

Dokument	AA	Gültig ab	11.08.2022	Version	5.0
Erlassen durch	Prof Guckenberger	ErstellerIn	S. Kroeze/ H. Garcia	Ersetzt	4.0
Geltungs-bereich	Therapieindikation Durchführung Nachsorge	Dateiname	06_02_11_Prostata salvage_2022.08.11		

Prostata - Salvage Radiotherapie

Rechtfertigende Indikation Bei biochemischem Rezidiv nach Prostatektomie stellt die Salvage-Radiotherapie der Prostataloge die einzige kurative Therapieoption dar. Dabei ist die möglichst frühe Einleitung der Salvage-Radiotherapie mit niedrigem PSA-Wert (<0.5 ng/ml unabhängig vom PSMA-Staging) für das Gesamtüberleben und krankheitsfreie Überleben von Vorteil. (S3-Leitlinie, Stish BJ, et al. J Clin Oncol 2016). Somit ist beim biochemischen Rezidiv die Salvage-Radiotherapie gemäss S3-Leitlinie Standard und sollte möglichst frühzeitig bei PSA-Wert unter 0.5ng/ml eingeleitet werden.	Evidenz EAU Guidelines
Einschlusskriterien <ul style="list-style-type: none"> Fall wurde in einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert <i>Prostataloge:</i> <ul style="list-style-type: none"> Bei biochemischen Rezidiv, so früh wie möglich (PSA < 0.5 ng/ml) PSMA-PET positives lokalrezidiv ohne fortgeschrittene Metastasierung PSMA-PET negativ <i>Becken-LAG:</i> <ul style="list-style-type: none"> Zu überlegen falls PSMA-PET negativ aber initial pN1/high risk <i>PSMA-PET CT/MRI pos. oligometastasierung:</i> <ul style="list-style-type: none"> Siehe SOP Prostata Oligometastasierung Ausschlusskriterien <ul style="list-style-type: none"> Fortgeschrittene Metastasierung Kein Kandidat für lokale Radiotherapie wegen ECOG/Komorbiditäten 	EAU Guidelines
Staging: <ul style="list-style-type: none"> MRI Becken PSMA-PET PSA unmittelbar vor Beginn RT (frühestens bei Planungs-CT) zu aktualisieren 	
Planungs-CT bei perkutaner Bestrahlung: <ul style="list-style-type: none"> Blase gefüllt (nicht voll); Rektum möglichst leer 3D 2mm Schichten Planungs-MRI 	

<ul style="list-style-type: none"> • Fusion mit PSMA-PET-CT/MRI bei Vorliegen makroskopischer Targets 	
<p>Zielvolumen Definition:</p> <p><u>Prostataloge +/- SIB:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostataloge = zentral: Urethra-Harnblase-Anastomose; kranial bis zum Blasen Hals; posterior bis zur äußeren Rektumwand; kaudal einschließlich des Apex; lateral bis zu den neurovaskulären Bündeln (falls entfernt, bis zu den ilio-obturatorischen Muskeln); anterior einschließlich der Anastomose und der Harnröhrenachse. Die ursprüngliche Lage der Basis der Samenblasen sollte in allen Fällen mit einbezogen werden. Bei pT3b sollten die Überreste, falls vorhanden, ebenfalls angegeben werden. • ≤pT3a : <ul style="list-style-type: none"> ○ CTV1_V1_1a= Prostataloge+SB-Loge+5mm, 0mm ins Rektum ○ PTV1_V1_1a= CTV1_V1_1a +5mm, max. 5mm ins Rektum ○ CTV1_V1_2a: Prostataloge+5mm, 0mm ins Rektum ○ PTV1_V1_2a=CTV1_V1_2a + 5mm, max. 5mm ins Rektum • ≥pT3b: <ul style="list-style-type: none"> ○ CTV1_V1_1a= Prostataloge+SB-Loge+5mm, 0mm ins Rektum ○ PTV1_V1_1a= CTV1_V1_1a +5mm, max. 5mm ins Rektum • Bei makr. Rezidiv: GTV1=PSMA-PET/MRI Läsion, PTV1_V1_2a/3a= GTV1 + 5mm <p><u>Becken-LAG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CTV pelvine LAG: iliaca ext+interna+communis bds, obturatorisch bds, cranial bis Aortenbifurkation. PTV: CTV+5mm 	<p>EORTC guidelines</p> <p>NRG Oncol guidelines</p>
<p>OAR Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rektum • Sigma • Hüftkopf_L/R • Harnblase • Dünndarm (Bowel bag) • Bulbus penis 	
<p>Dosierung und Fraktionierung:</p> <p><u>Prostataloge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Salvage ohne initialen Samenblasenbefall: 30*2=60Gy auf PTV1_V1_1a, sequenzieller Boost 3*2=6Gy (kum. 66Gy) auf PTV1_V1_2a • Salvage mit initialem Samenblasenbefall: 33*2=66Gy auf PTV1_V1_1a • Makroskop./PET-pos. Rezidiv: Weitere Dosisaufsättigung von PTV1_V1_2a/3a bis kumulativ 72Gy <p><u>Becken-LAG:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 28*1,8Gy=50,4Gy Falls PET-positive LK: siehe SOP Prostata Oligometastasierung 	<p>Bartkowiak et al, Acta Oncol 2018</p> <p>Soto Green Journal 2012</p> <p>Stish JCO 2016</p> <p>Tendulkar JCO 2016</p> <p>Ghadjar, Eur Urol 2021</p>
<p>Additive ADT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parallel bei high-risk Fällen ansprechen, Datenlage noch nicht konsistent • Indikationen: <ul style="list-style-type: none"> - pT3b/4 und ISUP >4 (Gleason 8) - pT3b/4 und PSA >1.5ng/ml (besprechen >0.7ng/ml) - pN1 - -Verdopplungszeit <6 Monate • ADT Dauer: 	<p>RTOG 9601</p> <p>GETUG-AFU 16</p> <p>Spratt et al, Eur Urol 2018</p> <p>Gandaglia et al., Eur Urol 2018</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ 2 Jahre Zoladex • Falls ADT: <ul style="list-style-type: none"> - Zoladex 10.8mg s.c. alle 3 Mo - Keine zusätzliche Casodex mehr 	
Bestrahlungsplanung: <ul style="list-style-type: none"> • Auf Planungs CT • VMAT 	
Planakzeptanzkriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Entsprechend Clinical Protocols 	
Bestrahlungssapplikation: <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollbildgebung gemäss IGRT-Protokoll • Offline review durch zuständigen Assistenzarzt/Kaderarzt 	Imaging Protokoll: Bildgestützte Lokalisation
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 	