Beleid PROSTAATCARCINOOM

1. Inleiding

= meest frequente kanker bij de man

Elk jaar worden in Vlaanderen meer dan 5000 nieuwe gevallen geregistreerd. De gemiddelde leeftijd bij diagnose bedraagt bijna 70 jaar.

Leeftijd is de belangrijkste risicofactor.

5-10% erfelijke aanleg.

Verhoogd risico indien eerstegraadsverwant met prostaatcarcinoom.

2. TNM stadiëring

AJCC UICC 9de editie, 2025

Primaire tumor (T) klinisch

Tx Primaire tumor niet te beoordelen

T0 Geen evidentie voor primaire tumor

T1 Klinisch niet aantoonbare tumor, niet palpabel en niet zichtbaar met beeldvorming

- T1a Tumor = toevallige histologische vondst, aanwezig in <= 5% van gereseceerd weefsel bij TURP
- T1b Tumor = toevallige histologische vondst, aanwezig in > 5% van gereseceerd weefsel bij TURP
- T1c Tumor vastgesteld met naald-biopsie (vb. tgv. verhoogd PSA)

T2 Tumor beperkt tot de prostaat

- T2a Tumor beperkt tot < of = ½ van 1 lob
- T2b Tumor uitgebreid naar > ½ van 1 lob, maar niet in 2 lobben
- T2c Tumor aanwezig in beide lobben

T3 Tumorextensie doorheen prostaatkapsel

- T3a Extra-capsulaire extensie (unilateraal of bilateraal)
- T3b Tumor invadeert de zaadblaasje(s)

T4 Tumor gefixeerd aan of met invasie van aangrenzende structuren, uitgezonderd de zaadblaasjes: blaashals, externe sfincter, rectum, levatorspieren of bekkenwand

Nota: invasie van de prostaatapex of van de prostaatkapsel (maar niet erdoorheen) wordt geklasseerd als T2

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

Primaire tumor (T) pathologisch

T2 Tumor beperkt tot de prostaat

T3 Tumorextensie doorheen prostaatkapsel

- T3a Extra-capsulaire extensie of microscopische invasie van de blaashals.
- T3b Tumor invadeert de zaadblaasje(s)

T4 Tumor gefixeerd aan of met invasie van aangrenzende structuren, uitgezonderd de zaadblaasjes: blaashals, externe sfincter, rectum, levatorspieren of bekkenwand

Nota: Er is geen pT1 classificatie. Positieve marges worden als R1 beschreven

Regionale klierstreken (N)

Nx Klierstreken niet te beoordelen

N0 Geen regionale lymfekliermetastasen

N1 Regionale lymfekliermetastasen

Metastasen op afstand (M)

MX Metastasen op afstand niet te beoordelen

M0 Geen metastasen op afstand

M1 Meta 's op afstand

- M1a: Niet-regionale lymfkieren
- M1b: Botmetastasen
- M1c: Andere lokalisaties

Opmerkingen:

- Een tumor, niet palpabel en niet zichtbaar via beeldvorming, gevonden via naaldbiopsie in een of 2 lobben, wordt geclassificeerd als T1c.
- De regionale klieren zijn de pelvische klieren die zich bevinden onder de bifurcatie van de a. iliaca communis
- De stadiëring is enkel toepasselijk op adenocarcinomata en niet op TCC.

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

Histopathologische Graad : ISUP gradering systeem

Grade Group	Gleason score	Gleason pattern
1	≤6	≤3+3
2	7	3+4
3	7	4+3
4	8	4+4, 3+5, or 5+3
5	9 or 10	4+5, 5+4, or 5+5

TNM: tumor, node, metastasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control.

Dit vervangt de Gleason score niet, maar geeft een betere risico stratificatie. Tumoren worden verdeeld in 5 categorieën hetgeen ook voor patiënten vlotter te begrijpen is.

