Übergewicht und Fruchtbarkeit

Zu viele Pfunde schlecht für Spermienqualität

© Dave / fotolia.com

Seine Spermienqualität dürfte zu wünschen übrig lassen.

— Was manche Männer zu viel auf den Rippen haben, das fehlt ihnen möglicherweise an Spermatozyten. Das legen die Ergebnisse einer Metaanalyse aus Frankreich nahe, in der anhand von Daten von 9.779 Männern aus 14 Studien der Zusammen-

hang von Adipositas und Unfruchtbarkeit untersucht wurde [Sermondade N et al. Arch Intern Med. 2012; 172: 440–2]. Die Auswertung der Daten ergab, dass Übergewicht (BMI 25–29,9) im Vergleich zu Normalgewicht (BMI 18,5–24,9) mit einem erhöhten Risiko für Azoospermie (OR 1,39) und Oligozoospermie (OR 1,11) assoziiert ist. Sind Männer bereits adipös (BMI > 30), erhöht sich dieses Risiko noch weiter (Oligozoospermie: OR 1,42; Azoospermie: OR 1,81). Die Wissenschaftler haben mehrere Erklärungsansätze für die Assoziation zwischen Körpergewicht und Spermaqualität. Unter anderem wird diskutiert, dass vermehrte Fettgewebeansammlungen im Hüft- und Abdominalbereich sowie im Skrotalgewebe die Temperatur des Skrotums erhöhen und so die Keimzellentwicklung beeinträchtigen. Alternativ könnten sich auch toxische Substanzen im Fettgewebe ansammeln, die den für die Keimzellentwicklung wichtigen Hormonstoffwechsel empfindlich stören. *Peter Leiner*

Prostatakarzinom

Unters Messer kommen oft die Falschen

— Vor allem beim niedrigmalignen Prostatakarzinom (Stadium T1 oder T2a) wird nach US-Leitlinien als Alternative zur kurativen Therapie auch kontrolliertes Abwarten empfohlen, und zwar dann, wenn die Lebenserwartung der Patienten aufgrund von Alter oder Begleiterkrankungen unter zehn Jahren liegt. Denn dann leiden sie unter den Nebenwirkungen der Therapie möglicherweise mehr als unter dem Tumor.

US-amerikanische Urologen haben nun die Versorgungsrealität in den USA genauer untersucht [Raldow AC et al. Arch Intern Med 2012; 172: 362–3]. Dazu werteten sie Daten von knapp 40.000 Männern mit lokalem Prostatakarzinom aus. 75 % der Patienten mit einer Lebenserwartung über zehn Jahre wurden operiert oder bestrahlt, bei solchen mit einer Lebenserwartung zwischen fünf und zehn Jahren waren es noch 63 % und bei solchen unter fünf Jahren nur knapp 40 %. Allerdings zeigte sich ein Trend, dass – entgegen den Leitlinienempfehlungen – Män-

ner mit langer Lebenserwartung immer seltener, Männer mit kurzer Lebenserwartung dagegen immer öfter operiert oder bestrahlt wurden. Von den Patienten mit mittlerisikanten Tumoren (T2b und T2c) und einer kurzen Lebenserwartung wurden 1998 erst 38 % kurativ behandelt, 2007 waren es schon 52 %. Bei Männern mit vergleichbaren Tumorstadien, aber einer Lebenserwartung über zehn Jahren sank dagegen der Anteil der kurativ Behandelten geringfügig von 81 % auf 80 %, bei Männern mit niedrigerisikanten Tumoren und einer langen Lebenserwartung sank er von 72 % auf 68 %.

Doch warum erhalten Männer, bei denen der Nutzen einer Intervention zweifelhaft ist, inzwischen häufiger eine aggressive Therapie? Mögliche Gründe sind laut Studienautoren neue Therapien, die weniger Nebenwirkungen versprechen sowie finanzielle Anreize, die dazu führen, dass die behandelnden Ärzte mehr von der Therapie profitieren als ihre Patienten. *Thomas Müller*

Nierenzellkarzinom

„Targeted therapy“ besiegt Metastasen

— Französische Wissenschaftler wollten herausfinden, unter welchen Voraussetzungen bei Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom (mRCC) Komplettremissionen (CR) auftreten [Albiges L et al. J Clin Oncol 2012; 30: 482–7]. Sie werteten die Daten von mRCC-Patienten aus, die mit Tyrosinkinase-Hemmern allein oder in Kombination mit lokalen Therapien behandelt worden waren. Bei insgesamt 64 Patienten (1,7 %) wurde eine CR erzielt. Alle Patienten hatten sich bevor einer Nephrektomie unterzogen. Der Großteil der CR-Patienten (59 von 64) hatte den Tyrosinkinase-Hemmer Sunitinib eingenommen. Von den 36 Patienten die allein systemisch behandelt wurden, beendeten 28 die Therapie bei CR, acht führten die Einnahme fort. Im Durchschnitt dauerte es 12,6 Monate bis die Metastasen radiologisch nicht mehr nachweisbar waren. 17 Patienten, die die Einnahme beendeten, sind auch nach einem medianen Follow-up von 255 Tagen in CR. Bei den 28 Patienten, die kombiniert therapiert wurden, vergingen im Durchschnitt 18,5 Monate bis zur CR. 25 brachen danach die Therapie ab. Davon sind 12 auch nach einem medianem Follow-up von 322 Tagen frei von nachweisbaren Metastasen.

Die Toxizität der Wirkstoffe und die damit verbundenen unerwünschten Nebenwirkungen werfen die Frage des Weiterführens oder Abbrechens auf. Auch die Gefahr einer Resistenzentwicklung während der Therapie besteht. Andererseits sind auch bei CR nach wie vor Krebszellen im Körper vorhanden und ein Absetzen habe einen Rebound-Effekt zur Folge. Jetzt müsse man nach Kriterien suchen, anhand derer das individuelle Rückfallrisiko eines Patienten abgeschätzt werden könne, so die Autoren.

Dr. Dagmar Kraus