

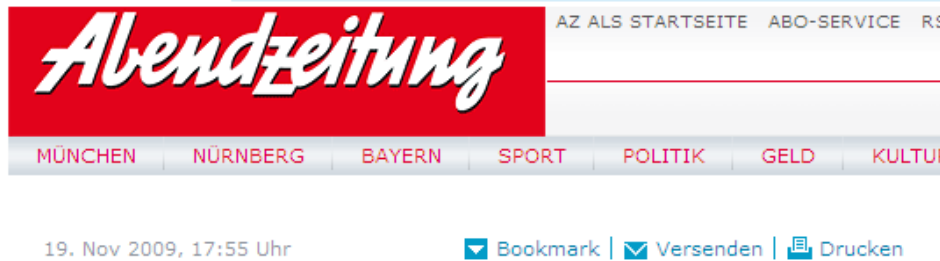


# Prostatakarzinom – Überversorgung oder Unterversorgung?



Rüdiger Heicappell  
Urologische Klinik  
Asklepios Klinikum Uckermark

# Die Weisheit des Alters ...



## Diagnose Prostata: "Noch heute wird viel zu schnell operiert"



Foto: dpa

Patient wird aus dem Operationssaal geschoben.

Jedes Jahr erkranken rund 58.000 Männer in Deutschland neu an Prostatakrebs, rund 12.000 sterben daran. Rechtzeitig erkannt, ist die Krankheit heilbar. „Nicht jeder Tumor sollte operiert werden“, sagt ein Experte im AZ-Gespräch.



**MÜNCHEN** - „Auf keinen Fall sollten Ärzte und Patienten Prostatakrebs über einen Kamm scheren“, warnt der Münchner Urologie-Professor Albrecht Schilling: „Noch heute wird viel zu schnell operiert – zwei Drittel der Eingriffe bei niedrig-aggressiven Tumoren sind unnötig.“ Bogenhausen, der heute eine individuelle Therapie, bei der vor- und nachteile abgewogen werden: „Nicht

heute wird viel zu schnell operiert – zwei Drittel der Eingriffe bei niedrig-aggressiven Tumoren sind unnötig.“ Deshalb empfiehlt der langjährige Chefarzt des Klinikums



# „In Brandenburg wird zu viel operiert“

letzten Jahren stetig angestiegen sind (4). Das Krebsregister Brandenburg weist 2003 bis 2005 für Männer unter 70 Jahren mit der Tumorkategorie pT<sub>1</sub> bis pT<sub>3</sub> die folgenden Therapien nach:

- bei 70 % erfolgte eine radikale Prostatektomie
- bei 15 % ausschließlich eine Bestrahlung
- nur bei 15 % wurden defensive Strategien wie Hormontherapie, WW oder aktive Überwachung eingesetzt.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 22 | 29. Mai 2009



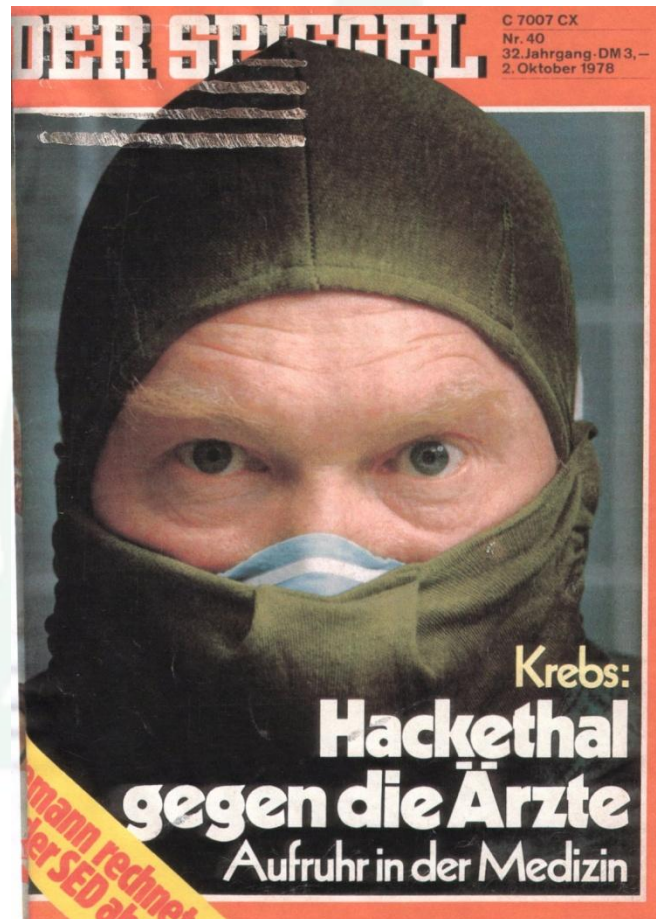
Fast zwei Drittel der erfassten PCa sind den Stadien 1 oder 2 zuzurechnen und wären damit potenziell für eine aktive Überwachung geeignet (5).

# Urologen

Ein Grund zur Flucht?



