

# Mit kuriertem Prostatakarzinom oder ohne kein Problem

## Testosteronersatztherapie für alle?

Männer, die ein Prostatakarzinom erfolgreich kuriert hatten, waren dennoch von einer Testosteronersatztherapie ausgeschlossen. Diesbezüglich hat der Wind gedreht. Daten zeigen inzwischen, dass die Testosteronersatztherapie das Prostatakarzinomrisiko nicht zu erhöhen scheint, die European Association of Urology hat ihre Empfehlungen entsprechend angepasst.

EAU-Guideline zu männlichem Hypogonadismus



[www.rosenfluh.ch/qr/uro-webguidelinemale-hypogonadism](http://www.rosenfluh.ch/qr/uro-webguidelinemale-hypogonadism)

Die Prävalenz des Altershypogonadismus, einer Mischform aus Testosteronmangel ( $< 11$  nmol/l) und klinischen Symptomen, wie seltenere Morgenerektionen, verminderte Libido und erektile Dysfunktion, steigt mit zunehmendem Alter an. Zwischen 40 und 49 Jahren liegt sie bei 0,1 Prozent, bei Männern zwischen 70 und 79 Jahren bei 5 Prozent (1). Gleichzeitig steigt beim älter werdenden Mann auch das Risiko, ein Prostatakarzinom zu entwickeln. Bei über 79-jährigen Männern liegt die Prävalenz bereits bei 59 Prozent (2). Ein aktives oder entferntes Prostatakarzinom war bis jetzt eine Kontraindikation für eine Testosteronersatztherapie. Das habe geändert, berichtete Dr. Peter Ostergren, Urologie, Herlev-and-Gentofte-Universitätsspital, Herlev (DK), am 32. Jahreskongress der European Association of Urology (EAU) in London.

Eine Metaanalyse zeigte, dass eine Erhöhung des endogenen Testosterons um 5 nmol/l bei Männern unter 65 Jahren zu keiner Erhöhung des Prostatakarzinomrisikos führte (3). Im Gegenteil: Untersuchungen deuten auf

einen Zusammenhang zwischen niedrigem endogenem Testosteron und aggressivem Prostatakarzinom (4). Demnach scheint hohes endogenes Testosteron das Prostatakarzinomrisiko nicht zu erhöhen. Ob auch exogenes in Form einer Testosteronersatztherapie (TRT) zutrifft, wurde in Metaanalysen untersucht. Auch hier war kein grösseres Risiko nachzuweisen (3, 5). Die Studien waren aber weder auf diese Fragestellung ausgerichtet, noch hatten sie jeweils ein Follow-up von mehr als 1 Jahr, wie Ostergren zu bedenken gab. Exogen zugeführtes Testosteron scheint das Risiko nicht zu erhöhen, Langzeitdaten fehlen aber.

### EAU-Empfehlung

Die EAU-Guidelines empfehlen eine TRT bei Männern ohne aktives oder mit vollständig kuriertem lokalisiertem Prostatakarzinom (vor Operation: Gleason-Score  $< 8$ , pT1-2, PSA  $> 10$  ng/ml) und niedrigem Rückfallrisiko. Die TRT sollte nicht vor Ablauf eines Jahres nach Entfernung des Prostatakarzinoms begonnen werden. Ein regelmässiges Monitoring mittels digitalrektaler Untersuchung und PSA-Messung vor Therapiestart und nach 3, 6 und 12 Monaten und danach jährlich wird ebenfalls empfohlen (6).

### Aktives Prostatakarzinom

Wie sich eine TRT bei aktivem, Niedrigrisiko-Prostatakarzinom verhält, ist nicht gut untersucht. Dazu brauchte es grosse prospektive Studien, die eine Progression des Prostatakarzinoms unter TRT bei aktiver Überwachung («Active Surveillance») als Fragestellung hätten. Es gibt jedoch kleinere Untersuchungen, die mit einem Prostatakarzinom Gleason 6-7 unter TRT nach 2½ Jahren keine Progression desselben fanden (7, 8). Doch für eine Empfehlung in einer Guideline reicht das natürlich nicht.

*Valérie Herzog*

Quelle: State-of-the-art-Lecture: Testosterone therapy in men with prostate cancer. 32. Jahreskongress der European Association of Urology (EAU), 24. bis 28. März 2017 in London.

### IN DER SCHWEIZ VERFÜGBARE TESTOSTERONPRÄPARATE

Handelsname	Substanzname	Applikation
Nebido® 1000 mg/Amp.	Testosteron undecanoat	i.m., 1000 mg alle 10-14 Wochen
Testogel® 50 mg/Beutel	Testosteron	topisch, 1 x/Tag 50 mg auf die Haut
Testoviron® Depot 250 mg/Amp.	Testosteron enantat	i.m., initial alle 2-3 Wochen, dann alle 3-4 Wochen
Tostran® 20 mg/g Gel	Testosteron	topisch, 1 x/Tag 3-4 g Gel (60-80 mg Testosteron)



### Take Home Messages

- Eine Testosteronersatztherapie (TRT) scheint das Risiko für eine Prostatakarzinomentwicklung nicht zu erhöhen.
- Bei Männern mit Hypogonadismus und ohne aktives oder vollständig entferntes Prostatakarzinom wird eine TRT empfohlen.
- Zur TRT ist eine regelmässige digital-rektale Untersuchung und PSA-Messung angezeigt.

**Referenzen:**

1. Wu FCW et al.: Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. *N Engl J Med* 2010; 363: 123–135.
2. Bell KJ et al.: Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer* 2015; 137: 1749–1757.
3. Boyle P et al.: Endogenous and exogenous testosterone and the risk of prostate cancer and increased prostate-specific antigen (PSA) level: a meta-analysis. *BJU Int* 2016; 118: 731–741.
4. Yamamoto S et al.: Preoperative serum testosterone level as an independent predictor of treatment failure following radical prostatectomy. *Eur Urol* 2007; 52: 696–701.
5. Calof OM et al.: Adverse events associated with testosterone replacement in middle-aged and older men: a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 1451–1457.
6. Dohle GR et al.: EAU Guidelines Male Hypogonadism. <http://uroweb.org/guideline/male-hypogonadism/>. Letzter Zugriff: 12. 4. 2017.
7. Morgentaler A: Testosterone therapy in men with prostate cancer: scientific and ethical considerations. *J Urol* 2009; 181: 972–979.
8. Kacker R et al.: Can testosterone therapy be offered to men on active surveillance for prostate cancer? Preliminary results. *Asian J Androl* 2016; 18: 16–20.