



COVID-19 anbefalinger - 23. marts 2020

Nedenstående anbefalinger er dels af midlertidig karakter (3-6 måneder) direkte forårsaget af den aktuelle COVID-19 epidemi, dels understregning af udvalgte allerede eksisterende anbefalinger.

De nedenstående anbefalinger iværksættes med henblik på at nedsætte smitterisiko og sikre den nødvendige kapacitet på hospitalerne. Overordnet ønskes ikke-uopsættelige patientkontakter udsat, at der tages ekstra forholdsregler for de mest udsatte patienter og at man om muligt konverterer opfølgende besøg til telefonkonsultationer.

Beslutningerne bør i udgangspunktet baseres på en individuel klinisk vurdering og afvigelser fra normal praksis bør journalføres. **De herunder med rødt anførte anbefalinger er foreløbige og afventer endelig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen.**

- Det understreges at opportunistisk screening for prostatakræft ikke anbefales i Danmark (1).
- **Mænd med lav PSA forhøjelse (<10 ng/ml) og som i øvrigt ikke opfylder DAPROCA anbefaling for PSA testning (familiær disposition, suspekt fund ved prostatapalpation, symptomer fraset LUTS (2)) bør i udgangspunktet ikke henvises til hospitalet, men overvejes genhenvist efter 3-6 måneder ved fortsat forhøjet PSA.**
- Det understreges, at patienter med lav eller intermedier (alene gældende ISUP grad 1 & 2) risiko sygdom i henhold til D'Amico risikostratificering ikke bør tilbydes aktiv behandling i form af operation eller stråleterapi (3, 4).
- Hos patienter i active surveillance (som jo primært er Gl. 6 og evt. Gl 7 med meget lidt grad 4) kan bekræftende biopsier udsættes 3-6 måneder (5).
- **Radikal prostatektomi kan efter individuel lægelig vurdering i forhold til risikogruppe udskydes op til tre måneder (5, 6).**
- **Neoadjuvant kastrationsbehandling ved primær strålebehandling til højrisiko patienter i henhold til D'Amico risikostratificering kan forlænges fra 3 til 6 måneder.**
- Salvage stråleterapi kan, hos patienter som skal have adjuverende endokrinterapi (bicalutamid), udskydes 3 måneder efter påbegyndt endokrinterapi.
- Hos patienter med oligo-metastatisk sygdom i kastrationsbehandling kan strålebehandling (60Gy/20) udskydes op til 3 måneder.
- Planlagt up-front kemoterapibehandling bør udskydes længst mulig og tidligst initieres 2-3 måneder efter påbegyndt kastration (7, 8). I tilfælde hvor behandling af neutropen febrilia bliver særligt udfordret kan up-front kemoterapi erstattes af up-front abirateron i 3 måneders opfølgingsinterval (9).
- Det anbefales i øvrigt at alle prostatacancer behandlende læger at overveje hver enkelt patients behandling og fremmødehyppighed med henblik på at reducere infektionsrisiko og evt. immunsuppression.
- Pågående virksom og veltålt behandling fortsættes uændret.
- Overvej dosisreduktion af særligt kemoterapi som ved fragility eller bivirkninger, men stadig med forudgående blodprøver.
- Overvej anvendelse af granulocytolonistimulerende faktor pegfilgrastim og derved reducere varigheden af neutropeni og forekomsten af febergivende neutropeni ved behandling af ældre (>65 år) samt komorbide patienter, som behandles med kemoterapi (10).
- Konverter om muligt opfølgende besøg til telefonkonsultation, men fortsat med forudgående blodprøver.

Referencer

- 1) https://ducg.dk/fileadmin/ingen_mappe_valgt/5_1_PSA_og_screening_ver.1.1.pdf
- 2) https://ducg.dk/fileadmin/ingen_mappe_valgt/DaProCa_5.2_Diagnostik_v2.pdf
- 3) https://ducg.dk/fileadmin/ingen_mappe_valgt/6_1_1_Active_surveillance_ver.1.1.pdf
- 4) <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/visitation-til-radikal-prostatektomi>
- 5) <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1606220>



- 6) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979613/>
- 7) https://ducg.dk/fileadmin/ingen_mappe_valgt/6_4_Behandling_ved_mHSPC_ver.1.1.pdf
- 8) <https://rads.dk/media/3840/bgn-tilllaeg-prostatakraeft-vers-1-0-okt-2016.pdf>
- 9) <https://medicinraadet.dk/media/8840/vurderingsrapport-abirateron-acetat-mcspc-10.pdf>
- 10) <https://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/3112>

Forfattere

På vegne af DAPROCA:

- Michael Borre, Urolog. Lærestolsprofessor, overlæge, dr.med., Ph.d., Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital.
- Anne Juel Christensen, Klinisk onkolog. Overlæge, Onkologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Næstved Sygehus.
- Astrid Petersen. Patolog. Overlæge, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital.
- Frederik Harving. Patolog. Afdelingslæge, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital.
- Hans-Erik Wittendorff, Urolog. Overlæge, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.
- Helle Hvarness, Urolog. Overlæge, Lindrende behandling, Herlev og Gentofte Hospital.
- Helle D Zacho, Klinisk fysiolog og nuklearmediciner. Overlæge, Ph.d., klinisk lektor, Nuklearmedicinsk afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Henriette Lindberg, Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d., Afdeling for kræftbehandling, Herlev og Gentofte Hospital.
- Henrik Jakobsen, Urolog. Overlæge, Afdeling for Urinvejs sygdomme, Herlev og Gentofte Hospital.
- Henrik Møller, Epidemiolog. Epidemiolog (faglig leder), professor, dr.med., Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).
- Jimmi Søndergaard, Klinisk onkolog. Overlæge, Onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Johanna Elversang. Patolog. Afdelingslæge, Patologiafdelingen, Rigshospitalet.
- Klaus Brasso, Urolog. Professor, overlæge, Ph.d., Urologisk afdeling, Rigshospitalet.
- Lise Bentzen, Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d., Onkologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.
- Mads Hvid Aaberg Poulsen, Urolog. Afdelingslæge, Ph.d., Urologisk afdeling, Odense Universitetshospital.
- Marie Thue Pank, Urolog. Afdelingslæge, Urologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital
- Ole Graumann, Radiolog. Overlæge, Ph.d., klinisk lektor, Radiologisk afdeling, Odense Universitetshospital.
- Peter Meidahl Petersen, Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d., Onkologisk afdeling, Rigshospitalet.
- Steinbjørn Hansen, Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d., Onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital.