

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**EAU-Guidelines für das
Prostatakarzinom und ihre Bedeutung
für die tägliche Praxis**

Lunglmayr G

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2006; 13 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 24-26

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

EAU-GUIDELINES FÜR DAS PROSTATAKARZINOM UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE TÄGLICHE PRAXIS

Das letzte Update der EAU-Guidelines für das Prostatakarzinom wurde im März 2005 publiziert. Für die Guidelines wurde die aktuelle Datenlage evaluiert und den Kriterien des US-Department of Health und Human Services, Agency for Health Care Policy and Research 1992 entsprechend eingestuft (Tabelle 1 und 2).

Die Empfehlungen generell akzeptierter Behandlungsstrategien sind nicht nur für einen optimierten Einsatz der verfügbaren Behandlungsmethoden und deren Kombinationen von Bedeutung, sondern nicht zuletzt auch als Argumentationshilfen bei vermeintlichen Behandlungsfehlern heranzuziehen.

THERAPIE DES PROSTATAKARZINOMS

Stadium pT1a N0 M0

Watchful Waiting ist bei hoch- oder middeldifferenzierten Karzinomen mit einer Lebenserwartung von < 10 Jahren angezeigt. Bei längerer Lebenserwartung wird ein Re-Staging (TRUS,

Tabelle 1: „Levels of Evidence“

- 1a Metaanalyse randomisierter Studien
- 1b Wenigstens eine randomisierte Studie
- 2a Eine kontrollierte Studie (nicht randomisiert)
- 2b Eine Studie mit „gutem Design“
- 3 Vergleichende und Korrelationsanalysen, Kasuistiken
- 4 Expertenkomitee, Expertenmeinung

Biopsie) gefordert, um Änderungen der biologischen Potenz des Tumors rechtzeitig zu erfassen (Grad B).

Die radikale Prostatektomie (RPE) oder die Radiotherapie sind bei jüngeren Patienten mit langer Lebenserwartung und hohem Gleason-Score indiziert (Grad B).

Insbesondere die Brachytherapie ist mit dem Nachteil einer höheren postoperativen Komplikationsrate im Falle einer TUR/P bei subvesikaler Obstruktion behaftet (Grad B).

Die Hormontherapie oder Kombinationen sind keine validen Optionen.

Stadium pT2-pT2 N0 M0

Watchful Waiting ist auf asymptomatische Patienten mit hoch- und middeldifferenzierten Tumoren und einer Lebenserwartung von < 10 Jahren beschränkt, besonders dann, wenn therapeutische Nebenwirkungen der RPE oder Radiotherapie nicht akzeptiert werden (Grad B).

Der „Goldstandard“ ist die radikale Prostatektomie, falls eine Lebenserwartung von > 10 Jahren vorliegt und die potenziellen Nebenwirkungen akzeptiert werden (Grad A).

Die Radiotherapie ist eine alternative Option für Patienten mit einer länge-

Tabelle 2: „Grades of Guideline Recommendations“

- A Klinische Studien mit guter Qualität, bezogen auf die spezifische Fragestellung. Mindestens eine randomisierte Studie.
- B Kontrollierte Studien ohne Randomisierung.
- C Keine klinische Studien mit guter Qualität

ren Lebenserwartung (> 10 Jahre). Voraussetzung ist, daß die Patienten bereit sind, allfällige Nebenwirkungen zu tolerieren. Weitere Indikationen für die Radiotherapie bestehen bei Patienten, bei denen Kontraindikationen zur RPE vorliegen, sowie für Patienten in reduziertem Allgemeinzustand mit einer Lebenserwartung zwischen 5 und 10 Jahren und hochmalignen Tumoren (Grad B).

Vorteile einer neoadjuvanten Hormontherapie vor der RPE sind nicht erwiesen (Grad A). Der neoadjuvanten Hormontherapie vor Radiotherapie wird eine bessere lokale Tumorkontrolle, jedoch kein Überlebensvorteil zugeschrieben. Bei entdifferenzierten Tumoren erwies sich die Kombination von Radiotherapie mit einer adjuvanten Hormontherapie über einen Zeitraum von 3 Jahren vorteilhaft (Grad A).

Eine primäre Hormontherapie ist bei symptomatischen Patienten mit palliativer Zielsetzung indiziert (Grad C).

Stadium T3 N0 M0

Die Indikation für Watchful Waiting ist auf asymptomatische Patienten mit hoch- bis middeldifferenzierten T3-Tumoren und einer Lebenserwartung < 10 Jahren beschränkt (Grad C).

Die Radikaloperation gilt als Option für selektive Patienten im Stadium T3a mit einer Lebenserwartung von > 10 Jahren.

