EAU 2013

Urologische Tumoren im Blick

Wie viele Stenzen sind bei der Prostatabiopsie ausreichend? In welchen Abständen sollten Männer mit niedrigen PSA-Werten erneut untersucht werden? Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigte sich der diesjährige europäische Urologenkongress in Mailand.

RCC: Wann ist eine Nephrektomie verzichtbar?

Die partielle oder radikale Nephrektomie ist bei Patienten mit Nierenzellkarzinom (RCC) im Stadium T1a Therapiestandard. Allerdings wird bei Patienten mit geringer Lebenserwartung und/oder schlechtem Funktionsstatus zunehmend eine aktive Überwachung empfohlen. Eine kanadisch-italienische Arbeitsgruppe verglich daher die krebspezifische Mortalität nach Intervention oder Active Surveillance [Sun M et al. Eur Urol Suppl. 2013;12:e179].

Für die Analyse werteten sie retrospektiv Daten von 10.595 Patienten mit T1a-RCC aus, wovon 69,1 % nephrektomiert und 30,9 % überwacht wurden. Nach acht Jahren betrug die krebspezifische Mortalität 8,3 % nach Nephrektomie und 11,7 % bei Überwachung. Eine Instrumentelle-Variablen-Analyse ergab ein signifikant niedrigeres Risiko für die Nephrektomie-Kohorte, am Krebs zu sterben (Hazard Ratio [HR] 0,52; 95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,31–0,88; $p = 0,02$). Bei Patienten über 75 betrug die krebspezifische Mortalität 10,2 % mit Operation, 16,2 % ohne. Allerdings ergab sich in dieser Subgruppe kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Behandlungsoptionen.

Blasenkarzinom: Risikofaktoren für ein Rezidiv

Bislang ist unklar, wie lange Patienten mit Harnleiter- und Nierenbeckentumoren nach einer Nephroureterektomie bei der Nachsorge zystoskopiert werden müssen. Schwedische Kollegen gingen der Frage nach, wie lange nach der Ope-

ration des oberen Harntrakts ein Harnblasenkarzinom auftritt [Holmäng S, Johansson SL. Eur Urol Suppl. 2013;12:e571]. Sie werteten Daten von 614 Patienten aus, bei denen zwischen 1971 und 1998 ein Tumor des Harnleiters oder Nierenbeckens diagnostiziert wurde. 192 der Patienten (31,3 %) entwickelten im Verlauf ein Harnblasenkarzinom: In den Jahren 1 und 2 nach der Operation 157 (81,8 %), in den Jahren 3–5 24 (12,5 %), in den Jahren 6–20 elf Patienten (5,7 %). Signifikante Risikofaktoren waren: frühere Blasentumoren, große Durchmesser des oberen Harntrakts und Carcinoma in situ des oberen Harntrakts. Sten Holmäng, Göteborg, Schweden, empfahl daher kurze Zystoskopie-Intervalle in den ersten zwei Jahren nach der Nephroureterektomie, vor allem bei Risikopatienten. Nach fünf Jahren sollte man auf Zystoskopien verzichten.

Volle Pipeline beim kastrationsresistenten Prostatakarzinom

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Substanzen zur Behandlung verschiedener Stadien des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPC) zugelassen. Und für die kommenden Jahre werden weitere Optionen erwartet.

Ein möglicher Kandidat ist der selektive nicht steroidale 17,20-Lyase-Inhibitor Orteronel (TAK-700), mit dem grundsätzlich eine steroidfreie Gabe möglich ist. Sean Moran, Cambridge, MA/USA, präsentierte eine kleine Studie mit 39 Prostatakarzinompatienten mit einem durchschnittlichen PSA-Wert von 12,1 ng/ml. Nach drei Monaten Behandlung mit Orteronel konnte der

PSA-Wert bei 93 % der Patienten reduziert werden (im Schnitt um 83 %), bei 16 % unter 0,2 ng/ml [Hussain M et al. Eur Urol Suppl. 2013;12:e100].

Sipuleucel-T ist ein „Impfstoff“ mit dendritischen Zellen, die aus dem Blut von betroffenen Prostatakarzinompatienten gewonnen werden. Er soll die körpereigene Immunabwehr gegen die Krebszellen stärken und ist in den USA für die Behandlung von asymptomatischen Patienten mit metastasiertem CRPC zugelassen. Robert Sims, Seattle, WA/USA, stellte Daten von sieben Patienten vor, die in der Zulassungsstudie PROTECT mit Sipuleucel-T behandelt worden waren und nun einen Tumorprogress hatten [Beer TM et al. Eur Urol Suppl. 2013;12:e103]. Die Patienten erhielten im Mittel 8,6 Jahre nach der letzten Infusion eine erneute Sipuleucel-T-Dosis. Die Immunantwort fiel bei allen Patienten wesentlich stärker aus, was für ein Langzeit-Immungedächtnis spricht.

GTx-758, ein Östrogenrezeptor-alpha-Agonist, könnte in der Androgendeprivation eingesetzt werden. In einer Phase-II-Studie wurden die Dosen 1.000 mg/d und 2.000 mg/d mit einem Viermonats-Depot Leuprorelin verglichen [Getzenberg RH et al. Eur Urol Suppl. 2013;12:e102]. Mit beiden GTx-758-Formulierungen konnten PSA, freies und Serumtestosteron signifikant deutlicher gesenkt werden als mit dem GnRH-Analogon. Zudem hatten binnen 90 Behandlungstagen wesentlich weniger GTx-758-Patienten Hitzewallungen (18,8 % bzw. 5,6 %) als unter Leuprorelin (80,9 %). Aufgrund von venösen Thromboembolien (VTE) in den GTx-758-Gruppen wurde die Studie jedoch frühzeitig gestoppt. Derzeit werden GTx-758-Dosen von 125–500 mg untersucht, um zu testen, ob sich die antihormonelle Wirkung auch ohne erhöhtes VTE-Risiko erreichen lässt.

Sebastian Lux

Bericht vom 28. Jahreskongress der European Association of Urology (EAU) vom 15.–19. März 2013 in Mailand, Italien