

Richtlijn selectie uw favorieten

Urologie > Prostaatacarcinoom



Revisie

 Algemeen

 Screening en vroegdetectie

 Diagnostiek

 Pathologie

 Gelokaliseerd prostaatacarcinoom

 Lokaal uitgebreid prostaatacarcinoom

 Gemetastaseerd prostaatacarcinoom

 Castratie resistent prostaatacarcinoom

 Follow-up

 Lokaal recidief diagnostiek en behandeling

- Na radicale prostatectomie
- Na uitwendige radiotherapie en brachytherapie
- Aanvullend onderzoek bij vastgesteld PSA-recidief
- Beste behandeling patiënten met een PSA-recidief**

 Informatie en nazorg

 TNM classificatie

 Referenties

Laatst gewijzigd: 2014-04-16, Versie: 2.0, Verantwoording: Nederlandse Vereniging voor Urologie, Type: Landelijke richtlijn

Aanbevelingen

Literatuurbespreking

Conclusies

Overwegingen

BESTE BEHANDELING PATIËNTEN MET EEN PSA-RECIDIEF



De curatieve behandelmogelijkheden bij een PSA-recidief na uitwendige radiotherapie zijn salvage radicale prostatectomie, brachytherapie, HIFU en cryotherapie. De indicaties voor deze in opzet curatieve behandelingen na uitwendige radiotherapie zijn beperkt, afhankelijk van de wens en de conditie van de patiënt en afhankelijk van de kans op (occulte micro-)metastasering. Eerst wordt de vraag beantwoord wie in aanmerking komt voor in opzet curatieve herbehandeling na uitwendige radiotherapie, daarna achtereenvolgens de uitkomsten van salvage prostatectomie, brachytherapie, HIFU en cryotherapie als in opzet curatieve opties en tenslotte hormonale therapie.

Indicaties voor in opzet curatieve behandeling:

In de literatuur wordt gesteld dat mannen met een levensverwachting van meer dan 10 jaar, een histologisch bewezen lokaal recidief zonder lymfeklier- of afstandsmetastasen en een gering risico op occulte micrometastasen in principe in aanmerking komen voor in opzet curatieve salvage behandeling [Catton 2003]. Dat laatste is moeilijk in te schatten maar pre-uitwendige radiotherapie bekende risicofactoren, zoals PSA, Gleason score en klinisch stadium voor de uitwendige radiotherapie zijn hierbij van belang. Bij een PSA_{dt} van >6 maanden is de kans op metastasen kleiner [Lee 1997]. Een interval van jaren tussen uitwendige radiotherapie en het biochemische recidief passen bij een lokaal recidief, terwijl een vroeg PSA-recidief gezien wordt bij metastasering.

Radicale salvage prostatectomie [Chade et al 2012].

In een recent gepubliceerd overzichtsartikel van de studies over salvage prostatectomie tussen 1980-2011 werd er geconcludeerd dat in een geselecteerde groep patiënten deze behandeling de tumorcontrole kan bevorderen met acceptabele morbiditeit. We kunnen spreken over een biochemisch-vrij percentage van 47%-82% bij 5 jaar en 28%-53% bij 10 jaar. Kanker-specifieke overleving bij 10 jaar was 70%-83% en algemene overleving 54%-89%. De belangrijkste prognostische factoren waren de pre-operatieve PSA waarde en de Gleason score. Wel dient vermeld te worden dat er geen vergelijkende studies en ook geen prospectieve studies tussen zitten. De kans op complicaties is soms aanzienlijk met strictuur in 7%-41%, rectumschade tot 28% en urine incontinentie in 10%-79%.

In het algemeen dient een salvage prostatectomie alleen overwogen te worden bij patiënten met geringe comorbiditeit, een levensverwachting van tenminste 10 jaar en een lokaal beperkt carcinoom (Gleason score <7, stadium <T3 en PSA <10 ng/mL). Een lange duur tussen de oorspronkelijke behandeling en het optreden van het PSA-recidief is een gunstige indicator en wijst op een lokaal recidief zonder metastasen [Pound et al, 1999].

Brachytherapie

Ook brachytherapie kan focaal worden toegepast bij een lokaal recidief na uitwendige radiotherapie.

Bij 37 patiënten rapporteerden Burri et al. [2010] een 10-jaars biochemisch-vrij recidief van 54% met een kanker-specifieke overleving van 96%, met een graad 3-4 toxiciteit bij 10% van de patiënten.

