

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Wer ist der optimale Patient für
eine Operation bzw. für eine
Bestrahlung?**

Pummer K

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 4-5

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Wer ist der optimale Patient für eine Operation bzw. für eine Bestrahlung?

K. Pummer

In die Therapieentscheidung Operation oder Bestrahlung des Prostatakarzinoms fließen unzählige Parameter ein, wie eine exakte, individuelle Risikofaktorenstratifizierung, die Berücksichtigung der unterschiedlichen Nebenwirkungen, persönliche Erwartungen und Wünsche der Patienten und die Wahl der effektivsten Methode.

■ Stratifizierung der Risikofaktoren

Die gängigste Stratifizierung der Risikofaktoren ist weiterhin die Klassifizierung nach D'Amico. Ein PSA-Wert unter 10 ng/ml, ein Gleason-Score von 2–6 und ein lokalisierter Tumor definieren Low-Risk-Patienten. Intermediate-Risk-Patienten sind Patienten mit einem PSA-Wert zwischen 10 und 20 ng/ml und/oder einem Gleason-Score 7 und/oder einem Tumorstadium ab T_{2b}. Ein PSA-Wert > 20 ng/ml und/oder ein Gleason-Score 8–10 und/oder ein Tumorstadium ≥ T_{2c} charakterisieren den High-Risk-Patienten.

■ Low-Risk versus Intermediate- und High-Risk

Bei Low-Risk-Patienten fließen in die Überlegung vor allem die unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Therapiemöglichkeiten und die individuellen Patientenwünsche ein, da das Outcome beider Therapieoptionen vergleichbar und sehr gut ist. Im Vergleich dazu zeigen Daten von D'Amico, dass Intermediate-Risk-Patienten, die jünger als 65 Jahre sind, nach einer Strahlentherapie ein erhöhtes Risiko haben, am Prostatakarzinom zu versterben, als nach einer Operation. Ein ähnliches Bild ist bei Hochrisikopatienten zu beobachten, die ebenso eher von einer Operation als von einer Strahlentherapie profitieren und für welche eine Kombination aus Operation und nachfolgender Strahlentherapie oft die beste Strategie darstellt. Da die Literaturdaten allerdings kaum vergleichbar sind, muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich, nach

eingehendem Literaturscreening, für eben genannte Risikopatienten lediglich ein Trend zugunsten der Operation abzeichnet, der durch zukünftige Studien zu verifizieren ist.

■ Hohe Rate an Rezidiven

Bei 30–50 % der Patienten wird nach erfolgter Primärtherapie ein Rezidiv beobachtet. In Folge entwickeln laut Pound bestrahlte Patienten nach 3–5 Jahren Metastasen, während bei operierten Patienten durchschnittlich erst nach 7–8 Jahren Metastasen auftreten. Die Bestrahlung als Salvage-Therapie nach der Operation birgt moderate Nebenwirkungen, umgekehrt ist das Outcome allerdings katastrophal.

■ Komplikationen im Vergleich

In Hamburg, einem spezialisierten Zentrum für radikale Prostatektomien, wurden in 16 % der Fälle Komplikationen beobachtet, jedoch in lediglich 4 % der Fälle schwere Komplikationen (Rektumverletzungen 0,2 %, Nachblutungen 0,3 %, kardiovaskuläre Komplikationen 0,8 %, Thromboembolien 1,3 %).

Im Vergleich dazu berichten Daten aus der Literatur von einer 30%igen gastrointestinalen Toxizität, einer 40%igen urogenitalen Toxizität, von etwa 7 % rektalen Blutungen, vom Auftreten einer Stuhlinkontinenz in der Höhe von 10 % und von Blasenproblemen im wei-

Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer

Geboren 1956; Promotion 1981; Ausbildung zum Facharzt für Urologie von 1986–1989; Oberarzt an der Universitätsklinik für Urologie in Graz; Fellow of the European Board of Urology 1992; Forschungsaufenthalte am MD Anderson Cancer Center in Houston (1991) und am University of Colorado Health Sciences Center in Denver (1993/1994); Venia docendi 1994 (Habilitationsthema: „Simultane Hormon-Chemotherapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms“); Verleihung des Titels „tit. a.o. Univ.-Prof.“ 1999; seit 1. September 2007 Vorstand der Univ.-Klinik für Urologie Graz.

Vorsitzender des Arbeitskreises für Urologische Onkologie (AUO) der Österreichischen Gesellschaft für Urologie von 1996–1999; von 1996–2007 Mitglied des AKO (Arbeitskreis Onkologie) der Deutschen Gesellschaft für Urologie; Faculty Member der European School of Urology (ESU).

Seit 1994 Lehrbeauftragter der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz (jetzt MUG); 2001–2007 Modulkoordinator für das neue Curriculum des Diplomstudiums Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz (MUG); Reviewer für Journal of Urology, European Journal of Urology, World Journal of Urology, European Journal of Cancer, British Journal of Cancer, Urologia Internationalis, Critical Reviews in Oncology/Hematology, Wiener Klinische Wochenschrift, Journal für Urologie und Urogynäkologie; Gutachter f. d. Jubiläumsfond der Österreichischen Nationalbank, Abstract-Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), Gutachter f. d. Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz.

