

Prostatakarzinombehandlung

Auswirkungen auf Sexualität und Kontinenz

PD Dr. med. Daniel S. Engeler, FEBU, M.A.

Chefarzt

Klinik für Urologie

Kantonsspital St. Gallen

Schweiz

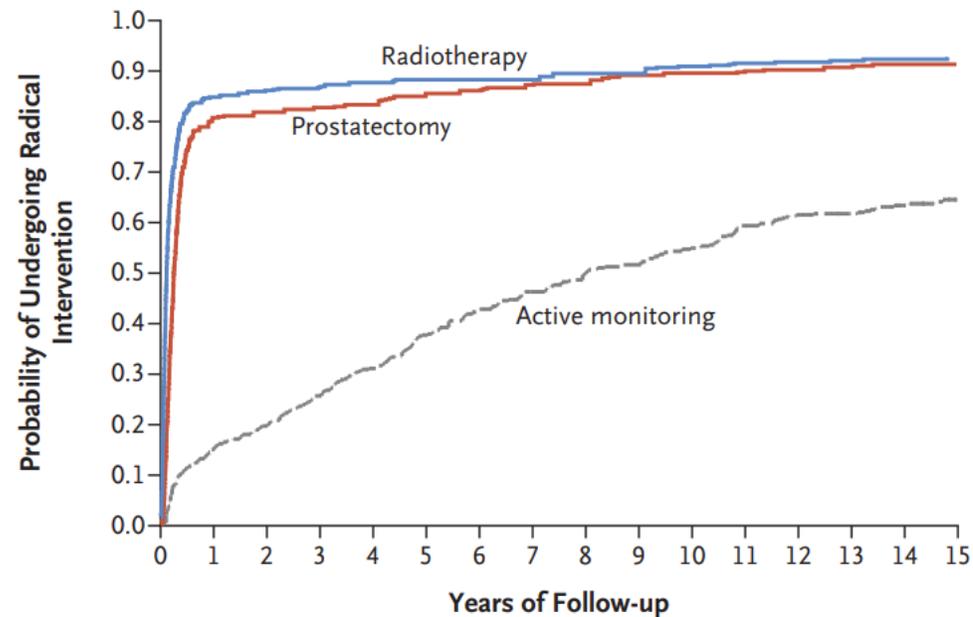
daniel.engeler@kssg.ch

Was fürchten die Patienten am meisten?



Welche Patienten haben das beste funktionelle Outcome?

- vermutlich diejenigen, welche nie behandelt werden müssen...



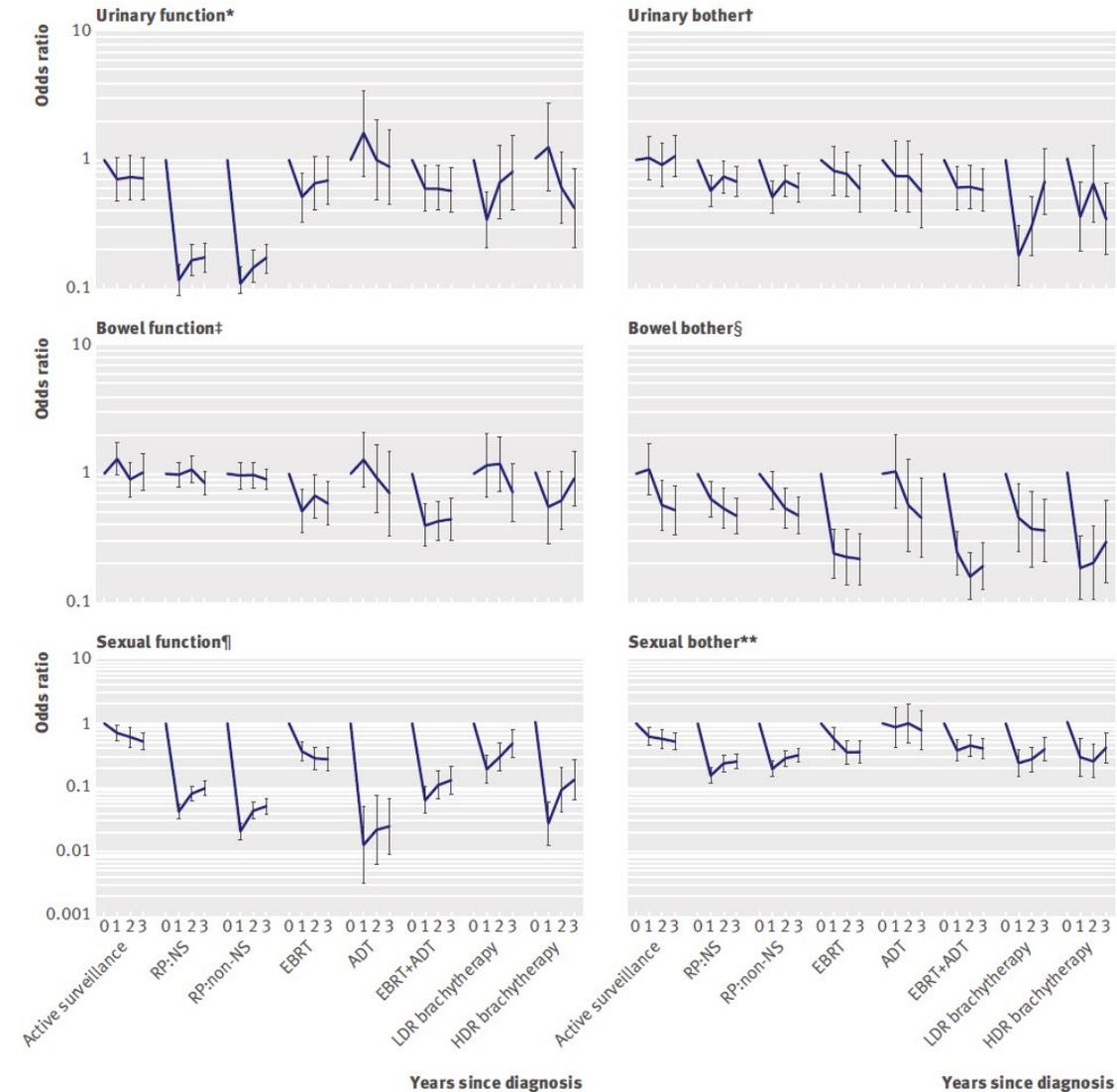
Protect Trial

Wieso ist das funktionelle Ergebnis wichtig?

