



**6 SETTEMBRE 2018
BOLOGNA**

**Consensus Conference sul monitoraggio del
carcinoma prostatico avanzato
Dott Alberto Lapini**

Perché una Consensus sul monitoraggio della risposta dei pazienti CSPC e CRPC ?

Perché vi sono evidenze che dimostrano come *un monitoraggio più accurato* consente ai pazienti di effettuare più linee terapeutiche e migliorare la sopravvivenza

Quindi il tipo di monitoraggio può avere importanza prognostica

ma nessuna linea guida fornisce dati precisi in merito a tempistiche e modalità !!!

clinical practice guidelines

Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v69–v77, 2015
doi:10.1093/annonc/mdv222
Published online 22 July 2015

Cancer of the prostate: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†

C. Parker¹, S. Gillissen², A. Heidenreich³ & A. Horwich⁴, on behalf of the ESMO Guidelines Committee*

¹Royal Marsden Hospital, Sutton, UK; ²Department of Oncology/Hematology, Kantonsspital St Gallen, St Gallen, Switzerland; ³Department of Urology, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Germany; ⁴Institute of Cancer Research, Sutton, UK

recommendation

- Men on long-term ADT should be monitored for side-effects including osteoporosis (using bone densitometry) and metabolic syndrome [IV, B].

It is not adequate to rely on PSA alone to monitor response in men with CRPC. Rather, appropriate imaging tests should be used. However, conventional imaging techniques such as CT and bone scan do not provide assessment of response/progression in bony metastatic disease.

recommendation

- In patients with CRPC on systemic treatment, regular imaging studies should be done to monitor disease response/progression [V, B].

WHEN?

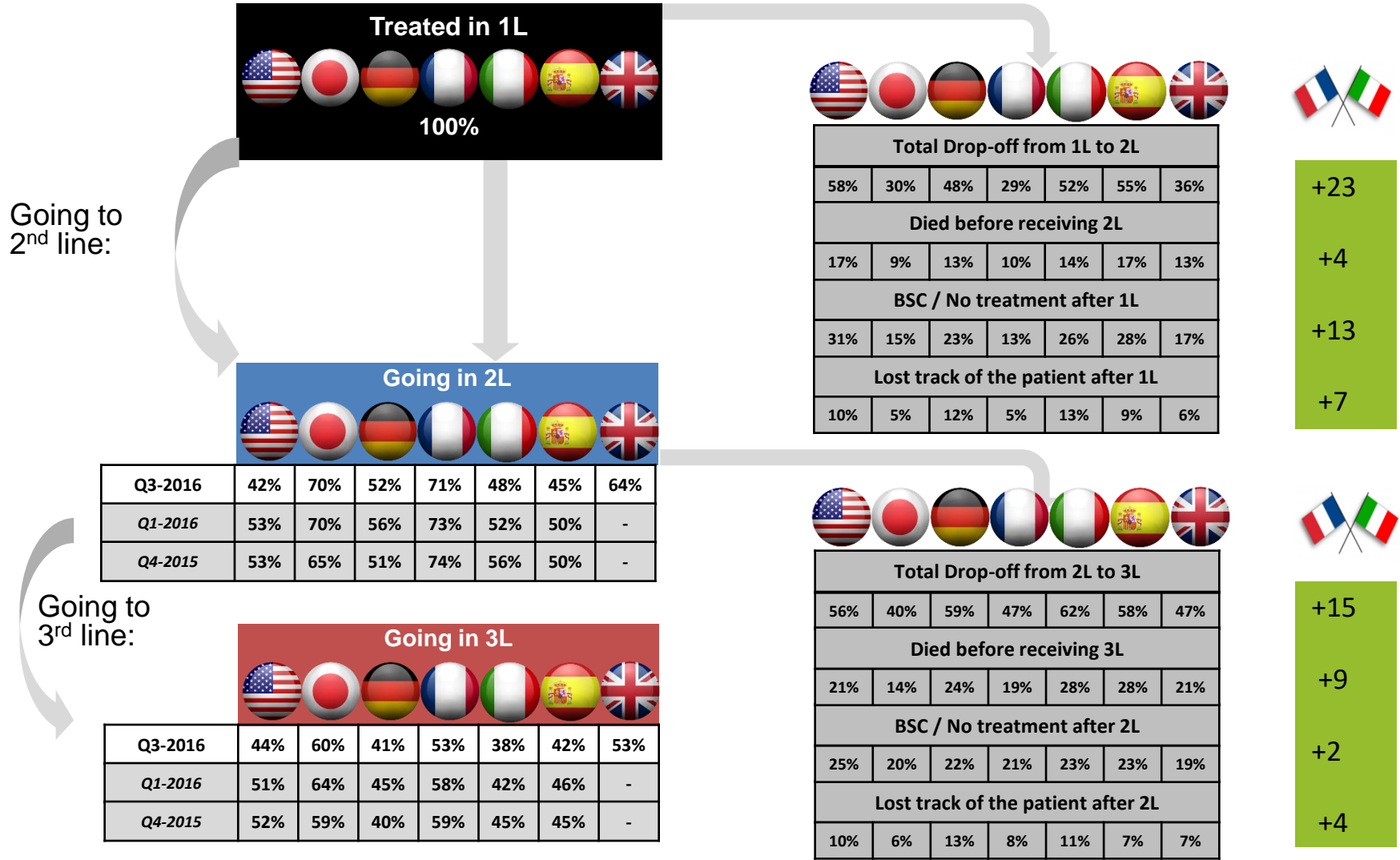


CRPC

Overall patient flow

Treated with AR-targeted agent or Chemotherapy in 1L

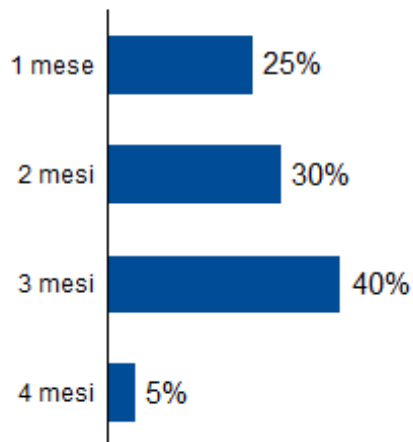
D1 / D4 :Of the patients that you see with castrate resistant prostate cancer who received a 1st / 2nd line of antitumor treatment with a non-chemotherapy treatment (abiraterone, enzalutamide, Provenge, or Xofigo), what percent....



Frequenza controllo pazienti con mCRPC

Base: 70 oncologi

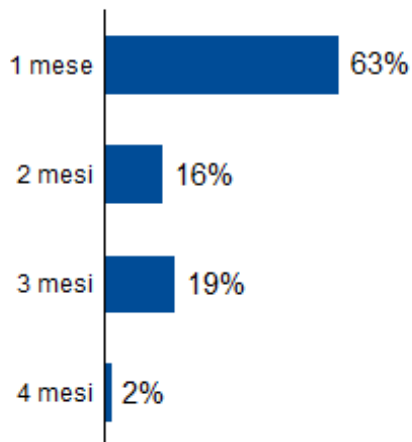
Test per controllo del marcatore PSA



Wave 11
2016

→ in media ogni 2,3 mesi

Visite di controllo

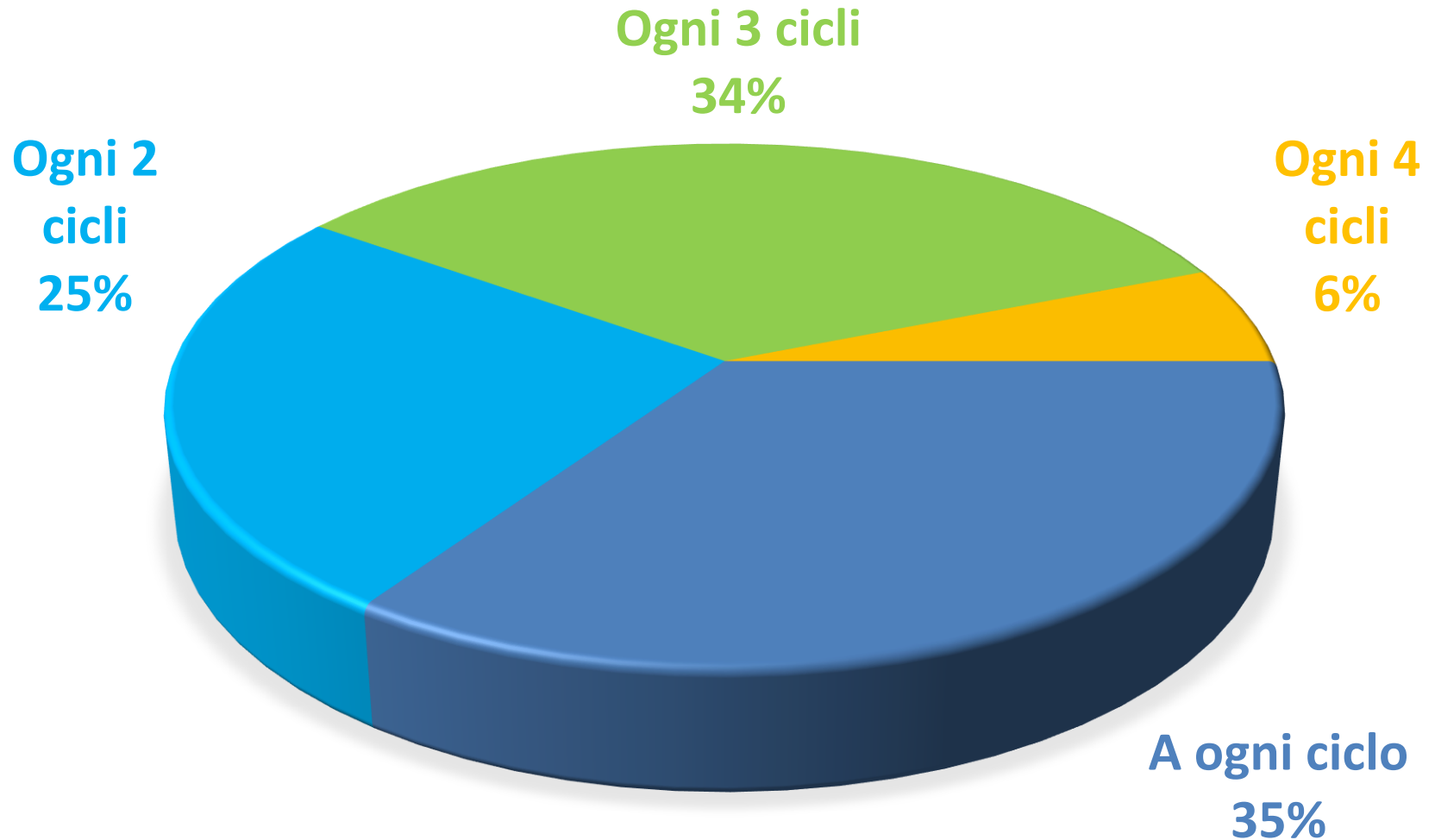


Wave 11
2016

→ in media ogni 1,6 mesi

IMS research DATA 2016

Nei pazienti con mCRPC in trattamento chemioterapico, ogni quanto dosi il PSA?

