



Höhere Risiken nach Radiotherapie als nach Operation beim lokalen Prostatakarzinom

Patienten, die wegen eines lokalen Prostatakarzinoms mit Radiotherapie behandelt werden, haben in der Folge offenbar ein höheres Risiko, an einem Malignom außerhalb der Prostata oder einer kardiovaskulären Erkrankung zu sterben, als chirurgisch behandelte Männer.

Wie häufig Männer mit lokalem Prostatakrebs nach kurativen Therapien an einer Herzerkrankung (sekundärer Endpunkt) oder einem anderen Krebsleiden als dem der Prostata sterben (primärer Endpunkt), hat ein Team um Christopher Wallis, Toronto, Kanada, im Rahmen einer populationsbasierten, retrospektiven Kohortenstudie untersucht. Die Patienten ab 66 Jahren mit nicht metastasiertem Prostatakrebs wurden innerhalb eines Jahres nach der Diagnose in Ontario zwischen 2002 und 2009 operiert oder bestrahlt und durchschnittlich 7,4 Jahre beobachtet. Sie wurden dann mit Probanden der jeweils

anderen Therapiegruppe entsprechend ihrer demografischen Eigenschaften, Komorbiditäten, kardiovaskulären Risiken sowie unter Berücksichtigung einer evtl. durchgeführten antiandrogenen Therapie (ADT) verglichen (5.393 Paare im Propensity-Score-Matching).

In der Radiotherapie-Gruppe ergab sich eine kumulative 10-Jahres-Inzidenz von 12% für die Mortalität von Krebs außerhalb der Prostata. Unter den operierten Männern lag diese Quote bei 8%. Die Forscher ermittelten für die bestrahlten Patienten adjustiert eine um 57% höhere Krebsmortalität durch die Erkrankung anderer Organe. Die kardio-

vaskuläre Mortalität lag in der Radiotherapie-Gruppe unter Berücksichtigung verschiedener Störfaktoren um 74% höher als bei den Patienten, deren Prostata chirurgisch entfernt worden war.

Fazit: Die Krebsmortalität durch ein anderes Krebsleiden als dem der Prostata sowie das Risiko, an einer Herzerkrankung zu sterben, erhöht sich für Männer mit nicht metastasiertem Prostatakarzinom, wenn sie sich statt einer Operation einer lokalen Bestrahlung unterziehen. Die Ergebnisse müssen laut den Forschern allerdings vorsichtig interpretiert werden, da es sich um eine Beobachtungsstudie gehandelt hat.

Christine Starostzik

Wallis CJD et al. Association between Primary Local Treatment and Non-Prostate Cancer Mortality in Men with Nonmetastatic Prostate Cancer. *Urology*. 2018;114:147-54

Nierenkrebs: Aktive Überwachung auch auf lange Sicht sicher

Bei Patienten mit einem lokal begrenzten Nierenzellkarzinom im Stadium cT1–2N0M0 ist die aktive Überwachung auch auf lange Sicht eine sichere Strategie. Eine Metastasierung ist selbst nach 5 Jahren selten.

Um den langfristigen Nutzen der aktiven Überwachung bei Nierenkrebspatienten im Frühstadium der Erkrankung zu überprüfen, wertete das Team um Andrew G. McIntosh die Datenbank des Fox Chase Cancer Centers in Philadelphia, PA/USA, aus. Im Fokus standen die Befunde von Patienten, bei denen zwischen 2000 und 2016 kleine Nierenzellkarzinome oder zystische Läsionen im Bosniak-Stadium III oder IV entdeckt worden waren.

Für die Studie auswertbare Daten standen den Ärzten von 457 Patienten mit 544 Läsionen zur Verfügung. Die Nachbeobachtung erstreckte sich über 67 Monate (Interquartilenabstand [IQA]

41–94 Monate). Im Median waren die Patienten 41 Monate (IQA 19–71 Monate) lang unter aktiver Überwachung. Bei etwa einem Drittel der Patienten entschied man sich im Verlauf der Nachbeobachtung für eine verzögerte Intervention. 85% der Patienten hatten solide Tumoren und 15% Zysten im Bosniak-Stadium III/IV. Der mediane Maximaldurchmesser der Tumoren betrug zu Beginn der Studie 2,1 cm (IQA: 1,5–3,1 cm). Der mediane Wert der linearen Wachstumsraten über alle Läsionen betrug 1,9 mm/Jahr (IQA: 0,2–4,2 mm).

Je größer die Wachstumsrate der Läsionen war, umso stärker war sie mit einer verzögerten Intervention assoziiert

(ohne Wachstum vs. niedrige Wachstumsrate: Hazard Ratio [HR] 1,25; ohne Wachstum vs. hohe Wachstumsrate: HR 1,87). Einen Zusammenhang zwischen Wachstumsrate und Gesamtüberleben stellten die Forscher jedoch nicht fest, ebenso nicht zwischen verzögerter Intervention und Gesamtüberleben.

Die krebspezifische Sterberate betrug nach 5 Jahren 1,2% (95%-KI 0,4–2,8%). Nach mehr als 5 Jahren aktiver Überwachung ohne verzögerte Intervention kam es nur bei 1 der 99 Patienten zur Metastasierung.

Fazit: Bei Patienten mit lokalisiertem Nierenzellkarzinom erfolgte eine verzögerte Intervention meist bereits 2–3 Jahre nach Studienbeginn. Aktive Überwachung ist beim Nierenzellkarzinom auch auf lange Sicht eine sichere Strategie, bei der Metastasen auch nach 5 Jahren sehr selten sind.

Peter Leiner

McIntosh AG et al. Active Surveillance for Localized Renal Masses: Tumor Growth, Delayed Intervention Rates, and > 5-yr Clinical Outcomes. *Eur Urol*. 2018;74(2):157-64