

Vorsorge und Behandlung

# Die vier Mythen des Prostatakarzinoms

Zum Prostatakarzinom (PCA) gibt es nach Dr. med. Guido Tenti, Münsterlingen, vier Mythen, die er in seiner Präsentation zu widerlegen bzw. zu bestätigen versuchte.

## Mythos No.1: «Das PCA spielt keine grosse Rolle»

Betrachtet man die Statistiken des nicer, so wies das PCA im Jahr 2012 mit 5897 Neuerkrankungen die höchste Inzidenz aller Karzinome beim Mann auf. Die Mortalitätsrate mit 1278 Todesfällen wurde nur vom Lungenkarzinom übertroffen (1). Das PCA hat demnach entgegen dem herrschenden Mythos eine nicht unerhebliche Bedeutung.

## Mythos No.2: «Der Verlauf des PCA ist harmlos»

Die Folgen eines unbehandelten PCA bzw. die Folgen der Therapie reichen von Transurethraler Resektion (bei 13–66% der Patienten), Androgen Entzug (30–87%), Urininkontinenz (27–52%), erektiler Dysfunktion (51–71%), Hospitalisierung von mindestens einem Monat (98%), Bedarf an regelmässiger Schmerztherapie (50%) bis hin zu palliativer Radiotherapie (13–35%) (2–8). So wäre auch dieser Mythos widerlegt. Von einem «harmlosen» Verlauf kann nicht die Rede sein.



Dr. G. Tenti

## Mythos No.3: «Das PSA-basierte Screening d.h. die Vorsorgeuntersuchung ist wertlos»

Die Kernfrage hier ist, wie bei jeder Untersuchung oder Therapie, die nach dem Nutzen für den Patienten. Sind Vorsorgemethoden einfach, wenig invasiv und kostengünstig in der Durchführung, wie beispielsweise die DRE (digital rectal examination) und die Bestimmung des PSA-Wertes (Prostata-spezifisches Antigen), so erfüllen sie die Voraussetzungen für eine gute Vorsorgemethode. Die DRE und PSA sind Vorsorgemethoden, die kostengünstiger sind als die Mammographie oder die Koloskopie. Ein weiterer wichtiger Aspekt einer Vorsorgemethode ist die Frage nach der Effizienz der Untersuchung. Besteht also die Möglichkeit therapeutischer Konsequenzen mit einem Therapievorteil und/oder einer Lebensqualitätsverbesserung?

### Vorsorge mittels PSA

Entsprechend der Göteborg Studie reduziert die Vorsorge mittels PSA die Gesamtmortalitätsrate um fast 50%. Bei den unter 60-Jährigen um 77% (9). Die PSA-Bestimmung erwies sich folglich als sinnvoll, wobei die Untersuchung patientenspezifisch erfolgen sollte.

Eine Indikation für eine Biopsie besteht bei PSA-Werten  $> 4 \mu\text{g/l}$  (eventuell bereits bei  $> 3 \mu\text{g/l}$ ) oder unabhängig vom PSA-Wert bei suspekter Induration bei DER. Die Applikation für Smartphone, «ProstateCheck», die u. a. Anamnese, Prostatagrösse, PSA-Verlauf und Urinstatus integriert, stellt eine handliche und sinnvolle Bestimmungsmethode des Risikofaktors für ein PCA dar.

## Mythos No. 4: «Die Therapie ist verstümmelnd» (internationale und eigene Daten des Referenten)

Liegt ein lokalisiertes oder wenig fortgeschrittenes PCA vor und das Alter des Patienten beträgt maximal 75 Jahre (d.h. Lebenserwartung von noch mindestens 10 Jahren), so gibt es drei kurative Therapieoptionen bzw. Vorgehensstrategien:

- ▶ Aktive Überwachung (AÜ) bei klinisch nicht relevantem PCA
- ▶ Radikale Prostatovesikulektomie für fitte Patienten, die maximal 70 Jahre alt sind
- ▶ Radiotherapeutische Verfahren

### Aktive Überwachung (AÜ)

Die AÜ stellt eine kurative Therapieoption bei klinisch nicht signifikantem Karzinom dar. Es handelt sich hierbei nicht um «watchful waiting», eine palliative Therapie, wie teilweise fälschlicherweise vermutet wird. Wichtig ist, dass der PSA-Wert nicht als absoluter Wert betrachtet, sondern sein Verlauf beurteilt wird. Ein Untersuchungsintervall von 6 Monaten ist empfehlenswert. Im Falle eines Anstiegs des PSA-Werts sollte eine Überweisung zur Re-Biopsie erfolgen.

AÜ ist die Antwort auf den berechtigten Vorwurf der Übertherapie mit kurativer Absicht. Voraussetzungen für diese kurative Intention ist die Erfüllung aller folgender Punkte, woraus sich ein PPV von 84% und NPV von 63% für einen klinisch nicht signifikanten Tumor ergibt (12):

- ▶ maximal zwei Biopsien betroffen
- ▶ Tumoranteil pro Biopsie unter 50%
- ▶ kein Gleason Muster 4 oder 5, total  $< 7$ , zusätzlich  $< 0.15$  PSA Dichte (PSA / Prostatavolumen in g) (10, 11) und PPV: 84%, NPV: 63% (12)
- ▶ Patient «compliant»

### Brachytherapie

Hier besteht eine sehr enge Indikation mit PSA-Werten  $< 10$  und Gleason  $\leq 6$ , ohne Obstruktion und ohne Voroperationen. Ferner soll das Prostatavolumen unter 60 ml liegen. Die Brachytherapie wird nur noch sehr selten angewandt, weil in der Regel die aktive Überwachung möglich ist.

### Fokale Therapie

Ist noch im experimentellen Stadium, aber scheint ein sehr vielversprechender Ansatz zu sein.

### Kurative Nachsorge

Diese ist prinzipiell nach jeder kurativen Therapieoption empfehlenswert. Im Falle einer rPVE (radikale Prostatovesikulektomie) ist die kurative Nachsorge bei PSA-Werten  $\leq 0.2 \mu\text{g/l}$  indiziert. Nach einer Radiotherapie kann jedoch kein absoluter PSA-Wert angegeben werden. Von einem Rezidiv wird gesprochen, wenn zwei Werte über dem Nadir, dem tiefsten je gemessenen Wert, liegen.

Liegt ein metastasierendes PCA vor und/oder eine Lebenserwartung des Patienten von maximal 10 Jahren, so ist eine **palliative Therapie** indiziert.

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle: Quadrimed, Crans-Montana, 29.1.2016

**Literatur:**

1. [www.nicer.org](http://www.nicer.org)
2. Aus et al. J Urol 1995;154:460-5
3. Fossa et al. Br J Urol 1995;76:587-94
4. Jonler et al. Urol 1998;52:1055-62
5. Johannsson et al. J Urol 1994;152:1753
6. Keating et al. J Clin Oncol 2006
7. D'Amico et al. J Clin Oncol 2007
8. Tsai J Int Cancer Inst 2007
9. Schröder F et al. 2014 update European randomized screening study of prostate cancer ERSP. N Engl J Med 2012;366:11
10. Epstein J et al. JAMA 1994;271:383
11. Epstein J et al. J Urol 1994;152:1729
12. Carter HB et al. J Urol 1997;157(6):2206