

PSMA PET CT ved prostatakraft – indikasjon

- Primærutredning: PSMA PET CT endrer sjelden behandlingsvalg og utføres ikke / bare unntaksvis.
 - Kommentar:
 - Dersom det planlegges strålebehandling er kombinasjon med systembehandling (ADT) standart. Ved spesielt høy risiko for systemsykdom/residiv (Attard 2021: 2/3 – PSA<40, T3-4, ISUP 4-5, eller cN1) gis kombinert hormonbehandling (ADT+abirateron).
 - Dersom det planlegges prostatektomi finnes ikke tilsvarende dokumentasjon for systembehandling. Vi vet ikke om PET cN0 med høy risiko for systemsykdom har bedre nytte av operasjon eller dobbel hormon kombinert med strålebehandling.
- Postoperativ residiv: PSMA PET CT er anbefalt og utføres ved PSA > 0,2 (0,1). En diagnostisk MR bidra ikke til bedre diagnostikk.
 - Kommentar
 - MR utføres som regel for anatomisk planstøtte før strålebehandlingen. Stråleterapiavdelingen må vurdere om PET CT vil medføre endring i behandlingsplan, sp. mhp inklusjon av bekkenfelt.
- PSMA PET i vurdering av radioligand behandling: For pas. som vurderes for behandling i utlandet må det avklares om sykdommen er sensitiv for Lu-PSMA rettet radioligandbehandling.

Nyrecyster

- Bosniak IIF cyster er sjeldent maligne (progresjonsrate 2.2% på overvåkning, Couture 2019, 3% Luomala 2022; cystisk nyrekraft oftere lavgradig og langsomt voksende, Hartmann 1986). Norsk handlingsprogram råder til CT kontroll etter 1,3 og 5 år (tre kontroller på fem år sammenlignet med EAU's råd om seks undersøkelser på fem år).
- Halvparten av Bosniak III cyster er benigne – overvåkning er et godt alternativ operasjon.
 - Kommentar
 - Radiolog og urolog må være oppmerksom på at en nullrisiko versjon ikke er bærekraftig og unngå oppgradering fra Bosniak II til IIF «for sikkerhets skyld».
 - Ved nedgradering fra BIIF til BII kan oppfølging avsluttes
 - Det ble stilt spørsmål om det var hensiktsmessig ressursbruk å følge 2F?

UTUC

- For å detektere UTUC ved utredning av makrohaturi er 1-fase nefrografisk CT ikke dårligere enn 4-fase CT (Galtung, European Urology Open Science 2023 <https://doi.org/10.1016/j.euros.2023.06.005>). Deteksjon av små nyrestein (< 3-4mm) er svakere men ikke klinisk betydningsfull.

Kommentar:

- o Utredningen bør forenkles. Det reduserer arbeidsbelastning for radiologene noe og reduserer strålebelastning med ca. 50% avhengig av pas. vekt.
- CT staging av UTUC er usikker. Haukeland universitetssykehus har startet en MR-studie for pas. med sannsynlig UTUC på CT for å vurdere prediktiv verdi av MR.

Kommentar:

- o Senter i HSØ inviteres til deltagelse i studien – ta kontakt med Bjarte Almås, HUS

- Behandlingsvalg ved ikke metastatisk UTUC

1. Lokalavansert tumor - vurder pasienten for neoadjuvant kjemoterapi, anbefaler åpen nefroureterektomi med lymfeknutereseksjon etter templat
2. Sikker tumor uten sikre tegn til lokalavansert sykdom, men vurdert uegnet for nefronsparende kirurgi - robot NU - avvent histologi mtp adjuvant kjemoterapi
3. Begrenset tumormengde uten tegn til lokalavansert sykdom/ evt usikkert funn CT: URS - tilby nefronsparende kirurgi dersom forholdene lå til rette for det

Kommentar

- o Pas. med lokalavansert UTUC har nytte av adjuvant behandling med platina basert kjemoterapi. Neoadjuvant kjemoterapi (før nefroureterektomi) foretrekkes pga. bedre GFR når det er avklart at pas. skal ha cellegift.

Kommentar:

- o Volum av UTUC er lav (ca 250/år) – og behandling bør sentraliseres.

Strålebehandling av bekkenfelt ved cNO kreft ved primærdiagnose eller residiv av prostatakraft

- Primærbehandling: Strålebehandling av elektiv bekkenfelt har en selvstendig effekt på biokjemisk residivfri overlevelse (2 RCT), sykdomsfri overlevelse og metastasefri overlevelse (bare en RCT), men ikke på totaloverlevelse. POP RT viser absolutt bedring av metastasefri overlevelse på 7% (88 – 95%); SPPORT viser en absolutt bedring av 5 års progresjonsfri overlevelse på 6% (81-87%); POP RT viste en absolutt økning i grad 2 GU langtidsstoksisitet på 11% (7-18%).
- Ekstern validitet av effekt av bekkenfelt er best ved høyere risiko for lymfeknutespredning. Radiumhospitalet anbefaler vurdering av bekkenfelt ved risiko for LK spredning etter Roach formel $\geq 35\%$. Risiko for lymfeknutemetastaser = $2/3PSA + 10*(Gleason\ score - 6)$
- Postoperativ behandling følger samme anbefaling basert på preoperativt PSA-nivå og Gleason score ved prostatectomi. Vurderingen gjelder uavhengig av pN0/pNx og/eller radNO ved PSMA PET/CT.

