

Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung beim Prostatakarzinom

Ossäre Metastasierung
in Abhängigkeit von Tumorgroße und Malignitätsgrad

Schlußwort zu den Bemerkungen von Ernst Krokowski
in Heft 29/1979, Seite 1920

Hans Jürgen Biersack, Gerd Wegner,
Wilhelm Distelmaier und Ursula Krause

Auf die Stellungnahme von Ernst Krokowski zu unserer Mitteilung über die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchung beim Prostatakarzinom in Heft 17/1979, Seite 1143 ff., erlauben wir uns folgende Schlußbemerkung:

1. Die Effektivität der „Vorsorgeuntersuchung beim Mann“ bezüglich der häufigeren und früheren Erkennung von Prostatakarzinomen kann nicht anhand der früheren Daten des Homburger Prostatakarzinom-Registers gemessen werden, da ja nicht die Pflicht bestand, alle entdeckten Prostatakarzinome nach Homburg zu melden. Wesentlich sind hier Zahlen aus Gesamtkollektiven an Vorsorgeuntersuchungen aus einer bestimmten Region oder einer Abteilung. Bei der Auswertung von 1000 konsekutiven Vorsorgeuntersuchungen bei Männern an einem unserer Lehrkrankenhäuser (Urologische Abteilung des Kreiskrankenhauses Lüdenscheid, Chefarzt Dr. med. Ebbinghaus) wurde bei 20 Patienten (zwei Prozent) ein Prostatakarzinom registriert (M. Sommerhoff, Inaug. Diss. Bonn, in Vorbereitung).

2. Die Feststellung, daß Arnold unter 4000 Prostatauntersuchungen nur ein *operables* Karzinom fand, heißt doch nur, daß eine Anzahl von Patienten mit Prostatakarzinom schon

nicht mehr operabel war, also zu spät gekommen ist. Wenn man bei 1000 Vorsorgeuntersuchungen 20 Prostatakarzinome findet, so dürfte dieser Prozentsatz durchaus als effektiv anzusehen sein. Will man vielen Patienten das Schicksal der zunehmenden Metastasierung im fortschreitenden Stadium (siehe erster Beitrag) durch Früherkennung und rechtzeitige und optimale Behandlung ersparen, kann man logischerweise nur für die Vorsorgeuntersuchung plädieren.

Außerdem kann man nicht einfach die weiteren Vorteile der Vorsorgeuntersuchung außer acht lassen, nämlich die Entdeckung einer Reihe anderer Erkrankungen. Die Erhebungen von M. Sommerhoff (Tabelle 1) sprechen hier für sich. Die Feststellung von anderen, meist auch behandlungsbedürftigen Erkrankungen ist in die „Erfolgsquote“ einzubeziehen, da wir den Effekt der „Vorsorgeuntersuchung beim Mann“ generell zu beurteilen haben und nicht nur die Frage der Häufigkeit der Früherkennung eines Prostatakarzinoms.

Im Hinblick auf die Gesamteffektivität der Vorsorgeuntersuchung beim Mann ist der Aufwand im Interesse der Patienten wohl uneingeschränkt zu vertreten. Die Urologen haben auch nie den Anspruch erhoben, alle

zirka neun Millionen in der Bundesrepublik Deutschland für diese Untersuchung in Betracht kommenden Männer jährlich zu untersuchen. Es gibt eine Vielzahl von Allgemeinärzten und Internisten, die routinemäßig diese Untersuchung durchführen. Für die übrigen Patienten, insbesondere für die Klärung suspekter Fälle, gibt es inzwischen in der Bundesrepublik genügend Urologen, nämlich über 1200.

