Active surveillance og Watchful waiting

Version 4.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
20. november 2025, DaProCa
Administrativ godkendelse
27. november 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 20. november 2026

INDEKSERING
Lav-risiko prostatacancer, active surveillance, watchful waiting, ikke kurativ behandling, observation

Nyt siden sidst (ændringslog)

Der henvises til bilag 1 for tidligere versioners ændringslog.

Nyt siden version 3.0

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Anbefalinger	Retningslinjen er kritisk gennemlæst af arbejdsgruppen og anbefalinger og indhold er vurderet gældende. Der er tilføjet diskussion om behov for konfirmatorisk re-biopsi.

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 4
Active Surveillance 4
Watchful waiting 4
2. Introduktion 5
3. Grundlag 7
Active Surveillance 7
Watchful waiting 9
4. Referencer 11
5. Metode 12
6. Monitorering 15
7. Bilag 16
8. Om denne kliniske retningslinje 18

1. Anbefalinger (Quick guide)

Active Surveillance

1. **Patienter med lav eller intermediær risiko prostatacancer kan tilbydes initial monitorering i et active surveillance program (B)**

2. **Patienter med lav risiko prostatacancer bør initialt følges med PSA hver 6-9 mdr. som kan suppleres med MR og eller biopsi efter 12-24 måned (B)**

3. **Patienter med intermediær risiko prostatacancer bør initialt følges med PSA hver 3-6 mdr. samt MR og konfirmatorisk biopsi efter 12-24 måned (B)**

Watchful waiting

4. **Patienter med lokaliseret prostatacancer, der ikke er kandidater til kurativ terapi kan monitoreres i watchful waiting (WW) uden endokrin behandling (B)**

2. Introduktion

Denne retningslinje omhandler patienter, hvor man på baggrund af kliniske oplysninger, alder og viden om mulige behandlingseffekter undlader umiddelbar behandling. Det vil typisk være lav- eller intermediær risikopatienter, der i 2024 udgjorde omkring 44% af alle patienter med nydiagnosticeret prostatacancer (1). Retningslinjen skelner mellem observation i forskellige scenarier, se nedenstående tabel.

	Active surveillance (AS)	Watchful waiting (WW)
Behandlings sigte	Kurativ behandling	Afventede / symptomatisk behandling
Opfølgning	Initialt fastlagt skema	Individualiseret
Metode	DRE, PSA, re-biopsier, MR	PSA, klinik
Forventet restlevetid	>10 - 15 år	< 10 år, individuel vurdering
Primært formål	at udsætte tiden til eller helt undgå kurativ behandling hos patienter med lav og intermediær risiko prostatacancer, for at undgå behandlingsrelateret morbiditet og mortalitet.	afventende strategi med henblik på sen endokrin behandling, for at udsætte behandlingen og dermed bivirkninger til denne
Patientgrupper	Overvejende lav og intermediær risiko patienter	Alle, hvor sandsynligheden for effekt af kurativ behandling er lille, vurderet ud fra alder, tumorbyrde og ko-morbiditet.

Active surveillance (AS), hvor målet er at udsætte tiden til eller helt undgå kurativ behandling hos patienter med formodet lavrisiko prostatacancer, for at undgå behandlingsrelateret morbiditet og mortalitet.

Watchful waiting (WW), hvor målet er en afventende strategi med henblik på sen endokrin behandling, for at udsætte behandlingen og dermed bivirkninger til denne, til det viser sig at være nødvendigt.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark. Det konkrete formål med retningslinjen er at øge opmærksomheden omkring muligheden for AS hos patienter med lav- eller intermediær risiko sygdom med henblik at reducere risikoen for overbehandling med deraf følgende risici og komplikationer. Der henvises i øvrigt til EAU Prostate Cancer Guidelines (2).

Patientgruppe

Patienter med nydiagnosticeret enten lav – eller intermediær risiko prostatacancer, det vil sige henholdsvis cT1-cT2a, PSA < 10 og ISUP 1 eller en af følgende cT2b, ISUP 2, PSA 10-20.

Ved ISUP 2 bør: tumorcore længde og gleason grad 4 (GS4) vækstmønstret være begrænset.

