

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

N. Mottet (Chair), P. Cornford (Vice-chair), R.C.N. van den Bergh, E. Briers (Expert Patient Advocate Hasselt-Belgium representing the European Prostate Cancer Coalition/Europa UOMO), M. De Santis, S. Gillissen, J. Grummet, A.M. Henry, T.H. van der Kwast, T.B. Lam, M.D. Mason, S. O'Hanlon, D.E. Oprea-Lager, G. Ploussard, H.G. van der Poel, O. Rouvière, I.G. Schoots, D. Tilki, T. Wiegel  
Guidelines Associates: T. Van den Broeck, M. Cumberbatch, A. Farolfi, N. Fossati, G. Gandaglia, N. Grivas, M. Lardas, M. Liew, E. Linares Espinós, L. Moris, P-P.M. Willemse

### Εισαγωγή

Ο καρκίνος του προστάτη είναι μια σύνθετη ασθένεια στην οποία, τα χαρακτηριστικά της ίδιας της αρρώστιας, η ηλικία, οι συννοσηρότητες, καθώς και η προτίμησή του κάθε ασθενούς θα επηρεάσουν την επιλογή θεραπείας. Όλες οι θεραπευτικές επιλογές πρέπει πλήρως να συζητώνται με τον ασθενή.

### Επιδημιολογία και πρόληψη.

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί τον δεύτερο πιο συχνό καρκίνο στους άντρες. Αποτελεί επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες κυρίως λόγω του αυξημένου ποσοστού ηλικιωμένων ανδρών στο γενικό πληθυσμό, και του κινδύνου υπερθεραπείας των ασθενών μόλις τεθεί η πρώτη διάγνωση. Υπάρχουν ορισμένοι καλά καθορισμένοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη όπως η αυξανόμενη ηλικία, η εθνική προέλευση, και η γενετική προδιάθεση. Προς το παρόν δεν υπάρχουν υψηλού επιπέδου αποδείξεις ότι τα διάφορα προληπτικά μέτρα μπορούν να ελαττώσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη.

### Συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του προστάτη.

Για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη χρησιμοποιείται η ταξινόμηση την TNM του 2017.

Πρωτοπαθής όγκος. Ταξινόμηση που βασίζεται μόνο στην δακτυλική εξέταση του προστάτη.

- **TX** δεν είναι να δυνατόν να καθοριστεί η ύπαρξη ή μη καρκίνου του προστάτη.
- **T0** δεν υπάρχει απόδειξη ύπαρξης καρκίνου του προστάτη.
- **T1** κλινικά μη εμφανής όγκος ο οποίος δεν είναι ψηλαφητός.
  1. **T1A** τυχαίο ιστολογικό εύρημα που περιλαμβάνει ποσοστό μικρότερο του 5% από την εκτομή του αδένου.
  2. **T1B** τυχαίο ιστολογικό εύρημα που περιλαμβάνει ποσοστό μεγαλύτερο του 5% από την εκτομή του αδένου.
  3. **T1C** σε όγκος ο οποίος καταδείχθηκε μετά από βιοψία του προστάτη δια βελόνας, παραδείγματος χάρη εξαιτίας ενός αυξημένου ειδικού προστατικού αντίγονου (PSA).
- **T2** όγκος ο οποίος είναι ψηλαφητός και εντοπισμένος εντός του προστάτη.
  1. **T2A** όγκος που αφορά μόνο το μισό του ενός λοβού του προστάτη ή λιγότερο από αυτό.
  2. **T2B** όγκος ο οποίος αφορά περισσότερο από το μισό του ενός λοβού, αλλά όχι και τους δύο λοβούς
  3. **T2C** όγκος ο οποίος αφορά και τους δύο λοβούς
- **T3** όγκος ο οποίος επεκτείνεται πέρα από την κάψα του προστάτη αδένου.
  1. **T3A** εξωκαψική επέκταση (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη)
  2. **T3B** όγκος ο οποίος διηθεί την σπερματοδόχο κύστη ή τις σπερματοδόχους κύστες.
- **T4** όγκος ο οποίος είναι καθηλωμένος ή διηθεί παρακείμενες δομές εκτός από τις σπερματοδόχους κύστες, όπως για παράδειγμα τον έξω σφιγκτήρα, το ορθό, τον ανελκτήρα μυ, και / ή το πυελικό έδαφος.

Περιοχικοί λεμφαδένες (μετάσταση η οποία είναι μικρότερη σε μήκος από 0,2 εκατοστά διαγιγνώσκεται ως μικροσκοπική λεμφαδενική εστία)

- **NX** δεν μπορεί να καθοριστεί εάν οι λεμφαδένες είναι διηθημένοι ή όχι.
- **N0** Δεν υπάρχει διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων.
- **N1** μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες.

Απομακρυσμένη μετάσταση (όταν υπάρχουν περισσότερες από μία εστίας μεταστάσεις, χρησιμοποιείται η πιο προχωρημένη κατηγορία).

- **M0** δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.
- **M1** υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.
  1. **M1a** μετάσταση σε μη επιχώριους λεμφαδένες.
  2. **M1b** μετάσταση σε οστό ή οστά.
  3. **M1c** μετάσταση σε άλλο σημείο ή σημεία.

Η ιστολογική ταξινόμηση, δηλαδή το παθολογοανατομικό στάδιο ομοιάζει με την ανωτέρω ταξινόμηση, δηλαδή την κλινική σταδιοποίηση, εκτός από τα κλινικά στάδια T1c και τις υποκατηγορίες του T2. Όλες οι παθολογοανατομικά επιβεβαιωμένες μορφές καρκίνου του προστάτη που παραμένουν εντοπισμένες εντός του οργάνου μετά την ριζική προστατεκτομή αναφέρονται ως παθολογοανατομικά στάδια pT2 ενώ η σύγχρονη ταξινόμηση δεν αναγνωρίζει πλέον τις pT2 υποκατηγορίες.

Κατηγορίες κινδύνου της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας για βιοχημική υποτροπή του εντοπισμένου και του τοπικά προχωρημένο καρκίνου του προστάτη.

#### *Χαμηλού κινδύνου.*

- Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) <10 ng/ml
- **και** βαθμός κακοήθειας (Gleason score) < 7 (ISUP grade 1)
- **και** κλινικό στάδιο cT1 – 2a (Εντοπισμένη νόσος).

#### *Ενδιάμεσου κινδύνου*

- Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) 10-20 ng/ml
- **ή** βαθμός κακοήθειας (Gleason score) 7 (ISUP grade 2/3)
- **ή** κλινικό στάδιο cT2b (Εντοπισμένη νόσος).

#### *Υψηλού κινδύνου*

- Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) >20 ng/ml
- **ή** βαθμός κακοήθειας (Gleason score) > 7 (ISUP grade 4/5)
- **ή** κλινικό στάδιο T2c (Εντοπισμένη νόσος).

#### *Υψηλού κινδύνου-τοπικά προχωρημένη νόσος*

- Ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) Οποιαδήποτε τιμή
- βαθμός κακοήθειας (Gleason score) οποιοσδήποτε βαθμός
- κλινικό στάδιο T3-4 ή cN+. (τοπικά προχωρημένη νόσος).

Οι ομάδες ταξινόμησης του βαθμού κακοήθειας της διεθνούς εταιρείας της Ουρολογικής παθολογικής ανατομίας της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας του 2014 επιτρέπουν στους ασθενείς να καταλάβουν καλύτερα την υφή του καρκίνου του προστάτη με τον οποίο διαγνωσθήκαν. Επιτρέπει επίσης να διαχωριστεί το αδενοκαρκίνωμα βαθμού κακοήθειας Gleason score 7 σε δύο προγνωστικές, αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους, κατηγορίες. Την ομάδα grade 2 για GS 7(3 + 4) και την ομάδα grade 3 για GS 7(4 + 3).

*Αντιστοιχία του GS με το ISUP grade*

- Gleason score 2-6 ISUP grade 1
- Gleason score 7 (3+4) ISUP grade 2
- Gleason score 7 (4+3) ISUP grade 3
- Gleason score 8 (4+4, 3+5, 5+3) ISUP grade 4
- Gleason score 9-10 ISUP grade 5

## Κλινικά σημαντικός καρκίνος του προστάτη.

Ο όρος «κλινικά σημαντικός» χρησιμοποιείται ευρέως για να υποδηλώσει εκείνους τους καρκίνους του προστάτη που οδηγούν σε νοσηρότητα ή θάνατο. Ο ορισμός αυτός και η διάκριση του είναι σημαντικός για να προλάβουμε την υπερθεραπεία, καθώς η πλειοψηφία των καρκίνων του προστάτη χαμηλού κινδύνου δεν απαιτούν θεραπεία και έτσι μπορούμε να αποτρέψουμε μη χρειαζόμενες επιβλαβείς ανεπιθύμητες ενέργειες.

Επιπρόσθετα, μερικοί ασθενείς με κατηγορία της διεθνούς εταιρείας της Ουρολογικής παθολογοανατομίας βαθμού δύο μπορεί να έχουν μία μη σημαντική νόσο με βάση το ειδικό προστατικό αντιγόνο, τα ευρήματα στην μαγνητική τομογραφία του προστάτη και το ποσοστό βαθμού κακοήθειας τέσσερα στην ιστολογική εξέταση της βιοψίας. Οι ασθενείς που φέρουν τέτοιους καρκίνους να μπορούν να αποφύγουν αρχικά την θεραπεία.

Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι αποκαλύπτονται να έχουν μη σημαντικό καρκίνο του προστάτη χρειάζονται ενεργό παρακολούθηση έως ότου το προσδόκιμο επιβίωσης τους πέσει κάτω από τα 10 χρόνια.

## Πρώιμη διάγνωση

Μία στρατηγική εξατομίκευσης για κάθε ασθενή με βάση τους κινδύνους που έχει για πρώιμη διάγνωση ενός καρκίνου του προστάτη μπορεί να σχετίζεται με ένα σημαντικό κίνδυνο υπερδιάγνωσης. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι η διάσπαση του συνδέσμου μεταξύ της διάγνωσης και της ενεργού θεραπείας είναι ο μοναδικός τρόπος να ελαττώσουμε τα ποσοστά υπερθεραπείας, ενώ παράλληλα να διατηρήσουμε τα δυνητικά πλεονεκτήματα της πρώιμης διάγνωσης που επιζητούν ορισμένοι άντρες.

