

Metastasen Chirurgie beim Prostatakarzinom; - und es funktioniert doch!

Kieler Forschung mit internationalem wissenschaftlichem Preis ausgezeichnet

Das Prostatakarzinom ist mit 25,6% die häufigste onkologische organbezogene Erkrankung der Männer in Schleswig-Holstein, gefolgt von Lungenkrebs (14,9%) und Darmkrebs (13,2%). Dabei unterscheiden sich individuell die Aggressivität der Erkrankung und das potenzielle Progressrisiko, sprich die Entwicklung von Metastasen als unmittelbare Todesursache. Für die Aggressivität des Prostatakrebses ist die histopathologische Einteilung nach Gleason (Gleason-Summe oder Gleason-Score, GS), neben dem PSA-Wert entscheidend. Ein Gleason-Score bis 6 entspricht zumeist einem „low risk“ Karzinom, GS 7a und 7b einem „intermediate“ und GS 8, 9 und 10 einem „high-risk“ Prostatakarzinom. Entscheidenden Einfluss nimmt diese Eingruppierung bei der Therapieplanung. Während beim low risk Karzinom nahezu alle verfügbaren Therapieoptionen möglich sind (Aktive Überwachung, Fokale Therapie, Operation, Bestrahlung), ist beim aggressiven Prostatakrebs (intermediate oder high-risk) die chirurgische Entfernung der Prostata notwendig. In Einzelfällen kann eine Bestrahlung des Organs noch möglich sein. Bereits beim Primäreingriff, der Prostatektomie bei einem aggressiven Tumorleiden, ist eine ausgedehnte Entfernung der Prostata-nahen und mitunter auch -fernen Lymphknoten erforderlich. Immerhin finden sich in diesen Stadien in 14%-50% befallene Lymphknoten. Die Kenntnis darüber ermöglicht es den Ärzten eine frühe und effektive Folgetherapie zu beginnen.

Wiederauftreten der Erkrankung nach primärer Behandlung

In 20%-40% der Patienten tritt nach primärer Therapie die Krankheit früher oder später wieder auf, was sich am Ansteigen des PSA-Wertes zeigt (Rezidiv; Abbildung 1). Entscheidend für die weitere Therapieplanung sind zum einen der Zeitpunkt des PSA-Wiederanstieges seit definitiver primärer Therapie (chirurgische Entfernung bzw. Bestrahlung der Prostata) und die Lokalisation (der Ort) einer möglichen Fernmetastasierung. Moderne bildgebende Verfahren wie beispielsweise das PSMA-PET/CT können selbst bei relativ niedrigem PSA-Wert (ab 1,0 ng/ml) Hinweise auf eine Lymphknotenmetastasierung geben. Dies ermöglicht es, dass die betroffenen Patienten sich frühestmöglich in eine Therapie begeben können. Ein weiteres Voranschreiten der Metastasierung lässt sich dadurch möglicherweise vorbeugen.

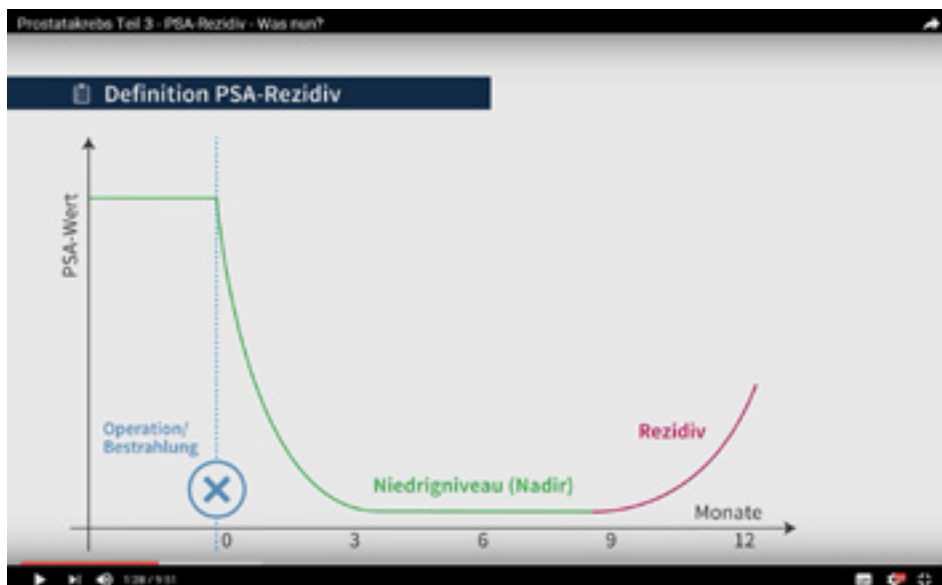


Abb. 1: Der Wiederanstieg des PSA-Werts deutet auf ein Rezidiv hin (Ausschnitt aus dem Patientenvideo „Prostatakrebs Teil 3“, www.youtube.com/urologiekiel).

Ergibt sich anhand der Bildgebung der dringende Verdacht einer isolierten Lymphknotenmetastasierung nach Operation oder Bestrahlung, steht zunehmend die in Kiel entwickelte sogenannte salvage erweiterte Lymphadenektomie nach dem Kieler Template (Entfernung der auffälligen Lymphknoten) als Therapieoption zur Verfügung. Das Wort „salvage“ stammt aus der englischen Sprache und bedeutet „retten“, „bergen“, oder „wiedergewinnen“. In der Medizin wird der Begriff als Bezeichnung einer Therapieoption nach stattgehabter primärer Behandlung verwendet.

In Kiel wurden bis heute über 100 Patienten mittels einer salvage ausgedehnten Lymphadenektomie operiert und die Ergebnisse ausgewertet. Die Operation wird entsprechend dem Kieler Template-Verfahren durchgeführt (Abb. 2). Seit Anfang 2013 verfügt das UKSH zudem über die da Vinci® roboterassistierte Chirurgie. Auch die salvage ausgedehnte Lymphadenektomie führen die Urologen seitdem mithilfe dieses modernen OP-Verfahrens durch. Über die Vorteile der roboterassistierten Chirurgie wurde bereits mehrfach berichtet – z. B. entfällt die Problematik der relevanten Wundheilungsstörungen, und die Patienten können nach der OP schneller in ihren Alltag zurückkehren (Abb. 3).

Kieler Forschung

Die jüngste aus der Klinik für Urologie und Kinderurologie (UKSH, Campus Kiel) kommende Analyse umfasst 61 Patienten, die im Durchschnitt über fünf Jahre nachbeobachtet wurden. Durchschnittlich wurden 22,6 Lymphknoten pro Operation entfernt.

Folgende Schlussfolgerungen ergeben sich aus der mehr als 14-jährigen Kieler Erfahrung:

- Die salvage ausgedehnte Lymphadenektomie hat bei ausgewählten Patienten mit einem Rezidiv des Prostatakarzinoms und klinisch isolierten Lymphknotenmetastasen zu einem rezidivfreien Überleben bei nahezu 2/3 der Patienten geführt.
- Das rezidivfreie Überleben betrug im Durchschnitt über 3 Jahre.
- Eine medikamentöse Standardtherapie kann oft auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, was im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Hormonentzugstherapie große Vorteile für die Lebensqualität der Patienten mit sich bringt.
- Bei Patienten, die primär oder sekundär nicht mehr auf die Hormonentzugstherapie (ADT) ansprechen (Kastrationsresistenz) führt nach den eigenen Kieler Daten die salvage ausgedehnte Lymphadenektomie in über 66% zu einem erneuten Wiederansprechen der ADT.

- Wurde gemeinsam mit dem Patienten die Entscheidung für eine salvage ausgedehnte Lymphadenektomie getroffen, sollte die Operation frühestmöglich durchgeführt werden. Denn je fortgeschrittener die Lymphknotenmetastasierung ist, desto ungünstiger ist die weitere Prognose.
- Die Entscheidung für eine salvage ausgedehnte Lymphadenektomie sollte nach einem intensiven Aufklärungsgespräch zwischen dem behandelnden Urologen und dem Patienten getroffen werden. Der Patient muss über die aktuelle Datenlage, Leitlinienstand sowie mögliche Risiken der Behandlung informiert werden.
- Im Falle, dass sich der Urologe gemeinsam mit dem Patienten für eine salvage ausgedehnte Lymphadenektomie entscheidet, sollte diese so ausgedehnt wie möglich durchgeführt werden, um ein maximales Volumen von potenziell mit Metastasen befallenem Gewebe zu entfernen und somit das Risiko einer zukünftigen Metastasenentwicklung und weiteren Verbreitung des Prostatakarzinoms zu minimieren.
- In Abwesenheit von multizentrischen prospektiven Studien sollte heutzutage die salvage ausgedehnte Lymphadenektomie nur in Zentren mit höchster Expertise durchgeführt werden, da die Herausforderungen für den operierenden Chirurgen groß sind.

