

PROSTATAKARZINOM

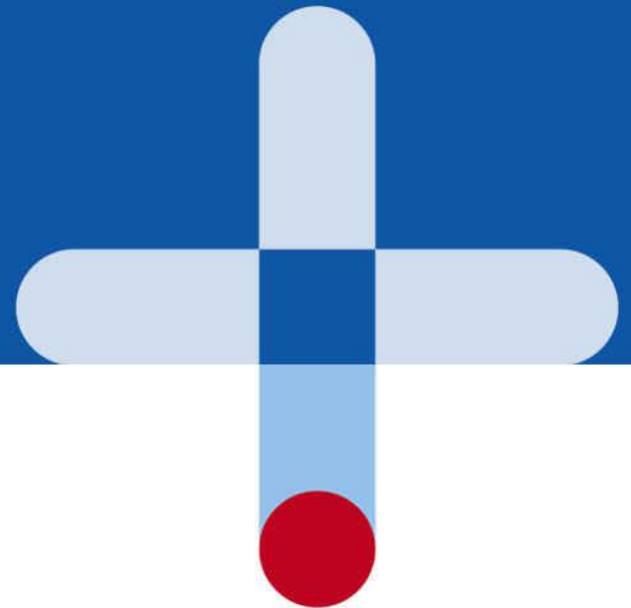
Sven von Ahn

Oberarzt, Leiter Uroonkologisches Zentrum
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

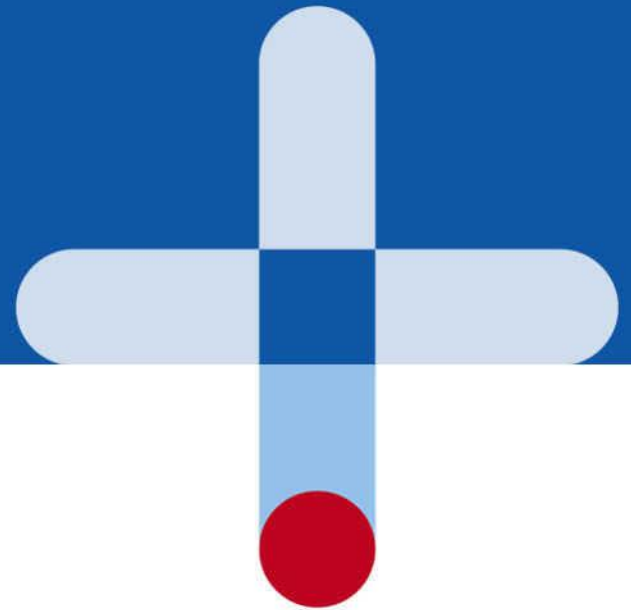
Das Prostatakarzinom

2 Fallvorstellungen aus dem klinischen Alltag

Referent:
Sven von Ahn



Fall 1



Patientendaten

Herr W., 65 Jahre alt

Arterielle Hypertonie

Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2

Chronische Niereninsuffizienz, Kreatinin 1,6 mg/dl



Anamnese und Untersuchung

Vorstellung mit akutem Harnverhalt im Mai 2017

Sonographie: Blase voll, Nieren nicht ektatisch

=> Einlage eines transurethralen Blasenkatheters

Digital rektal hochgradig suspekta Prostata beidseits

Transrektaler Ultraschall: Prostatavolumen 23ml,
echoarme Areale

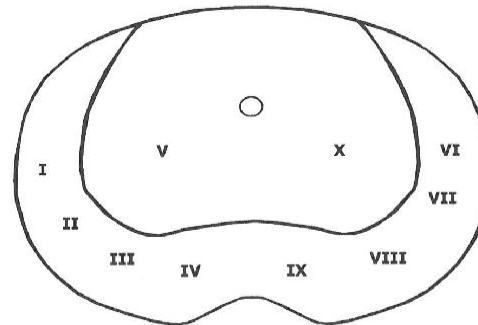
Labor: PSA 4,47 ng/ml



Diagnostik

Percutane Prostatastanziobiopsie am 01.06.2017:

Schema Prostatabiopsie: 10 Stanzen



I: rechts-lateral

II: rechts-medio-lateral

III: rechts-latero-medial

IV: rechts-medial

V: rechts-zentral

VI: links-lateral

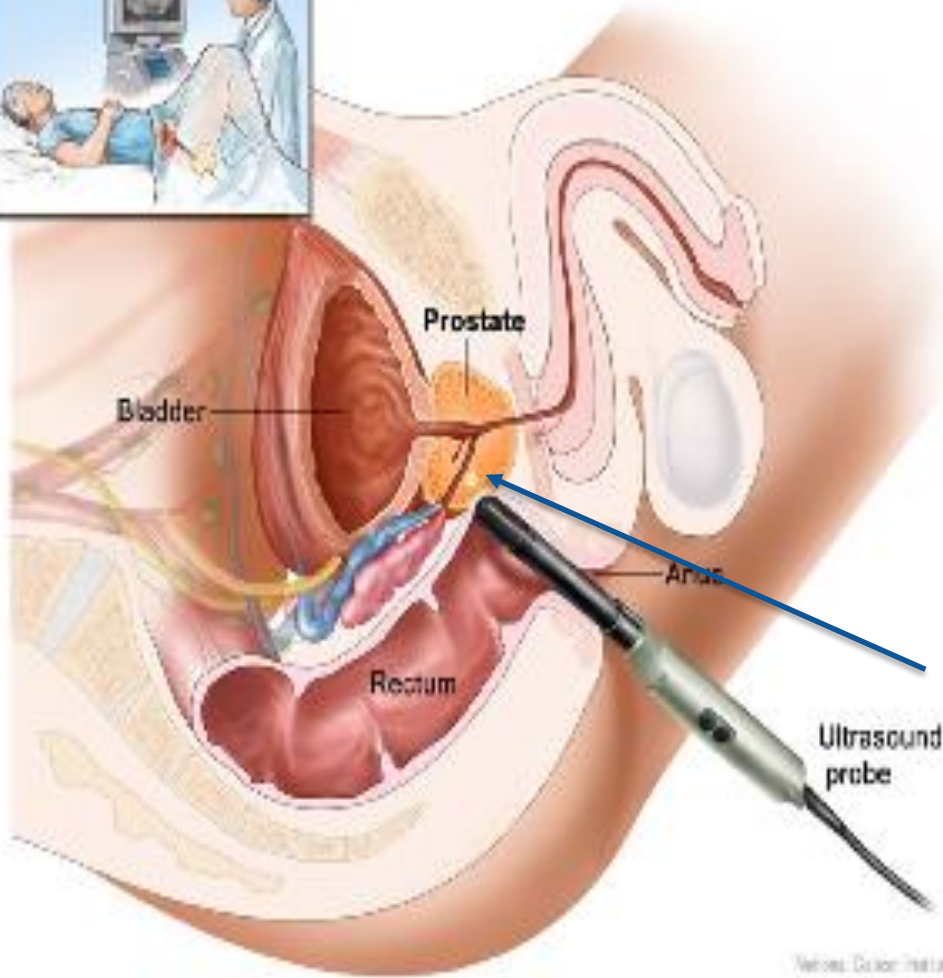
VII: links-medio-lateral

VIII: links-latero-medial

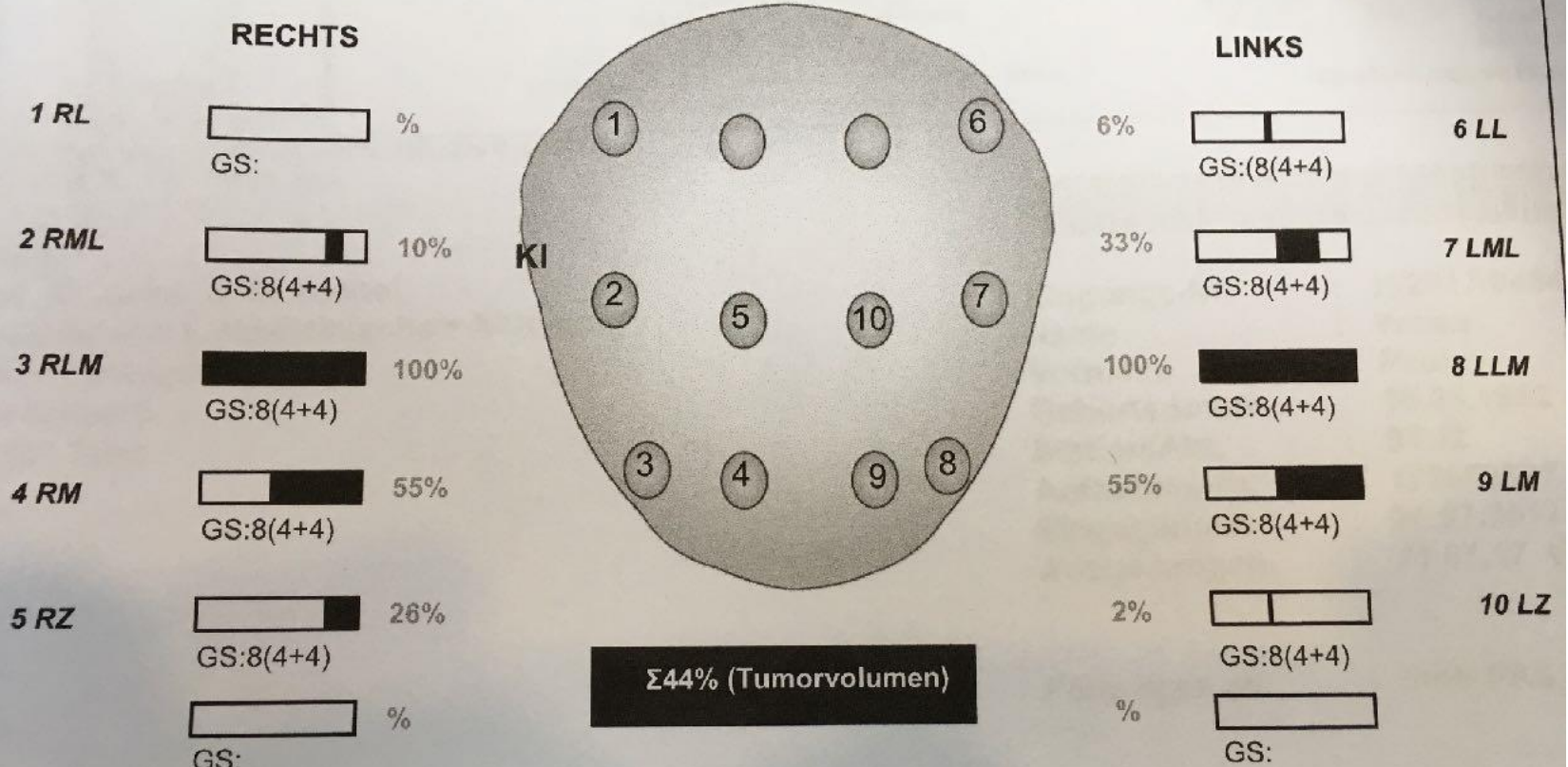
IX: links-medial

X: links-zentral





Visuelle Darstellung des Biopsiestatus®



= Negative Stanze
 = Carcinomherd*

KP = Kapselpenetration = Kapselinfiltration

= Perineurale Tumorinfiltration
 GS = Gleason-Score

KI



Ergebnis der Biopsie

Prostatacarcinom vom Typ eines glandulären Adenocarcinoms.

pT2c Gleason 4+4=8

9 von 10 Stenzen positiv



Staging: CT-Abdomen nativ bei erhöhtem Kreatinin

Ein vergrößerter Lymphknoten (17x11mm) lässt sich auf Höhe des Nierenunterpols links neben der Aorta erkennen.

