war gut, die Raten an höhergradigen (≥ 3) Toxizitäten waren im Vergleich zu Placebo nur leicht erhöht – ein weiterer Pluspunkt für das Präparat.

In einer weiteren Phase-III-Studie wird Abirateron plus Prednison derzeit gegen Placebo plus Prednison bei Chemotherapie- und Ketoconazol-naivem metastatischem Prostatakrebs getestet. Die Autoren des Reviews halten es auch für denkbar, Abirateron plus Androgendeprivation beim Hormontherapie-naiven Prostatakrebs einzusetzen.

Die Blockierung von CYP17 führt zu einem Überschuss an Mineralokortikoiden. Um dessen Effekte zu mildern, muss Abirateron womöglich generell mit niedrig dosiertem Prednison kombiniert werden.

Fazit: Abirateron hemmt spezifisch CYP17 und reduziert die Serum-Androgenspiegel, ohne eine signifikante Nebenniereninsuffizienz zu induzieren. Die Substanz hat sich in einer Phase-III-Studie als Folgetherapie nach Docetaxel

beim kastrationsresistenten Prostatakarzinom bewährt. Künftig soll untersucht werden, ob sich Abirateron auch als Monotherapie in früherer Therapielinie oder für Kombinationstherapien eignet.

Dr. Robert Bublak

Sonpavde G et al. **The Role of Abiraterone Acetate in the Management of Prostate Cancer: A Critical Analysis of the Literature.** *Eur Urol* 2011; 60: 270–8

Nervenschonende Prostata-OP: Patienten entscheiden rational

Patienten entscheiden sachlich, wenn man sie mit ausreichenden Informationen zu ihrer Situation versorgt. Ist ihr Risiko für ein Fortschreiten des Prostatakarzinoms hoch, ist den meisten Männern die Krebsfreiheit wichtiger als die Potenz. Bei niedrigem Ausbreitungsrisiko dagegen wählen sie meist die nervenschonende Operationsmethode.

Patienten fühlen sich in schwierigen Situationen häufig besser, wenn sie das Gefühl haben, ihrer Krankheit und den behandelnden Ärzten nicht vollständig ausgeliefert zu sein. Doch sind Patienten in der Lage, eine vernünftige Entscheidung, etwa für eine radikalere Operation zu treffen, wenn sie dadurch ihre Potenz oder Kontinenz gefährdet sehen?

Mit 150 Prostatakarzinom-Patienten wurde vor der Operation das Konzept einer nervenschonenden OP-Methode, das organübergreifende Wachstum des Krebses und die möglicherweise auftretende Notwendigkeit einer adjuvanten Strahlentherapie im Falle eines lokalen Rezidivs besprochen. Jeder Patient erhielt

ein Nomogramm mit Informationen über sein voraussichtliches Risiko für eine extrakapsuläre Ausbreitung und wählte dann zwischen einer nervenschonenden radikalen und einer nicht nervenschonenden radikalen Prostatektomie. Für den Fall, dass kein stark invasives Wachstum gefunden wurde, erfolgte die Operation wunschgemäß.

73 % der Patienten entschieden sich für den nervenschonenden Eingriff, 27 % für eine radikalere Variante. Je nach Risikovorhersage für eine Kapselpenetration des Karzinoms trafen die Patienten folgende Entscheidungen: Wurde die Wahrscheinlichkeit für eine Ausbreitung niedrig ($< 20\%$) eingeschätzt, wählten 88 % die

nervenschonende OP, bei mittlerem Risiko (20–50 %) entschieden sich 41 % für diese Methode. Bei einem hohen Risiko ($> 50\%$) war der Erhalt der Potenz nur noch 24 % der Männer wichtiger als das onkologische Ergebnis. Von den Patienten mit einem sehr hohen Ausbreitungsrisiko ($> 70\%$) entschied sich keiner für die nervenschonende Methode.

Fazit: Der vorliegenden Studie zufolge treffen Patienten durchaus rationale Entscheidungen. Wenn sie vollständig über ihre Situation aufgeklärt waren, entschieden sie ähnlich wie ihre Operateure, zum Teil sogar noch etwas vorsichtiger. Patienten, die dagegen trotz niedrigen Risikos für eine extrakapsuläre Ausbreitung die radikale Methode wählten, waren in der Regel älter, und häufig lag bereits eine erektile Dysfunktion vor.

Dr. Christine Starostzik

Lavery H J et al. **Active Patient Decision Making Regarding Nerve Sparing During Radical Prostatectomy: A Novel Approach.** *J Urol* 2011; 186: 487–93

Anzeige

Hier muss der Dummy durch