- Die meisten Patienten mit radikaler Behandlung **sterben nicht** am Prostatakarzinom (Survivors)
- Die **behandlungsassoziierte Morbidität** ist deshalb wichtig für den Therapieentscheid

Populationsbasierte Kohortenstudie Lebensqualität 3 Jahre nach Behandlung des lokalisierten Prostatakarzinoms (AU)

- Lebensqualität in den Domänen Miktions-, Darm- und Sexualfunktion ist schlechter bei Prostatakarzinompatienten als bei Kontrollen



- 63-jähriger Patient
 - Keine Miktionsprobleme
 - Keine ED
 - T1c
 - Gleason Score 3+4=7 in 4/19 Biopsien
 - PSA 6.7 ng/ml
 - Prostatavolumen 40ml
- **Er will kontinent und ohne erektile Dysfunktion bleiben**





Externe Radiotherapie



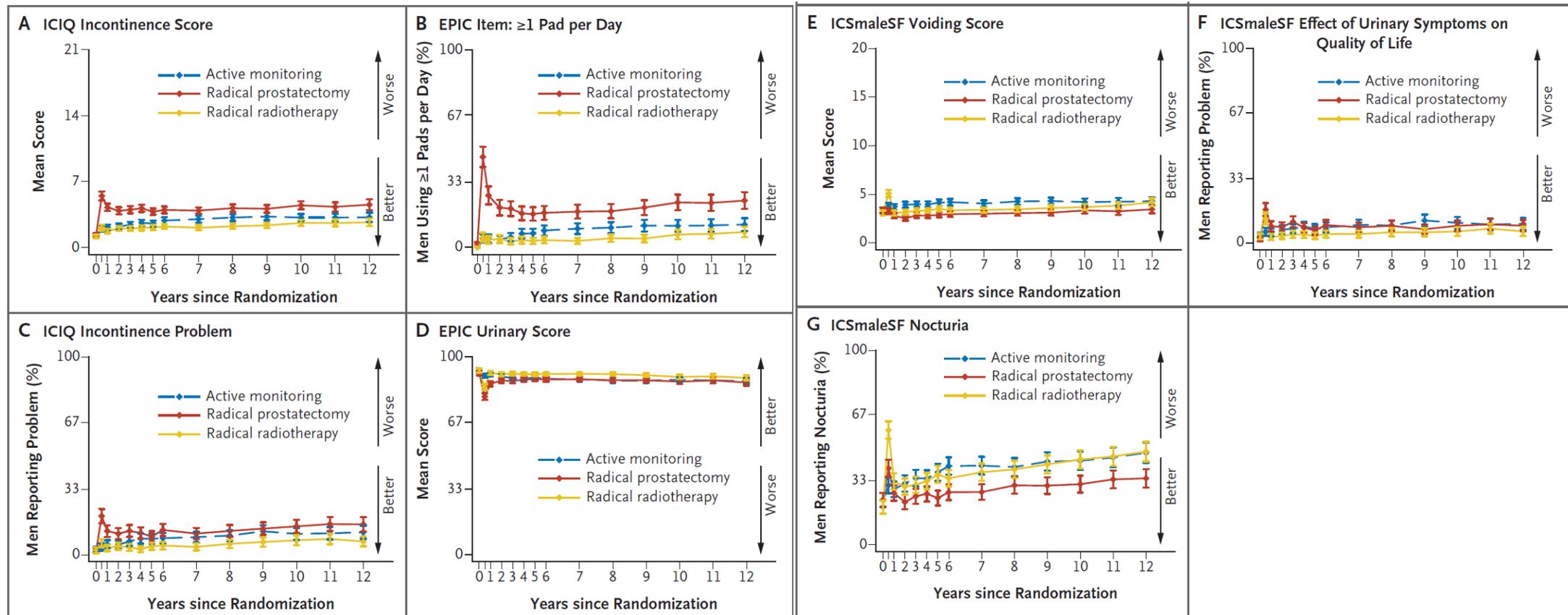
Prostatektomie



LDR
Brachytherapie

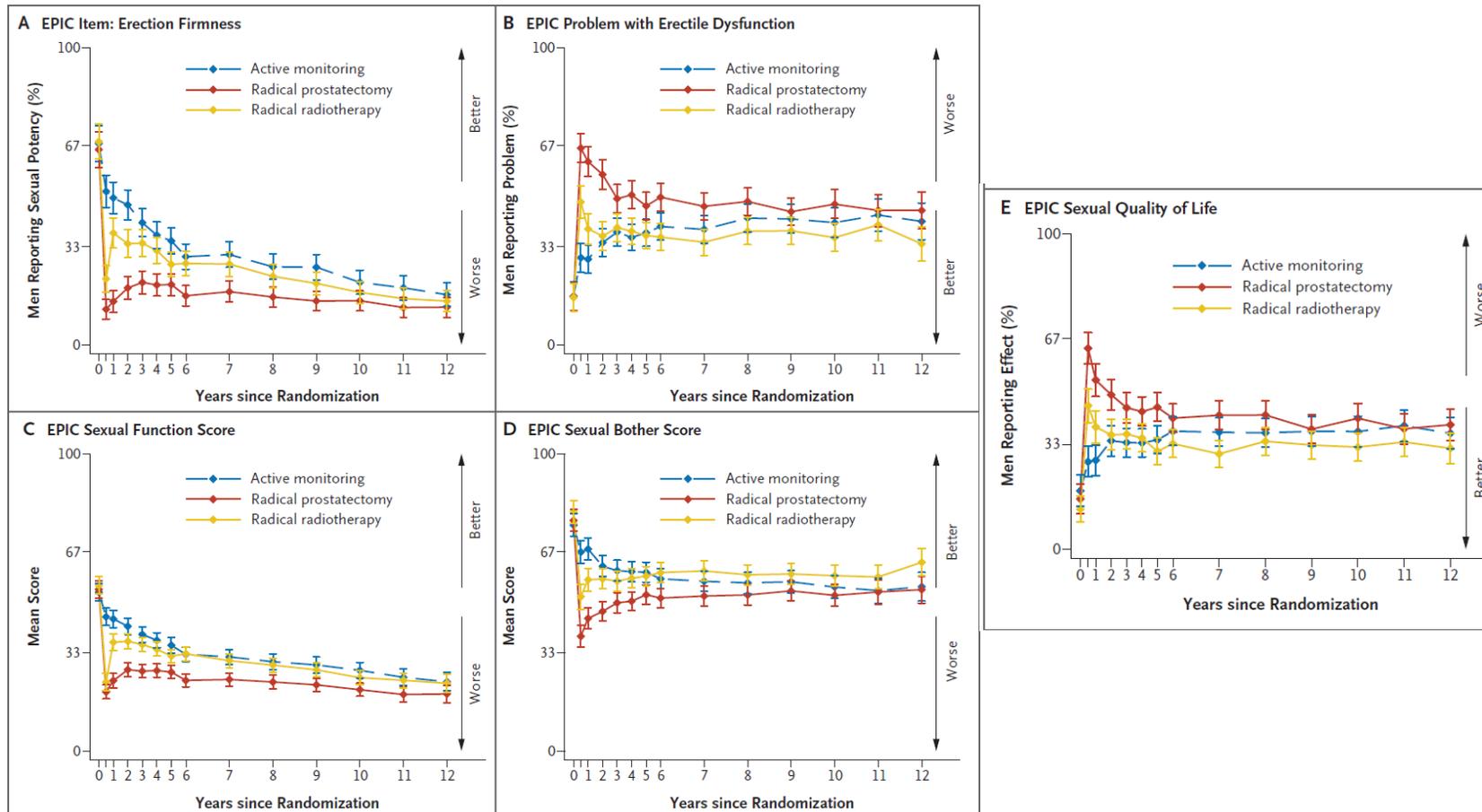
Miktionsfunktion bei Therapiemodalitäten: RT/RPE/AM

- Daten des ProtecT-Trials nach 7-12 Jahren Follow-up



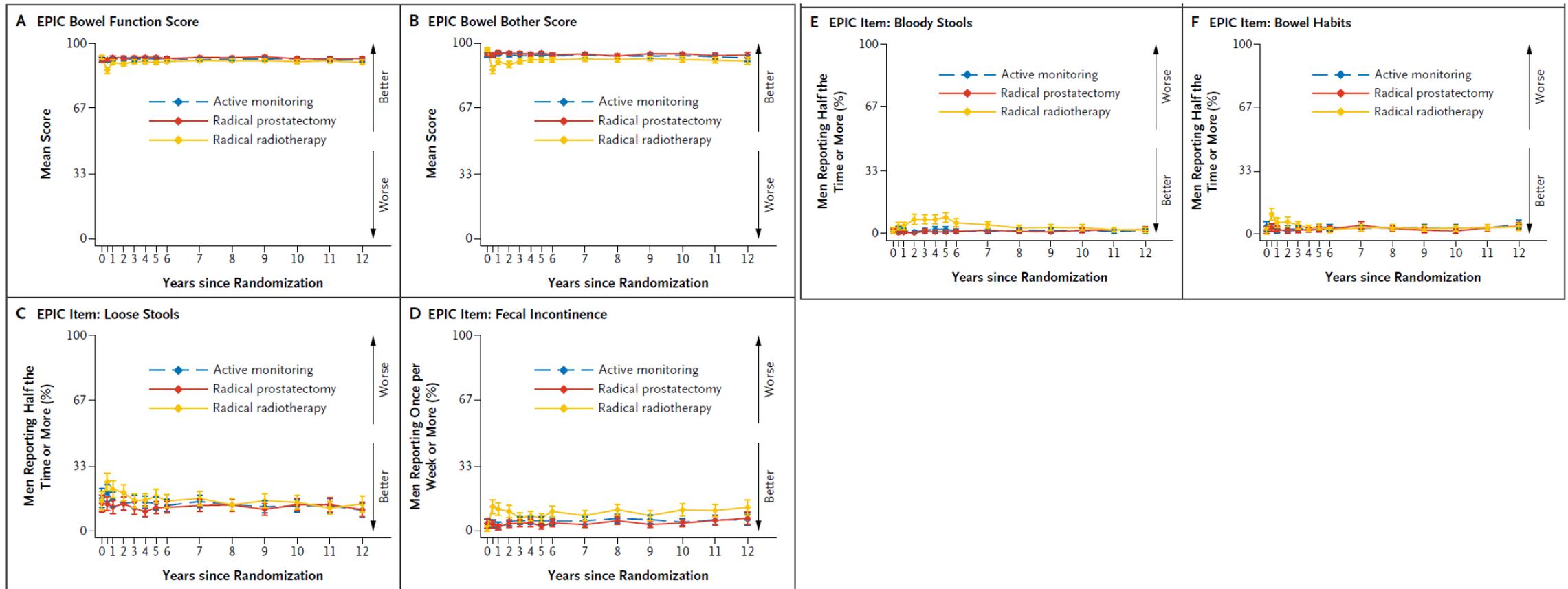
Sexualfunktion bei Therapiemodalitäten: RT/RPE/AM

- Daten des ProtecT-Trials nach 7-12 Jahren Follow-up



Darmfunktion bei Therapiemodalitäten: RT/RPE/AM

- Daten des ProtecT-Trials nach 7-12 Jahren Follow-up



Roboter-assistierte (RALP) versus offene retropubische Prostatektomie (RRP)

- **SR&MA von 51 Publikationen zu Inkontinenz:**
 - Inkontinenzraten (no pad Definition) 4-31% (Mittelwert 16%)
 - Bessere Kontinenzraten nach RALP vs. RRP (OR 1.53; p=0.03)
- **SR&MA zu Erektile Dysfunktion:**
 - Bessere Potenzraten nach RALP vs. RRP (OR 2.84; p=0.002)
- **Prospektive kontrollierte nicht-randomisierte Studie zu Kontinenz und erektiler Dysfunktion (LAPPRO):**
 - 14 Zentren: 2431 Patienten für primären Endpunkt
 - Inkontinenz nach 12 Monaten (ab 1 Padwechsel/die):
 - RALP 21.3%, RRP 20.2% (OR 1.08, 95% CI 0.87-1.34)
 - Erektile Dysfunktion nach 12 Monaten (Frage 3 des IIEF <3)
 - RALP 70.4%, RRP 74.7% (OR 0.81, 95% CI 0.66-0.98)
- **RCT RALP (n=163) vs. RRP (n=163)**
 - Kein Unterschied der funktionellen Outcomeparameter nach 24 Monaten

