

**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO
W RAKU GRUCZOŁU KROKOWEGO
PODSUMOWANIE ZALECEŃ**

Zalecenie	Siła zalecenia*
1. Diagnostyka obrazowa	
1.1. Nie należy używać mp-MRI jako wyjściowego badania przesiewowego w kierunku raka gruczołu krokowego (bez wcześniejszego badania klinicznego/oceny PSA).	II, A
1.2. Należy wykonywać i oceniać mp-MRI zgodnie z PI-RADS.	II, A
1.3. U pacjentów z podejrzeniem raka gruczołu krokowego bez uprzednich biopsji, należy używać mp-MRI, a następnie przy PI-RADS ≥ 3 należy wykonywać biopsję celowaną i systematyczną (II, A), natomiast przy PI-RADS < 3 i niskim klinicznym ryzyku raka nie należy wykonywać biopsji, a decyzja powinna być podjęta wspólnie z pacjentem.	II, B
1.4. U pacjentów z utrzymującym się podejrzeniem raka gruczołu krokowego i brakiem potwierdzenia w uprzednich biopsjach należy wykonywać mp-MRI, a następnie przy PI-RADS ≥ 3 należy przeprowadzić tylko biopsję celowaną [II, B], natomiast przy PI-RADS < 3 , ale wysokim klinicznym ryzyku raka — biopsję systematyczną; decyzja powinna być podjęta wspólnie z pacjentem.	II, A
1.5. W celu oceny miejscowego zaawansowania raka gruczołu krokowego należy wykonywać mp-MRI przed biopsją.	II, B
1.6. U pacjentów z potwierdzonym rakiem gruczołu krokowego niskiego ryzyka nie należy używać dodatkowych metod obrazowania do oceny zaawansowania.	II, A
1.7. U pacjentów z potwierdzonym rakiem gruczołu krokowego średniego ryzyka i przeważającym utkaniem ISUP 3 należy wykonać badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz scyntyografię kości, w celu oceny ewentualnego rozsiewu.	II, B
1.8. U pacjentów z potwierdzonym rakiem gruczołu krokowego wysokiego ryzyka należy wykonać badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz scyntyografię kości w celu oceny ewentualnego rozsiewu.	II, A
1.9. U każdego pacjenta z objawami klinicznymi ze strony układu kostnego należy wykonać scyntyografię kości.	II, A
1.10. U pacjentów z przetrwałym po prostatektomii PSA $> 0,2$ ng/ml należy wykonywać PET/TK z PSMA, jeżeli rezultat wpłynie na decyzję o terapii.	II, B
1.11. U pacjentów ze wznową biochemiczną po prostatektomii należy wykonywać PET-TK z PSMA, jeżeli PSA $> 0,2$ ng/ml, natomiast jeżeli PET-TK z PSMA jest niedostępne, a PSA > 1 ng/ml — PET-TK z flucyklowiną lub z choliną, jeżeli rezultat wpłynie na decyzję o terapii.	II, B
1.12. U pacjentów ze wznową biochemiczną po radioterapii należy wykonywać: mp-MRI w celu lokalizacji nieprawidłowych obszarów w sterczu i określenia ognisk do biopsji [II, B], jak też PET/TK z PSMA, jeżeli dostępne, lub z flucyklowiną lub z choliną [II, A], u pacjentów kwalifikujących się do terapii ratującej.	II, B II, A
1.13. U pacjentów podczas terapii raka gruczołu krokowego z rozsiewem ocenę odpowiedzi na terapię ognisk przerzutowych w tkankach miękkich należy prowadzić w TK jamy brzusznej, miednicy, klatki piersiowej, ewentualnie innych lokalizacjach (mózgowie), zgodnie z kryteriami RECIST, natomiast w razie trudności diagnostycznych w TK lub przeciwwskazań do TK z dożylnym jodowym środkiem kontrastowym — w MR jamy brzusznej, miednicy, ewentualnie innych lokalizacjach.	II, A

1.14. U pacjentów podczas terapii raka gruczołu krokowego z rozszewm ocenę odpowiedzi na terapię ognisk w układzie kostnym należy prowadzić w scyntygrafii kości, zgodnie z kryteriami Prostate Cancer Working Group 2, 3 (PCWG).	II, A
2. Diagnostyka biochemiczna	
2.1. Za normę należy uważać PSA poniżej 3 ng/ml.	II, A
2.2. W przypadku przekroczenia normy PSA, badanie należy powtórzyć.	II, A
2.3. Warto stosować kalkulacje PSA w postaci między innymi PSAD, PSAV, PSADT (<i>prostate specific antigen doubling time</i>), f/t PSA, które mogą wskazywać na szczególne ryzyko istotnego klinicznie nowotworu (PSAD ponad 0,15; PSAV ponad 0,75 ng/dl/rok; PSADT poniżej 10 miesięcy, f/t poniżej 0,15).	II, A
2.4. Biomarkery (4K, PHI, IsoPSA) pozwalają ograniczyć liczbę biopsji stercza do chorych z nieprawidłowym PSA, u których występuje rak istotny klinicznie.	II, A
2.5. Należy wykonywać PSA dobrze poinformowanym mężczyznom z podwyższonym ryzykiem wystąpienia PCa, tj.: mężczyznom od 50. roku życia [II, B]; mężczyznom od 45. roku życia i z rodzinną historią PCa [II, B]; mężczyznom pochodzenia afrykańskiego od 45. roku życia [II, B]; mężczyznom — nosicielom mutacji BRCA2 od 40. roku życia [II, B].	II, B
2.6. Badania w kierunku PCa należy świadomie podejmować lub odrzucać na podstawie oczekiwanej długości życia i stanu sprawności; mężczyźni, których oczekiwana długość życia wynosi < 15 lat, prawdopodobnie nie odniosą korzyści z badań przesiewowych.	II, B
2.7. Kryteria wznowy biochemicznej po leczeniu radykalnym to : PSA > 0,4 ng/ml po prostatektomii radykalnej [I, A]; PSA > NADIR + 2 ng/ml po radioterapii radykalnej [± deprivacją androgenową (ADT, <i>androgen deprivation therapy</i>)] [I, A].	I, A
2.8. Wyczuwalne węzły chłonne wraz ze wzrostem PSA oznaczają co najmniej wznowę lokalną.	II, A
2.9. Rutynowa kontrola chorych bezobjawowych po leczeniu radykalnym obejmuje co najmniej badanie podmiotowe, przedmiotowe i oznaczenie stężenia PSA.	II, A
2.10. W przypadku wznowy biochemicznej diagnostykę obrazową należy przeprowadzać, gdy ich wynik wpłynie na dalszy sposób postępowania.	II, A
3. Diagnostyka inwazyjna	
3.1. Mężczyzna z podejrzeniem raka stercza, u którego rozważa się wykonanie biopsji, powinien mieć wykonany mpMRI prostaty.	I, A
3.2. W przypadku zmian podejrzanych o raka stercza istotnego klinicznie (PI-RADS4, PI-RADS5) w mpMRI powinno wykonać się celowaną biopsję stercza.	I, A
3.3. W przypadku zmian PI-RADS3 w mpMRI, decydując wspólnie z chorym o wykonaniu biopsji, można wziąć pod uwagę inne czynniki.	III, C