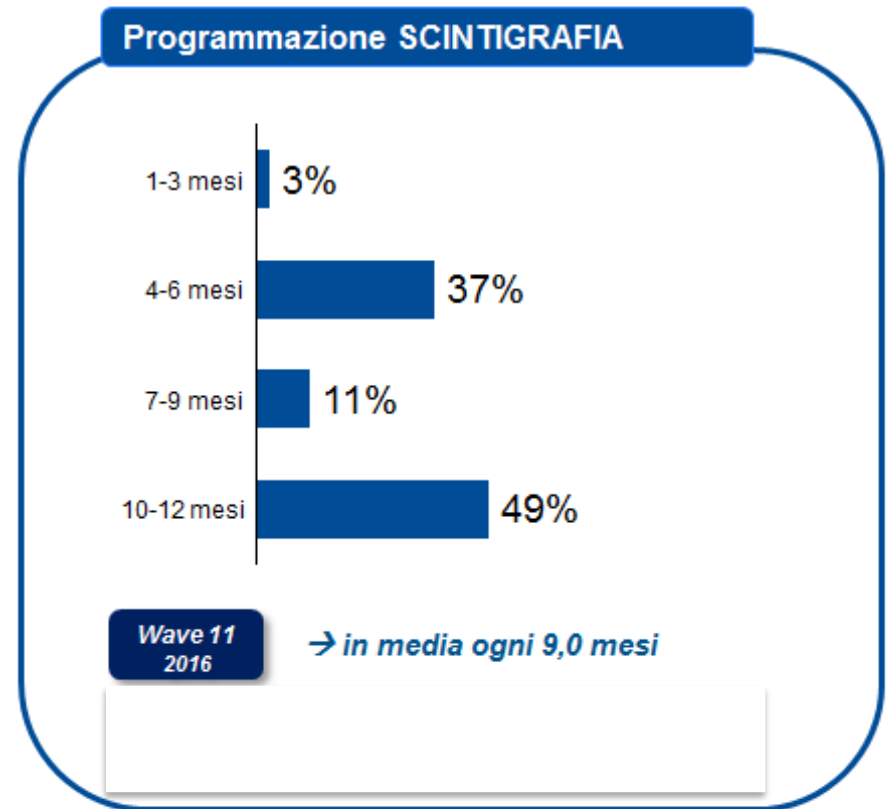
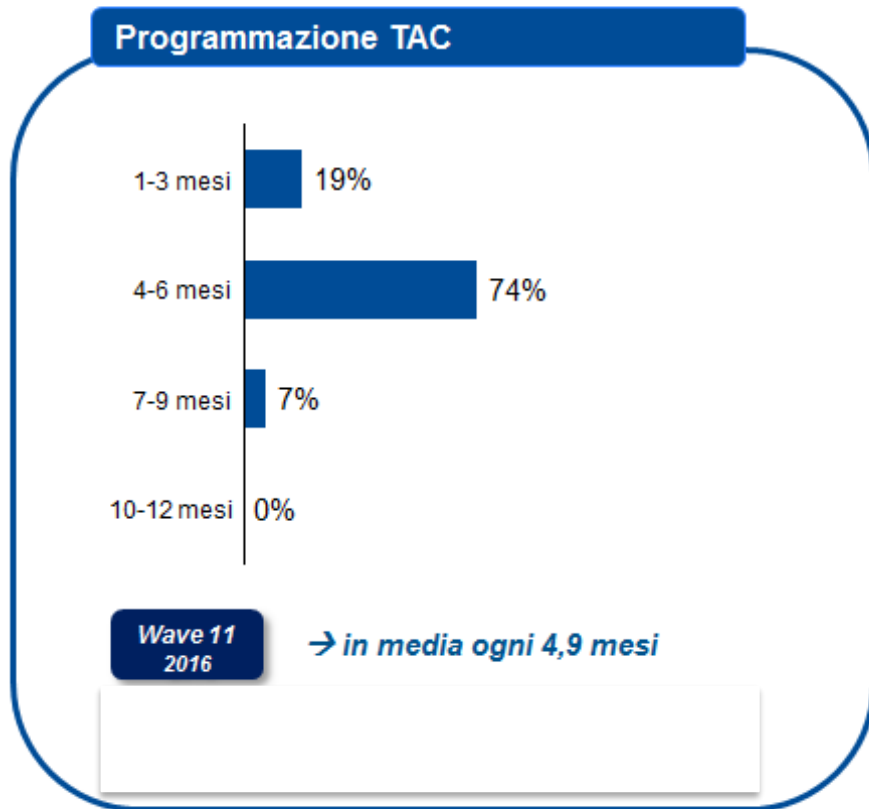


Nei pazienti con mCRPC in trattamento con ormoni di nuova generazione, ogni quanto dosi il PSA?



Frequenza controllo pazienti con mCRPC

Base: 70 oncologi



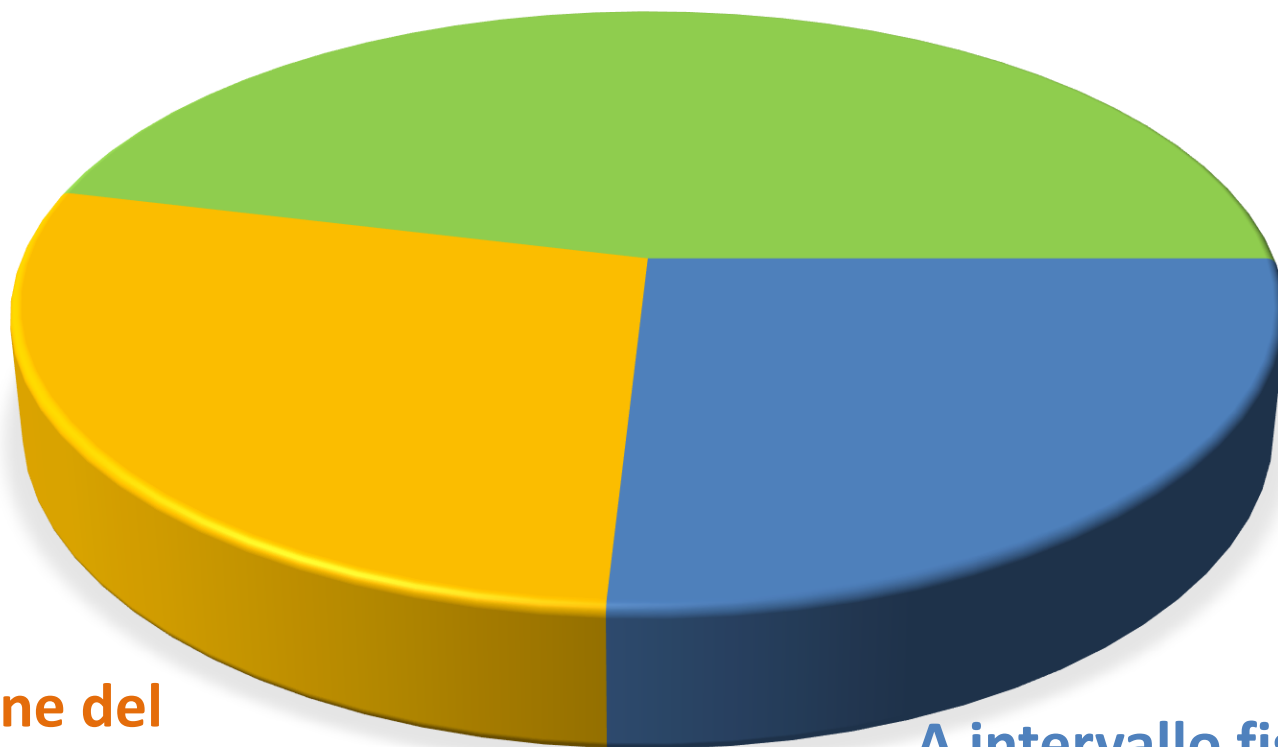
IMS research DATA 2016

Nei pazienti con mCRPC in trattamento chemioterapico, ogni quanto effettui la ristadiazione strumentale?



