

Urologische Tumoren – Update von der DGU-Jahrestagung

Neuerungen in Diagnostik, Therapie und Nachsorge

Unter dem Motto „Urologie. Für alle. Für jeden. Für uns.“ tagten Deutschlands Urologen in Dresden. An der weltweit drittgrößten urologischen Fachtagung nahmen rund 6500 internationale Teilnehmer teil. Kongresspräsident Prof. Tilman Kälble, Fulda, verwies auf die Neuerungen in Diagnostik und Therapie aller urologischen Tumoren als einen Schwerpunkt des Kongresses. Der Stellenwert der Nachsorge bei urologischen Therapien wurde in einer eigens für dieses Thema reservierten Sitzung deutlich.

Laut der jüngsten Neu-Analysen der europäischen ERSCP-Studie sowie der amerikanischen PLCO-Studie zur PSA-Testung senkt das Screening die Sterblichkeit von Männern mit Prostatakarzinom um 32 %. Vor diesem Hintergrund diskutierte in Dresden ein hochrangig besetztes Podium den Stellenwert der PSA-Früherkennung.

„DGU: Der PSA-Test rettet Leben“

Als Ergebnis lautet eine zentrale medizinische Botschaft vom DGU-Kongress: Der PSA-Test rettet Leben. „Unsere Fachgesellschaft sieht sich in ihrer Position bestärkt und bleibt aktuell bei ihrer Empfehlung für eine Tastuntersuchung mit Baseline-PSA-Bestimmung ab 45 Jahren, bei einem Risiko in der Familie ab 40 Jahren, wenn die Männer sich nach einer individuellen Beratung für die Prostatafrüherkennung entschieden haben“, kommentierte DGU-Generalsekretär Prof. Maurice Stephan Michel, Mannheim, die aktuelle Situation in der DGU-Pressekonferenz.

Eine Empfehlung für ein allgemeines PSA-Screening leitet die DGU aus der neuen Datenlage derzeit nicht ab. Es läuft aber eine von der DGU durchgeführte Cochrane-Analyse zur weiteren Klärung dieser kontrovers diskutierten Problematik.

Neue Patientenleitlinie Blasenkrebs

Ein weiteres uroonkologisches Highlight des Kongresses kommt aus der Leitlinienarbeit der Fachgesellschaft: Auf dem Urologenkongress

präsentierte die DGU die druckfrische Patientenleitlinie Blasenkrebs, die im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie herausgegeben wurde. Die Grundlage für diese neue Patientenleitlinie ist die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“. Zudem wurde die inzwischen 4. Aktualisierung der ärztlichen S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom, die in der Konsultationsfassung online gegangen ist, diskutiert.

Perioperative Chemotherapie des Blasenkarzinoms

Eine kontroverse Diskussion, die in der S3-Leitlinie zur Behandlung des Blasenkarzinoms mit aktualisierten Daten versehen wurde, betrifft die perioperative Chemotherapie. In einer „Crossfire“-Sitzung argumentierte Prof. Michael Stöckle, Homburg/Saar, dass die neoadjuvante Therapie bei nicht vorhandener Alternative vielleicht eine attraktive Option wäre. Er verwies auf die adjuvante Chemotherapie als Alternative.

Vorteile der adjuvanten Chemotherapie sind für Stöckle die mit der Zystektomie vorhandenen wesentlich aussagekräftigeren histopathologischen Tumorstadien. Damit kann die postoperative Chemotherapie auf Patienten mit hohem systemischem Progressionsrisiko, also Patienten mit organüberschreitenden Primärtumoren und/oder Lymphknotenbefall, beschränkt werden.

Alle anderen Patienten haben allein durch die Operation eine hohe Heilungswahrscheinlichkeit, so dass die adjuvante Chemotherapie hier ein ungünstiges Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist. Somit reduziert die adjuvante

Strategie das mit der neoadjuvanten Therapie einhergehende Risiko der Übertherapie, so Stöckle.

Etwa die Hälfte der infiltrierenden Blasen-tumoren sind resistent gegen eine systemische Chemotherapie. Bei diesen Tumoren zögert eine neoadjuvante Therapie die Operation hinaus und birgt damit die Gefahr der Prognoseverschlechterung. Dieser sogenannte Non-Responder-Effekt ist wahrscheinlich eine der Hauptursachen für die insgesamt enttäuschenden Ergebnisse in neoadjuvanten Studien, bemerkte Stöckle.

Die Überlegenheit der adjuvanten Strategie wird in der aktualisierten S3-Leitlinie quantifiziert: Nach neoadjuvanter Therapie zeigen sich bei 1000 behandelten Patienten 54 Tumortodesfälle weniger als nach sofortiger Zystektomie, hingegen verzeichnet man nach adjuvanter Therapie bei 1000 behandelten Patienten 101 verhinderte Tumortodesfälle. Das Nutzen-Schaden-Verhältnis der perioperativen Chemotherapie ist für Stöckle also im adjuvanten Ansatz mit neun zu behandelnden Patienten, um einen Todesfall zu verhindern, günstiger als im neoadjuvanten Ansatz, bei dem mit dem gleichen Ziel 13 Patienten behandelt werden müssen.

Nachsorge beim Prostatakarzinom

Nicht nur in der Therapie der urologischen Tumoren gibt es Herausforderungen und Veränderungen, sondern auch in der Nachsorge. Prof. Jan Fichtner, Oberhausen, brachte einige wichtige Gedanken zur Nachsorge beim Prostatakarzinom auf den Punkt. Es ist nach seiner Auffassung insbesondere der unterschiedliche Verlauf des PSA-Werts je nach Erkrankungsstadium und Therapie zu beachten, um das Problem der Überdiagnostik und Übertherapie anzugehen.

Nach radikaler Prostatektomie fällt der PSA innerhalb von drei bis sechs Wochen unter die Nachweisbarkeitsgrenze ab. Nach Strahlentherapie ist mit einem längeren Zeitraum bis zum PSA-Nadir zu rechnen und die Höhe des Nadirs selbst ist ein Prognosefaktor für den Verlauf der Erkrankung (1). Als Grenzwert für die Definition des PSA-Rezidivs wird heute 0,2 ng/ml nach Prostatektomie angesetzt. Je nach Tumorstadium wird für einen unterschiedlich hohen Anteil der Patienten und zu einem unterschiedlichen

Versorgungsengpass durch Überalterung droht

Rund ein Viertel aller Krebserkrankungen in Deutschland werden von Urologen behandelt. Eine Herausforderung der Urologie kommt mit dem demografischen Wandel der Bevölkerung auf uns zu, der eine prognostizierte Steigerung des urologischen Versorgungsbedarfes um 20 % mit sich bringt. Mit der „Zukunftsoffensive Urologie 2030“ reagiert die DGU auf die demografischen Herausforderungen und hat einen Maßnahmen-

katalog erstellt, um eine hochwertige urologische Versorgung unter den Bedingungen einer alternden Gesellschaft zu gewährleisten. Dafür bedarf es großer Anstrengungen, so Michel. Ohne die Fokussierung der Urologen sowie der Politik und anderen Akteuren im Gesundheitswesen auf diesen sich zuspitzenden urologischen Versorgungsengpass sei eine Unterversorgung der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen absehbar.

Zeitpunkt ein PSA-Rezidiv beobachtet (2). Etwa 75 % der Rezidive nach radikaler Prostatektomie treten innerhalb der ersten fünf Jahre auf. Entsprechend der Rückfallwahrscheinlichkeit werden in den deutschen S3-Leitlinien Nachsorge-Intervalle von drei Monaten für die ersten zwei Jahre nach Prostatektomie, von sechs Monaten drei bis fünf Jahre nach Prostatektomie und ab dem sechsten Jahr die einmal jährliche Kontrolluntersuchung empfohlen.

Nach Radiatio wird in den neuen Definitionen der ASTRO (American Society for Therapeutic Radiology and Oncology) ein PSA-Wert von 2 ng/ml oberhalb des Nadirs als PSA-Rezidiv benannt (3). Zu beachten ist der PSA-Bounce nach Strahlentherapie, ein temporärer PSA-Anstieg $>0,1$ ng/ml, der kein Signal für ein Tumorrezidiv darstellt und daher vernachlässigt werden kann. Ein PSA-Bounce tritt bei etwa einem Drittel der Patienten innerhalb von 3 Jahren nach Strahlentherapie auf und betrug in einer Untersuchung an 779 Prostatakarzinompatienten im Median 0,4 ng/ml (Spanne: 0,1–15,8 ng/ml) (4).

