

Notizen von der Jahrestagung der mitteldeutschen Urologen, 4.-5.6.2004 in Gießen
von Ralf-Rainer Damm

Prof. Wirth, Dresden: Lokal begrenztes Prostatakarzinom (neuester Stand der Therapie)

- Das PCa macht in Deutschland 20 % aller bösartigen Tumore beim Mann aus.
- fordert das Festlegen der unteren PSA-Grenze, ab der weitere Untersuchung erfolgt, bei 2,5 ng/ml (statt wie bisher 4,0 ng/ml)
- in Dresden werden derzeit jährlich etwa 300 Prostatektomien vorgenommen.
- Uniklinik Hamburg-Eppendorf gibt 20 %(!) (nicht weiter spezifizierte) Komplikationen nach RPE an
- Prof. Wirth rät von neoadjuvanter Hormonblockade ab
- Aus diversen Erfolgsstatistiken entnimmt Prof. Wirth stark unterschiedliche Ergebnisse (Erfolgsquoten) zwischen 50 und 80 %, abhängig vom Operateur. Prof Wirth appelliert an Operateure sich zu überlegen, ob sie es bei wenigen Operationen jährlich nicht besser ganz sein lassen und die Patienten an erfahrenere Kliniken überweisen sollten (was natürlich ein Eingeständnis eigenen Unvermögens wäre, mein Kommentar).
- Zur Brachytherapie: Bei einem PSA über 10 ng/ml nur unbefriedigende Ergebnisse. Die Strahlendosis sollte mindestens 78 Gy betragen, bei niedrigeren Dosen deutlich schlechtere Erfolgsquote.

Prof. Montosori, Mailand: Vermeidung und Handhabung erektiler Dysfunktion (ED) nach Prostatektomie (in Englisch)

- Voraussetzung für das Überwinden einer ED ist immer eine geglückte nervenerhaltende RPE (NS-RPE)
- Positive Ergebnisse mit Sildafenil (Viagra) oder SKAT ggf. erst ab zwölf Monate nach RPE. Immer auf leeren Magen und 60 min vor geplantem Verkehr einnehmen.
- Prof. Montosori zweifelt am Nutzen von Vakuumpumpen.
- Erregte zum Schluss Heiterkeit mit Bildern zu einem in USA entwickelten Implantat, mit dem die Erektionsnerven elektrisch stimuliert werden können und einer Art handbetätigter Fernsteuerung dazu – die ferngesteuerte Erektion!

Prof. Ebert, Fürth: Vorteile der monoantiandrogenen adjuvanten Therapie?

- Rezidivraten in Deutschland (geschätzt) 40-50 % (der Urologe an der Ecke glaubt steif und fest an seine 98prozentige Heilungschance - mein Kommentar), Prof. Patrick Walsh gibt 32 % Versagen an.
- Verweist auf eine Studie von 1999 von Messing et al. zur adjuvanten Therapie bei Risikopatienten (= Patienten mit Lymphknotenbefall) (eine Zusammenfassung dieser Studie ist z. B. nachzulesen bei:
http://www.astrazeneca.no/bibliotek/azmedica/onkologi/0011_hormon.html).
Ein Kernsatz hieraus lautet: "In this prospective randomised comparison of immediate and delayed androgen suppression after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy in men with node positive prostate cancer, it was found that early treatment

significantly improved survival and risk of disease recurrence."

- Gegenüber dieser Aussage sprach Prof. Ebert von keinem verbesserten Überleben bei adjuvanter Verabreichung von Casodex 150 oder Flutamid, aber von verbesserter Progressionsfreiheit und nannte folgende Nebenwirkungen bei Bicalutamid (Casodex): Brustschmerzen bei 73,6 %, -wachstum bei 68 % der Patienten.

Prof. Kovács, Kiel: Stellenwert der Brachytherapie

- für die USA wird für das Jahr 2005 die Verteilung lokaler Therapien wie folgt geschätzt: RP: 36 %, externe RT: 31 %, Brachy: 34 % (ergibt zusammen 101 %, es kann sein, dass ich da etwas falsch übernommen habe, die Folie wurde nur kurz gezeigt, jedenfalls liegen die Therapiearten in USA in der Verteilung inzwischen dicht beieinander).
- Studie von Grills et al. von 2004: HDR-Brachy ("Afterloading") bringt bessere Ergebnisse als Seeds.
- J-125 und Pd-103 sind gleichwertig in der Anwendung. Beide Isotope sind so gewählt, dass die Strahlung (überwiegend Alphastrahlung?) bereits nach wenigen Millimetern stark nachlässt.

Prof. Tunn (Offenbach): Intermittierende Androgenblockade

- Prof. Tunn hat Kontakt zu Dr. Nick Brochovsky in Vancouver, einem Pionier der IAD, seine Studie war von diesem initiiert.
- (unklar, ob die IADn nach einer nicht erfolgreichen RPE oder anstelle einer RPE durchgeführt wurden, meine Vermutung: ersteres; unklar auch, welche Mittel verwendet wurden, nur LHRH-Agonist oder auch Casodex? Vielleicht habe ich entsprechende Aussagen auch nicht mitbekommen)
- Stellte eine dreifache Verlängerung der Zeit bis zur Hormonresistenz gegenüber permanenter Androgendeprivation fest (die DHB wurde natürlich mit keiner Silbe erwähnt).
- Die Behandlungsphasen betragen sechs bis neun Monate, der PSA-Schwellenwert für eine Wiederbehandlung wurde empirisch gewählt.
- 44 Patienten in Offenbach, Verlaufskontrolle 84 Monate, die mittlere Zeit bis zur Progression betrug 65 Monate,
- kein großer Unterschied im Überleben im Vergleich zur permanenten AD,
- im zweiten Zyklus deutlich weniger Rückkehr in den Testosteron-Normalbereich als im ersten.
- Der PSA-Verlauf nach einem Zyklus (in der Pause) folgt nicht dem Testosteron-Verlauf, sondern fällt bei steigendem Testosteron! (dieses Phänomen, dass Dr. Leibowitz' These zu bestätigen scheint, wurde nur in einem Nebensatz erwähnt, obwohl es jedem Urologen zu denken geben müsste, besonders solchen, die ihren Patienten zusätzlich zur Prostata unbedingt noch die Hoden entfernen möchten - mein Kommentar)
- 20 % der Patienten sprachen bezüglich des PSA-Verlaufs nicht auf die AD an.
- Prof. Tunn hält eine Dauer von neun Monaten für absolut notwendig (Leibowitz lässt wieder grüßen - mein Kommentar)

Prof. Thalmann, Bern: Initiale vs. verzögerte Hormonblockade

- Studie zur initialen vs. verzögerten Orchiektomie: kein signifikanter Unterschied im Überleben und der schmerzfreien Zeit.

PD Dr. Heidenreich, Köln (früher Marburg): Chemotherapeutische Ansätze - gesicherte Effekte für Patienten?

- Taxotere bringt definitiv einen Benefit!
- Frühere Chemotherapien hatten keine Wirkung.
- Es fehlt ein Standard.
- Mitoxantron + Prednison: Das Überleben ist nicht besser als mit Mitoxantron allein.
- Caelyx® (ein Antibiotikum, das gegen Krebs eingesetzt wird) ist zu teuer, hat hohe Nebenwirkungen
- Mit Estramustinphosphat (Estracyt®) + Taxotere + Carboplatin beträgt das mittlere Überleben zwei Jahre
- intermittierende Chemotherapie ist möglich, 50 % besseres Überleben als mit Mitoxantron.
- Es gibt eine Studie von Shi-Meng zur bone-targeted therapy (auf das Skelett abzielende Therapie), die ein mittleres Überleben von 28 Monaten ergab (im Internet findet sich kein Hinweis auf diese Studie).
- Dr. Heidenreich beklagte die geringe Bereitschaft der Krankenkassen, die hohen Kosten einer wirkungsvollen Chemotherapie zu tragen (z. B. Taxotere).

Prof. Fornara, Halle: PSA-Screening, Früherkennung, aktive Vorsorge - der neueste Stand

- natürlich jede Menge Für und Wider ein generelles PSA-Screening (wer soll das bezahlen? Wird dann nicht viel übertherapiert?)
- Es gibt einen Beschluss des Bundesrates von Anfang 2004, dass die Krankenkassen künftig die Kosten einer PSA-Bestimmung übernehmen sollen. ist natürlich noch nicht umgesetzt.

An der anschließenden sachlich geführten Podiumsdiskussion zwischen Ärzten und Patientenvertretern nahmen auf seiten der Patienten Wolfgang Petter, Christian Ligensa, Günter Feick und Herr Wallbott aus Gießen (prostatektomiert, sehr zufrieden), auf seiten der Ärzte Frau Prof. Engenhardt-Cabillic, Prof. Fornara, Prof. Rübber, Prof. Wirth teil.

Die klinischen Ärzte beklagten, dass ihre Erkenntnisse nur sehr schwer zu den urologischen Praxen durchdringen.