<b>Σύσταση για γενετικό έλεγχο*</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Σκεφτείτε τον γενετικό έλεγχο βλαστοκυττάρων σε άνδρες με μεταστατικό καρκίνο του προστάτη.	Ασθενής
Σκεφτείτε τον γενετικό έλεγχο βλαστοκυττάρων σε άντρες με καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου που έχουν ένα μέλος της οικογένειας τους διαγνωσμένο με καρκίνο του προστάτη σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών.	Ασθενής
Σκεφτείτε γενετικό έλεγχο βλαστοκυττάρων σε ασθενείς με πολλά οικογενειακά μέλη διαγνωσθέντα με καρκίνο του προστάτη σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών ή με ένα οικογενειακό μέλος που πέθανε από καρκίνο του προστάτη.	Ασθενής

Σκεφτείτε γενετικό έλεγχο βλαστοκυττάρων σε ασθενή με ένα οικογενειακό ιστορικό ή με γενετικές μεταλλάξεις ή με ένα οικογενειακό ιστορικό πολλαπλών καρκίνων από την ίδια πλευρά της οικογένειας.	Ασθενής
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

\*Πριν τον γενετικό έλεγχο θα πρέπει οι ασθενείς να έχουν λάβει πλήρως γενετικές συμβουλές.

<b>Σύσταση για πληθυσμιακό έλεγχο και πρώιμη διάγνωση.</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Μην υποβάλλεται τους ασθενείς σε έλεγχο του ειδικού προστατικού αντίγονου χωρίς να τους έχετε ενημερώσει για τα δυνητικά πλεονεκτήματα και τους κινδύνους.	Ισχυρή
Προσφέρετε μία εξατομικευμένη στρατηγική ελέγχου και πρώιμης διάγνωσης σε έναν καλά πληροφορημένο άνδρα με ένα προσδόκιμο επιβίωσης τουλάχιστον 10 έως 15 χρόνια με βάση τους παράγοντες κινδύνου που ο συγκεκριμένος άρρωστος έχει.	Ασθενής
Προσφέρετε εξέταση του ειδικού προστατικού αντίγονου μόνο σε καλά πληροφορημένους άρρωστους που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν: άντρες μετά τα 50, άντρες μετά τα 45 χρόνια, όταν έχουν ένα οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του προστάτη, άνδρες με καταγωγή από την Αφρική μετά τα 45 τους χρόνια, και άνδρες οι οποίοι έχουν αλλαγές στο γονίδιο BRCA2 μετά τα 40 χρόνια της ηλικίας τους.	Ισχυρή

<p>Προσφέρετε μία στρατηγική η οποία βασίζεται στους παράγοντες κινδύνου, πάντα με βάση την αρχική τιμή του ειδικού προστατικού αντιγόνου, με διαστήματα παρακολούθησης δύο χρονών για εκείνους τους ασθενείς που αρχικά είναι σε ρίσκο για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη. Τέτοιοι ασθενείς είναι:</p> <p>άντρες με επίπεδα προστατικού αντιγόνου μεγαλύτερα της μονάδος (PSA&gt;1) στα 40 χρόνια της ηλικίας,  άνδρες με επίπεδα ειδικού προστατικού αντιγόνου πάνω από δύο (PSA&gt;2) στα 60 χρόνια της ηλικίας.</p> <p>Αναβάλλεται την παρακολούθηση εως για οχτώ χρόνια σε αυτούς που δεν βρίσκονται αρχικώς σε κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη.</p>	<p>Ασθενής</p>
<p>Σε ασυμπτωματικούς άνδρες με επίπεδο προστατικού ειδικού αντιγόνου (PSA) μεταξύ 3-10 ng/mL και φυσιολογική ψηφιακή εξέταση του ορθού (DRE), επαναλάβετε τη δοκιμασία PSA πριν από περαιτέρω εξετάσεις</p>	<p>Ασθενής</p>
<p>Σε ασυμπτωματικούς άνδρες με επίπεδο PSA μεταξύ 3-10 ng/mL και φυσιολογική DRE, χρησιμοποιήστε ένα από τα ακόλουθα εργαλεία για την ένδειξη βιοψίας:</p> <p>Risk calculator, πό την προϋπόθεση ότι είναι σωστά βαθμονομημένος με βάση τον πληθυσμιακό επιπολασμό, (Ισχυρή σύσταση):</p> <p>Μαγνητική τομογραφία του προστάτη (Ισχυρή σύσταση):  επιπλέον εξέταση βιοδεικτών ορού, ούρων (Ασθενής σύσταση)</p>	
<p>Σταματήστε την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη με βάση το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς καθώς επίσης και την κατάσταση της υγείας του. Άντρες οι οποίοι έχουν ένα προσδόκιμο επιβίωσης κάτω από τα 15 χρόνια είναι απίθανο να επωφεληθούν από την πρόωμη διάγνωση</p>	<p>Ισχυρή</p>

### Διαγνωστική προσέγγιση. Κλινική διάγνωση.

Η υποψία για την ύπαρξη καρκίνου του προστάτη συνήθως γίνεται από την δακτυλική εξέταση του ορθού και / ή τα επίπεδα στο αίμα του ειδικού προστατικού αντιγόνου. Η οριστική διάγνωση βασίζεται στην ιστοπαθολογική διαπίστωση αδενοκαρκινώματος του προστάτη στα τμήματα της βιοψίας που παίρνουμε δια του ορθού, στα κομμάτια της διουρηθρικής εκτομής του προστάτη, ή στο παρασκεύασμα της προστατεκτομής που έχει πραγματοποιηθεί για μία καλοήγη αύξηση του μεγέθους του προστάτη.

Η απόφαση εάν θα προχωρήσουμε σε περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο ή έλεγχο σταδιοποίησης εξαρτάται από τις θεραπευτικές επιλογές που είναι διαθέσιμες για τον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη το προσδόκιμο επιβίωσης του. Διαγνωστικές μέθοδοι οι οποίες δεν θα επηρεάσουν την απόφαση για την θεραπεία του ασθενούς συνήθως πρέπει να παραλείπονται.

<b>Σύσταση για τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας κατά την απόφαση πραγματοποίησης βιοψίας.</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
<i>Σύσταση για όλους τους ασθενείς.</i>	
Μην χρησιμοποιείτε την μαγνητική τομογραφία του προστάτη σαν ένα αρχικό εργαλείο πληθυσμού πληθυσμιακού ελέγχου.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε το σύστημα ταξινόμησης PI-RADs για τις ακολουθίες της μαγνητικής τομογραφίας και την κατανόηση των αποτελεσμάτων και εξετάστε τα ευρήματα της μαγνητικής σε μία διεπιστημονική συνάντηση με υποστήριξη παθολογοανατόμων.	Ισχυρή
<i>Σύσταση για ασθενείς που δεν έχουν προηγούμενα υποβληθεί σε βιοψία του προστάτη.</i>	
Πραγματοποιήστε μαγνητική τομογραφία του προστάτη πριν από την βιοψία του προστάτη αδένου. Ισχυρή σύσταση.	Ισχυρή
Όταν το ευρήμα της μαγνητικής τομογραφίας του προστάτη είναι θετικό (PI-RADS μεγαλύτερο ή ίσο του τρία) συνδυάστε τις στοχευμένες και τις συστηματικές βιοψίες. Ισχυρή σύσταση.	Ισχυρή
Όταν το αποτέλεσμα της μαγνητικής τομογραφίας είναι αρνητικό (PI-RADS μικρότερο ή ίσο του δύο), και δεν υπάρχει κλινική υποψία για ύπαρξη καρκίνου του προστάτη π.χ. πυκνότητα PSA μικρότερη από 0,15, μπορείτε να παραλείψετε την βιοψία προστάτη αφού πρώτα έχετε συζητήσει με τον ασθενή.	Ασθενής
<i>Σύσταση για τους ασθενείς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μία προηγούμενα αρνητική βιοψία.</i>	
Πραγματοποιήστε μαγνητική τομογραφία του προστάτη πριν από την βιοψία του προστάτη.	Ισχυρή
Εάν το εύρημα της μαγνητικής τομογραφίας του προστάτη είναι θετικό (PI-RADS μεγαλύτερο ή ίσο του τρία) πραγματοποιήστε μόνο στοχευμένη βιοψία.	Ασθενής
Εάν το αποτέλεσμα της μαγνητικής τομογραφίας είναι αρνητικό (PI-RADS μικρότερο ή ίσο του 2) και η κλινική υποψία για ύπαρξη καρκίνου του προστάτη είναι μεγάλη, πραγματοποιήστε συστηματική βιοψία αφού πρώτα έχετε μοιραστεί αυτή σας την απόφαση με τον ασθενή.	Ισχυρή



<b>Σύσταση για την διενέργεια της βιοψίας του προστάτη.</b>	<b>Βαθμός σύστασης*</b>
Πραγματοποιήστε την βιοψία του προστάτη χρησιμοποιώντας την διαπερινεϊκή προσπέλαση καθώς έχει μικρότερο κίνδυνο φλεγμονωδών επιπλοκών.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε τα συνηθισμένα χειρουργικά αντισηπτικά για το δέρμα του περινέου κατά την διαπερινεϊκή βιοψία.	Ισχυρή
Καθαρίστε το ορθό στους άντρες με ιωδιούχο ποβιδόνη πριν από την διορθική βιοψία του προστάτη.	Ισχυρή
Μην χρησιμοποιείτε φλουοροκινολόνες για τη βιοψία του προστάτη σε συμφωνία με την τελική απόφαση της ευρωπαϊκής κοινότητας για ΕΜΕΑ/Η/Α-31/1452.	Ισχυρή
Χορηγείτε στοχευμένη προφύλαξη βασισμένη στην καλλιέργεια των κοπράνων ή στο δείγμα που έχει παρθεί από το ορθό. Χρησιμοποιήστε ενισχυμένη προφύλαξη (δύο ή περισσότερες κατηγορίες διαφορετικών αντιβιοτικών). Χρησιμοποιήστε εναλλακτικά ως προφύλαξη, αντιβιοτικά όπως η φωσφομυκίνη, η κεφαλοσπορίνη, οι αμινογλυκοσίδες όταν λαμβάνετε βιοψία δια του ορθού.	Ασθενής
Βεβαιωθείτε ότι τα τμήματα του ιστού από τα διαφορετικά σημεία του προστάτη τοποθετούνται και αποστέλλονται στον εργαστήριο ξεχωριστά.	Ισχυρή

\*Οι ανωτέρω συστάσεις αναφέρονται εδώ κυρίως για τις μείζονες κλινικές τροποποιήσεις που μπορούν να προκαλέσουν. Παρόλο που υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν την χαμηλότερη επίπτωση λοίμωξης μετά από τη λήψη βιοψίας από το περίνεο, τα δεδομένα αυτά είναι χαμηλής ποιότητας σε βεβαιότητα. Ο λόγος της ισχυρής σύστασης είναι γιατί η κλινική σημασία είναι μεγαλύτερη της στατιστικής σημασίας. Τα δεδομένα για τον καθαρισμό του περινέου ή του ορθού βασίζονται σε χαμηλής ποιότητας μελέτες αλλά και πάλι η κλινική σημασία είναι σημαντική από πρακτική άποψη. Έχει δοθεί μια ισχυρή σύσταση για την αποφυγή φλουοροκινολονών κατά τη διάρκεια της βιοψίας του προστάτη κυρίως λόγω των νομικών θεμάτων στην Ευρώπη.

