

Leserbrieft

Prostatakarzinom-Screening: mpMRT bei erhöhten PSA-Werten

Leserbrief zu: Jacot Sadowski I, Boesch A, Biedermann A, Auer R, Battegay E, Guessous I, et al. Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis. Swiss Med Forum. 2021;21(51–52):888–94.

Mit Interesse haben wir den Übersichtartikel «Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis» von Jacot Sadowski et al. [1] gelesen. Zum Prostatakarzinom-Screening möchten wir gerne einen Aspekt zur Diskussion bringen, der aus unserer Sicht nicht berücksichtigt wurde. Die Studien, die zur aktuellen Empfehlung gegen ein PSA-Massen-Screening für Männer im Alter von 55–70 Jahren geführt haben, sind zu einer Zeit durchgeführt worden, als die diagnostischen Mittel zum Ausschluss respektive zur Bestätigung eines Prostatakarzinoms nicht auf dem aktuell gültigen Stand waren.

Der aktuelle Abklärungsalgorithmus sieht wie folgt aus:

Bei einem erhöhten PSA-Wert wird vor einer Prostatabiopsie eine multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) durchgeführt. In der mpMRT kann sehr gut unterschieden werden zwischen benigner Prostatahyperplasie und karzinomverdächtigen Herden. Auffällige Befunde werden nach einer standardisierten Methode beurteilt und berichtet («Prostate Imaging Reporting and Data System» [PI-RADS]), und nur Läsionen mit einem PI-RADS 3–5 sollten biopsiert weiter abgeklärt werden. In der Regel wird heute eine mpMRT-Ultraschall-Fusionsbiopsie der Prostata durchgeführt (mpMRI-TRUS-Fusionsbiopsie; TRUS = transrektaler Ultraschall), bei der die mpMRT-Bilder mit aktuellen Ultraschalluntersuchungen fusioniert und auffällige Läsionen gezielt biopsiert werden können. Daneben sollte bei Verdacht auf ein Prostatakarzinom auch eine systematische Biopsie der Prostata erfolgen. Dieses Vorgehen wird von den europäischen Guidelines der «European Association of Urology» so unterstützt und empfohlen.

In der kürzlich erschienenen Arbeit im *New England Journal of Medicine* [2] wurden die zwei Strategien verglichen (Standardstrategie: systematische Prostatabiopsien bei einem PSA-Wert ≥ 3 , experimentelle Strategie: mpMRT Prostata [16 min Kurzprotokoll] bei einem PSA-Wert ≥ 3 und Biopsie [gezielt und systematisch] bei PI-RADS 3–5 Befunden im mpMRT). Mit der experimentellen Strategie wurden mehr klinisch signifikante Karzinome (Gleason 4+3 und mehr) entdeckt, bei gleichzeitiger Reduktion der Rate an klinisch nicht signifikanten Karzinomen (Gleason 3+4 bzw. Grade Group 1), weniger Biopsien ohne Karzinomnachweis und insgesamt deutlich weniger Prostatabiopsien.

Aus der «European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer» (ERSPC) stehen zu-

dem verschiedene Online-Risikokalkulatoren zu Verfügung, welche die Information der mpMRT integrieren, neben PSA, digital rektaler Untersuchung und Prostatavolumen, um das Risiko eines Prostatakarzinoms und spezifisch eines klinisch signifikanten Karzinoms abschätzen zu können.

Zusammengefasst: Bei einem erhöhten PSA-Wert und Verdacht auf Prostatakarzinom steht mit der mpMRT eine neue, gute diagnostische Methode zur Verfügung, welche unnötige Biopsien und die Entdeckung von klinisch nicht signifikanten Prostatakarzinomen deutlich reduzieren kann. Bei auffälligen Befunden in der mpMRT können zudem mit der Fusionsbiopsie zielgerichtet verdächtige Herde biopsiert werden neben systematischen Biopsien der Prostata.

In den kommenden Jahren wird die Frage des Prostatakrebs-Screenings neu beurteilt werden müssen im Lichte dieser und weiterer neuer Daten.

PD Dr. med. Aurelius Omlin^a,

PD Dr. med. Daniel Engeler^b,

Prof Dr. med. Hans-Peter Schmid^b

Kantonsspital St.Gallen, St. Gallen: ^a Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie; ^b Klinik für Urologie

Disclosure statement

Das vollständige Disclosure statement finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09079>.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09079>.

Replik

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.

Therapie venöser Malformationen

Leserbrief zu: Bakzaza O, Boukhabrine MK. Ungewöhnliche Lokalisation einer venösen Malformation. Swiss Med Forum. 2021;21(31–32):556.

Mit grossem Interesse haben wir die Fallvorstellung «Ungewöhnliche Lokalisation einer venösen Malformation» gelesen [1]. Dabei wird eine grosse, venöse Malformation des rechten Gesässes gezeigt, die klinische Diagnostik sehr gut beschrieben und auch der «International Society of the Study of Vascular Anomalies»-(ISSVA)-Nomenklatur zugeordnet. Leider wird im letzten Abschnitt des Artikels die Chirurgie als die am besten geeignete Behandlungsform proklamiert und entsprechend in diesem Fall auch praktiziert. Das kurzfristige Resultat ist si-

cher ansehnlich, doch scheint das Follow-up aufgrund der Narbe auf dem Foto äusserst kurz zu sein.

Viele, insbesondere chirurgisch resezierte, venöse Malformationen (vor allem auch grössere trunkale Läsionen wie hier) rezidivieren im Verlaufe der Jahre, da häufig das volle Ausmass der malformierten Venen weder in der Magnetresonanztomographie noch visuell intraoperativ erfasst werden kann. Wie in der von den Autoren zitierten Literaturangabe von Behravesch et al. [2] wird korrekterweise die minimalinvasive perkutane Sklerotherapie als Goldstandard bei venösen Malformationen als Therapie beschrieben. Die meisten Kinder und Erwachsenen, die wir an unserem interdisziplinären «Gefässanomalie-Board» beurteilen, werden konservativ behandelt, da die Patientinnen und Patienten beschwerdearm sind und keine relevanten kosmetischen Probleme vorliegen. Insbesondere bei symptomatischen und ästhetisch störenden venösen Malformationen kommen perkutane interventionell-radiologische Behandlungen wie die perkutane Sklerotherapie oder die Kryoablation [3] zur Anwendung. Damit können auch Läsionen an delikaten Lokalisationen minimalinvasiv und ohne Narbenbildung kontrolliert werden [4]. Einzig bei umschriebenen, oberflächlichen Läsionen oder falls die Sklerotherapie nicht den gewünschten Erfolg erbringt, hat die plastische Chirurgie ihren Stellenwert. Patientinnen und Patienten mit Involvement einer Gelenkkapsel und rezidivierendem Hämarthros (führt zu einer progredienten Arthrose analog einer Hämophilie) sollten immer interdisziplinär mit unter Einbezug der Orthopädie beurteilt werden, um eine allfällige chirurgische Resektion zu evaluieren [5].

PD Dr. med. Ralph Gnannt^a,

Prof. Dr. med. Thomas Pfammatter^b

^a Bildagnostik und Intervention, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich

^b Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Universitätsspital Zürich, Zürich

Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09069>.

Replik

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.