

5a-Reduktasehemmer unterstützt Surveillance

Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom, die sich für eine Strategie des aktiven Überwachens entschieden haben, könnten von der zusätzlichen Einnahme eines 5a-Reduktasehemmers profitieren.

Ein nordamerikanisches Forscherteam untersuchte, wie hoch bei 302 Patienten mit Prostatakrebs im Stadium T1c–T2a, einem Gleason-Score von 5–6 (Grade < 4) und einem PSA-Spiegel > 11 ng/ml die Progressionsrate war, wenn sie im Rahmen einer aktiven Überwachung zusätzlich den 5a-Reduktasehemmer Dutasterid oder Placebo einnahmen. Als primärer Endpunkt der Untersuchung wurde die pathologische oder therapeutische Progression der Erkrankung definiert.

Über einen Zeitraum von drei Jahren lag die Progressionsrate der Karzinome unter dem Inhibitor bei 38 gegenüber 48 % unter Placebo (Hazard Ratio 0,62; $p = 0,009$). Signifikante Unterschiede im Nebenwirkungsprofil beider Gruppen waren nicht zu beobachten.

Fazit: Die Patienten der Dutasterid-Gruppe hatten eine signifikant niedrigere Tumor-Progressionsrate als die der Placebo-Gruppe. Die Autoren räumen ein, dass es sich bei den Endpunkten „pathologische“

respektive „therapeutische Progression“ um Surrogatparameter handelt, die das tatsächliche Fortschreiten des Tumors womöglich nicht korrekt widerspiegeln. Die echte Progression lasse sich letztlich nur durch die pathologische Untersuchung der gesamten Prostata erfassen. Sie betonen aber, in der Dutasterid-Gruppe seien signifikant weniger Karzinome in der Abschlussbiopsie gefunden worden als in der Placebo-Gruppe. Dies könne auf ein gehemmtes Wachstum oder gar ein Schrumpfen der Tumoren unter Dutasterid zurückgehen.

Robert Bublak

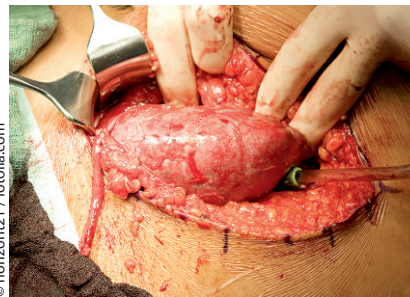
Fleshner NE et al. Dutasteride in localised prostate cancer management: the REDEEM randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2012;379(9821):1103–11.

Frühen Nierenkrebs besser schonend operieren!

Soll man ältere Patienten mit kleinen Nierentumoren (maximal 4 cm) radikal nephrektomieren oder ist das Entfernen des betroffenen Areals ausreichend? Eine retrospektive Kohortenstudie, die einen eindeutigen Überlebensvorteil nach partieller Nephrektomie nachweist, sorgt jetzt für mehr Sicherheit.

Von 7.138 über 65-Jährigen mit einem T1a-Nierenkarzinom wurden 27 partiell, 73 % radikal nephrektomiert. Nach gut fünf Jahren waren 25,3 % der partiell und 41,5 % der radikal nephrektomierten Patienten gestorben, davon 1,9 bzw. 4,3 % an ihrem Nierenkrebs. Die Mortalität nach partieller lag auch bei Berücksichtigung anderer Faktoren deutlich unter dem nach radikaler Nephrektomie. Zwei, fünf und acht Jahre postoperativ hatten sich die Überlebensraten der partiell nephrektomierten Patienten um 5,6, 11,8 bzw. 15,5 Prozentpunkte verbessert. Um über insgesamt acht Jahre einen Todesfall zu verhindern, mussten sieben Patienten partiell statt radikal operiert werden. Der Überlebensvorteil war am größten für Patienten unter 75 Jahre mit relevanten Begleiterkrankungen.

Seit Kurzem gilt die partielle Nephrektomie zur Behandlung eines Nierenkarzinoms bei Tumorgrößen unter 4 cm, also im Stadium T1, auch in Deutschland als Standard. Sie ist der radikalen Organentfernung aus onkologischer Sicht ebenbürtig, hat aber den Vorteil, dass die Nierenfunktion erhalten bleibt; in früheren Be-



© horizont21 / fotolia.com

Bei älteren Patienten mit Nierenkrebs im Stadium T1 muss heute nicht mehr das ganze Organ entfernt werden.

obachtungsstudien hatte daraus ein verlängertes Überleben resultiert.

Die Ergebnisse einer 2010 publizierten randomisierten Multicenter-Studie der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) hatten den neuen Standard jedoch infrage gestellt: Hier überlebten die Patienten nach vollständiger Resektion der betroffenen Niere länger. Die Studie hatte auf Daten aus einer Zeit zurückgegriffen, als die meisten Chirurgen kaum Erfahrung mit partieller Nephrektomie vorweisen konnten. Aus diesem Grund und auch wegen des vor-

zeitigen Abbruchs war argumentiert worden, dass sich die Ergebnisse nicht auf die heutige Praxis übertragen lassen.

In ihrer aktuellen Studie wendeten die Autoren von Hung-Jiu Tan von der Universität Michigan in Ann Arbor, USA, das statistische Hilfsmittel der Instrumentalvariablen an, um eine Verfälschung der Ergebnisse durch nicht berücksichtigte Patientencharakteristika zu vermeiden. Der Unterschied zum Ergebnis der EORTC-Studie, schreiben die Autoren, sei vor allem auf die verschiedenen Zeiträume zurückzuführen, in denen die beiden Studien durchgeführt wurden. Zu Beginn der EORTC-Studie war die partielle Nephrektomie außerhalb klinischer Studien noch nicht sehr verbreitet, und Kliniken, die das Verfahren einsetzten, hatten noch wenig Erfahrung damit.

Fazit: Wie Tan und Kollegen betonten, ist die partielle Nephrektomie eine technisch anspruchsvolle Methode, die im Vergleich mit der radikalen Operation ein höheres Komplikationsrisiko birgt. Vor allem Blutungen und Harnfisteln treten bei radikaler Nephrektomie deutlich seltener auf; dies sei bei der Therapieplanung zu berücksichtigen.

Elke Oberhofer

Tan HJ et al. Long-term survival following partial vs radical nephrectomy among older patients with early-stage kidney cancer. *JAMA*. 2012;307(15):1629–35.