



Uroonkologie

52 Prostata-Ca.: Nach der Therapie steigt der PSA-Wert – was nun? // 53 Urothel-Ca.: kaum Überlebensvorteil mit PD-L1-Hemmer // 53 Urothel-Ca.: UGN-101 retrograd oder antegrad instillieren?

Prostatakrebs: Nach der Therapie steigt der PSA-Wert – was nun?

Wenn nach radikaler Operation oder Strahlentherapie der PSA-Wert steigt, ist das für Männer mit Prostatakarzinom nicht unbedingt ein Grund zur Sorge. Eine Studie zeigt: Auf die Mortalität haben biochemische Rezidive nur begrenzt Einfluss.

Das prostataspezifische Antigen (PSA) im Serum ist ein hochempfindlicher Biomarker für die Erkennung eines Rezidivs nach kurativ intendierter Primärtherapie eines Prostatakarzinoms. Ob jedoch ein Anstieg des PSA-Werts nach der Operation bzw. nach der Bestrahlung wirklich mit der prostatakrebspezifischen Mortalität (PCSM) zusammenhängt, ist nach wie vor fraglich. Ein internationales Forscherteam hat nun in einer Bevölkerungsstudie (n = 16.311) die PCSM in Abhängigkeit von den unterschiedlichen BCR-Risikokategorien untersucht.

Zunächst ermittelte das Forschungsteam die kumulative Inzidenz eines biochemischen Rezidivs (BCR) nach Primärtherapie (definiert als PSA \geq 0,2 ng/ml mit einem Folgewert $>$ 0,2 ng/ml nach Prostatektomie bzw. als Anstieg des PSA-Werts um 2 ng/ml über den tiefsten nach Radiotherapie erreichten Wert) für die unterschiedlichen Risikogruppen nach D'Amico bei Diagnose.

In der Gruppe mit radikaler Prostatektomie (n = 10.364) hatten innerhalb von 15 Jahren nach dem Eingriff 16 % aus der Niedrig-Risiko-Gruppe, 30 % aus der Gruppe mit mittlerem Risiko und 46 % aus der Gruppe mit hohem Risiko ein BCR entwickelt. Ein BCR bei Zugehörigkeit zur Hochrisikokategorie war dabei signifikant mit der PCSM assoziiert, das Risiko war um 27 % höher als Patienten, die kein BCR entwickelt hatten. Keine signifikante Assoziation wurde dagegen für Personen aus der Niedrig-Risiko-Kategorie festgestellt.

Unter Berücksichtigung etwaiger Salvage-Therapien betragen die PCSM-Raten nach 10 Jahren in der Hochrisikogruppe 9 %, in der Gruppe mit niedrigem Risiko dagegen nur 4 %.

Bei den mit Strahlentherapie behandelten Männern lagen die entsprechenden kumulativen Inzidenzen eines BCR in den 3 Risikogruppen bei 18 %, 24 % und 36 %. Patienten mit Niedrig-Risiko-BCR hatten ein um 34 %, solche mit Hochrisikorezidiv ein um 45 % erhöhtes PCSM-Risiko.

Als bemerkenswert hoben die Forschenden hervor, dass Rezidive nach Prostatektomie häufiger vorgekommen waren als nach Strahlentherapie. Das Sterberisiko im Fall eines Rezidivs sei jedoch nach einer Radiotherapie höher gewesen als nach Prostatektomie.

Fazit: Falagaro et al. ziehen aus ihren Ergebnissen 3 Schlussfolgerungen:

1. Ein BCR, wie es gegenwärtig definiert wird, ist kein verlässlicher Prognosefaktor für die PCSM.
2. Patienten mit Niedrig-Risiko-BCR gemäß der Definition der European Association of Urology (EAU) nach einer Radiotherapie haben ein vergleichsweise hohes Risiko, am Prostatakrebs zu sterben.
3. Die Risikostratifizierung von Patienten mit BCR ist unerlässlich, nicht nur als Grundlage für weitere Therapieentscheidungen, sondern auch, um eine Übertherapie zu vermeiden.

Elke Oberhofer

Falagaro UG et al. Biochemical Recurrence and Risk of Mortality Following Radiotherapy or Radical Prostatectomy. **JAMA Netw Open.** 2023;6(9):e2332900

Studienteilnehmende gesucht!

In der prospektiven nicht-interventionellen Studie CaboCare (AN 59/22 der AUO) soll die Wirksamkeit und Verträglichkeit der Kombinationstherapie aus Cabozantinib plus Nivolumab oder der Cabozantinib-Monotherapie in der Erstlinie beim Nierenzellkarzinom im klinischen Alltag ermittelt werden (primärer Endpunkt). Weiterhin soll die Assoziation zwischen Aktivität der Behandelten mit dem Therapieansprechen und der Verträglichkeit untersucht werden.

In die internationale Studie sollen aus zahlreichen Zentren im deutschsprachigen Raum insgesamt 105 Personen in die Kombinationsgruppe eingebracht werden. Medizinischer Leiter der Forschungsarbeit in Deutschland ist Prof. Heiko Wunderlich, Eisenach. Für weitere Informationen steht Ihnen Heidrun Rexer von der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) unter AUO@MeckEvidence.de zur Verfügung.



red.