Das Niedrigrisiko-prostatakarzinom

Liebe Leserin, lieber Leser,

kaum ein Thema wird gegenwärtig in der Urologie so kontrovers diskutiert wie das Niedrigrisikoprostatakarzinom. Die Diskussion beginnt bei der Überlegung, ob die Erkrankung überhaupt als potentiell (lebens)bedrohlich aufzufassen ist, führt über die Frage nach Art und Ausmaß der Diagnostik und endet bei der Kontroverse über die verschiedenen zu Gebote stehenden Therapiemaßnahmen.

» Kaum ein Thema wird gegenwärtig in der Urologie so kontrovers diskutiert wie das Niedrigrisikoprostatakarzinom

Die Ansicht, dass das lokalisierte Niedrigrisikokarzinom weder Lebenszeit noch -qualität mindert, liegt dem Konzept der „active surveillance“ zugrunde, das vor nunmehr 10 Jahren entwickelt wurde. Über den aktuellen Stand der „active surveillance“ in Deutschland gibt der Artikel von *Lellig et al.* umfassend Auskunft. In vergleichbarer Weise identifiziert die fokale Therapie die „progressionsbestimmende Indexläsion“ als Behandlungsziel und betrachtet (sekundäre) Gleason-6-Herde als chronische Erkrankung betrachtet [1]. Den momentanen Stand der fokalen Therapie des Prostatakarzinoms in Deutschland fasst der Beitrag von *Roosen u. Ganzer* zusammen.

Auf der anderen Seite mehren sich Berichte, nach denen sich Metastasen von verstorbenen Patienten molekulargenetisch auch auf solche Herde innerhalb

der Prostata zurückführen ließen, die primär als Karzinome der Gleason-Summe 6 identifiziert wurden [2]. Solche Fallberichte wecken den Wunsch nach einer möglichst präzisen und individualisierten Diagnostik. Nach wie vor gilt die transrektal geführte Biospie als Goldstandard, die von der Fachgesellschaft vor wenigen Jahren in den S3-Leitlinien vereinheitlicht wurde. Inwieweit diese Vorgaben ausreichen, um aus den so gewonnenen Befunden diverse Therapieformen wie „active surveillance“, fokale Therapie oder radikale Formen abzuleiten, diskutiert der Beitrag von *Machtens et al.* *Schlenker et al.* legen dar, wie weit die moderne Bildgebung (pm-MRT, pm-Sonographie, PET) die klassische bioptische Sicherung und damit die Patientenberatung und Therapieplanung verbessern kann.

C. Stief

A. Roosen

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. C.G. Stief
 Urologische Klinik und Poliklinik,
 Ludwig-Maximilians-Universität München,
 Marchioninistraße 15,
 81377 München
 christian.stief@med.uni-muenchen.de

PD Dr. A. Roosen
 Urologische Klinik Großhadern,
 Ludwig-Maximilians-Universität München,
 Marchioninistraße 15,
 81377 München
 Alexander.Roosen@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. C.G. Stief und A. Roosen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Valerio M, Ahmed HU, Emberton M et al (2013) The role of focal therapy in the management of localized prostate cancer: a systematic review. *Eur Urol* doi: 10.1016/j.eururo.2013.05.048. (Epub ahead of print)
2. Haffner MC, Mosburger T, Esopi DM (2013) Tracking the clonal origin of lethal prostate cancer. *J Clin Invest* 123 (11):4918–4922