

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?**

Sedlmayer F

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 6-7

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?

F. Sedlmayer

Wohl die einzige, rezente, randomisierte, prospektive Studie zum Thema Operation versus Bestrahlung des Prostatakarzinoms publizierten Akakura et al. 2006. 95 Patienten mit T_{2b}-T₃N₀M₀-Tumoren zeigten nach einem medianen Follow-up von 102 Monaten keinen signifikanten Unterschied im biochemisch-rezidivfreien, krankheitsspezifischen oder Gesamtüberleben nach radikaler Prostatektomie oder Bestrahlung (lediglich 60–70 Gy) und neo-/adjuvanter Hormontherapie. Auch retrospektive Daten liefern lediglich ein mosaikartiges Gesamtbild, da Vergleiche und daraus zu ziehende Erkenntnisse unter anderem aufgrund heterogener Patientenpopulationen, unterschiedlicher Definitionen des biochemischen Rezidivs und verschiedener Bestrahlungsdosen schwer zu ziehen sind.

■ Adäquate Strahlendosis

Bezüglich der Strahlendosis erfolgte in den letzten Jahren eine kontinuierliche Steigerung, da verbesserte Techniken zu einer deutlichen Reduktion der lokalen Morbidität führten. Kupelian et al. publizierten retrospektiv an 3000 Prostatakarzinompatienten mit T₁-T₂-Tumoren ein signifikant besseres 5-Jahres-biochemisch-rezidivfreies Überleben nach Bestrahlung mit > 72 Gy versus < 72 Gy. Vergleichbare Ergebnisse zeigten Kuban et al. [3] an Patienten mit T_{1b}-T₃-Tumoren mit einem signifikant höheren krankheitsfreien Überleben nach Bestrahlung mit 78 Gy vs. 70 Gy. Der Benefit einer Dosisescalation bis/oder über 81 Gy ist offen, die Optimierung der Dosisapplikation durch die Verwendung von Prostata-Markerclips und/oder die Kombination von EBRT und Brachytherapie vielversprechend.

■ Signifikant besseres Outcome durch Kombination von Bestrahlung und Hormontherapie

Durch die zusätzliche Gabe einer Hormonsuppression ab einem intermediären

Risikoprofil werden in den meisten Publikationen bessere Outcome-Parameter beschrieben als nach Monotherapie. Daten von Roach et al., d'Amico et al., Laverdiere et al. und Denham et al. zeigen ein biochemisch-rezidivfreies 5-Jahresüberleben von 60–80 % für Intermediate-Risk-Patienten nach Strahlentherapie ± (neo)adjuvanter Hormontherapie. 10-Jahres-Follow-up-Daten der RTOG-Studie 9202 an Patienten mit T_{2c}-T₄-Tumoren bescheinigen der Kombination aus Strahlentherapie, 4-monatiger neoadjuvanter und 2-jähriger adjuvanter Hormontherapie einen signifikanten Vorteil im Bezug auf das krankheitsfreie und das krankheitsspezifische Überleben, die lokale Progression, die Entwicklung von Fernmetastasen und die Entwicklung eines biochemischen Rezidivs. In der Subgruppe der Patienten mit einem Gleason-Score 8–10 zeigte sich ein Überlebensvorteil (45,1 % vs. 31,9 %, p = 0,0061), der die mindestens 2-jährige adjuvante Gabe eines Hormons zusätzlich zur Bestrahlung bei Hochrisikopatienten rechtfertigt. Rezente Daten von Thompson et al. beleuchten den Benefit der adjuvanten Bestrahlung nach einer radikalen Prostatektomie von Patienten mit pT₃N₀M₀-Tumoren. Nach einem medianen Follow-up von 10,6 Jahren zeigte sich bei den bestrahlten Patienten eine signifikante Reduktion des Risikos für die Entwicklung von Metastasen und eine signifikante Steigerung der Gesamtüberlebensrate. In Anbetracht der zitierten Datenlage muss die Operation als First-Line-Therapie für Patienten mit ausgeprägteren Tumoren hinterfragt werden, denn unter optimalen Therapiestrategien erreicht die Bestrahlung mit adjuvanter Hormonsuppression je nach Risikoprofil ein der Operation vergleichbares Outcome.

■ Lebensqualität

Die Lebensqualität betreffend verglichen Parker et al. in einer rezenten Publikation die Folgen nach RPE, EBRT, Brachytherapie und Kryotherapie. Roboter-assistierte und offene RPE zeigen

initial signifikant schlechtere Kontinenz- und Potenzraten als die EBRT, welche jedoch eine erhöhte Darmtoxizität aufweist. Im Vergleich dazu wird nach einer Brachytherapie die größte Irritation der Blasenfunktion beobachtet und eine ebenfalls reduzierte QoL bezüglich Potenz und Mastdarmfunktion. In diesem Sinne ist wohl die Entscheidung Operation vs. Bestrahlung primär in Hinblick auf die Patientenbedürfnisse, die Vorerkrankungen und die Erreichbarkeit hoch qualifizierter Einrichtungen zu treffen.

