

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Kongressbericht: Therapie und  
Nachsorge des Prostatakarzinoms:  
Wissenschaftliches**

**Fortbildungssymposium 2009**

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (2)*

*(Ausgabe für Österreich), 46-47*

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

**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**



# Therapie und Nachsorge des Prostatakarzinoms: Wissenschaftliches Fortbildungssymposium 2009

Unter dem Vorsitz von Univ.-Prof. Dr. Ch. Kratzik wurden verschiedene Aspekte des Prostatakarzinoms näher beleuchtet. In reger Diskussion wurden die Themen „Operation oder Bestrahlung“, „Die Nachsorge von Prostatakarzinom-Patienten in der Ordination“ und „Inkontinenzmanagement im niedergelassenen Bereich“ behandelt.

## ■ Operation oder Bestrahlung?

Der Workshop von Univ.-Prof. Dr. K. Pummer und Univ.-Prof. Dr. F. Sedlmayer beleuchtete Kriterien für die Therapieentscheidung Operation versus Bestrahlung. **Univ.-Prof. Dr. K. Pummer** wies eingangs auf die Wichtigkeit der primären Risikostratifizierung hin. Ein PSA-Wert unter 10 ng/ml, ein Gleasonscore von 2–6 und ein lokalisierter Tumor definieren Low-Risk-Patienten. Bei diesen Patienten fließen in die Überlegung vor allem die unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Therapiemöglichkeiten und der Patientenwunsch ein, da das Outcome beider Therapieoptionen vergleichbar und sehr gut ist.

Im Gegensatz dazu sollten High-Risk-Patienten mit einem PSA > 20 ng/ml und/oder einem Gleasonscore 8–10 und/oder einem Tumorstadium  $\geq$  T2c eher einer radikalen Prostatektomie zugeführt werden. So zeigen einige Studien an Hochrisikopatienten ein tendenziell höheres, biochemisch rezidivfreies, krankheitsspezifisches oder Gesamtüberleben 5 beziehungsweise 7 Jahre nach einer radikalen Prostatektomie [Mian 2002, Manoharan 2003, Valicenti 1999, Morgan 1993, van Ouden 1998] als nach Bestrahlung [King 2004, Pilepich 1997, Hanks 2003, Bolla 2002]. Bei Versagen der Primärtherapie scheinen bestrahlte Patienten tendenziell früher Metastasen zu entwickeln als operierte Patienten, wiewohl die Daten aus der Literatur schwer vergleichbar sind. Ein Blick auf die Nebenwirkungen zeigt, dass Patienten in gleichem Ausmaß an erektiler Dysfunktion leiden. Die Kontinenzraten sind wohl nach Strahlentherapie etwas besser, bei jedoch hoher Darmtoxizität. Abschließend weist Pummer auf die Bedeutung von hochspezialisierten Zentren hin, da nur diese einen entsprechenden Therapieerfolg garantieren können.

Im Vergleich dazu präsentierte **Univ.-Prof. Dr. F. Sedlmayer** Daten einer prospektiv randomisierten Studie [Akakura 2006] an Patienten mit T2b–T3N0M0-Tumoren, die nach einem medianen Follow-up von 102 Monaten keinen signifikanten Unterschied im biochemisch-rezidivfreien, krankheitsspezifischen oder Gesamtüberleben nach radikaler Prostatektomie oder Bestrahlung (lediglich 60–70 Gy) und neo-/adjuvanter Hormontherapie zeigten. Im Weiteren verwies er auf die Notwendigkeit der entsprechend hohen Bestrahlungsdosis. Daten von Kupelian 2005 demonstrierten ein signifikant besseres Outcome für Patienten mit einer Bestrahlungsdosis > 72 Gy versus < 72 Gy. In vergleichbarer Weise profitierten Patienten mit einem PSA-Wert > 10 ng/ml von 78 Gy versus 70 Gy [Kuban 2008]. Der Kombination aus Strahlentherapie und

Hormonsuppression ist insbesondere bei Risikopatienten mit Tumorstadien  $\geq$  T2b, einem Gleasonscore  $\geq$  7 und einem Ausgangs-PSA-Wert > 20 ng/ml der Vorzug zu geben. Die Dauer der Hormonsuppression sollte den Risikofaktoren entsprechend angepasst werden, wobei es für die adjuvante Hormonsuppression im Ausmaß von bis zu 3 Jahren überzeugende Daten gibt [Bolla 2002].

