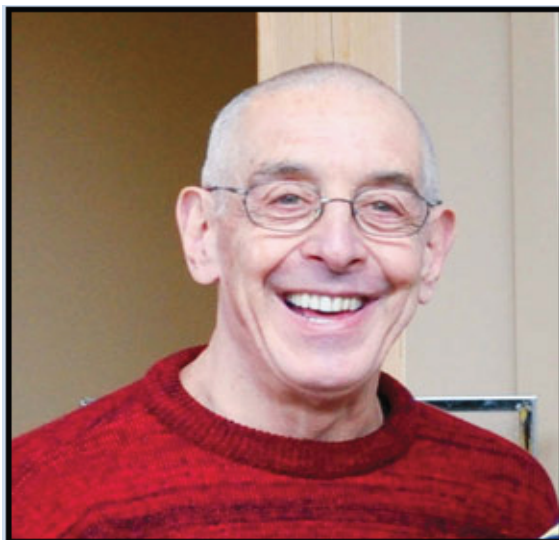


Active Surveillance für lokal begrenzten Prostatakrebs¹

von Stanley Brosman, M.D.

übersetzt von Ralf-Rainer Damm, Mai 2010

Das Konzept, Patienten im Anschluss an eine Prostatakrebsdiagnose lediglich zu beobachten, gibt es seit über 50 Jahren. Die zugrundeliegende Hypothese ist, dass durch Verfolgen eines Protokolls der Aktiven Überwachung (engl. active surveillance) bei Männern mit günstigem (niedrigem) Risiko und lokal begrenztem Prostatakrebs sich die Übertherapie insignifikanter Prostatakarzinome reduzieren ließe, ohne auf die Option einer definitiven Therapie bei Männern zu verzichten, bei denen es Anzeichen für eine Progression (ein Fortschreiten) des Krebses gibt.



Stanley Brosman, MD, Los Angeles, CA

Stanley Brosman, MD ist Professor für Urologie an der University of California, Los Angeles (UCLA) und praktiziert in Santa Monica, Kalifornien. Er hat sich auf urologische Onkologie spezialisiert. Er hat als Autor und Mitautor zahlreiche Artikel verfasst und hat auf der ganzen Welt Vorträge gehalten. Er wirkt aktiv an klinischen Studien und Laborstudien über Krebserkrankungen der Harnwege mit. Stanley Brosman ist Mitglied des Vorstands des PCRI.

Das heute bei den Patienten am häufigsten festgestellte Tumorstadium ist T1c. Das bedeutet, dass aufgrund eines erhöhten PSA-Werts eine Biopsie durchgeführt wurde, dass aber eine rektale Abtastung der Prostata keinen Hinweis auf das Vorliegen eines Karzinoms erbrachte. Was bedeuten dann T1a und T1b? Das sind Karzinome, die vom Pathologen entdeckt werden, wenn er Gewebe untersucht, das der Prostata entnommen wurde, um deren Größe zu verringern und das Wasserlassen zu verbessern. Wenn weniger als 5 % dieses Gewebes Krebs aufweist, dann ist dies ein Stadium T1a, wenn es mehr als 5 % Krebs

aufweist, ist das Stadium T1b. Dies sind niedrigmaligne Krebse, Gleason-Grad 3, und ihnen folgt typischerweise eine Active Surveillance, bis sich Hinweise auf eine Progression zeigen.

Die Leitlinien haben sich bezüglich des Einstufens von Männern in die Niedrig-Risiko-Kategorie seit einer Reihe von Jahren weiterentwickelt. Die standardmäßigen Kriterien sind: Ein PSA-Wert unter 10 ng/ml, nur ein oder zwei Stanzproben aus einer Zwölf-Stanzen-Biopsie dürfen Krebs aufweisen, es wird nur ein Gleason-Grad 3 festgestellt, und in nicht mehr als 20 % jeder Stanzprobe.