3.4. W przypadku zmian PI-RADS1 i PI-RADS2 w mpMRI można wspólnie z chorym rozważyć uniknięcie lub odroczenie biopsji, biorąc pod uwagę inne czynniki.	II, C
3.5. Przy pierwszej biopsji pobierać należy wycinki celowane i systematyczne, natomiast przy kolejnych wycinki celowane.	II, B
3.6. W celu zmniejszenia ryzyka powikłań infekcyjnych należy wykonywać biopsję stercza z dostępu przezkroczonego.	I, A
3.7. Profilaktyka antybiotykowa do BGI stercza przezkroczonej obejmuje pojedynczą dawkę cefalosporyny.	II, B
3.8. Przed biopsją przezodbytniczą należy przygotować odbytnicę roztworem jodopowidonu.	I, A
3.9. Profilaktyka antybiotykowa do BGI stercza przezodbytniczej powinna obejmować profilaktykę celowaną (na podstawie wymazu z odbytnicy lub	II, C

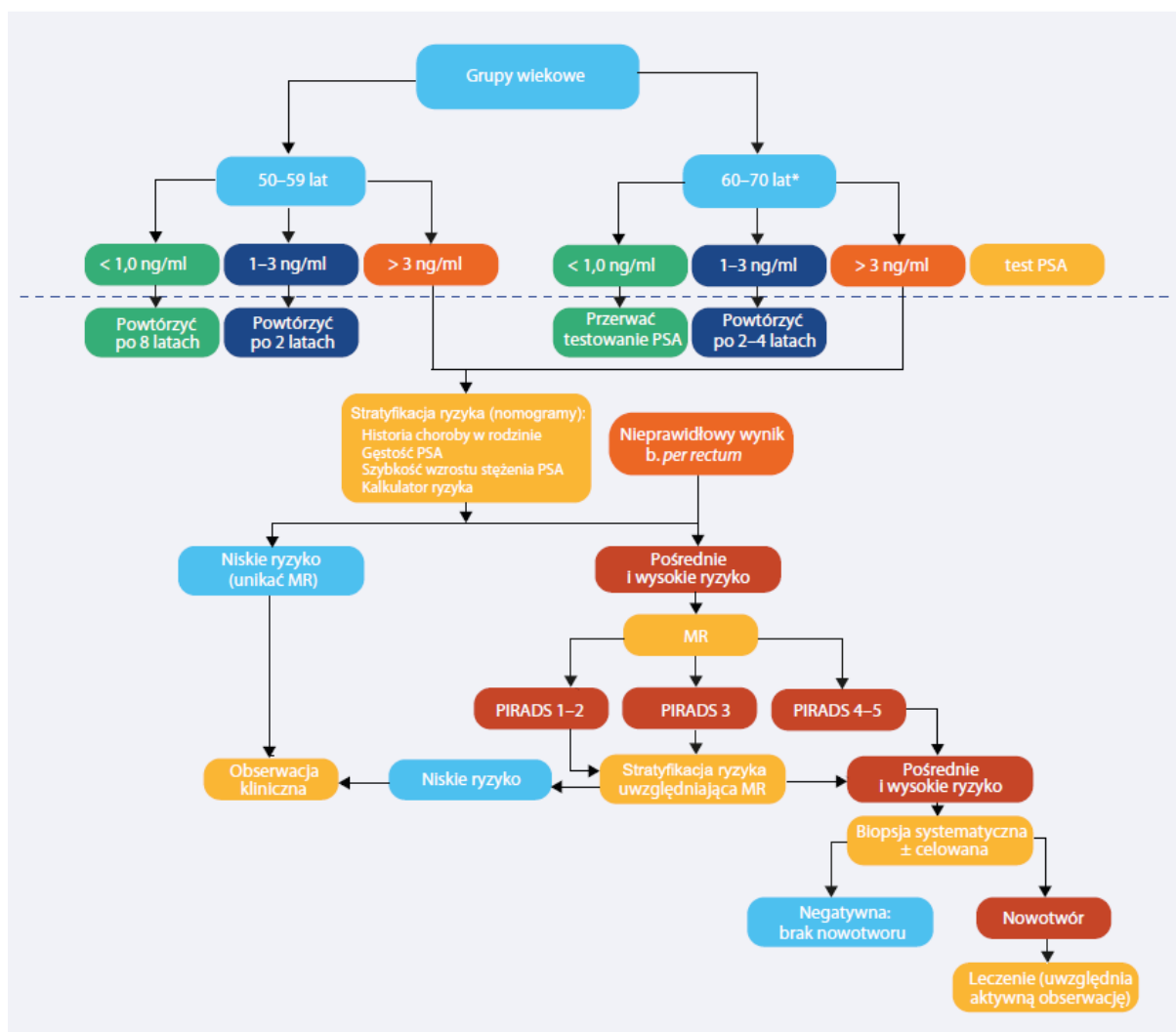
badania bakteriologicznego kału) lub profilaktykę rozszerzoną z zastosowaniem dwóch lub więcej różnych klas antybiotyków, a wśród alternatywnych antybiotyków wymienia się trometamol fosfomicyny, cefalosporyny lub aminoglikozydy.	
4. Radykalna prostatektomia	
4.1. Radykalne wycięcie stercza jest uzasadnione u chorych niskiego, pośredniego i wysokiego ryzyka ze spodziewanym przeżyciem powyżej 10 lat, akceptujących taki sposób leczenia.	I, A
4.2. Operacja wykonana z intencją oszczędzenia pęczków nerwowo-naczyniowych jest uzasadniona u chorych na PCa niskiego lub pośredniego ryzyka bez ekspansji pozasterczowej raka.	I, A
4.3. Tak zwane rozszerzone wycięcie węzłów chłonnych (ePLND) jest uzasadnione już u chorych operowanych z powodu raka pośredniego ryzyka.	I, B
4.4. U wybranych chorych na miejscowo zaawansowanego PCa radykalna prostatektomia powinna być częścią terapii multimodalnej.	II, A
4.5. Ratująca prostatektomia jest uzasadniona wyłącznie u odpowiednio dobranych chorych z udowodnionym nawrotem miejscowym po poprzednim leczeniu metodą teleradioterapii, brachyterapii lub leczeniu ogniskowym.	II, B
5. Aktywny nadzór	
5.1. Zaleca się u mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia ≥ 10 lat, u których rozpoznano raka małego ryzyka.	II, B
5.2. Można rozważyć u wybranych mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia ≥ 10 lat, u których rozpoznano raka umiarkowanego ryzyka, jeśli wielkość guza (≤ 3 zajętych przez raka rdzeni, $\leq 50\%$ powierzchni rdzenia zajętego przez raka), gęstość PSA i udział utkania 4 według skali Gleasona ($< 10\%$ powierzchni raka) przedstawiają się korzystnie.	II, B
5.3. W ramach nadzoru należy: a) oznaczać PSA nie rzadziej niż co 6 miesięcy; b) ocenić fizycznie stercz i wykonać mpMR gruczołu krokowego co rok; c) powtarzać biopsję gruczołu krokowego nie częściej niż co rok, przy czym biopsję weryfikującą należy wykonać u wszystkich chorych nie później niż po upływie 1–2 lat od biopsji pierwotnej.	II, B
6. Baczna obserwacja	
6.1. Polega na corocznej ocenie stanu chorego, kończy ją obecność dolegliwości wynikających z progresji raka.	II, B
