PROSTATECTOMÍA RADICAL en el cáncer prostático de alto riesgo





6 Marzo 2015

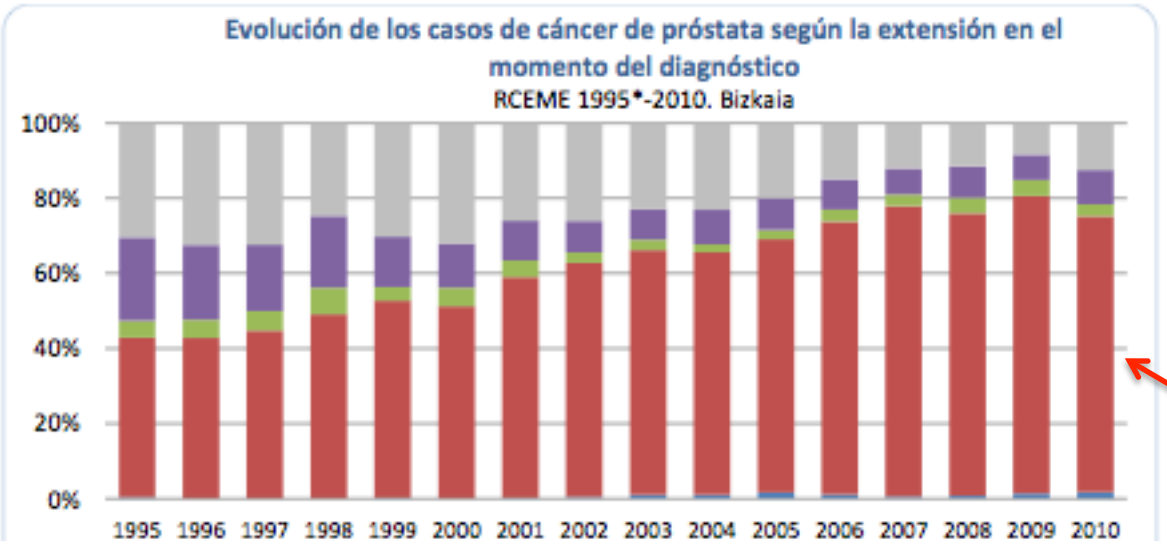
ENCUENTRO 3
BILBAOPRAXIS
2015 CANCER

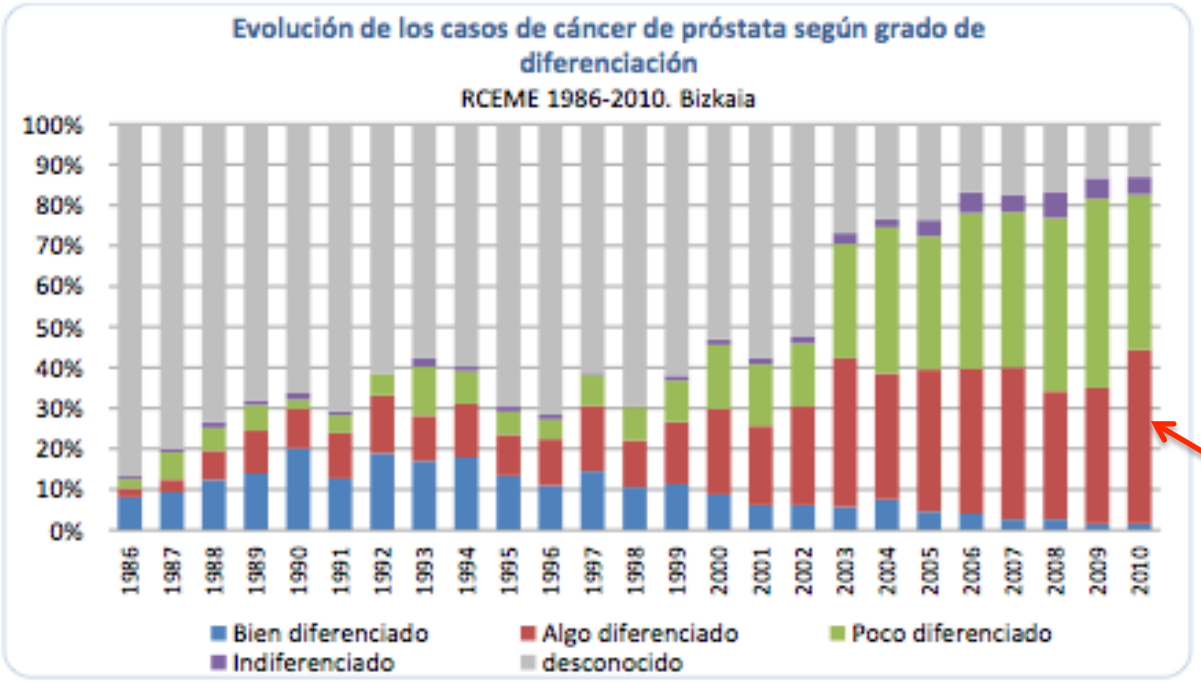


DR J.G. PEREIRA
Hospital Galdakao-Usánsolo
Clínica IMQ Zorrotzaurre



Escenario actual Ca próstata….





Ca Diseminados

Ca Locoregional

Ca localizados

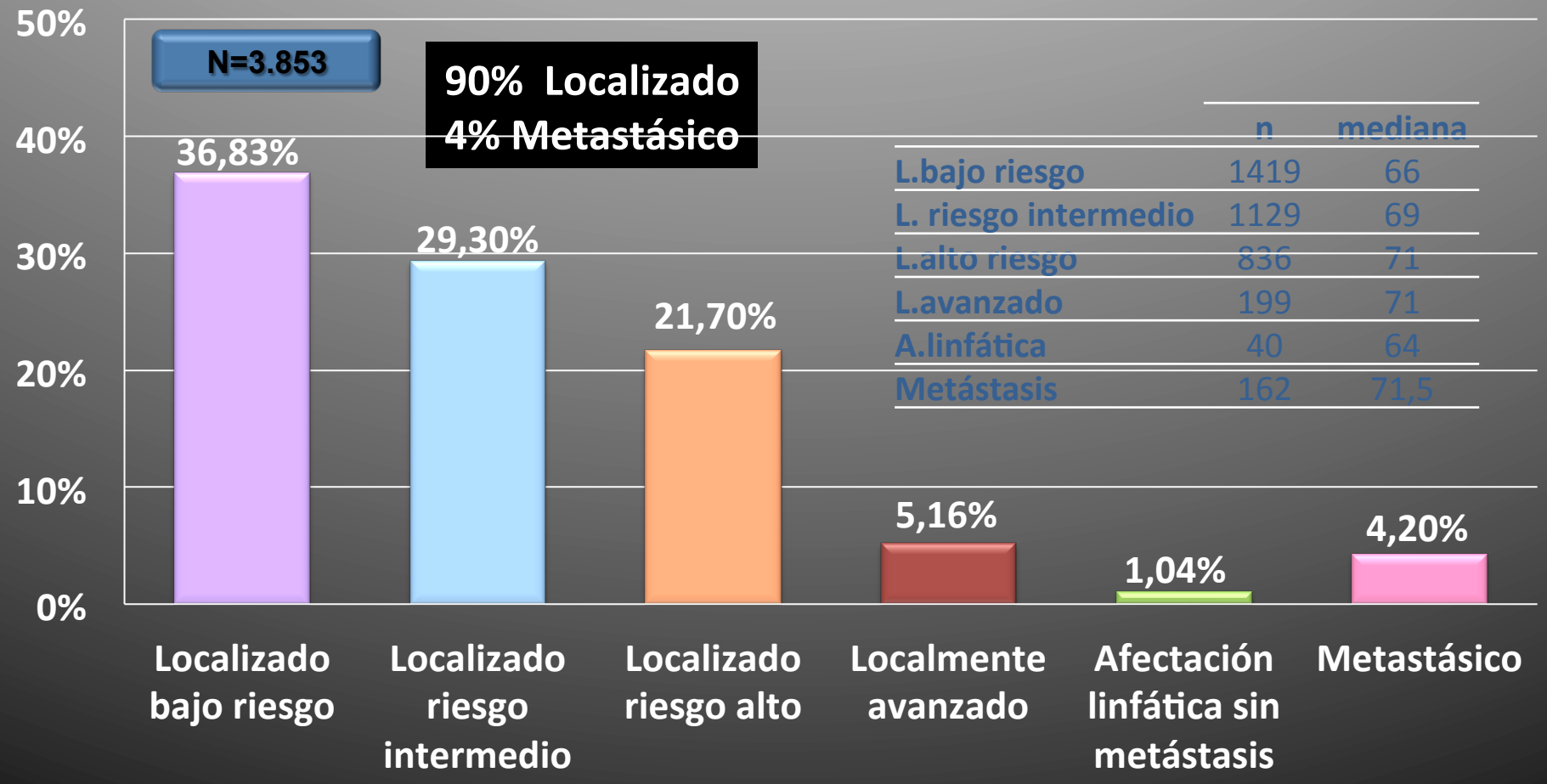
Alto grado

Grado intermedio

Bajo grado

Urología Clínica

Grupos pronósticos



	n	mediana
L.bajo riesgo	1419	66
L. riesgo intermedio	1129	69
L.alto riesgo	836	71
L.avanzado	199	71
A.linfática	40	64
Metástasis	162	71,5

