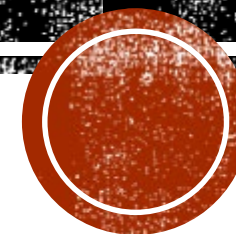
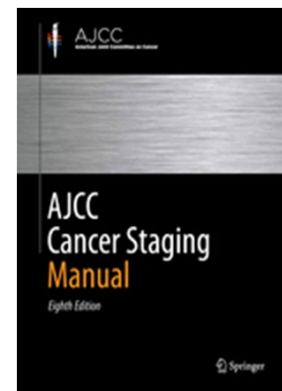


Θεραπεία τοπικά προχωρημένου καρκίνου του προστάτη

Πέτρος Σουντουλίδης
Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας
Α' Ουρολογική Κλινική ΑΠΘ



Σταδιοποίηση TNM



- Το στάδιο μιας πάθησης (stage) δεν παραμένει αμετάβλητο, αλλά διαμορφώνεται σε χρονικά σημεία της πορείας ενός ασθενούς
 - κλινικό στάδιο (c-TNM)
 - παθολογοανατομικό στάδιο (p-TNM)
 - στάδιο μετά από θεραπεία (yc-TNM)
 - υποτροπή (r-TNM)
 - αυτοψία (a-TNM)



Τ στάδιο

Τ	Τ κριτήρια
T1	Κλινικά μη ανιχνεύσιμος όγκος, μη ψηλαφητός
T1a	τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε <5% προστατικού ιστού
T1b	τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε >5% προστατικού ιστού
T1c	Διάγνωση μέσω βιοψίας όγκου σε ένα ή δύο λοβούς, μη ψηλαφητός
T2	Ψηλαφητός όγκος εντοπισμένος στον προστάτη
T2a	Όγκος που καταλαμβάνει λιγότερο από το μισό του ενός λοβού
T2b	Όγκος που καταλαμβάνει περισσότερο από το μισό του ενός λοβού αλλά όχι τον άλλο λοβό
T2c	Όγκος που καταλαμβάνει και τους δύο λοβούς
T3	Εξωπροστατικός όγκος που δεν διηθεί γειτονικές δομές
T3a	Όγκος με εξωπροστατική επέκταση (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη)
T3b	Όγκος που διηθεί τις σπερματοδόχες κύστεις
T4	Όγκος καθηλωμένος ή που διηθεί γειτονικές δομές όπως έξω σφιγκτήρας, κύστη, ορθό, ανελκτήρες ή πυελικό τοίχωμα

Tumor Nodes Metastases

Regional Lymph Nodes (N)

CLINICAL

- NX** Regional lymph nodes were not assessed
- N0** No regional lymph node metastasis
- N1** Metastasis in regional lymph node(s)

PATHOLOGIC

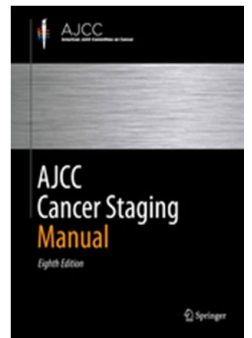
- pNX** Regional nodes not sampled
- pN0** No positive regional nodes
- pN1** Metastases in regional node(s)

Distant Metastasis (M)^a

- M0** No distant metastasis
- M1** Distant metastasis
- M1a** Nonregional lymph node(s)
- M1b** Bone(s)
- M1c** Other site(s) with or without bone disease



AJCC 8th edition



- η κλινική ταξινόμηση (T στο TNM) θα πρέπει να βασίζεται:
 - ΜΟΝΟ στα ευρήματα της DRE
 - ΟΧΙ στα ευρήματα της απεικόνισης
 - ΟΧΙ στα ευρήματα της βιοψίας προστάτη σχετικά με την εντόπιση του όγκου
- ❖ μη ψηλαφητός όγκος που διαγνώσθηκε με βιοψία και στους δύο λοβούς ταξινομείται ως κλινικού σταδίου T1c και όχι T2c



High-risk localised PCa or high-risk locally advanced PCa

Use prostate mpMRI for local staging 2b A

Perform metastatic screening including at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan 2a A

CT= computed tomography; GR=grade of recommendation; LE=level of evidence; mpMRI= multiparametric magnetic resonance imaging; MRI= magnetic resonance imaging; PCa= prostate cancer; TRUS= transrectal ultrasound.

Table 1 – EAU risk groups for biochemical recurrence of localised and locally advanced prostate Cancer

Low-risk	Intermediate-risk	High-risk	
Definition			
PSA < 10 ng/mL and GS < 7 and cT1-2a Localised	PSA 10–20 ng/mL or GS 7 or cT2b Localised	PSA > 20 ng/mL or GS >7 or cT2c Localised	any PSA any GS cT3–4 or cN+ Locally advanced
GS = Gleason score; PSA = prostate-specific antigen.			



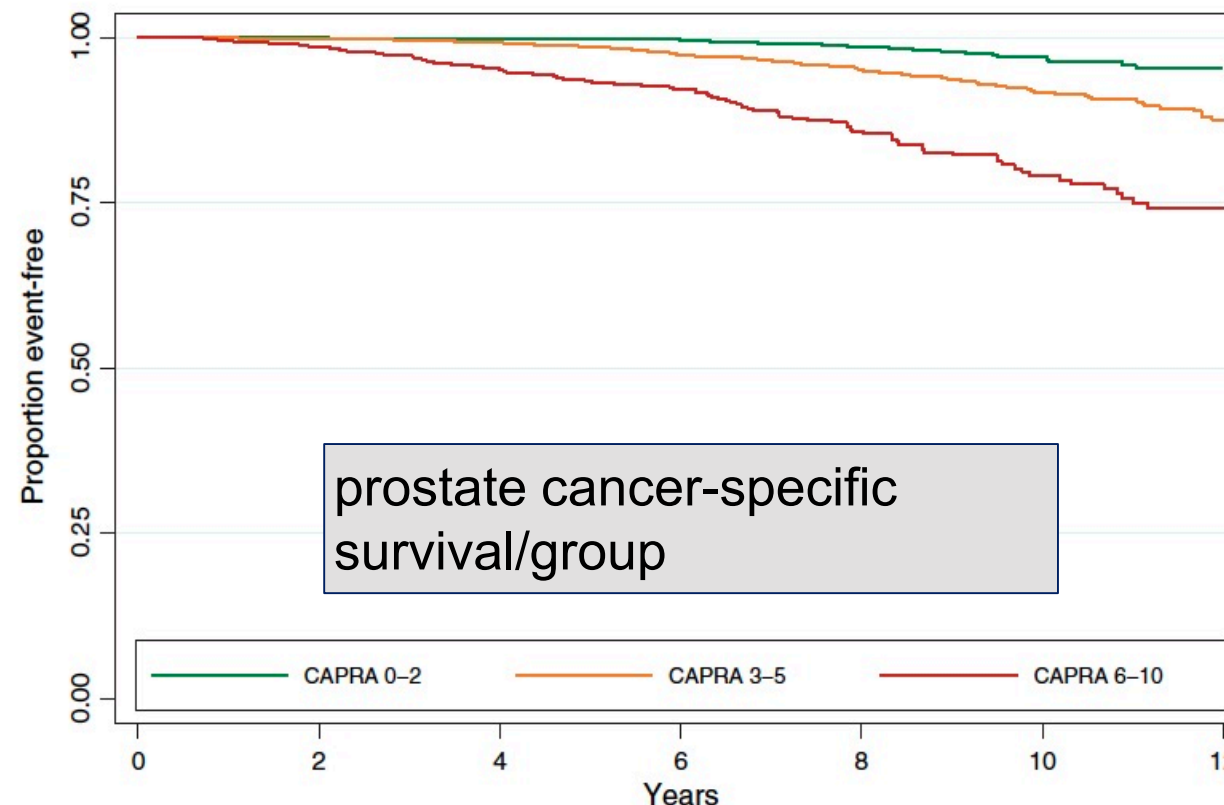
UCSF-CAPRA score

<https://www.mdcalc.com/ucsf-capra-score-prostate-cancer-risk#evidence>

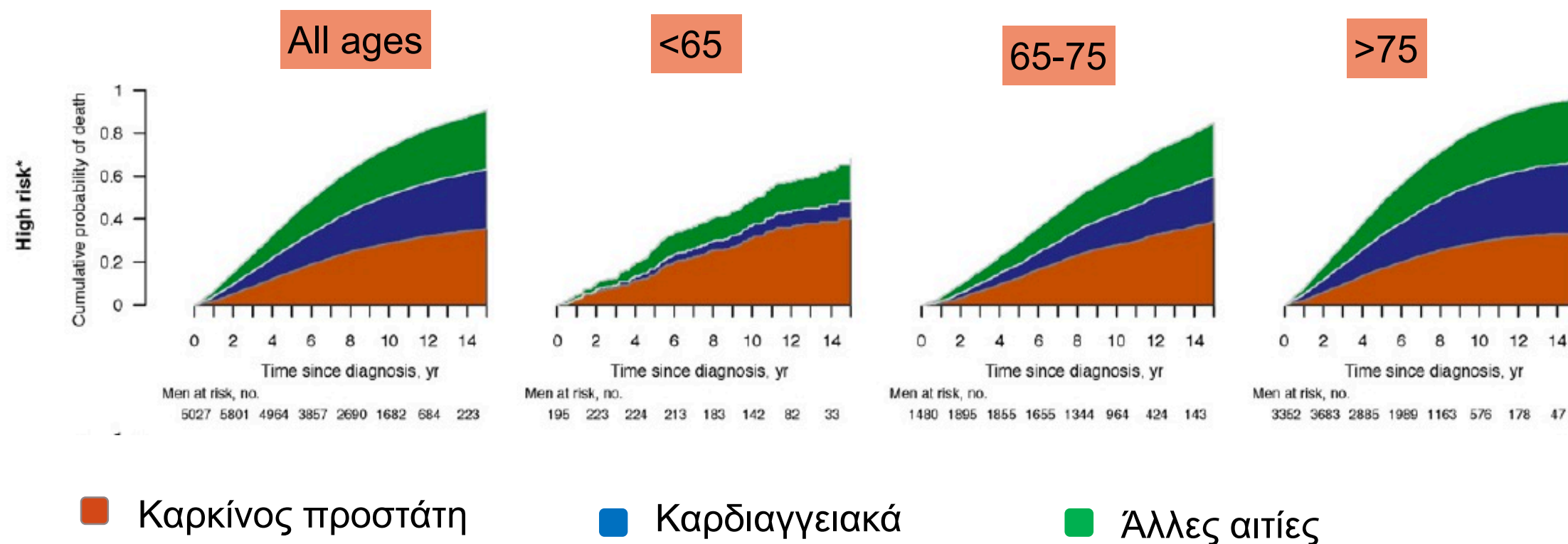
Table 1. Calculation of the University of California, San Francisco Cancer of the Prostate Risk Assessment (CAPRA) score*