„Wenn Sie einen Urologen sehen, laufen Sie!“



# Sind wir gut versorgt?



- **Unterversorgung**
  - Wir tun zu wenig
- **Übersorgung**
  - Wir tun zu viel



# Prostatakarzinom

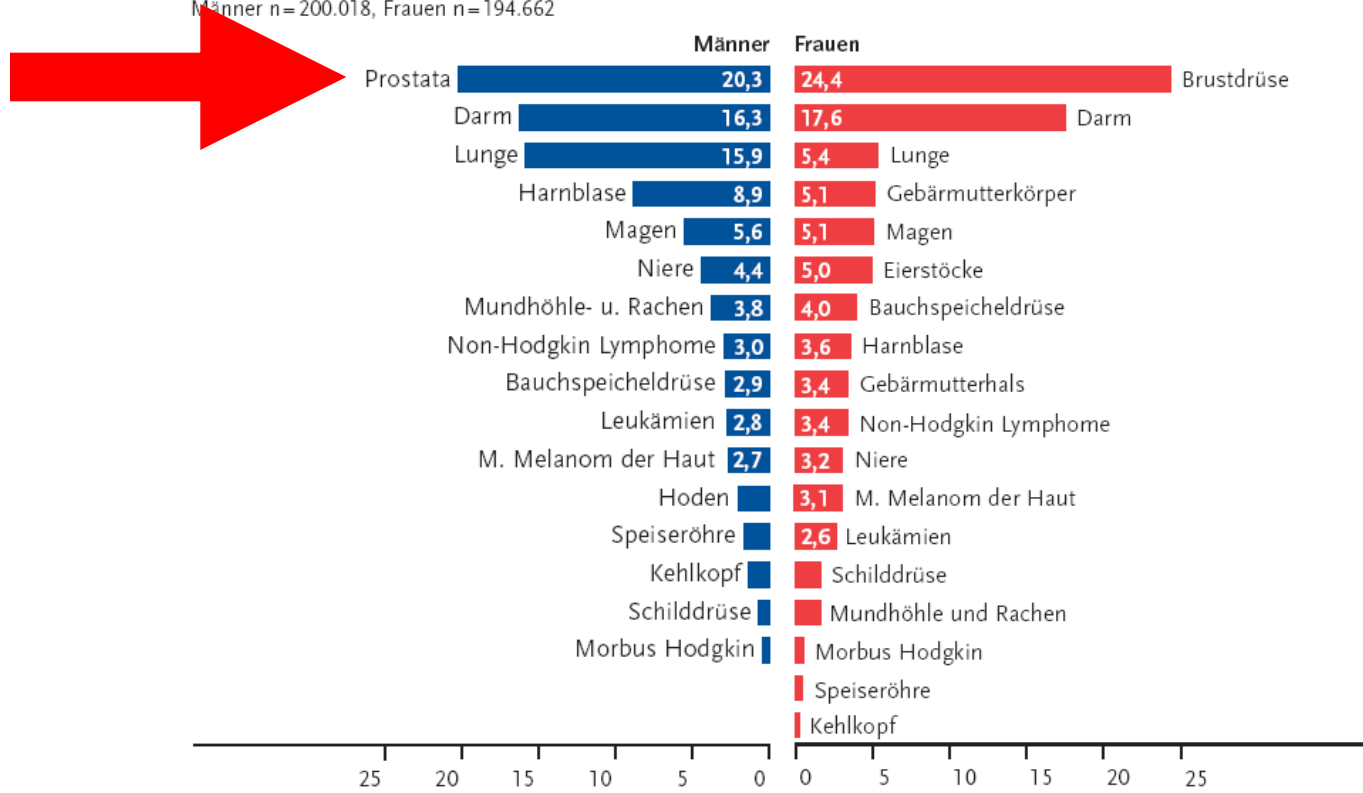
## 58.000 Neuerkrankungen pro Jahr



### Prozentualer Anteil der Krebsformen in Deutschland

Prozentualer Anteil an der geschätzten Zahl der Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2000

Männer n=200.018, Frauen n=194.662

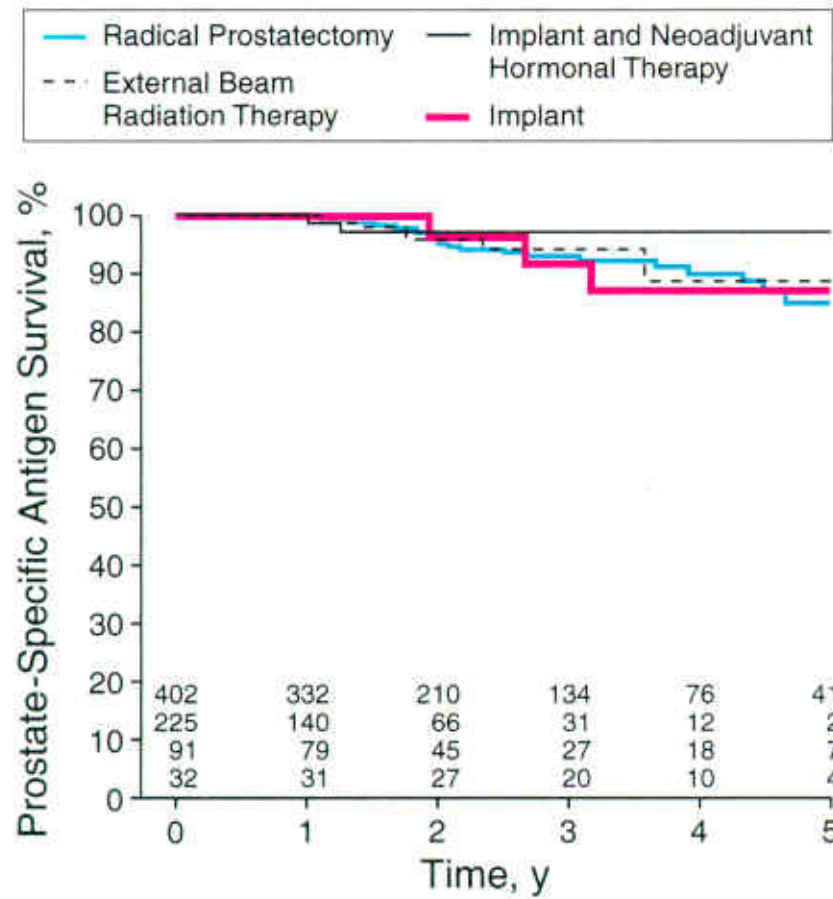


# Prostatakarzinom

## eine heilbare Erkrankung

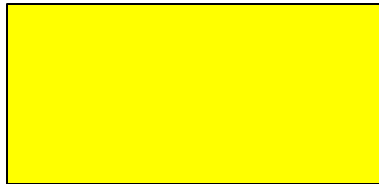


Figure 1



# Therapie des Prostatakarzinoms

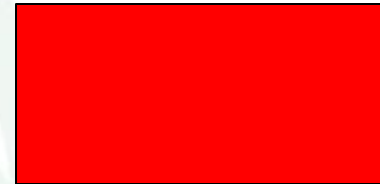
Eine Frage der Ausbreitung



**Lokal begrenzt**



**Lokal fortgeschritten**



**Metastasiert**

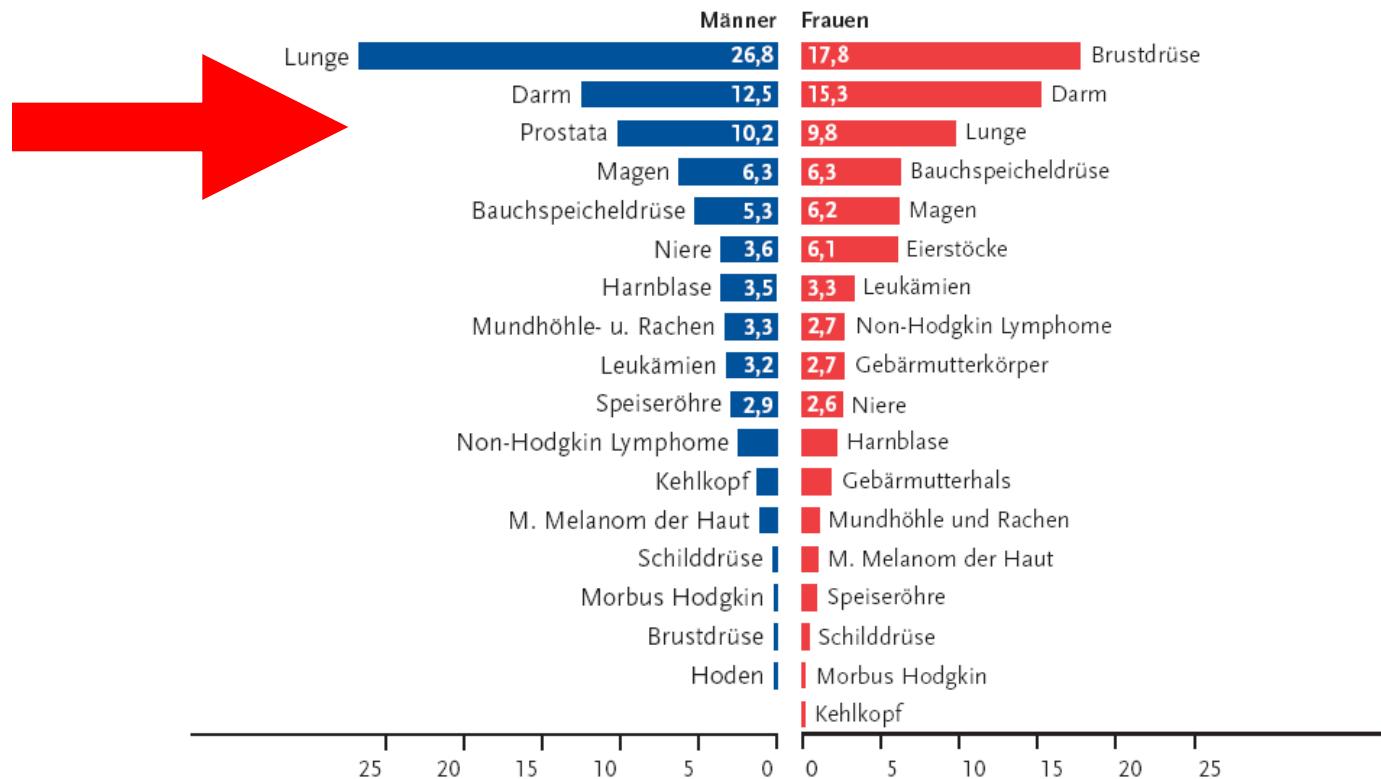
# Wir sind unterversorgt !

