

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Eine Stanze positiv - Operieren
wir zuviel?**

Huber J, Dallinger B

Würnschimmel E

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Österreich), 18-20

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 13-15

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (2)

(Ausgabe für Deutschland), 16-18

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



Eine Stanze positiv – Operieren wir zuviel?

J. Huber, B. Dallinger, E. Würnschimmel

Einleitung: Das Prostatakarzinom ist die häufigste maligne Erkrankung des Mannes, die radikale Prostatektomie die Therapie der Wahl. Verstärkte Maßnahmen zur Früherkennung decken häufiger Karzinome auf, was bei vermeintlich klinisch nicht signifikanten Karzinomen zu „watchful waiting“-Strategien verleitet. Allerdings ist die Vorhersagbarkeit des Prostatakarzinomes hinsichtlich seines klinischen Verlaufes schwierig. **Methodik und Technik:** Das histologische Ergebnis nach radikaler Prostatektomie bei Patienten mit nur einer einzigen positiven Stanzbiopsie wurde von uns nachuntersucht. Die Biopsie erfolgte als Oktantenbiopsie nach den derzeit gültigen Schemata, radikal prostatektomiert wurde in ausschließlich retropubischer ascendierender Form. **Ergebnisse:** Die Untersuchung der histologischen Ergebnisse zeigte in einem überraschend hohen Prozentsatz (58 %) einen Karzinombefund in beiden Prostataseitenlappen (pT2c), in 12 % eine Organüberschreitung. Es fand sich in lediglich 18 % der Fälle ein kleines Karzinom in einem Seitenlappen (pT2a). **Schlußfolgerung:** Bei auch nur einer positiven Stanzbiopsie kann keine Vorhersage für das histologische Stadium nach Radikaloperation und damit den wahrscheinlichen klinischen Verlauf getroffen werden.

Introduction: Prostate cancer is the most frequent malign tumour of the male, radical prostatectomy the best therapy. More measures to early detection of prostate cancer result in more supposed clinical insignificant tumours. So the “watchful waiting” strategy increases. But it is difficult to prognosticate the clinical course of prostate cancer without curative therapy. **Methods and technique:** In our study we investigated the pathological outcome of the patients with only one positive core in the transrectal biopsy of the prostate. We took at least 8 cores from the prostate state of the art. Radical prostatectomy was done in retropubic ascended form. **Results:** In 58 % was the prostate cancer in both sides of the prostate (pT2c), in 12 % the tumour was broken through the capsule. In only 18 % we found a small cancer in one side of the prostate (pT2a). **Conclusion:** We cannot surely prognosticate the histological stage – and consequently the clinical course – by only one positive core in the prostate biopsy of prostate cancer. *J Urol Urogynäkol* 2006; 13 (2): 18–20.

Die verstärkten Maßnahmen zur Früherkennung decken immer mehr Prostatakarzinome (PCA) auf. [1, 2]. Somit steigt auch die Anzahl der therapeutischen Interventionen. Diese Tatsache wird – teils von Laien, teils aus Ärztekreisen – zum Anlaß genommen, den Sinn der radikalen Prostatektomie (RPE) zu hinterfragen. Titel wie: „Die Achillesdrüse: Das PCA ist die häufigste Krebsform bei Männern. Weil es auch schlafende Tumoren gibt, profitieren nur wenige Patienten von einer Früherkennung: Ein männliches Dilemma“ füllen die Titelseiten der Boulevardpresse, aber auch renommierter Wochenblätter [3].

Auch lagen in den letzten Jahren genügend Publikationen auf, wo dargelegt wurde, daß die „watchful waiting“-Strategie beim PCA keinen Nachteil hinsichtlich des Gesamtüberlebens mit sich bringt [4]. Diese öffentlichen Stellungnahmen verunsichern unsere Patienten, die mit der Diagnose des PCA konfrontiert werden. Auch die behandelnden Urologen sind einer zusätzlichen Diskussion im Rahmen der Patientenaufklärung vor der RPE ausgesetzt.

Zwar gibt es klare Kriterien eines sogenannten klinisch insignifikanten Tumors, wie er 1996 von Epstein definiert wurde [5], dennoch fällt es schwer, deshalb den Karzinompatienten von einer kurativen Therapie abzuraten. Der Aussage Epsteins gegenüber stehen Untersuchungen der Klinik Innsbruck, daß Tumoren mit niederem PSA und kleinen Volumina oft multifokale und heterogene Tumoren sind. Selbst im PSA-Bereich von 2–4 ng/ml sind laut den Tiroler Daten 90 % der Karzinome größer als 0,2 cc [6].

Aus diesen Gründen haben wir unser eigenes Patientengut auf eine mögliche Form der Vorhersagbarkeit eines klinisch nicht signifikanten Prostatakarzinombefundes untersucht. Als Kriterium wählten wir jene Patienten aus, die in nur einer Stanze ein PCA hatten.

Aus der Urologischen Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis (Leiter: Prim. Dr. Erich Würnschimmel)

Korrespondenzadresse: Dr. Johannes Huber, KH Ried, Urologische Abteilung, Schloßberg 1, A-4910 Ried im Innkreis, E-mail: johannes.huber@bhs.at

Patienten und Methode

Technik

Die Stanzbiopsie erfolgte während einer Tagesaufnahme, sie wurde unter Verwendung einer lokal anästhesierenden Salbe im Analsphinkterbereich durchgeführt. Bei der 2. Rebiopsie erhielt der Patient eine Vollnarkose unter stationären Bedingungen. Die Lagerung erfolgte in Steinschnitt- oder Seitenlage.

Das frühere Biopsieschema – die von Hodge und Stamey publizierte Sextantenbiopsie [7] – wurde verlassen. Als Standard galt für uns die Entnahme von mindestens 8 Stanzen, besonderer Wert wurde auf die lateralen Biopsiestellen [8] gelegt. Zu den 6 lateralen Stellen wurden zusätzlich zwei Proben aus der Transitionalzone entnommen, da in unserem eigenen Patientengut die Umstellung auf diese Technik bei 8,5 % in genau diesen zusätzlichen Stanzen einen Karzinombefund brachte [9]. Nach den Vorgaben der Österreichischen Gesellschaft für Urologie [10] wurde die Prostata ultraschallgesteuert mit einer biplanen Sonde biopsiert.

Bei der 2. Rebiopsie wurden dann neben dem oben beschriebenen Biopsieschema Fächerbiopsien [11] entnommen, die endgültige Anzahl der Stanzen richtete sich nach der Prostatagröße und dem Alter des Patienten (Saturationsbiopsie), wobei auch hier besonderer Augenmerk auf die lateralen Biopsien – wie 2003 von Fink et al. publiziert – gelenkt wurde [12].

Es wurden somit insgesamt mindestens acht Stanzen entnommen, im Schnitt waren es neun, die maximale Anzahl betrug 15. Im Zeitraum vom 1. März 2003 bis zum 30. September 2004 wurden bei insgesamt 400 Patienten 426 Biopsien durchgeführt.

Therapeutisch erfolgte die radikale Prostatektomie, operiert wurde ausschließlich in Form der retropubischen, ascendierenden Technik.

Patienten

Das Durchschnittsalter der Männer lag bei 65 Jahren (51 bis 75 Jahre). Grund für die Probenentnahme waren der PSA-Wert und/oder ein auffälliger Tastbefund, es wurden die altersabhängigen PSA-Tabellen nach Österling [13] als Richtlinie herangezogen. Im Mittel betrug der Wert 7,71 ng/ml, sie lagen zwischen 0,8 und 22,0 ng/ml. Als Selektionskriterium für die Biopsie galt das biologische Alter – die Patienten sollten von einer kurativen Therapie profitieren und eine Lebenserwartung ab Therapie von mindestens 10 Jahren aufweisen.

