

# Diagnostico precoz cáncer próstata

## **Perspectiva urólogo: Revisiones prostáticas en relación al diagnóstico precoz del cáncer de próstata, ¿a quién y cuándo?**

Juan José Pacheco Bru

Servicio Urología Hospital San Juan

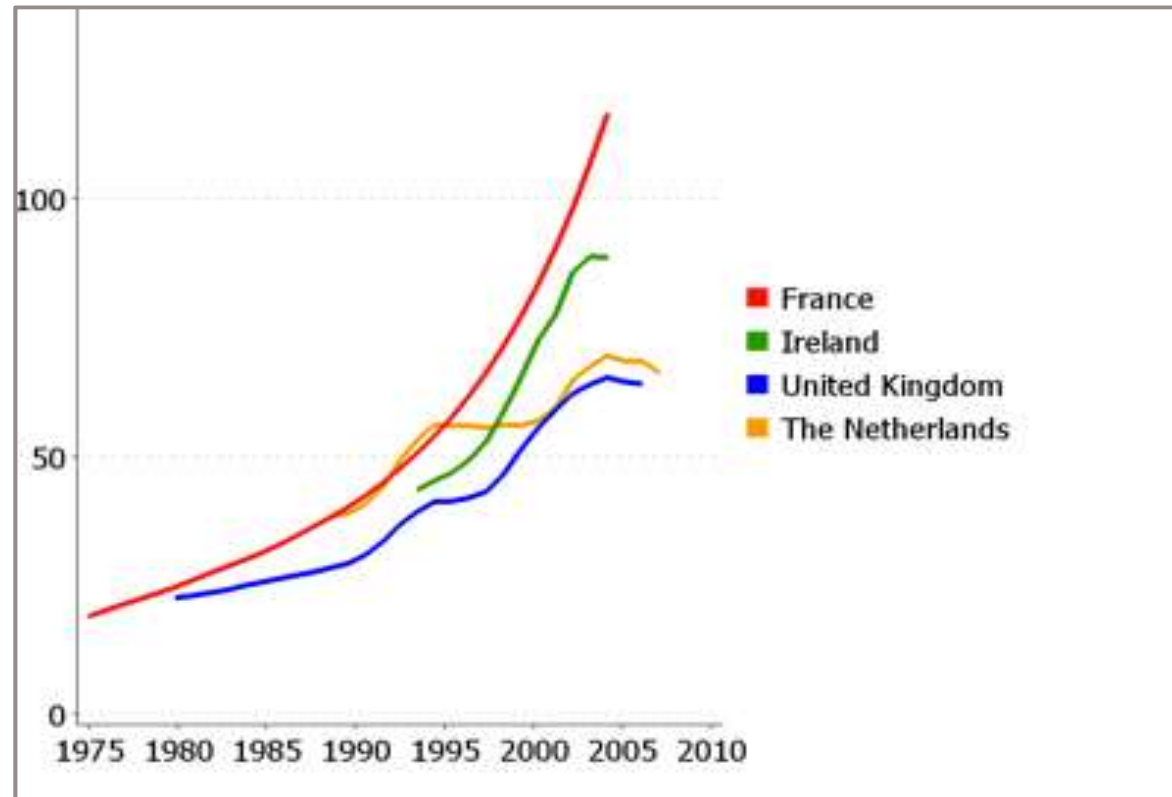
# Epidemiología



- Países desarrollados: Tumor + frec. varones (20-25% nuevos diagnósticos).
- España: 21.000 casos/años.
- Aumento incidencia

