

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Management von Patienten mit
Hodenkarzinom im klinischen Stadium**

I

Bachner M

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2014; 21 (Sonderheft

7) (Ausgabe für Österreich), 11-12

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

Management von Patienten mit Hodenkarzinom im klinischen Stadium I

M. Bachner

■ Einleitung

Das Hodenkarzinom ist die häufigste bösartige Erkrankung junger Männer im Alter zwischen 15 und 40 Jahren. Die große Mehrheit der Patienten präsentiert sich ohne Hinweis auf Metastasierung, also im klinischen Stadium I (CSI). Die Heilungsraten in diesem frühen Stadium sind exzellent mit einem 5-Jahres-Überleben von nahezu 100 %. Die Optionen für das Management dieser Patienten beinhalten „active surveillance“ (AS), adjuvante Chemotherapie (ACT) sowie adjuvante Strahlentherapie (AST). Dieser Artikel soll Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und rezente Änderungen und Trends im Management dieser Patienten beleuchten, mit besonderer Berücksichtigung neuer Entwicklungen im Management von Patienten mit nichtseminomatösen Keimzelltumoren.

■ Seminomatöse Keimzelltumoren (S)

Etwa 80 % aller neu diagnostizierten S-Patienten präsentieren sich im CSI [1]. Eine Metastasierung nach inguinale Orchiektomie tritt nur in etwa 15–19 % auf. Wegen der sehr hohen Heilungsraten (> 99 %), ungeachtet der Therapiemodalität, spielen die Lebensqualität der Patienten sowie die Reduktion von Morbidität durch Therapie und Nachsorge eine entscheidende Rolle. Umstrittene, nichtvalidierte, aber dennoch häufig verwendete Faktoren für eine Risikostratifizierung dieser Patienten sind eine Tumorgöße > 4 cm sowie eine Infiltration des Rete testis [2]. Prinzipielle Optionen für das Management

von S-Patienten im CSI sind AS, ACT sowie AST.

AS

Wegen der hohen Heilungsraten von > 80 % allein durch die inguinale Orchiektomie ist die AS die am häufigsten empfohlene Strategie für Seminom-Patienten im CSI. Die Sicherheit der AS wurde in mehreren Studien validiert [3, 4]. Entscheidende Punkte sind ein strukturiertes Nachsorgeprotokoll (mit weitestmöglicher Reduktion der Strahlenbelastung) sowie die Compliance des Patienten. Hier gibt es z. B. im deutschsprachigen Raum Bemühungen, risikoadaptierte und evidenzbasierte Nachsorgeprotokolle zu vereinheitlichen [5].

ACT

Diese besteht aus 1–2 Zyklen Carboplatin (AUC 7) und reduziert das Rezidivrisiko auf etwa 1–5 % [6]. Trotz prinzipiell guter Verträglichkeit gibt es nur wenige Daten über etwaige Langzeitoxizitäten.

AST

Trotz gesicherter Reduktion der Rezidivrate auf ebenfalls ca. 1–3 % und Fortschritten in der Bestrahlungstechnik wird die AST wegen des Langzeitrisikos für strahleninduzierte Zweitmalignomen im europäischen Raum immer seltener angewendet [2].

■ Nichtseminomatöse Keimzelltumoren (NS)

Etwa 60 % aller neu diagnostizierten NS-Patienten präsentieren sich im CSI [1]. Auch hier sind die Heilungsraten insgesamt exzellent mit einem „dis-

ease-specific survival“ von fast 100 %. In der Gesamtgruppe aller NS-Patienten im CSI tritt eine Metastasierung nach alleiniger inguinale Orchiektomie in etwa 25–30 % auf. Beim NS gibt es mit der vaskulären Invasion (pV1) einen international anerkannten, validierten Risikofaktor, welcher eine Stratifizierung der Patienten in eine „Low-risk“- (Rezidivrisiko ca. 10–20 %) und eine „High-risk“-Gruppe (Rezidivrisiko ca. 40–55 %) erlaubt [7]. Weitere untersuchte Risikofaktoren, welche nicht im selben Ausmaß validiert sind, umfassen eine lymphovaskuläre Invasion, einen prädominanten Anteil an embryonalem Karzinom oder auch ein pathologisches Tumorstadium > T2. Optionen für das Management von NS-Patienten im CSI sind AS, ACT sowie die retroperitoneale Lymphknotendissektion (RPLND).

AS

Vor allem für Patienten in der „Low-risk“-Gruppe ist die AS die Behandlungsoption der Wahl. Auch hier sind strukturierte Nachsorgeprotokolle (mit weitestmöglicher Reduktion der Strahlenbelastung) sowie die Compliance des Patienten ganz entscheidende Faktoren. Auch die AS für die gesamte NS-CSI-Kohorte – also auch für „High-risk“-Patienten – ist bei gesicherter Compliance des Patienten eine gute Option, vor allem um Übertherapien zu verhindern [8].

ACT

Die ACT wird vor allem für „High-risk“-Patienten empfohlen und besteht traditionellerweise aus 2 Zyklen BEP (Bleomycin, Etoposid, Cisplatin). Sie reduziert das Rezidivrisiko auf etwa 2–4 %.

