

RISK BASED ACTIVE SURVEILLANCE: EEN NATIONALE CONSENSUS

Drs. Jeroen Lodder, PhD kandidaat
Erasmus MC en Antoni van Leeuwenhoek

2 juni 2026

DISCLOSURES

(potentiële) belangenverstrengeling	Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• Johnson & Johnson• Ipsen••

AGENDA

- Introductie: waarom behoefte aan dit consensus project?
- Methode: hoe hebben we dit aangepakt?
- Resultaten: risk-based active surveillance protocol
- Vervolg: hoe nu verder?
- Vragen & discussie

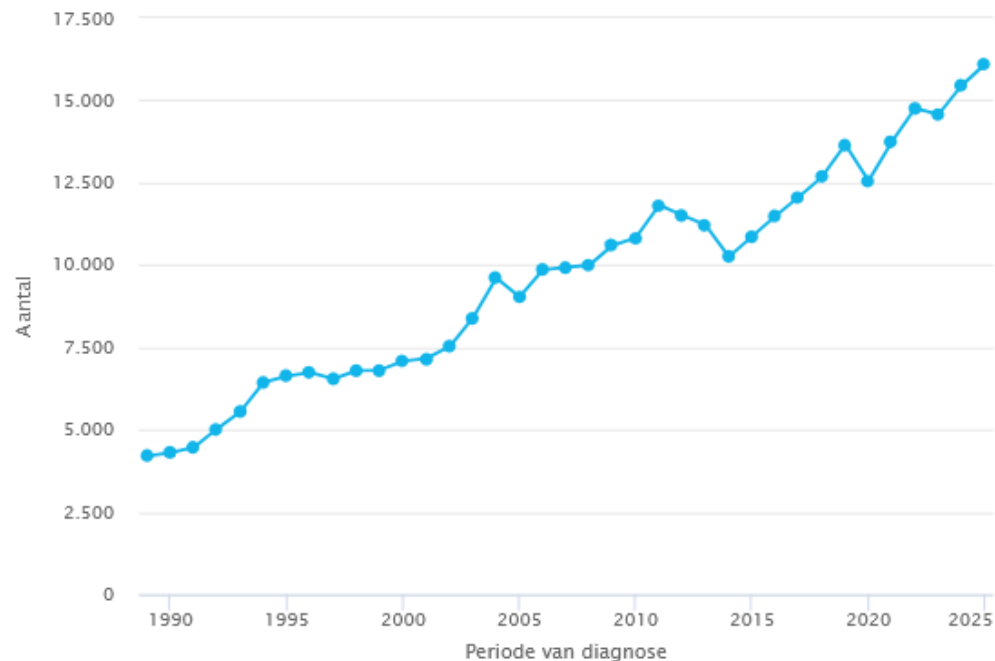
INTRODUCTIE

Incidentie van prostaatkanker en active surveillance blijft stijgen

Incidentie per jaar, Aantal

Prostaatkanker

Geslacht: Man | Leeftijdsgroep: Totaal | Regio: Nederland | Stadium: Totaal



6.000 nieuwe AS patiënten per jaar



5 april 2024

Vandaag op RTLnieuws.nl: Het aantal mannen wereldwijd met prostaatkanker zal naar verwachting zijn verdubbeld in 2040. Dat blijkt uit een analyse van medisch tijdschrift The Lancet. Monique Roobol, vooraanstaand expert op het gebied van prostaatkanker in Nederland, pleit voor bevolkingsonderzoek. "Als we de komende jaren niets doen, zal dit uit de hand lopen."

Het aantal mannen met de diagnose prostaatkanker zal van 1,4 miljoen in 2020 verdubbelen tot 2,9 miljoen in 2040. Deskundigen voorspellen dat het aantal sterfgevallen in de komende twintig jaar met 85 procent zal toenemen van 375.000 in 2020 tot bijna 700.000 in 2040.

.....

INTRODUCTIE

Huidige one-size-fits-all aanpak is niet duurzaam

In veel centra ondergaat iedereen dezelfde hoeveelheid DREs, PSA-metingen, MRI-scans en herhaalbiopten



Onnodige onderzoeken
(~80% van de biopten, ~40% van de MRIs)



Belasting en complicaties voor patiënten



Oplopende zorgkosten en druk op zorgcapaciteit



INTRODUCTIE

Active surveillance patienten zijn niet allemaal hetzelfde

AS patienten vormen een heterogene groep met verschillende risico's op ziekteprogressie

- ISUP 1 en 2
- Veel en weinig positieve biopten
- Low-risk en favorable intermediate-risk prostaatkanker

Table 2. Ten-Year Cumulative Incidence of Selected Outcomes

Outcome	10-Year Cumulative Incidence (95% CI)		
	Low Risk	Favorable Intermediate Risk	Unfavorable Intermediate Risk
Definitive treatment ^a	44.9% (43.7–46.1)	81.6% (78.3–84.3)	78.5% (72.2–83.6)
Metastasis	1.5% (1.2–1.9)	9.6% (7.1–12.5)	19.2% (13.4–25.9)
Prostate cancer-specific mortality	1.1% (0.8–1.4)	3.7% (2.3–5.7)	11.8% (6.8–18.4)
All-cause mortality	23.2% (22.0–24.4)	26.2% (22.0–30.6)	40.6% (31.7–49.3)

^aRadical prostatectomy or radiation therapy.

