



Regionale Netwerkstandaard

Prostaatcarcinoom

gebaseerd op zorgstandaard Kanker, 2014

De Netwerktumorgroep Prostaat bestaat uit de volgende vertegenwoordigers:

Betrokken organisatie	(Medisch) aanspreekpunt	Functie
Amphia	I. van Onna	Uroloog
	M. Stevense	Internist Oncoloog
Admiraal De Ruijter Ziekenhuis	K. Hoebe	Internist Oncoloog
	J. Jaspars	Uroloog
Bravis	S. Boudewijns	Internist Oncoloog
	E. Collette	Uroloog
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	A. Breeuwsma	Uroloog
	J. Ham	Internist Oncoloog
Erasmus MC	R. van den Bergh	Uroloog
	D. Robbrecht	Internist Oncoloog
Jeroen Bosch Ziekenhuis	R. Wijn	Uroloog
	B. de Heij	Internist Oncoloog
Instituut Verbeeten	M. van de Sande	Radiotherapeut
Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut	V. Coen	Radiotherapeut
	I. Jacobs	Radiotherapeut
ZorgSaam	Y. Depoorter	Uroloog
	M. Sie	Internist Oncoloog

Bij de totstandkoming van deze netwerkstandaard zijn patiënten/patiëntenverenigingen niet betrokken geweest.

Status : versie 5.1
Datum : 19 juni 2025



1. Algemeen

De netwerkstandaard heeft ten doel om onze netwerksafspraken voor regionale kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheidsverbetering en samenwerkings- en verwijzingsafspraken vast te leggen. De netwerkstandaard is daarmee aanvullend op de landelijke en Europese medische richtlijnen en kwaliteitseisen.

De Netwerktumorgroep heeft de ambitie om door samenwerking tussen zorgprofessionals uit de betrokken EMBRAZE-centra optimale kwaliteit van zorg te bieden aan patiënten met kanker van de urineweg. Waar mogelijk dicht bij de patiënt en indien nodig wat verder in de regio. In de Netwerkstandaard *Prostaatcarcinoom* is de vertaling van deze ambitie naar concrete afspraken beschreven.

Visie op zorg

- Integrale zorg met gestandaardiseerde kwaliteit en gestructureerde kwaliteitsverbetering binnen de gehele zorgketen voor tumorsoort, binnen en tussen zorginstellingen.
- Diagnostiek en behandeling vinden dicht bij huis plaats waar mogelijk (dit kan zowel thuis als dichtstbijzijnde ziekenhuis betekenen afhankelijk van de situatie) en waar nodig beoordeeld in een meer gespecialiseerd behandelcentrum in de regio.

Organisatie van zorg

- Ieder ziekenhuis beschikt over een adequate oncologische infrastructuur, conform o.a. de normen genoemd in het Kwaliteitskader oncologische zorg van IKNL en SONCOS normen, waarbinnen de oncologische zorg is ingebed.
- Regionale samenwerking is formeel verankerd op bestuurlijk en professioneel niveau.

Kwaliteit

- De medisch zorg geschiedt in alle betrokken ziekenhuizen conform de 'Stand der Wetenschap en Praktijk', zoals bijvoorbeeld vastgelegd in landelijk vastgestelde richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van tumorsoort. In een zorgpad heeft elk ziekenhuis het lokale zorgproces beschreven. In de EMBRAZE netwerkstandaard staat het regionale zorgproces beschreven. Behalve kwaliteit zijn toegankelijkheid van oncologische zorg en doelmatige oncologische zorg belangrijk.
- Ieder ziekenhuis neemt deel aan de landelijke registraties (NKR+ en/of andere landelijk/regionaal betrouwbare data) en er wordt deelgenomen aan jaarlijkse regionale benchmark bijeenkomsten. Doel hiervan is om en tot regionale kwaliteitsverbetering te komen en de ongewenste behandelvariatie tussen ziekenhuizen te verminderen.

Indicator	Landelijke norm	Regionale norm
Aantal Prostatectomieën	100 ingrepen per jaar	100 ingrepen per jaar

- Urologen hebben een zelfstandige kort cyclische kwaliteitsevaluatie (RARP) gebaseerd op een zelf ontwikkelde en opgebouwde database.
- Het doel van deze vier activiteiten (benchmarkbijeenkomsten, NKR-online, multidisciplinaire evaluatie en kwaliteitscycli) is om tot regionale kwaliteitsverbetering te komen en de ongewenste behandelvariatie tussen ziekenhuizen te verminderen. Per jaar worden hier actiepunten uit geformuleerd.
- Per jaar wordt gekeken welke items in de benchmarkbijeenkomst besproken worden. De keuze hiervan zal gemaakt worden op basis van (ongewenste) variatie tussen de ziekenhuizen.



- De Netwerktumorgroep zal bij de uitkomstbespreking een keuze maken in indicatoren die onderling besproken en gevolgd worden. Bij de benchmarkbespreking zullen normen opgesteld worden.
- Er wordt deelgenomen aan onderzoek naar uitkomsten door de patiënt gerapporteerd (PROMS) en patiëntervaringsonderzoek (PREMS), resultaten hiervan kunnen jaarlijks regionaal worden besproken. Doel hiervan is om naast onderlinge benchmark ook het patiëntperspectief mee te wegen bij regionale kwaliteitsverbetering. In principe wordt hierbij aangesloten bij landelijk vastgestelde meetinstrumenten.
- De ziekenhuizen nemen afzonderlijk en/of gezamenlijk deel aan wetenschappelijk onderzoek. Bij voorkeur worden deelnemende centra vooraf regionaal afgestemd, en worden patiënten verwezen voor onderzoek binnen het netwerk.