Staging groepen

When T is...	And N is...	And M is...	And PSA is...	And Grade Group is...	Then the stage group is...
cT1a-c, cT2a	N0	M0	<10	1	I
pT2	N0	M0	<10	1	I
cT1a-c, cT2a, pT2	N0	M0	≥10 <20	1	IIA
cT2b-c	N0	M0	<20	1	IIA
T1-2	N0	M0	<20	2	IIB
T1-2	N0	M0	<20	3	IIC
T1-2	N0	M0	<20	4	IIC
T1-2	N0	M0	≥20	1-4	IIIA
T3-4	N0	M0	Any	1-4	IIIB
Any T	N0	M0	Any	5	IIIC
Any T	N1	M0	Any	Any	IVA
Any T	Any N	M1	Any	Any	IVB

NOTE: When either PSA or Grade Group is not available, grouping should be determined by T category and/or either PSA or Grade Group as available.

TNM: tumor, node, metastasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control; PSA: prostate-specific antigen.

3. Diagnose

3.1 PPA

= subjectief, lage sensitiviteit

Slechts 30-40% nog lokaal indien tumor voelbaar

PPV = PSA-afhankelijk; 60% foute T-stadium

Onderscheid cT2-cT3a echter wel accuraat in geval van perifere zone carcinoom

Zinvol te beschouwen, zeker bij oudere patiënten waar een MRI niet per se geïndiceerd is.

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

3.2 PSA

= prostaat-specifiek, niet ziekte-specifiek

Primair matige marker, na therapie wel veelal betrouwbaar

Benigne prostaathypertrofie: PSA stijging ≈ 0.25ng/ml/jaar

Stijging bij manipulatie, retentie, fietsen, infectie, ..

Vrij PSA% ≤20% = verdacht (af te nemen bij totaal PSA tussen 2.5 en 10 ng/ml)

PSA densiteit >0.10-0.15 = verdacht

PSA-stijging >0.75 ng/ml/jaar = verdacht

Leeftijdsgebonden PSA

Oesterling:	50j: 2.5	60j: 3.5	70j: 4.5	80j: 6.5
Bartsch:	50j: 1.25	60j: 1.75	70j: 2.25	

3.3 TRUS (transrectale echografie)

Volume bepaling (PSA densiteit?) + configuratie

Prostaatcarcinoom is vooral hypo-echogeen, echter 30-40% iso-echogeen

Als PPA en PSA normaal → sensitiviteit echo laag

Capsulaire doorbraak in >60% detecteerbaar

Nemen van biopsies

3.4 NMR

NMR heeft sensitiviteit >90% voor klinisch significant prostaatcarcinoom.

Rapportering volgens PIRADS systeem

Lokalisatie en anatomische informatie

Extraprostatische extensie moeilijker beoordeelbaar

Bij voorkeur NMR voor biopsies bij patienten waar lokale behandeling overwogen wordt.

Belang i.k.v opvolging in active surveillance.

3.5 Urinaire markertesten

Verschillende urinaire markers beschreven

Geen opties meer beschikbaar in België op moment van schrijven.

3.6 Biopsies

Transperineaal

De standaard in ons ziekenhuis gezien de lagere kans op infectieuze complicaties in vergelijking met transrectaal

- geen andere bijkomende risico's beschreven
- evenwaardige diagnostische accuraatheid volgens recente studies
- geen antibioticaprofylaxis noodzakelijk
- Anticoagulantia andere dan asaflow tijdig te staken

Transrectaal

- Grotendeels verlaten gezien opkomst transperineale biopten
- antibioticaprofylaxis: levofloxacine 500mg éénmalig of ceftriaxone 1g IM zo recent quinolone gebruik. In principe aan te vullen met rectale swab (resistentie?) + isobetadine rectaal.

Hoeveel biopsies?

- Diagnostisch target biopsies veruit meest waardevol: voelbare of zichtbare laesie op NMR/echo/PSMA
- Ad random: evt PZ biopten ikv preoperatieve overwegingen (zenuwsparing?). Bij ptn met oplopend PSA zonder aantoonbaar letsel wel template (10 – 12) tot saturatie biopten te overwegen.

