

RISIKOSTRATIFIZIERUNG GEFORDERT

## Prostatakarzinome der ISUP-Gruppe 1 nicht immer harmlos

Nicht bei allen Patienten mit einem Prostatakarzinom der Gleason-Graduierungsgruppe 1 laut ISUP kann man davon ausgehen, dass der Tumor benigne ist, warnen Forschende der Uniklinik Hamburg-Eppendorf. In ihrer Studie waren sowohl ein PPB (Prozentsatz positiver Biopsien) 50 Prozent als auch ein PSA-Wert 20 ng/ml mit einem signifikant erhöhten Risiko verknüpft.

Hamburg. Prostatakarzinome, die bei der Biopsie als „Gleason-Graduierungsgruppe 1“ (GGG 1 laut International Society of Urological Pathology, entspricht dem Gleason-Score 3 + 3 = 6) klassifiziert werden, erhalten in der Praxis oft automatisch das Label „gutartig“, was in der Regel in einer aktiven Überwachung mündet.

Damit könnte man allerdings Tumoren verpassen, die ein okkultes höhergradiges Karzinom enthalten, so Professorin Derya Tilki und ihr Team von der **Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf** (Eur Urol Oncol 2024; online 2. Juli).

In ihrer Studie wertete die Forschungsgruppe die Daten von 10.228 Patienten mit Prostatakarzinom (cT1–2N0M0) aus, die gemäß Biopsieergebnis als GGG 1 klassifiziert worden waren, aber dennoch zwischen 1992 und 2023 eine radikale Prostatektomie erhalten hatten.

Als Endpunkte dienten ein ungünstiger pathologischer Befund, definiert als GGG 4 oder 5, pT3b oder pT4 oder positive Beckenlymphkno-

ten (pN1), außerdem die krebsspezifische sowie die Gesamtmortalität und die Zeit bis zum PSA-Versagen (postoperatives PSA > 0,1 ng/ml).

PPB und PSA prognostisch relevant

Das Forschungsteam unterschied zwischen Patienten, die ihre GGG-1-Diagnose noch ausschließlich mittels Ultraschall-gesteuerter Prostatastanziopsie (TRUS) erhalten hatten (SBx-Gruppe, n = 9248), und solchen, bei denen bereits eine kombinierte MRT/TRUS-Fusionsbiopsie zum Einsatz gekommen war (CBx-Gruppe, n = 980).

In der SBx-Gruppe waren nach median sieben Jahren 591 Patienten verstorben, davon 53 (9 Prozent) am Prostatakarzinom. Von den klinischen Parametern erwiesen sich ein Prozentsatz positiver Biopsien (PPB) 50 Prozent sowie ein PSA-Wert 20 ng/ml als jeweils signifikant mit der prostatakrebspezifischen Mortalität (PCM) und der Gesamtmortalität (All-Cause Mortality, ACM) assoziiert. Die adjustierten Hazard Ratios (aHR) betragen 2,56 bzw. 3,71 für die PCM und 1,47 bzw. 2,00 für die ACM.

In der Gruppe mit Fusionsbiopsie hatten nach median drei Jahren 2,33 Prozent ein frühes PSA-Versagen. Auch hier waren sowohl ein PPB 50 Prozent als auch ein PSA-Wert 20 ng/ml signifikant mit dem Endpunkt verknüpft (aHR 2,88 bzw. 7,81). Das Gleiche galt für die Gruppe mit alleiniger TRUS-Biopsie (aHR 1,54 bzw. 4,37).

Hinweis auf „klinisch signifikantes Prostatakarzinom“

Nach Tilki und ihren Mitforschenden lassen sich diese Informationen nutzen, „um Patienten mit GGG 1 zu identifizieren, die möglicherweise ein nicht klassifiziertes höhergradiges, klinisch signifikantes Prostatakarzinom in sich tragen“.

In Fällen, in denen mehr als die Hälfte der Proben einen GGG-1-Tumor enthalte und der PSA-Wert 20 ng/ml liege, könne man eine weitere Evaluation, z. B. mittels Keimbahntest, erwägen, um dann zu entscheiden, ob man die Patienten noch einmal gezielt biopsiert.

Das Wichtigste in Kürze

**Frage:** Assoziation verschiedener klinischer Parameter mit dem Vorliegen eines Hochrisikokarzinoms der Prostata bei Patienten mit biopsisch festgestelltem Gleason-Graduierungsgruppe-1(GGG-1)-Tumor.

**Antwort:** Unabhängig von der Biopsietechnik (TRUS oder MRT/TRUS-Fusionsbiopsie) waren sowohl ein PPB 50 Prozent als auch ein PSA-Wert 20 ng/ml mit einer ungünstigen Prognose assoziiert.

**Bedeutung:** Bei Patienten mit GGG-1-Tumor kann es sinnvoll sein, anhand von PPB und PSA etwaige Risikokandidaten herauszufiltern.

**Einschränkung:** PSA-Werte vor der Diagnose nicht erfasst; Patientendaten stammen zum Teil noch aus der Zeit vor der Änderung des Gleason-Gradings im Jahr 2014.