

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

- Προβληματισμοί στη διαχείριση του μεταστατικού καρκίνου του προστάτη-Κλινικά Σενάρια
- Συντονιστής : Γ. Μουτζούρης
- Panel: Θ. Αναγνώστου, Ι. Βαρκαράκης, Δ. Δαλιάνη, Θ. Καλογερόπουλος

# ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ <sup>1</sup>

- Άνδρας ηλικίας 75 ετών ( Ιούνιος 2010)
- LUTS από 5μήνου με PSA 2.6 ng/ml
- Ουρολόγος του συνέστησε α-blocker
- Ατομικό αναμνηστικό: ισχαιμική καρδιοπάθεια ( Plavix, Salospir, Angoron, Plentil, Frumil)
- DRE : προστάτης 56 ml, διάχυτη σκληρία, ασαφή όρια ( cT T3)

# 1

- TRUS-Biopsy
- **Ιστολογική:** Διήθηση όλων των ιστοτεμαχίων με αδenoκαρκίνωμα προστάτη Gleason 8 (5+3), περινευριδικές διηθήσεις
- Αξονική κοιλίας: Δεξιοί πυελικοί λεμφαδένες. Μεγάλος προστάτης που διηθεί τον αυχένα της κύστης και πιέζει το ορθό. Ήπιες διατάσεις των νεφρών άμφω
- Νεφρική λειτουργία: κ.φ.
- Σπινθηρογράφημα: Ανομοιογενής κατανομή κατά μήκος της ΣΣ
- Οστικά παράθυρα: Σ.Σ. κ.φ.
- Τι θεραπεία θα επιλέγατε;

# 1

- Ο ασθενής ετέθη σε LH-RH ανάλογο +αντιανδρογόνο
- DEXA : T-score + 0.7
- Μετά 3μηνο άρχισε ακτινοθεραπεία (54 GY στον προστάτη και συνολικά 66 GY στον προστάτη και πύελο)
- Μετά 6μηνο στη δακτυλική η μάζα του προστάτη έχει μειωθεί.
- Αξονική Τομογραφία: Δεν απεικονίζονται διογκωμένοι πυελικοί λεμφαδένες, Νεφροί χωρίς διατάσεις
- Συνεχίζει τον ανδρογονικό αποκλεισμό

- Μετά 2 έτη με ανδρογονικό αποκλεισμό παραπονείται για μόνιμο οσφυϊκό άλγος
- PSA=0 ng/ml, Testo 15 ng/dl, ALP =75 U/l, LDH =140 U/l
- Ολόσωμο σπινθηρογράφημα οστών : χωρίς δευτεροπαθείς εντοπίσεις
- Αξονική κοιλίας: χωρίς πυελική λεμφαδενοπάθεια
- Πως θα συνεχίζατε;

- DEXA: T-score -2.5 ( οστεοπόρωση)
- Prolia 60 mg /6μηνο +Calcioral-D3
- Ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός χωρίς κλινική υποτροπή στον απεικονιστικό και βιοχημικό έλεγχο έως σήμερα ( 11/2016)

# Κλινικό Περιστατικό 2

- Άνδρας ηλικίας 75 ετών , σε πολύ καλή φυσική κατάσταση και ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό (11/2015)
- Ατομικό αναμνηστικό: Σ.Δ. υπό αγωγή
- ✓ Φέρει καθετήρα από διμήνου λόγω επίσχεσης ούρων, υπό αγωγή με ντουταστερίδη και αλφουζοσίνη και παραπέμπεται από τον ουρολόγο του για διουρηθρική προστατεκτομή
- ✓ Στο υπερηχογράφημα προστάτης 42ml και 2 λίθοι στην ουροδόχο κύστη
- ✓ DRE: προστάτης με διάχυτη σκληρία
- ✓ PSA: 30 ng/ml
- ✓ Πως θα συνεχίζατε;

- TRUS-Biopsy 6 πυρήνες από το δεξιό και 6 πυρήνες από τον αριστερό λοβό
- **Ιστολογική εξέταση:** αδενοκαρκίνωμα προστάτη σε όλα τα ιστοτεμάχια Gleason score 8 (4+4) ,Grade 4 , με περινευριδική διήθηση και εξωπροστατική επέκταση
- Ολόσωμο σπινθηρογράφημα οστών: κ.φ.
- MRI κάτω κοιλίας : χωροκατακτική εξεργασία στην περιφερική ζώνη του αδένα, συμμετρική απεικόνιση σπερματοδόχων, χωρίς διήθηση του ορθού, χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή
- Τι αντιμετώπιση θα προτείνατε;



- Στον ασθενή προτάθηκε άμεση έναρξη ανδρογονικού αποκλεισμού με LH-RH ανταγωνιστή, διουρηθρική προστατεκτομή και κυστεολιθοθριψία για αφαίρεση του καθετήρα και κατόπιν ακτινοθεραπεία με συνέχιση του ανδρογονικού αποκλεισμού για 3 έτη
- Ο ασθενής αρνήθηκε την προτεινόμενη θεραπεία και ζητούσε επίμονα να υποβληθεί σε ριζική προστατεκτομή

- Ριζική προστατεκτομή. Κατά την επέμβαση διαπιστώνονται λεμφαδενικά block στα λαγόνια άμφω που αφαιρούνται. Ο προστάτης είναι κολλημένος με το ορθό και κατά την παρασκευή γίνεται διάνοιξη του ορθού. Συρραφή του ορθού και κολοστομία
- **Ιστολογική:** Αδενοκαρκίνωμα προστάτη και των δύο λοβών **Gleason 9 (4+5), Grade 5**, περινευρική διήθηση, διήθηση περιπροστατικού λίπους, διήθηση σπερματοδόχων κύστεων, θετικά χειρουργικά όρια, διήθηση 14 λεμφαδένων δεξιά και 11 αριστερά
- Τι περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση θα προτείνετε;

2

- Μετά 2 μήνες PSA 27.8 ng/ml
- MRI κοιλίας: Παραορτικοί λεμφαδένες, και οστεοβλαστική εστία στον O2
- Τι θεραπεία προτείνετε;

## 2

- Εγινε σύγκλειση της κολοστομίας
- Ετέθη σε LH-RH ανταγωνιστή και σε ΧΜΘ 6 σχήματα με δοσιταξέλη +πρεδνιζόνη
- Ο ασθενής συνεχίζει τον ανδρογονικό αποκλεισμό (11/2016)
- Η αξονική τομογραφία δείχνει σημαντική μείωση των παραορτικών λεμφαδένων
- Σπινθηρογράφημα οστών: αυξημένη καθήλωση στον Ο2
- DEXA: T-Score +0.6
- PSA=0.2 ng/ml Testo 22.6 ng/ml ALP 72 U/I, LDH 210 U/I

# ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3

- Άνδρας ηλικίας 71 ετών
- Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο
- Προσέρχεται (2/2012) αιτιώμενος διαταραχές ούρησης από 6 μηνών και οσφυϊκό άλγος
- DRE: Μικρός προστάτης με διάχυτη σκληρία, κλινικά T3 νόσος
- PSA: 154,77 ng/ml,
- ALP: 139 U/l (Φ.Τ. 45-128U/l)