3.7 Stadiëring

Risico-afhankelijk:

- Laag risico: geen bijkomende stadiëring
- Intermediair risico zo ISUP 3 of hoger: cross-sectionele beeldvorming pelviene klierstreken (NMR prostaat zo klierstreken betrokken of CT abdomen) + botscan
- Hoog risico: PSMA-PET/CT

4. Primaire behandeling van gelokaliseerd prostaatcarcinoom

4.1 Active surveillance/watchful waiting

Onderscheid

	Active surveillance	**Watchful waiting**
Doel	Curatief	Palliatief

Follow-up	Volgens schema	Patient-specifiek
Hoe op te volgen ?	PPA, PSA, mpMRI, re-biopsie	Op basis van symptomen of progressie
Levensverwachting	> 10 jaar	< 10 jaar
Doel	Minimaliseren behandelingsgerelateerde toxiciteit zonder compromis in overleving	Minimaliseren behandelingsgerelateerde toxiciteit
Commentaar	Low-risk of intermediair zo beperkte Gleason 3+4 (<10% factor 4)	Mogelijk in alle stadia

Follow-up in active surveillance

Voorbeeld van standaardprotocol:

- Eerste jaar PSA controle alle 3 maanden, nadien 6-maandelijks
- Echo prostaat op 6 maanden
- MRI prostaat jaarlijks
- Gerichte PPB op 1 en 3 jaar, tenzij PSA densiteit laag met stabiel PSA en stabiel MRI beeld (PRECISE 1-2-3).

Wanneer behandelen?

Vraag van patiënt, vb. in kader van angst

Lokale progressie bij klinisch onderzoek, TRUS of NMR

Voornaamste reden: upgrading van de tumor op biopsie.

Levensverwachting

Overleving met deze strategie = bewezen niet inferieur (oa ProtecT trial)

Overleving specifieke patiënt in te schatten volgens tabellen:

http://statbel.fgov.be/nl/binaries/sterftetafels_versie%201_tcm325-63732.xls

http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf

Bij gezonde patiënt +50% overleving

Bij veel co-morbiditeiten -50% overleving

4.2 Radicale prostatectomie

Dit behelst de totale verwijdering van de prostaat met de zaadblaasjes, al dan niet met een extended pelvische lymfadenectomie. De gouden standaard is tegenwoordig een robot-geassisteerde aanpak met zenuwsparing waar dit oncologisch veilig is en een lymfadenectomie op indicatie.
Hierbij worden sparende technieken aangeboden waar dit veilig en zinvol is. Zowel de fascia-sparende techniek (of hood-technique) als de Retzius-sparende techniek (volgens Bocciardi) hebben gunstigere functionele resultaten aangetoond op vlak van continentie, zeker in de eerste weken en maanden. Na de leercurve is er voor deze technieken geen verhoogd risico op snedevlakken.

Indicatie

Gelokaliseerd prostaatcarcinoom bij patiënten met een levensverwachting van minstens 10 jaar, voor wie active surveillance geen optie is.
Lokaal uitgebreide ziekte (cT3a, cT3b, cT4 +/- cN1) komt ook in aanmerking waar een volledige resectie technisch haalbaar is.
De plaats van radicale prostatectomie bij (laag volume) gemetastaseerd prostaatcarcinoom is nog onduidelijk en kan enkel overwogen in specifieke gevallen (symptoomcontrole, multimodale therapie, erg jonge patiënten,…) mits duidelijk en realistisch counselen van de patiënt. In lokaal uitgebreide gevallen kan neo-adjuvante hormoontherapie overwogen worden.

Pelvische lymfadenectomie

Bij high-risk groep te bespreken met patient ifv pro-contra, mede ifv eventuele PSMA-PET/CT
Indien uitgevoerd best uitgebreide dissectie: interna, obturator en externa regio's volledig (gemiddeld 16-17 klieren in totaal).
Sparen van de laterale zone in kader van oedeemrisico.

