

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Active Surveillance und Watchful

Waiting - Pro und Kontra

Loidl W, Pummer K

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2011; 18 (Sonderheft

1) (Ausgabe für Österreich), 9-10

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



Active Surveillance und Watchful-Waiting – Pro und Kontra

W. Loidl, K. Pummer

Das Management des lokalisierten Prostatakarzinoms (PCa) unterliegt ständigen Änderungen. Jedoch müssen die Lebenserwartung der Patienten, die Lebensqualität, die Präferenz des Patienten und die Krankheitscharakteristika so definiert werden, dass eine optimale individuelle Therapie möglich ist. Die Hochrisikotumore sind zum Zeitpunkt der Diagnosestellung deutlich zurückgedrängt worden und bei fast 90 % der Patienten handelt es sich aufgrund der PSA-Wert-Bestimmung um T1c-Karzinome. Die Klinik des lokalen Low-Risk-PCas hat sich deutlich verändert. Stand der PCa-Diagnose 2010: Bei 50 % der über 50-jährigen Patienten können PCa-Zellen gefunden werden. Die Inzidenz liegt bei 18 %, wohingegen die Mortalität nur 2,8 % beträgt. Da die Tumorprogression oft nur sehr langsam erfolgt, bleibt die häufigste Todesursache der PCa-Patienten eine kardiovaskuläre Erkrankung. Bei unbehandelten männlichen Patienten im Alter von > 65 Jahren mit PCa und einem Gleason-Score von 7 liegt die Mortalität nur bei 5,9 % der Fälle, so dass von einer großen Anzahl an Überdiagnosen und Übertherapien ausgegangen werden kann [1].

Es stehen zwei Arten der Beobachtung zur Auswahl: Watchful Waiting und Active Surveillance. Die Zielsetzung von **Watchful Waiting** ist ein generelles Vermeiden der Therapie. Bei einer Tumorprogression ist lediglich ein palliativer Therapieansatz in Form einer Hormontherapie geplant [2]. Dies trifft in erster Linie auf Patienten mit hohem Alter und einer großen Anzahl an Komorbiditäten zu. Das Rationale begründet sich in dem Umstand, dass bislang jeglicher Beweis fehlt, dass eine frühe Hormontherapie mit einem besseren Überleben einhergeht, wenngleich bedacht werden muss, dass schwerwiegende Komplikationen bei frühzeitiger Therapie seltener auftreten [3].

Überdiagnose und Übertherapie sind als Folge regelmäßiger PSA-Messungen un-

vermeidbar. **Active Surveillance** wäre ein logischer Ausweg, wobei primär die Nebenwirkungen einer lokalen Therapie vermieden oder zumindest zeitlich verschoben werden. Die therapeutische Zielsetzung bleibt jedoch kurativ. Das bedeutet für den Patienten, dass eine

Übertherapie mit Nebenwirkungen vermieden bzw. hinausgezögert wird. Active Surveillance verlangt eine strikte Selektion der in Frage kommenden Patienten sowie klare Regeln, wann eine Intervention notwendig wird [4]. Die Patientenselektion mit folgenden Para-

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Geboren 1957 in Linz. Medizinstudium in Innsbruck, wissenschaftliche Arbeiten während des Studiums in Innsbruck für Prof. Dr. H. Marberger und Prof. Dr. G. Jakse. 1983 Promotion. 1984–1986 Turnus BHS in Linz und LKA Salzburg. 1986–1991 FA-Ausbildung BHS Linz unter Prim. Dr. A. Schorn und Doz. Dr. M. Riccabona. 2003–2004 Oberarzt an der Universitätsklinik Wien unter Prof. Dr. M. Marberger. Seit 2004 Leiter der Urologischen Abteilung, Barmherzige Schwestern Linz. Von 2002–2006 Leiter des Arbeitskreises Urologische Onkologie der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie. 1994 bis 2003 ständiges Mitglied der GU-Gruppe der EORTC. 2007 CESAR-Mitglied. 2009 Lehrbeauftragter der LMU München.



Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. med. Wolfgang Loidl
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz, Urologische Abteilung
A-4020 Linz, Seilerstätte 4, E-Mail: Wolfgang.Loidl@bhs.at



Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer

Geboren 1956; Promotion 1981; Ausbildung zum Facharzt für Urologie von 1986–1989; Oberarzt an der Universitätsklinik für Urologie in Graz; Fellow of the European Board of Urology 1992; Forschungsaufenthalte am MD Anderson Cancer Center in Houston (1991) und am University of Colorado Health Sciences Center in Denver (1993/1994); Venia docendi 1994 (Habilitationsthema: „Simultane Hormon-Chemotherapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms“); Verleihung des Titels „tit. a.o. Univ.-Prof.“ 1999; seit 1. September 2007 Vorstand der Univ.-Klinik für Urologie Graz.

Vorsitzender des Arbeitskreises für Urologische Onkologie (AUO) der Österreichischen Gesellschaft für Urologie von 1996–1999; von 1996–2007 Mitglied des AKO (Arbeitskreis Onkologie) der Deutschen Gesellschaft für Urologie; Faculty Member der European School of Urology (ESU).

Seit 1994 Lehrbeauftragter der Medizinischen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz (jetzt MUG); 2001–2007 Modulkoordinator für das neue Curriculum des Diplomstudiums Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz (MUG); Reviewer für Journal of Urology, European Journal of Urology, World Journal of Urology, European Journal of Cancer, British Journal of Cancer, Urologia Internationalis, Critical Reviews in Oncology/Hematology, Wiener Klinische Wochenschrift, Journal für Urologie und Urogynäkologie; Gutachter f. d. Jubiläumsfond der Österreichischen Nationalbank, Abstract-Gutachter der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), Gutachter f. d. Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz. Mitglied bei 10 nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften; Vorstandsmitglied der Österreichischen Krebshilfe Steiermark; medizinischer Berater der Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe „PRO.MANN“.

Herausgeber und Autor von 4 Büchern; mehr als 250 Buchbeiträge, Publikationen, Abstracts, Artikel; mehr als 450 Vorträge im In- und Ausland.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Karl Pummer
Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 7, E-Mail: karl.pummer@meduni-graz.at

metern PSA < 10 ng/ml, Gleason-Score \leq 6, T1c–T2a, Lebenserwartung > 15 Jahre und maximal 2 Stenzen mit maximal 50 % Tumoranteil pro Stanze bei der Biopsie ist essentiell. Wenngleich diese Kriterien zumeist auf das Vorliegen eines Low-Risk-Karzinoms hindeuten, muss der Patient darüber informiert werden, dass die Krankheitsausdehnung oft unterschätzt wird. Das Follow-up beinhaltet eine digitale rektale Untersuchung, PSA-Bestimmungen alle 3 Monate innerhalb der ersten 2 Jahre, danach alle 6 Monate. Darüber hinaus sind geplante Re-Biospien nach 12 Monaten, sowie daran anschließend alle 3 Jahre bis ins hohe Lebensalter notwendig [5]. Diesbezüglich muss der Patient dahingehend informiert werden, dass gehäufte Biospien ebenfalls mit Ver-

schlechterungen der erektilen Funktion einhergehen können. Die therapeutische Intervention erfolgt bei kurzer PSA-Verdopplungszeit, lokaler Progression (oft nur erkennbar durch eine größere Zahl positiver Biopsiezylinder) oder Verschlechterung des Gleason-Scores. Grundsätzlich sollten sowohl für die Selektion als auch für das Follow-up nur extendierte Biopsie-Schemata herangezogen werden.

Die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie verlangt grundsätzlich eine Diskussion der prinzipiellen Möglichkeit von Active Surveillance mit den betreffenden Patienten. Dies gestaltet sich auf der Basis der derzeitigen Informationen schwierig, weil einerseits verlässliche Langzeitergebnisse fehlen,

andererseits die Progressionsraten mit zunehmender Nachbeobachtungszeit zuzunehmen scheinen, so dass eine umfassende Aufklärung über den möglichen Nutzen aber auch über die potenziellen Gefahren unerlässlich sind.

Literatur:

1. Schröder FH. Prostate cancer around the world. An overview. *Urol Oncol* 2011; 28: 663–7.
2. Klotz L. Expectant management with selective delayed intervention for favourable risk prostate cancer. *Urol Oncol* 2002; 7: 175–9.
3. Medical Research Council Prostate Cancer Working Party Investigators Group: Immediate versus deferred treatment for advanced prostatic cancer: Initial results of the MRC trial. *Br J Urol* 1997; 79: 235–46.
4. Parker C. Active surveillance: an individualized approach to early prostate cancer. *BJU Int* 2003; 92: 2–3.
5. Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: patient selection and management. *Curr Oncol* 2010; 17: 11–7.

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](#)