For patienter i AS skal derud over gælde, at de vil være kandidater til kurativ behandling ved progression, det vil sige typisk med lav ko-morbiditet og forventet restlevetid på > 10 år (3-9).Patienter, der tilbydes AS bør være velinformerede om risici ved henholdsvis fortsat observation og kurativ behandling.
Patienter i WW vil typisk være ældre, hvor man primært ønsker at udsætte endokrin behandling med henblik på at reducere de behandlingsmæssige bivirkninger.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor målgruppen er klinisk arbejdende urologer, onkologer, samt andre, der måtte være involveret i behandlingen af disse patienter.

3. Grundlag

Active Surveillance

1. **Patienter med lav eller intermediær risiko prostatacancer kan tilbydes initial monitorering i et active surveillance program (B)**

2. **Patienter med lav risiko prostatacancer bør initialt følges med PSA hver 6-9 mdr. som kan suppleres med MR og eller biopsi efter 12-24 måned (B)**

3. **Patienter med intermediær risiko prostatacancer bør initialt følges med PSA hver 3-6 mdr. samt MR og konfirmatorisk biopsi efter 12-24 måned (B)**

Litteratur og evidensgennemgang

Litteraturen, der danner grundlagt for ovenstående anbefaling er gennemgået nedenfor.

Anbefalingen af AS hos patienter med lav- og intermediær risiko prostatacancer er baseret på et pragmatisk anlagt randomiseret studie, evidens niveau 1b, samt flere kliniske serier med mere stringente kriterier for opfølgning, evidens niveau 2b, systematisk review, evidens niveau 2a.
PROTECT studiet repræsenterer det eneste hidtidige forsøg, der sammenligner de forskellige behandlingsmodaliteter; men den ikke kurativt behandlede arm er ikke monitoreret så intenst, som man vil forvente i et regelret AS program. AS med mere stringente kriterier for progression og dermed ændret behandlingsstrategi har i kliniske serier demonstreret cancerspecifik overlevelse og risiko for progression hos patienter med lav- og intermediær- risiko patienter, der er sammenlignelige med PROTECT. Der henvises til EAU Prostate Cancer Guideline 2025 (2).

Et randomiseret studie, PROTECT (3) [1b] har undersøgt effekten af hhv. umiddelbar kurativ behandling, kirurgi eller strålebehandling sammenlignet med observation baseret på PSA målinger primært. Studiet inkluderede i alt 82.429 mænd hvor af 1643 mænd i alderen 50-69 år, alle med PSA < 20 ng/ml, hovedparten (76-78%) med GS 6. Studiet viste, at der ikke var forskel på den cancerspecifikke mortalitet efter 15 år. Cancerspecifik 15 års overlevelse var uafhængigt af behandlingsarm 96,9-97,8%. Der var en øget risiko for progression og udvikling af metastaser hos patienter, der blev fulgt uden umiddelbar kurativ behandling(9,4% vs 5%). Efter 15 år var 24% i AS armen uden behandling. Opfølgning udelukkende baseret på PSA målinger, hvor en stigning på 50% eller mere udløste reevaluering.
2 større enkelt center studier med henholdsvis 993 mænd (4)[2b] med lav- eller intermediær risiko sygdom, 980 mænd (5) og et populationsbaseret studie med 936 mænd med lav- og intermediær risiko prostatacancer (6) har samstemmende vist, at risiko for prostatacancer død og progression til metastatisk sygdom er lav hos patienter på AS, specielt patienter med Gleason score (GS) 6 (ISUP 1). Det skal bemærkes, at opfølgningen i disse studier varierer; men samlet bekræftes effekten af AS i et systematisk review (7) [2a]. Cancer specifik overlevelse i det danske populationsbaserede studie var 99,6% efter 10 år (6). Median tid til metastaser opgives som hhv. 7,3 og 6,3 år, metastasefri overlevelse efter 10 år angives som 95% (4, 5). Det skal

understreges, at patienter med stor tumorbyrde vurderet ud fra cancer involvering i de enkelte biopsier, det samlede antal positive biopsier, samt overvægt af Gleason grad 4, det vil sige samlet GS 7 (4+3) (ISUP 3) kun sjældent er inkluderet i større antal i AS kohorter og anvendelse af AS i denne patient kategori skal overvejes omhyggeligt, idet progressionsrisikoen er højere (4, 6).

