

Evidenztabelle

der S3 Leitlinie „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“

2. Aktualisierung Version 3.0 - September 2014

AWMF-Register-Nummer (043-022OL)

Evidenztabelle

Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie

der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe e.V.

Office:c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)

Informationen zur Leitlinie

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebshilfe e.V.(Hrsg.): S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Version 3.0, 2. Aktualisierung 2014 (AWMF-Registrierungsnummer: 043-022OL)

- Erstellt 2006-2009
- 1. Aktualisierung (modular) 2011
- 2. Aktualisierung (modular) 2014

Weitere Dokumente zur Leitlinie:

- Kurzfassung
- Leitlinienreport
- Patientenleitlinie "Prostatakarzinom: Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien"
- Patientenleitlinie "Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom"

Kontakt

Leitlinienprogramm Onkologie Office
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Inhaltsverzeichnis

1. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention und Ernährung‘	7
1.1. Thema Epidemiologie	7
1.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	7
1.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	8
1.2. Thema Testosteronsubstitution	13
1.2.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	13
1.2.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	16
1.3. Thema Prävention	20
1.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	20
1.3.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	20
2. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Früherkennung und Biopsie‘	22
2.1. Thema PSA und DRU in Früherkennung/Screening	22
2.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014	22
2.1.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	32
2.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014	38
2.1.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 und 1. Auflage 2009	44
2.1.5. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	50
2.1.6. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011 (inklusive Andriole et al. 2009 und Schröder et al. 2009)	59
2.1.7. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	67
2.2. Thema Stanzbiopsie der Prostata	72
2.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	72
2.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	75
3. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Diagnostik und Stadieneinteilung‘	78
3.1. Primärdiagnose	78
3.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	78
3.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011	80
3.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	93
3.1.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	94

3.1.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	126
3.2. Thema Staging	134
3.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	134
3.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	138
3.2.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	144
3.3. Thema PET/CT	157
3.3.1. Aggregierte Evidenz Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014.....	157
3.3.2. Aggregierte Evidenz Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	162
3.3.3. Aggregierte Evidenz: Systematischer Reviews und HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014	164
3.3.4. Aggregierte Evidenz: Systematischer Reviews und HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011	184
3.3.5. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	189
3.3.6. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	195
4. Evidenztabellen zum Kapitel ,Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms'	197
4.1. Thema Therapieplanung und Aufklärung	197
4.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	197
4.1.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	199
4.1.3. Übersicht: Vergleichende Zusammenstellung des Nebenwirkungsprofils der Verfahren zur Prostatakarzinombehandlung.....	201
4.2. Thema Prognosescores.....	205
4.2.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014...	205
4.2.2. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	211
4.3. Thema Active Surveillance	214
4.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014.....	214
4.3.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien	215
4.3.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014...	222
4.3.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 ...	226
4.3.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	232
4.3.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	233
4.3.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	241
4.3.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	255
4.4. Thema Insignifikantes Prostatakarzinom.....	259
4.4.1. Übersicht: Verschiedene Definitionen von insignifikantem PCa in der Literatur.....	259
4.4.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	263

5. Evidenztabellen zum Kapitel ‚Lokale Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms‘	265
5.1. Thema Radikale Prostatektomie.....	265
5.1.1. Primärliteratur für 1. Aktualisierungsrecherche zu Patienten mit lokal begrenztem PCa mit High Risk.....	265
5.1.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	274
5.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	278
5.1.4. Primärliteratur (vorzugsweise RCT´s) für 1. Auflage 2009	279
5.1.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009 zu Volumen vs. Morbidität bzw. Mortalität (Systematische Übersicht bei Nuttall et al., 2004)	280
5.2. Thema Perkutane Strahlentherapie	281
5.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	281
5.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 ...	285
5.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte a für 1. Auflage 2009	286
5.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	291
5.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	305
5.3. Thema LDR-Brachytherapie	318
5.3.1. Aggregierte Evidenz zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko: Leitlinien für Aktualisierung 2011	318
5.3.2. Aggregierte Evidenz zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko: Systematische Reviews und HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011	320
5.3.3. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011 zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko.....	322
5.3.4. Übersichten zu den Fragestellungen der 1. Aktualisierung 2011 (mittleres Risiko, hohes Risiko, Kombination mit Strahlen- und hormonablativer Therapie).....	332
5.3.5. Aggregierte Evidenz: Leitlinien, systematische Übersichten und HTA-Berichte für 1. Auflage 2009.....	344
5.3.6. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	348
5.4. Thema HDR-Brachytherapie	355
5.4.1. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	355
5.5. Thema Lymphadenektomie.....	364
5.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	364
5.5.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	365
5.6. Thema Andere interventionelle Verfahren	371
5.6.1. Hyperthermie.....	371
5.6.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009.....	371
5.6.1.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	371

5.6.2. Hochfokussierter Ultraschall (HIFU)	373
5.6.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	373
5.6.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011	375
5.6.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009.....	378
5.6.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	379
5.6.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	388
5.6.3. Kryotherapie.....	390
5.6.3.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews und HTA-Berichte für 1. Auflage 2009.	390
6. Evidenztabellen zum Kapitel ‚Lokale Therapie des lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms‘	392
6.1. Thema Radikale Prostatektomie.....	392
6.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	392
6.1.2. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	394
6.1.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	401
6.2. Thema Perkutane Strahlentherapie	412
6.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	412
6.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 ...	414
6.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	417
6.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	422
6.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	426
6.3. Thema HDR-Brachytherapie	443
6.3.1. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	443
6.4. Thema Stellenwert der Lymphadenektomie beim lokal fortgeschrittenen PCa	448
6.4.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	448
6.4.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	449
6.5. Thema Andere interventionelle Verfahren	455
6.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	455
6.5.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	456
6.5.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	457
6.6. Thema Adjuvante perkutane Strahlentherapie.....	459
6.6.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	459
6.6.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	461
6.6.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	467
6.7. Thema Therapie des lymphknotenpositiven Prostatakarzinoms	477
6.7.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien 1. Auflage 2009	477

6.7.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	480
6.7.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	484
6.8. Thema Neoadjuvante und adjuvante Hormontherapie des lokal begrenzten und des lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms.....	496
6.8.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien 1. Auflage 2009	496
6.8.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTAs für 1. Auflage 2009.....	498
6.8.3. Primärliteratur zum Thema Neoadjuvante Hormontherapie und RPE für 1. Auflage 2009.	500
6.8.4. Primärliteratur zum Thema Neoadjuvante Hormontherapie + Radiatio für 1. Auflage 2009	503
6.8.5. Primärliteratur zum Thema Adjuvante Hormontherapie und RPE für 1. Auflage 2009	504
6.8.6. Primärliteratur zum Thema Adjuvante Hormontherapie und Radiatio für 1. Auflage 2009	505
6.9. Thema Primäre Hormontherapie und Watchful Waiting	506
6.9.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien zu alleiniger Hormontherapie für 1. Auflage 2009.....	506
6.9.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien zu Watchful Waiting für 1. Auflage 2009	508
6.9.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	509
6.9.4. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	511
7. Evidenztabellen zum Kapitel ‚Diagnostik und Therapie des rezidierten oder metastasierten Prostatakarzinoms‘	517
7.1. Thema Definition und Diagnostik des Tumorrezidivs	517
7.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	517
7.2. Thema Therapie des PSA-Rezidivs/der PSA-Progression sowie der PSA-Persistenz.....	519
7.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	519
7.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	525
7.2.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	534
7.3. Thema Hormontherapie des metastasierten Prostatakarzinoms.....	548
7.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	548
7.3.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	551
7.3.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	553
7.4. Thema Therapie des androgenunabhängigen oder kastrationsresistenten PCa.....	555
7.4.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014.....	555
7.4.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	565
7.4.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014...	567
7.4.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 ...	567
7.4.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	568
7.4.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	571
7.4.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	581

7.4.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	588
7.5. Thema Therapie von Knochenmetastasen	590
7.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014.....	590
7.5.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011	594
7.5.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014...	597
7.5.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 ...	601
7.5.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	604
7.5.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014	615
7.5.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011	620
7.5.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	626
7.5.9. Rote-Hand Briefe für 2. Aktualisierung 2014.....	641
7.6. Thema Therapie der tumorbedingten Harnstauung	642
7.6.1. Primärstudien für 1. Auflage 2009	642
7.7. Thema Supportiv- und Palliativtherapie	646
7.7.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	646
7.7.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	670
8. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Rehabilitation und Nachsorge‘	671
8.1. Thema Rehabilitation nach kurativer Therapie.....	671
8.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	671
8.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009	673
8.1.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009	675
8.2. Thema Nachsorge und Verlaufskontrollen.....	677
8.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009	677
8.3. Thema Testosteronsubstitution	679
9. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Psychosoziale Aspekte und Lebensqualität‘	680
9.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009.....	680
10. Abkürzungsverzeichnis.....	684
11. Literatur.....	690

1. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention und Ernährung‘

1.1. Thema Epidemiologie

1.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
EAU-Leitlinie, 2007 [1]	... exogenous factors affect the risk of progression from so-called latent CaP to clinical CaP. Factors such as food consumption, pattern of sexual behaviour, alcohol consumption, exposure to ultraviolet radiation and occupational exposure have all been discussed as being of aetiological importance. The identity of these factors is still under debate, but a high content of animal fat in the diet may be important in increasing the risk of developing CaP. Tomatoes contain lycopenes, a strong antioxidant, which has been extensively studied as a possible protective agent for the development of prostate cancer...	-	-	8
	Other factors increasing risk include low intakes of vitamin E, selenium, lignans and isoflavonoids.			9
	In summary, hereditary factors are important in determining the risk of developing clinical CaP and exogenous factors may have an important impact on this risk. The key question is whether or not there is enough evidence to recommend lifestyle changes (lowered intake of animal fat and increased intake of fruit, cereals and vegetables) in order to decrease the risk (12). There is some evidence for this, and this information could be given to male relatives of CaP patients who ask about the impact of diet.			11
				3-4 12

1.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Meta-analyse	Bonovas 2004 [2]		Diabetes mellitus		Studien dieser Meta-analyse sind in Publikation von Kasper 2006 enthalten (s.o.).		
Meta-analyse	Dennis 2002 [3]	36 Studien (3 Kohorten- und 33 Fall-Kontroll-Studien, 44 Publikationen) aus systematischer Suche von Medline und Cancerlit bis Sept. 2000.	Sexuelle Aktivität, Geschlechtskrankheiten und PCa-Risiko.	RR für mehr als 20 Sex-Partner 1,17 (95%CI 1,04-1,29) RR für mehr als 3 Heiraten 1,11 (95%CI 0,96-1,29) RR für Sex mehr als 3x/Woche 1,18 (95%CI 1,08-1,28) RR für jegliche Geschlechtskr. 1,44 (95%CI 1,19-1,74) RR für jemals Syphilis 2,3 (95%CI 1,34-3,94) RR für jemals Gonorrhoe 1,34 (95%CI 1,10-1,64).	Schlussfolgerung der Autoren: „This meta-analysis found an association for prostate cancer with some measures of sexual activity, including sexual transmitted infections.“	2++	7-49
Meta-analyse	Dennis 2002 [4]	21 Studien (5 Kohorten- und 16 Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche von Medline und Cancerlit 1966-Juni 2001.	Vasektomie und PCa-Risiko.	RR für Vasektomie 1,37 (95%CI 1,15-1,62), aber stark heterogene Studien, nach Pooling der Ergebnisse nur der Kohorten-Studien, ist RR 1,22 (95%CI 0,90-1,64 = n.s.) RR für 20 Jahre seit Vasektomie 1,21 (95%CI 1,11-1,31) RR für 30 Jahre seit Vasektomie 1,32 (95%CI 1,17-	Schlussfolgerung der Autoren: „...men with a prior vasectomy may be at increased risk ..., however, the increase may not be causal since potential bias cannot be discounted,	2++	5,6,8-10, 15-34

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				1,50).	the overall association was small and therefore could be explained by bias.”		
Meta-analyse	Dennis 2002 [5]	11 Studien (6 Fall-Kontroll-Studien mit Bevölkerungskontrollen, 5 Fall-Kontroll-Studien mit Krankenhauskontrollen) aus systematischer Suche von Medline 1966-Dezember 2000	Prostatitis und PCa-Risiko	RR in allen Studien 1,6 (95%CI 1,1-1,3) RR in Bevölkerungsstudien 1,8 (95%CI 1,1-3,0) RR in Krankenhausstudien 1,3 (95%CI 0,5-3,1).	Probleme mit Recall-Bias und Detection-Bias, trotzdem Verdacht auf PCa-Genese durch Entzündung, Studien überlappen z.T. mit Meta-analyse zu sex. Aktivität und PCa.	2+	6-16
Meta-analyse	Etminan 2004 [6]	21 Studien (5 Kohorten-, 11 Fall-Kontroll-, 5 nested Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche in Medline und Embase 1966 bis März 2003.	Tomaten-Produkte-Konsum (roh, gekocht, Lycopene-Gehalt in Nahrung oder Blut) und PCa-Risiko.	RR für moderaten vs. niedrigen Konsum von rohen Tomaten 0,94 (95%CI 0,88-1,01) RR für extra Tomate pro Tag 0,97 (95%CI 0,85-1,10) in Fall-Kontroll-Studien und 0,78 (95%CI 0,66-0,92) in Kohorten-Studien RR für moderaten vs. niedrigen Konsum von gekochten Tomaten 1,07 (95%CI 1,06-1,08) RR für moderate vs. niedrige Aufnahme von Lycopene 0,99 (95%CI 0,93-1,06) RR für Lycopene-Gehalt einer extra Tomate pro Tag 0,95 (95%CI 0,89-1,26) in Fall-Kontroll-Studien und 0,38	Analyse aller Studien und aller Fall-Kontroll-Studien zeigt keinen protektiven Effekt, während Kohortestudien geringen bis mäßigen protektiven Effekt nachweisen. Protektiver Effekt stärker bei Vergleich hoher vs niedriger Konsum (Effekt geringer bei Vergleich moderater	2++	2-5, 9-27,

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				(95%CI 0,34-0,42) in Kohorten-Studien RR für hohen vs niedrigen Konsum von rohen Tomaten 0,89 (95%CI 0,80-1,00) und von gekochten Tomaten 0,81 (95%CI 0,71-0,92).	vs niedriger Konsum Studienzahl nicht transparent.		
Meta-analyse	Johns 2003 [7]	14 Studien (2 Kohorten- und 12 Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche in Medline 1966 bis August 2002.	Verwandschaft 1. Grades und PCa-Risiko	RR für jeglichen erstgradigen Verwandten 2,5 (95%CI 2,2-2,8) RR für Söhne von betroffenen Vätern 2,5 (95%CI 2,1-3,1) RR für Brüder 3,4 (95%CI 2,9-4,1) RR für jeglichen erstgradigen Verwandten jünger als 65 Jahre 4,3 (95%CI 2,9-6,3) RR für jeglichen erstgradigen Verwandten älter als 65 Jahre 2,4 (95%CI 2,0-2,9).	Verlässliche und gering bias-anfällige Daten, die für deutliche genetische Komponente sprechen.	2++	5, 13-25
Meta-analyse	Kasper 2006 [8]	19 Studien (10 Kohorten-, 9 Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche in Medline und Embase bis Februar 2006	Diabetes mellitus und PCa-Risiko	Relative risk für alle Studien (in random effects model): 0,84 (95% CI 0,76-0,93 = signifikant.), Studien aber heterogen RR für Kohortenstudien 0,81 (95% CI 0,71-0,92 = signifikant) RR für Fall-Kontroll-Studien 0,89 (95%CI 0,72-1,11 = n.s.) RR für alle Studien nach 2002 (weniger heterogen) 0,71	Methodisch gute Metaanalyse; Schlussfolgerung der Autoren: „...study suggests an inverse relationship between diabetes and prostate cancer.“	2++	6-11, 23-26, 29-37

