

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Über- und Untertherapie beim Prostatakarzinom

Pummer K

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2010; 17 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 37

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



Über- und Untertherapie beim Prostatakarzinom

K. Pummer

Die therapeutischen Möglichkeiten beim Prostatakarzinom umfassen lokale Maßnahmen wie Radikaloperation und Strahlentherapie, oder systemische Therapieformen wie die Hormontherapie, wobei die jeweiligen Formen entweder einzeln, in Kombination oder häufiger sequenziell Verwendung finden.

Die optimale Therapie ist jene, die in einer bestimmten klinischen Situation das bestmögliche Ergebnis hinsichtlich Krankheitsverlauf, Überleben oder Lebensqualität für einen Patienten bietet. Im Vergleich dazu ist eine Übertherapie jede therapeutische Manipulation, die ohne zusätzlichen Nutzen bleibt, wohingegen eine Untertherapie entweder durch das „Nicht-Anbieten“ einer nutzbringenden Therapie oder den Einsatz unzureichender therapeutischer Maßnahmen charakterisiert ist, wodurch sich das Problem von Über- und Untertherapie in den meisten Fällen auf eine korrekte Selektion der Patienten für einzelne therapeutische Handlungen reduziert.

Dem Problem der Über- oder Untertherapie begegnen wir in sämtlichen Stadien des Prostatakarzinoms sowie in den unterschiedlichsten klinischen Szenarien, wo Entscheidungen für oder gegen adjuvante Therapien, Salvage-Therapien, aber auch primäre therapeutische Handlungen bzw. deren Umfang (z. B. extendierte Lymphadenektomie ja oder nein) getroffen werden.

Die unbefriedigenden Langzeitergebnisse bei der Behandlung von Hochrisikopatienten, die ohne multimodale Therapieansätze selten das Auslangen finden, lassen einen Trend zur Untertherapie erkennen, überhaupt dann, wenn sie älter sind. Hier bedarf es eines gewissen Umdenkens, weil solche Patienten trotz fortgeschrittenen Alters ein hohes krankheitsspezifisches Mortalitätsrisiko haben.

Völlig anders stellt sich die Situation bei Patienten mit niedrigem Risiko dar. Trotz zum Teil beträchtlicher Nebenwirkungen, Komplikationen und der Option einer „Active Surveillance“ wählt die Mehrzahl aller Patienten mit neu diagnostiziertem Prostatakarzinom eine aggressive lokale Therapie in Form einer radikalen Prostatektomie oder Strahlentherapie. Einer jüngsten Studie zufolge, in der > 120.000 Patienten der SEER-Datenbank im Zeitraum 2004–2006 analysiert wurden, hatten 14 % ein PSA < 4 ng/ml (also kleiner als der für eine Biopsie überhaupt in den USA empfohlene Grenzwert), und obwohl in dieser Gruppe mehr als die Hälfte aller Patienten die Kriterien eines Low-risk-Karzinoms erfüllten, wurden 44 % radikal operiert und 33 % bestrahlt. Darüber hinaus konnte in dieser Studie bestätigt werden, dass durch Screening diagnostizierte Karzinome signifikant seltener der High-risk-Gruppe angehören (HR 0,67; also ein 33 % niedrigeres Risiko), dessen ungeachtet aber – gerade bei

niedrigem PSA – eine höhere Wahrscheinlichkeit einer Lokalthherapie haben (49 % für Radikaloperation, 39 % für Bestrahlung).

Die Reflexion solcher Zahlen lässt auf den ersten Blick den Verdacht aufkommen, dass wir heute zu oft und möglicherweise zu aggressiv behandeln. Andererseits ist die Mortalität des Prostatakarzinoms in den vergangenen Jahrzehnten nur marginal gesunken und liegt immer noch bei ca. 3 %, was berechtigte Zweifel an der Sinnhaftigkeit unserer therapeutischen Bemühungen wecken sollte, zumal die Gruppe von Patienten mit biochemischem Rezidiv nach definitiver lokaler Therapie heute eine der größten überhaupt darstellt. Allein in den USA werden jährlich ca. 70.000 Patienten mit biochemischem Rezidiv registriert. In Österreich liegt die Schätzung bei 30 % aller Patienten nach Lokalthherapie, wovon die Mehrzahl auch einer Salvage-Therapie zugeführt wird, die nicht immer notwendig erscheint.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer
Universitätsklinik für Urologie
Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 5/6
E-Mail: karl.pummer@medunigraz.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](#)