Monitoreringsfrekvensen med hhv. DRE, PSA, MR og re-biopsi bør individualiseres ud fra risikofaktorer for progression.
Der er ikke enighed i gruppen om behov for konfirmatorisk re-biopsi: I forbindelse med re-biopsi ses hos 30% opgradering til ISUP3 trods "stabil" billeddiagnostik, om end dette leder til at 80% af biopsier tages unødigt. Samtidig er der risiko for manglende adhærence til AS-protokollerne ved gentagne hyppige biopsier.
Iflg EAU, bør der på et passende tidspunkt laves konfirmatorisk re-biopsi trods uændret læsion på MR-scanning, dog i lavrisikogruppen kan man efter individuel vurdering afstå fra re-biopsi som led i "shared dissision" med patienten. Således konkludes: konfirmatorisk re-biopsi bør overvejes, specielt ved inklusion af patienter der er i intermediær risiko gruppe. Ved re-biopsi kan der suppleres med systematiske biopsier, da dette har vist sig at øge detektionen af yderligere klinisk signifikant prostatakræft uden risiker for overdiagnosticering (10).

Histologi
Der foreligger ingen solide data for GS4 komponentens udbredelse, men konsensus (7) har foreslået 10% GS4 som grænsen. EAU guidelines taler om uspec. "lav" grad af GS4 (defineret som <3 pos. standard biopsi cores og < 50% core involvering) uden andre intermediær faktorer. ISUP2 medfører en x3 øget risiko for progression til M1 sygdom. Samtidig er intraduktalt carciom og kribriform vækst associeret med dårligt outcome og bør i udgangspunktet ikke inkluderes i AS.

"MR-synlig" vs. "ikke-MR-synlig" tumor
I UCLH kohorten er Likert-4/5 score på MR prædiktor event/progression. MR-ikke-synlig ISUP1+2 samt MR-synlig ISUP1 synes at have væsentlig lavere risiko for progression til aktiv behandling sammenlignet med synlig ISUP2 læsion (8). Disse 2 former bør derfor kontrolleres forskelligt. Dette støttes også af lavere andel af GS4 i prostatektomi-præparater (præoperativ ISUP1) med PIRADS1-2 sml. med PIRADS>3.

Alder
AS hos yngre <60 år synes at have samme progressionsrate og treatment free survival som ældre >60 år. De fleste studier har dog kort median opfølgningstid og nogle rapporterer højere konverteringsrater uden reel sygdomsprogression hos yngre sammenlignet med ældre.

Ændret observation f.eks. med anvendelse af MR skanning og andre biomarkører har været diskuteret, men vil næppe kunne forbedre den cancer specifikke overlevelse væsentligt. Rutinemæssig anvendelse af MR-skanning før første re-biopsier af patienter i AS programmer tilrådes med mindre patienten allerede er MR skannet i forbindelse med den primære vurdering (2).

Patientværdier og – præferencer

På individ niveau er beslutning om behandlingsvalg ved lav og intermediær risiko prostatacancer vanskelig, og patient præferencer herunder en konkret afvejning af forhold mellem risiko for senere udvikling af betydende sygdom sammenholdt med den umiddelbare risiko for behandlingsrelaterede bivirkninger væsentlig. Flere kliniske serier har vist, at en fraktion af patienter, der initierer AS senere skifter behandlingsstrategi uden der er påvist progression.

Rationale

Der henvises til EAU Prostate Cancer Guidelines 2025 (2).

Bemærkninger og overvejelser

AS bør initialt varetages af afdelinger, der samtidig varetager kurativ behandling. Efter en stabil periode kan patienten overgå til opfølgning i almen praksis, forudsat at der foreligger tydelige kriterier for genhenvisning. En videreudvikling af konceptet med inddragelse af yderligere enten markører og/eller billeddannende modaliteter må forventes at kunne bedre såvel patient selektion som sikkerhed i AS. Der henvises i øvrigt til afsnit 7.

Watchful waiting

4. Patienter med lokaliseret prostatacancer, der ikke er kandidater til kurativ terapi kan monitoreres i watchful waiting (WW) uden endokrin behandling (B)

Litteratur og evidensgennemgang

Der henvises til EAU guidelines 2025, afsnit 6 (2).