#### Παθολογική ανατομία των βιοψιών του προστάτη.

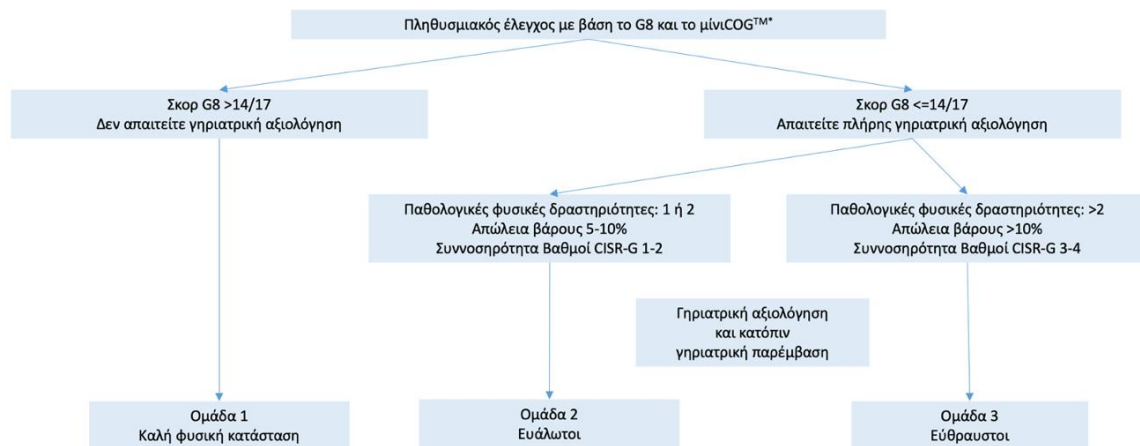
Η αναφορά της ιστοπαθολογίας θα πρέπει να περιλαμβάνει το είδος του καρκινώματος και τις παραμέτρους που περιγράφουν την έκταση του, όπως για παράδειγμα το ποσοστό των θετικών δειγμάτων, το ποσοστό ή τα εκατοστά του καρκινώματος σε κάθε τμήμα της βιοψίας, καθώς και το Gleason score (GS) ανά τμήμα βιοψίας όπως επίσης και το συνολικό GS. Στην ιστολογική έκθεση του παρασκευάσματος της ριζικής προστατεκτομής θα πρέπει να περιλαμβάνεται ο τύπος του καρκινώματος, ο συνολικός βαθμός κακοήθειας κατά ISUP, το παθολογοανατομικό στάδιο καθώς και τα εγχειρητικά όρια.

<b>Κλινικές οδηγίες για την σταδιοποίηση του καρκίνου του προστάτη.</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
<i>Σταδιοποίηση οποιασδήποτε ομάδας κινδύνου.</i>	
Χρησιμοποιήστε την μαγνητική τομογραφία του προστάτη που πραγματοποιείται πριν από την βιοψία για να λάβετε πληροφορίες όσον αφορά την σταδιοποίηση.	Ασθενής
Η θεραπεία δεν θα πρέπει να αλλάζει με βάση τα ευρήματα της PSMA PET/CT, με βάση τα τρέχοντα διαθέσιμα δεδομένα.	Ισχυρή
<i>Εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη χαμηλού κινδύνου.</i>	
Μην χρησιμοποιείτε επιπλέον απεικόνιση με σκοπό την σταδιοποίηση	Ισχυρή
<i>Ενδιάμεσου κινδύνου καρκίνος του προστάτη.</i>	
Στο βαθμό, κατά ISUP, 3 πραγματοποιήστε τουλάχιστον μία απεικόνιση της κοιλιάς και του πυελικού εδάφους καθώς και ένα σπινθηρογράφημα οστών για να δείτε εάν υπάρχουν μεταστάσεις	Ασθενής
<i>Εντοπισμένος καρκίνος του προστάτη υψηλού κινδύνου ή τοπικά προχωρημένος καρκίνος του προστάτη.</i>	
Πραγματοποιείτε έλεγχο για μεταστάσεις χρησιμοποιώντας μία απεικόνιση της κοιλιάς και της πυέλου καθώς και ένα σπινθηρογράφημα οστών.	Ισχυρή
Όταν χρησιμοποιείται PSMA-PET ή μαγνητική τομογραφία ολόκληρου του σώματος για να αυξήσετε την ευαισθησία, να θυμάστε την έλλειψη δεδομένων για τα αποτελέσματα μετά από τις επακόλουθες θεραπείες	Ισχυρή

Υπολογίζοντας το προσδόκιμο επιβίωσης και την συνολική κατάσταση υγείας του ασθενούς.

<b>Σύσταση</b>	
Για την θεραπεία του καρκίνου του προστάτη χρησιμοποιήστε το προσδόκιμο επιβίωσης, την συνολική κατάσταση υγείας και την συννοσηρότητα του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. σύσταση.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε το geriatric – 8, το mini COG και το Clinical Frailty scale ως εργαλεία για να καθορίσετε την γενική κλινική κατάσταση του ασθενούς.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε έναν πλήρη γηριατρικό έλεγχο από ειδικό σε ασθενείς οι οποίοι έχουν Gleason score G8. ≤ 14	Ισχυρή
Προσφέρετε την κλασική θεραπεία σε ασθενείς που έχουν προβλήματα υγείας τα οποία όμως μπορούν να αναταχθούν μετά από την λύση των γηριατρικών προβλημάτων. Η θεραπεία θα πρέπει να είναι ίδια με αυτή που προτείνετε στους ασθενείς που είναι υγιείς και σε καλή κλινική κατάσταση, με την προϋπόθεση ότι το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεγαλύτερο από 10 χρόνια.	Ασθενής

Προσφέρετε εναλλακτικές και προσαρμοσμένες θεραπείες σε ασθενείς οι οποίοι έχουν μη αναστρέψιμα προβλήματα υγείας.	Ασθενής
Προσφέρετε θεραπείες που στόχο έχουν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μόνο σε εύθραυστους ασθενείς.	Ισχυρή



 Skolarikos A. Athens Medical School

Mini-COG™ = Mini-COG™ δοκιμασία αντίληψης CIRS-G = Cumulative illness rating score – Geriatrics

\*Για Mini-COG™, ένα επίπεδο 3/5 υποδεικνύει μια ανάγκη για πλήρη αξιολόγηση του ασθενούς για άνοια

### Εικόνα 1: Διαγνωστικός αλγόριθμος για τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας (άνδρες >70 χρόνων)

#### Θεραπευτική προσέγγιση.

##### Αποφυγή και αναστολή της θεραπείας.

Πολλοί ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη δεν θα επωφεληθούν από την οριστική θεραπεία και 45% των αντρών με καρκίνο του προστάτη που ανευρέθηκε εξαιτίας αυξημένου ειδικού προστατικού αντιγόνου μπορεί να είναι υποψήφιοι για να μην λάβουν ή να καθυστερήσουν να λάβουν θεραπεία.

Στους ασθενείς με συννοσηρότητα και με ένα περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης, η θεραπεία του εντοπισμένου καρκίνου του προστάτη μπορεί να αποφευχθεί ή να καθυστερήσει για να αποφύγουμε να χάσει ο ασθενής την ποιότητα ζωής του.

Γενικές κλινικές οδηγίες για την ενεργό θεραπεία του καρκίνου του προστάτη.

<b>Σύσταση.</b>	
Ενημερώστε τους ασθενείς ότι βασιζόμενοι σε αδρά σύγχρονα δεδομένα, με μία παρακολούθηση έως και 12 χρόνια, καμιά ενεργός μορφή θεραπείας δεν έχει δείξει ανωτερότητα έναντι κάποιας άλλης ή ανωτερότητα έναντι της καθυστερημένης ενεργού θεραπείας όσον αφορά την συνολική επιβίωση αλλά και την ειδική για τον καρκίνο του προστάτη επιβίωση στον κλινικά εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη χαμηλού η ενδιάμεσου κινδύνου.	Ισχυρή
Προσφέρετε προσεκτική παρακολούθηση σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με κλινικά εντοπισμένη νόσο και με ένα προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο από τα 10 χρόνια με βάση την συννοσηρότητα των αρρώστων.	Ισχυρή
Ενημερώστε τους ασθενείς ότι όλες οι ενεργοί θεραπείες έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες.	Ισχυρή
<b>Χειρουργική θεραπεία.</b>	
Η ριζική προστατεκτομή μπορεί να καθυστερήσει με ασφάλεια για τουλάχιστον 3 μήνες από τη διάγνωση σε οποιαδήποτε κατηγορία κινδύνου.	Ασθενής
Ενημερώστε τους ασθενείς ότι καμιά μέθοδος χειρουργικής αντιμετώπισης, (ανοιχτή, λαπαροσκοπική, ρομποτική ριζική προστατεκτομή) δεν έχει δείξει ανωτερότητα όσον αφορά τα λειτουργικά και τα ογκολογικά αποτελέσματα.	Ασθενής
Όταν θεωρείται ότι η λεμφαδενεκτομή είναι απαραίτητη πραγματοποιήστε λεμφαδενεκτομή σε εκτεταμένο πεδίο για να έχετε την σωστή σταδιοποίηση.	Ισχυρή
Μην πραγματοποιείτε χειρουργικές τεχνικές διατήρησης των νεύρων όταν υπάρχει κίνδυνος ομόπλευρης εξωπροστατικής επέκτασης με βάση το κλινικό στάδιο του όγκου, τον βαθμό κατά ISUP, τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας, ή όταν η πιθανότητα αυτή έχει επιβεβαιωθεί με ένα νομογράμμα.	Ασθενής
Μην προσφέρετε νεοεπικουρική θεραπεία αναστολής των ανδρογόνων πριν από το χειρουργείο.	Ισχυρή
<b>Ακτινοθεραπεία.</b>	
Χρησιμοποιήστε διαμορφωμένη από την ένταση ακτινοθεραπεία (IMRT) ή τοξοειδή ογκομετρική ακτινοθεραπεία (VMAT) μαζί με κατευθυνόμενη από την εικόνα ακτινοθεραπεία (IGRT) για την οριστική θεραπεία του καρκίνου του προστάτη με εξωτερική ακτινοβολία.	Ισχυρή