6.2. Zaleca się u bezobjawowych mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia ≤ 5 lat, u których rozpoznano raka małego lub umiarkowanego ryzyka.	II, B
6.3. Zaleca się u bezobjawowych mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia 5–10 lat, u których rozpoznano raka małego ryzyka.	II, B
6.4. Należy rozważyć u bezobjawowych mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia 5–10 lat, u których rozpoznano raka umiarkowanego ryzyka.	II, B
6.5. Należy rozważyć u bezobjawowych mężczyzn z oczekiwanym czasem przeżycia ≤ 5 lat, u których rozpoznano raka dużego ryzyka i raka przerzutowego.	II, B
6.6. Leczenie rozpoczyna się w razie wystąpienia dolegliwości.	-
7. Obserwacja po zakończonym leczeniu	
7.1. Rutynowa obserwacja bezobjawowych pacjentów po leczeniu miejscowym powinna uwzględniać co najmniej dokładny wywiad lekarski oraz oznaczenie stężenia PSA.	II, B
7.2. W przypadku wznowy/nawrotu choroby nowotworowej, należy wykorzystać metody obrazowania tylko wtedy, gdy ich wynik wpłynie na planowanie leczenia.	II, C
8. Obserwacja w trakcie stosowania deprywacji androgenowej	

8.1. Chorzy stosujący ADT powinni być regularnie monitorowani, nie rzadziej niż co 6 miesięcy.	II, B
8.2. Chorzy stosujący ADT powinni mieć regularnie oznaczane stężenia PSA, testosteronu, kreatyniny, hemoglobiny, transaminaz wątrobowych, fosfatazy alkalicznej, lipidów, glukozy oraz HbA1c.	II, B
8.3. U chorych planowanych do długoterminowej ADT należy ocenić gęstość mineralną kości przed rozpoczęciem leczenia w celu oceny ryzyka złamań.	II, B
8.4. U chorych otrzymujących ADT należy monitorować objawy związane z zespołem metabolicznym, który może być efektem ubocznym ADT.	II, B
8.5. W przypadku podejrzenia progresji choroby, konieczna jest ponowna ocena stadium zaawansowania, a dalsza obserwacja powinna być dostosowana/zindywidualizowana.	II, C
9. Radykalna radioterapia	
9.1. W radykalnym leczeniu raka stercza należy stosować terapię konformalną z intensywną modulacją dawki (IMRT, VMAT) lub techniki radioterapii stereotaktycznej (SBRT) z tego względu, że powyższe pozwalają zmniejszyć objawy uboczne terapii i zwiększyć dawkę terapeutyczną.	I, A
9.2. Wybór metody radioterapii powinien wynikać z możliwości, doświadczenia ośrodka oraz preferencji chorego z tego względu, z tego względu, że nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi metodami radioterapii (IMRT, VMAT, czy brachyterapia LDR, HDR) w zakresie przeżyć chorych jak również intensywności objawów ubocznych terapii.	II, B
9.3. Minimalna dawka w schemacie frakcjonowania konwencjonalnego powinna zawierać się w przedziale od 76 - 80 Gy (dawka frakcyjna 2 Gy), a w sytuacji stosowania skróconych schematów napromienienia (umiarkowana lub ultra-hipofrakcjonowana radioterapia) odpowiednia dawka radiobiologicznie równoważna.	I, A
