

6.2. RADIKAL PROSTATEKTOMI

Forfatter: HJ + HH

Revideret: September 2016

Næste revision: 2017

I Danmark udføres ca. 1.200 radikale prostatektomier (RP) årligt. Langt de fleste udføres på patienter med klinisk lokaliseret prostatacancer (PC), men operativ behandling af klinisk lokalavanceret tumor vil formentligt få stigende udbredelse.

1. Indikation

Radikal prostatektomi tilbydes i Danmark mænd med lokaliseret prostatacancer og en forventet restlevetid på mindst 10 år. Biologisk alder bør vægtes frem for kronologisk alder. Endvidere bør patientens morbiditets- og mortalitetsrisiko ubehandlet indgå i behandlingsindikationen (1;2). I særlige tilfælde opereres patienter med lokalavanceret prostatacancer.

Operationsmetoden er primært robotassisteret transperitoneal prostatektomi, alternativt åben retropubisk operation med præperitoneal adgang. Der findes ikke data, som kan påvise sikker forskel på de onkologiske resultater, når åben og robotassisteret teknik sammenlignes. Der er data, som tyder på hurtigere restitution af erektionsevne ved robotassisteret operation, ligesom tilstrækkeligt valide data viser kortere indlæggelsestid, mindre peroperativ blødning, lavere transfusionsrate og færre komplikationer ved anvendelse af denne teknik.

Afhængigt af risiko for ekstraprostatisk vækst, kan operationen udføres ikke-nervebevarende, uni- eller bilateralt nervebevarende. Brug af multiparametrisk MRI præ-operativt er vist at øge muligheden for korrekt beslutning om nervebevarelse vs. ikke nervebevarelse (3). Intervallet mellem biopsi og operation synes at være relateret til mulighederne for at udføre nervebevarelse med succes (4), hvorfor minimum 6 ugers interval anbefales. Efter TURP anbefales 12 ugers ventetid.

2. Risikovurdering

I Danmark anbefales nu EAU's definition (1), som er en let modifikation af d'Amico's inddeling af PC i tre grupper (6;7) (se tabel).

Lav risiko	Intermediær risiko	Høj risiko	
PSA <10 Gleason < 7 cT1c – cT2a	PSA 10-20 Gleason 7 cT2b	PSA > 20 Gleason > 7 cT2c	Any PSA Any Gleason cT3-4 eller cN+
LOKALISERET			LOKALAVANCERET

3. Lymfeknudestaging

Hos patienter med højrisiko sygdom bør der altid udføres peroperativ lymfeknudeexairese. Hos patienter med intermediær risiko sygdom udføres lymfeknudestaging afhængigt af præ-operativ estimering af risiko for lymfeknudemetastaser ved brug af nomogram. Det validerede Briganti nomogram (8) anbefales; grænse for valg af staging: > 5 % risiko for metastaser. Lymfeknudeexairese bør udføres som udvidet procedure, hvor lymfeknuder fjernes efter en skabelon. Udbredelse: Lymfeknuderne over a. og v. iliaca eksterna, og i

fossa obtoratorius samt lymfeknuderne over samt medialt og lateralt for iliaca interna karrene. Det anbefales også at medtage lymfeknuder over iliaca communis op til ureters krydsningssted (9).

4. Rådgivning

Individuel præoperativ rådgivning af patienten på baggrund af den opererende afdelings egne resultater hvad angår komplikationer, kontinensrate og erektil funktion er essentiel. Patientens alder, ko-morbiditet og præoperative erektil funktion vurderet ved f.x. IIEF5 (2) score eller EHS (3) bør indgå i vurderingen af patientens risiko for postoperativ erektil dysfunktion og inkontinens. Patienterne bør tilbydes sexuel rehabilitering postoperativt. Man bør overveje superviseret bækkenbundstræning til prostatektomerede fremfor blot at udlevere instruktionsmateriale eller ingen bækkenbundstræning.

REKOMMANDATIONER

- Radikal prostatektomi kan tilbydes mænd med lokaliseret prostatacancer, som har en ikke ubetydelig prostatacancerspecifik mortalitetsrisiko og en forventet restlevetid på mindst 10 år
- Ved vurderingen af den cancerspecifikke mortalitetsrisiko bør indgå viden om tumors kliniske stadium, Gleason score, PSA-værdi, og tumorbyrde (% positive biopsier, og % tumorinvolvering i enkeltbiopsier), og dermed formodning om risiko for fremtidig tumorudvikling
- Ved vurdering af patientens forventede restlevetid (uden cancer) bør indgå viden fra lokale levetidstabeller, patientens biologiske alder samt en vurdering af komorbiditet, gerne beregnet ved Charlson score (http://touchcalc.com/calculators/cci_js)
- Ved planlagt nervebevarende indgreb anbefales en ventetid på minimum 6 uger efter biopsi
- Efter TURP anbefales en ventetid på 12 uger
- Udvalgte mænd med teknisk operabel klinisk T3a tumor kan tilbydes radikal prostatektomi. I praksis yngre mænd uden involvering af sphincter urethrae. Bør udføres i forbindelse med protokolleret opfølgning. Bør aktuelt (2016) udføres i regi af SPCG15
- Udvalgte patienter med PSA > 20 ng/ml kan tilbydes radikal prostatektomi
- Ved risiko for lymfeknudemetastaser på > 5 % anbefales peroperativ udvidet lymfeknudeexairese
- Nervebevarende operation kan udføres hos patienter med ringe risiko for ekstraprostatisk vækst, enten uni- eller bilateralt. Præoperativ MR scanning kan evt. indgå i vurderingen. Som udgangspunkt tilstræbes nervebevarelse i så vidt omfang som muligt. Bør dog kun udføres under flg. omstændigheder, idet hver side af prostata vurderes for sig:
 - Ikke palpabel tumor
 - ≤ 3 positive biopsier på aktuelle side
 - < 50 % tumorvæv i hver enkelt biopsi
 - Ikke dominerende Gleason grad 4
- Præoperativt bør alle patienter være udredt med et valideret scoringssystem, fx IIEF5 og/eller EHS, så realistisk forventning til postoperativ erektil funktion kan diskuteres inden operationen
- Tidlig brug af PDE-5 hæmmere eller injektionsbehandling kan anbefales patienter, som har fået foretaget nervebevarende operation, og som har et ønske om sexuel rehabilitering
- Patienter, som har fået foretaget nerveresektion, og som har et ønske om at kunne opnå erektion, kan oplæres i brug af injektionsbehandling

Reference List

- (1) Mottet N, Bellmunt J, Briers E, van den Bergh RCN, Bolla M, van Casteren NJ, et al. Guidelines on Prostate Cancer. 2015.
- (2) Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999 Dec;11(6):319-26.
- (3) Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Hvidsten K. Validation of the erection hardness score. *J Sex Med* 2007 Nov;4(6):1626-34.