Variable	Corresponding points
PSA at diagnosis, ng/mL	
<6.0	0
6.0–10	1
10.01–20	2
20.01–30	3
>30	4
Gleason score at biopsy examination, primary/secondary pattern	
1–3/1–3	0
1–3/4–5	1
4–5/1–5	3
Age at diagnosis, y	
<50	0
≥50	1
Clinical tumor stage	
T1a–T2c	0
T3a	1
% of biopsy cores positive for cancer	
≤33	0
>33	1

Range 0-10



Τι θα συμβεί στους high risk ασθενείς που δεν θα λάβουν ριζική θεραπεία



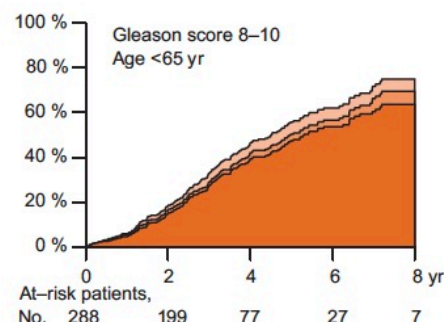
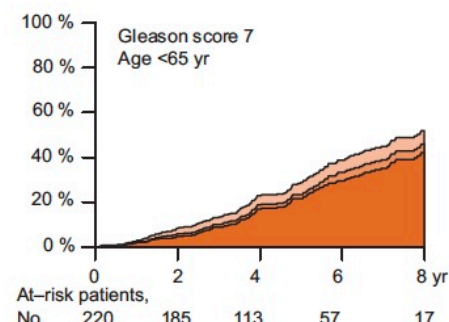
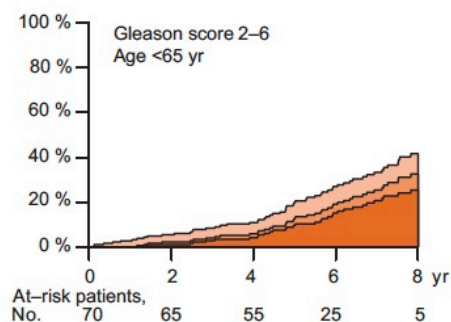
Rider JR, Long-term outcomes among noncuratively treated men according to prostate cancer risk category in a nationwide, population-based study. Eur Urol 2013



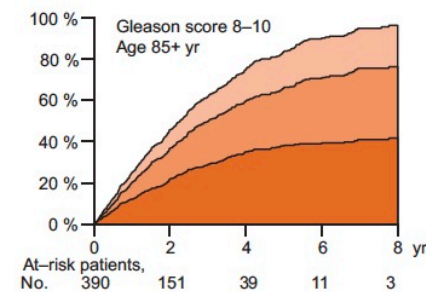
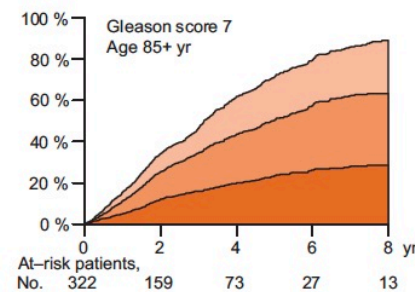
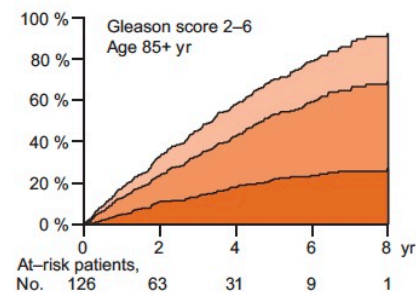
Τι θα συμβεί στους ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο χωρίς ριζική θεραπεία



Ηλικία < 65



12.184 άνδρες με τοπικά προχωρημένο PCa (c-T3/T4) ή T2 και PSA από 50 ως 99 ng/ml χωρίς μεταστάσεις



Ηλικία > 85

Death from prostate cancer

Death from circulatory disease

Death from other causes



τοπικά προχωρημένος καρκίνος του προστάτη

- λεμφαδενική νόσος και μικρομεταστάσεις ήδη κατά τη διάγνωση
- βιοχημική υποτροπή, εξέλιξη της νόσου και θάνατο
- απόλυτη ένδειξη για ριζική θεραπεία

❖ μονοθεραπεία είναι συνήθως ανεπαρκής, απαιτείται συνδυαστική αντιμετώπιση

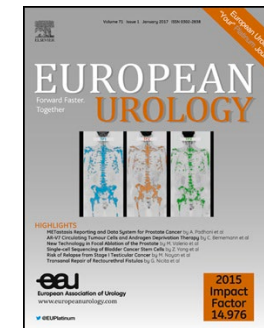


Θεραπευτικές επιλογές

- Ριζική προστατεκτομή + PLND
- Ριζική ακτινοθεραπεία +/- βραχυθεραπεία
+/- επικουρική ορμονοθεραπεία
- συνδυασμός Ρ.Π και ακτινοθεραπείας

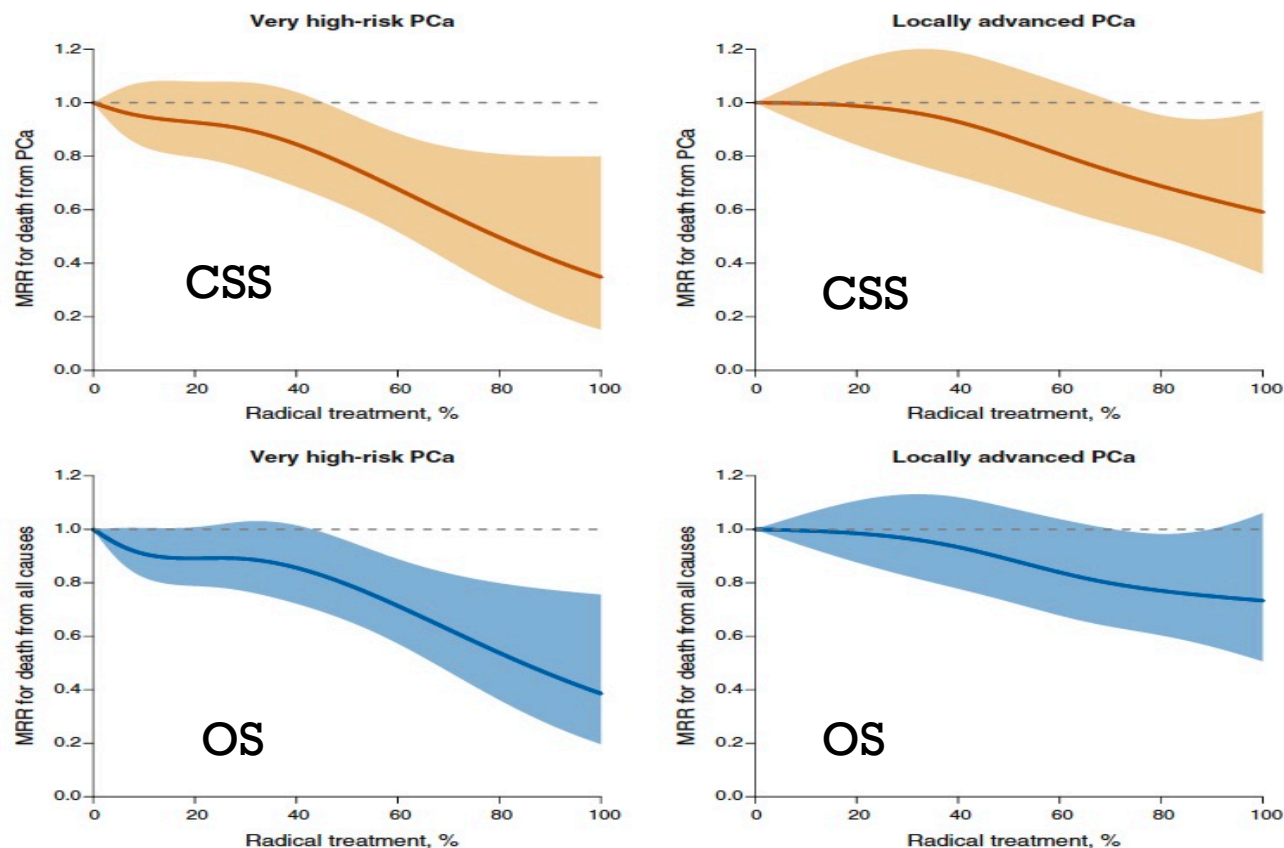


Ο ρόλος της ριζικής θεραπείας στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο προστάτη



T3, PSA<50
any N, M0, n=10.316

T4 ή/και PSA 50-200
any N, M0, n=7.500



50% λιγότεροι θάνατοι σε τοπικά προχωρημένο PCa με τοπική θεραπεία (ακτινοθεραπεία / προστατεκτομή)



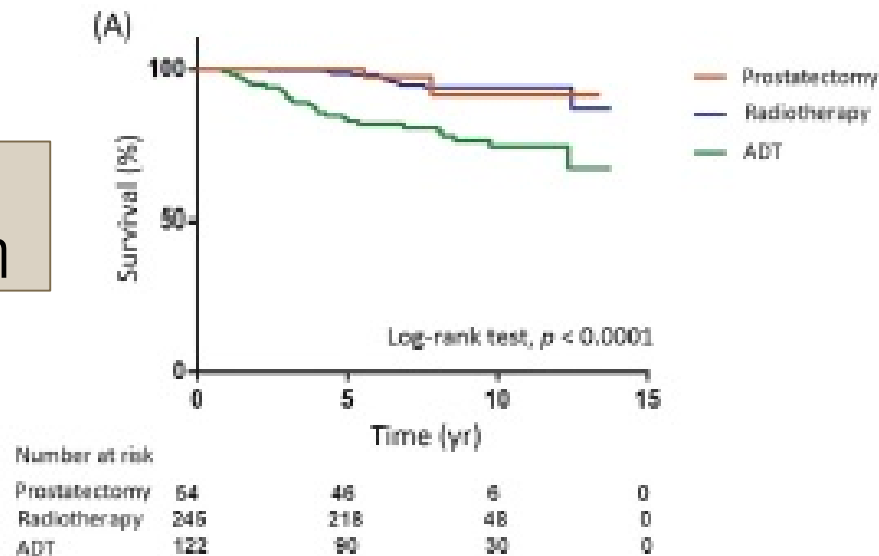
γιατί όχι μόνο ορμονοθεραπεία;