9.4. W przypadku stosowania radykalnej radioterapii w każdym przypadku konieczne jest codzienne weryfikowanie geometrycznej dokładności napromieniania poprzez zastosowanie obrazowania (IGRT). Dotyczy to także radioterapii pooperacyjnej.	I, A
9.5. W grupie chorych wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka należy stosować skojarzenie radioterapii z deprywacją androgenową (ADT) nawet w sytuacji eskalacji dawki w radioterapii, a czasokres stosowania ADT w zależności od sytuacji klinicznej wynosi od 6 miesięcy (pośrednie ryzyko o niekorzystnych czynnikach rokowniczych) do 18-36 miesięcy (wysokie i bardzo wysokie ryzyko progresji).	I, A
9.6. W grupie chorych pośredniego ryzyka progresji o niekorzystnych czynnikach prognostycznych, wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka wskazane jest objęcie leczeniem regionalnego układu chłonnego oraz eskalacja dawki z zastosowaniem radioterapii wiązkami zewnętrznymi lub brachyterapii (opcja preferowana) pomimo braku dla powyższych jednoznacznego dowodu na uzyskanie zysku w przeżyciach całkowitych.	I, A
9.7. Wczesna pooperacyjna ratująca radioterapia w przypadku wystąpienia izolowanej wznowy biochemicznej i/lub wznowy miejscowej po radykalnej prostatektomii w przypadku braku przerzutów odległych jest wysoce zalecanym leczeniem wydłużającym czas przeżycia bez progresji choroby.	I, A
9.8. Uzupełniająca radioterapia nie powinna być rutynowo stosowana u chorych bez wykładników niepowodzenia biochemicznego (PSA <1 ng/ml).	-
9.9. Ratująca radioterapia jest standardem postępowania u chorych z PSA ≥ 2 ng/ml.	I, A
9.10. Uzupełniająca radioterapia stanowi opcję postępowania w sytuacji współwystępowania 2 czynników ryzyka: pT3a/pT3b, stopień złośliwości GG 4-5 (Gleason 8-10), margines R1.	II, A
9.11. W podgrupie wysokiego ryzyka progresji raka stercza w sytuacji stosowania ratującej radioterapii należy rozważyć zastosowanie leczenia skojarzonego (ADT + ratująca radioterapia).	I, A

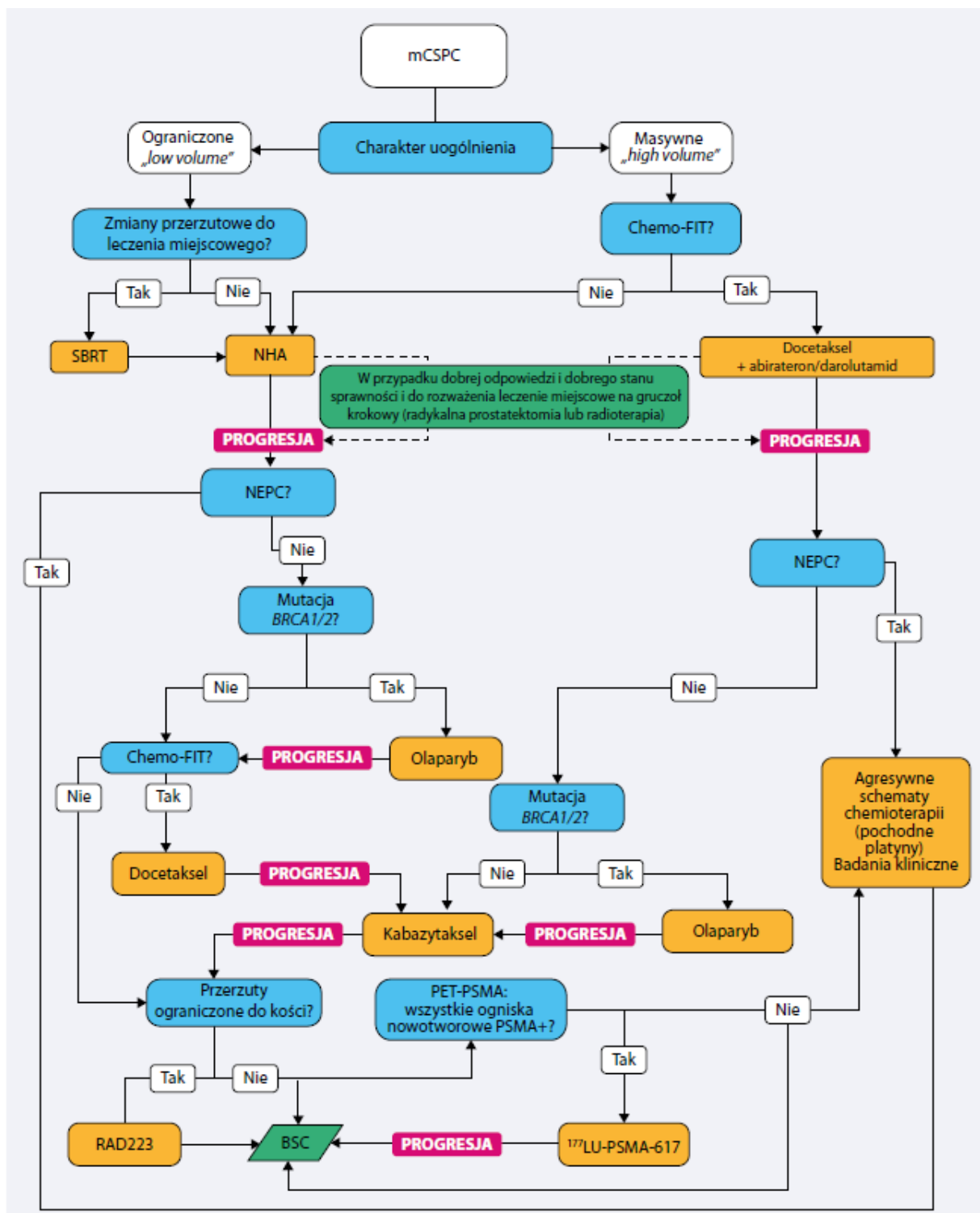
9.12.	W przypadku potwierdzonych przerzutów do regionalnego układu chłonnego po radykalnej prostatektomii preferowaną opcją pooperacyjnej radioterapii jest skojarzenie z ADT, której okres stosowania zależy od czynników ryzyka.	II, B
10. Uzupełniające leczenie systemowe chorych na raka gruczołu krokowego wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka		
10.1.	Nie zaleca się neoadjuwantowej deprywacji androgenowej przed radykalną prostatektomią [I, A].	I, A
10.2.	Nie zaleca się adjuwantowej ADT u chorych na raka prostaty pN0 po RP.	-
10.3.	U chorych na raka prostaty z cechą pN0 po RT można rozważyć stosowanie adjuwantowej ADT (2–3 lata).	III, B
10.4.	U chorych na raka prostaty z cechą pN+ po RP należy rozważyć zastosowanie uzupełniającej radioterapii w skojarzeniu z ADT (2–3 lata).	III, B
10.5.	U chorych na raka prostaty z grupy wysokiego ryzyka nawrotu (N+; N– z co najmniej 2 cechami: T3/T4; Gleason 8–10; PSA ≥ 40 ng/ml) po radioterapii należy rozważyć uzupełniającą terapię hormonalną – ADT + octan abirateronu.	I, A