Entlang der Iliakalgefäße sind keine prominenten Lymphknoten erkennbar.

Die Prostata ist vergrößert, relativ scharf berandet, eine Umgebungsinfiltration lässt sich nicht sicher abgrenzen.

Keine Organfiliae.



Staging: Skelettszintigraphie



Befund Skelettszintigraphie

Der Befund in BWK 5 entspricht am ehesten einer solitären ossären Metastase.

Eine weitere Abklärung mittels Röntgen oder CT wird empfohlen.



CT-BWS



CT-Befund

Der. 5. BWK zeigt eine leichte Einsenkung der Deckplatte, es sind keine Bruchkanten erkennbar.

Der angrenzende Knochen ist inhomogen, teilweise dichtgemindert, teilweise mehrsklerosiert, so dass primär der Befund einer ursächlichen Metastase gestellt werden muss.



Ungewöhnliches Metastasierungsmuster

PSA 4,47 ng/ml, Gleason 8

Lymphknoten paraaortal aber nicht iliakal

Solitäre Knochenmetastase BWK 5



Ausschluss Zweitmalignom

Durchführung einer Coloskopie und Gastroskopie mit Probeentnahmen

Kein Hinweis auf Malignität

CT-Thorax:

Kein Nachweis metastasensusppekter pulmonaler Rundherde.
Diffuse Mehrsklerosierung in BWK 5, zentral rundlich anmutend, am ehesten im Rahmen einer osteoplastischen Metastasierung.



Weiteres Vorgehen???

Ausführliche Besprechung des Falles in der interdisziplinären Tumorkonferenz.

Optionen:

- Einleitung einer LH-RH-Analogon-Therapie
- Radikale Prostatektomie mit anschließender Radiatio von BWK 5
- Radiatio der Prostata+Lymphabfluss+BWK5



Therapieplanung auf ausdrücklichen Patientenwunsch

Radikale Prostatektomie mit obturatorisch/iliakaler Lymphadenektomie am 24.08.2017

Histologie:

Gering differenziertes drüsiges Prostatacarcinom.

Kein Hinweis auf eine neuroendokrine Differenzierung.

Eine Lymphknotenmetastase links obturatorisch (2,2cm)

Tumorstadium: pT2c pN1 (1/12), R0, Gleason-Score 5+4=9
(60% des Gewebes zeigen ein Gleason 5, 40% ein Gleason 4)



Und nun?

Entlassung des hochmotivierten Patienten am
01.09.2017.

Empfehlung der Tumorkonferenz:

- Einleitung einer LH-RH-Analagon-Therapie
- Radiatio der BWK 5 Metastase
- Engmaschiges Re-Staging

Nicht Leitlinie, aber durchaus vertretbar.



Fazit

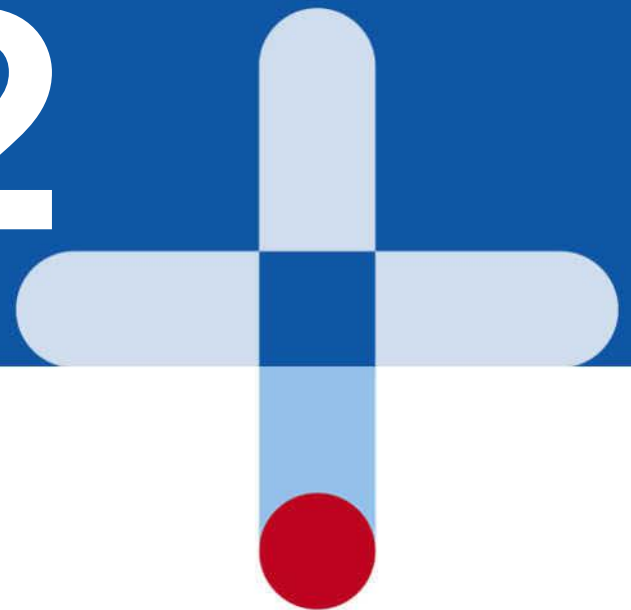
Trotz des niedrigen PSA-Wertes von 4,47 ng/ml hat der Patient ein aggressives Gleason 9 Carcinom.