In einer Leitlinie werden Männer von Active Surveillance ausgeschlossen, wenn ihr PSA-Wert innerhalb eines Jahres um 2 oder mehr ng/ml angestiegen ist. Bei Patienten, die sich für Active Surveillance qualifiziert haben, geht man davon aus, dass sie ein "niedriges Risiko" für eine weitere Krebsprogression aufweisen. Es werden darüberhinaus weitere, subjektivere, Kriterien angewendet. Sie umfassen das individuelle Alter und den Gesundheitszustand, die Ausrichtung des Arztes zu einer Behandlung, die eigene Meinung des Patienten bezüglich seines Krankheitsmanagements und die Meinungen innerhalb der Familie und unter den Freunden und Bekannten.

Laurence Klotz und seine Mitarbeiter von der Universität von Toronto befassen sich seit einiger Zeit mit der Active Surveillance, und sie veröffentlichten kürzlich einen Artikel mit dem Titel "Clinical Results of Long-Term Follow-Up of a Large, Active Surveillance Cohort with Localized Prostate Cancer" [1] (deutsch: Klinische Ergebnisse einer Langzeitverlaufskontrolle einer großen Active-Surveillance-Kohorte mit lokal begrenztem Prostatakrebs). Sie haben den Krankheitsverlauf einer Gruppe von 450 Männern mit einer medianen Beobachtungszeit von 6,8 Jahren weiterverfolgt. Ihre Studie begann im November 1995, und der Aufsatz gibt die jüngsten Daten dieser Patienten wieder. Sie verwendeten die Ergebnisse von dreimonatlich durchgeführten PSA-Bestimmungen und alle sechs bis zwölf Monate erfolgten Biopsien um zu entscheiden, ob dem betreffenden Patienten geraten werden sollte, eine Therapie zu beginnen. Im Verlauf ihrer Studie änderten sich aufgrund der Ergebnisse ihre Kriterien für das Aufnehmen von Patienten in diese Studie. Sie stellten fest, dass adäquat ausgewählte, motivierte Patienten sicher in ein Active-Surveillance-Protokoll aufgenommen werden können, ohne ihr Überleben aufs Spiel zu setzen.

Wenn wir untersuchen, was Patienten tatsächlich tun, auf die die Kriterien zur Active Surveillance zutreffen, stellen wir fest, dass 35 % sich tatsächlich für Active Surveillance entscheiden. Tendenziell sind dies Männer im Alter über 70 Jahre und solche, die andere wesentliche Leiden aufweisen. Es gibt aber auch eine Gruppe jüngerer, um ihre sexuellen Funktionen sehr besorgter Männer, die sich

1 Active Surveillance for Localized Prostate Cancer, [PCRI Insights, März 2010 Vol 13: No 1](#)

dafür entscheiden, eine Therapie so lange wie möglich hinauszuzögern.

Wenn wir uns anschauen, was aus diesen 35 % wurde, stellen wir fest, dass 20 % dieser Männer² aussteigen und behandelt werden, weil ihre Ängste zu groß sind. Weiteren 25 % wird geraten, eine Behandlung zu beginnen, weil die Erkrankung fortschreitet, was durch einen Anstieg des PSA-Werts oder durch eine Biopsie festgestellt wurde, die einen höheren Tumorgrad oder eine gestiegene Anzahl positiver Stanzproben aufzeigte. Beinahe alle diese Männer weisen innerhalb von fünf Jahren nach dem Beginn des Protokolls eine Progression auf. Der Rest bleibt bei der Active Surveillance. Die Langzeitergebnisse derer, die eine Therapie beginnen, sind etwa die gleichen wie bei denen

² Also 20 % von 35 % – Anm. d. Übers.

in der gleichen Kategorie, die sich für eine sofortige Therapie entschieden. Wir haben bei der Zahl der Männer, die die Active Surveillance wählten, einen kleinen Zuwachs gesehen. Der Hauptgrund dafür, dass nicht mehr Männer sich für dieses Protokoll entscheiden, ist, dass Prostatakarziome bei jüngeren Männern entdeckt werden, die sich lieber behandeln lassen. Wir müssen auch klar erkennen, dass für seine Sicherheit und Wirksamkeit das Einhalten des Protokolls unerlässlich ist.

Literatur:

1. Klotz L, Zhang L, Nam R, et al. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2010 Jan 1;28(1):126-31. Epub 2009 Nov 16.