11. Nawrót biochemiczny i ryzyko związane z długotrwałą deprywacją androgenową		
11.1.	Regularne oznaczanie stężenia PSA stanowi czułą metodę wykrywania nawrotu raka gruczołu krokowego.	I, A
11.2.	U chorych z nawrotem biochemicznym należy rozważyć możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego.	I, A
11.3.	Nawrót biochemiczny u chorych po wyczerpaniu możliwości leczenia miejscowego nie wymaga natychmiastowego wdrożenia leczenia systemowego.	II, A
11.4.	Niezwłoczne wdrożenie ADT u chorych z nawrotem biochemicznym powinno być rozważane u chorych, u których występuje co najmniej jedna z następujących cech: PSA-DT < 10 miesięcy, GG 4–5 (Gleason ≥ 8) (GG ≥ 4), nawrót biochemiczny w ciągu roku od zakończenia leczenia radykalnego.	II, A
11.5.	Zgony sercowo-naczyniowe stanowią podstawową przyczynę śmierci chorych poddawanych deprywacji androgenowej z powodu izolowanego nawrotu biochemicznego.	I, A
11.6.	U chorych wyjściowo z podwyższonym ryzykiem schorzeń sercowo-naczyniowych zastosowanie antagonistów GnRH wydaje się być postępowaniem bardziej bezpiecznym niż stosowanie agonistów GnRH.	III, B
11.7.	W prewencji późnych powikłań u wszystkich chorych, którzy będą otrzymywać ADT > 12 miesięcy, zaleca się:	
11.7.1.	utrzymanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, glikemii i stężenia cholesterolu za pomocą typowych interwencji;	IV, B
11.7.2.	aktywność fizyczną, w tym ćwiczenia z obciążeniem;	IV, B
11.7.3.	unikanie palenia tytoniu;	II, B
11.7.4.	suplementację wapnia 1000 mg/dobę i witaminy D3 1000 j.m./dobę;	IV, B
11.7.5.	ocenę gęstości mineralnej kośćca i włączenie terapii antyresorpcyjnej w przypadku rozpoznania osteoporozy.	IV, B
12. Uogólniony, wrażliwy na kastrację rak prostaty (mCSPC)		
12.1.	W leczeniu chorych na mCSPC nie powinno się stosować samodzielnej ADT.	I, A
12.2.	Docetaksel skojarzony z ADT ma porównywalną skuteczność jak ADT skojarzona z nowoczesnymi lekami hormonalnymi (abirateron, enzalutamid, apalutamid, darolutamid) w leczeniu chorych na mCSPC.	I, A
12.3.	U wszystkich chorych na mCSPC w stadium masywnego rozsiewu należy rozważyć zastosowanie terapii skojarzonej opartej na połączeniu ADT z NHA lub docetakselem.	I, A

12.4.	Terapia 3-lekowa (ADT + docetaksel + abirateron lub darolutamid) charakteryzuje się największą aktywnością w leczeniu chorych na mCSPC.	I, A
12.5.	Terapia 3-lekowa (ADT+docetaksel+abirateron/darolutamid) stanowi opcję z wyboru dla chorych na masywnie uogólnionego mCSPC.	III, B
13. Oporny na kastrację rak prostaty (CRPC)		
13.1.	Nie zaleca się rutynowego wykonywania badania PET/TK u chorych na nmCRPC rozpoznanym na podstawie konwencjonalnych badań obrazowych.	III, B
13.2.	U chorych na nmCRPC należy kontynuować ADT.	I, A
