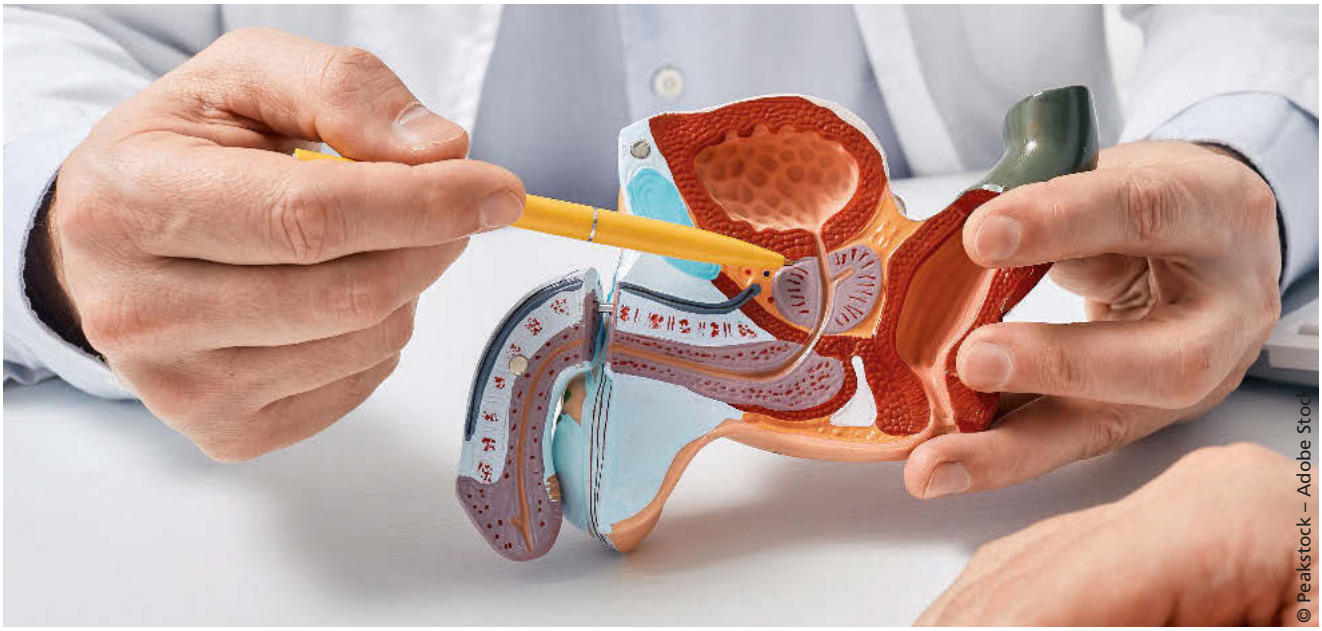

Lokaltherapie vs. Active Surveillance

Gleason-6-Prostatakarzinom: Überwachen oder aktiv behandeln?

Benötigen Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom und Gleason 6 (GG1) eine definitive Lokaltherapie oder genügt Active Surveillance? Diese Frage rückte nach Publikation der 15-Jahres-Daten der ProtecT-Studie in den Fokus der Diskussion und wurde durch Daten einer kürzlich vorgestellten Hamburger Studie näher beleuchtet. onkologie *heute* sprach mit der Erstautorin dieser aktuellen Studie Prof. Derya Tilki, leitende Ärztin an der Martini-Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Prof. Dr. med.
Derya Tilki

Martini-Klinik
Hamburg-Eppendorf

Frau Professor Tilki, welches Kollektiv wurde in Ihrer Studie untersucht?

Tilki: In unserer Studie wurden 10.228 Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (cT1–2N0M0) untersucht, bei denen in der Biopsie ein Gleason-6-Prostatakarzinom nachgewiesen worden war. Die Patienten wurden entweder mittels transrektaler Ultraschallbiopsie (TRUS-SBx) oder mittels kombinierter Biopsie (CBx), bestehend aus TRUS und multiparametrischer MRT (mpMRT)-Fusion, untersucht. Alle Patienten hatten sich einer radikalen Prostatektomie unterzogen. Ziel der Studie war es, die histopathologischen Ergebnisse der Prostatektomie mit den Biopsieergebnissen zu vergleichen sowie onkologische Ergebnisse genauer zu evaluieren.

