

Courrier des lecteurs

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/smfm.2022.09079>.

Literatur

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

Replik

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.

Traitement des malformations veineuses

Courrier des lecteurs relative à: Bakzaza O, Boukhabrine MK. Localisation exceptionnelle d'une malformation veineuse. *Forum Med Suisse*. 2021;21(31–32):556.

Nous avons lu avec grand intérêt la présentation du cas «Localisation inhabituelle d'une malformation veineuse» [1]. On y voit une grande malformation veineuse de la fesse droite, le diagnostic clinique est très bien décrit et également attribué à la nomenclature ISSVA («International Society of the Study of Vascular Anomalies»). Malheureusement, le dernier paragraphe de l'article proclame que la chirurgie est la forme de traitement la plus appropriée et la pratique dans ce cas. Le résultat à court terme est certainement appréciable, mais le suivi

semble être extrêmement court en raison de la cicatrice sur la photo.

De nombreuses malformations veineuses, en particulier celles qui ont été chirurgicalement réséquées (notamment les grandes lésions tronculaires comme ici), récidivent au fil des ans, car il est fréquent que l'étendue complète des veines malformées ne puisse être détectée ni par l'imagerie par résonance magnétique ni visuellement peropératoire. Comme dans la référence de Behraves et al. [2] que les auteurs ont citée dans l'article, la sclérothérapie percutanée mini-invasive est décrite à juste titre comme le traitement standard des malformations veineuses. La plupart des enfants et des adultes que nous évaluons dans le cadre de notre «board des anomalies vasculaires» interdisciplinaire sont traités de manière conservatrice, car les patients sont peu symptomatiques et ne présentent pas de problèmes esthétiques importants. Les traitements interventionnels-radiologiques percutanés, tels que la sclérothérapie percutanée ou la cryoablation [3], sont utilisés en particulier pour les malformations veineuses symptomatiques et gênantes sur le plan esthétique. Il est ainsi possible de contrôler des lésions situées dans des endroits délicats de manière peu invasive et sans formation de cicatrices [4]. La chirurgie plastique n'a sa place que pour les lésions superficielles circonscrites ou si la sclérothérapie ne donne pas les résultats escomptés. Les patients présentant une capsule articulaire impliquée et une hémarthrose récidivante (qui entraîne une arthrose progressive analogue à celle d'un patient hémophile) doivent toujours être évalués de manière interdisciplinaire avec un orthopède afin d'évaluer une éventuelle résection chirurgicale [5].

PD Dr méd. Ralph Gnannt^a,

Prof. Dr méd. Thomas Pfammatter^b

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

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

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.09069>.

Réplique

Les auteurs ont renoncé à écrire une réplique.