

EL JARDÍN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA



FEFOC

MIEMBRO DE EUROPA UOMO Y US TOO

Editorial

Después de ofrecer el número 0 de El Jardín del cáncer de próstata estamos en condiciones de pasar a su primer número. En el mismo ofrecemos novedades importantes. En primer lugar damos cuenta de la puesta en marcha de un nuevo consorcio norteamericano, denominado Value in Cancer Care, que pretende reducir los precios de los medicamentos oncológicos manteniendo su eficacia. Lo han puesto en marcha prestigiosos oncólogos, tras tener los resultados de un ensayo sobre Abiraterone (Zytiga), que puede permitir la disminución de su coste en un 75%.

Nos referimos asimismo a una posibilidad de mejorar las campañas de screening en cáncer de próstata (CP), añadiendo el examen radiológico mediante la Resonancia Nuclear paramétrica.

Damos cuenta de la importancia de la valoración de la agresividad del CP mediante un test genómico, el Oncotype DX GPS, que mejora la elección de los tratamientos. Un tema impactante es la necesidad vital de soporte psicológico de los pacientes con CP, en los que el riesgo de suicidio es cinco veces mayor que en la población sin este problema, en pacientes de más de 75 años bajo tratamiento hormonal.

El doctor Xavier Cantó nos ofrece su importante testimonio. Presentamos el nuevo logo de la fundación FEFOC que simboliza la lucha contra el cáncer de próstata. Damos cuenta de la reunión anual del grupo catalán de CP.

¿Abiraterone con el estómago vacío o lleno? Un estudio que puede revolucionar el mundo oncológico

El abiraterone (nombre comercial, Zytiga) es un medicamento que interfiere con la producción de andrógenos (estimulantes del crecimiento del cáncer de próstata) en todas sus fuentes (testículos, glándulas suprarrenales y el propio tumor o sus metástasis). Asociado a prednisona (corticoesteroide) se considera un tratamiento efectivo en cáncer de próstata con metástasis.

El problema es, como ocurre con varios medicamentos oncológicos, su elevadísimo precio. Es muy difícil hablar de precio cuando se trata de enfermedades pero nuestro sistema sanitario no solo debe ser eficaz sino también sostenible.

Viene esto a cuento por la creación del Value in Cancer Care (Vi3c), creado por eminentes oncólogos norteamericanos (Ratain, Lichter, Baker, Saltz, Tannock y otros), muy preocupados por el progresivo aumento del coste de los medicamentos, sin que, a veces, su relativa eficacia lo justifique. El objetivo fundamental del Vi3c es disminuir el coste de los medicamentos oncológicos mediante reducir su dosis o disminuyendo la frecuencia de su administración o sustituyéndolos por genéricos de bajo coste., sin sacrificar su efectividad y beneficio para los pacientes.

Esta iniciativa se ha puesto en marcha a consecuencia de un ensayo fase II comparativo (etapa del estudio de un medicamento en el que se valora su eficacia), evaluando el efecto de la comida sobre la efectividad de abiraterone (Zytiga), en pacientes con cáncer de próstata metastásico (CPM). Este estudio, realizado en la Universidad de Chicago Medicine y liderado por el doctor Rusell Szmulewitz y publicado en la prestigiosa revista Journal of Clinical Oncology (36:1389-1393, 2017) observó que la reducción de la dosis estandar de 1.000 mlgs/día de Zytiga a 250 mlgs/día, pero tomándola después de un

desayuno ligero con cereales y leche desnatada (en lugar de con el estómago vacío según está prescrito), parecía ser tan efectiva, producía menos efectos secundarios, incluyendo problemas gástricos, reduciendo el coste mensual en USA de 9.400 dólares/mes en el 75%. El Vi3c está ahora en la etapa más difícil, siempre que uno es independiente: encontrar fondos para poder llevar a cabo más estudios al respecto. Ojalá que tengan mucho éxito. Uno de los primeros estudios que piensan llevar a cabo es repetir la experiencia de Szmulewitz con más pacientes.

