

## Orchiektomie beim Prostatakarzinom unübertroffen

**m** -- Seidenfeld J, Samson D, Hasselblad V et al. Single-therapy androgen suppression in men with advanced prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2000 (4. April); 132: 566-77

[\[LINK\]](#)

Kommentiert von: [Hans Neuenschwander](#)

### Studienziele

Bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom sind Behandlungen mit antiandrogener Wirkung indiziert. Mögliche Verfahren sind: Orchiektomie, Östrogene (Diäthylstilböstrol), LHRH-Agonisten (z.B. Goserelin; Zoladex®), nichtsteroidale Antiandrogene (z.B. Flutamid; Flucinom®) oder Cyproteron (Androcur®). Die vorliegende systematische Studienübersicht diente in erster Linie dazu, den relativen Wert der LHRH-Agonisten und der Antiandrogene zu analysieren.

### Methoden

Eine umfangreiche Suche nach randomisierten Studien ergab 1'477 Studien zum Thema. Zur Beurteilung der Wirksamkeit wurden nur diejenigen Studien berücksichtigt, in denen Männer mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom (regionale oder Fern-Metastasen, lokal extrakapsuläre Ausbreitung) mit einer der oben genannten Monotherapien behandelt wurden. Diese Bedingungen wurden von 24 Studien mit total 6'600 Patienten erfüllt. 18 Studien, in denen über die Überlebensrate nach 2 Jahren rapportiert wurde, konnten einer eigentlichen Metaanalyse unterzogen werden. Überprüft wurde auch die Zahl der Männer, die vorzeitig aus Studien austraten, um damit die Verträglichkeit der verschiedenen Methoden zu erfassen.

### Ergebnisse

Die Überlebensraten von Männern, die mit einem LHRH-Agonisten behandelt wurden, waren praktisch identisch mit denjenigen von Männern, die orchiectomiert wurden oder mit Diäthylstilböstrol behandelt wurden. In keiner der entsprechenden Vergleichsstudien ergab sich ein signifikanter Unterschied. Daten, wonach der eine oder andere LHRH-Agonist wirksamer wäre, liegen nicht vor. Die Überlebensraten nach Behandlung mit nichtsteroidalen Antiandrogenen waren dagegen in einzelnen Studien signifikant kleiner als für die Vergleichstherapie (Orchiektomie, Diäthylstilböstrol oder LHRH-Agonisten). Gemäss der Metaanalyse ist bezüglich Zweijahres-Überlebensrate keine Behandlung wirksamer als die Orchiektomie. Antiandrogene wie Flutamid oder Bicalutamid (Casodex®) waren auch in der Metaanalyse nicht ganz gleichwertig, der Unterschied jedoch knapp nicht-signifikant. Bei den LHRH-Agonisten brachen 0 bis 4% die Studienbehandlung vor dem geplanten Abschluss ab, bei den nichtsteroidalen Antiandrogenen dagegen 4 bis 10%.

### Schlussfolgerungen

Die verfügbaren Monotherapien bei fortgeschrittenem Prostatakarzinom sind weitgehend gleichwertig. Für Patienten, die sich nicht zu einer Orchiektomie entschliessen können, stehen mit den LHRH-Agonisten wirksame Alternativen zur Verfügung. Die Antiandrogene sind möglicherweise etwas weniger wirksam und auch weniger gut verträglich. (PG)

Beim Prostatakarzinom sollten uns zwei wichtige Überlegungen in der Therapiewahl unterstützen:

- Eine individuelle: das fortgeschrittene (und symptomatische) Prostatakarzinom ist eine Krankheit des alten Mannes. Die Therapie soll 1. tumorbedingte Morbidität unterdrücken, 2. keine Toxizität verursachen und 3. dadurch «das Sterben an einer anderen Krankheit des alten Menschen» wahrscheinlich machen.
- Eine gesundheitspolitische: Die Krankheit ist häufig und erlangt mit steigender Lebenserwartung zunehmende ökonomische Bedeutung. Heute ist die Orchiektomie weitaus die billigste Methode.

Offen bleibt, ob die totale Androgenblockade der einfachen Kastration leicht überlegen ist und, viel wichtiger, ob die Therapie bereits bei der Diagnosestellung oder erst bei symptomatischer Krankheit einsetzen soll.

Hans Neuenschwander