## 11.100 Todesfälle pro Jahr



### Prozentualer Anteil an der Zahl der Krebssterbefälle in Deutschland 2000

Männer n=108.835, Frauen n=100.349



Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, 2004

# Prostatakarzinom

Wie häufig ist es wirklich?



Alter	Karzinom	Karzinom + PIN	PIN
< 39	0,7%	0	0
40 - 49	0	0	19,2%
50 - 59	23,4%	23,4%	16,9%
60 - 69	34,7%	26,5%	26,4%
70 - 81	45,5%	36,4%	0

Yin M et al., J Urol. 2008 Mar;179(3):892-5;

# Was ist ein klinisch insignifikanter Tumor?



- 139 Zystoprostektomiepräparate
- Diagnose: Blasenkarzinom
- 55 Prostatakarzinome (40%)
- Annahmen
  - Wahrscheinlichkeit eines signifikanten Karzinoms: 8%
  - Größere Tumoren sind gefährlicher



Insignifikanter  
Tumor: 0,5ccm

# Was ist ein klinisch insignifikanter Tumor?



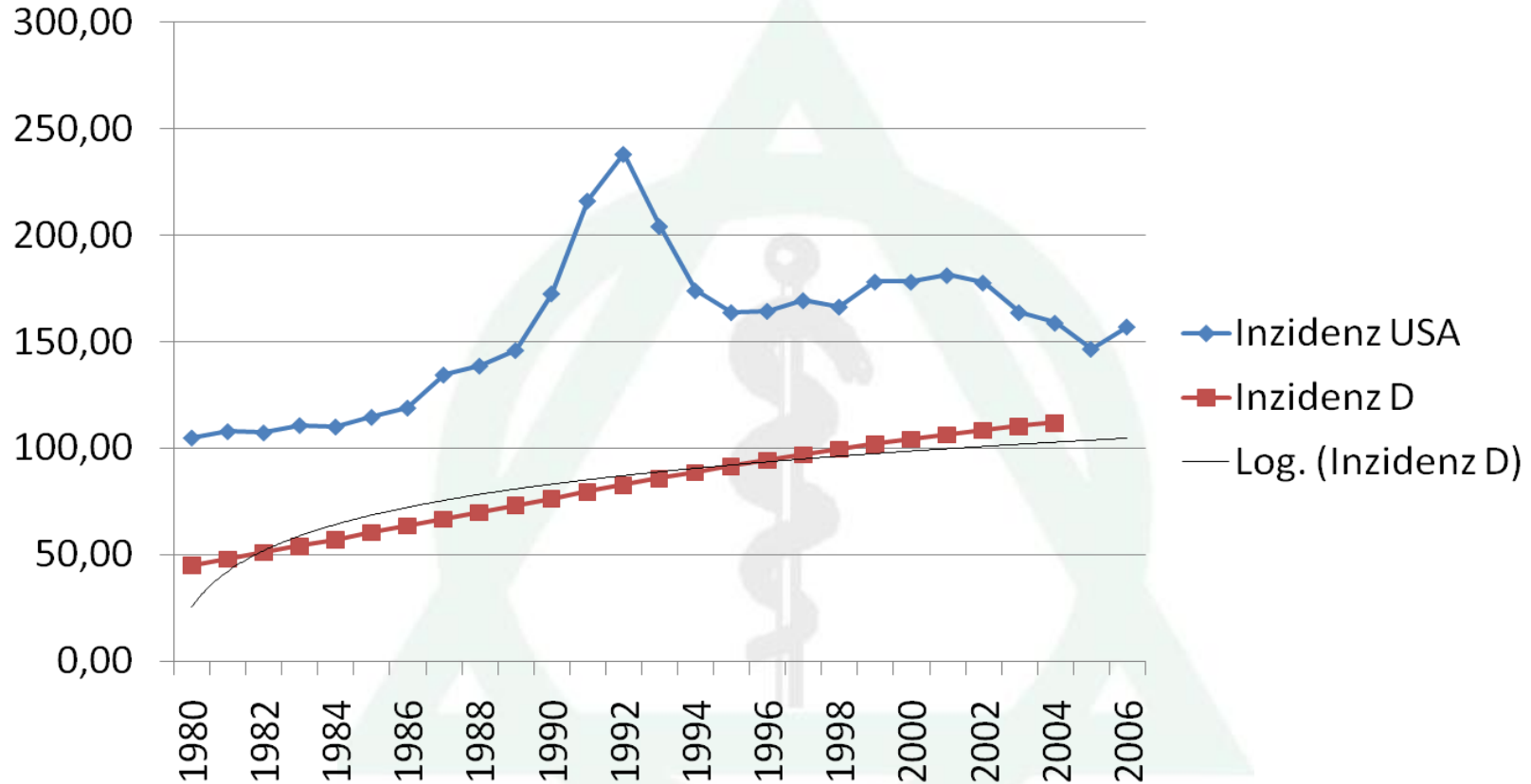
- 97 Zystoprostektomiepräparate
- Diagnose: Blasenkarzinom
- 58 Prostatakarzinome (60 %)



Insignifikanter  
Tumor: 1,09  
ccm

# Tendenz steigend

## Inzidenz Deutschland/USA



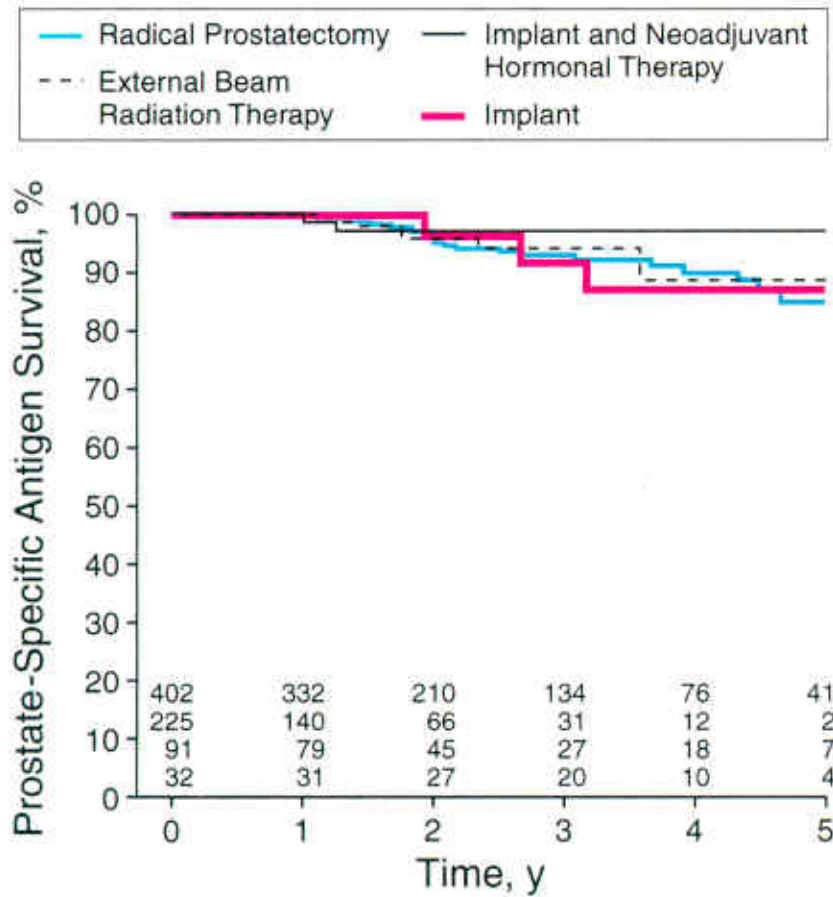
- 1) RKI Dachdokumentation Krebs [www.rki.de](http://www.rki.de)
- 2) SEER Cancer Stat Facts <http://seer.cancer.gov/>