Μελέτη PROTECT

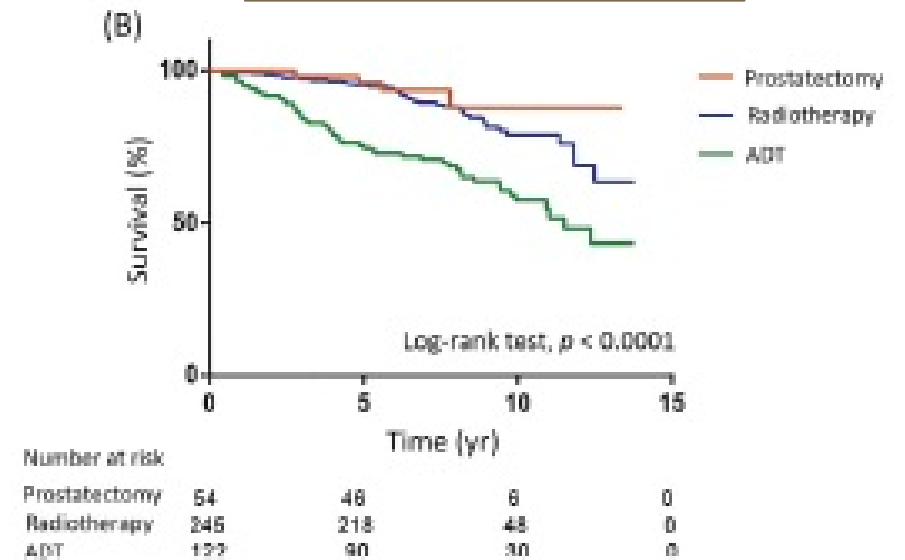
401 ασθενείς με τοπικά προχωρημένο CaP

34% με PSA>20, 21% με GS>7, N1/M1 = 9%

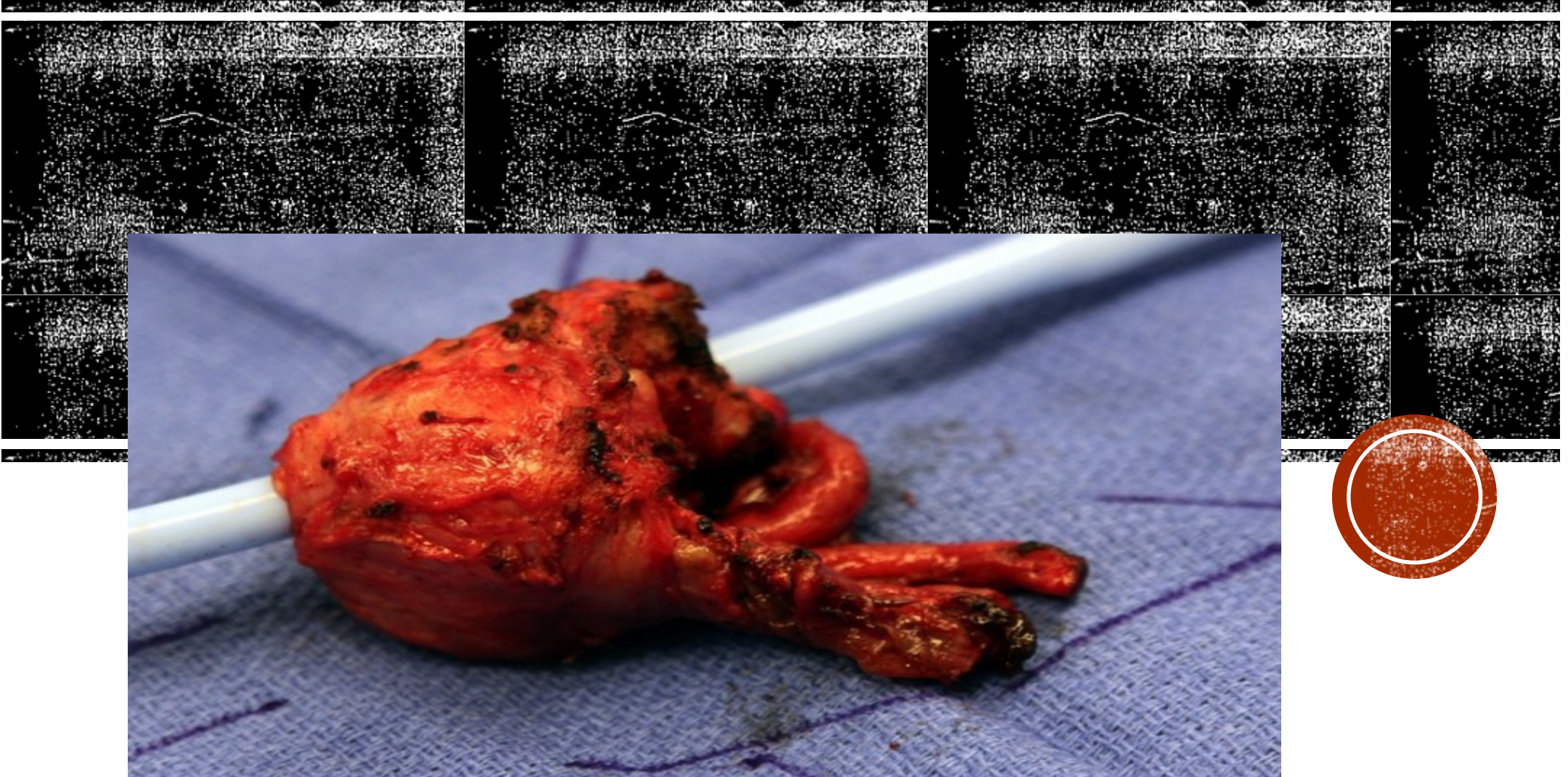
Ειδική για
καρκίνο επιβίωση



Συνολική επιβίωση



ΡΙΖΙΚΉ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΉ





- Εάν ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος και δεν διηθεί τον έξω σφιγκτήρα η ριζική προστατεκτομή με εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό μπορεί να αποτελέσει το 1^ο βήμα μιας συνδυαστικής θεραπείας.



Η ριζική προστατεκτομή δεν είναι το ίδιο χειρουργείο

Low risk

Intermediate risk

High risk

- Bilateral nerve sparing
- Intrafascial dissection
- OXI PLND

- τροποποιημένη nerve sparing
- PLND σε κίνδυνο $>7\%$

- 50% non-nerve sparing
- extrafascial
- eLND

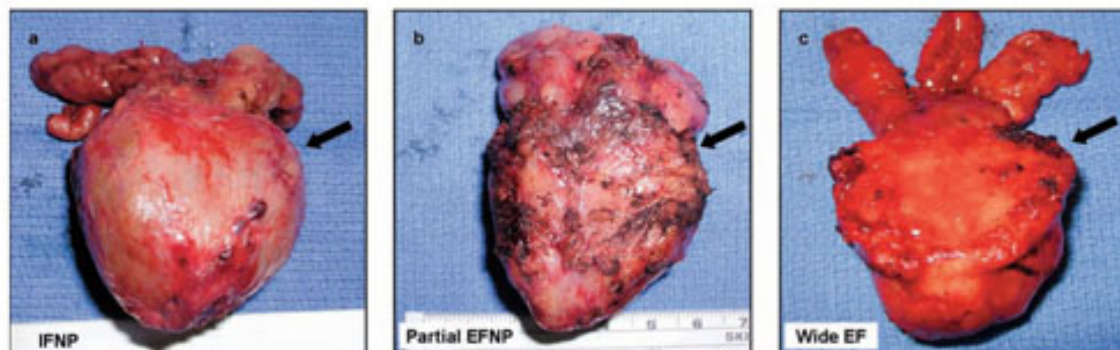
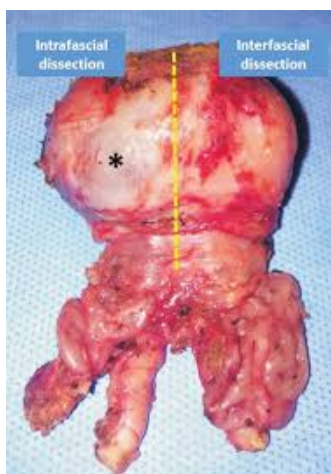
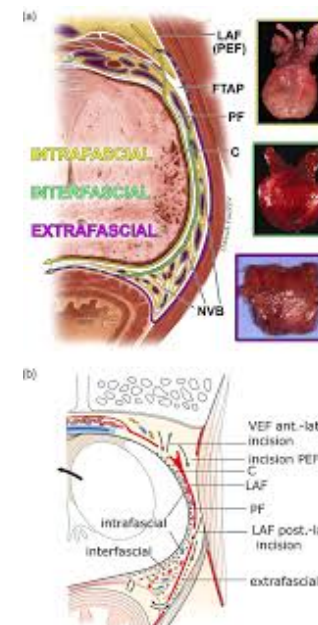


FIG. 2. Posterior view of extracted prostate specimens. The black arrows demonstrate the various degrees of NVB dissection for (a) IFNP, (b) partial EFNP, and (c) wide EF resection.