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				(95%CI 0,64-0,80 = signifikant)			
Meta-analyse	MacInnis 2006 [9]	56 Studien (31 Kohorten- und 25 Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche in Medline 1966 bis Oktober 2004	Körpergröße und PCa-Risiko	RR für BMI-Zunahme um 5 kg/m ² 1,05 (95%CI 1,01-1,08) RR für Größen-Zunahme um 10 cm 1,05 (95%CI 1,02-1,09) RR für Gewichtszunahme um 10 kg 1,01 (95%CI 0,97-1,04) RR für Bund-Umfangszunahme um 10 cm 1,03 (95%CI 0,99-1,07) RR für Zunahme des Bund-Hüft-Quotienten um 0,1 1,11 (95%CI 0,95-1,30).	Gering signifikanter Zusammenhang, rel. großes Bias-Risiko, fragliche klinische Relevanz	2++	15-70
Meta-analyse	Taylor 2005 [10]	29 Fall-Kontroll-Studien aus systematischer Suche in Medline und Cinahl 1966 bis August 2004	Geschlechtskrankheiten und PCa-Risiko.	OR für jegliche Geschlechtskrankheit 1,48 (95%CI 1,26-1,73) OR für Gonorrhoe 1,39 (95%CI 1,05-1,83) OR für Syphilis 1,42 (95%CI 0,76-2,64) OR für HPV 1,52 (1,12-2,06).	17 Studien auch in Metaanalyse zu Sex und PCa-Risiko enthalten, hier keine Kohorten-Studien enthalten; Übereinstimmung mit Daten von Dennis 2002 bzgl. jeglicher Geschlechtskrankheit und Gonorrhoe, interessante starke Diskrepanz bzgl.	2+	5-32

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
					Syphilis.		
Meta-analyse	Zeegers 2003 [11]	28 Studien (33 Publikationen) (8 Kohorten- und 20 Fall-Kontroll-Studien) aus systematischer Suche in Medline, Embase, Cancerlitbis Dezember 2002.	Verwandtschaft 1. Grades und PCa-Risiko.	<p>RR für jeglichen erstgradigen Verwandten 2,53 (95%CI 2,24-2,85)</p> <p>RR für Söhne von betroffenen Vätern 2,17 (95%CI 1,90-2,49)</p> <p>RR für Brüder 3,37 (95%CI 2,97-3,83)</p> <p>RR für jeglichen erstgradigen Verwandten jünger als 65 Jahre 3,34 (95%CI 2,64-4,23)</p> <p>RR für jeglichen erstgradigen Verwandten älter als 65 Jahre 2,35 (95%CI 2,05-2,70)</p> <p>RR für erstgradige Verwandten, deren Vater oder Bruder im Alter von <65 Jahren diagnostiziert wurde 2,47 (95%CI 1,71-3,55)</p> <p>RR für erstgradige Verwandten, deren Vater oder Bruder im Alter von >65 Jahren diagnostiziert wurde 1,72 (95%CI 1,41-2,10)</p> <p>RR für einen erstgradigen erkrankten Verwandten 2,57 (95%CI 2,32-2,84)</p> <p>RR für zwei oder mehr erstgradige erkrankte Verwandte 5,08 (95%CI 3,31-7,79).</p>	Überlappung mit Publikation von Johns 2003 in 11 Studien, insgesamt mehr Studien eingeschlossen, Ergebnisse stimmen mit den Johns-Resultaten überein; deutliche familiäre Assoziation.	2++	5-37
Albertsen,	Kohorten-	Patienten aus einer	Mittlere Beobachtungszeit	Es ereigneten sich 33 Todesfälle durch Prostatakarzinom pro 1.000 Personen-Jahre während		2+	Kohortenstu

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Risikofaktoren oder präventiven Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
2005 [12]	studie	Kohorte von 1998: Im Tumorregister von Connecticut erfasste Patienten im Alter zwischen 65-75 J bei Diagnosestellung und mit klinisch lokal begrenztem Prostatakarzinom.	24 J (Bereich, 16-33 J)	der ersten 15 Jahre (95% CI, 28-38); in den späteren Jahren (also nach mehr als 15 Jahren) ereigneten sich 18 Prostatakarzinom-bedingte Todes-fälle pro 1.000 Personen-Jahre (95% CI, 10-29). In der verlängerten Nach-beobachtungszeit zeigte sich, dass eine Progression der diagnostizierten Prostatakarzinome nach mehr als 15 Jahren nicht zu beobachten war. Männer mit gut differenzierten Tumoren (low-grade) haben nur ein geringes Risiko einer Progression; selbst nach 20 Jahren des Zuwartens oder der alleinigen androgen-entziehenden Therapie.			die

1.2. Thema Testosteronsubstitution

1.2.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Meta-analyse von RCTs	Calof 2005 [13]	19 randomisierte placebo-kontrollierte Studien zur Behandlung von 651 + 433 Männern; Publikationen aus systematischer Suche in Medline, Old Medline, PubMed bis April 2004	Testosteron-Substitution bei Männern mit niedrigen oder niedrig-normalen Testosteron-Spiegeln versus Plazebo	Einzig signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen: erhöhte Wahrscheinlichkeit für „prostate event „ (Biopsien, PCas, IPSS>4, PSA >4 oder PSA-Anstieg >1,5) OR 1,78 (95%CI 1,07-2,95) erhöhte Wahrscheinlichkeit für Hämatokrit >50% OR 3,69 (95%CI 1,82-7,51)	Klinische Signifikanz von Zahlen, die auf einem mittleren Zeitraum (Therapie +follow-up) von 10 Monaten beruhen? Die meisten Männern werden sicher viel länger behandelt! Die Entstehung des Prostatakarzinoms nimmt wohl auch mehr als 10 Monate in	1++	Amory 2004, Blackman 2002, Christmas 2002, Drinka 1995, Ferrando 2002, Ferrando 2003, Kenny 2002, Kenny 2004, Marin 1992, Munzer

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
				Keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für PCa: OR 1,09 (95%CI 0,48-2,49)	Anspruch. Kommentar der Experten der Autorengruppe: Testosteronsubstitution bei hypo-gonadalen Männern geht nicht mit einem erhöhten Risiko für ein Prostatakarzinom einher.		2001, Sih 1997, Simon 2001, Snyder 1999, Snyder 1999, Snyder 2001, Tenover 1992, Wittert 2003
Meta- analyse	Eaton 1999 [14]	7 eingebettete Fall-Kontroll-Studien und 1 Kohorten-Studie mit insgesamt 817 Fällen und 2107 Kontrollen; Publikationen aus systematischer Suche in Medline bis 1998	Vergleich der medianen Testosteron-Spiegel in Männern vor deren PCa-Erkrankung und in Männern ohne PCa	OR für Testosteron-Konzentration in Fällen/Kontrollen = 0,99 (95%CI 0,95-1,02) Lt. Autoren zeigt dieser Wert keine signifikanten Unterschiede in der Testosteron-Konzentration zwischen Fällen und Kontrollen	Gegenstand der Studie waren physiologische interindividuelle Spiegel-Unterschiede von Testosteron. Die externe Testosteron-Substitution wurde nicht untersucht. Wann und wie oft wurde Testosteron bestimmt? Kommentar der Experten der Autorengruppe: Testosteron ist kein prädiktiver Wert für ein Prostatakarzinom.	2++	Barrett-Connor 1990, Carter 1995, Comstock 1993, Dorgan 1998, Gann 1996, Guess 1997, Hsing 1993, Nomura 1988, Nomura 1996, Vatten 1997
Meta- analyse	Shaneyfelt 2000 [15]	3 eingebettete Fall-Kontroll-Analysen aus 3 prospektiven Kohortenstudien; separate Analyse von 21 Fall-Kontroll-Studien+4 eingebetteten Fall-Kontroll-Studien;	Vergleich der medianen Testosteron- und anderer Sexualhormonspiegel in Männern vor deren PCa-Erkrankung und in Männern ohne PCa	Von 5 existenten prospektiven Kohortenstudien schlossen die Autoren 2 aus, weil keine Angaben über weitere Sexualhormone vorlagen. Laut Autoren ist eine Adjustierung für den Effekt der anderen Hormone essentiell, um den Effekt von Testosteron beurteilen zu können Die berechnete OR für die Wahrscheinlichkeit	Argumentation der Autoren nicht sicher nachvollziehbar. Gegenstand der Studie waren physiologische interindividuelle Spiegel-Unterschiede von	2++	Barrett-Connor 1990, Gann 1996, Guess 1997, Hsing 1993, Nomura 1996, zusätzliche Fall-Kontroll-

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
		Publikationen aus systematischer Suche in Medline und Cancerlit bis Juli 1998		<p>eines PCa bei Testosteron-Werten der 4. Quartile im Vergleich zur 1. Quartile beträgt unadjustiert 1,25 (95%CI 0,86-1,81) n.s. (Resultat beruht auf 3 Studien)</p> <p>Die berechnete OR für die Wahrscheinlichkeit eines PCa bei Testosteron-Werten der 4. Quartile im Vergleich zur 1. Quartile beträgt adjustiert 2,34 (95%CI 1,30-4,20). (Resultat beruht auf 2 Studien)</p> <p>Die Analyse aller 24 Fall-Kontroll-Studien (!) ergibt keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Testosteron-Konzentration und PCa</p>	<p>Testosteron. Die externe Testosteron-Substitution wurde nicht untersucht.</p> <p>Kommentar der Experten der Autorengruppe: Durch eine ungerechtfertigte Selektion der Studien und der Patientenkollektive innerhalb dieser kann aus dieser Arbeit keine Aussage über ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom in Abhängigkeit vom Serum-Testosteron gezogen werden.</p>		Studien in Publikation: 6, 10, 17, 19-40

1.2.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-inter-vention	Beobach-tungszeit-raum	Outcomes	Effekte	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Gersten-bluth 2002 [16]	Retros-pektive Studie	54	Hypogonadale Männer mit ED, vor Therapie PSA<4ng/ml und DRE o.B. oder negative Biopsie	Testosteron i.m. 2-4 wö	keine	Mittel-wert: 30 Mo (2-82)	PSA-Level vor und unter Therapie, Risiko für Prostata-karzinom	Mittl. PSA vor Beh: 1.86 ng/mL (median 1.01 ng/mL, range 0.0–15.80), Mittl. PSA unter Beh: 2.82 ng/mL (median 1.56 ng/mL, range 0.–32.36) P<0,01 11,1% (6/54) mit Prostatabiopsie wegen PSA-Anstieg unter Therapie > 4ng/ml. 1x Diagnose ProstataCa	Aufgrund der kleinen Fallzahl keine valide Aussage möglich	2-
Hajjar 1997 [17]	retros-pektive Kohorten-studie	58	Hypogonadale Männer ohne Prostata-Karzinom aus Sexualsprechstu nde einer US-Klinik	Testosteron i.m. (31 Pat.)	KeineTesto-steron-Substitution (27 Pat.)	2/3 der Probanden über 2 J	Vergleich der Libido und Serumwerte beider Gruppen nach 2 Jahren (u.a. PSA), Langzeit-Verträglich-keit der Hormonsubs titution	Vergleich Serumwerte nach 2 Jahren: signifikant höherer Hämatokrit in Substitutionsgruppe Kein signifikanter PSA-Unterschied (diesem Vergleich liegt eine Zahl von 26 Substitutionspatienten und 15 Kontrollen zu Grunde) Libido-Veränderung stärker in Substitutionsgruppe (es ist anzunehmen, dass die Kontrollgruppe gar keine Libidostörungen hatte und deshalb auch die Testosteronsubstitution nicht wollte) Plazebo-Effekt?	Viel zu kleine Gruppen für valide Aussagen, statis-tisch unterpower!! Keine Randomisa-tion, keine Angabe von Gründen, auf Grund welcher Beschwerden Studien-Pat. über-haupt Testosteron erhielten.	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Ver- gleichs- inter- vention	Beobach- tungszeit- raum	Outcomes	Effekte	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								31% Therapie-Abbrecher in der Substitutionsgruppe wegen NW		
Marks 2006 [18]	RCT	44	Hypogonadale Männer (Gesamt-Testosteron \leq 300ng/dl)	alle 2 Wochen Testosteron -Enanthat 150 mg über 6 Monate	Placebo i.m.	6 Mo	Primär: Prostate-tissue-androgen-level Sekundär: Prostatabe-zo-gene klinische Parameter: Histologie, Biomarker, epitheliale 'cell gene expression' (u.a.PSA)	1. Bei Hypogonadalen beeinflusst die exogene Testosteron-Substitution das gewebespezifische Testosteron-Milieu in der Prostata nicht signifikant 2. Für Behandelte gibt es wie für Nicht-Behandelte ein spontanes Prostatakarzinomrisiko von 1/7 3. PSA-Level stiegen in beiden Gruppen statistisch signifikant an PSA TRT vor Beh.: 1.55 (0.30-5.80) Nach Beh: 2.29 (0.40-7.10) p<0,001 PSA Placebo vor Beh: : 0.97 (0.10-2.50) Nach Beh: 1.10 (0.02-6.90) P=0,006	Zu kleine Studien-gruppen, um an-hand der erhobenen Parameter eine Aussage über das Prostatarisiko unter TRT zu machen! Auch in Bezug auf Kurzzeittherapie. Dieser RCT war geplant als short-term efficacy-trial für größeren Safety-RCT (gepl. N=6000) mit viel längerer Nachbeobachtung!	1-
Parsons 2005 [19]	retros- pektive Kohorten- analyse	794	primär gesunde Männer, von denen serienmäßige Hormon-	Vergleich bezüglich Outcome in ver-schiedenen	Vergleich bezüglich Outcome in ver-schiedenen	Median 18,5 J	PCa-Rate, MVA für Einfluss von Testosteron, DHEAS,	1. Es wurden 114 PCa diagnostiziert. 2. Probanden mit einer freien Testo-steronkonzentration in der oberen Quartile des Normbereichs (zum Zeit-	Signifikante Assoziation zwischen hohem freien Testosteronspiegel	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Beobachtungszeitraum	Outcomes	Effekte	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			bestimmungen vorlagen.	Kohorten, die sich durch untersch. Hormonkonzentrationen unterschieden	Kohorten, die sich durch untersch. Hormonkonzentrationen unterschieden		SHBG, FT, FTI	<p>punkt der Erstbestimmung) haben ein erhöhtes Prostata-Karzinom-Risiko gegenüber der niedrigsten Quartile: RR 2,59 (95%CI 1,28-5,25).</p> <p>3. Hypogonadale Männer (FTI-Schwelle von 0,153) haben ein vermindertes Prostata-Karzinom-Risiko: 0,51 (95%CI 0,31-0,82).</p> <p>4. Es kann keine Korrelation zwischen PCa-Rate und Gesamt-Testosteron hergestellt werden.</p>	und Pca.	
Rhoden 2003 [20]	retrospektive Kohortenstudie	75	Hypogonadale Männer davon: 20 mit highgrade PIN, der Rest ohne, Durchschnittsalter 59,6 J	Testosteron - Substitution	Keine, Vergleich zwischen Männern mit PIN (20) und ohne PIN (55)	1 J	PSA, DRE-Befund, bioptisches PCa (Biopsie bei allen PIN-Patienten, bei allen Patienten mit PSA-Anstieg um >1 oder auffälliger DRE)	<p>Durchschnittl. PSA-Werte baseline in beiden Gruppen nicht signifikant verschieden (1,53 bzw. 1,49)</p> <p>Durchschnittl. PSA-Anstieg nach 1 J in beiden Gruppen nicht signifikant verschieden (0,25 bzw.0,33)</p> <p>in highgrade PIN-Gruppe entwickelte 1 Proband ein PCa unter der Testosteron-Substitution (ein weiterer Patient mit auffälligem PSA verweigerte Biopsie), in Gruppe ohne PIN kein PCa (vier Biopsien mit negativem Ergebnis)</p>	Sehr kurzes Follow-up, kleine Fallzahlen mit fraglichem statistischen Wert und ohne Generalisierbarkeit.	2-
Wang 2004 [21]	Fallserie (prospektiv)	123	Hypogonadale Männer (49 primär, 27 se-	Testosteron transdermal in 3	keine	42 Mo	Hormonspiegel, Muskelkraft,	Signifikanter Anstieg des durchschnittlichen PSA-Levels aller Probanden von 0,85 auf 1,11 nach 6	Feasibility-Studie zur Anwendung von Testosteron-	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Beobachtungszeitraum	Outcomes	Effekte	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
	erhobene Daten)		kundär, übrige „symptomatisch-alterungsbezogen“ oder normogonadotroper Hypogonadismus), Durchschnittsalter 51,4 J.	verschiedenen Dosen.			Knochen-dichte, sex. Funktion, Körpergewicht, PSA-Level.	Monaten, dann kein weiterer signifikanter Anstieg. 7 Probanden mit PSA-Anstieg >5,5, aber Biopsie nur bei 4 Probanden: 3 PCa	Pflaster, PCa kein primärer Endpunkt, kein Vergleichskollektiv, selbst nach Angaben der Autoren erlaubt die Studie keine Aussage zum PCa-Risiko unter Testosteron-Substitution.	

1.3. Thema Prävention

1.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenz-graduierung	Literaturbelege
National Cancer Institute 2007 [22]	<p>Based on solid evidence, chemoprevention with finasteride reduces the incidence of prostate cancer, but the evidence is inadequate to determine whether chemoprevention with finasteride reduces mortality from prostate cancer.</p> <p>Men in the finasteride group had statistically significantly more erectile dysfunction, loss of libido, and gynecomastia than men in the placebo group.</p> <p>There is inadequate evidence to determine whether the prevention strategies of dietary change (i.e., reducing dietary fat or increasing fruits and vegetables), or vitamin E (alpha-tocopherol), selenium, or lycopene supplementation, are effective in reducing prostate cancer incidence or mortality.</p>	-	-	

1.3.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Präventive Intervention	Follow-up	Outcome Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Thompson 2007 [23]	RCT	18.882, davon 4.886 auswertbar in Placebo-gruppe und 4.568 in Finasteride-	Keine Anzeichen von PCa (weder PSA noch DRE)	Finasteride (5 mg/d) vs. keine Prävention	7 J	High-Grade intraepitheliale Neoplasie (PIN) in Biopsie	<p>High-grade PIN ohne invasives PCa in 276 Patienten der Finasteride-Gruppe und 347 in der Placebo-Gruppe (p=0,04).</p> <p>High-grade PIN mit invasivem PCa in 144 vs 233 in Finasteride- bzw. Placebo-Gruppe (p=0,0004).</p>	Leicht unterschiedlich hohe drop-out-Raten in beiden Therapiearmen (48% in Placebo-Gruppe und 52% in Finasteride-Gruppe).	1++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Präventive Intervention	Follow-up	Outcome Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
		gruppe					High-grade PIN mit oder ohne invasives PCa in 420 vs 570 in Finasteride- bzw. Placebo-Gruppe ($p < 0,001$).		
Thompson 2003 [24]	RCT, multizentrisch	18.882 (9.060 ausgewertet)	Kein Anhalt für PCa (DRE, PSA)	Finasteride (5 mg/d) vs. keine Prävention	7 J	Inzidenz biopsische gesichertes PCa, Gleason-Score, Nebenwirkungen.	<p><u>PCa-Inzidenz:</u></p> <p>803 von 4368 Finasteride-Patienten (18,4%)</p> <p>1147 von 4692 Placebo-Patienten (24,4%)</p> <p>= 6% Reduktion durch Finasteride = 24,8%ige Reduktion des relativen Risikos (signifikant).</p> <p><u>Inzidenz höhergradiger Tumoren (Gleason 7,8,9,10):</u></p> <p>280 von 4368 Finasteride-Patienten (6,4%).</p> <p>237 von 4692 Placebo-Patienten (5,1%) = RR für höhergradige Tumoren 1,67 für Finasteride-Patienten (signifikant).</p> <p>Inzidenz von erektiler Dysfunktion, Libidoverlust, Gynäkomastie höher in</p>	Größter existierender Prävention-Trial – der Reduktion der PCa-Inzidenz steht die erhöhte Zahl höhergradiger PCa 's in der Finasteride-Gruppe gegenüber; mögliche Erklärungen: 1. selektive Unterdrückung niedrigergradiger Tumoren, 2. morphologische Veränderung der PCa-Zellen durch Finasteride.	1++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Präventive Intervention	Follow-up	Outcome Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
							Finasteride-Gruppe. Inzidenz von Harndrang, höherer Harnfrequenz, Prostatitis, Harnwegsinfektionen und Harnverhalt höher in Placebo-Gruppe.		

2. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Früherkennung und Biopsie‘

2.1. Thema PSA und DRU in Früherkennung/Screening

2.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Carter 2013 [25]				No RCT with comparing screening intervals as primary objective; data from modeling studies and indirect evidence	Bewertung nach DELBI (Range: 0-1): Methodische Exaktheit der Leitlinienentwicklung (systematische Recherche, etc.) (Domäne 3): 0.62 Redaktionelle Unabhängigkeit

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
					(Domäne 6): 0.50
	Statement 2: The panel does not recommend routine screening in men between <u>ages 40 to 54</u> years at average risk (individualized decisions for men at higher risk, such as positive family history or African American)	Recommendation; Grade C (low)	Howard H et al: A model of prostate-specific antigen screening outcomes for low- to high-risk men: information to support informed choices. Arch Intern Med 2009 Lilja H et al: Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. Cancer 2011 Brawley OW: Prostate cancer epidemiology in the United States. World J Urol 2012		
	Statement 3: The Panel strongly recommends shared decision-making for men <u>age 55 to 69</u> years that are considering PSA screening, and proceeding based on a man's values and preferences	Standard; Grade B (moderate)	Schroder FH et al: Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. NEJM 2012 Andriole et al: Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 years of follow-up. JNCI 2012 Wilt TJ et al Prostate cancer intervention versus observation trial (PIVOT) study group. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. NEJM 2012		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	Statement 4: To reduce the harms of screening, a routine screening interval of two years or more may be preferred over annual screening in those men who have participated in shared decision-making and decided on screening. As compared to annual screening, it is expected that screening intervals of two years preserve the majority of the benefits and reduce overdiagnosis and false positives.	Option; Grade C (low)	Gulati R et al: Comparative effectiveness of alternative prostate-screening antigen-based prostate cancer screening strategies: model estimates of risks and harms. Ann Intern Med 2013 Etzioni R et al: Serial prostate specific antigen screening for prostate cancer: a computer model evaluates competing strategies. J Urol 1999 Pinsky PF et al: Assessing contamination and compliance in the prostate component of the prostate, lung, colorectal, and ovarian (PLCO) cancer screening trial. Clin Trial 2010 Van Leeuwen PJ et al: Towards an optimal interval for prostate cancer screening. Eur Urol 2012		
	(Part of discussion for statement 4) A rescreening interval of four years is not likely to miss a curable prostate cancer among men with PSA < 1.0ng/mL		Vickers AJ et al: Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. BMJ 2010 Aus G et al: Individualized screening interval for prostate cancer based on prostate-specific antigen level: results of a prospective, randomized, population-based study. Arch Intern Med 2005		
	Statement 5: The Panel does not recommend routine PSA screening in men	Recommendation;	Schroder FH et al: Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. NEJM		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	over age 70 years (or any man with less than a 10 to 15 year life expectancy).	Grade C (low)	2012 Albertsen PC et al: Impact of comorbidity on survival among men with localized prostate cancer. J Clin Oncol 2011 Bill-Axelsson A et al: Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. NEJM 2011 Wilt TJ et al Prostate cancer intervention versus observation trial (PIVOT) study group. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. NEJM 2012		
	(Part of discussion for statement 5) For patients older than 70 years who wish to be screened the panel recommends - increasing the prostate biopsy threshold to PSA>10ng/mL - discontinuation of screening for PSA<3ng/mL		Wilt TJ et al Prostate cancer intervention versus observation trial (PIVOT) study group. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. NEJM 2012 Schaeffer EM et al: Prostate specific antigen testing among the elderly – when to stop? J Urol 2009		
Heidenreich 2013 [26] (no update in 2012/2013 in chapters regarding screening)				recommendations of EAU Guideline 2011 were used for the last update of the S3-PCA LL (2011)	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Basch 2012 [27]	<p>Clinical Question: For asymptomatic men in the general population, do the benefits of PSA testing for prostate cancer screening outweigh the potential harms?</p> <p>1) In men with a life expectancy < 10 years, it is recommended that general screening for prostate cancer with total PSA be discouraged, because harms seem to outweigh potential benefits.</p> <p>2) In men with a life expectancy > 10 years, it is recommended that physicians discuss with their patients whether PSA testing for prostate cancer screening is appropriate for them. PSA testing may save lives but is associated with harms, including complications, from unnecessary biopsy, surgery, or radiation treatment.</p> <p>3) It is recommended that information written in lay language be available to clinicians and their patients to facilitate the discussion of the benefits and harms associated with PSA testing before the routine ordering of a PSA test.</p>	<p>1) Evidence based: strong.</p> <p>Strength of evidence → Moderate: based on five randomized clinical trials (RCTs) with intermediate to high risk of bias, moderate follow-up, and limited data on subgroup populations.</p> <p>2) Evidence based: strong.</p> <p>Strength of evidence → For benefit, moderate; for harm, strong: based on five RCTs (and several cohort studies) with intermediate to high risk of bias, moderate follow-up, indirect data, inconsistent results, and limited data on subgroup populations.</p> <p>3) Informal consensus: strong.</p> <p>Strength of evidence → Indeterminate: evidence was not systematically reviewed</p>	<p>4. Chou R, Croswell JM, Dana T, et al: Screening for prostate cancer: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 155:762-771, 2011</p> <p>5. Lin K, Croswell JM, Koenig HC, et al: Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force—Evidence Synthesis No. 90. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2011</p> <p>6. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al: Mortality results from a randomized prostate cancer screening trial. N Engl J Med 360:1310-1319, 2009</p> <p>7. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al: Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 360:1320-1328, 2009</p> <p>8. Kjellman A, Akre O, Norming U, et al: 15-year followup of a population based prostate cancer screening study. J Urol 181:1615-1621, 2009; discussion 1621</p> <p>9. Labrie F, Candas B, Cusan L, et al: Screening decreases prostate cancer mortality: 11-year follow-up of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. Prostate 59:311-318,</p>	<p>It is not a guideline, rather position statement (Provisional Clinical Opinion (PCO)).</p> <p>Literature Search Strategy:</p> <p>For this PCO, the literature search of the systematic review conducted by the AHRQ (4,5) was used as the basis of an update search to March 16, 2012. In addition, personal files and a targeted search for studies on the harms associated with prostate biopsy were conducted using PubMed (2010 to 2012).</p> <p>The quality of the identified RCTs in the AHRQ systematic review</p>	<p>Literature search of the systematic review conducted by the AHRQ (4,5) was used as the basis of an update search for this publication.</p> <p>However, details on methods as explicit statements about literature search strategies (search terms, study selection criteria etc.) for this update search or details on formal consensus methods can not be found (neither in this publication, the appendix nor in the ASCO Guideline Procedures Manual - Chapter F about PCOs)</p> <p>Conflict of interests</p>

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
		to inform this recommendation	<p>2004</p> <p>10. Labrie F, Candas B, Dupont A, et al: Screening decreases prostate cancer death: First analysis of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. Prostate 38:83-91, 1999</p> <p>11. Sandblom G, Varenhorst E, Lofman O, et al: Clinical consequences of screening for prostate cancer: 15 years follow-up of a randomised controlled trial in Sweden. Eur Urol 46:717-723, 2004; discussion 724</p> <p>12. Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, et al: Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. BMJ 342:d1539, 2011</p> <p>13. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al: Mortality results from the Göteborg randomised populationbased prostate-cancer screening trial. Lancet Oncol 11:725-732, 2010</p> <p>14. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al: Screening for prostate cancer: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 341:c4543, 2010</p> <p>15. Ilic D, O'Connor D, Green S, et al: Screening for prostate cancer: An updated Cochrane systematic review. BJU Int</p>	(4,5) was rated from poor to fair quality by the authors of the AHRQ review using the quality appraisal methods of the USPSTF	disclosed AUTHORS' DISCLOSURES OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>107:882-891, 2011</p> <p>16. U.S. Preventive Services Task Force: Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Ann Intern Med</i> 149:185-191, 2008</p> <p>17. American Academy of Family Physicians: Summary of recommendations for Clinical Preventive Services, Revision 6.5, March 2008: Order No. 1968. Leawood, KS, American Academy of Family Physicians, 2008</p> <p>18. American College of Physicians: Screening for prostate cancer. <i>Ann Intern Med</i> 126:480-484, 1997</p> <p>19. Lim LS, Sherin K: Screening for prostate cancer in U.S. men: ACPM position statement on preventive practice. <i>Am J Prev Med</i> 34:164-170, 2008</p> <p>20. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ: American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. <i>CA Cancer J Clin</i> 56:11-25, 2006; quiz 49-50</p> <p>21. Prostate-specific antigen (PSA) best practice policy: American Urological Association. <i>Oncology (Williston Park)</i> 14:267-272, 277-278, 280, 2000</p> <p>22. Brooks DD, Wolf A, Smith RA, et al:</p>		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>Prostate cancer screening 2010: Updated recommendations from the American Cancer Society. J Natl Med Assoc 102:423-429, 2010</p> <p>23. Greene KL, Albertsen PC, Babaian RJ, et al: Prostate specific antigen best practice statement: 2009 update. J Urol 182:2232-2241, 2009</p> <p>24. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al: Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality results after 13 years of follow-up. J Natl Cancer Inst 104:125-132, 2012</p> <p>25. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al: Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. N Engl J Med 366:981-990, 2012</p> <p>26. Nam RK, Saskin R, Lee Y, et al: Increasing hospital admission rates for urological complications after transrectal ultrasound guided prostate biopsy. J Urol 183:963-968, 2010</p> <p>27. Loeb S, Carter HB, Berndt SI, et al: Complications after prostate biopsy: Data from SEERMedicare. J Urol 186:1830-1834, 2011</p>		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			28. Loeb S, van den Heuvel S, Zhu X, et al: Infectious complications and hospital admissions after prostate biopsy in a European randomized trial. Eur Urol 61:1110-1114, 2012		
Qaseem 2013 [28]	<p>Guidance Statement 1:</p> <p>ACP recommends that clinicians inform men between the age of 50 and 69 years about the limited potential benefits and substantial harms of screening for prostate cancer.</p> <p>ACP recommends that clinicians base the decision to screen for prostate cancer using the prostate-specific antigen test on the risk for prostate cancer, a discussion of the benefits and harms of screening, the patient’s general health and life expectancy, and patient preferences.</p> <p>ACP recommends that clinicians should not screen for prostate cancer using the prostate-specific antigen test in patients who do not express a clear preference for screening.</p> <p>Guidance Statement 2:</p> <p>ACP recommends that clinicians should not screen for prostate cancer using the prostate-specific antigen test in average-</p>		<p>Lim LS et al: ACPM Prevention Practice Committee. Screening for prostate cancer in U.S. men ACPM position statement on preventive practice. Am J Prev Med 2008.</p> <p>Wolf AM et al: American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee. ACS guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin 2010.</p> <p>Greene KL et al: Prostate specific antigen best practice statement: 2009 update. J Urol. 2009; [AUA]</p> <p>Moyer VA on behalf of USPSTF: Screening for prostate Cancer: USPSTF Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine 2012</p>	<p>AUA guideline has been updated in between, recommendations of AUA have changed. (see above)</p> <p>Only guidelines registered in the National Guideline Clearing House for prostate cancer screening developed in the US</p> <p>recommendations based on guidelines</p> <p>no grading of evidence</p>	<p>Bewertung nach DELBI (Range: 0-1):</p> <p>Methodische Exaktheit der Leitlinienentwicklung (systematische Recherche, etc.) (Domäne 3): 0.38</p> <p>Redaktionelle Unabhängigkeit (Domäne 6): 1</p>