# Überleben

## Eine Frage des Risikos



Figure 1



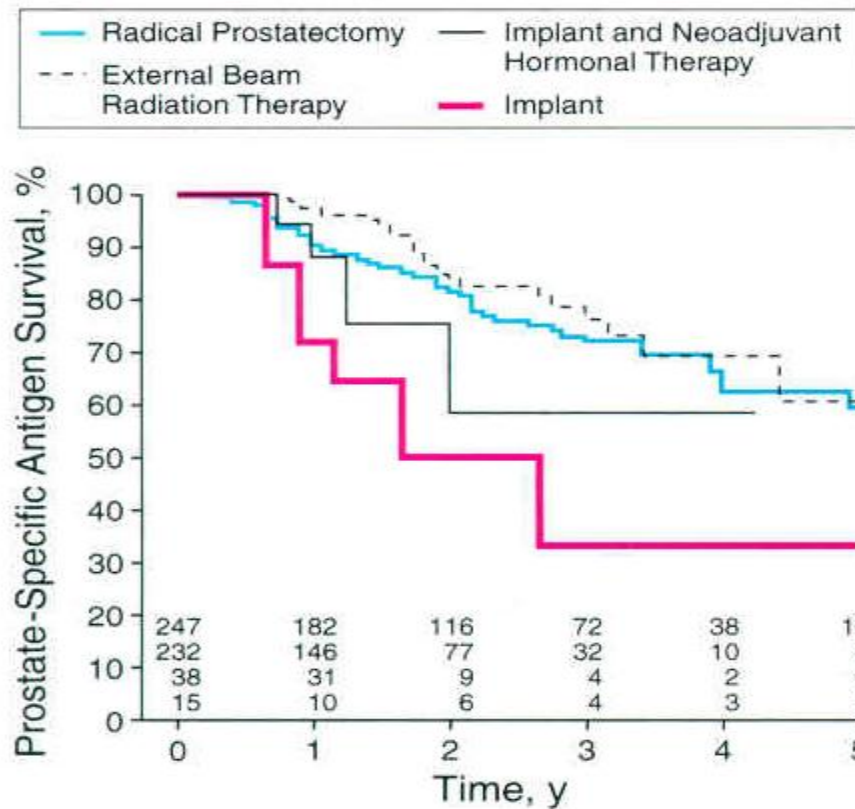
## Niedriges Risiko

- T1c, T2a
- und PSA  $\leq 10$  ng/mL
- und Gleason score  $\leq 6$



# Intermediäres Risiko

Figure 2



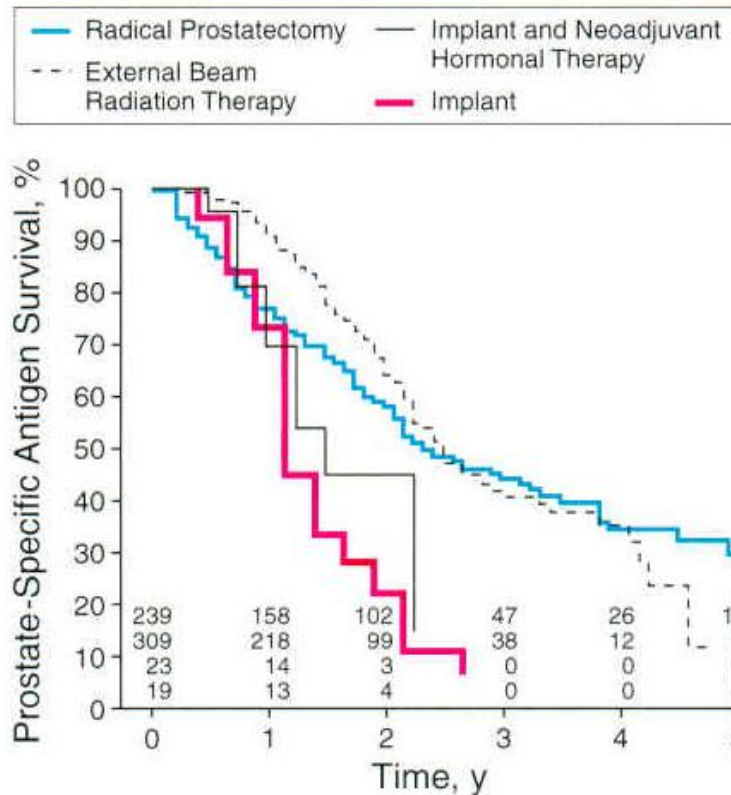
- Stadium T2b
- Oder Gleason score 7
- oder PSA level >10 <= 20 ng/mL

D'Amico AV et al., JAMA, 280, 969-974, 1998

Frankfurt /Oder, 10.6..2009



# Hohes Risiko



- Stadium T2c
- oder PSA level >20 ng/mL
- oder Gleason score  $\geq 8$

# Muss jedes Prostatakarzinom behandelt werden?



- Überdiagnose
  - Besonders bei Männern  $>75$  J und/oder Lebenserwartung  $< 10$  Jahre
- „Lead time error“
  - Tumor wird durch Screening 10 Jahre früher erkannt

# Risikoadaptierte Therapie

## Beobachten (Wait and see)

---



- Beobachten
- palliative Therapie bei Auftreten von Metastasen
- Patient mit Lebenserwartung  $< 10$  Jahre
- Geringe Symptomatik
- Geringe Tumorlast

# Indolentes Karzinom

---



- Keine unmittelbare invasive Behandlung erforderlich
- Kann überwacht werden
- Kann bei Progression kurativ behandelt werden

