Prostatakarzinom besser länger behandeln 6-monatige Androgendeprivation reduziert Mortalität

Bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom verringert eine sechsmonatige neoadjuvante Androgendeprivationstherapie (NADT) Progression und Mortalität nach einer Radiotherapie. Zu diesem Ergebnis kommen australische Forscher in einer Langzeitstudie, die sie kürzlich im *Lancet Oncology* veröffentlicht haben. James W. Danham und Kollegen prüften, ob eine dreimonatige und eine sechsmonatige NADT einer alleinigen Radiotherapie (66 Gy) hinsichtlich Überleben und Progression überlegen sind. Insgesamt 802 Patienten behandelte die Arbeitsgruppe: 270 durch eine alleinige Radiotherapie, 265 mittels dreimonatiger NADT plus Radiotherapie und 267 mit einer sechsmonatigen NADT (Goserelin und Flutamid) zusätzlich zur Radiotherapie. Nach einem medianen Follow-up von 10,6 Jahren führten sowohl die

dreimonatige (60,4 %) als auch die sechsmonatige Therapie (52,8 %) zu einer niedrigeren kumulativen Inzidenz der PSA-Progression als eine Radiotherapie allein (73,8 %, $p < 0,0001$). Auch die lokale Progression war mit 15,7 % bei dreimonatiger NADT und 13,3 % bei sechsmonatiger NADT signifikant geringer als bei alleiniger Radiotherapie (28,2 %, $p < 0,0001$). Die NADT über drei Monate hatte jedoch keinen Einfluss auf Fernprogression, Prostatakrebs-spezifische Mortalität oder Gesamtmortalität. Dagegen reduzierte eine sechsmonatige NADT im Vergleich zur alleinigen Radiotherapie die Fernprogression (9,8 vs. 13,5 %, $p = 0,001$), die Gesamtmortalität (29,2 vs. 42,5 %, $p = 0,0008$) sowie die Prostatakrebs-spezifische Mortalität (11,4 vs. 22 %, $p = 0,0008$). Eine neoadjuvante Androgendeprivationstherapie über sechs Monate kombiniert mit einer Radiotherapie seien eine effektive Behandlungsoption für Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs, folgern die Autoren. ■

Schon eine relativ kurze Androgendeprivationstherapie zusätzlich zur Bestrahlung könnte für Prostatakarzinom-Patienten vorteilhaft sein. Die dynamische, kontrastmittelverstärkte MRT zeigt ein Prostatakarzinom.

© Springer Medizin Verlag

Carina Jung

Denham JW et al. Short-term neoadjuvant androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: 10-year data from the TROG 96.01 randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011;12(5):451–9.

Was ist besser? Nierenteilresektion versus radikale Nephrektomie

Eine Nierenteilresektion ist eine sichere Methode, um lokale Nierenzellkarzinome zu behandeln, mit einer etwas höheren Komplikationsrate als bei einer radikalen Nephrektomie. Bei Nierenzellkarzinomen (RCC) im Stadium T1a (< 4 cm) und gesunder kontralateraler Niere gilt die Nierenteilresektion als Standardtherapie. Die Empfehlung, organerhaltend zu operieren, basiert auf Studien, in denen die onkologischen Ergebnisse unter NTR ähnlich gut waren wie nach einer radikalen Nephrektomie (RN), bei gleichzeitigem Erhalt der Nierenfunktion. Keine der bisherigen Vergleichsstudien war jedoch randomisiert. 1992 startete eine internationale Multicenterstudie mit dem Ziel, Morbidität und Tumorkontrolle beider Operationsmethoden zu vergleichen. 541 Patienten mit Tumorstadium T1–T2 N0 M0 aus 17 Ländern wurden entweder einer Nierenteilresektion ($n = 268$) oder einer radikalen Nephrektomie ($n = 273$) zugeteilt. Beide Methoden sind sicher, unter PN war die Komplikationsrate etwas höher (z.B. periopera-

tive Blutungen als häufigste Komplikation 28,3 % vs. 17,5 %). Insgesamt starben 12 Patienten (2,2 %) tumorbedingt (vier in der RN-Gruppe, acht in der PN-Gruppe). Aufgrund der wenigen Todesfälle war das Sterberisiko zwischen den beiden Methoden nicht signifikant. Die häufigsten Todesursachen waren kardiovaskuläre Ereignisse (9,3 % in der PN-Gruppe, 7,3 % in der RN-Gruppe). Auch das 10-Jahres-Überleben unterschied sich nicht signifikant (75,7 % bei PN, 81,1 % bei RN). Mit beiden Methoden lassen sich hervorragende onkologische Ergebnisse erzielen. Um eine Übertherapie zu vermeiden, sollte wenn möglich auf die organerhaltende Technik zurückgegriffen werden, so die Autoren. ■

Sebastian Lux

Van Poppel H et al. A prospective, randomised EORTC intergroup phase 3 study comparing the oncologic outcome of elective nephron-sparing surgery and radical nephrectomy for low-stage renal cell carcinoma. *Eur Urol.* 2011;59:543–52.