

**B**eim Prostata- und Nierenzellkarzinom, sind – zwei Jahre nach der letzten Publikation hierzu in der Schweizer Zeitschrift für Onkologie – teilweise beträchtliche klinische Fortschritte erfolgt, die eine erneute Diskussion notwendig machen. Beide Tumoren fallen in das Aufgabengebiet der Urologen und der medizinischen Onkologen. Im klinischen Alltag ist eine gute Zusammenarbeit zwischen diesen Disziplinen essenziell für die optimale Betreuung dieser Patienten in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien.

#### Prostatakrebsrisiko: Prophylaxe nutzen

Im Gegensatz zur rückläufigen Mortalität nimmt die Inzidenz des Prostatakarzinoms in der Schweiz weiterhin



der supportiven Therapie, welche die Behandlungspalette bei fortgeschrittenen Tumoren beträchtlich erweitern.

## Deutlich erweitertes Therapiespektrum

zu. Mehr als 5700 Männer erhalten jedes Jahr hierzulande die Diagnose Prostatakrebs. Die zunehmende Früherfassung durch gehäuftes PSA-Screening führt zu dem Dilemma, dass neben behandlungsbedürftigen auch eine grosse Zahl solcher Tumoren gefunden werden, die unbehandelt jahrelang günstig verlaufen. Eine «Übertherapie» ist zu vermeiden. Neue und verfeinerte Diagnosemöglichkeiten sollen hierzu beitragen, wie **Stefan Preusser und Kollegen** ausführen.

Wie das St. Galler Autorentrio **Daniel Meyer, Jan Brachlow und Hans-Peter Schmid** in ihrem Artikel zur Primärprävention schreibt, verringert Finasterid bei prophylaktischer Einnahme nachweislich die Inzidenz von Prostatakrebs, und zwar um etwa ein Viertel. Trotzdem wird das Medikament in der Klinik in dieser Indikation nicht breit eingesetzt. Gründe sind unter anderem das Nebenwirkungsprofil inklusive Erektionsstörungen. Gesunde Ernährung und entsprechender Lebensstil bleiben daher wichtige Präventionsempfehlungen und sind immer noch bedeutender als Medikamente und verschiedene Nahrungssupplemente.

#### Weiterhin offene Fragen zur Systemtherapie

Im dritten Artikel zur Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms werden die aktuellen Möglichkeiten von Systemtherapien diskutiert. Trotz jahrelanger bewährter Verwendung von Docetaxel ist dessen genauer Einsatz weiterhin noch offen. Wann sollte mit der Therapie begonnen, wann sollte sie beendet werden? Wie viele Zyklen sind am effektivsten? Auf der anderen Seite existieren heute neue verbesserte Möglichkeiten in der Hormon-, in der zytostatischen und

#### Nierenzellkarzinom: 6 Innovationen im Einsatz

Sechs neue Medikamente (!) sind in den letzten Jahren für die Therapie von Nierenzellkarzinomen registriert worden. Die früheren Möglichkeiten waren sehr eingeschränkt: Die Wirksamkeit von Zytostatika bei Nierenzellkarzinomen ist gering. Mit Interleukin-2 konnte zwar in Einzelfällen eine länger anhaltende Vollremission erzielt werden; aufgrund der hohen Toxizität wurde jedoch diese Therapie in der Schweiz wieder fast vollständig verlassen. Mit Interferon-alpha konnten dann immerhin bei bis zu 15% der Patienten Remissionen erzielt werden. Bessere medikamentöse Therapien sind somit höchst willkommen.

**Richard Cathomas** diskutiert den Einsatz der neueren Medikamente, deren Auswahl und Sequenz oder gar Kombinationsstrategien, welche zurzeit noch nicht eindeutig festgelegt sind. Dabei beschreibt er auch das Nebenwirkungsspektrum, das bei den einzelnen Substanzen sehr unterschiedlich sein kann. So kann bei Medikamenten mit Hemmung der Angiogenese eine Hypertonie auftreten. Sunitinib kann beispielsweise eine (reversible) Ergrauung der Kopfhare bewirken sowie eine auffällige, wenngleich harmlose gelbe Hautfarbe (Pseudoikterus).

Auch für nicht spezialisierte Ärzte sind solche Informationen für die Beratung und Betreuung der Patienten wichtig. Bekannt sein sollten die Wirkmöglichkeiten, aber auch die wichtigsten Nebenwirkungen, welche teilweise ganz anders ausfallen, als wir es von Zytostatika gewohnt sind.

**Dr. med. Rudolf Morant**

Ärztlicher Leiter Tumor- und Brustzentrum ZeTuP  
St. Gallen, Chur und Rapperswil-Jona