

9. Uro-onkologisches Update-Symposium: Prostatakarzinom maßgeschneidert therapieren

Nach wie vor gilt es, Prostatakarzinome in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen, um eine Heilung zu ermöglichen. Die Wahl der Therapie sollte dabei immer auf die Bedürfnisse des Patienten und die jeweilige Prognose für den diagnostizierten Tumor zugeschnitten sein, so die Experten beim 9. Uro-onkologischen Update-Symposium in Köln. Dabei müsse einerseits eine Übertherapie vermieden, aber gleichzeitig auch alle etablierten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden. Denn noch immer werden Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Tumor nicht adäquat behandelt.

Prostatakrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Männern: Jedes Jahr erkranken in Deutschland über 58.000 Männer, 11.000 sterben an den Folgen der Erkrankung. „Dank verbesserter Früherkennungsmethoden sind wir heute in der Lage, Tumore in der Prostata zu einem immer früheren Zeitpunkt zu erkennen“, sagte Dr. Derakhshani anlässlich des 9. Uro-onkologischen Update-Symposiums in Köln. Ob ein diagnostiziertes lokalisiertes Prostatakarzinom bei Nichtbehandlung tatsächlich auch zum Tode führt, lässt sich häufig nicht mit Gewissheit sagen. Die Ergebnisse einer jüngst publizierten europäischen Screening-Studie¹ zeigen, dass mit Hilfe der PSA-Testung die Mortalität um 20 Prozent gesenkt werden kann. Allerdings müssen statistisch gesehen 1410 Patienten gescreent und 48 Männer therapiert werden, um einen Prostatakarzinom-Todesfall zu verhindern. Um das Dilemma zwischen einer effektiven Früherkennung des Prostatakarzinoms und der Gefahr einer Übertherapie zu vermeiden, sei es, so Derakhshani, sinnvoll, die Diagnose von der Therapie zu entkoppeln. „Schon im Vorfeld müssen wir Risikopatienten besser identifizieren, um diese einer frühzeitigen kurativen Therapie zuzuführen“, betonte der Urologe. Ein weiteres Problem ist die mit 70 bis 80 Prozent zu hohe Rate an negativen Prostata-Biopsien. Neue Testverfahren aus der Labor- und bildgebenden Diagnostik wie der PCA3-Gen-Test und die Ultraschall-gestützte Elastographie ergänzen vor allem in unklaren Fällen die PSA-Testung. „Unser Ziel muss es künftig sein, sowohl die Rate negativer Biopsien zu reduzieren als auch bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms den Krankheitsverlauf differenzierter abzuschätzen“, resümierte Derakhshani.

Die Gefahr einer Übertherapie sollte immer auch in die Therapieüberlegungen einbezogen werden, „zumal Prostatakrebspatienten insbesondere nach der Prostatektomie zum Teil gravierende Nebenwirkungen in Kauf nehmen müssen“, sagte Dr. Stephan Neubauer, ebenfalls Urologe im Westdeutschen Prostatazentrum. Gerade die radikale Prostatektomie, die in Deutschland nach wie vor als Goldstandard gilt, geht zum Teil mit einer hohen Inkontinenz- und Impotenzrate einher. So kann jeder 10. Patient nach der Operation den Urin nicht mehr halten, fast zwei Drittel leiden an Erektionsstörungen. Allerdings, so Neubauer, haben Prostatektomie bedingte Nebenwirkungen durch verfeinerte Operationstechniken, wie die nervenerhaltende Operation erheblich abgenommen, vorausgesetzt der Operateur verfügt über ausreichend chirurgische Erfahrung. Besonders schonend ist die Roboter-assistierte Prostatektomie mit dem Operationssystem da Vinci®. Die Patienten profitieren von der High-Tech-Methode durch einen ins-

gesamt geringeren Blutverlust, weniger Schmerzen, kürzere Liegezeiten und eine kleinere Narbe. Allerdings ist die Methode sehr kostspielig und erfordert daher in den meisten Zentren von den Patienten eine Zuzahlung.

