

Literatur des Monats November 2009

Postoperative adjuvante Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie im Vergleich zur alleinigen radikalen Prostatektomie bei Patienten mit pT3-Prostatakarzinom und nicht-nachweisbarem postoperativem PSA-Wert

Thomas Wiegel et al., J Clin Oncol 27:2924-2930

Abstract: Lokalrezidive nach radikaler Prostatektomie sind ein häufiges Ereignis. Bisher konnten zwei randomisierte Studien zeigen, dass eine adjuvante Strahlentherapie einen Vorteil bei diesen Patienten gegenüber einer Wait-and-see-Strategie haben kann (Bolla et al., Lancet 2005 und Thompson et al, JAMA 2006). Die vorliegende randomisierte Studie schließt im Gegensatz zu den beiden anderen Studien nur Patienten ein, die nach radikaler Prostatektomie einen nicht-nachweisbaren PSA-Wert aufzeigten. Ursprünglich wurden in jeden Arm 192 bzw. 193 Patienten mit einem pT3-pN0-Tumor randomisiert. 117 Patienten mussten aus der Analyse ausgeschlossen werden, z.B. wegen postoperativ messbaren PSA-Werten, so dass letztendlich 114 (adjuvante Strahlentherapie) bzw. 154 (Wait-and-see) Patienten in den beiden Gruppen auswertbar waren. Primärer Endpunkt war das biochemische progressionsfreie Überleben. Nach fünf Jahren war das biochemische progressionsfreie Überleben in der Gruppe der adjuvanten Strahlentherapie mit 72% versus 54% signifikant günstiger. In der univariaten Analyse waren der Gleason-Grad, der präoperative PSA-Wert, das Tumorstadium und der positive Absetzungsrand Prognosefaktoren. Die Toxizität der adjuvanten Strahlentherapie war mit 0,3% Grad-3- und -4-Langzeitnebenwirkungen gering. Die Autoren schlussfolgern, dass die adjuvante Strahlentherapie bei Patienten mit einem pT3-Tumor und nicht-nachweisbarem PSA-Wert das Risiko für ein biochemisches Rezidiv reduzieren kann.

Kommentar: Erfreulicherweise hat es hier eine interdisziplinäre deutsche Studie geschafft, in einem hochrangigen Journal publiziert zu werden. Sie bestätigt den Eindruck aus der täglichen klinischen Praxis zur adjuvanten Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie, die insbesondere bei pT3-R1-Tumoren weitgehend angeboten wird. Interessant an der Studie ist auch die Begutachtung durch eine zentrale Pathologie (bei 85% aller Histologien durchgeführt), da R-Status, Gleason-Grad und Tumorstadium als wesentliche Faktoren in die Analyse eingehen.

Die Studie hat natürlich auch Limitationen. So gibt es (bisher) nur Daten zum biochemischem Rezidiv und nicht zu klinischer Progression und Überleben. Wegen der letztendlich geringen Fallzahl werden hier weitere Analysen auch sehr schwierig sein. Die verwendete Dosis bei der adjuvanten Strahlentherapie von 60 Gy ist nach aktueller Praxis eher am unterem Limit. Die aktuelle S3-Leitlinie empfiehlt 60 – 64 Gy. Leider kann auch diese Studie nicht die Frage beantworten, ob eine adjuvante Strahlentherapie einer Salvage-Strahlentherapie (beim nachgewiesenem PSA-Rezidiv) überlegen ist.