

Vorteil einer Bestrahlung nach Prostatektomie

Bei nodal negativem Prostatakarzinom, aber involvierter Kapsel oder positiven Resektionsrändern, kann zur besseren lokalen Tumorkontrolle nach der radikalen Prostatektomie eine adjuvante Strahlentherapie erfolgen. Das ist auch evidenzbasiert, wie ein Cochrane-Review bestätigte.

An drei randomisiert-kontrollierten Studien zum Thema hatten insgesamt 1.815 Männer mit histologisch gesichertem invasivem Adenokarzinom der Prostata ohne Lymphknoten- oder Fernmetastasen teilgenommen. Die Auswertung ergab, dass eine Strahlentherapie zusätzlich zur Prostatektomie bei diesen Patienten das 10-Jahres-Gesamtüberleben signifikant verbesserte (relativer Unterschied [RD] -0,11; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] -0,20 bis -0,02). Fünf Jahre nach Prostatektomie und Bestrahlung war dies noch nicht nachweisbar (RD 0,00; 95%-KI -0,03 bis 0,03). Ein Vorteil hinsichtlich der krebspezifischen Mortalität ließ sich nicht belegen, wohl

aber hinsichtlich des metastasenfren Überlebens: Auch hier ergab sich ein signifikanter Vorteil nach zehn Jahren (RD -0,11; 95%-KI -0,20 bis -0,01), nicht aber nach fünf Jahren (RD -0,00; 95%-KI -0,04 bis 0,03). Sowohl nach fünf als auch nach zehn Jahren verbesserte die Strahlentherapie außerdem die lokale Tumorkontrolle sowie das biochemische progressionsfreie Überleben signifikant – letzteres kein klinischer Endpunkt, wie die Autoren betonten. Daten zum klinischen krankheitsfreien Überleben lagen nicht vor. Auch wenn die adjuvante Strahlentherapie zu zusätzlichen akuten und späten gastrointestinalen Nebenwirkungen, Harnverhalt und Inkontinenz

führte, waren diese doch selten schwer. Es zeigte sich keine Vermehrung erektiler Dysfunktionen durch die adjuvante Bestrahlung. Die Lebensqualität schien nicht signifikant beeinflusst zu werden, allerdings ist die Datenlage dazu spärlich.

Fazit: In dieser Studie verbesserte eine adjuvante Strahlentherapie bei Männern mit hohem Progressionsrisiko nach radikaler Prostatektomie das Gesamtüberleben und verringerte das Risiko einer Metastasierung. Allerdings war dieser Effekt erst nach zehn Jahren nachzuweisen. Bei gleichzeitig mäßig ausgeprägter Toxizität kommen die Autoren damit zu einer klaren Empfehlung für diese adjuvante Therapie, auch wenn der optimale Zeitpunkt dafür noch unklar ist. *Friederike Klein*

Daly T et al. Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD007234.

Brachytherapie besser als prognostiziert

Algorithmen und Nomogramme sollen die Therapieentscheidung bei Patienten mit Prostatakarzinom erleichtern, so auch das Nomogramm von Kattan und Kollegen (Prostogramm). Wie zuverlässig sind die Prognosen?

Eine Studie der Universität von Texas lieferte bereits Hinweise darauf, dass die tatsächlichen klinischen Ergebnisse nach einer Brachytherapie der Prostata besser sind als die Vorhersagen des Kattan-Nomogramms. Die Vorhersagegenauigkeit des Nomogramms lag hier unter 50 %. Da die Studie sich auf Patienten mit niedrigem Risiko fokussierte und monozentrisch war, untersuchten Steven Frank und Kollegen diese Frage nun in einer multizentrischen Studie. Aufgenommen wurden 1.816 von 2.919 Männern, die sich zwischen 1998 und 2006 in Toronto (Kanada), Seattle (Washington, USA) oder Utrecht (Niederlande) einer Brachytherapie der Prostata unterzogen hatten. Voraussetzung war, dass keine Androgen-Deprivation erfolgte und die Beobachtungsdauer mindestens 30 Monate betrug; median lag sie bei 5,2 Jahren.

Gemäß Prostogramm war ein biochemisches Versagen definiert als drei PSA-Anstiege bei fehlendem PSA-Abfall. Han-

delt es sich um einen PSA-Anstieg mit nachfolgendem PSA-Abfall ohne jegliche Intervention (PSA-Bounce), dann wurde das tatsächliche klinische Ergebnis als „kein biochemisches Rezidiv“ (kein Versagen) definiert.

Nach fünf Jahren war das tatsächliche 5-Jahres-Überleben ohne biochemisches Rezidiv um 9,2 % höher als im Prostogramm vorhergesagt. Insgesamt wäre nach der Prostogramm-Definition bei 312 Patienten ein Versagen aufgetreten, tatsächlich war das nur bei 157 Patienten der Fall, d. h. etwa die Hälfte der Prostogramm-Prognosen war falsch. Nach drei Jahren erwiesen sich 94,4 % (Toronto), 72,3 % (Seattle) und 76,6 % (Utrecht) der vorhergesagten Fälle von Versagen als gutartige PSA-Bounces.

Fazit: Das Kattan-Nomogramm findet zwar breite Anwendung, unterscheidet aber nicht ausreichend zwischen gutartigen PSA-Bounces und biochemischen

Rezidiven nach der Brachytherapie. Um unnötige Interventionen zu vermeiden, wäre es besser, die PSA-Spiegel nach der Brachytherapie mindestens drei Jahre lang zu beobachten und die Patienten darüber zu informieren, dass ein PSA-Anstieg dabei häufig vorkommt und kein Therapieversagen bedeuten muss. *Judith Neumaier*

Frank SJ et al. Outcomes after prostate brachytherapy are even better than predicted. *Cancer.* 2012;118(3):839–47.



Infos auf
springermedizin.de

Weitere Beiträge zum Prostatakarzinom finden Sie in unserem Online-Themengebiet Tumoren des Urogenitaltrakts:

www.springermedizin.de/599162