Sulla base della clinica

46%



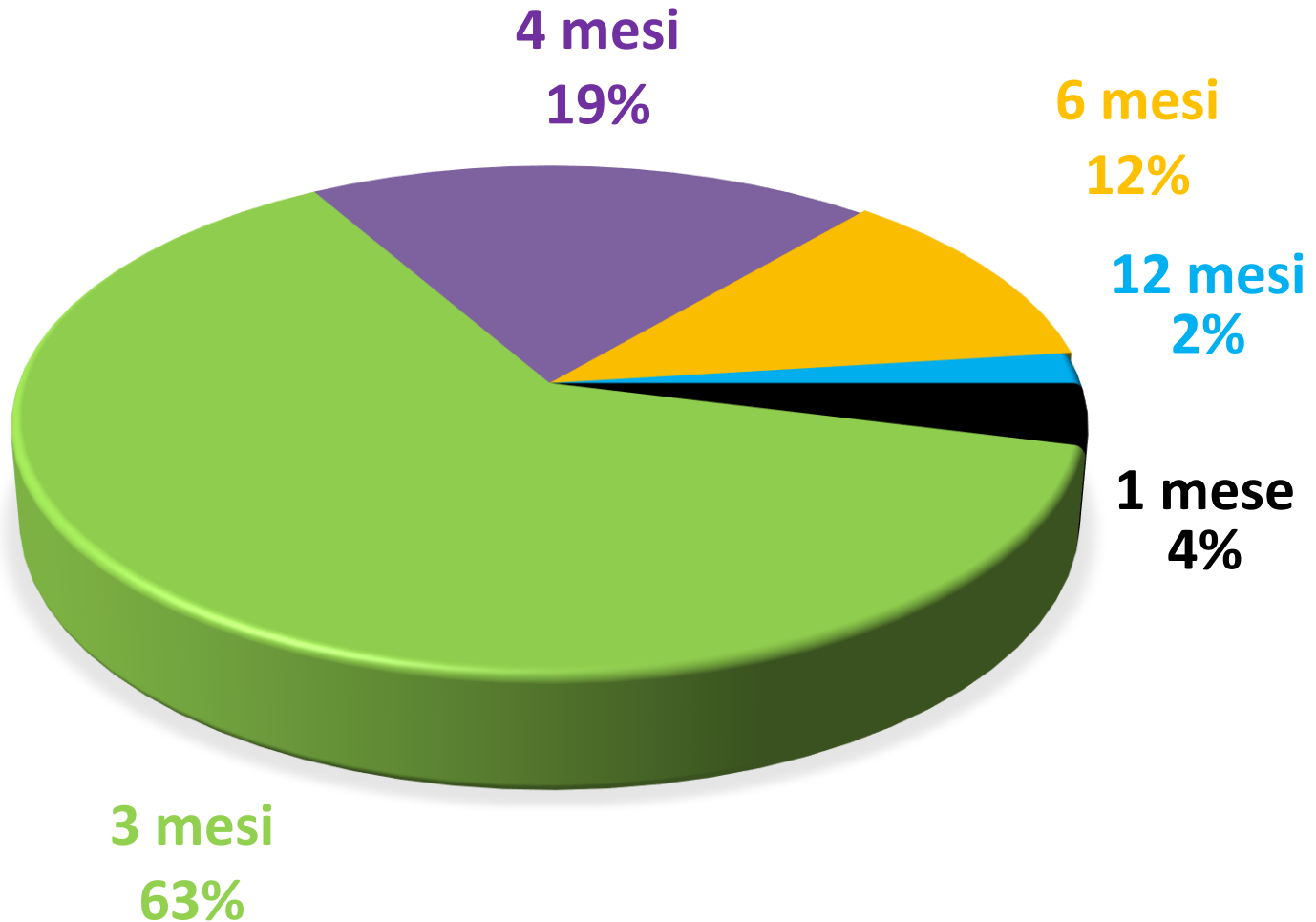
**Alla fine del
trattamento**

28%

A intervallo fisso

26%

Se hai risposto “ad intervallo fisso” alla domanda precedente, specifica l’intervallo:





Società Italiana di Urologia Oncologica
Italian Society of Uro-Oncology

Caro Collega,

a nome della Società Italiana di Urologia Oncologica, **SIURo**, ti informo che stiamo realizzando un progetto relativo al follow-up del tumore prostatico metastatico ormonosensibile e castration resistant. Vi sono molte evidenze sull'importanza di un follow-up attento e corretto in questo setting di pazienti tanto da identificare il tipo di follow-up come fattore prognostico. Purtroppo ancora oggi non esiste un consenso su come questo debba essere fatto.

La **SIURo** ha realizzato un questionario sull'argomento, **indirizzato a urologi, oncologi medici e oncologi radioterapisti**, che richiede 10-15 minuti per la compilazione. In base ai risultati della **survey** verrà successivamente organizzata una consensus conference (Bologna 8-9 giugno 2018) al fine di definire un percorso condiviso di follow-up per questi pazienti.

Sono pertanto a chiederti di dedicare alcuni minuti per la compilazione del questionario e, qualora fossi interessato a partecipare alla consensus, di contattare la segreteria della tua associazione.

Naturalmente le risposte al questionario saranno trattate in modo assolutamente anonimo.

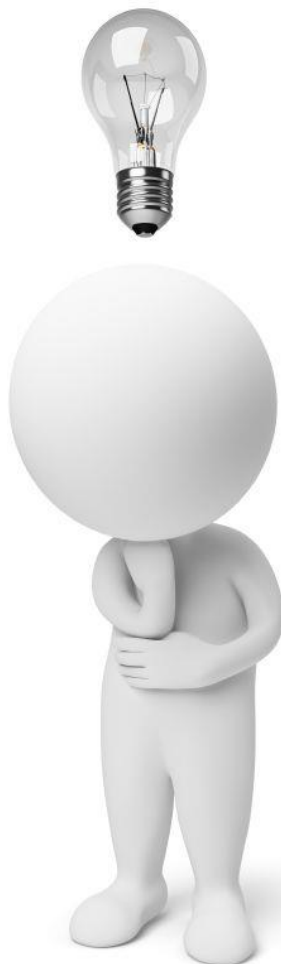
Nel ringraziarti anticipatamente della collaborazione ti invio i miei più cordiali saluti e il link per poter partecipare all'indagine

LINK

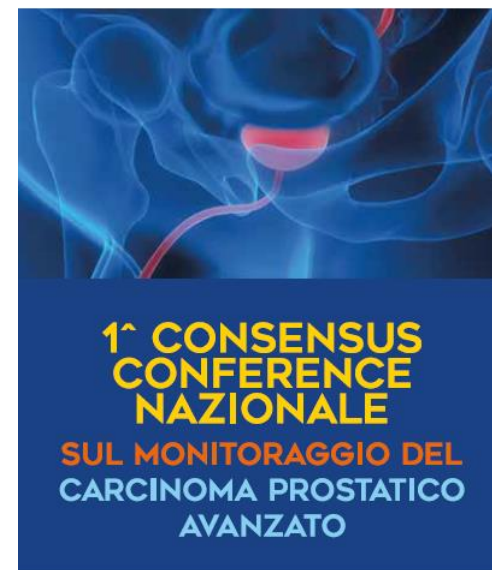
<http://bit.ly/Survey-Siuro>

ATTENZIONE: se cliccando sul link non si dovesse aprire la pagina online è necessario copiare il link sul browser

Alberto Lapini
Responsabile del Progetto

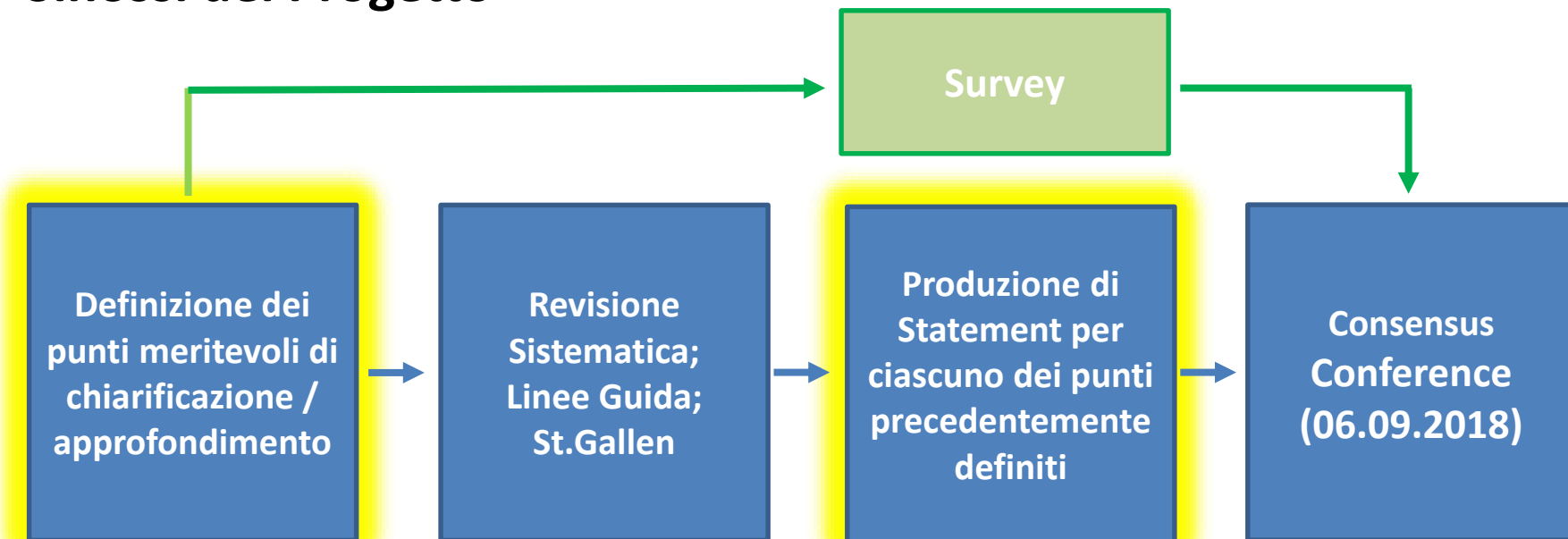


CON LA PARTECIPAZIONE DI



**6 SETTEMBRE 2018
BOLOGNA**

Sinossi del Progetto

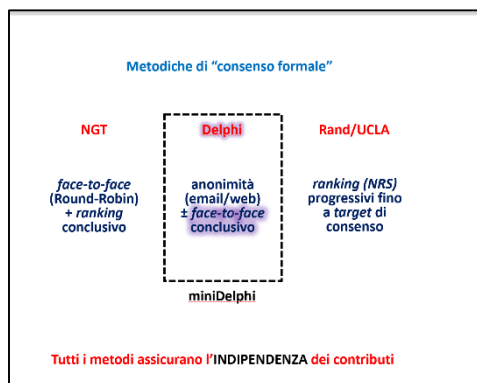


Produzione del consenso tra i membri del Board

Limiti del "consenso informale" e metodiche di "consenso formale"

Le riunioni che mettono direttamente in interazione soggetti chiamati a contribuire al processo conoscitivo e decisionale sono condizionate dalle dinamiche socio-emotive che regolano il funzionamento del gruppo.

