

Onkologische Ergebnisse und Rezidivmuster nach Salvage radikaler Prostatektomie

Paparel P, Cronin AM, Savage C, Scardino PT, Eastham JA., Eur Urol. 2009;55; 404-411, Division of Urology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, USA

Zielsetzung: Bisher existieren nur wenige Informationen über das Rezidivmuster (lokaler oder systemischer Progress) nach einer Salvage radikalen Prostatektomie (SP), die aufgrund eines Rezidives nach primärer Strahlentherapie durchgeführt wurde. Untersucht wurden in dieser Studie retrospektiv das Auftreten eines biochemischen Rezidives, eines Lokalrezidives oder von Metastasen bei insgesamt 146 Patienten, die eine SP am MSKCC erhielten. Die Patienten wurden überwiegend von zwei erfahrenen Operateuren in der Zeit von 1984 bis 2006 operiert. Als biochemisches Rezidiv (BCR) wurde ein PSA-Wert $\geq 0,2$ ng/ml oder der Beginn einer Hormontherapie gewertet. Als Vorhersageparameter eines Rezidives nach SP flossen der PSA-Wert, das klinische Stadium, der Gleason Score der Biopsien, das Alter bei SP und das Zeitintervall zwischen Strahlentherapie und SP in die Analyse ein.

Ergebnis: 65 der 146 Patienten nach SP entwickelten ein BCR (45%), wobei die mediane Beobachtungszeit der rezidivfreien Patienten 3,8 Jahre betrug. 43 Patienten (29%) wurden über fünf Jahre nachbeobachtet. 54% der Patienten waren nach fünf Jahren ohne Hinweis auf ein Rezidiv. Nur ein Patient hatte in der Beobachtungszeit ein Lokalrezidiv, der aber auch zusätzlich Knochenmetastasen entwickelt hatte. Die Fünf-Jahres-tumorspezifische Todesrate betrug 4%. Die präoperativen PSA-Werte und der präoperative Gleason Score der Biopsien korrelierten signifikant mit der Wahrscheinlichkeit, nach SP tumorbedingt zu versterben ($p < 0,0005$ bzw. $p = 0,002$).

Schlussfolgerung: Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass eine SP eine sehr gute lokale Tumorkontrolle bietet, da nur bei einem Patienten ein Lokalrezidiv nachweisbar war.

Kommentar: Wir haben diese Studie als Publikation des Monats ausgewählt, da sie sich mit der im klinischen Alltag wichtigen Frage beschäftigt, ob Patienten mit einem Rezidiv nach primärer Strahlentherapie von einer SP profitieren können. Diese Frage stellt sich zunehmend im klinischen Alltag, da trotz moderner Applikationsverfahren ca. ein Drittel der bestrahlten Patienten mit einem klinisch lokalisierten PCa ein Rezidiv erlangen werden. Die Schwierigkeit für den Kliniker besteht primär darin, ein systemisches Rezidiv von einem lokalen zu unterscheiden. Nur bei einem lokalen Rezidiv besteht die Möglichkeit einer potentiellen Heilung durch lokale Therapiemaßnahmen wie der SP.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die SP auf dem Wege zu einer Standardtherapie des lokalen Rezidives nach allen Arten der Strahlentherapie ist. Trotzdem ist die Operation hinsichtlich möglicher Komplikationen nicht mit einer primären RP zu vergleichen und sollte erfahrenen Operateuren vorbehalten bleiben. Die Operationen der vorliegenden Arbeit wurde entsprechend von zweien der bekanntesten Experten auf dem Gebiete der operativen Therapie des PCa durchgeführt. Der Patient muss darüber informiert sein, dass trotz operativer Expertise die funktionellen Ergebnisse wie die postoperative Kontinenz, beeinflusst durch die primäre Radiatio, schlechter sein können als nach primärer RP. Weitere Limitation der Arbeit sind der retrospektive Charakter der Analyse und der lange Zeitraum von 22 Jahren, in dem die SP durchgeführt wurden. Die Frage, ob die SP auch einen Vorteil im Gesamtüberleben erbringen kann, ist durch diese Arbeit nicht beantwortet.

Die SP ist eine Möglichkeit bei hochselektionierten Patienten, eine sehr gute lokale Tumorkontrolle zu erreichen. Die Aufgabe der Zukunft wird sein, diese Patienten richtig zu identifizieren. In der klinischen Routine haben sich bisher folgende Parameter etabliert, um Patienten mit einem wahrscheinlich lokalen Rezidiv zu charakterisieren: PSA von < 10 ng/ml vor der Bestrahlung, Gleason Score von $\leq 3 + 4 = 7$, PSA von < 10 ng/ml vor möglicher Salvage RRP und ein möglichst langes Intervall zwischen Strahlentherapie und Rezidiv.