

Active Surveillance Revisited (Active Surveillance, neu betrachtet)

von Dr. Charles "Snuffy" Myers¹, Übersetzung eines Online-Vortrags vom 29.2.2012²
Übersetzt von LowRoad

Hallo,

bin gerade vom Skilaufen aus Jackson Hole zurückgekommen, weshalb meine Haare etwas durcheinander sind. Ich habe mir mal eure Kommentare zu früheren Videos angeschaut die zwischenzeitlich hier angekommen sind. Dabei wurde mir klar, dass es ein paar Fragen bezüglich der Video-Serie über Active Surveillance vs. Watchful Waiting gibt. Die endlose Diskussion darüber verdeutlicht mir, dass es eine größere Gruppe von Patienten gibt, die diesen Ansatz missverstanden haben, nicht wissen, was Active Surveillance ausmacht.

Sowohl aufgrund unserer Newsletter als auch der Videos bekommen wir immer wieder eine Frage vorgelegt: "eine Biopsie zeigte einen Gleason-6-Prostatakrebs, aber nach radikaler Prostatektomie hatte ich ein Gleason 8, 9 oder 10! Kommt das nicht öfter vor, dass man nach Operation aggressivere Tumore sieht, verglichen mit den Biopsie-Ergebnissen?" Nun, offensichtlich ist das so, und deshalb wurde das Active-Surveillance-Protokoll entwickelt. Wenn wir wüssten, dass ein Gleason 6 immer ein Gleason 6 ist, bräuchten wir kein Active Surveillance durchführen. Wir könnten es schlicht ignorieren – einfach vergessen. Das wäre Watchful Waiting. Active Surveillance wurde speziell wegen zur Zeit ungenügender Stadiendiagnostik entwickelt. Bei etwa 1/4 bis zu 1/3 aller operierten Patienten zeigt sich, dass eine weitere Ausbreitung des Krebses vorliegt, oder dass er sich aggressiver darstellt. Active Surveillance ist ein Versuch, genau dieses Problem einzubeziehen, und das funktioniert.

Die entscheidende Studie diesbezüglich wurde durchgeführt von Dr. Ballentine Carter vom Johns Hopkins³. Ein seit Jahren bekannter Urologe, erstklassiger Operateur und außerdem ein netter Kerl. Er hat eine Studie mit dem Pathologen Jonathan Epstein, auch vom Johns Hopkins, durchgeführt, um die Patienten mit Niedrig-Risiko-Erkrankung nach Biopsie weiter zu charakterisieren. Es erfolgte eine enge Überwachung mittels Transrektal-Ultraschall (TRUS) und Rebiopsie alle sechs bis zwölf Monate. So genau weiß ich es nicht mehr, aber sie wurden in sehr engen Abständen überprüft. Wenn sich eine höhergradige Erkrankung entwickeln sollte, könnte man diese rechtzeitig erkennen und die Patienten operieren. Die Studie konnte zeigen, dass man mit Überwachung Erkrankungen sicher erkennen konnte, die die Eigenschaft besitzen, sich organüberschreitend auszubreiten, und diese rechtzeitig zu operieren. Active Surveillance, wo die Überwachung richtig durchgeführt wird, mit TRUS und Re-Biopsien, konnte erfolgreich diejenigen Patienten herausfiltern, die eine aggressivere Erkrankung aufwiesen, als es anfangs vermutet worden war.

Lassen sie mich das nochmals betonen, Active Surveillance wurde speziell wegen dieser Bedenken entwickelt. Die Möglichkeit der Erkennung höhergradiger Erkrankung ist abhängig von der Effektivität der Eingangsdiagnose. Das verbessert sich kontinuierlich. Ich hatte Patienten mit Gleason 6 in drei Biopsie-Stanzen, und im Operationspräparat zeigte sich ein Gleason 8. Niemand in der Urologie würde drei Stanzen als angemessene Vorgehensweise ansehen, das ist

1 Dr. Charles "Snuffy" Myers ist ein bekannter amerikanischer Onkologe/Hämatologe, der selbst an Prostatakrebs erkrankte³ und sich ganz auf die Behandlung von Prostatakrebs-Patienten spezialisiert hat

2 <http://askdrmyers.wordpress.com/2012/02/29/active-surveillance-revisited/>

3 Gemeint ist das Universitätsklinikum der privaten Johns Hopkins University in Baltimore, Maryland, USA

verrückt. Die Anzahl der vorzunehmenden Stenzen ist bei den Urologen eigentlich klar geregelt. Ein Teil des Problems sind demnach die Ärzte mit unzureichender Vorgehensweise.

Das nächste Problem ist, dass nach Zweitmeinung der Stenzen aus einem Gleason 6 ein höhergradiger Krebs wird. Nun, deshalb sollte man einen guten Pathologen damit beauftragen, nicht einen Stümper. Deshalb hatte ich Dr. Oppenheimer neulich eingeladen, eines meiner Videos als Gastbeitrag zu gestalten [[Your PCa Pathology Report](#)]. Sollten Sie Active-Surveillance machen wollen, dann sollten Sie den Gleason-Grad durch einen geeigneten Pathologen beurteilen lassen.

Transrektaler Ultraschall (TRUS) kann einen in die Irre führen. Eine Menge Forschung erfolgt in diesem Bereich der Urologie, bessere Bildgebung betreffend. Seit vielen Jahren empfehle ich Dr. Bahn in Südkalifornien mit seinem Color-Doppler-Ultraschall (CD-TRUS). Wenn er sagt, man hätte eine Gleason-6-Erkrankung, dann ist das Risiko einer höhergradigen Erkrankung zu dieser Zeit sehr gering. Natürlich können sich höheraggressive Erkrankungen im Verlauf noch entwickeln. Und deshalb machen wir Active Surveillance, nicht Watchful Waiting, was den pathologischen Verlauf ignorieren würde.

MRT, Magnetresonanztomografie, entwickelt sich sehr schnell als Diagnosetechnik. Multi-Parameter-MRI scheint wirklich sehr aussagekräftig zu sein. Aber selbst ein Endorektal-MRT, was hierzulande⁴ flächendeckend vorhanden ist, besitzt einen guten Negativ-Vorhersagewert. Das bedeutet, wenn man im Endorektal-MRT keine lebensbedrohende Erkrankung sieht, dann ist sie wahrscheinlich auch nicht vorhanden.

Eine MRT kann die Anzahl der Wiederholungsbiopsien reduzieren. Das Schlechte an Active Surveillance ist nicht, dass es versagt, sondern die vielen Rebiopsien, worüber die Patienten wahrlich nicht glücklich sind. Wenn die Bildgebung immer besser und besser wird, vermindert sich die Notwendigkeit der Rebiopsien entsprechend. Lassen sie mich das nochmals betonen:

Active Surveillance wird mit kurativer Intention durchgeführt!

Das Ziel von Active Surveillance ist es, die Patienten in zwei Gruppen zu teilen. Solche mit eindeutiger Gleason-6-Erkrankung, ohne Notwendigkeit der Operation, und gleichzeitig werden Patienten mit aggressiveren Erkrankungen rechtzeitig erkannt, um sie rechtzeitig zu behandeln – Operation oder Strahlentherapie kann das vollziehen. Ich hoffe, das beantwortet ein paar Fragen von euch. Da wurde doch Active Surveillance und Watchful Waiting etwas durcheinander gebracht.

Weiterhin erhielt ich Nachrichten von Patienten, die Watchful Waiting oder Active Surveillance als Rezidivtherapie nach Operation oder Strahlentherapie einsetzen wollen. Das hat hierbei aber keine Bedeutung. Beobachtung des PSA-Wertes nach Primärtherapie ist lediglich Beobachtung, das ist weder WW noch AS!

Also es ist wichtig, das korrekt zu verstehen, um mit euren Ärzten qualifiziert kommunizieren zu können.

Ich hatte ein tolle Zeit in Jackson Hole, und nun ist es gut, auch wieder hier zu sein. Wünsche euch noch einen schönen Tag!

4 d. h. in den USA