

**6.10. BEHANDLING AF BIOKEMISK RECIDIV
EFTER PRIMÆR KURATIV BEHANDLING**

Forfattere: HL + LB

Revideret: Sept 2016

Næste revision: 2017

I Danmark udføres årligt radikal prostatektomi (RP) på ca 1000 patienter, ekstern radioterapi (RT) gives til ca 500 patienter og brachyterapi til ca 50 patienter (DaProCa 2014).

1. Målelig PSA efter radikal prostatektomi

Efter RP bør Prostata Specifikt Antigen (PSA) blive umålelig, da enzymet alene produceres i prostata- og prostatakæftceller. I nogle tilfælde er PSA vedvarende målelig efter RP, som udtryk for restsygdom eller PSA bliver målelig efter en periode med umålelig PSA, som udtryk for et biokemisk recidiv.

Dette afsnit omhandler alene RT ved biokemisk recidiv.

1.1. Salvage RT ved biokemisk recidiv efter primært umålelig PSA

For patienter med umålelig PSA efter RP defineres biokemisk recidiv som $PSA \geq 0,2 \mu\text{g/L}$ ved to på hinanden følgende målinger. Hvis det PSA producerende tumorstykke skyldes et lokalrecidiv, kan RT mod prostatalejet være en mulighed for at opnå fornyet lokal kontrol for patienter med pN0 sygdom. Der gives mindst 66 Gy mod prostatalejet. For targetdefinition henvises til (1-4). På danske centre anvendes doser mellem 66 Gy og 70 Gy. Inden for dette dosisområde har hovedparten af patienter ingen eller beskedne, sene bivirkninger, mens op til 20 % har akutte grad 2 bivirkninger, primært pollakisuri, nykturi (5) samt urininkontinens (1). RT anbefales påbegyndt så tidligt som muligt efter lokalrecidiv er mistænkt og ved $PSA < 0,5 \mu\text{g/L}$. For patienter med pNx eller pN1, hvor salvage RT overvejes, må det bero på en individuel vurdering, om target udover prostatalejet skal omfatte bækkenlymfeknuder. Forudgående billeddiagnostisk evaluering mhp at bekræfte lokalrecidivet eller afkræfte metastatisk sygdom anbefales ikke ved så lave PSA værdier. Der henvises til kapitel 8. Indikation for strålebehandling afhænger af patientens forventede restlevetid samt komorbiditet og beslutningen om salvage RT bør tages på multidisciplinær konference. I Danmark blev 200 patienter behandlet med salvage RT i 2014.

Det er uafklaret, om behandlingseffekten bedres af samtidig hormonbehandling og det anbefales ikke som standard i Danmark, men fire danske centre (Rigshospitalet, Herlev, Aarhus, Aalborg) deltager i et stort, internationalt forsøg (Radicals) med lodtrækning mellem strålebehandling mod prostatalejet givet uden hormonbehandling overfor samme givet med hormonbehandling.

1.2. Adjuverende strålebehandling mod prostatalejet ved umålelig PSA postoperativt

Anbefales ikke som standard.

1.3. Salvage strålebehandling mod prostatalejet ved vedvarende målelig PSA postoperativt

Anbefales ikke som standard.

1.4. Hormonbehandling

Patienter, som ikke vurderes egnede til salvage strålebehandling, eller som ikke ønsker dette, kan tilbydes hormonbehandling. For patienter med Gleason-score > 7 i prostatektomi præparatet og PSA doublingtid \leq 12 måneder er der dokumentation for signifikant længere metastasefri overlevelse, hvis hormonbehandling initieres ved PSA værdier mellem 0,2 -10 $\mu\text{g/L}$ i forhold til initiering på tidspunktet for påviste metastaser (7).

2. Biokemisk recidiv efter primær brachybehandling med iodseeds eller ekstern radioterapi

Biokemisk recidiv efter RT defineres iht RTOG-ASTRO Phoenix Consensus Conference (Radiation Therapy Oncology Group - American Society for Radiation Oncology) som nadir + 2 $\mu\text{g/L}$, uafhængigt af samtidig hormonbehandling. Salvage behandling i denne situation er ikke standardbehandling i Danmark.

REKOMMANDATIONER

- Biokemisk recidiv efter RP defineres som PSA \geq 0,2 $\mu\text{g/L}$ ved to konsekutive målinger efter tidligere umålelig PSA
- Ved biokemisk recidiv efter RP bør salvage strålebehandling påbegyndes ved PSA < 0,5 $\mu\text{g/L}$
- Der gives \geq 66 Gy mod prostatalejet
- Der er ingen rekommandation for medbestråling af bækkenlymfeknuder
- Forudgående billeddiagnostik anbefales ikke ved PSA < 1 $\mu\text{g/L}$
- Biokemisk recidiv efter primær RT defineres som PSA nadir + 2 $\mu\text{g/L}$
- Salvagebehandling ved biokemisk recidiv efter primær RT er ikke standardbehandling i Danmark

Reference List

- (1) Sowerby RJ, Gani J, Yim H, Radomski SB, Catton C. Long-term complications in men who have early or late radiotherapy after radical prostatectomy. *Can Urol Assoc J* 2014 Jul;8(7-8):253-8.

REFERENCES

1. Poortmans P, Bossi A, Vandeputte K, et al.: Guidelines for target volume definition in post-operative radiotherapy for prostate cancer, on behalf of the EORTC Radiation Oncology Group. *Radiother Oncol* 84:121-127, 2007
2. Park JS, Park W, Pyo HR, et al.: Suggestion for the prostatic fossa clinical target volume in adjuvant or salvage radiotherapy after a radical prostatectomy. *Radiother Oncol* 110:240-244, 2014
3. Wiltshire KL, Brock KK, Haider MA, et al.: Anatomic boundaries of the clinical target volume

(prostate bed) after radical prostatectomy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 69:1090-1099, 2007

4. Michalski JM, Lawton C, El N, I, et al.: Development of RTOG consensus guidelines for the definition of the clinical target volume for postoperative conformal radiation therapy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 76:361-368, 2010
5. Shelan M, Abo-Madyan Y, Welzel G, et al.: Dose-escalated salvage radiotherapy after radical prostatectomy in high risk prostate cancer patients without hormone therapy: outcome, prognostic factors and late toxicity. *Radiat Oncol* 8:276, 2013
6. Sowerby RJ, Gani J, Yim H, et al.: Long-term complications in men who have early or late radiotherapy after radical prostatectomy. *Can Urol Assoc J* 8:253-258, 2014
7. Moul JW, Wu H, Sun L, et al.: Early versus delayed hormonal therapy for prostate specific antigen only recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy. *J Urol* 171:1141-47, 2004