# Epidemiologia

## Aumento incidencia mundial

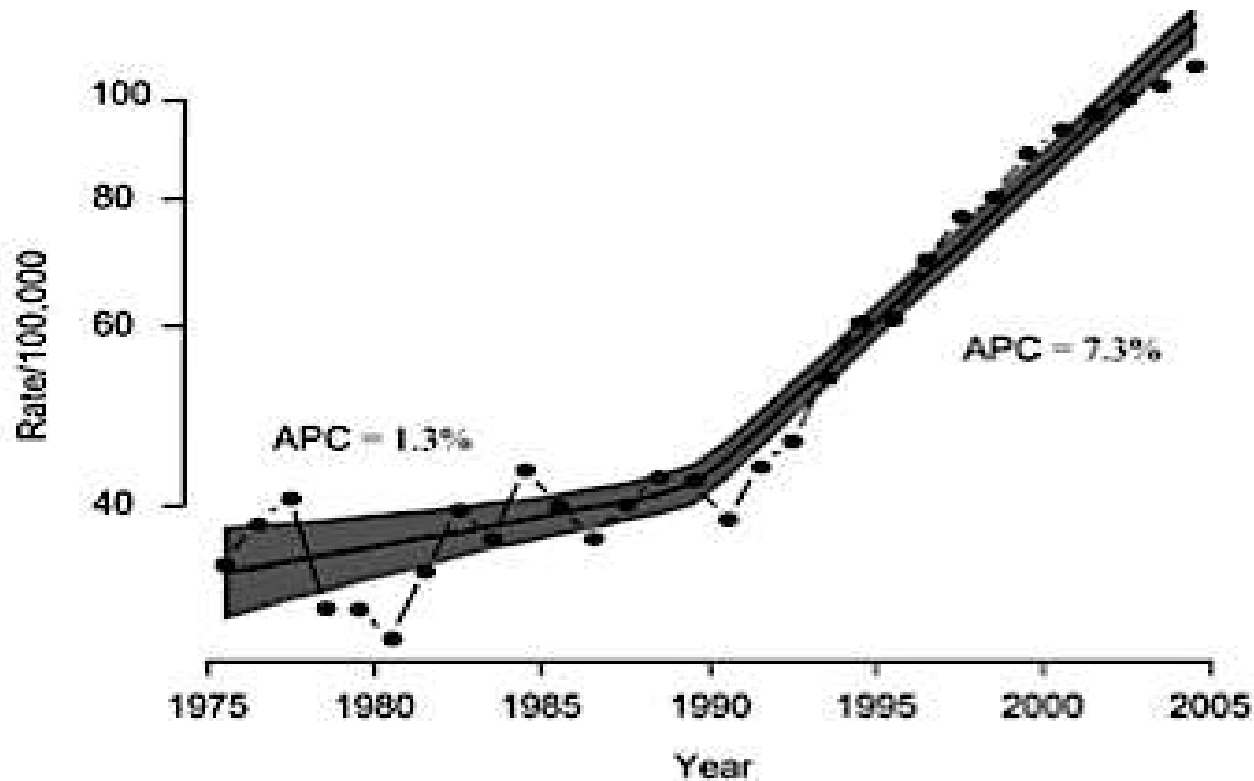


<http://globocan.iarc.fr/>

Valencia, 13 diciembre 2016

# Epidemiología

## Aumento incidencia España



Larrañaga et al., Annals of Oncology 21 (Supplement 3): 83–89, 2010

Valencia, 13 diciembre 2016

# Epidemiología



¿Cuales son las causas aumento incidencia?

# Epidemiología

¿Cuales son las causas aumento incidencia?

- Aumento esperanza vida

Edad	Sakr <sup>10</sup>	Sanchez <sup>11</sup>	Stamatiou <sup>12</sup>	Sos <sup>13</sup>	Akpolat <sup>14</sup>
≤39	10%	3.6%	-	15%	-
40-49	30%	8.8%	2.6%	26%	-
50-59	40%	14.3%	5.2%	32.1%	9.5%
60-69	45%	23.8%	13.8%	50%	12.5%
70-79	70%	31.7%	30.5%	64.7%	18.8%
≥80	80%	33.3%	40%	86.6%	37%

