

Literatur des Monats Januar 2019

## Operation vs. Radiotherapie zur Behandlung des Gleason 9-10 PCa und Mortalitätsrisiko

Auswahl und Kommentar von Prof. Dr. Derya Tilki

### [Surgery vs Radiotherapy in the Management of Biopsy Gleason Score 9-10 Prostate Cancer and the Risk of Mortality](#)

**Autoren:** Derya Tilki, Ming-Hui Chen, Jing Wu, Hartwig Huland, Markus Graefen, Michelle Braccioforte, Brian J. Moran, Anthony V. D'Amico  
JAMA Oncology, published online 15/11/2018

#### Hintergrund

Der Unterschied in den onkologischen Ergebnissen von Patienten mit Gleason 9-10 Prostatakarzinom (PCa) nach der Behandlung mit radikaler Prostatektomie (RP) und adjuvanter externer Strahlentherapie (EBRT), Androgendeprivationstherapie (ADT) oder beidem (MaxRP) im Vergleich zur Behandlung mit EBRT, Brachytherapie und ADT (MaxRT) ist unbekannt.

#### Methoden

Die Studiengruppe bestand aus 639 konsekutiv zwischen Februar 1992 und April 2013 behandelten Männern mit Biopsie Gleason-Score 9 oder 10 PCa, die MaxRT (n = 80) oder RP und Lymphadenektomie (n = 559) erhielten. Von den 559 Männern, die eine RP hatten, hatten 88 (15,7 %), 49 (8,8 %) und 50 (8,9 %) Männer eine adjuvante EBRT, ADT oder beides. Zum Vergleich der onkologischen Ergebnisse erfolgte ein *Propensity Score Matching*.

#### Ergebnisse

Nach einem medianen Follow-up von 5,5 und 4,8 Jahren bei Männern, die mit MaxRT oder MaxRP behandelt wurden, starben 161 Männer, davon 106 (66 %) am PCa. Es gab keinen signifikanten Unterschied im Risiko der prostatakrebs-spezifischen (PCSM) [Adjusted Hazard Ratio (AHR): 1,33 (95 % - CI) 0,49; 3,64); p = 0,58] und Gesamtmortalität [AHR: 0,80 (95 % - CI: 0,36; 1,81); p = 0,60] beim Vergleich von Männern mit MaxRP und MaxRT.

#### Schlussfolgerung

Die Behandlung mit MaxRP oder MaxRT von Männern mit Biopsie Gleason Score 9 oder 10 PCa führte zu gleichwertigen Raten von PCSM und Gesamtmortalität.

## Kommentar

Männer mit einem aggressiven Prostatakarzinom (Bieopsie Gleason-Score von 9 oder 10), haben das größte Risiko weltweit, an Prostatakrebs zu versterben. Des Weiteren werden diese Patienten trotz radikaler Prostatektomie in mehr als 80% der Fälle ein PCa-Rezidiv erleiden.

In der vorliegenden Studie mit 639 Männern mit einem Biopsie Gleason-Score von 9 oder 10 haben wir gemeinsam mit Kollegen des Brigham and Women's Hospital in Boston die onkologischen Ergebnisse von Patienten verglichen, die entweder mit einer radikalen Prostatektomie plus adäquater Anwendung von adjuvanter Bestrahlung und ADT (MaxRP) oder einer EBRT, Brachytherapie und ADT (MaxRT) behandelt worden sind (1). Wir konnten zeigen, dass Patienten nach MaxRP oder MaxRT nach einem medianen Follow-Up von 5 Jahren äquivalente onkologische Resultate erreichten. Das Risiko eines prostatakrebspezifischen Todes innerhalb von fünf Jahren lag bei beiden Therapieoptionen bei weniger als 10 %, verglichen mit 22 % bei Behandlung mit radikaler Prostatektomie alleine.

Eine zusätzliche Bestrahlung in Kombination mit einer Hormontherapie wird regelmäßig im Falle eines Rezidivs empfohlen. Im Gegensatz zu dieser verzögerten Therapie zeigen unsere Ergebnisse, dass durch die Umsetzung dieser Therapien direkt nach der Operation das beste Überleben erreicht werden kann.

Mehr als 75 % der Männer in dieser Studie wiesen postoperativ Risikofaktoren für einen späteren Progress auf und hätten somit eine adjuvante Bestrahlung in Kombination mit Hormonentzug empfohlen bekommen. Tatsächlich nahmen aber nur ein Drittel der Patienten adjuvante Therapien in Anspruch, mit dem Ergebnis einer potenziellen Untertherapie.

Eine vorhergegangene Studie hat gezeigt, dass die prostatakrebspezifische Mortalität bei alleiniger radikaler Prostatektomie höher ist verglichen mit der Therapieoption der Kombination aus EBRT, Brachytherapie und ADT (2). Die Ursache für die Nicht-Nutzung von adjuvanter Bestrahlung und ADT nach radikaler Prostatektomie ist hauptsächlich durch die Angst vor einer Übertherapie bedingt. Allerdings ist eine Übertherapie bei diesen Patienten mit aggressivem und fortgeschrittenem Prostatakrebs sehr unwahrscheinlich, wenn man berücksichtigt, dass ein Rezidiv bei 80 Prozent dieser Männer innerhalb von fünf Jahren auftreten wird und diese dann eine Bestrahlung und/oder ADT benötigen werden.

Zusammenfassend zeigen unsere Daten, dass Patienten mit einem Gleason 9 oder 10 Score bei Biopsie von einer adjuvanten Therapie mit Bestrahlung und Hormontherapie nach RP profitieren. Daher empfehlen wir, diese Patienten im Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes zu beraten.

## Literaturverzeichnis

1. Tilki D, Chen MH, Wu J, Huland H, Graefen M, Braccioforte M, et al. Surgery vs Radiotherapy in the Management of Biopsy Gleason Score 9-10 Prostate Cancer and the Risk of Mortality. JAMA Oncol. 2018.
2. Kishan AU, Cook RR, Ciezki JP, Ross AE, Pomerantz MM, Nguyen PL, et al. Radical Prostatectomy, External Beam Radiotherapy, or External Beam Radiotherapy With Brachytherapy Boost and Disease Progression and Mortality in Patients With Gleason Score 9-10 Prostate Cancer. JAMA. 2018;319(9):896-905.

- [mehr Literatur zum Thema](#)
- [mehr zu Prof. Dr. Derya Tilki](#)
- [mehr über die Martini-Klinik](#)