



foto: ©beigestellt

## Interview mit

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht

### Der+Urologe: Welchen Stellenwert nimmt das Prostatakarzinom (PCa) ein?

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht: Das Prostatakarzinom ist die häufigste bösartige Erkrankung des Mannes, jeder vierte krebserkrankte Mann ist davon betroffen. Vorsorge und stadiengerechte Therapie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Betroffenen sind daher von größter Wichtigkeit.

### Der+Urologe: Welche Risikofaktoren beim PCa haben klinische Relevanz?

W. Albrecht: Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten eines Prostatakarzinoms. Das mittlere Erkrankungsalter liegt in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen. Bei der prätherapeutischen Risikoeinschätzung ist die Höhe des PSA, die PSA-Verdopplungszeit, der Gleason-Score der Biopsie und das klinische Tumorstadium von Bedeutung. Die am schwierigsten zu behandelnde Gruppe ist jene der Hochrisikotumore, welche nicht gänzlich einheitlich definiert ist. Im Allgemeinen handelt es sich um betroffene Personen mit einem PSA über 20 ng/ml und einem Gleason-Score von 8–10. Diese Patienten weisen bis zu 33 Prozent positive Lymphknoten auf. Ein wesentlicher Faktor ist auch die PSA-Verdopplungszeit, da auch Patienten mit einer Verdopplungszeit von unter 12 Monaten der Hochrisikogruppe angehören.

### Der+Urologe: Welche Rolle spielen genetische Faktoren?

W. Albrecht: Männer, deren Vater, Großvater oder Onkel an einem PCa erkrankt war, haben – je nach der Zahl der blutsverwandten Erkrankten – ein bis zu achtfach erhöhtes Risiko selbst an einem Karzinom zu erkranken. Diese Risikogruppe sollte bereits ab dem 40. Lebensjahr eine PCa-Vorsorge durchführen. Für Männer, die nicht aus Karzinomfamilien stammen, wird international das 45. Lebensjahr als Vorsorgebeginn angegeben.

### Der+Urologe: Wie wirken sich Umwelteinflüsse und Ernährung auf das Risiko der Entstehung eines PCa's aus?

W. Albrecht: Die Häufigkeit der Erkrankung ist in den

# Risikofaktoren beim PCa Bewertung, klinische Auswirkungen und Therapie

verschiedenen Weltregionen stark unterschiedlich. Dabei scheint die Ernährung einen protektiven Wert zu haben, auch die Vitamin D-Produktion könnte einen positiven Einfluß haben. Bei den Nahrungsmitteln scheint insbesondere die Aufnahme von Phytoöstrogenen, wie sie z. B. in Soja oder Paradeisern vorkommen, eine wesentliche Rolle zu spielen. In Europa hat Schweden die höchste und Griechenland die niedrigste Inzidenz. In Japan tritt das PCa verhältnismäßig selten auf. Wenn jedoch Japaner nach Amerika auswandern und die dortigen Ernährungsgewohnheiten annehmen, hebt sich der günstige Einfluss der asiatischen Ernährung wieder auf.

### Der+Urologe: Welchen Einfluss haben Risikofaktoren auf die Entscheidung für die primäre Therapie?

W. Albrecht: Risikofaktoren haben entscheidenden Einfluß auf das Management des Prostatakarzinoms. Zusätzlich zur Einteilung in drei Risikogruppen ist weiters zu beachten, dass die betroffenen Personen eine vorhersehbare Überlebenszeit von mehr als 10 Jahren sowie keine Co-Morbiditäten haben. Unter diesen Umständen ist die radikale Prostatektomie bei einem lokal-begrenzten Karzinom ohne Metastasen die Therapieform erster Wahl. Jedoch sollte man die Patienten auch eingehend über die externe Bestrahlung bzw. über die Brachytherapie informieren. Alle drei Möglichkeiten gelten als kurative Therapieformen. Lokal-fortgeschrittene Karzinome bei Männern mit Co-Morbiditäten sind eher eine Domäne der primären Hormontherapie oder einer zunächst nur beobachtenden Strategie.

### Der+Urologe: Welche Empfehlungen gibt es für Patienten mit lokal-fortgeschrittenen Tumoren, mit positivem Schnittrand, Gleason-Score 8-10 bzw. positiven Lymphknoten?

W. Albrecht: Verschiedene Studien zeigen für Patienten mit positivem Schnittrand und persistierendem PSA-Wert einen Überlebensvorteil durch anschließende Bestrahlung. War das PSA nach der radikalen Prostatektomie nicht messbar, besteht bei einem Wiederanstieg, solange er unter 0,5 ng/ml bleibt, die Chance die Überlebenszeit mit einer Bestrahlung positiv zu beeinflussen. Patienten, die radikal prostatektomiert wurden und einen lokal-fortgeschrittenen Tumor haben, profitieren hinsichtlich des Gesamtüberlebens durch eine Bestrahlung mit Dosen über 74Gy. Patienten mit einem Gleason-Score 8–10 haben ein sehr hohes Risiko für ein Lokalrezidiv bzw. für Metastasen im Verlauf. Auch diese Patienten sollten einer adjuvanten Bestrahlung zugeführt werden. Die Datenlage für die Patientengruppe mit positiven Lymphknoten ist nicht komplett konklu-

siv. Die Studie 9413 der RTOG hat eine Verbesserung des progressionsfreien Überlebens unter kombinierter Bestrahlung des Beckens mit neo- und adjuvanter Hormontherapie gezeigt.