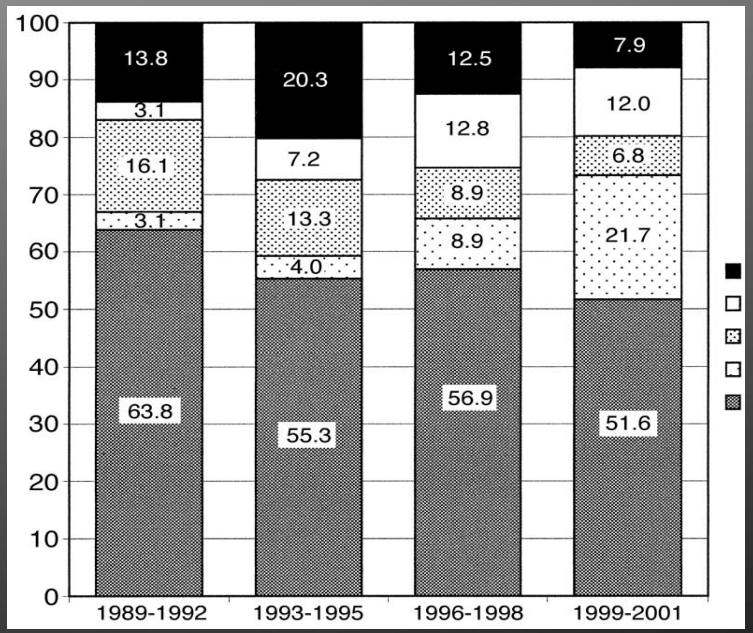
Escenario actual del CaP

80%
LOCALIZADOS

12%
Localmente avanzados

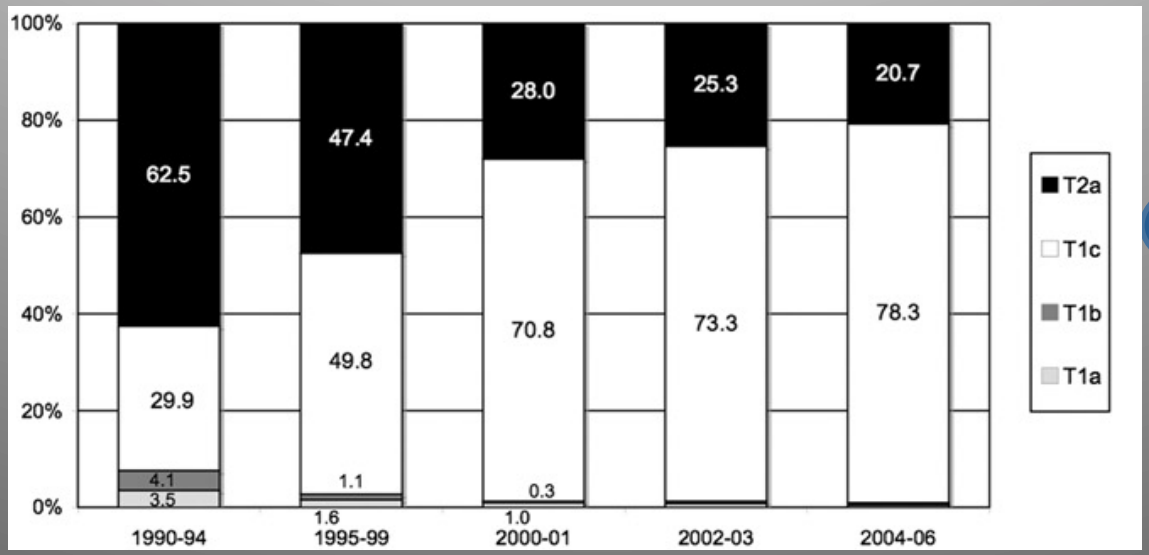
4%
Diseminados

50 % *Cirugía Radical*
13,3% *Braquiterapia*
11,6% *Radioterapia*
11,6% *Deprivación hormonal*
6,8% Vigilancia activa
4% Crioterapia, otras…



Urología Clínica

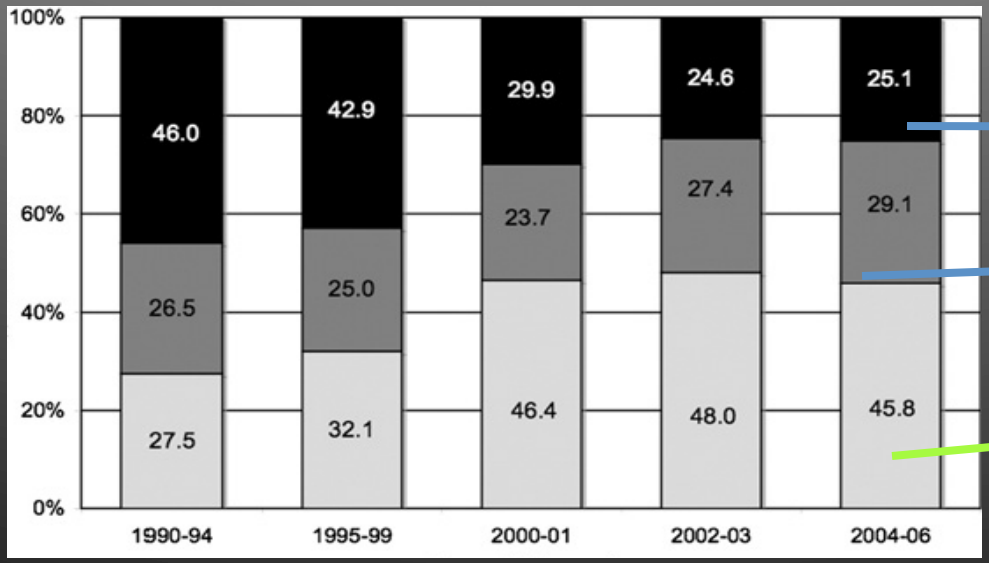
Escenario actual Ca próstata….



T2a

T1c

T1a,T1b



High risk

Moderate Risk

Low Risk

Contemporary Trends in Low Risk Prostate Cancer: Risk Assessment and Treatment
M R. Cooperberg, J M. Broering, P W. Kantoff , P R. Carroll, J Urol 2007;178(3)

Urología Clínica

Clasificación CaP localizados en grupos de riesgo

✓Bajo riesgo: T1c-T2a y/o PSA ≤ 10ng/ml y/o Gleason ≤ 6 .

✓Riesgo intermedio: *T2b-c y/o PSA 10-20 mg/ml y/o Gleason =7*

✓Alto riesgo: T3a y/o PSA > 20 ng/ml y/o Gleason > 8.



Urología Clínica

Clasificación CaP grupos de riesgo

- Grupos de riesgo de D' Amico (Cancer. 2002;95:281-6):

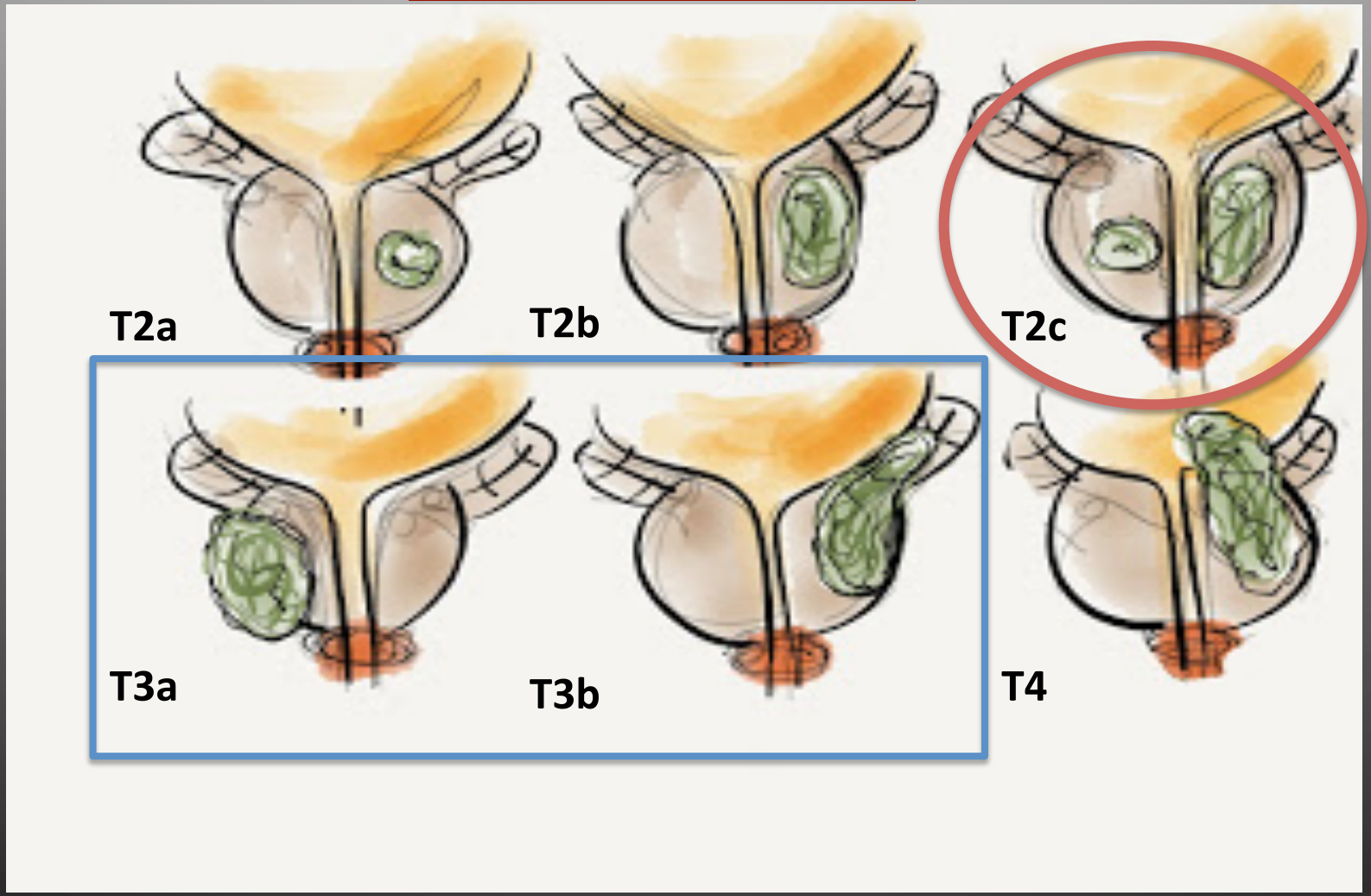
  - ✓Bajo riesgo: T1c-T2a y/o PSA ≤ 10ng/ml y/o Gleason ≤ 6 .
  - ✓Riesgo intermedio: *T2b-c y/o PSA 10-20 mg/ml y/o Gleason =7.*
  - ✓Alto riesgo: >T2c y/o PSA > 20 ng/ml y/o Gleason > 8.

