

# Das könnte der Fahrplan für oligometastatischen Prostatakrebs sein

Verschiedene Expertinnen erläutern ihr Vorgehen am Fallbeispiel

*tagsüber*

LONDON. Ein 52 Jahre alter, fitter Patient ohne nennenswerte Komorbiditäten erhält eine Abklärung aufgrund steigender PSA-Werte bis zu 10,8 ng/ml. Per multiparametrischer MRT zeigt sich ein PI-RADS 3 Primärtumor von 20 mm Durchmesser, die Biopsie ergibt einen Gleason-Score 4+3 (ISUP5) in 4/4 Kernen. Im Abdomen-CT werden fünf Knochenmetastasen an Wirbeln und Rippen sichtbar, die sich in der Knochenstrontigraphie bestätigen. Wie sollte es weitergehen?

**Erst mal eine PSMA-PET/CT!**

Eigentlich war Dr. EAPEN vom Peter MacCallum Cancer Centre in Melbourne eingeladen worden, zum

Thema „Man kann nicht sagen, dass wir in diesem Setting immer eine PSMA-PET/CT brauchen“ zu sprechen. Doch sie stellte gegenüber den Sitzungsleitern klar: „Meine Herren, dieser Aussage stimme ich leider überhaupt nicht zu. Ich hoffe, Sie sind einverstanden, dass ich das ‚Nicht‘ ignoriert werde und in den nächsten Minuten darlege, weshalb wir in diesem Setting aus meiner Sicht unbedingt immer eine PSMA-PET/CT brauchen!“

Lauf den Ergebnissen der Studie proPSMA sei das nukleare Imaging sehr viel akkurater und weitaus sensitiver als das konventionelle. „Wenn ich mir das Fallbeispiel ansehe, stellt sich mir als wichtigste Frage also nicht, welche Therapie der Patient

erhalten sollte, sondern was wir hier möglicherweise übersahen“, so Dr. Eapen. Im vorgestellten Beispielfall eines fiten Patienten mit Hochrisiko-M1-Prostatakrebs sei dies also die einfachste aller anstehenden Entscheidungen: „Er benötigt eine PSMA-PET/CT.“

**Besser keine radikale Prostat-ektomie durchführen**

Nein, im Fallbeispiel sei die radikale Prostatektomie (RP) wohl nicht sinnvoll, stellte Prof. Dr. MARCO GRAEFEN von der Martini-Klinik in Hamburg direkt klar. Die Gründe: Für das metastasierte hormonsensitive Prostatkarzinom (mHSPC) mit hoher Tumormasse liege keine Evidenz vor, die für eine RP spreche. Zudem

wurde konventionelles Imaging angewandt. Und bei urologischen Beschwerden wäre stattdessen eine transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) indiziert. Anders sehe es aus, wenn es sich um ein „low-volume“ mHSPC mit geringerer Tumormasse handeln würde. Dann lägen genug Daten vor, die in ausgewählten Fällen für eine RP sprechen.

Die Evidenz zur Radiotherapie sei solid. Die OP sei in gut ausgewählten Fällen dennoch eine sichere Option, versicherte Prof. Graefen. „Der gute Kandidat ist ein junger Mann mit geringer metastatischer Last, lokal resezierbarer Erkrankung und vielleicht sogar obstruktiver Uropathie.“

Offen bleibe, inwiefern lokale Strategien das Outcome unter den neu-eren Systemtherapien verbessern. Das „all-in“-Konzept der Kombination systemischer, lokaler und metastasengerichteter Behandlungen scheine ihm sehr überzeugend, da es mit hoher Wahrscheinlichkeit erlaubt, später zu deeskalieren. *ng*

Wie sieht's im Bestrahlung und intensive Systemtherapie? Lesen Sie online weiter: [www.medical-tribune.de/aaa-prostate](https://www.medical-tribune.de/aaa-prostate)

17<sup>th</sup> Annual ESMO Congress, Meeting Session – Management of oligometastatic prostate cancer: Not as easy as it seems