Ergebnisse

Von den insgesamt 426 Biopsien fand sich in 242 Fällen ein Karzinom (56 %), von diesen wurde in 57 (23 % aller Karzinombefunde) Fällen das Prostatakarzinom in lediglich einer Stanze (14,25 % aller Biopsien) diagnostiziert. Für die Auswertung kamen dann insgesamt 50 Männer in Betracht, davon wurden 42 radikal prostatektomiert. Somit konnte in 42 Fällen das genaue histologische Stadium bestimmt werden (Abb. 1).

Ein „kleines“, in nur einem Seitenlappen (pT2a) lokalisiertes Karzinom fand sich in nicht einmal 1/5 der Fälle (18 %). In 12 % infiltrierte das Karzinom bereits mehr als die Hälfte (pT2b) eines Seitenlappens. In 58 % fand sich ein Karzinom, welches in beiden Seitenlappen der Prostata (pT2c) lokalisiert war. In 12 % hatte das Karzinom die Organ Grenzen der Prostata überschritten, in einem Fall (2 %) bereits die Blase infiltrierte (pT4) (Abb. 2).

Diskussion

Das PCA ist die häufigste Karzinomdiagnose des Mannes und aufgrund dessen auch eine recht gut untersuchte Erkrankung. In der Prä-PSA-Ära war man auf klinische Diagnosemittel angewiesen, sodaß hier viele fortgeschrittene Karzinome diagnostiziert wurden. Daneben gab es im Gegensatz zu heute recht häufig Karzinomdiagnosen im Rahmen der TUR-P. Frühere Arbeiten zeigen aber, daß auch bei sogenannten „inzidentellen“ Karzinomen die RPE als sicherste Therapie gilt [14]. Bestätigt wurden diese Zahlen erst kürzlich von der TU München, Klinikum rechts der Isar, wo eindeutig wieder zur RPE nach der TUR-P beim inzidentellen PCA geraten wurde [15]. Seit Einführung des PSA-Wertes werden aber viele Karzinome im klinisch unauffälligen Stadium diagnostiziert, somit können viele Patienten kurativ operiert werden. Das verleitet dazu, von einem „overtreatment“ zu sprechen.

Dagegen spricht: Aufgrund der Heterogenität des Prostatakarzinomes ist auch zu beobachten, daß die pathologische Differenzierung des Karzinomes in zirka 30 % der Fälle im Vergleich zum Präparat nach radikaler Prostatektomie unterschätzt wird. Dies sollte bei der Therapieentscheidung berücksichtigt werden [16]. Auch beträgt die Wahrscheinlichkeit für ein Prostatakarzinom bei negativem Tastbefund und einem PSA-Wert zwischen 2 und 4 ng/ml bereits 20 % [17]. Zwar haben wir mit den Partin-Tabellen recht gute Hilfsmittel zur Vorhersagbarkeit von Verläufen nach der Operation [18], eine Entscheidungshilfe zum „Nichtoperieren“ stellen sie aber nicht dar.

In der Zwischenzeit wurde auch publiziert, daß die RPE signifikant die Sterberate am PCA senkt. Im Gegensatz zu einer früheren Analyse wurde im Mai 2005 gezeigt, daß auch die Gesamtsterblichkeit und das Risiko, Metastasen

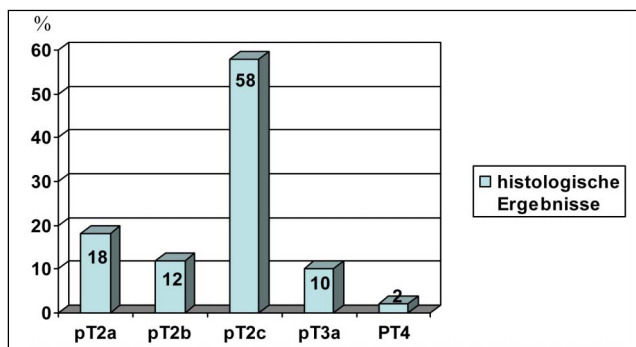


Abbildung 1: Einteilung in histologische Stadien nach erfolgter radikaler Prostatektomie

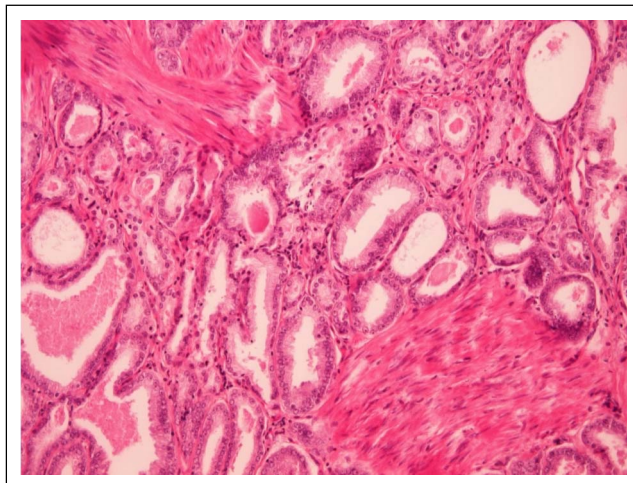


Abbildung 2: Adenokarzinom der Prostata – GII Gleason-Score 3 + 4 = 7 – infiltrierte in die Muskulatur des Blasenhalbes

und einen lokalen Progredienz zu erleiden, bei Patienten mit einem PCA nach der Radikaloperation sinkt [19].

Die bei unserer Studie zum Teil überraschenden Ergebnisse bezüglich der histologischen Stadien wirft die Frage nach der Ursache für ein unerwartet höheres Stadium im Operationspräparat auf: Eine der Möglichkeiten ist, daß es sich um multifokale Tumoren (26 %) handelt, wobei jeder Herd für sich klein ist und bei der Biopsie nur einer zufällig getroffen wurde. In 12 % der Fälle handelte es sich tatsächlich um deskriptiv kleine Tumoren. Die exakte Tumorgöße in einem zweidimensionalen Großflächenschnittbild zu bestimmen, ist allerdings schwierig [20], sodaß wir uns auf die subjektiven Größenangaben unserer Pathologen verlassen.

Eine andere Möglichkeit betrifft die Lokalisation des Tumors: Einzelne Karzinome waren nur im ventralen Bereich der Prostata lokalisiert, andere im periurethralen Bereich. Dies sind naturgemäß Regionen, wo weniger Karzinome vermutet und somit auch weniger biopsiert werden. Hier gibt es widersprüchliche Angaben zur Häufigkeit der Lokalisation zum Beispiel im ventralen Bereich der Prostata [21].

Zu erwähnen ist auch das gleichzeitige Vorhandensein einer PIN in den anderen Stanzen. Auch hier wurde das Karzinom nur an einer Stelle getroffen, eine begleitende PIN lag daneben. Der Gleason-Score war für die Erklärung des unerwarteten postoperativen histologischen Befundes nicht hilfreich: Vielfach stimmt der Gleason-Score im Biopsie-

präparat mit dem im OP-Befund nicht überein. In unserer Studie fanden wir nur in wenigen Fällen eine Erhöhung des Scores, wenn, dann maximal um einen Punkt, in keinem Fall aber eine Steigerung auf größer sieben.

Schluß aus dieser Studie war für uns, daß lediglich aufgrund der Anzahl der positiven Stanzten keine Vorhersagbarkeit eines klinisch nicht signifikanten PCA bezüglich der endgültigen Histologie getroffen werden kann. Deshalb kann der Therapieansatz bei diesen Fällen nur ein kurativer sein.

