

Systemische behandeling bij gemetastaseerd hormoongevoelig en castratieresistent prostaatcarcinoom anno 2025

“keuzestress...”

Dr. P. (Peter) Nieboer, internist-oncoloog-endoscopist
Wilhelmina Ziekenhuis Assen
peter.nieboer@wza.nl

Amersfoort 27 mei 2025



Disclosure belangen spreker	
Geen (potentiële) belangenverstrengeling	
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties ¹	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld² • Honorarium of andere (financiële) vergoeding³ • Aandeelhouder⁴ • Andere relatie, namelijk ...⁵	• • Speakers fee: Astellas, Janssen-Cilag, Ipsen, Stichting • Oncowijs •



FOKKE & SUKKE

HEBBEN AL JAREN LAST VAN KEUZESTRESS

KOCH OF
KLUUN?

WIJ ZIJN NOG
BEZIG MET THE
BEATLES OF THE
STONES!



RGvT

www.foksuk.nl

Systeembehandeling prostaatacarcinoom bij de internist-oncoloog

2004: makkelijk voor mij, er was helemaal niks...

2025: keuzestress!

vele middelen voor dezelfde indicatie
veel nieuwe ontwikkelingen
lijnen verschuiven



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

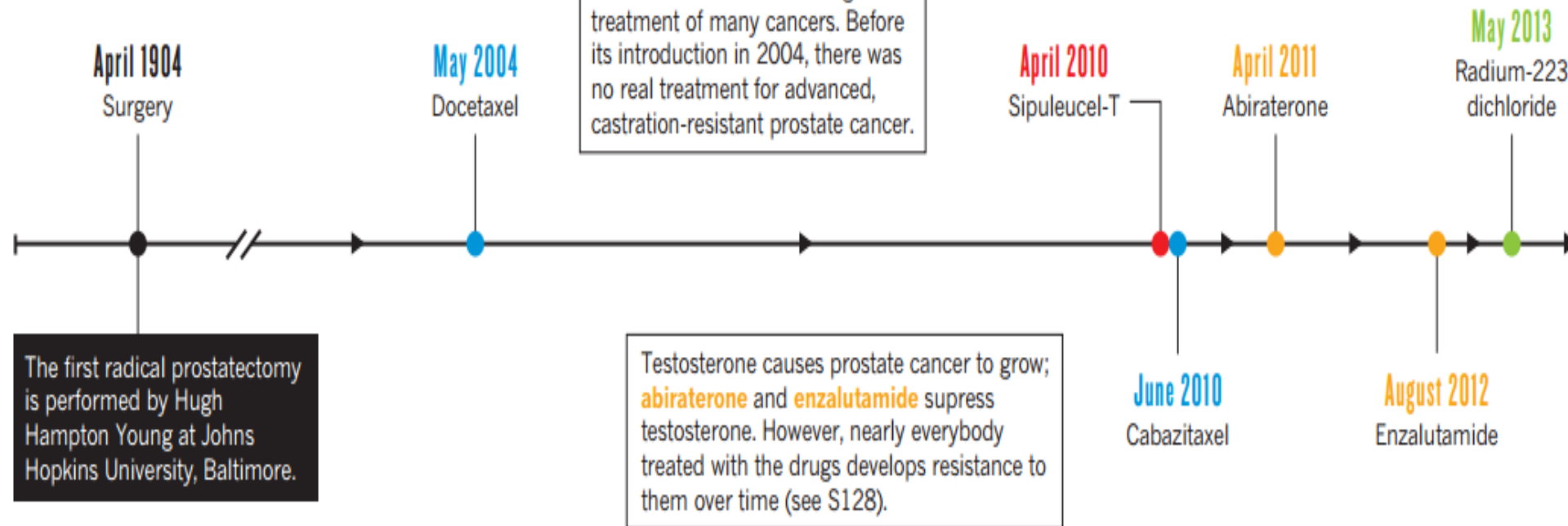
A CENTURY OF TREATMENT

For localized prostate cancer, the most common intervention is surgical removal of the prostate — radical prostatectomy. If cancer has spread beyond the prostate it cannot be cured. Suppressing male hormones slows growth, but tumours can become resistant. Since 2004, therapies to target resistant metastatic cancer have gained US Food and Drug Administration approval.

- Chemotherapy
- Hormone therapy
- Immunotherapy
- Radiotherapy

The only approved immunotherapy for prostate cancer, **sipuleucel-T**, is costly and extends life by only a few months. Successors are in development, and combining them with other therapies may prove fruitful (see S134).

Docetaxel is a common drug in the treatment of many cancers. Before its introduction in 2004, there was no real treatment for advanced, castration-resistant prostate cancer.



2020-2025 Apalutamide,
Olaparib, Darolutamide, Lutetium,
andere PARP-remmers



Indeling

- Kort wat begrippen bij prostaatkanker
- Keuzes bij **hormoongevoelig** gemetastaseerd prostaatcarcinoom
- Keuzes bij **castratie-resistent** gemetastaseerd prostaatcarcinoom
- Keuzes in de nabije toekomst en discussiepunten anno 2025

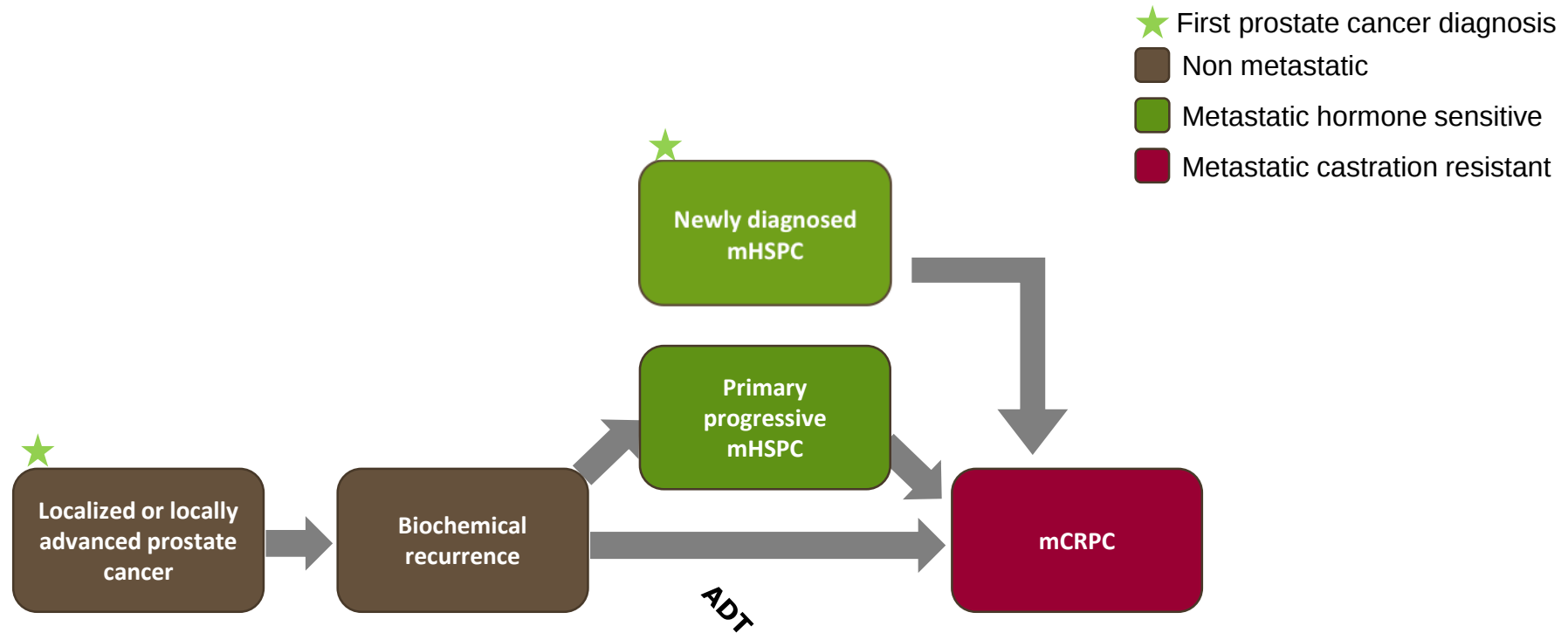


Definities

- **mHSPC** staat voor gemetastaseerd hormonaal gevoelig prostaat kanker, wat betekent dat de prostaatkanker is gemetastaseerd maar gevoelig is voor hormoon therapie (androgeen deprivatie therapie [ADT])
- **mCRPC** betekent dat er castratie resistentie is, dus progressie is ondanks behandeling met ADT



The different stages of prostate cancer



Synchroon
Metachroon



Rol internist-oncoloog bij prostaatkanker

- Tot 2004: geen rol bij de systeembehandeling
 - Vanaf 2004: bij mCRPC (docetaxel gevolgd door de “rest”)
 - Vanaf 2015 ook bij mHSPC (eerst docetaxel en later abiraterone, recenter apalutamide en enzalutamide)
 - Toekomst: (neo)adjuvante behandelingen?
- 
- Rol internist-oncoloog dus groeiende
 - Intensief contact (MDO) met uroloog, VS en PA, gespecialiseerd verpleegkundige, radioloog, radiotherapeut en nucleair geneeskundige van groot belang!



Huidig arsenaal (FK)

mHSPC

docetaxel, abiraterone*, apalutamide, enzalutamide

mCRPC

docetaxel, cabazitaxel, radium 223, enzalutamide, abiraterone, olaparib, lutetium_{sluis}

**alleen hoog risico*

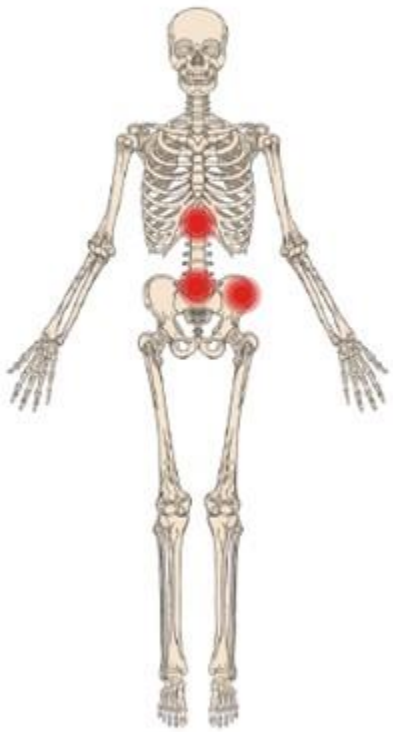
mCRPC, metastatic castration-resistant prostate cancer;

mHSPC, metastatic hormone-sensitive prostate cancer.