In het stroomschema op de vorige pagina is globaal de route van de patiënt geschetst, die in ieder ziekenhuis wordt doorlopen. Onderstaand is dit toegelicht voor zover er tussen de ziekenhuizen afspraken gemaakt zijn.

De diagnostiek en behandeling voor deze tumorsoort baseert zich op de volgende richtlijnen:

- FMS (zie [Richtlijnen | Federatie Medisch Specialisten \(demedischspecialist.nl\)](#))
- NVMO (CieBOM richtlijnen t.a.v. doelmatigheid, zie [BOM Archief - NVMO](#))
- Europese richtlijnen ([EAU-richtlijn](#))
- Landelijke richtlijn NVU ([actuele richtlijnen](#))

Alleen waar afwijkende afspraken van toepassing zijn op de diagnostiek en behandeling van *prostaatkarcinoom* worden deze toegelicht in de voorliggende netwerkstandaard. Daar waar de standaard richtlijnen worden gevolgd, wordt hiernaar verwezen en wordt dit niet of heel summier beschreven.

2.1 Epidemiologie

Binnen EMBRAZE wordt ongeveer 11% van de Nederlandse populatie patiënten met kanker behandeld. Wij verwijzen naar de Nederlandse Kankerregistratie voor epidemiologische getallen.

2.2 Preventie, screening en verwijzing

2.2.1 Deskundigheidsbevordering voor primaire diagnostiek en verwijzing

Verwijzing door huisartsen bij verdenking op prostaatkanker is lokaal geregeld en vereist regionaal geen nadere afstemming. Bij verdenking op prostaatkanker kunnen patiënten in de regio altijd binnen maximaal 1 week terecht in het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor primaire diagnostiek (conform SONCOS-norm).

2.2.2 Verslaglegging naar de huisarts

Verslaglegging naar de huisarts vindt plaats conform landelijke richtlijnen.

2.3 Diagnostiek en behandelplan (inclusief multidisciplinair overleg)

2.3.1 Algemeen

Diagnostiek vindt plaats conform de landelijke richtlijn (SONCOS, FMS richtlijnen database) en richtlijn prostaatkarcinoom (NVU-versie 2019 en EAU).

2.3.2 Beeldvorming

Conform bovengenoemde richtlijnen.

In aanvulling op de EAU richtlijn prostaatkanker zijn de volgende afspraken gemaakt in het diagnostisch traject.

Indicatie MRI-geleide bipten

Bij patiënten met blijvende verdenking op prostaatkarcinoom na eerste negatieve TRUS-geleide biopsie dient men een mp MRI uit te voeren. Aan de hand van de mpMRI worden MRI geleide bipten afgenomen bij voorkeur met behulp van echo fusie techniek.

Doelstelling / indicatie mp MRI (bij primaire diagnostiek en staging voor RALP)

1. Voor de bepaling van operabiliteit bij high risk patiënt
2. Voor de beoordeling van de mogelijkheid tot zenuwsparende chirurgie



3. Deels ter bepaling van lymfogene metastasering, echter PSMA is leidend voor dit gebied. Bij de beoordeling moet men rekening houden met een lage sensitiviteit voor kapseldoorbraak en invasie van de zaadblaasjes, maar de specificiteit is tamelijk hoog.

Radiologie werkgroep

Uniforme radiologie verslaglegging, waarbij gebruik wordt gemaakt van PI-RADS classificatie¹, is van belang. Een radiologie werkgroep zal zich hier over ontfermen. Middels het maken van onderlinge afspraken streeft deze groep naar standaardisatie en kwaliteitsverbetering in het diagnostische traject.

Indicatie PLND (laparoscopische lymfeklierverwijdering) bij RALP en voor EBRT (uitwendige bestraling):

Vergrote lymfklieren (> 1 cm op MRI of CT) vereisen een poging tot histologische bevestiging om een behandelplan te kunnen maken. Dit kan laparoscopische PLND en zelden door percutane punctie. Bij radicale prostatectomie en voorafgaand aan in opzet curatieve radiotherapie wordt bij een kans > 10% op positieve lymfeklieren volgens het Briganti-2019 nomogram (zonder mri: briganti-2012 of alternatief mskcc-2016) een diagnostische extended PLND verricht.

Indien er geen mogelijkheid is voor een PLND bij EBRT, kan een PSMA PET worden verricht voor stadiering, ook als er volgens de primaire diagnostiek criteria geen indicatie voor is.

Vervolgens wordt gehandeld conform het LPRU-protocol (zie bijlage 1).

2.3.3. Functie-onderzoek

Conform de richtlijnen.

2.3.4. Pathologie

Rapporteert conform de richtlijnen.

2.3.5 Staging prostaatcarcinoom

Aangezien de NVU richtlijn in tegenstelling tot EAU guidelines niet jaarlijks wordt gereviseerd worden definities gebruikt uit de EAU guidelines 2020 tabel 4.2.2 inclusief de 5.4. EAU Guideline for staging of prostate cancer. Bron: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>

EAU table risk groups for biochemical recurrence of localised and locally advanced prostate cancer

Low-risk	Intermediate-risk	High-risk	
PSA < 10 ng/mL and GS < 7 (ISUP grade 1) and cT1-2a	PSA 10-20 ng/mL or GS 7 (ISUP grade 2/3) or cT2b	PSA > 20 ng/mL or GS > 7 (ISUP grade 4/5) or cT2c	any PSA any GS cT3-4 or cN+ Any ISUP grade
Localised			Locally advanced

GS=Gleason score; ISUP=International Society for Urological Pathology; PSA=prostate-specific antigen

¹ Eur Urol. 2016 Jan;69(1):16-40. doi: 10.1016/j.eururo.2015.08.052. Epub 2015 Oct 1.