- Grupos de riesgo de la Guía práctica Clínica del CaP (NCCN, 2011)

  - ✓Muy bajo riesgo: T1c, Gleason ≤ 6, PSA < 10 ng/ml, < 3 cores positivos, ≤ del 50% de 1 core positivo, (PSA D) < 0,15
  - ✓Bajo riesgo: T1-T2a, Gleason ≤ 6, PSA < 10 ng/ml
  - ✓Riesgo intermedio: T2b-T2c o Gleason 7 o PSA 10-20 ng/ml
  - ✓Alto riesgo: T3a o Gleason 8-10 o PSA > 20 ng/ml
  - ✓Muy alto riesgo: T3b-T4

Urología Clínica

Clasificación



Urología Clínica

Recomendaciones tto por grupo riesgo

GRUPO RIESGO	ESPERANZA VIDA	ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS
Bajo riesgo	< 10 años	Vigilancia activa/Terapia Focal
	> 10 años	Prostatectomía radical/RDT-BQT/ Vigilancia Terapia Focal
Riesgo intermedio	< 10 años	RDT/BQT + 6 meses deprivación androgénica Vigilancia activa/DA tardía o Pradical
	> 10 años	Prostatectomía R + linfadenectomía (N+ >2%)
Alto Riesgo		Prostatectomía Radical + Linfadenectomía RDT/BQT + DA (2-3 años) Terapia multimodal



Urología Clínica

High-Risk Prostate Cancer: From Definition to Contemporary Management

Patrick J. Bastian [a,], Stephen A. Boorjian [b], Alberto Bossi [c], Alberto Briganti [d], Axel Heidenreich [e], Stephen J. Freedland [f], Francesco Montorsi [d], Mack Roach III [g], Fritz Schröder [h], Hein van Poppel [i], Christian G. Stief [a], Andrew J. Stephenson [j], Michael J. Zelefsky [k]*

Revisión literatura 2000-2011

Study	Cases, no.	Median follow-up	BCR-free survival at 5 yr, %	BCR-free survival at 10 yr, %	PCa-specific survival at 5 yr, %	PCa-specific survival at 10 yr, %	PCa-specific survival at 15 yr, %	Overall survival at 5 yr, %	Overall survival at 10 yr, %
Stephenson et al. [36]	1962	48 mo	–	–	–	92	81	–	–
Eggener et al. [38]	1326*	56*1 and 96*2 mo	–	–	–	72	89	–	–
Nguyen et al. [25]	110*4 and 206*5	44 mo	45*4 and 52*5	35*4 and n/a*5	–	–	–	–	–
Yossepowitch et al. [40]	957	4.3 yr	68	59	–	–	–	–	–
Spahn et al. [42]	712*3	77 mo	64.8	51.9	89.8	84.5	–	73.6	58
Ward et al. [49]	1179	2.4 yr	47.4	35.7	–	–	–	–	–
Mattei et al. [51]	188	60 mo	71	–	–	–	–	–	–
Zwergel et al. [41]	275*3	42 mo	–	–	93	83	71	87	70

P Radical SLPB 5 años (45-71%) y SLPB 10 años (35-59%)

SCE 5 años (89-93%) , SCE 10 años (72-92%) y 15 años (71-89%)

S Global 5 años (73-87%) y S Global 10 años (58-70%)

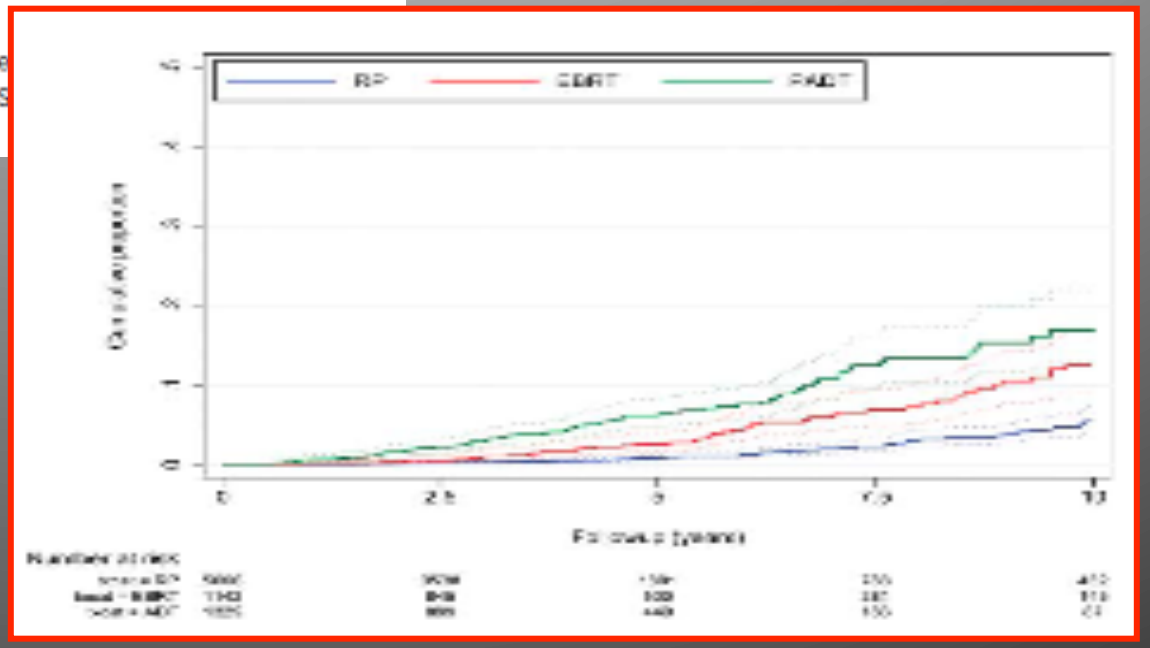
Eur Urol 2012;61: 1096-1106

Urología Clínica

Comparative Risk-Adjusted Mortality Outcomes After Primary Surgery, Radiotherapy, or Androgen-Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer

Matthew R. Cooperberg, MD, MPH[1]; Andrew J. Vickers, PhD[2]; Je
and Peter R. Carroll, MD, MPH,[1] for the Cancer of the Prostate S
Research Endeavor (CaPSURE) Investigators

Cancer 2010(15):5226-5234



(CAPSURE) 40 centros, 7538 de 13.805 pacientes

17,2% mortalidad (3% por CaP)

El riesgo de morir por Cap se x 2(RDT) y x 3(HMT) frente a PR especialmente en pacientes de riesgo intermedio-alto.

