

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Editorial

Hörtl W

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 2

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 Symposium „UROcyclicum 2002“ befaßte sich mit vier Themenkreisen, die derzeit in der Behandlung des Prostatakarzinoms großes Interesse hervorrufen und teilweise international sehr kontrovers diskutiert werden. Die Inhalte der Seminare sind von orientierender Bedeutung für jeden Urologen in Klinik und Praxis.

Die Indikation für die **Brachytherapie** ist das organbegrenzte low risk-Prostata-Karzinom. Die ursprünglich gehegte Hoffnung, die Brachytherapie würde die erektile Funktion (EF) weniger in Mitleidenschaft ziehen als die externe Bestrahlung oder die radikale Prostatektomie (RPE), hat sich bislang nicht bestätigt. Störungen der EF bis zu 50 % nach Brachytherapie sind publiziert. Die objektive Einschätzbarkeit der Brachytherapie krankt zur Zeit am Fehlen von prospektiven Studien und Langzeitergebnissen. Harnretentionen nach Seed-Implantation kommen in einer Häufigkeit von 2–29 % vor und sind häufiger bei jenen Patienten zu finden, welche bereits vor der Behandlung einen gewissen Grad an LUTS aufwiesen. Patienten mit großen Gewebedefekten nach einer vorangegangenen Operation wegen BPH (TURP oder SPE) sind schlechte Kandidaten für eine Brachytherapie. Innerhalb von 1 bis 1½ Jahren können passagere PSA-Anstiege vorkommen, die wissenschaftlich noch nicht erklärbar sind. Man vermutet, daß eine Prostatitis oder eine andere entzündliche Komponente bei diesen Patienten zum PSA-Anstieg führen könnte. Wegen fehlender prospektiver, randomisierter Studien steht die Brachytherapie derzeit auf einem EBM-Level III.

Die **Nomogramme** von *Partin* und *Kattan* sind die in der Praxis hauptsächlich verwendeten. Erstere lassen eine Vorhersage über das pT-Stadium zu, die anderen eine Voraussage über die Rezidivwahrscheinlichkeit nach kurativer Therapie. Aus Daten der Hamburger Klinik ist bekannt, daß das Volumen des High-Grade-Tumors die entscheidende prognostische Variable darstellt. In diesem Zusammenhang muß auf die schlechte Vergleichbarkeit der Gleason-Scores hingewiesen werden. Die sogenannte Interobserver-Variabilität ist so hoch, daß sie in vielen Fällen eine exakte prognostische Einschätzung nicht zuläßt und folglich auch die Nomogramme in einem gewissen Grad in ihrer Validität in Frage stellt. Grundsätzlich ist festzuhalten, daß die Nomogramme bestenfalls so gut sind wie die Qualität der eingegebenen Daten. Nach radikaler Prostatektomie und adjuvanter Strahlentherapie ist das Absinken und Persistieren des PSA unter 1 ng/ml von entscheidender prognostischer Bedeutung. Die frühe Radiatio beim PSA-Persistieren nach RPE – die Empfehlung der ASTRO 1999 – verlängert die Langzeitüberlebensdaten signifikant, solange der PSA-Wert vor Beginn der Strahlentherapie 1 bis 1,5 ng/ml nicht übersteigt.

Die **Psychonkologie** bekommt einen immer größeren Stellenwert in der Behandlung von Krebspatienten. Es ist daher unerlässlich, daß auch die Urologen sich dieses wichtigen Themas verstärkt annehmen. Die Diagnose „Krebs“ erzeugt große Angst und der daraus resultierende Kontrollverlust des Patienten resultiert in der Unfähigkeit, mit dieser Diagnose umzugehen. Unser Bestreben muß daher darauf ausgerichtet sein, diese Angst zu beseitigen oder zumindest weitestgehend zu lindern. Es muß unsere Aufgabe sein, eine Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit und der Lebensqualität unserer Patienten mit adjunktiven Maßnahmen, Anleitungen zur Kommunikation, Hinweise auf Selbsthilfegruppen etc. zu vermitteln und ihnen die Möglichkeiten zu schaffen, diese auch in Anspruch nehmen zu können.

In der **Hormontherapie** des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms gibt es einige kontroverse Vorgehensweisen, die einer Klärung bedürfen. Komplette und intermittierende Androgenblockade (AB) sind nach wie vor teilweise strittige und wissenschaftlich unzureichend abgeklärte Konzepte. Die Metaanalyse der kompletten vs. partiellen Androgenblockade hat nur 2–3 % Vorteil für die komplette Blockade in bestimmten Indikationen erbracht (EBM IA). Vergleichende Studien für die intermittierende Blockade sind im Gange. Die Ergebnisse werden wohl noch einige Jahre auf sich warten lassen. Bei einer LHRH-Therapie sind Anti-Androgene in der initialen Phase zur Blockierung des Flare-up vor Verabreichung des LHRH-Analogons indiziert. Nach 14 bis 28 Tagen gehören diese aber abgesetzt, wenn man sich nicht für eine maximale AB entscheidet. Es besteht derzeit Konsens darüber, daß die Antiandrogen-Monotherapie als initiale Therapie zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Prostata-Karzinoms noch kein anerkannter Standard ist (EBM III). Eine neoadjuvante AB vor radikaler Prostatektomie ist obsolet, die intermittierende AB ist ebenfalls kein Standard. Die Frage, ob nach einer radikalen Prostatektomie mit positivem Absetzungsrand oder PSA-Anstieg initial systemisch (AB) sofort behandelt werden soll oder erst im Falle der Progression, ist in prospektiv randomisierten Studien noch nicht bewiesen (EBM III).

Mein Dank gilt der Firma TAKEDA für die großzügige Unterstützung der Tagung sowie den Referenten und Diskutanten für den enormen geleisteten Arbeitsaufwand.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Hörtl
Urologische Abteilung, Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien

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](#)