



# Klassifikation og stadieinddeling af prostatacancer

## Version 2.1

### **GODKENDT**

#### **Faglig godkendelse**

30. november 2021 (DAPROCA)

#### **Administrativ godkendelse**

3. december 2021 (Sekretariatet for  
Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

### **REVISION**

Planlagt: 22. september 2022

### **INDEKSERING**

Staging, TNM, DaProCa

# Indholdsfortegnelse

Nyt siden sidst (ændringslog).....	2
1. Anbefalinger (Quick guide).....	2
2. Introduktion .....	3
3. Grundlag .....	4
4. Referencer .....	6
6. Monitoreringsplan.....	9
7. Bilag .....	10
Om denne kliniske retningslinje.....	12

# Nyt siden sidst (ændringslog)

## Nyt siden version 2.0

"Retningslinjen er kritisk gennemlæst af arbejdsgruppen og anbefalinger og indhold er vurderet gældende. Der er udelukkende foretaget ændring af versionsnummer, faglig- og administrativ godkendelsesdato samt dato for revision."

## 1. Anbefalinger (Quick guide)

- 1. Primærtumor skal klassificeres/stadiebestemmes klinisk (c) i henhold til TNM Classification of Malignant tumors, Union for International Cancer Control (UICC), Eighth Edition (2) og TNM Supplement, Fifth Edition (3) (D). Patologisk tumorklassifikation/stadiebestemmelse (pTNM) kan afvige fra den kliniske klassifikation (Bilag 1)**
- 2. N0 skal både anvendes, når der ikke er påvist lymfeknudemetastaser, og når der pga. ringe sandsynlighed for lymfeknuder ikke er undersøgt herfor. Nx skal udelukkende anvendes, såfremt undersøgelse for lymfeknudestatus ikke kan udføres (D).**
- 3. Tumor skal graderes efter Gleason score i henhold til International Society of Urological Pathology (ISUP 2005) (4). Det anbefales i henhold til ISUP 2014, at tumor herudover klassificeres i en af fem ISUP graderingsgrupper (ISUPgrad) på baggrund af Gleason score (Bilag 2) (5) (D).**
- 4. Risikoklassifikation skal foretages efter EAU's risikogruppering for lokaliseret og lokalavanceret sygdom (Bilag 3) (D)**

## 2. Introduktion

Denne retningslinje beskriver klinisk klassifikation og stadietinddeling af prostatacancerpatienter. Patologisk stadietinddeling beskrives i EAU guidelines 2021 5.2.8(1).

### Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Et tumorklassificeringssystem kan risikostratificere patienter med henblik på optimering af behandlingsvalg. Herudover er formålet med klassificering at muliggøre opdeling af patienterne i relativt homogene patientgrupper, som muliggør indsamling af sammenlignelige data fra forskellige kilder bl.a. med henblik på udarbejdelse af behandlings-rekommandationer eller registrering af behandlings-kvalitetsdata. Endvidere er et ensartet klassificeringssystem en nødvendighed ved planlægning og design af kliniske forsøg.

### Patientgruppe

Patientgruppen er alle patienter med diagnosticeret prostatacancer.

### Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Det vil især være urologer, uro-onkologer, nuklearmedicinere, radiologer, patologer samt praktiserende læger.

### 3. Grundlag

1. **Primærtumor skal klassificeres/stadiebestemmes klinisk (c) i henhold til TNM Classification of Malignant tumors, Union for International Cancer Control (UICC), Eighth Edition (2) og TNM Supplement, Fifth Edition (3) (D). Patologisk tumorklassifikation/stadiebestemmelse (pTNM) kan afvige fra den kliniske klassifikation (Bilag 1)**
2. **N0 skal både anvendes, når der ikke er påvist lymfeknudemetastaser, og når der pga. ringe sandsynlighed for lymfeknuder ikke er undersøgt herfor. Nx skal udelukkede anvendes, såfremt undersøgelse for lymfeknudestatus ikke kan udføres (D).**
3. **Tumor skal graderes efter Gleason score i henhold til International Society of Urological Pathology (ISUP 2005) (4). Det anbefales i henhold til ISUP 2014, at tumor herudover klassificeres i en af fem ISUP graderingsgrupper (ISUP grad) på baggrund af Gleason score (Bilag 2) (5) (D).**
4. **Risikoklassifikation skal foretages efter EAU's risikogruppering for lokaliseret og lokalavanceret sygdom (Bilag 3)(D)**

#### Litteratur og evidensgennemgang

Der henvises til EAU guidelines 2021, sektion 4.1 - 4.4(1). For alle anbefalinger i dette kapitel gælder, at de hviler på konsensusanbefalinger

ISUP 2014 ændringer er bl.a. udført for at synliggøre, at Gleason score 6 er en lavmalign lidelse, og for at tydeliggøre forskel på Gleason score 3+4 og Gleason score 4+3 (5).

