

**5.3. STADIE-INDELING**

Forfatter: HH

Revideret: September 2017

Næste revision: 2018

Der henvises til kapitel 4 vedrørende klassifikation.

Desuden henvises til kapitel 8 vedrørende grundig gennemgang af valg af billeddiagnostik.

**1. T-stadie:**

Det kliniske tumorstadium, med skelnen mellem intraprostatisk (cT1–T2) og ekstraprostatisk (cT3-T4) tumorvækst, har afgørende betydning for behandlingsmulighederne. Vurderingen baseres primært på rectaleksploration (DRE), men kan også have baggrund i billeddannende modaliteter. DRE undervurderer ofte tumors udbredning; en opgørelse har fundet positiv korrelation mellem DRE og pT-stadie i mindre end 50 % af tilfældene.

PSA niveau stiger ofte med stigende sygdomsstadie. Alligevel har PSA hos den enkelte patient kun begrænset evne til at udsige noget om den endelige patologi. Kombinationen af PSA, Gleason score på biopsier og klinisk tumorstadie har dog vist sig mere anvendeligt til skøn over pT-stadie end de enkelte faktorer alene.

Den mest almindelige metode til visualisering af prostata er transrektal ultralyd-undersøgelse (TRUS). Imidlertid er højst 60 % af eventuelle tumores synlige herved. TRUS kan ikke påvise ekstrakapsulær vækst med tilstrækkelig sikkerhed, og kan derfor ikke rekommanderes til dette brug, men TRUS i kombination med DRE kan dog øge sensitiviteten for påvisning af T3a tumor mere end hver metode alene.

mpMRI er fortsat ikke perfekt til lokal stadieinddeling, men kan være med til forbedret prediktion af patologisk stadie, når kombineret med kliniske data.

Der er i DK enighed om, at cT-stadie angiver palpationsfund og fund på UL/MR anføres som supplerende oplysninger. Mere ekstensiv undersøgelse med henblik på præcis tumorstadieinddeling er kun indiceret i særlige tilfælde, hvor det har betydning for valg af behandlingsmodalitet.

**2. N-stadie**

Bestemmelse af N-stadie gøres kun, hvis fundene vil påvirke behandlingsmetoden. Dette kan være tilfældet ved overvejelser om intenderet kurativ terapi. Høj PSA, cT2b-cT3, høj Gleason score og perineural tumorinfiltration på biopsier er forbundet med høj risiko for lymfeknudemetastaser.

Kirurgisk lymfadenektomi er fortsat den bedste metode til bestemmelse af N-stadie, men **anbefales ikke foretaget som isoleret indgreb længere**.

Udvidet lymfadenektomi foretages samtidig med radikal prostatektomi, såfremt der ud fra nomogrammer vurderes at være en risiko på  $\geq 5\%$  for spredning til lymfeknuderne. Patientgruppe, samt omfang af lymfadenektomi, vil blive behandlet i afsnittet om radikal prostatektomi (6.2).

Forud for intenderet kurativ strålebehandling anbefales bestemmelse af N-stadie foretaget med CT scan af abdomen (kapitel 8). Ved fund af *enkelte* lymfeknuder over 15mm anbefales nærmere udredning med ex. finnåls-biopsi mhp. at verificere spredning, idet risiko for falsk positiv lymfeknudeforstørrelse er stor

(kapitel 8).

Bestråling af pelvine lymfeknuder vil i stedet blive foretaget afhængig af risiko iht nomogram.

Ved deltagelse i *SPCG15-studiet* randomiseres patienter med lokalavanceret sygdom til enten strålebehandling eller prostatektomi. Patienter med ny-diagnosticeret lokalavanceret sygdom, som vurderes operable og uden tegn på disseminering til hverken knogler eller lymfeknuder, kan drøftes med den opererende afdeling med henblik på mulig inklusion heri.

### 3. M-stadie

Knoglemetastaser påvistes hos godt 13 % i en population af nydiagnosticerede patienter i Danmark, der alle, uanset stadie, rutinemæssigt fik lavet knoglescintigrafi (1). Ved kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) har 90 % procent knoglemetastaser (mCRPC) og der er knogleinvolvering hos flertallet heraf, der dør af deres sygdom. Derudover kan ses spredning til non-regionale lymfeknuder, lunger, lever, hjerne og hud, og ved symptomer herpå bør man bruge sædvanlige metoder til udredning (kapitel 8).

## REKOMMANDATIONER

- Klinisk T-stadieinddeling sker primært ved DRE, evt. i kombination med suspekter forandringer set ved TRUS eller MR
- N-stadie undersøges udelukkende ved behandling med intenderet kurativt sigte  
Ved risiko på  $\geq 5$  % (90 point) for lymfeknudeinvolvering, vurderet ved Briganti-nomogram, foretages lymfadenektomi samtidig med radikal prostatektomi  
Lymfadenektomi er den eneste pålidelige metode til påvisning af lymfeknudemetastaser og foretages som udvidet indgreb, når det findes indiceret  
Lymfadenektomi, som solitært indgreb forud for intenderet kurativ strålebehandling anbefales ikke længere. Bør erstattes med CT, evt. suppleret med finnålsbiopsi
- M-stadie vurderes billeddiagnostisk ved PSA > 10 eller Gleason  $\geq 4+3$  eller  $\geq cT2c$  (se kapitel 8)

1. Zacho H et al. Clin Nucl Med 2014;39 (1):26-31

Link til 2016 EAU-guideline kapitel 5.3: