

Patienten mit ungünstigerer Ausgangssituation (vgl. S. 31), d.h. höherem Risiko, bei denen eine Kombinationstherapie (z. B. externe Strahlenbehandlung plus HDR-Brachytherapie) zum Einsatz gelangt (Fletcher et al. 2006, Deutsch et al. 2010, Wilder et al. 2010), was jedoch auch zu einem unterschiedlichen Nebenwirkungsprofil führen kann (Mohammed et al. 2010).

Seed-Implantation im Vergleich mit externer Bestrahlung oder Operation

Die Ergebnisse nach Implantation radioaktiver Strahler bei frühen Prostatakarzinomen fallen im Vergleich mit denen der externen Bestrahlung etwas günstiger aus. Insgesamt ist jedoch, wie bereits in Kapitel 8 dargestellt, mittlerweile praktisch von einer Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse aller drei hier genannten Behandlungsverfahren im Hinblick auf den PSA-Verlauf nach Therapie bei frühen und insgesamt prognostisch günstigen Prostatakarzinomen auszugehen (Kupelian et al. 2004, Potters et al. 2004, Jabbari et al. 2010, Zelefsky et al. 2010). Dies gilt insbesondere auch für den direkten Vergleich von Brachytherapie und Prostatovesikulektomie (Sharkey et al. 2002, Quaranta et al. 2004, Giberti et al. 2009, Pickles et al. 2011). Bei weiter fortgeschrittenen Tumoren erhalten Patienten häufig eine Kombinationsbehandlung von Strahlen- und Hormontherapie (Pilepich et al. 2001/2005, Bolla et al. 2009/2010), und es existiert noch keine Studie, die bei prognostisch ungünstiger Ausgangssituation einen strengen Vergleich der Behandlungsmethoden durch zufällige Zuordnung zu einem der beiden Behandlungsgänge ermöglicht. Anders verhält es sich beim direkten Vergleich der

Ergebnisse von Seed-Implantation und radikaler Prostatektomie, wobei eine prospektiv angelegte Studie identische Resultate gezeigt hat (Giberti et al. 2009) und bezüglich Kontinenz und Potenz z.T. auch eine Überlegenheit der Brachytherapie hinsichtlich Patientenzufriedenheit festgestellt werden konnte (Crook et al. 2011). Eine deutsche präferenzbasierte randomisierte Multicenter-Studie (PREFERE) unter Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) soll in Kürze aufgelegt werden und weitere Klarheit hinsichtlich der einzelnen Behandlungsmöglichkeiten zumindest des lokal begrenzten Prostatakarzinoms bringen. Dabei sollen nicht nur Wirksamkeit der einzelnen Therapieverfahren beim Prostatakarzinom mit niedrigem bzw. relativ günstigem intermediärem Risiko eruiert werden, sondern auch mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen, vor allem aber auch die Lebensqualität der betroffenen Patienten analysiert werden. Dem letztgenannten Aspekt wird zunehmend Bedeutung beigemessen, und erste Ergebnisse der HAROW-Retrostudie lassen bei Teilnehmern von Selbsthilfegruppen zum Teil erhebliche Unterschiede in der individuellen Einschätzung der stattgefundenen Prostatakarzinom-Therapie erkennen (Bestmann et al. 2011). Möglicherweise wird eine derartige oder ähnlich angelegte Studie eines Tages auch zeigen, ob Patienten im frühen Krankheitsstadium überhaupt eine Behandlung benötigen oder erst zu einem viel späteren Zeitpunkt. Weitere Untersuchungen werden auch nachweisen können, ob sich ein in einer neueren Arbeit gezeigter Trend zu einem Zuviel an Behandlung bei Niedrigrisiko-Patienten und zu einem zu Wenig bei Patienten mit hohem Risiko anhaltend bestätigt (Cooperberg et al. 2010).

Von urologischer Seite wird häufig eingewandt, dass Langzeitergebnisse, also zehn Jahre und länger nach Erstbehandlung miteinander verglichene Ergebnisse, vermutlich einen Vorteil hinsichtlich einer operativen Vorgehensweise ausweisen werden. Erste Langzeitergebnisse weisen jedoch bei organbegrenzten Prostatakarzinomen eine Gleichwertigkeit von Seed-Implantation und radikaler Prostatektomie aus (Grimm et al. 2001, Stock et al. 2006, Hinnen et al. 2010, Taira et al. 2011), ebenso auch bei ungünstiger Ausgangssituation, wenn die Brachytherapie mit einer Hormontherapie kombiniert wird (Sylvester et al. 2010).

In medizinischen Fachkreisen existiert nach wie vor keine völlig klare Linie hinsichtlich der für den Patienten im jeweiligen Tumorstadium geeignetsten Behandlungsweise. Für und wider jede Therapieform lassen sich meist mehrere Argumente anführen. Natürlich werden auch trügerische oder unbegründete Argumente und Einwände vorgebracht, um eine bestimmte Therapieform gegenüber einer anderen in ihrer Bedeutung hervorzuheben. Insbesondere beim Vergleich von Operation und Bestrahlung werden häufig irreführende, ja falsche Darlegungen in die Diskussion eingebracht. So wird mit dem Argument, nur operativ »den Tumor ausmerzen zu können«, bisweilen eine falsche Sicherheit mit einem durch radikale Prostatektomie behandelten Karzinom vorgetäuscht. Es findet sich nämlich in einem gewissen Prozentsatz auch bei extrem sorgfältigem operativem Vorgehen nach radikaler Prostatektomie noch Tumorgewebe in den Randbereichen der ehemaligen Vorsteherdrüse. Dieses sollte dann spätestens bei einem Wiederanstiegen des PSA-Wertes zur erneuten Diskussion einer zusätzlichen

Strahlenbehandlung, unter Umständen sogar in Kombination mit einer medikamentösen Therapie, führen.

Ein weiteres, häufig vorgebrachtes Argument zielt auf die möglichen operativen Probleme nach einer nicht erfolgreichen Bestrahlung ab. Dabei geht man im Umkehrschluss von der nur scheinbar richtigen Annahme aus, dass sich nach erfolgloser Operation eine Strahlentherapie als Salvage-Behandlung immer problemlos anschließen lasse. In Wirklichkeit ist jedoch gar nicht sicher, ob sich eine als Erstbehandlung vorgenommene Bestrahlung hinsichtlich der Heilungsaussichten von einer als Salvage-Behandlung nach radikaler Prostatektomie durchgeführten Bestrahlung wirklich unterscheidet. Möglicherweise unterscheiden sich nämlich die Patientengruppen, die weder von einer primär durchgeführten radikalen Prostatektomie noch von einer primären Strahlenbehandlung profitieren, kaum in ihrer Grundkonstellation. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich Tumorsituationen, die sich mit keiner der genannten Behandlungsformen beherrschen lassen, initial wohl in den allermeisten Fällen falsch eingeschätzt wurden, d.h. dass anfänglich aufgrund der Voruntersuchungen ein günstigeres Tumorstadium angenommen wurde, als tatsächlich vorlag. Das spiegelt sich dann auch in der Tatsache wider, dass die Heilungsraten nach Salvage-Operation wie auch nach Salvage-Bestrahlung eher schlecht sind. Zwanglos lässt sich daraus natürlich folgern, dass eine Entscheidung für die eine Behandlungsmethode natürlich nicht mit dem Hintergedanken gefällt werden sollte, mit der jeweils anderen Therapieform doch noch eine gute Heilungschance zu haben, wenn die erste Vorgehensweise nicht zum Erfolg führt.

Zusammenfassung

Alle zuvor dargestellten Methoden zur Behandlung insbesondere des frühen Prostatakarzinoms haben ihre Wirksamkeit in zahlreichen Studien unter Beweis gestellt. Unklar ist jedoch nach wie vor, welcher Methode im jeweiligen Einzelfall der Vorzug zu geben ist, d.h. mit welcher Behandlungsform die höchsten Erfolgsaussichten verbunden sind. Bei der Auswahl der einzelnen Behandlungsmethoden sind, wie Tabelle 10-1 zeigt, sowohl gewollte Wirkung(en) als auch unerwünschte Nebenwirkung(en) jeweils gegeneinander abzuwägen.

Im Zusammenhang mit der zuvor ausführlich dargestellten Brachytherapie muss allerdings einschränkend festgestellt werden, dass bisher nur wenige 15-Jahres-Er-

gebnisse als Basis für einen Vergleich dieses Therapieverfahrens mit der seit Jahrzehnten etablierten radikalen Prostatektomie vorliegen. Die zwischenzeitlich vorliegenden überzeugenden Ergebnisse der Kontakttherapie werden bisweilen mit dem Einwurf relativiert, dass Patienten, die für eine derartige Therapie in Frage kämen, von vornherein schon günstigere Ausgangsvoraussetzungen mitbrächten, mithin genau jene Gruppe von Patienten repräsentieren würden, die durch eine radikale Prostatektomie sicher geheilt werden könnte. Namhafte Urologen, aber auch Strahlentherapeuten legten vor noch nicht allzu langer Zeit Wert auf die Feststellung, dass eine Gleichwertigkeit der interstitiellen Therapie mit dem ebenfalls auf Heilung ausgerichteten operativen Verfahren der

Tab. 10-1 Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsformen.

Behandlungsform	Vorteile	Nachteile
Radikale Prostatektomie	● höchste Heilungsrate beim lokal begrenzten Karzinom früher häufig angenommen, nach neueren Daten jedoch nicht mehr sicher belegbar	● großer operativer Eingriff ● relativ hohe Inkontinenz-, sehr hohe Impotenzrate ● im Stadium T3 weniger geeignet ● zwei- bis sechswöchige Erholungsphase ● relativ teuer
Externe Bestrahlung	● vergleichsweise geringe Gesamtkomplikationsrate	● mäßige Impotenzrate, fraglich geringere Heilungschance
Seed-Implantation	● einfacher als radikale Operation ● bei T1- und T2-Tumoren möglicherweise noch höhere Heilungschance als bei externer Bestrahlung ● geringere Impotenzrate	● verglichen mit der Prostatektomie noch relativ neue Behandlungsmethode ● bisher vergleichsweise ähnliche Langzeitergebnisse
Seed-Implantation oder temporäre Implantation von Strahlern und zusätzliche externe Bestrahlung	● günstigste Behandlungsform für T3-Tumoren? ● günstigste Behandlungsform für PSA-Werte >10? ● günstigste Behandlungsform für Gleason-Werte >7?	● relativ teure Kombinationsbehandlung ● Langzeitergebnisse? ● Komplikationen?