

Lokalisiertes Prostatakarzinom: operieren oder überwachen?

k -- Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. N Engl J Med 2012 (19. Juli); 367: 203-13

[\[LINK\]](#)

Zusammenfassung: Adrian Rohrbasser

Kommentar: Richard Cathomas

Studienziele

Die Behandlung des Prostatakarzinoms im Frühstadium ist umstritten, besonders wenn der Tumor durch eine Screening-Untersuchung über ein erhöhtes Prostata-spezifisches Antigen (PSA) entdeckt wurde. Randomisierte Studien wurden meist vor der breiteren Einführung des PSA-Screenings durchgeführt. Obwohl die krankheitsspezifische Überlebensrate unter alleiniger Überwachung sehr gut ist, wird diese Option kaum genutzt. In der vorliegenden PIVOT-Studie («Prostate Cancer Intervention versus Observation Trial») wurde der Verlauf nach einer radikalen Prostatektomie mit der alleinigen Überwachung verglichen.

Methoden

Für die Studie wurden in Nordamerika Männer mit einem histologisch nachgewiesenen lokalisierten Prostatakarzinom und einem PSA-Wert unter 50 ng/ml ausgewählt. Als primärer Endpunkt diente die allgemeine Mortalität, als sekundärer Endpunkt die Mortalität infolge des Prostatakarzinoms oder dessen Behandlung.

Ergebnisse

Von insgesamt 13'022 Männern mit einem Prostatakarzinom erfüllten 5'023 die Auswahlkriterien der Studie. Lediglich 731 (15%) liessen sich nach dem Zufall in eine Gruppe mit radikaler Prostatektomie oder in eine Gruppe mit ärztlicher Überwachung zuteilen. Bei drei Vierteln von ihnen war die Diagnose aufgrund eines erhöhten PSA-Wertes gestellt worden. Während der Beobachtungszeit starben 171 (47%) in der Operationsgruppe und 183 (50%) in der Überwachungsgruppe (Unterschied nicht signifikant). Auch die tumorspezifische Mortalität unterschied sich mit 6% gegenüber 8% nicht signifikant. In der Untergruppe von Männern mit einem PSA über 10 ng/ml fand sich hingegen ein kleiner, aber statistisch signifikanter Unterschied bezüglich allgemeiner Mortalität (48% gegenüber 62%). In der Operationsgruppe traten erwartungsgemäss signifikant häufiger eine erektile Dysfunktion (bei 81% gegenüber 44%) und eine Urininkontinenz (bei 17% gegenüber 6%) auf.

Schlussfolgerungen

Bei Männern mit einem lokalisierten Prostatakarzinom wurden in dieser Studie durch eine radikale Prostatektomie im Vergleich zur alleinigen Verlaufsbeobachtung weder die Gesamtmortalität noch die tumorbedingte Mortalität signifikant redu-

ziert. Lediglich bei der Untergruppe mit einem PSA-Wert über 10 ng/ml fand sich ein nachweisbarer Überlebensvorteil. Eine erektile Dysfunktion und Urininkontinenz waren dagegen bei den Operierten signifikant häufiger.

Zusammengefasst von Adrian Rohrbasser

Die Resultate der PIVOT-Studie könnten den Schluss nahelegen, dass man Männer mit lokalisiertem Prostatakarzinom nicht mehr operieren sollte. Soweit sollte man aufgrund dieser Daten nicht gehen, aber eine kritische Betrachtung der radikalen Prostatektomie ist sicher notwendig: Männer mit einem PSA unter 10 ng/ml oder einem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko aufgrund des Tumorstaging und -gradings profitieren gar nicht von einer lokalen Therapie und sollten wohl eher regelmässig überwacht werden («active surveillance»). Demgegenüber ist bei Tumoren mit aggressiven Eigenschaften im Grading und Staging die Operation allenfalls mit einem Überlebensvorteil verbunden. Diese Studie zeigt eindeutig, dass die Therapie von Prostatakarzinompatienten in einem interdisziplinären Team besprochen werden muss, und der Patient vor der Entscheidung zur lokalen Behandlung (Operation, Radiotherapie oder anderes) über die Vor- und Nachteile von verschiedener Seite aufgeklärt werden sollte.

Richard Cathomas