Πραγματοποιείτε υποκατάτμηση (HFx) με τις IMRT/VMAT και IGRT στον προστάτη, σε ασθενείς με εντοπισμένη νόσο. Βεβαιωθείτε ότι η HFx συμφωνεί με τα πρωτόκολλα ακτινοβολίας από μελέτες με ισοδύναμο αποτέλεσμα και τοξικότητα π.χ. 60Gy/20 fractions σε 4 εβδομάδες ή 70Gy/28 fractions σε 6 εβδομάδες.	Ισχυρή
Προσφέρετε χαμηλής δόσης (LDR) βραχυθεραπεία ως μονοθεραπεία σε ασθενείς με καλή ποιότητα ούρησης και χαμηλού ή NCCN favourable μετρίου κινδύνου καρκίνο του προστάτη.	Ισχυρή
Προσφέρετε LDR ή HDR βραχυθεραπεία ως δόση εφόδου σε συνδυασμό με IMRT/VMAT και IGRT σε ασθενείς με καλή ποιότητα ούρησης και unfavourable ενδιάμεσου κινδύνου καρκίνο του προστάτη (ISUP G3 και/ή PSA 10-20 ng/ml) ή υψηλού κινδύνου καρκίνο του προστάτη ή τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη.	Ασθενής
<b>Ενεργείς θεραπευτικές επιλογές εκτός από το χειρουργείο και την ακτινοβολία.</b>	
Προσφέρετε εστιακή θεραπεία με κρυοθεραπεία και υψηλής έντασης εστιασμένους υπέρηχους (HIFU) μόνο μέσα σε μία κλινική μελέτη ή σε καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες πληθυσμού	Ισχυρή

### Κλινικές οδηγίες για την πρώτη γραμμής θεραπεία σε διάφορα στάδια της νόσου.

Σύσταση		Βαθμός σύστασης
<b>Νόσος χαμηλού κινδύνου</b>		
<b>Watchful waiting (WW)</b>	Προσφέρετε προσεκτική παρακολούθηση (WW) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με προσδόκιμο ζωής < 10 έτη.	Ισχυρή
<b>Ενεργός παρακολούθηση (AS)</b>	Προσφέρετε ενεργό παρακολούθηση σε ασθενείς που έχουν ένα προσδόκιμο επιβίωσης πάνω από τα 10 χρόνια και νόσο χαμηλού κινδύνου.	Ισχυρή
	<i>Επιλογή των ασθενών.</i>	
	Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν ενδοαδενικού ιστολογικού τύπου καρκίνο καθώς και cribriform ιστολογική εικόνα στην βιοψία θα πρέπει να εξαιρούνται από την ενεργό παρακολούθηση	Ισχυρή
	Πραγματοποιείτε μία μαγνητική τομογραφία του προστάτη πριν από την επιβεβαιωτική βιοψία εάν δεν είχε πραγματοποιηθεί μαγνητική τομογραφία πριν από την αρχική βιοψία.	Ισχυρή
Εάν πραγματοποιείται βιοψία επιβεβαίωσης λάβετε στοχευμένη βιοψία από οποιοδήποτε βλάβη (PI-RADS μεγαλύτερο ή ίσο του τρία) καθώς και συστηματικές βιοψίες από τον προστάτη αδένα	Ασθενής	

	Εάν δεν είναι διαθέσιμη η μαγνητική τομογραφία του προστάτη, μπορούν να πραγματοποιηθούν βιοψίες του προστάτη επιβεβαιωμένες με βάση συγκεκριμένο πρωτόκολλο.	Ασθενής
	Εάν ο ασθενής είχε προηγούμενα υποβληθεί σε μαγνητική τομογραφία η οποία ακολουθήθηκε από συστηματικές και στοχευμένες βιοψίες δεν υπάρχει λόγος για λήψη επιβεβαιωτικών βιοψιών.	Ασθενής
<b>Νόσος ενδιάμεσου κινδύνου</b>		
WW	Προσφέρετε προσεκτική παρακολούθηση (WW) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με προσδόκιμο ζωής < 10 έτη	Ισχυρή
AS	Προσφέρετε ενεργό παρακολούθηση (AS) σε επιλεγμένους ασθενείς με νόσο ISUP grade 2 (δηλ. < 10% μοτίβο 4, PSA < 10 ng/mL, ≤ cT2a, χαμηλή έκταση νόσου στην απεικόνιση και χαμηλή έκταση βιοψίας [ορίζεται ως ≤ 3 θετικά ιστοτεμάχια με επιφάνεια καρκίνου ≤ 50% ανά τεμάχιο]), ή ένα άλλο μεμονωμένο στοιχείο νόσου ενδιάμεσου κινδύνου με χαμηλή έκταση νόσου στην απεικόνιση και χαμηλή έκταση βιοψία, αποδεχόμενοι τον δυνητικά αυξημένο κίνδυνο μεταστατικής εξέλιξης.	Ασθενής
	Οι ασθενείς με νόσο της ομάδας 3 του βαθμού ISUP θα πρέπει να αποκλείονται από τα πρωτόκολλα AS	Ισχυρή
	Επαναταξινόμηση των ασθενών με χαμηλού όγκου νόσο ISUP grade 2 που περιλαμβάνονται στα πρωτόκολλα AS, εάν οι επαναλαμβανόμενες συστηματικές βιοψίες χωρίς μαγνητική τομογραφία που διενεργούνται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης αποκαλύπτουν > 3 θετικά ιστοτεμάχια ή επιφάνεια καρκίνου ISUP grade 2 ≤ 50% ανά τεμάχιο.	Ασθενής
Ριζική προστατεκτομή (RP)	Προσφέρετε RP σε ασθενείς με προσδόκιμο ζωής > 10 έτη.	Ισχυρή
	Η ριζική προστατεκτομή μπορεί να καθυστερήσει με ασφάλεια για τουλάχιστον 3 μήνες.	Ασθενής
	Προσφέρετε nerve-sparing RP σε ασθενείς με χαμηλό κίνδυνο εξωκαψικής νόσου στην αντίστοιχη πλευρά	Ισχυρή

Εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός	Πραγματοποιήστε έναν εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό στους ασθενείς που έχουν νόσο ενδιάμεσου κινδύνου, βασιζόμενοι στην πιθανότητα διήθησης των λεμφαδένων όπως αυτή υπολογίζεται από εμπειριστατωμένα και ελεγμένα νομογράμματα.	Ασθενής
Ακτινοθεραπεία	Προσφέρετε χαμηλής δόσης βραχυθεραπεία σε ασθενείς που έχουν νόσο ενδιάμεσου κινδύνου με καλά χαρακτηριστικά και καλή πρόγνωση καθώς επίσης και μία καλή ποιότητα ούρησης	Ισχυρή
	Προσφέρετε ακτινοθεραπεία τροποποιημένης έντασης (IMRT), ή τοξοειδώς τροποποιημένη ογκομετρική ακτινοθεραπεία (VMAT) μαζί με καθοδηγούμενη από τις εικόνες ακτινοθεραπεία (IGRT), σε συνολική δόση 74-78Gy ή μέτρια υποκατατημένη (60Gy/20fx σε 4 εβδομάδες ή 70Gy/28fx σε 6 εβδομάδες) σε συνδυασμό με βραχύχρονο ανδρογονικό αποκλεισμό (ADT) για 4-6 μήνες.	Ισχυρή
	Προσφέρετε χαμηλής δόσης βραχυθεραπεία εφόδου μαζί με IMRT/VMAT και IGRT σε ασθενείς που έχουν καλή ποιότητα ούρησης και νόσο ενδιάμεσου κινδύνου με μη καλά χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με βραχυχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό για τέσσερις ως έξι μήνες	Ασθενής
	Προσφέρετε υψηλής δόσης βραχυθεραπεία εφόδου μαζί με IMRT/VMAT και IGRT σε ασθενείς που έχουν καλή ποιότητα ούρησης και νόσο ενδιάμεσου κινδύνου με μη καλά χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με βραχυχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό για τέσσερις ως έξι μήνες.	Ασθενής
Άλλες θεραπευτικές επιλογές	Προσφέρετε την εναλλακτική θεραπεία εξάχνωσης όλου του προστάτη αδένα όπως η κρυοθεραπεία ή η υψηλής έντασης εστιασμένοι υπέρηχοι, ή την εστιακή θεραπεία του προστάτη αδένα για τους ασθενείς με ενδιάμεσο κινδύνου νόσο μόνο μέσα στα πλαίσια μιας κλινικής μελέτης ή μίας καλά σχεδιασμένης προοπτικής πληθυσμιακής μελέτης.	Ισχυρή