Urología Clínica

Mortality After Prostate Cancer Treatment with Radical Prostatectomy, External-Beam Radiation Therapy, or Brachytherapy in Men Without Comorbidity

Kenneth G. Nepple [a,b,], Andrew J. Stephenson [c], Dorina Kallogjeri [a], Jeff Michalski [a], Robert L. Grubb III [a], Seth A. Strope [a], Jennifer Haslag-Minoff [a], Jay F. Piccirillo [a], Jay P. Ciezki [c], Eric A. Klein [c], Chandana A. Reddy [c], Changhong Yu [c], Michael W. Kattan [c], Adam S. Kibel [a,d]*

- *10.361 varones con CaP y seguimiento medio de 7,2 años con comorbilidad ajustada.*
- *Mortalidad Ca-Específica fue mayor para RDT que para PR y BQT.*
- *Mortalidad global fue mayor para RDT y BQT que para PR.*

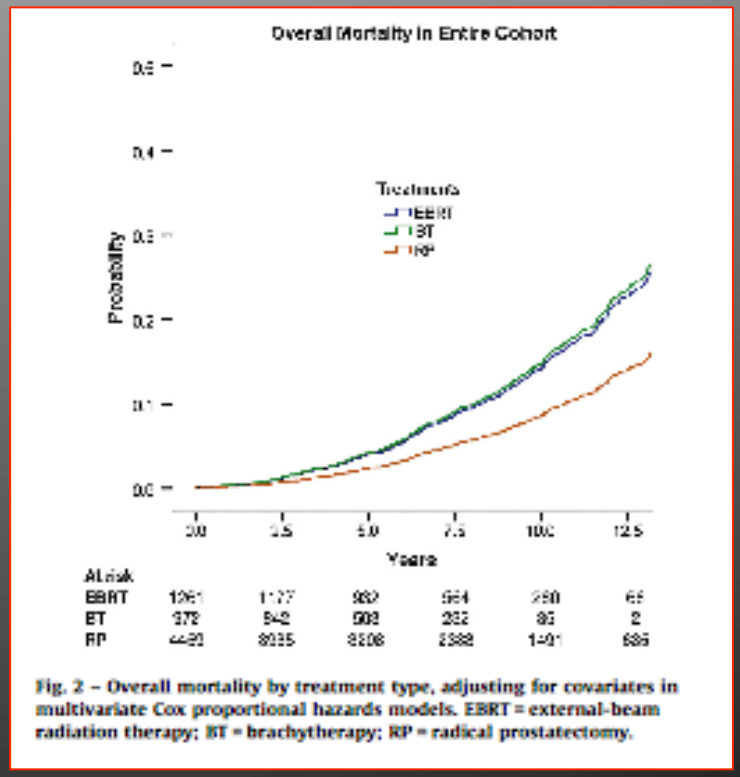


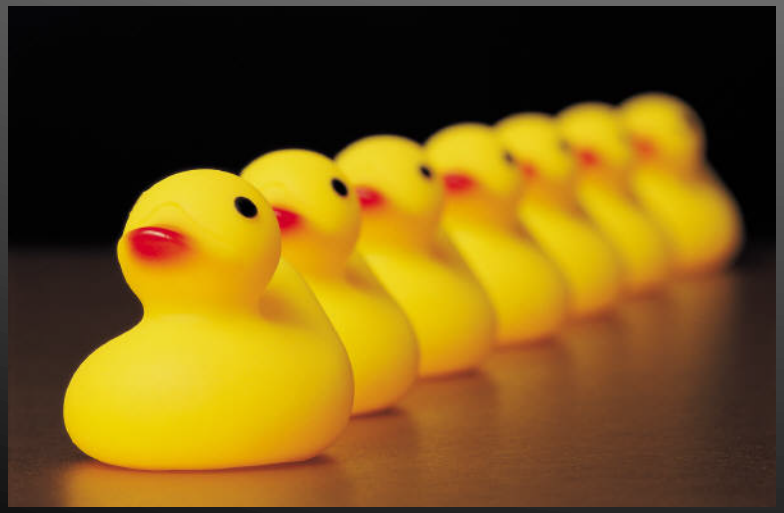
Fig. 2 – Overall mortality by treatment type, adjusting for covariates in multivariate Cox proportional hazards models. EBRT = external-beam radiation therapy; BT = brachytherapy; RP = radical prostatectomy.

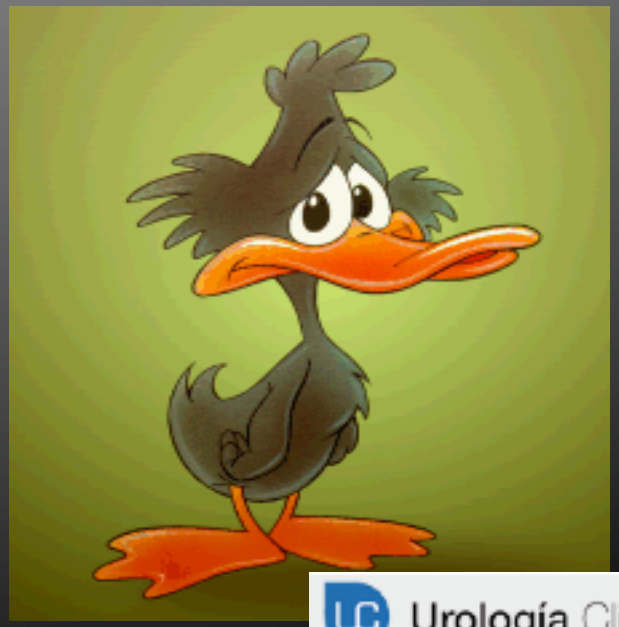
Eur Urol 2013, 64:372-378

Urología Clínica

CaP de ALTO RIESGO. Características

1. Grupo **heterogéneo de pronóstico no uniforme**.
2. Representan el **25,1%** de los Cap localizados **(15%).**
3. Necesidad de marcadores biológicos o citogenéticos de pronóstico (Prolaris, 4KScore,..).
4. Tiene alto riesgo de fracaso de tratamiento y necesidad de **tratamiento multimodal**.





Urología Clínica

CaP de ALTO RIESGO. Características

1. Entre **26-63% (40%) son organoconfinados**.
2. **SLPB** a los 10 años **47%-66%** y SCE es de 88-98%.
3. Los mejores candidatos a cirugía son **pT2-T3a, N0,R0**
4. Sí solo un factor de riesgo (**45%** organoconfinados)
5. Sí los tres factores de riesgo (**9%** organoconfinados)





Urología Clínica

CaP de ALTO RIESGO. Características

1. **No existe consenso** sobre el tratamiento óptimo
2. **T3a** sobreestadiaje 13-27%
   - MQP 33-66%
   - N(+) 7,9-49%
   - 56-78% precisan tto adyuvante
3. **Gleason 8-10**
   - CaP organoconfinado 26-31%
   - 33% pueden ser Gleason <7
   - dependerá número y % afectación en biopsia
4. **PSA > 20 ng/ml**
   - Riesgo recidiva B en PR (44%) y RDT (50%) a los 5 años
   - Se recomienda tto enérgico y siempre LDN (n+ 15-40%)

Urología Clínica

Identifying the Best Candidate for Radical Prostatectomy Among Patients with High-Risk Prostate Cancer

Alberto Briganti [a,,1], Steven Joniau [b,1], Paolo Gontero [c], Firas Abdollah [a], Niccolò M. Passoni [a], Bertrand Tombal [d], Giansilvio Marchioro [e], Burkhard Kneitz [f], Jochen Walz [g], Detlef Frohneberg [h],*

1. Estudio 1.336 pacientes en 8 centros (1987-2009).
2. 505/1.336 (37%) eran organo-confinados.
3. la SLPB (66% vs 47%) y SCE (98% vs 85%) a los 10 años de los CaP favorables frente a los no favorables
4. Entre un 22-63% (40%) de CaP de alto riesgo tiene características favorables, y se pueden beneficiar de la cirugía .

- pT2.pT3a ganglios negativos y márgenes negativos.

Eur Urol 2011

Urología Clínica

..y ahora que sabemos que parece que la cirugía radical parece una buena opción en los CaP Alto riesgo…

… vamos a hablar de las distintas formas de realizar esta cirugía.



585 urólogos europeos encuestados:
- 60-70% preferían Cirugía radical;
- 23-40% Radioterapia + DA
- 4-7% Cirugía radical como monoterapia.

96% asociaban linfadenectomia.

BJU int 2014

Urología Clínica

Evolución de la Prostatectomía Radical



Extirpación completa de la próstata y vesículas seminales y en casos seleccionados, de los ganglios linfáticos pélvicos.

Cirugía convencional abierta





Cirugía laparoscópica o 3D

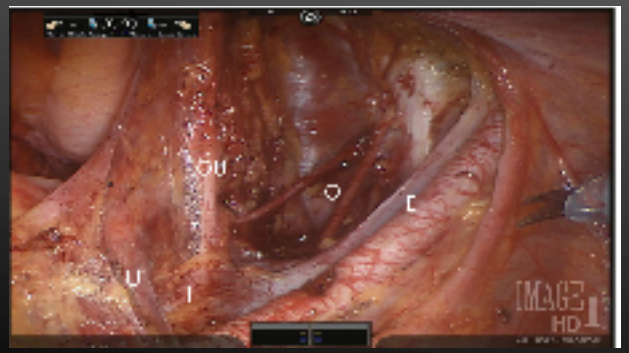


Cirugía Robot asistida

Urología Clínica

Detalles generales en PR en CaP de ALTO RIESGO

1. Se necesita cirujano con experiencia .
2. No buen candidato tumor con fijación a pared rectal o pélvica ni invasión del esfínter uretral (cT4)
3. cT2c, Gleason 4+3, PSA 25 ng/ml buen candidato.
4. cT3, Gleason 5+4, PSA 20 ng/ml más problemático.
5. Se debe asociar LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENSA
6. Al menos 50% experimentan recurrencia bioquímica.
7. Un 20-34% acabarán muriendo por su CaP a los 15 años.