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	<p>risk men under the age of 50 years, men over the age of 69 years, or men with a life expectancy of less than 10 to 15 years</p> <p>Frequency of screening:</p> <p>No clear evidence guides the periodicity or frequency of screening.</p> <p>No clear evidence that PSA screening more frequently than every 4y produces any additional benefit.</p> <p>PSA levels of 2.5 µg/L or greater may warrant yearly evaluation.</p>				
Moyer 2012] [29]	<p>Do not use prostate-specific antigen (PSA)-based screening for prostate cancer</p> <p>Lengthening the interval between screening tests may reduce harms without affecting cancer mortality; the only screening trial that demonstrated a prostate cancer-specific mortality benefit generally used a 2- to 4-year screening interval (Schröder et al NEJM 2012)</p>	<p>Grade D: The USPSTF recommends against that service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.</p> <p>Suggestion for practice: Discourage the use of the service</p>	<p>Chou R et al.: Treatments for Localized Prostate Cancer: Systematic Review to Update the 2002 USPSTF recommendation. AHRQ Publication 2011.</p> <p>Lin K et al: Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: an evidence update for the USPSTF recommendation. AHRQ Publication 2011 [9241]</p> <p>USPSTF: Screening for prostate cancer. Ann Intern Med 2008</p> <p>Updated results from included RCTs: Schröder et al NEJM 2012 (ERSPC)</p>	<p>Based on a systematic literature (AHRQ review) till 2011 and a selection of updated RCTs)</p> <p>Public consultation phase</p> <p>Conflict of interest reported</p> <p>Methods regarding consensus procedures not described</p>	see column “Bemerkungen”

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			Andriole et al J Natl Cancer Inst 2012 (PLCO) Rosario et al BMJ 2012 (ProtectT)		

2.1.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
EAU 2011 [30]	<p>Based on the results of these two large, randomised trials, most if not all of the major urological societies conclude that at present widespread mass screening for PCa is not appropriate. Rather, early detection (opportunistic screening) should be offered to the well-informed man (see also Section 6, Diagnosis). Two key items remain open and empirical:</p> <ul style="list-style-type: none"> · at what age should early detection start; · what is the interval for PSA and DRE. <p>A baseline PSA determination at age 40 years has been suggested upon which the subsequent screening interval may then be based (11) (grade of recommendation: B). A screening interval of 8 years might be enough in men with initial PSA levels < 1 ng/mL (12). Further PSA testing is not necessary in men older than 75 years and a baseline PSA < 3 ng/mL because of their very low risk of dying from PCa (13).</p>	Empfehlungsgrad B für PSA ab 40 und ergebnisabhängiges Intervall, hierzu kein LoE angegeben	<p>Ilic et al. Cochrane systematic review. Cancer Causes Control 2007 Apr;18(3):279-85 (2)</p> <p>Andriole et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009 Mar 26;360(13):1310-9. (1b)</p> <p>Schröder et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009 Mar 26;360(13):1320-8. (1b)</p> <p>11. Börgermann et al. Problems, objective, and substance of early detection of prostate cancer]. Urologe A 2010 Feb;49(2):181-9. [Article in German] (k.A.)</p> <p>12. Roobol MJ, Roobol DW, Schröder FH. Is additional testing necessary in men with prostate-specific antigen levels of 1.0 ng/mL or less in a population-based screening setting? (ERSPC, section Rotterdam). Urology 2005 Feb;65(2):343-6. (k.A.)</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
			13. Carter et al. Prostate specific antigen testing among the elderly; when to stop? J Urol 2008 Apr;174(2)(Suppl 1):600 abstract #1751. (k.A.)	
American Cancer Society 2010 [31]	<p>The ACS recommends that asymptomatic men who have at least a 10-year life expectancy should have an opportunity to make an informed decision with their health care provider about whether to be screened for prostate cancer, after receiving information about the uncertainties, risks, and potential benefits associated with prostate cancer screening.</p> <p>Men at average risk should receive this information beginning at age 50 years. Men at higher risk, including African American men and men who have a first-degree relative (father or brother) diagnosed with prostate cancer before age 65 years, should receive this information beginning at age 45 years. Men at appreciably higher risk (multiple family members diagnosed with prostate cancer before age 65 years) should receive this information beginning at age 40 years.</p> <p>Men should either receive this information directly from their health care providers or be referred to reliable and culturally appropriate sources.</p> <p>Patient decision aids are helpful in preparing men to make a decision whether to be tested.</p> <p>For men who are unable to decide, the screening decision can be left to the discretion of the health care provider, who should factor into the decision his or her knowledge of the patient's general health preferences</p>			

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
	<p>and values.</p> <p>Asymptomatic men who have less than a 10-year life expectancy based on age and health status should not be offered prostate cancer screening.</p> <p>Core elements of the information to be provided to men to assist with their decision include the following:</p> <p>Prostate cancer is an important health concern for men.</p> <p>Screening with the PSA blood test alone or with both PSA and digital rectal examination (DRE) detects cancer at an earlier stage than if no screening is performed.</p> <p>Prostate cancer screening may be associated with a reduction in the risk of dying from prostate cancer; however, evidence is conflicting and experts disagree about the value of screening.</p> <p>For men whose prostate cancer is detected by screening, it is not currently possible to predict which men are likely to benefit from treatment</p> <p>Depending on the treatment selected, treatment for prostate cancer can lead to urinary, bowel, sexual, and other health problems. These problems may be significant or minimal, permanent or temporary.</p> <p>The PSA and DRE may produce false-positive or false-negative results, meaning that men without cancer may have abnormal results and get unnecessary additional testing, and clinically significant cancers may be missed. False-positive results can lead to sustained</p>			

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
	<p>anxiety about prostate cancer risk.</p> <p>Abnormal results from screening with the PSA or DRE require prostate biopsies to determine whether or not the abnormal findings are cancer. Biopsies can be painful, may lead to complications like infection or bleeding, and can miss clinically significant cancer.</p> <p>Not all men whose prostate cancer is detected through screening require immediate treatment, but they may require periodic blood tests and prostate biopsies to determine the need for future treatment.</p> <p>Once a screening decision has been made, the decision should be readdressed when new research becomes available that significantly alters the balance between benefits, risks, and uncertainties regarding prostate cancer early detection. In the absence of new information, the decision should be readdressed periodically, because a man's health status, values, and preferences can change over time.</p> <p>For men who choose to be screened for prostate cancer after considering the possible benefits and risks:</p> <p>Screening is recommended with PSA with or without DRE. Screening should be conducted yearly for men whose PSA level is 2.5 ng/mL or greater.</p> <p>For men whose PSA is less than 2.5 ng/mL, screening intervals can be extended to every 2 years.</p> <p>A PSA level of 4.0 ng/mL or greater historically has been used to recommend referral for further evaluation or biopsy, which remains a reasonable approach for men</p>			

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
	<p>at average risk for prostate cancer.</p> <p>For PSA levels between 2.5 ng/mL and 4.0 ng/mL, health care providers should consider an individualized risk assessment that incorporates other risk factors for prostate cancer, particularly for high-grade cancer, that may be used to recommend a biopsy. Factors that increase the risk of prostate cancer include African American race, family history of prostate cancer, increasing age, and abnormal DRE. A previous negative biopsy lowers the risk.</p>			
NICE 2008 [32]	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	
US Preventive Services Task Force 2008 [33]	<p>The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of prostate cancer screening in men younger than age 75 years. This is an I statement.</p> <p>The USPSTF recommends against screening for prostate cancer in men age 75 years or older. This is a grade D recommendation.</p>	<p>I = current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms...</p> <p>D = The USPSTF recommends against the service.</p>	<p>Jemal CA Cancer J Clin 2007;57:43-66. , Harris Ann Intern Med 2002;137:917-29. , Thompson N Engl J Med 2004;350:2239-46., Welch J Natl Cancer Inst 2005;97:1132-7., Lin Ann Intern Med 2008;149:192-9., Wilt Comparative Effectiveness Review no. 13. AHRQ publication no. 08-EHC010-1, Roobol J Natl Cancer Inst 2007;99:1296-303. , National Cancer Institute Cancer Stat Fact Sheets: http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html on 3 June 2008., U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999-2004 Accessed at www.cdc.gov/uscs on 3 June 2008., Etzioni J Natl Cancer Inst 2002;94:981-90. , Gann JAMA 1995; 273:289-94. , Ilic Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD004720. ´, Aus G Eur Urol 2007;51:659-64. , Bill-Axelsson N Engl J Med 2005;352:1977-84. ,, American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services Accessed at www.aafp.org. on 17 June 2008.,</p>	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege (Level of Evidence)	Methodische Bewertung
			American College of Physicians. Ann Intern Med 1997;126:480-4. , Lim Am J Prev Med 2008;34:164-70., Smith CA Cancer J Clin 2006;56:11-25; quiz 49-50. ; American Urological Association. Oncology (Williston Park) 2000;14:267-72, 277-8, 280 passim.	
UK National Screening Committee; NHS Cancer Screening Programme 2009 [34]	<p>Until there is clear evidence to show that a national screening programme will bring more benefit than harm, the NHS will not be inviting men who have no symptoms for prostate cancer screening.</p> <p>In 1968, Wilson and Jungner of the World Health Organisation developed ten principles which should govern a national screening programme. These are:</p> <p>1)The condition is an important health problem, 2) Its natural history is well understood 3) It is recognisable at an early stage, 4) Treatment is better at an early stage 5) A suitable test exists, 6) An acceptable test exists , 7) Adequate facilities exist to cope with abnormalities detected, 8) Screening is done at repeated intervals when the onset is insidious, 9) The chance of harm is less than the chance of benefit, 10) The cost is balanced against benefit</p> <p>To date, prostate cancer screening fulfils only the first condition. See the Health Technology Assessment Programme's monograph Diagnosis, management and screening of early localised prostate cancer: a review. for details. The UK National Screening Committee has recommended that a prostate cancer screening programme should not be introduced in England at this time.</p>	Keine Angaben	Selley S, Donovan J, Faulkner A, Coast J, Gillatt D. Diagnosis, management and screening of early localised prostate cancer. Health Technol Assess 1997;1 (2).	

2.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
SR/MA	Ilic 2013 [35]	All randomized, and quasi-randomized, controlled trials	Screening vs. no screening for prostate cancer	<p>Prostate cancer-specific mortality:</p> <p>total: RR 1.00 (95% CI: 0.86-1.17)</p> <p>age- subgroups:</p> <p>men aged ≥ 45: RR: 1.01 (95% CI: 0.76-1.33)</p> <p>men aged ≥ 50: RR: 0.93 (95% CI: 0.69-1.27)</p> <p>men aged ≥ 55: RR: 1.12 (95% CI: 0.92-1.37)</p> <p>studies with low risk of bias (ERSPC and PLCO): RR 0.96 (95% CI: 0.70-1.30)</p> <p>All-cause mortality:</p> <p>total: RR: 1.00 (95% CI: 0.96-1.03)</p> <p>age-subgroups:</p> <p>men aged ≥ 50: RR: 1.14 (95% CI: 0.84-1.56)</p> <p>men aged ≥ 55: RR: 0.98 (95% CI: 0.95-1.01)</p> <p>Prostate cancer:</p>	<p>No data/recommendation regarding screening intervals</p> <p>Cut-off values for biopsy ranging from 2.5-10</p> <p>Screening did not significantly decrease prostate cancer-specific mortality.</p> <p>Only 1 trial reported a significant reduction in patients aged 55-69.</p> <p>Moderate quality of evidence for PCA-specific mortality and all-cause mortality; Low quality of evidence for prostate cancer diagnosis</p>	<p>Schröder et al NEJM 2012 (ERSPC)</p> <p>Sandblom et al BMJ 2011</p> <p>Andriole et al J Natl Cancer Inst 2012 (PLCO)</p> <p>Labrie et al Prostate 2004</p> <p>Kjellmann et al J Urol 2009</p>	1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				total: RR: 1.30 (95% CI: 1.02-1.65) age-subgroups: men aged ≥ 50: RR: 1.59 (95% CI: 1.54-1.64) men aged ≥ 55: RR: 1.12 (95% CI: 1.08-1.17)			
SR	Lin 2011 [36]	Randomized controlled trials, systematic evidence reviews or meta-analyses	Benefits vs. harms of screening for prostate cancer	After about 10 years, PSA-based screening is associated with the detection of additional cases of prostate cancer, but small to no reduction in prostate cancer-specific mortality.	No data about follow-up time of 10 years or more Different cut-off values for biopsy Three poor, two fair quality studies Men with a history of PSA testing were not excluded Search included data about all cause mortality, but no conclusion/discussion. Contamination in the two fair quality studies: ERSPC 20% extrapolated across all centers; PLCO around 50%	Schröder et al NEJM 2009 (ERSPC) Andriole et al NEJM 2009 (PLCO) Kjellmann et al J Urol 2009 (Stockholm) Hugosson et al Lancet Oncol 2010 (Göteborg) Sandblom BMJ 2011 (Norköping) Djulbegovich et al BMJ 2010 (meta-analyses) Ilic et al Cochrane Collaboration 2010 (updated version see	1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						above)	
SR	Zhu 2012 [37]	<p>Databases:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medline database combining the following terms: prostate cancer, diagnosis, screening, risk factors, predictive tools, and nomograms. - Manual searches <p>Search period:</p> <p>preference given to articles published within the last 10 yr.</p> <p>Inclusion and exclusion</p>	<p>They considered articles that evaluated risk-based PCa screening factors</p>	<p>No. of included studies: In total, 152 articles evaluating risk factors and 42 studies reporting on prediction tools were selected based on title and abstract.</p> <p>overall results</p> <p>1) AGE to start screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> - It was shown that age (per year or per decade) was not a statistically significant predictor for PCa in men 55–70 yr at the initial screen, unlike PSA, previous negative biopsy (yes or no), and prostate volume, which were predictive [14]. - In the ERSPC study, mortality reduction after 9-yr follow-up was shown in the age groups 55–59 yr and 65–69 yr but not in the age group 60–64 yr [3]. - Goteborg trial showed that the most apparent mortality reduction after 14 yr of follow-up was achieved in men 60–64 yr of age at study entry, although the 	<p>Methodological weaknesses /limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> No critical appraisal of included studies. Only study type described. Limitations or risk of bias of single studies very little discussed no details of single study results described no mention of two independent reviewer no flow-diagramm of study selection shown Database was restricted to Medline, no Cochrane Library or other databases regarded Little data regarding screening intervals 	<p>[3] Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostatecancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009;360:1320–8.</p> <p>[4] Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al. Mortality results from the Goteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. Lancet Oncol 2010;11:725–32.</p> <p>[14] Schroder FH, Roobol MJ, Andriole GL, Fleshner N. Defining increased future risk for prostate cancer: evidence from a population based screening cohort. J Urol 2009;181:69–</p>	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		<p>criteria: restricted to English language</p> <p>Study type: original articles review articles, and editorials</p>		<p>trial was not powered for such subgroup analysis [4].</p> <p>- A single PSA at or before age 50 predicts clinically significant PCa up to 30 yr later [45–47]</p> <p>AUTHORS conclusion:</p> <p>Screening benefit for each age group may alter with longer follow-up. They do not have a clear conclusion of when to start screening.</p> <p>2) Screening interval:</p> <p>- Lilja et al [45] examined 21 277 men, 33–50 yr of age at the time of participation, and reported a strong association of baseline PSA with subsequent PCa and advanced cancer (area under the curve [AUC] 0.72 and 0.75, respectively). Based on their findings, the authors suggest that men with PSA levels below the median (approximately 0.6 ng/ml) might be expected to benefit little from subsequent annual or even biennial PSA checkups.</p>		<p>74.</p> <p>[45] Lilja H, Cronin AM, Dahlin A, et al. Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. Cancer 2011;117: 1210–9.</p> <p>[46] Lilja H, Ulmert D, Bjork T, et al. Long- term prediction of prostate cancer up to 25 years before diagnosis of prostate cancer using prostate kallikreins measured at age 44 to 50 years. J Clin Oncol 2007;25:431–6.</p> <p>[47] Ulmert D, Cronin AM, Bjork T, et al. Prostate-specific antigen at or before age 50 as a predictor of advanced prostate cancer diagnosed up</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>Roobol et al. found that a 8-yr screening interval instead of 4 yr would lead to a considerable decrease in the number of screening visits, with a minimal risk of missing aggressive cancer at the curable stage [51].</p> <p>AUTHORs conclusion:</p> <p>It remains uncertain if and at what time potentially lethal cancers can be detected in a curable stage. After assessment of an early PSA test, the screening frequency may be determined based on individualized risk.</p>		<p>to 25 years later: a case-control study. BMC Med 2008;6:6.</p> <p>[51] Roobol MJ, Roobol DW, Schroder FH. Is additional testing necessary in men with prostate-specific antigen levels of 1.0 ng/ml or less in a population-based screening setting? (ERSPC, section Rotterdam). Urology 2005;65:343-6.</p>	
SR	Loeb 2012 [38]	<p>Databases: PubMed on keywords</p> <p>“baseline PSA and prostate cancer” and manual search</p> <p>Search period: period ending April 2011.</p> <p>Inclusion and</p>	<p>Age to start PSA Screening - review of the literature on baseline PSA testing at a young age (<60 yr) for the prediction of prostate cancer risk and prognosis</p>	<p>2007, Lilja et al. reported that PSA measured at 44-50 yr of age was a strong predictor of a clinical diagnosis of prostate cancer during the subsequent two decades with AUC 0.76 for the prediction of prostate cancer [33].</p> <p>In the same source population with updated follow-up a similarly robust association between PSA levels at <50 yr of age with subsequent prostate cancer diagnosis (AUC: 0.719; p <</p>	<p>Methodological weaknesses /limitations:</p> <p>no critical appraisal of included studies. Study type rarely described. Limitations or risk of bias of single studies not discussed</p> <p>little details of single study results described</p> <p>no mention of two independent reviewer</p>	<p>[33] Lilja H, Ulmert D, Bjork T, et al. Long-term prediction of prostate cancer up to 25 years before diagnosis of prostate cancer using prostate kallikreins measured at age 44 to 50 years. J Clin Oncol 2007;25:431-6.</p> <p>[34] Lilja H, Cronin AM, Dahlin A, et al. Prediction of</p>	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		<p>exclusion criteria:</p> <p>English-language publications focused on studies involving young men (<60 yr of age) at the baseline PSA assessment.</p> <p>Study type:</p> <p>No restriction described</p>		<p>0.0005) [34].</p> <p>In the subset with PSA measurements at <40 yr of age, stronger association between the baseline PSA and later prostate cancer diagnosis (AUC: 0.74; $p < 0.0005$). [34].</p> <p>Comparison of 43 987 men 55–74 yr of age from the screening arm of the ERSPC to 42 503 men from the population of Northern Ireland where screening is uncommon:</p> <p>prostate cancer-specific mortality was lower in the ERSPC screening group compared with the Northern Ireland group, the adjusted absolute difference in prostate cancer-specific mortality between the groups increased with higher baseline PSA values [50].</p> <p>Studies have reported a higher AUC on ROC analysis for prostate cancer detection with both PSA and PSA velocity measurements in men in their 40s compared with those >50 yr of age [51,52].</p> <p>Based on a Markov model to assess the comparative efficiency of different PSA screening</p>	<p>no flow-diagram of study selection shown</p> <p>Database was restricted to Medline, no Cochrane Library or other databases regarded</p> <p>Little data regarding screening intervals</p> <p>Authors found that randomized trials have not been performed to evaluate PSA screening for men in their 40s.</p>	<p>significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. Cancer 2011;117: 1210–9.</p> <p>[50] van Leeuwen PJ, onnolly D, Tammela TL, et al. Balancing the harms and benefits of early detection of prostate cancer. Cancer 2010;116: 4857–65.</p> <p>[51] Sun L, Moul JW, Hotaling JM, et al. Prostate-specific antigen (PSA) and PSA velocity for prostate cancer detection in men aged <50 years. BJU Int 2007;99:753–7.</p> <p>[52] Loeb S, Roehl KA, Catalona WJ, Nadler RB. Is the</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				approaches, by comparing the number of prostate cancer deaths prevented per the number of PSA tests and prostate biopsies: The model suggested that a strategy of screening men at 40 and 45 yr of age followed by biennial screening beginning at 50 yr of age (or in the 40s if PSA >2 ng/ml) was more efficient than annual screening starting at 50 yr of age [55].		<p>utility of rostatespecific antigen velocity for prostate cancer detection affected by age? BJU Int 2008;101:817-21.</p> <p>[55] Ross KS, Carter HB, Pearson JD, Guess HA. Comparative efficiency of prostate-specific antigen screening strategies for prostate cancer detection. JAMA 2000;284:1399-405.</p>	

2.1.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011 und 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenz- niveau (SIGN)
Syst. Review mit	Djulgovic et al. 2010	Systematische Recherche ;	Screening mit PSA +/- DRU bei asymptomatischen	Insgesamt 6 Studien (n = 387286), 4 Studien seit 2009, 2 bereits in Illic et al. 2006. ; 1 Studie zu Beginn nur mit	PLCO : Andriole et al. 2009, N	1++

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)
Metaanalyse	[39]	<p>Suchzeitraum : 2005 (Suchdatum von Cochrane Review Ilic et al. 2006) bis 13.07.2010, Quellen : Medline, Embase, CENTRAL, Kongressbände EAU, AUA, ASCO, Referenzencheck,</p> <p>Einschlusskriterien : RCTs, Patienten ohne vorherige Diagnose Prostatakarzinom, Intervention: PSA mit oder ohne DRU</p>	<p>Personen vs. kein Screening bzgl.</p> <p>prostatakrebspezifische Mortalität</p> <p>Gesamtüberleben</p> <p>PCa-Diagnose</p> <p>Falsch-positive und Falsch negative Ergebnisse</p> <p>Schäden</p> <p>Lebensqualität</p> <p>Kosten-Effektivität</p> <p>Subgruppenanalysen bzgl. Alter und Stadien</p> <p>Sensitivitätsanalysen bzgl. methodischer Qualität</p>	<p>DRU, später PSA+DRU ; 3 Studie nur PSA (DRU bei Auffälligkeit), Follow-up : 4-15 Jahre</p> <p>relative risk 0,88 (95% KI 0,71-1,09 ; p = 0,25) ; 5 Studien (PLCO, Quebec, Norrköping, ERSPC, Gothenburg) ; n = 302500, relevante Heterogenität ($I^2 = 55\%$, $X^2 = 8,89$; p = 0,06) ; Studienqualität nach GRADE : moderat</p> <p>relative risk 0,99 (95% KI 0,97-1,01 ; p = 0,44) ; 4 Studien (PLCO, Norrköping, ERSPC, Gothenburg) ; n = 256019, kein Hinweis auf relevante Heterogenität ($I^2 = 0\%$, $X^2 = 1,89$; p = 0,60) – Bei Quebec-Trial wird outcome reporting bias vermutet, da zwar Daten zu prostatakrebspezifischer Mortalität aber keine Daten zu Gesamtüberleben berichtet. Studienqualität nach GRADE : moderat</p> <p>relative risk 1,46 (95% KI 1,21-1,77 ; p < 0,001) ; 5 Studien (PLCO, Norrköping, ERSPC, Gothenburg, ERSPC French) ; n = 340800, relevante Heterogenität ($I^2 = 97\%$, $X^2 = 126,69$; p < 0,001) ; Studienqualität nach GRADE : low</p> <p>Falsch positiv : 82,5% (Norrköping), 75,9% (ERSPC)</p> <p>kein Hinweis auf erhöhte Mortalität nach Biopsie in ERSPC, Risiko für Blutung oder Schmerz nach DRU bei 0,3/10000 Screenings bei PLCO-Studie, 3 Ohnmachtsanfälle/10000 Screenings bei PLCO, 68/10000 Komplikationen (Blutungen, Infektionen, Gerinnselbildung etc.)</p> <p>nicht berichtet</p> <p>nur eine Studie (Norrköping) mit unplausiblen Daten von</p>	<p>Engl J Med 2009;360:1310-9.</p> <p>Quebec : Labrie et al. 2004; Prostate 59:311-8., Labrie et al. 1999;38:83-91., Labrie et al. Aging Male 1999;2:33-43.</p> <p>Norrköping : Sandblom et al. Eur Urol 2004;46:717-24., Varenhorst et al. Acta Oncol 1992;31:815-21.</p> <p>ERSPC : Schroder FH et al.N Engl JMed 2009;360:1320-8.</p> <p>ERSPC French : Jegu J, et al. Prog Urol 2009;19:487-98.</p> <p>Gothenburg: Hugosson J et al. 2010;11:725-32.</p>	

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>1990</p> <p>nach Stadien : Stadium I (Studienqualität nach GRADE : low) : relative risk 1,95 (95% KI 1,22-3,13 ; p < 0,001) ; 4 Studien (PLCO, Norrköping, ERSPC, ERSPC French) ; n = 332743, relevante Heterogenität (I² = 96%, X² = 79,32 ; p < 0,001) ; Stadium II und Stadium III-IV : keine signifikanten Unterschiede</p> <p>nach Alter : höheres Risiko für Diagnose eines PCa bei Altersgruppen 50-54 (1,81 ; 1,53-2,13) und 65-69 (2,44 ; 1,41-4,25), keine deutliche Hinweise auf Alterseffekte bzgl. CSS und OS</p> <p>keine Angaben dazu identifiziert.</p>		
System. Review	Harris et al., 2002 [40]	1 RCT (in Illic 2006 enthalten), 3 Fall-Kontroll-Studien, 7 andere Beobachtungsstudien (ecologic studies) aus systematischer Suche in Cochrane und Medline Jan 1994-Sept 2002	Screening vs kein Screening (PSA und/oder DRE) bezüglich Mortalität. (eine von mehreren Fragestellungen im Review; zu den anderen Fragestellungen siehe weitere Extraktionen zum gleichen Review)	<p>RCT (Labrie 1999): deutliche Reduktion der Mortalität durch Screening (PSA+DRU), aber sehr geringe compliance, starkes cross-over und keine intention-to-treat Analyse, daher keine Evidenz für oder gegen Screening.</p> <p>Fall-Kontroll-Studien (DRU): zwei Studien ohne signifikante Effekte, eine mit protektivem Effekt durch DRU; aber Patienten z.T. symptomatisch, d.h. DRU bei Beschwerden und nicht beim asymptomatischen Patienten.</p> <p>Beobachtungsstudien: stellen Verbindung zwischen Anstieg der Inzidenz mit nachfolgendem Abfall der PCa-spezifischen Mortalität her und Einführung von PSA-Screening her (in USA Ende der 80er/frühe 90er).</p>	Inkonklusive Daten, Autoren schlussfolgern: „If screening is effective, we are not able to determine to any degree of precision from these data the magnitude of the benefit.“	1- bis 3

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>Studie aus Österreich bringt niedrigere PCa-spezifische Mortalität in Tirol mit Routine-PSA-Screening in Zusammenhang.</p> <p>Problem mit Beobachtungsstudien: keine Nachweis eines kausalen Zusammenhangs, nur hypothesengenerierend, alternative Erklärungen für beobachtete Effekte.</p>		
System. Review	Harris et al., 2002 [40]	Aus systematischer Suche in Cochrane und Medline Jan 1994-Sept 2002.	<p>Testgüteparameter für Screening mit PSA.</p> <p>(eine von mehreren Fragestellungen im Review; zu den anderen Fragestellungen siehe weitere Extraktionen zum gleichen Review)</p>	<p>Physicians' Health Study (35):</p> <p>Sensitivität PSA ≥ 4 ng/ml für aggressive PCa 87-91%.</p> <p>Sensitivität PSA ≥ 4 ng/ml für nichtaggressive PCa 53-56%.</p> <p>Spezifität PSA ≥ 4 ng/ml 91%.</p> <p>Andere Studien PSA ≥ 4 ng/ml</p> <p>Sensitivität 63-83% (58,59,43)</p> <p>Spezifität 81-98% (58,59)</p> <p>Spezifität geringer bei Männern mit BPH (60)</p> <p>Erniedrigung der Schwelle erhöht die Sensitivität und senkt die Spezifität – ein Nutzen bzgl. Mortalität ist unklar.</p>	<p>Zwei Probleme bei der Bestimmung der Testgüteparameter:</p> <p>1. signifikantes vs nicht signifikantes PCa – welche Tumoren liegen der Berechnung zugrunde?</p> <p>2. Biopsie als Referenzstandard ebenfalls mit Fehlerquellen verbunden</p>	2
System. Review	Harris et al., 2002 [40]	Aus systematischer Suche in Cochrane und Medline Jan 1994-	<p>Testgüteparameter für Screening mit DRU.</p> <p>(eine von mehreren</p>	<p>Sensitivität DRU 59-64% (98).</p> <p>Cancer detection rates im Vergleich mit PSA (44):</p> <p>DRU allein 3,2%</p>		2

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		Sept 2002.	Fragestellungen im Review; zu den anderen Fragestellungen siehe weitere Extraktionen zum gleichen Review)	PSA (≥ 4 ng/ml) allein 4,6% PSA+DRU 5,8% Screening-Studie Candas et al. 2000 (100): 90% aller PCas durch PSA allein identifiziert ohne DRU.		
Meta-analyse	Mistry 2003 [41]	13 Studien aus systematischer Suche 1966 bis 1999, unselektierte asymptomatische Patienten.	DRE, PSA (cut-off > 4ng/mL), Referenzstandard: Histologie aus Biopsie.	Gepoolte PSA-Positivität aller Patienten: 10,1 % Gepoolte Zahl auffälliger DREs aller Patienten: 5,0% Gepoolte Ergebnisse PSA: Sensitivität 72,1% (66,7-100%) Spezifität 93,2% (63,1-100%) PPW*25,1% (17-57%) Gepoolte Ergebnisse DRE: Sensitivität 53,2% (49,0-69,2%) Spezifität 83,6% (18,0-99,5%) PPW* 17,8% (5-33,1%).	Studien wurden nach Teilnehmerzahl gewichtet.	2++
Systematisches Review	Harris, 2002 [42]	--	radikale Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie,	<u>Krankheitsspezifisches Überleben:</u> Prostatektomie versus Watchful-Waiting: 96.6%. Prostatektomie versus Radiotherapie: 84.6% (p=0.02;	<u>Es wurden auch Schädigungen der unterschiedlichen Vorgehensweisen analysiert:</u> 12 Monate nach Prostatektomie ist bei 20% - 70% der prostatek-	1++

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			Watchful-Waiting, Antiandrogen. (eine von mehreren Fragestellungen im Review; zu den anderen Fragestellungen siehe weitere Extraktionen zum gleichen Review)	über 5 J). Anti-A (oestrogen) Mortalität: 12% bei Östrogen - 28% unter Watchful-Waiting; p=0.03. <u>Gesamt-Überleben:</u> 47% unter Östrogen versus 40% auf der Warteliste (deferred treatment); p=0.48.	tomierten Männer mit reduzierter Sexualfunktion zu rechnen; bei 15% - 50% Probleme mit der Miktion.	

ASCO = American Society of Clinical Oncology, AUA = American Urological Association, DRU = digital-rektale Untersuchung, ERSPC = European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, EAU = European Association of Urology, GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (Working Group), KI = Konfidenzintervall, PCa = Prostatakarzinom, PLCO = Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (Cancer Screening Trial), PSA = prostataspezifisches Antigen, RCT = randomisierte kontrollierte Studie, TRUS = transrektaler Ultraschall

2.1.5. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Schröder 2012 [43] (RCT)	N = 162,388 Age: 55-69 y	screening (N=72,891) vs. control (n=89,352)	Primary endpoint: prostate cancer mortality Pre-specified intermediate outcome measures: 1. The value of screening tests 2. Complications of the screening procedure 3. Progression free (tumor free) survival 4. Survival free of metastasis 5. Serious side effects of the screening procedure and of treatment 6. Quality of Life	Prostate cancer mortality: Screening group: 0.4% (n=299) vs. Control group: 0.5% (n=462) per person years: Screening group: 0.39 per 1000 person years Control group: 0.50 per 1000 person years Rate ratio: 0.79 (95% CI: 0.68-0.91, p=0.001) Mortality (based on data from registries) Screening group: 19.1% (n=13,917) vs. Control group: 19.3% (n=17,256)	Pre-specified subgroup (core group: 55-69 years) Screening interval: 4 years (in Sweden 2 years); median screening interval: 4.02 years 86% of men in the screening group with a positive test underwent prostate biopsy Median duration of follow-up: 10.5 and 11.0 years, respectively Relative risk reduction during years 10 and 11: 38% After correction for selection bias and noncompliance: adjusted rate ratio for PCA mortality: 0.71 (95% CI: 0.58-0.86) Differences in protocol between different study sites (countries), e.g. median age at conclusion Sweden: 57, NL: 64) 39.7% (n=3313) of all detected PCA in screening group detected between screenings or in unscreened subjects PSA of 3.0 ng per ml was an indication for biopsy in most centers	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>per patient years</p> <p>Screening group: 18.2 per 1000 person years vs.</p> <p>Control group: 18.5 per 1000 person years</p> <p>Rate ratio: 0.99 (95% CI: 0.97-1.01)</p> <p>Prostate cancer cases:</p> <p>Screening group: 9.6% (n=6963) vs.</p> <p>Control group: 6.0% (n=5396)</p> <p>per patient years:</p> <p>Screening group: 9.66 per 1000 person years vs.</p> <p>Control group: 5.95 per 1000 person years</p> <p>Rate ratio: 1.63 (95% CI: 1.57-1.69)</p>	<p>differences in randomization procedures at different study sites: population based effectiveness study (consent after randomization) vs. efficacy studies (consent before randomization)</p> <p>No data about screenings before study onset</p> <p>All cause mortality not prespecified as endpoint of the study</p> <p>Actualization of earlier publication see Evidenztabelle der S3 Leitlinie Prostatakarzinom</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
van Leeuwen 2012 [44] (subgroup analysis RCT)	Gothenburg, intervention group: n= 4202 and Rotterdam intervention group: n=13301 55-64 y	2-year screening (Gothenburg) vs. 4-year screening (Rotterdam)	Proportional (low risk/advanced) cancer incidence: ratio of observed number of (low risk/advanced) cancer to expected number of (advanced) cancers based on the control arm	2-year screening (Gothenburg) vs. 4-year screening (Rotterdam) Low Risk PCA: RR 9.44 (95% CI 6.25-14.26) vs. RR 6.47 (95% CI 5.05- 8.27) Advanced PCA: RR 0.40 (95% CI 0.22-0.71) vs. RR 0.69 (95% CI 0.50- 0.96) Total PCA: RR 3.64 (95% CI 2.92-4.53) vs. RR 3.08 (95% CI 2.67-3.55) RR (2 year (Gothenburg) vs. 4 year (Rotterdam): Low-risk PCA incidence: 1.46 (95% CI 1.25-1.71, p<0.001) Advanced risk PCA incidence: 0.57 (95% CI 0.33-0.99, p=0.048)	Two centers from ERSPC study (Gothenburg, Sweden, Rotterdam, Netherlands) Subgroup analyses of Schröder et al NEJM 2009 (no data regarding pre-specified study design found) Different screening tests: Rotterdam: combination of TRUS, DRE and PSA, Gothenburg: only PSA Gothenburg: population-based effectiveness study (consent after randomization), Rotterdam: efficacy study (consent before randomization). RR for PCA detection at first screening is different between Gothenburg and Rotterdam Follow-up Rotterdam 8 years vs. Gothenburg 10 years. Assumption that contamination by PSA testing in control population and before randomization was assumed to be similar Several side studies were conducted (see Bul et al) in Rotterdam → detected patients were considered as screen detected. PCA in men who refused a scheduled	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				Total PCA incidence: 1.18 (95% CI: 1.04- 1.33, p=0.009)	screening or a biopsy were not considered as interval cancers.	
Bul 2011 [45] (subgroup analysis RCT)	Subgroup of ERSPC Rotterdam Men with PSA<3ng/ml at initial screening including men with biopsy, excluding men with detected PCA (n=15758)	PSA<1 (n=7126) vs. PSA 1-1.9 (n=6156) vs. PSA: 2-2.9 (n=2476)	Overall mortality (HR adjusted for age & comorbidity) PCA-mortality (HR adjusted for age & comorbidity) PCA detected (HR adjusted for age & comorbidity)	Overall mortality: PSA<1: n=1560 (22%) PSA 1-1.9: n=1365 (22%) PSA: 2-2.9: n=610 (25%) PSA 1-1.9 vs. PSA<1 (HR: 0.9 (0.9-1.0), p=0.026) PSA 2-2.9 vs. PSA<1 (HR: 0.9 (0.8-1.0), p=0.068) PCA mortality: PSA<1: n=3 (<0.1%) PSA 1-1.9: n=11 (0.2%) PSA: 2-2.9: n=9 (0.4%)	Additionally to the PSA screenings side studies were conducted (PSA doubling time, PSA velocity etc.); detected patients were considered as screen detected. Aggressive PCA were more often interval detected Exploratory post-hoc subgroup analysis Median baseline PSA for patients who developed PCA: 1.8 vs. patients who did not 1.0 PCA mortality rates (%) calculated from data presented in study; related to whole group	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				PSA 1-1.9 vs. PSA<1 (HR: 4.0 (1.1-14.2), p=0.035) PSA 2-2.9 vs. PSA<1 (HR: 7.6 (2.0-28.3), p=0.003) PCA detected PSA<1: n=129 (1.8%) PSA: 1-1.9: n=415 (6.7%) PSA: 2-2.9: n=371 (15%) PSA 1-1.9 vs. PSA<1 (HR: 4.0 (3.3-4.9), p<0.001) PSA 2-2.9 vs. PSA<1 (HR: 10.3 (8.4-12.5), p<0.001)		

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Kipeläinen 2013 [46] (RCT)	Finnish population of the ERSPC study 80,144 men (31,866 screening group, 48,278 control group) Aged 55, 59, 63, 67 at entry Exclusion: Previous PCA diagnosis	Screening (PSA) vs. control (1:1.5)	PCA-related mortality (as described in ERSPC)	All-cause mortality Screening: n=6,618 (cumulative mortality: 20.8%) Control: 10,079 (cumulative mortality: 20.9%) PCA-related mortality Screening: n=149 (cumulative mortality: 0.47%) Control: n=266 (cumulative mortality: 0.55%) (HR: 0.85 (95% CI 0.69- 1.04, p=0.10) NNI: 1199 NNdetected PSA: 25 PCA detected Screening: n=2883, cumulative incidence:	Cut-off level for diagnostic examination including DER, TRUS, biopsy: 4.0 ng/ml PSA: 3-3.9 → DRE or free/total PSA ratio → if suspicious: further diagnostic examination Screening every 4 years No screening if age>71 Outcomes detected from cancer registry/death registry Causes of death reviewed by committee Age distribution at baseline similar between control and screening Median follow-up time: 12.0 years 75% of screening group attended screening at least once 222 interval cancers in the screening group (14.4 % at high risk) Men in screening group were more likely treated with radical prostatectomy for moderate to high-risk PCA than men in control group. Significant differences in PCA mortality	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				9.0% Control: n=3337, cumulative incidence: 6.9% (HR=1.34, 95% CI 1.27- 1.40, p>0001)	between patients who attended at least once to the screening and Control) Roughly 30% over-diagnosis (estimated) Contamination not estimated (% of T1 c PCA were similar for Netherlands, Sweden, Finland)	
Andriole 2012 [47] (RCT) PLCO	76,685 men (screening: 38,340, control 38,345) Age: 55-74 Exclusion criteria (selection): Treatment for cancer Previous surgical removal of prostate, lung, colon Use of finasterid in previous 6 months More than 1 PSA blood test in previous 3 years	Screening (PSA and DRE) vs. control	Primary endpoint: Death from PCA Secondary endpoint: PCA incidence	Death from PCA: Screening: n=158 (0.4%) vs. control: n=145 (0.4%) cumulative incidence: screening 3.7 vs. control 3.4 per 10000 person years: RR: 1.09 (95% CI 0.87-1.36) PCA Screening: n=4250 (11%) vs. control: n=3815 (10%) cumulative incidence: screening 108.4 vs. control 97.1 per 10000 person years: RR: 1.12	Cut-off for biopsy: PSA>4 or suspicious DRE Annual PSQA screening for 6 years, annual DRE for 4 years Follow-up: 13 years from trial entry; vital status for 92% of men known at year 10, for 57% of men at year 13 Diagnosed cancers, deaths and causes of deaths were ascertained by annual follow-up questionnaire and periodic linkage to the National Death Index Contamination: 45% of participants had at least one PSA test in the 3 years preceding randomization; 52% of control arm with PSA screening. Actualization of earlier publication see Evidenztabellen der S3 Leitlinie	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				(95% CI 1.07-1.17)	Prostatkarzinom	
Sandblom 2011 [48] (RCT)	N = 9,026 (1:6), screening (n=1,494), vs. control n=7,532 Men, aged: 50-69 Population based study (every 6th men aged 50-69 was invited for screening)	Screening every 3 years vs. no screening	Detected PCA (PCA-)Mortality rates in patients with PCA	PCA: Screening 5.7% (n=85) vs. Control 3.9% (n=292) Prostate cancer specific survival (only patients with diagnosed PCA): Screening: n=30 (35%, 30/85) Control: n=130 (45% (130/292) (RR: 1.16 (95% CI 0.78- 1.73) Overall Mortality (only patients with PCA) Screening: n=69 (81%, 69/85) Control: n=252 (86%, 252/292)	Male population of Norrköping (complete cohort) 1st, 2nd screening: DRE; 3rd, 4th screening: DRE+PSA (cut-off 4) 4th screening: only man <69 years (n=606) 78% of men in screening group participated in 1st screening, 70% in 2nd, 74% in 3rd, 74% in 4th Median follow-up time: 75 months Data on tumor stage, grade, treatment, mortality from registries Cancers detected at screening: n=43, Interval cancers: n=42 Mortality data only reported for patients with PCA No information regarding randomization procedure, no blinding Authors expect little contamination as PSA screening rate in Sweden used to be low	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
					Already considered for last update (see Evidenztabelle der S3 Leitlinie Prostatakarzinom)	
Lilja 2011 [49] (prospective cohort: nested case-control study)	21,277 men Age 33-50 (representing 74% of all men living in Malmö)	1-3 controls (men without PCA) per matched cases (men with PCA)		Among patients aged 44-50 at baseline: 95% of PCA were diagnosed after age 60 Men aged 44-50: Low risk (1-5%) for PSA < 0.5 Average risk (8-15%) for PSA 0.75-1.25 Higher risk (17-20%) for PSA > 1.50	Median time between baseline and PCA diagnosis: 23 years No data on morbidity or mortality, PSA screening more common in Sweden, some cases detected due to PSA screening. Already considered for last update (see Evidenztabelle der S3 Leitlinie Prostatakarzinom)	3
Gulati 2013 [50] (modeling study)	US cohort modeling study Model assumption: without screening: risk for PCA death 2.86%;	Reference strategy: annual screening, men aged 50-74, PSA cut-off for biopsy 4.	PCA death PCA detected Overdiagnosis	Reference strategy: PCA detected: 15.3% risk for PCA death: 2.15% risk of overdiagnosis	Data input only partly described, definitions and/or criteria used only partly described Focus on US situation Varying ages to start and stop screening has a substantial effect on lives saved and	3

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	Comparison of 35 screening strategies (with the reference strategy) based on: screening interval (mainly biennial and annual) PSA level (velocity) Age	Comparison strategy: Biennial screening (quinquennial if PSA level < median for 10-year age group), men aged 45-74, PSA cut-off for biopsy 4.		3.3% Comparison strategy: PCA detected: 14.4% risk for PCA death: 2.27% risk of overdiagnosis 2.4%	overdiagnosis Authors report results for all 35 different strategies; here details for strategy 22 are reported.	

2.1.6. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011 (inklusive Andriole et al. 2009 und Schröder et al. 2009)