Ficarra V et al. Eur Urol 2012

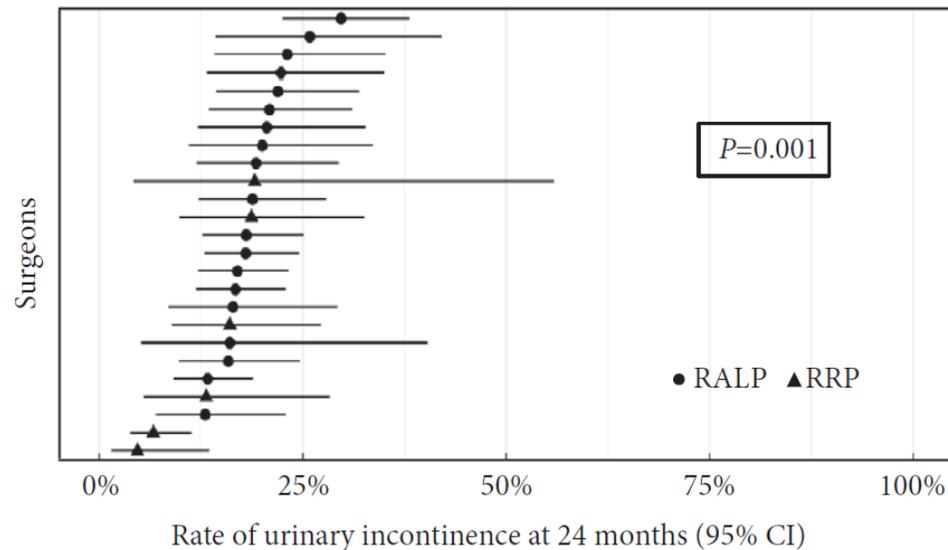
Haglund et al. Eur Urol 2015

Coughlin et al. Lancet Oncol 2018

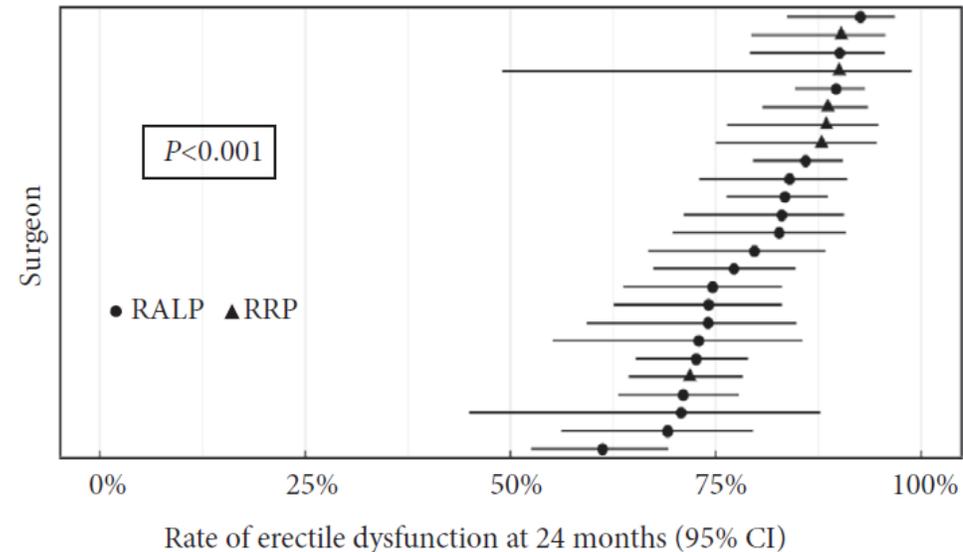
Einfluss Operateur

- Es besteht ein signifikanter Einfluss des Volumens einer Institution und der Erfahrung eines Operateurs auf den funktionellen Outcome
- Es besteht aber auch eine relevante Heterogenität bezüglich des funktionellen Outcomes von Operateuren mit ähnlicher Erfahrung

(a)



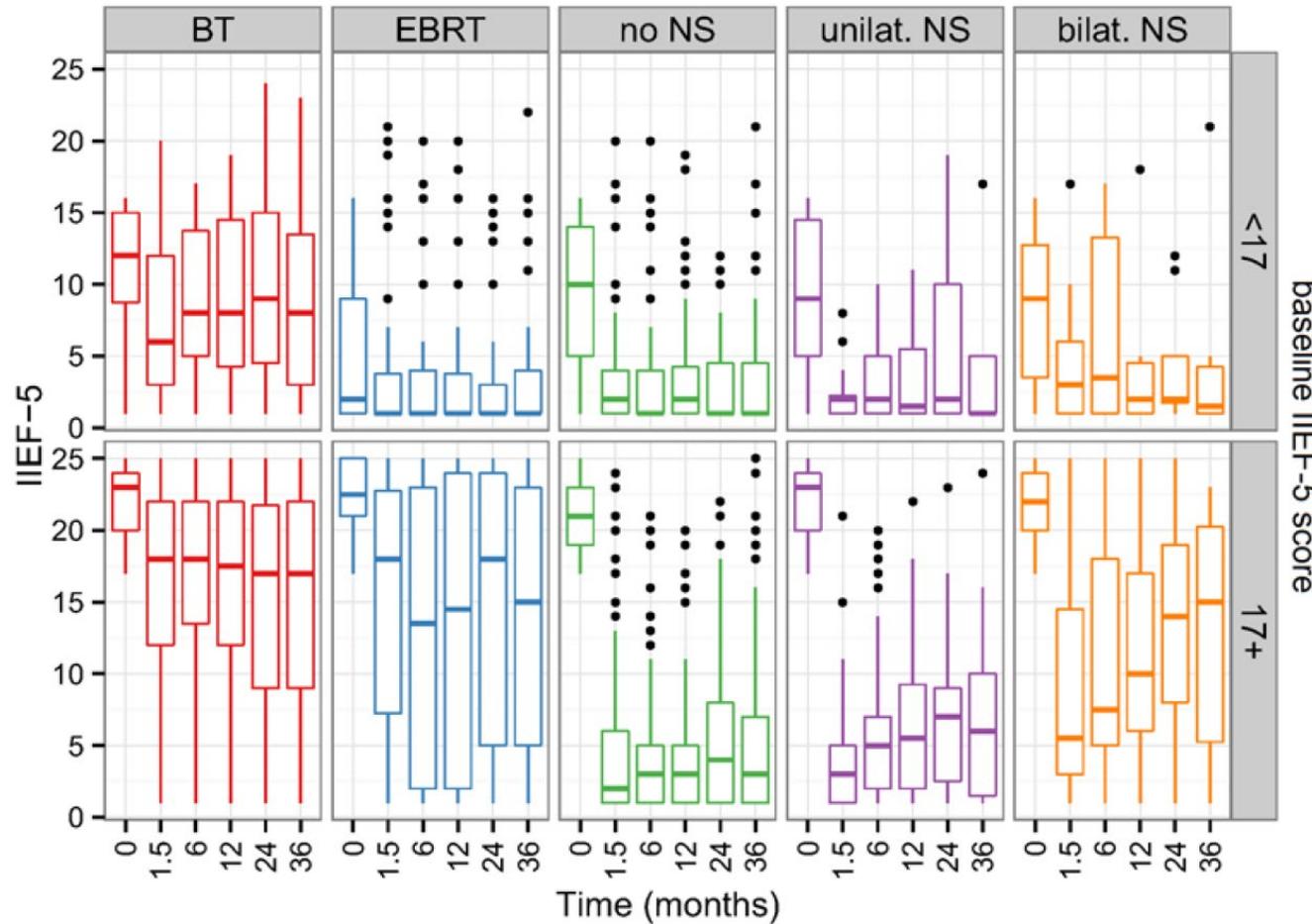
(b)



