

# Lokalize Prostat Kanserinde Tedavi

Dr. Bülent Akduman

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Üroloji A.D.

# Geciktirilmiş Tedavi

- Bekleyerek izlem
- Aktif izlem

	<b>Active surveillance</b>	<b>Watchful waiting</b>
Treatment intent	Curative	Palliative
Follow-up	Predefined schedule	Patient-specific
Assessment/markers used	DRE, PSA, re-biopsy, mpMRI	Not predefined
Life expectancy	> 10 years	< 10 years
Aim	Minimise treatment-related toxicity without compromising survival	Minimise treatment-related toxicity
Comments	Only for low-risk patients	Can apply to patients with all stages

# Aktif İzlem

- Evre T1/2 Gleason 5-7, PSA?
- 15 yıllık takip
  - %7 mortalite
- Veriler kohort çalışmalara dayanıyor
- Randomize Kontrollü Çalışma yok

# SPCG-4 (en uzun Kohort)

- 993 hasta
- Yaş: 67.8
- PSA <10, Yaş<70, Gleason<6 (70 yaş üzeri Gleason7)
- 6.4 yıl median takip (%20'si 10 yıl üzeri takip)
- 10 ve 15 yıllık genel sörvi: %80 ve %62
- Hastaliksız sörvi: %98 ve %94
- %2.8 metastaz oranı (Tamamı Gleason>7)

- 10 yılda kohortun %63'ü
- 15 yılda %55'i hayatta imiş
- Tüm hastaların %27.5'u radikal tedavi almış (PSA ikilenme zamanı 3 yıldan az olduğu için, Gleason skoru progresyonu olduğu için ya da hastanın tercihi nedeni ile)

# Aktif İzlem Hangi Hastalar İçin Uygun?

- Gleason 6
- 1 ya da 2 korda tutulum
- %50'nin altında kanser tutulumu
- cT1 ve cT2a
- PSA<10
- PSAD<0.15

# Aktif İzlem İçin Riskli Grup

- İntraduktal karsinom
- Sarkomatoid karsinom
- Küçük hücreli karsinom
- Extraprostatik yayılım
- Lenfovasküler yayılım



# Marker lar bize hasta seçiminde yardımcı olabiliyor mu?

- PCA 3
- TMRSS2-ERG
- PHI index Deneme aşamasında
- Mutlaka rebiyopsiile sampling error minimize edilmeli

# mpMRI

- Henüz çok yeni
- Ümit verici
- İleride çok katkı sağlayabilir

Recommendation - active surveillance	LE	GR
Discuss surgery and radiotherapy as treatment options with patients suitable for such treatments.	4	A*
Offer active surveillance to patients with the lowest risk of cancer progression: > 10 years life expectancy, cT1/2, PSA $\leq$ 10 ng/mL, biopsy Gleason score $\leq$ 6, $\leq$ 2 positive biopsies, minimal biopsy core involvement ( $\leq$ 50% cancer per biopsy).	2a	A
Follow-up should be based on DRE, PSA and repeated biopsies.	2a	A
Patients should be counselled on the possibility of needing further treatment in the future.	2a	A

<b>Recommendation - watchful waiting for localised prostate cancer</b>	<b>LE</b>	<b>GR</b>
Offer watchful waiting to patients not eligible for local curative treatment and those with a short life expectancy.	1b	A
While on watchful waiting, base the decision to start non-curative treatment on symptoms and disease progression (see Section 6.1.2.2).		B

# Radikal Prostatektomi

- Yaş önemli değil
- 10 yıldan uzun yaşam beklentisi olması lazım
- Yaşla birlikte inkontinans riski artar
- Artmış morbidite ile birlikte prostat kanseri dışı nedenlerle olan mortalite riski artar

# Uzun dönem sonuçları (18 yıl)

- Genel mortalite HR:0.71
- Kansere özgü mortalite: HR: 0.56
- Metastaz riski:HR: 0.68
  