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs-intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-niveau SIGN
Hugosson et al. 2010 [51]	19904 (9952 in Screeninggruppe, davon 2374 die nicht an Screening teilgenommen)	Screeningprogramm mit Einladung alle 2 Jahre bis zur oberen Altersgrenze	Keine Einladung zum Screening, Normalversorgung	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt) kumulative	Intention to Screen : Rate ratio 0,56 (95% KI 0,39-0,82, p = 0,002), Absolute Risikoreduktion : 78 vs. 44 Todesfälle ; 0,4% (95% KI 0,17-0,64) ; 0,5 % vs. 0,9 % ; Number	Signifikant weniger Patienten mit fortgeschrittenem PCa (PSA > 100 ng/ml oder M1) in Screening Gruppe	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	haben), Alter : 50-64, Median 56, urbane Bevölkerung (Göteborg), kein PCa bei Screening	Median 69 Jahre (67-71), bei auffälligen PSA- Werte (3,0 ng/ml bis 1998, 2,9 ng/ml bis 2004, 2,5 ng/ml ab 2005, DRU, TRUS und Biopsie, keine weiteren Therapievorgaben, Follow-up nach Screening : 14 Jahre (von 78% der Teilnehmer erreicht), Follow up nach Diagnose : 6,7 (Screening) bzw 4,3 Jahre (Kontrolle)		Prostatakarzinominzidenz Anteil Screeningteilnehmer Gesamtüberleben	needed to Screen : 293 (95% KI 177-799), Number needed to Diagnose : 12 Nur Screening Teilnehmer : Rate ratio 0,44 (95% KI 0,28-0,68, p = 0,002), 12,7% vs. 8,2 % (Hazard Ratio 1,64, 95%KI 1,5-1,8, p<0,0001) 76% Teilnehmerate kein Effekt auf Gesamtüberleben (1982 vs. 1981 Todesfälle)	Autoren erklären Effekt auf prostatakrebspezifische Mortalität angesichts anderer negativer Studien mit : Jüngerem Alter der Teilnehmer, niedrigerem PSA Grenzwert, kürzeres Intervall (2 Jahre), weniger Kontamination in der Kontrollgruppe, längeres Follow up, insgesamt höheres Erkrankungsrisiko u.a. wegen geringem PSA-Testen vor der Studie Keine Hinweise auf Bias durch Behandlungsunterschiede, Keine genauen Daten zu Kontamination der Kontrollgruppe Erfolg der Randomisierung nicht dokumentiert, keine Verblindung der Untersucher, Erst- und Letztautor mit Interessenkonflikten (finanzielle Beziehungen zu GlaxoSmithKline, Patent an freiem PSA Test)	
Sandblom et al. 2011 [52],	n = 9026 (davon 1494 in Screeninggruppe)	Screening Programm mit Einladung alle 3	Keine Einladung zum Screening, Normalversorgung	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt)	35% der Pat. mit Diagnose (Screening) vs. 45% der Pat. mit Diagnose (Kontrolle), nicht	Keine Hinweis, dass frühere Auswertungen (interim Analysen) statistisch berücksichtigt werden	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
RCT Publikation aktualisiert ältere Auswertungen der Population [53; 54].	und 7532 als Kontrollgruppe), Alter : 50-69 bei Beginn der Studie, alle Männer in Norrköping (Schweden)	Jahre, 1987-1996, bis 1993 Screening mit DRU, ab 1993 DRU+PSA (Grenzwert 4 µg/L) Follow-up : Median 75 Monate 6,2 Jahre	g	Beteiligung PCa-Diagnosen Gesamtüberleben Stadienverteilung	signifikant ; risk ratio 1,16 (95% KI 0,78-1,73) Beteiligung : 70-78% in den vier Screeningrunden PCa-Diagnosen : 5,7% (Screening) vs. 3,9 % Gesamtüberleben : 9% der Pat. mit Diagnose (Screening) vs. 4%, nicht signifikant Stadienverteilung : signifikant häufiger lokal begrenzte Tumore bei Screening (56,5% vs. 26,7%)	Gesamtpopulation einer Region erfasst, keine Ausschlussgründe außer Alter, wenig drop out und loss to follow up, keine Hinweise auf Bias durch Behandlungsgunterschiede Erfolg der Randomisierung nicht dokumentiert, Verblindung nicht adressiert Keine konkreten Angaben zur Kontamination in der Kontrollgruppe, Autoren vermuten geringe Kontamination	
Labrie et al. 2004 [55], RCT, monozentrisch, frühere Publikationen zur Studie [56 ; 57]	n = 46486 (davon 31133 in Screeninggruppe) Alter : 45-80 Jahre Randomisierung stratifiziert nach Alter und Region, Ausschluß wenn Patient bereits PCa hat oder bereits PSA getestet wurde oder Überweisung zur	PSA Test + DRU, Grenzwert : 3,0 ng/ml, bei Auffälligkeit TRUS und Biopsie, bei späteren Screeningterminen nur PSA Test Beginn November 1988, Follow-up : 11 Jahre (Daten bis	Keine Einladung zum Screening, Normalversorgung g	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt) Beteiligung	keine Angaben zur Intention to Screen Auswertung, Vergleich der Personen mit Screening vs. Personen ohne Screening aus beiden randomisierten Gruppen : relative risk 0,36 (95% KI 0,19-0,65), p<0,0002 Beteiligung an Screening ca. 24%, Kontamination in Kontrollgruppe 7,3%	Keine Angaben zur Intention to Screen Analyse, stattdessen werden tatsächlich gescreente und nicht gescreente verglichen. Strukturgleichheit der vergleichenen Gruppen nicht gewährleistet, da Auswertung nicht Intention to screen. Es fehlen Angaben zur Stadienverteilung und Therapie der nicht gescreenten Personen,	1-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Klinik hatte.	1999)				Kein Hinweis auf unterschiedliche Effekte in Alterskohorten, jedoch Hinweis auf Alter als Prädiktor der Prostataspezifischen Mortalität Keine Angaben zu Verblindung der Auswerter Keine Aussagen zu Gesamtmortalität, keine Angaben zur Erhebung des primären Endpunkts (Validität)	
Andriole 2009 [58], RCT (PLCO Trial), multizentrisch USA	n = 76693 (davon 38343 in Screening Gruppe) Alter: 55-74 Jahre Screening von 1993-2001	Screening PSA und DRU, 1x im Jahr, Grenzwert: 4,0 ng/ml Follow-up: 67% der Patienten mit 10 Jahren Nachbeobachtung, 98 % mit > 7 Jahren. Medianes Follow-up: 11,5 Jahre,	Keine Einladung zum Screening, Normalversorgung, n = 38350, Kontamination : PSA-Test (52 % im sechsten Jahr), DRU (41-46 %)	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt) Inzidenz Staging Gesamtüberleben Screening Nebenwirkungen	85% compliance für PSA-Screening, 86% compliance für DRU PCa-spez. Todesfälle nach 10 Jahren n=92 in Screening-Gruppe vs. n=82 in Kontroll-Gruppe; Rate ratio 1,11 [95% CI 0,83-1,50] Inzidenz Todesfälle 2/10.000 Personenjahre (50 Todesfälle) in Screening-Gruppe vs. 1,7/10.000 Personenjahre (44 Todesfälle) in Kontroll-Gruppe; Rate ratio 1,13 [95% CI 0,75-1,70] Inzidenz von PCa: nach 7 Jahren Follow-up 116/ 10.000	Follow-up komplett für 67% der Patienten. Weites Konfidenzintervall, d.h. als tatsächlicher Effekt ist sowohl möglicher Nutzen aber auch Schaden möglich Trend zu mehr Todesfällen bei Pat. mit Prostatakrebs (312 vs. 225) aufgrund anderer Ursachen in Screening Gruppe, möglicherweise wegen Überdiagnosen Erklärungen der Autoren für fehlenden Effekte (Diagnose, Mortalität): 1) PSA Grenzwert zu	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					<p>Personenjahre (2820 PCa-Fälle) in Screening-Gruppe vs. 95/10.000 Personenjahre (2322 PCa-Fälle) in Kontroll-Gruppe; Rate ratio 1,22, [95% CI 1,16-1,29]. Auch nach 10 Jahren Follow-up besteht der Effekt.</p> <p>Diagnosestellung meist in Stadium II, mehr Patienten in Kontrollgruppe mit Stadium IV (1,0% vs. 2,7%) und Gleason 8-10 (6,5 % vs. 11,5 %)</p> <p>Kein Effekt</p> <p>Blutungen und Schmerzen nach DRU: 0,3/10000 Screenings; Komplikationen nach PSA Test: 26,2/10000 (davon Ohnmacht: 3/10000), Komplikationen der Diagnostik (Infektionen, Blutungen etc.) bei Auffälligkeit: 68/10000 Screenings</p>	<p>hoch (weniger Diagnosen als in ERSPC, 2.) Kontamination der Kontrollgruppe (kleinerer Effekt des Screenings), nicht groß genug um nicht zumindest Diagnosen und Stadien zu beeinflussen, 3.) Großer Teil der gesamten Population (44%) hatte vorher PSA Test (niedrigere Prävalenz und Sterblichkeit), 4.) Therapiefortschritte reduzieren prostatakrebspezifische Sterblichkeit insgesamt</p> <p>5 Autoren mit finanziellen Interessenkonflikten,</p> <p>Keine Angaben zu Powerkalkulation in Publikation</p>	
Schröder et al. 2009 [59], RCT (ERSPC), multizentrisch,	n = 162.243 Alter: 55-69 (in einigen Zentren auch Altergruppen 50-74 eingeschlossen, diese wurden nicht	Einladung zum PSA- Screening, n=72.952, 87% alle 4 Jahre, Schweden alle 2 Jahre, Belgien 7 Jahre, Grenzwerte	Keine Einladung zum Screening, Normalversorgung, n=89.435	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt) Beteiligung PCa Diagnosen	241 PCa-spez. Todesfälle in Screening-Gruppe vs. 326 PCa-spez. Todesfälle in Kontrollgruppe, adjustierte Anzahl von Todesfällen (adjusted rate ratio for death) in Screening-Gruppe 0,80 ([95% CI 0,65- 0,98], p=0,01), absoluter	Geringe Unterschiede der Therapien zwischen Screeninggruppe und Kontrollgruppe (Daten nicht dokumentiert), Todesursachen verblindet	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Europa (Finnland, Schweden, Italien, Niederlande, Belgien, Schweiz, Spanien)	ausgewertet) Jahre	national verschieden (3,0-4,0 ng/ml), in einigen Zentren einige Jahre mit DRU und TRUS, medianes Follow up: 9 Jahre		Falsch positive PSA-Tests Gesamtüberleben	Risikounterschied 0,71 Tode/1000 Männern; Number needed to screen = 1.410 (müssten gescreent werden) und Number needed to Diagnose/treat = 48 (PCa-Fälle die zusätzlich therapiert werden müssten) um einen Tod durch PCa zu verhindern. 82,2% in Screeninggruppe mit - mind. 1 PSA-Messung 5.990 (8,2%) PCa-Fälle in Screening-Gruppe vs. 4.307 (4,8%) PCa-Fälle in Kontrollgruppe entdeckt; positiver prädiktiver Wert 24,1% (18,6-29,6) 75,9 % keine signifikanten Unterschiede	erhoben Keine Hinweise auf Heterogenität bzgl. Alterskohorten und Länder Randomisierungsprozeduren ungenau beschrieben. Erfolg der Randomisierung nur durch Vergleich des Alters erfolgt. Auswertung nur für Altersgruppe 55-69 erfolgt - ohne Begründung, ältere und jüngere Kohorten (50-55 und 69-74) zeigen höheres Risiko in Screeninggruppe. Auswertung mit diesen Populationen zeigt KI bis 1.00 Keine Angaben zur Kontamination in der Kontrollgruppe	
Vickers et al, 2010 « nested » prospektive Fall-Kontroll-	101 Pat. Mit Pca von 126 (80%) aus einer prospektiven Kohorte mit 1167 Männern, alle geboren 1921	PSA-Wert-Messung 1981 Follow up 25J	Keine	Korrelation PSA-Wert mit 60J mit Risiko an einem PCa zu versterben, bzw. zu erkranken	Auswertung von 80% der Betroffenen, 1:3 gematcht Kranke und Gesunde Mediane Zeit bis Diagnose 15,3J Stat. sign Assoziation zwischen PSA-Wert mit 60J und Risiko an metastasiertem PCa zu erkranken (AUC 0,86 95%KO 0,79-0,92)	Kaum Kontamination durch Screening „natural course“ Noch besserer Grenzwert: 0,65ng/ml-??? Hier nur 7% mit PCa, keiner mit	2+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Studie					<p>p<0,01)oder an PCa zu versterben (AUC 0,90 , 95%KI 0,84-0,96 p<0,001).</p> <p>90% Patienten mit PCA hatten PSA mind. 2ng/ml</p> <p>Median war PSA 1ng/ml: darunter geringes Risiko, an PCa zu erkranken (19% n=24/101) 7% mit Metastasen (n=3) insgesamt 42 mit Metastasen 1 Todesfall (insgesamt 34 Todesfälle)</p>	Metastasen, kein PCa-Todesfall	
Lilja et al. 2011 [60], in Kohortenstudie eingebettete Fall-Kontrollstudie	1312 mit PCa vs 3728 gesunden Männern aus Kohorte von insgesamt 21277 Männern Alter: 33-50 Jahre	Median 23 Jahre	Keine (Fall-Kontrollstudie)	Korrelation zwischen PSA-Wert bei Erstuntersuchung mit Risiko für Prostatakarzinom in der Nachbeobachtung	<p>Risiko für alle PCa korreliert mit Ausgangs-PSA Wert (AUC 0,719, 95 % KI 0,70 – 0,74)</p> <p>Giltr auch für ‚tastbare PCa‘ (AUC 0,723, 95 % KI 0,70 – 0,75)</p> <p>und ‚fortgeschrittene PCa‘ (AUC 0,751, 95 % KI 0,72 – 0,78)</p> <p>Für die Gruppe der 44-50 Jährigen errechnen die Autoren die folgenden PSA-abhängigen Risiken:</p> <p>PSA relatives Risiko (KI) absolutes Risiko (KI) 1,46 18 (17-20)</p>	Die Autoren schlagen aufgrund ihrer Ergebnisse vor, die Screeningintervalle bei geringen PSA Ausgangswerten zu erweitern z.B. bei geringen Werten 4 Jahre statt 1-2 Jahre.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					6,1 (5,5-6,8)		
					1,07 14 (13-14) 4,2 (3,8-4,5)		
					0,95 12 (12-13) 3,6 (3,3-3,9)		
					0,83 11 (10-11) 3,0 (2,7-3,3)		
					0,63 7,7 (6,9-8,4) 2,1 (1,8-2,4)		
					0,42 4,7 (3,7-5,5) 1,2 (0,8-1,6)		
					0,28 2,5 (1,2-3,7) 0,6 (0,2-1,1)		

DRU = digital-rektale Untersuchung, ERSPC = European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, KI = Konfidenzintervall, PCa = Prostatakarzinom, PLCO = Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (Cancer Screening Trial), PSA = prostataspezifisches Antigen, RCT = randomisierte kontrollierte Studie, TRUS = transrektaler Ultraschall