I metodi formali ad oggi codificati per la costruzione del consenso (es. NGT, Delphi) cercano invece di controllare questi fattori riducendo gli effetti dovuti a dinamiche di leadership formale e incentivando al massimo l'autonomia e la libertà di giudizio



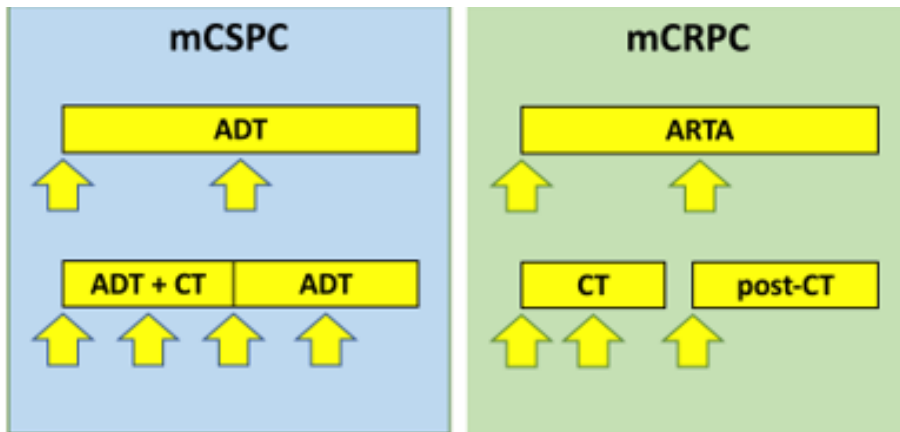


Sinossi del Progetto

Produzione di Statement
Per ciascuno dei punti
precedentemente definiti



Consensus
Conference
(06.09.2018)



- Presentazione di statement e relative evidenze (chiarificazioni)
- votazione
- Discussione
- (rivotazione)

-> 80% consenso <-

- 2 ALONGI
- 3 ALTIERI
- 4 AVUZZI
- 5 BALDAZZI
- 6 BARNI
- 7 BERTONI
- 8 BONCIARELLI
- 9 BORDONARO
- 10 BORSELLINO
- 11 BORTOLUS
- 12 BRACARDA
- 13 CANTE
- 14 CARLINI
- 15 CARONE
- 16 CARRINO
- 17 CARROZZA
- 18 CARTENI'
- 19 CECCARELLI
- 20 CONTI
- 21 DA POZZO
- 22 D'ANGELILLO
- 23 DE LUCA
- 24 DE TURSI
- 25 DELL'ATTI
- 26 DI LORENZO
- 27 DI MUZIO
- 28 DONATO
- 29 FANDELLA
- 30 FANTI
- 31 FERRIERO
- 32 FERSINO
- 33 FORNARINI
- 34 FRATINO
- 35 FREZZA
- 36 FUSCO
- 37 GASPARRO
- 38 GERNONE
- 39 IACOVELLI
- 40 IACULLI
- 41 INGROSSO
- 42 JERECZEK
- 43 LAPINI



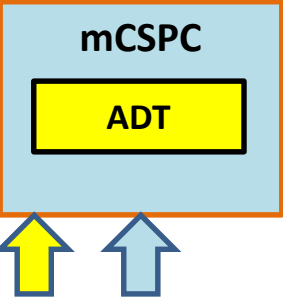
vanni Rotondo

chio Maggiore

ria

feriore

ila



In un paziente con mCSPC in cui **viene posta indicazione** ad ADT esclusiva, quando dovrebbe essere programmata la rivalutazione clinica e biochimica?

- Ogni 12 settimane per i primi 12 mesi
- Successivamente ogni 24 settimane
- **Consenso 86%**

Il monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Solo a ripresa biochimica o clinica (segni o sintomi)
- (auspicabilmente con TC + scinti ossea)
- **Consenso 84% (Riformulata)**

Esistono fattori che possono singolarmente modificare la pianificazione iniziale del monitoraggio?

Età

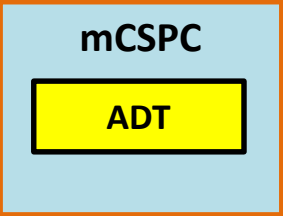
Gleason score

Sintomatologia (legata alla malattia)

Sede delle lesioni

Modalità di esordio della malattia metastatica (de novo vs progressione)

Consenso 90% (riformulata)



In un paziente con mCSPC **in corso** di ADT esclusiva, i seguenti fattori possono modificare la pianificazione del monitoraggio:

- Andamento del PSA
- Sintomatologia legata alla malattia (come peggioramento del Performance Status, insorgenza di un evento scheletrico, modifica della terapia analgesica in atto...)
- **Consenso 93% (Riformulata)**

mCSPC
ADT ESCLUSIVA
Monitoraggio risposta



Programmazione iniziale

PSA e valutazione clinica ogni 3 mesi il primo anno a seguire ogni 6 mesi

Imaging solo a progressione biochimica (PSA) o clinica

Fattori che possono modificare singolarmente la pianificazione

Età

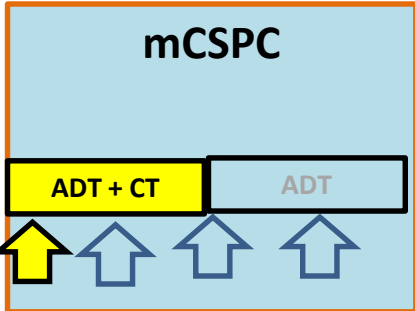
Gleason score

Sintomatologia (legata alla malattia)

Sede delle lesioni

Modalità di esordio della malattia metastatica (de novo vs progressione)

La tempistica e la modalità del monitoraggio possono modificarsi durante la terapia in base all'andamento del PSA e della sintomatologia connessa con la malattia



In un paziente con mCSPC in cui **viene posta indicazione** ad ADT + Docetaxel, la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una valutazione:

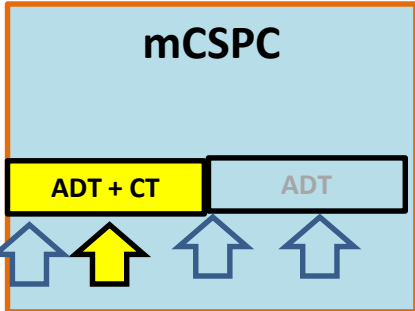
- Clinica a ogni ciclo di trattamento (3 settimane)
- Biochimica almeno dopo il 3° e 6° ciclo
- **Consenso 93%**

Il monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Al termine del trattamento con Docetaxel, con le stesse metodiche utilizzate nella valutazione iniziale (auspicabile TC + scintigrafia ossea)
- **Consenso 91% (riformulata)**

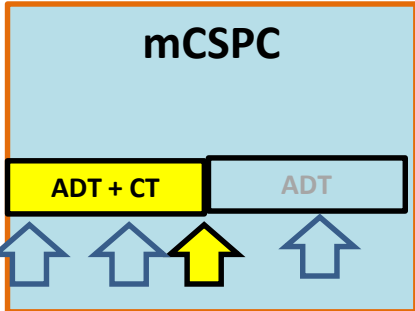
In un paziente con mCSPC in **cui viene posta indicazione** ad ADT + Docetaxel, si ritiene che nessun fattore sia tale da modificare la pianificazione standard del monitoraggio

Consenso 81%



In un paziente con mCSPC **in corso** di trattamento ADT + Docetaxel, i seguenti fattori possono modificare la pianificazione iniziale del monitoraggio:

- Andamento del PSA
- Sintomatologia legata alla malattia (come peggioramento del Performance Status, insorgenza di un evento scheletrico, modifica della terapia analgesica in atto...)
- **Consenso 85%**

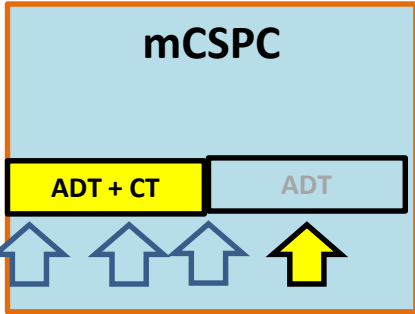


In un paziente con mCSPC **al termine della terapia con Docetaxel e proseguendo ADT**, il monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Solo a progressione clinica o biochimica (auspicabilmente con TC e scintigrafia ossea)
- **Consenso 89%**

In un paziente con mCSPC **al termine della terapia con Docetaxel in vista del proseguimento con ADT**, i seguenti fattori possono modificare la pianificazione del monitoraggio:

- Andamento PSA
- Sintomatologia
- Aggressività biologica / clinica della malattia
- **Consenso 92%**



In un paziente con mCSPC **in corso** di ADT dopo Docetaxel, i seguenti fattori possono modificare la pianificazione del monitoraggio:

- PSA
- Sintomatologia legata alla malattia (come peggioramento del Performance Status, insorgenza di un evento scheletrico, modifica della terapia analgesica in atto...)
- **Consenso 85%**

mCSPC
ADT + CT
Monitoraggio della risposta



Programmazione iniziale

**Valutazione Clinica a ogni ciclo di trattamento (3 settimane)
Valutazione Biochimica almeno dopo il 3° e 6° ciclo**

Imaging al termine del trattamento con Docetaxel

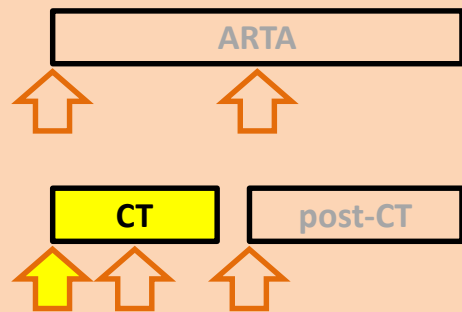
**Nessun fattore è tale da modificare la pianificazione
standard del monitoraggio**

**La tempistica e la modalità del monitoraggio possono
modificarsi durante la terapia in base all'andamento del PSA
e della sintomatologia connessa con la malattia**