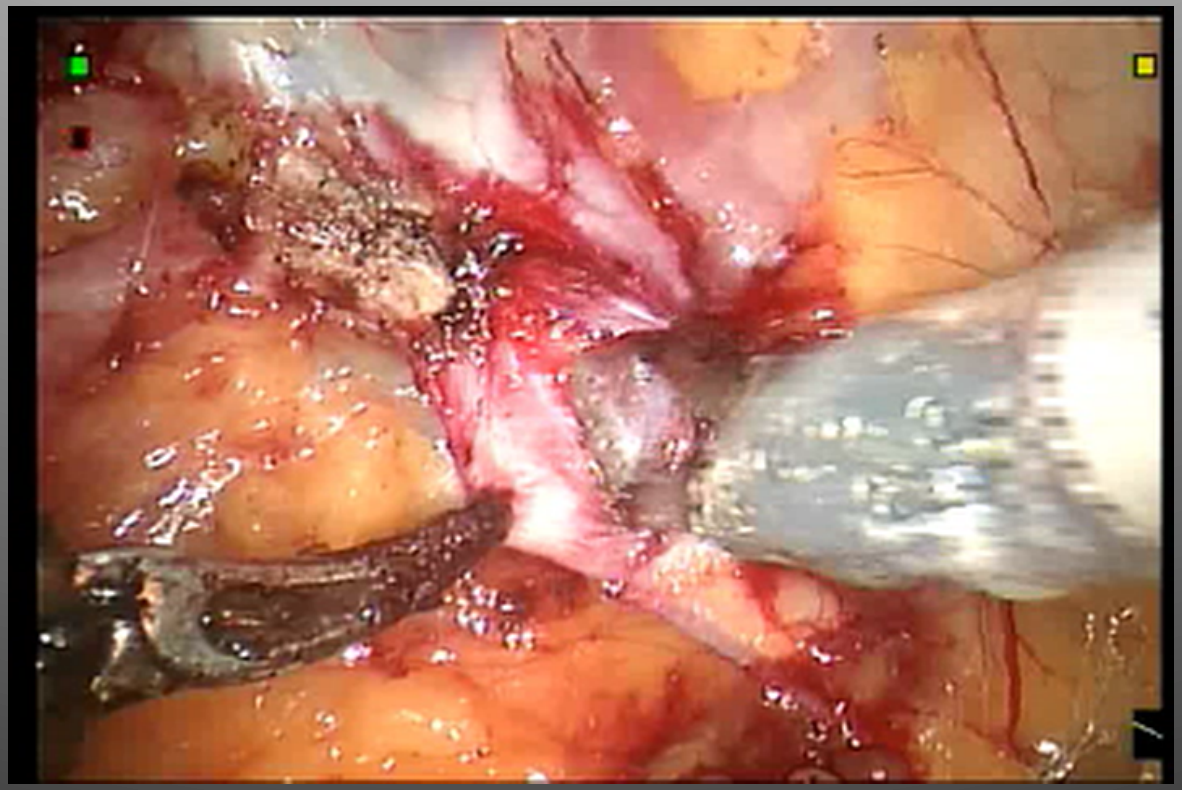
Urología Clínica

Detalles técnicos en PR en CaP de ALTO RIESGO

1. Apertura fascia endopélvica facilita localización de próstata y su referencias anatómicas colindantes.
2. Importante la movilización lateral prostática e identificación pared rectal
3. Disección espacio Denonvilliers paso complejo para evitar lesión rectal.
4. Disección cuidadosa ápex prostático para reducir MQP a dicho nivel.
5. Se debe asociar LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENSA. Se puede hacer en primer lugar.

Urología Clínica

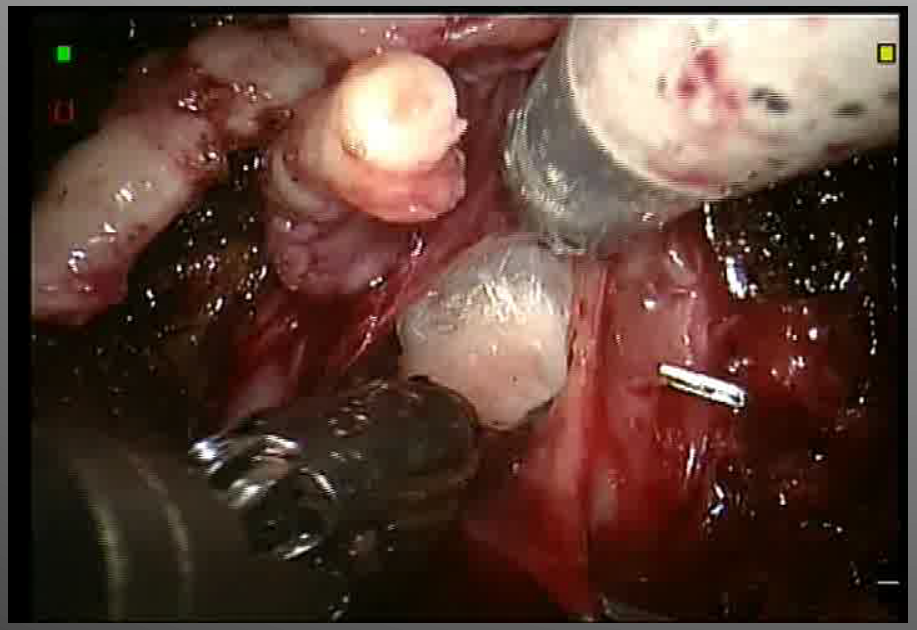
Detalles técnicos en PR en CaP de ALTO RIESGO

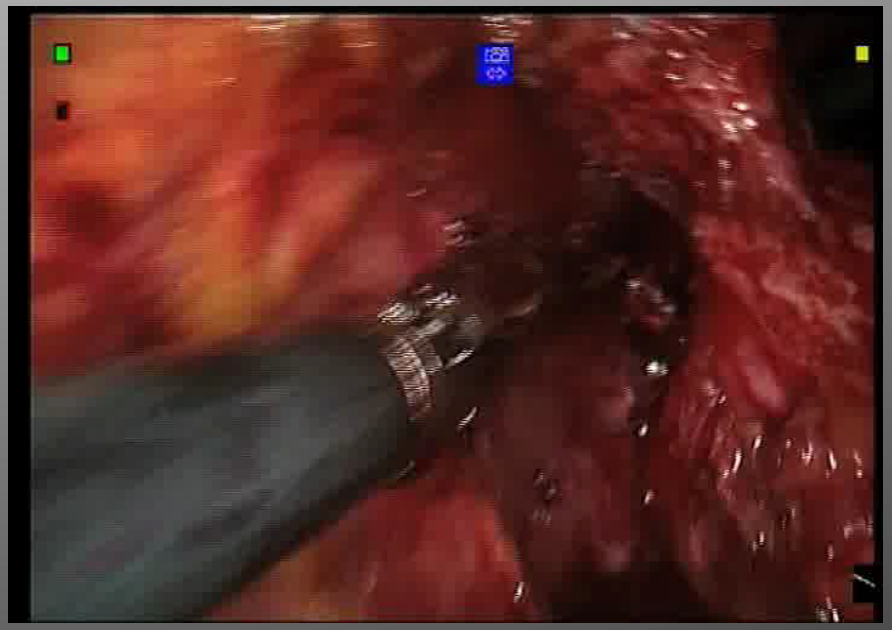


1. *Apertura fascia endopélvica facilita localización de próstata y su referencias anatómicas colindantes.*
2. Importante la movilización lateral prostática