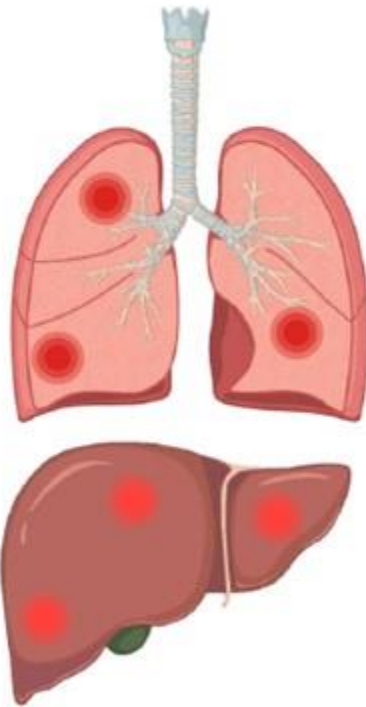


Prognostic Classification Criteria of High-Risk/Volume M1 HSPC

High-risk Disease According to LATITUDE Study
(at least 2 of the following criteria)^[a]



≥ 3 bone mets

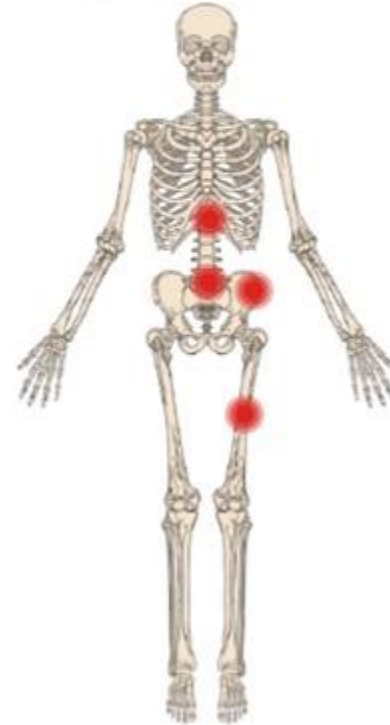


Visceral mets

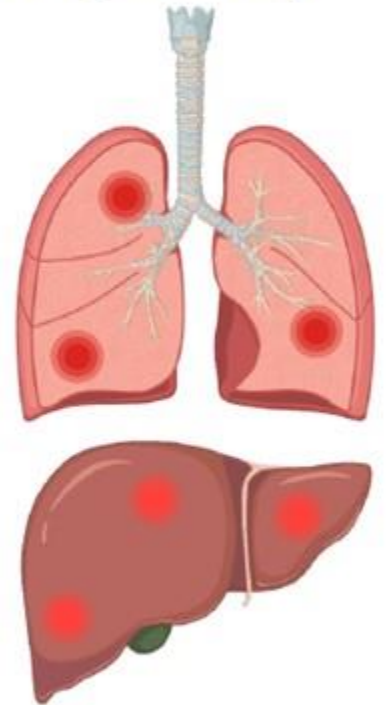


Gleason score ≥ 8

High-volume Disease According to
CHAARTED Study
(at least 1 of the following criteria)^[b]

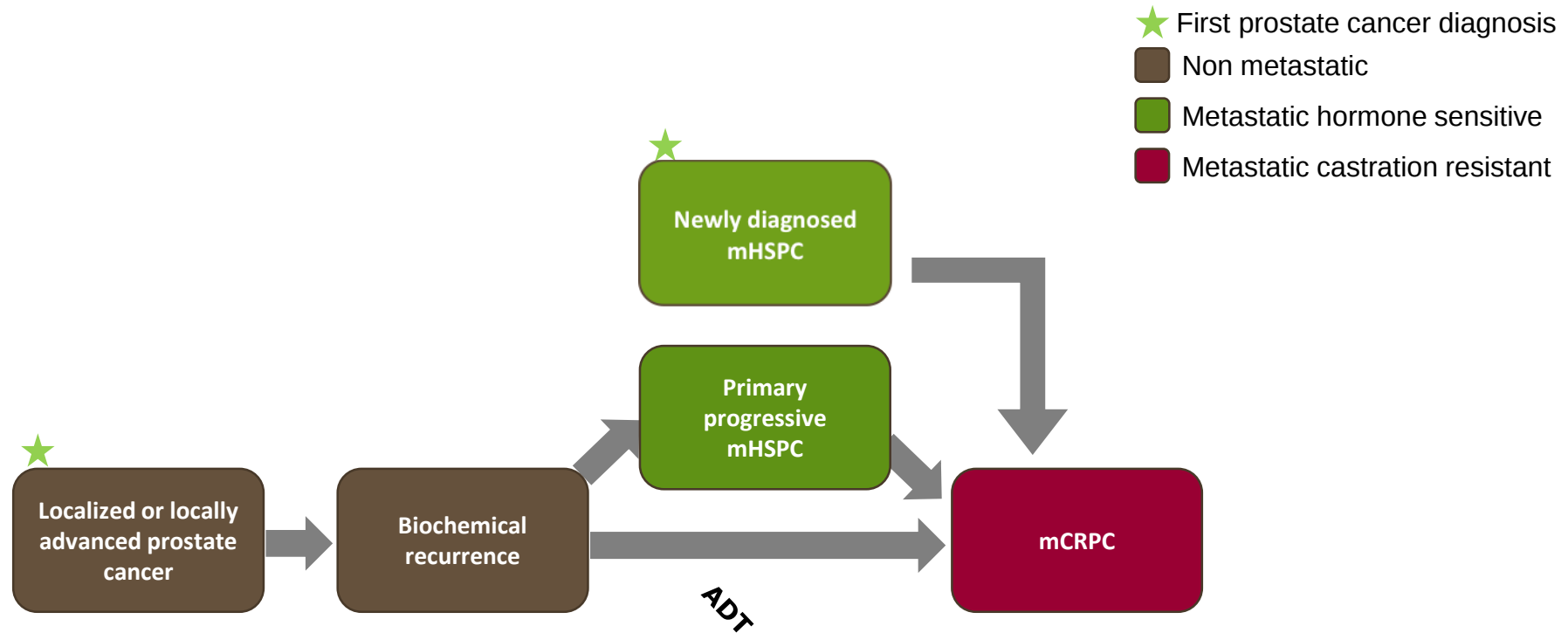


≥ 4 bone mets (with ≥ 1
outside the pelvis/column)



Visceral mets

The different stages of prostate cancer



Synchroon
Metachroon



mHSPC

NOS Teletekst 105

"Chemotherapie bij prostaatkanker"

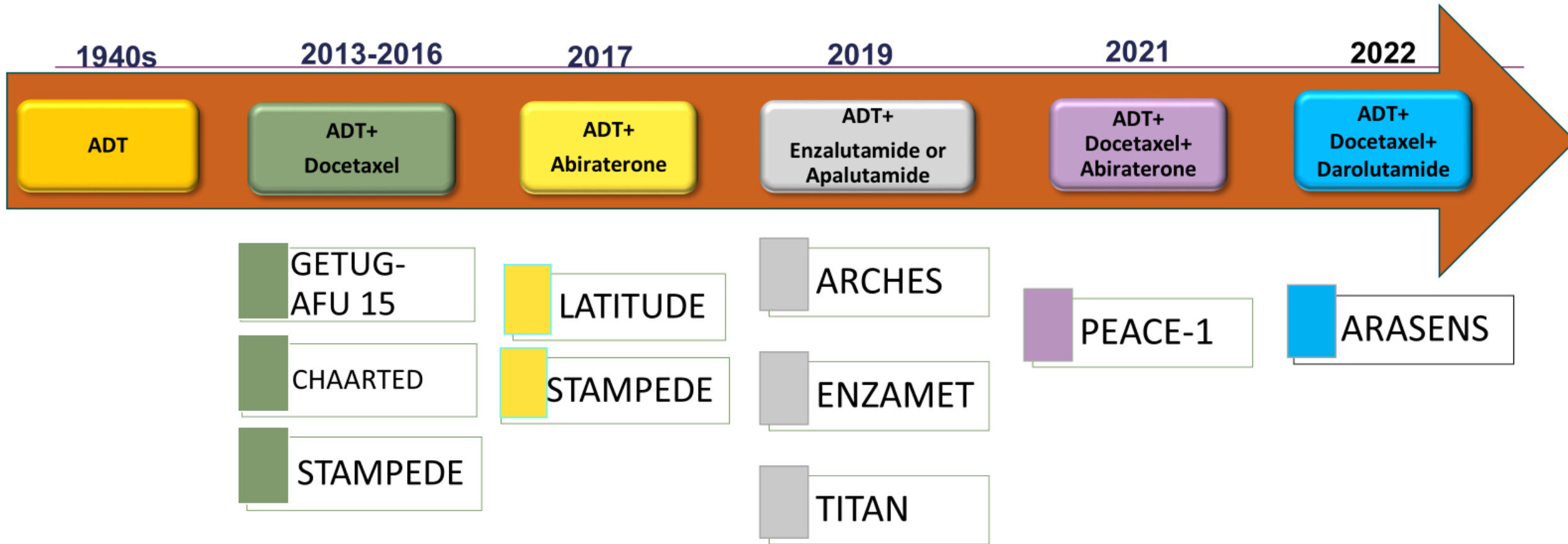
■ Mannen met prostaatkanker die is uitgezaaid moeten naast hormoontherapie meteen ook chemotherapie krijgen. Dat vergroot de kans op overleving ten opzichte van een behandeling met alleen hormonen.

Dat blijkt uit twee studies die zijn gepubliceerd in de vakbladen The Lancet en The Lancet Oncology. De gecombineerde therapie moet de standaardbehandeling worden, concluderen de auteurs.

Uit een analyse van deze en een aantal andere recente studies blijkt dat de absolute overleving na vier jaar met 9 procent toeneemt in de groep patiënten die de gecombineerde therapie krijgt.