PI-RADS Prostate Imaging - Reporting and Data System: 2015, Version 2.

Weinreb JC1, Barentsz JO2, Choyke PL3, Cornud F4, Haider MA5, Macura KJ6, Margolis D7, Schnall MD8, Shtern F9, Tempny CM10, Thoeny HC11, Verma S12



EAU Guideline for staging of prostate cancer

Table 2. Table for guidelines for staging prostate cancer (EAU).⁴

Low-risk localised PCa
No additional imaging is recommended for staging purposes.
Intermediate-risk PCa
In predominantly Gleason pattern 4, bone scan and cross-sectional imaging is required.
High-risk localised PCa/High-risk locally advanced PCa
Prostate mpMRI should be used for local staging.
CT or MRI and bone-scan should be used in staging.
For up-front staging, PET-scanning should not be used.

CT: computed tomography; EAU: European Association of Urologists; GR: grade of recommendation; LE: level of evidence; mpMRI: multiparametric magnetic resonance imaging; PCa: prostate cancer; PET: positron-emission tomography.

Any risk group staging	LE	GR
Do not use computed tomography and transrectal ultrasound for local staging.	2a	A
Low-risk localised PCa		
Do not use additional imaging for staging purposes.	2a	A
Intermediate-risk PCa		
In predominantly Gleason pattern 4 (ISUP grade 3), include at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan for metastatic screening.	2a	A*
In predominantly Gleason pattern 4 (ISUP grade 3), use prostate multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI) for local staging.	2b	A
High-risk localised PCa/High-risk locally advanced PCa		
Use prostate mpMRI for local staging.	2b	A
Perform metastatic screening including at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan.	2a	A

**Upgraded following panel consensus*



Summary of evidence		LE
PSMA PET/CT is more accurate for staging than CT and bone scan but to date no outcome data exist to inform subsequent management.		1b
Any risk group staging		Strength rating
Use pre-biopsy MRI for local staging information.		Weak
Low-risk localised disease		
Do not use additional imaging for staging purposes.		Strong
Intermediate-risk disease		
In ISUP grade ≥ 3 , include at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan for metastatic screening.		Weak
High-risk localised disease/locally advanced disease		
Perform metastatic screening including at least cross-sectional abdominopelvic imaging and a bone-scan.		Strong

EMBRAZE aanvullend beleid omtrent primaire diagnostiek prostaatkanker – PSMA en PLKd indicaties

1. PSMA indicatie voor behandeling: besproken = hoogrisico² pca OF MRI-rT3ab OF gl4+3/isup-3. En niet (meer) bij: gl3+4/isup-2 MET cribi/idc component. (PSMA-indicatie bij biochemisch recidief: PSA 0.4 of hoger cfr huidige afspraak)
2. Indien bij CRPC beeldvorming is gewenst om radiologische progressie aan te tonen of uit te sluiten dan is de primaire keuze een CT-abdomen-thorax icm Botscan (en uiteraard PSA en testosteron). Behandeling: bespreken op MDO en verwijzen oncoloog voor bespreken volgende lijn therapie, zoals enza, abi, apa etc.
3. PSMA als primaire diagnostiek: consequentie is bij negatieve psma wel een PLKD doen indien geïndiceerd cfr spelregels want sensitiviteit van PSMA is maar 29-41%.
4. Calculator voor kans op klieren: met mri: briganti2019. Zonder mri: briganti2012 (mskcc2016). Website: collette.nl/embraze
5. Indicatie en cuttoff kans op klieren voor PLKD bij RALP: bij hoogrisico pca. En bij middelrisico pca indien 10% of meer voorafgaand aan RALP cfr huidige afspraak, maar evt bij 6-10% te overwegen indien klinische indicatie zoals lage leeftijd. Niet primair bij: gl4+3/isup-3, tenzij voorgaande spelregels van toepassing zijn.
6. Indicatie en cuttoff kans op klieren voor PLKD voorafgaand aan EBRT: afweging o.b.v. leeftijdsverwachting en comorbiditeit en o.b.v. een bijbehorend cutoff. Bij 50-75jr en asa1-2 dan bij $\geq 10\%$ en op MDO bespreken met als suggestie een PLKD. Bij overige patiënten zoals 76+jr of asa3 dan goed afwegen indien hoge kans op klieren en altijd o.b.v. klinische blik en MDO bespreken. Als bewust geen PLKD: dan wel een PSMA doen als second-best.
7. PLKD plaats: tijdens curatieve RALP. Voorafgaand aan curatieve EBRT na voor/nadeel met patiënt te hebben besproken: behandelaanpassing³ versus complicaties⁴.

² EAU GL 2020 hoogrisico definitie = G18-9-10 OF ISUP-4-5 OF PSA>20 OF cT2c-cT3ab

³ bekkenbestraling en/of ADT OF low-volume-mets-stampede-EBRT

⁴ EAU GL: ePLKD geeft staging en prognosis. Complicaties 8% vv 5% lymfoceles.



Het is een richtlijn, geen wetboek. Het zijn handvatten, geen handboeien.

