



61. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

## UROLOGISCHE NACHRICHTEN

(Artikel von Privatdozent Chefarzt Dr. Wolfgang Schafhauser)

### Erweiterte pelvine Lymphdissektion bei der RPE verzichtbar?

Diskussion der präoperativen klinischen Parameter

**MARKTREDWITZ: - Das PSA-Screening und die modifizierte pelvine Standard-Lymphdissektion (PLD) haben in den letzten Jahren zu immer niedrigeren Lymphknotenmetastasenraten (<6%) bei der radikalen Prostatektomie (RPE) geführt.**

Andererseits besteht ein deutlich erhöhter OP-Zeitbedarf, wenn eine genauere erweiterte pelvine Lymphdissektion (EPLD) durchgeführt wird. Dies wird in Zeiten der DRG-Vergütung als nicht unproblematisch angesehen. Viele Autoren beklagen auch eine erhöhte Rate an Lymphozelen bei der EPLD, die für die Patienten sehr belastend sein können. Darüber hinaus nimmt zurzeit die Anzahl laparoskopischer und robotischer Prostatektomien zu, bei denen eine EPLD deutlich erschwert ist. Von zahlreichen Operateuren wird deshalb die PLD beim heutigen RPE-Krankengut zum größten Teil als entbehrlich angesehen. Ziel unserer Arbeit war deshalb festzustellen, bei welchen präoperativen Befunden sich im aktuellen Krankengut überhaupt LK-Metastasen finden lassen und bei welchen Patienten so künftig eine PLD vermieden werden könnte.

#### Wann kann PLD vermieden werden?

Wir sind überzeugt, dass unser Patientengut und unsere Methodik zu Beantwortung dieser Frage gut geeignet sind. Von September 2002 bis Dezember 2008 führten wir bei 622 konsekutiven Patienten mit Prostatakarzinom (PCA) vom Stadium  $\leq$  cT3 cNO cMO eine Gammasonden-gesteuerte erweiterte pelvine Lymphdissektion (g-EPLD) bei der retropubischen RPE durch. Dazu wurde am Tag vor RPE 1,2 ml Technetium-Nanocolloid sonographisch gesteuert appliziert. Intraoperativ erfolgte eine pelvine Standard-Lymphdissektion im Bereich der Fossa obturatoria und der Vasa iliaca externa bds., erweitert um ggf. tastbar vergrößerte LK. Zusätzlich wurden auch alle szintigraphisch aktiven pelvinen Lymphknoten (SLN) mit Hilfe der Gammasonde bis einschließlich der Arteria iliaca communis entfernt. Der histologische Nachweis der SLN-Metastasen erfolgte mittels Stufenschnitten mit bis zu 32 HE- und acht Immunofärbungen. Durch dieses Vorgehen wird die Detektionsrate von LK-Metastasen deutlich erhöht. Je nach Ausdehnung des Dissektionsgebietes erhöht sich die Rate an positiven LK um

den Faktor 2 bis 3, wenn man zur Obturatoria-Gruppe die Externa-Gruppe bzw. Communis-, Interna, und Pararektal-Region hinzunimmt (siehe Abb.1).

#### Daten von 622 Patienten ausgewertet

Durch dieses Verfahren wurden bei 622 Patienten intraoperativ im Mittel 10,3 Lymphknoten entfernt. Bei 591 Patienten (95%) konnten intraoperativ 4,1 Sentinel-Lymphknoten entfernt werden. LK-Metastasen wurden bei 99 Patienten (16%) festgestellt. Davon waren im Mittel 1,5 Sentinellymphknoten positiv. 422 Patienten (68%) wiesen ein Stadium pT2 auf. In großen Studien mit vergleichbarem Patientengut und Standard-Lymphdissektion finden sich LK-Metastasen insgesamt nur in sechs Prozent. Aufgrund dieser Daten ist davon auszugehen, dass die g-EPLD eine relativ genaue Abschätzung des tatsächlichen LK-Status erlaubt.

#### g-EPLD erlaubt gute Abschätzung des LK-Status

Welche präoperativen Routineparameter stehen uns zur Verfügung, um das spätere Tumorstadium abschätzen zu

können? Bei allen Pat. liegt ein initialer PSA-Wert vor. Weiterhin wird das klinische T-Stadium abgeschätzt. Bei allen Patienten kennen wir auch den Gleason-Score aus der sonografisch gesteuerten Prostatamehrfachbiopsie (12 x). Darüber hinaus lässt sich mit diesen drei Parametern eine für den Praxisalltag relativ einfache Risiko-Gruppierung durchführen. Korreliert man den initialen PSA-Wert und die Rate an LK-Metastasen in einer heute oft verwendeten Gruppierung, dann erkennt man, dass der PSA-Wert zur Vermeidung einer EPLD derzeit nur bei einer kleinen Patientengruppe weiterhilft. Nur neun Prozent aller Patienten hatten einen PSA-Wert kleiner 4 ng/ml und waren frei von LK-Metastasen. Bei 56% der Patienten lag ein PSA-Wert zwischen 4 und 10ng/ml vor. Bei diesen fanden sich bereits in 10,4 Prozent Lk-Metastasen. Ebenfalls wenig hilfreich ist auch das klinische T-Stadium. Nur bei der T1a/b-Gruppe finden sich keine LK-Metastasen. Diese macht aber nur 2,3 Prozent unserer Patienten aus. Wie verhält es sich mit dem bioptischen Gleason-Score und dem Anteil an LK-Metastasen? 63%