Management of mHSPC: an evolving systemic standard of care (SOC)



All trials used continuous ADT +/- ARPI ➡

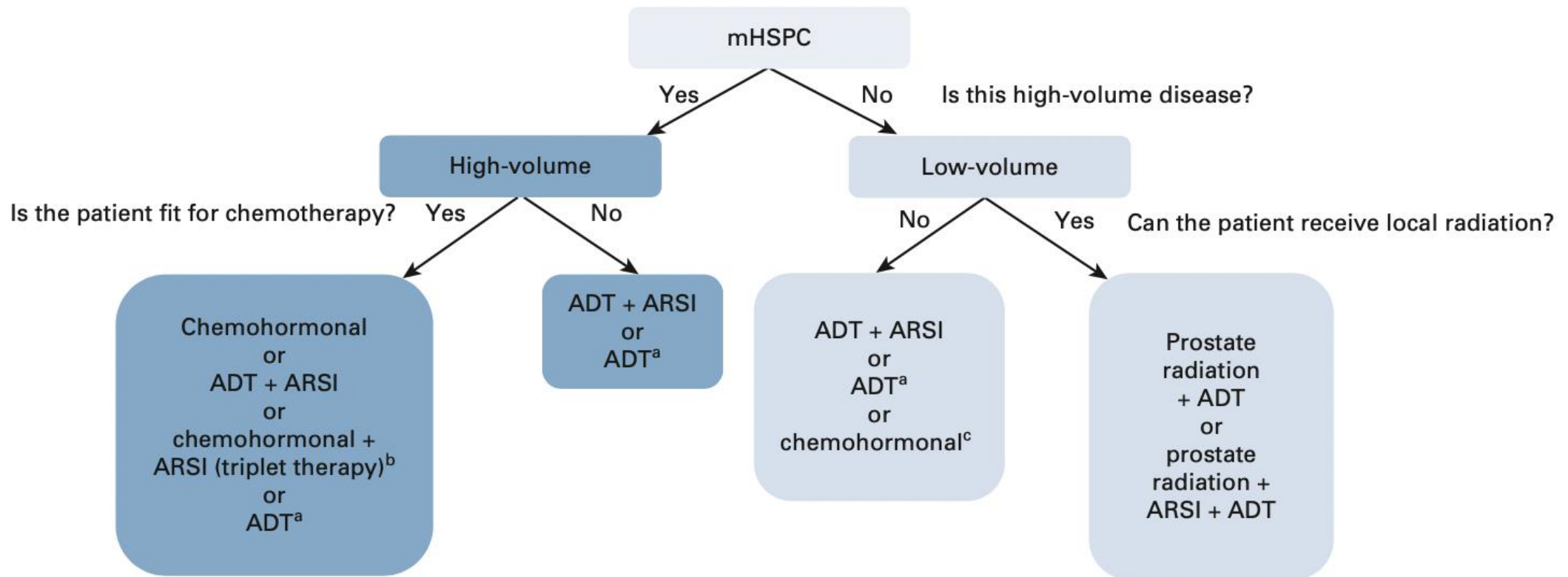
Systemic SOC in mHPSC:
continuous ADT + ARPI +/- 6 cycles of docetaxel

Keuzes bij mHSPC: chemotherapie versus hormonen versus allebei

mHSPC

- *Verskil in winst? Vaak geen directe vergelijkingen*
- *Grote verschillen tussen studies*
 - O.a. % M0/M1, eerder docetaxel, laag/hog volume, viscerale meta's, synchroon gemetastaseerd versus metachroon, hoog risico/laag risico
- *PS (door co-morbiditeit of maligniteit)*
- *Welke radiologie is gebruikt?*
- *Verskil in bijwerkingen, QoL*
- *Verskil in interacties*
- *Verskil in kosten*
- *Lokale afspraken (NO-NL PCNN)*
- *Adviezen beroepsgroep (NVMO cieBOM)*
- *Wens van de patiënt*
- *Duur van de therapie*
- *Leeftijd*
- *Wanneer stoppen: PSA? Kliniek? Radiologie?*
- *Kortom veel discussiepunten*
- ***We zijn er niet helemaal uit...***
- ***Er zijn vaak verschillende opties die "goed" zijn***



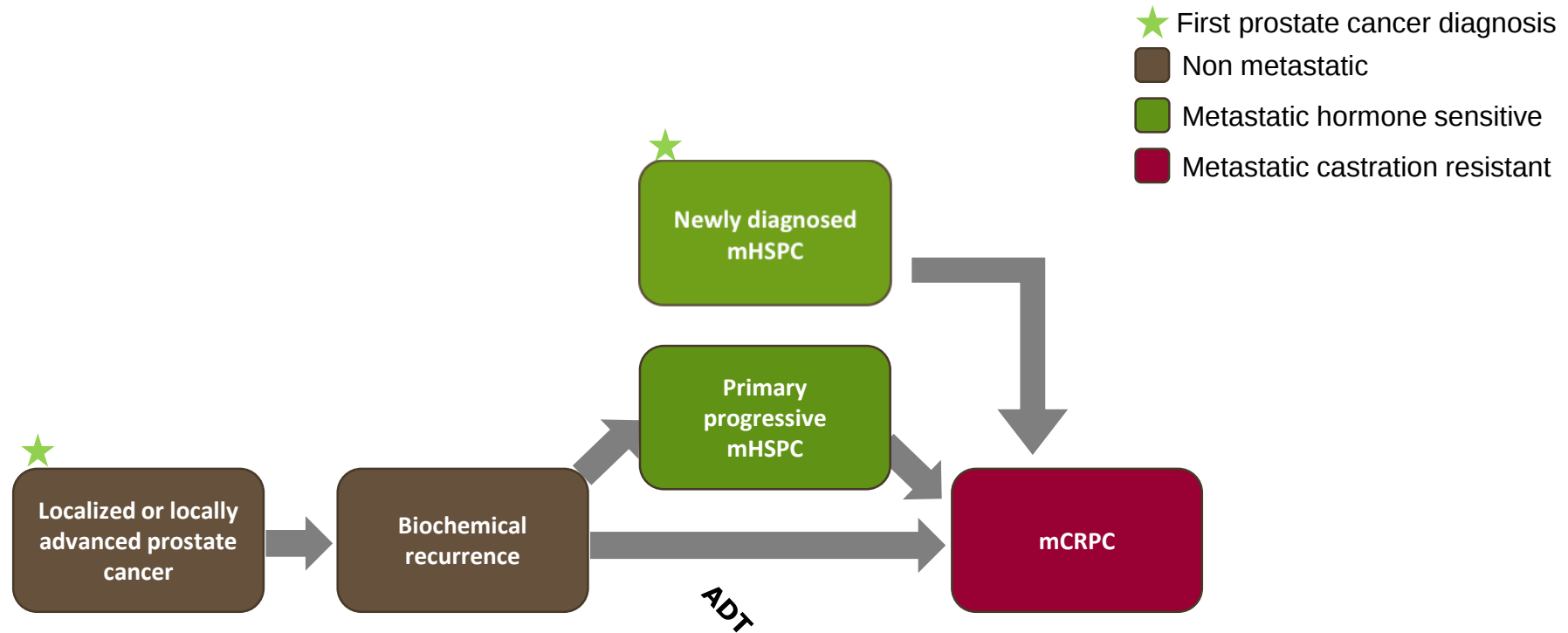


Met name belangrijk:

- **Hoog versus laag volume**
- **Chemotherapie-fit ja/nee**

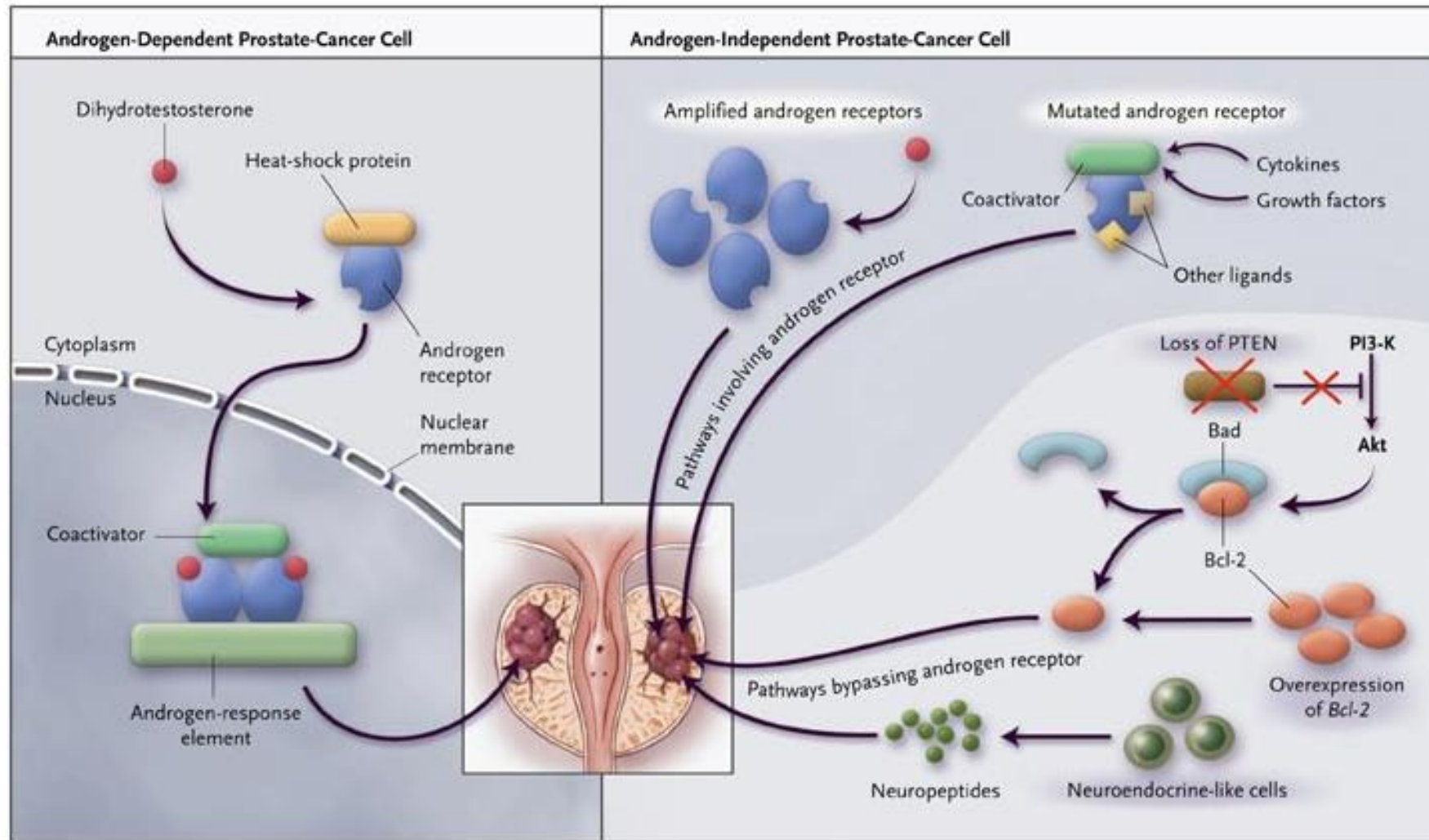


The different stages of prostate cancer



Synchroon
Metachroon





Huidig arsenaal (FK)