- TRUS-Biopsy
- **Ιστολογική:** Αδενοκαρκίνωμα προστάτη Gleason 9 ( 5+4), Grade 5 σε όλα τα ιστοτεμάχια από τους δύο λοβούς με περινευριδική διήθηση
- MRI κοιλίας:Κοίλα σπλάχνα Κ.Φ. Εκτεταμένη λεμφαδενική διήθηση σε παραορτικούς, κοινούς , έξω και έσω λαγόνιους λεμφαδένες. Πολλαπλές οστικές μεταστάσεις με καθίζηση του σώματος του 02 σπονδύλου
- Ολόσωμο σπινθηρογράφημα οστών: Πολλαπλές εστίες ΣΣ, πλευρές, πύελο, αριστερό ελάσσονα τροχαντήρα
- DEXA:T-score : -1.7
- Τι θεραπεία θα επιλέγατε;

- Ο ασθενής ετέθη σε LH-RH ανάλογο + αντιανδρογόνο Zometa/3m +Calcioral-D3
- ✓ Μετά 3μηνο PSA 1.1ng/ml testo : 27 ng/dl ασυμπτωματικός
- ✓ Στο 6μηνο PSA 2.5 ng/ml, testo 25 ng/dl ALP 74 U/I, LDH 247 U/I, Απόσυρση αντιανδρογόνου
- ✓ Στους 9 μήνες PSA 17 ng/ml, ALP 87 U/I, LDH 282 U/I
- Αξονική κοιλίας: ελάττωση φορτίου λεμφαδενικής νόσου παραορτικά, σπλάχνα κ.φ
- Σπινθηρογράφημα οστών: χωρίς μεταβολή
- Πως θα συνεχίζατε;

➤ Ο ασθενής άρχισε ΧΜΘ με Docetaxel +prezolone. Συνέχισε LH-RH ανάλογο +Zometa 4mg/m+Calcioral D3

Κατά την έναρξη της ΧΜΘ το PSA ήταν 52 ng/ml

Συμπλήρωσε 6 κύκλους χωρίς επιπλοκές

Μετά το πέρας της ΧΜΘ( 5/13) ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός με PSA 9,2 ng/ml

- Αξονική τομογραφία: Δεν απεικονίζονται παραορτικοί λεμφαδένες , πυελικοί λεμφαδένες. Σπλάχνα κ.φ
- Σπινθηρογράφημα οστών: χωρίς μεταβολή
- Πως θα συνεχίζατε;



- Συνεχίστηκε η αγωγή με LH-RH ανάλογο, Zometa 4mg/m, Calcioral D3
- Ο ασθενής παραμένει ασυμπτωματικός και μετά 6 μήνο (11/2013) PSA 40 ng/ml, testo 37ng/dl
- Απεικονιστικός έλεγχος: αμετάβλητος
- Πως θα συνεχίζατε;

- Ο ασθενής ετέθη σε αμπιρατερόνη και πρεζολόνη. ( 11/2013)
- Η θεραπεία ήταν καλά ανεκτή, δεν εμφάνισε υποκαλιαιμία, ήπιο περιφερικό οίδημα που αντιμετωπίστηκε με διουρητικά, φυσιολογική ηπατική λειτουργία
- Το nadir PSA στο 6μηνο ήταν 0.1 ng/ml και παρέμεινε σε αυτό το επίπεδο για 26 μήνες
- Ο απεικονιστικός έλεγχος /6μηνο δεν έδειχνε επιδείνωση

- Τον Ιανουάριο 2016, 26 μήνες μετά την έναρξη της αμπιρατερόνης και ενώ ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός το **PSA 2.5 ng/ml**, testo 10.3 ng/dl, ALP 85 U/l, **LDH 455 U/l**
- Τον Φεβρουάριο 2016 **PSA 3,4 ng/ml**, ALP 100U/l  
**LDH 874 U/l** , Μάρτιος 2016 **PSA 14.2 ng/ml**
- Αξονική τομογραφία κοιλίας: **Ηπατικές μεταστάσεις** ( 4 στον δεξιό ηπατικό λοβό).**Αριστεροί λαγόνιοι λεμφαδένες**, δεν απεικονίζεται παραορτική λεμφαδενοπάθεια
- Σπινθηρογράφημα οστών: αμετάβλητο
- Πως θα συνεχίζατε;

- Από τον Απρίλιο 2016 ο ασθενής ξεκίνησε Gabazitaxel + prezolone
- Τώρα είναι στον 7<sup>ο</sup> κύκλο χωρίς επιπλοκές
- Με τη συμπλήρωση του 6<sup>ου</sup> κύκλου (10/2016)
- PSA 4.5 ng/ml
- Αξονική Τομογραφία: Δεν απεικονίζονται οι υπόπυκνες εστίες στον δεξιό ηπατικό λοβό. Εικόνα τήξης της λεμφαδενικής μάζας στην αριστερά λαγόνιο

# Κλινικό περιστατικό - 4

70 ετών άνδρας

OEM προ 25 ετίας → χωρίς στηθάγχη έκτοτε

- 9/2012 (66) είδε ουρολόγο για δυσουρία → PSA: 3.78 → alfuzosin HCL (βελτίωση συμπτωμάτων)
- 6/2014            PSA: 4.2
- 3/2015            PSA: 4.29
- 4/2015            PSA: 4.77 (F/T: 0.18)
- 7/2015            PSA: 7.80 (F/T: 0.18)
- 8/2015            PSA: 5.19 (F/T: 0.16)
- 10/2015           PSA: 5.31 (F/T: 0.18) → stop alfuzosin
- 12/2015           PSA: 5.94 (F/T: 0.21) → DRE: «σκληρός προστάτης»
- 11/12/2015    Βιοψία: « ΔΕ κ ΑΡ κυλινδρικά ιστοτεμάχια μ.δ. από 0.3 έως 0.9 εκ. και ελάχιστα αποτρίμματα : αλλοιώσεις αδеноματώδους υπερπλασίας».
- 6/2016            PSA: 6.97 (F/T: 0.15) → Τι θα συστήσετε ?

## Κλινικό περιστατικό – 4

- 12/6/2016    PSA: 6.97 (F/T: 0.15) →
  - 2<sup>η</sup> βιοψία:    ΔΕ   2/7   GS 6 (3+3) , 5% έκτασης  
                  AP   1/8   GS 6 (3+3), 5% έκτασης
- Από 6/2016 εμφανίζει και επίμονη οσφυαλγία / ΔΕ ισχιαλγία → ΜΣΑΦ
- 14/7/2016    PSA: 8.73
- Τι θα συστήνατε ?

# Κλινικό περιστατικό – 4

7/2016 προεγχειρητικός έλεγχος

- Αξον. τομογραφία κοιλίας - θώρακος:
  - πολλαπλές υπόπυκνες αλλοιώσεις ήπατος από χιλ έως 2 εκ. (μερικές απλά κυστικές – μερικές ύποπτες για «Μ»)
  - Αδένωμα ΔΕ επινεφριδίου 3.6 εκ
  - Φλοιϊκές κύστεις νεφρών άμφω
  - Προστάτης ~ 5 εκ.
  - Απουσία διογκωμένων λεμφαδένων
  - Οστεολυτικές βλάβες στα σώματα σπονδύλων και αυχένες και στα λαγόνια οστά – η μεγαλύτερη στο ΔΕ λαγόνιο με συνοδό μάζα μαλακών μορίων 4 X 3 εκ, με λύση συνεχείας φλοιού λαγονίου οστού.
  - Ουδέν παθολογικό εκ του θώρακος
- Σπινθηρογράφημα οστών
  - Αυξημένη καθήλωση του ραδιοφαρμάκου στους Θ6, Θ8, Θ9, ΔΕ ιερολαγόνιο άρθρωση και ΔΕ λαγόνιο οστούν.
- Τι θα συστήνατε ?