Der Tastbefund war einziges Mittel zur Detektion!

Allein der Gleason 8 Befund der Stanze war Indikation zum Staging, ansonsten wären die pathologischen Befunde nicht aufgefallen.



Fall 2



Patientendaten

Herr G., 59 Jahre

Arterielle Hypertonie



Anamnese

Erstvorstellung in unserer Sprechstunde zur
Prostatastanzbiopsie am 20.08.2015

- PSA 5ng/ml
- Prostata nicht suspekt tastbar

Ergebnis der Stanzbiopsie:

Kein Nachweis von Malignität.



Anamnese Fortsetzung

PSA-Anstieg auf 10ng/ml

Re-Biopsie indiziert



Diagnostik vor der Stanzbiopsie

Multiparametrisches MRT der Prostata vom 31.05.17

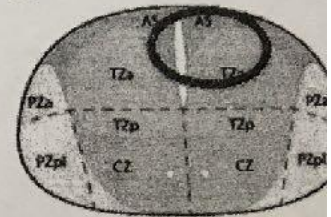
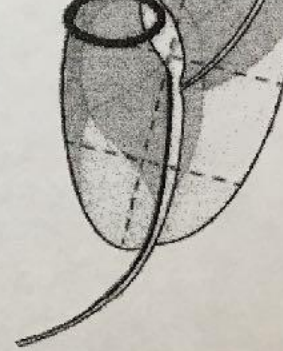
Dringender Verdacht auf ein klinisch signifikantes Prostatacarcinom links betont zentral in der basisnahen Transitionalzone und im anterioren fibrovaskulären Stroma, die mit einem Score von 5 (PI-RADS Version 2) graduiert wird.



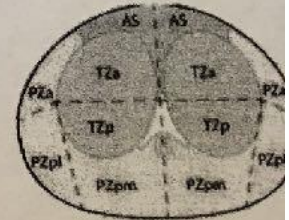
Vorherige Biopsie: 8/2015
 Vorherige MRT: nein

Einzelscoring:

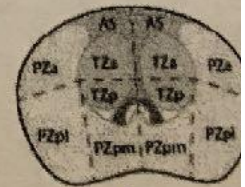
Regio	T2	DWI	DCE	PI-RADS
T2a	5	+	+	5



Base



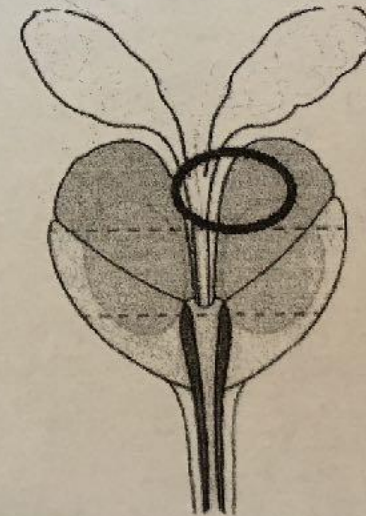
Mid



Apex



Urethra



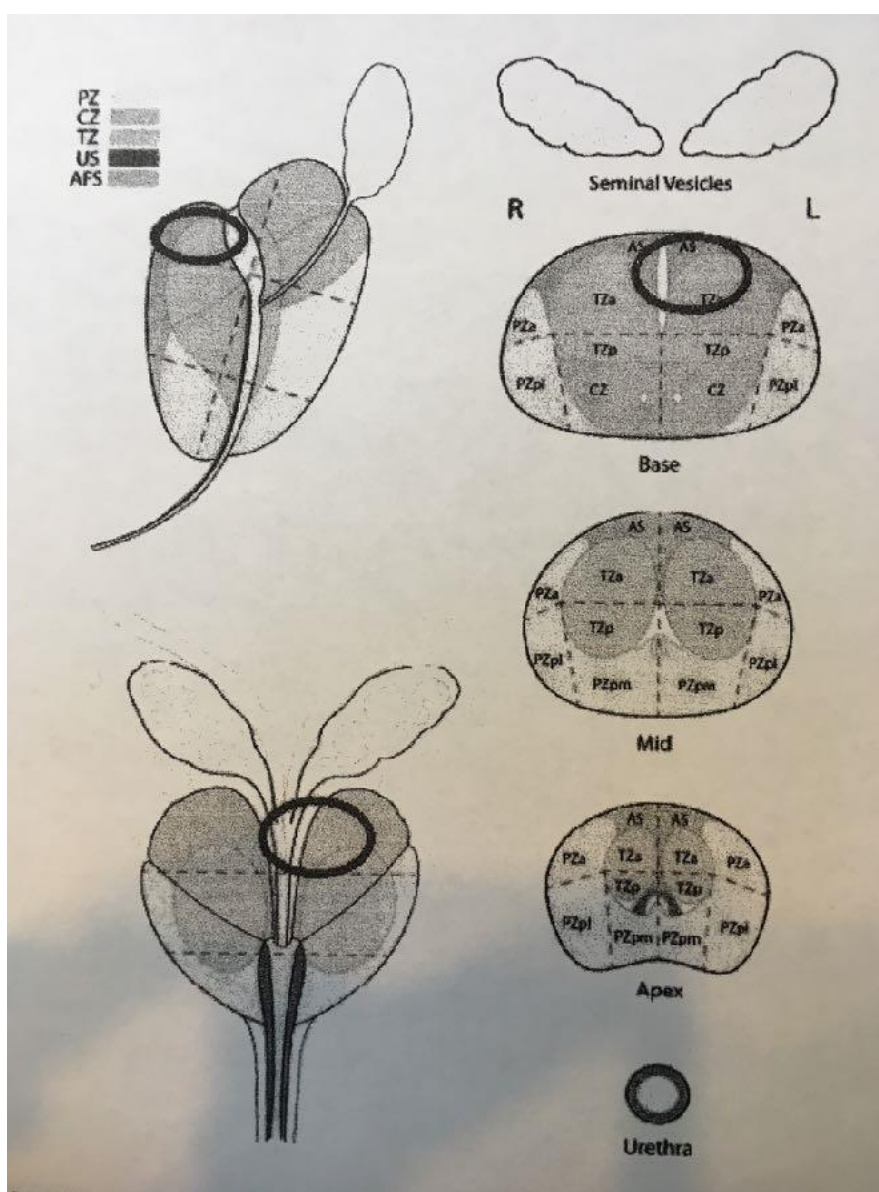
Gesamtbeurteilung PI-RADS:

PI-RADS: 1-benigne; 2-wahrscheinlich benigne; 3-unklar; 4-wahrscheinlich maligne; 5 - hochwahrscheinlich maligne

