

Nazorg

- Pak vroege gevolgen systematisch aan door (1) regelmatig signaleren, (2) informeren patiënt en (3) behandelen.
- Vroege peniele rehabilitatie ter bevordering herstel erectiele functie na behandeling gewenst.
- Maak voor elke patiënt individueel nazorgplan, afgestemd op restklachten en behoeften.
- Verken een jaar na afronding primaire behandeling resterende gevolgen en behoefte nazorg.
- Geef bij afsluiten nazorg patiënt en huisarts goede voorlichting en instructie over (hoe om te gaan met) mogelijke late gevolgen.

samenvatting richtlijn prostaatacarcinoom

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft iKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl

Datum goedkeuring richtlijn:
maart 2014 | versie 2.0
Verantwoording: richtlijnwerkgroep
Prostaatacarcinoom

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op:
www.oncoline.nl of
www.richtlijndatabase.nl



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

iKNL integraal
kankercentrum
Nederland

koncoline

Uitgave van
Integraal Kankercentrum Nederland
t 030 233 80 60
info@iknl.nl
maart 2014



prostaat carcinoom

Epidemiologie

- Prostaatacarcinoom is de meest voorkomende vorm van kanker bij mannen in Nederland.
- Stijgende incidentie: van 7.200 (2001) via 11.500 (2011) naar circa 17.000 in 2020.
- Redelijk stabiele absolute sterfte: circa 2.500 per jaar.
- Stijgende prevalentie: van 60.000 (2010) naar circa 106.000 in 2020.

Diagnostiek

Primaire diagnostiek en staging

- Anamnese, lichamelijk onderzoek (rectaal toucher), laboratoriumonderzoek (PSA).
- Bij negatieve echogelegeide biopsie en blijvende klinische verdenking bij voorkeur mp-MRI toepassen.
- Voorafgaand aan chirurgische en radiotherapeutische behandeling, als dit klinische consequenties heeft, wordt stagerings MRI geadviseerd.
- Routinematig Choline PET/CT wordt bij primaire staging ontraden.

Recidief

- Voor herstaging mpMRI en Choline PET/CT overwegen, afhankelijk van lokale beschikbaarheid en ervaring.
- Choline PET/CT toepassen om te selecteren voor salvage therapie, indien PSA >5 ng/mL, of PSA >1 ng/mL met PSA_{dt} <3 maanden of Gleason score ≥8.
- Voor diagnose 'PSA-recidief' na radicale prostatectomie twee PSA-bepalingen ≥0.2 ng/mL met interval van 2-3 maanden nodig.
- PSA-belooft op radiotherapie vanwege bestaan 'PSA-bounce' voorzichtig interpreteren. Bij PSA-stijging van 2 ng/mL boven nadir is sprake van recidief.
- Prostaatbiopsie na radiotherapie alleen als salvagebehandeling overwogen wordt.

Behandeling

Gelokaliseerd prostaatacarcinoom

- Bij laag-risico voorkeur voor actief volgen. Ook bij matig- of hoog-risico actief volgen overwegen, afhankelijk van leeftijd en comorbiditeit.
- Radicale prostatectomie, uitwendige radiotherapie en brachytherapie opties voor curatieve behandeling.
- Bespreek keuzebehandeling met patiënt.
- Bied gesprek met radiotherapeut aan.
- Schenk aandacht aan (mogelijke behandeling van) korte- en lange-termijn gevolgen (erectiele disfunctie, urine incontinentie).

Lokaal uitgebreid prostaatacarcinoom

- Risicoschatting aanwezigheid positieve lymfeklieren op basis van nomogrammen.
- Lymfeklierdissectie geïndiceerd als resultaat consequenties heeft voor uiteindelijke behandeling.
- Indien besloten tot lymfeklierdissectie, uitgebreide klierdissectie verrichten.
- Bij hoog-risico op basis van T-stadium (cT2c-4 N0-1 M0) is standaard radiotherapeutische behandeling hoge dosis radiotherapie gecombineerd met gelijktijdige en adjuvante hormonale therapie (minimaal twee jaar).
- Overweeg bij patiënten met positieve lymfeklieren na lymfeklierdissectie radiotherapie.
- Zowel bekkenbestraling als bestraling prostaat alleen geeft weinig ernstige toxiciteit. Op basis van huidige literatuur geen meerwaarde van electieve bekkenbestraling bij positieve klieren.
- Alleen hormonale therapie behandeloptie als patiënt geen uitwendige radiotherapie wil ondergaan of bij contra-indicaties voor uitwendige radiotherapie.
- Gezien kans op bijwerkingen hormonale therapie geniet late start voorkeur.

Gemetastaseerd prostaatacarcinoom

- Hormonale behandeling therapie eerste keuze: bilaterale orchidectomie, LHRH-agonist, LHRH-antagonist of soms anti-androgeen monotherapie.
- Gecombineerde androgeen blokkade niet aanbevolen als eerstelijnsbehandeling, behalve kortdurend voor flare-preventie.

Castratieresistent prostaatacarcinoom (CRPC)

- Bij progressief CRPC met behandelindicatie docetaxel 75 mg/m² plus prednison 2 dd 5 mg elke 3 weken eerste optie.
- Bij CRPC met progressie tijdens of na docetaxel, behandeling met cabazitaxel, abirateron met prednison 2 dd 5 mg of enzalutamide bespreken.
- Overweeg bij patiënten met CRPC en botmetastasen zoledronaat 4 mg intraveneus elke 3-4 weken, om SRE's te voorkomen. Afwegen dat denosumab betere effecten geeft, ook kosteneffectiviteit meenemen bij keuze.

Lokaal recidief

- Bepaal keuze salvagebehandeling individueel.
- Centralisatie van salvagebehandelingen wenselijk.
- Hormonale therapie voor alleen PSA-recidief zonder aantoonbare metastasen niet aanbevolen, tenzij in studieverband.

Follow up

- Vraag bij eerste bezoek, 6 weken na in opzet curatieve therapie, naar klachten en symptomen en geef aanvullende voorlichting over ziekte en mogelijke gevolgen behandeling.
- Bied bij stabiel laag PSA na 5 jaar overname controle door huisarts aan.
- Bij actief volgen follow-up in overeenstemming met PRIAS-protocol.
- Spreek bij vaakzaam afwachten in de meeste gevallen controle om de 3 tot 6 maanden af.