Skelettkomplikationen bei Patienten mit Knochenmetastasen vorbeugen

— Das Prostatakarzinom gehört zu den Tumorarten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in den Knochen metastasieren, erklärte PD Dr. Thomas Steuber, Hamburg. Die Inzidenz von Knochenmetastasen beträgt 65–75%. Mit Knochenmetastasen sind skelettbezogene Komplikationen („skeletal-related events“, SRE) assoziiert, zu denen akute Ereignisse (pathologische Frakturen, Rückenmarkskompression) und therapeutische Interventionen (operative Stabilisierung, palliative Bestrahlung) zählen.

Der RANK-Ligand-Inhibitor Denosumab (XGEVA®) wurde im Juli zur Prävention von SRE bei Erwachsenen mit Knochenmetastasen aufgrund solider Tumoren zugelassen. In einer integrierten Analyse der zulassungsrelevanten Studien mit über 5.700 Patienten verlängerte Denosumab (120 mg s.c. q4w) im Vergleich zu Zoledronat (4 mg i.v. q4w) die Zeit bis zum Auftreten des ersten SRE um 8,2 Monate. Mit einer Risikoreduktion von 18 % war Denosumab auch bei der Verzögerung von ersten und folgenden SRE Zoledronsäure überlegen [Lipton A. et al., ESMO 2010; P1249]. Zudem verlängerte Denosumab die Zeit bis zum Auftreten moderater oder starker Schmerzen im Vergleich zu Zoledronat um 55 Tage [Cleeland CS et al.; ESMO 2010; P1248]; auch mussten weniger Patienten auf starke Opioide umgestellt werden. Steuber verglich die Therapie des metastasierten Prostatakarzinoms mit einer Schachpartie gegen Garri Kasparow, der wahrscheinlich nicht zu schlagen sei: „Aber durch eine intelligente Strategie können wir unsere Patienten möglichst lange im Spiel halten bei einer guten Lebensqualität.“

Dr. Claudia Mäck

Satellitensymposium „Denosumab – eine Innovation auf dem Weg in die klinische Praxis“, im Rahmen des 63. DGU-Kongresses, Hamburg, 16. September 2011
Veranstalter: Amgen, München

Sägepalmen-Studie nicht auf Kombi-Präparat übertragbar

— US-Forscher haben Zweifel an Sägepalmen-Präparaten geäußert, die sich in der randomisierten, doppelblinden „CAMUS“-Studie mit 357 Männern mit Beschwerden beim Wasserlassen weder hinsichtlich Wirkung noch Nebenwirkungen von Placebo unterscheiden.

Die Autoren der Veröffentlichung räumen jedoch ein, dass sie in ihre Untersuchung Männer mit unterschiedlichsten Beschwerden beim Wasserlassen eingeschlossen haben, die auf verschiedenste Ursachen zurückzuführen sein können. In der Studie wurde nicht überprüft, ob die Beschwerden tatsächlich durch eine gutartige Prostatavergrößerung ausgelöst wurden. Von deutschen Urologen allgemein empfohlene Minimalstandards für die Diagnose dieser Erkrankung, wie eine Ultraschalluntersuchung der Prostata oder das Abtasten des Organs durch den Arzt, wurden nicht durchgeführt. Auch der zu Untersuchungsbeginn noch praktisch normale Harnstrahl (maximale Harnflussgeschwindigkeit 14,9 ml/Sekunde) und der sehr niedrige Prostata-spezifische Laborwert PSA (2,1 ng/ml) zeigt, dass die Studienteilnehmer nicht für Männer mit einer vergrößerten Prostata repräsentativ waren.

Die Studienergebnisse können daher nicht auf ein Kombinationspräparat aus Sägepalmenfrucht und Brennnesselwurzel (Prostagutt® forte) bezogen werden, dessen Wirksamkeit zur Behandlung von Beschwerden bei gutartiger Prostatavergrößerung in mehreren Studien nachgewiesen wurde.

Nach Informationen von
Dr. Willmar Schwabe, Karlsruhe

OAB: Neurostimulation als Zweitlinientherapie

— Der Stellenwert der sakralen Neurostimulation (SNM), die seit mehr als 15 Jahren als Zweitlinientherapie bei schweren Beckenbodenfunktionsstörungen verfügbar ist, wird hierzulande unterschätzt, erklärte Prof. Arndt van Ophoven, Herne. Weltweit wurde bereits über 100.000 Patienten ein Blasen- oder Beckenbodenschrittmacher implantiert, in Deutschland jedoch erst rund 4.000 Patienten. Jährlich implantiert van Ophoven rund 30 Blasenschrittmacher, meistens bei Patienten mit refraktärer idiopathischer überaktiver Blase (OAB). Rund 80% der Behandelten seien mit dem Ergebnis langfristig zufrieden. Zugelassen ist die SNM auch bei Patienten mit atoner Blase mit Restharnbildung (nicht obstruktive Retention) und bei Stuhlinkontinenz.

Für die SNM wird den Patienten in einem minimal-invasiven Eingriff ein Neurostimulator (Interstim®) in der Regel gluteal unter die Haut implantiert, der schwache elektrische Impulse an die Sakralnerven abgibt. Das Ziel ist es, dadurch die natürliche Funktionalität der Blase oder des Darms wiederherzustellen. Die genauen Wirkmechanismen der SNM sind aber noch nicht geklärt. Vor der Implantation des Neurostimulators wird in einem zwei- bis vierwöchigen Test mit einem extern getragenen Schrittmacher geklärt, ob die Patienten auf die Neurostimulation genügend ansprechen und mit der Methode zufrieden sind. Die Wirksamkeit der SNM ist gut dokumentiert. In der multizentrischen FDA-Zulassungsstudie bei insgesamt 76 Patienten mit Drang-

inkontinenz, von denen 34 Patienten einen Blasenschrittmacher erhielten, waren 16 Patienten sechs Monate nach der Implantation trocken, bei 10 Patienten waren die Inkontinenzepisoden um mehr als 50 % zurückgegangen [Schmidt et al. J Urol 1999; 162: 352–7]. In einer weiteren Studie bei insgesamt 68 Patienten mit Harnretention konnten mehr als zwei Drittel der Patienten, die mit SNM behandelt wurden, auf den Katheterismus verzichten, bei 14 % hatte sich das Restharnvolumen um mehr als 50 % verringert [Jonas et al. J Urol 2001; 165: 15–9].

Roland Fath

Expertengespräch „InterStim®-Therapie: Sakrale Neurostimulation bei überaktiver Blase und weiteren Funktionsstörungen von Blase und Darm“, im Rahmen des 63. DGU-Kongresses, Hamburg, 16. September 2011
Veranstalter: Medtronic, Meerbusch