# Epidemiología

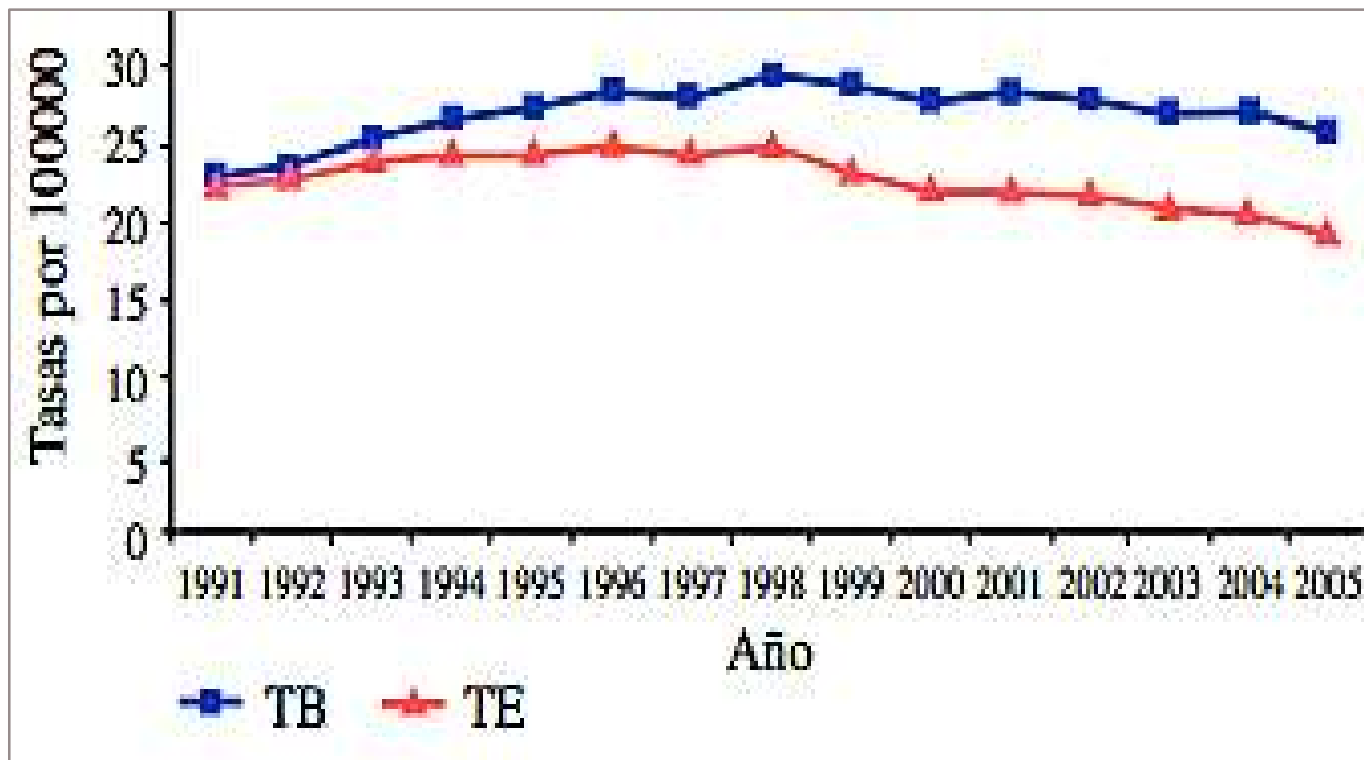


¿Cuales son las causas aumento incidencia?

- Aumento esperanza vida
- Técnicas de imagen
- Uso extensivo PSA

# Epidemiología

## Evolución mortalidad en España



Larrañaga, Annals of Oncology 21 (Supplement): 83–89,2010

Valencia, 13 diciembre 2016



# Diagnóstico precoz CaP

## Cribado (screening) poblacional

Estudio sistemático pacientes asintomáticos (en riesgo).  
Iniciado por las autoridades.

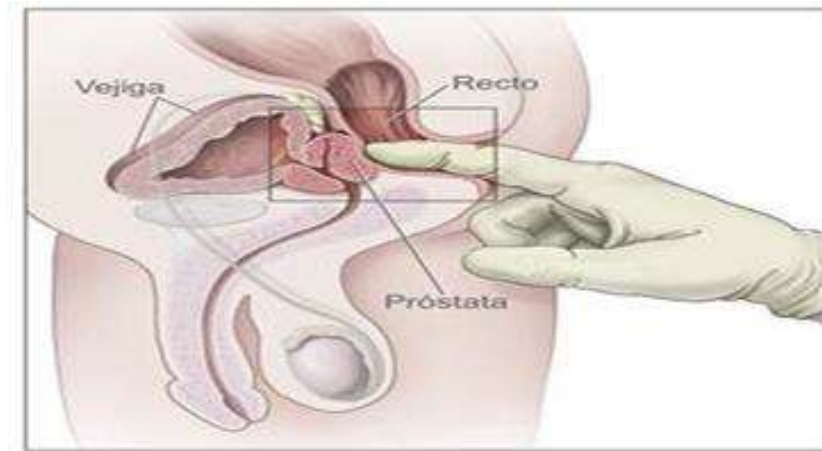
## Diagnóstico Precoz o cribado oportunista

Basado en hallazgos individuales.  
Iniciado por el paciente o el médico.

