

Hensikten med denne veiledningen er at flere pasienter skal behandles effektivt i allmennpraksis, samt at henvisningskvaliteten økes.

Anbefalingene i dette heftet er utarbeidet av Norsk Urologisk Forening og er basert på behandlingsretningslinjer fra Helsedirektoratet, EAU og NICE, samt de gjeldende norske refusjonsvilkår.

EAU: European Association of Urology, www.uroweb.org

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence, www.nice.org.uk

Helsedirektoratet: Nasjonalt handlingsprogram (....) prostatakreft

Når skal pasienten igjen henvises til urolog?

1. Tiltakende obstruktive vannlatningssymptomer for eksempel urinretensjon, behov for kateterisering.
2. Nyresvikt med hydronefrose og stigende kreatinin.
3. Kort PSA-doblingstid (<24 mnd)
4. PSA tilbakefall etter forutgående kurativ behandling med prostatektomi (PSA $\geq 0,2$) eller radikal stråleterapi (PSA nadir +2) i to blodprøver med minst 1 ukes mellomrom.
(Disse pasientene kan være kandidater for salvage behandling med kurativ intensjon)
5. Smerter i bevegelsesapparat som ikke responderer på vanlig smertestillende behandling.
6. Pasienter med kastrasjonsresistent cancer prostata (se s. 2-3)
7. Rygg smerter med tegn på medullakompresjon, nerve utfall, ridebukseanestesi → øyeblikkelig innleggelse i urologisk eller onkologisk avdeling.



Norsk urologisk forenings anbefalinger for allmennleger

Oktober 2015

Palliativ behandling av cancer prostata

Noen pasienter har allerede ved diagnosetidspunkt langt fremskreden sykdom og kan ikke tilbys helbredende behandling. De fleste av disse pasientene kan leve i mange år, også med metastatisk sykdom.

Tilbud: hormonmanipulering, kirurgi, strålebehandling, kjemoterapi

- Palliativ behandling skal bidra at pasienten kan leve så lenge som mulig med best mulig livskvalitet.
- Mange av pasientene kan følges og behandles effektivt i allmennpraksis inntil symptomer på mer avansert sykdom inntreffer.
- Trenden går i retning av tidligere og mer aktiv terapeutisk holdning også ved metastatisk/avansert prostatakreft.

Prinsipper i forhold til sykdomsfaser

1. lokalavansert CaP
 - hormonbehandling bør vurderes, men tidspunkt for oppstart kan individualiseres
 - strålebehandling kan gi god lokal tumorkontroll.
 - kirurgi med palliativ hensikt (TUR-P) ved vannlatningsproblemer.
 - avlastning av øvre urinveier ved obstruksjon og nyresvikt.
2. Fjernmetastaser
 - hyppigst i skjelettet, kan gi betydelige smerter.
 - Testosteronsenkende behandling (LHRH agonist/antagonist eller kirurgisk kastrasjon).
Injeksjonsbehandling er vanligvis livslang.
3. Kastrasjonsrefraktær metastatisk cancersykdom (mCRPC)
 - Forebygging av skjelettrelaterte hendelser (SRE) med Zoledronsyre (Zometa) iv. eller Denusomab (Xgeva) sc. bør vurderes
 - Vurdering cytostatikaterapi (1.linje Docetaxel)
 - Annenlinjes hormonbehandling med Zytiga kan være indisert hos symptomfrie menn med mCRPC.

Oppfølging av pasienter med fremskreden Cancer prostata i allmennpraksis (1)

Sykdomsfase	Urolog (U)	Allmennpraksis(A)	kontroll
Lokalavansert CaP	Starter eventuell hormonbehandling (2), vurderer lokalbehandling (kirurgi eller stråling)	Kontroll PSA (3), testosteron (kastrasjonsnivå)(4)	3 mnd. etter oppstart, deretter hver 3 mnd. (A)
Fjernmetastaser (skjelett)	LHRH analog, evt kirurgisk kastrasjon, vurderer henvisning til palliativ strålebehandling,	PSA, LHRH injeksjon, smertebehandling, henv. Smerteteam/pall.team,	Tegn til progresjon, PSA-stigning, Vurder henvisning til urolog (A), vurder kastrasjonsresistens (U)
Kastrasjonsrefraktær Cancer Prostatæ (5)	Vurderer og starter forebygging skjelettreh. hendelser(SRE), hormonmanipulering ved PSA progresjon, vurd. Cytostatikabehandl. henv. pall. strålebehandling	Inj. Xgeva subcutant månedlig. Blodprøvekontroller (Zytiga, Xgeva)	OBS! Risiko for hypokalsemi (Xgeva) Hypokalemi, transaminasestigning, hypertensjon, væskeretensjon(Zytiga) OBS! INR-kontroll hvis Marevan (Xtandi)

- 1) Heterogen gruppe, fra lokalavansert sykdom til metastaserende sykdom og etter hvert kastrasjonsrefraktær tilstand.
- 2) Ved å starte behandlingen på et tidlig tidspunkt, må bivirkninger vurderes mot nytteverdi (gir behandling mer plager enn sykdommen?)
- 3) Sykdomsaktiviteten kan i stor grad følges med PSA. Andre viktige blodprøver er Hemoglobin, Kreatinin og ALP.
- 4) Kastrasjonsnivå: S-testosteron <1,7 nmol/L (<0,5 ng/ml). Testosteron forblir i normalområde hos pasienter på antiandrogen-monoterapi.

5) Kastrasjonsrefraktær sykdom - Definisjon (EAU-Guidelines)

- Kastrasjonsnivå av s-Testosteron (<1,7 nmol/L eller 0,5 ng/ml)
- Tre påfølgende stigninger av s-PSA målt med over en ukes mellomrom
- Seponering av antiandrogen i minst 4 uker
- PSA progresjon tross annen linje hormonbehandling (antiandrogen seponering eller annen sekundær hormonbehandling)

Pasienten behandles i samarbeid mellom allmennlege og urolog, evt. også onkolog

PSA-målinger bør utføres på samme laboratorium hver gang.

LHRH agonister: Eligard®, Enanton®, Leuprorelin Sandoz®, Pamorelin®, Procren®, Vantas®, Zoladex®
LHRH antagonist: Degarelix (Firmagon®)

Antiandrogen: Bicalutamid (Casodex®), Flutamid

CYP17-hemmer: Abirateronacetat (Zytiga®)

Androgenreseptorantagonist: Enzalutamide (Xtandi®)

Cytostatika: Docetaxel (Taxotere®), Cabacitaxel (Jevtana®)

Radium-223 (Xofigo®)

Zoledronsyre (Zometa®) eller Denusomab (Xgeva®) til forebygging av skjelettkomplikasjoner

Pasienten bør ha tilskudd av kalsium og vit D
Pasienten bør ha tilskudd av kalsium og vit D

Gis i kombinasjon med Prednisolon 10 mg x 1

Kan påvirke INR-verdi hos Marevanbrukere.

Kan gi trombocytopeni eller leukopeni.

Kastrasjonsbehandling anbefales kontinuert også ved kastrasjonsresistent sykdomsfase og behandling med cytotatika eller CYP17-hemmer.