

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fortgeschrittenes Prostatakarzinom**

Bauinger S

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2016; 23 (Sonderheft*

*2) (Ausgabe für Österreich), 14-15*

**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**

# Fortgeschrittenes Prostatakarzinom

S. Bauinger

## ■ Oligometastasiertes Prostatakarzinom

Die retrospektiven Daten zur lokalen Therapie des Primärtumors bei Oligometastasierung unterliegen einer hohen Verzerrung. Von der in Deutschland durch die AUO initiierten G-RAMPP-Studie – ein randomisierter 1:1-Vergleich von Androgendeprivation alleine mit radikaler Prostatektomie + Androgendeprivation – verspricht man sich Antwort auf die Frage, ob eine lokale Therapie bei oligometastasierten Patienten Vorteile im tumorspezifischen Überleben, in der Zeit bis zur Kastrationsresistenz und zur Progression, in der Gesamtüberlebenszeit, aber auch in der Lebensqualität erbringt. Die 500 randomisierten Patienten werden über 5 Jahre nachbeobachtet [1].

## ■ Metastasiertes hormonnaives Prostatakarzinom

Eine neue Metaanalyse von 15 Studien mit insgesamt 6856 Patienten in einem Zeitraum von 13 Jahren (2000–2013) zum Vergleich der intermittierenden und der kontinuierlichen Androgendeprivation erbrachte keinen Unterschied im Bezug auf das Gesamtüberleben, das krebspezifische Überleben und auch nicht auf das progressionsfreie Überleben. Im Bereich der Lebensqualität war im intermittierenden Setting eine minimale Verbesserung der körperlichen und sexuellen Leistungsfähigkeit beschrieben [2].

## ■ Nebenwirkungen der Androgendeprivation

Zahlreiche 2015 publizierte Arbeiten beschäftigten sich mit Nebenwirkungen der Androgendeprivation. Neben der kardiovaskulären Mortalität standen der Einfluss auf die geistige Leistungsfähigkeit sowie das Auftreten einer Depression im Fokus. Lee et al. zeigten, dass die Einleitung einer Androgendeprivation zu einer Häufung von Depressionen führt [3].

## ■ Chemohormontherapie

Die Empfehlung zur frühen Docetaxel-Chemotherapie in Kombination mit einer Hormontherapie scheint durch eine Metaanalyse von 3 Studien (CHAARTED [4], STAMPEDE [5, 6], GETUG-AFU 15 [7]) bekräftigt. Demnach sollte Patienten mit einem hormonnaiven, metastasierten Prostatakarzinom eine kombinierte Chemohormontherapie angeboten werden. Vor allem Patienten mit einer hohen Metastasenlast profitieren von der Therapie. Eine Metaanalyse von Vale et al. der 3 oben angeführten Studien erbrachte eine absolute Verbesserung des Gesamtüberlebens von 9 % und des rezidivfrei-

en Überlebens von 15 % jeweils nach 4 Jahren für M1-Patienten [8]. Tucci et al. schlossen auch die Analyse von „High“- und „Low-volume“-Metastasierung ein, fanden jedoch keine signifikante Bedeutung der Metastasenlast für die Behandlungseffektivität. Demzufolge wurde von den Autoren empfohlen, allen metastasierten Prostatakarzinom-Patienten eine Chemohormontherapie anzubieten [9]. Anzumerken sei hier, dass diese Empfehlung nicht mit dem primären Resultat bzw. der Interpretation der Autoren der GETUG-AFU-15-Studie einhergeht [10].

## ■ Kastrationsrefraktäres Prostatakarzinom

Eine Subgruppenanalyse der PREVAIL-Studie unter 609 Patienten  $\geq 75$  Jahre fand trotz größerer Tumorlast und schlechterem funktionellem Status sowie mehr kardiovaskulären Vorerkrankungen keinen Unterschied in der Verlängerung des Gesamtüberlebens und des radiologisch progressionsfreien Überlebens im Vergleich zu den jüngeren Patienten der Studie. Beachtenswert war, dass bei dieser Patientengruppe im Vergleich zur Placebogruppe relativ häufig Stürze auftraten (61/317 [19,2 %] vs. 23/292 [7,9 %], bei den jüngeren 7,2 % vs. 4,0 %) [11].

Aufgrund der Daten von 696 Patienten im „Early Access Program“ (EAP) von Radium 223, von denen 189 (27 %) begleitend Abirateron und/oder Enzalutamid erhielten, kann davon ausgegangen werden, dass die Parallelbehandlung sicher ist [12].