13.3.	U chorych na nmCRPC z PSA \geq 2 ng/ml i PSA-DT \leq 10 miesięcy wskazane jest dołączenie do ADT nieodwracalnego blokera AR (apalutamid, darolutamid lub enzalutamid).	I, A
14. Leczenie pierwszej linii u pacjentów z przerzutowym, opornym na kastrację rakiem stercza		
14.1.	Leczenie docetakselem (75 mg/m ² co 3 tygodnie lub 50 mg/m ² co 2 tygodnie) jest wartościową opcją terapeutyczną u chorych na mCRPC zarówno przed, jak i po stosowaniu NHA.	I, A
14.2.	Nie należy stosować leczenia tradycyjnymi antyandrogenami (słabe, odwracalne blokery AR, np. flutamid, bikalutamid) u chorych na mCRPC w zastępstwie leków o udowodnionej aktywności.	I, A
14.3.	Octan abirateronu i enzalutamid są lekami stosowanymi w pierwszej linii leczenia systemowego u bezobjawowych/skąpoobjawowych chorych na mCRPC w dobrym stanie sprawności (ECOG 0-1).	I, A
14.4.	W praktyce klinicznej nie zaleca się stosowania NHA u chorych wcześniej eksponowanych na leki z tej grupy.	II, B
14.5.	U chorych na mCRPC kwalifikowanych do leczenia systemowego należy udokumentować kastracyjne stężenie testosteronu i utrzymywać je w trakcie terapii.	I, A
14.6.	Kabazytaksel nie powinien być stosowany jako pierwsza opcja chemioterapii u chorych na mCRPC.	I, A
14.7.	U chorych na mCRPC z grupy wysokiego ryzyka [przerzuty do wątroby lub wystąpienie oporności na kastrację w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia ADT, lub obecność co najmniej 4 z czynników (LDH > N, ECOG = 2, przerzuty narządowe, hipalbuminemia, podwyższona aktywność alkalicznej fosfatazy, wystąpienie oporności na kastrację w ciągu 36 mies. Od rozpoczęcia ADT)] należy rozważyć zastosowanie docetakselu przed NHA.	II, B
15. Leczenie drugiej i kolejnych linii chorych na przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego		
15.1.	Decyzja o zmianie leczenia powinna być podjęta w momencie stwierdzenia pierwszych objawów progresji procesu nowotworowego — optymalnie przed wystąpieniem poważnych objawów mogących istotnie ograniczyć możliwości dalszego leczenia.	IV, B
15.2.	U chorych po niepowodzeniu chemioterapii opartej na docetakselu, którzy wcześniej nie byli leczeni NHA, należy zastosować octan abirateronu lub enzalutamid.	I, A
15.3.	Rad-223 jest wskazany do leczenia chorych na mCRPC z przerzutami zlokalizowanymi przede wszystkim w układzie kostnym, u których doszło do niepowodzenia chemioterapii opartej na docetakselu lub nie było możliwości jego zastosowania.	I, A
15.4.	Nie należy łączyć Rad-223 z NHA z uwagi na brak korzyści klinicznych z takiego postępowania i wysokie ryzyko złamań.	II, B
15.5.	U chorych na mCRPC po niepowodzeniu NHA i docetakselu należy zastosować kabazytaksel.	I, A
15.6.	Ze względu na porównywalną skuteczność (w odniesieniu do wpływu na OS) przy jednocześnie niższej toksyczności preferowana jest	II, B

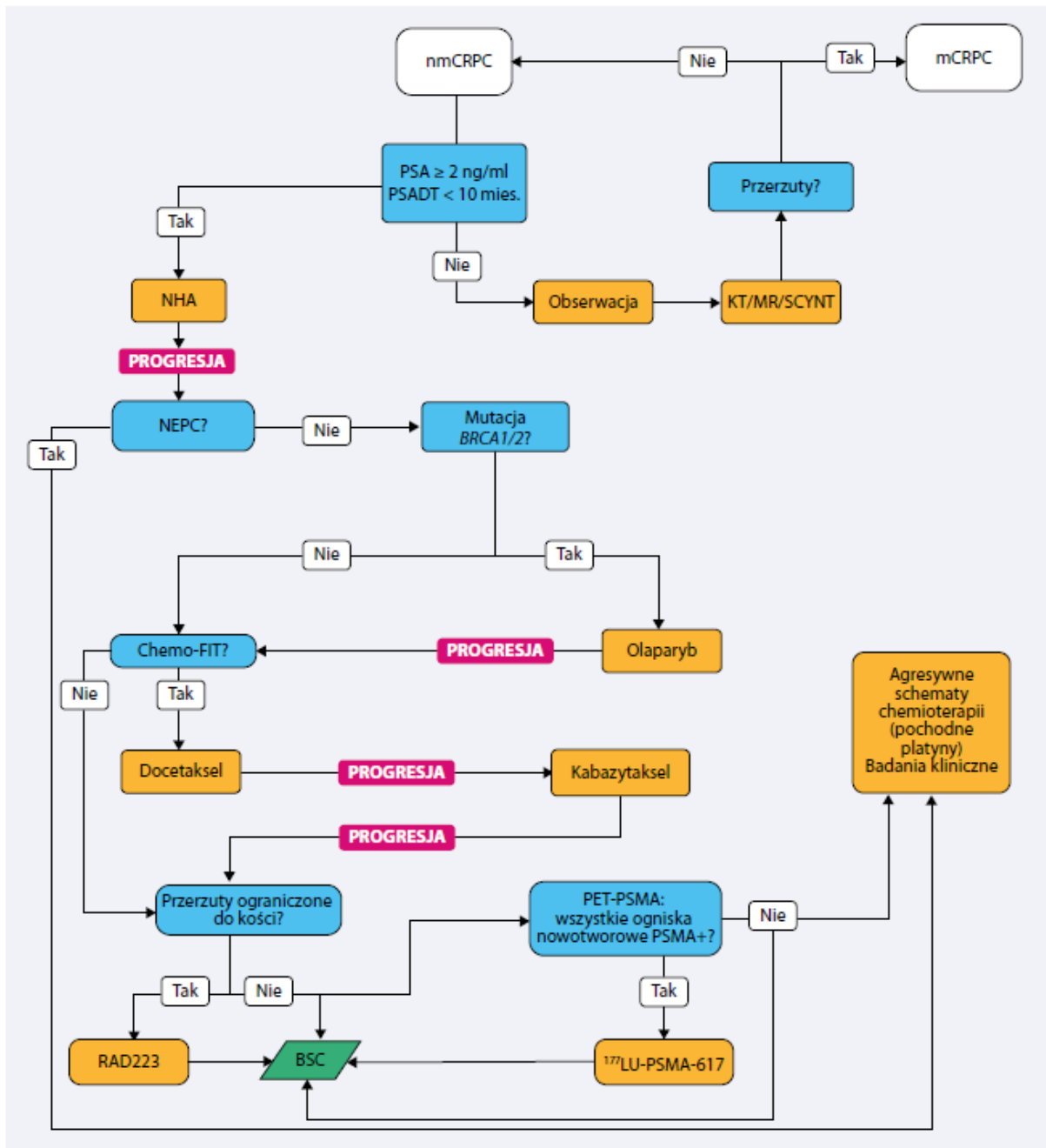
niższa (20 mg/m ²) w stosunku do standardowej (25 mg/m ²) dawka kabazytakselu.	
