

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Nachsorge von Pca-Patienten:
Nachsorge des hormonbehandelten
Patienten und des Patienten mit
fortgeschrittenem Tumor**

Albrecht W

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft
4) (Ausgabe für Österreich), 10-11*

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



Nachsorge von PCa-Patienten: Nachsorge des hormonbehandelten Patienten und des Patienten mit fortgeschrittenem Tumor

W. Albrecht

Bei Prostatakarzinompatienten unter einer Hormontherapie wird im Rahmen der Nachsorge das Hauptaugenmerk auf das Ansprechen und die Nebenwirkungen der Therapie gelegt. Die aktuellen EAU-Guidelines raten zur Bestimmung des PSA-Werts 3 und 6 Monate nach Therapiebeginn, weiters zu einer digital-rektalen Untersuchung und einer sorgfältigen Kontrolle etwaiger Symptome (Grade B recommendation). Das Nachsorgemanagement folgt primär den Symptomen, den prognostischen Faktoren und der Therapie (Grade C recommendation). Bei M₀-Patienten mit einem guten Ansprechen auf die Therapie ist in einem Intervall von 6 Monaten die Bestimmung des PSA-Werts, eine krankheitsspezifische Anamnese und eine digital-rektale Untersuchung durchzuführen (Grade C recommendation). Beim stabilen M₁-Patienten ist die Kontrolle etwas engermaschiger zu gestalten. Alle 3–6 Monate sind der PSA-Wert zu bestimmen, eine Anamnese zu erheben, eine DRE durchzuführen und das Hämoglobin, die alkalische Phosphatase und das Kreatinin zu bestimmen. Im Falle des Nichtansprechens auf die Therapie oder des Progresses sind individuelle, auf den einzelnen Patienten abgestimmte Vorgehensweisen in die Wege zu leiten (Grade C recommendation). Wichtig ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass eine Routinebildgebung beim stabilen Patienten nicht empfohlen wird (Grade B recommendation).

Bedeutung der standardisierten PSA-Messung

Da der PSA-Wert auch im Rahmen der Nachsorge von hormonbehandelten Patienten eine zentrale Rolle spielt, sind bei der Beurteilung der Messergebnisse im Hinblick auf deren Aussagekraft die biologische Variation des totalen PSA, die Qualität der Kits und die Berechnung der PSA-Doubling-Time und der PSA-Velocity zu berücksichtigen. Da

die durchschnittliche biologische Variation des tPSA in der Konzentration von 0,1–20 µg/l für Männer > 50 Jahre 20 % ist, ist eine einzelne Messung des tPSA als Grundlage für die weitere Therapie und Diagnostik nicht ausreichend. Die wiederholte PSA-Messung sollte immer mit den gleichen Kits erfolgen, die Verwendung hypersensibler Kits ist nicht zu empfehlen. Bei der Berechnung der PSA-Doubling-Time sind 3 Werte in einem Mindestabstand von 4 Wochen mit gleichem Assay im selben Labor unter gleichbleibender Therapie zu bestimmen. Leicht zu bedienende Kalulatoren stellt die Internetseite www.nomograms.org des Memorial-Sloan-Kettering-Cancer-Centers zur Verfügung. Eine PSA-Doubling-Time < 12 Monate birgt im Vergleich zu einer PSA-DT > 12 Monate ein deutlich höheres Risiko, an einem Prostatakarzinom zu versterben.

Das hormonunabhängige Prostatakarzinom

Eine Krankheitsprogression trotz Testosteronspiegels im Kastrationsbereich weist auf die Entwicklung eines hormonunabhängigen Prostatakarzinoms hin. Als weiteres Vorgehen wird bei alleiniger LHRHa-Therapie die zusätzliche Gabe eines Antiandrogens und bei kompletter Androgenblockade das Absetzen des Antiandrogens mit der Möglichkeit der Entwicklung eines Antiandrogen-Withdrawal-Syndromes empfohlen. Die Indikation der Chemotherapie sollte nach den Leitlinien des Arbeitskreises Urologische Onkologie (AUO) gestellt werden (www.uro.at/Leitlinien). Während der sekundären Therapie sind folgende Staging-Maßnahmen sinnvoll: Bei Müdigkeit bzw. Schmerzen sind Blutbild und alkalische Phosphatase zu bestimmen, ein rascher PSA-Anstieg sollte zur Durchführung eines Knochenscans veranlassen, beim lokalisierten Schmerz ist eine Magnetresonanztomographie indiziert. Das po-

sitive Ansprechen auf die Sekundärtherapie ist bei einer Verbesserung der Lebensqualität, einer Schmerzreduktion und einer Reduktion des PSA-Werts um mindestens 50 % gegeben, wobei ein PSA-Response nicht zwingend ein erhöhtes Überleben nach sich zieht. Die europäischen Leitlinien dokumentieren für die Chemotherapie beim hormonrefraktären Prostatakarzinom einen signifikanten Überlebensvorteil für M₁-Patienten unter Docetaxel 75 mg/m² alle 3 Wochen und empfehlen die Gabe von Docetaxel oder Mitoxantron und Prednisolon oder Hydrokortison für Patienten mit Knochenmetastasen.