Más adelante, en otros números del Jardín del cáncer de próstata entraremos en más detalles al respecto. Ahora queríamos advertir a los lectores de nuestro país que aquí parece que este tema no importa ya que, aparentemente, no pagamos los medicamentos. Pero esto es falso, los pagamos entre todos, con nuestros impuestos. Y su coste aumenta día a día y tenemos que pensar en el bien común. El tema es mucho más claro en USA, donde muchos pacientes pagan de su bolsillo los medicamentos. Pero, como señala Vi3c, hay pacientes norteamericanos en bancarrota por culpa del precio de los fármacos y otros que discontinúan o cesan su uso por no poder asumir el coste de los mismos. Seamos inteligentes y pensemos en el bien común. Debemos estar al tanto de estos estudios y darles soporte. Abiraterone (Zytiga) sigue siendo cara con la reducción del 75%, pero no es lo mismo pagar cada mes (durante dos o tres años) 9.400 dólares que 2.350. Hagan números.

Reseña de FEFOC

Pruebas genómicas y Oncotype DX® GPS™

Los datos actuales muestran que aproximadamente la mitad de las personas recién diagnosticadas de cáncer de próstata pueden tener un riesgo bajo y ser candidatas para una vigilancia activa*. Por lo tanto, es posible que nunca necesiten una cirugía o radiación, lo que evitará la probabilidad de efectos secundarios como problemas urinarios o intestinales a largo plazo o disfunción eréctil. Consecuentemente, es importante realizar un diagnóstico personalizado y preciso, para valorar el riesgo de forma individual, posibilidad que nos ofrece actualmente la genómica.

La genómica es el estudio de cómo se comportan los genes. Las pruebas genómicas analizan los genes del cáncer de próstata para ayudar a predecir qué tan rápido el cáncer puede crecer y propagarse. La prueba Oncotype DX® GPS™, dirigida a pacientes con enfermedad de muy bajo a riesgo intermedio, mide la actividad (también denominada expresión) de los genes responsables del crecimiento y la supervivencia de las células tumorales. Esta información permite conocer cómo puede actuar el tumor y si es probable que sea agresivo (patología adversa). Por otro lado, también predice la probabilidad de morir debido a su cáncer o si se diseminará a otras partes del cuerpo (metástasis) dentro de los 10 años después de la cirugía. Combinada con otros factores clínicos, la prueba Oncotype DX® GPS™ proporciona información para ayudar a decidir, entre el médico y el paciente, cuál es el tratamiento a seguir. Los resultados de la prueba Oncotype DX® se informan como una puntuación o “score” llamada GPS, un resultado objetivo que puede ayudar a comprender mejor el riesgo individualizado del paciente.



Algunos pacientes de cáncer de próstata cuentan su experiencia en primera persona después de conocer su GPS (www.oncotypeiq.com). En el caso de Dan, fue él mismo quien se informó sobre todas sus opciones y gracias a Oncotype DX® GPS y según sus propias palabras, “no he perdido ningún minuto de sueño o de preocupación desde que recibí mi resultado GPS”. En el caso de Jim, con un GPS de 10, su urólogo no tuvo ninguna duda en recomendarle vigilancia activa. Ambos pacientes entraron dentro de la categoría de “muy bajo riesgo” y disfrutaron actualmente de una vida activa y plena.

Dra. Cristina Sans

*Referencias

(1) Herget KA, Patel D, Hanson H, Sweeney C, Lowrance W. 2016. Recent decline in prostate cancer incidence in United States by age, stage, and Gleason Score. *Cancer Med*; 5(1):136-141.

Genomic Health website.

<https://www.oncotypeiq.com/en-US/prostate-cancer/patients-and-caregivers/early-stage-gps/hear-from-our-patients>.

Necesidad vital de soporte psicológico por el riesgo de suicidio en cáncer de próstata

El doctor Mehran Afshar y colaboradores, del Saint George's hospital, en Londres, UK ha dirigido un importante estudio sobre el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer. Para ello han analizado (entre los años 2001 y 2011) al respecto a más de un millón de pacientes con cáncer. Los datos fueron presentados en la reunión de la European Association of Urology, en Copenhague.

Entre los pacientes estudiados hubo 328.372 con cáncer urológico. El riesgo más alto de suicidio se observó en cáncer de próstata (CP), seguido del de vejiga urinaria y, en conjunto, los cánceres urológicos fueron los que mostraron mayor riesgo.

En la población general, el porcentaje de suicidios es del 10 por cada 100.000 personas mientras que es de 30 por 100.000 en pacientes con cáncer en general. En el caso del CP es de 52 por 100.000 personas.