INTRODUCTIE

Active surveillance patienten zijn niet allemaal hetzelfde

AS patienten vormen een heterogene groep met verschillende risico's op ziekteprogressie

- ISUP 1 en 2
- Veel en weinig positieve biopten
- Low-risk en favorable intermediate-risk prostaatkanker

Table 2. Ten-Year Cumulative Incidence of Selected Outcomes

Outcome	10-Year Cumulative Incidence (95% CI)		
	Low Risk	Favorable Intermediate Risk	Unfavorable Intermediate Risk
Definitive treatment ^a	44.9% (43.7–46.1)	81.6% (78.3–84.3)	78.5% (72.2–83.6)
Metastasis	1.5% (1.2–1.9)	9.6% (7.1–12.5)	19.2% (13.4–25.9)
Prostate cancer-specific mortality	1.1% (0.8–1.4)	3.7% (2.3–5.7)	11.8% (6.8–18.4)
All-cause mortality	23.2% (22.0–24.4)	26.2% (22.0–30.6)	40.6% (31.7–49.3)

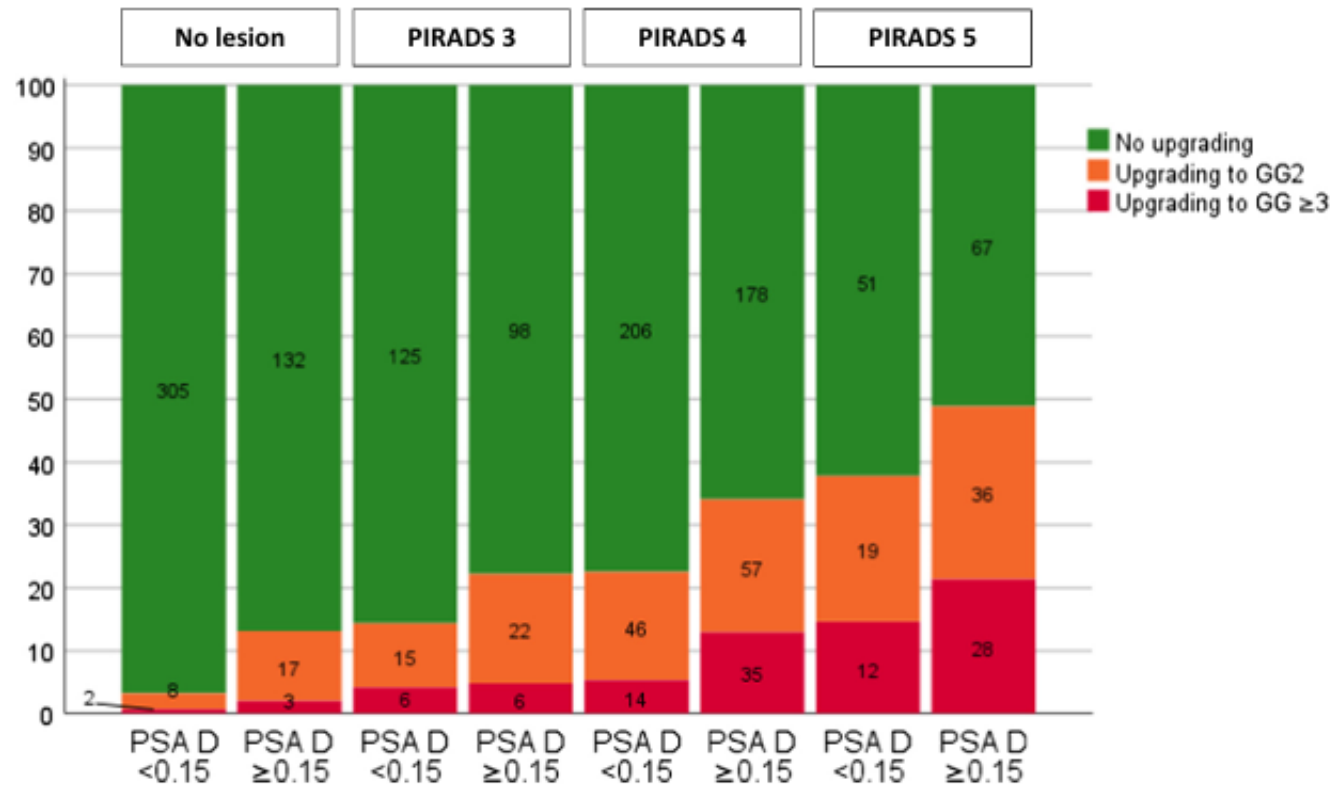
^aRadical prostatectomy or radiation therapy.

INTRODUCTIE

We kunnen risico op ziekteprogressie wel voorspellen

Verschillende factoren voorspellen risico op ziekteprogressie

- PSA-densiteit
- PI-RADS score



INTRODUCTIE

Risk-based active surveillance biedt een oplossing



Stemt intensiteit van follow-up af op individuele risico



Minder onnodige onderzoeken mn bij laag-risico patienten



Oncologisch veilig



EAU consensus meeting 2023: risk-based AS is top research priority

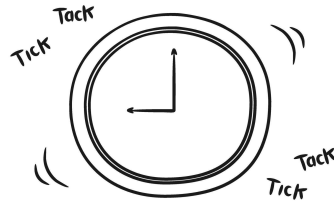


DOELSTELLING

Ontwikkelen van een risk-based active surveillance protocol

Waarom via expert consensus?

Er moet NU gehandeld worden.