3. Bezüglich der Metastasenprovokation durch diagnostische Eingriffe an der Prostata verweisen wir auf die Arbeiten von Grundmann (2)*) und Hermanek und Klosterhalfen (3) sowie die Ergebnisse von Engzell und Mitarbeiter (1) und Zajicek (7). Sie zeigen eindrucksvoll, daß die Metastasenprovokation – mit Ausnahme einiger Einzelbeobachtungen von Impfmetastasen im Stichkanal – keine Rolle spielt. Wenn man vom Prostatakrebs spricht, sollte man nicht die Metastasenprovokation bei anderen Tumoren diskutieren. Krokowski hat jedenfalls bisher nicht den Beweis dafür erbracht, daß es nach rektaler Untersuchung oder Biopsie eines Prostatakarzinoms häufiger zu einer Metastasierung oder Aussaat im Stichkanal kommt.

4. Die Bedeutung der Fünf-Jahre-Überlebenszeit für die Erfolgsbeurteilung von Therapiemaßnahmen ist in der Onkologie sicher problematisch. Zu Recht hat Krokowski (5) an anderer Stelle auf die Notwendigkeit einer genauen Differenzierung zwischen *Krankheitsdauer* (Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zum Tode) und *Überlebenszeit* (Zeit von der Diagnosestellung bis zum Tode) hingewiesen. Hier zeigen aber unsere Ergebnisse, daß die ossäre Metastasierung mit zunehmender Größe und Entdifferenzierung des Tumors ansteigt. In diesen Phasen sind lebensverlängernden therapeutischen Maßnahmen eben enge Grenzen gesetzt, so daß logischerweise unsere Bemühungen doch auf die Erkennung von Frühstadien und durch eine optimale Therapie möglichst auf

*) Die in Klammern stehenden Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis.

die Beseitigung des Karzinoms, zumindest auf die Vermeidung einer Metastasierung, ausgerichtet sein müssen. Jeder, der einmal das ganze Elend und die Qualen eines Finalstadiums erlebt hat, kann dieses Postulat eigentlich nur unterstreichen, selbst wenn der Aufwand für die Früherkennung einiges kostet.

Aus dem Hinweis auf die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, nämlich „daß sich bei entsprechender Therapiewahl die Fünf-Jahre-Überlebenszeit zwischen den Stadien T₁ bis T₃ nicht verschlechtert“, abzuleiten, daß man in frühen Stadien eine abwartend-beobachtende Haltung vertreten könne, ist wirklich nicht logisch. Weil diese Patienten therapiert wurden, verschlechterte sich deren Fünf-Jahre-Überlebensrate nicht. Dies ist aber – wie gerade auch unsere Untersuchungen aufzeigen – der Fall, wenn man nach der Diagnose eines Prostatakarzinoms ohne Behandlung abwartet.

Wer kann denn exakt feststellen, zu welchem Zeitpunkt eine Metastasierung zu befürchten ist und wann man bei primär abwartend-beobachtendem Vorgehen eine Therapie ansetzen muß? Gerade die Ergebnisse der Strahlenbehandlung haben doch deutlich genug gezeigt, daß sich damit auch die Prognose verschlechtert, so etwa wenn bei McGowan (6) von den T₂ und T₃-Patienten nur 66 Prozent fünf Jahre überlebten, bei Hilaris et al. (4) nur 51 Prozent der T₃-Patienten und bei McGowan nur 39 Prozent der T₄-Patienten.

Im übrigen haben wir uns in unserer Publikation auch nicht – wie der Eindruck erweckt wird – für die radikale Prostatektomie als alleinige kurative Therapieform ausgesprochen. Jeder Strahlentherapeut kennt die mit der Röntgenbestrahlung zu erwartende Fünf-Jahre-Überlebensquote von 85 bis 90 Prozent bei T₁-Stadien (4, 6). Dieses in rund 80 Prozent potenterhaltende und bei richtiger Technik mit wenig Nebenwirkungen belastete Behandlungsverfahren müßte doch auch der Strahlentherapeut

Tabelle 1: Befunde bei 1000 Vorsorgeuntersuchungen bei Männern (Inaug. Diss. M. Sommerhoff, Bonn 1979)

