

HDR-Brachytherapie bei PCa

Lebensqualität und Toxizität nach kombiniertem HDR-Afterloading des Prostatakarzinoms

KÖLN - Patienten mit einem intermediate- oder high-risk Prostatakarzinom profitieren von einer HDR-Brachytherapie in Kombination mit einer perkutanen Strahlentherapie.

Akut- und Spättoxizität sind bei einer ausgezeichneten biochemischen Kontrolle und Lebensqualität gering.

Die Therapiemöglichkeiten beim lokal begrenzten Prostatakarzinom (PCa) sind in den letzten Jahren entscheidend erweitert worden.

Neben der Prostatektomie hat sich die Brachytherapie im Behandlungsspektrum fest etabliert. Während die permanente Seed-Implantation vor allem bei low-risk PCa als Monotherapie zum Einsatz kommt, wird die HDR-Brachytherapie in Kombination mit perkutaner Strahlentherapie bei Patienten mit intermediate- oder high-risk Prostatakarzinom erfolgreich angewendet. Der Vorteil gegenüber der allei-



nigen externen Radiatio besteht darin, dass durch die zielgenaue Bestrahlung der

Abb. 1: Dosisplanung bei HDR-Brachytherapie: Bestrahlungsplanung bei der HDR-Brachytherapie mit Iridium-192 im dreidimensionalen Ultraschallbild: Die farbigen Flächen geben die Dosisbereiche an. Die blauen Linien entsprechen den Positionen der Hohlnadeln.

Prostata eine maximale Dosisescalation bei gleichzeitiger Reduktion der Strahlendosis auf die umliegenden Risikoorgane, vor allem auf Rektum und Harnblase, erreicht werden kann. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) und die Toxizität einer Behandlung sind wichtige Faktoren für die Therapieentscheidung des Patienten. Wir untersuchten daher in einer prospektiven Studie die Auswirkungen der kombinierten HDR-Afterloadingtherapie auf HRQOL und Toxizität. Dazu wurden insgesamt 416 Patienten erfasst, die von



Dr. Derakhshani 52,1 Prozent der Patienten hatten

ein hohes, 40,1 Prozent ein mittleres und 7,8 Prozent ein niedriges Risikoprofil. 53 Prozent der Patienten erhielten eine neoadjuvante und/oder adjuvante Hormontherapie. Im Anschluss an die perkutane 3D-konformale Radiatio bis 50,4 Gy wurde die HDR-Brachytherapie als Boost (3 x 7,5 Gy) durchgeführt. Die Nadeln wurden in Freihandtechnik ohne Template implantiert (im Mittel elf Nadeln), was eine bessere geometrische Optimierung ermöglicht. Die Bestrahlungsplanung erfolgte mittels eines ultraschallbasierten real-time Planungssystems (Nucletron SWIFT). Die resultierende Lebensqualität und die Toxizität wurden im Rahmen der Nachsorge zu den Zeitpunkten null, eins, drei, sechs, zwölf und 24 Monaten nach HDR anhand validierter Fragebögen (IPSS, EORTC QLQ-C30, PR 25, IIEF5) zu Miktionsqualität, Sexualfunktion und gesundheitsbezogener Lebensqualität bewertet.

Anstieg von Miktionssymptomen

Das Follow-up betrug im Mittel 39 Monate (17-61 Monate). Das PSA-rezidivfreie-Überleben nach fünf Jahren betrug nach ASTRO-Phenix-Definition in der intermediate-risk Gruppe 92,1 Prozent und in der high-risk Gruppe 75,5 Prozent (Gesamt 85,7 %). Nach der kombinierten HDR-Afterloadingtherapie wurde ein transients Anstieg von Miktionssymptomen festgestellt. So zeigte der Internationale Prostata-Symptom-Score (IPSS) eine signifikante Verschlechterung nach einem und drei Monaten (11,2 und 10,6), lag aber nach sechs und zwölf Monaten wieder auf Baseline (9,3 und 10,3). Miktionsbeschwerden im PR25 verstärkten sich nach drei und sechs Monaten signifikant