Afshar y colaboradores analizaron también los intentos de suicidio. En la población general hubo 25 intentos de suicidio por cada muerte, mientras que en CP y vejiga solo 7 intentos por muerte.

Estas cifras significan que el 0.05% (1.222 intentos) de pacientes con cáncer urológico intentaron suicidarse y que el 0,4% (162) lo lograron.

El mayor riesgo se dió en pacientes de más de 75 años recibiendo tratamiento hormonal,

El CP presentó el mayor porcentaje de suicidios. Los autores remarcan que el tratamiento puede afectar el funcionamiento de la vejiga urinaria y del intestino; la erección

y la libido; puede dar efectos secundarios semejantes a la menopausia femenina y alterar totalmente la personalidad del afectado, llevando a problemas de relación (de pareja, familiares, amigos), ansiedad, estrés y depresión (con porcentajes de depresión en el 25% de pacientes tratados por CP).

El doctor Heather Blake, director de soporte del Postate Cancer UK señala al respecto que es vitalmente importante que todo paciente con CP reciba el apropiado soporte psicológico, para ayudarlo en el transcurso de la enfermedad, desde el diagnóstico, durante el tratamiento y más allá (el mayor riesgo de suicidio se observó durante los seis primeros meses). Y añade, "La mayoría de hombres padecen efectos secundarios que cambian su vida como resultado del tratamiento, que puede golpear en el corazón de lo que significa ser un hombre y la mayoría luchan para superar las secuelas".

El profesor Hein van Poppel, urólogo, comenta que este trabajo muestra cuanto afecta el cáncer en general, pero parece que los cánceres urológicos afectan la idea del tipo de persona que uno es de un modo mucho más especial que los otros cánceres.

FEFOC añade que junto con el mayor riesgo de suicidio, la afectación por el tratamiento afecta profundamente a los afectados, que precisan de un soporte psicológico muy profesional y muy preparado. Tras 18 años ininterrumpidos con nuestro grupo de soporte en CP, nos han proporcionado mucha experiencia.

Reseña de FEFOC



FEFOC crea el grupo de “Mujeres contra el cáncer de próstata” para acompañar a sus parejas a sobrellevar la enfermedad



La Fundación FEFOC contra el cáncer ha constituido el grupo de voluntarias "**Mujeres contra el cáncer de próstata**" destinado a que las parejas acompañen a los varones a sobrellevar la enfermedad. Se ha constatado que los hombres que sufren o han sufrido cáncer de próstata sienten más inquietud por poder desarrollar una vida normal, si bien adaptada a determinados efectos secundarios derivados del tratamiento, que por la propia supervivencia, dado que la mortalidad es relativamente baja. Buscan la "solución psicológica" más allá de la curación. Como es sabido, el tratamiento de la enfermedad puede conllevar efectos secundarios como incontinencia urinaria y disfunción eréctil, además del riesgo de obesidad, diabetes, depresión, cardiopatía e hipertensión. Las promotoras de este grupo constatan que existe un profundo desconocimiento de la próstata por parte de las mujeres -y también de los hombres- "porque esta parte del cuerpo no nos la enseñaron en la escuela". Además, entre los varones existe un cierto rubor a confesar la enfermedad porque afecta a su virilidad. "Existe una profunda ignorancia que roza el analfabetismo prostático" ha dicho gráficamente

la voluntaria que ha presentado la propuesta. "Creando este grupo -ha dicho por su parte el profesor Jordi Estapé, director científico de FEFOC, también hacemos feminismo" y lo ha razonado en que "luchando juntos podemos mejorar la salud del hombre y también de la mujer".

Esta iniciativa se ha anunciado en el transcurso de la jornada "Cáncer de próstata: El gran reto del siglo XXI" que ha tenido lugar en la sede de la fundación con asistencia de expertos, pacientes y familiares. El doctor Isidre Bonet, exjefe de Urología del Hospital de la Cruz Roja, que ha desarrollado el tema "Vigilancia activa en cáncer de próstata", ha recordado que entre los hombres mayores de 70 años existe una probabilidad del 80 por ciento de que sean portadores de células prostáticas cancerosas, lo que requiere control y seguimiento. La biotecnóloga Cristina Sans, por su parte, ha expuesto el avance que supone el test genómico para detectar el riesgo de desarrollar un tumor.