Stimmten die histopathologischen Ergebnisse der Resektate in der Regel mit den Biopsieergebnissen überein oder gab es abweichende Ergebnisse?

Tilki: Unsere Daten zeigen, dass die Biopsieergebnisse nicht immer die komplette pathologische Situation widerspiegelten. Bei Patienten mit TRUS-SBx hatten 10,3 % ungünstige pathologische Ergebnisse wie GGG4/5, pT3b/4 oder befallene Beckenlymphknoten (pN1). Bei Patienten mit CBx lag dieser Anteil bei 7,9 %. Dies verdeutlicht, dass die kombinierte Biopsie im Vergleich zur systematischen Biopsie eine genauere Diagnostik gewährleistet und das Risiko reduziert, eine höhergradige Erkrankung zu übersehen.

Welche Konsequenzen kann eine übersehene ungünstige Gleason-Gradierung oder eine Tumorklassifikation für die Patienten haben?

Tilki: Patienten mit unentdeckter höhergradiger Erkrankung haben ein erhöhtes Risiko für Krankheitsprogress, Metastasierung und erhöhte Mortalität. Unsere Daten zeigen, dass Patienten mit Hochrisikofaktoren wie beispielsweise PSA-Werten > 20 ng/ml oder einem positiven Biopsieanteil („Percent Positive Biopsies", PPB) > 50 % besonders gefährdet sind. Diese Patienten könnten von einer frühen Intervention – wie einer radikalen Prostatektomie oder einer Radiotherapie – profitieren.

In der ProtecT-Studie hatten 77,2 % der Teilnehmer einen Gleason 6, die übrigen ein intermediäres Risiko. Trotzdem war im Gesamtkollektiv nach 15 Jahren die Prostatakrebs-bezogene Mortalität auch in der Active-Surveillance-Gruppe mit 3,3 % relativ niedrig. Sie war ähnlich wie bei Patienten mit Prostatektomie (2,2 %) oder Radiotherapie (2,9 %). Wie ist das zu erklären?

Tilki: Die niedrige krebsbezogene Mortalität in der Active-Surveillance-Gruppe ist darauf zurückzuführen, dass die Mehrheit der Patienten, die eine Aktive Überwachung erhielten, sehr günstige Tumorparameter hatten. Dies betraf nicht nur den Gleason-Grad, sondern auch den PSA-Wert sowie die Anzahl positiver Biopsien. Bei Patienten mit Niedrig-Risiko-Tumor wird aufgrund der sehr günstigen Prognose eine Aktive Überwachung empfohlen.

Patienten ohne aktive Therapie zeigten in der ProtecT-Studie häufiger einen lokalen Progress sowie Lokal-/Fernmetastasierungen. Ist es nur eine Frage der Zeit, bis sich dies auch in der krebsbezogenen Mortalität widerspiegelt?

Tilki: Ob und wann sich dies in der Mortalität niederschlägt, hängt von individuellen Faktoren wie Lebensalter, Komorbiditäten und Tumorbiologie ab.

Können Sie aus Ihrer aktuellen Studie eine Empfehlung ableiten, bei welchen klinischen Merkmalen das Risiko für ein ungünstiges Outcome trotz GG1 hoch ist und welche Maßnahmen dann zu erwägen wären?

Tilki: Unsere Studie identifizierte zwei wesentliche Risikofaktoren für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen Pathologie sowie höhere Mortalitätsrate: einen positiven Biopsieanteil > 50 % und PSA-Wert > 20 ng/ml. Patienten mit diesen Parametern sollten genauer untersucht werden, etwa durch molekulare Tests oder erneute Biopsien. Falls ungünstige Faktoren bestätigt werden, sollten definitive Therapieoptionen wie die radikale Prostatektomie oder Radiotherapie erwogen werden, um eine Krankheitsprogression zu verhindern.

Frau Professor Tilki, haben Sie vielen Dank für dieses Gespräch!

Originalpublikation:

Tilki D et al. Mortality Risk for Patients with Biopsy Gleason Grade Group 1 Prostate Cancer . Eur Urol Oncol 2024; 7(6): 1520–26

Das Interview führte Simone Reisdorf, Erfurt.

IHRE ANSCHRIFT HAT SICH GEÄNDERT?

Teilen Sie uns Ihre Änderungen mit!

Bitte senden Sie Ihre neue Bezugsadresse an kundenservice@mgo-fachverlage.de oder melden Sie sich telefonisch unter 09221/949-346.

onkologie heute