

Ist eine Lymphknotenentfernung bei Prostatakrebs, der bereits in die Samenblase hineingewachsen ist, sinnvoll?

Datum: 27.04.2018

Original Titel:

Lymph node yield during radical prostatectomy does not impact rate of biochemical recurrence in patients with seminal vesicle invasion and node-negative disease

Das Risiko, das von einem Prostatakrebs ausgeht, wird durch die Eigenschaften und der Ausbreitung des Tumors bestimmt. Ist der Tumor bereits in die Samenblase hineingewachsen (T3b) ist das Risiko für einen schlechten Krankheitsverlauf und für einen Krankheitsrückfall nach der Operation erhöht. In diesen Fällen werden während der Operation neben der Prostata auch mehrere benachbarte Lymphknoten entfernt, da befürchtet wird, dass diese ebenfalls bereits vom Krebs befallen sein könnten. Wäre dies der Fall, könnte die Lymphknotenentfernung eventuell eine Ausbreitung der Krebszellen über das Lymphsystem verhindern. Doch bietet die Lymphknotenentfernung Prostatakrebs-Patienten, bei denen der Tumor bereits in die Samenblase hineingewachsen ist, tatsächlich Vorteile im Hinblick auf einen Krankheitsrückfall?

Dies untersuchte nun ein Forscherteam aus den USA. Die Wissenschaftler untersuchten hierfür 220 Männer mit Prostatakrebs, der in die Samenblase vorgedrungen ist. Alle Männer unterzogen sich einer Operation zur Entfernung der Prostata und starteten nach dieser keine zusätzliche Therapie. Bei 199 Männern (90,5 %) wurden zusätzlich zur Prostata Lymphknoten entfernt. Es wurde untersucht, wie häufig es bei den Patienten nach der Operation zu einem Krankheitsrückfall kam. Ein Krankheitsrückfall war definiert als PSA (prostataspezifisches Antigen)-Anstieg auf mehr als 0,2 ng/ml.

Die Patientendaten zeigten, dass die Spannbreite der entfernten Lymphknoten recht groß war. Während manchen Patienten keine Lymphknoten entfernt wurden, wurden bei anderen bis zu 35 Lymphknoten herausoperiert. Der Hälfte der Patienten wurden jedoch mehr als 7 Lymphknoten während der Operation entfernt. Das Risiko, innerhalb der nächsten drei Jahre einen Krankheitsrückfall zu erleiden, lag für die Patienten bei 43,9 %. Statistischen Berechnungen zur Folge spielte das Ausmaß der Lymphknotenentfernung hinsichtlich des Risikos für einen Krankheitsrückfall keine Rolle. Dies war auch der Fall, wenn nur Patienten betrachtet wurden, bei denen keine Lymphknoten befallen waren und interessanterweise auch dann, wenn nur Patienten betrachtet wurden, bei denen Krebszellen in den Lymphknoten gefunden wurden. Was hingegen einen Einfluss auf das Risiko für einen Krankheitsrückfall hatte, waren der PSA-Wert und die Aggressivität des Prostatakrebses (wird mit Hilfe des Gleason-Scores bestimmt). Patienten, die zum Zeitpunkt der Diagnose einen höheren PSA-Wert aufwiesen oder bei denen bei der Biopsie ein sehr aggressiver Prostatakrebs (Gleason-Score von mindestens 8) festgestellt wurde, hatten ein erhöhtes Risiko für das Wiederauftreten der Erkrankung nach der Operation.

Was außerdem festgestellt wurde, war, dass die Wahrscheinlichkeit, mehr als 2 Lymphknoten zu entdecken, die bereits vom Krebs befallen waren, größer war, wenn mehr Lymphknoten während der Operation entnommen wurden.

Bei Patienten mit einem Prostatakrebs, der bereits in die Samenblase hineingewachsen war, wirkte

sich das Ausmaß der Lymphknotenentfernung nicht auf das Risiko für einen Krankheitsrückfall nach der Operation aus. Dieses wurde vielmehr durch den Gleason-Score und den PSA-Wert bestimmt. Dennoch kann die Entfernung mehrerer Lymphknoten für diagnostische Zwecke sinnvoll sein. Durch die Entfernung der Lymphknoten konnten nämlich in einigen Fällen Krebszellen entdeckt werden, die sich bereit bis dorthin ausgebreitet hatten. Der Prostatakrebs kann somit besser eingeschätzt werden, was einen Vorteil bei der Therapiewahl bringen könnte.

Referenzen:

Badani KK, Reddy BN, Moskowitz EJ, Paulucci DJ, Beksac AT, Martini A, Whalen MJ, Skarecky DW, Huynh LM, Ahlering TE. Lymph node yield during radical prostatectomy does not impact rate of biochemical recurrence in patients with seminal vesicle invasion and node-negative disease. *Urol Oncol*. 2018 Apr 3. pii: S1078-1439(18)30080-2. doi: 10.1016/j.urolonc.2018.03.004.