	Μην προσφέρετε ανδρογονικό αποκλεισμό ως μονοθεραπεία σε ασυμπτωματικούς άντρες με ενδιάμεσου κινδύνου νόσο, οι οποίοι δεν είναι κατάλληλοι για να λάβουν κάποια μορφή τοπικής θεραπείας.	Ασθενής
<b>Νόσος υψηλού κινδύνου</b>		
WW	Προσφέρετε προσεκτική παρακολούθηση (WW) σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με προσδόκιμο ζωής < 10 έτη.	Ισχυρή
Ριζική προστατεκτομή (RP)	Η ριζική προστατεκτομή μπορεί να καθυστερήσει με ασφάλεια για τουλάχιστον 3 μήνες.	Ασθενής
	Προσφέρετε την ριζική προστατεκτομή σε επιλεγμένους ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου σαν ένα τμήμα μιας δυνητικά πολυπαραγοντικής θεραπείας.	Ισχυρή
Εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός	Πραγματοποιήστε εκτεταμένο πυελικό λεμφαδενικό καθαρισμό στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου.	Ισχυρή
	Μην αποστέλλετε ταχεία βιοψία των λεμφαδένων κατά τη διάρκεια της ριζικής προστατεκτομής για να αποφασίσετε αν θα προχωρήσετε ή όχι στο χειρουργείο.	Ισχυρή
Ακτινοθεραπεία	Σε ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου χρησιμοποιήστε IMRT/VMAT με IGRT 76-78Gy σε συνδυασμό με μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό για 2 – 3 χρόνια.	Ισχυρή
	Σε ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου και καλή ποιότητα ούρησης, χρησιμοποιήστε την IMRT/VMAT με IGRT και (χαμηλής ή υψηλής δόσης) βραχυθεραπεία εφόδου σε συνδυασμό με μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό για 2-3 χρόνια	Ασθενής
Άλλες θεραπευτικές επιλογές	Μην προτείνετε είτε την αντιμετώπιση όλου του προστάτη αδένα είτε την εστιακή θεραπεία σε ασθενείς με εντοπισμένη νόσο υψηλού κινδύνου.	Ισχυρή



	Προτείνετε τον ανδρογονικό αποκλεισμό ως μονοθεραπεία μόνο σε εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι δεν επιθυμούν ή δεν είναι κατάλληλοι για να λάβουν κάποια από τις μορφές τοπικής θεραπείας και έχουν χρόνο διπλασιασμού του ειδικού προστατικού αντίγονου μικρότερο από 12 μήνες και έχουν είτε μία τιμή ειδικού προστατικού αντίγονου πάνω από 50ng/ml είτε έναν φτωχά διαφοροποιημένο όγκο.	Ισχυρή
<b>Τοπικά προχωρημένη νόσος</b>		
Ριζική προστατεκτομή (RP)	Προσφέρετε την ριζική προστατεκτομή σε επιλεγμένους άρρωστους με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη cN0 σαν ένα τμήμα μίας πολυπαραγοντικής θεραπείας.	Ασθενής
Εκτεταμένος λεμφαδενικός καθαρισμός	Πραγματοποιήστε έναν εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό πριν από την ριζική προστατεκτομή για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη.	Ισχυρή
Ακτινοθεραπεία	Προσφέρετε στους ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο cN0 IMRT/VMAT με IGRT σε συνδυασμό με μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό.	Ισχυρή
	Σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο καρκίνο του προστάτη υψηλού κινδύνου cN0 χρησιμοποιήστε IMRT/VMAT με IGRT και (χαμηλής ή υψηλής δόσης) βραχυθεραπεία σε συνδυασμό με μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό.	Ασθενής
	Προσφέρετε μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό για τουλάχιστον δύο χρόνια.	Ισχυρή
	Χορηγήστε για δύο χρόνια αμπιρατερόνη όταν προσφέρετε IMRT/VMAT με IGRT στον προστάτη και την πύελο σε συνδυασμό μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό, για ασθενείς cN0M0 με $\geq 2$ παράγοντες κινδύνου (cT3-4, Gleason score $\geq 8$ ή PSA $\geq 40$ ng/ml).	Ισχυρή
	Χορηγήστε για δύο χρόνια αμπιρατερόνη όταν προσφέρετε IMRT/VMAT με IGRT στον προστάτη και την πύελο σε συνδυασμό μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό, για ασθενείς cN1M0	Ισχυρή
	Προσφέρετε σε ασθενείς με νόσο cN1 τοπική θεραπεία (είτε RP είτε IMRT/VMAT συν IGRT) συν μακροχρόνια ADT	Ισχυρή
Άλλες θεραπευτικές επιλογές	Μην προσφέρετε θεραπεία εξάχνωσης για όλο τον προστάτη ή εστιακή θεραπεία για ασθενείς με τοπικά προχωρημένη νόσο.	Ισχυρή

<b>Επικουρική θεραπεία μετά την ριζική προστατεκτομή σε ασθενείς με pN0 ή pN1 νόσο.</b>		
pN0 ή pN1 νόσο	Μην συνταγογραφείτε επικουρικό ανδρογονικό αποκλεισμό σε ασθενείς που δεν έχουν λεμφαδενική συμμετοχή.	Ισχυρή
	Προσφέρετε επικουρική ακτινοβολία στους ασθενείς χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή μόνο σε εκείνους οι οποίοι έχουν κακούς προγνωστικούς παράγοντες στην ιστολογική τους εξέταση (ISUP 4-5, pT3 με ή χωρίς θετικά εγχειρητικά όρια).	Ισχυρή
	<p>Συζητήστε τρεις θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς οι οποίοι ανευρίσκονται με θετική λεμφαδενική νόσο σταδίου 1 (N1) μετά από έναν εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό, βασιζόμενοι κυρίως στα χαρακτηριστικά της λεμφαδενικής συμμετοχής:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Προσφέρετε επικουρικό ανδρογονικό αποκλεισμό.</li> <li>2. Προσφέρετε επικουρικό ανδρογονικό αποκλεισμό με επιπλέον ακτινοβολία IMRT/VMAT με IGRT.</li> <li>3. Προσφέρετε παρακολούθηση στους ασθενείς μετά από εκτεταμένο λεμφαδενικό καθαρισμό και λιγότερους ή ίσους από δύο λεμφαδένες καθώς και ένα ειδικό προστατικό αντιγόνο με τιμή μικρότερη του 0,1ng/ml.</li> </ol>	Ασθενής
<b>Θεραπευτικές επιλογές πρώτης γραμμής οι οποίες δεν στοχεύουν στην ίαση ή είναι παρηγορητικές</b>		
<b>Επιμονή του ειδικού προστατικού αντιγόνου μετά από ριζική προστατεκτομή</b>		
	Προσφέρετε στον άρρωστο την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων με τη χρήση του ειδικού μεμβρανικού προστατικού Αντίγονου (PSMA-PET CT) όταν έχουν μία παραμονή της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου μεγαλύτερη μετά από 0,2ng/ml μετά την RP και πιστεύετε ότι τα αποτελέσματα της εξέτασης θα επηρεάσουν τις θεραπευτικές σας επιλογές	Ασθενής
	Θεραπεύστε τους άνδρες οι οποίοι δεν έχουν κάποια ένδειξη για μεταστατική νόσο με ακτινοθεραπεία διάσωσης και επιπρόσθετη ορμονική θεραπεία.	Ασθενής

<b>Παρακολούθηση κατά την ενεργό παρακολούθηση</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Να βασιστεί η παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της AS σε ένα αυστηρό πρωτόκολλο που περιλαμβάνει DRE τουλάχιστον μία φορά ετησίως, PSA τουλάχιστον μία φορά κάθε 6 μήνες και επαναλαμβανόμενη βιοψία κάθε 2 έως 3 χρόνια.	Ισχυρή
Εκτελέστε MRI και επαναληπτική βιοψία εάν το PSA αυξάνεται (χρόνος διπλασιασμού του PSA < 3 έτη).	Ισχυρή
Επαναταξινόμηση των ασθενών με χαμηλού όγκου νόσο ISUP grade 2 που περιλαμβάνονται στα πρωτόκολλα AS, εάν οι επαναλαμβανόμενες συστηματικές βιοψίες χωρίς μαγνητική τομογραφία που διενεργούνται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης αποκαλύπτουν > 3 θετικά ιστοτεμάχια ή επιφάνεια καρκίνου ISUP grade 2 ≤ 50% ανά τεμάχιο.	Ασθενής
Βασίστε την αλλαγή της θεραπείας στην εξέλιξη της βιοψίας και όχι στην εξέλιξη της μαγνητικής τομογραφίας ή/και του PSA.	Ασθενής
Οι ασθενείς με ευρήματα PI-RADS 1-2 στη μαγνητική τομογραφία και χαμηλή πυκνότητα PSA (< 0,15) μπορούν να εξαιρεθούν από την επαναληπτική βιοψία.	Ασθενής

### Παρακολούθηση μετά την εφαρμογή θεραπείας με στόχο την ίαση.

- Μετά από την ριζική προστατεκτομή, η τιμή του ειδικού προστατικού αντίγονου θα πρέπει να είναι μη μετρήσιμη, κάτω από 0,1ng/ml. Κάθε αύξηση του ειδικού προστατικού αντίγονου μετά από την ριζική προστατεκτομή θεωρείται υποτροπή της νόσου. Μία τιμή του ειδικού προστατικού αντίγονου μεγαλύτερη από 0,1 ng/ml μετά την ριζική προστατεκτομή είναι ένδειξη ότι υπάρχει υπολειπόμενος καρκινικός προστατικός ιστός.
- Εάν μετά από την ριζική προστατεκτομή το ειδικό προστατικό αντιγόνο είναι μη μετρήσιμο, και στη συνέχεια αυξηθεί σε τιμή μεγαλύτερη του 0,4 ng/ml και συνεχώς αυξάνεται, το γεγονός αυτό προδικάζει περαιτέρω εμφάνιση μεταστάσεων.
- Μετά την ακτινοθεραπεία, μία αύξηση της τιμής του ειδικού προστατικού αντίγονου πάνω από 2 ng/ml από την ελάχιστη τιμή προδικάζει με τον καλύτερο τρόπο την ανάπτυξη περαιτέρω μεταστάσεων.
- Ψηλαφητή λεμφαδένες και αυξανόμενη τιμή του ειδικού προστατικού αντίγονου στον όρο του αίματος συνήθως αποτελούν σημάδια τοπικής υποτροπής.

Στην περίπτωση όπου υπάρχει υποτροπή, η απόφαση για περαιτέρω θεραπεία διάσωσης δεν θα πρέπει να βασίζεται στα επίπεδα τιμών του ειδικού προστατικού αντίγονου τα οποία αναφέρθηκαν ανωτέρω, αλλά στην ομάδα κινδύνου που ανήκει ο άρρωστος με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής Εταιρείας καθώς και στην συζήτηση με τον ασθενή.

