | (50) | 415 | (57) | 256 | (18) | 81 |
| (35) | 460 | (80) | 371 | (73) | 215 | (23) | 60 |

Sobrevida Livre de Falha

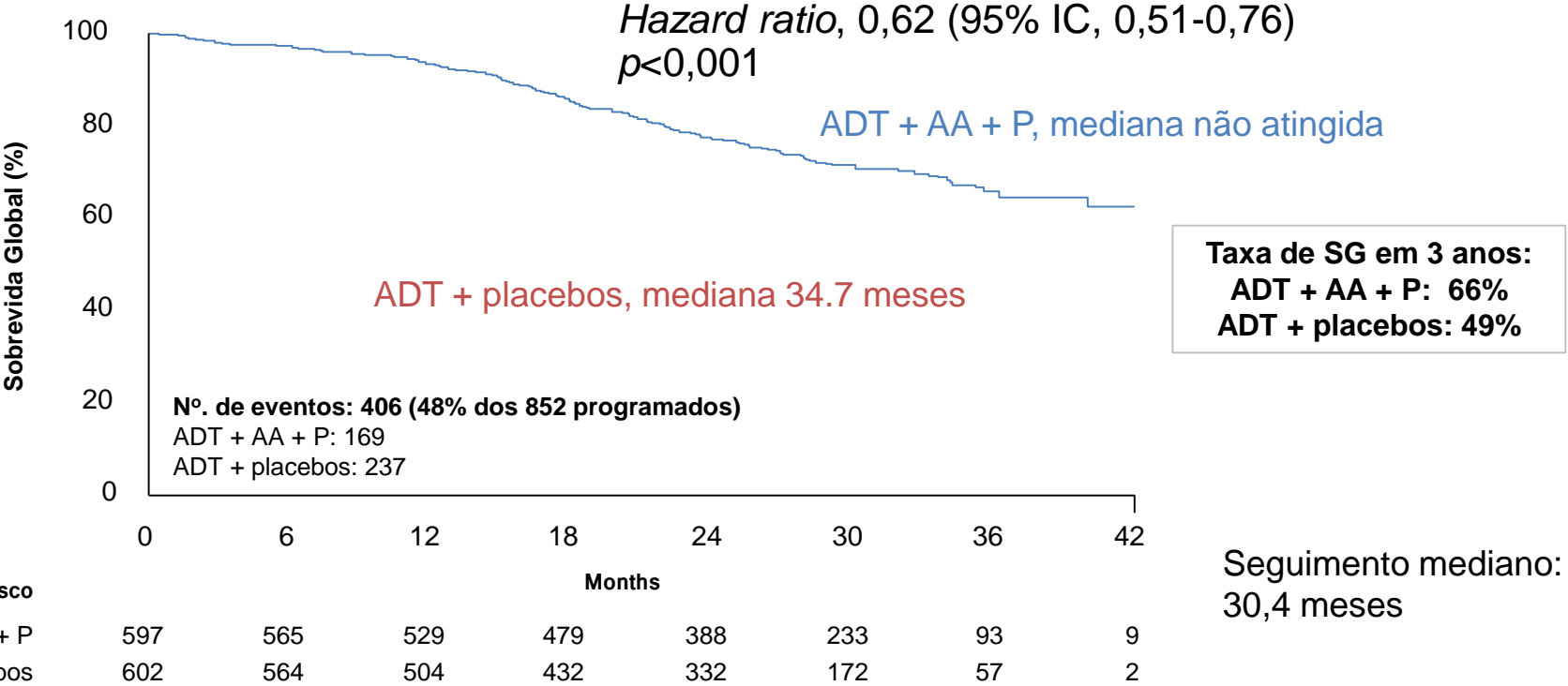
D Failure-free Survival in Patients with Metastatic Disease



| No. of Patients (no. of treatment-failure events) | | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|------|-----|------|-----|
| Combination therapy | 500 | (92) | 399 | (65) | 326 | (40) | 202 |
| ADT alone | 502 | (258) | 236 | (93) | 139 | (33) | 83 |