Pathologischer Blutdruck (>140/90)	252 = 25,2%
Lymphknotenvergrößerungen	– = 0 %
Hautaffektionen (1 Mammatumor)	1 = 0,1%
Leistenbruch	8 = 0,8%
Pathologischer Genitalbefund 2mal Phimose, 1mal Balanitis, 1mal Induratio penis plastica, 1mal Meatusstenose 2mal Epididymitis, 1mal Harnröhrenstriktur, 1mal Varikozele 6mal Spermatozele, 3mal Hydrozele	18 = 1,8%
Pathologischer Urinbefund 14mal Infekt, 2mal Tbc 5mal Harnsteine, 3mal Harnwegstumoren	24 = 2,4%
Pathologischer Rektalbefund 20mal Analfissur und Hämorrhoiden (2%) 18mal Prostatitis (1,8%) 121mal Prostatahyperplasie (12,1%) 20mal Prostata-Ca (2%)	179 = 17,9%

uneingeschränkt für Patienten aller Altersgruppen empfehlen können. Bei jüngeren Patienten – bei einem Durchschnittsalter von 68,3 Jahren gibt es eine ganze Reihe davon – bevorzugen wir die radikale Prostatektomie bei zuvor auch durch operatives staging gesicherter Metastatenfreiheit. Wir erreichten damit bisher – wenn auch bei kleinerer Patientenzahl (n = 25) – immerhin eine Fünf-Jahre-Überlebensquote von 100 Prozent und Metastatenfreiheit bei 90 Prozent.

Ansonsten kann hier nicht im Detail auf weitere therapeutische Verbesserungen durch TUR, Kryotherapie oder neue Medikamente eingegangen werden. Jeder Insider weiß jedoch, daß sich mit dieser Fortentwicklung die Prognose von Prostatakarzinomen von Jahr zu Jahr verbessert, daß man den Wünschen des Patienten durch eine Palette von alternativen Behandlungsmöglichkeiten ebenso Rechnung tragen kann wie seinem biologischen Status. All dies zusammengenommen rechtfertigt absolut die Propagierung und den Aufwand für die „Vorsorgeuntersuchung beim Mann“.

Literatur

- (1) Engzel, U.; Esposti, P. L.; Rubio, C.; Sigurdson, A.; Zajicek, J.: Investigation of tumor spread in connection with aspiration biopsy, *Acta Radiol. (Ther)*. Stockholm. **10** (1971) 385–398 – (2) Grundmann, E.: Keine Metastasenförderung durch Biopsien; *Dtsch. Ärztl. Wochenschr.* **76** (1979) 699–706 – (3) Hermanek, P.; Klosterhalfen, H.: Fernmetastasierung durch Biopsie und Operation? *Urologe A* **18** (1979) 49–50 – (4) Hilaris, G. G.; Whitmore, W. F.; Batata, M.; Barzell, W.: Behavioral patterns of prostate adenocarcinoma following an I-125 implant and pelvic node dissection, *Intern. J. Radiation Oncol. Biol. Phys.* **2** (1977) 631–641 – (5) Krokowski, E.: Erfolg und Scheinerfolg der Krebs-Frühdagnostik; *Fortschr. Röntgenstr.* **130/2** (1979) 234–237 – (6) McGowan, D. G.: Radiation therapy in the management of localized carcinoma of the prostate, *Cancer* **39** (1977) 98–103 – (7) Zajicek, J.: Die transrektale Aspirationsbiopsie der Prostata, Fortbildungstagung des Tumorzentrums München, Nov. 1978, München

Anschrift der Verfasser:

Privatdozent Dr. med.
Hans Jürgen Biersack,
Ursula Krause
Institut für klinische
und experimentelle
Nuklearmedizin der Universität
Dr. med. Gerd Wegner
Urologische Universitätsklinik
Dr. med. Wilhelm Distelmaier
Radiologische Universitätsklinik
Sigmund-Freud-Straße 25
5300 Bonn 1 (Venusberg)