N0 skal anvendes, når der ikke er påvist lymfeknudemetastaser, eller når der ikke undersøges herfor, såfremt sandsynligheden for tilstedeværelse af lymfeknudemetastaser er lille (patienter i lavrisikogruppe, patienter i intermediærrisikogruppe med risiko for lymfeknudeinvolvering på under 7%(svarende til <90 point vurderet ud fra Briganti-nomogram)

Nx skal derfor kun anvendes, såfremt undersøgelse for lymfeknudestatus ikke kan udføres.

EAU's risikogruppering bygger på d'Amico's klassificerings-system, men medinddrager lokalavanceret sygdom og vedrører kun risiko for biokemisk recidiv efter radikal prostatektomi eller ekstern strålebehandling. PSA-recidiv alene efter intenderet kurativ terapi er dog en relativ usikker prognostisk indikator (6,7)

#### Patientværdier og – præferencer

Klassifikation og stadieinddeling vurderes ikke følsomt over for patientværdier- og præferencer.

### Rationale

Rationale for valg af klassifikations- og stadiemdelingsværktøjer/systemer bunder i et ønske om at følge internationale standarder. DaProCa har valgt at adaptere de klassifikations- og stadiemdelingsværktøjer/systemer, som EAU guidelines 2021, afsnit 4 (1), har lagt op til.

### Bemærkninger og overvejelser

Der er ingen særlige bemærkninger eller overvejelser.

## 4. Referencer

1. EAU Prostate Cancer Guidelines. 2021. <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer>
2. TNM classification of malignant tumours, Eight Edition. Edited by Brierley J, Gospodarowicz MK and Wittekind C. Wiley Blackwell 2017.
3. TNM Supplement: A Commentary of Uniform Use, Fifth Edition. Edited by Wittekind C, Brierley JD, Lee A and van Eycken E. Wiley Blackwell 2019.
4. Epstein JI, Allsbrook WC, Jr., Amin MB, Egevad LL. The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) consensus conference on gleason grading of prostatic carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2005. 29(9):1228–1242.
5. Epstein, J.I., et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. *Am J Surg Pathol*, 2016. 40: 244. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
6. Pound, C. R. *et al.* Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA* 1999; 281(17):1591-1597.
7. Han, M, Partin, AW et al Long-term biochemical disease-free and cancer-specific survival following anatomic radical retropubic prostatectomy. The 15-year Johns Hopkins experience *The Urologic clinics of North America* 28(3): 555-565, 2001.

## 5. Metode

### Litteratursøgning

Der henvises til EAU Guidelines on Prostate Cancer, 2021 (1).

### Litteraturgennemgang

Der henvises til EAU Prostate Cancer Guidelines, 2021, afsnit 4. Her præsenteres ikke "levels of evidence" idet anbefalingerne bygger på konsensus, hvilket der er god klinisk enighed og praksis omkring.

### Formulering af anbefalinger

Anbefalingens formulering er adapteret fra EAU Prostate Cancer Guidelines - 2021. Formuleringen har været forelagt og gennemgået af medlemmerne i DAPROCA og afslutningsvist endeligt godkendt i plenum.

### Interessentinvolvering

Udarbejdelsen er foregået i DaProCa uden involvering af 3. part.

### Høring og godkendelse

DaProCa's medlemmer har foretaget review og kommenteret retningslinjen, hvorefter den i plenum er gennemgået med henblik på endelig godkendelse.

### Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne synes ikke at udløse merudgift

### Behov for yderligere forskning

Effekten af ændring til ISUP gradering bør dokumenteres.

Yderligere undersøgelser m.h.p. mulig optimering af risikovurdering ved f.eks. tillæg af biologiske markører, eller tilnærmelse til UCSF-CAPRA Score (University of California, San Francisco-Cancer of the Prostate Risk Assessment), hvor tumor involvering indgår.

### Forfattere

På vegne af DaProCa

Urolog. Ledende overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Patolog. Overlæge Astrid Petersen. Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital.

Patolog. Afdelingslæge Johanna Elversang. Patologiafdelingen, Rigshospitalet.

Urolog. Professor, overlæge, Ph.d. Klaus Brasso, Urologisk afdeling, Rigshospitalet.