LATITUDE: Sobrevida Global

REDUÇÃO NO RISCO DE MORTE DE 38%



St Gallen 2017

| ESTUDO | DROGAS | |
|-----------|---|------------------------------------|
| LATITUDE | ADT +/- AA | ASCO 2017 / JUNHO |
| STAMPEDE | ADT +/- AA | ASCO 2017 / JUNHO |
| PEACE – 1 | ADT + DOC vs ADT + AA +/- DOC +/- RTX local | RECRUTANDO |
| STEMPEDE | ADT +/- AA + ENZ | FECHADO/ RESULTADO EM 3 ANOS |
| SWOG-1216 | ADT + ENZ VS ADT + BIC | RECRUTANDO/2027 |
| ENZAMET | ADT + ENZ vs ADT + ANTIANDROGÊNIO | RECRUTANDO/2020 |
| TITAN | ADT +/- APA | RECRUTANDO/ 2021 |
| ARCHESA | ADT +/- ENZ | RECRUTANDO/2023 |
| ARASENS | ADT + DOC +/- ODM- | RECRUTANDO/2022 |

IX Curso Internacional de URO-ONCOLOGIA

Paciente metastático de alto volume,
"hormone naive", qual o melhor tratamento?

1. Docetaxel + TDA?
2. AA + TDA?
3. TDA
4. Abstenção
5. Não qualifico

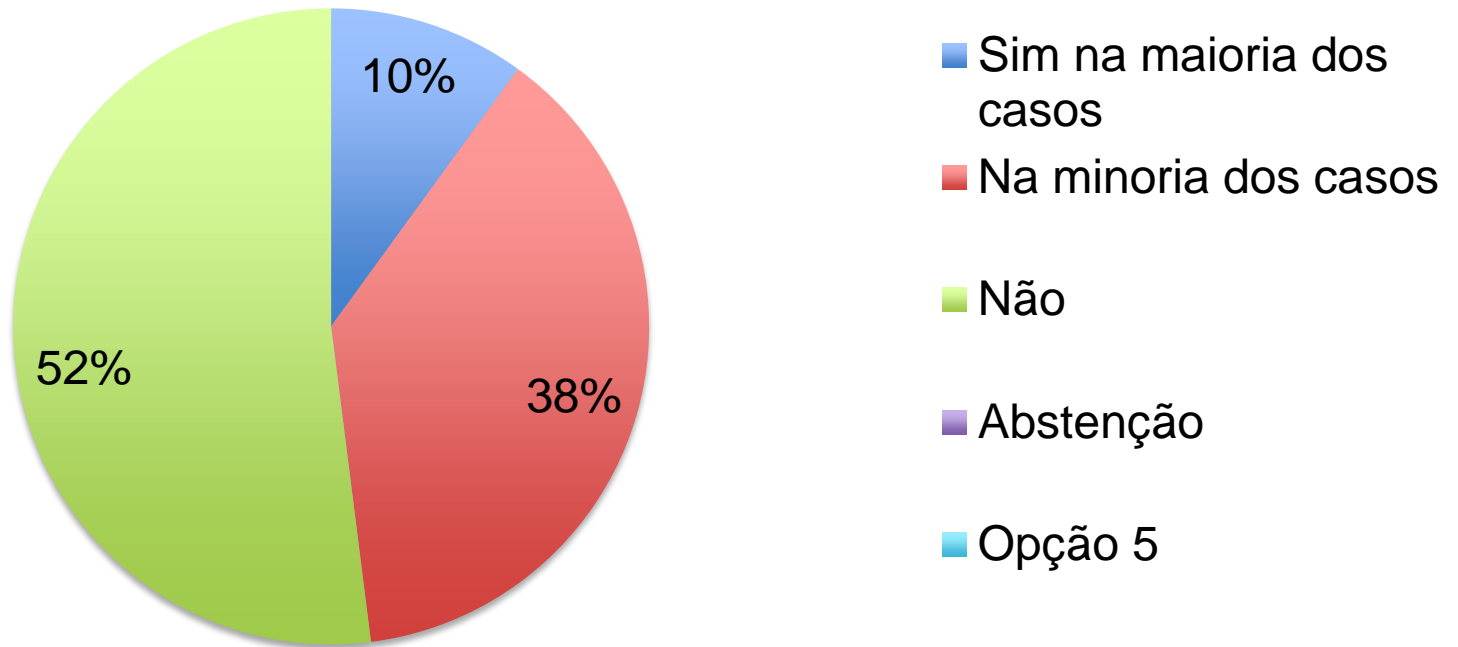
St Gallen 2017

Nos pacientes com CAP metastático de alto volume, sem sintomas urinários, você indicaria o tratamento do tumor primário?

1. Sim, na maioria dos casos
2. Na minoria dos dos casos
3. Não
4. Abstenção
5. Não qualifico

St Gallen 2017

Tratamento do tumor primário no paciente metastático



St Gallen 2017

Biomarcadores

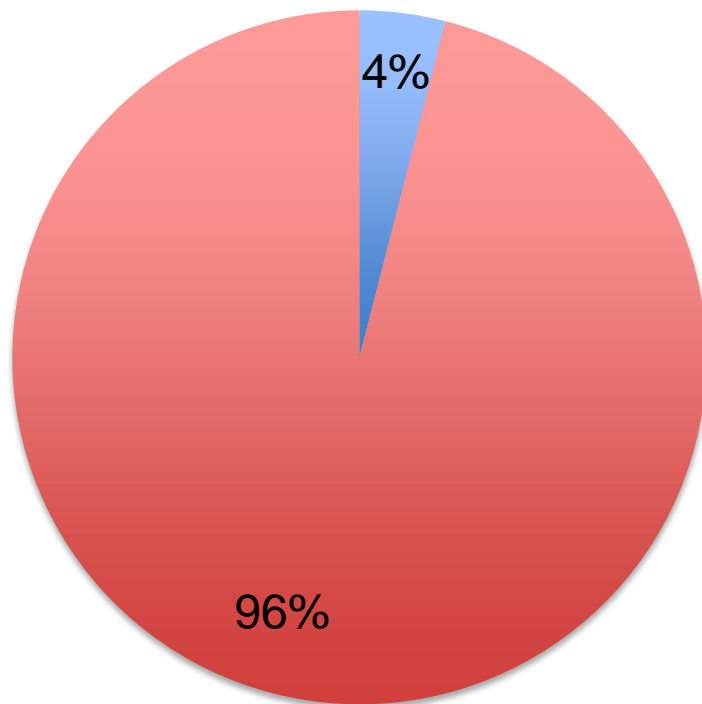
St Gallen 2017

Devemos utilizar o AR-V7, na nossa prática diária, para direcionar a terapia a ser escolhida nos pacientes portadores de mCRPC?