Einfluss von Zertifizierung

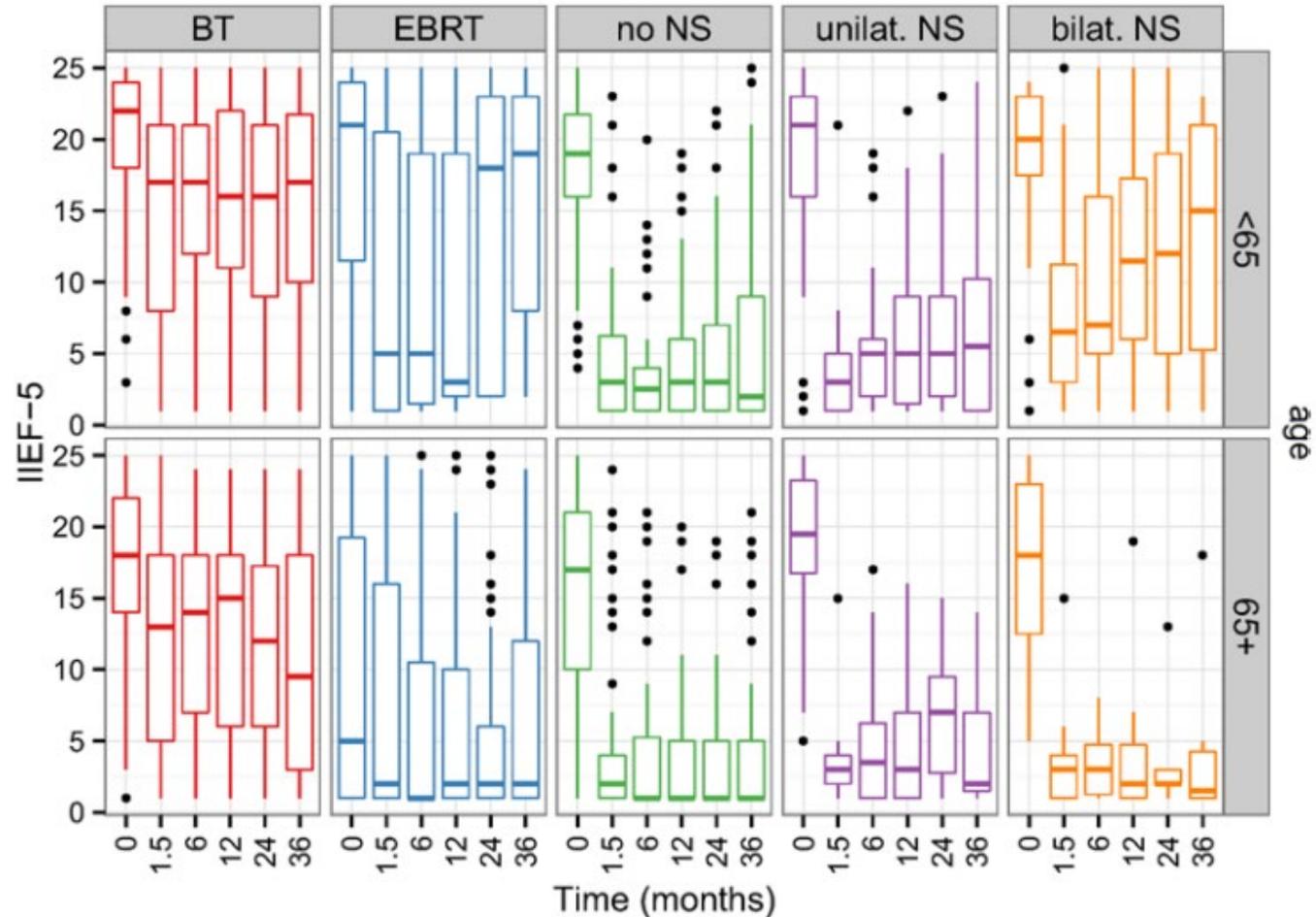
- Daten von UKR (Bad Wildungen, D): Nerve-sparing-Raten und Frühkontinenz signifikant besser bei DKG-zertifizierten Zentren
- IMPROVE-Studie:
 - Vergleich von teilnehmenden zertifizierten und nicht-zertifizierten Zentren in Deutschland
 - Keine Unterschiede bezüglich des Outcomes hinsichtlich postoperativer Stressinkontinenz und Bedauern der Entscheidung

Daten aus dem St. Galler Register: IIEF stratifiziert nach IIEF bei Baseline



- **BT:** LDR-Brachytherapie
- **EBRT:** Externe Radiotherapie
- **No NS:** Radikale Prostatektomie ohne Nerve-Sparing
- **unilat. NS:** Radikale Prostatektomie mit unilat. NS
- **Bilat. NS:** Radikale Prostatektomie mit bilateralem NS

Daten aus dem St. Galler Register: IIEF stratifiziert nach Alter bei Baseline



- **BT:** LDR-Brachytherapie
- **EBRT:** Externe Radiotherapie
- **No NS:** Radikale Prostatektomie ohne Nerve-Sparing
- **unilat. NS:** Radikale Prostatektomie mit unilat. NS
- **Bilat. NS:** Radikale Prostatektomie mit bilateralem NS