## Κλινικό περιστατικό – 4

- 7/2016 Ο ασθενής παραπέμφθηκε για έλεγχο σε ογκολόγο
  - CEA: 0.7
  - NSE: 71.84 (φτ < 16)
  - LDH: 836 (φτ < 225)
  - Β2-μικροσφαιρίνη ορού: 3,5 (φτ < 2,0)
  - Έλεγχος παραπρωτεϊναιμίας ορού και ούρων αρνητικός
- Τι θα συστήνατε ?



# Κλινικό περιστατικό – 4

- 26/7/2016 FNB ΔΕ λαγονίου:

Εκτεταμένες διηθήσεις από αδenoκαρκίνωμα με συρρέοντες ατύπους σωληνώδεις, συμπαγείς και ηθμοειδείς νεοπλασματικούς σχηματισμούς υπαλειφομένους από στοίχο κυττάρων που φέρουν λεπτοκοκκιώδες πρωτόπλασμα και ανισομεγέθεις διογκωμένους πυρήνες με εμφανές κεντρικό πυρήνιο.

Επίσης αναγνωρίζονται και περιοχές με αφρώδη κύτταρα.

Τα κύτταρα των νεοπλασματικών σχηματισμών εκφράζουν αρνητικά το PSA, και θετικά την Pankeratin, το P504S (AMACR) και το PSAP. Η συναπτοφυσίνη είναι αρνητική.

Τα αφρώδη κύτταρα εκφράζουν θετικά τον ιστοκυτταρικό δείκτη CD68.

Τα ανωτέρω : συμβατά με μετάσταση από αδenoCa προστάτου, GS 8 (4+4).

- Τι θα συστήνατε ?

## Κλινικό περιστατικό – 4

- 29/7/2016 ως “high volume – lytic bone +/- liver M “  
συστήθηκε
  - Degarelix
  - ΧΜΘ με Docetaxel
  - Διφωσφονικά
  
- Ο ασθενής είδε άλλο ογκολόγο και έλαβε ορμονική αγωγή και ακτινοθεραπεία ΔΕ λαγονίου

## Κλινικό περιστατικό - 5

72 ετών άνδρας, αρρύθμιστη ΑΥ, υπερχοληστεριναιμία

2002 εντερορραγία → μάζα σιγμοειδούς → σιγμοειδεκτομή :  
λαχνοσωληνώδες αδένωμα με βαρεία δυσπλασία

2/2004 λόγω συχνουρίας / δυσουρίας → PSA 91.1

Βιοψία προστάτου : AP 0/5, ΔΕ 6/6 με GS 7a (3+4), PNI+.

Σταδιοποίηση: cT3 N0M0

Τι θα συστήνατε ?

# Κλινικό περιστατικό – 5

Ο ασθενής έλαβε LHRH – Bicalutamide x 4 μήνες και κατόπιν και ΑΚΘ

6/2/2004	PSA: 91.1	LHRH + Bicalutamide X 4 mos
2/4/2004	PSA: 39.04	
4/5/2004	PSA: 1.26	
		16/6/2005-6/8/2004 XRT 74 Gy IMRT
31/8/2004	PSA: 1.02	Συνέχισε Bicalutamide
16/11/2004	PSA: 1.06	
29/12/2004	PSA: 1.06	
21/9/2005	PSA: 3.5	σταδιοποίηση αρνητική για άπω νόσο
14/4/2005	PSA: 3.72	→ Βx προστάτου: «ενεργό» Ca προστάτου LHRH + Bicalutamide

Τι θα κάνατε ?

## Κλινικό περιστατικό – 5

Ο ασθενής συνέχισε με Bicalutamide συνεχώς και διαλειπόντως LHRH αναλόγως PSA από το 2005 έως και το 2012 (αρνητικές αξονικές)

Από το 2012 υπό συνεχή ανδρογονικό αποκλεισμό

8/2013 PSA 3.0 (T< 18) AT Θ/AOK αρνητικές

9/2013 Bone scan : + Θ11, Ο4 (ασυμπτωματικός)

11/2013 PSA: 4.6, CEA: 2.59, NSE: 10.7      DEXA μηριαίου T score: -2.9

Τι θα κάνατε ?

# Κλινικό περιστατικό – 5

Έγινε διακοπή Bicalutamide (συνέχισε LHRH)

1/2014 PSA 6.7 (ασυμπτωματικός)

2/2014 Οξεϊκή αμπιρατερόνη + πρεδνιζολόνη

+ Ασβέστιο + βιτ. D3 + Ζολενδρονικό

(έκανε πυρετό / πόνο με το ζολενδρονικό και αρνήθηκε περαιτέρω)

10/2014 PSA nadir: 1.9

5/2015 PSA: 3.9

→ AT Θ/ΑΟΚ: όχι νέες εστίες

9/2015 PSA: 4.17

→ DEXA T score: -2.6

1/2016 PSA: 7.91

2/2016 PSA: 12.49

→ AT Θ/ΑΟΚ: **νέες** βλαστικές εστίες ΟΜΣΣ

Bone scan : επιδείνωση οστικών

Ασυμπτωματικός

Τι κάνετε ?

# Κλινικό περιστατικό – 5

2/2016 PSA: 12.49

→ AT Θ/ΑΟΚ: νέες βλαστικές εστίες ΟΜΣΣ

Bone scan : επιδείνωση οστικών

Ασυμπτωματικός

3/2016 Έγινε διακοπή αμπιρατερόνης (μείωση πρεδνιζολόνης σε 5 mg/d)

Έναρξη ενζαλουταμίδης 160 mg/d

4/2016 PSA: 17.05

5/2016 PSA: 29.38 + οστικά άλγη → διακοπή ενζαλουταμίδης

6/2016 Bone scan: επιδείνωση (όχι μακρά οστά)

AT Θ/ΑΟΚ: επιδείνωση βλαστικών. Μικροί κοινοί λαγόνιοι λεμφαδένες άμφω

Τι κάνετε ?

# Κλινικό περιστατικό – 5

6/2016 Bone scan: επιδείνωση (όχι μακρά οστά)

ΑΤ Θ/ΑΟΚ: επιδείνωση βλαστικών. Μικροί κοινοί λαγόνιοι λεμφαδένες άμφω

Τι κάνετε ?

Από 14/6/2016 – 26/7/2016 Docetaxel / Zolendronic x 3 κύκλους

(ήπια αλλεργική αντίδραση στον 2<sup>ο</sup> και βαρεία αλλεργική αντίδραση στον 3<sup>ο</sup> )

17/5/2016            PSA: 29.38

1/7/2016            PSA: 40.9

22/7/2016            PSA: 23.99 βελτίωση άλγους → διακοπή λόγω αλλεργίας

Τι θα κάνετε?