1. Sim
2. Não
3. Abstenção
4. Não qualifico

St Gallen 2017

AR-V7



- Sim
- Não
- Abstenção
- Não qualifco

St Gallen 2017

DOENÇA OLIGO-METASTÁTICA

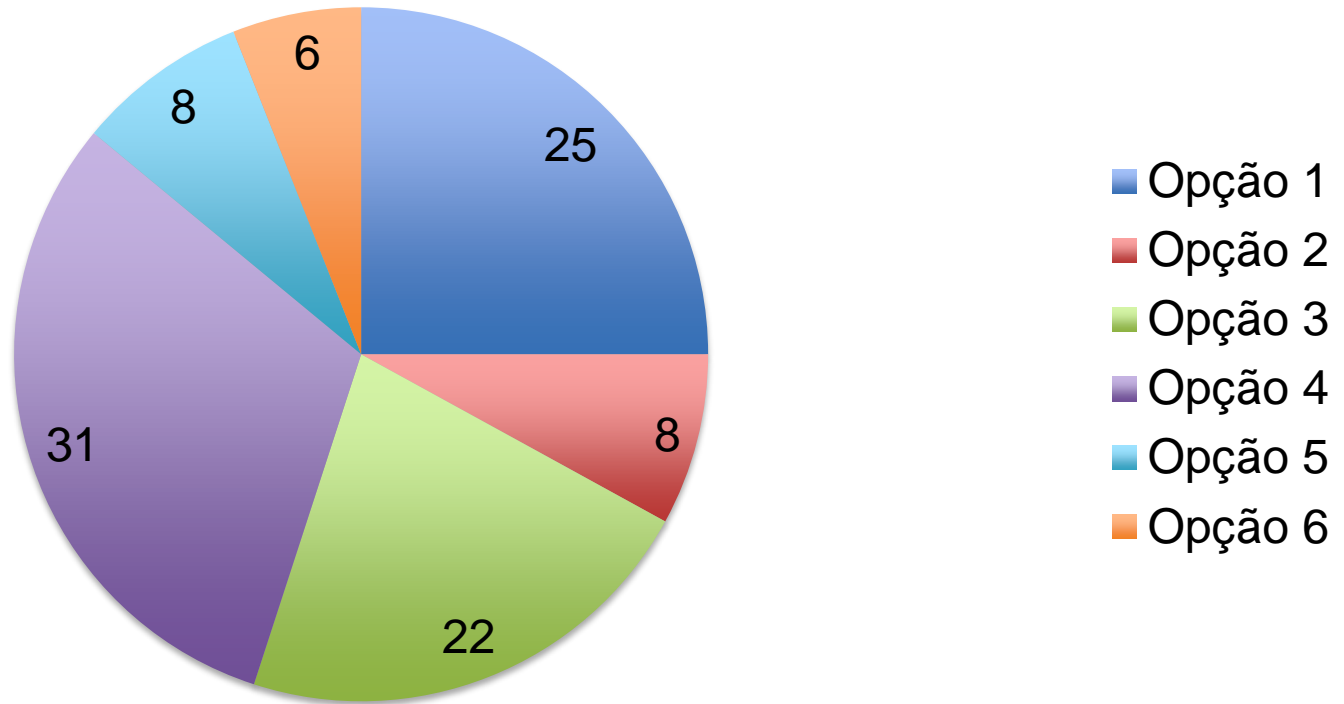
St Gallen 2017

Qual o tratamento recomendado para os pacientes diagnosticados com doença oligo-metastática?

1. TDA para a vida toda +/- Docetaxel
2. Tratamento do tumor primário e das lesões metastáticas, sem TDA ou Docetaxel
3. Tratamento do tumor primário e das lesões metastáticas + TDA 6-12 meses +/- Docetaxel
4. Tratamento do tumor primário e das lesões metastáticas + TDA 24-36 meses +/- Docetaxel
5. Tratamento do tumor primário e das lesões metastáticas + TDA para a vida toda +/- Docetaxel
6. Abstenção
7. Não qualifício