Al termine di CT

Imaging solo a progressione biochimica o clinica
I controlli successivi possono essere modificati in base
al PSA , alla sintomatologia e alla aggressività biologica
e clinica della malattia

mCRPC



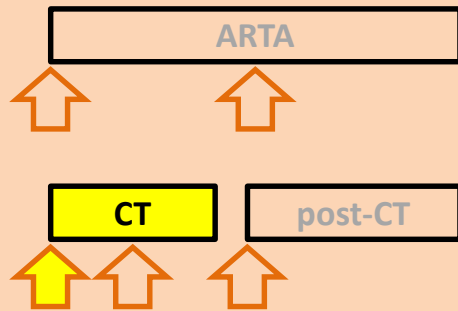
In un paziente con mCRPC **in cui viene posta indicazione a chemioterapia** la pianificazione standard dovrebbe prevedere un monitoraggio clinico:

- Ad ogni ciclo
- Consenso 85%

In un paziente con mCRPC **in cui viene posta indicazione a chemioterapia** la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una rivalutazione del PSA:

- Almeno ogni 6 settimane 58%
- Riformulata almeno ogni 9 settimane 77%
- Riformulata almeno ogni 6-8 settimane Consensus 85%

mCRPC



In un paziente con mCRPC **in cui viene posta indicazione a chemioterapia** il primo monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Mediamente a 12 settimane con le stesse metodiche utilizzate nella valutazione iniziale (auspicabile TC e scinti ossea)

Consenso 85%

In un paziente con mCRPC **in cui viene posta indicazione a chemioterapia** si ritiene che nessun fattore sia tale da modificare la pianificazione iniziale standard del monitoraggio

Consenso 80%

mCRPC

ARTA

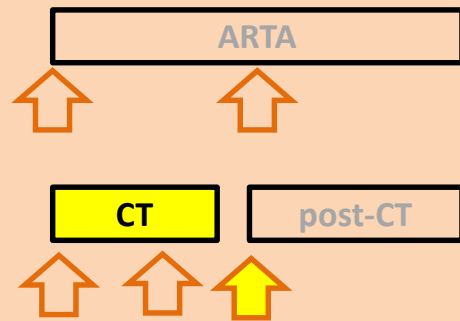
CT

post-CT

In un paziente con mCRPC **in corso di chemioterapia** i seguenti fattori possono modificare la frequenza di monitoraggio

- Andamento del PSA
- Sintomatologia legata alla malattia (come peggioramento del Performance Status, insorgenza di un evento scheletrico, modifica della terapia analgesica in atto...)
- Consenso 93%

mCRPC



In un paziente con mCRPC **in assenza di progressione dopo chemioterapia** la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una rivalutazione clinica e biochimica:

- Almeno ogni 12 settimane

Consenso 91%

In un paziente con mCRPC **in assenza di progressione dopo chemioterapia** il monitoraggio strumentale

- Andrebbe deciso in base alla valutazione clinica / biochimica con la stessa metodica utilizzata nella valutazione iniziale (auspicabile TC + Scinti) e non predeterminato
- **Consenso 84%**

mCRPC
CT
Monitoraggio della risposta



Programmazione
iniziale

Valutazione clinica ad ogni ciclo
Valutazione del PSA almeno ogni 6 /8 settimane
Rivalutazione strumentale a 12 settimane
Nessun fattore in grado di modificare la programmazione

Durante la terapia

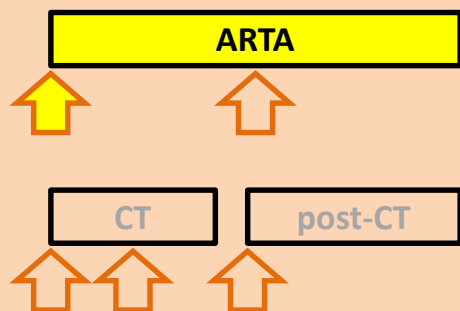
L' andamento clinico e del PSA sono gli elementi per modificare la frequenza di monitoraggio

Al termine

In assenza di progressione dopo chemioterapia la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una rivalutazione clinica e biochimica ogni 12 settimane

Monitoraggio strumentale in base alla valutazione clinica / biochimica con la stessa metodica utilizzata nella valutazione iniziale (auspicabile TC + Scinti) e non predeterminato

mCRPC



In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione a ormonoterapia di nuova generazione (Androgen Receptor Target Agents - ARTA) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una rivalutazione clinica e biochimica:

- Ogni 4 settimane 60%
- Riformulata Ogni 12 settimane Consenso 89%

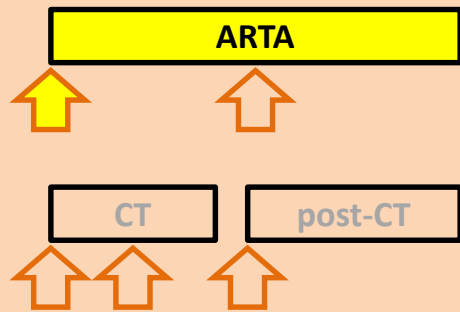
In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione ad ARTA il monitoraggio strumentale dovrebbe essere eseguito:

- Almeno due volte all'anno, con la stessa metodica utilizzata nella valutazione iniziale (auspicabile TC + scinti) 77%
- Riformulata almeno un controllo entro 12 mesi Consenso 90%

In un paziente con mCRPC in cui viene posta indicazione ad ARTA, il monitoraggio strumentale successivo al primo

- Andrebbe deciso in base alla valutazione clinica / biochimica con la stessa metodica utilizzata nella valutazione iniziale (auspicabile TC e Scintigrafia ossea)
- Consenso 90%

mCRPC



In un paziente con mCRPC **in cui viene posta indicazione** ad ARTA, i seguenti fattori possono modificare la frequenza di monitoraggio:

- Linea terapeutica
- Sede delle lesioni
- 65%

- Riformulata
- Sede delle lesioni
- Entità dei sintomi legati a malattia
- Consenso 85%

mCRPC
ARTA
Monitoraggio della risposta



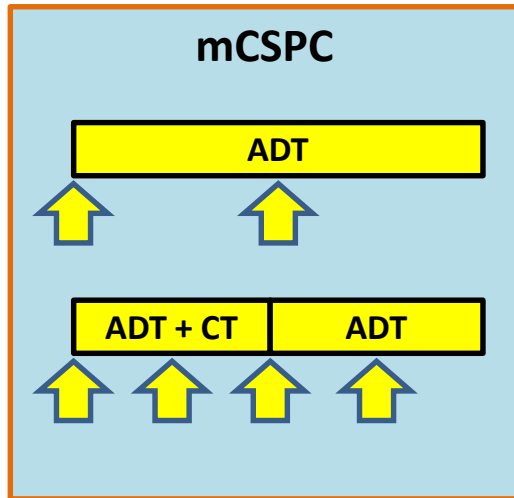
Programmazione iniziale

Valutazione clinica e biochimica ogni 12 settimane

Valutazione strumentale almeno 1 volta l'anno

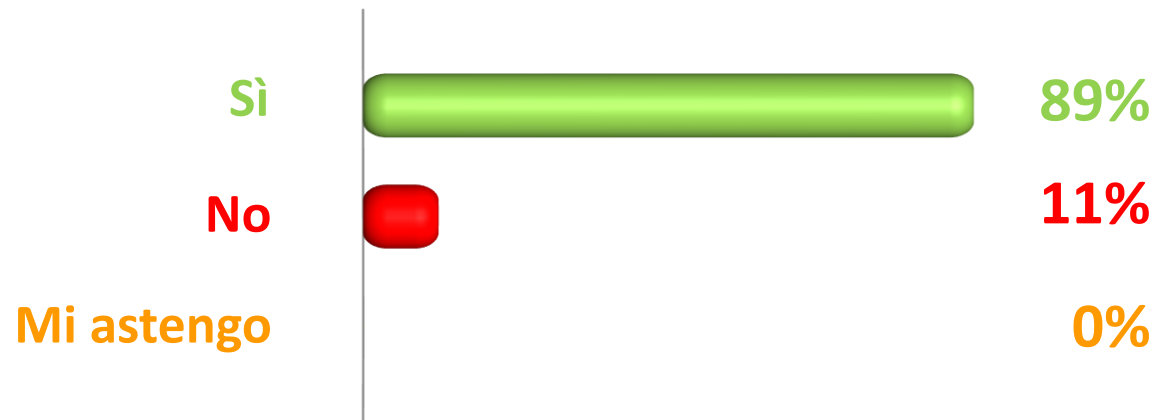
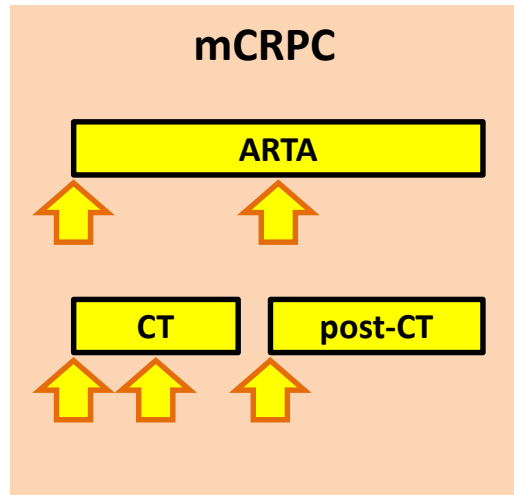
Sede delle lesioni ed entità dei sintomi legati a malattia sono fattori in grado di modificare la programmazione

L'andamento clinico e del PSA sono gli elementi per modificare la frequenza di monitoraggio



In un paziente con tumore della prostata in fase di castrazione medica verificata la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una **valutazione del testosterone**

