

KILAVUZLAR NE DİYOR ?

- EAU kılavuzu
- NCCN

Dr. Şeref Başal
GATA Üroloji
AD

EAU Kılavuzu-2009

Radikal prostatektomi (RP)

Endikasyonları	Kanıt seviyesi
Düşük ve orta riskli lokalize prostat kanserli hastalar (cT1b-T2 ve Gleason skoru 2-7 arası ve PSA<20) ve yaşam beklentisi 10 yıldan fazla	1b
Rölatif endikasyonları	
T1a hastalığı olanlar ve yaşam beklentisi 15 yıldan fazla olanlar veya Gleason skoru 7 olanlar	3
Düşük hacimli yüksek riskli lokalize prostat kanserli seçilmiş hastalarda (cT3a veya Gleason skoru 8-10 veya PSA>20)	3
Multimodal tedavide bir seçenek olarak iyi seçilmiş yüksek riskli lokalize prostat kanseri olan hastalar (cT3b-T4 N0 veya herhangi bir T N1)	3
Öneriler	
T1-T2 hastalık tedavisinde kısa süreli (3 ay) GNRH analoglarıyla neoadjuvan tedavi önerilmekte	1a
Preoperatif potensi olan düşük riskli ekstrakapsüler hastalığı olanlarda (T1c, Gleason skoru<7 ve PSA<10 ng/ml veya partin tablolarına bakın) sinir koruyucu cerrahi uygulanabilir	3
T2a hastalığı olanlarda tek taraflı sinir koruyucu yöntemler bir seçenek olabilir	4

EAU Kılavuzu-2009

Yüksek riskli lokalize hastalıkta RP

cT3a PCa, Gleason skoru 8-10 veya PSA>20 ng/ml olan seçilmiş hastalarda uygun bir tedavi seçeneği

Lenf nodu tutulumu sık olduğundan şayet RP yapılırsa genişletilmiş pelvik lenfadenektomi de yapılmalıdır.

Hasta multimodal yaklaşımlar konusunda da bilgilendirilmelidir. Olumsuz tümör özelliği varlığında (pozitif cerrahi sınır, ektrakapsüler yayılım, seminal vezikül invazyonu), iyileşme dönemininden sonra adjuvan RT uygun olabilir.

	Kanıt seviyesi
Patolojik evresi T3 N0 M0 olan hastalarda radikal prostatektomi sonrası hemen eksternal radyasyon uygulanması biyokimyasal ve klinik hastalıksız sağ kalımı artırır.	1
Bir alternatif seçenek de biyokimyasal başarısızlık olduğunda (fakat PSA 1 ng/ml üzerine çıkmadan) radyasyon uygulamasıdır.	3
T3-4 N0 M0 lokal ilerlemiş prostat kanserinde WHO 0-1 performans statüsüne sahip hastalara 3 yıllık ardışık ve adjuvan hormonal tedaviyle eksternal radyoterapi genel olarak sağkalımı arttırmaktadır	1
T2c-T3 N0-x ve Gleason skoru 2-6 olan hasta grubunda radyoterapi öncesi ve esnasında kısa süreli ADT uygulamasının hastalıksız sağ kalım üzerine olumlu etkisi olabilir	1b
Çok yüksek riskli prostat kanserinde, ciddi komorbiditenin eşlik etmediği c-pN1 M0 hastalarda eksternal pelvik radyasyon ve hemen akabinde uygulanan uzun dönem adjuvan hormonal tedavinin hastalıksız sağkalıma, hastalığa spesifik başarısızlığa metastatik başarısızlığa ve biyokimyasal kontrolüne olumlu etkisi vardır	2b

EAU Kılavuzu-2009

Definitif radyoterapi

	Kanıt seviyesi
Lokalize prostat kanserinde , T1c-T2c N0 M0, hatta cerrahiye reddeden genç hastalarda da olmak üzere IMRT ile birlikte veya tek olarak 3D-CRT önerilmektedir. Bu uygulamadan düşük-orta ve yüksek riskli hastaların fayda gördüğüne dair kuvvetli kanıt vardır.	2
Yüksek riskli hastalarda radyoterapi öncesi ve sırasında kısa süreli ADT sağ kalımı olumlu etkilemektedir.	2a
cT1-T2a, Gleason <7 (veya 3+4), PSA \leq 10 ng/ml, prostat hacmi \leq 50 ml, TUR-P hikayesi olmayan ve IPSS iyi olan hastalarda bir seçenekte kalıcı implantlarla transperineal interstisyel braki terapidir.	2b
Patolojik evresi T3 N0 M0 olan hastalarda radikal prostatektomi sonrası hemen eksternal radyasyon uygulanması biyokimyasal ve klinik hastalısız sağ kalımı arttırır.	1
Bir alternatif seçenek de biyokimyasal başarısızlık olduğunda (fakat PSA 1 ng/ml) üzerine çıkmadan) radyasyon uygulamasıdır.	3
T3-4 N0 M0 lokal ilerlemiş prostat kanserinde WHO 0-1 performans statüsüne sahip hastalara 3 yıllık ardışık ve adjuvan hormonal tedaviyle eksternal radyoterapi genel olarak sağkalımı arttırmaktadır	1
T2c-T3 N0-x ve Gleason skoru 2-6 olan hasta grubunda radyoterapi öncesi ve esnasında kısa süreli ADT uygulamasının hastalısız sağ kalım üzerine olumlu etkisi olabilir	1b
Çok yüksek riskli prostat kanserinde, ciddi komorbiditenin eşlik etmediği c-pN1 M0 hastalarda eksternal pelvik radyasyon ve hemen akabinde uygulanan uzun dönem adjuvan hormonal tedavinin hastalısız sağkalıma, hastalığa spesifik başarısızlığa metastatik başarısızlığa ve biyokimyasal kontrolüne olumlu etkisi vardır	2b