NMP22® BladderChek® und Zystoskopie optimieren das Monitoring zu 99 Prozent*

* H. Barton Grossman, Mark Soloway, Edward Messing et al. Journal of the American Medical Association (JAMA) Vol 295, No.3:299-305,2006



Die Kombination von Zystoskopie und **NMP22® BladderChek®** bietet Ihnen die umfassendste Diagnostik an, welche momentan verfügbar ist. Sie profitieren von den Vorteilen der visuellen Untersuchung der Blase einhergehend mit einem fortschrittlichen Proteomics-Tumor-Marker.

Anwendungsbereiche des Tumormarkers

- > Komplette urologische Vorsorgeuntersuchung
- > Früherkennung bei Risikogruppen:
Raucher, Arbeiter in der chemischen und Farbstoff-Industrie, Tankwarte, Fernfahrer, Frisörberufe
- > Monitoring



Fortsetzung von Seite 28

zum Ausgangsniveau, verbesserten sich aber im Verlauf und erreichten nach zwölf und 24 Monaten wieder Ausgangswerte. Die Darmfunktion blieb im Verlauf stabil. Beim globalen Gesundheitsstatus im QLQ-C30 kam es zu einer nicht signifikanten Abnahme nach drei Monaten (72,4 auf 65,0), danach lagen die Werte wieder auf Ausgangsniveau. Die globale Lebensqualität im QLQ-C30 lag im gesamten Beobachtungszeitraum stabil auf Ausgangsniveau und erreichte nach 24 Monaten sogar tendenziell höhere Werte als vor der Therapie (91,6 statt 85,6). Hinsichtlich der Toxizität gemessen nach RTOG-Kriterien

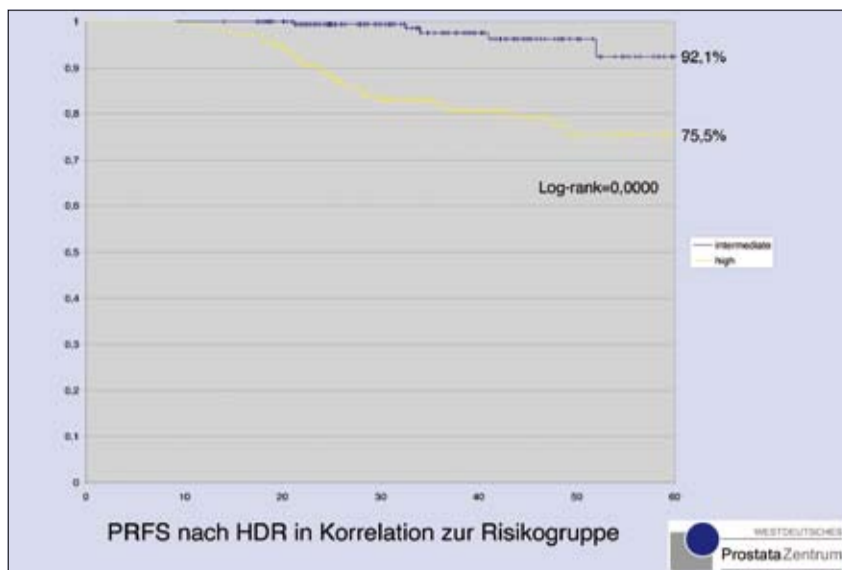


Abb. 2: Biochemisches Outcome nach kombinierter HDR-Afterloading: Dargestellt ist das PSA-rezidivfreie-Überleben fünf Jahre nach kombinierter HDR-Afterloading in Korrelation zum Risikostatus des Patienten.