# Κλινικό περιστατικό 5

22/7/2016

PSA: 23.99 βελτίωση άλγους → διακοπή docetaxel λόγω αλλεργίας

Από 25/8/2016 – 6/10/2016

Navelbine / Prezolon / Zometa X 2 κύκλους σταθεροποίηση PSA και βελτίωση συμπτωμάτων

# Κλινικό περιστατικό 6

- Άνδρας ηλικίας 71 ετών προσέρχεται στα επείγοντα με διάχυτο κοιλιακό άλγος (11/2015). Τον τελευταίο μήνα είχε διάχυτα οσφυϊκά άλγη και LUTS για τα οποία του είχαν χορηγηθεί συστηματικά ΜΣΑΦ
- Ατομικό αναμνηστικό: έλκος δωδ/λου -ομεπραζόλη
- Στην κλινική εξέταση διάχυτη ευαισθησία στη κοιλιά  
Δακτυλικώς μεγάλη σκληρή μάζα στην πύελο
- Στο U/S υδρονέφρωση άμφω,μεγάλη διόγκωση του προστάτη που διηθεί την κύστη
- Κρεατινίνη 1.6 mg/ml
- Α/α θώρακος: ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά

- Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επέμβαση συρραφής ραγέντος έλκους δωδ/λου
- **PSA= 2.500 ng/ml**
- Αξονική κοιλίας:Μεγάλη πυελική μάζα με λεμφαδενικά block άμφω. Μεταστάσεις στον αξονικό σκελετό οστεοσκληρυντικές.
- Ουρητηρουδρονέφρωση άμφω με διάταση των ουρητήρων έως την ουρητηροκυστική συμβολή.
- Ελήφθησαν βιοψίες προστάτη : αδενο-ca προστάτη Gleason 7 (4+3) Grade 3
- Τι θεραπεία θα προτείνετε;

- Ο ασθενής ετέθη σε LH-RH ανταγωνιστή
- Συζητήθηκε η έναρξη ΧΜΘ πλην όμως ο ασθενής στερείται οικογενειακού περιβάλλοντος και υποστήριξης
- Στους 3 μήνες PSA 0.8 ng/ml, testo 42 ng/dl ALP 77 U/l, LDH 160 U/l, υποχώρηση υδρονέφρωσης, μείωση της πνευλικής μάζας
- Στο χρόνο ασυμπτωματικός, PSA 0.2 ng/ml, testo 17 ng/dl, ALP 53 U/l, LDH 180 U/l

# Κλινικό περιστατικό 7

- Άνδρας ηλικίας 67 ετών προσέρχεται με LUTS (6/2016)
- Ατομικό αναμνηστικό: Σ.Δ υπό αγωγή
  - DRE: προστάτης 40 ml, διάχυτα σκληρός με ανώμαλα όρια
  - PSA= **45 ng/ml**, ALP 157 U/l, LDH 275 U/l
  - TRUS-biopsy
  - **Ιστολογική εξέταση:** αδενοκαρκίνωμα προστάτη Gleason 9 (5+4), νευροενδοκρινές (PSMA+, PSA-, p63- χρωμογρανίνη+)

- Ολόσωμο σπινθηρογράφημα οστών: πολλαπλές δευτεροπαθείς εντοπίσεις στον αξονικό σκελετό
- Αξονική κοιλίας: παραορτική και πυελική λεμφαδενοπάθεια, πολλαπλές μεταστάσεις κυρίως **λυτικές**
- Τι αντιμετώπιση προτείνετε;

- Στον ασθενή χορηγήθηκε αρχικά LH-RH ανταγωνιστής.
- Στον μήνα το PSA ήταν 50 g/ml
- Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε παθολόγο ογκολόγο και άρχισε ΧΜΘ

## Κλινικό Περιστατικό 8

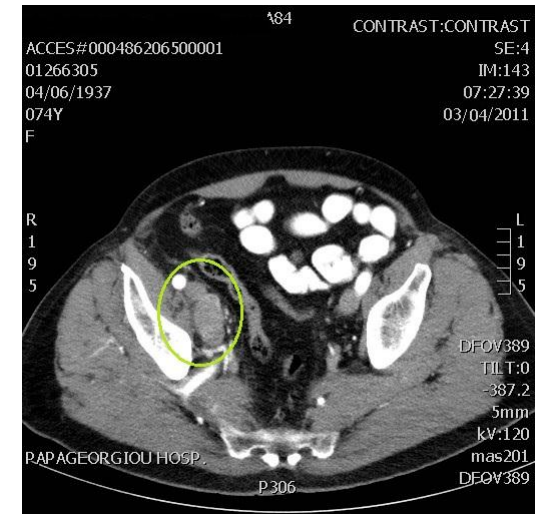
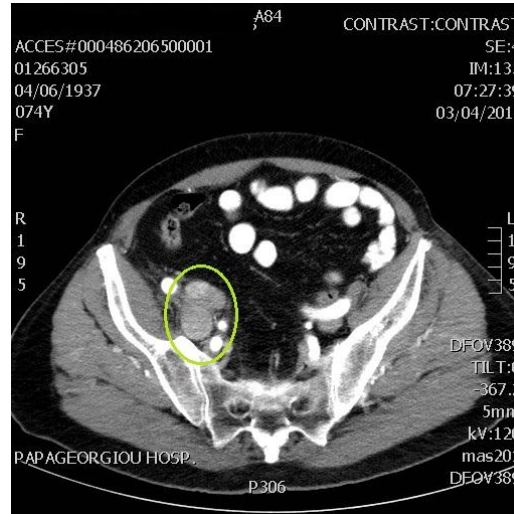
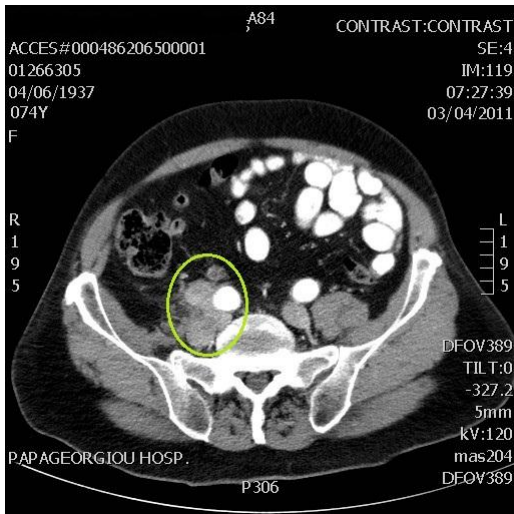
- Άνδρας , 74 ετών (4/2011)
- Επεισόδιο ανώδυνης μακροσκοπικής αιματουρίας
- ΑΙ: Γαστρορραγία λόγω έλκους βολβού 12δακτύλου,  
Υπέρταση
- Μη καπνιστής