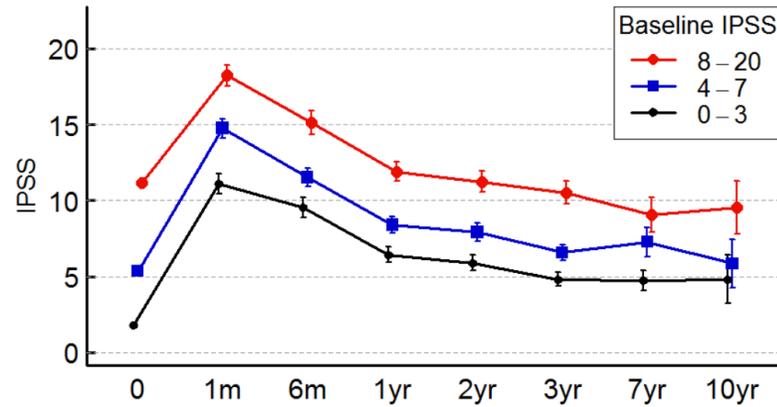
Long-term oncological and functional follow-up in low-dose-rate brachytherapy for prostate cancer: results from the prospective nationwide Swiss registry

Pascal Viktorin-Baier^{*,†} , Paul M. Putora^{‡,§}, Hans-Peter Schmid^{*}, Ludwig Plasswilm^{‡,§}, Christoph Schwab^{*}, Armin Thoeni[¶], Werner Hochreiter^{**}, Ladislav Prikler^{††}, Stefan Suter^{‡‡}, Patrick Stucki[†], Michael Müntener^{§§}, Nadja Blick^{§§}, Hans Schiefer[‡], Sabine Güsewell^{¶¶}, Karin Zürn^{*} and Daniel Engeler^{*}

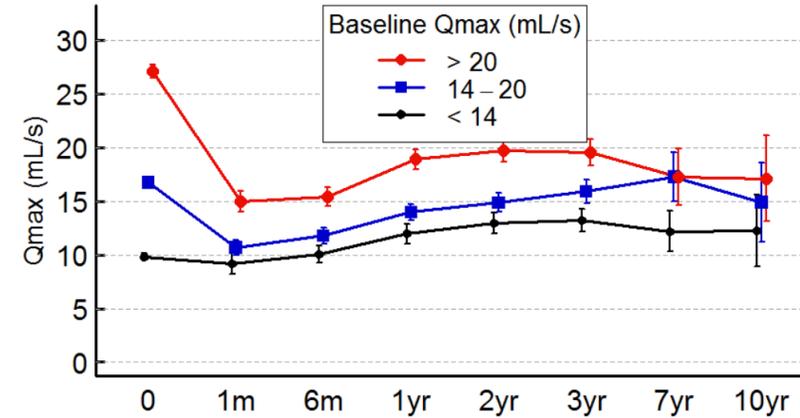
**Department of Urology, St. Gallen Cantonal Hospital, St. Gallen, †Urology Clinic, Cantonal Hospital Lucerne, Lucerne, ‡Department of Radiation Oncology, St. Gallen Cantonal Hospital, St. Gallen, §Department of Radiation Oncology, University of Berne, ¶Clinic for Radiation-Oncology, Lindenhof Hospital Berne, Berne, **Urology Clinic, Hirslanden Clinic Aarau, Aarau, ††Urology Clinic, Uroviva Clinic Buelach, Buelach, ‡‡Urology Clinic Zug, Zug, §§Urology Clinic, Triemli Hospital, Zurich, and ¶¶Clinical Trial Unit, St. Gallen Cantonal Hospital, St. Gallen, Switzerland*

P.V. and P.M.P. are sharing first authorship.

