

Handläggning av prostatacancerpatienter i norra sjukvårdsregionen under epidemin med Covid-19

Version 2, 2020-08-20

Syfte

Att minska smittspridning under pågående epidemi genom att minimera besök på vårdinrättningar, att minimera åtgärder med risk slutenvårdskrävande komplikationer, samt att identifiera de patienter som är i störst behov av snar handläggning. De nationella riktlinjerna för utredning och behandling av prostatacancer bör i möjligaste mån följas men avsteg kan behöva göras beroende på aktuellt smittläge.

Diagnostik av prostatacancer

PRIMÄRVÅRD

- Diagnostik av prostatacancer hos symtomfria män om aktuellt smittläge tillåter, i annat fall skjuts diagnostiken upp med nytt ställningstagande efter 6 månader. Om smittläget medför inskränkningar i diagnostik av symtomfria män gäller följande:
 - PSA tas endast på klinisk misstanke om prostatacancer:
 - Tydlig palpabel resistens (T3/T4).
 - Snabbt tilltagande miktionsbesvär.
 - Utredning pga. skelettmärtor eller skelettmetastaser.
 - Vid PSA <10 ug/l tas nytt prov efter 6 månader och remiss skrivs därefter till urolog enligt ordinarie beslutsgränser:
 - <70 år PSA >3 ug/l
 - 70–80 år PSA >5 ug/l
 - >80 år PSA >7 ug/l
 - Remiss skrivs direkt till urolog enligt SVF vid fynd av:
 - Palpabel resistens, även vid PSA <10 ug/l
 - Alla med PSA >10 ug/l
- Patientinformation kan ges enligt följande:

Under den pågående coronaepidemin prioriteras utredning och behandling som har en tydlig nytta för patienten. Risken för smittspridning i samband med vårdkontakter vägs in i denna bedömning. När det gäller lätt PSA-förhöjning (PSA-värde mellan 3 och 10) så är risken för smittspridning högre än den eventuella nyttan med att upptäcka en prostatacancer i tidigt skede. Utredning av lätt PSA-förhöjning kommer därför att skjutas upp tills

coronaepidemin är under kontroll (minst 6 månader). Vid misstanke om prostatacancer som kräver snabbare behandling sker utredningen utan tidsfördröjning men med minimalt antal besök i vården.

SLUTENVÅRD

- Personer >70 år är särskilt utsatta för viruset; deras fysiska vårdkontakter ska begränsas till ett minimum.
- Om smittläget medför inskränkningar i diagnostik av symptomfria män gäller följande:
 - Remisser till urolog för utredning av prostatacancer hos män med PSA <10 ug/l återsänds om ej ngt fynd enligt ovan, med följande text som förslag till remissvar:

Med anledning av epidemin med covid-19 utreder vi för närvarande inte män med förhöjt PSA <10 µg/l utan symtom eller undersökningsfynd som inger misstanke om prostatacancer. Risken är liten för att de har en prostatacancer som behöver behandlas inom de närmaste månaderna. Vi rekommenderar att du planerar för ett nytt PSA-prov om 6 månader med svar till dig själv. Om PSA-värdet då fortfarande är över gränsvärdet enligt SVF bör en ny remiss skickas till oss:

- <70 år PSA >3 ug/l
- 70–80 år PSA >5 ug/l
- >80 år PSA >7 ug/l

Det är lämpligt att palpera prostata (om det inte redan är gjort). Om en tydlig tumörmisstänkt förändring då kan palperas bör ny remiss skickas till oss. Den nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer avråder under pandemin från PSA-prov för män utan undersökningsfynd talande för prostatacancer.

- Beställ undersökningar och boka besök enbart om resultatet är avgörande betydelse för handläggningen.
- MDK används enligt gängse rutin.

Behandling av prostatacancer

LÅGRISK

Behandling med aktiv monitorering. Telefonuppföljning efter 6 månader. Gör ej biopsi om inte stark indikation.

INTERMEDIÄRRISK

Behandling sker i första hand enligt normal rutin. Om smittläget medför inskränkningar i behandlingsskapaciteten gäller följande:

Män med begränsad ISUP 2 cancer startar aktiv monitorering. I övriga fall, överväg att skjuta upp behandlingen med nytt ställningstagande efter 6 månader, särskilt om kapacitetsbrist uppstår till operation eller strålbehandling. Hos män med ISUP 3 cancer, som gränsar mot högrisk, kan hormonbehandling övervägas, handläggs då som högriskligt nedan.

HÖGRISK OCH LOKALT AVANCERAD SJUKDOM

Patient som planeras för kurativ strålbehandling eller RALP kan i nuläget göras. Om behandlingen skjuts upp ges neoadjuvant behandling med GNRH-agonist i 6-månadersberedning eller Bicalutamide 150mg x1 efter mamillbestrålning. För tillfället kan mamillbestrålning ges men som alternativ kan T. Tamoxifen 10mg x1 ges.

SALVAGE STRÅLBEHANDLING

För patienter med svag indikation (sena recidiv, lång PSA-dubblingshastighet, >70 år) kan det vara indicerat att skjuta upp behandlingen och utföra en ny kontroll efter 6 månader alternativt föreslå hormonellbehandling vid progress. Patienter med stark indikation (positiva marginaler, <70 år) är mer angelägna. Samtliga bör diskuteras MDK.

SPRIDD PROSTATACANCER

Starta hormonbehandling (GNRH-agonist i 6-månadersberedning) direkt vid diagnos, sedan remiss till MDK för bedömning om tilläggsbehandling.

mHSPC

- Överväg att avstå tidig Docetaxel, ge Abirateron som alternativ.
- Tidig strålbehandling kan diskuteras på MDK, eventuellt med uppskjuten start.

mCRPC – Första linjens behandling

- I första hand enzalutamid som ej kräver provtagning de första tre månaderna.

mCRPC – Andra linjens behandling

- I första hand enzalutamid som ej kräver provtagning de första tre månaderna.
- Om cytostatika är enda behandlingsalternativet starta om möjligt Docetaxel med GCSF stöd.
- Xofigo kan vara ett alternativ om patienten endast har skelettmetastaser.
- Förbered patienten att man kan behöva bryta behandlingen med kort varsel då kapaciteten för cytostatikabehandling snabbt kan begränsas.

Arbetsprocess

Dokumentet baseras på förlagor från VGR samt Region Stockholm Gotland. Riktlinjen har granskats och godkänts av processgruppen för prostatacancer i RCC Norr:

Camilla Thellenberg Karlsson, onkolog, Lars Beckman, onkolog, Andreas Lundgren, urolog, Bengt Friedrich, urolog, Periklis Koumoutsakos, urolog, Roger Brännström, urolog, Kerstin Åslund, urolog, Andreas Josefsson, urolog, Peter Ströberg, urolog, Johan Styrke, urolog, Carina Berglund, kontaktsjuksköterska, Carina Mårtensson, kontaktsjuksköterska, Alfons Forsman, patientrepresentant, Sture Henningsohn, patientrepresentant, Kjell Wåglin, patientrepresentant, Leif Näckholm, patientrepresentant.