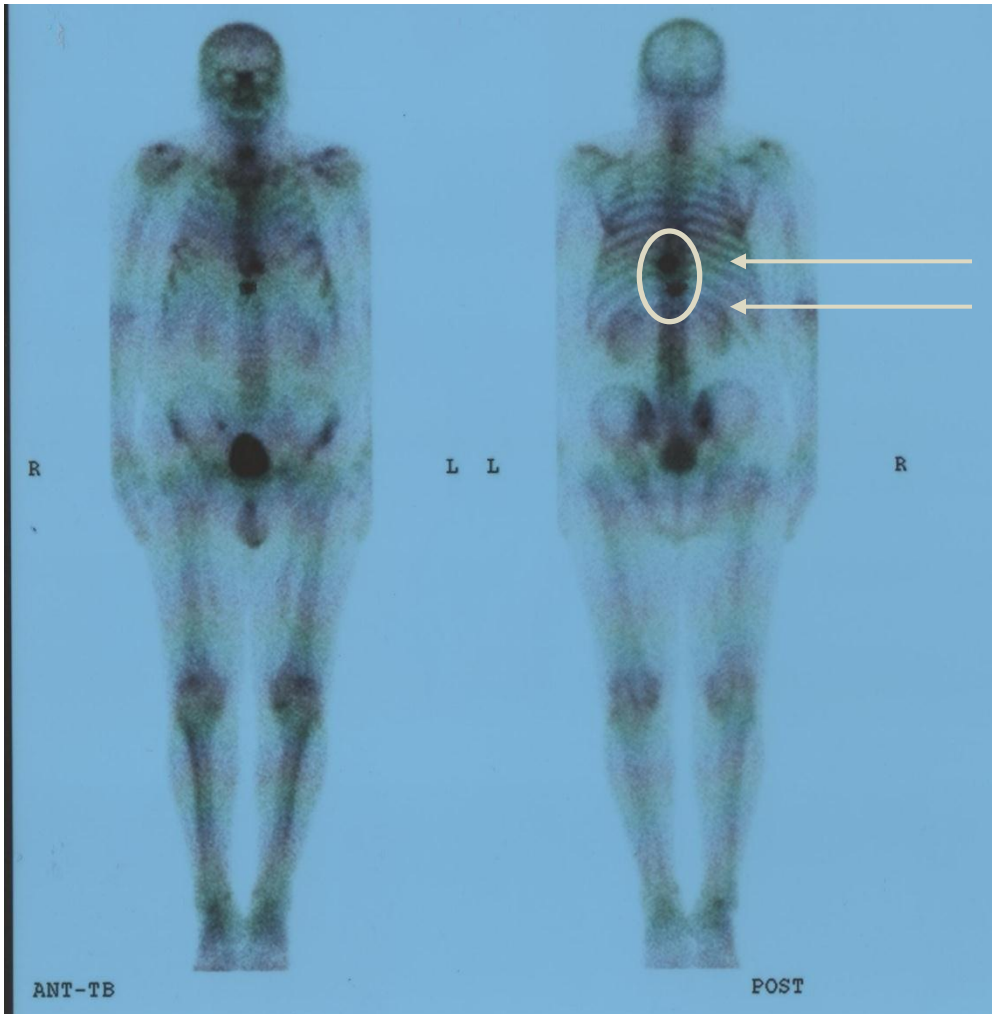
- DRE (+)( σκληρός προστάτης με ασαφή όρια και εξωπροστατική επέκταση
- PSA: 41.6 ng/ml
- ALP:1252 U/L
- TRUS Bx: ΑδενοCa προστάτη Gleason score 7 (4+3)
  - κατάληψη όλων των κυλίνδρων (6 ΔΕ – 6 ΑΡ)
  - περινευριδικές διηθήσεις
- κυστεοσκόπηση: κύστη κφ

- CT κοιλίας:

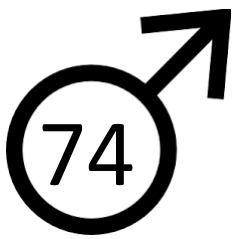
- διόγκωση και ασαφή όρια προστάτη με ενδοκυστική προβολή του
- Ανώμαλη παρυφή του οπίσθιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως
- **LN (+) ΔΕ κοινά λαγόνια αγγεία, μικρότεροι και στα AP .**
- πολλαπλές φλοιικές κύστεις νεφρών με απουσία υδρονέφρωσης



# Σπινθηρογράφημα οστών



meta οστών Θ9 και Θ11



- cT3N1M1b
- ECOG PS: 0
- ALP: 1252 U/L

PSA: 41,6  
ng/ml

Απρ.  
2011



# Ποια είναι η προτεινόμενη αρχική θεραπεία;

1. υποκάψια ορχεκτομή
2. μονοθεραπεία με μη στεροειδές  
αντιανδρογόνο (bicalutamide 150 mg)
3. LHRH ανταγωνιστή
4. LHRH αγωνιστή και μη στεροειδές  
αντιανδρογόνο
5. Άλλο