Projectgroep



- Arnoud Postema | Leids Universitair Medisch Centrum
- Pim van Leeuwen | Antoni van Leeuwenhoek
- Jeroen Lodder | Antoni van Leeuwenhoek & Erasmus MC
- Ivo Schoots | Erasmus MC
- Edward van Ameijde | Prostaatkankerstichting
- Bram-Paul Speelman | Prostaatkankerstichting
- Herman Stoevelaar | RSA healthcare

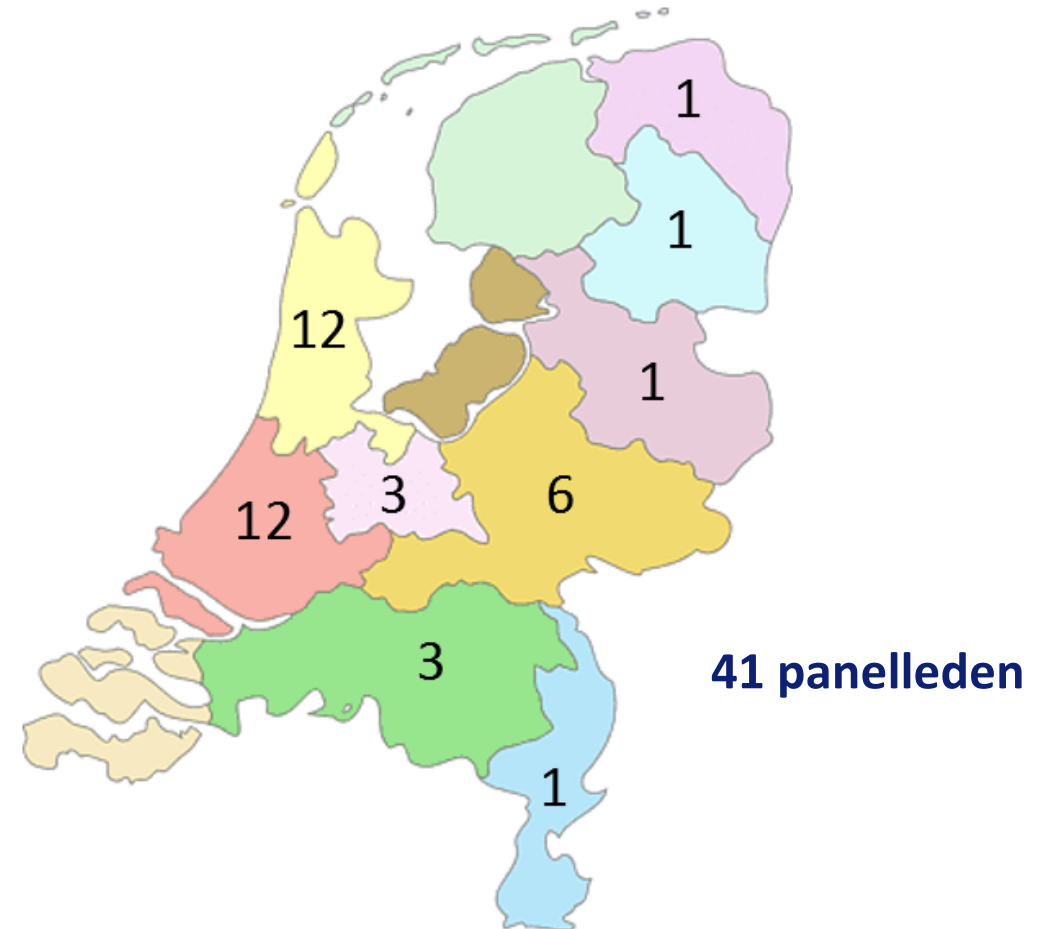
Panelleden

Verdeling naar specialisme

- Urologie: 27
- Radiologie: 6
- Pathologie: 1
- Oncologische verpleegkunde: 1
- Onderzoek: 3
- Patiëntenvereniging: 2

Verdeling naar type ziekenhuis

- Academisch: 17
- Perifeer: 21
- Niet van toepassing: 2



METHODE

Fase 1 – Online survey (inclusief patientscenario's)

Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire bespreking van de geïdentificeerde variatie en knelpunten, met vaststelling van punten van overeenstemming en resterende onenigheid.

Fase 3 – Opstellen conceptprotocol

Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

Fase 4 – Tweede online survey

Toetsing van het conceptprotocol, verzamelen van feedback en bepalen van de mate van consensus. (akkoord / grotendeels akkoord / gedeeltelijk akkoord / niet akkoord).

Fase 5 – Eindprotocol

Integratie van alle input en feedback tot een definitief risk-based AS protocol.

Fase 1 – Online survey (inclusief patientscenario's)

Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

Gang van zaken

Wat zijn uw uitgangspunten voor het monitoren van patiënten met een AV-beleid?

Zijn protocollaire herbiopten een vast onderdeel van de follow-up?

Stellingen

Er bestaan grote praktijkverschillen tussen ziekenhuizen wat betreft AV.

Het is belangrijk om tot landelijke uniforme afspraken te komen over AV selectie en follow-up.