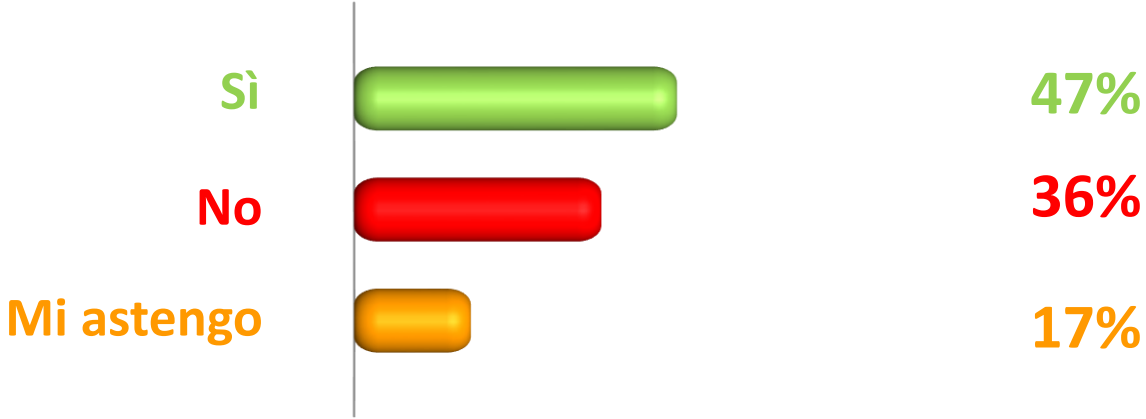
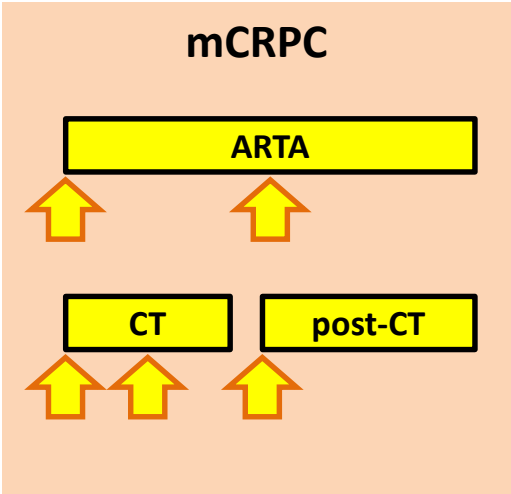
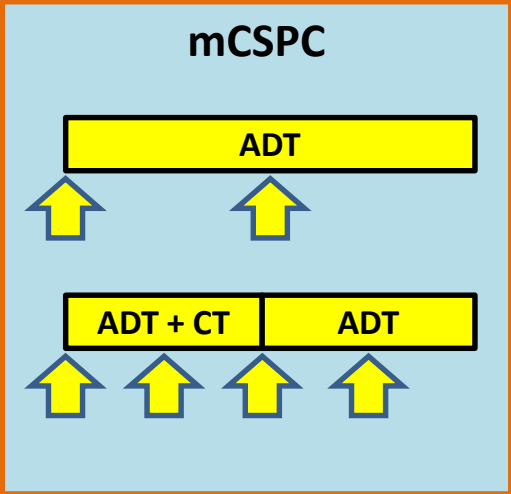
- A ogni aumento del PSA



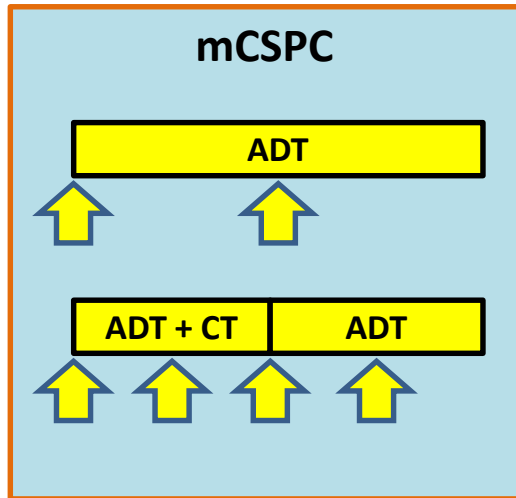
CRITICAL ISSUES

In un paziente con tumore della prostata in fase avanzata (mCSPC-mCRPC) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una **valutazione della salute dell'osso** (oltre al basale)

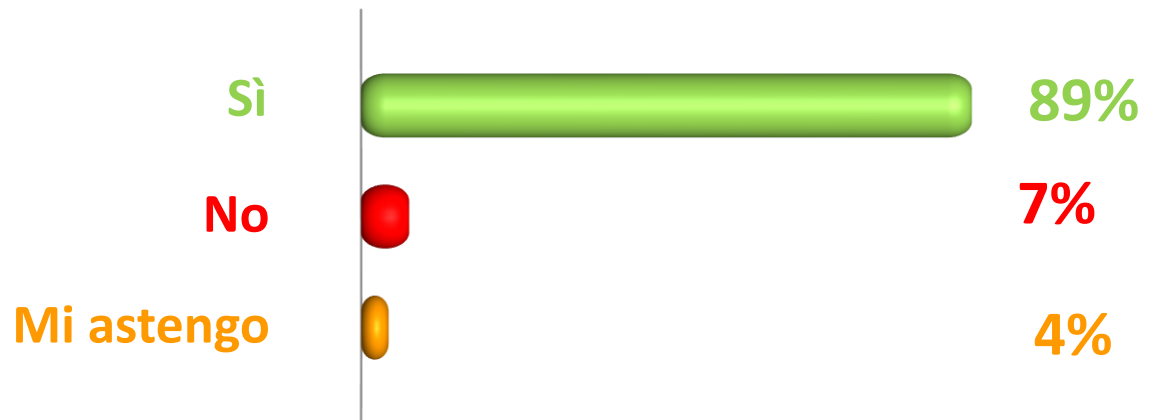
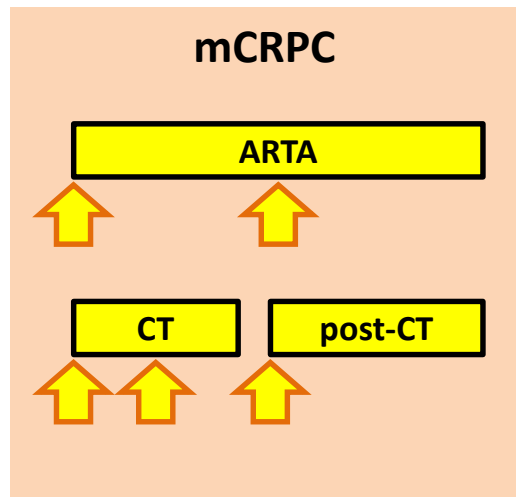
- Clinica (variazioni di altezza, sintomi) ed ematochimica (vitamina D 25-OH, PTH, calcemia, fosfatasi alcalina, azotemia, creatininemia, e-GFR) ogni 6 mesi
- Strumentale (densitometria minerale ossea + RX rachide) almeno ogni 18 mesi



CRITICAL ISSUES

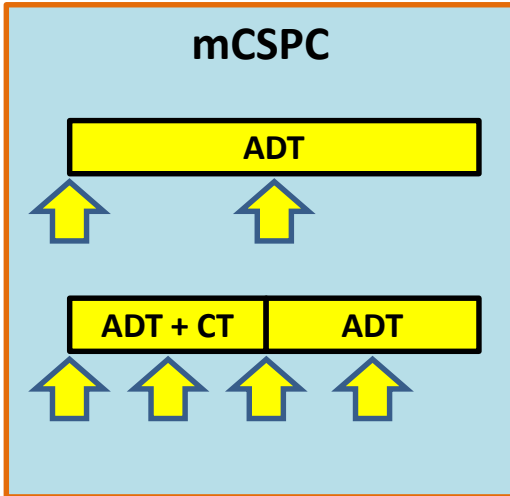


In un paziente con tumore della prostata in fase avanzata (mCSPC-mCRPC) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una **valutazione periodica della salute dell'osso**



CRITICAL ISSUES

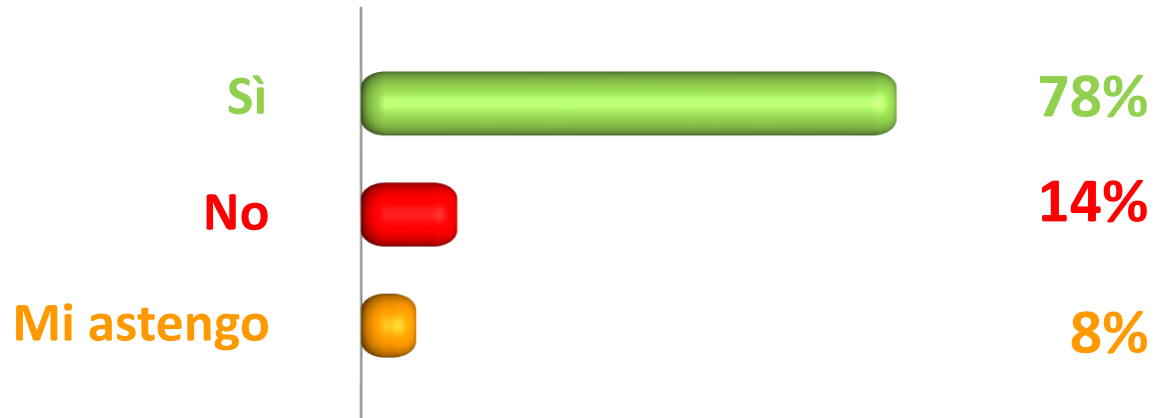
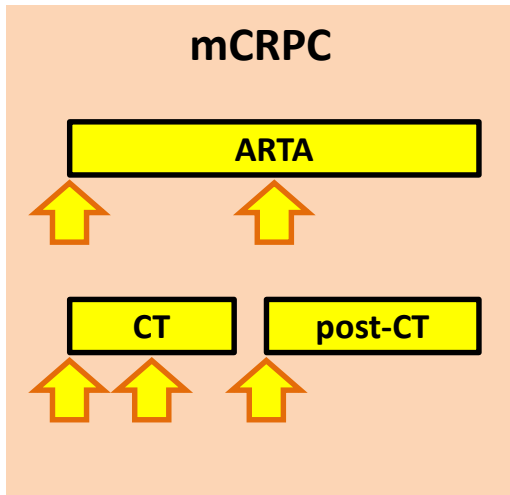
mCSPC



In un paziente con tumore della prostata in fase avanzata (mCSPC-mCRPC) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una **valutazione delle alterazioni metaboliche** (oltre alla basale)