•cT3N1M1b  
•ECOG PS: 0  
•ALP: 1252 U/L

PSA: 41,6  
ng/ml

Απρ.  
2011

↑  
Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks

•cT3N1M1b  
•ECOG PS: 0  
•ALP: 1252 U/L

PSA: 41,6  
ng/ml

Απρ.  
2011

•Ασυμπτωματικός  
•ALP: 270 U/L

PSA: 1,7  
ng/ml

Οκτ.  
2011

↑  
Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks

•cT3N1M1b  
•ECOG PS: 0  
•ALP: 1252 U/L

•Ασυμπτωματικός  
•ALP: 270 U/L

•ALP: 223 U/L

PSA: 41,6  
ng/ml

PSA: 1,7  
ng/ml

PSA: 0,89  
ng/ml

Απρ.  
2011

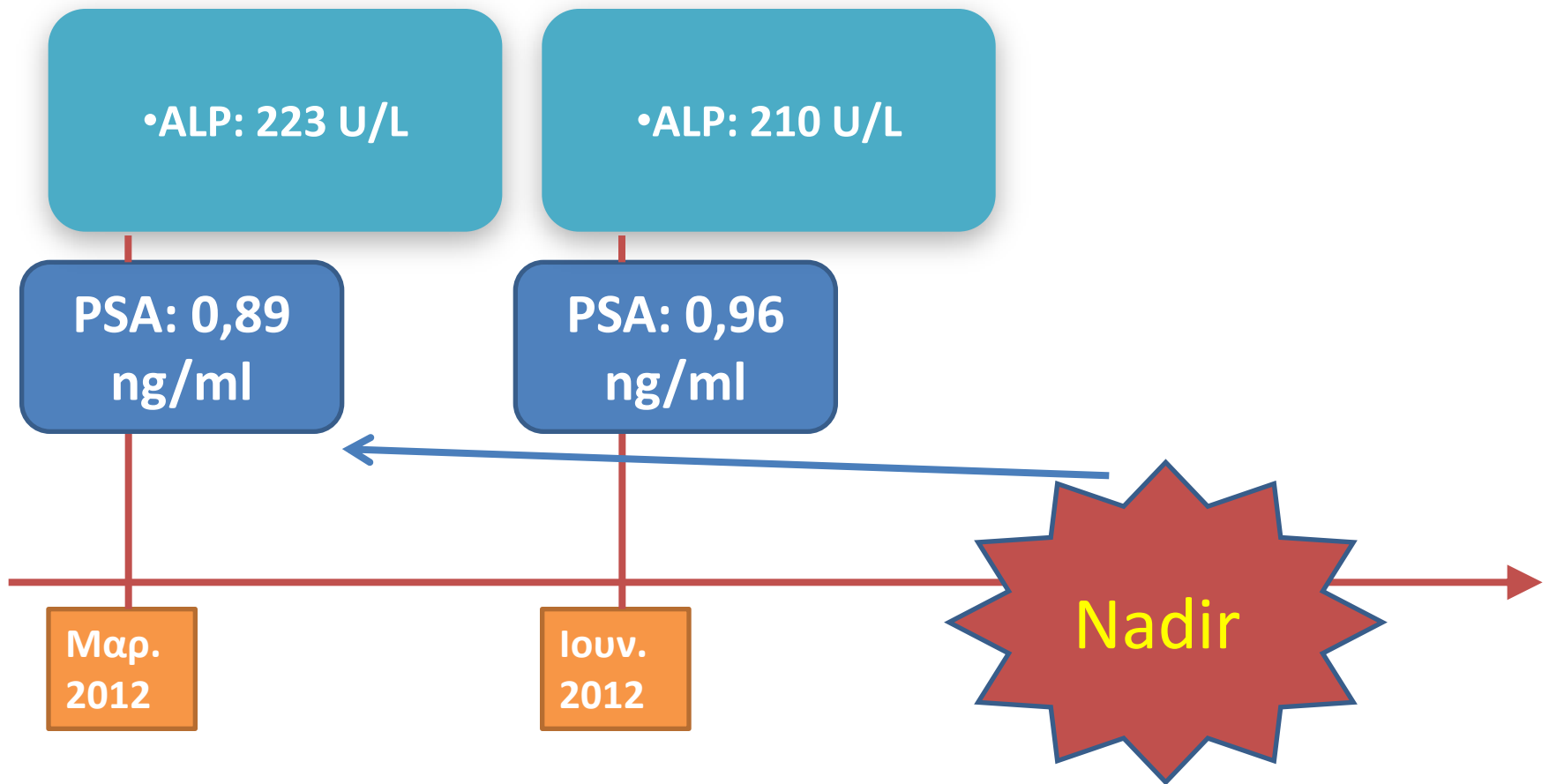
Οκτ.  
2011

Μαρ.  
2012

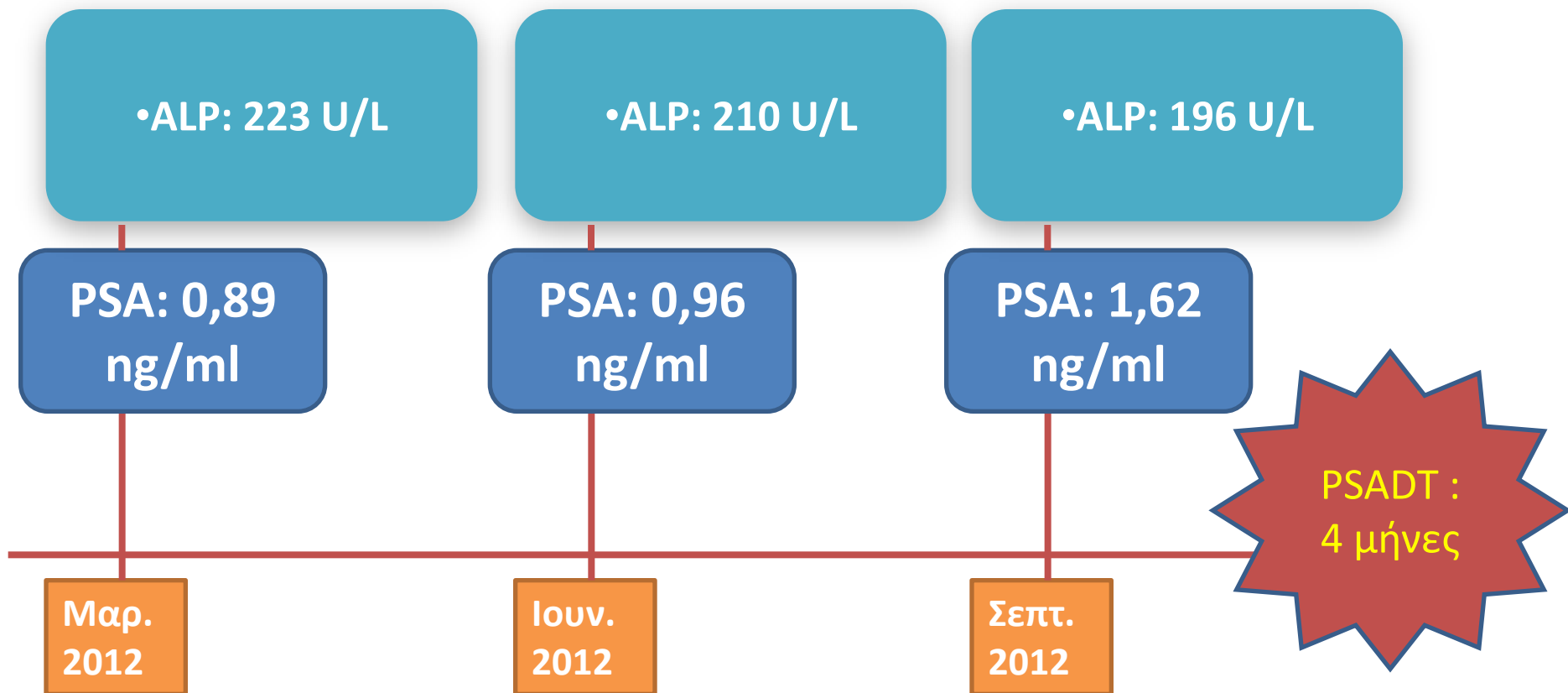


Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks





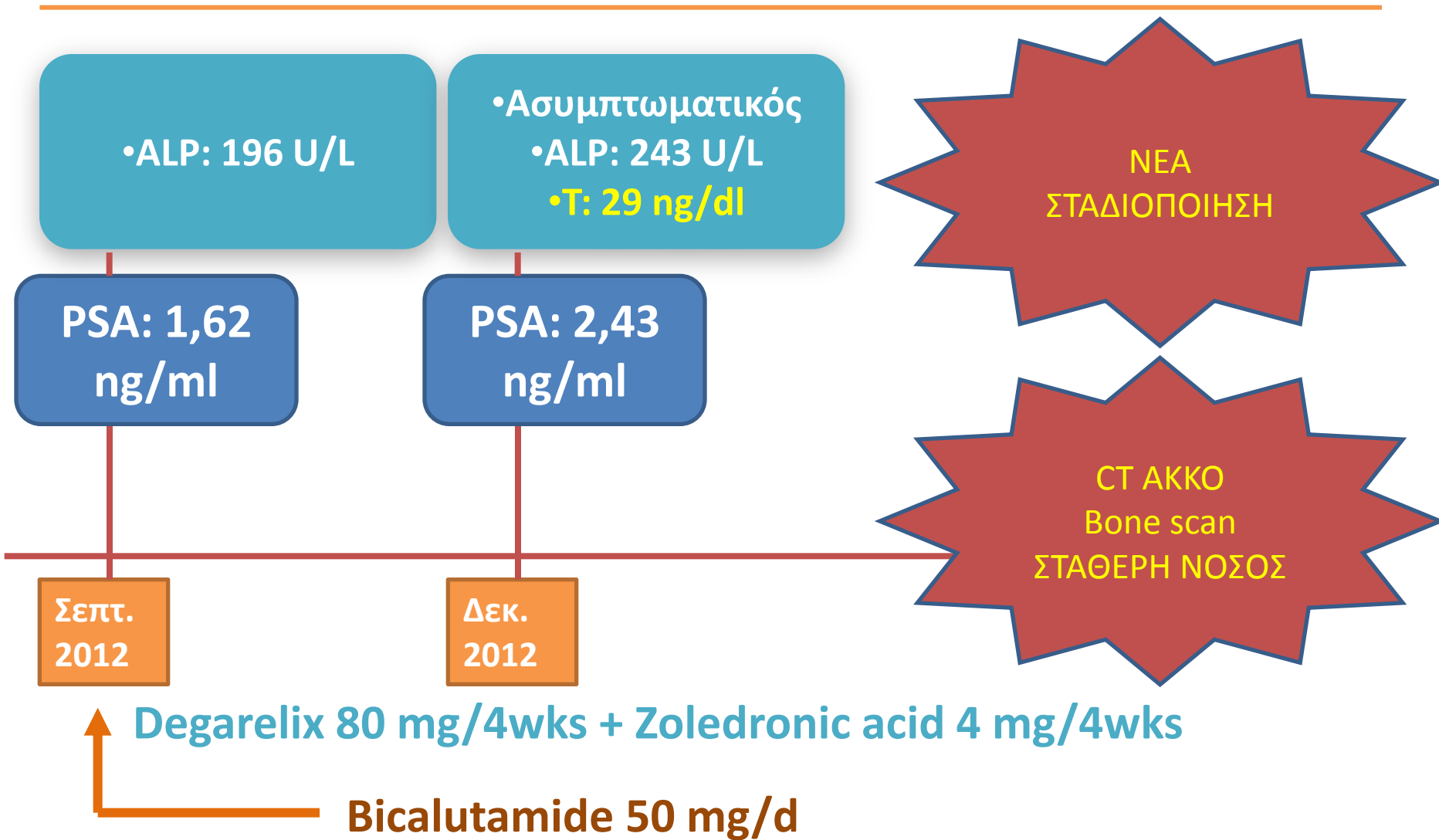
Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks



Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks

# Ποιο είναι το επόμενο βήμα;

1. νέα σταδιοποίηση
2. παραπομπή σε ογκολόγο
3. συνέχιση αγωγής και έλεγχος PSA σε συντομότερο χρονικό διάστημα
4. προσθήκη μη στεροειδούς αντιανδρογόνου
5. Άλλο



# Ποιο είναι το επόμενο βήμα ;

1. παραπομπή σε ογκολόγο προς έναρξη ΧΜΘ
2. αύξηση της δόσης του μη στεροειδούς αντιανδρογόνου
3. αλλαγή αντιανδρογόνου
4. προσθήκη οιστρογόνων
5. προσθήκη αμπιρατερόνης
6. προσθήκη ενζαλουταμίδης
7. Ράδιο - 223

•ALP: 243 U/L  
•T: 29 ng/dl

PSA: 2,43  
ng/ml

Δεκ.  
2012

•Ασυμπτωματικός  
•ALP: 266 U/L  
•PSADT: 2,5 μήνες

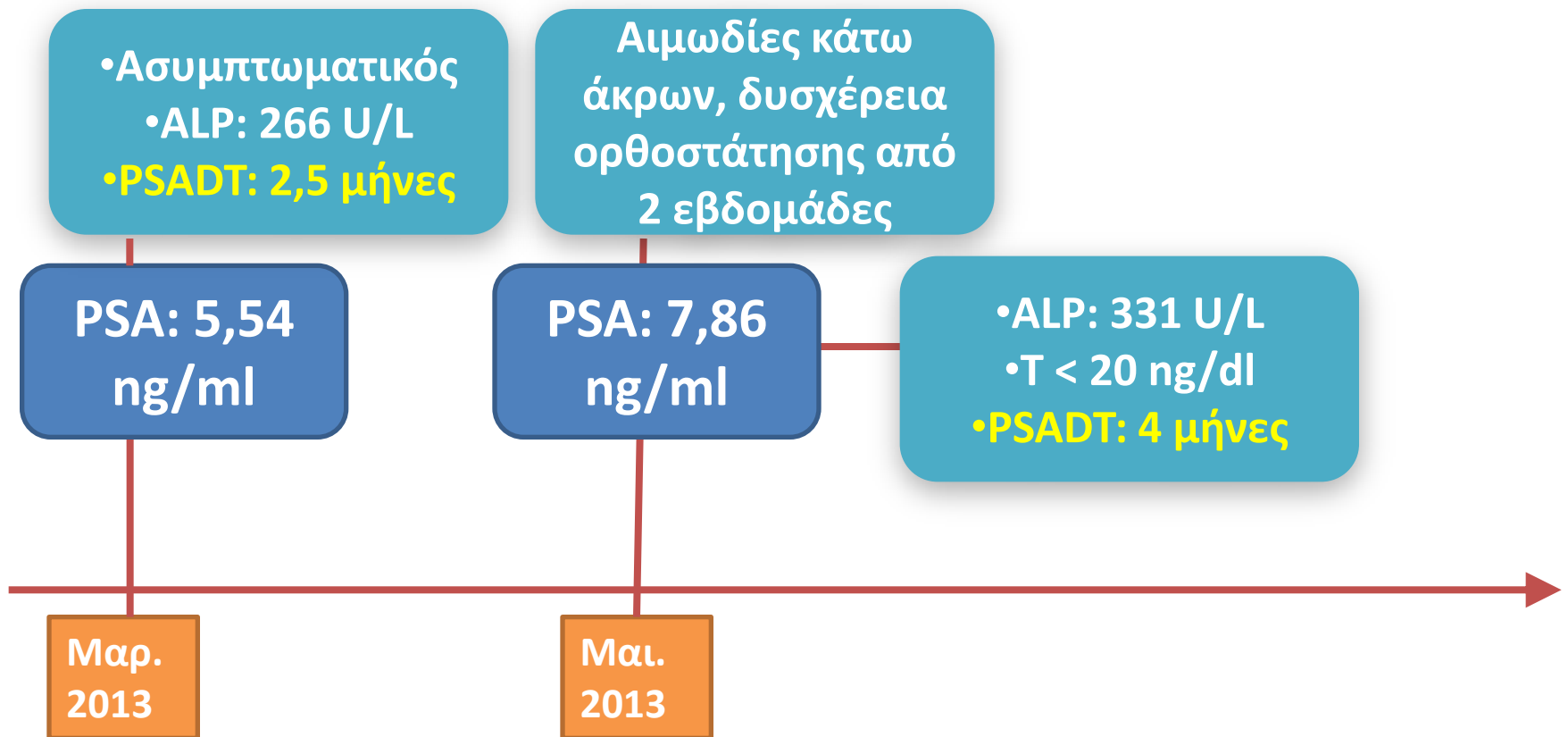
PSA: 5,54  
ng/ml

Μαρ.  
2013

ΑΠΟΣΥΡΣΗ  
ΑΝΤΙΑΝΔΡΟΓΟΝΟΥ

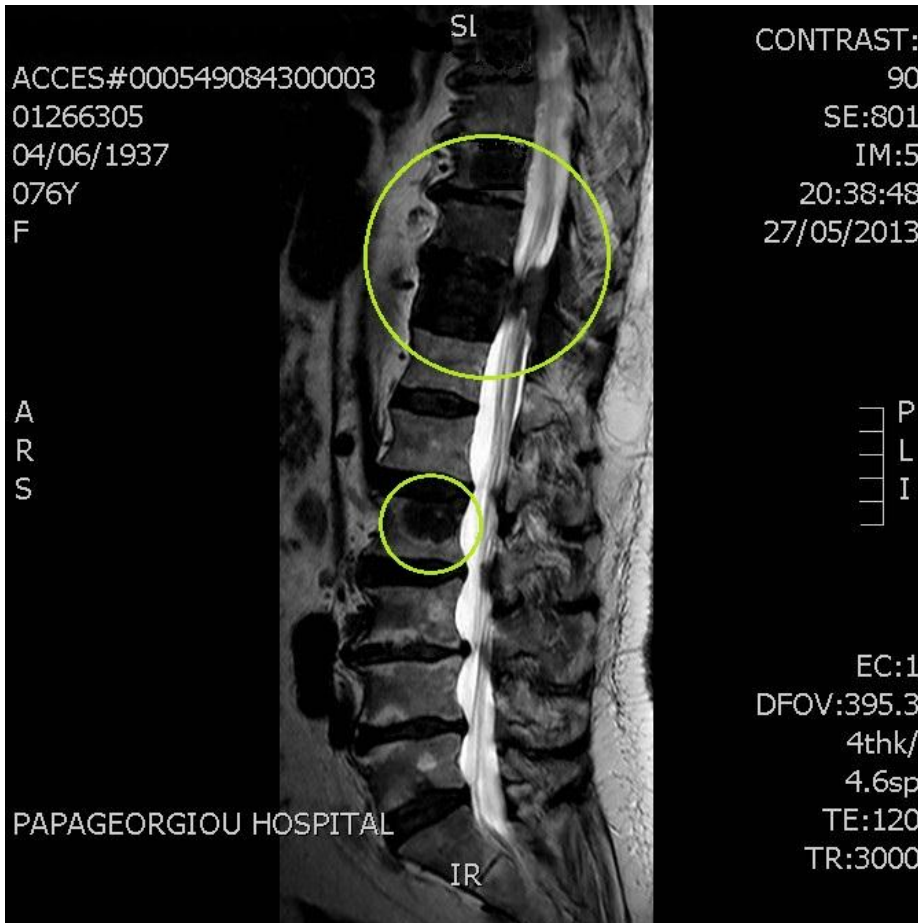
Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks

Bicalutamide 50 mg/d → Bicalutamide 150 mg/d



Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks

# Νέα σταδιοποίηση



- MRI εγκεφάλου : κφ
- MRI ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ, ΟΜΣΣ:
  - νέες μετα εστίες (Ο2, Θ7)
  - Οπίσθια μετατόπιση στο επίπεδο του Θ11 → έντονη πίεση μυελικού κώνου

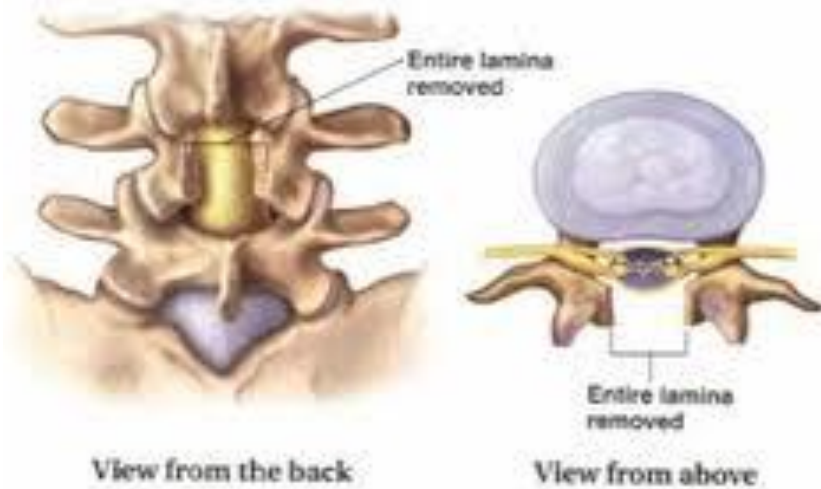


# Ποιο είναι το επόμενο βήμα ;

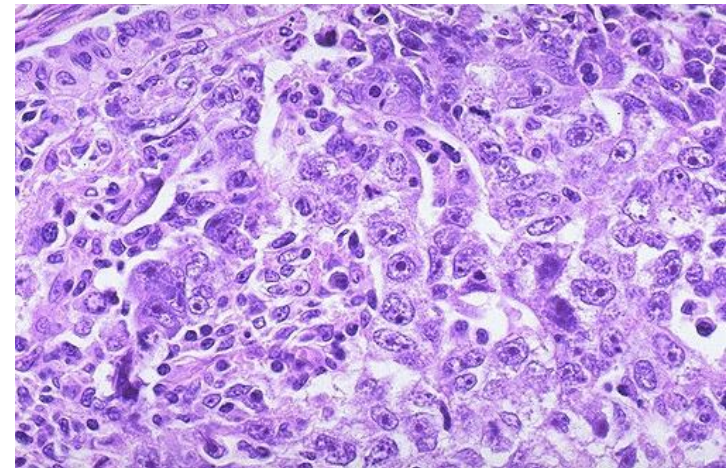