St Gallen 2017

Tratamento do paciente oligometastático



69% escolheram alguma opção que incluiu o tratamento do tumor primário

St Gallen 2017

PAÍSES COM RECURSOS ESCASSOS

St Gallen 2017

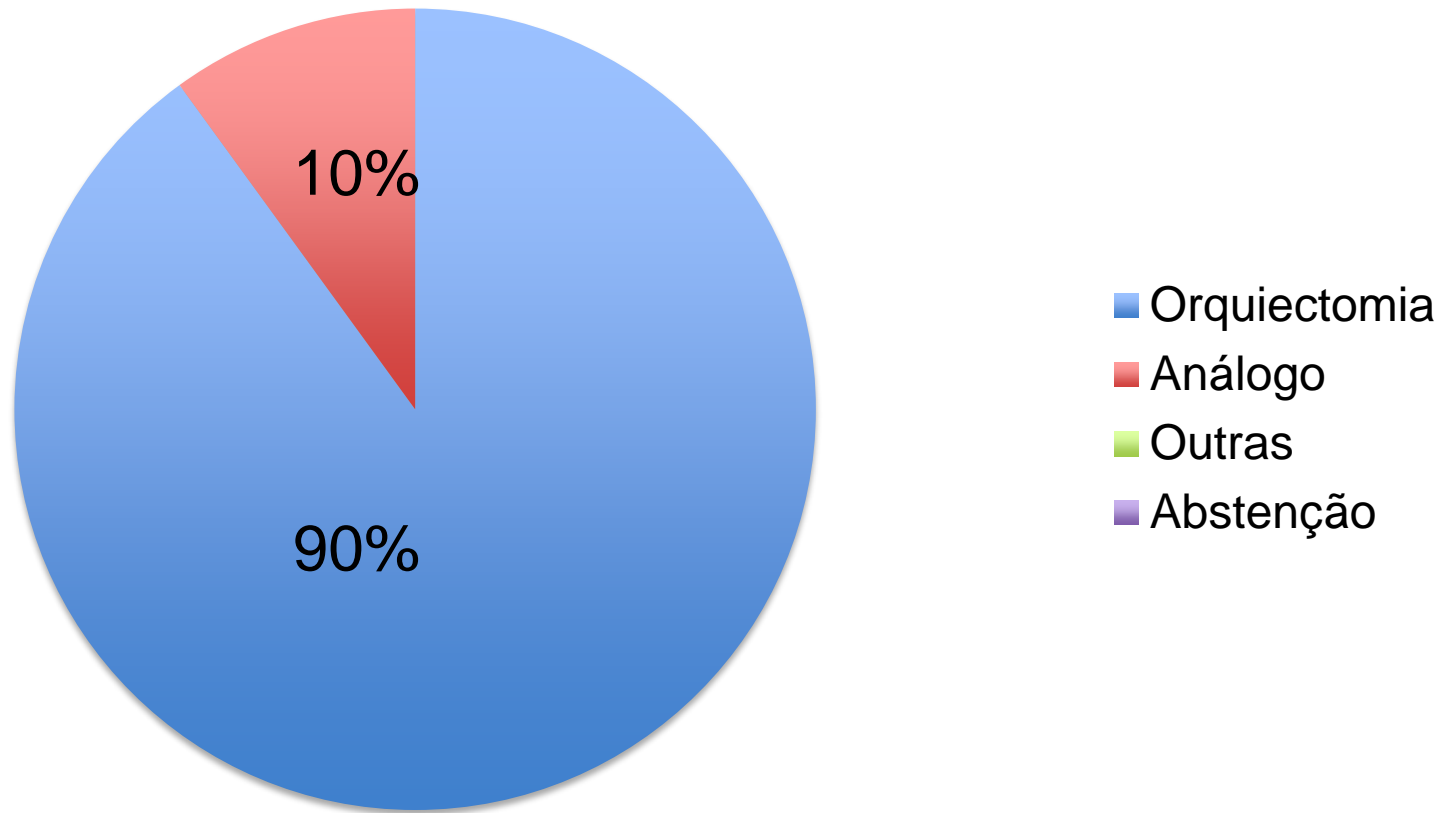
Países com pouco recursos:

Qual a melhor opção para realizar a castração nos pacientes portadores de mCAP “hormone naive”?