Urología Clínica

Detalles técnicos en PR en CaP de ALTO RIESGO



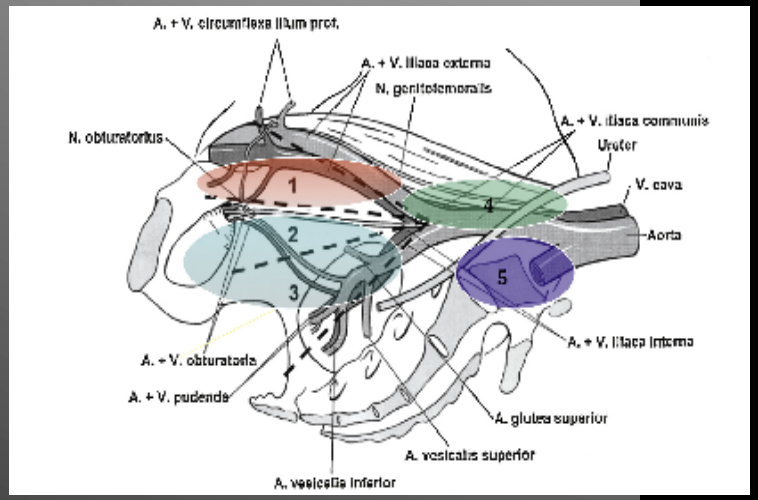


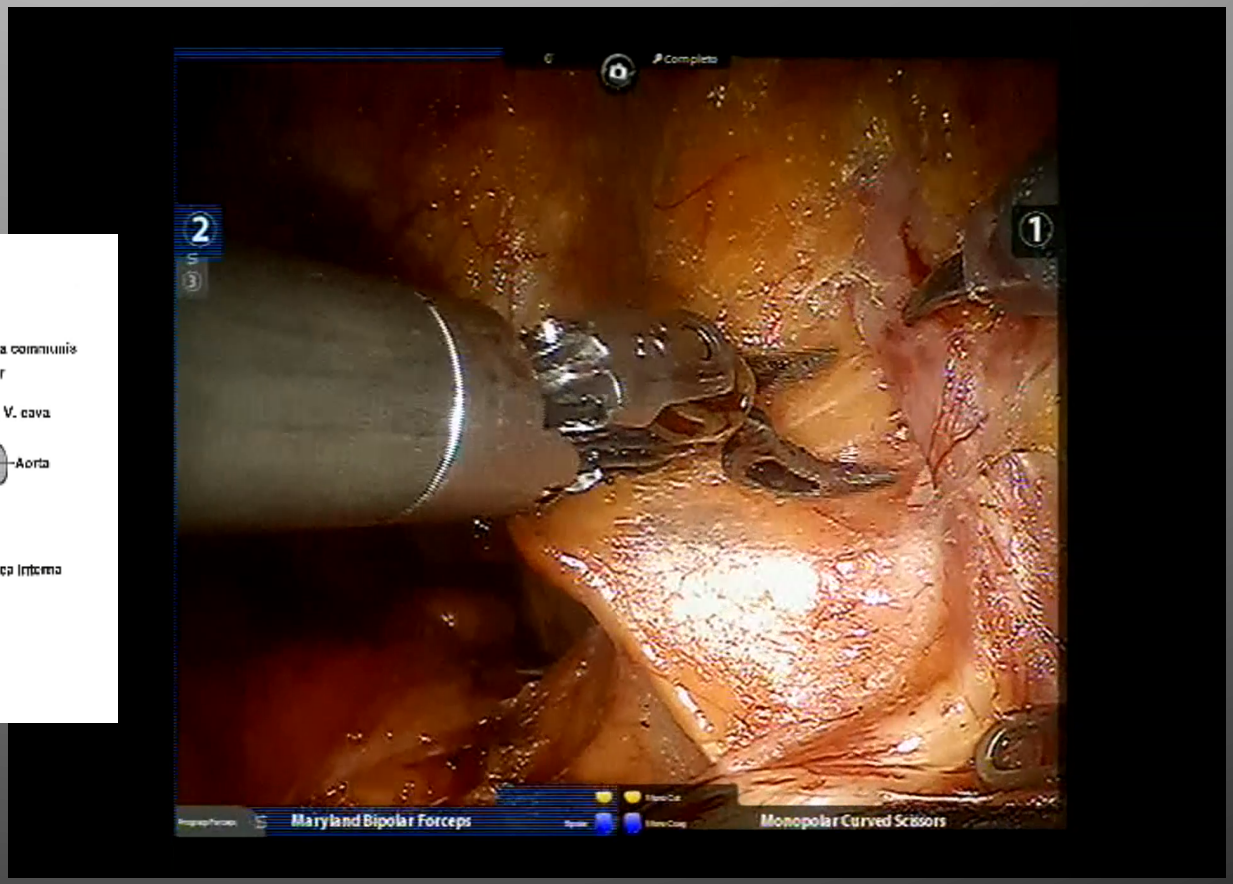
Disección espacio Denonvilliers paso complejo para evitar lesión rectal.

Disección cuidadosa ápex prostático para reducir MQP a dicho nivel.

Urología Clínica

Detalles técnicos en PR en CaP ALTO RIESGO





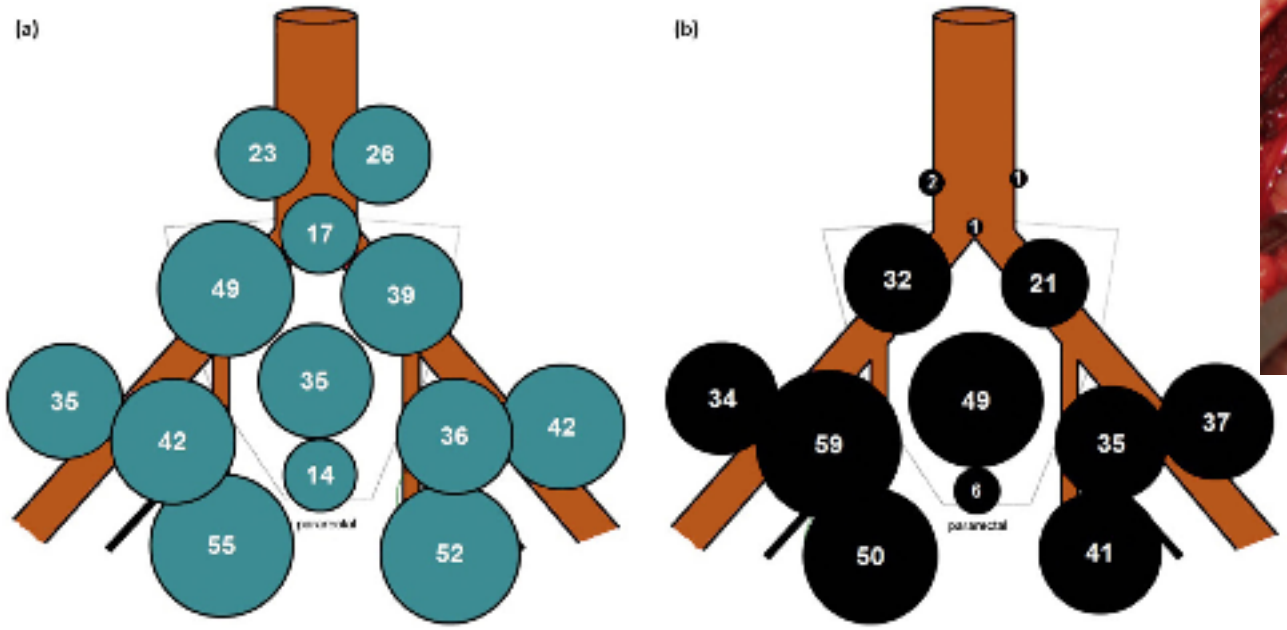
Se debe asociar LINFADENECTOMÍA PÉLVICA EXTENSA.

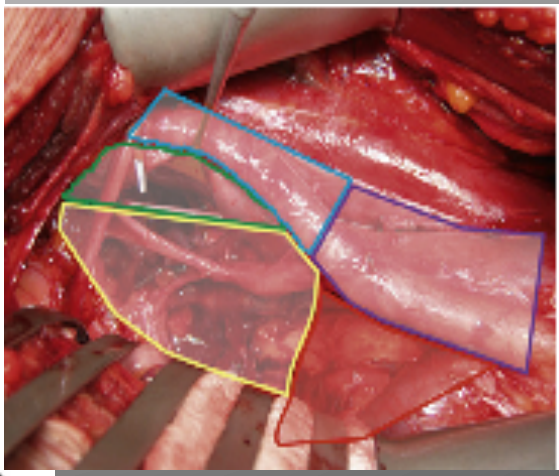
Heidenreich A. J Urol2002;167:1681-6

Urología Clínica

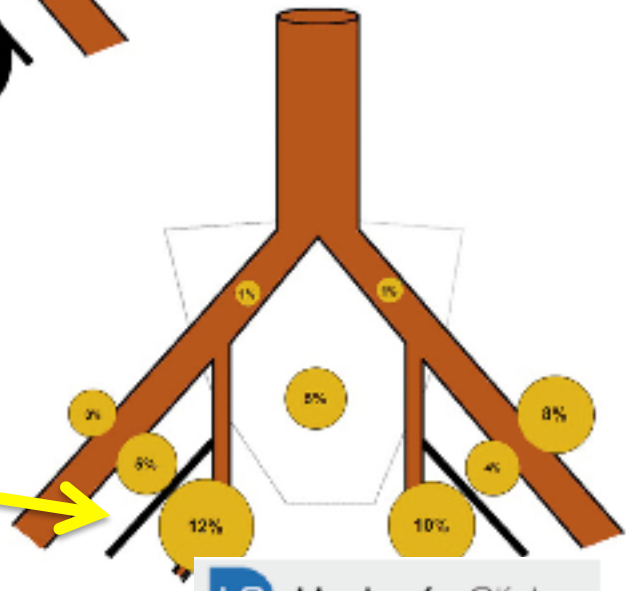
Mapping of Pelvic Lymph Node Metastases in Prostate Cancer

Steven Joniau [a,†,], Laura Van den Bergh [b,†], Evelyne Lerut [c], Christophe M. Deroose [d], Karin Haustermans [b], Raymond Oyen [e], Tom Budiharto [b], Filip Ameye [a], Kris Bogaerts [f], Hein Van Poppel [a]*





- *LDN standard aunque estadía correctamente a la mayoría de pacientes, se perderían un 13% de N(+)*
- *La mayoría de N(+) tiene predominio por el territorio de art. ilíaca interna, y es aconsejable añadir los ganglios presacros.*



