

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

## Therapie des Lokalrezidivs nach radikaler Prostatektomie

Kramer W, Jonas D

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 1998; 5 (3) (Ausgabe*

*für Österreich), 7-12*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://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

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.  
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«  
– Wolf-Dieter Storl

synthetische  
**OHNE**  
Zusätze

# Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk  
aus dem *Schneeberg*«  
L A N D



[www.waldweihrauch.at](http://www.waldweihrauch.at)

W. Kramer, D. Jonas

# THERAPIE DES LOKALREZIDIVS NACH RADIKALER PROSTATEKTOMIE

## Summary

Open surgical tumor resection is the only potentially curative therapeutic option for young men with a local recurrence after radical prostatectomy. The postoperative urinary incontinence is its most frequent complication and an essential part of the preoperative information of the patient. Postoperative urinary incontinence can very well be treated by the implantation of artificial sphincter devices.

The indication for a new surgical intervention after radical prostatectomy is seen in selected young patients with a slow PSA increase at a low level and in greater

latency to the primary operation, in whom a local recurrence is histologically proven after radical prostatectomy in the classical stages pT1-2, pN0, pM0. The increase of the frequency of radical prostatectomies worldwide will be paralleled by an increase in the number of patients with an isolated local recurrence.

Operative reintervention in patients with prostate cancer recurrence after radical prostatectomy and locally advanced tumors (pT3) and with two-digit PSA values seems inappropriate and chances to perform a safe R0-resection are little.

ein Lokalrezidiv und/oder das disseminierte Fortschreiten der Erkrankung sein [2].

Es entspricht der allgemeinen operativen Erfahrung, daß der Pathologe am Prostatektomiepräparat in bis zu 20 % der Fälle einen positiven Absetzungsrand, insbesondere am Apex, beschreibt.

Berichte über Lokalrezidive ohne PSA-Nachweis sind selten und eher anekdotischen Charakters [3–5].

Der deutlich langsamere PSA-Anstieg nach radikaler Prostatektomie und die längere Latenz zu dieser unterscheiden Lokalrezidive von Metastasen [6]. Insgesamt ist bei rund 25 % der Männer mit isolierter PSA-Erhöhung nach radikaler Prostatektomie mit einem okkulten Lokalrezidiv zu rechnen [1, 7].

## Welche therapeutischen Möglichkeiten stehen beim PSA-Anstieg nach radikaler Prostatektomie zur Verfügung?

Die Androgen-Suppression ist palliativ, ihre Wirkung zeitlich begrenzt und ihr Einsatz bei bloßem PSA-Anstieg oder erst bei klinischer Symptomatik umstritten und Gegenstand einer Studie der EORTC (3089).

Auch die lokale Strahlentherapie hat eine zeitlich befristete und nur palliative Wirkung. Als Adjuvans nach radikaler Prostatektomie, entweder sofort oder erst bei PSA-Anstieg ist ein nur passagerer PSA-Abfall bei 53–64 % der Patienten zu erwarten [7–11]. Auch als Adjuvans bei bekannt positivem Absetzungsrand verhilft die Strahlentherapie

## ZUSAMMENFASSUNG

Die erneute offene Tumorsektion ist die einzige potentiell kurative Therapieoption für Männer relativ jüngeren Lebensalters und einem Lokalrezidiv nach radikaler Prostatektomie. Ihre häufigste Komplikation, die postoperative Harninkontinenz, ist wesentlicher Bestandteil des präoperativen Aufklärungsgesprächs. Sie läßt sich mittels der Implantation von Sphinkterprothesen sehr gut behandeln.

Die Indikation zu diesem Eingriff ist bei ausgesuchten, jungen Patienten mit langsamem PSA-Anstieg auf niedrigem Niveau in größerer Latenz zur Erstoperation, bei histologischem Lokalrezidiv-Nachweis und bei Zustand nach radikaler Prostatektomie in den klassischen Stadien pT1-2, pN0, pM0 zu stellen. Angesichts

der Zunahme der Frequenz der radikalen Prostatektomie weltweit ist mit einem Anstieg der Zahl von Patienten mit isoliertem lokoregionären Rezidiv zu rechnen.

Eine operative Reintervention bei rezidivierenden Patienten mit zweistelligen PSA-Werten und lokal fortgeschrittenen Tumoren bei der radikalen Prostatektomie (pT3) erscheint nicht sinnvoll, da kaum Aussicht besteht, eine sichere R0-Resektion zu erreichen.

## EINLEITUNG

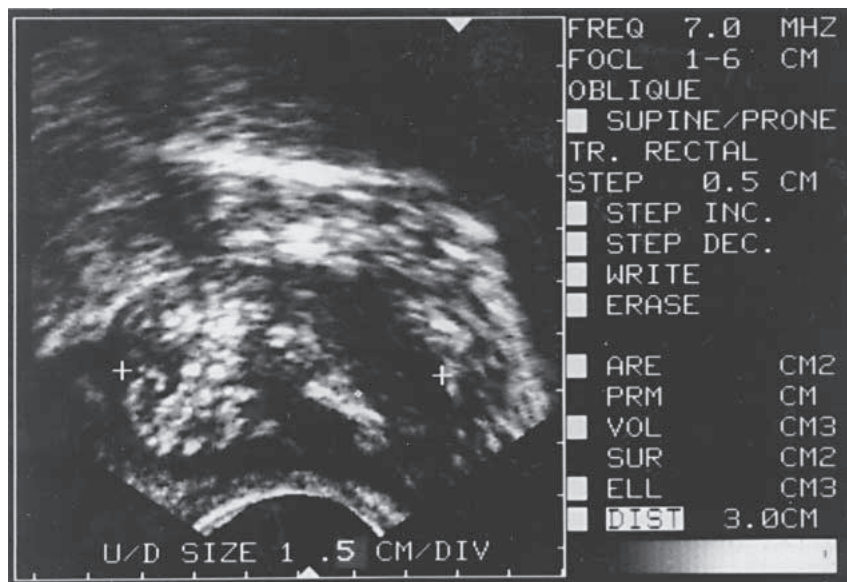
Nach radikaler Prostatektomie rezidivieren ca. 23 % der Patienten [1]. Bei 11,2 % der Fälle ist ein nachweisbares PSA (> 0,2 ng/ml) der einzige Hinweis [1].

Ursachen des PSA-Anstiegs nach radikaler Prostatektomie können

Tabelle 1: Patientendaten

W.F. *1923 27.07.84 RP pT2 pN0 M0 26.10.89 Rezidivresektion (R0)	W.B. *1938 12.09.94 RP pT1 pN0 M0 18.03.97 Rezidivresektion (R0)
D.P. *1934 3/86 Radiatio 14 Gy 23.04.86 RP pT1 pN0 M0 13.06.89 Penisprothesenimplantation 19.10.95 Rezidivresektion (R0) 15.07.96 Artificieller Sphinkter	W.B. *1941 17.03.94 RP pT3b pN0 M0 10.01.97 Rezidivresektion (R1) 04.03.97 Orchiektomie 3-4/97 adjuvante Radiatio
E.S. *1946 09.07.93 RP pT3 pN0 M0 10/96 Orchiektomie 11.11.96 Rezidivresektion (R1) 1/97 adjuvante Radiatio G.R. *03.01.35 (Abb. 1, 2a und b) 29.08.85 RP pT3 pN0 M0 (Lymphangiosis carc.) 09.12.96 Rezidivresektion (R0)	F.G. *1929 08.12.93 RP pT2a pN0 M0 15.01.97 Rezidivresektion (R1) (intraop. R0) 25.02.97 Orchiektomie

Abbildung 1: Patient G.R.; lokoregionäres Prostatakarzinomrezidiv in der transrektalen Sonographie (Pfeil)



den PSA-Anstieg und die Progression nicht [12].

Die operative Reintervention galt aufgrund der schwierigen anatomischen Situation und einer mutmaßlich zweifelhaften Prognose bislang als Ausnahme [13].

## PATIENTEN UND METHODEN

7 Patienten wurden im Alter von 50–67 Jahren aufgrund eines Lokalrezidivs nach radikaler Prostatektomie einer erneuten

operativen Reintervention unterzogen (Tab. 1).

Charakteristisch für das Lokalrezidiv waren der langsame PSA-Anstieg 3 bis 11 Jahre nach der Erstoperation sowie der durch transrektale Sonographie unterstützte bioptische Nachweis des Karzinoms an der urethrovesikalen Anastomose.

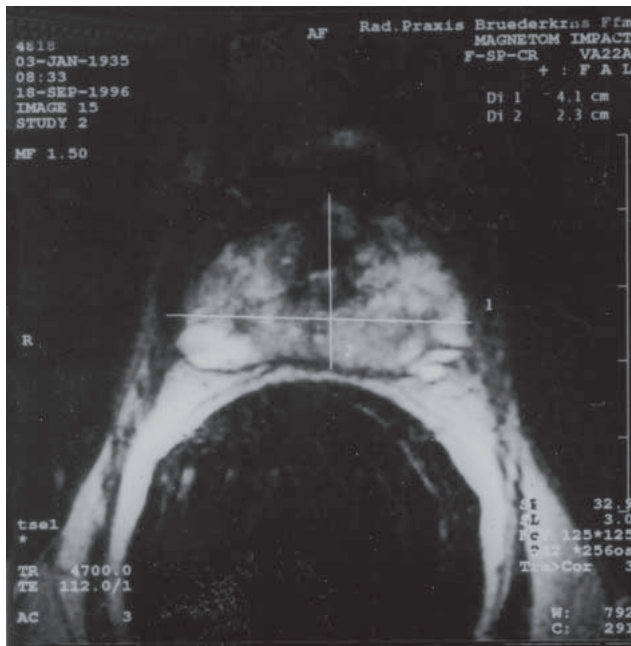
Der postoperative Zugang erfolgte teils suprasymphysär retro-pubisch, teils kombiniert mit einem perinealem Vorgehen.

## ERGEBNISSE

Bei 4 von 7 Patienten konnte eine R0-Resektion des Prostatakarzinomrezidivs erreicht werden. Bei 3 Patienten erfolgte die Resektion mikroskopisch nicht sicher im Gesunden, sie erfuhren zwischenzeitlich eine Orchiektomie, 2 von ihnen wurden durch ihre betreuenden Urologen einer adjuvanten Strahlentherapie zugeführt. Bei noch kurzer Nachbeobachtungszeit (Ausnahmen W.F. und D.P.) finden sich die PSA-Werte bei allen Patienten in einem Bereich unter 0,1 ng/ml (Tab. 2).

Ein Patient (W.F.) ist II.-gradig streßinkontinent, wünscht aber seit Jahren keine Veränderung seiner Situation. Alle anderen nachoperierten Patienten waren postoperativ harninkontinent; fünf waren dies bereits seit der radikalen Prostatektomie. Ein Patient wurde erfolgreich mit einem artifiziellem Sphinkter versorgt (D.P.), bei den übrigen ist dieser Eingriff geplant.

Abbildung 2: Patient G.R.; Lokoregionäres Prostatakarzinomrezidiv in der MRT. Darstellung des Lokalrezidivs als Raumforderung mit unterschiedlicher Signalgebung; links im T2-gewichteten Transversalschnitt, rechts im T2-gewichteten Sagittalschnitt.



## SCHLUSSFOLGERUNG

Auch wenn die Nachbeobachtungszeit noch zu kurz ist, sollte bei jungen Patienten mit einem Lokalrezidiv nach „kurativer“ Prostatektomie die Indikation zur erneuten offenen Tumorsektion nicht a priori verworfen werden.

### Literatur:

1. Partin AW, Pound CK, Clemens JQ, Epstein JI, Walsh PC. Serum PSA after anatomic radical prostatectomy. The John Hopkins experience after 10 years. *J Urol Clin N Amer* 1993; 20: 671.
2. Stein A, deKernion JB, Dorey F. Prostatic specific antigen related to clinical status 1 to 14 years after radical retro-pubic prostatectomy. *Brit J Urol* 1991; 67: 626.
3. Goldrath DE, Messing EM. Prostate specific antigen: not detectable despite

tumor progression after radical prostatectomy. *J Urol* 1989; 142: 1082.

4. Takayama T, Krieger JN, True LD, Lange PH. Recurrent prostate cancer despite undetectable prostate specific antigen. *J Urol* 1992; 148: 1541.
5. Wirth M, Manseck A, Heimbach D. Value of prostate-specific antigen as a tumor marker. *Eur Urol* 1993; 24 (Suppl 2): 6.
6. Trapasso JG, de Kernion JB, Smith RB, Dorey F. The incidence and significance of detectable levels of serum prostate

specific antigen after radical prostatectomy. *J Urol* 1994; 152: 1821.

7. Lange PH, Lightner DJ, Medini E, Reddy PK, Vessella RL. The effect of radiation therapy after radical prostatectomy in patients with elevated prostate specific antigen levels. *J Urol* 1990; 144: 927.
8. Hudson MA, Catalona WJ. Effect of adjuvant radiation therapy on prostate specific antigen following radical prostatectomy. *J Urol* 1990; 143: 1174.

Tabelle 2: Ergebnisse

Patient (RP)	Alter (RP)	Stadium (Rezidiv)	PSA [ng/ml] (Rezidivop.)	Alter	R ?	Adjuv. Therapie	PSA [ng/ml]	FU (Mon.)
W.F.	60 J.	pT2	5,4	66 J.	R0		0,1	86
D.P.	52 J.	pT1	3,7	61 J.	R0		0	18
E.S.	47 J.	pT3a	3	50 J.	R1	OE,Rad.	0	3
G.R.	50 J.	pT3	13,9	61 J.	R0		0	4
W.B.	52 J.	pT3b	43	55 J.	R1	OE,Rad.	0,1	3
F.G.	64 J.	pT2a	16,7	67 J.	R1	OE	< 0,1	3
W.B.	55 J.	pT1a	1,4	58 J.	R0		0,1	1

**Dr. Wolfgang Kramer**

Geboren 1955 in Berlin, Studium der Humanmedizin 1975 - 1981 in Homburg/Saar und Frankfurt/Main. Approbation, Promotion 1981, amerikan. Staatsexamen 1982. 1981 - 1982 Wiss. Angestellter, Abt. Urologie des Zentrums der Chirurgie, Klinikum der JWG-Universität Frankfurt/Main. 1982 - 1983 Assistent, Chirurgische Abteilung, Kreiskrankenhaus Husum 1983 - 1984 Wiss. Angestellter, Abt. Urologie des Zentrums der Chirurgie, Klinikum der JWG - Universität Frankfurt/Main 1984 - 1986, Wiss. Angestellter, Urologische Klinik und Poliklinik, Klinikum Steglitz der FU Berlin. 1986 Arzt für Urologie. Seit 1987 Wiss. Angestellter, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum der JWG - Universität Frankfurt/Main. Seit 1988 Oberarzt, seit 1989 Leitender Oberarzt 1996 Habilitation

**Korrespondenzadresse:**

Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Kramer  
Klinik für Urologie und Kinderurologie  
D-60596 Frankfurt/Main  
Theodor-Stern-Kai 7



9. Link Pfreiha FS, Stamey TA. Adjuvant radiation therapy in patients with detectable prostate specific antigen following radical prostatectomy. J Urol 1991; 145: 532.

10. Partin AW et al. Urol Clin N Amer 1993; 20: 713.

11. Schild SE, Buskirk SJ, Robinow JS, Tomera KM, Ferrigni RG, Frick LM. The results of radiotherapy for isolated elevation of serum PSA levels following radical prostatectomy. Int J Rad Oncol Biol Phys 1992; 23: 141.

12. Cotzee LJ, Hars V, Paulson DF. Post-operative prostate-specific antigen as a prognostic indicator in patients with margin-positive prostate cancer, undergoing adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy. Urology 1996; 47: 232.

13. Weißbach L. PSA-Anstieg nach radikaler Prostatektomie. Urologe B 1994; 34: 177.

# 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](#)