Gefahr des Understaging

Werden Prostatakarzinome in einem frühen, klinisch lokalisierten Stadium erkannt, liegt die Heilungsrate bei 80 bis 90 Prozent, unabhängig davon, ob eine Brachytherapie, radikale Prostatektomie oder perkutane Strahlentherapie durchgeführt wird.

Zur Vorhersage von Tumorstadium und Prognose des Prostatakarzinoms eignen sich statistische Modelle, so genannte Nomogramme. Hierbei werden auf der Grundlage von Rechenalgorithmen präoperative Daten (PSA, Gleason-Score, klinisches Stadium) miteinander kombiniert. Patient und Arzt haben dadurch die Möglichkeit, die Effektivität der jeweiligen Therapie vor ihrem Einsatz abschätzen zu können und mit anderen Verfahren zu vergleichen.

Allerdings, so der Urologe, ist die Unterscheidung zwischen T2- und T3-Tumoren in der klinischen Praxis nicht immer eindeutig. So kann sich nach der Prostatektomie ein T2- als T3-Tumor entpuppen. „Ein organbegrenzt verfahren wie die Prostatektomie, ist daher bei Patienten, die ein höheres Risiko einer Fernmetastasierung oder eines lokal fortschreitenden Prozesses aufweisen, nur bedingt zur Kuration geeignet. Hier schneiden verfeinerte strahlentherapeutische Methoden, die das Umfeld der Prostata effektiver in die Behandlung einbeziehen können, besser ab“, resümierte Neubauer. Denn anders als bei der Prostatektomie, wo ein einziger Schnitt gesundes von karzinogenem Gewebe trennt, wird in der Strahlentherapie ein Sicherheitsaum um den Tumor eingeplant, der mögliche, in der Diagnostik nicht erkennbare Absiedlungen miterfasst. Dabei nimmt die applizierte Strahlendosis ausgehend vom Tumorherd bis hin zu den Risikoorganen Blase, Rektum und Harnröhre sukzessive ab. „Damit haben wir die Möglichkeit, eine maximale Dosis in den Tumor einzustrahlen und eine minimale Dosis in die gesunden Nachbarorgane zu applizieren“, erläuterte Dr. Gregor Spira, Strahlentherapeut im Westdeutschen Prostatazentrum.

Als besonders effektiv und schonend beim lokalisierten Prostatakarzinom hat sich die Brachytherapie bewährt. Hierbei werden Strahlenquellen permanent oder tempo-

rär direkt in das Zielorgan eingebracht. Die jeweilige Methode richtet sich nach den Prognosefaktoren des diagnostizierten Tumors. Geeignete Kandidaten für die Seed-Implantation sind Patienten mit einem „low-risk“ Karzinom, einer Lebenserwartung >5 Jahre und einem IPSS-Score < 15. „Bei der Seed-Implantation werden radioaktive, kurzstrahlende 125-Jod-Seeds unter Ultraschallsteuerung in die Prostata eingesetzt“, erklärte Dr. Carsten Weise, Strahlentherapeut im Westdeutschen Prostatazentrum. Im Rahmen einer Computer-Dosisplanung werden die Positionen der Seeds zur optimalen Schonung der Nachbarorgane genau vorausberechnet. Kleinste Abweichungen von dem vorher berechneten virtuellen Plan werden während der Seedimplantation mit Hilfe eines Computersystems, der Real-Time-Planung, sofort berücksichtigt und entsprechend optimiert. Dass es sich bei der Seed-Implantation um ein sehr schonendes Verfahren handelt, zeigt die in der Regel geringe Nebenwirkungsrate. Wie eine aktuelle Studie des Westdeutschen Prostatazentrums an 484 Patienten demonstrieren konnte, ist der allgemeine Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Patienten nach Seed-Implantation insgesamt exzellent. Betrachtet man die erektile Dysfunktion nach Seed-Implantation fällt sie mit knapp 25% nach 6 Monaten und 34% nach 36 Monaten im Vergleich zur radikalen Prostatektomie (zwischen 60 und 70 Prozent) deutlich geringer aus. „Zudem können die früher gefürchteten Komplikationen einer Rektumfistel oder einer Harnröhrenstriktur heute durch die intraoperative Bestrahlungsplanung weitestgehend vermieden werden“, so der Radioonkologe. Auch ein nennenswertes Inkontinenzrisiko trete nur nach vorangegangener transurethraler Resektion der Prostata auf.

