

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Nachsorge von PCa-Patienten:**

**Nachsorge des primär kurativ  
behandelten Patienten**

Hörtl W

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft*

*4) (Ausgabe für Österreich), 8-9*

**Homepage:**

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

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

**Indexed in Scopus**

**Member of the**



**[www.kup.at/urologie](http://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**



# Nachsorge von PCa-Patienten: Nachsorge des primär kurativ behandelten Patienten

W. Höltl

Der aufgeklärte Patient hat ein Interesse und ein Recht auf Information über seine Erkrankung, die heutzutage auch sehr nachdrücklich im Rahmen der Prostatakarzinomnachsorge eingefordert wird. Im Zentrum des Nachsorgemanagements steht somit die Aufklärung über den Stand der Erkrankung und die entsprechenden Therapieoptionen, die frühzeitige Erkennung eines Rezidivs und im klinischen Bereich die Erfassung und Auswertung der Daten zur Verbesserung zukünftiger Therapien.

## Eckpfeiler der Nachsorge: Das prostataspezifische Antigen

Der Eckpfeiler der Nachsorge des Prostatakarzinoms ist und bleibt das prostataspezifische Antigen. Bei erhöhtem PSA-Wert nach einem kurativen Therapieansatz ist zwischen einem biochemischen Rezidiv und einem persistierenden PSA-Wert zu differenzieren. Der erste Wert  $> 0,2$  ng/ml nach erfolgter Operation, gemessen mit einem konventionellen Assay, wird den AUA-Guidelines zufolge als biochemisches Rezidiv definiert. PSA-Persistenz hingegen bedeutet, dass nach kurativer Therapie – sei es Radiotherapie oder Operation – ein erhöhter PSA-Wert bestehen bleibt. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass nicht radikal genug operiert oder dass zum Zeitpunkt der Operation ein systemischer Progress nicht erkannt wurde. Die erste postoperative PSA-Kontrolle sollte frühestens nach 6 Wochen erfolgen, dann 3, 6, 9 und 12 Monate nach der Operation, im 2.–5. Jahr halbjährlich und danach routinemäßig 1× pro Jahr. Nach kurativer Strahlentherapie eines virginellen Prostatakarzinoms mit neo- und/oder adjuvanter Hormontherapie ist der PSA-Wert frühestens nach 6 Monaten zu bestimmen und in Folge halbjährlich. Für die zeitliche Abfolge der PSA-Kontrollen nach Bestrahlung eines biochemischen Rezidivs gibt es keine Richtlinien. Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen sollte die PSA-Bestimmung sofort nach der Bestrahlung eines BCR erfolgen, da bei

Vorhandensein eines systemischen Geschehens im Gegensatz zum Lokalrezidiv der PSA-Wert persistiert. Danach ist die PSA-Messung im ersten Jahr in 3-monatlichen Abständen vorzunehmen, in Folge wie vorher. Bei Verdacht auf ein systemisches Rezidiv ist die Hormonablation Therapie der Wahl, der Zeitpunkt des Beginns allerdings kontrovers.

## Nutzen unterschiedlicher diagnostischer Untersuchungen

Eine Biopsie aus diagnostischen Gründen ist beim PSA-Rezidiv nicht indiziert, da eine negative Biopsie das Lokalrezidiv und eine positive Biopsie die Metastasen nicht ausschließen kann. Bei suspektem Anastomosentastbefund zeigen  $\frac{2}{3}$  der Biopsien ein negatives Ergebnis. Bezüglich weiterführender Untersuchungen sind die schlechte Sensitivität der Computertomographie und der Magnetresonanztomographie festzuhalten. Der Knochenscan nach radikaler Prostatektomie ist nur bei 5 % der Patienten mit einem PSA-Wert  $< 40$  ng/ml positiv. Die nuklearmedizinischen Methoden wie PET- oder PET-CT werden zur näheren Abklärung des biochemischen Rezidivs derzeit nicht empfohlen. Zusätzliche Untersuchungen sind demnach nur in selektiver Indikation und bei gezielter Fragestellung vorzunehmen.