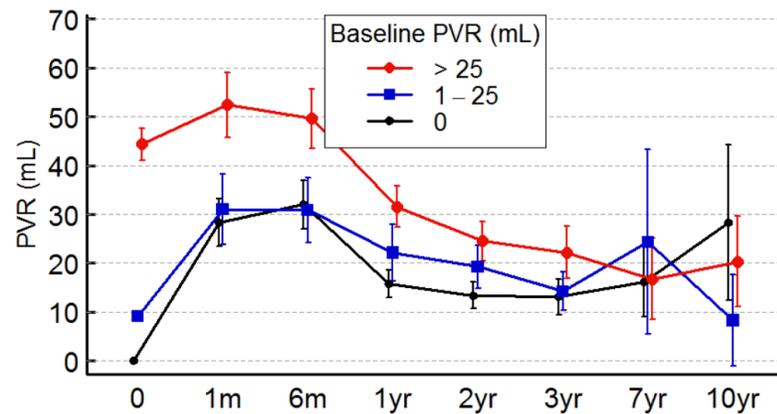
IPSS



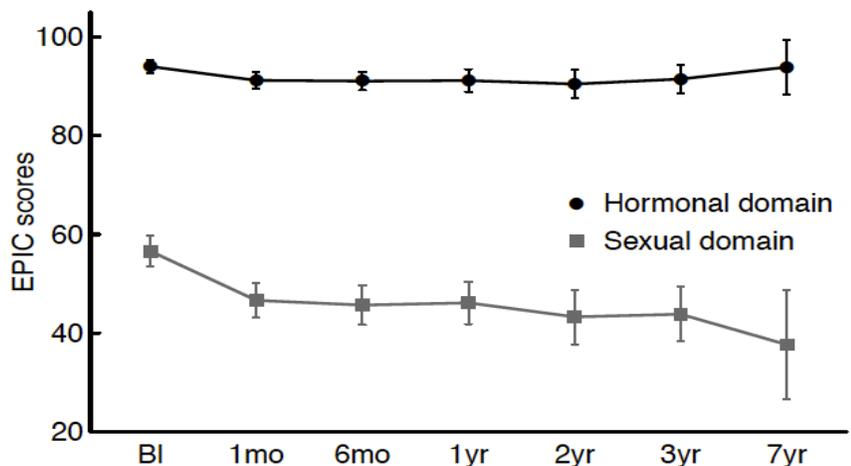
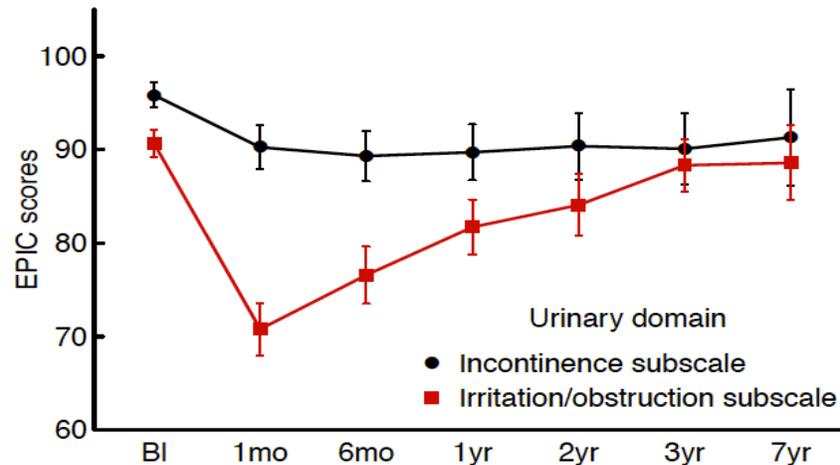
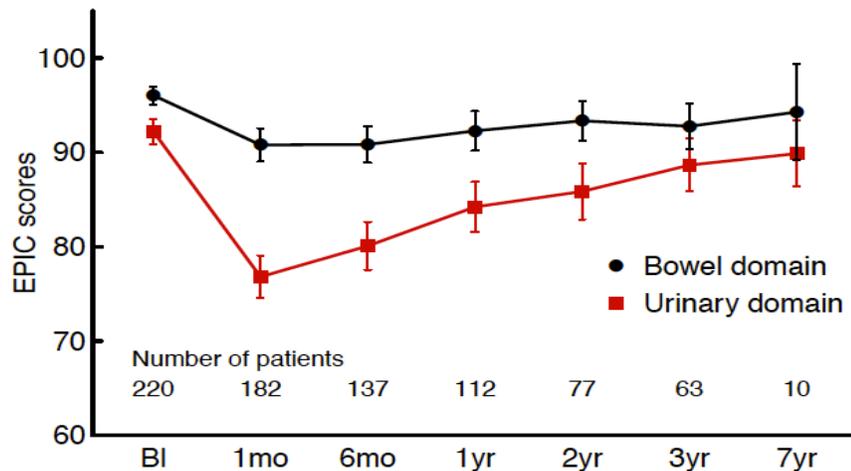
Uroflow



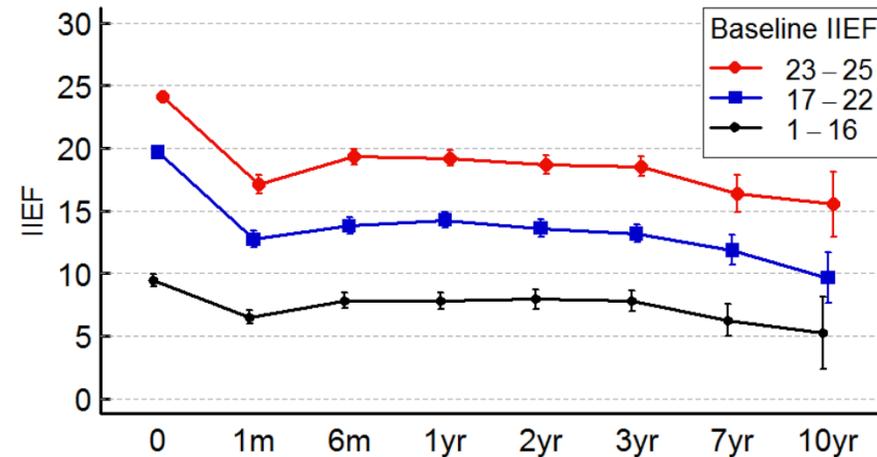
Restharn



EPIC



IIEF



Risikokalkulator für ein schlechtes funktionelles Miktions-Outcome nach LDR-Brachytherapie

- Analyse des funktionellen Miktions-Outcomes auf Basis einer Uni- und Multivariaten Analyse unserer LDR-Brachtherapie-Daten (N=903)
- Schlechter funktionelle Miktions-Outcome assoziiert mit präoperativem IPSS sowie Restharn
- Multivariates logistisches Model verwendet für einen Risikokalkulator

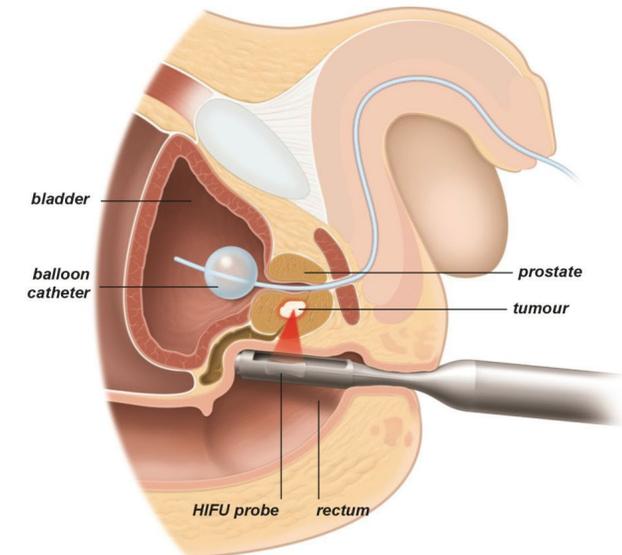
Risk Calculator		
Predictor	Patient data	
Age	73	
IPSS	6	
PV (ml)	45	
Qmax (ml/s)	11	
PVR (ml)	90	
PSA (ng/ml)	15	
Risk Score		-3.24
Probability of poor functional urinary Outcome		4%

Risk Calculator		
Predictor	Patient data	
Age	73	
IPSS	21	
PV (ml)	70	
Qmax (ml/s)	11	
PVR (ml)	30	
PSA (ng/ml)	5	
Risk Score		0.19
Probability of poor functional urinary Outcome		55%

Fokale Therapien

z.B. HIFU, Cryo, PDT (photodynamic therapy), IRE (Irreversible electroporation), RFA (radiofrequency ablation)

- Vermutlich geringere Toxizität/Einfluss auf funktionelle Parameter
- Langzeitergebnisse noch unklar, viele Studien mit niedriger Qualität und zu kurzem Follow-up
- 95% mit HIFU/PDT hatten Pads-free Kontinenz in SR
- Die Frage bleibt: Brauchen diese Patienten überhaupt primär eine Therapie