mHSPC

docetaxel, abiraterone*, apalutamide, enzalutamide

mCRPC

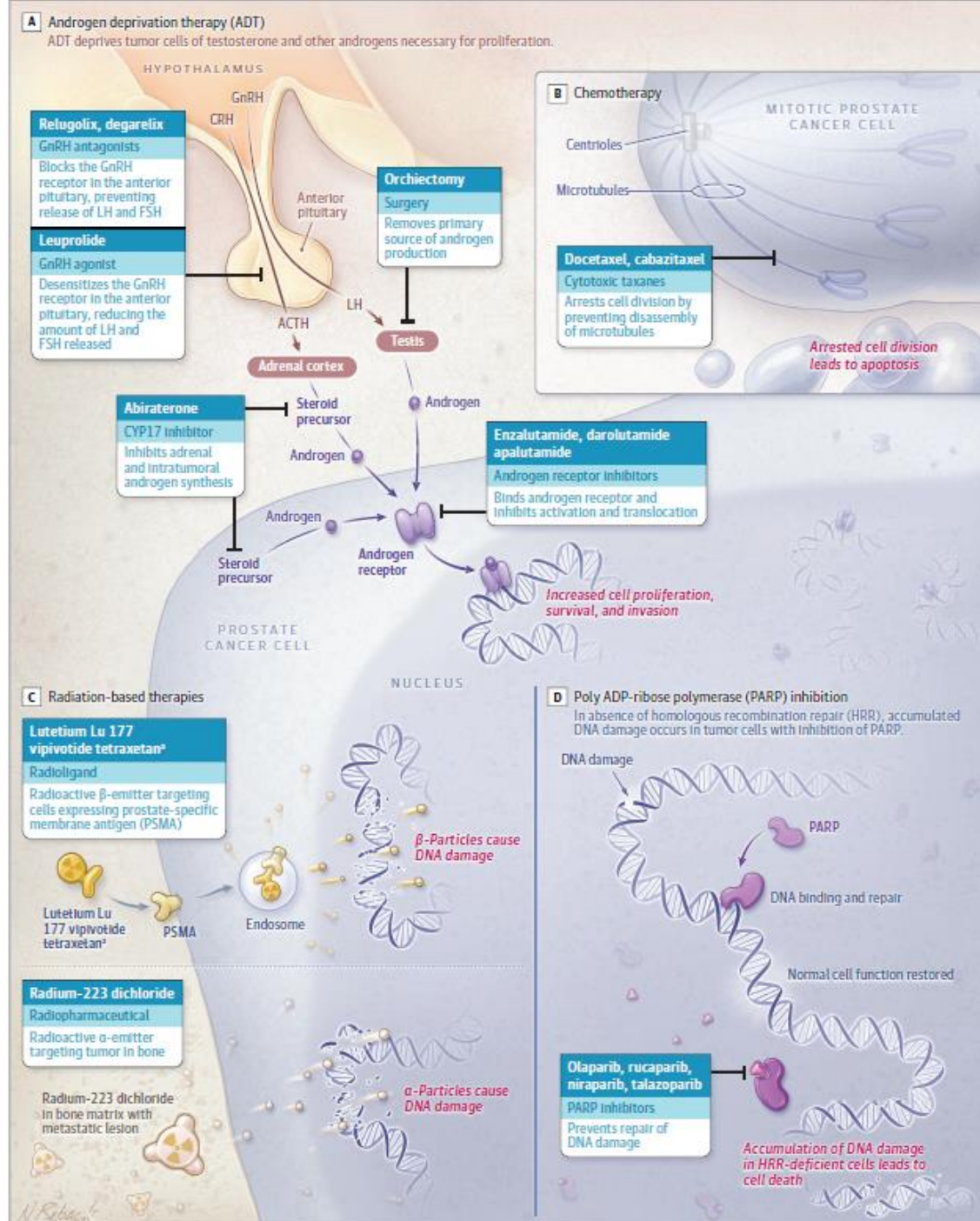
docetaxel, cabazitaxel, radium 223, enzalutamide, abiraterone, olaparib, lutetium_{sluis}

**only high risk*

mCRPC, metastatic castration-resistant prostate cancer;

mHSPC, metastatic hormone-sensitive prostate cancer.





Agent	Comparator	Pre- or post-docetaxel	Change in OS (median, mo)	HR (95% CI; P value)
Abiraterone* ¹	Placebo*	Post-	4.6	0.74 (0.64–0.86; <i>P</i> <0.001)
Abiraterone* ²	Placebo*	Pre-	4.4	0.81 (0.70–0.93; <i>P</i> =0.0033)
Enzalutamide ³	Placebo	Post-	4.8	0.63 (0.53–0.75; <i>P</i> <0.001)
Enzalutamide ⁴	Placebo	Pre-	4.0	0.77 (0.67–0.88; <i>P</i> <0.0001)
Docetaxel* ⁵	Mitoxantrone*	N/A	2.4	0.76 (0.62–0.94; <i>P</i> =0.009)
Cabazitaxel* ⁶	Mitoxantrone*	Post-	2.4	0.70 (0.59–0.83; <i>P</i> <0.0001)
Radium-223 ⁸	Placebo	Pre- and Post-	3.6	0.70 (0.58–0.83; <i>P</i> <0.001)
Olaparib ⁹	Enza/abi	Pre- and Post-	4.4	0.69 (0.50–0.97; <i>P</i> =0.0175)

mCRPC

1. Fizazi K, et al. *Lancet Oncol* 2012;13:983–92.

2. Rathkopf DE, et al. *Eur Urol* 2014

3. Scher HI, et al. *N Eng J Med* 2012;367:1187–97.

4. Beer TM, et al. *Eur Urol* 2017; 71(2): 151–154

5. Tannock IF, et al. *N Engl J Med* 2004;351:1502–12.

6. de Bono JS, et al. *Lancet* 2010;376:1147–54.

8. Parker C, et al. *N Engl J Med* 2013;369:213–23.

9. De Bono J, et al. *N Eng J Med* 2020;382:2091–2102



Wie wat wanneer?

- Docetaxel
- Cabazitaxel na docetaxel
- Abiraterone pre- en post docetaxel
- Enzalutamide pre- en post docetaxel
- Radium-223
- Olaparib bij BRCA 1/2 mutatie

- Allemaal ongeveer zelfde OS winst...?



Therapeutische opties mCRPC

- Van lege handen naar keuze-stress...

FOKKE & SUKKE
HEBBEN AL JAREN LAST VAN KEUZESTRESS

KOCH OF
KLUUN?

WIJ ZIJN NOG
BEZIG MET THE
BEATLES OF THE
STONES!



RGvT

www.foksuk.nl

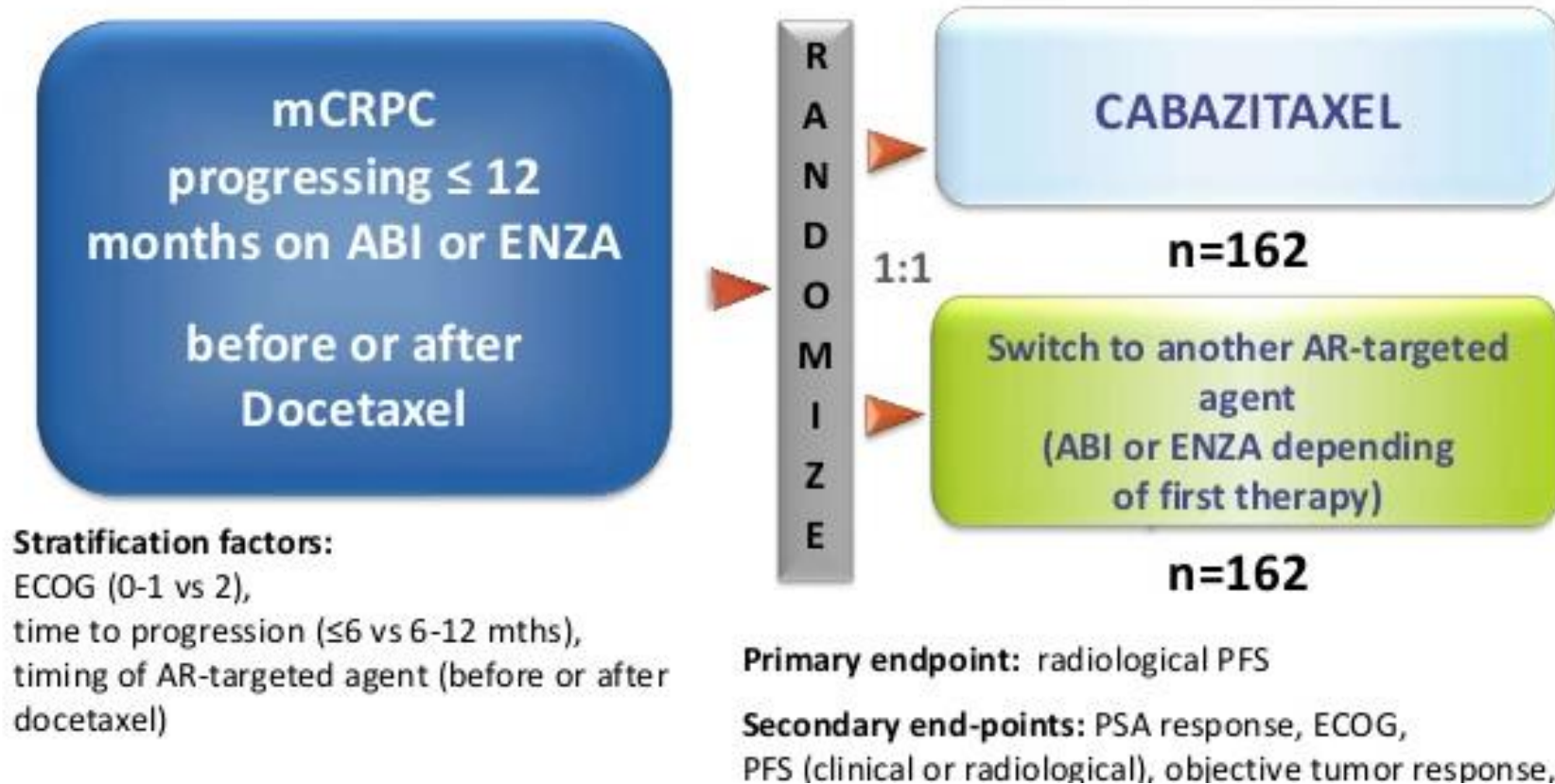


Wie wat wanneer en in welke volgorde?