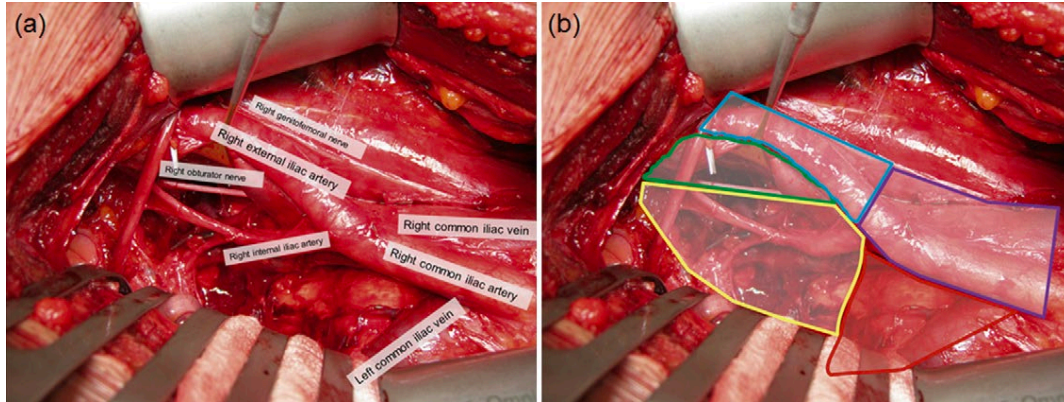


η άλλη πλευρά του νομίσματος

- Πιο εκτεταμένο χειρουργείο συγκριτικά με low-intermediate risk Cap
 - Μεγαλύτερος κίνδυνος ακράτειας/ΣΔ
 - Μεγαλύτερος κίνδυνος επιπλοκών (λεμφοκήλη, λεμφοίδημα) από τον λεμφαδενικό καθαρισμό
- χειρουργείο είναι το πρώτο βήμα της θεραπείας



Ρ.Π με λεμφαδενικό καθαρισμό (PLND)



- ✓ σταδιοποίηση
- ✓ επιλογή ασθενών για ορμονοθεραπεία
- ✓ ριζική θεραπεία σε κάποιους ασθενείς

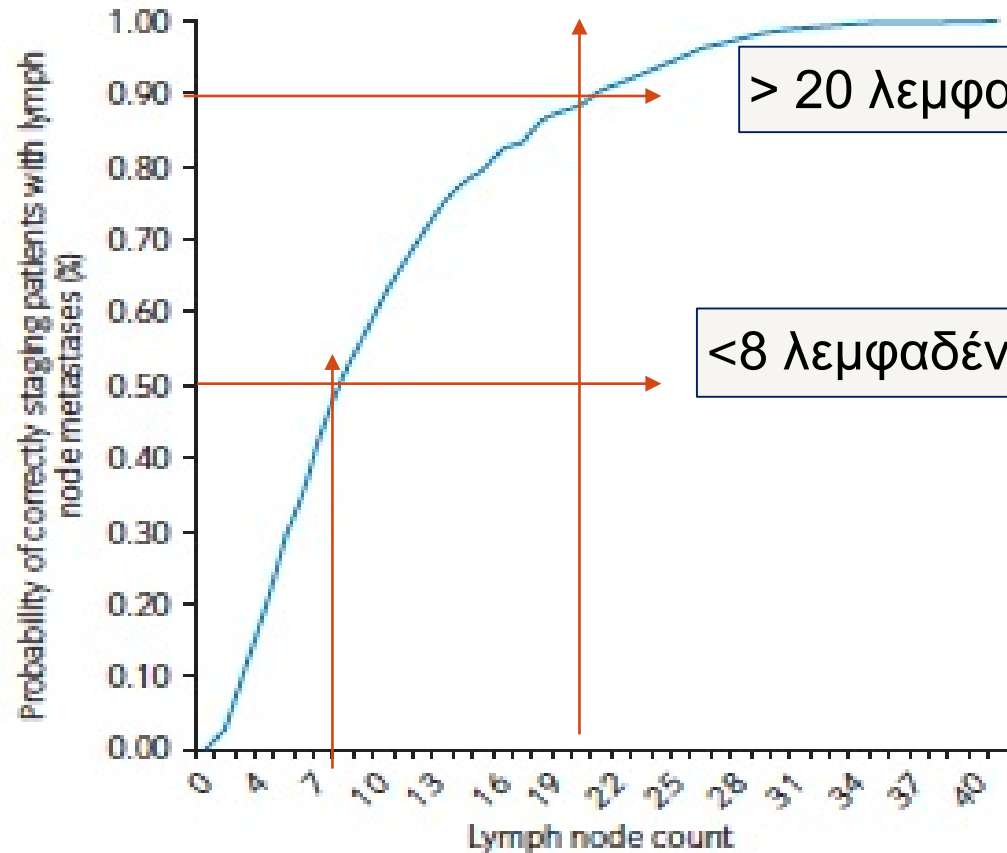
Table 2 – The impact of the extent of lymph node dissection on nodal staging, including a proposed *new standard* extended lymph node dissection template based on these results

	N+ patients correctly staged, no. (%; 95% CI)	N+ patients in whom all N+ removed, no. (%; 95% CI)	N+ removed, no. (%)	Nodes removed, no., median (IQR)
Obturator LND	16/34 (47, 29–62)	5/34 (15, 3–26)	23/91 (25)	6 (4–9)
Limited LND (external iliac plus obturator regions)	26/34 (76, 62–88)	10/34 (29, 15–44)	47/91 (52)	12 (8–17)
Extended LND (external and internal iliac plus obturator regions)	32/34 (94, 85–100)	26/34 (76, 62–88)	79/91 (87)	16 (10–21)
New suggested LND template (eLND plus presacral regions)	33/34 (97, 91–100)	30/34 (88, 76–97)	87/91 (96)	18 (12–23)
Superextended LND (eLND plus presacral plus common iliac regions)	33/34 (97, 91–100)	33/34 (97, 91–100)	90/91 (99)	21 (16–27)
Superextended LND plus SN	34/34 (100)	34/34 (100)	91/91 (100)	21 (16–27)

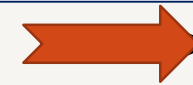
N+ = node-positive; CI = confidence interval; IQR = interquartile range; LND = lymph node dissection; eLND = extended lymph node dissection; SN = sentinel node.



Lymph node count threshold for optimal pelvic lymph node staging in prostate cancer

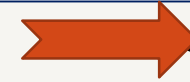


> 20 λεμφαδένες



90% σωστή σταδιοποίηση

< 8 λεμφαδένες



50% σωστή σταδιοποίηση

20.789 ριζικές προστατεκτομές + PLND
Συσχέτιση αριθμού λεμφαδένων και
σταδιοποίησης
Μέσος αριθμός λεμφαδένων 6.4



Impact of Adjuvant Radiotherapy on Survival of Patients With Node-Positive Prostate Cancer

Firas Abdollah, R. Jeffrey Karnes, Nazareno Suardi, Cesare Cozzarini, Giorgio Gandaglia, Nicola Fossati, Damiano Vizziello, Maxine Sun, Pierre I. Karakiewicz, Mani Menon, Francesco Montorsi, and Alberto Briganti

VOLUME 32 · NUMBER 35 · DECEMBER 10 2014

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

- 1107 ασθενείς μετά Ρ.Π με pN1
- ADT, + EBRT (35%)
- Δύο ομάδες ασθενών ωφελήθηκαν από την επικουρική ακτινοθεραπεία:
 - α) > 2 θετικούς λεμφαδένες, Gleason score 7-10, pT3b/pT4 στάδιο ή θετικά χειρουργικά όρια
 - β) 3-4 λεμφαδένες ανεξάρτητα από άλλα ογκολογικά χαρακτηριστικά

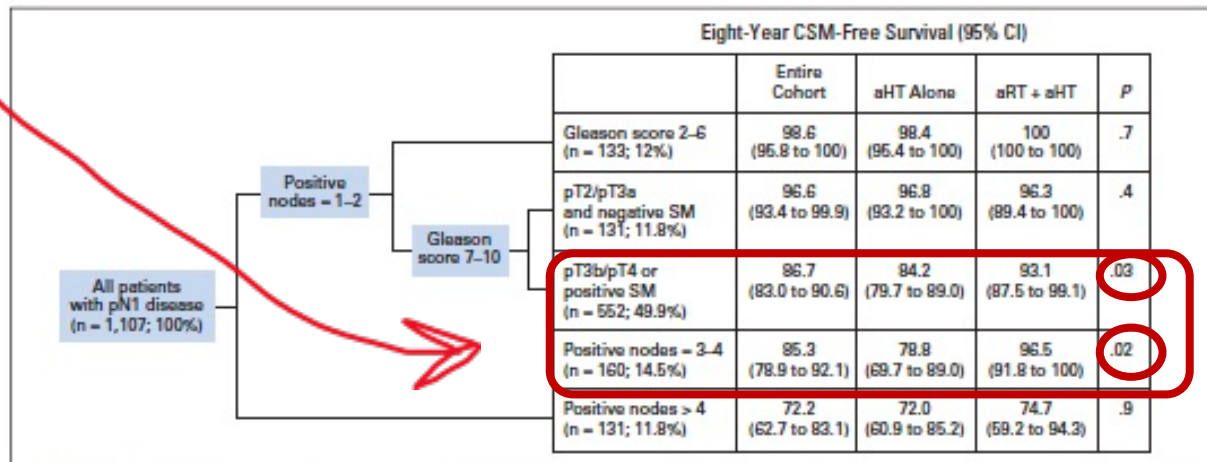


Fig 1. A novel cancer-specific mortality (CSM) risk stratification tree based on data for 1,107 patients with pN1 prostate cancer treated with radical prostatectomy, anatomic extended pelvic lymph node dissection, and adjuvant hormonal therapy (aHT) with or without adjuvant radiotherapy (aRT). SM, surgical margins.

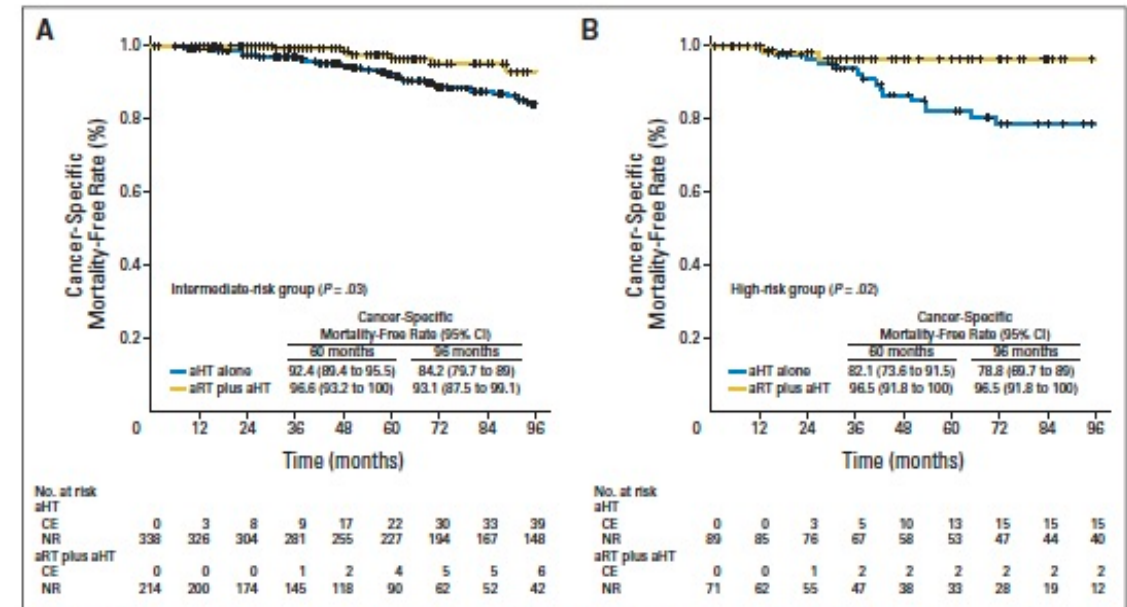


Fig 2. Kaplan-Meier curves depicting cancer-specific mortality-free rate in 1,107 patients with pN1 prostate cancer treated with surgery and adjuvant radiotherapy (aRT) plus adjuvant hormonal therapy (aHT) versus aHT alone. Patients were stratified according to the regression tree risk categories. Results are shown for (A) the intermediate-risk group and (B) the high-risk group. CE, cumulative events; NR, No. at risk.

The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review



- There was **no good-quality evidence** indicating that any form of PLND improves oncological outcomes compared to no PLND.
- No good-quality evidence indicating that ePLND improves oncological outcomes compared to LPLND or SPLND.
- non-oncological outcomes: PLND was associated with significantly worse intraoperative and perioperative outcomes compared to no PLND in 20 retrospective studies.
- urinary continence and erectile function recovery were evaluated in 3 retrospective studies, and no significant differences were observed.
- **On the basis of the current results, the therapeutic benefits of PLND during radical prostatectomy remain unproven.**



Ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα μετά Ρ.Π

- Martini Clinic, 1369 very high risk CaP
- 69% ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη διατήρηση NVB
 - Στυτική λειτουργία (ερώτηση 2 του IIEF-5) : 46% @ 1 χρόνο
 - Εγκράτεια : 80.9% εγκρατείς (0-1 πάντα ασφαλείας) @ 1 χρόνο
- Προγνωστικοί παράγοντες:
 - Στύση (ηλικία)
 - Εγκράτεια (ηλικία < 60 και άμφω διατήρηση NVB)



Functional Outcomes and Quality of Life After Radical Prostatectomy Only Versus a Combination of Prostatectomy with Radiation and Hormonal Therapy



- 13.150 high risk CaP ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή (1992 - 2013)
- RP + RT (905), RP+ ADT (407) και RP+ RT + ADT (688)

εγκράτεια

- RP+RT ➡ + 4% ακράτεια , +1% βαριά ακράτεια συγκριτικά με RP
- RP+RT+ADT ➡ + 4% ακράτεια, + 3% σοβαρή ακράτεια συγκριτικά με RP+RT

στύση

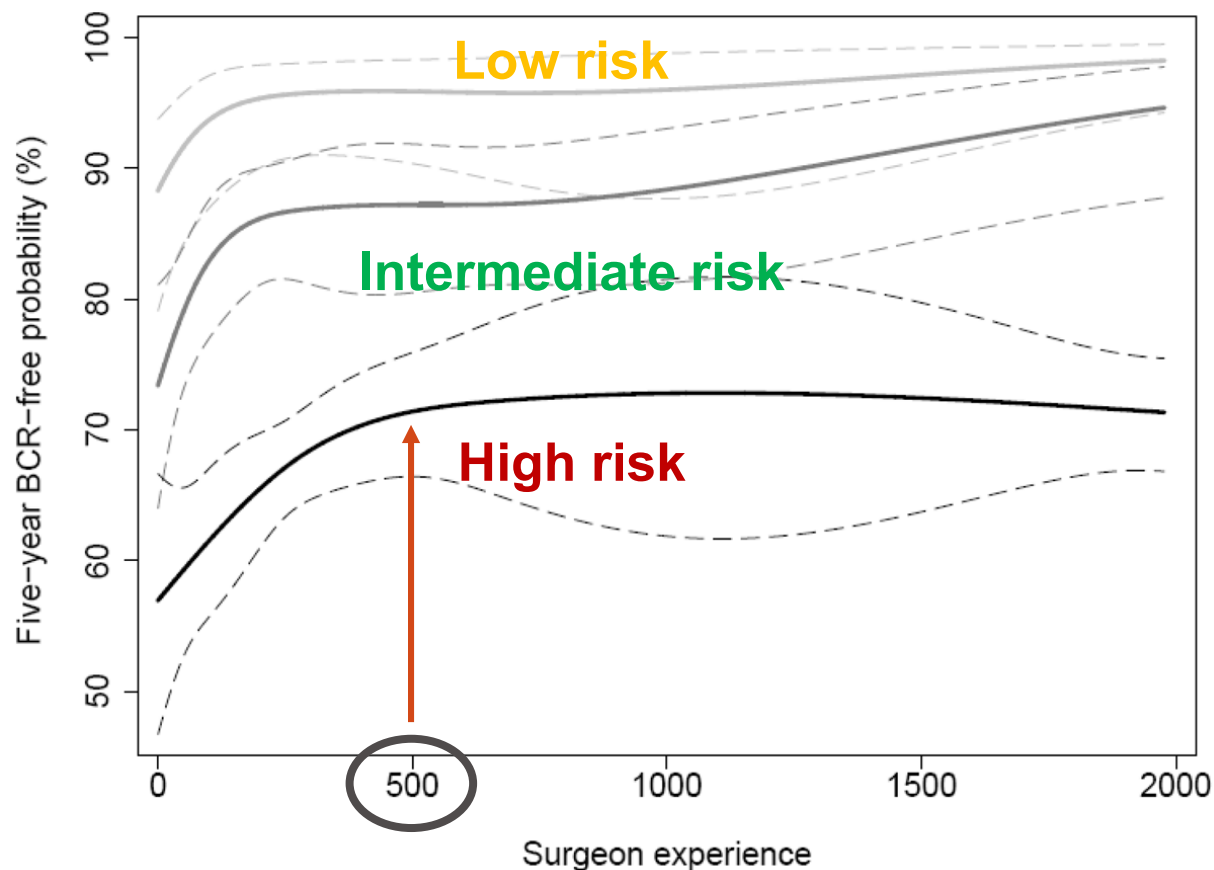
- ❖ RP+RT 18% χειρότερη στύση συγκριτικά με RP
- ❖ RP+RT+ADT 17% χειρότερη στύση συγκριτικά με RP+RT

QoL

- ❑ RP+RT 10% χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με RP
- ❑ RP+RT+ADT +12% επιδείνωση στην ποιότητα ζωής συγκριτικά με RP+RT



Χειρουργική εμπειρία ή τεχνολογία



Klein J et al. J Urol 2008

Big surgeon, big incision...?



Open Surgical Incision



da Vinci® Surgical Incisions



Open vs robotic RP σε high risk CaP

- καμία διαφορά στα ογκολογικά αποτελέσματα ή την εγκράτεια
- Μικρή διαφορά στη στυτική λειτουργία
- πλεονέκτημα της ρομποτικής σε διάρκεια νοσηλείας, απώλεια αίματος

Συμπεράσματα

- Η ριζική προστατεκτομή είναι εξαιρετικά αποτελεσματική επιλογή σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο προστάτη και προσδόκιμο επιβίωσης 5-10 χρόνια
- τοπικός έλεγχος νόσου, αποφυγή τοπικών υποτροπών (υδρονέφρωση, επίσχεση) σταδιοποίηση (PLND)
- Πλεονέκτημα συνολικής επιβίωσης και επιβίωσης ειδική για καρκίνο
- μονοθεραπεία στο 50%
- αποκατάσταση στύσης 45-70% & εγκράτειας 80% στον χρόνο
- ακτινοβολία ή/και ορμονοθεραπεία επιδεινώνουν στύση και εγκράτεια



Θεραπευτικές επιλογές

- Ριζική προστατεκτομή + PLND
- **Ριζική ακτινοθεραπεία +/- βραχυθεραπεία**
- συνδυασμός Ρ.Π + ακτινοθεραπείας



High quality ακτινοθεραπεία για high grade καρκίνο προστάτη

1. ADT long term

2. Brachytherapy boost



Articles

Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomised trial

Michel Bolla, Laurence Collette, Léo Blank, Padraig Warde, Jean Bernard Dubois, René-Olivier Mirimanoff, Guy Storme, Jacques Bernier, Abraham Kuten, Cora Sternberg, Johan Mattelaer, José Lopez Torecilla, J Rafael Pfeffer, Carmel Lino Cutajar, Alfredo Zurlo, Marianne Pierart

50% μείωση συνολικής θνητότητας στα 3 χρόνια με συνδυασμό ακτινοθεραπείας + ADT έναντι μόνο ακτινοθεραπείας σε high risk/τοπικά προχωρημένο CaP

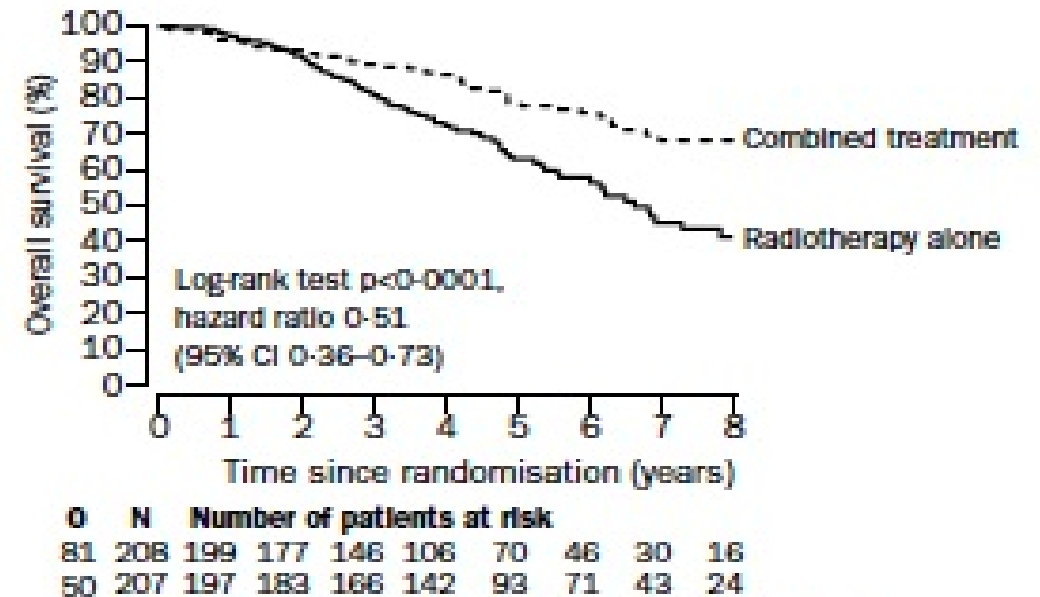


Figure 2: Kaplan-Meier estimates of overall survival by treatment group

O=number of deaths; N=number of patients.