HIFU [Uchida 2011]

Het aantal studies naar HIFU als salvage behandeling is beperkt. De biochemisch-vrije overleving is 52% bij 5 jaar, maar de complicatie risico's zijn hoog, met urethrastrictuur en urine incontinentie in 18% en een recto-urethrale fistel in 4% van de patiënten. De algemene conclusie is dat HIFU mogelijk is maar risicovol in salvage setting [Ahmed, 2012].

Cryotherapie

Ook in dit geval zijn de beschikbare studies zeer beperkt. Een 5-jaars biochemisch-vrij recidief wordt gerapporteerd in 21%-66% [Pisters, 2009; Spiess, 2010] met kans op urine incontinentie in 28% en erectiele disfunctie in 85% van de patiënten [Perrotte, 1999], fistel in 2%, urineretentie in 21% en perineale pijn in 14% van de patiënten [Ng et al 2007].

Palliatieve hormonale therapie

Recent is een vergelijkende studie gepubliceerd waarbij intermitterende hormonale behandeling werd vergeleken met continue hormonale behandeling [Crook, 2012]. Met een mediane follow-up van 6.9 jaar was de mediane algehele overleving 8.8 jaar in de intermitterende groep en 9.1 jaar in de continue groep patiënten (HR 1.02, 95%BI: 0.86-1.21). De geschatte 7-jaars aantallen van prostaatacarcinoom gerelateerde sterfte waren 18% en 15%, respectievelijk.

Beste behandeling bij een biochemische relapse

Salvage behandelingen na zowel uitwendige radiotherapie als brachytherapie kunnen alleen na een laat biochemisch recidief (3-4 jaar) overwogen worden. Een vroeg biochemisch recidief (<3jaar) past vaak bij afstandsmetastasen. Daarnaast wordt internationaal aangehouden dat de PSA niet minder dan 1 verdubbeling per jaar mag zijn en dat de start van de salvage moet gebeuren bij een PSA <10 ng/mL [Nguyen et al. 2007].

De keuze van de behandeling bij patiënten met een lokaal recidief na radiotherapie wordt individueel bepaald op basis van de levensverwachting, comorbiditeit en tumorkarakteristieken waarbij de voor- en nadelen van de behandeling worden afgewogen tegen actief volgen.

Er is een voorkeur voor focale salvage, indien de lokatie van het lokaal recidief met choline PET en/of MRI kan worden vastgesteld.

Een onderzoek naar salvage van de hele prostaat in Nederland, door middel van cryotherapie, brachytherapie en prostatectomie liet zien dat de uitkomst van salvage voor alle drie de technieken suboptimaal was, waarschijnlijk omdat patiënten met een laat recidief te laat behandeld werden. Daarnaast werd een groot aantal patiënten beschreven met ernstige [graad 3 en hoger] toxiciteit. Geen van de salvage behandelingen was superieur [Peters et al. 2012].

Tegenwoordig is beeldvorming beschikbaar om een vroeg lokaal recidief op te sporen. In de praktijk kan met een choline-PET scan (zowel F18 als C11) [Wang et al. 2009] en met behulp van MRI [Haider et al. 2008] een recidief worden aangetoond vanaf een PSA van ongeveer 3 ng/mL. Sensitiviteit en specificiteit voor beide technieken zijn beschreven van 70 tot 85% [Haider et al. 2008]. Uiteraard moet daarom PA bewijs van het lokaal recidief worden verkregen.

De lokaal recidieven die in de literatuur beschreven worden na eerdere uitwendige radiotherapie en brachytherapie blijken vrijwel alleen op te treden waar zich eerder de dominante laesie bevond [Cellini et al. 2002, Pucar et al. 2006]. Dit betekent dat het uitvoeren van een salvage behandeling waarschijnlijk alleen focaal zou kunnen, dus alleen op het gebied dat met imaging en PA is bevestigd. Eggener et al [2007] hebben een aantal criteria beschreven voor primaire focale therapie. Deze criteria worden nu ook gebruikt voor focale salvage behandeling. Al met al worden hoog-risico patiënten geëxcludeerd. De huidige klinische resultaten van focale salvage zijn veelbelovend met nauwelijks ernstige toxiciteit en goede lokale controle [Eisenberg 2008, Bahn 2006, Wenske 2012, Ahmed 2012]. Deze focale salvage behandelingen worden uitgevoerd met verschillende methodes, zoals focale cryotherapie, focale HIFU en focale brachytherapie.

De waarde van aanvullend onderzoek (botscan, CT scan, MRI) is beperkt. Histologisch bewijs van lokaal recidief is noodzakelijk om een salvage behandeling te overwegen, hoewel de waarde van bipten met name de eerste 2 jaar kritisch beschouwd moet worden [Crook 2000].