Anbefalingen af WW hos patienter med lav- og intermediær risiko patienter er baseret på to randomiserede kliniske studier, evidens niveau 1b, samt flere kliniske serier med langtidsopfølgning, evidens niveau 2b.

To randomiserede studier har sammenlignet umiddelbar radikal kirurgi med observation hos patienter med lav- og intermediær risiko prostatacancer. Begge studier viser samstemmende, at behandlingseffekten var begrænset specielt hos patienter med GS 6 (ISUP 1) og alder over 65 år (11, 12) [1b]. I det skandinaviske studie (9) fandtes en overlevelsesgevinst, nedsat risiko for udvikling af metastaser og lokal progression, mens det analoge amerikanske studie (12) ikke kunne påvise en lignende gevinst, fraset blandt patienter med PSA > 10 ng/ml og/eller høj-risiko sygdom. Der fandtes en signifikant reduktion i risiko for udvikling af metastatisk sygdom i alle grupper. En væsentlig forskel mellem studierne er rekrutteringsgrundlaget, idet det amerikanske studie har en betydeligt højere andel af screenings detekteret sygdom pga. historiske forskelle. ProtecT studiet, der sammenlignede umiddelbar kurativ behandling -enten kirurgi eller strålebehandling med observation og behandling ved progression, fandt ingen forskel i cancerspecifik overlevelse efter 15 år, men en nedsat risiko for lokal progression og metastatisk sygdom blandt kurativt behandlede (3).

En række studier med langtidsopfølgning har vist, at risikoen for prostatacancer død eller udvikling af symptomatisk sygdom er lav hos patienter med lille tumorbyrde (13-17) [2b]. Den cancerspecifikke overlevelser i observation afhænger af klinisk stadie, histologi og base-line biokemi, og observation vil hos

langt hovedparten af specielt ældre patienter med højtdifferentierede cancer og lille tumorbyrde være en sikker behandling idet anden mortalitet er langt hyppigere forekommende, og gevinsten ved iværksættelse af endokrin behandling vil ikke altid stå i et rimeligt forhold til effekten i form af udsættelse af progression (18-20).

Patientværdier og – præferencer

På individ niveau er beslutning om at undlade behandling af prostatacancer vanskelig, og patient præferencer herunder en konkret afvejning af forhold mellem risiko for udvikling af betydende sygdom sammenholdt med den umiddelbare risiko for behandlingsrelaterede bivirkninger væsentlig. Flere undersøgelser viser samstemmende, at ældre patienter med beskeden tumorbyrde kan behandles konservativt og dermed undgå at blive udsat for bivirkninger til endokrin behandling.

Rationale

Patienter – specielt ældre med lav tumorbyrde og ko-morbiditet – har lille risiko for udvikling af betydende prostatacancer. Konkurrerende morbiditet og mortalitet kan hos mange overskygge den eventuelle gevinst ved endokrin behandling. Overvågning af patienter kan foregå ved egen læge, såvel på urologisk afdeling, individualiseret afhængigt af patient og sygdomskarakteristika.
Behandlingsstart med endokrin terapi baseres på individuel afvejning af komorbiditet, følgevirknigner og cancerkarakteristika. EAU foreslår følgende triggere for endokrin terapi, som derfor kan anvendes som passende kriterier for genhenvisning fra almen praksis:

- PSA >30-50
- PSA-fordobling (PSA-dt) på <12 mdr
- Lokaladvanceret sygdom (2)

Bemærkninger og overvejelser

WW bør være diskuteret indgående med patienten inden iværksættelse, og det skal være klart, at en afventende strategi hos de fleste vil betyde, at man fraskriver sig senere mulighed for kurativ intervention. WW skal individualiseres og løbende tilpasses eventuel udvikling i anden morbiditet. WW kræver løbende monitorering med henblik på iværksættelse af sen endokrin behandling ved progression.