How long is “long enough”?

- **από 18-36 μήνες ορμονοθεραπεία**
- 23% των high risk δεν λαμβάνουν ADT (ηλικία, brachy boost)
- 50% λαμβάνουν ADT < 24 μήνες
- 50% σταματούν πριν τα 2 χρόνια

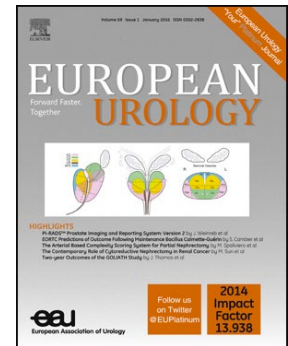




WHICH IS BETTER? SURGERY OR RADIOTHERAPY?

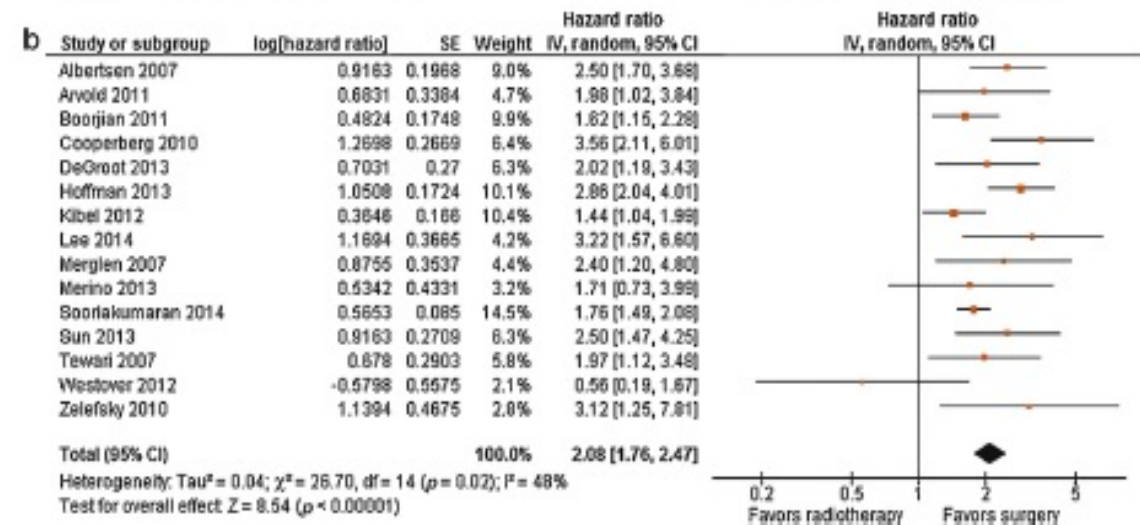
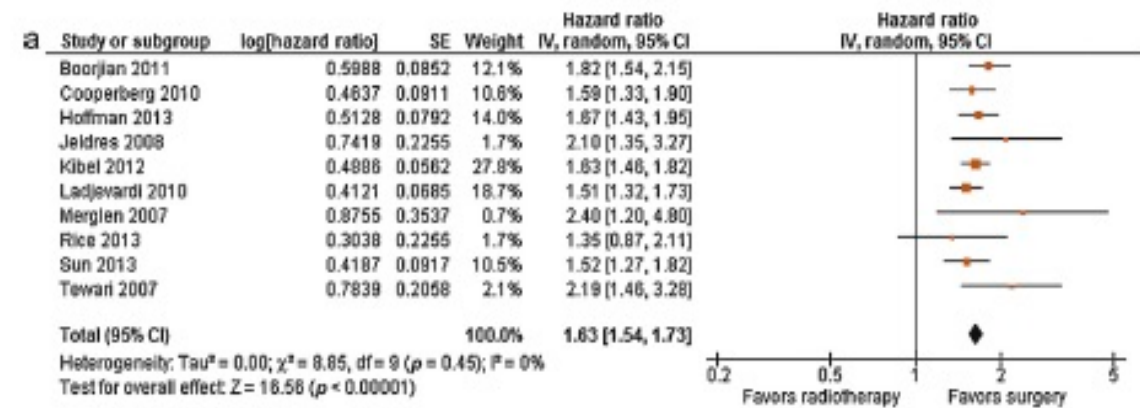


Surgery Versus Radiotherapy for Clinically-localized Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis

Christopher J.D. Wallis^{a,b,c}, Refik Saskin^{c,d}, Richard Choo^e, Sender Herschorn^{a,b}, Ronald T. Kodama^{a,b}, Raj Satkunasingam^{a,b}, Prakesh S. Shah^{c,f,g}, Cyril Danjoux^h, Robert K. Nam^{a,b,c,*}



- Meta-ανάλυση αναδρομικών μελετ
- RT αυξημένος κίνδυνος θανάτ από  CP (HR = 2.08)
- RT αυξημένος κίνδυνος θανάτ από  οιαδήποτε αιτία (HR =1.68)



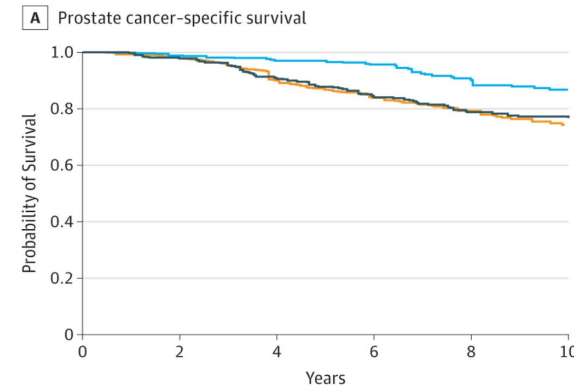
Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, or External Beam Radiotherapy With Brachytherapy Boost and Disease Progression and Mortality in Patients With Gleason Score 9-10 Prostate Cancer

JAMA. 2018;319(9):896-905

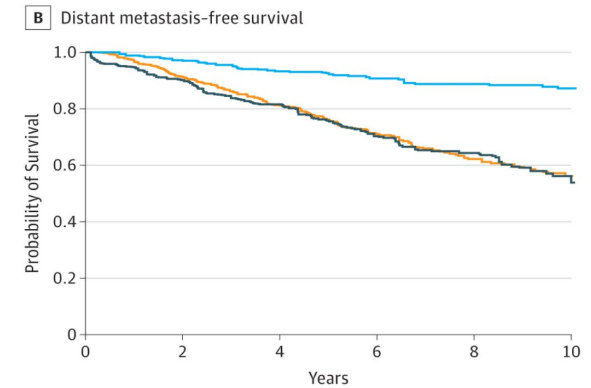
Αναδρομική μη τυχαιοποιημένη
ανάλυση Gleason 9&10 CaP

Σύγκριση

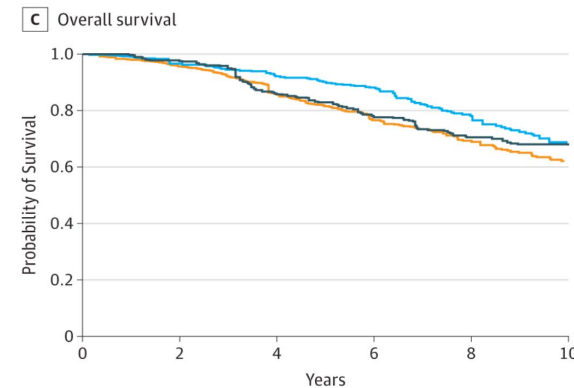
- ❖ ριζική προστατεκτομή
- ❖ EBRT+ADT
- ❖ Brachytherapy+EBRT+ADT
- Follow up 4-5 χρόνια



No. at risk						
Prostatectomy	634	530	346	211	131	81
EBRT	725	635	457	288	172	102
EBRT + brachytherapy	431	397	317	222	159	87