ergab sich bei den Patienten nach kombinierter HDR-Brachytherapie ein geringes Risiko für eine Grad 3-Toxizität von Harntrakt (2,9 %) und Darm (1,4 %). Am Harntrakt bedeutete dies bei neun Patienten eine TUR-P bei obstruktiver Prostatavergrößerung und bei drei Patienten eine Urethrotomie bei Harnröhrenstriktur. Am Darm traten bei sechs Patienten therapiebedürftige rektale Blutungen auf. Bei keinem Patienten wurde eine Grad 4-Toxizität beobachtet. Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine kombinierte HDR-Brachytherapie bei Prostatakarzinom mit mittlerem und hohem Risikoprofil zu einer ausgezeichneten biochemischen Kontrolle und Lebensqualität bei

gleichzeitig geringer Akut- und Spättoxizität führt.

i Autor:

Dr. Pedram Derakhshani^{1,2}

¹Westdeutsches Prostatazentrum, Klinik am Ring, Köln

Hohenstaufenring 28, D-50674 Köln

e-mail: derakhshani@uro-koeln.de

Dr. Stephan Neubauer^{1,2}, Dr. Gregor Spira^{1,3},

Dr. Carsten Weise^{1,3}

²Urologische Abteilung, Klinik am Ring, Köln

³Radioonkologische Abteilung, Klinik am Ring, Köln

Prostatakarzinom – Therapie, Vortragsitzung 15. Freitag, 26. September 2008, 13:30–15:00 Uhr, Raum: C4.3

Jubiläumskongress

20. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft

07.11.2008–08.11.2008

Congress Center Leipzig, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig

Im Fokus des 20. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft steht die „Konservative Therapie



und Rekonstruktive Chirurgie bei Harn- und Stuhlinkontinenz“. Weitere wissenschaftliche Schwerpunktthemen in Leipzig werden

- Harn- und Stuhlinkontinenz bei Mann und Frau
- Inkontinenz und Geriatrie
- Beckenbodendysfunktion beim Kind
- Therapieoptionen der überaktiven Blase
- Neurogene Blasen- und Stuhlentleerungsstörungen
- Rekonstruktive Chirurgie
- Kontinenter Harnblasenersatz
- Inkontinenz und Sexualität
- Chronischer Schmerz und Inkontinenz
- Rehabilitation bei Stuhl- und Harninkontinenz sein.

Die Tagungspräsidenten Prof. Jens-Uwe Stolzenburg und Prof. Holger K.-H. Till freuen sich, Sie in Leipzig begrüßen zu können.

i Deutsche Kontinenz

Gesellschaft e. V.

Friedrich-Ebert-Straße 124

D-34119 Kassel

e-mail:

kongress@kontinenz-gesellschaft.de

Beate Ruloff

Event Consulting GmbH

Rodenwald 7 a, D-40883 Ratingen

tel.: +49(0)2102-9-69-20

fax: +49(0)2102-96-92-30

e-mail: beate.ruloff@ruloff.de

Sp(r)itzenleistung!

- Weltweit die Nummer 1 in der medikamentösen Therapie des Prostatakarzinoms
- Patentierte Galenik für eine kontinuierliche Wirkstofffreisetzung über mindestens 3 Monate
- Intelligente Technologie für eine schmerzarme Applikation