Bron: Embraze meeting TNG uro feb 2021

2.4 MDO, tussentijdse (web)consultatie en verwijzing gespecialiseerd centrum in de regio

2.4.1 MDO

Binnen EMBRAZE vindt bespreking van complexe casuïstiek van prostaatcarcinomen plaats in overleg tussen Bravis, Amphia en het Erasmus MC. Het Jeroen Bosch ziekenhuis en het Elisabeth TweeSteden ziekenhuis zijn gestart met een gezamenlijk MDO voor prostaatcarcinomen waarin een uroloog van het andere ziekenhuis deelneemt als gast.

2.5 Behandeling

2.5.1 Doorlooptijd start behandeling

Ieder individueel ziekenhuis houdt zich hierbij aan de vigerende SONCOS normen wat inhoudt dat de tijd tussen eerste polikliniekbezoek en start van de therapie maximaal 6 weken is (9 weken bij doorverwijzing naar een andere zorginstelling).

2.5.2 Behandelafspraken bij (operatieve) behandeling

Behandelopties bij laag risico (therapeutische equivalentie)

- Active surveillance (bij voorkeur in PRIAS-project cfr 2021 update)
- RARP
- EBRT
- Brachytherapie

Behandelopties bij matig risico (therapeutische equivalentie)

- EBRT, voorafgegaan door ePLKD indien dit geïndiceerd is
- RARP (met ePLKD indien dit geïndiceerd is)
- Brachytherapie

Prioritering van behandelopties bij hoog risico

Indien *gelokaliseerd* (cT1c-2, Gleason score ≥ 8 en/of PSA > 20 ng/ml)

- RARP + ePLND
- EBRT (Bij Gleason score ≥ 8 Endocriene Therapie (ET)) voorafgegaan door ePLKD indien dit geïndiceerd is)

Indien *lokaal gevorderd* (cT3, ongeacht Gleason score en PSA)

- EBRT + HT, voorafgegaan door ePLKD indien dit geïndiceerd is
- RARP + ePLND, indien radicale resectie mogelijk lijkt na MRI en Toucher evaluatie

pN1 (dus na klierdissectie of bevestigend biopt)

- Bij beperkte lymfekliermetastasen kleine foci of 1-4 klieren in opzet curatieve RARP/radiotherapie met ePLND
- EBRT + HT
- (uitgestelde) HT



cT4

De behandelkeuze is sterk afhankelijk van de uitgebreidheid van de doorgroei in de omgeving en de tolerantie van de omringende organen voor hoge dosis radiotherapie.

- Curatief: EBRT + HT
- Palliatief: HT en/of EBRT, afhankelijk van klachten

2.5.3 Desicion making

Elke patiënt met behandelingskeuze RALP en/of EBRT en/of brachytherapie wordt voorafgaand aan definitieve behandeling gezien door de uroloog en de radiotherapeut-oncoloog. Tevens krijgt de patiënt in Amphia, Bravis, ETZ, JBZ en ZZV de keuzetool prostaatkanker van Zorgkeuzelab aangeboden om de behandelingskeuze te faciliteren.

2.5.4 Chirurgiegroep

De chirurgen die prostatectomieën uitvoeren in de EMBRAZE regio hebben 1x per twee maanden een intervisiebijeenkomst. Operatietechnieken worden vergeleken en geoptimaliseerd om zodoende de uitkomstkwaliteit te verhogen. Gebuikte tools zijn digitale opnames van alle operaties, indicatoren en PROMS. Door de aantallen te bundelen is het mogelijk een korte kwaliteitscyclus te doorlopen.

2.5.5 Beleid m.b.t. hormoontherapie bij EBRT

Wanneer behandelen met hormoontherapie? Binnen het netwerk wordt de EBRT-ADT richtlijn gevolgd goedgekeurd door de LPRU en NVU (zie bijlage 2). De duur van hormoontherapie is 2 tot 3 jaar, afhankelijk van bijwerkingen.

Indicatie adjuvante hormoontherapie bij curatieve EBRT

	T1-T2c (organ confined)			T3a			T3b-T4 of N1
	PSA < 10	PSA 10-20	PSA >20	PSA < 10	PSA 10-20	PSA >20	
ISUP 1 (GS 6)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 2 (GS 3+4)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 3 (GS 4+3)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 4 (GS 8)	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 5 (GS 9-10)	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT

2.5.6. Behandelaafspraken bij systemische behandeling

In alle ziekenhuizen in de Embraze regio is het mogelijk systemische therapie te geven voor gemetastaseerd prostaatscarcinoom. Patiënten worden besproken in een multidisciplinair overleg wat bestaat uit: uroloog, internist-oncoloog met aandachtsgebied urologie, radioloog/nucleair



geneeskundige, radiotherapeut-oncoloog, patholoog, case manager en/of oncologieverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist oncologie en eventueel andere verpleegkundigen.

Gemetastaseerd hormoongevoelig prostaatacarcinoom

Bij nieuw gediagnostiseerd (hormoongevoelig) gemetastaseerd prostaatacarcinoom wordt onderscheid gemaakt tussen laag- en hoogvolume ziekte conform richtlijn. Voor de behandelopties verwijzen wij naar de landelijke richtlijn. Als toevoeging aan de richtlijn is er bij hoogvolume ziekte de mogelijkheid tot het geven van triple therapie (ADT + abirateron + docetaxel) in geval van fitte ("jonge") patienten.

