

ACTUALIZAÇÃO DO MODELO PREDITIVO DE SOBREVIVÊNCIA GLOBAL EM DOENTES COM CARCINOMA DA PRÓSTATA RESISTENTE À CASTRAÇÃO METASTÁTICO, TRATADO EM PRIMEIRA LINHA COM DOCETAXEL.

Chiara (1);Marta Pinto(2);Ana João Pissarra(3);Mariana Malheiro(4);Débora Cardoso(5);Margarida Miguens(6);Maria Dolores Alberca(7);Ana Massena(7);José Nunes Marques(7);Ana Martins Mourao(7)

(1) Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (2) Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier (3) HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER (4) CHLO - HSFX (5) CHLO - Hospital de S. Francisco Xavier, Serviço de Oncologia Médica (6) HSFX-Lisboa (7) Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Hospital São Francisco Xavier

INTRODUÇÃO: O carcinoma da próstata é a segunda neoplasia mais frequente nos homens, com cerca de 1,1 milhões de novos casos por ano e 307 000 mortes a nível mundial. Em 2013 registaram-se 11400 novos casos/100 000 habitantes em Portugal. O tratamento com docetaxel provoca aumento da sobrevivência global (SG) nos doentes com carcinoma da próstata resistente à castração metastático (CPRCm). Os três principais modelos de prognóstico pré quimioterapia utilizados nos doentes com CPRCm (Cancer and Leukemia B group (CALGB), Smalet et al e Armstrong et al), foram actualizados em 2014 por Halabi et al. O novo modelo inclui os seguintes fatores de prognóstico: o ECOG performance status, localização da doença (doença ganglionar apenas, doença óssea sem envolvimento visceral e doença visceral), uso de opióides, LDH ($>1\times$ limite superior), albumina, hemoglobina, PSA e fosfatase alcalina. O end-point primário foi a SG (momento da randomização até ao óbito por qualquer causa).

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo retrospectivo observacional dos doentes com CPRCm que iniciaram tratamento com docetaxel e prednisolona em primeira linha ao longo de um período de 6 anos.

RESULTADOS: Durante este período identificámos 46 doentes com uma idade mediana de 72,5 anos (53-88 anos), 25 doentes apresentavam um Gleason 8-10 e 23 doentes apresentaram metastização óssea ao diagnóstico. A progressão óssea foi a forma mais frequente de progressão (44 doentes) e 9 doentes apresentavam doença visceral previamente ao início da quimioterapia. Segundo o modelo de prognóstico apresentado por Halabi et al (estratificação do risco em 3 grupos), não identificámos doentes de baixo risco, identificámos 8 doentes de risco intermédio e 37 de alto risco. Dentro do grupo de risco intermédio a SG mediana foi de 11,6 meses e no grupo de alto risco foi de 12 meses (2,7- 57,6 meses).

CONCLUSÃO: Halabi et al descrevem uma variação na SG para os doentes de baixo risco, risco intermédio e alto risco de 27,0; 19,9; 12,1 meses respectivamente, sendo que, a nossa revisão está de acordo com os estes dados. As diferenças observadas na SG comparativamente com os dados do TAX 327 poderão ser atribuídas ao facto de se tratar de doentes abordados fora do contexto de ensaio clínico (Templeton et al), podendo estar também relacionadas com as características da população e as terapêuticas subsequentes.