Ist Gleason-6-Krebs gar kein Krebs?

Prostatakarzinome mit einem Gleason-Score von 6 haben laut Erkenntnissen von US-Urologen eine erstaunlich geringe Tendenz, Metastasen zu bilden. Erstaunlich sind allerdings auch die Schlüsse, welche die Forscher daraus ziehen.

Auf die extrem geringe Metastasierungsnegung von GS6-Prostatakarzinomen – die auch schon in früheren Untersuchungen festgestellt worden war – schließen US-amerikanische Urologen aus den Ergebnissen einer retrospektiven Analyse der Daten von 1.781 Männern, die sich zwischen 2000 und 2012 einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten. 857 von ihnen (48,1 %) hatten eine pathologisch gesicherte GS6-Erkrankung. Nur 23 (2,7 %) entwickelten ein biochemisches Rezidiv, definiert als ein Serum-PSA-Wert ≥ 2 ng/ml oder zwei progressive Anstiege um mehr als 0,14 ng/ml. Davon galten aber nur 16 als signifikant, da die PSA-Verdopplungszeit weniger als drei Jahre betrug. Bei signifikantem Rezidiv dauerte es im Schnitt 8,1 Monate

bis zur Verdopplung, bei nicht signifikantem Rückfall aber 81 Monate.

Sämtliche Männer mit signifikanten biochemischen Rezidiven unterzogen sich einer Strahlentherapie, bei allen fiel das PSA danach auf Werte $\leq 0,1$ ng/ml. Die Autoren folgern daraus, dass es sich ausschließlich um lokale Rezidive gehandelt haben musste. Bei zwei Patienten (0,23 %) war nach der Radiotherapie ein erneutes Rezidiv festzustellen, allerdings ergab eine weitere pathologische Klassifizierung in beiden Fällen einen Gleason-Score von 7.

Wenige Rezidive und wenn, dann lokal – für die Autoren zeigt dies die sehr geringe Metastasierungskapazität von GS6-Karzinomen. Sie fragen, ob man eine GS6-Erkrankung also überhaupt als

Krebs bezeichnen dürfe. Eine Rechtfertigung dafür sehen sie allein in der Möglichkeit, dass GS6-Tumoren mit Prostatakrebs höherer Stufe koexistieren können, ohne dass dies biopsisch sicher zu erkennen wäre.

Fazit: Die Autoren plädieren in dieser Studie gegen die Übertherapie von Prostatakrebs und für das Vermeiden von Biopsien bei GS6-Patienten. Ein Haken an diesem Vorhaben ist – darauf weisen die Forscher selbst hin –, dass sich die GS6-Diagnose derzeit erst nach radikaler Prostatektomie sichern lässt. Einen Ausweg könne die multiparametrische MRT bieten, deren negativer prädiktiver Wert bei 98 % im Vergleich mit der Zwölf-Stanzen-Biopsie liege. Kleine GS6-Geschwülste würden damit zwar übersehen – doch bei GS6 sei das klinisch unerheblich.

Dr. Robert Bublak

Donin NM et al. Gleason 6 Prostate Tumors Diagnosed in the PSA Era Do Not Demonstrate the Capacity for Metastatic Spread at the Time of Radical Prostatectomy. **Urology** 2013; 82: 148–53

Febrile Neutropenie unter Zytostatika: Grenzen und Möglichkeiten der Prognoseabschätzung

Patienten mit febriler Neutropenie sind eine sehr heterogene Population in Bezug auf Schwere der möglichen Komplikationen und Prognose. Mit dem MASCC-Score lassen sich Patienten, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit kein fulminanter Infektionsverlauf zu erwarten ist, herausfiltern.

Der validierte Risiko-Score der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) berücksichtigt Faktoren wie Krankheitslast, Vorhandensein von Hypotonie, COPD oder Alter (Tabelle). Er hat sich inzwischen auch bei Hämatologie-Patienten als wertvolles Instrument erwiesen, Patienten mit niedrigem Komplikationsrisiko herauszufiltern. In jüngeren Studien wurde ihm eine hohe Sensitivität bei guter Spezifität bescheinigt. Betroffene mit niedrigem Risiko können sicher mit oralen Antibiotika behandelt und frühzeitig aus der Klinik entlassen werden. Orales Moxifloxacin einmal täglich ist bei ihnen offenbar so wirksam wie die Kombination aus Ciprofloxacin plus Amoxicillin/Clavulansäure zweimal täglich.

Durch die zuverlässige Identifizierung von Low-Risk-Patienten, die nach einfacherem Protokoll therapiert werden können, ist die Implementierung eines Behandlungspfades möglich, mit dem die stationäre Gesamtmortalität gesenkt und die Dauer der Antibiotika-Behandlung verkürzt werden kann. Ein ambulantes Management sorgfältig ausgewählter Patienten ist genauso sicher und effektiv wie eine Standardtherapie in der Klinik – und kostengünstiger. Grundsätzlich ist jedoch jede febrile Neutropenie ein Notfall. Besondere Eile ist bei höherem Risiko, das heißt niedrigem MASCC-Score geboten.

Fazit: Der MASCC-Score eignet sich nicht dazu, ein sehr hohes Komplikations- und/oder Mortalitätsrisiko vorherzusa-

gen. Hoch-Risiko-Patienten rechtzeitig zu erkennen, bleibt weiterhin eine Herausforderung: Sie müssen umgehend, also innerhalb eines Fensters von einer Stunde behandelt werden. Waltraud Paukstadt

Klastersky J et al. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index score: 10 years of use for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. **Support Care Cancer** 2013; 21: 1487–95

Tabelle 1

Merkmal	Punkt- wert
Krankheitslast: keine oder nur milde Symptome oder: moderate Symptome	5 oder: 3
keine Hypotonie	5
keine COPD	4
keine Dehydrierung	4
solider Tumor / keine vorangegangene Pilzinfektion	4
ambulanter Patient bei Fieberbeginn	3
Alter unter 60 Jahren	2
Ein Punktwert von ≥ 21 bedeutet mit hoher Wahr- scheinlichkeit ein niedriges Risiko (positiver prädiktiver Wert: über 83 %; in Kollektiven ohne Hämatologie- Patienten: über 90 %).	