1. Orquiectomia
2. Análogos de LH-RH
3. Antagonista de LH-RH
4. Abstenção
5. Não qualifico

St Gallen 2017

mCAP



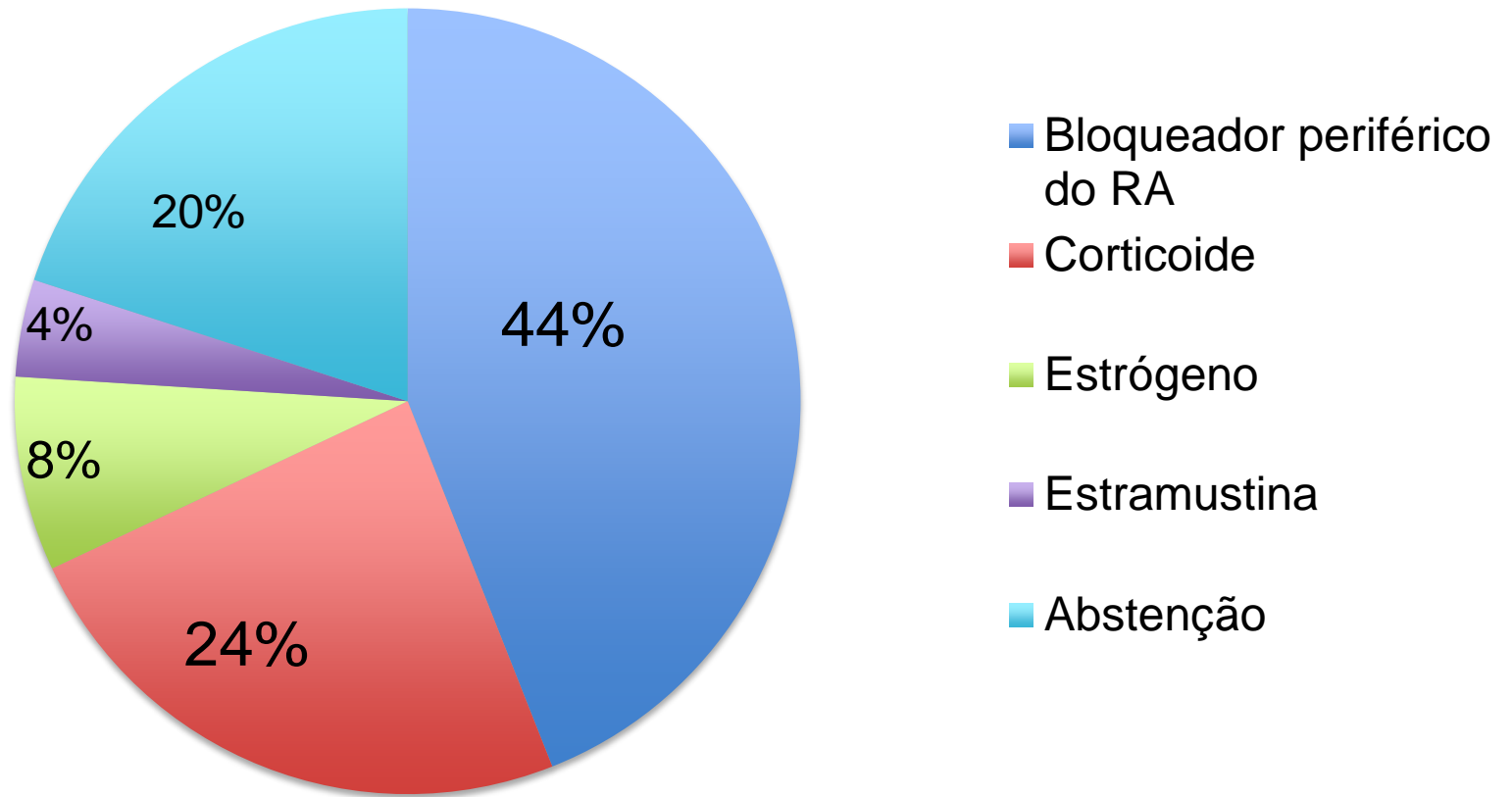
St Gallen 2017

Qual a melhor terapia de segunda linha para pacientes portadores de mCPRC, em países com recursos escassos:

1. Bloqueador do receptor androgênio
2. Corticoide
3. Estrógeno
4. Estramustina

St Gallen 2017

mCPRC



IX Curso Internacional de URO-ONCOLOGIA

Paciente portador de M0 CPRC, com tempo de duplicação de 4 meses, você iniciaria terapia de segunda linha?