- Toch een beetje een “kunstje”
 - Belangrijkste: wie eerst hormoon, wie eerst chemotherapie?
 - Er is geen ideale volgorde!
 - Studies over volgorde zeer gewenst: bijvoorbeeld CARD
-
- Denk vooruit! Wat kan iemand in de loop van de komende tijd krijgen?



CARD studie



2 patiënten met mCRPC

- Patiënt 1
 - *VG: DM, hartfalen*
 - *Multiple botmetastasen, 2 longmetastasen*
- Patiënt 2
 - *VG: blanco, BRCA 2 mutatie*
 - *Multiple botmetastasen*
- *Potentiële opties verschillen sterk!*

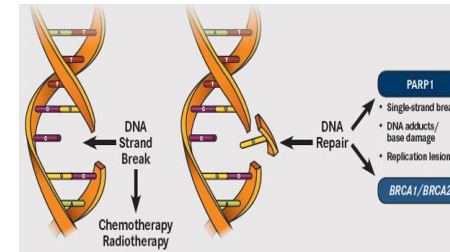
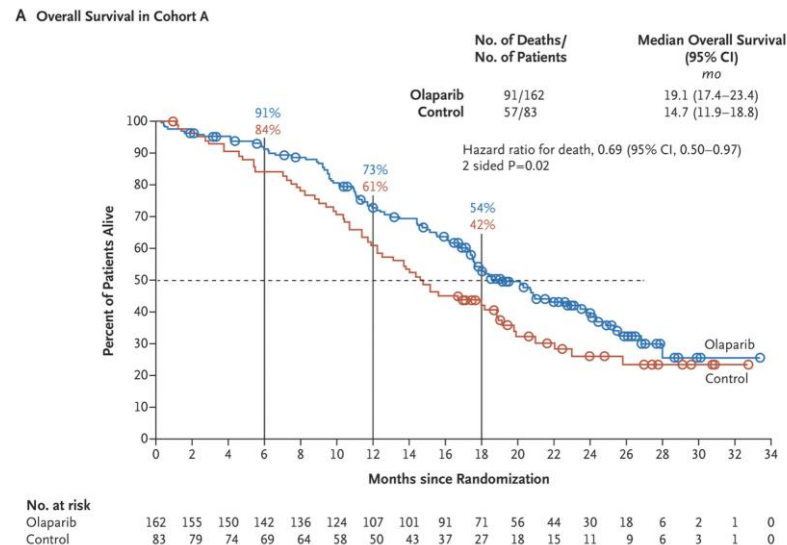


PARP remmers: PROfound studie

- Deel tumoren heeft een DDR (DNA Damage Repair) afwijking
- Fase 3 studie met olaparib:
 - OS 19.1 versus 14.7 maanden in groep met mutatie BRCA 1/2 of ATM

N Engl J Med 2020; 383:2345-2357

- *Echter afgezet tegen hormonaal na hormonaal en veel cross-over*



mCRPC



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

Biomarkers (prognostisch/predictief)

(keuze 1^e en volgende lijn(en))



- Performance score
- Co-morbiditeit
- Hoeveelheid klachten
- Gleason score
- Resultaat op vorige HT/CT
- Veel/weinig volume ziekte
- Circulerende tumor cellen
- Androgeen receptor splice variant 7
- PSA verdubbelingstijd
- AF
- LDH
- Bestaan anemie
- Neuro-endocriene differentiatie
- Viscerale metastasen



1^e lijn: vaak keuze chemotherapie of hormonen

- Chemo-fitheid (PS)
 - *Niet fit door kanker of niet fit door co-morbiditeit...*
- Ernst symptomen
- Duur goed effect voorgaande ADT
- Viscerale metastasen?
- Kleincellige/neuro-endocriene kenmerken
- Wens van patiënt
- Specifieke bijwerkingen
- Ervaring van dokter
- Kosten en beschikbaarheid



Kosten

- Wat denken jullie wat de kosten zijn?
 - *Puur het middel zelf*
- 1 gift docetaxel
- 1 maand enzalutamide/apalutamide
- 1 gift cabazitaxel
- 1 gift radium 223

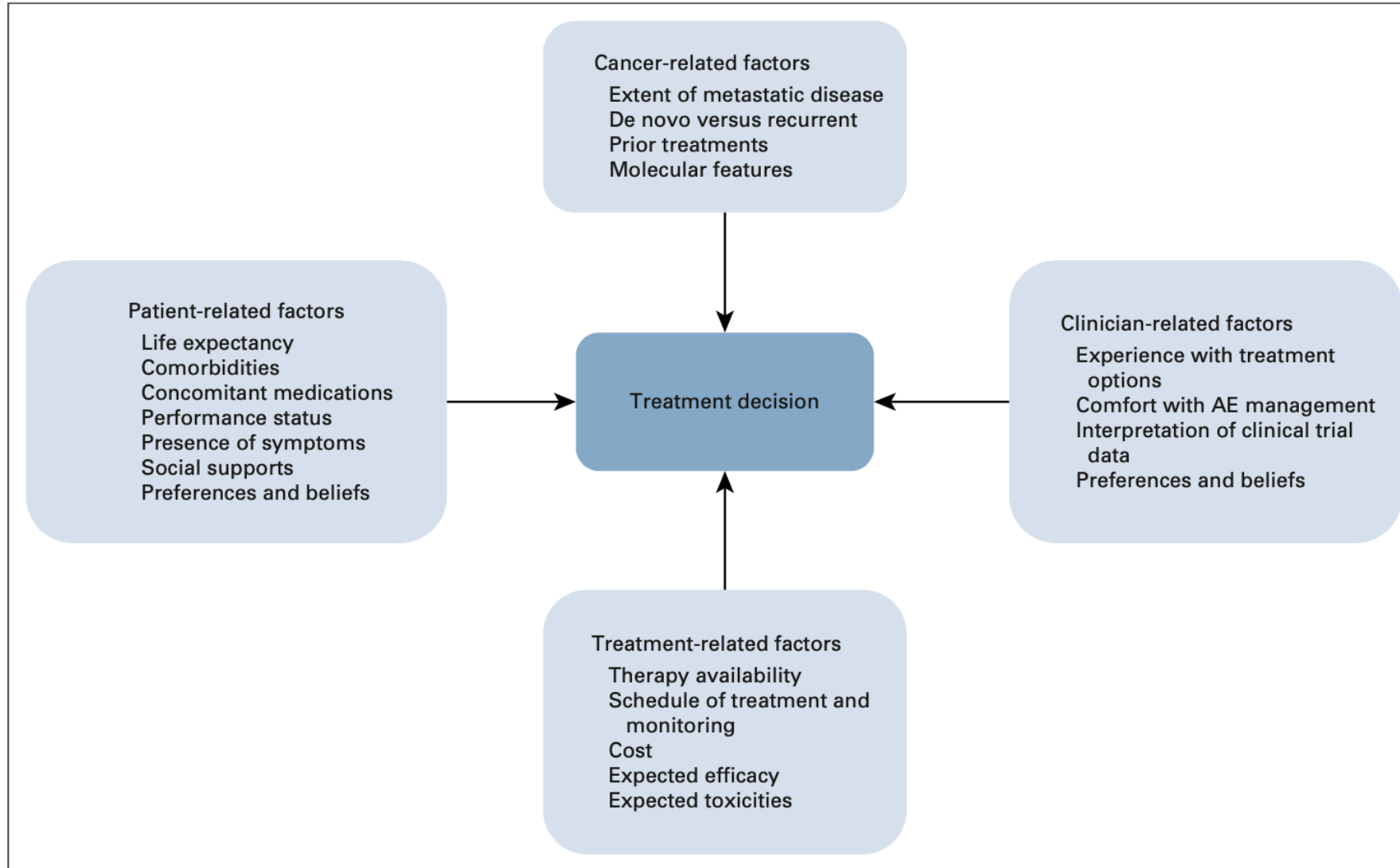


Kosten



- 1 gift docetaxel: 800 euro
- 1 maand enzalutamide/apalutamide: 3.500 euro
- 1 gift cabazitaxel: 4.500 euro
- 1 gift radium 223: 4.750 euro





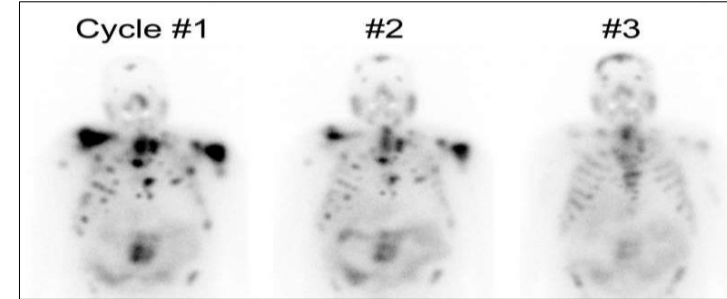


- **Lutetium**
- **“Meer en minder”**
- **Immunotherapie**
- **Doelgerichte therapie**
- **Hulp bij keuzestress**

