

Literatur des Monats April 2012

Salvage Radiotherapie nach Prostatektomie – Wann ist der beste Therapiezeitpunkt?

A. Siegmann et al. Radiotherapy and Oncology 2012, Article in Press

Ziel: Eine Salvage Radiotherapie (SRT) wird routinemäßig bei Patienten mit einem biochemischen Rezidiv nach radikaler Prostatektomie durchgeführt. Ein dauerhaftes Ansprechen nach zehn Jahren kann jedoch nur bei 30 % der Patienten erreicht werden. Als Standard werden 66 Gy gegeben, idealerweise bei einem PSA-Wert unter 0,5 µg/l. Präziser: Wir versuchten den optimalen PSA-Wert zu Beginn einer SRT zu bestimmen.

Material und Methodik: Bei 301 Prostatakarzinompatienten ohne Hormontherapie wurde der Einfluss auf die Rezidivfreiheit nach SRT von zwei verschiedenen PSA-Werten bestimmt, nämlich unter und über dem Median von 0,28 µg/l.

Ergebnisse: Das mediane Nachsorgeintervall für die gesamte Kohorte von 301 Prostatakarzinompatienten lag bei 30 Monaten. Bei 151 Patienten wurde die SRT bei einem PSA-Wert <0,28 µg/l gestartet. Bei den anderen 150 Patienten lag der PSA-Wert >0,28 µg/l. 82 Patienten (27 %) der Gesamtkohorte entwickelten einen biochemischen Progress während des Nachsorgeintervalls. Die berechnete Zwei-Jahres-Rezidivfreiheit lag bei den insgesamt 301 Patienten bei 74 %. Im Ergebnis waren 78 % der Patienten rezidivfrei, wenn die prä-SRT bei einem PSA-Wert unter 0,28 µg/l gestartet wurde und 61 % der Patienten bei einem prä-SRT PSA-Wert von größer 0,28 µg/l. In der multivariaten Analyse waren ein pT3b-Stadium, der Resektionsstatus, der median dichotomisierte prä-SRT PSA-Wert, ein post-SRT nicht nachweisbarer PSA-Wert und die PSA-Verdopplungszeit statistisch signifikante unabhängige Prädiktoren einer Progression nach SRT.

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse lassen vermuten, dass das rezidivfreie Überleben bei einem PSA-Wert <0,28 µg/l vor SRT bessere Ergebnisse mit sich bringt, als bei einem PSA-Wert >0,28 µg/l.

Kommentar: Wir haben diese Publikation des Monats ausgewählt, weil hier eine wichtige klinische Fragestellung analysiert wurde. Die Deutschen S3-Leitlinien schlagen vor, dass bei einem PSA-Wert unter 0,5 µg/l eine SRT in der Rezidivsituation nach radikaler Prostatektomie gestartet werden soll. Schaut man sich die Historie der hierzu publizierten Arbeiten an, findet sich eine kontinuierliche Reduktion des PSA-Cut offs vor einer Radiotherapie.

Das Fazit all dieser Arbeiten lässt sich auf einen Nenner bringen: Je niedriger der PSA-Wert bei Initiierung einer SRT ist, desto erfolversprechender ist diese.

Auch diese Arbeit aus der Charite und Universitätsklinik Ulm weist genau in diese Richtung. Es wurden hier Patienten mit einem medianen PSA-Wert von 0,28 µg/l bestrahlt, als Rezidiv war hier ein PSA-Wert von >0,05 µg/l gewertet worden. Die Bandbreite der PSA-Werte lag bei >0,05-8,87 µg/l.

Diese Arbeit gibt für die Indikationsstellung einer SRT eine wichtige Information.

Eine Schwäche dieser Publikation ist sicherlich, dass auch PSA-Werte in höheren Bereichen bis 8,87 µg/l verwendet wurden. Die Arbeit würde noch viel wichtiger für unseren klinischen Alltag sein, wenn beispielsweise nur Patienten mit PSA-Werten bis 0,5 µg/l berücksichtigt worden wären und wir dann hätten schauen können, ob es in dem niedrigen PSA-Bereich einen Unterschied macht, ob wir einen Patienten bei einem PSA-Wert von 0,4 µg/l, 0,3 µg/l oder 0,2 µg/l bestrahlen.

Ein weiterer Schwachpunkt ist, dass in sehr niedrigen PSA-Bereichen bestrahlt wurde und, dass es möglicherweise – und dies schreiben die Kollegen auch in der Diskussion – nicht zwingend zu einem weiteren PSA-Progress auch ohne Bestrahlung gekommen wäre.

Dennoch war uns diese Arbeit insofern wichtig, da sie noch einmal unterstreicht, dass, wenn eine SRT mit dem Patienten diskutiert wird, es offensichtlich nicht sinnvoll ist, noch über mehrere Monate PSA-Verläufe abzuwarten. Ist die grundsätzliche Entscheidung zu einer SRT gefallen, sollte diese auch bei niedrigen PSA-Werten gestartet werden.