

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Radikale Prostatektomie als Option
beim Patienten mit
Hochrisiko-Prostatakarzinom**

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2017; 24 (Sonderheft
3) (Ausgabe für Österreich), 6-7*

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



Radikale Prostatektomie als Option beim Patienten mit Hochrisiko-Prostatakarzinom

Zusammengefasst von Dr. Claudia Uhlir

Nur etwa der Hälfte der Patienten mit einem Hochrisiko-Prostatakarzinom wird eine lokale Therapie angeboten [1], obwohl der Verzicht darauf das Mortalitätsrisiko nachweislich erhöht. 40 % der Patienten im Alter von 65–74 Jahren mit einem Prostatakarzinom Gleason-Score 8–10 versterben am Prostatakarzinom [2]. Hinzu kommt, dass die Strategie des „Watchful Waiting“ bei Patienten mit progressiv verlaufendem Prostatakarzinom mit einem außergewöhnlich hohen Leidensdruck und einem hohen Bedarf an intramuraler Betreuung assoziiert ist.

Basierend auf einer Studie der schwedischen SPCG-7-Gruppe hat sich die kombinierte Hormon-Strahlentherapie beim lokal fortgeschrittenen Hochrisiko-Prostatakarzinom als Standardtherapie etabliert. Die Kombination bringt einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber einer alleinigen Hormontherapie bei vergleichsweise geringen zusätzlichen Nebenwirkungen [3]. Dies ist die Rationale für die zusätzliche lokale Therapie.

Bei Patienten mit einem Hochrisiko-Prostatakarzinom sollte dennoch immer eine Operation als lokale Therapie mit in Erwägung gezogen werden.

■ Langfristiger Therapieerfolg der chirurgischen Intervention

Für die chirurgische Intervention spricht, dass eine Operation auch die Lymphadenektomie inkludiert, die lokale Kontrolle verbessert und dass Patienten damit möglicherweise auch eine Hormontherapie erspart werden kann. Eine Operation verbessert zudem die Nachsorgemöglichkeit (PSA < 0,2 ng/ml) und erweitert die Optionen der Salvage-Therapie.

Bis zu 40–50 % aller Patienten mit Hochrisikokarzinom sind 10 Jahre nach dem Eingriff immer noch biochemisch rezidivfrei, also tatsächlich nur durch die Operation geheilt – ohne die deletären Folgen der begleitenden antiandrogenen Therapie – und die 10-Jahres-Überlebensrate liegt deutlich über 90 % [4, 5]. Unter alleiniger hormoneller Therapie ist das Risiko für Prostatakarzinom-spezifischen Tod gegenüber der operativen Therapie um das 2–3-Fache erhöht und auch die Strahlentherapie ist in ihrer Erfolgsrate dem chirurgischen Eingriff unterlegen [6, 7].

Von einer radikalen Prostatektomie profitieren auch Patienten mit Lymphknotenbefall, wie mehrere Studien zeigen und Daten des Münchener Krebsregisters bestätigen [8–10]. Bei Patienten mit geringem Lymphknotenbefall kann ohne weitere

adjuvante Therapie durchaus eine langfristige biochemische Rezidivfreiheit erzielt werden. Bei positiven Absetzungsrandern erhöht eine ergänzende Bestrahlung die Chance auf biochemische Rezidivfreiheit [11].

Dem gegenüber steht als Schattenseite der radikalen Prostatektomie lediglich das Risiko für Inkontinenz und Impotenz.

Eigene Daten aus dem weltweit größten Zentrum zur Therapie des Prostatakarzinoms, der Martini-Klinik in Hamburg-Eppendorf, zeigen, dass das Risiko für eine partielle Inkontinenz (≥ 3 Vorlagen pro 24 Stunden) ein Jahr nach dem Eingriff im Hochrisikokollektiv bei 1,2 % liegt und damit nicht über dem von Patienten mit niedrigem oder mittlerem Risiko. Im Hinblick auf das Management eines Rezidivs ist hervorzuheben, dass das Risiko für eine Harninkontinenz bei Salvage-Bestrahlung nach primärer Operation deutlich geringer ist als bei umgekehrter Sequenz (13 % vs. 56 %) [12].