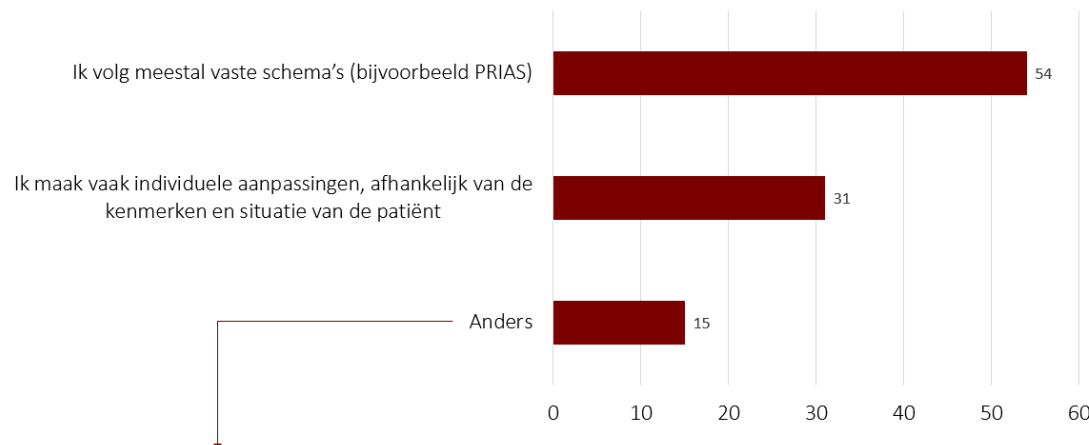


Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

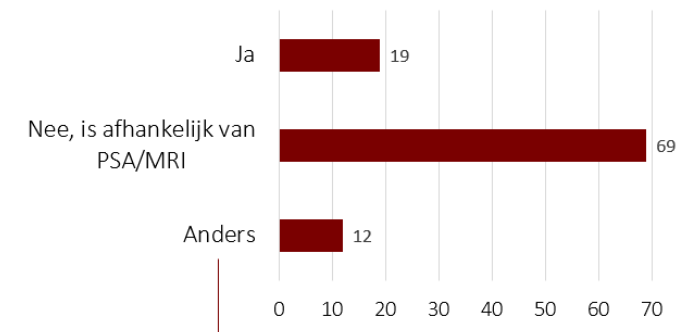
Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Gang van zaken

Wat zijn uw uitgangspunten voor het monitoren van patiënten met een AV-beleid?



Zijn protocollaire herbiopten (op gezette tijden) een vast onderdeel van de follow-up bij AV bij uw patiënten?



Stellingen

Nr.	Vraag	Eens (mediaan)	# 1-3	# 4-6	# 7-9	# Geen mening
3.	Landelijke uniforme afspraken zijn een belangrijk middel om ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan	8,0	1	1	27	
8.	Het is belangrijk om op korte termijn tot een meer gepersonaliseerde aanpak van AV te komen	8,0	1	3	25	

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patiëntscenario's

Scenario 4 (basis)

Setting

- Behandelgesprek nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom

Leeftijd (jaren)	66
PSA (ng/ml)	12
PSAd (ng/ml/cc)	0.14
Rectaal toucher	Benigne (recent)
MRI	
• Stadium	T2a, +/- 12mm
• PIRADS	4
• Volume (cc)	85

Hoogste <u>Gleason</u> Grade Group	GG1
Biopsie	TBX 2/3 - GG1 SBX 3/8 - GG1

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patiëntscenario's

Scenario 4 (basis)

Setting

- Behandelgesprek nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom

Leeftijd (jaren)	66
PSA (ng/ml)	12
PSAd (ng/ml/cc)	0.14
Rectaal toucher	Benigne (recent)
MRI	
• Stadium	T2a, +/- 12mm
• PIRADS	4
• Volume (cc)	85

Hoogste Gleason Grade Group	GG1
Biopsie	TBX 2/3 - GG1 SBX 3/8 - GG1

Beslissing	%
Actief Volgen	-
Meer onderzoek	
Actieve behandeling	
Waakzaam Wachten	
Anders	

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patiëntscenario's

Scenario 4 (basis)

Setting

- Behandelgesprek nieuw gediagnosticeerd prostaatcarcinoom

Leeftijd (jaren)	66
PSA (ng/ml)	12
PSAd (ng/ml/cc)	0.14
Rectaal toucher	Benigne (recent)
MRI	
• Stadium	T2a, +/- 12mm
• PIRADS	4
• Volume (cc)	85

Hoogste Gleason Grade Group	GG1
Biopsie	TBX 2/3 - GG1 SBX 3/8 - GG1

Beslissing	%
Actief Volgen	100
Meer onderzoek	
Actieve behandeling	
Waakzaam Wachten	
Anders	

	3	6	12	24	36	OI	And.
PSA							
MRI							
Biopsie							

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patientscenario's

Scenario 4b

Setting

- Zelfde patiënt, 6 jaar geleden gestart met AV
- Nu echter met oplopend PSA

Leeftijd (jaren)	72
PSA (ng/ml)	Geleidelijk van 12 naar 17
PSAd (ng/ml/cc)	Van 0.14 (t=0) naar 0.20
Rectaal toucher	6 jaar geleden: benigne
MRI	Recent (onveranderd)
• Stadium	T2a, +/- 12mm
• PIRADS	4
• Volume (cc)	85

Hoogste Gleason Grade Group	GG1
Laatste biopsie (4 jaar geleden)	TBX 2/3 – GG1 SBX 3/8 – GG1

Beslissing	%
Actief Volgen	
Meer onderzoek	
Actieve behandeling	
Waakzaam Wachten	
Anders	

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patientscenario's

Scenario 4b

Setting

- Zelfde patiënt, 6 jaar geleden gestart met AV
- Nu echter met oplopend PSA

Leeftijd (jaren)	72
PSA (ng/ml)	Geleidelijk van 12 naar 17
PSAd (ng/ml/cc)	Van 0.14 (t=0) naar 0.20
Rectaal toucher	6 jaar geleden: benigne
MRI	Recent (onveranderd)
• Stadium	T2a, +/- 12mm
• PIRADS	4
• Volume (cc)	85

Hoogste Gleason Grade Group	GG1
Laatste biopsie (4 jaar geleden)	TBX 2/3 – GG1 SBX 3/8 – GG1

Beslissing	%
Actief Volgen	46
Meer onderzoek	50
Actieve behandeling	4
Waakzaam Wachten	
Anders	