unserer Patienten haben einen Gleason-Score  $\leq 6$ . Dies ist ein relativ großer Anteil, aber 4,3 Prozent dieser Patienten waren Lymphknoten-positiv. Will man den Anteil an übersehenen oder zurückgelassenen LK-Metastasen geringer als ein Prozent halten, was bei einer nebenwirkungsreichen Krebsoperation eigentlich zu fordern ist, dann wäre der Gleason-Score alleine also nicht hilfreich. Erst wenn man diese drei präoperativen klinischen Parameter zu den drei traditionellen Risikogruppen Low-, Intermediär- und High-Risk zusammenfasst, dann ergibt sich das für den Praxisalltag brauchbarste Ergebnis. Für die Low-Risk-Gruppe mit einem PSA-Wert von  $< 10$  ng/ml und einem Gleason-Score  $\leq 6$  und einem klinischen Stadium  $\leq T2a$  ergibt sich nämlich ein noch vertretbarer LK-Metastasenanteil von 1,1 Prozent, wobei diese Gruppe 29,7 Prozent unserer Patienten ausmacht (siehe Abb. 2).

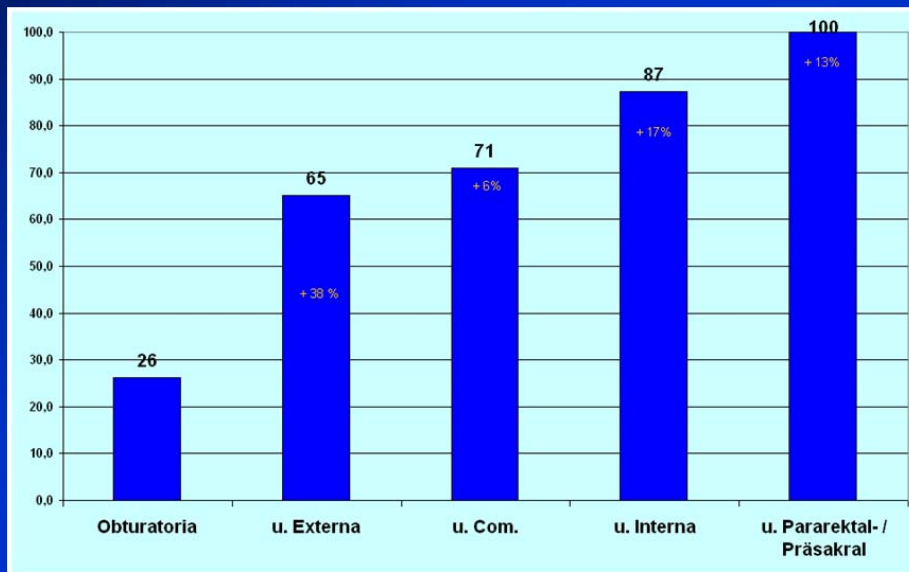
### **Schlussfolgerung**

Aus unseren Daten lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten: Führen wir bei einem heutigen RPE-Patientengut

eine routinemäßige g-EPLD durch, dann finden sich LK-Metastasen bei 16 Prozent der Patienten. Die identifizierten LK-Metastasen liegen zu 35 bis 74 Prozent außerhalb der gängigen Standarddissektionsgebiete. Nimmt man eine Fehlerquote von circa einem Prozent übersehener LK-Metastasen in Kauf, dann könnte bei 29,7 Prozent unserer Patienten mit Low-Risk-PCA (PSA  $< 10$  und Gleason-Score  $\leq 6$  und cT  $\leq T2a$ ) auf eine Lymphdissektion verzichtet werden. Bei der überwiegenden Mehrheit (70%9 unserer Patienten mit Intermediär- (47%) oder High-Risk-PCA (23%) wäre der Verzicht auf ein g-EPLD bei 14 Prozent bzw. 39 Prozent LK-Metastasen-Anteil aus tumorchirurgischen Gründen und aus Sicht des aufgeklärten Patienten aber nicht akzeptabel. Bei dieser Mehrheit scheint die pelvine Standard-Lymphdissektion nicht ausreichend zu sein.

**ABBILDUNGEN SIEHE NÄCHSTE SEITE**

## Erhöhte Detektionsrate von LK-Metastasen durch $\gamma$ -EPLD je nach Ausdehnung des Dissektionsgebietes<sup>1</sup>



<sup>1</sup> W. Schafhauser, H. Becher et al. Wird die Inzidenz von Lymphknotenmetastasen durch Sentinel-Lymphknoten-Dissektion beim Prostatakarzinom erhöht? J Urol Urogynäkol 2006; 13 (2): 11–14.

Abb. 1: Erhöhte Detektionsrate von LK-Metastasen durch Gamma-EPLD je nach Ausdehnung des Dissektionsgebietes

## Trad. Risikogruppen und LK-Metastasen

Trad. Risikogruppen		Anzahl Patienten			
		Alle	%	pN1	%
PSA < 10 und Gleason ≤ 6 und cT ≤ T2a	<b>LOW RISK</b>	185	29,7%	2	1,1%
PSA ≥ 10 oder Gleason = 7 oder cT = T2b oder T2c	<b>INTERMEDIÄR</b>	295	47,4%	42	14,2%
PSA ≥ 20 oder Gleason > 7 oder cT > T2c	<b>HIGH RISK</b>	142	22,8%	55	38,7%
	<b>GESAMT</b>	622	100,0%	99	15,9%

Abb 2: Tradierete Risikogruppen und LK-Metastasen