4.3 Externe radiotherapie

Techniek

- Volumetric Modulated Arc Therapy (VMAT)
- CT in bestralingshouding alsook MRI zo geen contra-indicaties
- Doelvolume is prostaat en (basis van) zaadblaasjes met marge voor set-up errors en beweging. Bij risico op lymfeklieraantasting van ≥35% volgens de Roach formule worden de drainerende lymfeklierstations mee bestraald

(obturator loge, iliaca interna, externa en communis tot aan de aortabifurcatie en presacraal)

- Dosis 60 Gy in 20 fracties op de prostaat, simultaan andere dosislevels mogelijk (54,6 Gy-44 Gy) ifv T-stadium en (risico op) klieraantasting. Image guidance tijdens de radiotherapie
- Dosis 36,25 Gy in 5 fracties van 7,25 Gy a rato van 2 fracties per week voor patiënten met low en favourable intermediate risk PCa bij patiënten met een goede plasfunctie en geen contra-indicaties voor goudmarkerplaatsing/MRI

Indicaties

Alternatief voor radicale prostatectomie, rekening houdend met leeftijd patiënt, levensverwachting, co-morbiditeit, klachtenpatroon, eventuele contra-indicaties voor chirurgie, voorkeur patiënt en nevenwerkingsprofiel van de behandeling

1. Low risk prostaatcarcinoma

2. Intermediate risk prostaatcarcinoma, gecombineerd met 6 maanden ADT

3. High risk prostaatcarcinoma, gecombineerd met 24 maanden ADT

4. Radiotherapie van de prostaat in low volume metastatic disease (STAMPEDE), dosis in dat geval 55Gy/2,75 Gy of 36 Gy/6Gy a rato van 1x/w

4.4 Brachytherapie

- Low dose rate brachytherapy (LDR)
  Indicaties: Stadium cT1b-T2a N0 M0, ISUP grade 1 met ≤50% van de biopsies ingenomen of ISUP grade 2 met ≤33% van de biopsies ingenomen, iPSA ≤ 10 ng/ml, IPSS ≤ 12 en een max flow rate > 15 ml/min

- High dose rate brachytherapy (HDR)
  Indicaties: voorlopig voorbehouden als local salvage therapie voor (bioptisch bewezen) radiorecurrent disease, 2x13 Gy of 3x10 Gy a rato van 1 fractie per week

4.5 Experimentele behandelingen

HIFU en cryotherapie: te weinig evidentie voor efficaciteit op lange termijn om te includeren in standaardprotocol voor de behandeling.

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

Mogelijk wel een rol in de behandeling van oudere patiënten die niet in aanmerking komen voor radicale chirurgie en met beperkte tumor-load (PSA<10, Gleason score <7, klinisch beperkte tumor (T1-2)), hoewel daar active surveillance of watchful waiting meestal de voorkeur heeft.

5. Follow-up

45% van recidief binnen 2 jaar
77% van recidief binnen 5 jaar
96% van recidief binnen 9 jaar

Kans op recidief is erg afhankelijk van primaire tumor en het anatomopathologisch resultaat. Daarom onderscheiden we 2 risicocategorieën:

<u>Low (Gleason 6)/intermediate risk</u>
PSA controles:
Jaar 1: 6wk - 3 mnd – 6 mnd – 12 mnd (+ verpleegkundig consulent)
Jaar 2: 18 mnd - 24 mnd
> 2 jaar: retour huisarts of jaarlijks PSA

<u>High risk (T3a/b, N+, R+, Gleason 8-10)</u>
PSA controles:
Jaar 1: 6wk - 3 mnd – 6 mnd – 9 mnd - 12 mnd (+ verpleegkundig consulent)
Jaar 2: 18 mnd - 24 mnd
Jaar 3: 30 mnd - 36 mnd
Jaar 4: 48 mnd
Jaar 5: 60 mnd
> 5 jaar: retour huisarts of jaarlijks PSA

5.1. PSA controles

PSA stijging gaat klinisch recidief 6-48 maanden vooraf
Biochemisch recidief:

- PSA >0.2 = recidief na prostatectomie
- Nadir + 2ng/ml = recidief na RT primair

5.2. PSMA-PET/CT

Zo biochemisch recidief het onderzoek bij voorkeur.