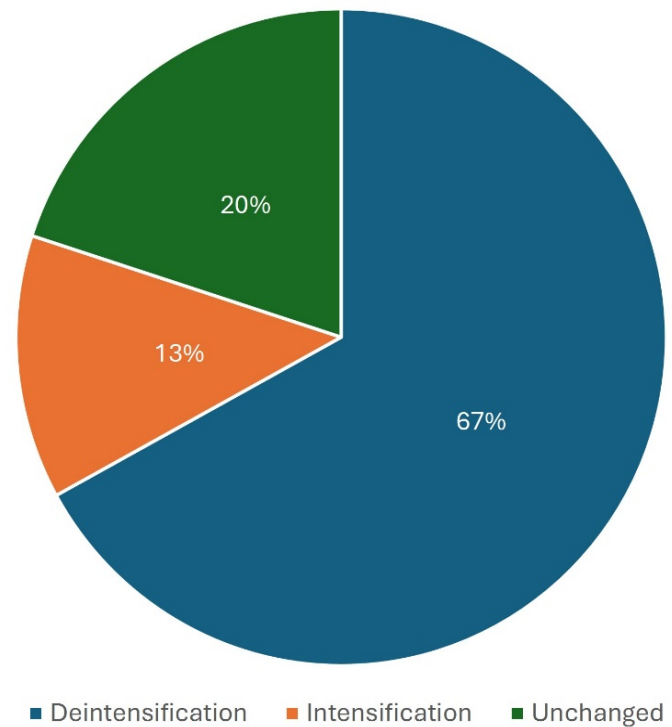


	3	6	12	24	36	OI	And.
PSA							
MRI							
Biopsie							
De-intensificatie		Gelijk beleid			Intensificatie		

Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025

Multidisciplinaire fysieke bijeenkomst om uitkomsten te bespreken

Patientscenario's



Fase 1 & 2 – Eerste survey & fysieke consensusbijeenkomst

Consensus bereikt over:



Er is dringend behoefte aan een nationaal, unief



Er is ruimte voor de-escalatie.



De meest gangbare strategie is het maken van risicogroepen met bijbehorende follow-up intensiteit.



Risicogroepen worden gemaakt op basis van veelgebruikte en breed beschikbare parameters: PSA, MRI, en Grade Group.



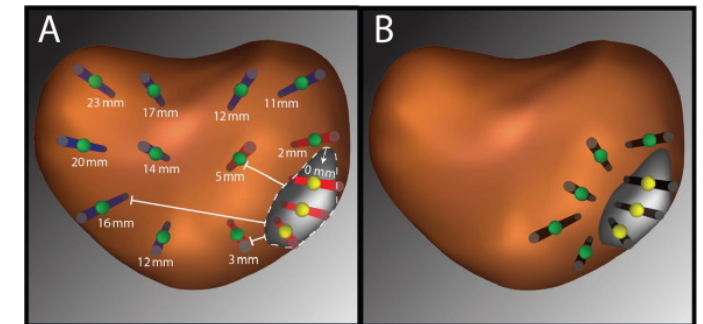
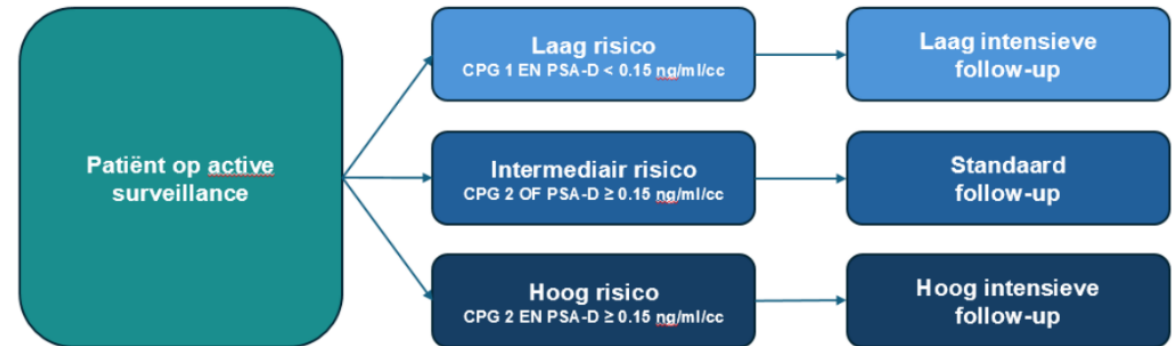
Routinematig uitvoeren van DRE in de follow-up wordt geschrapt.



Herhaalbipten worden uitsluitend op indicatie uitgevoerd.




Bij een positieve MRI worden uitsluitend gerichte en perilesionale bipten genomen.



METHODE

 **Fase 1 – Online survey (inclusief patientscenario's)**
Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

 **Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025**
Multidisciplinaire bespreking van de geïdentificeerde variatie en knelpunten, met vaststelling van punten van overeenstemming en resterende onenigheid.

Fase 3 – Opstellen conceptprotocol

Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

Fase 4 – Tweede online survey


Toetsing van het conceptprotocol, verzamelen van feedback en bepalen van de mate van consensus. (akkoord / grotendeels akkoord / gedeeltelijk akkoord / niet akkoord).

Fase 5 – Eindprotocol

Integratie van alle input en feedback tot een definitief risk-based AS protocol.

METHODE

 **Fase 1 – Online survey (inclusief patiëntscenario's)**
Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

 **Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025**
Multidisciplinaire bespreking van de geïdentificeerde variatie en knelpunten, met vaststelling van punten van overeenstemming en resterende onenigheid.

Fase 3 – Opstellen conceptprotocol

Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

Fase 4 – Tweede online survey

Toetsing van het conceptprotocol, verzamelen van feedback en bepalen van de mate van consensus.
(akkoord / grotendeels akkoord / gedeeltelijk akkoord / niet akkoord).

Fase 5 – Eindprotocol

Integratie van alle input en feedback tot een definitief risk-based AS protocol.