1
10
100

Vorfahrt für Trenantone®

Trenantone® Wirkstoff: Leuprorelinacetat **Zus.**: 1 Zweikammerspritze m. 130,0 mg Retardmikrokaps. u. 1 ml Susp.mittel enth.: **Arzneilich wirksamer Bestandteil:** 11,25 mg Leuprorelinacetat (entspr. 10,72 mg Leuprorelin). **Sonstige Bestandteile:** 99,3 mg Polymilchsäure, Mannitol, Susp.mittel: Mannitol, Carmellose-Na, Polysorbat 80, Wasser f. Injektionszwecke. **Anw.:** Bei Männern: Prüfung d. Hormonempfindlichk. eines Prostatakarzinoms zur Beurteilung d. Notwendigk. v. hormonsuppr./ hormonablat. Maßnahmen. Zur sympt. Behandl. des fortgeschritt. hormonabhäng. Prostatakarzinoms. **Gegenanz.**: Überempfindlichk. gegen Leuprorelin od. and. GnRH-Analoga, gegen Polymilchsäure od. einen der Bestandteile d. Susp.mittels. Bei nachgewiesener Hormonunabhängigk. d. Karzinoms ist die Behandl. mit Trenantone® nicht indiziert. Nach chirurg. Kastration bewirkt Trenantone® keine weitere Absenkung d. Testosteronspiegels. **Nebenw.:** Bei Männern: Bei Therapiebeginn kurzfrist. Serumtestosteron-Anstieg. Dadurch Verstärkung best. Symptome mögl. wie z.B. Knochenschm., Harnwegsobstr. u. deren Folgen, Rückenmarkskompressionen, Muskelschwäche i. d. Beinen, Lymphödeme. Komb. m. Antidrogenen in d. Initialphase d. Behandl. erwägen. Durch Entzug d. Geschlechtshormone sehr häufig Hitzewall., vermehrtes Schwitzen, Potenz- u. Libidovermind. oder -verlust, Verkleinerung d. Hoden, Knochenschm., Gewichtszunahme, Reakt. a. d. Inj.-Stelle, z.B. Rötung, Schmerzen, Ödeme, Juckreiz. Häufig Müdigk., Gelenk- bzw. Rückenschm., Muskelschwäche, Nykturie, Dysurie, Parästhesie, Nausea, Gynäkomastie, periphere Ödeme, Kopfschm., Appetitabnahme, Gewichtsabnahme, Schlafstör. Laborwertveränd.: Häufig Anstiege d. LDH, Transaminasen, γ-GT und d. alkal. Phosphatase, die jedoch ebenso wie die häufig beobacht. Depression Ausdruck d. Grunderkrankung sein können. Gelegentlich trockene Haut bzw. Schleimhaut, allg. allerg. Reakt. (Fieber, Juckreiz, Eosinophilie, Hautausschlag, sehr selten: anaphylaktische Reaktionen), Diarrhoe u. testikuläre Schmerzen. In seltenen Fällen Veränd. einer diabet. Stoffwechsellaage (Erhöht. od. Senkung v. Blutzuckerwerten), Blutdruckveränd. (Hypertonie od. Hypotonie), Schwindel, Alopezie, vorübergeh. Geschmacksveränd. u. Spritzenabszesse. Wie auch b. anderen Arzneim. dieser Stoffklasse nach d. ersten Verabreichung b. Patienten mit Hypophysenadenom in sehr seltenen Fällen Hypophyseninfarkt. In einem Fall eines Spritzenabszesses schien die Resorption v. Leuprorelin aus dem Depot vermindert, so dass in solchen Fällen der Testosteronspiegel kontrolliert werden sollte. Es kann zu einer Abnahme d. Knochendichte kommen. Kontrolle reaktiver Knochenveränd. unter der Therapie mittels Knochenszintigraphie. **Hinweis für Verkehrsteilnehmer:** Wegen der häufig, insbes. zu Therapiebeginn auftretenden Müdigk., welche auch durch die zugrunde liegende Tumorerkrankung bedingt sein kann, erfolgt der Hinweis: Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr od. zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. **Wechselw.:** Sind nicht bekannt. **Dos.:** Soweit nicht anders verordnet, einmal 3-monatlich 130,0 mg Retardmikrokaps. nach vorgeschriebener Suspenderung in 1 ml Susp.mittel bei Frauen s.c. od. i.m. applizieren. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** 1 Zweikammerspritze m. 130,0 mg Retardmikrokaps. und 1 ml Susp.mittel (N1) (PZN: 1770935); 2 Zweikammerspritzen m. je 130,0 mg Retardmikrokaps. u. m. je 1 ml Susp.mittel (N3) (PZN: 1772526). Verschreibungspflichtig. Stand: Oktober 2006. Takeda Pharma GmbH, Viktoriaallee 3–5, 52066 Aachen. Unter Lizenz der Takeda Pharmaceutical Company Limited, Osaka, Japan.

MedInfoCenter

Für alle medizinisch-wissenschaftlichen Anfragen
Tel.: 0800 825332-5 · E-Mail: medinfo@takeda.de



Takeda Pharma