Da relativ wenige Daten zur Beurteilung möglicher Langzeittoxizitäten dieser Chemotherapie zur Verfügung stehen, gibt es interessante Ansätze, nur einen Zyklus BEP zu verabreichen. In einer prospektiven Studie der schwedischen SWENOTECA-Gruppe konnten Patienten mit Gefäßinvasion (VI+) zwischen 1 und 2 Zyklen BEP wählen, Patienten ohne Gefäßinvasion (VI-) zwischen AS und einem Zyklus BEP. Interessanterweise reduzierte ein Zyklus BEP das relative Risiko für das Auftreten eines Rezidivs sowohl bei der VI+- als auch bei der VI-Gruppe um etwa 90 %, das Rezidivrisiko von VI+-Patienten nach einem Zyklus BEP liegt bei 0–7 %. Diese Resultate führten dazu, dass in Schweden eine ACT mit nur einem Zyklus BEP als neue Option für alle Patienten mit NS im CSI betrachtet wird [9].

RPLND

Die adjuvante operative Lymphknotendissektion im Retroperitoneum wird vor allem im nordamerikanischen Raum angewendet. Sie führt zwar zu einer klaren Reduktion des Rezidivrisikos im Retroperitoneum, stellt aber für die Mehrzahl der Patienten eine unnötige Operation mit akuter und chronischer Morbidität dar. Darüber hinaus wird das Rezidivrisiko außerhalb des Retroperitoneums dadurch nicht eliminiert. Aus diesen Gründen wird die RPLND im europäischen Raum nur sehr selten angewendet.

Zusammenfassung

Ein Großteil aller Patienten mit S und NS präsentiert sich im CSI und verfügt über exzellente Heilungschancen von

nahezu 100 %. Durch die zu erwartende lange Überlebenszeit dieser Patienten rücken die Lebensqualität und die Vermeidung von therapiebedingten Morbiditäten mehr und mehr in den Vordergrund.

Bei Seminom-Patienten im CSI steht grundsätzlich die AS im Vordergrund. Diese ist bei Patienten mit gesicherter Compliance eine ausgezeichnete Option, um Übertherapien zu vermeiden. Hier herrschen große Bemühungen, vereinheitlichte risikoadaptierte und evidenzbasierte Nachsorgeprotokolle zu erstellen. Daneben gibt es die Möglichkeit der ACT mit 1–2 Zyklen Carboplatin, um das Rezidivrisiko zu senken. Die AS spielt in Europa praktisch keine Rolle mehr.

Bei Patienten mit nichtseminomatösen Keimzelltumoren gibt es mit der vaskulären Invasion einen validierten Parameter, um das Rezidivrisiko einzuschätzen. Bei Patienten mit niedrigem Rezidivrisiko wird die AS empfohlen. Dafür sind stringente Nachsorgeprotokolle und deren Durchführung in entsprechenden Zentren ebenso wie bei Seminom-Patienten von größter Bedeutung. Bei Patienten mit hohem Rezidivrisiko wird traditionellerweise eine ACT mit 2 Zyklen BEP empfohlen. Neuere Ansätze umfassen z. B. die nichtrisikoadaptierte AS für alle Patienten, um Übertherapien soweit wie möglich zu verhindern. Ebenso scheint der moderne Ansatz einer ACT mit nur einem Zyklus BEP eine Option für Hochrisikopatienten, vielleicht sogar für alle NS-Patienten im CSI.

Literatur:

1. Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. EAU Guidelines on Testicular Cancer 2014. European Association of Urology, 2014. http://www.uroweb.org/gls/pdf/11%20Testicular%20Cancer_LR.pdf [gesehen: 12.09.2014].
2. Beyer J, Albers P, Altena R, et al. Maintaining success, reducing treatment burden, focusing on survivorship: highlights from the third European consensus conference on diagnosis and treatment of germ-cell cancer. *Ann Oncol* 2013; 24: 878–88.
3. Groll RJ, Warde P, Jewett MA. A comprehensive systematic review of testicular germ cell tumor surveillance. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007; 64: 182–97.
4. Tandstad T, Smaaland R, Solberg A, et al. Management of seminomatous testicular cancer: a binational prospective population-based study from the Swedish norwegian testicular cancer study group. *J Clin Oncol* 2011; 29: 719–25.
5. Cathomas R, Helbling D, Stenner F, et al. Interdisciplinary evidence-based recommendations for the follow-up of testicular cancer patients: a joint effort. *Swiss Med Wkly* 2010; 140: 356–69.
6. Aparicio J, Maroto P, del Muro XG, et al. Risk-adapted treatment in clinical stage I testicular seminoma: the third Spanish Germ Cell Cancer Group study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 4677–81.
7. Read G, Stenning SP, Cullen MH, et al. Medical Research Council prospective study of surveillance for stage I testicular teratoma. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1762–8.
8. Kollmannsberger C, Moore C, Chi KN, et al. Non-risk-adapted surveillance for patients with stage I nonseminomatous testicular germ-cell tumors: diminishing treatment-related morbidity while maintaining efficacy. *Ann Oncol* 2010; 21: 1296–301.
9. Tandstad T, Dahl O, Cohn-Cedermark G, et al. Risk-adapted treatment in clinical stage I nonseminomatous germ cell testicular cancer: the SWENOTECA management program. *J Clin Oncol* 2009; 27: 2122–8.

Korrespondenzadresse:

Dr. Mark Bachner
3. Med. Abteilung
Zentrum für Onkologie und Hämatologie
KFJ-Spital, SMZ-Süd
A-1100 Wien,
Kundratstraße 3
E-Mail: mark.bachner@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](#)