1. ακτινοθεραπεία
2. νευροχειρουργική επέμβαση για την αποσυμπίεση του ΝΜ
3. προσθήκη αμπιρατερόνης
4. προσθήκη ενζαλουταμίδης
5. έναρξη ΧΜΘ



- N/Χ εκτίμηση
- Πεταλεκτομία Θ10, Θ11 και μερική Θ12
- Μερική αφαίρεση της εξεργασίας
- Αποσυμπίεση ΝΜ
- Θωρακικός κηδεμόνας για 3 μήνες
- Ευχερέστερη ορθοστάτηση, ύφεση αιμωδιών



- Παθολογοανατομική εξέταση
  - εκτεταμένη διήθηση των μυελοχώρων του οστίτη ιστού από **αδενοκαρκίνωμα χαμηλής διαφοροποίησης**
  - ανοσοιστοχημικά
    - (+) πανκερατίνη, κερατίνη 7
    - (-) κερατίνη υψηλού MB, κερατίνη 20, p-63, **PSA**



Ελάχιστα  
συμπτωματικός  
ασθενής, Hb 12,3mg/dl,  
ALP 310 U/L, Creat 0,97  
mg/dl

PSA: 0,91  
ng/ml

PSA: 0,79  
ng/ml

PSA: 1,12  
ng/ml

PSA: 9.2  
ng/ml

Εμφάνιση  
οστικού  
άλγους

Ιαν.  
2014

Απρ.  
2014

Ιουλ.  
2014

Δεκ.  
2014

Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks  
Abiraterone 1000mg/d + prednisone 10 mg/d

Βone scan : Νέες οστικές μεταστάσεις στο δεξιό λαγόνια και αριστερό βραχιόνιο.

PSA: 9.2  
ng/ml

PSA: 4.2  
ng/ml

PSA: 1,12  
ng/ml

PSA: 0.79  
ng/ml

Δεκ.  
2014

Φεβρ.  
2015

Απρ.  
2015

Ιούν.  
2015

Degarelix 80 mg/4wks + Zoledronic acid 4 mg/4wks  
Docetaxel 75 mg/m<sup>2</sup> q 3w