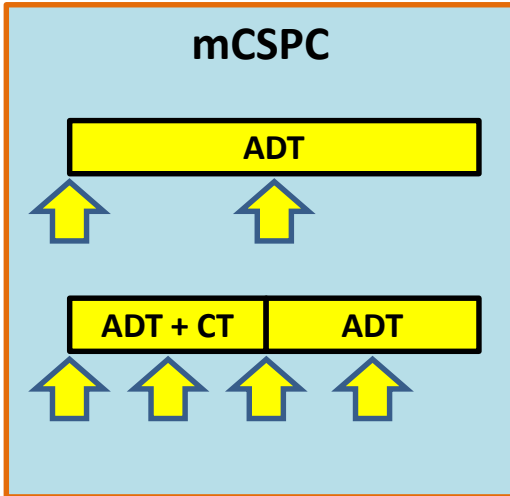
- Almeno ogni 6 mesi, con profilo lipidico, glicemia, HbA1c, pressione arteriosa, circonferenza addominale

mCRPC



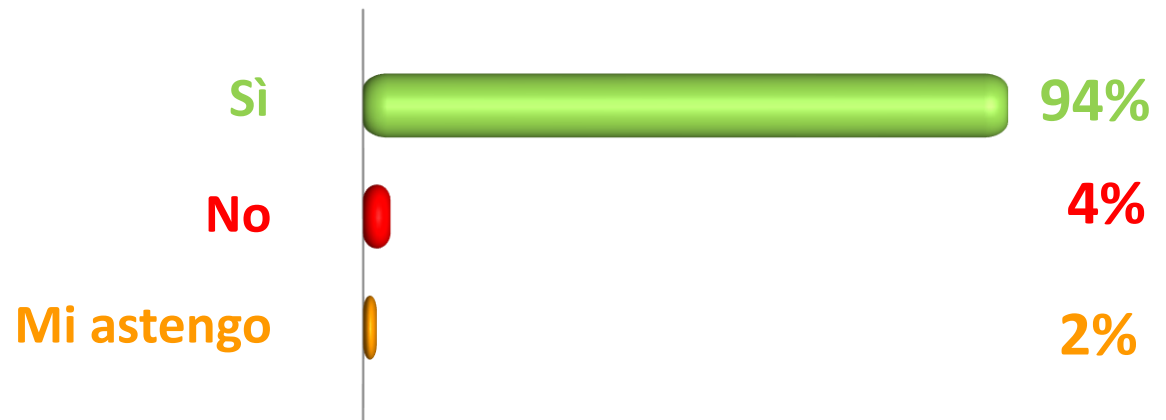
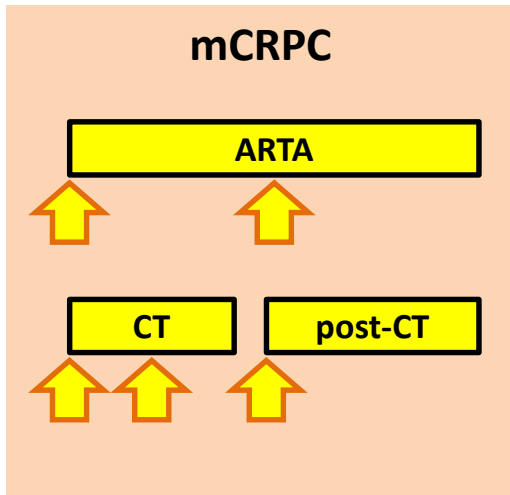
CRITICAL ISSUES

mCSPC



In un paziente con tumore della prostata in fase avanzata (mCSPC-mCRPC) la pianificazione standard del monitoraggio dovrebbe prevedere una **valutazione periodica delle alterazioni metaboliche**, soprattutto nei pazienti ad aumentato rischio cardiovascolare

mCRPC



Clinica**PSA****Imaging****CSPC
ADT**3mesi
1° anno
6mesi
*aa succ.*3 mesi
1° anno
6mesi
*aa succ.*Solo a progressione
clinica o biochimica**CSPC
ADT+ CT**

3 settimane

dopo 3° e 6° ciclo

Al termine

**CRPC
CT**

Ogni ciclo

6/8 settimane

12 settimane

**CRPC
ARTA**

Ogni 12 sett.

Ogni 12 sett.

Almeno 1 volta /anno

**Salute osso
Alterazioni
metaboliche**

Periodica ?

Periodica ?

Periodica ?

Periodica ?

Periodica ?

Periodica ?

Pianificazione del monitoraggio

Fattori che singolarmente possono modificarla

CSPC (ADT)

Età

Gleason score

Sintomatologia (legata alla malattia)

Sede delle lesioni

Modalità di esordio della malattia metastatica
(de novo vs progressione)

CSPC (ADT+CT)

Nessun fattore

CRPC (CT)

Nessun fattore

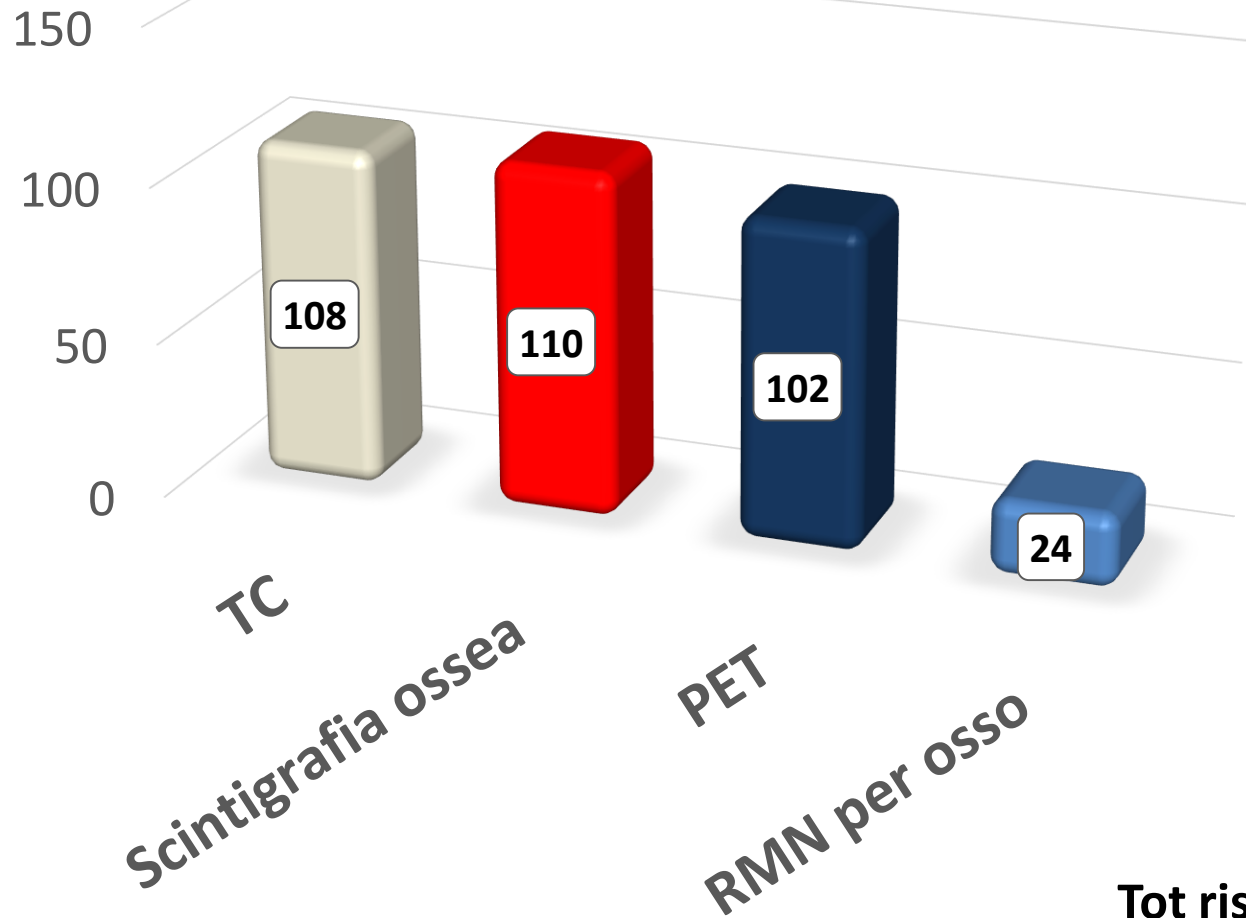
CRPC (ARTA)