Aus Sicht des Urologen ist die radikale Prostatektomie die effektivste lokale Therapie und bei richtiger Indikationsstellung der leichteste der schweren Wege.

■ Fazit

- Die radikale Prostatektomie bietet Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom eine Chance von 40–50 % auf biochemische Rezidivfreiheit nach 10 Jahren und von über 90 % auf Prostatakarzinom-spezifisches Überleben [4, 5].
- Die Nachsorge nach radikaler Prostatektomie ist sehr einfach (kein PSA-Bounce wie bei der Strahlentherapie).
- Bei einem erheblichen Anteil der Patienten kann nach radikaler Prostatektomie auf eine adjuvante Bestrahlung verzichtet werden. Patienten, die von einer adjuvanten Bestrahlung profitieren, können anhand der Mikroskopie genau identifiziert werden (positive Schnittränder).
- Lokale palliative Therapieoptionen werden durch die radikale Prostatektomie vermieden.
- Das Harninkontinenzrisiko ist bei entsprechender Erfahrung des Chirurgen vergleichsweise gering. Es bleibt das Risiko der erektilen Dysfunktion, da eine nervenschonende Operation beim Hochrisiko-Prostatakarzinom nicht zielführend ist.

Literatur:

1. Cooperberg MR, Broering JM, Carroll PR. Time trends and local variation in primary treatment of localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1117–23.
2. Akre O, Garmo H, Adolfsson J, et al. Mortality among men with locally advanced pros-

tate cancer managed with noncurative intent: a nationwide study in PCBaSe Sweden. *Eur Urol* 2011; 60: 554–63.

3. Widmark A, Klepp O, Solberg A, et al.; Scandinavian Prostate Cancer Group Study 7; Swedish Association for Urological Oncology 3. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer

Nach einem Vortrag von Prof. Dr. Alexander Haese, leitender Arzt für roboterassistierte Urologie, Martini-Klinik, Prostatakarzinom-Zentrum, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

(SPCG-7/SFUO-3): an open randomised phase III trial. *Lancet* 2009; 373: 301–8.

4. Walz J, Joniau S, Chun FK, et al. Pathological results and rates of treatment failure in high-risk prostate cancer patients after radical prostatectomy. *BJU Int* 2011; 107: 765–70.

5. Briganti A, Joniau S, Gontero P, et al. Identifying the best candidate for radical prostatectomy among patients with high-risk prostate cancer. *Eur Urol* 2012; 61: 584–92.

6. Cooperberg MR, Vickers AJ, Broering JM, et al. Comparative risk-adjusted mortality outcomes after primary surgery, radiotherapy, or androgen-deprivation therapy for localized prostate cancer. *Cancer* 2010; 116: 5226–34.

7. Zelefsky MJ, Eastham JA, Cronin AM, et al. Metastasis after radical prostatectomy or external beam radiotherapy for patients with

clinically localized prostate cancer: a comparison of clinical cohorts adjusted for case mix. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1508–13.

8. Steuber T, Budäus L, Walz J, et al. Radical prostatectomy improves progression-free and cancer-specific survival in men with lymph node positive prostate cancer in the prostate-specific antigen era: a confirmatory study. *BJU Int* 2011; 107: 1755–61.

9. Touijer KA, Mazzola CR, Sjoberg DD, et al. Long-term outcomes of patients with lymph node metastasis treated with radical prostatectomy without adjuvant androgen-deprivation therapy. *Eur Urol* 2014; 65: 20–5.

10. Engel J, Bastian PJ, Baur H, et al. Survival benefit of radical prostatectomy in lymph node-positive patients with prostate cancer. *Eur Urol* 2010; 57: 754–61.

11. Van der Kwast TH, Bolla M, Van Poppel H, et al.; EORTC 22911. Identification of patients with prostate cancer who benefit from immediate postoperative radiotherapy: EORTC 22911. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4178–86.

12. Van Der Poel HG, Moonen L, Horenblas S. Sequential treatment for recurrent localized prostate cancer. *J Surg Oncol* 2008; 97: 377–82.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Alexander Haese

Klinik und Poliklinik für Urologie

Universitätsklinikum Hamburg-

Eppendorf

D-20246 Hamburg, Martinistraße 52

E-Mail: haese@uke.de



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](#)