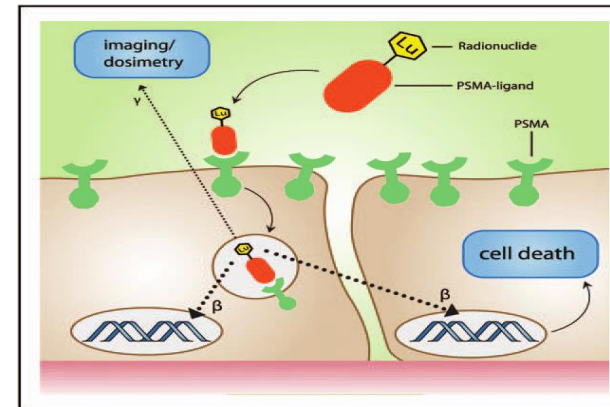


Lutetium-PSMA

Radioactief gelabeld klein molecuul
Binding aan PSMA



VISION studie
internationaal
831 patiënten mCRPC
eerder enza/abi en docetaxel



VISION

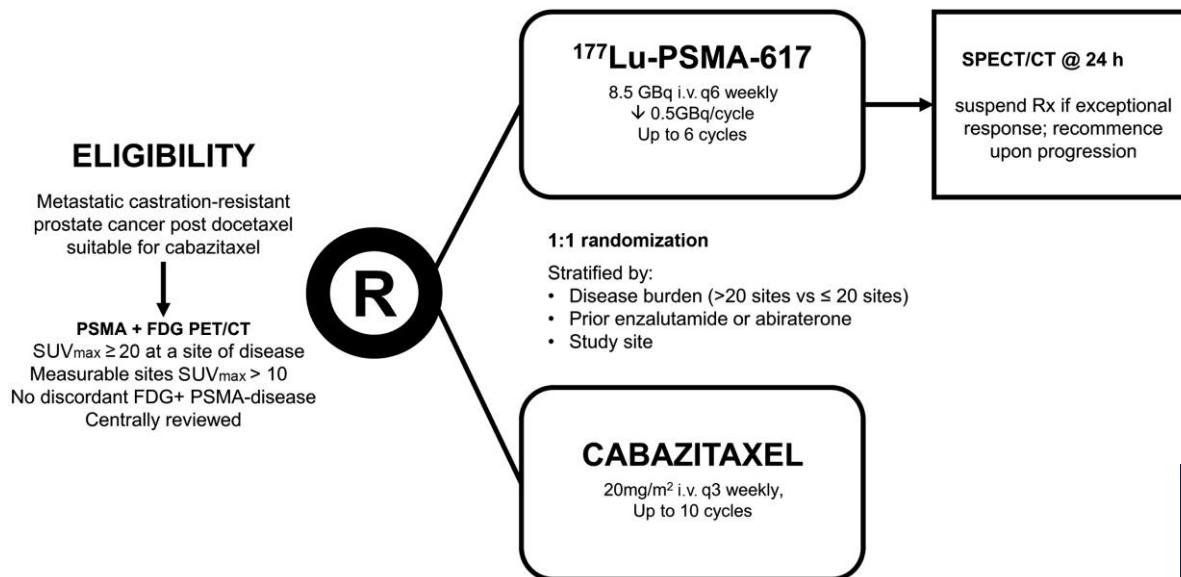
- *Randomisatie Lutetium versus SOC*
- *OS: 15.3 maanden versus 11.3 maanden*
- *38% minder risico op overlijden (CARD 36%)*
- *Cabazitaxel niet toegestaan, ander hormoon wel*
 - Pijnpunt van de studie... Denk aan CARD studie

36% reductie sterftekans

Ook positief op:
PFS en OS
PSA-respons
Pijn respons
Tijd tot botcomplicaties
QoL

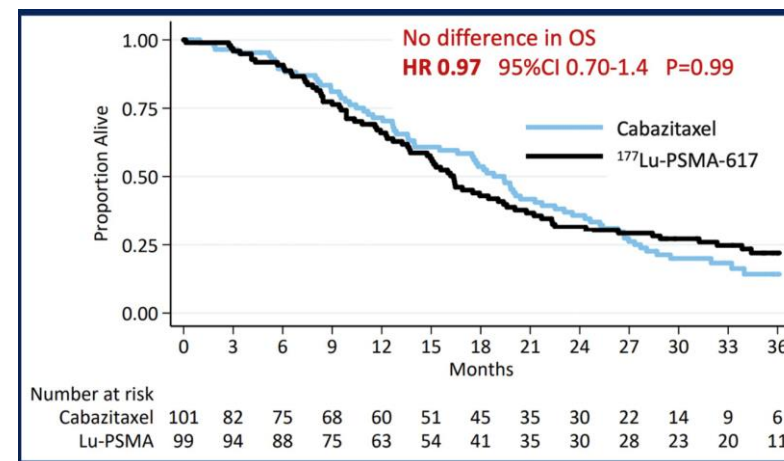


Lutetium-PSMA: TheraP studie



ASCO 2022

- Fase 2 studie n=200
- FU 36 maanden
- OS vergelijkbaar
- PFS langer
- Andere toxiciteit



Lutetium

- Nog niet volop beschikbaar in NL
- Plaatsbepaling?
- In de “sluis”



FOKKE & SUKKE
STAAN BIJ DE SLAGER IN ALMERE

MAG HET EEN ONSJE
MEER ZIJN?

**MINDER!
MINDER!
MINDER!**

RGvT

@fokkesukke



Nieuwste ontwikkelingen mHSPC: **meer** “Triplet therapy”

- **PEACE-1**
 - *docetaxel +/- abiraterone*
- **ENZAMET**
 - *docetaxel +/- enzalutamide*
- **ARASENS**
 - *docetaxel +/- darolutamide*
- *Cave: geen antwoord op de vraag of docetaxel wel nodig is...*
- *Best wel heel veel bij elkaar*
- *Triplet bewaren voor fit, jong en veel tumor?*



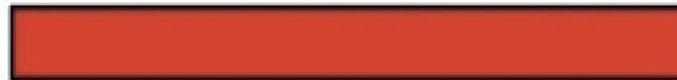
Median Overall Survival (*de novo* High-Volume mCSPC)

ADT alone



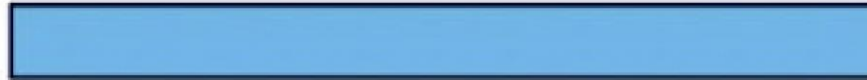
33 m **CHAARTED** (Kyriakopoulos CE, JCO 2018)
34 m **GETUG-15** (Gravis G Eur Urol 2018)
35 m **STAMPEDE** (Clarke NW, Ann Oncol 2019)

ADT+**docetaxel**



40 m **STAMPEDE doce** (Clarke Ann Oncol 2019)
42 m **PEACE-1**
44 m **GETUG-15** (Gravis G Eur Urol 2018)
48 m **CHAARTED** (Kyriakopoulos CE, JCO 2018)

ADT+**abiraterone**



50 m **LATITUDE** (Fizazi K Lancet Oncol 2019)
56 m **STAMPEDE Abi** (James N ESMO 2020)

ADT+**docetaxel**+**abiraterone**



61 m **PEACE-1**



Nieuwste ontwikkelingen mCRPC: **meer**

- **Combineren hormonale therapie met PARP remmer in de 1^e lijn:**
 - *TALAPRO-2 studie*
 - Talazoparib met enzalutamide
 - Betere rPFS (grootste verschil BRCA 1/2)
 - Meer bijwerkingen (anemie)
 - *PROpel studie*
 - Olaparib met abiraterone
 - Betere rPFS (grootste verschil BRCA 1/2)
 - Trend betere overleving
 - Meer bijwerkingen (anemie, moeheid, misselijkheid)
 - *MAGNITUDE studie*
 - Niraparib met abiraterone
 - Betere rPFS bij BRCA 1/2
 - Meer bijwerkingen (anemie, hypertensie)



Nieuwste ontwikkelingen mCRPC: **meer**

- **Discussiepunten**

- *Nog geen OS winst*
- *Meer toxiciteit*
- *Selectie: grootste winst bij BRCA mutatie*
- *Te vroeg om als standaardbehandeling te beschouwen voor elke patiënt in 1^e lijn!*
- *Testen op BRCA voorafgaand aan 1^e lijn!*

ADVIEZEN COMMISSIE BOM

Actuele adviezen

april 2024

- Dostarlimab toegevoegd aan chemotherapie bij het gevorderd of gerecidiveerd endometriumcarcinoom
- Olaparib toegevoegd aan abirateron en prednison bij gemetastaseerd castratieresistent prostaatcarcinoom
- Talazoparib toegevoegd aan enzalutamide bij gemetastaseerd castratieresistent prostaatcarcinoom
- Niraparib toegevoegd aan abirateron en prednison bij gemetastaseerd castratieresistent prostaatcarcinoom



Nieuwste ontwikkelingen mHSPC: minder

- DUOS APA/ENZA short studie: kortere tijd hormonen bij laag volume?
 - *Doelmatigheid, kosteneffectiviteit*
 - *Bij laag volume niet in alle studies een duidelijke OS winst*
 - *Zeer lage event-rate*
- *12 maanden apalutamide/enzalutamide met herbehandeling bij PSA progressie versus SOC (doorbehandelen)*