NCCN Kilavuzu-2009

NCCN®

Practice Guidelines
in Oncology – v.2.2005

Prostate Cancer

[Guidelines Index](#)
[Prostate Cancer TOC](#)
[Staging, MS, References](#)

RECURRENCE RISK	EXPECTED PATIENT SURVIVAL	INITIAL THERAPY	ADJUVANT THERAPY
Clinically Localized:	Low: T1-T2a and Gleason score 2-6 and PSA < 10 ng/mL	< 10 y →	If radical prostatectomy and positive margins, observe or RT ^g If radical prostatectomy and lymph node metastasis, observe or androgen ablation ^{g,h}
		≥ 10 y →	
	Intermediate: [*] T2b-T2c or Gleason score 7 or PSA 10-20 ng/mL	< 10 y →	
		≥ 10 y ^c →	

^{*}Patients with multiple adverse factors may be shifted into the next higher risk group

^cExpectant management of intermediate and high risk clinically localized cancers is not recommended in patients with a life expectancy > 10 years (category 1).

^dExpectant management involves actively monitoring the course of disease with the expectation to intervene if the cancer progresses or if symptoms become imminent. [See Principles of Expectant Management \(PROS-B\).](#)

^e[See Principles of Radiation Therapy \(PROS-C\).](#)

^f[See Principles of Surgery \(PROS-D\).](#)

^g[See Principles of Hormonal Therapy \(PROS-E\).](#)

^h[See Systemic Therapy \(PROS-7\).](#)

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

NCCN Kılavuzu-2009

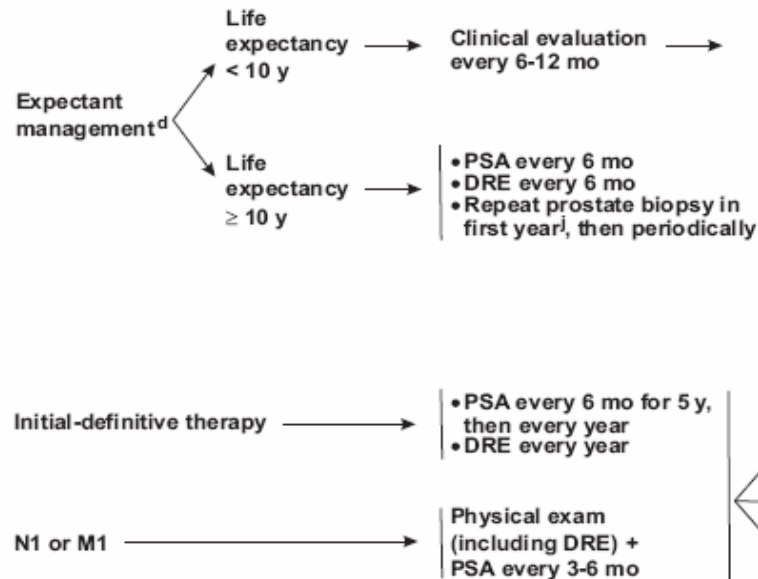
NCCN®

Practice Guidelines
in Oncology – v.2.2005

Prostate Cancer

[Guidelines Index](#)
[Prostate Cancer TOC](#)
[Staging, MS, References](#)

INITIAL MANAGEMENT OR PATHOLOGY



^dExpectant management involves actively monitoring the course of disease with the expectation to intervene if the cancer progresses or if symptoms become imminent. [See Principles of Expectant Management \(PROS-B\)](#).

^lBelow the level of detectable PSA in that lab.

ⁱUnless the patient initially had a 10-12 core biopsy.

^kCriteria for progression are not well defined and require physician judgement; however, a change in risk group strongly implies disease progression.

^lA rising PSA value following radiotherapy has been defined by a consensus panel of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) and consists of 3 consecutive rising PSA values at least 3 mo apart.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.