

<b>Dokument</b>	AA	<b>Gültig ab</b>	27.07.2020	<b>Version</b>	2.0
<b>Erlassen durch</b>	Prof Guckenberger	<b>ErstellerIn</b>	S. Kroeze/ H. Garcia	<b>Ersetzt</b>	1.0
<b>Geltungs- bereich</b>	Therapieindikation Durchführung Nachsorge	<b>Dateiname</b>	06_02_11_Prostata_Prim_2020.07.27		

## Prostata – Primäre kurative Radiotherapie

<b>Rechtfertigende Indikation</b> Die Primäre Radiotherapie des Prostatakarzinoms ist eine zur Operation gleichwertige kurative Therapieoption. Somit ist für das Prostatakarzinom die primäre alleinige Radiotherapie eine Standardtherapie.	<b>Evidenz</b> <a href="#">ProtecT, NEJM 2016</a>
<b>Einschlusskriterien</b> Allgemein: <ul style="list-style-type: none"> <li>Histologisch gesichertes Prostatakarzinom</li> <li>Entscheid des Pat. für RT nach Aufklärung über Alternativen</li> <li>Fall wurde in einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert</li> </ul> Sonderfälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>SBRT: Low risk &amp; intermediate risk (siehe SOP SBRT Prostata)</li> <li>Elektive Bestrahlung des pelvinen LAG, high-risk Patienten</li> <li>Hypofraktionierung CHHiP: T1b-3a, N0, M0, PSA &lt;30, LK-Risiko &lt;30%, Elderly</li> </ul>	<a href="#">EAU Guidelines</a> <a href="#">NCCN Guidelines</a> <a href="#">S3 Leitlinien</a> <a href="#">AUA Guidelines</a>  <a href="#">Freeman, 2011</a> <a href="#">Zelevsky, 2018</a> <a href="#">PACE-B, Brand, 2019</a> <a href="#">Yale Formula, 2011</a>  <a href="#">Dearnaley 2016</a>
<b>Staging:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>MRI Becken</li> <li>High-risk: (Skelettszintigraphie oder) PSMA-PET-CT/MRI</li> <li>PSA unmittelbar vor Beginn RT (frühestens bei Planungs-CT) zu aktualisieren</li> </ul> Vorbereitende/Ergänzende Untersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ggf. Urologische Evaluation von Harnabfluss wenn anamnestisch problematisch</li> <li>Falls TUR-P erfolgt -&gt; ca. 8 Wochen Latenz bis RT-Beginn</li> </ul>	
<b>Indikationen für die Radiotherapie:</b> <u>Prostata:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prostatakarzinom, nicht metastasiert</li> </ul> <u>Becken-LAG:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>N0: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kein Level 1 evidence</li> <li>Zu überlegen bei high-risk Patienten</li> </ul> </li> <li>N1</li> </ul>	<a href="#">EAU Guidelines</a>  <a href="#">Roach, Lancet Oncology 2018</a>



<b>Planakzeptanzkriterien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entsprechend Clinical Protocols</li> </ul>	
<b>Bestrahlungsapplikation:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll</li> <li>• Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt</li> </ul>	<a href="#">Imaging Protokoll:</a> <a href="#">Bildgestützte</a> <a href="#">Lokalisation</a>
<b>Nachsorge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RAO: Nach 12 Wochen VK in Poliklinik, danach 1x/Jahr, möglichst in Kombination mit urologischen Terminen, wenn USZ-intern</li> <li>• Erste PSA-Kontrolle 12 Wochen nach Abschluss RT!</li> <li>• Uro/Onko: gemäss Zuweisung Rücküberweisung zur Leitlinienkonformen urologischen Nachsorge alle 3 Monate</li> <li>• Dokumentation QoL/Patient reported outcome nach 8 Wochen und 1x jährlich</li> <li>• Brief an Zuweiser, Hausarzt und alle involvierten Ärzte</li> </ul>	