La doctora psicooncóloga de la FEFOC Tania Estapé ha tratado la respuesta a las múltiples dudas en que se encuentra el paciente antes, durante y después del tratamiento y que suelen generar tensiones y ansiedad. Ha incidido en la importancia del entorno familiar para combatir la sensación de abandono. Ha cerrado las ponencias el doctor Moisés Mira, radiólogo del Hospital Arnau de Vilanova, de Lleida, quien ha presentado las últimas técnicas en radioterapia que reducen las sesiones de tratamiento y son menos invasivas, con lo que disminuyen los efectos secundarios.

FEFOC inició en el año 2000 la experiencia del Grupo de Apoyo en Cáncer de Próstata, en la que un oncólogo, un urólogo, una psicooncóloga y otros expertos se reúnen una vez al mes en Barcelona para intercambiar información y explicar su problemática.

Jesús Conte



Mi testimonio: Xavier Cantó Vilanova

Mi experiencia con el cáncer de próstata es atípica, y se remonta 15 años atrás. A los 41 años, me realicé una analítica rutinaria y se me ocurrió pedir un PSA, sin tener ningún síntoma. Cuál fue mi sorpresa cuando me salió un PSA elevado, cercano a 6; inicialmente se atribuía a una posible prostatitis, ya que no tenía factores de riesgo ni sintomatología alguna; junto con un urólogo decidimos repetir la analítica pasado un mes, y el resultado volvió a ser un PSA cercano a 6. Tras varias pruebas negativas decidimos realizar una biopsia. Lo de la biopsia fue un desastre; como buen médico, sufrí el llamado “síndrome del recomendado”, presentando infección y sepsis que me mantuvo ingresado por 4 semanas y a punto de morir por las complicaciones. El resultado de la anatomía patológica fue de ausencia de malignidad y prostatitis crónica inespecífica.

Desde entonces, decidimos monitorizar semestralmente el PSA de tal manera que si detectábamos un aumento o descenso en los niveles, plantearíamos otras medidas. Así pasaron unos 8 años, hasta que un día presenté la primera sintomatología: me costó orinar por la mañana y acudí al urólogo, quien realizó ecografía que mostraba un posible adenoma; yo pensé que por fin había encontrado el motivo de mi elevación crónica del PSA, y que con una cirugía aparentemente sencilla se arreglaría. Dicho y hecho, en diciembre del 2011 me intervinieron de adenomectomía por RTU extrayendo la pieza para analizar; el postoperatorio fue muy bien, a pesar de las molestias del sondaje, y me dieron de alta; pasados unos días, exactamente el día de los inocentes (28-12-2011) el urólogo me llamó para darme la “inocentada”: adenocarcinoma, con márgenes limpios, y que las biopsias que realizó del tejido restante eran negativas. Recuerdo perfectamente esa fecha y esa sensación de “estoy sentenciado”; además, siendo médico, en segundos me imaginé la progresión de la enfermedad con una evolución rápida y terrible hasta el final. Recibí la noticia en compañía de mi mujer, quién me dió todo su apoyo intentando



mantener una entereza que sé que le costaba mucho. Otro momento difícil fué cuando se lo expliqué a mis hijos, que entonces tenían 14 y 18 años. Sin duda mi mujer y mis hijos fueron determinantes y mi principal motivación para afrontar con más entereza el diagnóstico y las ganas de superarlo.

El urólogo me citó a su consulta: aparentemente había sacado la lesión en la intervención, ya que los bordes y las biopsias del resto de glándula eran negativas, pero no podía asegurar que quedara algún resto de enfermedad; así pues, me comentó las 3 opciones terapéuticas:

- Conducta expectante, siguiendo controles y esperar a ver cómo evolucionaría. Lo descarté porque ya llevaba 8 años con el seguimiento de PSA.
- Radioterapia externa, lo descartamos por si en el futuro fuera necesaria una intervención, ya que la radioterapia altera todas las estructuras anatómicas de la zona complicando cualquier cirugía futura.
- Cirugía radical, aconsejando cirugía robótica Da Vinci para minimizar los efectos secundarios.