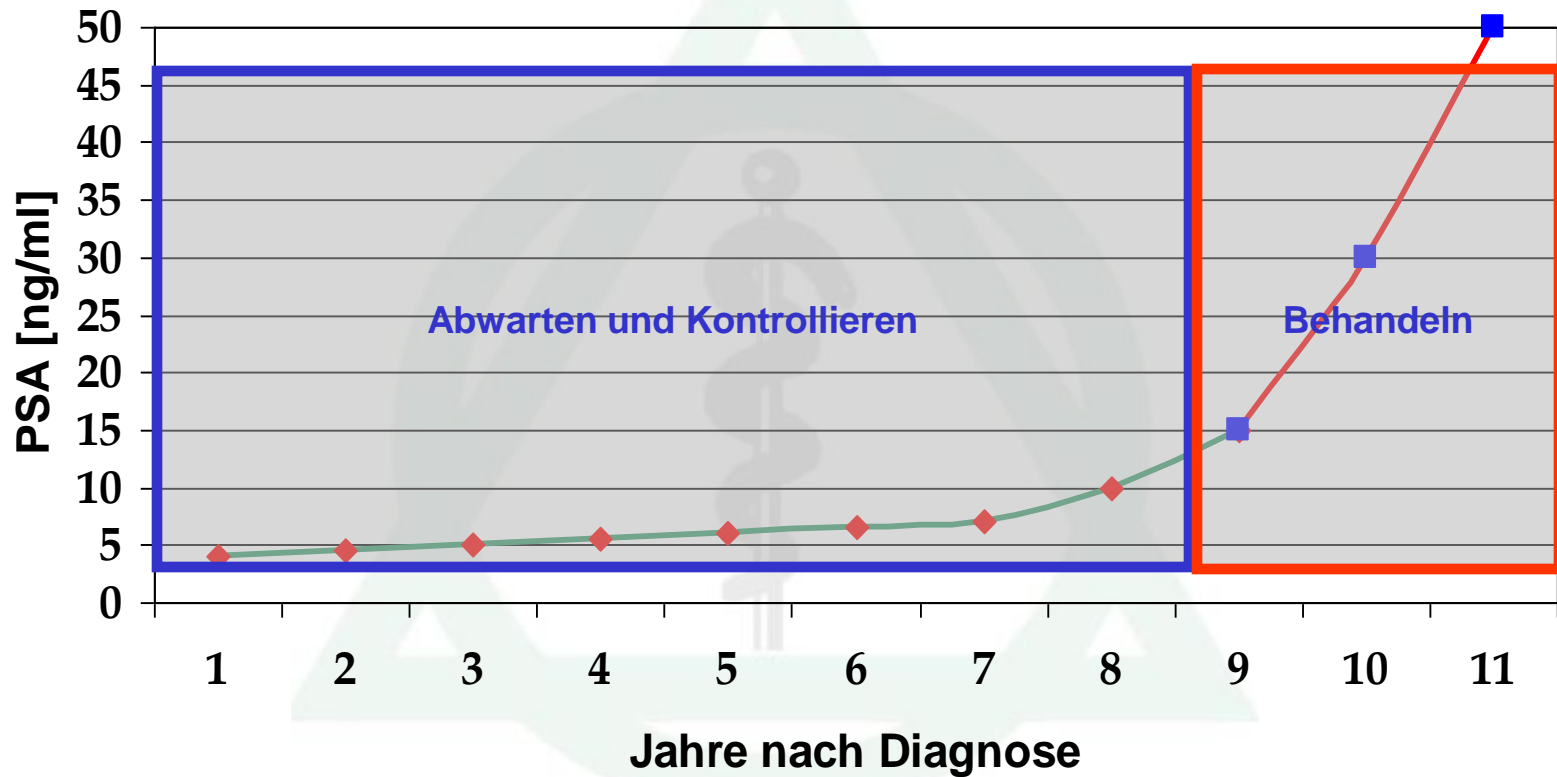
# Aktive Überwachung (Active Surveillance)



- Patienten mit geringem Risiko
- Engmaschige PSA Kontrolle
- Biopsie-Kontrollen
- Kurative Therapie, falls erforderlich
  
- Kriterien
  - Gleason Score 6 oder weniger
  - PSA 10ng/ml oder weniger
  - T1c oder T2a

# Aktive Überwachung

Aber: derzeit kein Standard!



# Aktive Überwachung

## Wie erkennen wir einen Progress?

---



- PSA-Verdopplungszeit
  - 3 Jahre oder weniger (Klotz)

<http://psakinetics.sunnybrook.ca>
- Wiederholungsbiopsien
  - Bestätigungsbiopsie nach einem Jahr; bei Konstanz alle 4-5 Jahre
  - Jährlich oder bei PSA Anstieg

# Aktive Überwachung



- N=299
- PSA  $\leq 15$  ng/ml
- Gleason Score  $\leq 6$
- cT1c/cT2a
- $< 3$  Zylinder mit Tumor
- Lebenserwartung 10-15 Jahre

Med.Follow-up	64 Mon.
Behandlung	34%
- PSA Anstieg	15%
- Klinischer Progress	3%
- Histologischer Progress	4%
- Patientenwunsch	12%
Krankheitsspez.Überleben (8J)	99,2%

# Aktive Überwachung - Ergebnisse



- N=99
- Kriterien
  - Gleason  $\leq 6$
  - PSA  $\leq 15$  ng/ml
- Follow-up
  - PSA / DRU alle drei Monate f. 2 Jahre
  - Biopsien 6-12 Monate nach Erstbiopsie, danach ca. jährlich
- 8 Patienten behandelt
  - 3 mit Hormonen
  - 5 mit kurativer Absicht
- Prädiktoren für Progression:
  - PSA Verdopplungszeit und klinisches Stadium

# Die deutschen Urologen trauen sich nichts



MEDIZIN

ÜBERSICHTSARBEIT

## Aktive Überwachung oder aktive Therapie beim lokalen Prostatakarzinom?

Lothar Weißbach, Jens Altwein

Deutsches Ärzteblatt 22, 371-376,2009

# Nicht alles harmlos!

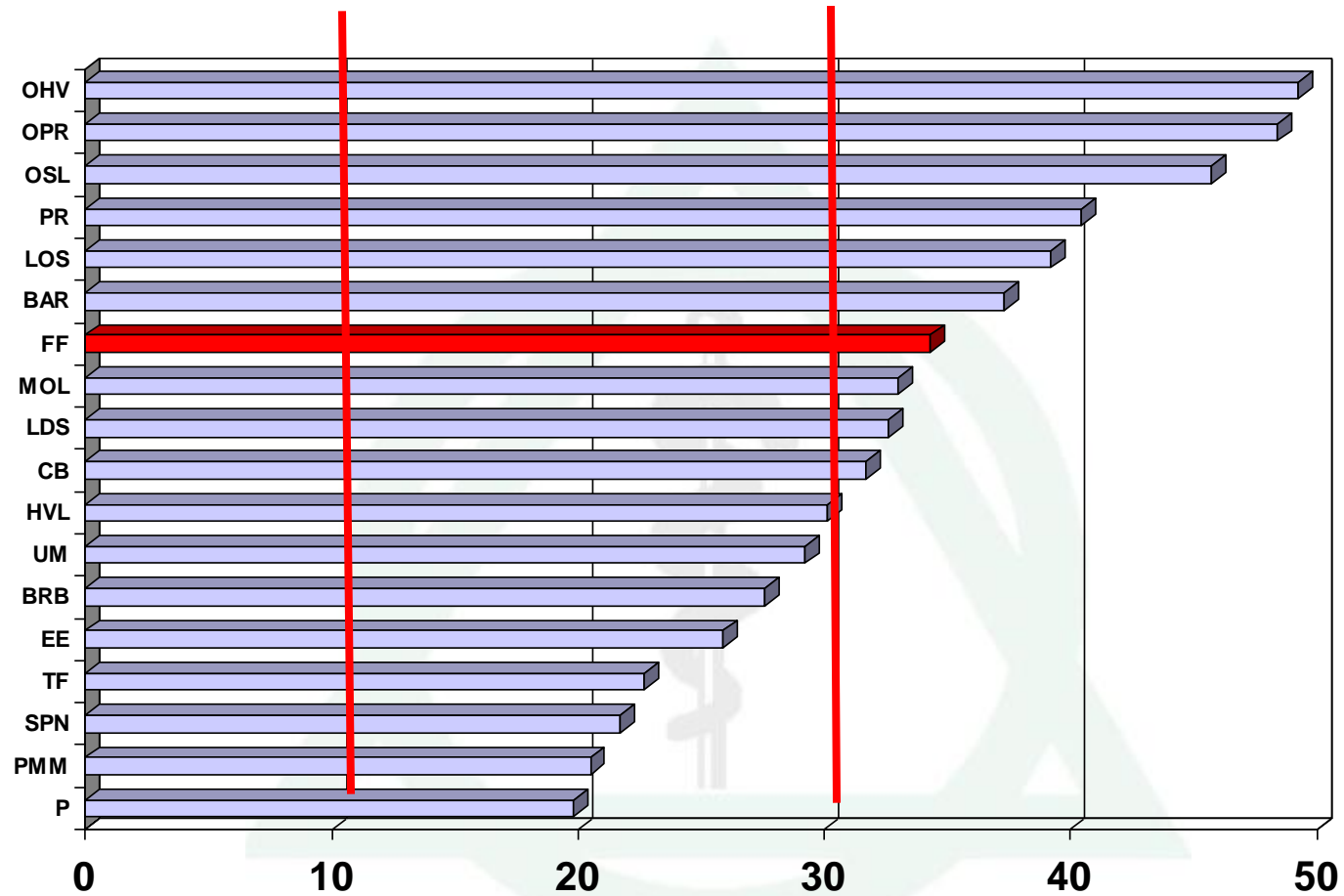
## Signifikante Tumoren bei „low risk“ Patienten