Urología Clínica

The Role of Robot-assisted Radical Prostatectomy and Pelvic Lymph Node Dissection in the Management of High-risk Prostate Cancer: A Systematic Review

Bertram Yuh [a,], Walter Artibani [b], Axel Heidenreich [c], Simon Kimm [d], Mani Menon [e], Giacomo Novara [f], Ashutosh Tewari [g], Karim Touijer [d], Timothy Wilson [a], Kevin C. Zorn [h], Scott E. Eggener [i]*



- 12 artículos, 1.360 pacientes con CaP alto riesgo.
- El valor LDN en el correcto estadiaje que permita seleccionar pacientes para tto complementario.
- Más importante que el número de ganglios (20) son las áreas de disección (16-24 N).
- 9% N presacros y 19% ilíaca común (reservadas para ADC P de alto riesgo)
- *Beneficio en la SLPB en CaP riesgo intermedio (12%) y Alto riesgo (20%); no así en los CaP de bajo riesgo.*
- La complicación más frecuente es el linfocele (0-8%)

Eur Urol 2014;65:918-927

Urología Clínica

The Role of Robot-assisted Radical Prostatectomy and Pelvic Lymph Node Dissection in the Management of High-risk Prostate Cancer: A Systematic Review

Bertram Yuh [a,], Walter Artibani [b], Axel Heidenreich [c], Simon Kimm [d], Mani Menon [e], Giacomo Novara [f], Ashutosh Tewari [g], Karim Touijer [d], Timothy Wilson [a], Kevin C. Zorn [h], Scott E. Eggener [i]*



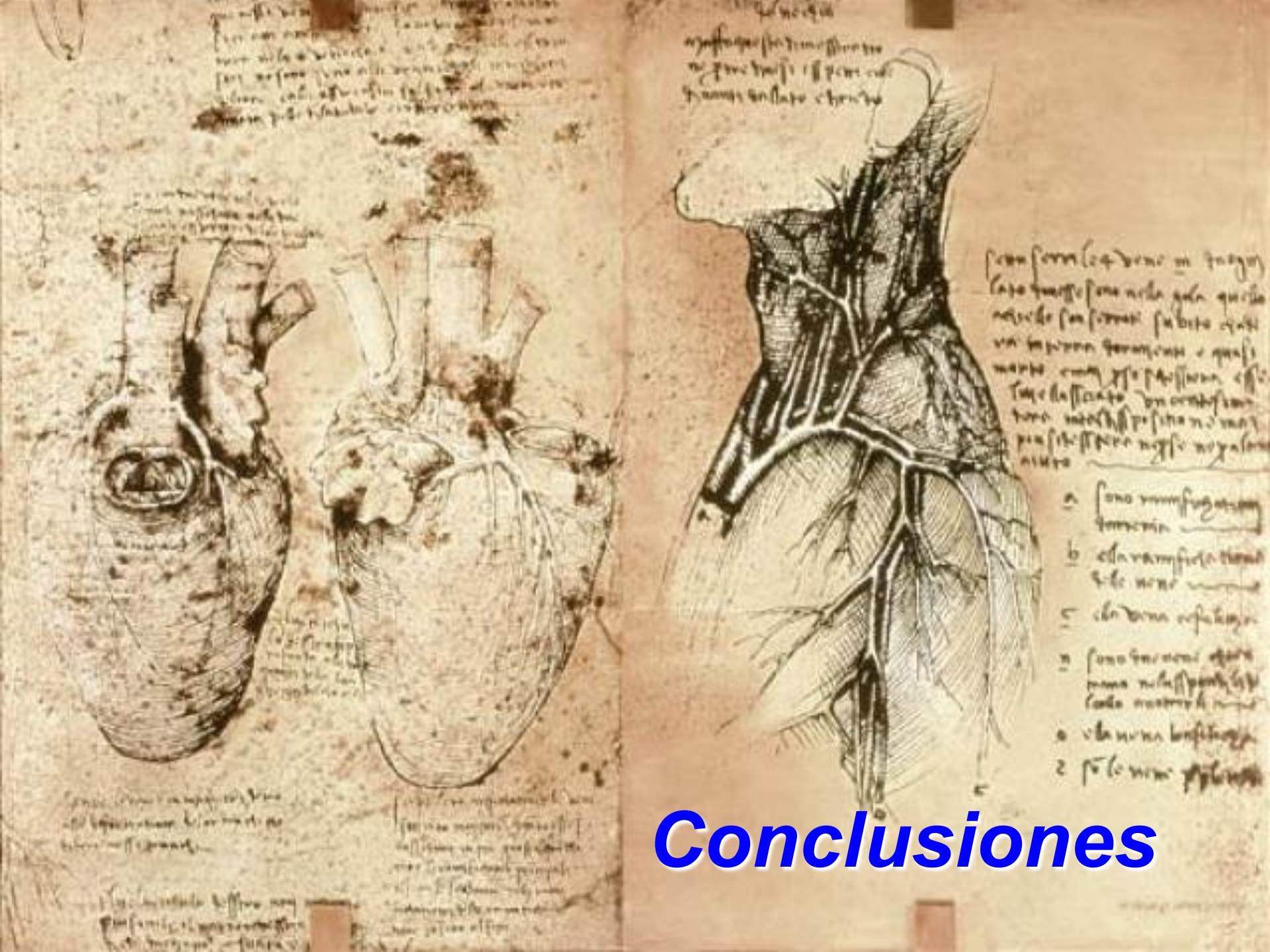
- MQP 35% y N(+) 1-33%
- Linfocele sintomático 3% (2,4-6,6%)
- Función eréctil a 12 meses 52-60%
- Continencia urinaria 78-95% a los 12 meses
- Recidiva bioquímica 14-55% en 3 años (4,6-9,7 meses)

- *La PR permite un estadiaje correcto y estado afectación ganglionar permitiendo a un 35-76% de los pacientes evitar tto adyuvante.*

- *La cinética del PSA es más fácil de interpretar pemitiendo el diagnóstico precoz recidiva (19 m vs 39 m) y la subsiguiente aplicación de tto RDT.*

Eur Urol 2014;65:918-927

Urología Clínica



Conclusiones



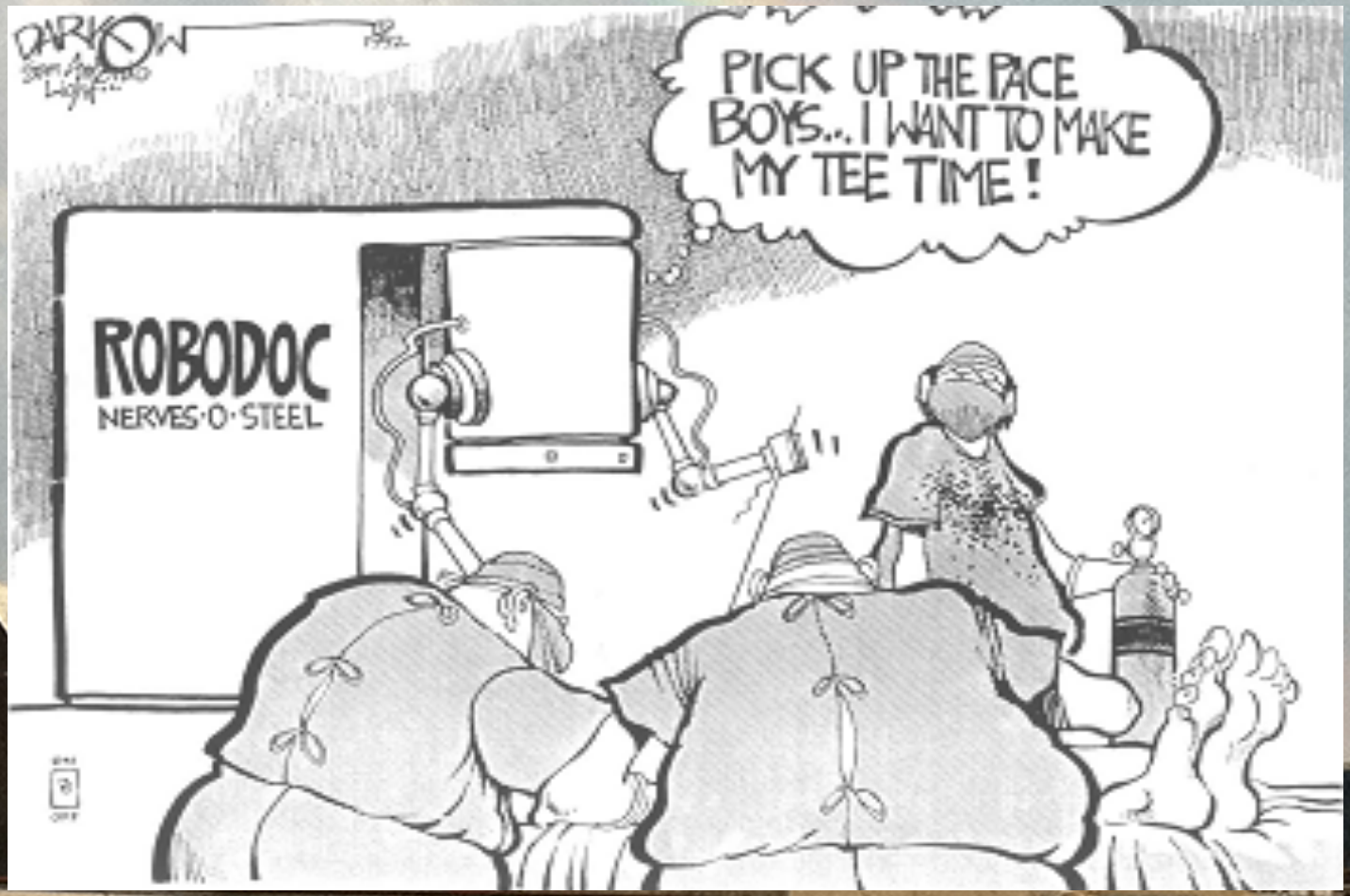
- La PROSTATECTOMÍA RADICAL es una opción terapéutica razonable en pacientes seleccionados (40%) con CaP *cT3a, Gleason 8-10 o PSA > 20 ng/ml* con *expectativa de vida superior a 10 año*s. Se necesita experiencia.