### Der+Urologe: Wann ist eine 2–3 jährige sofortige adjuvante Hormontherapie zur primären Strahlentherapie indiziert?

W. Albrecht: Nach der vorliegenden Datenlage ist die Langzeit-Hormonblockade bei Patienten mit einem PSA über 20 bzw. einem Gleason-Score zwischen 8 und 10 sowie allen Tumoren ab einem Stadium T3 indiziert. Die neo-adjuvante Therapie zeigt bislang keinen Überlebensvorteil. Jedoch können durch die Volumenreduktion kleinere Bestrahlungsfelder gewählt werden, wodurch die Nebenwirkungen der Bestrahlung möglicherweise geringer sind.

### Der+Urologe: Welche Parameter helfen bei der Differenzierung zwischen Lokalrezidiv und systemischem Rezidiv?

W. Albrecht: Hier ist das PSA ein sehr wichtiger Marker. Wenn die PSA-Verdopplungszeit größer als 10–12 Monate ist und das PSA-Rezidiv nach einem längeren Zeitraum als 2 Jahre auftritt, kann von einem Lokalrezidiv ausgegangen werden. Treffen diese Kriterien nicht zu und steigt insbesondere das PSA rasch an, wird es sich um ein systemisches Rezidiv handeln. Die Biopsie der Prostata-Loge hat in diesem Zusammenhang keinen Stellenwert.

### Der+Urologe: Wie ist bei Verdacht auf ein systemisches Rezidiv vorzugehen?

W. Albrecht: Das systemische Rezidiv ist die Domäne der Hormontherapie. Nach den Ergebnissen der EORIC-Studie 30891 profitieren Patienten unter 70 Jahren mit einer PSA-Verdopplungszeit < 12 Monaten und/oder einem PSA-Wert > 50ng/ml von einer sofortigen Hormontherapie. Wogegen ältere Patienten über 70 Jahren mit einer PSA-Verdopplungszeit > 12 Monaten und einem PSA-Wert < 50ng/ml zunächst nur beobachtet werden können. Im Progress sollte eine Hormonablation begonnen werden.

### Korrespondenzadresse

Prim. Priv.-Doz. Dr. Walter Albrecht  
Urologische Abteilung  
Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach  
Liechtensteinstraße 67  
Tel.: +43(0)2572/3341-9600  
walter.albrecht@mistelbach.lknoe.at

Fachkurzinformation TAKEDA TRENANTONE®/SIXANTONE®/ENANTONE® STAND 30.11.09

**TRENANTONE®-Zweikammerspritze: Zusammensetzung:** 1 Zweikammerspritze enthält 11,25 mg Leuprorelinacetat als 3-Monatsdepot. **Hilfsstoffe:** Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, Mannitol, Suspensionsmittel: Carboxymethylcellulose-Natrium, Mannitol, Polysorbit 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Bei Männern: Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. Bei Frauen: Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates, intraarterielle Injektion. Nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms. Bei Männern: chirurgische Kastration. Bei Frauen: Schwangerschaft und Stillzeit. **Pharmakologisch-therapeutische Gruppe:** GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgröße:** 1 Zweikammerspritze. **Stand der Information:** Juli 2009.

**SIXANTONE®-Zweikammerspritze: Zusammensetzung:** 1 Zweikammerspritze enthält 30,0 mg Leuprorelinacetat als 6-Monatsdepot. **Hilfsstoffe:** Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, D-Mannitol, Suspensionsmittel: D-Mannitol, Carboxymethylcellulose-Na, Mannitol, Polysorbit 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Zur palliativen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates, intraarterielle Injektion. Männer: nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms, chirurgische Kastration. Mädchen mit Pubertas praecox vera: Schwangerschaft und Stillzeit; nicht abgeklärte vaginale Blutungen. **Pharmakologisch-therapeutische Gruppe:** GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgröße:** 1 Zweikammerspritze. **Stand der Information:** Juli 2009.

**ENANTONE® Monats-Depot-Zweikammerspritze: Zusammensetzung:** 1 Zweikammerspritze enthält 3,75 mg Leuprorelinacetat. **Hilfsstoffe:** Retardmikrokapseln: Polyglycolsäure, milchsäure, Mannitol und Gelatine. Suspensionsmittel: Carboxymethylcellulose-Na, Mannitol, Polysorbit 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Männer: zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. • Kinder: idiopathische oder neurogene gonadotropinabhängige Pubertas praecox vera. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polyglykol-, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates, intraarterielle Injektion. Männer: nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms, chirurgische Kastration. Mädchen mit Pubertas praecox vera: Schwangerschaft und Stillzeit; nicht abgeklärte vaginale Blutungen. **Pharmakologisch-therapeutische Gruppe:** GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgröße:** 1 Zweikammerspritze. **Stand der Information:** Juli 2009.

**Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma GmbH, 1070 Wien, Seidengasse 33-35, Tel. 01/524 40 64, Fax: 01/524 40 66. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sowie zur Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**