■ Patientenselektion

Eine Rationale für die Altersselektion gibt es nicht. Für die Bestrahlung ungeeignet sind Patienten mit schweren intestinalen Komorbiditäten, vor allem im Bereich des Enddarms, und Patienten mit Gefäßerkrankungen inklusive dem schlecht beherrschten Diabetes mellitus, da die durch eine Bestrahlung zusätzlich verursachten Gefäßobliterationen das Entstehen von Ulzera fördern.

Literatur:

- Akakura K, Suzuki H, Ichikawa T, Fujimoto H, Maeda O, Usami M, Hirano D, Takimoto Y, Kamoto T, Ogawa O, Sumiyoshi Y, Shimazaki J, Kakizoe T: Japanese Study Group for Locally Advanced Prostate Cancer. A randomized trial comparing radical prostatectomy plus endocrine therapy versus external beam radiotherapy plus endocrine therapy for locally advanced prostate cancer: results at median follow-up of 102 months. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36: 789–93.
- Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, Ciezki JP, Reddy CA, Reuther AM, Carlson TP, Klein EA: Radical prostatectomy, external beam radiotherapy < 72 Gy, external beam radiotherapy > or = 72 Gy, permanent seed implantation, or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1-T2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 58: 25–33.
- Kuban DA, Tucker SL, Dong L, Starkschall G, Huang EH, Cheung MR, Lee AK, Pollack A: Long-term results of the M. D. Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 70: 67–74.
- Roach M 3rd, Bae K, Speight J, Volkov 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.
- 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.
- Laverdiere J, Nabid A, De Bodoya LD, Ebacher A, Fortin A, Wang CS, Harel F: The efficacy and sequencing of a short course of androgen suppression on freedom from biochemical failure when administered with radiation therapy for T2-T3 prostate cancer. *J Urol* 2004; 171: 1137–40.

Denham JW, Steigler A, Lamb DS, Joseph D, Mameghani H, Turner S, Matthews J, Franklin I, Atkinson C, North J, Poulsen M, Christie D, Spry NA, Tai KH, Wynne C, Duchesne G, Kovacev O, D'Este C; Trans-Tasman Radiation Oncology Group. Short-term androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: results from the Trans-Tasman Radiation Oncology Group 96.01 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2005; 6: 841–50.

Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, Messing E, Forman J, Chin J, Swanson G, Canby-Hagino E, Crawford ED. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. *J Urol* 2009; 181: 956–62.

Parker WR, Montgomery JS, Wood DP Jr. Quality of life outcomes following treatment for localized prostate cancer: is there a clear winner? *Curr Opin Urol* 2009; 19: 303–8.

Boccon-Gibod L, Djavan WB, Hammerer P, Hoeltl W, Kattan MW, Prayer-Galetti T, Teillac P, Tunn UW. Management of prostate-specific antigen relapse in prostate cancer: a European Consensus. *Int J Clin Pract* 2004; 58: 382–90.

Zelevsky MJ, Yamada Y, Fuks Z, Zhang Z, Hunt M, Cahlon O, Park J, Shippey 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.

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Felix Sedlmayer

Geboren 1960 in Linz. Promotion 06/1985 Medizinische Fakultät, Universität Wien. 1986–1988 Turnusarzt im KH Wagner-Jauregg Linz und im LKH Bad Ischl/OÖ. 1988–1994 Ausbildung zum Facharzt für Strahlentherapie/Radioonkologie an den Landeskliniken Salzburg, Landes-klinik für Radiotherapie und Radio-Onkologie, Facharztdekret 04/1994. 1994–2004 Oberarzt (seit 2000 1. Oberarzt/Stv. Leiter). 10/2001 Venia docendi an der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck. Seit 03/2004 Primararzt und Vorstand der Universitäts-klinik für Radiotherapie, Landeskrankenhaus, Universitätsklinikum Salzburg. 03/2006 Ernennung zum Professor der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU). Seit 01/2006 Vizerektor der PMU.



Wissenschaftliche Schwerpunkte: Radiotherapie urologischer Tumoren (Prostatakarzinome und Hodentumoren), intraoperative Radiotherapie und Brachytherapie des Mammakarzinomes, Strahlentherapie des Bronchus- und Rektumkarzinomes

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Felix Sedlmayer
Universitätsklinik für Radiotherapie und Radioonkologie
Salzburger Landeskliniken und Paracelsus Medizinische Privatuniversität
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
E-Mail: f.sedlmayer@salk.at

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](#)