- Si se realiza PR, ha de realizarse una linfadenectomía pélvica extendida, dado que la afectación ganglionar es frecuente (15%-40%).

- Ha de informarse al paciente de la probabilidad de una estrategia multimodal. Si presenta características tumorales adversas (MQP, EEC, VVSS+), la RDT adyuvante puede utilizarse razonablemente tras la recuperación de la cirugía.

Urología Clínica

.....y el futuro inmediato?

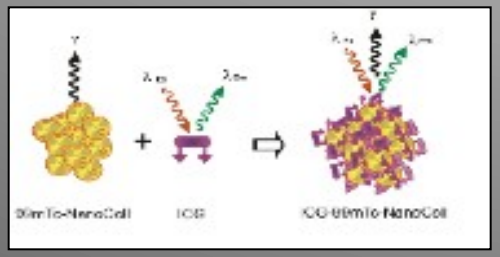


Urología Clínica

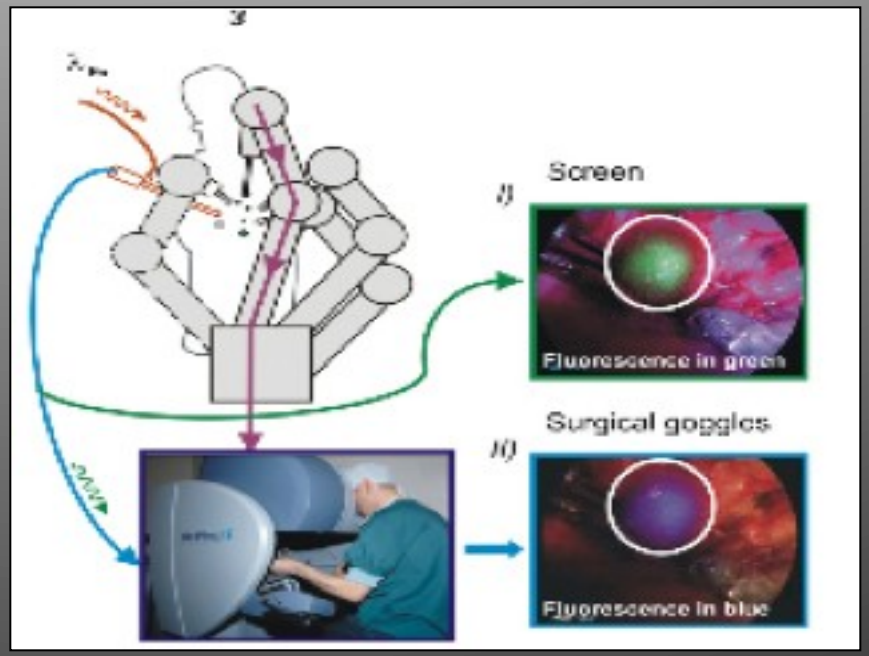
Intraoperative Laparoscopic Fluorescence Guidance to the Sentinel Lymph Node in Prostate Cancer Patients: Clinical Proof of Concept of an Integrated Functional Imaging Approach Using a Multimodal Tracer

Eur Urol 60 (2011) 826-833

Henk G. van der Poel [a,], Tessa Buckle [b,1], Oscar R. Brouwer [b,1], Renato A. Valdés Olmos [b], Fijs W.B. van Leeuwen [b,*]*







<u>Radiocoloide híbrido ICG 99mTc Nanocoll</u> inyectado intraprostático 3 horas antes de cirugía y recepción con Gammacámara, SPECT/CT preOp y NIR de fluorescencia y radiación intraOp.

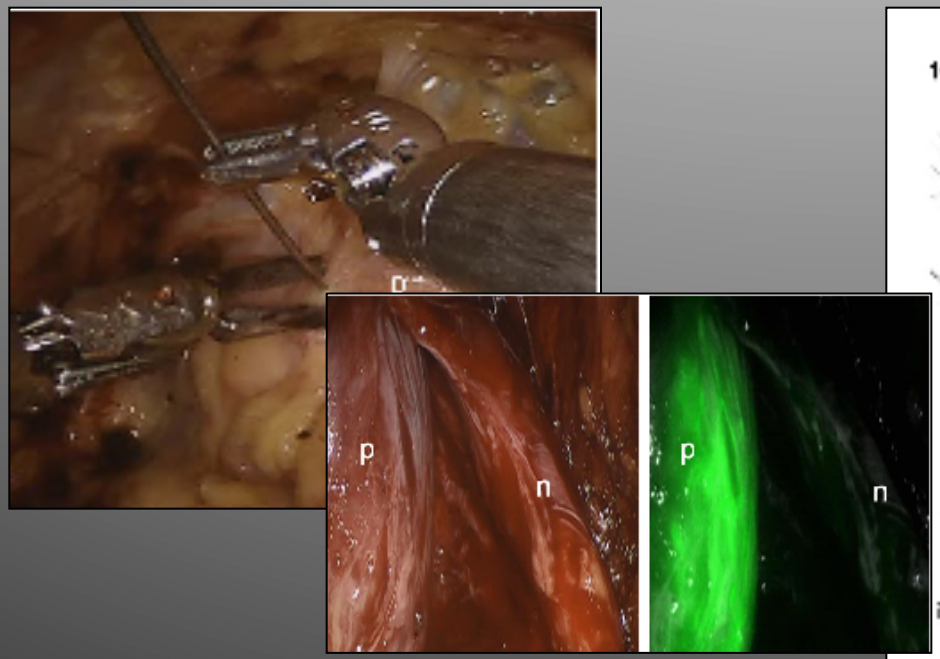
Urología Clínica

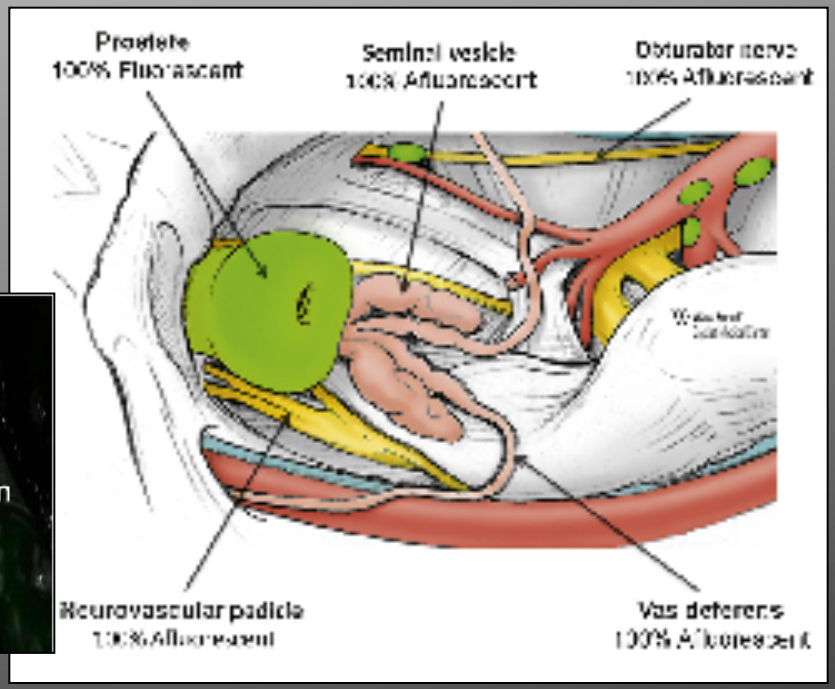
Fluorescence-enhanced Robotic Radical Prostatectomy Using Real-time Lymphangiography and Tissue Marking with Percutaneous Injection of Unconjugated Indocyanine Green: The Initial Clinical Experience in 50 Patients

*Ted B. Manny, Manish Patel, Ashok K. Hemal **



2013





<u>INYECCIÓN PERCUTÁNEA intraprostática</u> de 0,4 ml (1mg de ICG) detección fluorescencia NIRF cada 5 min.

<u>Detección met ganglios en ADC P alto riesgo</u>

Sensibilidad 100%, Especificidad 74%, VPP 14% y VPN 100%

Urología Clínica

Muchas gracias ¡¡¡



www.urologiaclinicabilbao.com