

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Diagnose, Therapie und Nachsorge
des Prostatakarzinom**

Kratzik C

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 52

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

PROSTATAKARZINOM

1. DIAGNOSTIK

Basisdiagnostik

Prinzipiell gibt es folgende diagnostische Möglichkeiten, um Hinweise für ein Prostatakarzinom (PCa) zu finden: Rektale Palpation (DRE), PSA-Abnahme und der Transrektale Ultraschall (TRUS). Obligatorisch ist die Aufklärung des Patienten über Sinn und Wertigkeit einer Untersuchung und PSA-Bestimmung vor deren Durchführung. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen müssen mit dem Patienten diskutiert werden.

- DRE: Eine rektale Palpation durch einen Urologen ist unbedingt erforderlich, da 6–9 % aller Karzinome nur mittels PSA-Bestimmung nicht entdeckt werden [1, 2].
- PSA: Eine PSA-Abnahme muß ebenfalls veranlaßt werden, da dies für die weiteren diagnostischen/therapeutischen Schritte unumgänglich ist. Da vielfältige Kits zur Bestimmung im Handel sind und kein einheitlicher internationaler Standard existiert, ist bei wiederholten Abnahmen auf die Beibehaltung der Methode zu achten. Die altersspezifischen Referenzwerte sind zu beachten [3]:
40 bis 49 Jahre: PSA-Wert bis 2,5 ng/ml
50 bis 59 Jahre: PSA-Wert bis 3,5 ng/ml
60 bis 69 Jahre: PSA-Wert bis 4,5 ng/ml
70 bis 79 Jahre: PSA-Wert bis 6,5 ng/ml
- TRUS: Wegen der geringen Sensitivität und des Aufwandes ist der TRUS nur optional zu den zuvor beschriebenen Methoden zu sehen (z. B. familiäre Disposition). Klassisches Erscheinungsbild ist ein echoarmer peripherer Herd. CAVE: PCa können auch iso- bzw. hyperechogen sein.

Diagnose

Die Diagnose eines PCa kann nur bei vorliegender histologischer (zytologischer) Bestätigung gestellt werden. Somit ist entweder eine vorangegangene transurethrale Resektion oder aber ein Biopsie zur Diagnosestellung nötig.

Stanzbiopsie: Der Patient muß vor einer Biopsie darüber aufgeklärt werden, daß bei negativer Biopsie und weiterbestehendem Verdacht eine Rebiopsie erforderlich sein kann. Die genaue Durchführung ist in den Leitlinien zur Stanzbiopsie nachzulesen. Bei der histologischen

Aufarbeitung muß der Gleason-Score verwendet werden.

Staging

Möglichkeiten: Lymphadenektomie, Knochenscan, MRI, CT, Zielröntgen, PSA. Nomogramme können Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit eines Erkrankungsstadiums geben.

N-Staging: Nur dann, wenn dies zu einer direkten Beeinflussung des therapeutischen Konzeptes führt (Goldstandard: Lymphadenektomie).

M-Staging: Bei hohem PSA (> 20 ng/ml) bzw. erhöhtem PSA (> 15 ng/ml) und/oder erh. Alk. Phosphatase und/oder Gleason Score > 7. Minimalerfordernis: Ganzkörperknochenscan + Zielröntgen bei Traceranreicherung, besser: MRI

2. THERAPIE

Lokalisiertes Stadium

Therapeutische Optionen sind

- Radikale Prostatektomie
- Irradiatio
- Brachytherapie
- „Wait and see“ bei selektierten Patienten

Für die Therapieentscheidung sind das Patientenalter, Präferenzen des Patienten (Nebenwirkungen!), der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten und die Lebenserwartung maßgeblich [4–6].

Eine alleinige Hormontherapie sollte nur dann zur Anwendung gelangen, wenn keine der zuvor genannten Therapieoptionen zur Anwendung kommt.

Eine „Wait and see“-Strategie sollte nur in ausgewählten Fällen und/oder klinischen Studien angewendet werden.

Metastisiertes und lokal fortgeschrittenes Stadium

Die chirurgische und die medikamentöse Kastration sind als gleichwertig anzusehen [7, 8].

Die „maximale Androgenblockade“ (= LH-RH-Analogen + Antiandrogen) und die „medikamentöse Kastration“ (= nur LH-RH-Analogen) sind als nahezu gleichwertig einzustufen [9].

Bei biochemischem Progreß ist eine Änderung der hormonellen Therapie indiziert.

Bei systematischem Progreß und nach Änderung der hormonellen Therapie ist eine der unten in alphabetischer Reihenfolge angeführten Therapien möglich.

- Chemotherapie
- Med. Schmerztherapie (bei generalisierten Schmerzen)
- Radioisotopentherapie (z. B. Samarium)
- Schmerzbestrahlung (bei lokalisierten Schmerzen)
- Symptomatische Therapie

3. NACHSORGE

In den meisten Fällen ist eine sehr lange bzw. lebenslange Nachsorge nötig, in Abhängigkeit, ob eine palliative oder kurative Therapie erfolgte.

Literatur:

1. Ellis WJ, Chetner MP, Preston SD, Brawer MK. Diagnosis of prostatic carcinoma: the yield of serum prostate specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography. *J Urol* 1994; 152: 1520–5.
2. Flanigan RC, Catalona WJ, Richie JP, Ahmann FR et al. Accuracy of digital rectal examination and transrectal ultrasonography in localizing prostate cancer. *J Urol* 1994; 152: 1506–9.
3. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Chute CG, Guess HA et al. Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men. Establishment of age-specific reference ranges. *JAMA* 1993; 270: 860–4.
4. Middleton RG, Thompson IM, Austenfeld MS, Cooner WH et al. Prostate Cancer Clinical Guidelines Panel Summary report on the management of clinically localized prostate cancer. *The American Urological Association. J Urol* 1995; 154: 2144–8.
5. Chodak GW, Thisted RA, Gerber GS, Johansson JE et al. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 242–8.
6. Albertsen PC, Hanley JA, Gleason DF, Barry MJ. Competing risk analysis of men aged 55 to 74 years at diagnosis managed conservatively for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998; 280: 975–80.
7. Peeling WB. Phase III studies to compare goserelin (Zoladex) with orchiectomy and with diethylstilbestrol in treatment of prostatic carcinoma. *Urology* 1989; 33 (Suppl): 45–52.
8. Waymont B, Lynch TH, Dunn JA, Emtage LA et al. Phase III randomised study of zoladex versus stilboestrol in the treatment of advanced prostate cancer. *Br J Urol* 1992; 69: 614–20.
9. Prostate Cancer Trialists' Collaborative Group. Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2000; 355: 1491–6.

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](#)