In geval van indicatie salvage radiotherapie: louter per uitzondering geïndiceerd vooraf.

6. Biochemisch falen na radicale prostatectomie en adjuvante radiotherapie

Early salvage radiotherapie op de prostaatloge is de standaard vanaf 0,10 ng/ml en minstens 2 opeenvolgende PSA-stijgingen of bij niet negativeren van het PSA na heelkunde.

Adjuvante radiotherapie te overwegen indien meerdere risicofactoren (Gleason 8-10, pT3-T4, R1-resectie) of in geval van pN1, zeker indien >1 aangetaste klier.

Staging met PSMA PET-CT kan overwogen worden vanaf een waarde van 0,2 ng/ml vb indien R0-resectie, pNx of bij patiënten met een hogere kans op extrapelviene ziekte (vb hoge Gleason score, snelle postoperatieve PSA-doubling time). Onder deze waarde is aanvullende beeldvorming weinig zinvol.
Het doel van aanvullende beeldvorming is het uitsluiten van extrapelviene ziekte alvorens een lokale behandeling op te starten, maar kan daarnaast ook een invloed hebben op de radiotherapieplanning vb. indien cN+ of eventueel residuele tumor of macroscopisch recidief thv de prostaatloge.

Er gebeurt steeds een MRI in bestralingshouding voor de radiotherapieplanning tenzij contra-indicatie, RT adhv VMAT en image guidance tijdens de behandeling zijn standaard.

Dosis: 70 Gy/2 Gy thv prostaatloge, simultaan geïntegreerde boost (SIB) indien macroscopisch ziekterecidief dat kan afgelijnd worden obv de MRI tot 77Gy/2,2 Gy.
Indien indicatie om pelviene klieren te bestralen 56 Gy/1,6 Gy op de electieve pelviene klierregio's, SIB op macroscopische ziekte (cN+) tot 70Gy/2 Gy

Concomitant ADT gedurende een periode van 6 maanden te overwegen indien PSA pT3b, Gleason score 8 of hoger, R1-resectie of PSA >0,5 ng/ml.
Concomitant ADT gedurende een periode van 6-24 maanden indien pN1 of igv macroscopische ziekte (loge of cN+).

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

7. Biochemisch falen na radiotherapie

Stijging van PSA met 2 boven de nadir, bereikt na de bestraling of terug tumor bij PPA

Botscan

MRI- of CT-scan

Androgeen ablatie

Bij recidief na radiotherapie blijft salvage prostatectomie een optie als:

- meer dan 10 jaar levensverwachting
- geen metastasen op afstand op PSMA-PET/CT

Geeft groter risico op complicaties (vnl incontinentie)

Voorafgaande pathologische bevestiging middels prostaatpunctiebiopsies

Stijging van PSA en blastische botmeta's of andere meta's

Androgeen ablatie of anti-androgeen, metastasis-directed therapy te overwegen in functie van de ziekteload (cf. infra)

8. Upfront gemetastaseerd prostaatcarcinoom = hormoongevoelig

8.1 Basis anti-hormonale behandeling

= LHRH antagonist (subcutaan of per oraal)

Alternatief: chirurgische castratie

Associatie van tweede generatie anti-hormonale therapie (Androgen Receptor Signaling Inhibitor = ARSi) +/- chemotherapie geeft een langere totale overleving.

8.2 Abiraterone

Abiraterone blokkeert de productie van androgenen via een selectieve remming van de enzymatische activiteit van CYP17.

Steeds in combinatie met prednisone 5 mg **1x** per dag.

Eerste drie maanden tweewekelijkse biochemische controle noodzakelijk + opvolgen van de bloeddruk.

8.3 Apalutamide

Apalutamide remt de werking van testosteron door binding aan androgeenreceptoren (AR). Het remt tevens de nucleaire translocatie van geactiveerde AR, de binding van geactiveerde AR aan DNA en de AR-gemedieerde transcriptie.