Gemetastaseerd castratie resistent prostaatacarcinoom

Behandeling van castratie resistente patienten vindt in principe plaats bij de internist-oncoloog, tenzij lokaal anders afgesproken. Waar mogelijk wordt gekeken of patient in aanmerking komt voor behandeling in studieverband in een van de Embraze centra. Bij de start van de behandeling dient rekening te worden gehouden met de behandeling in hormoongevoelige setting. Verder is het belangrijk om op tijd BRCA te bepalen.

Opties 1e lijn zijn ARSI (abirateron, enzalutamide) of docetaxel. Na docetaxel kan bij fitte patienten cabazitaxel gegeven worden. Na behandeling met een ARSI is er bij BRCA mutatie de mogelijkheid tot het geven van olaparib (PARPi).

Verder is behandeling met PSMA-Luthetium in het Erasmus MC een mogelijkheid. In principe is dit na een ARSI en chemotherapie (docetaxel/cabazitaxel), maar bij contra-indicaties kan overleg gevoerd worden om het eerder te geven.

Bij symptomatische skeletmetastasering zonder viscerale of uitgebreide lymfogene metastasering kan de behandeling met radium-223 overwogen worden.

Botmetastasen en botresorptie remming

Bij iedere patient met (uitgebreide) botmetastasen moet een bisfosfonaat danwel denosumab overwogen worden. Hierbij moet een afweging gemaakt worden over winst op SRE's (skeletal related events) en de bijwerkingen mee genomen worden. Patient dienen alle behandelopties gehoord te hebben. Ook moet patient geadviseerd worden een tandarts te bezoeken vooraf aan start van een van deze middelen.

2.5.7. Behandeling bij overige behandelingen

Verdenking lokaal, locoregionaal, of afstandsrecidief prostaatacarcinoom o.b.v. stijgend PSA na RALP, brachytherapie of uitwendige radiotherapie.

Indicaties aanvullend beeldvormend onderzoek in follow-up

- Indien nog salvage lokale / locoregionale behandelingen beschikbaar zijn al bij lage PSA-waarde van 0.4 mcg/L aanvullende diagnostiek doen.
- Indien geen salvage lokale behandelingen mogelijk zijn bij PSA-waarde van $\geq 2-3$ mcg/L aanvullende diagnostiek doen

Beeldvormend onderzoek

- PSMA-scan
- Op indicatie andere gerichte beeldvorming

Mogelijke recidiefsituaties

- A. (Biochemisch) lokaal, of locoregionaal recidief
- B. Oligometastasering
- C. Niet-oligometastasering.

A. Biochemisch lokaal / locoregionaal recidief

1. Geen afwijkingen op PSMA-scan of geen PSMA-scan gemaakt
Na RALP



- Doelgebied:
 - Prostaatloge inclusief eventuele rest vesiculae indien pN0 bij RALP+PLND, of geen PLND verricht bij RALP.
 - Prostaatloge inclusief eventuele rest vesiculae met bekken kliergebieden indien pN+ bij RALP+PLND.
- Hormoontherapie:
 - Bespreken in geval van: Gleason ≥ 8 , of $\geq T3b$, of pN+ bij RALP. Duur 6 maanden (onvoldoende bewijs dat langere duur meerwaarde geeft).
 - Hormoontherapie geeft waarschijnlijk betere PFS, meerwaarde voor verbetering CSS en OS onvoldoende aangetoond.

Na brachytherapie of uitwendige radiotherapie

- Expectatief.

2. Lokaal recidief aangetoond op PSMA-scan

Na RALP

- Doelgebied:
 - Prostaatloge inclusief eventuele rest vesiculae indien pN0 bij RALP+PLND, of geen PLND verricht bij RALP.
 - Prostaatloge inclusief eventuele rest vesiculae met bekken kliergebieden indien pN+ bij RALP+PLND.
 - Boost op PSMA-avide gebied.
- Hormoontherapie:
 - Bespreken in geval van: Gleason ≥ 8 , of $\geq T3b$, of pN+ bij RALP.
 - Duur 6 maanden (onvoldoende bewijs dat langere duur meerwaarde geeft).
 - Hormoontherapie geeft waarschijnlijk betere PFS, meerwaarde voor verbetering CSS en OS onvoldoende aangetoond.

Na brachytherapie of uitwendige radiotherapie

- Beoordelen andere mogelijke salvage behandelingen.
- Indien geen salvage behandelingen mogelijk (uitgestelde) systemische behandeling.

3. Regionaal recidief aangetoond op PSMA-scan

Na RALP

- Indien >4 kliermetastasen: (uitgestelde) systemische behandeling.
- Indien ≤ 4 kliermetastasen, met of zonder lokaal recidief: radiotherapie.
- Doelgebied:
 - Prostaatloge (ook indien geen lokaal recidief op PSMA-scan) en pelviene kliergebieden.
 - Boost op PSMA-avide gebied(en).
 - Alternatief: bestralen van alleen de kliermetastasen indien geen sprake is van een lokaal recidief.
- Hormoontherapie:
 - Bespreken.
 - Duur 6 maanden (onvoldoende bewijs dat langere duur meerwaarde geeft).
 - Hormoontherapie geeft waarschijnlijk betere PFS, meerwaarde voor verbetering CSS en OS onvoldoende aangetoond.

Na brachytherapie of uitwendige radiotherapie

- Indien >4 kliermetastasen: (uitgestelde) systemische behandeling.
- Indien ≤ 4 kliermetastasen: pelviene lymfeklierdissectie indien mogelijk en niet eerder verricht/geen radiotherapie pelviene kliergebieden gehad.

Alternatief uitwendige radiotherapie van de metastasen.