Βιοχημική υποτροπή σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου με βάση τα κριτήρια της EAU

Μετά ριζική προστατεκτομή. Χρόνος διπλασιασμού του ειδικού προστατικού αντίγονου μεγαλύτερο από ένα έτος ΚΑΙ ISUP grade < 4.

Μετά ακτινοβολία. Μεσοδιάστημα έως την βιοχημική υποτροπή μεγαλύτερο των 18 μηνών ΚΑΙ ISUP < 4.

Βιοχημική υποτροπή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου με βάση τα κριτήρια της EAU

Μετά ριζική προστατεκτομή. Χρόνος διπλασιασμού του ειδικού προστατικού αντίγονου μικρότερο από ένα έτος Η ISUP grade 4-5.

Μετά ακτινοβολία. Μεσοδιάστημα έως την βιοχημική υποτροπή μικρότερο των 18 μηνών Η ISUP grade 4-5.

Σύσταση για παρακολούθηση μετά από ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία	Βαθμός σύστασης
Παρακολουθήστε ως ρουτίνα τους ασυμπτωματικούς ασθενείς λαμβάνοντας τουλάχιστον ένα ιστορικό στοχευμένο στην νόσο καθώς και μία μέτρηση του ειδικού προστατικού αντίγονου.	Ισχυρή
Σε υποτροπή, πραγματοποιήστε απεικόνιση μόνο όταν το αποτέλεσμα της θα επηρεάσει το περεταίρω θεραπευτικό πλάνο.	Ισχυρή

Κλινικές οδηγίες για την μεταστατική νόσο, την δεύτερη γραμμή θεραπείας και τις παρηγορητικές θεραπείες.

Σύσταση	Βαθμός σύστασης	
<b>Πρώτης γραμμής θεραπεία σε μεταστατική νόσο</b>		
<b>M1 ασθενείς*</b> Όλες οι συστάσεις βασίζονται στη μεταστατική νόσο που ορίζεται με σπινθηρογράφημα οστών και αξονική τομογραφία/ μαγνητική τομογραφία.	Προσφέρετε άμεση συστηματική θεραπεία με ανδρογονικό αποκλεισμό για να ανακουφίσετε συμπτώματα και να μειώσετε τον κίνδυνο πιθανών σοβαρών επιπλοκών μιας προχωρημένης νόσου (όπως η συμπίεση του νωτιαίου μυελού, τα παθολογικά κατάγματα, η απόφραξη των ουρητήρων), σε συμπτωματικούς ασθενείς με M1 νόσο.	Ισχυρή

	<p>Προσφέρετε θεραπεία με LHRH ανταγωνιστές ή με ορχεκτομή σε ασθενείς με επαπειλούμενες κλινικές επιπλοκές όπως η συμπίεση του νωτιαίου μυελού ή η απόφραξη της εξόδου των ούρων.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Προσφέρετε πρώιμη συστηματική θεραπεία για ασυμπτωματικούς ασθενείς με όγκο Σταδίου M1.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Προσφέρετε μία βραχυπρόθεσμη χορήγηση μιας παλιάς γενιάς ανταγωνιστή του ανδρογονικού υποδοχέα σε ασθενείς με νόσο M1, που ξεκινούν έναν αγωνιστή LHRH, για να ελαττώσετε τον κίνδυνο ανάπτυξης φαινομένου αναζωπύρωσης (flare up).</p>	<p>Ασθενής</p>
	<p>Μην προσφέρετε ως μονοθεραπεία την χορήγηση ανταγωνιστών του ανδρογονικού υποδοχέα σε ασθενείς με νόσο Σταδίου M1.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Συζητήστε το συνδυασμό της θεραπείας που να περιλαμβάνει ανδρογονικό αποκλεισμό με συστηματική θεραπεία για όλους τους ασθενείς με νόσο M1.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Μην προσφέρετε ανδρογονικό αποκλεισμό ως μονοθεραπεία σε ασθενείς στους οποίους η πρώτη εμφάνιση αφορά νόσο M1 εάν αυτοί δεν έχουν αντένδειξη για την χορήγηση συνδυασμένης θεραπείας και έχουν ένα προσδόκιμο επιβίωσης που θα ωφεληθεί από μία συνδυασμένη θεραπεία (μεγαλύτερο του ενός έτους) και αποδέχονται να αναλάβουν τον αυξημένο κίνδυνο των ανεπιθύμητων ενεργειών.</p>	<p>Ισχυρή</p>
		<p>Ισχυρή</p>

	<p>Χορηγήσετε ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με αμπιρατερόνη + κορτιζόνη ή απαλουταμίδη ή ενζαλουταμίδη σε ασθενείς που η πρώτη εντόπιση τους είναι νόσος Σταδίου M1 και οι οποίοι είναι ικανοί για να λάβουν αυτό το θεραπευτικό σχήμα.</p>	
	<p>Προσφέρετε δοσεταξέλη μόνο σε συνδυασμό με ADT συν αμπιρατερόνη ή δαρολουταμίδη σε ασθενείς με νόσο M1 και οι οποίοι είναι κατάλληλοι για να λάβουν δοσεταξέλη.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Χορηγήστε ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοβολία του προστάτη, χρησιμοποιώντας τις δόσεις και το πεδίο από την μελέτη STAMPEDE, σε ασθενείς που η πρώτη κλινική εμφάνισή τους είναι νόσος σταδίου M1 και οι οποίοι έχουν νόσο χαμηλού φορτίου με βάση τα κριτήρια CHAARTED.</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Μην προσφέρετε ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με οποιαδήποτε μορφή τοπικής θεραπείας (ακτινοθεραπεία / χειρουργείο) σε ασθενείς που με βάση τα κριτήρια CHAARTED έχουν νόσο σταδίου M1 υψηλού φορτίου, έξω από κλινικές μελέτες, (εκτός εάν πρόκειται να αντιμετωπίσετε τα συμπτώματα του ασθενούς).</p>	<p>Ισχυρή</p>
	<p>Μην προσφέρετε ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με χειρουργείο για ασθενείς σταδίου M1 έξω από κλινικές μελέτες.</p>	<p>Ισχυρή</p>

	Προσφέρετε θεραπεία στοχευμένη των μεταστάσεων σε ασθενείς Σταδίου M1 μόνο εντός του πλαισίου μίας κλινικής μελέτης ή καλά σχεδιασμένων προοπτικών πληθυσμιακών μελετών.	Ισχυρή
<b>Βιοχημική υποτροπή μετά από θεραπεία με στόχο την ίαση</b>		
Βιοχημική υποτροπή μετά από ριζική προστατεκτομή	Προσφέρετε παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένου της μέτρησης του ειδικού προστατικού αντίγονου σε ασθενείς με βιοχημική υποτροπή και νόσο χαμηλού κινδύνου με βάση τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	Ασθενής
	Προσφέρετε πρώιμη ακτινοθεραπεία διάσωσης IMRT/VMAT με IGRT σε ασθενείς με δύο συνεχόμενες αυξήσεις στην τιμή του ειδικού προστατικού αντίγονου.	Ισχυρή
	Η ακτινοθεραπεία διάσωσης δεν θα πρέπει να καθυστερείτε εξαιτίας μιας αρνητικής εξέτασης PET/CT, εάν κατά τα άλλα ενδείκνυται.	Ισχυρή
	Μην περιμένετε μέχρι να φτάσει το ειδικό προστατικό αντιγόνο σε μία συγκεκριμένη τιμή για να ξεκινήσετε την θεραπεία. Από τη στιγμή που απόφαση για ακτινοθεραπεία διάσωσης έχει ληφθεί, αυτή θα πρέπει να δίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα σε δόση τουλάχιστον 64 Gy.	Ισχυρή
	Προσφέρετε ορμονική θεραπεία σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία διάσωσης σε ασθενείς με βιοχημική υποτροπή.	Ασθενής
Βιοχημική υποτροπή μετά από ακτινοθεραπεία	Προσφέρετε παρακολούθηση, συμπεριλαμβανομένου της μέτρησης του ειδικού προστατικού αντίγονου σε ασθενείς με βιοχημική υποτροπή και νόσο χαμηλού κινδύνου με βάση	Ασθενής

	τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	
	Προσφέρετε ριζική προστατεκτομή διάσωσης, βραχυθεραπεία, υψηλής έντασης εστιασμένους υπέρηχους (HIFU), ή κρυοθεραπεία σε υψηλά επιλεγμένους ασθενείς με τοπική υποτροπή, διαπιστωμένη με βιοψία, μόνο στα πλαίσια κλινικής μελέτης ή μιας καλά σχεδιασμένης προοπτικής πληθυσμιακής μελέτης, η οποία πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα κέντρα	Ισχυρή
Συστηματική θεραπεία διάσωσης	Μην προσφέρετε ορμονοθεραπεία σε ασθενείς σταδίου M0 με χρόνο διπλασιασμού του ειδικού προστατικού αντίγονου μεγαλύτερο από 12 μήνες.	Ισχυρή
<b>Θεραπευτικές μέθοδοι που παρατείνουν το προσδόκιμο ζωής σε ασθενείς με ευνοχοάντοχο καρκίνο του προστάτη.</b>		
	Βεβαιωθείτε ότι τα επίπεδα τεστοστερόνης είναι < 50 ng/dL, πριν από τη διάγνωση του ανθεκτικού στον ευνοχισμό PCa (CRPC).	Ισχυρή
	Συμβουλευτείτε, διαχειρίζεστε και θεραπεύετε ασθενείς με μεταστατική CRPC (mCRPC) σε διεπιστημονική ομάδα	Ισχυρή
	Αντιμετωπίστε τους ασθενείς με mCRPC με παράγοντες που παρατείνουν τη ζωή.	Ισχυρή
	Προσφέρετε στους ασθενείς με mCRPC γεννητικό μοριακό έλεγχο.	Ισχυρή
<b>Συστηματικές θεραπείες της ανθεκτικής στο ευνοχισμό νόσου</b>		
	Βασιστείτε στην επιλογή της θεραπείας με βάση το performance status (PS), τα συμπτώματα, τις συννοσηρότητες, την εντόπιση και την έκταση της νόσου, το γονιδιακό προφίλ, την προτίμηση του ασθενούς και την προηγούμενη θεραπεία για	Ισχυρή