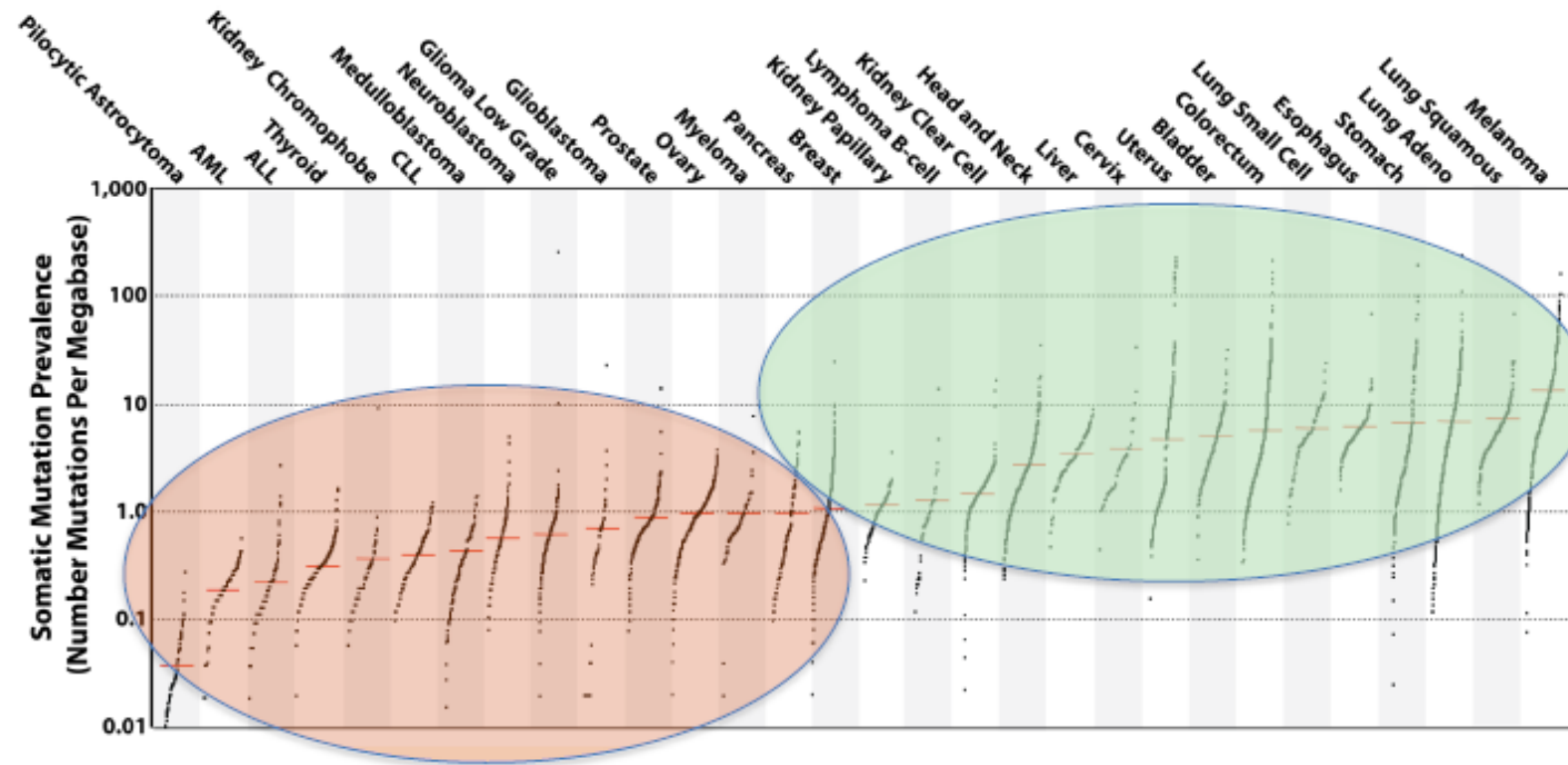


Immunotherapie

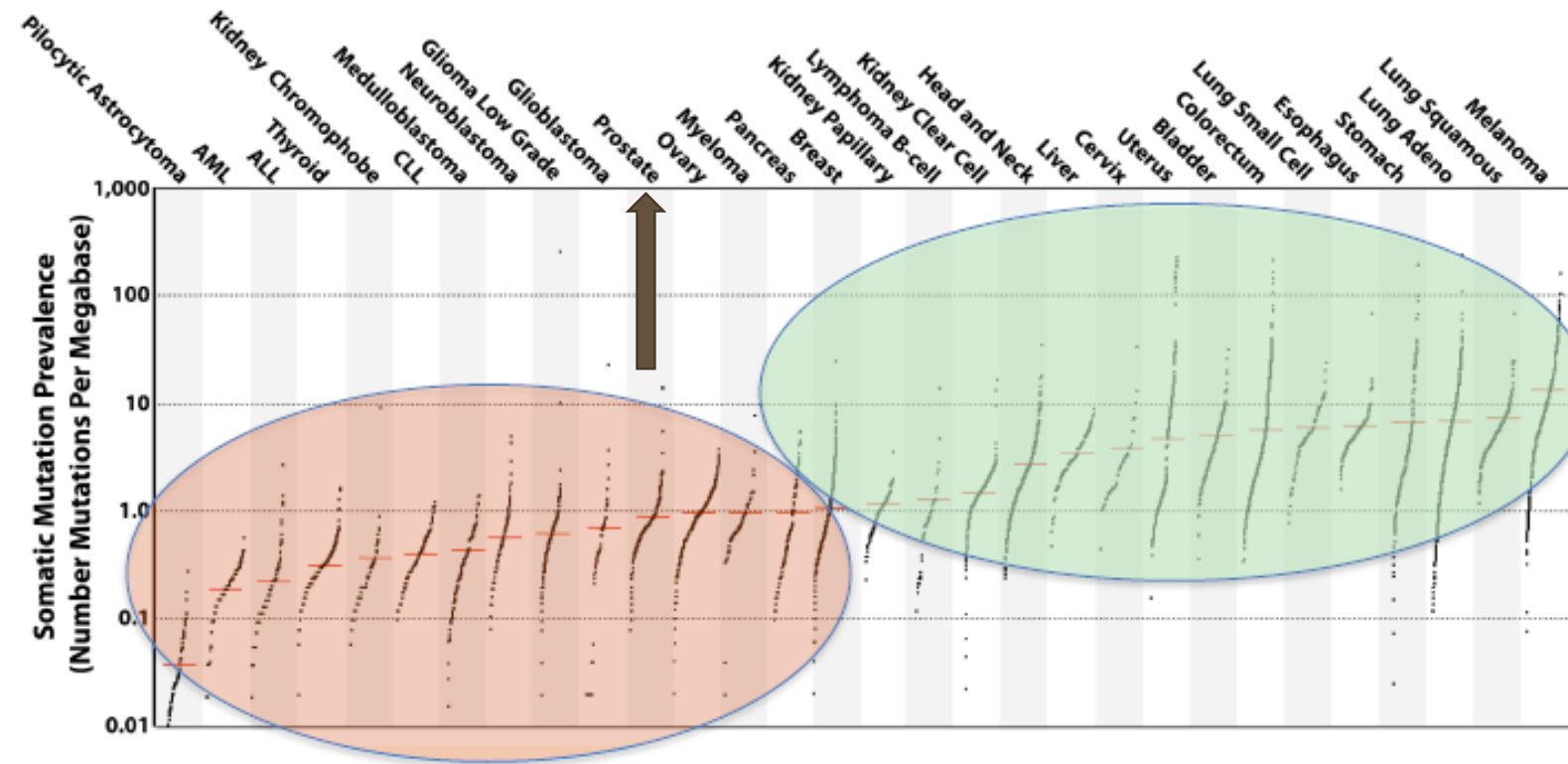
- Bij prostaatcarcinoom minder DNA schade, minder immuunreactie
- Wel in de groep MSI high of speciale mutaties (10%)
- Sipuleucel-T: niet in NL geregistreerd
- Pembrolizumab: laag % responses
- Studies met combinatie behandelingen lopen, o.a.
 - *PROSTRATEGY (nivo/ipi + doc)*
 - *KEYNOTE-991 (pembo + enza)*



DNA schade & succes van immunotherapie

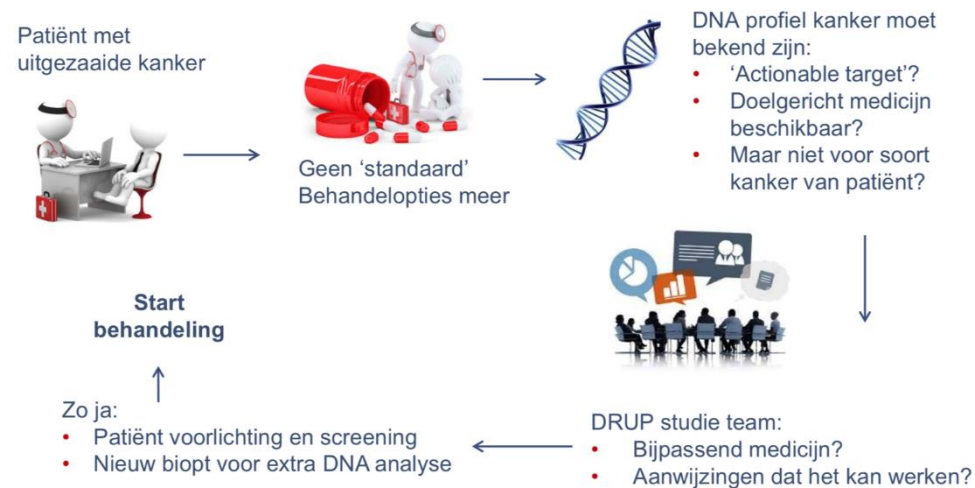


DNA schade & succes van immunotherapie



Doelgerichte therapie

- Whole genome sequencing
- 20% specifieke mutatie
- verschillende targeted therapy beschikbaar
(vaak de 1b en ab)



Doelgerichte t

- Whole ger
 - 20% specif
 - verschillen
- (vaak

Patiënt met
uitgezaaide



beha

Zo ja:

- Patië
- Nieu



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

PREMIUM



▲ Prostaatkankerpatiënt Fred Krijnen. © Privéfoto

De 'onbehandelbare' prostaatkanker van Fred (62) bleek dankzij nieuw onderzoek toch behandelbaar

Nieuwsbrief 7 september 2021



Campagne Samen Beslissen

Ruim een kwart van de zorgverleners (46 procent) zegt dat zij met de patiënt samen de beslissing nemen over de best passende zorg. 37 procent van de patiënten ervaart dit ook zo. Om samen beslissen in de zorg nog meer 'samen' te maken, start de campagne Samen Beslissen. De Federatie is een van de partners van de campagne.

Lees het nieuwsbericht >

Anti-hormonale therapie
abirateron,
enzalutamide

Doelgerichte therapie
olaparib

Chemotherapie
docetaxel

Chemotherapie
cabazitaxel

Radioactieve stof
radium-223

Radioactieve stof
lutetium-PSMA

Alleen bij
BRCA-mutatie

Alleen ná
docetaxel

Bij alleen
botuitzaaiingen

Alleen bij PSMA-
gevoelige tumor

Pijn neemt
langzaam af

Pijn neemt
redelijk snel af

Pijn neemt
snel af

Pijn neemt
snel af

Pijn neemt
redelijk snel af

Pijn neemt
redelijk snel af

Licht
voor conditie

Redelijk zwaar
voor conditie

Zwaar
voor conditie

Redelijk zwaar
voor conditie

Licht
voor conditie

Licht
voor conditie

Moeheid

Misselijkheid
en braken
Moeheid

Haaruitval
Tintelingen
gevoelloos

Diarree of
verstopping

Diarree

Diarree

Elke dag.
Bij abi: + Prednison

Elke dag

Elke 3 weken
+ Prednison

Elke 3 weken
+ Prednison

Elke
4 weken

Elke
6 weken

Zo lang ziekte
niet groeit

Zo lang ziekte
niet groeit

Maximaal
10 kuren

Maximaal
10 kuren

6 kuren

4 kuren

Stap 1
Uw specialist vinkt uw keuze aan

- ☐ Wel of (nog) geen anti-kanker behandeling?
- ☐ Anti-hormonale therapie of chemotherapie?
- ☐ Chemotherapie of radioactieve stof?
- ☐ Chemotherapie of doelgerichte therapie?
- ☐ Anti-hormonale therapie, chemotherapie of radioactieve stof?