Die Radiotherapie mit Dosisescalation (> 70 Gy) ist eine wirksame Maßnahme für Patienten mit T3-Tumoren und einer Lebenserwartung von 5 bis 10 Jahren. Sofern die Dosisescalation nicht möglich ist, wird die Kombination mit einer Hormontherapie empfohlen (Grad A).

Für symptomatische Patienten mit extensiven T3- bis T4-Tumoren, reduziertem Allgemeinzustand und PSA-Werten > 25 ng/ml ist die Hormontherapie von Vorteil (Grad A).

EXPERIMENTELLE ALTERNATIVEN FÜR LOKO-REGIONALE KARZINOME

Die Kryotherapie und der fokussierte Ultraschall sind potenzielle Alternativen für Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand und kurzer Lebenserwartung. Die Methoden werden als experimentell eingestuft. Längere Beobachtungszeiten fehlen, so daß die Wirksamkeit derzeit noch nicht beurteilt werden kann.

Stadium T1-4, N+, M0

Watchful Waiting ist bei asymptomatischen Patienten möglich, jedoch mit dem Risiko kürzerer Überlebensraten behaftet (Grad C).

Lokoregionale Maßnahmen, wie die RPE, Radiotherapie oder Kombinationen, gehören nicht zum Standard.

Die Hormontherapie ist die Methode der Wahl (Grad A).

T1-4, N₊, M⁺

Die Hormontherapie ist bei Symptomen obligat indiziert. Watchful Waiting, radikale Prostatektomie, Radiotherapie, sowie Kombinationen sind keine relevanten Optionen.

NACHSORGE

Follow-up nach kurativem Therapieansatz

Nach radikaler Prostatektomie werden Kontrollen (Anamnese, PSA-Bestimmung und Rektalbefund) in 3, 6 und 12 Monaten nach Therapiebeginn und danach halbjährlich empfohlen. Der Threshold für PSA-Progreß liegt bei 0,2 ng/ml.

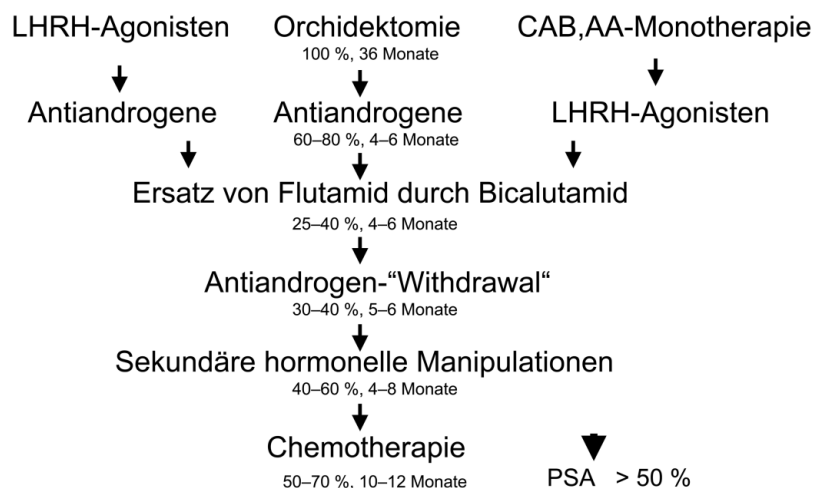
Nach Strahlentherapie ist ein kontinuierlicher PSA-Anstieg und/oder ein tastbarer Knoten indikativ für ein Lokalrezidiv. Eine Biopsie ist nur sinnvoll, falls davon spezielle klinische Konsequenzen abzuleiten sind. Bei asymptomatischen Patienten ist eine CT oder MRI bei PSA-Werten < 30 ng/ml nicht erforderlich. Ein Knochenscan ist bei symptomatischen Patienten unabhängig von den PSA-Werten angezeigt.

Follow-up unter Hormontherapie

Im Vordergrund stehen die Erfassung und Evaluierung der Symptomatik, die PSA-Bestimmung und der Rektalbefund in vierteljährlichen Intervallen während des ersten Jahres und halbjährlich danach.

In symptomatischen Fällen ist eine individuell orientierte Nachsorge unter Abstimmung auf die Prognose und Therapie angezeigt. Bei M0-Patienten und guter Ansprechrate auf die Therapie werden die Anamnese und PSA-Spiegel halbjährlich evaluiert, bei M1-Patienten wird in halbjährlichen Intervallen eine Anamnese erhoben, eine DER durchgeführt und PSA, Hb, Kreatinin und die alkalische Phosphatase bestimmt. Routine-Imaging ist bei stabilen Patienten nicht zielführend. Im Falle eines Progreß kann das Follow-up-Schema individuell abgestimmt werden.