Fase 3 – Opstellen conceptprotocol

Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

Voorbeeld: inclusiecriteria

- Histologisch bewezen prostaatkanker
- Fit voor curatieve behandeling
- Geen eerdere behandeling voor prostaatkanker
- Levensverwachting >10 jaar
- ISUP 1 of ISUP 2 zonder cribriforme groei of intraductaal carcinoom
- Klinisch stadium <cT3 en MRI-stadium <mrT3
- PSA-D <0.25 ng/ml/cc

Protocol

Actief Volgen bij prostaatkanker

Versie 1
14 augustus 2025

INLEIDING

Achtergrond

- Actief Volgen (AV) is een verantwoorde keuze bij voornamelijk laag-risico prostaatkanker.
- Het AV-beleid is gericht op het voorkomen of uitstellen van ingrijpende behandeling en complicaties/neveneffecten daarvan
- De keuze op individueel niveau is afhankelijk van het risico op progressie, andere klinische factoren (bijvoorbeeld co-morbiditeit) en patiëntvoorkeuren
- Het risico op progressie kan in de loop van de tijd veranderen en vraagt dan om aanpassingen van het follow-up beleid (escaleren/de-escaleren)
- Er zijn aanzienlijke verschillen in zowel de initiële selectiecriteria als het follow-up beleid voor AV
- Er is behoefte aan een landelijk protocol voor AV dat risico-gedreven en patiëntgericht is

Consensusproject

- Het Nederlandse consensusproject is gericht op het ontwikkelen van aanbevelingen voor een gepersoniseerd en risico-gestratificeerd beleid voor AV bij prostaatkanker, met als belangrijkste pijlers:
 - Tijdige detectie van progressie (vermijden onderbehandeling)
 - Vermijden van overdiagnostiek en overbehandeling
 - Behoud van kwaliteit van leven (lichamelijk/psychisch)
 - Goede communicatie en begeleiding
- Op 27 juni werd een consensusbijeenkomst gehouden met 40 deelnemers uit verschillende disciplines (urologie, radiologie, pathologie, verpleegkunde, onderzoek en patiëntenverenigingen). Deze was gebaseerd op een uitgebreide online survey over de huidige AV-praktijk en de mening over risico-gedreven gepersoniseerd AV-beleid. De survey bevatte

Fase 4 – Tweede online survey (toetsing conceptprotocol)

Conceptprotocol voorgelegd aan panel en mate van consensus getoetst

Inclusiecriteria:

In welke mate bent u akkoord met bovenstaande tekst?

Als u niet volledig akkoord bent, dan graag uw opmerkingen en suggesties vermelden. Eventueel kunt u met 'knippen & plakken' stukjes tekst overnemen en bewerken.

- Volledig akkoord
- Grotendeels akkoord (kleine wijzigingen nodig)
- Gedeeltelijk akkoord (grote aanpassingen nodig)
- Niet akkoord (fundamentele bezwaren)
- Kan ik niet beoordelen/geen mening

} = consensus

Graag toelichten: *

Opmerkingen: *

Fase 4 – Tweede online survey (toetsing conceptprotocol)

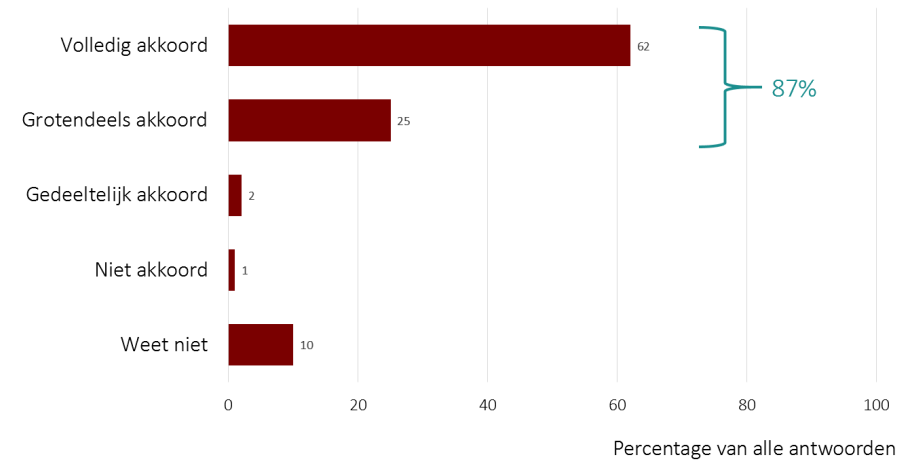
Conceptprotocol voorgelegd aan panel en mate van consensus getoetst

Respons

Specialisme	Uitgenodigd	Ingevuld
Oncologische verpleegkunde	1	1
Pathologie	1	1
Patiëntenvereniging	2	2
Radiologie	6	6
Research	3	3
Urologen	28	28
Totaal	41	41

100%

Consensus



Fase 4 – Tweede online survey (toetsing conceptprotocol)

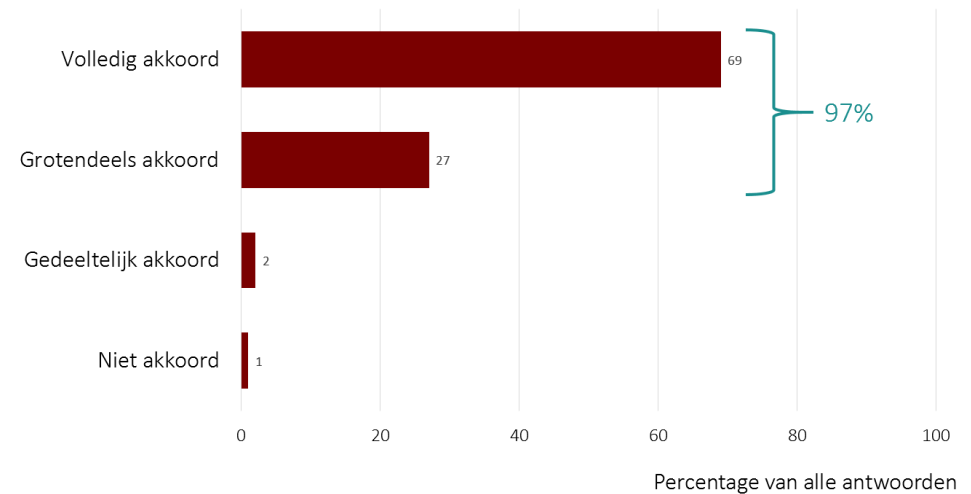
Conceptprotocol voorgelegd aan panel en mate van consensus getoetst