15.7. U chorych na mCRPC po niepowodzeniu leczenia NHA i docetakselem, u których w tkance nowotworowej stwierdza się obecność mutacji BRCA1 lub BRCA2, należy zastosować olaparyb.	I, A
15.8. U chorych na mCRPC po niepowodzeniu leczenia NHA i docetakselem, u których występują kliniczne wykładniki odróżnicowania neuroendokrynnego lub takie odróżnicowanie potwierdzono w biopsji, należy zastosować chemioterapię opartą na pochodnych platyny.	III, B
*Klasyfikacja siły zaleceń dostępna w pełnej wersji wytycznych	



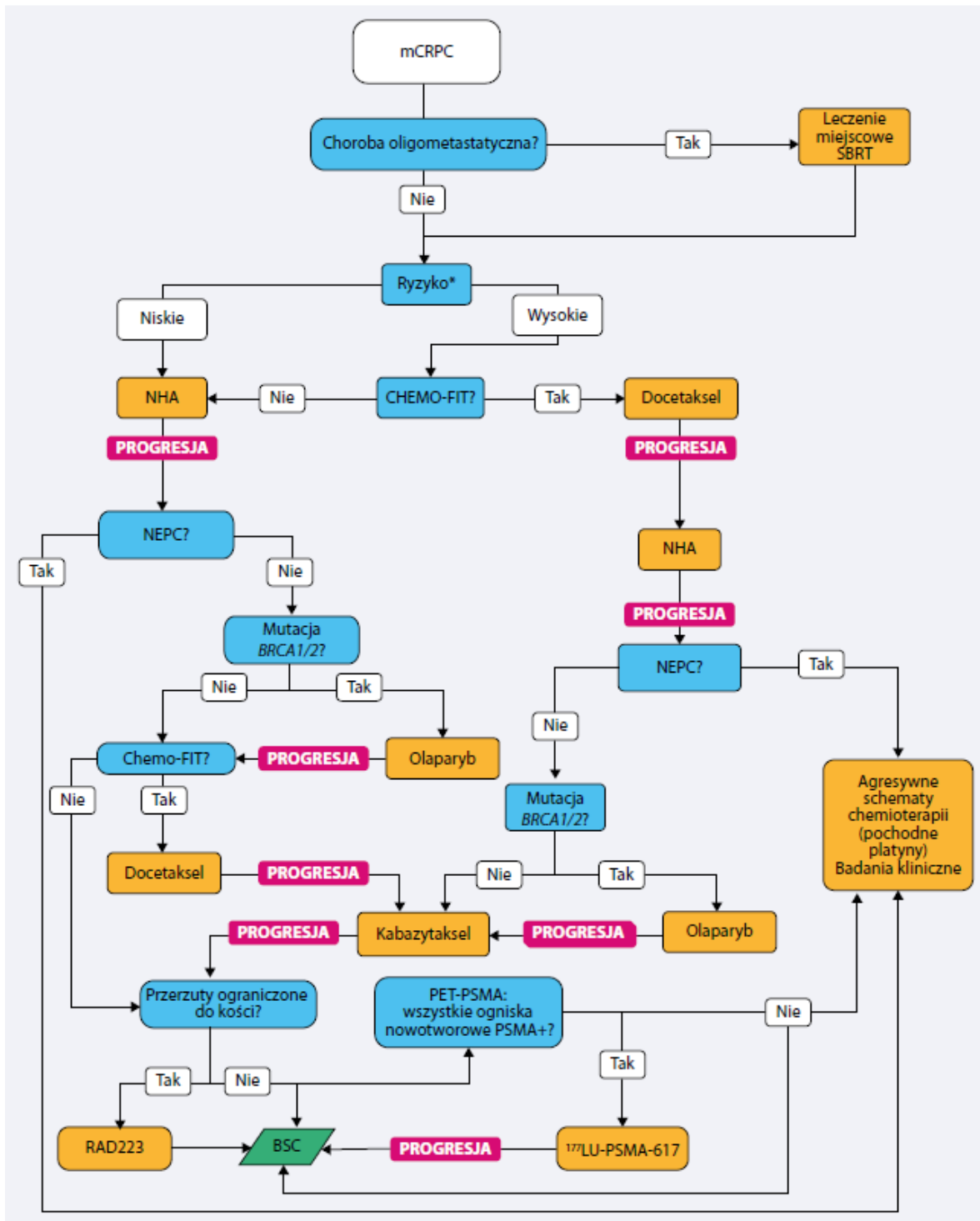
Rysunek 1. Proponowany przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU, *European Association of Urology*) algorytm wczesnego wykrywania raka stercza w oparciu o badanie PSA [7]; MR — rezonans magnetyczny



Rysunek 2. Algorytm postępowania u chorych na pierwotnie uogólnionego, wrażliwego na kastrację raka gruczoła krokowego (mCSPC, metastatic castration-sensitive prostate cancer); SBRT (stereotactic body radiotherapy) — radioterapia stereotaktyczna; NHA (novel hormonal agents) — nowoczesne leki hormonalne (octan abirateronu, enzalutamid, apalutamid); NEPC (neuroendocrine prostate cancer) — neuroendokryny rak gruczoła krokowego; BSC (best supportive care) — leczenie objawowe



Rysunek 3. Algorytm postępowania u chorych na nieprzerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (nmCRPC, *non--metastatic castration-resistant prostate cancer*); mCRPC (*metastatic castration-resistant prostate cancer*) — przerzutowy rak gruczołu krokowego oporny na kastrację; KT — komputerowa tomografia; MR — magnetyczny rezonans; PSA-DT (PSA *doubling time*) — czas podwojenia PSA; NHA (*novel hormonal agents*) — nowoczesne leki hormonalne (apalutamid, darolutamid, enzalutamid); NEPC (*neuroendocrine prostate cancer*) — neuroendokrynnny rak gruczołu krokowego; BSC (*best supportive care*) — leczenie objawowe



Rysunek 4. Algorytm postępowania u chorych na przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (mCRPC, *metastatic castration-resistant prostate cancer*); SBRT (*stereotactic body radiotherapy*) – radioterapia stereotaktyczna; NHA (*novel hormonal agents*) – nowoczesne leki hormonalne (octan abirateronu, enzalutamid, apalutamid); NEPC (*neuroendocrine prostate cancer*) – neuroendokrynnny rak gruczołu krokowego; BSC (*best supportive care*) – leczenie objawowe; *Ryzyko według kryteriów badania Annala M. i wsp. [336] – obecność przerzutów do wątroby, wystąpienie oporności na kastrację w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia ADT, lub obecność co najmniej 4 z czynników (LDH > N, ECOG = 2, przerzuty narządowe, hipalbuminemia, podwyższona aktywność alkalicznej fosfatazy, wystąpienie oporności na kastrację w ciągu 36 mies. od rozpoczęcia ADT)