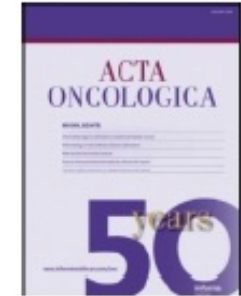


	634	495	315	184	111	61
	734	595	407	235	133	77
	436	393	307	210	156	86

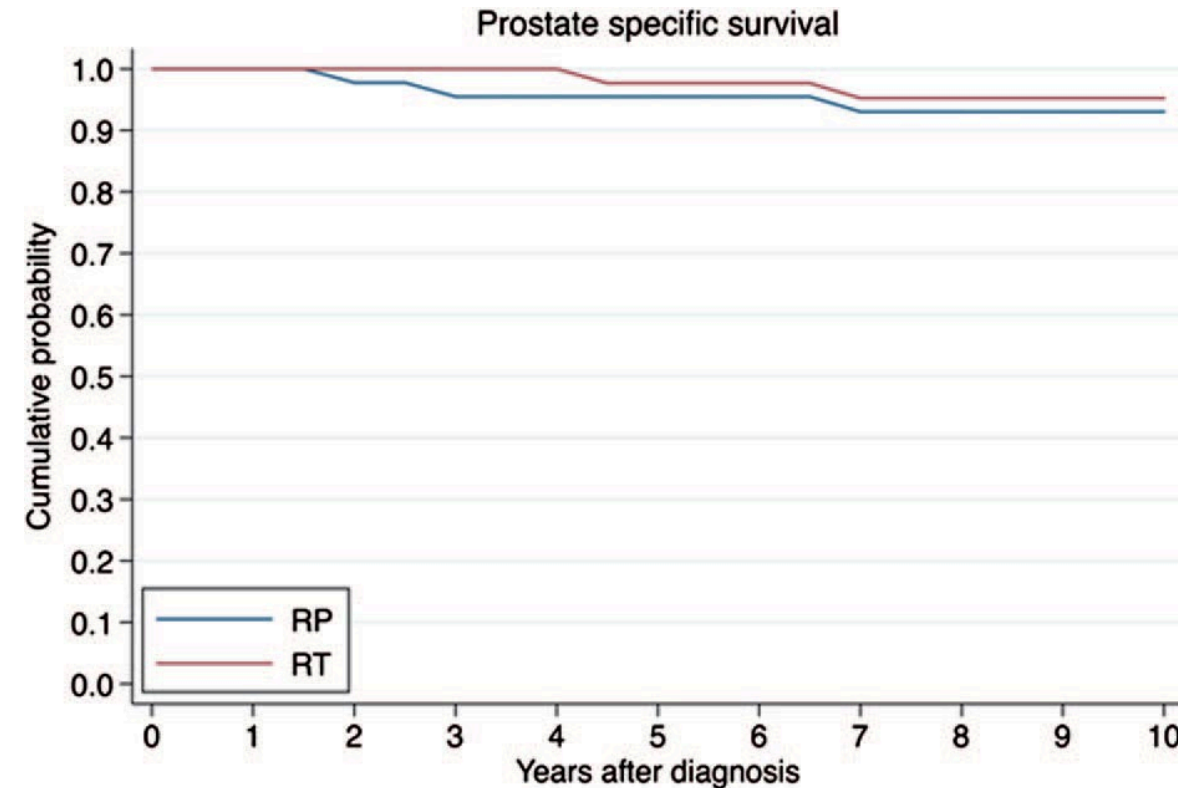


No. at risk						
Prostatectomy	634	534	347	212	131	81
EBRT	734	643	470	295	175	103
EBRT + brachytherapy	436	406	326	231	164	90

Radical prostatectomy versus high-dose irradiation in localized/locally advanced prostate cancer: A Swedish multicenter randomized trial with patient-reported outcomes



- 89 High risk ασθενείς, τυχαίοποίηση σε
 - Ριζική προστατεκτομή
 - Ακτινοθεραπεία (25x2 Gy) + ADT (6 μήνες) + brachy (2x10 Gy) boost
 - ❑ η μελέτη δεν είχε σχεδιαστεί για έλεγχο επιβίωσης



Θεραπευτικές επιλογές

- Ριζική προστατεκτομή + PLND
- Ριζική ακτινοθεραπεία +/- βραχυθεραπεία
- **συνδυασμός Ρ.Π + ακτινοθεραπείας**



EORTC 22911

- 1005 ασθενείς (1992-2001) σταδίου pT3 με διήθηση Σ.Κ, κάψας ή θετικά χειρουργικά όρια τυχαιοποιήθηκαν σε άμεση μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή παρακολούθηση
- Η ελεύθερη βιοχημικής υποτροπής επιβίωση αυξήθηκε από 52.6% σε 74% στην ομάδα της RT (5 χρόνια follow up)

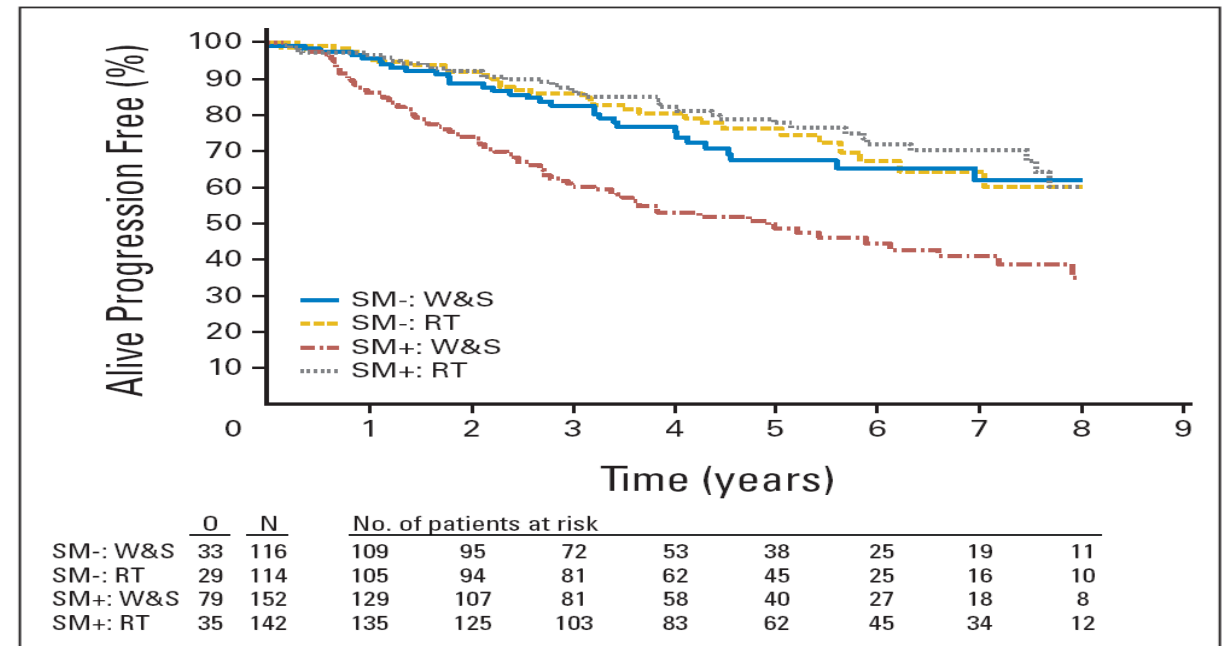


Fig 3. Biochemical progression-free survival by surgical margin status and allocated treatment. N, number of patients; O, number of events; SM—/+, surgical margin negative/positive; W&S, wait-and-see group (control); RT, irradiation.

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

Adjuvant Radiotherapy for Pathological T3N0M0 Prostate Cancer Significantly Reduces Risk of Metastases and Improves Survival: Long-Term Followup of a Randomized Clinical Trial

Ian M. Thompson,^{*,†} Catherine M. Tangen, Jorge Paradelo, M. Scott Lucia, Gary Miller,[‡] Dean Troyer, Edward Messing, Jeffrey Forman, Joseph Chin, Gregory Swanson, Edith Canby-Hagino and E. David Crawford

SWOG trial

- 425 ασθενείς (1988-1995) με pT3N0M0 ή/και θετικά χειρουργικά όρια τυχαιοποιήθηκαν σε επικουρική RT (60-64 Gy) ή παρακολούθηση. (M.O follow up 12,6 ετών)

- Βελτίωση της επιβίωσης χωρίς μετάσταση
- Βελτίωση της συνολικής επιβίωσης (74% vs 66% $p=0.023$)

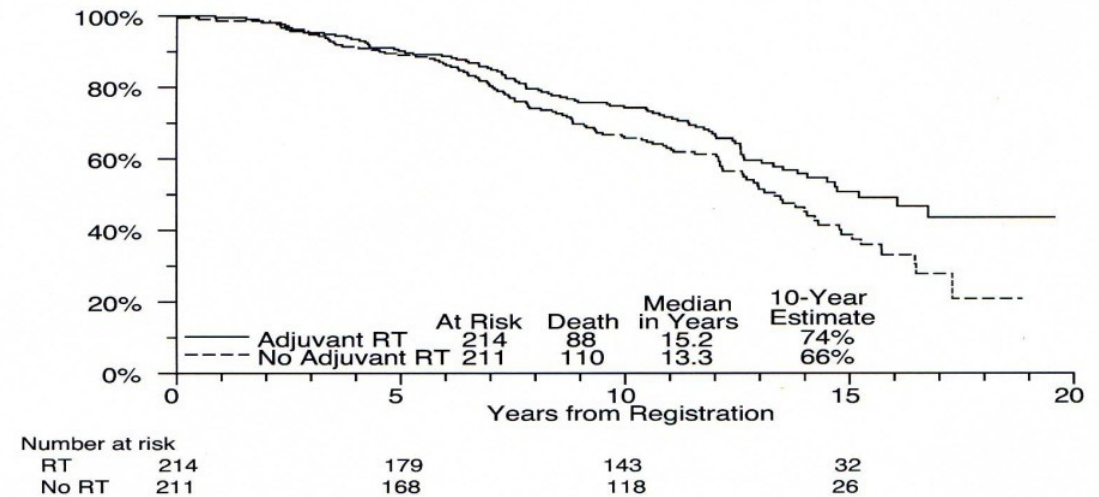


Figure 2. Survival by treatment arm

Conclusions: Adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy for a man with pT3N0M0 prostate cancer significantly reduces the risk of metastasis and increases survival.

Adjuvant and Salvage Radiotherapy after Radical Prostatectomy in Prostate Cancer Patients



Endpoints	HR (95% CI)	P
Biochemical progression-free survival	0.48 (0.42-0.55)	<0.00001
Clinical progression-free survival*	0.73 (0.62-0.87)	0.0003
Metastasis-free survival	0.77 (0.62-0.96)	0.02
Overall survival	0.97 (0.67-1.42)	0.89

*Only reported in 2 out of 3 included trials; CI: confidence interval; HR: hazard ratio

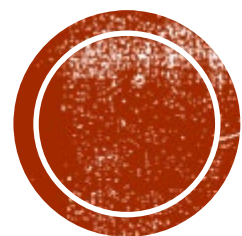
Ανοικτά ζητήματα

δόση τύπος, fractions RT
έναρξη σε τιμή PSA ?
διάρκεια ADT 6-24 μήνες ?