Behandeling in wetenschappelijk onderzoek is soms mogelijk.
Uw specialist geeft aan of dit voor u kan.

Stap 2
Gebruik de online keuzehulp

Laat dit gesprek rustig bezinken. Vergelijk met de keuzehulp
uw opties en zet op een rij wat voor u belangrijk is.

Ga naar

<https://crpc.keuzehulp.nl>

Gebruikersnaam Wachtwoord

Stap 3
We bespreken uw samenvatting

U sluit de keuzehulp af met een samenvatting
met uw afwegingen. Deze bespreken we en
samen beslissen we wat het beste bij u past.

Kunt u de keuzehulp invullen voor
ons volgende gesprek?





1. CRPC

2. Over u

3. Hormoontherapie of chemotherapie?

4. Uw afwegingen

5. Uw voorkeur

6. Samenvatting

Welkom

Met deze keuzehulp bereidt u het gesprek met uw specialist goed voor. Zo kiest u samen de behandeling die het beste bij u past.

Deze keuzehulp is voor u geschikt als u castratieresistente prostaatkanker (CRPC) heeft.

In de keuzehulp leest u over de mogelijke behandelingen. U geeft aan wat belangrijk voor u is en wat uw afwegingen zijn. Na het doorlopen van de keuzehulp ziet u uw samenvatting. Bespreek deze met uw specialist.

Tip

U kunt de keuzehulp ook doornemen met uw naasten.



Wilt

[Start de keuzehulp >](#)

prostaatkanker?	
Wat zijn uitzaaiingen?	✓
Waar zitten de uitzaaiingen?	✓
Wat merkt u van CRPC?	✓
Welke behandelingen zijn mogelijk?	✓

Castratieresistente prostaatkanker (CRPC) is een vorm van uitgezaaide prostaatkanker. Bij CRPC werkt de standaard hormoontherapie niet meer. De kanker gaat weer groeien.

Wat is hormoontherapie?

Hormoontherapie is eigenlijk een antihormoon therapie. Je krijgt namelijk medicijnen die de aanmaak van hormonen beperken, of die hun invloed verminderen.

Prostaatkanker groeit door het mannelijke hormoon testosteron. Door hormoontherapie wordt er minder of geen testosteron aangemaakt, waardoor de kankercellen en uitzaaiingen tijdelijk niet groeien. De behandeling vermindert de pijn van de botuitzaaiingen.

Hormoontherapie is er in verschillende vormen: LHRH preparaten, anti-androgenen en soms met een operatie.

Hoe ontstaat CRPC?

Hormoontherapie werkt vaak anderhalf tot twee jaar. Sommige kankercellen worden



4. Uw afwegingen

U heeft de informatie over de opties gelezen. Hiernaast geeft u aan wat voor u belangrijk is.

U leest telkens twee stellingen. Schuif het bolletje naar de stelling die het beste bij u past.

Op de volgende pagina geeft u aan wat uw voorkeur heeft.

Reden voor: Hormoontherapie

Reden voor: Chemotherapie

Ik vind de bijwerkingen van hormoontherapie acceptabel

Ik vind de bijwerkingen van chemotherapie acceptabel

Past het beste bij mij

Neutraal

Past het beste bij mij

Ik wil (nog) geen chemotherapie

Ik wil beginnen met chemotherapie voordat mijn conditie daar te slecht voor is

Past het beste bij mij

Neutraal

Past het beste bij mij

Ik vind het acceptabel dat het langer duurt voordat de behandeling effect heeft op mijn pijnklachten

Ik wil graag snel minder pijn

Past het beste bij mij

Neutraal

Past het beste bij mij

◀ 3. Hormoontherapie of chemotherapie?

5. Uw voorkeur ▶



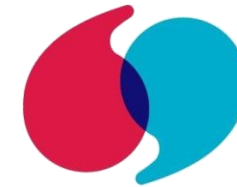
Samen beslissen is 'hot': nationale ontwikkelingen

Nederland is voorloper op implementatie van Shared Decision Making.

“Samen beslissen” campagne FMS en PF

- *Begin een goed gesprek campagne FMS*
- *3 goede vragen campagne PF*

Impact: **hogere kwaliteit van zorg**,
verhoging patiënttevredenheid en therapietrouw,
doelmatig gebruik van zorg



Betere zorg begint
met een goed gesprek



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

Wat wil de patiënt?



80%

wil meer informatie van zorgverlener

75% - 95%

wil betrokken zijn bij
behandelkeuze

Elwyn, 2013; Korteland 2017



Toch is het niet vanzelfsprekend



Patiënten

25% van informatie uit
gesprek wordt onthouden

Ruim 50% ervaart barrière
bij delen mening met arts,
in angst als lastige patiënt
gezien te worden

van Dulmen, 2012

Zorgverleners



Attitude artsen
Gebrek aan instrumenten
Kost meer tijd
Niet voor alle patiënten

Elwyn, 2013



Waarom een keuzehulp?

Onderzoek toont aan dat implementatie van keuzehulpen leidt tot:

- ✓ Beter geïnformeerde patiënten
- ✓ Patiënten zijn meer betrokken bij de behandelkeuze
- ✓ Een effectiever consult, zónder dat het extra tijd kost

Cochrane review - Stacey, 2017

Voor wie is een keuzehulp?

- ✓ De keuzehulp ondersteunt patiënten met mCRPC met een **palliatieve behandelingsintentie** voor:
 - Start eerstelijns behandeling
 - Start tweede- of derdelijns behandeling
- ✓ Patiënt heeft keuze uit minimaal 2 behandelingen



CRPC keuzehulp

Anti-hormonale therapie
abirateron,
enzalutamide

Doelgerichte therapie
olaparib

Chemotherapie
docetaxel

Chemotherapie
cabazitaxel

Radioactieve stof
radium-223

Radioactieve stof
lutetium-PSMA

Alleen bij
BRCA-mutatie

Alleen ná
docetaxel

Bij alleen
botuitzaaiingen

Alleen bij PSMA-
gevoelige tumor

Pijn neemt
langzaam af

Pijn neemt
redelijk snel af

Pijn neemt
snel af

Pijn neemt
snel af

Pijn neemt
redelijk snel af

Pijn neemt
redelijk snel af

Licht
voor conditie

Redelijk zwaar
voor conditie

Zwaar
voor conditie

Redelijk zwaar
voor conditie

Licht
voor conditie

Licht
voor conditie

☹️ Moeheid

☹️ Misselijkheid
en braken
☹️ Moeheid

👉 Haaruitval
👉 Tintelingen
gevoelloos

👉 Diarree of
verstopping

👉 Diarree

👉 Diarree

📅 Elke dag.
Bij abi: + Prednison

📅 Elke dag

📅 Elke 3 weken
+ Prednison

📅 Elke 3 weken
+ Prednison

📅 Elke
4 weken

📅 Elke
6 weken

📅 Zo lang ziekte
niet groeit

📅 Zo lang ziekte
niet groeit

📅 Maximaal
10 kuren

📅 Maximaal
10 kuren

📅 6 kuren

📅 4 kuren

👤 **Stap 1**
Uw specialist vinkt uw keuze aan

- ☐ Wel of (nog) geen anti-kanker behandeling?
- ☐ Anti-hormonale therapie of chemotherapie?
- ☐ Chemotherapie of radioactieve stof?
- ☐ Chemotherapie of doelgerichte therapie?
- ☐ Anti-hormonale therapie, chemotherapie of radioactieve stof?

Behandeling in wetenschappelijk onderzoek is soms mogelijk.
Uw specialist geeft aan of dit voor u kan.

💻 **Stap 2**
Gebruik de online keuzehulp

Laat dit gesprek rustig bezinken. Vergelijk met de keuzehulp uw opties en zet op een rij wat voor u belangrijk is.

Ga naar

<https://crpc.keuzehulp.nl>

Gebruikersnaam Wachtwoord

💬 **Stap 3**
We bespreken uw samenvatting

U sluit de keuzehulp af met een samenvatting met uw afwegingen. Deze bespreken we en samen beslissen we wat het beste bij u past.

Kunt u de keuzehulp invullen voor ons volgende gesprek?

 Wilhelmina Ziekenhuis Assen

Uw specialist

☐ Dr. L.E. Lamberts

☐ Dr. P. Nieboer

☐

Heeft u vragen?

Poli Interne geneeskunde

📞 0592 325 500

Op werkdagen: 8.30 - 16.30 uur



Andere nieuwe ontwikkelingen

- Moleculaire testen en biomarkers: op zoek naar betere selectie “juiste patiënt voor juiste therapie”
- Verschuivende lijnen: b.v. radium 223 en lutetium eerder geven
- Combinaties hormonen
 - ACIS: apalutamide + abiraterone: PFS winst
- Meer QoL data
- Aandacht voor de botten
 - Osteoporose profylaxe
 - Voorkomen SRE's (skeletal related events)
- Studies (neo)adjuvant



Om met te nemen naar hoes

- Verzamel alle factoren (patiënt en tumor) die relevant zijn
- Neem dan een verstandige keuze
- Denk vooruit!
- Vaak zijn er meerdere opties die “even goed zijn”
- Maak gebruik van gezamenlijke besluitvorming
- Denk aan de botten
- Doe mee aan studies
- Blijf op de hoogte (ook door deze nascholing!)
- Werk samen!



**Wil je snel gaan, ga alleen.
Wil je ver komen, ga samen.**

- Keniaans gezegde



www.OptimaleSamenwerking.nl

Twitter: INKIS_NL

LinkedIN: Optimale Samenwerking



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

Dank voor uw aandacht



Wilhelmina Ziekenhuis Assen

peter.nieboer@wza.nl