Mitglied bei 10 nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften; Vorstandsmitglied der Österreichischen Krebshilfe Steiermark; medizinischer Berater der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe „PRO.MANN“.

Herausgeber und Autor von 4 Büchern; mehr als 250 Buchbeiträge, Publikationen, Abstracts, Artikel; mehr als 450 Vorträge im In- und Ausland.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer
Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 7
E-Mail: karl.pummer@meduni-graz.at



testen Sinn in der Höhe von 50 % nach einer Bestrahlung. Die erektile Dysfunktion betrifft Patienten beider Therapiemodalitäten, an hochspezialisierten Zentren werden erwartungsgemäß deutlich bessere Ergebnisse erzielt, das Outcome nach Strahlentherapie ist vergleichbar den Ergebnissen wenig spezialisierter Kliniken. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Zweitkarzinomen nach einer Bestrahlung ist in absoluten Zahlen gesehen wohl gering, allerdings insbesondere für jüngere Patienten statistisch signifikant erhöht.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Strahlentherapie Mittel der Wahl für Patienten mit einem Lokalrezidiv und für Low-Risk-Patienten ist, die allerdings in gleichem Maße von einer radikalen Prostatektomie profitieren würden. Weiters ist die Strahlentherapie eine Option für ältere Patienten und für Patienten, die sich nicht operieren lassen wollen.

Literatur:

- D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, Tomaszewski JE, Renshaw AA, Kaplan I, Beard CJ, Wein A. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 969–74.
- D'Amico AV, Moul J, Carroll PR, Sun L, Lubeck D, Chen MH. Cancer-specific mortality after surgery or radiation for patients with clinically localized prostate cancer managed during the prostate-specific antigen era. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2163–72.
- Sylvester JE, Blasko JC, Grimm PD, Meier R, Malmgren JA. Ten-year biochemical relapse-free survival after external beam radiation and brachytherapy for localized prostate cancer: the Seattle experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 57: 944–52.
- Lu-Yao GL, Yao SL. Population-based study of long-term survival in patients with clinically localized prostate cancer. *Lancet* 1997; 349: 906–10.
- Albertsen PC, Hanley JA, Penson DF, Barrows G, Fine J. 13-year outcomes following treatment for clinically localized prostate cancer in a population based cohort. *J Urol* 2007; 177: 932–6.
- Hoskin PJ, Motohashi K, Bownes P, Bryant L, Ostler P. High dose rate brachytherapy in combination with external beam radiotherapy in the radical treatment of prostate cancer: initial results of a randomised phase three trial. *Radiother Oncol* 2007; 84: 114–20.
- Cahlon O, Zelefsky MJ, Shippy A, Chan H, Fuks Z, Yamada Y, Hunt M, Greenstein S, Amols H. Ultra-high dose (86.4 Gy) IMRT for localized prostate cancer: toxicity and biochemical outcomes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 71: 330–7.
- Al-Mamgani A, van Putten WL, Heemsbergen WD, van Leenders GJ, Slot A, Dierlwart MF, Incrocci L, Lebesque JV. Update of Dutch multicenter dose-escalation trial of radiotherapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 72: 980–8.
- Roach M 3rd, Bae K, Speight J, Wolkov HB, Rubin P, Lee RJ, Lawton C, Valicenti R, Grignon D, Pilepich MV. Short-term neoadjuvant androgen deprivation therapy and external-beam radiotherapy for locally advanced prostate cancer: long-term results of RTOG 8610. *J Clin Oncol* 2008; 26: 585–91.
- Pilepich MV, Krall JM, al-Sarraf M, John MJ, Doggett RL, Sause WT, Lawton CA, Abrams RA, Rotman M, Rubin P, et al. Androgen deprivation with radiation therapy compared with radiation therapy alone for locally advanced prostatic carcinoma: a randomized comparative trial of the Radiation Therapy Oncology Group. *Urology* 1995; 45: 616–23.
- Valicenti RK, Gomella LG, Ismail M, Strup SE, Mulholland SG, Dicker AP, Petersen RO, Newschaffer CJ. The efficacy of early adjuvant radiation therapy for pT3N0 prostate cancer: a matched-pair analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 45:53–8.
- Zelefsky MJ, Yamada Y, Fuks Z, Zhang Z, Hunt M, Cahlon O, Park J, Shippy A. Long-term results of conformal radiotherapy for prostate cancer: impact of dose escalation on biochemical tumor control and distant metastases-free survival outcomes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 71:1028–33.
- Zietman AL, DeSilvio ML, Slater JD, Rossi CJ Jr, Miller DW, Adams JA, Shipley WU. Comparison of conventional-dose vs high-dose conformal radiation therapy in clinically localized adenocarcinoma of the prostate: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294: 1233–9. Erratum in: *JAMA* 2008; 299: 899–900.
- Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM, Stanford JL, Stephenson RA, Penson DF, Harlan LC. Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 1358–67.
- Brenner DJ, Curtis RE, Hall EJ, Ron E. Second malignancies in prostate carcinoma patients after radiotherapy compared with surgery. *Cancer* 2000; 88: 398–406.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)