Auch die fokale Therapie ist kein Kamillentee

Kommentar zu Apfelbeck et al.: „Fokale Therapie des Prostatakarzinoms in Deutschland“

Die Übersicht von Apfelbeck et al. stellt die aktuell verfügbaren Techniken zur fokalen Therapie des Prostatakarzinoms vor und bewertet sie entsprechend der aktuell gültigen S3-Leitlinie korrekt als einen Ansatz, der nur unter Studienbedingungen durchgeführt werden sollte [4]. Bietet man fokale Therapieverfahren im individuellen Ansatz außerhalb von Studien an, ergibt sich eine besonders anspruchsvolle forensische Situation. Denn der Patient muss einerseits über die wahrscheinlich geringere onkologische Sicherheit aufgeklärt werden, die aktuell aufgrund der unzureichenden Langzeitdaten nur anhand von Surrogatendpunkten abgeschätzt werden kann. Andererseits haben die vermeintlich „schoeneren“ Verfahren teils beträchtliche Nebenwirkungen.

Für die deutsche Versorgungssituation ist aktuell die HIFU (Hochintensiver fokussierter Ultraschall)-Therapie am bedeutendsten. Das langfristige Nebenwirkungsprofil (mediane relative Häufigkeiten) bei der konventionellen HIFU-Therapie erscheint absolut relevant [4]: 44 % erektile Dysfunktion, 17 % infravesikale Obstruktion, 12 % Harnröhrenstrikturen, 8 % Blasenhalstenosen, 8 % Inkontinenz, 1 % Fistelbildung. Auch eine ganz aktuelle multizentrische Kohorte mit insgesamt 569 Patienten bestätigt die Größenordnungen für eine neu aufgetretene Inkontinenz (12 %) und die erektile Dysfunktion (61 %) nach Behandlung der ganzen Drüse [2]. Aber auch die Be-

schränkung auf eine Indexläsion scheint das Nebenwirkungsspektrum nicht entscheidend verbessern zu können. In einer aktuellen monozentrischen prospektiven Serie betrug die Inkontinenz ebenfalls 8 %; die erektile Dysfunktion fiel mit 23 % etwas geringer aus [1].

Damit bedeutet „fokal“ nicht automatisch nebenwirkungsarm, und man muss die Kompromisse bei der onkologischen Sicherheit umso kritischer bewerten, je weniger sich das Nebenwirkungsprofil vom Behandlungsstandard unterscheidet. So fand eine monozentrische Studie mit 1900 Patienten 12 Monate nach radikaler Prostatektomie eine mittlere Kontinenzrate von 80 %, wobei die Ergebnisse der 11 beteiligten Operateure zwischen 64 und 96 % variierten [3]. Damit wäre eine gut durchgeführte radikale Prostatektomie für viele HIFU-Patienten mit deutlich geringeren Nebenwirkungen verbunden gewesen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. P. Wirth

Klinik und Poliklinik für Urologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, Deutschland
manfred.wirth@uniklinikum-dresden.de

Interessenkonflikt. M.P. Wirth und J. Huber geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ahmed HU, Dickinson L, Charman S et al (2015) Focal ablation targeted to the index lesion in multifocal localised prostate cancer: a prospective development study. *Eur Urol* 68:927–936. doi:10.1016/j.eururo.2015.01.030
2. Dickinson L, Arya M, Afzal N et al (2016) Medium-term outcomes after whole-gland high-intensity focused ultrasound for the treatment of nonmetastatic prostate cancer from a multicentre registry cohort. *Eur Urol*. doi:10.1016/j.eururo.2016.02.054
3. Vickers A, Savage C, Bianco F et al (2011) Cancer control and functional outcomes after radical prostatectomy as markers of surgical quality: analysis of heterogeneity between surgeons at a single cancer center. *Eur Urol* 59:317–322. doi:10.1016/j.eururo.2010.10.045
4. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2014) Leitlinienprogramm Onkologie. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 3.1, 2014 AWMF Registernummer: 034/022OL. <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html>. Zugegriffen: 21. April 2016