Kombinierte Strahlentherapie bei fortgeschrittenen Tumoren

„Die wirksamste und sinnvollste Behandlung bei fortgeschrittenem oder aggressivem Prostatakrebs ist das HDR-Afterloading kombiniert mit einer äußeren Bestrahlung“, erläuterte Dr. Gregor Spira. Die HDR-Brachytherapie ist eine Bestrahlung von innen, bei der spezielle Hohlnadeln in die Prostata eingesetzt werden. Nach einer computergestützten Bestrahlungsplanung fährt eine hochaktive Strahlenquelle in die implantierten Nadeln und bestrahlt den Tumor direkt vor Ort. „Der Strahler wird an exakt berechneten Halte-Punkten für eine bestimmte Zeit geparkt. So kann eine optimale Dosisverteilung erreicht werden“, so Spira. Diese Behandlung erfolgt in 2 bis 3 Fraktionen unter einer Kurznarkose jeweils im Abstand von 1 Woche.



Dr. Gregor Spira

Das Afterloading-Verfahren wird meist mit einer

äußeren Bestrahlung kombiniert. „Damit haben wir optimale Sicherheit, dass auch die Randbereiche der Prostata, wo sich Tumorzellen ansiedeln können, bestrahlt werden“, so der Kölner Strahlentherapeut. Jedoch könne die Strahlendosis wegen der zusätzlichen und hochdosierten inneren Bestrahlung deutlich verringert werden. Strahlenbedingte Komplikationen an Enddarm und Harnblase werden für den Patienten dadurch stark vermindert. Beim Vergleich mehrerer Studien konnte hinsichtlich der Wirksamkeit die Überlegenheit der kombinierten HDR-Brachytherapie gegenüber der operativen Entfernung der Prostata nachgewiesen werden. Hinzu kommen deutlich geringere Inkontinenz- (< 1-3%) und Impotenzraten (20-40%).

Ein weiterer Pluspunkt von Seed-Implantation und HDR-Afterloading: Die Patienten sind in der Lage, berufliche und private Aktivitäten schon nach wenigen Tagen wieder aufzunehmen. Spira: „Bei der Brachytherapie handelt es sich um einen kleinen schonenden Eingriff, der in der Regel kurzstationär durchgeführt wird und für den Patienten nur eine geringe Belastung darstellt.“

Das Westdeutsche Prostatazentrum in Köln

Das Westdeutsche Prostatazentrum in Köln bietet das gesamte Spektrum an Diagnose, Therapie und Nachsorge bei Prostataerkrankungen an. Einen besonderen Schwerpunkt stellt die Behandlung von Prostatakrebs mit innovativen Techniken der modernen Strahlentherapie (Brachytherapie) dar. Der Zusammenschluss erfahrener Spezialisten unter einem Dach ermöglicht dabei die Versorgung der Patienten auf höchstem Niveau.

Literatur:

- 1 Schröder FH et al.: Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med.* 2009 Mar 26; 360(13): 1320-8. Epub 2009 Mar 18.
- 2 Derakhshani P, Spira G, Weise C, Neubauer S: Prospektive analysis of long-term health-related quality-of-life after permanent brachytherapy for prostate cancer. *Brachytherapy*, Volume 7, Number 2, 2008.
- 3 Derakhshani P1, Neubauer S1, Weise C1, Spira G: Prospektive Erfassung von Lebensqualität und Toxizität der HDR-Brachytherapie als interstitieller Boost bei der Behandlung des Prostatakarzinoms

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.westdeutschesprostatazentrum.de