Antonarakis et al. zeigten, dass die Splice-Variante AR-V7 in „circulating tumor cells“ (CTC) nicht mit einer primären Resistenz gegenüber einer Chemotherapie (Docetaxel oder Cabazitaxel) assoziiert ist. Bei AR-V7-positiven Patienten erscheint eine Chemotherapie effektiver als Abirateron oder Enzalutamid. Bei AR-V7-negativen Patienten fand sich eine vergleichbare Effektivität bei Abirateron, Enzalutamid und Chemotherapie. AR-V7 in CTC könnte als Biomarker für die Therapieselektion beim metastasierten kastrationsrefraktären Prostatakarzinom dienen [13].

## Literatur:

1. Rexer H. [Metastatic, hormone-naïve prostate cancer interventional study: Multicenter, prospective, randomized study to evaluate the effect of standard drug therapy with or without radical prostatectomy in patients with limited bone metastasized prostate cancer (G-RAMPP – the AUO AP 75/13 study)]. *Urologe A* 2015; 54: 1613–6.
2. Magnan S, Zarychanski R, Pilote L, et al. Intermittent vs continuous androgen deprivation therapy for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncol* 2015; 1: 1261–9.
3. Lee M, Jim HS, Fishman M, et al. Depressive symptomatology in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer: a controlled comparison. *Psychooncology* 2015; 24: 472–7.
4. Sweeney CJ, Chen YH, Carducci M, et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med* 2015; 373: 737–46.
5. James ND, Spears MR, Clarke NW, et al. Survival with newly diagnosed metastatic prostate cancer in the “docetaxel era”: data from 917 patients in the control arm of the STAMPEDE trial (MRC PR08, CRUK/06/019). *Eur Urol* 2015; 67: 1028–38.
6. James ND, Sydes MR, Mason M, et al. Docetaxel and/or zoledronic acid for hormone-naïve prostate cancer: first overall sur-

Zusammenfassung eines Vortrags von Prof. Dr. Marc-Oliver Grimm, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Jena, im Rahmen des 9. Uro-Update, 19.–20. Februar 2016, Berlin/Düsseldorf

vival results from STAMPEDE (NCT00268476). *J Clin Oncol* 2015; 33 (Suppl): 5001.

7. Gravis G, Boher JM, Joly F, et al.; GETUG. Androgen deprivation therapy (ADT) plus docetaxel versus ADT alone in metastatic non castrate prostate cancer: impact of metastatic burden and long-term survival analysis of the randomized phase 3 GETUG-AFU15 trial. *Eur Urol* 2015 [Epub ahead of print].

8. Vale CL, Burdett S, Ryzewska LH, et al.; STOpCaP Steering Group. Addition of docetaxel or bisphosphonates to standard of care in men with localised or metastatic, hormone-sensitive prostate cancer: a systematic review and meta-analyses of aggregate data. *Lancet Oncol* 2016; 17: 243–56.

9. Tucci M, Bertaglia V, Vignani F, et al. Addition of docetaxel to androgen deprivation

therapy for patients with hormone-sensitive metastatic prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2016; 69: 563–73.

10. Gravis G, Fizazi K, Joly F, et al. Androgen-deprivation therapy alone or with docetaxel in non-castrate metastatic prostate cancer (GETUG-AFU 15): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 149–58.

11. Graff JN, Baciarello G, Armstrong AJ, et al. Efficacy and safety of enzalutamide in patients 75 years or older with chemotherapy-naive metastatic castration-resistant prostate cancer: results from PREVAIL. *Ann Oncol* 2016; 27: 286–94.

12. O'Sullivan J, Gillissen S, Heidenreich A, et al. Effects of concomitant use of abiraterone and/or enzalutamide with radium-223 on

safety and overall survival in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) patients treated in an international early access program (EAP). *ECC 2015*; Abstract 2561.

13. Antonarakis ES, Lu C, Luber B, et al. Androgen receptor splice variant 7 and efficacy of taxane chemotherapy in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer. *JAMA Oncol* 2015; 1: 582–91.

**Korrespondenzadresse:**

**Dr. Severin Bauinger**

*Klinik für Urologie und Andrologie  
Kepler Universitätsklinikum GmbH  
Med Campus III*

*A-4021 Linz, Krankenhausstraße 9*

*E-Mail: severin.bauinger@akh.linz.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](#)