Kommt es zu einem PSA-Anstieg, stellt sich die Frage, ob es sich um ein Lokalrezidiv handelt, welches beispielsweise mit einer Salvage-Radiatio behandelt werden kann, oder ob ein systemisches Rezidiv vorliegt, welches einer systemischen Behandlung bedarf. Einen guten Hinweis gibt die PSA-Kinetik, insbesondere die PSA-Verdopplungszeit (5).

Ein später PSA-Anstieg, frühestens drei Jahre nach Operation, und eine PSA-Verdopplungszeit >11 Monate spricht laut Fichtner eher für ein Lokalrezidiv, während ein früher PSA-Anstieg innerhalb von zwölf Monaten nach Prostatektomie und eine PSA-Verdopplungszeit zwischen vier und sechs Monaten auf eine Fernmetastasierung hindeutet.

Nachsorge beim Nierenzellkarzinom

Prof. Dr. **Christian Doehn**, Lübeck, kritisierte, dass die Nachsorge des Nierenzellkarzinoms weltweit nicht standardisiert ist. Die verschiedenen Leitlinien unterscheiden sich zum Teil erheblich und die deutsche S3-Leitlinie bildet aktuell den besten Ansatz, so Doehn. Unbestritten bei der Nachsorge sind, dass Patienten mit höheren T-Stadien (T2–4 vs. T1) in der Nachsorge häufiger untersucht werden sollten, wie auch in den ersten drei Jahren nach Therapie eine intensivere Nachfolge erfolgen sollte. Die jeweilige Therapie hat ebenfalls einen Einfluss auf die Art und Häufigkeit der Nachsorge.

Die Anamnese, klinische Untersuchungen und Laboruntersuchungen sind notwendig, jedoch für das Auffinden von Metastasen von untergeordneter Bedeutung. Hier werden als Goldstandard bildgebende Verfahren eingesetzt. Dabei sollte klar sein, welche Verfahren

für die Detektion welcher Metastasen besser geeignet sind. Für Lungenmetastasen ist das CT beispielsweise besser geeignet als das MRT. Im Röntgen-Thorax werden kleine Metastasen übersehen. Zur Detektion von Knochenmetastasen sollte die Knochenszintigraphie nur bei klinischem Verdacht eingesetzt werden. Hier werden mit dem MRT bessere Ergebnisse als mit dem CT erzielt. Für Lebermetastasen und Lymphknotenmetastasen sollte das CT dem MRT vorgezogen werden, für die Detektion von Hirnmetastasen das MRT dem CT.

Mit der traditionellen Präsidenschaftsübergabe endete der Urologen-Kongress. In seiner Funktion als neuer DGU-Präsident wird Prof. Dr. **Paolo Fornara**, Halle, die 70. Jahrestagung vom 26. bis 29. September 2018 in der Messe Dresden leiten.

Dr. Ine Schmale, Westerbürg

Literatur

1. Crook A et al. Serum prostate-specific antigen profile following radiotherapy for prostate cancer: Implications for patterns of failure and definition of cure. *Urology* 1998; 51: 566–572.
2. Pound CR et al. Natural history of progression after PSA elevation following radical prostatectomy. *JAMA* 1999; 281: 1591–1597.
3. Roach M et al. Defining biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: recommendations of the RTOG-ASTRO Phoenix Consensus Conference. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 65: 965–974.
4. Critz FA et al. Prostate specific antigen bounce after radioactive seed implantation followed by external beam radiation for prostate cancer. *J Urol* 2000; 163: 1085–1089.
5. Ward JF et al. The long-term clinical impact of biochemical recurrence of prostate cancer 5 or more years after radical prostatectomy. *J Urol* 2003; 170: 1872–1876.

Quelle: 69. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 20. bis 23. September 2017.