

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Kongressbericht: Therapeutische  
Optionen und Visionen beim  
Prostatakarzinom**

*Journal für Urologie und  
Urogynäkologie 2011; 18 (2)  
(Ausgabe für Schweiz), 34*

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**



# Kongressbericht: Therapeutische Optionen und Visionen beim Prostatakarzinom

## Was Patienten erwarten – und was Spezialisten bieten können

*Wien – Beim 26<sup>th</sup> Annual Congress of the European Association of Urology (EAU 2011) mit > 14'000 Teilnehmern wurde erneut Fortbildung auf höchstem Niveau angeboten. Die heutigen und in naher Zukunft erwarteten Therapiemodalitäten beim Prostatakarzinom zählten zu den thematischen Schwerpunkten. Im Rahmen eines von Astellas organisierten Satelliten-Symposiums berichteten Experten über das Patienten-zentrierte Management aus der Perspektive unterschiedlicher Fachgebiete – und aus Patientensicht.*

Als Einführung präsentierte **Professor Dr. John Fitzpatrick (Dublin)** die Resultate eines Web Surveys, an dem sich Patienten mit Prostatakarzinom und behandelnde Ärzte beteiligt hatten. Dabei kam klar zum Ausdruck, dass beim therapeutischen Management einiges in Bewegung gekommen ist. Global betrachtet war die Patientenzufriedenheit hoch, und den Ärzten wurde weder Zeitmangel noch Arroganz vorgeworfen. Was für Betroffene zählt: fachliche Expertise, sorgfältige Information und Aufklärung, effiziente Therapie, Empathie und Verlässlichkeit.

### ■ Der chirurgische Aspekt – wen operieren?

Aufgrund des breiten PSA-Screenings wird inzwischen die Mehrzahl der Patienten mit lokalisiertem Karzinom diagnostiziert, also im frühen Stadium und mit niedrigem Malignitätsgrad, erklärte **Professor Dr. Steven Joniau (Leuven)** [1, 2]. Die radikale Prostatektomie (RP) repräsentiert für Männer mit low-risk und intermediate-risk-Prostatakarzinom unverändert den Goldstandard: Patienten mit den Tumorstadien cT1a–T2b, einem Gleason-Score von 2–7, einem PSA-Wert  $\leq 20$  ng/ml und einer Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren kommen für die RP in Frage [1], und sie profitieren von einer krebspezifischen Überlebensrate von  $> 90\%$  [1]. Studiendaten haben gezeigt, dass im Stadium T1b–T2 und einem Alter von  $\leq 65$  Jahren die RP dem „Watchful Waiting“ überlegen ist [3], so der Experte. Selbst bei ausgewählten Patienten mit lokalisiertem Karzinom und hohem bis sehr hohem Risiko stellt gemäss EAU-Guidelines die RP eine Option dar, in Verbindung mit einem multimodalen Management. Über krebspezifische 15-Jahres-Überlebensraten von bis zu  $79\%$  nach RP bei cT3 und multimodaler Therapie wurde berichtet [4].

### ■ Welche Patienten eignen sich für eine radio-onkologische Therapie?

Eine Radiotherapie (RT) kann laut **Professor Dr. Alberto Bossi (Villejuif)** grundsätzlich in sämtlichen Stadien des Prostatakarzinoms erwogen werden, entweder allein oder in Kombination mit anderen Verfahren. Allerdings fehlen bisher randomisierte kontrollierte Studien, welche die RP mit der externen Strahlentherapie (EBRT) oder der Brachytherapie (BT) vergleichen [1]. Der Benefit einer EBRT beim lokalisierten

\* Europa UOMO ist eine europäische Bewegung zur Vertretung der Patienteninteressen im Kampf gegen Prostatakrebs.

Karzinom kann in Bezug auf das Langzeitüberleben mit demjenigen der RP verglichen werden [1], so der Experte. Allerdings unterscheiden sich die verschiedenen Therapien hinsichtlich der Komplikationen. Daher muss jeder Patient sorgfältig über die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Therapieoptionen aufgeklärt werden, betonte Prof. Bossi. Bei (lokal) fortgeschrittener Erkrankung muss ein multimodales Vorgehen empfohlen werden, da weder die RP noch die RT allein eine Tumorkontrolle ermöglichen. Hier hat sich die langfristige adjuvante Androgen-deprivationstherapie (ADT) mit einem LHRH-Agonisten bewährt [5]. Mit einer ADT  $> 3$  Jahre (vs. 6 Monate) konnte die Rate von Fernmetastasen und karzinombedingten Todesfällen von  $14\%$  auf  $6\%$  signifikant reduziert werden ( $p < 0,0001$ ), und die Prostatakarzinom-spezifische Mortalität ging signifikant von  $5\%$  auf  $3\%$  zurück ( $p = 0,002$ ) [5].

### ■ Patienten mit Prostatakarzinom brauchen Unterstützung

Die sprunghaft gestiegenen Informationsmöglichkeiten dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Betroffene bei der therapeutischen Entscheidungsfindung und während der Therapie Unterstützung brauchen, sagte **Professor Dr. Louis Denis (Antwerpen)**, der Gründer von Europa UOMO<sup>\*</sup>. Er engagiert sich für die Interessen und Anliegen von Patienten mit Prostatakrebs. Wie bedeutsam Patientenorganisationen inzwischen sind, zeigte auch der Web Survey: Für  $64,3\%$  der Patienten war der Kontakt mit anderen Betroffenen und der Gedankenaustausch wichtig oder sehr wichtig.

### ■ Über Astellas in der Urologie

In Europa hat sich Astellas zum Marktführer auf den Gebieten Transplantation und Urologie entwickelt. Diese führende Position basiert auf einem erfolgreichen Portfolio – mit Leuprorelin (Eligard<sup>®</sup>) beim Prostatakarzinom, Solifenacin (Vesicare<sup>®</sup>) bei Patienten mit OAB und Tamsulosin (Omix Ocas<sup>®</sup>) bei BPH. Mit 2 äusserst attraktiven Produkten in der urologischen Pipeline, dem Beta-3-Agonisten Mirabegron und dem oralen Androgen-Rezeptor-Antagonisten MDV3100 (beide in der Phase-III der klinischen Prüfung), wird diese Spitzenposition weiter ausgebaut.

#### Literatur:

1. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, et al. EAU Guidelines on prostate cancer. Update April 2010.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, et al. CA Cancer J Clin 2010; 60: 277–300.

3. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Filén F, et al. J Natl Cancer Inst 2008; 100: 1144–54.
4. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, et al. BJU Int 2005; 95: 751–6.
5. Bolla M, de Reijke TM, Van Tienhoven G, et al. N Engl J Med 2008; 360: 2516–27.

#### Weitere Informationen:

Astellas Pharma AG

Gaby Csontos

CH-8304 Wallisellen, Grindelstrasse 6

Tel.: +41 (0) 43 233 60-25, Fax: +41 (0) 43 233 60-30

E-Mail: [gabriella.csontos@ch.astellas.com](mailto:gabriella.csontos@ch.astellas.com)

# 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](#)