Respons

Specialisme	Uitgenodigd	Ingevuld
Oncologische verpleegkunde	1	1
Pathologie	1	1
Patiëntenvereniging	2	2
Radiologie	6	6
Research	3	3
Urologen	28	28
Totaal	41	41

100%

Consensus exclusief 'weet niet'



Fase 4 – Tweede online survey (toetsing conceptprotocol)

Conceptprotocol voorgelegd aan panel en mate van consensus getoetst



PSA-interval verlengd van 4 naar 6 maanden na 2 jaar follow-up



Aanmoediging tot gebruik van PRECISE score in follow-up MRIs.



Hoewel belangrijk, is hoeveelheid Gleason patroon 4 geen absoluut exclusie criterium.



Het basisgesprek kan door zowel uroloog als verpleegkundig specialist worden uitgevoerd.

METHODE

- Fase 1 – Online survey (inclusief patiëntscenario's)**
Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

- Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025**
Multidisciplinaire bespreking van de geïdentificeerde variatie en knelpunten, met vaststelling van punten van overeenstemming en resterende onenigheid.

- Fase 3 – Opstellen conceptprotocol**
Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

- Fase 4 – Tweede online survey**
Toetsing van het conceptprotocol, verzamelen van feedback en bepalen van de mate van consensus. (akkoord / grotendeels akkoord / gedeeltelijk akkoord / niet akkoord).

Fase 5 – Eindprotocol

Integratie van alle input en feedback tot een definitief risk-based AS protocol.

METHODE

- Fase 1 – Online survey (inclusief patientscenario's)**
Inventarisatie van de huidige praktijk, variatie in beleid en knelpunten.

- Fase 2 – Fysieke consensusbijeenkomst op 27 juni 2025**
Multidisciplinaire bespreking van de geïdentificeerde variatie en knelpunten, met vaststelling van punten van overeenstemming en resterende onenigheid.

- Fase 3 – Opstellen conceptprotocol**
Uitwerking van inclusiecriteria, risicogroepen, follow-up schema's en triggers voor (de)escalatie, gebaseerd op de consensusbijeenkomst en de meest recente literatuur.

- Fase 4 – Tweede online survey**
Toetsing van het conceptprotocol, verzamelen van feedback en bepalen van de mate van consensus.
(akkoord / grotendeels akkoord / gedeeltelijk akkoord / niet akkoord).

- Fase 5 – Eindprotocol**
Integratie van alle input en feedback tot een definitief risk-based AS protocol.

RESULTATEN

Eindprotocol

Tabel 1 – AV-categorieën en follow-up schema's

Categorie ¹	Kenmerken
AVP-1	
AVP-2	
AVP-3	

AVP = actief volgen prostaatkanker

*U zit in de hoog-risico groep.
We gaan niets doen.*



RESULTATEN

Eindprotocol

Tabel 1 – AV-categorieën en follow-up schema's

Categorie ¹	Kenmerken	
AVP-1	Alle onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG1 (G1 3+3)• MRI – PI-RADS 1-4• PSA-D < 0.15 ng/ml/cc	44%
AVP-2	ISUP GG1 (G1 3+3) met maximaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5• PSA-D 0.15-0.19 ng/ml/cc	20%
AVP-3	Minimaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG2 (G1 3+4)• PSA-D 0.20-0.25 ng/ml/cc Of een combinatie van: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5 en PSA-D >0.15 ng/ml/cc	36%

