

der mann

Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit

Für Sie gelesen

Blickpunkt der Mann 2005; 3 (2)

25-26

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

INKONTINENZ NACH TUR-P NACH BRACHYTHERAPIE DES LOKALISIERTEN PROSTATA- KARZINOMS

T. Klotz, Weiden

Die Brachytherapie der Prostata ist eine Therapieoption beim lokalisierten Prostatakarzinom. Sie nimmt in ihrer Häufigkeit tendentiell zu. Zwar handelt es sich um eine sogenannte „minimal-invasive“, aber keineswegs um eine nebenwirkungsfreie Therapieform. Entscheidend ist die korrekte Indikationsstellung und Aufklärung der Patienten. In Tabelle 1 werden nochmals die objektiven Parameter dargestellt, die einen für eine LDR-Brachytherapie geeigneten Patienten charakterisieren.

In einer aktuellen Arbeit untersuchten Kollmeier et al. aus der sehr renommierten Arbeitsgruppe von Herrn Stone die Rate an Inkontinenz nach notwendiger transurethraler Resektion (TUR-P) nach erfolgter Brachytherapie. Zwischen Juni 1990 und Februar 2004 wurden 2050 Patienten mit einer Brachytherapie beim lokalisierten Prostatakarzinom behandelt. Bei 38 Patienten (ca. 2 %) wurde eine TUR-P aufgrund einer prostatogenen obstruktiven Miktionsymptomatik notwendig. 7 der 38 resezierten Patienten waren nach TUR-P inkontinent. Der Zeitabstand zur Brachytherapie betrug bei diesen Patienten 11 Monate. Auch 5 Patienten mit einer TUR-P 2 Jahre nach Brachytherapie hatten

Tabelle 1: Indikationen zur interstitiellen Brachytherapie (gemäß DGU und DEGRO 2002)

Seed-Implantation	Gute Indikation	Mäßige Indikation	Schlechte Indikation
PSA	< 10	10–20	> 20
Gleason-Score	< 6	7	8–10
Stadium	T1c–T2a	T2b–T2c	T3
IPS-Score	< 10	10–19	> 20
Prostata-Volumen	< 50	40–60	> 60
Restharn	< 50 ml	50–100 ml	> 100 ml
Max-Flow	> 15	15–10	< 10

Kontinenzprobleme. Alle Patienten wurden exakt evaluiert. Die Arbeitsgruppe darf aufgrund der hohen Gesamtfallzahl als sehr erfahren gelten.

In der Zusammenfassung kommen die Autoren zu folgenden Aussagen:

- Eine Harninkontinenz tritt bei ca. 18 % der Patienten auf, die eine TUR-P nach Brachytherapie benötigen.
- Es bestehen keine Korrelationen bezüglich des Inkontinenzrisikos zur Prostatagröße, Hormontherapie oder Strahlungsdosis – d. h. auch kleine obstruktive Prostatae können Probleme bereiten, wenn eine TUR-P nach Brachytherapie nötig wird.
- Patienten mit später obstruktiver prostatogener Retention (> 2 Jahre nach Brachytherapie) haben sogar ein etwas größeres Risiko für eine Inkontinenz nach TUR-P.

Zweifellos ist die LDR-Brachytherapie eine adäquate Therapiealternative zur Behandlung des lokalen Prostatakarzinoms, wenn eine ausführliche Aufklärung erfolgt ist. Die Methode sollte keineswegs als nebenwirkungsfrei dargestellt werden. Entscheidend ist die exakte Indikationsstellung nach obiger Tabelle.

Vor allem ein schlechter Uroflow (MaxFlow < 15ml/s) und ein Restharn von über 50 ml stellen bereits keine Idealindikationen für eine Brachytherapie mehr dar. Bei exakter Indikationsstellung ist nur selten eine TUR-P nach Brachytherapie (ca. 2 %) notwendig, wenn aber doch, besteht ein hohes Risiko einer Inkontinenz (ca. 20 %). Dieses Risiko wird auch nicht geringer, wenn der Zeitabstand zur Brachytherapie sehr lange (2 Jahre) ist.

Dies bedeutet bei Einbeziehung zusätzlicher Publikationen: Wenn eine prostatogene Obstruktion auftritt, sollte eine TUR-P nach Brachytherapie frühestens nach einem Jahr und spätestens nach 2 Jahren erfolgen. Diese TUR-P muß dann sehr vorsichtig und kontrolliert erfolgen.

Quellen:

Kollmeier MA, Stock RG, Cesaretti J, Stone NN. Urinary morbidity and incontinence following transurethral resection of the prostate after brachytherapy. *J Urol* 2005; 173: 808–12.
Stone NN, Stock RG. Complications following permanent prostate brachytherapy. *Eur Urol* 2002; 41: 427–33.
Gottfried HW, Schneider E, Messer PM. Die interstitielle Brachytherapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms mittels permanent implantierter Strahlenquellen. *Urologe B* 2002; 42: 142–51.