Sede delle lesioni ed entità dei sintomi legati a malattia

Monitoraggio durante la terapia

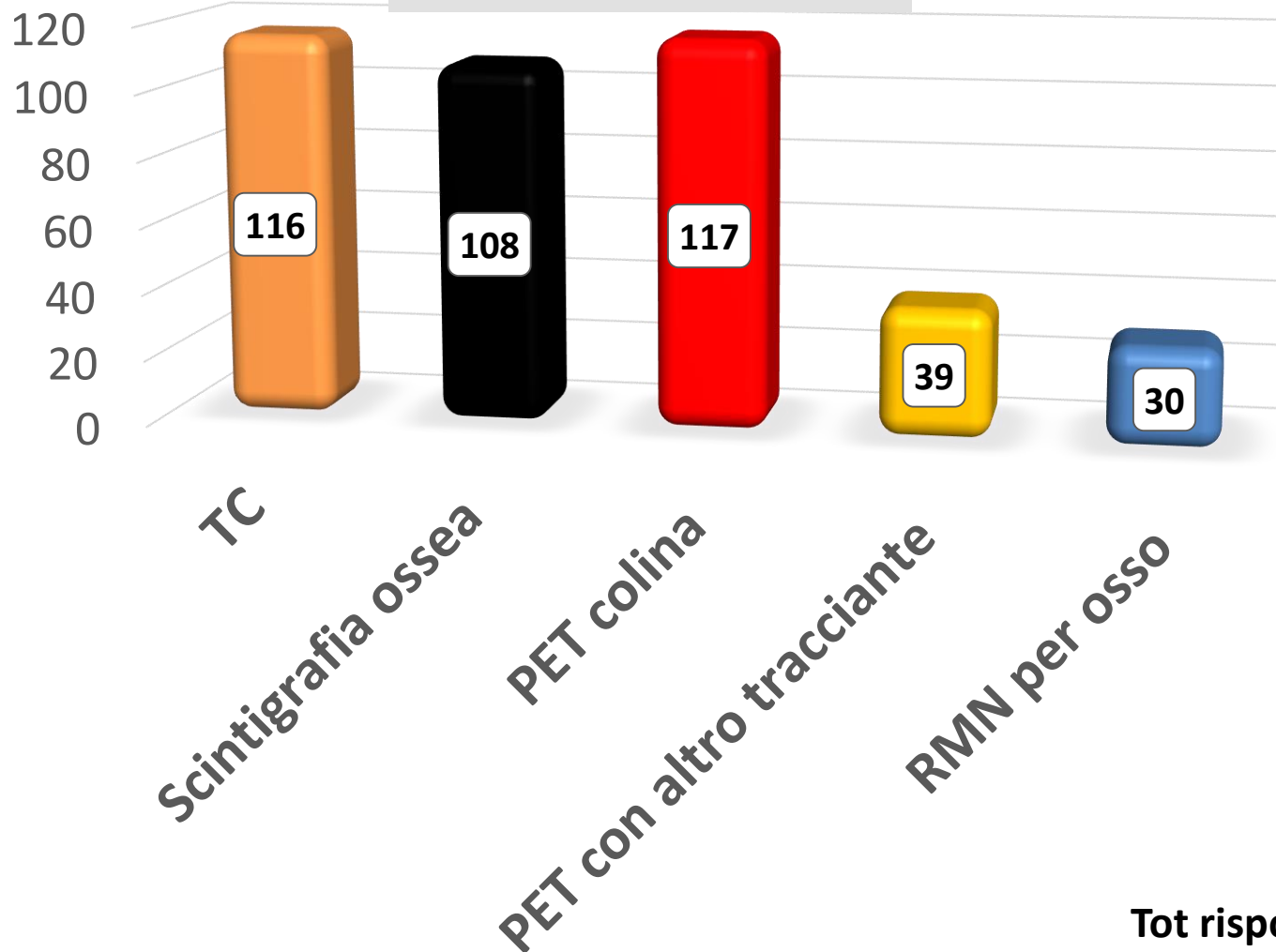
La tempistica e la modalità del monitoraggio possono modificarsi durante la terapia in base all'andamento del PSA e della sintomatologia connessa con la malattia

Nel paziente M+ ormonosensibile, quali esami di *imaging* utilizzati più frequentemente?



Tot risposte =197

Nei pazienti con mCRPC, quale esame di *imaging* ritieni utile eseguire?



Tot risposte =197

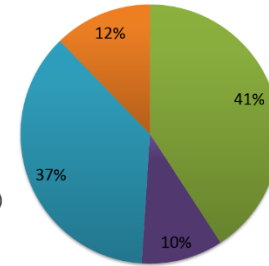
**Management of Patients with Advanced Prostate Cancer:
The Report of the Advanced Prostate Cancer Consensus
Conference APCCC 2017**

Silke Gillissen^{a,c}, Gerhardt Attard^b, Tomasz M. Beer^c, Himisha Beltran^d, Alberto Bossi^e, Rob Bristow^f, Brett Carver^g, Daniel Castellano^h, Byung Ha Chungⁱ, Noel Clarke^j, Gedske Daugaard^k, Ian D. Davis^l, Johann de Bono^m, Rodolfo Borges dos Reisⁿ, Charles C. Drake^o, Ros Eeles^p, Eleni Efsthathiou^q, Christopher P. Evans^r, Stefano Fanti^s, Felix Feng^t, Karim Fizazi^u, Mark Frydenberg^v, Martin Gleave^w, Susan Halabi^x, Axel Heidenreich^y, Celestia S. Higano^z, Nicolas James^{aa}, Philip Kantoff^{ab}, Pirkko-Liisa Kellokumpu-Lehtinen^{ac}, Raja B. Khushi^{ad}, Gero Kramer^{ae}, Chris Logothetis^{af}, Fernando Maluf^{ag}, Alicia K. Morgans^{ah}, Michael J. Morris^{ai}, Nicolas Mottet^{aj}, Vedang Murthy^{ak}, William Oh^{al}, Piet Ost^{am}, Anwar R. Padhani^{an}, Chris Parker^{ao}, Colin C. Pritchard^{ap}, Mack Roach^{aq}, Mark A. Rubin^{ar}, Charles Ryan^{as}, Fred Saad^{at}, Oliver Sartor^{au}, Howard Scher^{av}, Avishek Sella^{aw}, Neal Shore^{ax}, Matthew Smith^{ay}, Howard Soule^{az}, Cora N. Sternberg^{ba}, Hiroyoshi Suzuki^{bb}, Christopher Sweeney^{bc}, Matthew R. Sydes^{bd}, Ian Tannock^{be}, Bertrand Tombal^{bf}, Riccardo Valdagni^{bg}, Thomas Wiegel^{bh}, Aurelius Omlin^{bi}



What imaging test is sufficient to “exclude” distant metastases in high-risk and locally-advanced prostate cancer?

- 1 - Bone scintigraphy alone
- 2 - CT alone
- 3 - Combination of bone scintigraphy and CT
- 4 - Whole body MRI
- 5 – PET-CT (PSMA, Choline or FACBC (Fluciclovine))
- 6 - Abstain
- 7 - Unqualified to answer



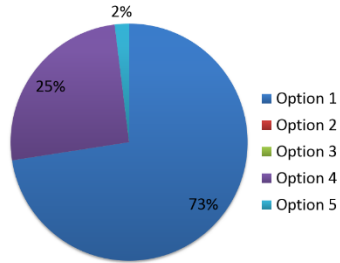
Detailed voting results

| Opt | Votes |
|-----|-------|
| 1 | 0 |
| 2 | 0 |
| 3 | 20 |
| 4 | 5 |
| 5 | 18 |
| 6 | 6 |
| 7 | 0 |
| N | 49 |

General imaging

What kind of imaging do you recommend for the majority of men with metastatic castration-sensitive/naive prostate cancer?

- 1 - CT and bone scintigraphy
- 2 - CT alone
- 3 - Bone scintigraphy alone
- 4 - Next generation imaging for prostate cancer
- 5 - Abstain
- 6 - Unqualified to answer



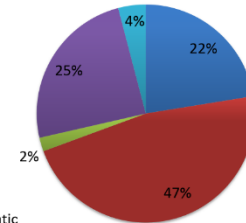
Detailed voting results

| Opt | Votes |
|-----|-------|
| 1 | 37 |
| 2 | 0 |
| 3 | 0 |
| 4 | 13 |
| 5 | 1 |
| 6 | 0 |
| N | 51 |

(EBRT or RP ± EBRT) with curative intent (+/- salvage radiation therapy)

What imaging modality do you recommend to diagnose the oligometastatic recurrent state for men with castration-sensitive/naive prostate cancer after local treatment with curative intent (+/- salvage radiation therapy)?

- 1 - CT and/or MRI and bone scintigraphy
- 2 - PET-CT (PSMA, Choline or FACBC (Fluciclovine))
- 3 - Whole-body MRI
- 4 - Pelvic MRI + PET-CT (PSMA, Choline or FACBC (Fluciclovine))
- 5 - Pelvic MRI + whole-body MRI
- 6 - Abstain (including I do not believe that the oligometastatic recurrent state is a clinically meaningful entity)
- 7 - Unqualified to answer



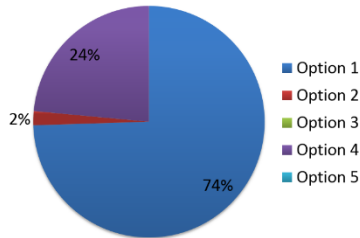
Detailed voting results

| Opt | Votes |
|-----|-------|
| 1 | 11 |
| 2 | 23 |
| 3 | 1 |
| 4 | 12 |
| 5 | 2 |
| 6 | 2 |
| 7 | 0 |
| N | 51 |

General imaging

What kind of imaging do you recommend for the majority of men with mCRPC on first-line therapy?

- 1 - CT and bone scintigraphy
- 2 - CT alone
- 3 - Bone scintigraphy alone
- 4 - Next generation imaging for prostate cancer
- 5 - Abstain
- 6 - Unqualified to answer



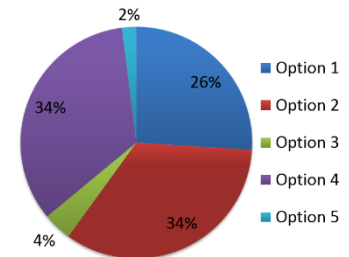
Detailed voting results

| Opt | Votes |
|-----|-------|
| 1 | 38 |
| 2 | 1 |
| 3 | 0 |
| 4 | 12 |
| 5 | 0 |
| 6 | 0 |
| N | 51 |

De novo oligometastatic disease (no prior prostate treatment)

In men with potentially de novo oligometastatic disease what imaging do you recommend to confirm this diagnosis (apart from local staging)?

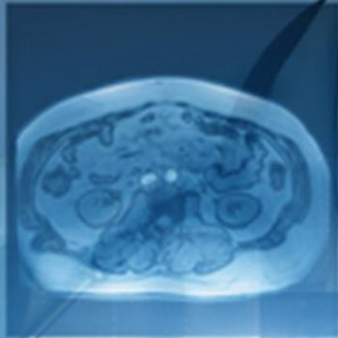
- 1 - CT and/or MRI and bone scintigraphy
- 2 - PET-CT (PSMA, Choline or FACBC (Fluciclovine))
- 3 - WB-MRI
- 4 - Either PET-CT or WB-MRI (next generation imaging)
- 5 - Abstain
- 6 - Unqualified to answer



Detailed voting results

| Opt | Votes |
|-----|-------|
| 1 | 13 |
| 2 | 17 |
| 3 | 2 |
| 4 | 17 |
| 5 | 1 |
| 6 | 0 |
| N | 50 |

**WHICH ONE IS
BETTER?**



COMING
SOON

DIAGNOSTIC
IMAGING