

Aktive Überwachung beim Prostatakarzinom

Sinnvoll, aber noch zu selten genutzt



A. Semjonow

Durch die weit verbreitete Nutzung des prostata-spezifischen Antigens (PSA) in der Früherkennung von Prostatakarzinomen nahm in den letzten Jahren die Zahl der Diagnosen von mutmaßlich insignifikanten

Karzinomen zu. Darunter werden solche Karzinome verstanden, die wahrscheinlich zeitlebens keine Symptome verursachen werden. In PSA basierten Früherkennungsprogrammen wird der Anteil der insignifikanten Karzinome auf 30–40% geschätzt. Eine kurative Behandlung all dieser Karzinome durch Operation oder Strahlentherapie kann eine Übertherapie bedeuten und unter Umständen zu lebenslänglichen Nebenwirkungen führen, konstatiert Prof. Axel Semjonow, Münster.

Obwohl diese Therapien bei lebensbedrohlichen Prostatakarzinomen sinnvoll und notwendig sind, erscheint der Einsatz radikaler Therapien bei insignifikanten Karzinomen nicht gerechtfertigt zu sein. Weltweit empfehlen Leitlinien daher, ausgewählten Patienten die Möglichkeit einer aktiven Überwachung mit gegebenenfalls verzögerter kurativer Therapie anzubieten (<http://www.aezq.de>).

Was ist aktive Überwachung?

Aktive Überwachung bedeutet, Männer mit neu diagnostiziertem Prostatakarzinom zunächst in regelmäßigen Zeitabständen zu un-



Abb. 1 PRIAS-Studie zur aktiven Überwachung, teilnehmende Länder und aktuelle Rekrutierungszahlen. Quelle: PRIAS-Studienzentrale, Erasmus Medical Center, Rotterdam

tersuchen und nicht sofort, sondern – wenn notwendig – erst zeitlich verzögert eine kurative Behandlung durchzuführen (Faltblatt zur Patienteninformation unter <http://klinikum.uni-muenster.de>: → Prostatazentrum, → für Patienten).

Bisherige Studienergebnisse zu aktiver Überwachung

Erste Studienergebnisse stammen aus Toronto und wurden bereits im Jahr 2002 veröffentlicht. Bis 2007 war eine aktive Überwachung jedoch nicht so akzeptiert wie heute. Aktuell existieren über 700 Veröffentlichungen zur aktiven Überwachung und verzögerten Therapie. Etwa 60–70% der Patienten bleiben nach 5 Jahren ohne Therapie; nach 10 Jahren liegt dieser Anteil noch bei 40–50%. Etwa ein Fünftel der Männer unterzieht sich einer Therapie unter aktiver Überwachung auf eigenen Wunsch, ohne dass Studienprotokolle dies notwendig machen. Protokollgemäß wird etwa die Hälfte der behandelten Patienten aufgrund eines PSA-Anstiegs und ein Viertel aufgrund ungünstiger Wiederholungsbiopsieergebnisse therapiert. Das Verhältnis von PSA zu Prostatavolumen und die Anzahl positiver Biopsiezylinder scheinen zu Beginn der aktiven Überwachung die besten Prognosefaktoren für die Vorhersage

der Dauer der behandlungsfreien Zeit zu sein.

Wer ist für eine aktive Überwachung geeignet?

Im Rahmen von Studien werden voneinander abweichende Aufnahme-kriterien verwendet. Die beiden in Deutschland zugänglichen Studien zur aktiven Überwachung unterscheiden sich in einigen Kriterien. Ein Patient, der die Aufnahmekriterien der PREFERE¹-Studie (randomisiert) nicht erfüllt oder eine Randomisierung ablehnt, kann unter Umständen an der PRIAS²-Studie (nicht randomisiert) teilnehmen. Eine Übersicht der Aufnahmekriterien beider Studien zeigt Tabelle 1. Nähere Informationen finden Sie unter <https://www.prias-project.org> und <http://www.prefere.de>. Abbildung 1 zeigt den internationalen Rekrutierungsstand der PRIAS-Studie (aktuell mehr als 4000 Patienten).

Protokollbasierte aktive Überwachung ist hilfreich

Die aktive Überwachung ist bei geeigneten Patienten eine sinnvolle, jedoch noch zu selten genutzte Strategie, um Übertherapie zu reduzieren. Im kurz- bis mittelfristigen Verlauf ist das Mortalitätsrisiko aufgrund eines Prostatakarzinoms gering. Eine frühe Wiederholungsbiopsie ist notwendig, um eine Unterschätzung des Tumorumens oder des Malignitätsgrades zu minimieren. Patienten unter aktiver Überwachung sollten unbedingt in Studien dokumentiert werden, um künftig die Sicherheit dieser Strategie anhand von Aufnahme- und Nachsorgeparametern sowie eventueller Bildgebung zu erhöhen. Nur eine protokollbasierte aktive Überwachung kann helfen, eine verbesserte individualisierte Betreuung dieser Patienten zu erreichen und Erkenntnisse zu den Langzeitergebnissen dieser Behandlungsform zu gewinnen.

Prof. Dr. Axel Semjonow, Prostatazentrum am UKM, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Münster

Samstag, 04. Oktober 2014

Active Surveillance: Nierenzell-, Prostata- und Blasenkarzinom
09:00–10:30 Uhr, Raum 1
(09:25–09:35 Uhr: Active Surveillance beim Prostatakarzinom: aktueller Stand)

Vervielfältigung nur mit Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG

Tab. 1 Vergleich der Studienaufnahmekriterien von PREFERE und PRIAS.

Aktive Überwachung Einschlusskriterien	PREFERE	PRIAS
Alter	18–75 Jahre	geeignet für kurative Therapie
Lebenserwartung/ ASA/ECOG	≥ 10 Jahre / < 4 / 0 oder 1	geeignet für kurative Therapie
PSA	≤ 10 ng/ml	≤ 10 ng/ml
Beginn	≤ 6 Monate nach Diagnose	retrospektiv möglich, wenn 3 monatl. PSA & Rebiopsie nach Studienplan vorhanden
Gleason	≤ 3+4=7	≤ 3+3=6 (3+4=7, wenn Patient älter als 70 Jahre)
klinisches Stadium	≤ T2a	≤ T2
Anzahl positiver Zylinder	≤ 30% der Gesamtzahl	≤ 2 Zylinder (von 8-x Zyl. je nach Prostatavolumen)
Tumurlänge pro Zylinder	≤ 5 mm	unberücksichtigt
PSA/Prostatavolumen	unberücksichtigt	< 0,2 ng/ml*cm ³
Restharn	≤ 50 ml	unberücksichtigt
Prostatavolumen	≤ 60 cm ³	unberücksichtigt
TRUS	kein großer Mittellappen	unberücksichtigt
IPSS	≤ 18	unberücksichtigt
Vortherapie	keine OP wegen BPH, keine Strahlentherapie kleines Becken	keine vorherige Prostatakarzinomtherapie
Nebendiagnosen	keine andere aktive maligne Erkrankung in den letzten 5 Jahren, keine floride chronische Proktitis	geeignet für kurative Therapie

(ASA = American Society of Anaesthesiologists, BPH = benigne Prostatohyperplasie, ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group, IPSS = International Prostate Symptom Score, PSA = prostata-spezifisches Antigen, TRUS = transrektaler Ultraschall der Prostata)