## ■ Nachsorge von Prostatakarzinom-Patienten

**Univ.-Prof. Dr. W. Hörtl** wies mit Nachdruck auf die Wichtigkeit des PSA-Werts auch als Nachsorgeparameter hin. Die erste postoperative Messung sollte frühestens nach 6 Wochen erfolgen. Weiters ist der PSA-Wert im ersten Jahr nach 3, 6, 9 und 12 Monaten, im zweiten bis fünften Jahr halbjährlich und danach einmal pro Jahr abzunehmen. Nach der Bestrahlung eines, bis dato, unbehandelten Prostatakarzinoms, mit/ohne adjuvante hormonsuppressive Therapie ist der PSA-Wert 6-monatlich zu kontrollieren. Im Vergleich dazu ist nach Bestrahlung eines biochemischen Rezidivs der PSA-Wert aus folgender pragmatischer Sicht sofort zu bestimmen: Bei Persistenz des PSA-Wertes handelt es sich mit Sicherheit um ein systemisches Geschehen, das einer sofortigen hormonsuppressiven Therapie bedarf. Zusätzliche Untersuchungen sind lediglich in ausgewählten Fällen und bei erforderlichen Änderungen des Therapiekonzepts durchzuführen. Die Bestrahlung eines Lokalrezidivs sollte mit einer Strahlendosis von 64–66 Gy und unbedingt vor Erreichen des PSA-Wertes von 1 ng/ml erfolgen. Beim systemischen Progress ist die Hormontherapie Mittel der Wahl.

**Univ.-Doz. Dr. W. Albrecht** erörterte die Nachsorge bei Prostatakarzinom-Patienten unter Hormontherapie. Bei der Interpretation des PSA-Verlaufs ist es wichtig, immer die gleichen Kits zu benutzen, die Verwendung hypersensitiver Kits ist seines Erachtens nicht erforderlich. Der PSA-Wert sollte 3 und 6 Monate nach Therapiebeginn kontrolliert werden und von einer digital-rektalen Untersuchung begleitet sein. Bei M1-Patienten sind regelmäßig Hämoglobin, Kreatinin und die alkalische Phosphatase zu bestimmen. Weiters ist das Nachsorgemanagement symptomorientiert durchzuführen. Die Gabe von Bisphosphonaten zur Vermeidung ossärer Komplikationen ist ebenso wie die begleitende Therapie mit Analgetika, Kortison, Radiotherapie und Radionuklid bei entsprechender Skelettbeteiligung frühzeitig einzuleiten.

## ■ Inkontinenzmanagement im niedergelassenen Bereich

**Univ.-Doz. Dr. S. Madersbacher** und **Univ.-Prof. Dr. G. Schatzl** erörtern anhand von zahlreichen Fallbeispielen die Problematik der Harninkontinenz. Derzeit sind etwa eine Million ÖsterreicherInnen betroffen, bis 2035 rechnet man mit einem Anstieg auf 1,8 Millionen. 85 % der Betroffenen sind Frauen. Beim Mann sind unter anderem eine Prostatahyperplasie oder ein Zustand nach radikaler Prostatektomie Ursachen für eine Inkontinenz. Die therapeutischen Maßnahmen der Dranginkontinenz und der Belastungsinkontinenz, wie diverser Mischformen, müssen PatientInnen-orientiert

und dem Schweregrad der Erkrankung entsprechend erfolgen und reichen von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, wie Miktions- und Beckenbodentraining, über medikamentöse Therapien bis hin zur Neuromodulation, Blasenaugmentation und weiteren Operationen vom minimal-invasiven Eingriff bis zum Einsetzen eines artefiziellen Sphinkters.

### **Weitere Information:**

*Takeda Pharma*

*A-1070 Wien, Seidengasse 33–35*

*Tel. 01/524 40 64, Fax 01/524 40 64-66*

*E-Mail: office@takeda.at*

# 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](#)