

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Highlights Prostatakarzinom 2009**

Galle G

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft*

*5) (Ausgabe für Österreich), 6*

**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**

# Highlights Prostatakarzinom 2009

G. Gallé

## ■ Screening Prostatakarzinom

Eine der Hauptfragen, die heuer an den großen Kongressen gestellt wurde, lautete: Senkt Screening die Mortalität des Prostatakarzinoms?

Die European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) [1] wurde Anfang der 1990er-Jahre in 7 europäischen Ländern gestartet. Über 162.000 Männer im Alter von 55–69 Jahren wurden in einen Screening- bzw. Kontrollarm randomisiert. Die Inzidenz eines Prostatakarzinoms (PC) im Screeningarm betrug 8,2 %, im Kontrollarm 4,8 %, die Anzahl der Todesfälle durch ein metastasiertes PC betrug im Screeningarm 214 und im Kontrollarm 326. Die NNS (Number needed to screen) beträgt 1410, die NNT (Number needed to treat) beträgt 48. Die Autoren schließen daraus, dass durch PSA-Screening eine Senkung der durch Prostatakarzinom bedingten Mortalität um 20 % erzielt werden kann.

Die PLCO (Screening for Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer) [2] wurde 1993 in 10 US-Zentren gestartet und randomisierte über 76000 Männer in einen Screening- bzw. Kontrollarm. Im Screeningarm konnten 2820 Karzinome dedektiert werden, im Kontrollarm waren es 2322. Die Anzahl an Todesfällen durch ein metastasiertes PC betrug im Screeningarm 50 und im Kontrollarm 44. Die Autoren schließen daraus, dass nach 7–10 Jahren Follow-up die Prostatakarzinomsterblichkeitsrate sehr gering ist und die Ergebnisse in beiden Studienarmen keinen signifikanten Unterschied ergeben.

## ■ Einfluss der Androgenblockade bei RTX auf die Lebensqualität

Die EORTC-Studie 22961 [3] vergleicht die Auswirkungen auf die Lebensqualität durch eine 6-monatige vs. einer 2½-jährigen neoadjuvanten Androgen-

blockade bei Strahlentherapie eines lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms.

Diese randomisierte Phase-III-Studie konnte in der Vergangenheit die signifikante Verbesserung des 2½-jährigen vs. des 6-monatigen Androgenentzugs bei Strahlentherapie eines lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms in Bezug auf das Gesamt- und das progressionsfreie Überleben zeigen.

Die aktuelle Auswertung zeigt, dass Müdigkeit neben der Verschlechterung der sexuellen Funktion und dem Auftreten von Hitzewallungen die Lebensqualität dieser Patienten unabhängig von der Dauer des Androgenentzugs am meisten beeinträchtigt. Durch den langfristigen Androgenentzug kommt es zu keinen zusätzlichen Nebenwirkungen und die vorhandenen regenerieren sich im gleichen Zeitrahmen wie beim 6-monatigen Androgenentzug.

## ■ RTX bei positivem Schnittrand

Eine italienische Studie [4] untersuchte, ob Patienten mit T2-Prostatakarzinomen und einem positiven Schnittrand von einer adjuvanten Strahlentherapie profitieren.

Bei positivem Schnittrand nach radikaler Prostatektomie erhielten 112 von gesamt 338 Patienten eine adjuvante Strahlentherapie. Es konnte keine signifikante Reduzierung von biochemischen Rezidiven im Beobachtungszeitraum von 10 Jahren erzielt werden.

## ■ RTX vs. RPE

In einer Studie von einer Gruppe aus Cleveland [5] wurden über einen Zeitraum von 12 Jahren 2552 Patienten mit lokoregionärem Prostatakarzinom ohne Begleitmedikation eingeschlossen. Bei 2157 (84,5 %) wurde eine RPE, bei 395 (15,5 %) eine RTX durchgeführt.

Die Gruppe der strahlentherapierten Patienten hatte im Vergleich zur Gruppe

der operierten Patienten ein um 69 % höheres Risiko zu versterben.

## ■ Lymphknotenmetastasen

Eine russische Gruppe [6] untersuchte die Lokalisation von Lymphknotenmetastasen bei extensiver Lymphadenektomie (E-PLND) im Rahmen einer radikalen Prostatektomie (RPE).

Die E-PLND wurde bei 125 Patienten mit der Entfernung der präsakralen, obturatorischen, iliakal internen, externen und kommunen Lymphknoten durchgeführt.

In 54,3 % waren positive Lymphknoten außerhalb der Fossa oburatoria anzufinden. Die Autoren empfehlen, bei Intermediate- und High-Risk-Patienten eine extensierte Lymphknotenresektion durchzuführen.

Eine italienische Arbeit [7] präsentierte 8-Jahresergebnisse von Sentinel-Lymphknotenresektionen bei 123 Prostatakarzinompatienten.

Es zeigte sich eine signifikante Variabilität im Lymphabfluss der Prostata. Bei allen Patienten mit negativen Sentinel-Lymphknoten besteht nach 5 Jahren Follow-up ein progressionsfreier Verlauf.

## ■ Lokalisation des Prostatakarzinoms

In dieser niederländischen Studie [8] wurde die Lokalisation des Prostatakarzinoms durch MR-unterstützte Rebiopsie bei Patienten mit zumindest 2 negativen vorangegangenen Biopsien untersucht. Die Tumore waren in mehr als 50 % der Fälle in der ventralen, zentralen Region der Prostata zu finden. Die Autoren schließen daraus, bei wiederholter Rebiopsie diese Region in das systematische Biopsieschema zu inkludieren.

## ■ Intermittierende vs. kontinuierliche AB

In dieser französischen Arbeit [9] wurden metastasierte Prostatakarzinompatienten nach 6 Monaten initialer maximaler Androgenblockade mittels Leuprorelin 3,75 mg monatlich und 750 mg Flutamid täglich in einen kontinuierlichen (CAS) und in einen intermittierenden (IAS) Studienarm randomisiert.

Bei IAS wurde die Androgenblockade ausgesetzt, so der PSA-Wert < 4 ng/ml betrug und kein klinischer Progress auftrat.

Die Ergebnisse zeigten, dass einerseits beide Methoden gleich sicher in Bezug auf das progressionsfreie und das Gesamtüberleben sind, andererseits

konnte keine Verbesserung der Lebensqualität mit der intermittierenden Androgenblockade erzielt werden.

### Literatur:

1. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009; 360: 1320–8.
2. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009; 360: 1310–9.
3. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 745.
4. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 746.
5. *J Urol* 2009; (Suppl 4): 572.
6. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 16.
7. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 798.
8. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 828.
9. *Eur Urol Suppl* 2009; 8: 44.

### Korrespondenzadresse:

*OA Dr. Günter Gallé  
Universitätsklinik für  
Urologie Graz  
A-8036 Graz,  
Auenbruggerplatz 7  
E-Mail:  
guenter.galle@  
klinikum-graz.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](#)