

Podání enzalutamidu v léčbě chemo-naivních nemocných s metastatickým CRPC (mCRPC).

Matoušková Michaela¹, Katolická Jana², Hanuš Miroslav¹, Králová Vlasta¹

¹ Urocentrum Praha

² KOC FNUSA Brno



Úvod

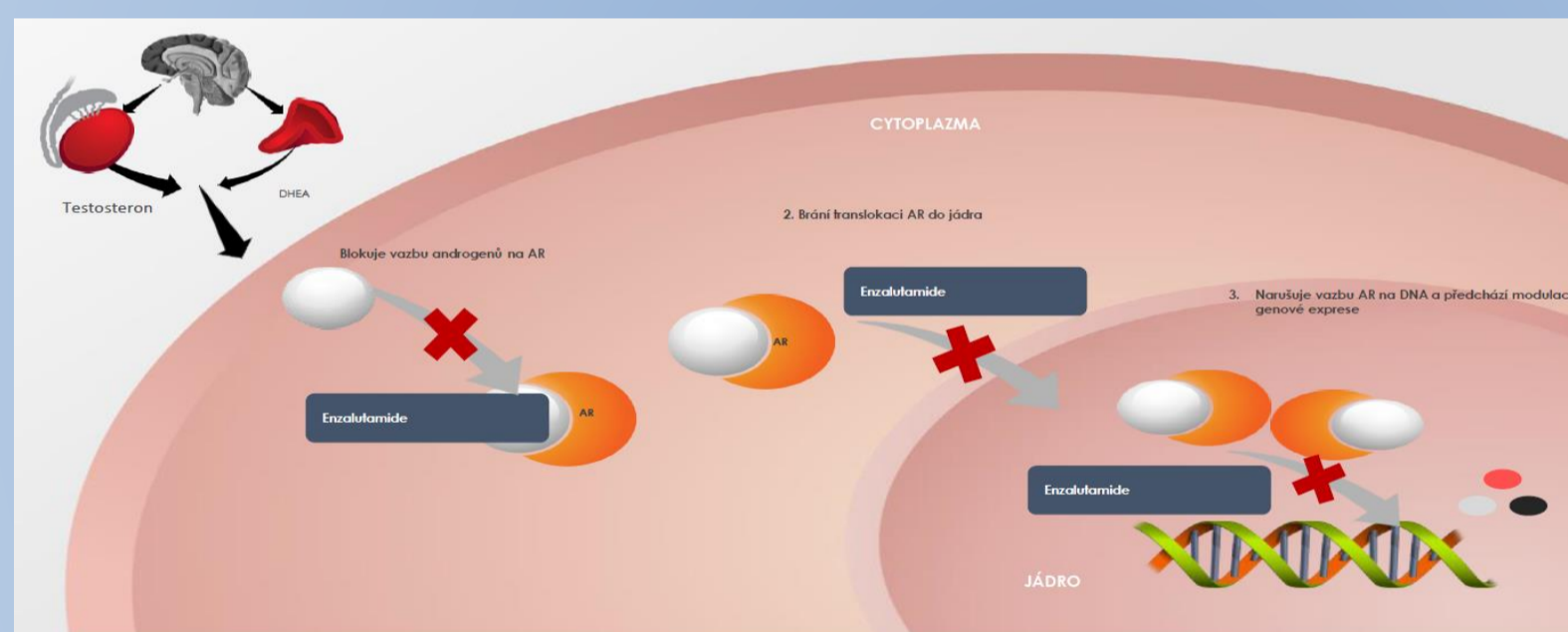
Prevalence nemocných s mCRPC dosahuje v ČR přibližně 5500. Léčbou volby hormonálně senzitivních nádorů je endokrinní suprese. Trvání odpovědi dosahuje mediánu 18 měsíců při monoterapii, přes dobrou odpověď u části nemocných dochází k rozvoji kastračně refrakterního stadia. Pacientů s mCRPC je cca 900 ročně. Standardem léčby je režim docetaxel s prednisonem. Na podkladě závěrů klinických studií mohou být cytotoxickému režimu předřazeny hormonální přípravky II. generace (ARTA - AR targeted agents – ABI, ENZA).

Metody

Předkládáme soubor 13 mužů s mCRPC, u kterých byla primární léčbou aplikace enzalutamidu.

(ENZA je podáván při zajištění kastračních hladin LHRH analogy či OE, u všech nemocných podání BMA)

ENZA je inhibitor signalizace androgenních receptorů (AR), který blokuje několik kroků androgenní signální cesty. Přípravek kompetitivně inhibuje vazbu androgenů na AR, inhibuje translokaci aktivovaných receptorů do jádra a inhibuje spojení aktivovaného androgenního receptoru s DNA, a to i v případě nadměrné exprese AR v buňkách karcinomu prostaty rezistentních na antiandrogeny



Výsledky

Průměrný věk mužů je 71.3 roku.

Doba do vzniku mCRPC mezi 4 – 12 lety.

Průměrná doba podání ENZA dosáhla 15 měsíců.

Hodnotíme odpověď klinickou, biochemickou a podle pravidel RECIST 1.1 a QL

klinická odpověď 12 PR 1 SD 2 PD

U dvou nemocných jsme pro progresi konvertovali na chemoterapii.

Biochemická odpověď (graf) – odpověď PSA – PSA progrese kopíruje, resp. předchází klinickou progresi

Na scintigrafii skeletu došlo k progresi u 6 nemocných, pouze u 2 významné, na CT u 7 mužů regrese nálezu, u jednoho významná progrese uzlinového nálezu.

Kvalita života hodnocena podle dotazníku EORTC dobrá, v popředí zvýšená únava.

Zhodnocení

U pacientů jsme při léčbě ENZA zaznamenali významný léčebný benefit. Klinicky došlo ke zlepšení a úlevě od bolesti. Klinické zlepšení je provázeno poklesem PSA > 75 % i poklesem ICTP. Správný výběr pacienta pro léčbu ARTA je klíčovým, přesná kritéria bude třeba definovat. Rychlá progrese na úvodní hormonální terapii (< 12 měsíců) je spojena s horší prognózou a odpovědí na hormonální léčbu přípravky II. generace a může být užita k identifikaci pacientů se zvýšeným rizikem primární rezistence na tyto přípravky. Nežádoucí účinky jsou minimální. Během léčby není vyžadována žádná další specifická monitorace pacientů, to dále zjednodušuje management léčby pacientů s mCRPC. Předpokládáme, že správně vybraný pacient může dlouhodobě z léčby profitovat.