© 2017 patient.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

Salvage-Therapien

- z.B. Externe Radiatio n. radikaler Prostatektomie oder Salvage Prostatektomie n. externer Radiatio oder LDR-Brachytherapie
 - Deutlich schlechtere funktionelle Resultate als bei primärer Therapie
 - Dies muss mit dem Patienten besprochen werden

Auswirkungen der ADT

- Sistieren der sexuellen Aktivität bei 93% der behandelten
- Reduziert Libido und Fähigkeit eine Erektion zu bekommen und zu behalten
- Bicalutamid Monotherapie hat bei Patienten mit sexuellem Interesse diesbezüglich Vorteile nach einem Jahr gezeigt
- Intermittierende/Sistierte ADT: Testosteron-Erholung dauert lange
 - z.B. mediane Dauer ADT von 15 Monaten führt zu medianer Zeit zur Erholung des Testosterons von 19 Monaten
 - stark assoziiert mit Alter und Dauer der ADT

Walker LM, et al. Clinical Genitourinary Cancer 2015
Iversen P, et al. BJUI 2001
Long ME, et al. Can J Urol 2021

Rehabilitation der Miktionsfunktion nach Radikaler Prostatektomie

- Durch spezialisierte **Pflege geführte Rehabilitation** mit Computerunterstützung zeigte eine verbesserte Lebensqualität bezüglich Sexualfunktion und Krebsangst (RCT) nach 4 und 12 Monaten
- **Beckenbodentraining** (vor allem postoperativ) hat einen signifikanten Einfluss auf die Frühkontinenz (Meta-Analyse von 15 RCTs)
- Bei **persistierender höhergradiger Inkontinenz** ist der artifizielle Sphinkter die wirksamste Behandlung (SR)
 - 0-1 Sicherheitseinlage bei 65.7%

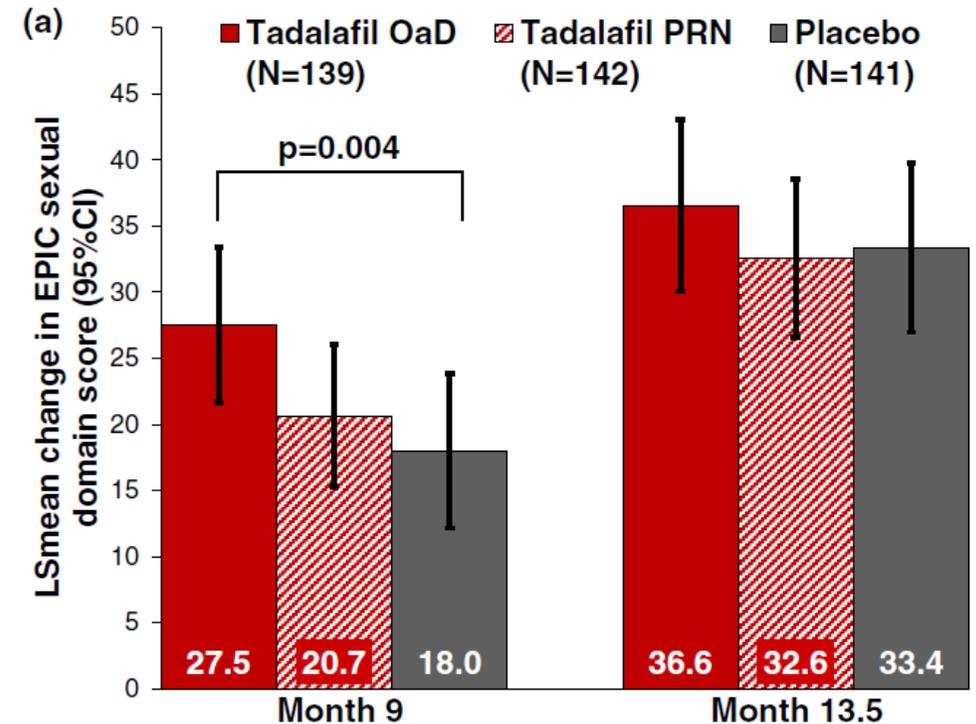
Giesler RB, et al. Cancer 2005

Geng E, et al. Int Braz J Urol 2023

Crivellaro S, et al. Neurourol Urodyn 2016

Frührehabilitation der Sexualfunktion nach radikaler Prostatektomie

- Datenlage unklar für die Verwendung von PDE-5 Hemmern
- Änderung EPIC Sexual Domain Score im Vergleich zur Baseline
 - Daily vs. On Demand vs. Placebo bei bilateralem Nerve-Sparing
- Lebensqualität verbessert durch chronische Einnahme von PDE-5-Hemmer vermutlich aufgrund von Verbesserung der Kontinenz bei älteren Patienten



Rückblick auf die letzten 20 Jahre Sind wir besser geworden?

- Aus meiner Sicht klar ja, Gründe:
 - Weniger Übertherapie (AS/WW)
 - Vermehrte Wahrnehmung der Wichtigkeit von lebensqualitätsreduzierenden Nebenwirkungen (PROMs, Patientenvertreter)
 - Systematische technische Verbesserungen für die Reduktion von Nebenwirkungen der Therapien
 - Qualitätssichernde Massnahmen
 - Konzentration auf weniger Zentren und Behandelnde



Fazit und Ausblick

- Es besteht weiterhin Luft nach Oben für Verbesserungen
- Kontinuierliche Analyse der Outcomes wichtig (Register)
- Patient und individuelle Beratung im Zentrum
- Welche Patienten brauchen überhaupt eine Behandlung?
- Interdisziplinäres und interprofessionelles Management wichtig





**7. Beckenbodensymposium:
Schmerz, lass nach!
Im Becken- und Intimbereich
eine besondere Herausforderung**
Interdisziplinäres Beckenbodenzentrum

Save the Date

Guten Tag

An unserem nächsten Beckenbodensymposium im Frühling 2024 erwarten Sie spannende Referate zum Thema «Schmerz, lass nach! Im Becken- und Intimbereich eine besondere Herausforderung». Reservieren Sie sich bereits jetzt das Datum.

Zentraler Hörsaal (Haus 21), Kantonsspital St.Gallen

Donnerstag, 7. März 2024

13:00 bis 18:00 Uhr

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

PD Dr. med. Daniel S. Engeler

FEBU, M.A.

Chefarzt

Klinik für Urologie

Kantonsspital St. Gallen

Schweiz

daniel.engeler@kssg.ch