## Lokalrezidiv vs. systemisches Rezidiv

Laut aktuellen AUA-Guidelines besteht ein biochemisches Rezidiv nach Prostatektomie, wenn auf einen PSA-Wert  $< 0,2$  ng/ml gemessen mit einem konventionellen Kit ein PSA-Wert  $> 0,2$  ng/ml folgt. Die Unterscheidung zwischen Lokalrezidiv und systemischem Rezidiv erfolgt anhand der PSA-Kinetik und dem zeitlichen Auftreten des PSA-Relaps, zusätzlich werden der Gleason-Score und das pathologische Tumorstadium herangezogen. Das Lokalrezidiv wird primär bestrahlt. Die Therapie

der Wahl des systemischen Rezidivs ist hingegen die Hormonablation. Um optimale Ergebnisse zu erzielen, sollte die Bestrahlung des Lokalrezidivs jedenfalls vor Erreichen des PSA-Wertes von 1 ng/ml erfolgen, bezüglich der Strahlendosis sind 64–66 Gy Standard. Eine adjuvante Hormontherapie ist bei Bestrahlung eines Lokalrezidivs nicht indiziert, da man in Folge den PSA-Wert als Erfolgsparameter der Radiotherapie eliminieren würde. Anders ist die Situation bei nachfolgendem Anstieg des PSA-Wertes, dann ist die Hormonsuppression bei Verdacht auf ein systemisches Geschehen Therapie der Wahl. PSA-Bouncing tritt bei Bestrahlung eines Lokalrezidivs nie auf, da die Prostata schon entfernt ist. Im Vergleich dazu ist nach Bestrahlung eines virginellen Prostatakarzinoms in den ersten 2 Jahren ein PSA-Bouncing häufig zu beobachten. Nach einer Brachytherapie sollte das PSA laut aktuellen Guidelines einen Wert  $< 0,1$  ng/ml erreichen, nach der externen Strahlentherapie  $< 0,2$  ng/ml, obwohl angemerkt werden muss, dass diese Limits höchst umstritten sind.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass etwa  $\frac{1}{3}$  der kurativ behandelten Patienten ein biochemisches Rezidiv erleiden. Der optimale Therapiebeginn muss noch durch zukünftige, prospektiv randomisierte Studien evaluiert werden. Der lokale Progress ist zu bestrahlen, bevor das PSA einen Wert  $> 1$  ng/ml erreicht. Beim systemischen Progress profitiert nur der Hochrisikopatient von der sofortigen Hormontherapie hinsichtlich des metastasefreien Intervalls.

## Literatur:

- Dotan ZA, Bianco FJ Jr, Rabbani F. Pattern of prostate-specific antigen (PSA) failure dictates the probability of a positive bone scan in patients with an increasing PSA after radical prostatectomy. J Clin Oncol 2005; 23: 1962–8.
- Cher ML, Bianco FJ Jr, Lam JS. Limited role of radionuclide bone scintigraphy in patients with prostate specific antigen elevations after radical prostatectomy. J Urol 1998; 160: 1387–91.
- Freitas JE, Gilvaydas R, Ferry JD. The clinical utility of prostate-specific antigen and bone scintigraphy in prostate cancer follow-up. J Nucl Med 1991; 32: 1387–90.
- Vees H, Buchegger F, Albrecht S. 18F-choline and/or 11C-acetate positron emission tomography: detection of residual or progressive subclinical disease at very low prostate-specific antigen

values (< 1 ng/mL) after radical prostatectomy. BJU Int 2007; 99: 1415–20.

Husarik DB, Miralbell R, Dubs M. Evaluation of [(18)F]-choline PET/CT for staging and restaging of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008; 35: 253–63.

Saleem MD, Sanders H, Abu El Naser M. Factors predicting cancer detection in biopsy of the prostatic fossa after radical prostatectomy. Urology 1998; 51: 283–6.

Slovin S. Biochemical relapse in prostate cancer: is PSA promoting stress and anxiety? Med Gen Med 2002; 4: 11.

Nudell DM, Grossfeld GD, Weinberg VK. Radiotherapy after radical prostatectomy: treatment outcomes and failure patterns. Urology 1999; 54: 1049–57.

Critz FA, Williams WH, Benton JB. Prostate specific antigen bounce after radioactive seed implantation followed by external beam radiation for prostate cancer. J Urol 2000; 163: 1085–9.

Cavanagh W, Blasko JC, Grimm PD. Transient elevation of serum prostate-specific antigen following (125)I/(103)Pd brachytherapy for localized prostate cancer. Semin Urol Oncol 2000; 18: 160–5.

Pruthi RS. Re: Prostate specific antigen bounce after radioactive seed implantation followed by external beam radiation for prostate cancer. J Urol 2000; 164: 2031.

Hanlon AL, Pinover WH, Horwitz EM. Patterns and fate of PSA bouncing following 3D-CRT. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001; 50: 845–9.

Stock RG, Stone NN, Cesaretti JA. Prostate-specific antigen bounce after prostate seed implantation for localized prostate cancer: descriptions and implications. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 56: 448–53.

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hörtl**

*Vorstand der Urologischen Abteilung  
des Kaiser-Franz-Josef-Spitals Wien*

**Korrespondenzadresse:**

*Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hörtl  
Urologische Abteilung, Kaiser-Franz-Josef-Spital  
A-1100 Wien, Kundratstraße 3  
E-Mail: wolfgang.hoertl@wienkav.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](#)