Goedgekeurd op MCO 23 juni 2026

8.4 Enzalutamide

Enzalutamide remt de werking van testosteron door competitieve binding aan androgeenreceptoren. Het remt tevens de nucleaire translocatie van geactiveerde androgeenreceptoren en de binding van geactiveerde androgeenreceptoren aan DNA

8.5 Darolutamide

Darolutamide remt competitief de androgeenbinding en gaat daarmee de werking van testosteron tegen, het remt de nucleaire translocatie van de AR naar de celkern, en het remt de door AR gemedieerde transcriptie.

8.6 Darolutamide + Docetaxel chemotherapie

Te overwegen bij 'high volume' ziekte.
Darolutamide remt competitief de androgeenbinding en gaat daarmee de werking van testosteron tegen, het remt de nucleaire translocatie van de AR naar de celkern, en het remt de door AR gemedieerde transcriptie.
Associatie van (in principe) 6 kuren docetaxel, 75 mg/m², q3w

8.7 Lokale behandeling

Radicale behandeling in geval van oligometastasen te overwegen

- Behandeling van de primaire prostaattumor (cfr STAMPEDE zie hoger)
- Behandeling van de metastasen (vb stereotactische radiotherapie van bot- of kliermetastasen, chirurgische resectie)

9. Castratierefractair prostaatcarcinoom

9.1 Niet-gemetastaseerd castratierefractair prostaatcarcinoom

Hoog-risico niet-gemetastaseerde castratieresistente prostaatkanker met:

- serum castratiespiegels van testosteron < 50 ng/dL of < 1,7 nmol/L
- een stijgende PSA die 2 ng/ml hoger is dan de nadir PSA, waarbij deze stijging 25 % is ten opzichte van de nadir PSA, bevestigd met een 2de waarde
- PSA-verdubbelingstijd < of = 10 maanden
- geen radiografisch bewijs van metastasen op **botscan en op CT-scan/MRI**. Lymfeklier-metastasen onder de aortabifurcatie van < 2 cm zijn toegelaten.

9.1.1 Apalutamide

Apalutamide remt de werking van testosteron door binding aan androgeenreceptoren (AR). Het remt tevens de nucleaire translocatie van geactiveerde AR, de binding van geactiveerde AR aan DNA en de AR-gemedieerde transcriptie.

9.1.2 Darolutamide

Darolutamide remt competitief de androgeenbinding en gaat daarmee de werking van testosteron tegen, het remt de nucleaire translocatie van de AR naar de celkern, en het remt de door AR gemedieerde transcriptie.

9.1.3 Enzalutamide

Enzalutamide remt de werking van testosteron door competitieve binding aan androgeenreceptoren. Het remt tevens de nucleaire translocatie van geactiveerde androgeenreceptoren en de binding van geactiveerde androgeenreceptoren aan DNA

9.2 Gemetastaseerd castratierefractair prostaatcarcinoom

Nog onduidelijk in welke volgorde de verschillende therapieën best gegeven worden. Er zijn geen gevalideerde predictieve merkers. Alle studies tonen minder efficiëntie in latere lijnen, los van welke volgorde wordt aangehouden.
Behandelingssequentie is afhankelijk van progressiesnelheid, symptomen, algemene toestand, voorbehandeling, leeftijd, aan- of afwezigheid BRCA mutatie, aantal en plaats van metastasen en voorkeur van patiënt na uitgebreide informatie en MOC.
Telkens LHRH (ant)agonist verderzetten.

9.2.1 ARPi

- **meerderheid van de patiënten kreeg reeds een ARPi in de hormoonsensitieve setting**
- **vooral nog optie indien ADT mono in mHSPC setting**

• Abiraterone

Abiraterone blokkeert de productie van androgenen via een selectieve remming van de enzymatische activiteit van CYP17.
Steeds in combinatie met prednisone 10 mg per dag.
Eerste drie maanden tweewekelijkse biochemische controle noodzakelijk + opvolgen van de bloeddruk.