Cystectomi hos eldre:

SiV 2013 – 2022 :

- cystectomi hos 515 pas og 183 over 75 år. 90 dagers mortalitet er lav men dobles for pas. > 75 sammenlignet med < 75. T stadium er prediktiv for overlevelse. Dødsårsak innen 90dager er kardiovaskulær, infektøst eller begrunnet i kirurgiske komplikasjoner.
- Preoperativ vurdering utføres før MDT, det utføres flere inngrep med kutane ureter (uten Bricker reservoir), det avstås oftere fra lymfeknuterreseksjon og for utvalgte pas. vurderes radikal TURB.
- Hos 21/183 pas. ble cystectomi utført med palliativ mål (lokalkontroll)

OUS 2014 – 2017 cystectomi hos 164 pasienter (13 palliative inngrep og bekkeneksentrasjon ekskludert).

- Det var ingen forskjell i cT eller cN stadium.
- Tendens til flere reoperasjoner hos de eldste, men ikke flere reinnleggelser.
- Rate for residiv og kreftspesifisk død er sammenlignbar.
- Flere som dør av andre årsak i gruppen > 80 år.
- Konklusjon: Cystectomi er god behandling for utvalgte pas. > 80år.

OUS 2022 – 23: Strålebehandling av blærekreft hos 31 pasienter

- økt bruk av 2,75 GY x 20 (ny standart) .
- 5/31 noeadjuvant kjemoterapi
- 9/31 fikk strålesensibiliserende kjemoterapi
- Strålebehandling gir beskjedne akutte bivirkninger og få kroniske bivirkninger.
- gjennomførbart med akseptable bivirkninger, men behov for bedre dokumentasjon, fortrinnsvis pasientrapportert (PROMS).
- God lokal kontroll men kort oppfølging.
- Mulig for tilbakeholden med strålesensibiliserende kjemoradioterapi
- Bedre med dosereduksjon enn ingenting.

Kommunikasjon av usikkerhet:

Sissel:

Trygge, begrense info etter at diagnosen er gitt – bedre med ny time.

Følge opp.

Ta med ektefeller. La ektefellene snakke alene.

Bruke humor.

Ikke bruke konkrete tall, et tall fester seg som en sannhet.

Beskrive at pas. skal kunne leve med sykdommen.

Siri:

Prognose er mer en tid til død- den er personlig (prognosis is personal).

Skrøpelig og pasientens preferanser bør veies inn (clinical frailty scale (CRF), outcome prioritization tool (OPT), se i slutten av dette dokumentet).

Et godt utgangspunkt for geriatrisk vurdering (GA) er følgende: «hvordan ser en dag ut for deg?».

Vær var for kognitiv svikt og demens.

Videre lesning: Jorna J Geriatric Oncol 2022 [Care Planning Priorities of Older Patients with Advanced Bladder Cancer - PMC \(nih.gov\)](#).

Pål:

Usikkerhet: tre former etter Paul K J Han – sannsynlighet, tvedydighet og kompleksitet.

Usikkerheten må avgrenses fra utrygghet.

Alt for høye forventninger må møtes med ærlighet.

(Kompleks) informasjon må ikke gis umiddelbart etter dårlige nyheter. Dette kan kreve endring i organisering av virksomheten.

Språket vi bruker gir subtile signaler – alt fra ordre til tilbud.

Vi skal invitere til samvalg, men det finnes også grenser for samvalg: samfunnsinteresser kan være viktigere en individets interesser. Behandlingen pasienten ønsker er ikke tilstrekkelig underbygget av vitenskap. Forbigående eller mer varig tap av kognitiv funksjon. Eksistensiell usikkerhet: svært vanskelige situasjoner der f.eks. overlevelse er utelukket, men håpet er sterkt. Jf. [The limits of shared decision making - PMC \(nih.gov\)](#).

Hvordan oppnå endring med enkle midler? Skape trygghet. Korrigere antakelser – være nysgjerrig.

Tilpasse informasjon. Tåle egne og andres følelser. Være klar, kortfattet og tydelig om det som er viktig, og ærlig om det man ikke vet.

Prioritering og porsjonering av informasjon: Hva MÅ denne personen vite NÅ? Én norsk hovedsetning av gansen, UTEN kommaer; Pause mellom hver.

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekkeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trenge eller være veldig aktive av og til, f.eks. seongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

OPT – outcome prioritization tool