4. Referencer

1. DaProCa. Årsrapport. 2024.
2. EAU. Prostate Cancer Guidelines 2025 [Available from: https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer/chapter/treatment.
3. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA, Metcalfe C, Davis M, Turner EL, et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med. 2023;388(17):1547-58.
4. Klotz L, Vesprini D, Sethukavalan P, Jethava V, Zhang L, Jain S, et al. Long-term follow-up of a large active surveillance cohort of patients with prostate cancer. J Clin Oncol. 2015;33(3):272-7.
5. Yamamoto T, Musunuru HB, Vesprini D, Zhang L, Ghanem G, Loblaw A, et al. Metastatic Prostate Cancer in Men Initially Treated with Active Surveillance. The Journal of urology. 2016;195(5):1409-14.
6. Thomsen FB, Jakobsen H, Langkilde NC, Borre M, Jakobsen EB, Frey A, et al. Active Surveillance for Localized Prostate Cancer: Nationwide Observational Study. The Journal of urology. 2019;201(3):520-7.
7. Lam TBL, MacLennan S, Willemse PM, Mason MD, Plass K, Shepherd R, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Prostate Cancer Guideline Panel Consensus Statements for Deferred Treatment with Curative Intent for Localised Prostate Cancer from an International Collaborative Study (DETECTIVE Study). Eur Urol. 2019;76(6):790-813.
8. Giganti F, Stavrinides V, Moore CM. Magnetic Resonance Imaging-guided Active Surveillance of Prostate Cancer: Time to Say Goodbye to Protocol-based Biopsies. Eur Urol Open Sci. 2022;38:40-3.
9. Thomsen FB, Brasso K, Klotz LH, Røder MA, Berg KD, Iversen P. Active surveillance for clinically localized prostate cancer--a systematic review. J Surg Oncol. 2014;109(8):830-5.
10. Yerram NK, Long L, O'Connor LP, Wang AZ, Ahdoot M, Lebastchi AH, et al. Magnetic Resonance Imaging-Targeted and Systematic Biopsy for Detection of Grade Progression in Patients on Active Surveillance for Prostate Cancer. The Journal of urology. 2021;205(5):1352-60.
11. Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, Rider JR, Taari K, Busch C, et al. Radical prostatectomy or watchful waiting in early prostate cancer. N Engl J Med. 2014;370(10):932-42.
12. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. N Engl J Med. 2012;367(3):203-13.
13. Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, Johansson JE, Adolfsson J, Jones GW, et al. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. N Engl J Med. 1994;330(4):242-8.
14. Sandblom G, Dufmats M, Varenhorst E. Long-term survival in a Swedish population-based cohort of men with prostate cancer. Urology. 2000;56(3):442-7.
15. Johansson JE, Adami HO, Andersson SO, Bergström R, Krusemo UB, Kraaz W. Natural history of localised prostatic cancer. A population-based study in 223 untreated patients. Lancet. 1989;1(8642):799-803.
16. Adolfsson J, Tribukait B, Levitt S. The 20-Yr outcome in patients with well- or moderately differentiated clinically localized prostate cancer diagnosed in the pre-PSA era: the prognostic value of tumour ploidy and comorbidity. Eur Urol. 2007;52(4):1028-35.
17. Lu-Yao GL, Albertsen PC, Moore DF, Shih W, Lin Y, DiPaola RS, et al. Outcomes of localized prostate cancer following conservative management. Jama. 2009;302(11):1202-9.
18. Bill-Axelson A, Holmberg L, Garmo H, Taari K, Busch C, Nordling S, et al. Radical Prostatectomy or Watchful Waiting in Prostate Cancer - 29-Year Follow-up. N Engl J Med. 2018;379(24):2319-29.
19. Rider JR, Sandin F, Andrén O, Wiklund P, Hugosson J, Stattin P. Long-term outcomes among noncuratively treated men according to prostate cancer risk category in a nationwide, population-based study. Eur Urol. 2013;63(1):88-96.
20. Albertsen PC. Observational studies and the natural history of screen-detected prostate cancer. Curr Opin Urol. 2015;25(3):232-7.

5. Metode

Litteratursøgning

Søgestreng til litteratursøgning kan ses her. Der henvises til EAU Prostate Cancer Guideline version 2025 afsnit 2: Methods (http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#2) og 6: Treatment. (http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#6_1)

Litteraturgennemgang

Anbefalingerne er graderet på baggrund af "The Oxford 2009 Levels of Evidens" som anført i http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf.

Formulering af anbefalinger

DaProCa lægger sine retningslinjer op ad EAU guidelines, baseret på en overvejende overensstemmelse mellem danske forhold og de europæiske anbefalinger, dog således, at der er taget højde for eventuelle forskelle begrundet i nationale forhold med overgangen til en nationalt koordineret retningslinje for alle cancersygdomme i 2018, har en arbejdsgruppe under DaProCa udarbejdet denne retningslinje med afsæt i Retningslinjesekretariatets vejledninger og metoder.

Interessentinvolvering

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

Høring

Retningslinjerne gennemgås, diskuteres og godkendes i DaProCa inden publikation

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Retningslinjerne gennemgås, diskuteres og godkendes i DaProCa inden publikation.

Administrativ godkendelse:
27. november 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ovenstående retningslinje vurderes ikke at udløse betydelige merudgifter.

Behov for yderligere forskning

Der er et fortsat behov for udvikling af metoder til prædiktion af risiko for progression, samt integrering af f.eks. billeddiagnostiske modaliteter og biomarkører henblik på at optimere selektionen til WW og optimere tidspunktet for iværksættelse af endokrin behandling.

Forfattere og habilitet

På vegne af DaProCa 2024

- Urolog. Klinisk lektor, Ph.d. Grzegorz Lukasz Fojecki, Urinvejskirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
- Urolog. Overlæge, klinisk lektor, Ph.d. Mads Hvid Aaberg Poulsen, Urologisk Afdeling, Esbjerg Sygehus, Syddansk Universitetshospital.
- Urolog. Afdelingslæge, Klinisk lektor, Ph.d. Torben Kjær Nielsen, Afdeling for Urinvejskirurgi, Rigshospitalet.
- Radiolog. Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Scanning, Herlev og Gentofte Universitetshospital.
- Urolog. Professor, overlæge, dr.med., Ph.d., Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Simon Buus, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge Anne Juel Christensen, Onkologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Næstved Sygehus.
- Patolog. Overlæge Johanna Elversang. Afdeling for Patologi, Rigshospitalet.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Klinisk lektor, Ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital.
- Patolog. Afdelingslæge Frederik Harving. Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Henriette Lindberg, Afdeling for Kræftbehandling, Herlev Universitetshospital.
- Urolog. Overlæge Lisa Lindeborg, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.
- Klinisk genetiker. Uddannelsesansvarlig ledende overlæge, Ph.d. Christina Daugaard, Klinisk Genetisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Ledende overlæge, Ph.d. Christine Vestergård Madsen, Onkologisk afdeling, Sygehus Lillebælt, Vejle.
- Epidemiolog. Faglig leder, professor, dr.med. Henrik Møller, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).
- Urolog. Ledende overlæge Anne Buchhave Olsen, Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Peter Meidahl Petersen, Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet.
- Klinisk onkolog. Overlæge, Ph.d. Jimmi Søndergaard. Onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Klinisk fysiolog og nuklearmediciner. Overlæge, Ph.d., dr.med., professor Helle D Zacho, Nuklearmedicinsk Afdeling, Aalborg Universitetshospital.
- Urolog. Afdelingslæge, klinisk lektor, Ph.d. Peter Busch Østergren, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Universitetshospital.

Interessekonflikter: Hovedparten af forfatterne til denne retningslinje har haft samarbejde med medicinalfirmaer i 2024. 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.

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/tilknytning-og-oekonomisk-stoette,-for-fag-og-sundhedspersoner/offentliggjort-liste/liste-over-personer-der-modtager-oekonomisk-stoette-eller-har-tilknytning-til-virksomheder/

Plan for opdatering

Retningslinjen opdateres årligt i DaProCa regi.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra DAPROCA i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer.

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

Standarder og indikatorer

Der er i DAPROCA databasen indført indikatorer med henblik på monitorering af AS, der er ingen indikatorer for WW.

7. Bilag

Bilag 1 – Ændringslog fra tidligere versioner

Nyt siden version 2.2

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Anbefalinger	Der er tilgået yderligere 2 anbefalinger vedr. opfølgning af active surveillance.

Bilag 2 – Søgestrategi

Der henvises til EAU Prostate Cancer Guideline version 2025 afsnit 1(EAU guidelines_Introduktion), 6.1 (EAU guidelines_Metode) og 6.3 (EAU guidelines_Behandling).

8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. 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

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, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. 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:

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

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

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/

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