B. Oligometastasering

- Bij alleen lymfogene metastasen: zie voor beleid kopje 'Biochemisch lokaal / locoregionaal recidief - Regionaal recidief aangetoond op PSMA-scan'.
- Bij niet-lymfogene metastasen: metastasegerichte behandeling indien maximaal 3 metastasen (lymfogeen en niet-lymfogeen bij elkaar).
- Het is onduidelijk of effectiviteit hetzelfde is als het om niet-lymfogene, extra-ossale metastasen gaat.

Doel behandeling

- Uitstel van hormonale therapie / progressieve ziekte.
- Het is (nog) niet aangetoond dat het verbetering overall survival geeft.

Behandeling

- Uitwendige radiotherapie, indien mogelijk stereotactische radiotherapie.
- Behandeling niet combineren met systemische therapie.

Literatuur

- Surveillance or Metastasis-directed therapy for oligometastatic prostate cancer recurrence : a prospective, randomized, multicenter phase II trial. Ost et al, JCO 2018. STOMP-trial.
- Abstract ORIOLE-trial.

C. Niet-oligometastasering

(Uitgestelde) systemische behandeling.

2.5.8 Informatievoorziening en voorlichting

Informatievoorziening wordt per ziekenhuis zelf verzorgd met aandacht voor de in dit document afgesproken onderdelen.

2.5.9 Hoofdbehandelaarschap

Het hoofdbehandelaarschap bij regionale verwijzing gaat over naar het ontvangend ziekenhuis ten tijde van de behandelduur in het ontvangend centrum. Indien de nazorg in het verwijzend centrum plaatsvindt, gaat op dat moment het hoofdbehandelaarschap terug naar het verwijzend centrum.

2.6 Follow-up

Na de behandeling prostatectomie is het de taak van het verwijzend centrum om gezamenlijk goede afspraken te maken over de uitvoering van postoperatieve controles en verantwoordelijkheid omtrent complicaties opdat de continuïteit van zorg geborgd blijft.

2.7 Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die vanuit het lokale ziekenhuis in samenspraak met de eerste lijn is georganiseerd. Binnen EMBRAZE is daarom aangegeven dat dit geen regionaal aandachtspunt is vanuit de NTG Urologie, maar uniform vanuit het consortium palliatieve zorg opgepakt zal worden. De adviesgroep palliatieve zorg van EMBRAZE, met vertegenwoordigers vanuit alle ziekenhuizen, kan adviseren over tumor specifieke palliatieve zaken.

3. Overig

3.1 Benchmark indicatoren

De NTG Prostaat organiseert outcome besprekingen voor de gehele EMBRAZE regio, waarbij behandeluitkomsten en patiëntervaringen intern en extern worden vergeleken en geëvalueerd



(transparantie en benchmarking). Resultaten van deze besprekingen vormen de basis voor verbetering van de prostaatkankerzorg en/of leiden tot het opzetten van (wetenschappelijk) onderzoek. Hiertoe vindt registratie plaats, zoveel mogelijk op basis van een erkende uitkomsten set en op een manier die regionale vergelijking mogelijk maakt. Dit voor de volgende indicatoren:

- Bijhouden van PROMs aan de hand van de eigen Embraze-Epic26+3 lijst dd 2020 (bijlage 2)
- Bijhouden van complicatie registratie
- Aantallen (zie pagina 6)
- Bij RALP:
 - Bloedverlies
 - OK duur (skin-to-skin)
 - Positief snijvlak bij T2 en T3
 - PSA 3m
 - En alle andere items die sinds 2020 in de eigen Embraze RALP dataset worden bijgehouden

3.2 Monitoring

Naast de IKNL en NVU database wordt lokaal alle data verzameld in een excel bestand. Er wordt toegewerkt naar één database. De EPIC 26 vragenlijst wordt gebruikt als PROM voor prostaatcarcinoom behandeling. Afname tijdstip is voor behandeling, 3m, 6m en 12 m na behandeling. Zie bijlage 3.

3.3 Geriatrische screening

Voor de oudere patiënten met CRPC is binnen EMBRAZE (vanuit ETZ) een trial opgezet, waarbij een groot aantal ziekenhuizen de patiënten boven 70 jaar vraagt deel te nemen. Naast het aanbieden van een keuzetool wordt bij deze patiëntengroep de G8 afgenomen.

3.4 Trials binnen EMBRAZE

In toenemende mate wordt geprobeerd om als EMBRAZE aan landelijke en/of regionale trials deel te nemen. Nieuwe trial opties worden bij voorkeur besproken en afgestemd in regionaal EMBRAZE verband. Voor lopende trials wordt vooralsnog verwezen naar de DUOS-website.

4. Bijlagen

- 1 LPRU-protocol voor N+ prostaatca
- 2 EBRT-ADT richtlijn
- 3 EPIC26 Dutch version



Bijlage 1 LPRU-protocol voor N+ prostaatca

1. Na radicale prostatectomie + klierdissectie (pN+)

bij 1-4 positieve klieren: bekkenbestraling

behalve bij 1 positieve klier, een gleasonscore van < 7 en een adequate klierdissectie

Bij 1-4 positieve klieren en R1: bekkenbestraling met prostaatbed RT

NB: Bij >4 pos klieren of pathologische klieren vanaf iliaca communis of hoger: alleen hormonale therapie.