Valorando pros y contras de todas las opciones, opté por la cirugía radical con robot da Vinci a pesar de mi edad (49 años) y a pesar de los

posibles efectos secundarios. Mi mujer me apoyó en todo momento y me ayudó a tomar la difícil decisión.

Como que la primera intervención era muy reciente, esperamos hasta Marzo 2012 para la prostatectomía radical asistida con robot Da Vinci, con una recuperación quirúrgica muy rápida y sin complicaciones. Los resultados de la anatomía patológica demostraron que había acertado con la decisión: aun quedaba una lesión de adenocarcinoma de 13 mm que no se detectaba con ninguna prueba complementaria. Las biopsias de los tejidos de alrededor y ganglios también resultaron negativas, por lo que todo indica que la cirugía fue curativa y no debo someterme a ningún tratamiento adicional. Estuve sondado unas 2 semanas, con las molestias que supone, pero me incorporé rápido al trabajo con ganas de superar este episodio.

Así como la recuperación de la cirugía fue rápida, los efectos secundarios han sido mas tediosos, y es que los efectos secundarios existen, a pesar de la cirugía robótica. Inicialmente la potencia estaba muy afectada y la continencia también. Hice sesiones de fisioterapia con ejercicios hipopresivos y refuerzo de suelo pélvico, e inicié tratamiento farmacológico con Cialis y con Caverject para poder mantener relaciones. Poco a poco recuperé la continencia y mejoró la potencia, aunque no como antes. Con todo ello, cambia tu vida de pareja, el tipo de relaciones sexuales también cambia, necesitas más tiempo para preliminares y para planificar si necesitas medicación; las mujeres de pacientes intervenidos, también deben adaptarse a la nueva realidad y en mi caso, solo puedo tener palabras y muestras de agradecimiento a mi mujer por su comprensión, apoyo y generosidad.

En paralelo retomé mi afición al ciclismo y al entreno, que me ayudó a desconectar y a reforzar mi recuperación física y psíquica (no sabría decir cuál es más importante), cada vez con mayor dedicación, hasta el punto de participar en carreras, entrenar más seriamente y llegar al reto actual: participar en la Titan Desert de 2019.

La Titan Desert es una de las carreras de ciclismo

más duras del mundo, en 6 etapas, recorriendo más de 600 km por el desierto de Marruecos; con un compañero de trabajo la vamos a completar en equipo; no será más difícil que superar un cáncer...creo...

Ahora que ya estamos inscritos, además de participar, queremos aprovechar la visibilidad que tiene esta competición para ser un altavoz para poder hablar del cáncer de próstata sin tabús, para que los hombres tomen conciencia de que un diagnóstico precoz es básico para la curación. Por eso participaremos con el lema "Muévete por el Cáncer de Próstata". Podéis seguir nuestra evolución en Facebook:

@retotitanDKVMovimiento

Y si algunos hombres siguen ocultando la cabeza, las mujeres de su entorno que tomen conciencia por ellos; ellas han asumido y normalizado la importancia del cáncer de mama y de las visitas preventivas de control al ginecólogo, ¿por qué no aprendemos de ellas? Pues espero contribuir a esta difusión, al igual que hace la Fundación Fefoc con su programa de cáncer de próstata. A nuestro reto deportivo sumamos una causa solidaria y de educación, también de participación social: estamos recaudando fondos a través de la venta de pulseras o donaciones directas, que serán donados a la fundación Fefoc para que siga con su importante labor divulgativa y educativa. Es difícil recaudar fondos, lamentablemente hay poca sensibilización de la sociedad para ello, y me gustaría cambiarlo.

Cualquier afición y mejor aún, cualquier deporte al aire libre, la bici de montaña en mi caso, ayuda de forma importantísima a superar dificultades. Cuando estoy entrenando o compitiendo me olvido por completo de mi enfermedad; de hecho, me encuentro tan bien que sólo pienso en el cáncer cuando se acerca el día de la analítica y visita de control.

Tras superar una enfermedad de este tipo, y con un nombre que asusta tanto como "cáncer", valoras mucho más las cosas sencillas, cambias la forma de pensar, aprovechas más los momentos y los disfrutas más, y descubres que eres capaz no sólo de seguir sino de superarte día a día. ¿Quién

me iba a decir antes del diagnóstico que a los 55 años iba a participar en la Titan Desert?.