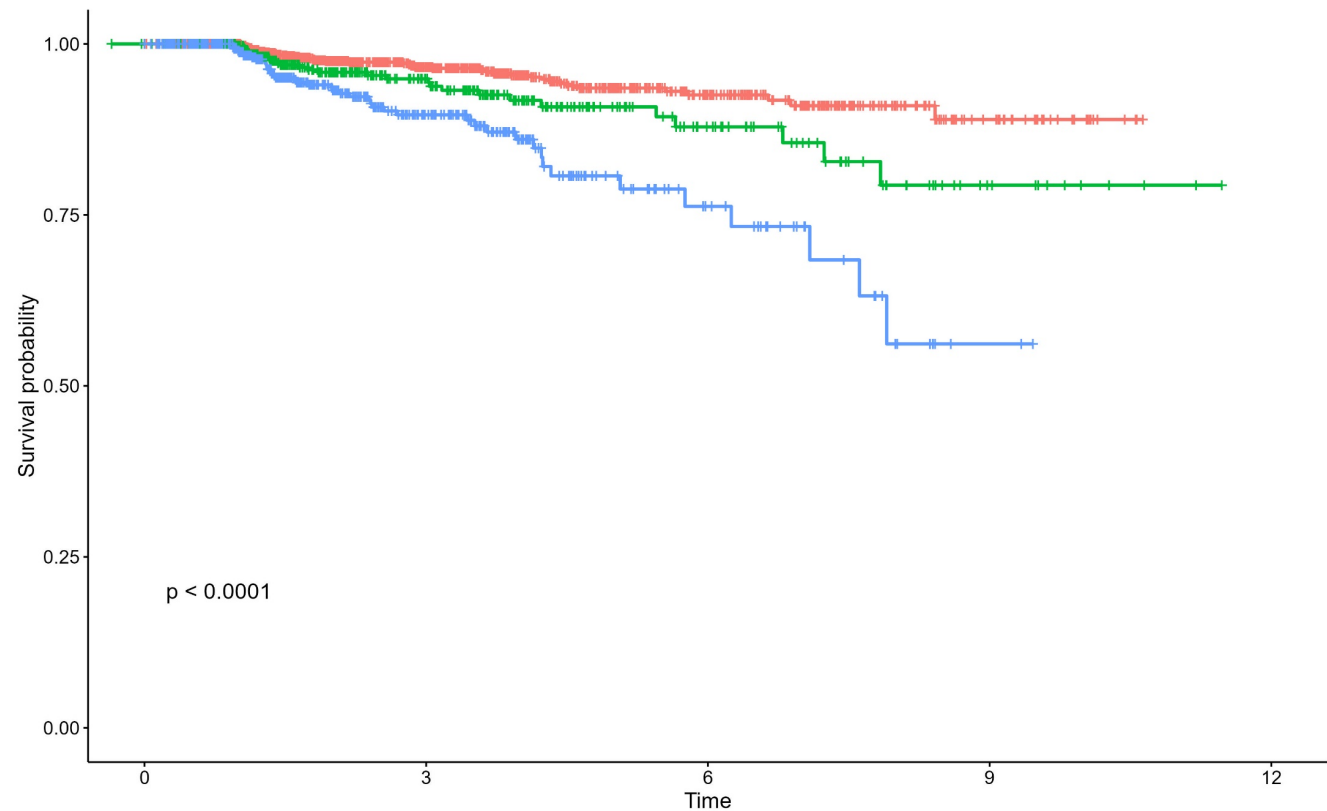
RESULTATEN

Eindprotocol

Tabel 1 – AV-categorieën en follow-up schema's

Categorie ¹	Kenmerken
AVP-1	Alle onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG1 (G1 3+3)• MRI – PI-RADS 1-4• PSA-D < 0.15 ng/ml/cc
AVP-2	ISUP GG1 (G1 3+3) met maximaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5• PSA-D 0.15-0.19 ng/ml/cc
AVP-3	Minimaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG2 (G1 3+4)• PSA-D 0.20-0.25 ng/ml/cc Of een combinatie van: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5 en PSA-D >0.15 ng/ml/cc

Progressievrije overleving per groep



RESULTATEN

Eindprotocol

Tabel 1 – AV-categorieën en follow-up schema's

Categorie ¹	Kenmerken	Follow-up schema
AVP-1	Alle onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG1 (G1 3+3)• MRI – PI-RADS 1-4• PSA-D < 0.15 ng/ml/cc	<ul style="list-style-type: none">• PSA elke 6 maanden• MRI na 2 jaar, daarna op indicatie²• Biopsie op indicatie²
AVP-2	ISUP GG1 (G1 3+3) met maximaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5• PSA-D 0.15-0.19 ng/ml/cc	<ul style="list-style-type: none">• PSA elke 4 maanden, na 2 jaar elke 6 maanden• MRI na 2 jaar, daarna iedere 3 jaar• Biopsie op indicatie²
AVP-3	Minimaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none">• ISUP GG2 (G1 3+4)• PSA-D 0.20-0.25 ng/ml/cc Of een combinatie van: <ul style="list-style-type: none">• MRI – PI-RADS 5 en PSA-D >0.15 ng/ml/cc	<ul style="list-style-type: none">• PSA elke 4 maanden, na 2 jaar elke 6 maanden• MRI na 1 jaar, daarna iedere 2 jaar• Biopsie te overwegen³ na 1 jaar, daarna op indicatie²

RESULTATEN

Eindprotocol

Tabel 1 – AV-categorieën en follow-up schema's

Categorie ¹	Kenmerken	Follow-up schema
AVP-1	Alle onderstaande: <ul style="list-style-type: none"> • ISUP GG1 (GI 3+3) • MRI – PI-RADS 1-4 • PSA-D < 0.15 ng/ml/cc 	<ul style="list-style-type: none"> • PSA elke 6 maanden • MRI na 2 jaar, daarna op indicatie² • Biopsie op indicatie²
AVP-2	ISUP GG1 (GI 3+3) met maximaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none"> • MRI – PI-RADS 5 • PSA-D 0.15-0.19 ng/ml/cc 	<ul style="list-style-type: none"> • PSA elke 4 maanden, na 2 jaar elke 6 maanden • MRI na 2 jaar, daarna iedere 3 jaar • Biopsie op indicatie²
AVP-3	Minimaal één van onderstaande: <ul style="list-style-type: none"> • ISUP GG2 (GI 3+4) • PSA-D 0.20-0.25 ng/ml/cc Of een combinatie van: <ul style="list-style-type: none"> • MRI – PI-RADS 5 en PSA-D >0.15 ng/ml/cc 	<ul style="list-style-type: none"> • PSA elke 4 maanden, na 2 jaar elke 6 maanden • MRI na 1 jaar, daarna iedere 2 jaar • Biopsie te overwegen³ na 1 jaar, daarna op indicatie²

Winst na 5 jaar (per 1000 patiënten)



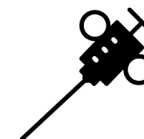
1854 PSAs

€ 74.150



151 MRIs

€ 75.315



1302 biopten

€977.000

VERVOLG

Implementatie

100

100% consensus van multidisciplinair panel bereikt



Aangeboden aan Werkgroep Oncologische Urologie van de NVU voor beoordeling



Validatie van protocol met behulp van retrospectieve cohorten (oa PRIAS)



Dissemineren in verschillende netwerken en regio's van Nederland



Data registratie en evaluatie

TAKE HOME MESSAGE

- De huidige one-size-fits-all aanpak voor active surveillance is niet passend en niet houdbaar.
- Een multidisciplinair panel van urologen, pathologen en patienten heeft een risk-based protocol opgesteld dat klaar is voor implementatie.
- Door dit protocol te gebruiken kunnen we uniforme, kwalitatieve active surveillance zorg in Nederland bereiken.

Contact: j.lodder@erasmusmc.nl