Wer der aktiven Überwachung durch die Maschen geht

Bei wem funktioniert, wann versagt die Strategie der aktiven Überwachung von Patienten mit Prostatakrebs? Geht es nach Dr. Laurence Klotz vom Sunnybrook Health Science Center der University of Toronto, lässt sich die Frage zumindest für Prostatakarzinome vom Gleason-Score 6 schlüssig beantworten. „Es gibt keine gut dokumentierten Fälle, in denen ein pathologisch gesichertes Gleason-Score-6-Karzinom metastasiert hätte“, berichtete Klotz. Dabei dürfte er besonders die 3 + 3-Karzinome im Blick haben, denen er das Fehlen wesentlicher Kennzeichen von Krebs bescheinigte.

Nach Ansicht von Klotz entsteht Gewebe vom Gleason-Grad 3 im Zuge proliferativen Wachstums, ähnlich wie benigne Hyperplasien. Möglicherweise komme es hier auch zu Regressionen.

„Gleason 3 metastasiert nicht“, stellte Klotz klar. Demgegenüber seien Gleason-Grade ab 4 dem dysplastischen Wachstum zuzurechnen. Eine Rolle spielt bei Gleason-Grad 3 laut Klotz aber das Tumolvolumen – ein großes Volumen sei ein Marker für koexistierendes höhergradig verändertes Gewebe. Ist bereits zu Beginn Gewebe vom Grad 4 zu finden, erhöht dies das Risiko für die Bildung von Metastasen in einem Zeitraum von 15 Jahren signifikant.

Gründe, weshalb die Strategie des aktiven Überwachens fehlschlagen kann, sieht Klotz zum einen in einer Missklassifikation (die Häufigkeit liegt hier um 30%), zum anderen in der Möglichkeit einer biologischen Progression im Tumorgang. Letzteres ist ein eher seltenes Ereignis mit einer Häufigkeit von etwa 1 % pro Jahr.

Ein Vorschlag, Prostatakarzinome mit niedrigem Risiko neu zu definieren, bezieht die Ergebnisse der Magnetresonanztomografie (MRT) mit ein. Als niedrig riskant würden demnach Karzinome vom Gleason-Score 6 mit negativem MRT-Befund gelten. In Studien hat sich die multiparametrische MRT bewährt, einerseits um die erste Biopsie ins Ziel zu steuern, andererseits um klinisch signifikante Karzinome auszuschließen.

Für die Zukunft sieht Klotz im Management des Prostatakarzinoms einen Wettstreit mit komplementären Effekten zwischen der MRT und neuen Biomarkern. Letztere könnten Vorteile haben, wenn es um die Diagnose von Metastasen geht. Beide zusammen spielen womöglich eine wichtige Rolle in der Entdeckung aggressiver okkultur Tumoren.

Dr. Robert Bublak

„State-of-the-art lecture: Who fails active surveillance?“, L. Klotz, EAU-Kongress, München, 14. März 2016

Der Dauerkatheter als Problemschlauch

Den Anteil der Patienten, die einer langfristigen Harnableitung mit einem Blasenkatheter bedürfen, schätzt Prof. Florian Wagenlehner, Gießen, auf 15–25 % der langfristig stationär Behandelten und 5–10 % der in Pflegeheimen Betreuten. Den behandelnden Ärzten sei oft gar nicht bekannt, dass ihre Patienten einen Dauerkatheter haben. Auch seien die Indikationen häufig nicht angemessen, vor allem in Krankenhäusern.

Die Nachteile der katheterunterstützten Harnableitung sind bekannt: blockierte Harnableitung, Fisteln, Stenosen, Strikturen und natürlich katheterassoziierte Harnwegsinfektionen bis hin zur Urosepsis können die Folge sein. Über lange Zeit – das heißt hier: fünf bis zehn Jahre – liegende Katheter erhöhen auch das Blasenkrebsrisiko. Praktisch alle katheterisierten Patienten entwickeln auf die Dauer eine symptomatische bakterielle Infektion. Bereits zwei bis drei Tage nach Einlage eines Katheters entsteht eine signifikante

Bakteriurie. Die Infektionswege verlaufen intra- und extraluminal. In 35 % der Fälle handelt es sich bei den besiedelnden Keimen um endogene, in 40 % um exogene Keime, bei den übrigen ist die Herkunft unbekannt.

Als Risiken gelten höheres Alter, längere Liegedauer des Katheters, weibliches Geschlecht und geschwächte Immunabwehr. Probleme bereitet besonders die Bildung von Biofilmen. In solchen sind die Keime der körpereigenen Abwehr entzogen, und auch antimikrobiell wirkende Substanzen können ihnen wenig anhaben.

Viel ist deshalb versucht worden, der Infektionsgefahr durch spezifische Beschichtung der Blasenkatheter Herr zu werden – doch vergeblich. Ob Silberlegierung oder Nitrofurantoin – es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede mit Blick auf das Auftreten symptomatischer Harnwegsinfektionen. Insgesamt könne den beschichteten Kathetern in dieser Hinsicht kein präventiver Nutzen zugeschrieben werden, so Wagenlehner.

Er empfiehlt, präventiv zunächst einmal die Indikation zur Katheterisierung sorgfältig zu stellen. Kontinenzmanagement beispielsweise sei keine Indikation für das Legen eines Dauerkatheters. Behandelnde Ärzte müssten die Katheter anordnen und wissen, welche Patienten und wie lange diese schon einen Katheter hätten. Nützlich seien bildgebende Untersuchungen der Harnblase, um die Restharnmengen zu bestimmen. Blasenkatheter sollten so früh wie möglich gezogen werden; dabei seien automatisierte Erinnerungssysteme hilfreich.

Gemäß den von Wagenlehner vorgelegten Daten, wären Harnwegsinfektionen mit solchen Kathetern nicht seltener als mit über die Harnröhre geschobenen Ableitungen.

Dr. Robert Bublak

„State-of-the-art lecture: Long-term catheterization and its problems“, F. Wagenlehner, EAU-Kongress, München, 14. März 2016