Objetivos: Reducción de la mortalidad por CaP  
Mantenimiento calidad vida (QUALYs)

# Diagnóstico precoz CaP

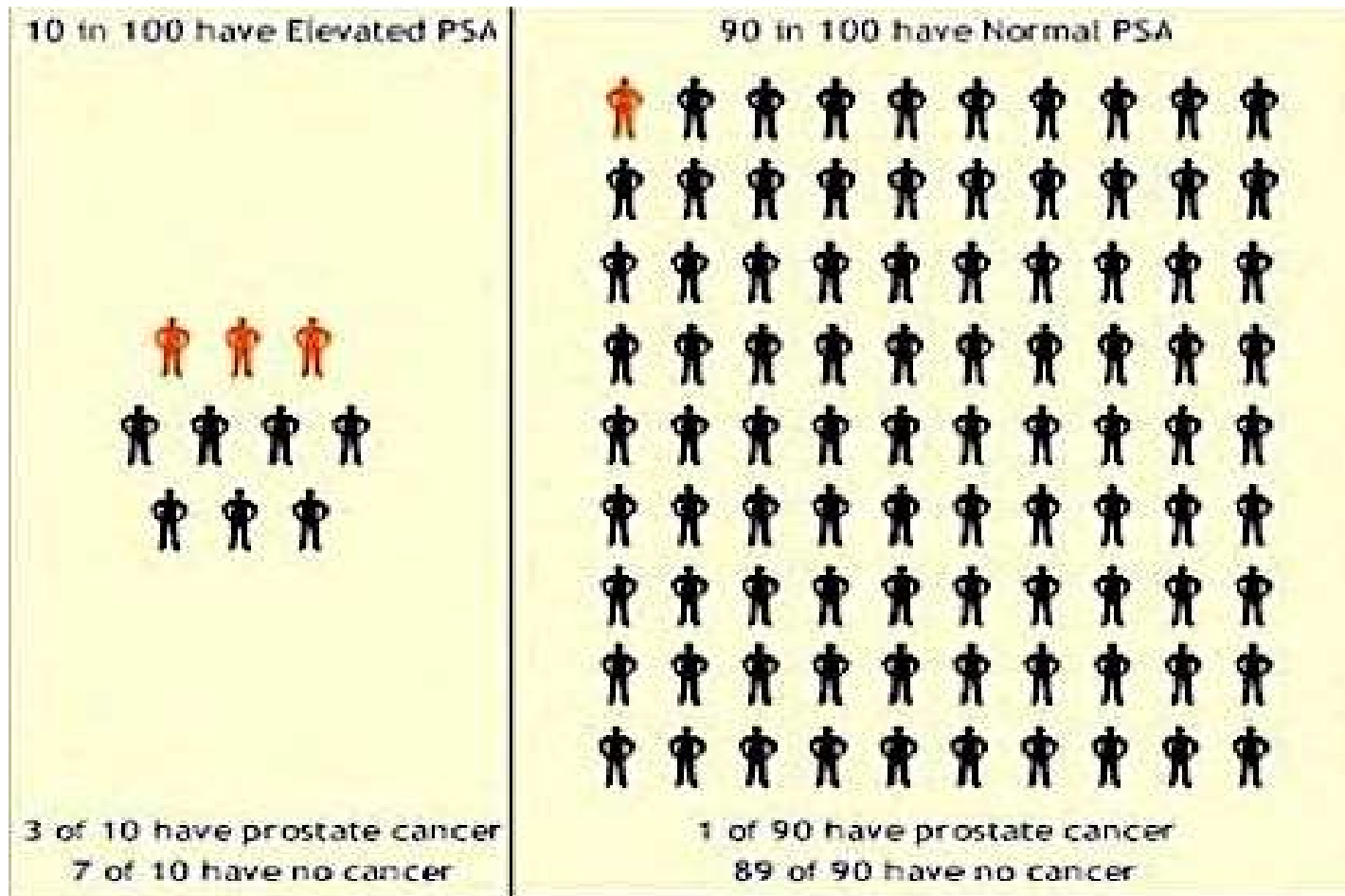
**Tacto rectal**



**PSA**

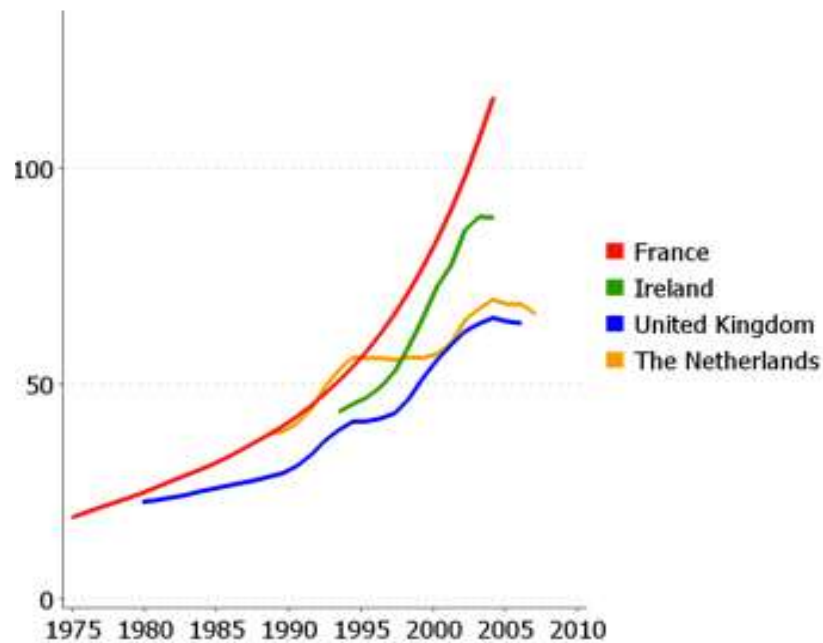
Valencia, 13 diciembre 2016

# Diagnóstico precoz CaP



# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

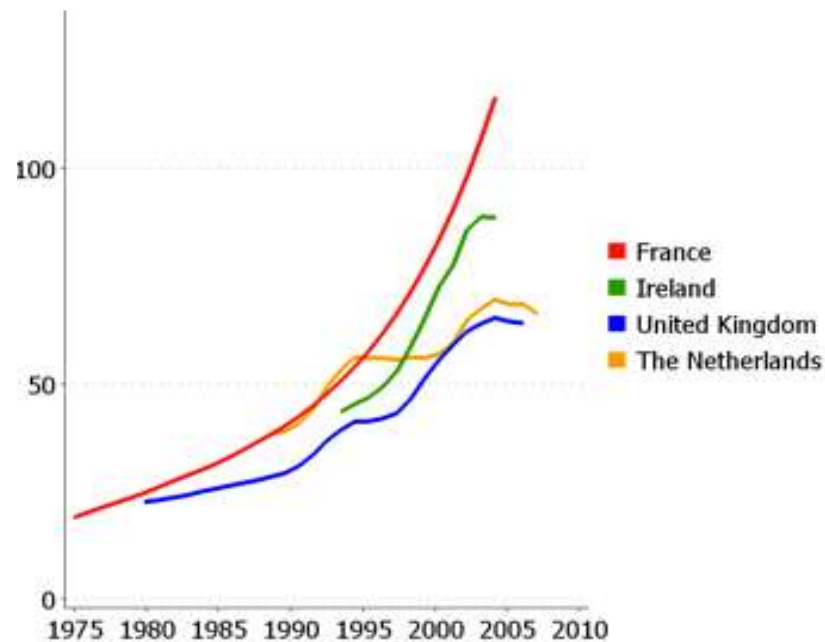
## ↑ Diagnóstico CP



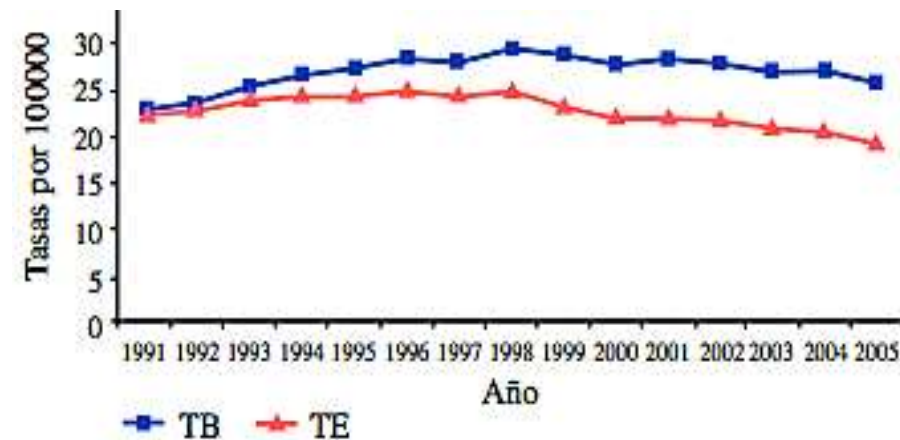
Valencia, 13 diciembre 2016

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

↑ Diagnóstico CP



↓ mortalidad



Valencia, 13 diciembre 2016

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

---

↑ Dco. tumores poco agresivos

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP



↑ Dco. tumores poco agresivos

No todos los CP producirán enfermedad

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

↑ Dco. tumores poco agresivos

**Tasa supervivencia relativa** todos estadios:

- 5 años es casi de **100%**.
- 10 años es de 98%.
- 15 años es de 95%.

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003134-pdf.pdf>