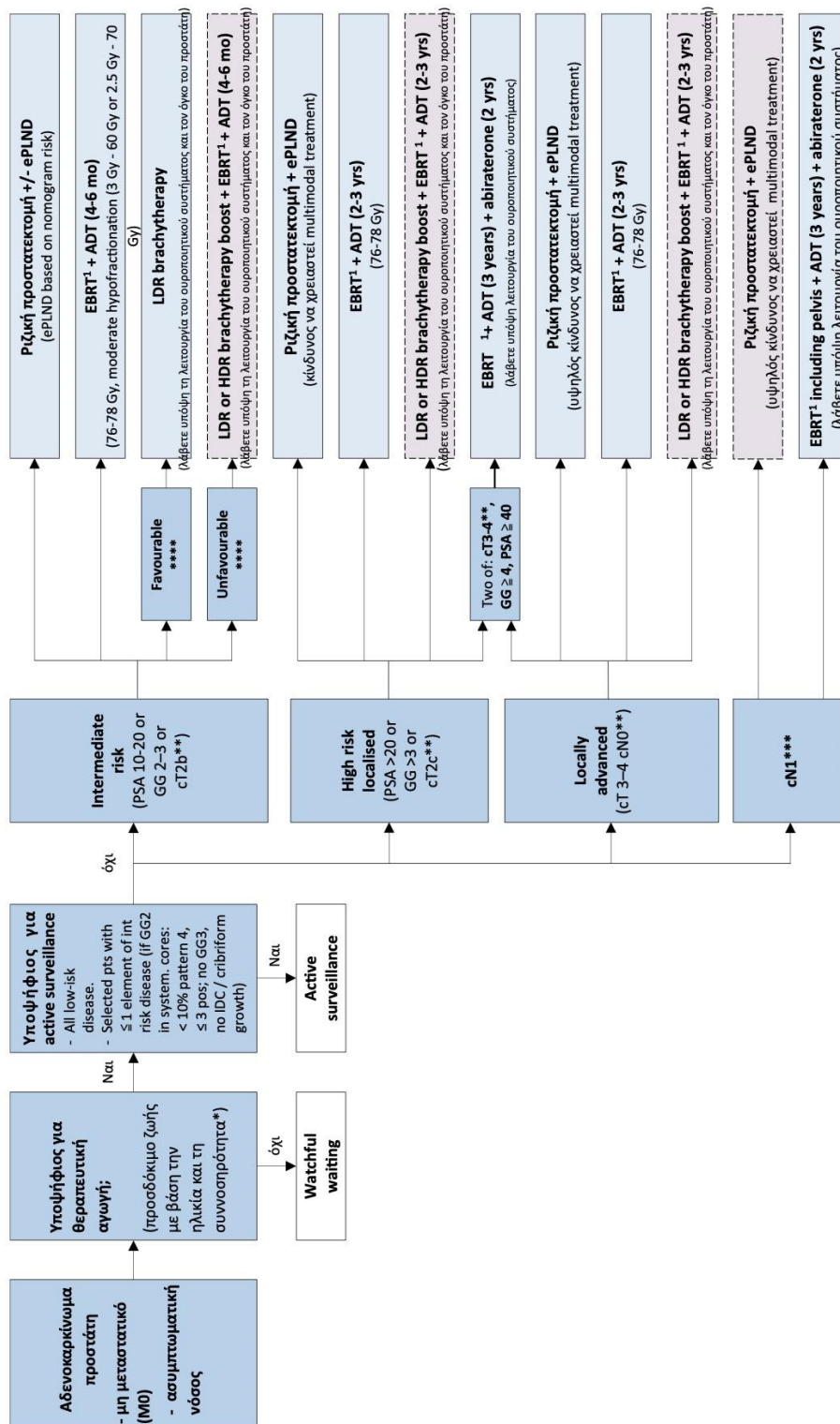


	ορμονοευαίσθητο μεταστατικό PCa (mHSPC) (αλφαβητική σειρά: abiraterone, cabazitaxel, docetaxel, enzalutamide, olaparib, radium-223, sipuleucel-T).	
	Προσφέρετε σε ασθενείς με mCRPC που είναι υποψήφιοι για χημειοθεραπεία docetaxel με 75 mg/m <sup>2</sup> κάθε 3 εβδομάδες.	Ισχυρή
	Προσφέρετε σε ασθενείς με mCRPC και εξέλιξη μετά από χημειοθεραπεία με δοσεταξέλη περαιτέρω επιλογές θεραπείας που παρατείνουν τη ζωή τους, οι οποίες περιλαμβάνουν αμπιατερόνη, καμπαζιταξέλη, ενζαλουταμίδη, radium-223 και ολαπαρίμπη σε περίπτωση αλλοιώσεων στην επιδιόρθωση του ομόλογου ανασυνδυασμού του DNA (HRR alterations).	Ισχυρή
	Βασίστε τις περαιτέρω αποφάσεις για τη θεραπεία του mCRPC στο PS, τις προηγούμενες θεραπείες, τα συμπτώματα, τις συννοσηρότητες, το γονιδιακό προφίλ, την έκταση της νόσου και την προτίμηση του ασθενούς.	Ισχυρή
	Προσφέρετε αμπιατερόνη ή ενζαλουταμίδη σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε μία ή δύο σειρές χημειοθεραπείας.	Ισχυρή
	Αποφύγετε την αλληλουχία των παραγόντων που στοχεύουν στον υποδοχέα ανδρογόνων (ARTA).	Ασθενής
	Προσφέρετε χημειοθεραπεία σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία με αμπιατερόνη ή ενζαλουταμίδη.	Ισχυρή

	Προσφέρετε καμπαζιταξέλη σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία με δοσεταξέλη.	Ισχυρή
	Προσφέρετε καμπαζιταξέλη σε ασθενείς που έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία με δοσεταξέλη και παρουσιάζουν πρόοδο εντός 12 μηνών από τη θεραπεία με αμπιρατερόνη ή ενζαλουταμίδη.	Ισχυρή
<b>Νέες Θεραπείες</b>		
	Προσφέρετε αναστολείς της πολυ(ADP-ριβόζης) πολυμεράσης (PARP) σε προθεραπευμένους ασθενείς με mCRPC με σχετικές μεταλλάξεις γονιδίων επιδιόρθωσης του DNA.	Ισχυρή
	Προσφέρετε <sup>177</sup> Lu-PSMA-617 σε προθεραπευμένους ασθενείς με mCRPC με μία ή περισσότερες μεταστατικές αλλοιώσεις, που εκφράζουν έντονα το PSMA (υπερβαίνοντας την πρόσληψη στο ήπαρ) σε PSMA PET/CT σάρωση.	Ισχυρή
<b>Υποστηρικτική φροντίδα της ανθεκτικής στον ευνουχισμό νόσου</b>		
	Προσφέρετε παράγοντες προστασίας των οστών σε ασθενείς με mCRPC και σκελετικές μεταστάσεις για την πρόληψη οστικών επιπλοκών.	Ισχυρή
	Παρακολουθήστε το ασβέστιο του ορού και προσφέρετε συμπλήρωμα ασβεστίου και βιταμίνης D όταν συνταγογραφείτε είτε denosumab είτε διφωσφονικά	Ισχυρή
	Αντιμετωπίστε τις επώδυνες οστικές μεταστάσεις νωρίς με παρηγορητικά μέτρα όπως IMRT/VMAT συν IGRT και επαρκή χρήση αναλγητικών.	Ισχυρή

	<p>Σε ασθενείς με συμπίεση του νωτιαίου μυελού ξεκινήστε άμεσα υψηλή δόση κορτικοστεροειδών και εκτιμήστε το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης στη σπονδυλική στήλη ακολουθούμενη από ακτινοβολία. Προσφέρετε μόνο ακτινοθεραπεία εάν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι κατάλληλη.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p><b>Μη μεταστατική νόσος ανθεκτική στον ευνοχισμό</b></p>		
	<p>Προσφέρετε απαλουταμίδη, δαρολουταμίδη ή ενζαλουταμίδη σε ασθενείς με M0 CRPC και υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης μεταστάσεων (PSA-DT &lt; 10 μήνες)</p>	<p>Ισχυρή</p>

Εικόνα 2: Θεραπεία μη μεταστατικής (M0) - ασυμπτωματικής νόσου#



\*Προσδόκιμο ζωής 10 χρόνια.

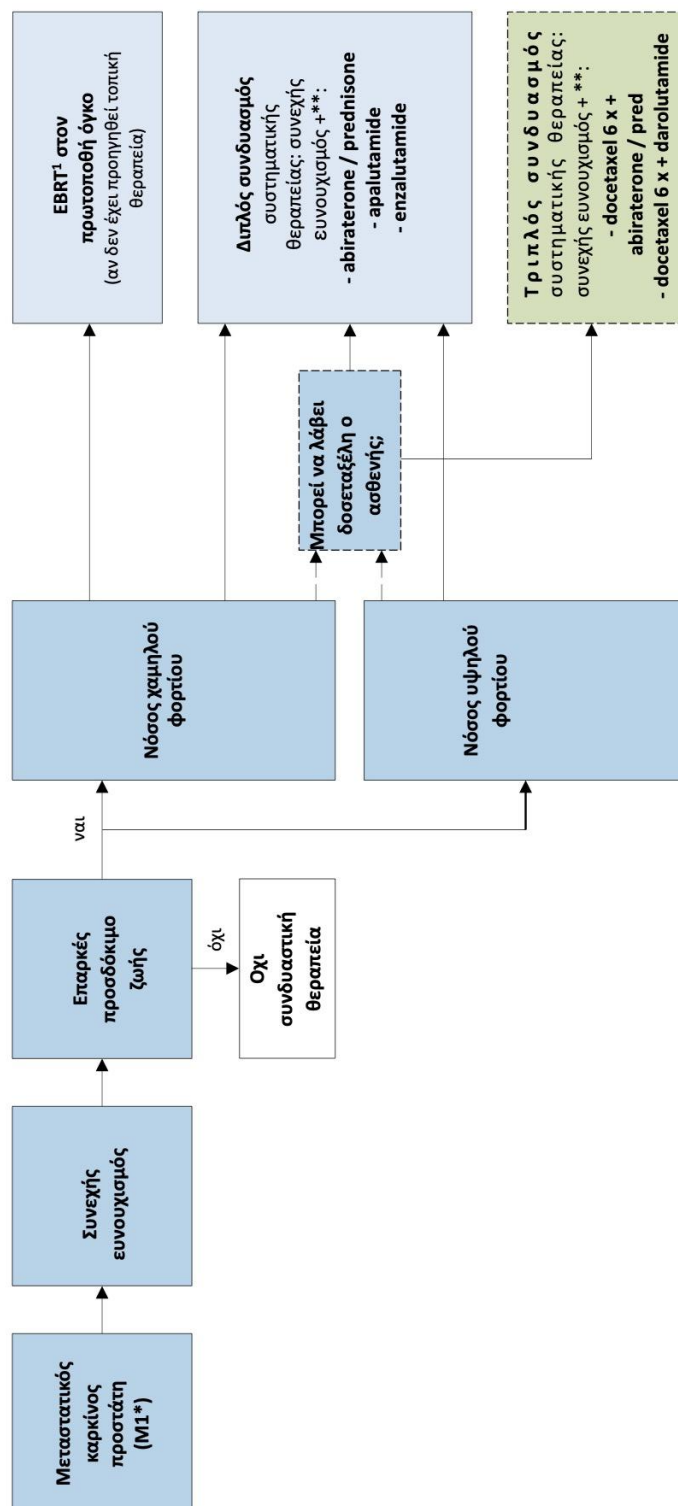
\*\* Σύσταση βάσει κλινικής σταδιοποίησης με χρήση DRE, όχι απεικόνιση.

