

Dokument	AA	Gültig ab	27.07.2020	Version	1.0
Erlassen durch	Prof Guckenberger	ErstellerIn	S. Kroeze/ H. Garcia	Ersetzt	Ohne Vorversion
Geltungs-bereich	Therapieindikation Durchführung Nachsorge	Dateiname	06_02_11_Prostata Oligo_2020.07.27		

Prostata - Oligometastasierung

<p>Rechtfertigende Indikation</p> <p>Die Radiotherapie von Metastasen bei Patienten mit oligometastasiertem Prostatakarzinom kann die Zeit bis zur Einleitung einer Systemtherapie/ADT deutlich erhöhen.</p> <p>Die Radiotherapie des Primärtumors bei primär metastasiertem Prostatakarzinom ist bei Patienten mit niedriger Gesamtumorlast mit einem verbesserten Gesamtüberleben (HR 0.68) und krankheitsfreien Überleben (HR 0.59) assoziiert. Somit sollte primär metastasierten Patienten mit geringer Tumorlast und gutem Allgemeinzustand die Radiotherapie des Primärtumors angeboten werden.</p> <p>Die stereotaktische Radiotherapie von Oligometastasen (≤ 5, ossär und viszeral) bei kontrolliertem Primärtumor verbessert das Gesamtüberleben (HR 0.57).</p>	<p>Evidenz</p> <p>Ost et al, JCO 2018</p> <p>EAU Guidelines STAMPEDE, Parker et al. Lancet 2018</p> <p>SABR-COMET (Parker et al.) Lancet 2019</p>
<p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> Fall wurde in einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert (Initial) histologisch gesichertes Prostatakarzinom <p>Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> Fortgeschrittene Metastasierung 	
<p>Staging:</p> <ul style="list-style-type: none"> MRI Becken PSMA-PET-CT/MRI PSA unmittelbar vor Beginn RT (frühestens bei Planungs-CT) zu aktualisieren <p>Vorbereitende/Ergänzende Untersuchungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falls TUR-P erfolgt -> ca. 8 Wochen Latenz bis RT-Beginn belassen 	<p>Drost et al. Cochrane Database Syst Rev 2019</p> <p>Yaxley BJU Int 2019</p>
<p>Indikationen für die Radiotherapie:</p> <p><u>Pelvine Lymphknotenmetastasen:</u></p> <p>Pelvine Lymphknotenmetastasen gelten als locoregionäre Tumorerkrankung, keine Begrenzung der Anzahl LK-Metastasen für die Radiotherapie</p> <p><u>Synchron oligometastasiert, Radiotherapie der Prostata:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bei low volume disease: 	<p>STAMPEDE, Parker et al. Lancet 2018</p> <p>Sundahl et al. Current Oncology Reports 2020</p> <p>Burdett Eur Urol 2019</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Kriterien nach CT-Scan oder Skelettszintigraphie • ≤ 3 Knochenmetastasen (Wirbelsäule oder pelvin) im CT/Knochenszintigraphie • Keine Viszerale Metastasen 	(Meta-analysis STAMPEDE/HORRAD/PEACE-1)
<p><u>Radiotherapie der Oligometastasierung bei kontrolliertem Primarius:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien nach PSMA-PET • ≤ 5 Metastasen total im Ganzkörper (ossär oder viszeral) 	Ost et al, JCO 2018 Palma et al Lancet 2019
<p>Planungs-CT bei perkutaner Bestrahlung:</p> <p><u>Radiotherapie der Prostata bei primär Oligometastasierung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Siehe SOP Prostata Primär <p><u>Radiotherapie der Lymphogenen Oligometastasen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Blase gefüllt, Rektum möglichst leer • Planungs-CT mit 2mm Schichten • PSMA-PET MRI <p><u>Radiotherapie sonstige Oligometastasen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planungs-CT mit 2mm Schichten • PSMA-PET MRI • Vacuumkissen <p><u>Für RT mit MRIdian, siehe SOP MRIdian</u></p>	
<p>Zielvolumen Definition:</p> <p><u>Prostata bei primär oligometastasiert:</u></p> <p>Bei IPSS≤ 10, ohne T3b ist eine SBRT der Prostata möglich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTV_Prostate: Prostata im MRI und CT • PTV=Prostata (5mm margin, 3mm nach posterior) <p>Sonst CHHIP Schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GTV1=Prostata • CTV1=Prostata+0mm, PTV1=CTV1+3mm, +0mm posterior Richtung Rektum • CTV2=Prostata+SV basis+5mm (bei T3b im MRI), PTV2=CTV2+3mm, +0mm posterior Richtung Rektum • CTV3=Prostata+SV+5mm, PTV3=CTV3+3mm (Richtung Rektum max 5mm) <p><u>Lymphogene Oligometastasierung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alleinige SBRT: <ul style="list-style-type: none"> - GTV + 5mm • Becken-LAG +/- SIB: <ul style="list-style-type: none"> - CTV pelvine LAG: iliaca ext+interna+communis bds, obturatorisch bds, cranial bis Aortenbifurkation. PTV: CTV+5mm - GTV Lymphknoten: PSMA-PET-CT/MRI positive LK, PTV: GTV LK + 5mm • Becken-LAG + SBRT: <ul style="list-style-type: none"> - CTV pelvine LAG: iliaca ext+interna+communis bds, obturatorisch bds, cranial bis Aortenbifurkation. PTV: CTV+5mm - GTV Lymphknoten: PSMA-PET-CT/MRI positive LK, PTV: GTV LK + 5mm <p><u>Ossäre/viszerale Metastasen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NB: Falls N0 im PSMA-PET keine elektive RT des pelvine LAGs ± Prostataloge • Knochen: Analog DOSIS Studie Protokoll, für extraspinale Metastasen PTV=GTV/CTV+5mm • Viszeral: Siehe SOP SBRT Lunge und Leber 	Harris 2015 RTOG Guidelines CHHIP, Dearnaley, Lancet Oncol 2016

<ul style="list-style-type: none"> - Casodex 50mg p.o. 1x/Tag; Start 3 Tage vor Zoladex, Stopp nach 3 Wochen 	
Bestrahlungsplanung: <ul style="list-style-type: none"> • Auf Planungs CT • VMAT/SBRT 	
Planakzeptanzkriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Entsprechend Clinical Protocols 	
Bestrahlungsapplikation: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll • Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt 	
Nachsorge: <ul style="list-style-type: none"> • RAO: Nach 8-12 Wochen 1. VK in Poliklinik mit PSA-Kontrolle, danach 1x/Jahr • Uro/Onko: gemäss Zuweisung Rücküberweisung zur Leitlinienkonformen urologischen Nachsorge alle 3 Monate • PSMA-PET bei PSA-Progress oder Nichtansprechen des PSA-Wertes 6 Monate nach RT • Dokumentation QoL/Patient reported outcome/IPSS nach 8 Wochen und 1x jährlich • Brief an Zuweiser, Hausarzt und alle involvierten Ärzte 	