Valencia, 13 diciembre 2016



# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

↑ Dco. tumores poco agresivos

Tasas de supervivencia a 5 años:

- 100% para el CaP localizado
- 96% para el CaP localmente avanzado
- 35% para el CaP metastásico

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003134-pdf.pdf>

Valencia, 13 diciembre 2016

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP



## Sobrediagnóstico

Valencia, 13 diciembre 2016

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

---

**Sobrediagnóstico**



**Sobret ratamiento**



**Alteración calidad vida**

# Consecuencias diagnóstico precoz CaP

**Sobrediagnóstico**



**Sobret ratamiento**

**¿Es útil el cribado poblacional?**

# ESTUDIOS



**PLCO:** Prostate, lung, colorectal and ovarian screening trial

No reducción mortalidad

**ERSPC:** European randomized study of screening for prostate cancer

Reducción mortalidad **20%**

# ERSPC

- 13 años de seguimiento (3° actualización)
- Reducción mortalidad **21%**.
- Para prevenir 1 muerte por CaP cribar 781 y tratar 27 pacientes
- Beneficio entre 55-69 años

Seguimiento	NNC	NNT
9	1410	48
11	979	35
13	781	27

NNC: número necesario cribar

NNT: número necesario tratar

Valencia, 13 diciembre 2016

# Recomendaciones



American  
Urological  
Association

## EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer



National  
Comprehensive  
Cancer  
Network®



Valencia, 13 diciembre 2016

# AUA 2013



American  
Urological  
Association

No se recomienda cribado rutinario:

- <55 a riesgo normal
- > 70 a
- Varones con esperanza vida < 10-15 a

Se recomienda:

- **Varones 55-69 bien informado**
- Intervalo bianual



# NCCN 2014



National  
Comprehensive  
Cancer  
Network®

- Recomienda realizar H<sup>a</sup> clínica y examen físico (TR)
- Varones TR negativo informados riesgos y beneficios PSA, se recomienda:
  - ✓ PSA basal 45-49 a (si  $< 0.7$  repetir a los 50, si  $> 1$  repetir cada 1-2 a)
  - ✓ Varones 50-70 a PSA  $< 3$ , repetir cada 1-2 a
- Recomiendan interrumpir cribado (opciones):
  - ✓ 69 a
  - ✓ 75 a PSA  $< 3$