2. Bij pN+ na klierdissectie, prostaat in situ

Idem als na radicale prostatectomie, met boost tot curatieve dosis op prostaat

NB: Bij >4 pos klieren of pathologische klieren vanaf iliaca communis of hoger: alleen hormonale therapie, eventueel gecombineerd met palliatieve dosis op de prostaat voor betere lokale controle

3 Primair cN+, prostaat in situ

Indicatie:

- Bij 1-4 positieve klieren onder iliaca communis

Behandeling:

- RT bekken en prostaat tot curatieve dosis
- Een boost tot 60-66 Gy (EQD2) op de macroscopische pathologische klier(en) kan gegeven worden mits dunne darm constraint niet overschreden wordt



Bijlage 2 EBRT-ADT richtlijn

Behandeltabel voor adjuvante hormonale therapie bij prostaatkanker patiënten die primair uitwendige radiotherapie (EBRT) ondergaan. Het betreft een consensus besproken tussen de Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) van de NVU en het Landelijk Platform Radiotherapie bij Urologische tumoren (LPRU) van de NVRO. In principe worden patiënten zoveel mogelijk in klinische studies geïnccludeerd.

Alhoewel een hoger aantal positieve bipten en de aanwezigheid van cribriforme groei gezien worden als ongunstige factoren, is er nog geen duidelijke aanwijzing in de literatuur in hoeverre dit de optimale duur van adjuvante hormoontherapie dient te beïnvloeden, en derhalve niet meegenomen in de tabel. De aanwezigheid van cribriforme groei kan in individuele grens gevallen wel meegewogen worden om de patiënt een andere ADT duur te adviseren.

Deze tabel is indicatief, waarbij op basis van individuele tumor of patiënt kenmerken afgeweken kan worden.

De hormonale therapie wordt concurrent en adjuvant gegeven.

PSA : laatst gemeten PSA voor start behandeling
ISUP : gebaseerd op de alle verkregen PA voor start behandeling. Bij multifocale tumoren de hoogste ISUP score gebruiken
T stadium : gebaseerd op de alle diagnostiek inclusief RT, TRUS, MRI en PSMA
N stadium : gebaseerd op de PSMA PET scan en/of MRI

Indicatie adjuvante hormoontherapie bij curatieve EBRT

	T1-T2c (organ confined)			T3a			T3b-T4 of N1
	PSA < 10	PSA 10-20	PSA >20	PSA < 10	PSA 10-20	PSA >20	
ISUP 1 (GS 6)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 2 (GS 3+4)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 3 (GS 4+3)	Geen HT	Geen HT	6 mnd HT	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 4 (GS 8)	6 mnd HT	6 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT
ISUP 5 (GS 9-10)	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	18 mnd HT	24 mnd HT



Embraze
Kankernetwerk

Bijlage 3 EPIC26 Dutch version



EMBRAZE
Kankernetwerk

Geachte heer,

Voor u liggen meerdere vragenlijsten, de zogenaamde “Epic 26-vragenlijsten” die u toegestuurd gekregen heeft in verband met uw prostaatoperatie door de uroloog.

De “Epic 26” bestaat uit een lijst met vragen over hoe het met u gaat op voornamelijk lichamelijk gebied. De door u ingevulde gegevens worden gebruikt om de prostaatkankerzorg in Nederland te verbeteren.

Wij verzoeken u de 5 vragenlijsten zo volledig mogelijk in te vullen en middels bijgevoegde antwoortenveloppe (**geen postzegel nodig**) te retourneren.

Vragenlijst 1 + lastmeter:	Voor de operatie
Vragenlijst 2 + lastmeter:	3 maanden na de operatiedatum
Vragenlijst 3:	6 maanden na de operatiedatum
Vragenlijst 4:	12 maanden na de operatiedatum
Vragenlijst 5:	24 maanden na de operatiedatum

Vriendelijke groeten,

Urologieverpleegkundigen Bravis locatie Roosendaal
Telefoonnummer 088-706 8862

Urologieverpleegkundigen Bravis locatie Bergen op Zoom
Telefoonnummer 088-706 6191

Voor meer informatie kunt u terecht op www.bravisurologie.nl



Vragenlijst: Pré 2 3 4 5

Samengevoegd door: E. Collette juli 2020 obv EPIC-50-Dutch en EPIC-26-Englisch en EORTC QLQ-PR25 obv EurUro-IHCOM artikel.

Soms zeggen patiënten dat ze de volgende klachten of problemen hebben. Wilt u aangeven in welke mate u deze klachten of problemen heeft ervaren door het getal te omcirkelen dat het meest op uw situatie van toepassing is?

PLASSEN

De eerste serie vragen gaan over het plassen. Denk aan uw situatie in de AFGELOPEN 4 WEKEN.

Omcirkel steeds één cijfer.

1. Hoe vaak verloor u, in de afgelopen 4 weken, urine zonder dat u dat wilde?

Meer dan eens per dag	1
Ongeveer eens per dag	2
Meer dan eens per week	3
Ongeveer eens per week	4
Zelden of nooit	5

2. Hoe goed kon u, in de afgelopen 4 weken, de urine ophouden?

Kon de urine helemaal niet ophouden	1
Vaak ongewild verlies van druppels urine	2
Af en toe ongewild verlies van druppels urine	3
Geen ongewild urineverlies	4

3. Hoeveel verbanden of luiers gebruikte u per dag in de afgelopen 4 weken om ongewild urineverlies op te vangen?

Geen	0
1 verband per dag	1
2 verbanden per dag	2
3 of meer verbanden per dag	3



4. In hoeverre heeft u de volgende plasklachten, in de afgelopen 4 weken, als een probleem ervaren?

	Geen probleem	Zeer klein probleem	Klein probleem	Nogal een probleem	Groot probleem
a. Ongewild urineverlies	0	1	2	3	4
b. Pijn of branderig gevoel bij plassen	0	1	2	3	4
c. Bloed bij de urine	0	1	2	3	4
d. Slappe straal of niet goed uitplassen	0	1	2	3	4
e. Vaak plassen overdag	0	1	2	3	4

5. Alles overziend, in hoeverre heeft u het plassen en eventueel ongewild urineverlies als een probleem ervaren, in de afgelopen 4 weken?