Klinisk onkolog. Overlæge Anne Juel Christensen, Onkologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Næstved Sygehus.

Klinisk onkolog. Overlæge, klinisk lektor, Ph.d. Lise Bentzen, Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Urolog. Lærestolsprofessor, overlæge, dr.med., Ph.d., Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital.

Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Patolog. Afdelingslæge Frederik Harving. Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Urolog. Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev Hospital.

Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Henriette Lindberg, Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Hospital.

Radiolog. Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Scanning, Herlev Hospital.

Epidemiolog. Epidemiolog (faglig leder), professor, dr.med. Henrik Møller, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

Urolog. Afdelingslæge Marie Thue Pank, Urologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital

Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Peter Meidahl Petersen, Onkologisk afdeling, Rigshospitalet.

Urolog. Overlæge, Ph.d. Mads Hvid Aaberg Poulsen, Urologisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Jimmi Søndergaard. Onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.

Klinisk fysiolog og nuklearmediciner. Overlæge, Ph.d., klinisk lektor Helle D Zacho, Nuklearmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital.

#### **Interessekonflikter:**

Hovedparten af forfatterne til denne retningslinje har haft samarbejde med medicinalfirmaer i 2020.

Samarbejdet omfatter forsøgsprotokoller, undervisning, rejser og deltagelse i ekspertmøder i forskellige sammenhænge og med forskellige medicinalfirmaer. Det er vores opfattelse, at aktiviteterne er bredt ud over alle potentielle interessenter og derfor ikke samlet set kan opfattes som en interessekonflikt.

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til Lægemiddelstyrelsens hjemmeside:

<https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger>

## 6. Monitoreringsplan

### Standarder og indikatorer

Patologisk stadie og tumorgradering registreres i DaProCa-data på landsplan og på afdelingsniveau

### Plan for audit og feedback

Retningslinjerne bliver opdateret årligt i DaProCa

## 7. Bilag

### Bilag 1 – TNM -klassifikation

#### **T Primær tumor**

Tx Primærtumor kan ikke undersøges

T0 Primærtumor kan ikke erkendes

T1 Tumor, der ikke er palpabel eller visualiserbar ved billeddiagnostik

T1a histologisk påvist cancer i  $\leq 5$  % af transuretralt reseceret prostata væv

T1b histologisk påvist cancer i  $> 5$  % af transuretralt reseceret prostata væv

T1c histologisk cancer påvist ved nålebiopsi

T2 Tumor er begrænset til selve prostata

T2a Tumor involverer halvdelen eller mindre af den ene prostatahalvdel

T2b Tumor involverer mere end halvdelen af den ene prostatahalvdel

T2c Tumor involverer begge halvdele af prostata

T3 Tumor vokser uden for prostatas kapsel

T3a Ekstraprostatisk tumorvækst, uni- eller bilateral, incl. mikroskopisk involvering af blærehals

T3b Tumorindvækst i vesicula(e) seminalis

T4 Tumor er fikseret eller vokser ind i naboorganer (ikke vesiculae seminalis)

ex. externe sphincter, levatorer, rektum, bækkenvæg

#### **N Regionale lymfeknuder**

Nx Regionale lymfeknuder kan ikke undersøges.

N0 Ingen regionale lymfeknudemetastaser

N1 Regionale lymfeknudemetastaser

#### **M Fjernmetastaser**

M0 Ingen fjernmetastaser

M1 Fjernmetastaser påvist

M1a ikkeregionale lymfeknudemetastaser

M1b knoglemetastaser

M1c metastaser andre lokalisationer

## Bilag 2 – Gleason score og ISUP gradering

Gleason score	ISUP grad
6	1
7 (3+4)	2
7 (4+3)	3
8 (4+4), (3+5) el. (5+3)	4
9 – 10	5

## Bilag 3 – EAU's risikogruppering

Lav risiko	Intermediær risiko	Høj risiko	
PSA <10 og Gleason score <7 (ISUP grad 1) og cT1c – cT2a	PSA 10-20 eller Gleason score 7 (ISUP grad 2-3) eller cT2b	PSA >20 eller Gleason score >7 (ISUP grad 4-5) eller cT2c	Enhver PSA Enhver Gleason score / (ISUP grad) og cT3-4 eller cN1
Lokaliseret			Lokal avanceret

## Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på:

[www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer](http://www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer)

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: [http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009\\_dansk.pdf](http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf)

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvielse til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde:

<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kraeft/pakkeforloeb/beskrivelser>

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.