

TNM del càncer de pròstata: Visió de l'Oncòleg Radioteràpic

F. Casas

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

1. Introducció

- ❑ La prostatectomia radical en series molt seleccionades, en series seleccionades i en “series” te una incidència de marges afectes (marges afectes positius i/o afectació extracapsular i/ afectació de seminals) del 17%, 35% i > 50%, respectivament.
- ❑ Factors patològics de mal pronòstic (**FPMP**) són indicadors de mort pel càncer de pròstata (**CP**).

2. Què es pot fer en el postoperatori del CP amb FPP? (I)

- ❑ La RDT postoperatoria és l'únic tractament amb possibilitats guaridores.
- ❑ La seva indicació té l'evidència màxima (3 estudis fase III).
- ❑ La indicació de RDT postoperatoria es basa en **FPMP** com marges positius (**MP**), afectació extracapsular (**AE**) i infiltració de vesícules seminals (**IVS**).

Collette L et al. Patients at risk of progression after radical prostatectomy: Do they all benefit from immediate post-operative irradiation?. (EORTC trial 22911). Eur Jour 2005\$1: 2662-72.

3. Estudis fase III (I)

- ❑ Aleatorització 972 pacients en RD immediata (**RDTI**) 3 mesos rere cirurgia si FPP fins 60 Gy versus 70 Gy davant progressió (**RDTR**).
- ❑ Major supervivència lliure de progressió bioquímica (**SLRB**), estadísticament significativa, del grup que va rebre **RDTI** amb < dosis que **RDTR** amb dosis majors.
- ❑ No revisió patològica centralitzada i benefici, sense diferències, en els 3 grups de **FPMP**.

Bolla M et al. Résultats préliminaires de l'essai EORTC 22911: prostatectomie radicale suivie ou non de radiothérapie postoprtartroie, dans les cancers de la prostate. Cancer Radiother 207;11:363-9.

3. Estudis fase III (II)

- ❑ Revisió centralitzada en el 45% dels pacients.
- ❑ Concordança entre patòleg central i locals en 94% en **IVS**, en 57,5% en **AE**, i 64,9% en **MP**.
- ❑ Persisteix el benefici de la **RDTI** de forma significativa només en els casos dels **MP**.
- ❑ Benefici de RDTI tant quan el **MP** és apical com quan és lateral.

Van der Kwast TH, et al. Impact of pathology review of stage and margin status of radical prostatectomy specimens. *Virchows Arc* 2006;449:428-34.

3. Estudis fase III (III)

- ❑ Estudi aleatoritzat alemany amb 268 pacients estadi pT3 de **CP**.
- ❑ Revisió centralitzada per 2 patòlegs.
- ❑ Valoració de **RTDI** en casos que tenen a més PSA postoperatori < 0,1 ng /ml.
- ❑ Benefici del 18% en la **SLRB** amb la **RDTI**.

Wiegel T et al. Phase III postoperative adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy compared with radical prostatectomy alone in pT3 prostate cancer with postoperative undetectable prostate –specific antigen. ARO96/AUO ap 09/95.

3. Estudis fase III (IV)

- ❑ Estudi aleatoritzat americà de 425 pacients entre **RDTI** i no irradiació amb mediana de seguiment de 12,5 anys.
- ❑ Una tercera part de cada grup amb PSA > 0,2 ng/ml.
- ❑ Posteriorment 70 pacients del grup control reberen **RDTR**.
- ❑ Revisió centralitzada amb 95% concordança amb les locals.
- ❑ Milloria significativa en la supervivència lliure de metàstasi (**SLM**) i en la supervivència total (**ST**).

Thompson IM et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3 NO Mo prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long term followup of a randomized clinical trial. Journal of Urology 2009;181:956-62.

3. Estudis fase III (V)

- ❑ Test d'interacció si factors pronòstics com PSA $< \acute{o} > 0,2$, Gleason $< \acute{o} > 7$, o **IVS** mostarva si alguna categoria d'aquestes no es beneficiava de la **RDTI**.
- ❑ En tots els casos la **RDTI** va ser beneficiosa. **PERÒ**
- ❑ El risc de metàstasi i mort per **CP** era $>$ en pacients que rebien **RDTI** amb PSA detectable que en aquells amb **RDTI** amb PSA indetectable.
- ❑ La **RDTI** aportava una mediana de benefici en **ST** de 1,7 anys de vida (comparar amb els 3 mesos que aporta taxotere en hormonoresistència)

Thompson IM et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3 NO Mo prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long term folowup of a randomized clinical trail. Journal of Urology 2009;181:956-62.

3. Estudis fase III (VI)

- ❑ La milloria de la **SLM** i de la **ST** en el grup amb **RDTI** respecte al grup control s'obtenia malgrat que 1/3 d'aquest rebé **RDTR** i/o tractament hormonal.
- ❑ La RDTI fins els 2 anys es produïa un empitjorament en la qualitat de vida (**QLQ**) respecte al grup control.
- ❑ Dels 3 anys en endavant la **QLQ** empitjorava de forma significativa en el grup control (progressió bioquímica , local ,tractament hormonal, metàstasi, etc.)

Thompson IM et al. Adjuvant radiotherapy for pathological T3 NO Mo prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long term folowup of a randomized clinical trail. Journal of Urology 2009;181:956-62.

4. Conclusions

- ❑ La **RDTI** en el **CP** postoperatori amb **FPMP** augmenta la **SLRB** en gairebé 20% en dos estudis fase III amb < 8 anys seguiment.
- ❑ La **RDTI** augmenta la **SLM** i la **ST** en 1 estudia aleatoritzat amb una mediana de 12,5 anys de seguiment.
- ❑ Demorar la **RDTI** fins que el PSA pugi augmenta el risc de metàstasi i mort en pacients amb **CP** amb **FPMP** postoperatoris.

5. Preguntes al patòleg

- ❑ El patòleg central del estudi primer divergia amb els locals que consideraven marges propers (a 1-2 mm) com afectes.
- ❑ Hi ha divergències significatives entre patòlegs al processar una peça de prostatectomia?.
- ❑ Quina significació creieu que tenen els marges propers?.