Valencia, 13 diciembre 2016

# NCCN 2014



National  
Comprehensive  
Cancer  
Network®

- Recomienda realizar H<sup>a</sup> clínica y examen físico (TR)
- Varones TR negativo **informados riesgos y beneficios** PSA, se recomienda:
  - ✓ PSA basal 45-49 a (si  $< 0.7$  repetir a los 50, si  $> 1$  repetir cada 1-2 a)
  - ✓ **Varones 50-70 a** PSA  $< 3$ , repetir cada 1-2 a
- Recomiendan interrumpir cribado (opciones):
  - ✓ 69 a
  - ✓ 75 a PSA  $< 3$

Valencia, 13 diciembre 2016

# ACS 2016



- No se recomienda el **cribado poblacional**
- Se recomienda el Dco. Precoz en varones informados (riesgos y beneficios)
  - ✓ 40 a en varones muy alto riesgo (1 > familiar 1° grado con CaP)
  - ✓ 45 a en varones alto riesgo (1 familiar 1° grado, raza negra)
  - ✓ 50 a en varones riesgo normal
- No se recomienda: pacientes asintomáticos con < 10 a esperanza vida

Valencia, 13 diciembre 2016

# ACS 2016



- No se recomienda el cribado poblacional
- Se recomienda el Dco. Precoz **en varones informados (riesgos y beneficios)**
  - ✓ 40 a en varones muy alto riesgo (1 > familiar 1° grado con CaP)
  - ✓ 45 a en varones alto riesgo (1 familiar 1° grado, raza negra)
  - ✓ **50 a en varones riesgo normal**
- **No se recomienda: pacientes asintomáticos con < 10 a esperanza vida**

EAU 2016

# EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on



# EAU 2016

<b>Recommendation</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
Do not subject men to PSA testing without counselling them on the potential risks and benefits.	3	B
Offer an individualised risk-adapted strategy for early detection to a well-informed man with a good performance status and a life-expectancy of at least 10-15 years.	3	B
Offer early PSA testing in men at elevated risk of having PCa: <ul style="list-style-type: none"><li>• men &gt; 50 years of age</li><li>• men &gt; 45 years of age and a family history of PCa</li><li>• African-Americans &gt; 45 years of age</li><li>• men with a PSA level of &gt; 1 ng/mL at 40 years of age</li><li>• men with a PSA level of &gt; 2 ng/mL at 60 years of age</li></ul>	2b	A
Offer a risk-adapted strategy (based on initial PSA level), with follow-up intervals of 2 years for those initially at risk: <ul style="list-style-type: none"><li>• men with a PSA level of &gt; 1 ng/mL at 40 years of age</li><li>• men with a PSA level of &gt; 2 ng/mL at 60 years of age</li></ul> Postpone follow-up to 8 years in those not at risk.	3	C
Decide on the age at which early diagnosis of PCa should be stopped based on life expectancy and performance status; men who have a life-expectancy of < 15-years are unlikely to benefit based on data from the PIVOT and the ERSPC trials.	3	A

# EAU 2016

## EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer

No se recomienda PSA en pacientes no informado riesgo y beneficios

Recomienda ofrecer PSA en **pacientes bien informados riesgos y beneficios con esperanza vida > 10-15 a**

- **>45 a con antecedentes familiares** o raza negra
- **>50 a**
- **PSA > 1 a los 40 años o 2 a los 60 años**

Recomienda interrumpir cribado PSA < 15 a expectativa vida

# EAU 2016

## EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on **Prostate Cancer**

No se recomienda PSA en pacientes no informado riesgo y beneficios

Recomienda ofrecer PSA en pacientes bien informados riesgos y beneficios con esperanza vida  $> 10-15$  a

- $>45$  a con antecedentes familiares o raza negra
- $>50$  a
- PSA  $> 1$  a los 40 años o 2 a los 60 años

Recomienda **interrumpir** cribado PSA  $< 15$  a **expectativa vida**



# CONCLUSIONES



## 1. No cribado poblacional

Valencia, 13 diciembre 2016

# CONCLUSIONES



1. No cribado poblacional
2. Ofrecer:
  - Pacientes bien informados (riesgos y beneficios)
  - $> 50$  a
  - $> 10-15$  a esperanza vida

# CONCLUSIONES



1. No cribado poblacional
2. Ofrecer:
  - Pacientes bien informados (riesgos y beneficios)
  - $> 50$  a
  - $> 10-15$  a esperanza vida
3. Suspender  $< 10-15$  a esperanza vida

**¡Gracias por su atención!**