άμεση μετεγχειρητική RT μειώνει τον
κίνδυνο βιοχημικής υποτροπής
8% αύξηση 10-ετούς κινδύνου τοξικότητας

Table 5 – Ongoing prospective randomized trials comparing adjuvant and salvage radiotherapy (RT) in prostate cancer patients

Trial	Design	Arms	Population	Estimated enrollment	Dose (median)	Type of RT	Primary endpoints	Secondary endpoints
RADICALS RT	Randomized, multicenter, open-label	Immediate RT vs early sRT	pT3/4 and/or pathologic Gleason 7–10 and/or preoperative PSA ≥10 ng/ml and/or positive surgical margins	1350 patients	66 Gy in 33 fractions or 52.5 in 20 fractions	RT to the prostatic bed ± pelvic lymph nodes	Disease-specific survival	<ul style="list-style-type: none"> Freedom from recurrence Progression-free survival Overall survival Non-protocol ADT Toxicity Patient-reported outcomes
RADICALS HD	Randomized, multicenter, open-label	RT alone vs RT + 6 mo ADT vs RT + 12 mo ADT	Patients due to receive RT	2800 patients	66 Gy in 33 fractions or 52.5 in 20 fractions	RT to the prostatic bed ± pelvic lymph nodes	Disease-specific survival	<ul style="list-style-type: none"> Freedom from recurrence Progression-free survival Overall survival Non-protocol ADT Toxicity Patient-reported outcomes
RAVES	Randomized, multicenter, open-label	aRT vs early sRT	Positive surgical margins and/or extraprostatic extension and/or seminal vesicle invasion	470 patients	64 Gy in 32 fractions	IMRT or 3D-CRT Target volume and treatment plan centrally reviewed	Biochemical failure	<ul style="list-style-type: none"> Toxicity and QoL BCR-free survival Overall survival Disease-specific survival Distant and local failure Cost-utility
GETUG-17	Randomized, multicenter, open-label	aRT + ADT vs early sRT + ADT	pT3R1 pN0 or pNx	718 patients	66 Gy in 33 fractions	3D-CRT	Progression-free survival	<ul style="list-style-type: none"> Overall survival Metastases-free survival Toxicity and QoL
EORTC 22043-30041	Randomized, multicenter, open-label	aRT ± ADT vs eSRT ± ADT	pT2R1 pN0 or pT3 pN0 with undetectable PSA within 3 mo from surgery	600 patients ^a	64–74 Gy	3D-CRT	BCR-free survival	<ul style="list-style-type: none"> Clinical progression-free survival Distant metastases-free survival Overall survival QoL Toxicity



THE FUTURE OF RADICAL PROSTATECTOMY



available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Platinum Priority – Editorial and Reply from Authors
Referring to the article published on pp. 1–7 of this issue

Defining and Treating High-Risk Prostate Cancer: Can We Do Better?

Leah Gerber^{a,c}, Lionel L. Bañez^{a,c}, Stephen J. Freedland^{a,b,c,*}

“we have moved from asking whether surgery is a viable treatment option for high-risk PCa to asking whether it might be the preferred treatment “



2008

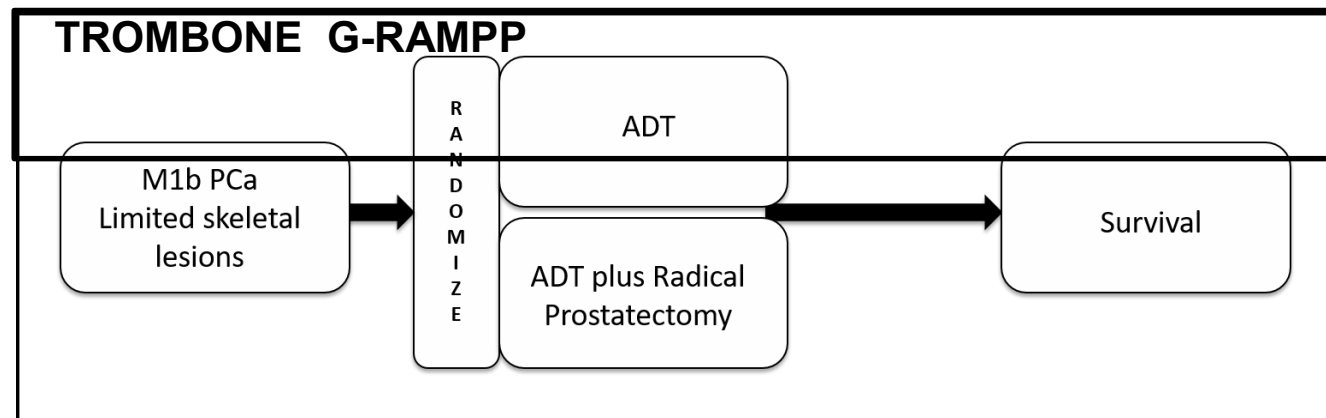
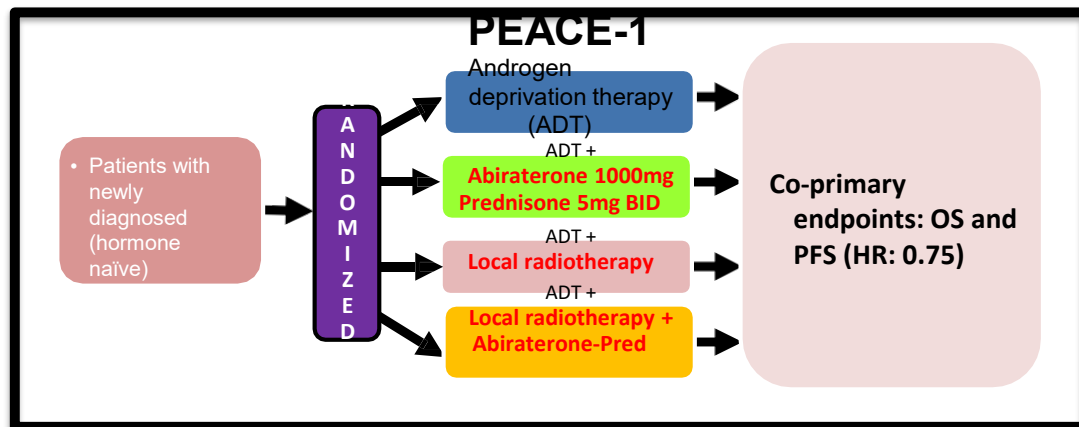
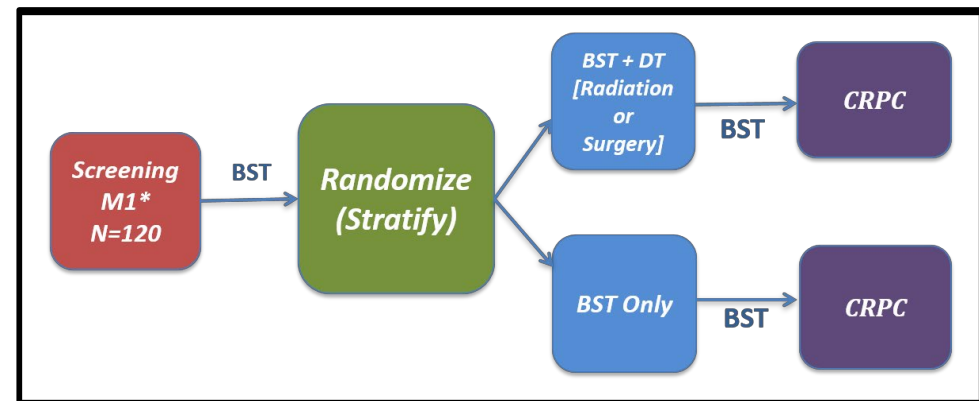
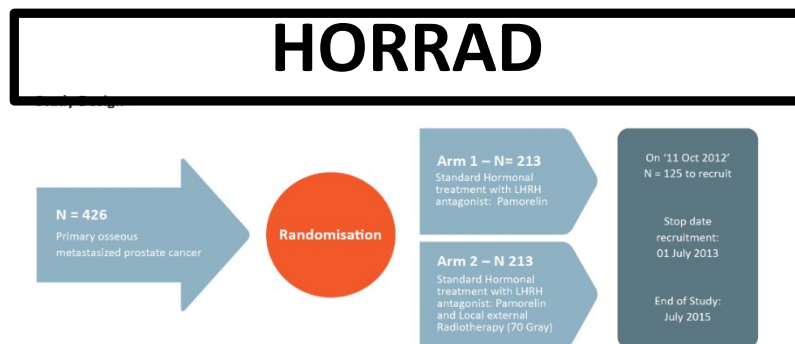
- Optional for selected patients with limited cT3a PCa, Gleason score ≤ 8 or PSA < 20 ng/ml) LE 3
- N+, MO no standard option LE 3

2018

Offer RP in patients with high-risk localised PCa and a life expectancy of > 10 years only as part of multi-modal therapy.	2a	A
Offer RP in selected patients with locally advanced (cT3a) disease and a life expectancy > 10 years only as part of multi-modal therapy.	2b	B
Offer RP in highly selected patients with locally advanced disease (cT3b-T4 N0 or any T N1) only as part of multi-modal therapy.	3	C



ADT με ή χωρίς τοπική θεραπεία σε στάδιο M1



PLAYOFF NUMBERS

179

GAMES

179

33.4

PPG

28.2

6.4

RPG

8.7

5.7

APG

6.7

119

WINS

116

6-0

FINALS RECORD

2-4



- Η αντιμετώπιση των ασθενών με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη είναι έργο ιατρικής ομάδας
- Η θεραπεία πρέπει να εστιάζει τόσο στη τοπική νόσο όσο και στην αντιμετώπιση της μικρομεταστατικής νόσου
- Η ριζική προστατεκτομή αποτελεί θεραπεία για κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς
- Η εισαγωγική και η επικουρική ορμονοθεραπεία δεν προσφέρουν πλεονέκτημα επιβίωσης στη ριζική προστατεκτομή εκτός από τους ασθενείς με λεμφαδενική νόσο
- Αντίθετα η επικουρική ακτινοθεραπεία προσφέρει πλεονέκτημα επιβίωσης σε ασθενείς με υπολειμματική νόσο μετά τη ριζική προστατεκτομή, και ειδικότερα σε αυτούς με θετικά χειρουργικά όρια

TAKE HOME MESSAGES

- Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας με επικουρική ορμονική θεραπεία αυξάνει την επιβίωση έναντι της ακτινοθεραπείας μόνης σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο
- Η μακροχρόνος επικουρική ορμονική θεραπεία (3 έτη) φαίνεται να πλεονεκτεί της βραχύχρονης (6 μήνες)
- Η ριζική προστατεκτομή επιτυγχάνει καλύτερο τοπικό έλεγχο της νόσου από την ακτινοθεραπεία
- Σε ασθενείς με λεμφαδενική νόσο η αντιμετώπιση της τοπικής νόσου σε συνδυασμό με ανδρογονικό αποκλεισμό δίνει πλεονέκτημα επιβίωσης