Abbildung 1: Hormonrefraktäres Prostatakarzinom – potentielle therapeutische Optionen bei PSA-Progreß unter ADT (metastasierte Karzinome) (in Anlehnung an die EAU-Guidelines, S. 93)



THERAPIE DES RELAPSE

Progreß nach radikaler Prostatektomie

Erste Wahl ist die Salvage-Radiotherapie (64 bis 66 Gy). Ein expektatives Vorgehen ist eine Alternative für Patienten in schlechtem Allgemeinzustand und fehlender Akzeptanz der Radiotherapie. Bei systemischem Relapse wird eine sofortige Hormon-

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Lunglmayr

Geboren 1941. Studium an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. 1977 Habilitation im Fach Urologie. 1984 Ernennung zum a.o. Universitätsprofessor.

Seit 1983 Vorstand der Abteilung für Urologie im A.ö. Krankenhaus Mistelbach.



Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lunglmayr
A.ö. Krankenhaus Mistelbach/Zaya, Abteilung für Urologie
A-2130 Mistelbach, Liechtensteinstraße 67
E-mail: landsteinerinstitut@mistelbach.lknoe.at

therapie (LHRH-Analoga oder Orchidektomie) eingeleitet.

Relapse nach Radiotherapie

Die radikale Salvage-Prostatektomie ist nur bei sorgfältig ausgewählten Patienten unter Bewußtsein einer sehr hohen Komplikationsrate (Inkontinenz!) gerechtfertigt. CSAB oder Brachytherapie sind rein experimentell und aktives Monitoring mit verzögerter Hormontherapie wird nur mit einem niedrigen Evidence-Level beurteilt. Bei systemischem Relapse ist die Hormontherapie das Mittel der Wahl.

- Drei konsekutive PSA-Anstiege in zweiwöchentlichen Intervallen (zwei davon 50 % über dem Nadir)
- Testosteronspiegel im Kastrationsbereich
- Antiandrogen-Withdrawal über mindestens 1 Monat
- PSA-Progreß trotz sekundärer Hormonmanipulationen und/oder Progreß von Knochen- und Weichteilläsionen

Die Effizienz eines therapeutischen Algorithmus beim hormonrefraktären Karzinom ist in Abbildung 1 subsummiert. Als Kriterium wurde ein Abfall des PSA um 50 % des Ausgangswertes herangezogen.

Chemotherapie

Die Indikation zur Chemotherapie ergeben zwei konsekutive PSA-Anstiege. Das PSA sollte vor Therapiebeginn Werte > 5,0 ng/ml aufweisen, um den Therapieeffekt beurteilen zu können. Wichtig ist die intensive und sorgfältige Aufklärung über das Verhältnis zwischen Benefit versus

Toxizität. Der Einsatz von Docetaxel (75 ng/m²) – 3wöchentlich – führte erstmals zu Überlebensvorteilen bei metastasierten Patienten. Eine weitere Option besteht in der Kombination von Docetaxel oder Mithoxantron mit Kortison bei Patienten mit symptomatischen Knochenmetastasen.

Palliative Maßnahmen

Zielsetzung des palliativen Managements ist die Verbesserung der Lebensqualität und die Schmerzlinde- rung. Die Relation zwischen Effizienz und Nebenwirkungen ist entscheidend. Bei ausgedehnter symptomatischer Metastasierung ist ein Profit von medikamentösen Therapie- konzepten nicht zu erwarten. Bis- phosphonate, Radionuklide, Radio- therapie zwecks Analgesie sollten müssen frühzeitig eingesetzt werden.

Die mittlere Überlebensrate hormon- refraktärer Karzinome nach asympto- matischem PSA-Anstieg ohne Meta- stasen beträgt 18–20 Monate, bei einer minimalen Metastasierung 14 Monate und extensiver Metastasia- rung 9–12 Monate. Der symptomati- sche Patient mit PSA-Anstieg bei minimaler Metastasierung überlebt durchschnittlich 9 Monate, mit exten- siver Metastasierung 6–8 Monate.

Literatur:

Aus G, Abbou CC, Bolla M, Heidenreich A, Van Poppel H, Schmid HP, Wolff JM, Zattoni F. European Association of Urology: Guidelines on Prostate Cancer. Update March 2005.

US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research 1992; 115-27.

HORMONREFRAKTÄRES PROSTATAKARZINOM

Das hormon-refraktäre Prostata- karzinom wird folgendermaßen defi- niert:

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](#)