- 65 yaş altındaki hastalarda iki kat daha faydalı

# PIVOT

- 731 hasta
- RP vs izlem
- Tüm kohorta bakıldığında genel mortalite ve Prostat kanserine özgü mortalitedeki değişiklik anlamlı değil (HR: 0.88 ve 0.63)
- Ancak orta ve yüksek riskli hastalarda ve PSA 10'un üzerinde olan hastalarda azaltmakta
- Metastaz riskini azaltıyor
- Etkinlik 65 yaşın altındaki hastalarda daha fazla

# Hangi Metod

- Açık
- Laparoskopik
- Robotik



# Lenf Nodu Diseksiyonu Yapalım mı?

- Düşük risk grubunda gerek yok
- Orta ve yüksek risk grubunda yapılmalı (%3.7-20.1 risk var)
- Extended yapılmalı

# Yüksek riskli hastalar

- Biyokimyasal nüks riski fazla
- Sekonder tedavi gereksinimi riski fazla
- Metastaz riski fazla
- Mortalite riski fazla
  
- Tedavi edilmezlerse 10 yılda %29, 15 yılda %35 prostat kanseri nedeni ile kaybedilir

# Gleason 8-10

- %26-31 organa sınırlıdır
- Organa sınırlı hastalarda prognoz iyi

# PSA 20'nin üzerinde ise

- 5 yıl içinde biyokimyasal nüks riski %50
- Kansere özgü sörvi 10 yılda %90, 15 yılda %85

# Robotik vs Açık

- 14 merkezli prospektif multicenter çalışma
- 1 yıl sonunda Robotik'te %21, Açık'ta %20 inkontinans riski mevcut
- ED riski ise Robotik sonrası %70, açık sonrası %74

# Her hastaya sinir koruyucu yapalım mı?

- Gleason 8 ve üzeri hastalarda ve evresi cT2c/cT3 olan hastalarda yapılmamalı
- mpMRI yardımcı olabilir

- RP öncesi neoadjuvan hormonoterapinin yeri yok

# Radyoterapi

- RT son yıllarda çok gelişti
- RT ile RP'yi karşılaştıran randomize kontrollü çalışma yok
- RT ile aktif izlemi karşılaştıran tek çalışma ProtecT çalışmasının sonuçları beklenmekte



# RT

- IMRT (image guided ya da IG'siz)
- 74-78 Gy
- 74'ün üzerinde olması lazım

# RT beraberinde hormon verelim mi?

- Düşük risk grubunda gerek yok
- Orta ve yüksek risk grubunda verilmeli
- RT'den 2-3 ay önce başlanmalı, orta risk grubunda 4-6 ay, yüksek risk grubunda 2-3 yıl devam edilmeli
- Orta risk grubunda hasta yan etkilerinden dolayı hormon istemiyorsa IMRT ile 76-80 Gy'e kadar çıkılmalı

Recommendation	LE	GR
Discuss AS and surgery with all patients who would be suitable for these treatment options.	4	A
Offer EBRT to all risk groups of non-metastatic PCa.	2a	A
In low-risk PCa, use a total dose of 74 to 78 Gy.	1a	A
In patients with low-risk PCa, without a previous TURP and with a good IPSS and a prostate volume < 50 mL, offer LDR brachytherapy.	2a	A
In intermediate- risk PCa use a total dose of 76-78 Gy, in combination with short-term ADT (4-6 months).	1b	A
In patients with high-risk localised PCa, use a total dose of 76-78 Gy in combination with long-term ADT (2-3 years).	1b	A
In patients with locally advanced cN0 PCa, offer radiotherapy in combination with long-term ADT (2-3 years).	1a	A
Offer IMRT for definitive treatment of PCa by EBRT.	2a	A
In patients with cN+ PCa offer pelvic external irradiation in combination with immediate long-term ADT.	2b	B
In patients with pT3,N0M0 PCa and an undetectable PSA following RP, discuss adjuvant EBRT because it improves at least biochemical-free survival.	1a	A
Inform patients with pT3,N0M0 PCa and an undetectable PSA following RP about salvage irradiation as an alternative to adjuvant irradiation when PSA increases (see Section 6.10.5.1).	2b	A

# Diğer Yöntemler

Recommendation	LE	GR
Only offer cryotherapy and HIFU within a clinical trial setting.	3	B
Do not offer focal therapy of PCa as a therapeutic alternative outside clinical trials.	3	A