

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Der schwierige Fall: Das
unerwartete PSA-Frührezidiv
(Persister) nach lokaler kurativer
Therapie - was nun?**

Horninger W

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2012; 19 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 14

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



Das unerwartete PSA-Frührezidiv (Persister) nach lokaler kurativer Therapie – was nun?

W. Horninger

Jeder Urologe, der am Prostatakarzinom arbeitet, kennt folgendes Szenario: 56-jähriger Patient, prätherapeutisches PSA 6,9 ng/ml, Gleason-Score 6 in der Biopsie; im radikalen Prostatektomiepräparat dann pT2c, Gleason-Score 7 (3 + 4), R0, Nx; bei der ersten PSA-Kontrolle 6 Wochen nach der Operation zeigt sich ein PSA-Wert von 0,43 ng/ml. Patient und auch Operateur sind geschockt, verwundert, man hofft auf eine Verwechslung. Es wird eine nochmalige Bestimmung durchgeführt, es folgt eine kurze Zeit des Hoffens, dann die Ernüchterung: PSA 0,45 ng/ml. Es handelt sich im o. a. Fall um ein PSA-Frührezidiv bzw. um einen PSA-Persister nach definitiver kurativer Therapie.

Die Definitionen des PSA-Rezidivs nach definitiver kurativer Therapie, also nach radikaler Prostatektomie bzw. externer Strahlentherapie, lauten wie folgt:

- Nach radikaler Prostatektomie: PSA > 0,2 ng/ml, bestätigt durch 2 aufeinanderfolgende Werte
- Nach externer Strahlentherapie: ein PSA-Wert von 2 ng/ml über dem Nadir nach Strahlentherapie

Die nächste Frage lautet nun: „Lokalrezidiv oder systemisches Rezidiv?“ Zu dieser Differenzierung steht uns eine Reihe von Parametern zur Verfügung:

- Zeitspanne der PSA-Erhöhung nach OP
- PSA-Velocity
- PSA-Verdoppelungszeit

- Pathologisches Stadium und Gleason-Score
- Bildgebung:
 - Knochenscan
 - MRI
 - CT
 - Cholin-PET/CT-Fusionsuntersuchung

Im Vortrag werden die Aussagekraft der einzelnen Parameter sowie deren Vor- und Nachteile diskutiert und kritisch hinterfragt.

Steht nun eine (hoffentlich) richtige Diagnose, stellt sich die Frage nach der besten, der richtigen Therapie. Auch hier stehen uns mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Salvage-Strahlentherapie (nur Prostatatbett oder auch Lymphabflusswege?)
- Androgenrezeptorblocker
- (Komplette) Androgenblockade
- Intermittierende Androgenblockade
- Salvage-radikale Prostatektomie
- Salvage-Kryotherapie der Prostata
- Salvage-Brachytherapie
- Salvage-HIFU
- Beobachten

Im Referat wird auf die einzelnen Therapieformen eingegangen. Gegenanzeigen, Indikationen und mögliche Komplikationen werden erörtert.

Die Prognose der PSA-Persistenz bzw. des frühen Anstieges des PSA nach radi-

kaler Prostatektomie oder kurativer Strahlentherapie ist eine heterogene Krankheitssituation mit unterschiedlichem Verlauf. Es existieren teils widersprüchliche Daten bezüglich der Prognose bei PSA-Persistenz bzw. Frührezidiv und bei späteren PSA-Rezidiven nach radikaler Prostatektomie. In 3 älteren, sehr kleinen Studien war die biochemische Rezidivfreiheit nach Salvage-Strahlentherapie aufgrund eines persistierenden PSA-Werts signifikant schlechter als nach Salvage-Strahlentherapie aufgrund eines PSA-Anstiegs. In 4 weiteren, neueren Serien bestand dagegen kein statistisch signifikanter Unterschied in der biochemischen Progressionsfreiheit bei Bestrahlung aufgrund persistierenden PSA-Werts verglichen mit Bestrahlung bei ansteigendem PSA-Wert. In diesen 4 Serien erfolgte der Beginn der Bestrahlung bei niedrigeren PSA-Werten, d. h. früher als bei den älteren Serien.

Die Entscheidung über Therapieart und Therapiebeginn ist für und mit jedem Patienten individuell zu treffen und sollte heute interdisziplinär in einem Tumorboard festgelegt werden.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Horninger
Europäisches Prostatazentrum
Universitätsklinik für Urologie
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: wolfgang.horninger@uki.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](#)