Die Kieler Daten wurden am 14. Mai 2017 auf dem Kongress der amerikanischen Gesellschaft für Urologie (AUA) in Boston, USA vorgestellt. Die Präsentation wurde mit dem Preis „Best Poster Winner“ in der Session „Prostate Cancer: Advanced“ ausgezeichnet. Die salvage ausgedehnte Lymphadenektomie wird zunehmend in mehreren Kliniken weltweit durchgeführt. Auf dem Kongress der europäischen Gesellschaft für Urologie in London im März 2017 wurden erstmalig die Daten aus neun weltweit führenden

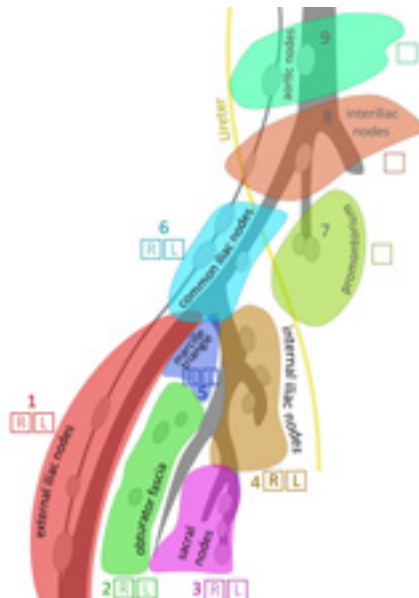


Abb. 2: Template der salvage Lymphadenektomie in der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Zu sehen sind die Areale, in denen die Lymphknoten ausgedehnt entfernt werden. Häufig wird beim Primäreingriff nur das Template 2 (grün) entfernt.

FOTO: © FELIX PRELL

Zentren, darunter Kiel, von insgesamt über 500 Patienten dargestellt (prämiert mit dem „3rd Prize Best Abstract Oncology“). Interessanterweise fallen die Ergebnisse hinsichtlich des postoperativen Verlaufs und der onkologischen Überlebensdaten aus verschiedenen Zentren ähnlich aus. Bestandteile der aktuellen Forschung auf dem Gebiet der salvage ausgedehnten Lymphadenektomie sind eine weitere multizentrische Analyse der Daten, die Initiierung einer prospektiven Studie mit Kontrollgruppe sowie Antworten auf die Frage, welche Patienten am meisten von dem Verfahren profitieren.

AUTOR: PROF. DR. K.-P. JÜNEMANN



Abb. 3: Die Salvage Lymphadenektomie wird in Kiel roboterassistiert durchgeführt. Aufgrund der exzellenten Darstellung auch feiner anatomischer Strukturen und durch die außergewöhnliche Beweglichkeit der Instrumente werden Gewebeschädigungen minimiert, feinste Nerven und Blutgefäße können so geschont werden.



Prof. Dr. K.-P. Jünemann
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie



Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel

Prof. Dr. K.-P. Jünemann
Arnold-Heller-Str. 3,
Haus 18, 24105 Kiel

www.urologie-kiel.de
www.youtube.com/urologiekiel
www.facebook.com/urologiekiel

Vorzimmer des Direktors (Frau Graf):
Tel.: ++49/0431-500 24801
Fax: ++49/0431-500 24804

Anmeldung zu den Sprechstunden
Tel.: ++49/0431-500 24821
OP-Termine (Frau Prien):
Tel.: ++49/0431-500 24820

Kurt-Semm-Zentrum für laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie (Frau Berwanger):
Tel.: ++49/0431-500 24807
Fax: ++49/0431-500 24804

Patientenvideos zum Thema Prostatakrebs



Weiterführende Informationen zum Thema finden Sie in unseren Videos im Internet: www.youtube.com/urologiekiel