---

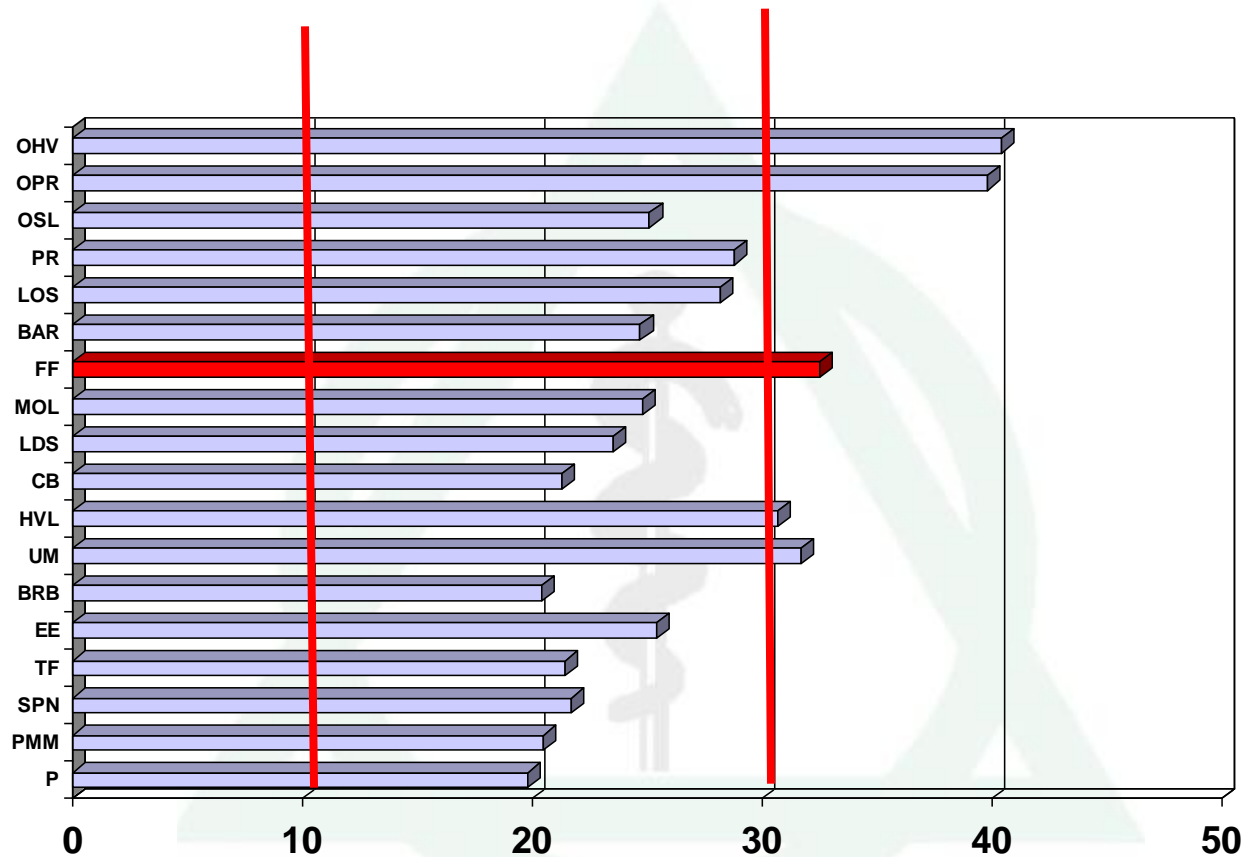


- Signifikanter Tumor
  - Tumor Volumen  $\geq 0,5\text{ccm}$
  - Extraprostatisches Wachstum
  - Positive Absetzungsränder
  - Gleason Score  $>6$
- 84% der low risk Patienten hatten einen signifikanten Tumor
- Unklar: Klinischer Ausgang

# Zu spät erkannt (UICC III und IV)



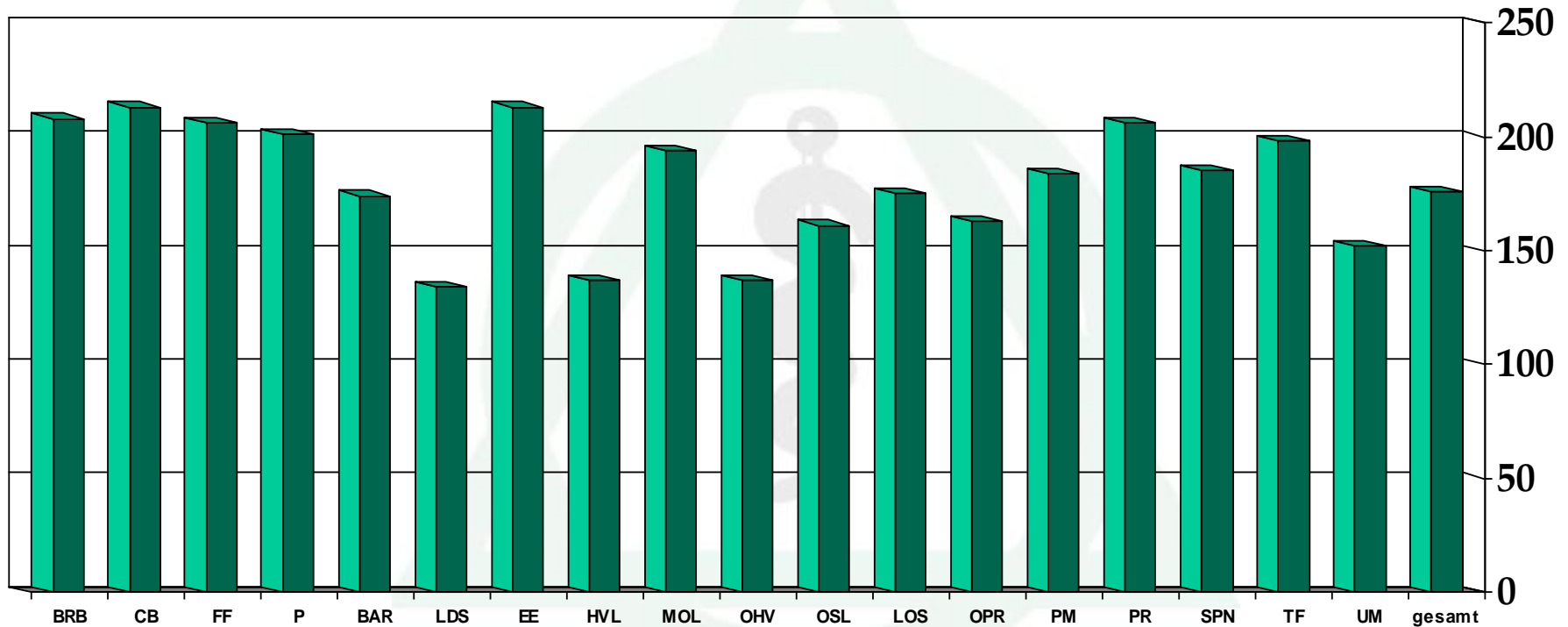
# Zu spät erkannt (UICC III und IV)