Komplikationen des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms

Komplikationen des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms sind die Anämie, Frakturen und Rückenmarkskompressionen als Folge ossärer Absiedelungen und eine Hydronephrose aufgrund der lokalen Ausbreitung mit anschließender Obstruktion der harnableitenden Strukturen. Die Gabe von Bisphosphonaten ist für Patienten mit Knochenmetastasen zur Vermeidung ossärer Komplikationen früh indiziert. Das Leitsymptom der Rückenmarkskompression ist der Rückenschmerz mit/ohne Parästhesien, die Extremitätenschwäche oder die Blasen- bzw. Darmdysfunktion. Die Diagnose wird mittels MRI gestellt, die Therapie der Wahl sind Kortikosteroide i.v., weitere Möglichkeiten sind Bestrahlung und Laminektomie. Die Inzidenz der Hydronephrose bei Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom wird mit 2–50 % angegeben, Ursachen sind Kompressionen am ureterovesikalen Übergang, Lymphknotenmetastasen, Ureterwandmetastasen und subvesikale Obstruktionen. Die Therapie umfasst Kortikosteroide, innere Schienung (JJ-Stent), perkutane Nephrostomie, Dekompressionsoperationen, Ureter-Neuimplantationen oder eine Bestrahlung.

Literatur:

Prestigiacomo AF, Stamey TA. A comparison of 4 ultrasensitive prostate specific antigen assays for early detection of residual cancer after radical prostatectomy. *J Urol* 1994; 152: 1515–9.

Pruthi RS, Haese A, Huland E. Use of serum concentration techniques to enhance early detection of recurrent prostate cancer after radical prostatectomy. *Urology* 1997; 49: 404–10.

Van Iersel MP, Thomas CM, Segers MF, Witjes WP, Debruyne FM, Oosterhof GO. The use of 'ultrasensitive' prostate-specific antigen assays in the detection of biochemical recurrence after radical prostatectomy. *Br J Urol* 1996; 77: 418–22.

Haese A, Huland E, Graefen M. Supersensitive PSA-analysis after radical prostatectomy: a powerful tool to reduce the time gap between surgery and evidence of biochemical failure. *Anticancer Res* 1999; 19: 2641–4.

Semjonow A, Brandt B, Oberpenning F. Discordance of assay methods creates pitfalls for the interpretation of prostate-specific antigen values. *Prostate Suppl* 1996; 7: 3–16.

Maffezzini M, Bossi A, Collette L. Implications of prostate-specific antigen doubling time as indicator of failure after surgery or radiation therapy for prostate cancer. *Eur Urol* 2007; 51: 605–13.

Connolly D, Black A, Murray LJ. Methods of calculating prostate-specific antigen velocity. *Eur Urol* 2007; 52: 1044–50.

Prim. Priv. Doz. Dr. Walter Albrecht

Facharzt für Urologie Rudolfstiftung, Wien 1990, FEBU 1992. Habilitation an der Universität Graz 2005, Vorstand der Urologie des Landesklinikums Weinviertel Mistelbach seit 2008.

Vorstandsmitglied der ÖGU seit 2001, Generalsekretär 2007–2013. Vorsitzender des Arbeitskreises Urologische Onkologie (AUO) 2000–2002.

175 publizierte Artikel, Buchbeiträge und Abstracts. Mehr als 200 Vorträge für Urologen, Onkologen, Radiotherapeuten und Labormediziner. Mitarbeit an 19 Leitlinien (AUO, EAU, ESMO, EGTm). EORTC-Studienkoordinator (30944, 30954). Reviews für European Urology, Urology (USA), European Journal of Surgical Oncology, Journal of Andrology, National Cancer Research Institute (GB) etc.

Mitgliedschaft in internationalen Arbeitsgruppen: European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), European Group on Tumormarkers (EGTM), Guidelines Office European Association of Urology (EAU), Arbeitskreis Onkologie der Akademie der Deutschen Urologen (AKO), Programmkommission DGU.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht
Urologische Abteilung, LK Weinviertel Mistelbach
A-2130 Mistelbach, Liechtensteinstraße 67
E-Mail: walter.albrecht@mistelbach.lknoe.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](#)