No ha sido fácil, ni gratuito. Hay mucho esfuerzo detrás de la recuperación, también de sacrificio. Hay peajes, ciertos cambios inevitables en las capacidades, pero el primer discurso es que estoy vivo, el resto se supera. Con el tiempo, también te adaptas con la pareja, adoptando cambios conductuales; eso sí, necesitamos más tiempo, más tranquilidad, pero podemos disfrutar juntos de las relaciones.

No puedo ni quiero dejar de agradecer el apoyo de mi mujer, María José, y de mis hijos, Alex y Alba, y manifestar la suerte y el orgullo que siento de ser su marido y su padre.

Esta semana he tenido control de 5 años y medio con mi urólogo de confianza, y todo ha ido bien; así que gracias también al Dr Miguel Angel Lopez Costea y a la eficiente Sonia, ya son casi de la familia.

Espero que mi testimonio ayude a otros hombres a tomar conciencia de esta patología, a no ocultar sus miedos y a someterse a revisiones periódicas, ya que el mejor tratamiento es el que se hace con un diagnóstico precoz y en estados iniciales de la enfermedad. Y la vida sigue.

Le pregunté al urólogo por qué los hombres no hablan del cáncer de próstata con libertad en su entorno; él me contestó que muchos hombres, principalmente aquellos con visibilidad pública o posiciones de poder (ya sea en empresa o política), no lo cuentan porque les pone en una situación de "debilidad". Y yo me pregunto: superar o afrontar con normalidad una enfermedad de éste tipo ¿es Debilidad o Fortaleza?...yo me decanto por la segunda.
gracias

Xavier Cantó

Las campañas de screening por cáncer de próstata, ¿deberían incluir ya la rnm?

El cáncer de próstata (CP) en hombres mata tantas personas como el cáncer de mama (CM) en mujeres. Ambos cánceres aumentan su incidencia conforme avanza la edad. Pero mientras que el CM siempre cuenta con un gran impacto público, el CP pasa bastante desapercibido. Muchos buscamos la razón de este trato tan diferente. En The Guardian de 20-8-2018, una celebridad como el poeta Benjamin Zephaniah observa que el CP está rodeado de un cierto misterio. Zephaniah (de 60 años, en 1996 fue solicitado por el Presidente Nelson Mandela para que actuase en el Concierto de las Dos Naciones y en 2008 fue incluido entre los 50 mejores escritores ingleses de posguerra), no tiene CP pero uno de sus abuelos murió por esta enfermedad. Cuando está con sus amigos se horroriza al pensar que alrededor de dos de cada 8 tendrán esta enfermedad. ¿Por qué tanto silencio?, se pregunta. ¿Por qué no hay en UK un programa nacional de screening como sí que lo hay para CM?

El profesor Roger Kirby, Universidad de Londres, explica que ello se debe a que el CP es muy impredecible (puede ser muy agresivo, intermediario o de lento crecimiento). Y, el PSA, el análisis que permite su diagnóstico precoz, no distingue entre las tres modalidades. Ello lleva a un exceso de biopsias y tratamientos.



Pero ahora hay una novedad muy positiva. El profesor Mark Emberton explica que cada hombre con un PSA anormal debería ser examinado mediante Resonancia Nuclear Multiparamétrica (RNM). Si el examen es normal, no hace falta más estudios. Si, por el contrario, la RNM es positiva, hay que practicar biopsia, pero guiada, lo que disminuye mucho la agresividad de la biopsia habitual.

Parecería lógico iniciar programas nacionales de screening por CP en hombres con PSA anormal, incluyendo la RNM. Pero cualquier cambio en los protocolos exige que lo nuevo sea sometido a ensayo clínico comparativo con lo antiguo antes de ser aceptado. En principio, perfecto. Pero un ensayo comparativo puede tardar en dar resultados, tal y como subraya Emerton, de 10 a 20 años.

Reseña de FEFOC



Enric Granados, 111, 2º-2ª.
08008 - Barcelona
Telf. 93 217 21 82
Email: fefoc@fefoc.org
www.fefoc.org

En el próximo número de " El Jardín de la próstata" presentaremos el nuevo logo de FEFOC que simboliza la lucha contra el cáncer de próstata.



We Are Victors ©

Ilustración de Mercè Estapé Sancerni