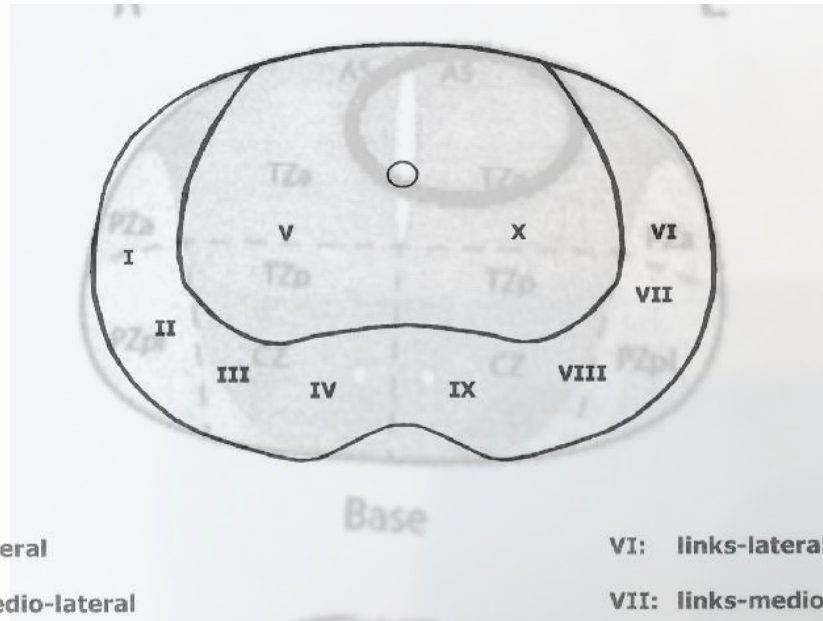
2017, 08:41:00



Krankenhaus der
 Barmherzigen Brüder Trier



Schema Prostatabiopsie: 10 Stanzen



I: rechts-lateral

II: rechts-medio-lateral

III: rechts-latero-medial

IV: rechts-medial

V: rechts-zentral

VI: links-lateral

VII: links-medio-lateral

VIII: links-latero-medial

IX: links-medial

X: links-zentral

Durchführung der Fusionsbiopsie der Prostata

Histologie:

Stanzen 1-10 nach Schema:

Tumorfrees Prostataparenchym

Stanze 11 (MRT-Areal):

Granduläres Adenocarcinom der Prostata

Gleason 7a (3+4)

Maximaler Herddurchmesser 15mm, 50% der betroffenen Stanze



Staging

CT-Abdomen :

Keine Organfiliae, keine Lymphknotenvergrößerungen

Skelettszintigraphie:

Keine Knochenfiliae



Tumorkonferenz

Es handelt sich um ein intermediate-risk
Prostatacarcinom.

Die Staginguntersuchungen zeigen keine Filiae.

Empfehlung:

Kurative Radiatio \Leftrightarrow Radikale Prostatektomie



Therapie und Histologie

Radikale Prostatektomie mit Lymphadenektomie

Histologie:

Mäßig differenziertes Prostatacarcinom mit Infiltration beider Prostatalappen.

Tumorklassifikation: pT2c, G2, pN0 (0/8), V0, L0, R0
Gleason 3+4=7b



Weiterer Verlauf

Anschlussheilbehandlung:

Kontinente Verhältnisse, Miktionsvolumen 462ml,
maximaler Uroflow 33,3ml/s



Fazit

Der PSA-Wert war bei unauffälligem Tastbefund hier richtungsweisender Helfer zur Detektion des Carcinoms.

Das multiparametrische MRT ist zur Detektion von signifikanten Prostatacarcinomen sinnvoll einzusetzen.

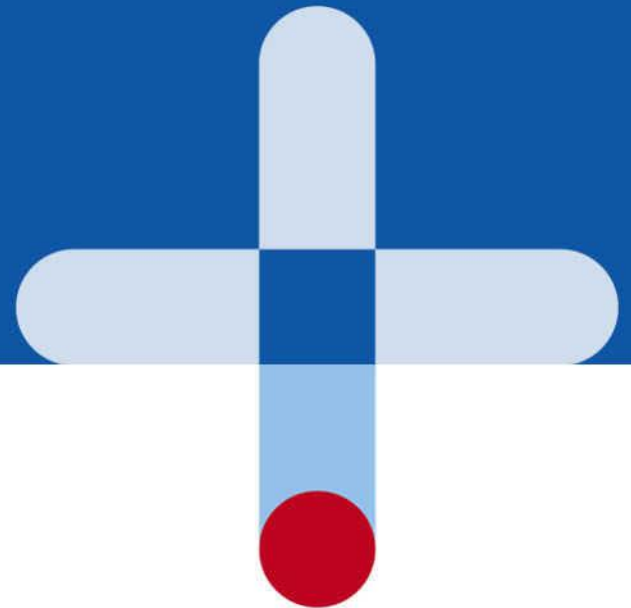
Es sollte nach negativen Vorstanzen bei PSA-Anstieg als Diagnostikum Anwendung finden.

Dieser Patient wäre sonst erneut durch das „Stanzraster“ gefallen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Noch Fragen???



Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Trier

Prostatakarzinomzentrum Trier