TRENDS IN DER BEURTEILUNG DES GLEASON-SCORES BEIM PROSTATAKARZINOM DURCH DEN PATHOLOGEN

T. Klotz, Weiden

Eine Reihe von Prognosefaktoren und Behandlungsverfahren des lokalisierten Prostatakarzinoms wird entscheidend vom Gleason-Score beeinflusst. Er geht u. a. wesentlich in die Prognose Tabellen ein. Die Zuordnung eines Tumors zu einer bestimmten Gleason-Summe (z. B.

3 + 3 = 6) hängt vom beurteilenden Pathologen ab.

Eine aktuelle Untersuchung von Ghani und Mitarbeitern belegt, daß im Laufe der letzten Jahre der Anteil der als gut differenziert eingestuftem Prostatakarzinome (Gleason-Score < 5) abgenommen hat. Die Autoren haben retrospektiv die Befunde von 2737 Patienten aus den Jahren 1991 bis 2001 analysiert. Weiterhin wurden 50 Fälle aus dem Datenset verblindet und die Biopsieschnitte erneut von einem Pathologen beurteilt. Über die Jahre fanden die Autoren eine Abnahme des Anteils der gutdifferenzierten Tumoren (Gleason-Score < 5) von 24 % im

Jahre 1991 auf 2,4 % im Jahr 2001. Im Rahmen der prospektiven Neubewertung wurden sogar alle Schnitte mit einem Gleason-Score 2–4 zu einem Gleason-Score 5–7 „hochgestuft“. Die Autoren folgern, daß in den letzten Jahren die pathologische Beurteilung starken Migrationseffekten unterlag, was das Grading eines Prostatakarzinoms betrifft.

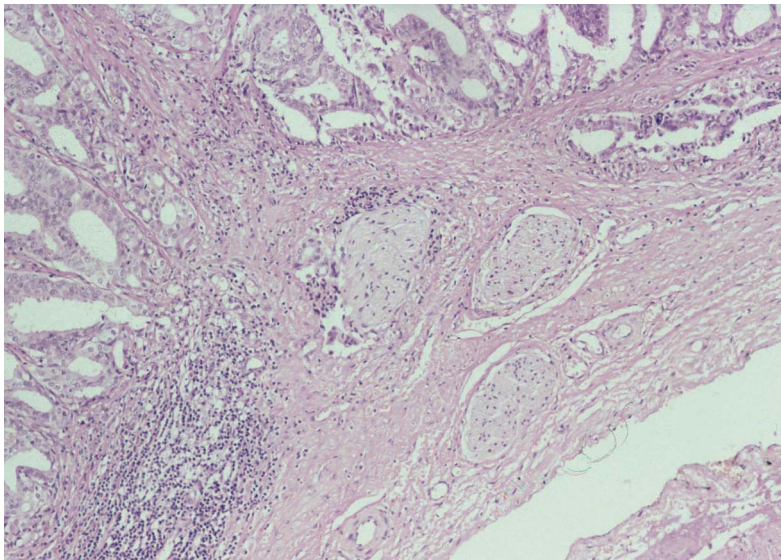
Diese Untersuchung muß sehr hoch eingeschätzt werden. Was bedeutet diese Studie für die tägliche Arbeit? Der Gleason-Score ist kein (!) „gottgegebenes“ objektives Kriterium, sondern unterliegt wie viele andere Parameter Einflußfaktoren, die wir als Urologen zum Teil nicht wahrnehmen. Problem ist, daß die Indikation zu einer Therapie (z. B. Brachytherapie, Lymphadenektomie) und die Aufklärung über die Prognose (z. B. Partin-Tabellen, Kattan-Diagramme) u. a. entscheidend vom Gleason-Score abhängen.

Was ist pragmatisch zu tun? Ein Therapieentscheid darf keinesfalls nur auf einem einzigen Parameter wie Gleason-Score oder PSA-Wert beruhen. Bezüglich des Gleason-Scores empfiehlt sich in Einzelfällen sogar die Einholung einer Zweitmeinung von einem Referenzpathologen, falls ein Therapieentscheid davon abhängt.

Quelle:

Ghani KR, Grigor K, Tulloch DN, Bollina PR, McNeill SA. Trends in reporting Gleason Score 1991 to 2001: changes in the pathologist practice. *Eur Urol* 2005; 47: 196–201.

Abbildung 1: Histologie eines Prostatakarzinom Gleason-Score 6–7 mit perineuraler Infiltration



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](#)