Ganz neu ist diese Erkenntnis nicht, Hugh Hampton Young stellte bereits im Jahr 1940 fest: „... viele Männer könnten vom Prostatakarzinom chirurgisch geheilt werden, wenn eine Untersuchung früh stattfindet und der Arzt (auch nur kleine) Verhärtungen oder Knoten tastet“ [22].

Literatur:

1. Bartsch G et al. Prostate cancer mortality after introduction of prostate-specific antigen mass screening in the Federal State of Tyrol, Austria. *Urology* 2001; 58: 417–24.
2. Statistik Austria: Rate der Prostatakrebsneudiagnosen in OÖ und Österreich
3. Profil Nr. 44, 25.10.2004, Seite 100.
4. Holmberg L et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 781–9.
5. Epstein JI. Can insignificant prostate cancer be predicted preoperatively in men with stage T1 disease? *Semin Urol Oncol* 1996; 14: 165–73.
6. Bartsch G. Die Tiroler Screening Studie. Vortrag, DGU 2004, Wiesbaden.
7. Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stamey TA. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *J Urol* 1989; 142: 71–4.
8. Stamey T. Making The Most Out Of Six Systematic Sextant Biopsies. *Urology* 1995; 45: 2–12.
9. Huber J. Vortrag Salzburg/OÖ Urologentreffen, November 1999.
10. Video der ÖGU: Die Ultraschall-gestützte Biopsie der Prostata; ein Film des AK für Urologische Onkologie, 2001.
11. Brössner C et al. Eine vergleichende Studie zweier Sextantenbiopsietechnik in derselben Prostata. *J Urologie Urogynäkol* 1999; 6 (2): 7–12.
12. Fink G et al. Effizienz der Rebiopsie der Prostata: Untersuchung von TZ und lateralen Biopsien. *J Urologie Urogynäkol* 2003; 10 (4): 7–11.
13. Oesterling JE. Age-specific reference ranges for serum prostate-specific antigen. *Can J Urol* 1995; 2 (Suppl): 23–9.
14. Lipsky H, Würnschimmel E. Inzidentelles PCA – „wait and see“ oder Radikale Prostatektomie. *Urologe A* 1992; 31: 48–51.
15. Paul R et al. Inzidentelles PCA: Kann und soll die RPE danach empfohlen werden? *Urologe A* 2005; 44: 1052–8.
16. San-Francisco IF, DeWolf WC, Rosen S et al.. Extended prostate needle biopsy improves concordance of Gleason grading between prostate needle biopsy and radical prostatectomy. *J Urol* 2003; 169: 136–40.
17. Schroder FH, Kranse R, Rietbergen J et al. The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC): an update. *Eur Urol* 1999; 35: 539–43.
18. Partin AW et al. Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin Tables) for the new millennium. *Urology* 2001; 58: 843–8.
19. Bill-Axelsson A et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2005; 352: 1977–84.
20. Mail KT et al. A simple technique for calculation of the volume of prostatic adenocarcinomas in radical prostatectomy specimens. *Pathol Res Pract* 2003; 199: 599–604.
21. Reissigl A et al. Frequency and clinical significance of transition zone cancer in prostate cancer screening. *Prostate* 1997; 30: 2.
22. Young HH. *A Surgeon's Autobiography*. Harcourt Brace, New York, 1940; 131.



Dr. Johannes Huber

Geboren 1968, Medizinstudium in Innsbruck, Promotion 1995, Turnusausbildung in Ried und Linz. Ab 1997 Facharztausbildung Urologie KH Barmherzige Schwestern in Ried. Gastarzt in Murnau und Innsbruck.

Seit 2002 Österreichischer Facharzt, seit 2003 F.E.B.U. Mitglied der Arbeitskreise der ÖGU für Blasenentleerungsstörung und Urologische Onkologie.

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](#)