\*\*\* Σύσταση με βάση τη σταδιοποίηση με συνδυασμό bone scan και αξονικής τομογραφίας.

\*\*\*\* Βλέπε κείμενο, ανάλογα με το GG και τον όγκο (βιοψίας)

<sup>1</sup> EBRT: IMRT/VMAT + IGRT στον προστάτη

Εικόνα 3: Θεραπεία της μεταστατικής (M1\*) - νόσου, M+HSPC#



\* Με βάση τη σταδιοποίηση με συνδυασμό σπινθηρογράφημα οστών και αξονικής τομογραφίας.

\*\* Αλφαβητική σειρά

1 EBRT: IMRT/VMAT + IGRT του προστάτη (ισοδύναμο έως 72 Gy σε κλάσματα των 2 Gy).

**# Σημείωση:** Λάβετε υπόψη ότι οι διάφορες επιλογές στα διαγράμματα παρουσιάζουν μόνο μια γενικευμένη προσέγγιση και δεν μπορούν να λάβουν υπόψη τη διαχείριση μεμονωμένων ασθενών, ούτε τη διαθεσιμότητα των πόρων.

*Παρακολούθηση μετά από συστηματικές θεραπείες που παρατείνουν τη ζωή*

<b>Συστάσεις για την παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της ορμονικής θεραπείας</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Η στρατηγική της παρακολούθησης θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση το στάδιο της νόσου, την ύπαρξη προηγούμενα συμπτωμάτων, τους προγνωστικούς παράγοντες αλλά και την θεραπεία την οποία λαμβάνει ο ασθενής.	Ισχυρή
Σε ασθενείς με όγκο Σταδίου M0, συνίσταται παρακολούθηση τουλάχιστον κάθε έξι μήνες. Τα ελάχιστα απαιτούμενα κατά την παρακολούθηση περιλαμβάνουν την λήψη ενός ιστορικού σχετικού με την νόσο, την μέτρηση του ειδικού προστατικού αντίγονου στον όρο του αίματος, καθώς και τον έλεγχο της ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας.	Ισχυρή
Σε ασθενείς με νόσο M1 προγραμματίστε την παρακολούθηση τουλάχιστον κάθε τρεις έως έξι μήνες.	Ισχυρή
Σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό, μετρήστε την αρχική οστική πυκνότητα για να καθορίσετε την πιθανότητα ανάπτυξης κατάγματος.	Ισχυρή
Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών που λαμβάνουν ανδρογονικό αποκλεισμό, ελέγξτε την τιμή του ειδικού προστατικού αντίγονου και τα επίπεδα της τεστοστερόνης και παρακολουθήστε τους ασθενείς για την εμφάνιση συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου ως παρενέργεια του ανδρογονικού αποκλεισμού.	Ισχυρή
Ως ελάχιστα απαιτούμενα συμπεριλάβετε την λήψη ενός ιστορικού που σχετίζεται με τη νόσο, την μέτρηση της αιμοσφαιρίνης, της κρεατινίνης του όρου, της αλκαλικής φωσφατάσης, του λιπιδαιμικού προφίλ και τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.	Ισχυρή
Συμβουλευέστε τους ασθενείς ιδιαίτερα αυτούς που έχουν όσο M1B για τα κλινικά σημάδια που είναι ύποπτα για μια επαπειλούμενη συμπίεση του νωτιαίου μυελού	Ισχυρή
Όταν υποψιάζεστε πρόοδο της νόσου, πραγματοποιήστε σταδιοποίηση εκ νέου και προσαρμόστε / εξατομικεύστε την παρακολούθηση.	Ισχυρή

Σε ασθενείς που υποψιάζεστε πρόοδο της νόσου, ελέγξτε τα επίπεδα της τεστοστερόνης. Εξ' ορισμού, ο ευνουχοάντοχος καρκίνος του προστάτη απαιτεί επίπεδα τεστοστερόνης μικρότερα των 50ng/dL (<1.7nmol/L).	Ισχυρή
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

### Ποιότητα ζωής.

Η θεραπεία που εφαρμόζουμε για τον καρκίνο του προστάτη μπορεί να επηρεάσει έναν ασθενή τόσο ψυχικά όσο και σωματικά, καθώς επίσης και τους στενούς συγγενείς του αλλά και την ικανότητα του και την κλίση του για εργασία. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν να κάνουν με την αντίληψη που έχει ο ασθενής για την ποιότητα ζωής του. Η θεραπεία του καρκίνου του προστάτη δεν θα πρέπει να περιορίζεται στην εστίαση του οργάνου και μόνο.

Λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητας της ζωής του ασθενή κατά την εφαρμογή μιας θεραπείας για τον καρκίνο του προστάτη, σημαίνει ότι αντιλαμβάνομαι τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις του αρρώστου και του εξηγώ πως αυτές θα επηρεαστούν από κάθε θεραπευτική επιλογή που του προτείνω. Υπάρχει αρκετή βιβλιογραφική απόδειξη για ανάγκες των ασθενών οι οποίες δεν εκπληρώθηκαν και για ανάγκη συνεχιζόμενης υποστήριξης μετά από μία διάγνωση και θεραπεία ενός καρκίνου του προστάτη.

<b>Σύσταση για την ποιότητα ζωής σε άνδρες που υποβάλλονται σε τοπικές θεραπείες.</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Ενημερώστε τους ασθενείς που είναι υποψήφιοι για ενεργό παρακολούθηση ότι η συνολική ποιότητα ζωής είναι ίδια για τα επόμενα πέντε χρόνια σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής μετά από ριζική προστατεκτομή ή εξωτερική ακτινοθεραπεία.	Ισχυρή
Συζητήστε το αρνητικό αποτέλεσμα που έχει το χειρουργείο στην λειτουργία του ουροποιητικού καθώς και στην στυτική λειτουργία, καθώς επίσης και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που η ακτινοθεραπεία έχει στην λειτουργία του εντέρου των ασθενών.	Ισχυρή
Συμβουλευστε τους άρρωστους οι οποίοι θεραπεύονται με βραχυθεραπεία για το αρνητικό αποτέλεσμα που έχει η μέθοδος αυτή στα ερεθιστικά συμπτώματα της ούρησης, ιδιαίτερα για τον πρώτο χρόνο αλλά όχι μετά τα πέντε χρόνια από τη θεραπεία.	Ασθενής

<b>Σύσταση για την ποιότητα ζωής των ασθενών οι οποίοι υποβάλλονται σε συστηματικές θεραπείες.</b>	<b>Βαθμός σύστασης</b>
Προσφέρετε στους άντρες που υποβάλλονται σε ανδρογονικό αποκλεισμό, 12 εβδομάδες συνδυασμένης αεροβικής άσκησης και ασκήσεων αντίστασης, επιβλεπόμενες από έναν ειδικό.	Ισχυρή



<p>Συμβουλευτέτε τους άνδρες οι οποίοι είναι σε ανδρογονικό αποκλεισμό να διατηρούν σωστά το βάρος τους και να έχουν μία καλή διαίτα, να σταματήσουν το κάπνισμα, να ελαττώσουν την λήψη αλκοόλ σε κάτω από δύο μονάδες καθημερινά και να ελέγχονται ετησίως για τον διαβήτη και την υπερχοληστερολαιμία. Βεβαιωθείτε ότι τα επίπεδα του ασβεστίου και της βιταμίνης D είναι εντός φυσιολογικών ορίων.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Προσφέρετε στους άνδρες με νόσο T1 - T3 προγράμματα επανένταξης τα οποία καθοδηγούνται από ειδικό νοσηλευτή και εφαρμόζονται από ομάδα για να προσαρμοστούν στις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς. Η επανένταξη αφορά την διόρθωση της ακράτειας, της στύσης, της κατάθλιψης και του φόβου της υποτροπής, την κοινωνική υποστήριξη και την υποστήριξη για την αλλαγή του στυλ της ζωής προς θετικότερη κατεύθυνση, μετά από ριζική θεραπεία.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Προσφέρετε στους ασθενείς που πρόκειται να ξεκινήσουν ανδρογονικό αποκλεισμό, διπλής εκπομπής μέτρηση απορρόφησης των ακτίνων X (DEXA) για να αξιολογήσετε την οστική τους πυκνότητα.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν μακροχρόνιο ανδρογονικό αποκλεισμό και έχουν είτε ένα BMD T-score &lt;-2.5 ή με έναν επιπλέον παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση κατάγματος ή επιβεβαιωμένη ετήσια οστική απώλεια από τον ανδρογονικό αποκλεισμό &gt;5%, προσφέρετε θεραπεία για τα οστά.</p>	<p>Ισχυρή</p>