1. Sim, na maioria dos pacientes
2. Não
3. Abstenção
4. Não qualifico

IX Curso Internacional de URO-ONCOLOGIA

Se sim, que droga escolheria?

1. Bloqueador periférico do RA
2. Apalutamida
3. Enzalutamida
4. Qualquer uma

St Gallen 2017

Consenso:

Doença localizada de alto risco:

- Linfadenectomia

Doença metastática sensível a castração:

- TDA + Docetaxel nos pacientes portadores de doença de alto volume
- Não prescrever TDA ou Docetaxel para os pacientes N0 M0

St Gallen 2017

Consenso:

- mCPRC: Abiraterona ou Enzalutamida são a primeira escolha para os pacientes assintomáticos
- Os taxanos estão indicados para os pacientes sintomáticos que apresentaram progressão da doença após o uso de Abiraterona ou Enzalutamida

St Gallen 2017

Sem consenso:

- RTX Adjuvante vs RTX de salvação após a PR
- Doença oligo-metastática
- Docetaxel + TDA nos pacientes portadores de doença metastática de baixo volume
- Tratamento do tumor primário no paciente metastático
- Uso dos novos métodos de imagem

Platinum Priority – Prostate Cancer

Editorial by Megan E.V. Caram and David C. Miller on pp. 212–214 of this issue

Management of Patients with Advanced Prostate Cancer: The Report of the Advanced Prostate Cancer Consensus Conference APCCC 2017

Silke Gillessen, et al, Eur Urol, 2017.

****** III APCCC, AGOSTO DE 2019, NA BASILÉIA**



OBRIGADO

Rodolfo Borges dos Reis

Prof. Livre-docente

Uro-oncologia

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

rodolforeis@fmrp.usp.br

St GALLEN 2017

Consenso:

Doença localizada de alto risco:

- Linfadenectomia

Doença metastática sensível a castração:

- TDA + Docetaxel nos pacientes portadores de doença de alto volume
- Não prescrever TDA ou Docetaxel para os pacientes N0 M0

St GALLEN 2017

Consenso:

- mCPRC: Abiraterona ou Enzalutamida são a primeira escolha para os pacientes assintomáticos
- Os taxanos estão indicados para os pacientes sintomáticos que apresentaram progressão da doença após o uso de Abiraterona ou Enzalutamida

St GALLEN 2017

Sem consenso:

- RTX Adjuvante vs RTX de salvação após a PR
- Doença oligo-metastática
- Docetaxel + TDA nos pacientes portadores de doença metastática de baixo volume
- Tratamento do tumor primário no paciente metastático
- Uso dos novos métodos de imagem

**Management of Patients with Advanced Prostate Cancer:
The Report of the Advanced Prostate Cancer Consensus
Conference APCCC 2017**

Silke Gillessen, et al, Eur Urol, 2017.

****** III APCCC, AGOSTO DE 2019, NA BASILÉIA**



CÂNCER DE PRÓSTATA



OBRIGADO

Rodolfo Borges dos Reis

Prof. Livre-docente

Uro-oncologia

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

rodolforeis@fmrp.usp.br

St GALLEN 2017

Manuseio da doença localmente avançada de alto risco:

Você recomendaria linfadenectomia nos pacientes portadores de CAP de alto risco cN0 cM0

1. Sim, na maioria dos pacientes
2. Na minoria dos pacientes
3. Não
4. Abstenção
5. Não qualificado para responder

St GALLEN 2017

Linfadenectomia: CAP alto risco cN0 cM0