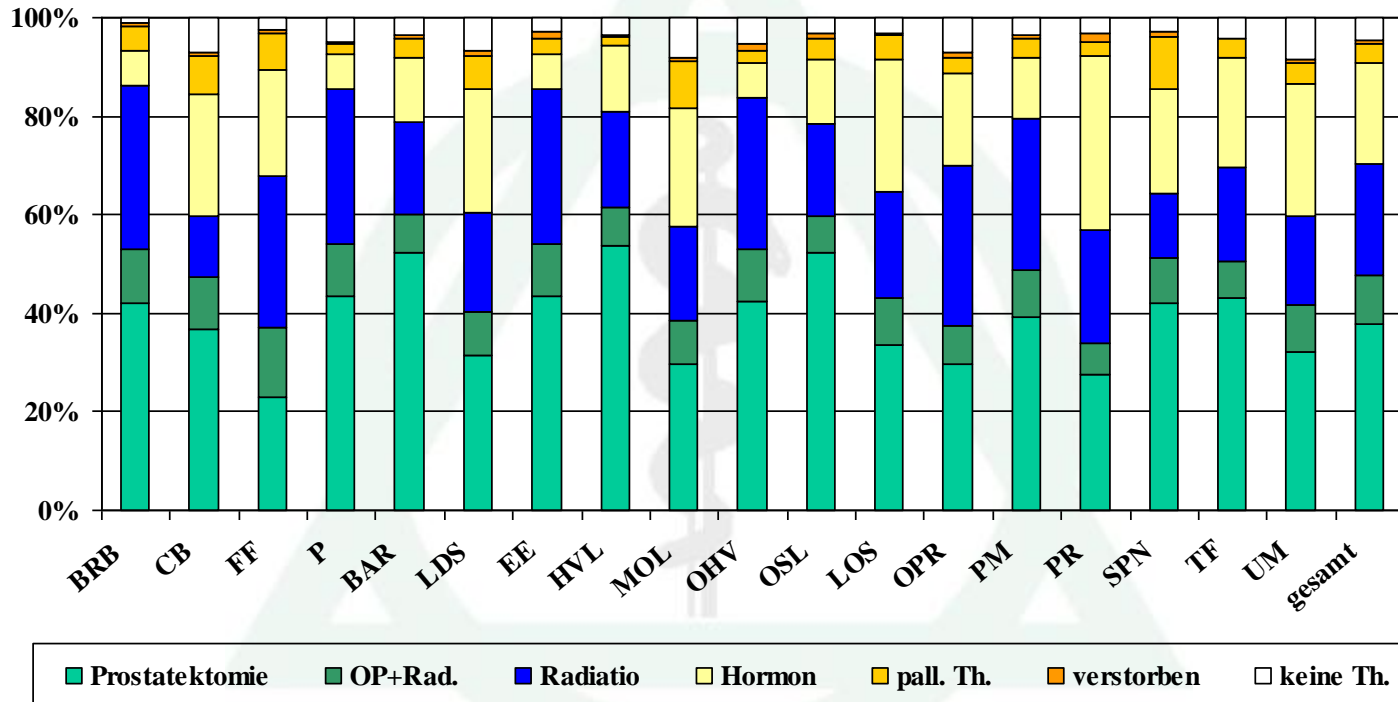
# Prostatakarzinom

Neuerkrankungen im Land Brandenburg

2007 (N=2200)

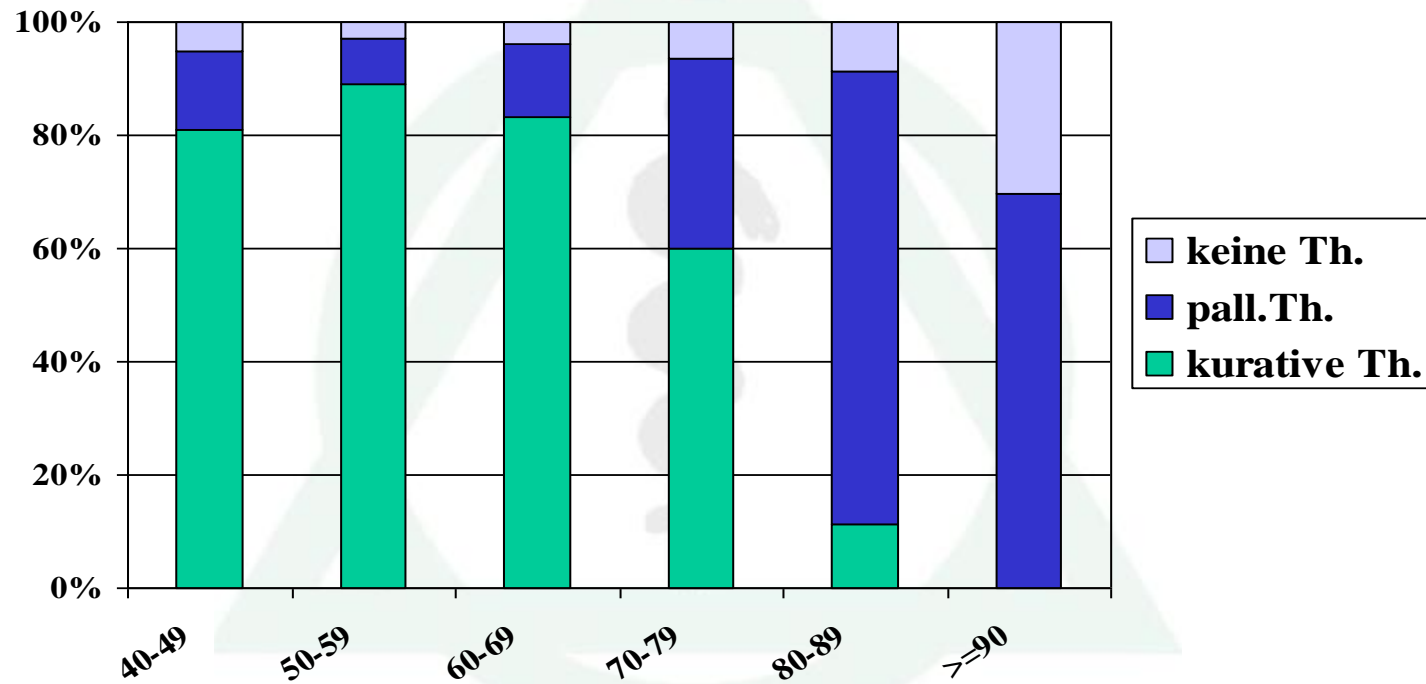


# Wer bekommt wo welche Therapie? (2006-2008)



# Kurativ oder palliativ

## Eine Frage des Alters?



2006 - 2008



# „In Brandenburg wird zu viel operiert“

letzten Jahren stetig angestiegen sind (4). Das Krebsregister Brandenburg weist 2003 bis 2005 für Männer unter 70 Jahren mit der Tumorkategorie pT<sub>1</sub> bis pT<sub>3</sub> die folgenden Therapien nach:

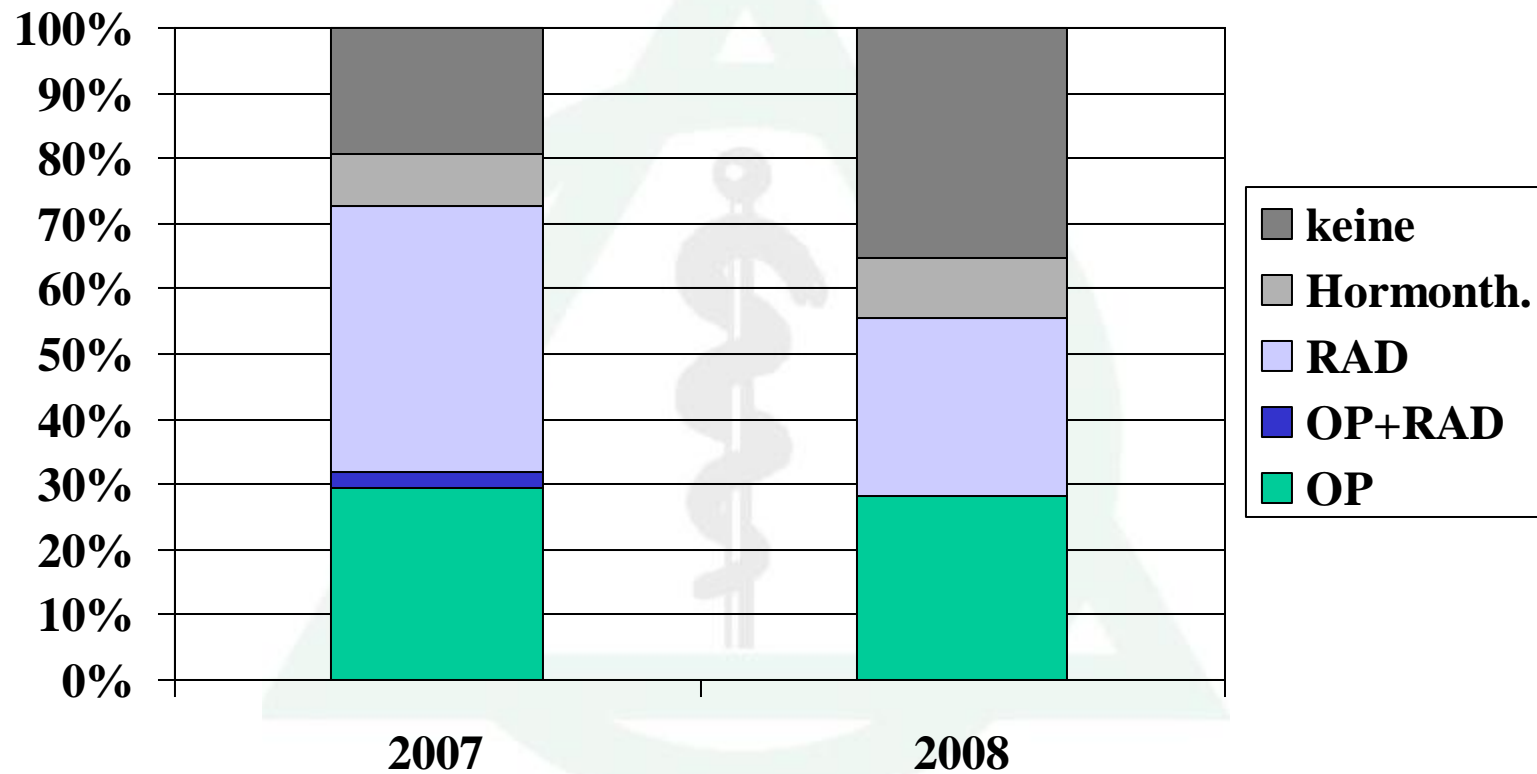
- bei 70 % erfolgte eine radikale Prostatektomie
- bei 15 % ausschließlich eine Bestrahlung
- nur bei 15 % wurden defensive Strategien wie Hormontherapie, WW oder aktive Überwachung eingesetzt.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 22 | 29. Mai 2009



Fast zwei Drittel der erfassten PCa sind den Stadien 1 oder 2 zuzurechnen und wären damit potenziell für eine aktive Überwachung geeignet (5).

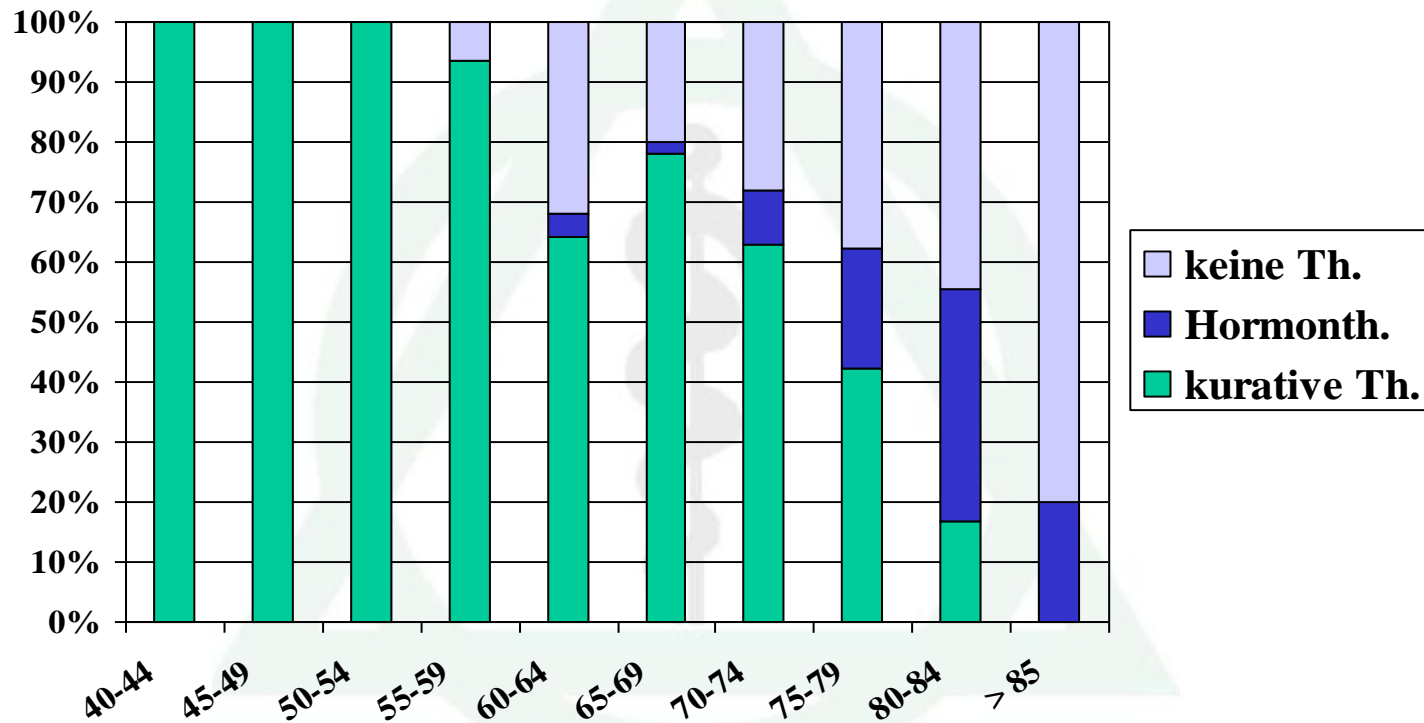
# Therapie bei Patienten mit niedrigem Risiko (n=531)



2007 - 2008

# Therapie bei Patienten mit niedrigem Risiko

## Eine Frage des Lebensalters



2007 - 2008

# Fazit



- Eine Überversorgung ist schwierig zu identifizieren und in Brandenburg wenig wahrscheinlich
- Es gibt eine deutliche Unterversorgung
  - Früherkennung ist ein Problem