Geen probleem	1
Zeer klein probleem	2
Klein probleem	3
Nogal een probleem	4
Groot probleem	5

ONTLASTING / STOELGANG

De volgende vragen gaan over de ontlasting (stoelgang) en pijn in de buik. Denk aan uw situatie in de AFGELOPEN 4 WEKEN

Omcirkel steeds één cijfer.

6. In hoeverre heeft u de volgende ontlastingsklachten, in de afgelopen 4 weken, als een probleem ervaren?

	Geen probleem	Zeer klein probleem	Klein probleem	Nogal een probleem	Groot probleem
a. Loze aandrang zonder dat er iets kwam	0	1	2	3	4
b. Vaker ontlasting	0	1	2	3	4
c. Verlies van ontlasting	0	1	2	3	4
d. Bloed bij de ontlasting	0	1	2	3	4
e. Pijn in de buik of het rectum	0	1	2	3	4

7. Alles overziend, in hoeverre heeft u de ontlasting (stoelgang) als een probleem ervaren, in de afgelopen 4 weken?

Geen probleem	1
Zeer klein probleem	2
Klein probleem	3
Nogal een probleem	4
Groot probleem	5



SEKSUELE FUNCTIES

*De volgende vragen gaan over huidig seksueel functioneren en tevredenheid. Veel van de vragen zijn erg persoonlijk, maar uw antwoorden helpen ons de gevolgen van de behandeling in kaart te brengen. Bedenk dat de informatie absoluut **vertrouwelijk** wordt behandeld. De vragen betreffen de situatie in de AFGELOPEN 4 WEKEN*

Omcirkel steeds één cijfer.

8. In de afgelopen 4 weken, hoe zou u voor uzelf de volgende zaken beoordelen?

	Geen probleem	Zeer klein probleem	Klein probleem	Nogal een probleem	Groot probleem
a. Uw vermogen om een erectie te krijgen	0	1	2	3	4
b. Uw vermogen om een orgasme te krijgen	0	1	2	3	4

9. Hoe zou u de kwaliteit van uw erecties omschrijven in de afgelopen 4 weken?

Helemaal geen	1
Niet stevig genoeg voor enige seksuele activiteit	2
Alleen stevig genoeg voor masturbatie en voorspel	3
Stevig genoeg voor gemeenschap	4

10. In de afgelopen 4 weken, hoe vaak had u een erectie wanneer u dat wenste?

Ik had NOOIT een erectie wanneer ik dat wenste	1
Ik had een erectie MINDER dan de helft van de keren	2
Ik had een erectie ONGEVEER de helft van de keren	3
Ik had een erectie MEER dan de helft van de keren	4
Ik had ALTIJD een erectie wanneer ik dat wenste	5

11. Over het geheel, hoe zou u uw seksuele functioneren omschrijven in de afgelopen 4 weken?

Zeer slecht	1
Slecht	2
Redelijk	3
Goed	4
Zeer goed	5

12. Alles overziend, in hoeverre heeft u uw seksueel functioneren in de afgelopen 4 weken als een probleem ervaren?

Geen probleem	1
Ze klein probleem	2
lein probleem	3
Nogal een probleem	4
Groot probleem	5



HORMOONFUNCTIES

De volgende vragen gaan over uw hormonen. Denk aan uw situatie in de AFGELOPEN 4 WEKEN

13. In hoeverre heeft u, in de afgelopen 4 weken, de volgende zaken als een probleem ervaren?

	Geen probleem	Zeer klein probleem	Klein probleem	Nogal een probleem	Groot probleem
a. Opvliegers	0	1	2	3	4
b. Borstverandering/gevoeligheid	0	1	2	3	4
c. Verlies van lichaamshaar	0	1	2	3	4
d. Sombere buien	0	1	2	3	4
e. Gebrek aan energie	0	1	2	3	4
f. Gewichtsverandering	0	1	2	3	4

Aanvullende vragen seksualiteit

De volgende vragen gaan over uw hormonen. Denk aan uw situatie in de AFGELOPEN 4 WEKEN

14a. In hoeverre had u zin in seks?

Helemaal niet	1
Een beetje	2
Nogal	3
Heel erg	4

14b. Heeft u hulpmiddelen gebruikt om en erectie te krijgen en/of een erectie te verbeteren?

Ja	1
Nee	2

14c. Geef voor elk van de volgende medicijnen en/of hulpmiddelen aan of u het al dan niet heeft geprobeerd of momenteel gebruikt.

	Geprobeerd, maar het helpt niet	Het helpt, maar ik gebruik het niet meer	Het helpt en ik gebruik het soms	Het helpt en ik gebruik het vaak
Viagra of andere medicatie in tabletvorm	0	1	2	3
Gel in de plasbuis (muse)	0	1	2	3
Injecties in de penis	0	1	2	3
Vacuümpomp	0	1	2	3
Een ander hulpmiddel	0	1	2	3

Dit is het einde van de vragenlijst. Vriendelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Urologen, Urologie-oncologieverpleegkundigen & onderzoek medewerkers van Embraze oncologienetwerk www.embraze.net