- Enzalutamide

Enzalutamide remt de werking van testosteron door competitieve binding aan androgeenreceptoren. Het remt tevens de nucleaire translocatie van geactiveerde androgeenreceptoren en de binding van geactiveerde androgeenreceptoren aan DNA

9.2.2 Olaparib

Olaparib is een PARP-inhibitor.
Indicatie: progressie onder een eerdere nieuwe generatie hormonale therapie (toegediend voor gemetastaseerde of niet-gemetastaseerde castratie-resistente prostaatkanker, of voor gemetastaseerde hormoongevoelige prostaatkanker) en aanwezigheid van een mutatie in een BRCA gen (kiembaan of somatisch).
Belang van next generation sequencing!

9.2.3 Niraparib+abiraterone (Akeega®)

Niraparib is een PARP-inhibitor.
Abiraterone blokkeert de productie van androgenen via een selectieve remming van de enzymatische activiteit van CYP17.
Indicatie: patiënten met gemetastaseerde castratieresistente prostaatkanker met BRCA1/2-mutaties (kiembaan en/of somatisch) bij wie er geen klinische indicatie is voor chemotherapie (PSA verdubbelingstijd van langer dan 6 maand of komt om andere redenen niet in aanmerking voor opstarten van docetaxel)
Steeds in combinatie met prednisone 10 mg per dag.
Belang van next generation sequencing!

9.2.4 Docetaxel chemotherapie

75 mg/m² q3w intraveneus
Associatie van prednisone 2x5 mg per dag
Aantal kuren is afhankelijk van respons en tolerantie

9.2.5 Cabazitaxel chemotherapie

Na docetaxel
25 of 20 mg/m² q3w intraveneus
Associatie van prednisone 2x5 mg per dag
Aantal kuren is afhankelijk van respons en tolerantie

9.2.6 Radium-223 (Xofigo®)

In geval van symptomatische botmetastasen en afwezigheid van viscerale metastasen, progressief na ten minste twee voorafgaande systemische therapielijnen (andere dan LHRH-analogen), of die niet in aanmerking komt voor een beschikbare systemische behandeling voor mCRPC.
Max 6 injecties met 4 weken interval

9.2.7 Lu-PSMA

In geval van progressieve ziekte:

- na standaard therapieën, inclusief taxaan-gebaseerde chemotherapie en 2de generatie antiandrogeen therapie tenzij eerdere medicatie ongeschikt is of als de patiënt deze weigerde
- PSMA-captatie ter hoogte van de meeste metastatische lokalisaties, zonder teveel mismatchletsels op FDG PET-CT (mismatch is FDG+ en PSMA-).
- indien een klinisch voordeel van de behandeling wordt verwacht
- met levensverwachting van minimum 6 maanden en voldoende zelfredzaamheid

Radioactieve stof wordt toegediend via een infuus gedurende 10 minuten. Omwille van de stralingsbescherming is het nodig één nacht in het ziekenhuis te blijven.
In totaal 4 toedieningen van 177Lu-PSMA met een interval van 6-8 weken tussen elke toediening.
Controle na 2 en 4 cycli door middel van PSMA-PET.

9.2.9 Lokale behandeling

Radicale behandeling in geval van oligometastasen is te overwegen

- Behandeling van de primaire prostaattumor (cfr STAMPEDE zie hoger)
- Behandeling van de metastasen (vb stereotactische radiotherapie van bot- of kliermetastasen, chirurgische resectie)

10. BRCA testing

- Somatische BRCA1 en BRCA2 testing bij mCRPC patiënten
- Kiembaantesting en evt. genetische counseling te overwegen bij:
    - Gemetastaseerde ziekte
    - Somatische mutatie
    - Diagnose prostaatkanker <55 jaar
    - Suggestieve familiegeschiedenis:

    - Naaste verwant (1ste of 2de graad) met borstkanker <50 jaar, prostaatkanker <60 jaar, ovarium- of pancreaskanker
    - >3 gevallen van borst- en/of prostaatkanker in de familie waarvan één een 1ste graads familielid is van de andere 2 (met uitzondering van vrouwelijke overdragers als de moeder niet is getroffen) en één is gediagnosticeerd <60 jaar
- Asjkenazisch Joodse afkomst