2.1.7. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Auvinen 2004 [61]	prospektive Kohorte	20.790 (gescreente, 48.458 Kontrollen)	55-67 J, randomisiert in Finnland	PSA-Screening; bei ≥ 4 ng/ml oder auffälliger DRU oder fPSA bei 3,0-3,9 Biopsie, Screening-Intervall.	Keine	4 J	Sensitivität (Vergleich Intervallkarzinome mit erwarteter Zahl in Kontrollarm), Zahl von Intervall-PCas.	513 PCas in 1823 Männern mit PSA ≥ 4 ng/ml = PPW 28%. 140 PCas in 1071 Männern mit PSA 3,0-3,9+auffälliger DRU/fPSA = PPW 14%. Sensitivität für PSA < 3 ng/ml = 0,89; Sensitivität für PSA < 4 ng/ml +DRU/fPSA = 0,87 (d.h. 87-89% der Intervallkarzinome wurden durch PSA-Test erfasst).	Der PPW ist niedrig (nachberechnet), klinische Signifikanz der Befunde unklar.	2+
Candas 2000 [62]	prospektive Kohorte	7.195	45-80 J, randomisiert in Quebec (Canada).	Biopsie aller Patienten und Korrelation zwischen PSA und PCa-positiver Biopsie.		Jährliche Follow-ups bis zu 11 J	% detektierte PCas pro PSA-Schwellenwert.	Mit PSA-Schwellenwert von 3 ng/ml wurden 90% der Pca's diagnostiziert, mit DRU nur 24-40%. Unterhalb Schwellenwerts müssen 344 bzw. 1.919 erneute DRUs durchgeführt werden, um ein PCa zu finden.		2+
Carter 1992 [63]	Fall-Kontrollstudie	54	>60 J; 16 Kontrollen, 20 BPH-Pat., 18 PCa-Pat.	PSA-Velocity in PCa-Pat.	PSA-Velocity in Kontrollen.	Median 14-17 J	Vergleich PSA-Velocity.	Signifikanter Unterschied in PSA-Velocity zwischen Kontrollen und PCa-Patienten. ruierter Grenzwert von 0,75 ng/ml/J zeigte diagnost. Sensitivität/Spezifität ca. 5J	geringe Fallzahl, spärliche Pat.-Angaben, Alters-Differenz Kontrolle vs Fall.	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								vor Diagnose von 72% und 90%.		
Carter 1997 (1. Teil der Studie) [64]	Querschnitt	389	RPE bei nicht palpablem (PSA-detektiertem) PCa	Verteilung von chirurgisch heilbaren („highly likely to be curable“: organbegrenzt oder Kapselinfiltration + Gleason <7+R0) und nicht kurablen PCas. Verteilung von kleinen Tumoren („small cancers“: ≤0,5 cm ³ +ohne Gleason 4 oder 5).		-	% heilbarer Tumoren und kleiner Tumoren je nach prätherapeutischem PSA.	PSA heilbar kleine PCas ≤4 94% 69% 4,1 - ≤5 89% 33% >5 70%	Schlussfolgerung der Autoren: PSA-Schwelle von 4-5 erlaubt rechtzeitige und effektive (chirurg.) Intervention bei PCa. Problem: kleine Fallzahlen.	2(+)
Carter 1997 (2. Teil der Studie) [64]	retrospektive Kohorte	312 (272+40)	40 Pat. mit PCa im Verlauf, 272 ohne.	Zahl der Patienten, die innerhalb von 2 bzw. 4 J eine PSA-Erhöhung entwickeln.		?(>4 J)	% PSA-Progression je nach initialem PSA	<u>Initiales PSA <2:</u> Progression auf Werte >5 in 0% der Fälle innerhalb von 2 oder 4 J. Progression auf Werte von 4,1-5,0 in 0-4% der Fälle innerhalb von 2 J. <u>Initiales PSA 2,1-3,0:</u> Progression auf Werte von 4,1-5,0 in 27% der Fälle innerhalb von 2 J.	Schlussfolgerung der Autoren: Screeningintervall von 2 J für Pat. mit initialem PSA <2 ng/ml ist sicher. Problem: kleine Fallzahlen.	2(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<u>Initiales PSA 3,1-4,0:</u> Progression auf Werte von 4,1-5,0 in 36% der Fälle innerhalb von 2 J.		
Määtänen 2007 [65]	Kohorte	20.794	55-67 J	Screening: PSA ≥ 4 ng/ml oder 3,0-3,9+ pos. DRU oder auffälligem PSA.	-	-	Testgüteparameter, insbesondere Spezifität.	<u>Erste Screening-Runde:</u> Sensitivität 92,4% Spezifität 93,3% PPW 27,2% NPW 99,8% <u>Zweite Screening-Runde:</u> Sensitivität 92,8% Spezifität 91,2% PPW 27,0% NPW 99,7% Spezifität sinkt mit steigendem Alter (96,6% mit 55 J; 88,1% mit 67 J).		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																		
McLernon 2006 [66]	retrospektive Kohorte	19.660	30-70+ J, opportunistisches Screening.	PSA-Screening.	-	10 J	Testgüteparameter, modelliert mit logistischer Regression für verschiedene PSA-Schwellenwerte und Altersgruppen.	<p>Sensitivitäts-Spezifitäts-paare sehr unterschiedlich nach Alter und Schwellenwert</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Schwellenwert</th> <th>Sens</th> <th>Spez</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 ng/ml</td> <td>98,1%</td> <td>52,5%</td> </tr> <tr> <td>3 ng/ml</td> <td>96,6%</td> <td>64,5%</td> </tr> <tr> <td>4 ng/ml</td> <td>96,1%</td> <td>71,1%</td> </tr> <tr> <td>10 ng/ml</td> <td></td> <td>86,1%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>88,1%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Die angegebenen Werte gelten für alle Altersgruppen; die Spezifität sinkt ab 60 J deutlich ab.</p>	Schwellenwert	Sens	Spez	2 ng/ml	98,1%	52,5%	3 ng/ml	96,6%	64,5%	4 ng/ml	96,1%	71,1%	10 ng/ml		86,1%		88,1%		Autoren schließen, dass sich kein fester Schwellenwert festlegen lässt und insbesondere bei Männern über 60 die Spezifität ein großes Problem darstellt.	2+
Schwellenwert	Sens	Spez																										
2 ng/ml	98,1%	52,5%																										
3 ng/ml	96,6%	64,5%																										
4 ng/ml	96,1%	71,1%																										
10 ng/ml		86,1%																										
	88,1%																											
Raaijmakers 2004 [67]	prospektive Kohorte	9.575	55-74 J	Vergleich initiales PSA, PSAV, PSADT in Patienten mit und ohne PCa 4 Jahre nach initialem Screening.		4 J	Prädiktiver Wert von PSA, PSAV, PSADT für PCa-positive Biopsie.	<p>Signifikante Unterschiede in PSAV u. PSADT:</p> <p>PCa innerhalb von 4 J: PSAV 0,62 ng/ml/J, PSADT 5,1 J.</p> <p>Neg. Biopsie innerhalb von 4 J: PSAV 0,46 ng/ml/J, PSADT 6,1 J.</p> <p>aber: Vorhersagekraft der Parameter für Biopsieergebnis</p>	--	2+																		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								minimal.		
Roobol 2007 [68]	prospektive Kohorte	4.202+ 13.301	55-65 J	Screening-Intervall 2 J (Gothenburg).	Screening-Intervall 4 J (Rotterdam).	10 J	Inzidenz von Intervall-PCa.	10-Jahres-Inzidenz aller PCas 13,14% (2J-Intervall) vs. 8,41% (4J-Intervall); $p < 0,001$. Inzidenz aller Inverall-PCas. 0,74% (2J-Intervall) vs. 0,43% (4J-Intervall); $p = 0,51$. Inzidenz aggressiver Inverall-PCas. 0,12% (2J-Intervall) vs. 0,11% (4J-Intervall); $p = 0,72$.	Kein signifikanter Unterschied zwischen 2 und 4 J Screening-Intervall.	2+
Roobol 2007 [69]	prospektive Kohorte	2.483	66,5J (Durchschnitt), PSA ≥ 4 ng/ml, 40% schon einmal biopsiert (4 J zuvor).	Biopsie bei allen Männern, Korrelation von möglichen Einflussparametern PSA, PSAV, Prostatavolumen, DRU- und TRUS-Ergebnis mit Outcome .		4 J	PCa in der Biopsie.	Signifikante Prädiktoren für PCa in Biopsie bei Männern ohne vorherige Biopsie: PSA, DRU, TRUS, Prostata-Volumen. Signifikante Prädiktoren für PCa in Biopsie bei Männern mit vorheriger Biopsie: Prostata-Volumen. Starke Schwankungen bzgl. Aussagewert von TRUS und DRU zwischen Studienzentren.	Bei Männern mit vorheriger Biopsie hat selbst PSA keinen signifikanten Vorhersagewert für eine positive Biopsie! Relativ kleine Patientenzahl.	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention/Risikofaktor	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcome-Parameter	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)												
Schröder 2008 [70]	retrospektive Kohorte	5.771	55-77 J asympt. Pat. f. Screening	Korrelation zwischen PSA in Runde 1 und PSA in Runde 2 (4 J später) (Vgl. Carter 1997).		4 J	Häufigkeit von PSA \geq 3 in 2. Runde.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PSA1</th> <th>n</th> <th>PSA2\geq3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 1,0 (0,9 %)</td> <td>2.622</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>1,0-1,9</td> <td>2.268</td> <td>211 (9,3%)</td> </tr> <tr> <td>2,0-2,0</td> <td>881</td> <td>428 (48,6)</td> </tr> </tbody> </table>	PSA1	n	PSA2 \geq 3	< 1,0 (0,9 %)	2.622	23	1,0-1,9	2.268	211 (9,3%)	2,0-2,0	881	428 (48,6)	Ähnliche Daten wie Carter 1997.	2+
PSA1	n	PSA2 \geq 3																				
< 1,0 (0,9 %)	2.622	23																				
1,0-1,9	2.268	211 (9,3%)																				
2,0-2,0	881	428 (48,6)																				

2.2. Thema Stanzbiopsie der Prostata

2.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
EAU 2007 [1]	<p>Ultrasound-guided transrectal 18G core biopsy has become the standard way to obtain material for histopathological examination. Multiple cores can be taken with a low risk of complications if antibiotic prophylaxis is used.</p> <p>Lesion-guided biopsies can be used in cases where there is a palpable nodule in combination with a high PSA-level.</p> <p>Recently, the standard way of obtaining sextant biopsies has been replaced by laterally directed sextant biopsies in order to optimize the CaP detection rate (35,36). Biopsy cores obtained this way include biopsies from the posterolateral aspect of the peripheral zone, which is the most common location for early CaP. The number of biopsies required for the optimal detection of CaP is controversial.</p> <p>If the first set of biopsies is negative, repeated biopsies can be recommended.</p>	-	-	31,32 - 35,36

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>In cases where high-grade prostatic intraepithelial neoplasia (HGPIN) or atypical small acinar proliferation (ASAP) is present, as many as 50-100% of prostates harbour a concomitant cancer and re-biopsy is indicated.</p> <p>With an increasing number of men undergoing more extensive biopsies on possibly two or even more occasions, the need for analgesia has become more important in clinical practice. Of various methods examined, the use of a periprostatic injection with a local anaesthetic seems to combine best high-efficacy with easy application and low complication rates. Of 23 studies, 20 showed good efficacy when compared to placebo or intrarectal gel with local anaesthetic (level of evidence: 1a).</p>		1a	43,44 49-71
NICE 2008 [32]	<p>To help men decide whether to have a prostate biopsy, healthcare professionals should discuss with them their prostate specific antigen (PSA) level, digital rectal examination (DRE) findings (including an estimate of prostate size) and comorbidities, together with their risk factors (including increasing age and black African and black Caribbean ethnicity) and any history of a previous negative prostate biopsy. The serum PSA level alone should not automatically lead to a prostate biopsy.</p> <p>Men and their partners or carers should be given information, support and adequate time to decide whether or not they wish to undergo prostate biopsy. The information should include an explanation of the risks (including the increased chance of having to live with the diagnosis of clinically insignificant prostate cancer) and benefits of prostate biopsy.</p> <p>If the clinical suspicion of prostate cancer is high, because of a high PSA value and evidence of bone metastases (identified by a positive isotope bone scan or sclerotic metastases on plain radiographs), prostate biopsy for histological confirmation should not be performed, unless this is required as part of a clinical trial.</p> <p>Healthcare professionals should carry out prostate biopsy following the procedure recommended in ‘Undertaking a transrectal ultrasound guided biopsy of the prostate’ (PCRMP 2006).</p> <p>The results of all prostate biopsies should be reviewed by a urological cancer MDT. Men should only be re-biopsied following a negative biopsy after a multidisciplinary team (MDT) review of the risk characteristics including life expectancy, PSA, DRE and prostate volume.</p> <p>Men should decide whether or not to have a re-biopsy following a negative biopsy, having had the risks and benefits</p>	--	--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	explained to them.			
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p>Sextant biopsy of the peripheral zone overlooks 20-35% of prostate cancers in patients with PSA 4-10 ng/mL. Additional bilateral biopsy of the anterolateral peripheral zone increases the probability of detecting prostate cancer.</p> <p>If the first set of serial biopsies is negative in a patient with clinically suspected malignancy and PSA 4-10 ng/mL, subsequent biopsies will detect prostate cancer in 20-35% of cases.</p> <p>For patients diagnosed with high grade PIN (HGPIN) based on an initial cancer-negative biopsy series, the probability of detecting prostate cancer in subsequent biopsies does not appear to be as high as originally reported. There is evidence that multifocal HGPIN does confer an independently increased risk of finding prostate cancer in subsequent biopsies.</p> <p>The probability of finding prostate cancer in subsequent set of biopsies after a diagnosis of abnormalities 'suspicious of malignancy' is approximately 50%.</p>	A2	Level 2:	59 70; 118; 78; 94 91, 106 65, 117
National Comprehensive Cancer Network 2007 [72]	<p>Initial and Repeat; Extended pattern biopsy (12 cores)</p> <p>Number of Cores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sextant (6) and • Lateral peripheral zone (6) and • Lesion-directed at palpable nodule or suspicious image. <p>Transition zone biopsy is not supported in routine biopsy. However, the addition of a transition zone biopsy to an extended biopsy protocol may be considered in a repeat biopsy if PSA is persistently elevated.</p> <p>After 2 negative extended TRUS biopsies, prostate cancer is not commonly found at repeat biopsy.</p> <p>For high risk men with multiple negative biopsies, consideration can be given to a saturation biopsy strategy.</p>	2A	--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>Local anesthesia can decrease pain/discomfort associated with prostate biopsy.</p> <p>Follow-up for TRUS Biopsies:</p> <p>Cancer -> treatment</p> <p>Atypia suspicious for cancer -> extended pattern rebiopsy (within 3 mo) with increased sampling of ASAP site and adjacent areas. If no cancer found, close Follow-up with PSA and DRE.</p> <p>High-grade PIN -> if initial sextant biopsy used, rebiopsy using extended pattern, if extended pattern used initially, immediate repeat biopsy is probably not necessary within the first year.</p> <p>Benign: Follow-up, based on DRE and PSA findings.</p>			

2.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbelege
System. Review/Meta-analyse	Eichler 2006 [73]	87 Studien (7 RCTs) mit 20.698 Patienten aus systematischer Suche in Medline, Premedline, Cochrane Library, Embase, Biosis, Pascal, Lilacs u.a. bis Mai 2004.	PCa-Nachweis (Cancer Yield) bei erweiterten Biopsie-Protokollen im Vergleich zu Standard-Biopsie (systematic sextant biopsy protocol) = insg. 6 Zylinder bilateral aus MPZ* (=Zonen 2+4).	<p>18-22 Zylinder aus Zonen 1-5* (LPZ+MPZ+TZ+MLiPZ) ergeben 48% mehr PCa-Nachweise (signifikant).</p> <p>12 Zylinder aus Zonen 1 und 5, 2 und 4 (MPZ+LPZ) ergeben 31% mehr PCa-Nachweise (signifikant).</p> <p>10 Zylinder aus Zonen 1 und 5, 2 und 4 (MPZ+LPZ) ergeben 25% mehr PCa-Nachweise (signifikant).</p> <p>Die zusätzliche Entnahme von Zylindern aus TZ zu bereits durchgeführten MPZ+LPZ-Zylindern erbringt keinen signifikanten Mehr-Nachweis.</p>	<p>Autoren empfehlen zur Erlangung eines höheren PCa-Nachweises entweder 12 Zylinder in MPZ+LPZ oder 10 Zylinder in MPZ+LPZ.</p> <p>Es wird jedoch auch die klinische Signifikanz eines</p>	1++	18, 43-45, 52-60, 63,67, 70-76, 85-91

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur- belege
				In multivarianter Analyse ergab sich kein signifikanter Unterschied in PCa-Nachweis zwischen 18-22 Zylindern aus Zonen 1-5 oder 12 Zylindern aus MPZ+LPZ oder 10 Zylindern aus Zonen 1-5. Spärliche Ergebnisse zu Nebenwirkungen, aber keine signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Verfahren; schwere Komplikationen selten: Infektionen in 0-1,8%, schwere Blutungen 0-0,6%, keine Todesfälle.	höheren Nachweises und die Gefahr von Überdiagnose diskutiert.		
System. Review/M eta- analyse	Hergan 2007 [74]	14 RCTs aus systematischer Suche in Medline, Cochrane, Embase, Handsuche und AUA-Abstracts bis Oktober 2005).	Infiltrative periprostatistische Lokalanästhesie vs keine Lokalanästhesie; Studien zu lokalen Gels oder systemischer Analgesie/Anästhesie wurden ausgeschlossen.	Durchschnittliche Differenz in Schmerz-Scores (VAS 0-10) von -1,05 (95%CI -1,40 bis -0,71 = signifikant) mit Lokalanästhesie vs ohne.	Methodisch einwandfreie Arbeit.	1++	7,8,10, 12-22
System. Review/M eta- analyse	Richman 2006 [75]	16 RCTs aus systematischer Suche in Pubmed bis August 2005.	Periprostatistischer Block vs. keine Lokalanästhesie.	Durchschnittliche Differenz in Schmerz-Scores (VAS) in allen Studien von -1,66 (95%CI -2,03 bis -1,29 = signifikant) mit Lokalanästhesie vs ohne. Durchschnittliche Differenz in Schmerz-Scores (VAS) nur in verblindeten Studien von -1,36 (95%CI -1,90 bis -0,82 = signifikant) mit Lokalanästhesie vs ohne.	11 Studien wurden auch in Review von Hergan et al. verwendet.	1++	5-20
System. Review/ Meta-	Tiong 2007 [76]	25 RCTs aus systematischer Suche in Medline, Cochrane,	Periprostatistischer Block vs keine Anästhesie, verschiedene Techniken	Durchschnittliche Differenzen in Schmerz Scores (VAS) für die verschiedenen Vergleichsgruppen: Block vs keine Anästhesie (20 Studien): -2,09 (95%CI -	Noch umfangreichere Arbeit als Richman	1++	14, 19, 34-56

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Interventionen wurden geprüft	Ergebnisse	Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur- belege
analyse		Embase bis August 2005.	<p>und Dosierungen bei periprostaticem Block untereinander,</p> <p>Schmerzreduktion in Abhängigkeit von Zahl der Biopsien,</p> <p>topische Anästhesie vs periprostaticer Block,</p> <p>topische Anästhesie vs keine Anästhesie.</p>	<p>2,44 bis -1,75 = signifikant).</p> <p>Verschiedene Techniken (20) und Dosierungen (20) für Block: mit Ausnahme der Injektionstechnik lateral der Prostata oder Samenbläschen kein signifikanter Unterschied in Schmerzreduktion zwischen den verschiedenen Techniken.</p> <p>Scherzreduktion und Zahl der Biopsien (20 Studien) kein signifikanter Unterschied.</p> <p>Topische Anästhesie vs Block (6 Studien): signifikant stärkere Schmerzreduktion durch Block (-1,53).</p> <p>Topische Anästhesie vs keine Anästhesie (5 Studien): keine signifikante Differenz in Schmerzreduktion: -0,22 (95%CI -0,56 bis 0,12).</p>	und Hergan.		
System. Review	Bootsma 2008 [77]	6 RCTs aus systematischer Suche in Medline, Embase, Cochrane bis 2006 oder März 2007.	Antibiotika-Prophylaxe vor Biopsie vs. keine Prophylaxe bezüglich verschiedener Outcomes: Bakteriurie, Bakteriämie, Fieber, Harnwegsinfekt.	<p>Bakteriurie: 4 Studien mit signifikant weniger in Antibiotika-Gruppe, 2 Studien ohne signifikante Unterschiede.</p> <p>Bakteriämie: kein signifikanter Unterschied (4 RCTs).</p> <p>Fieber: kein signifikanter Unterschied in 4 RCTs, signifikanter Unterschied in 1 kleinem RCT.</p> <p>HWI: kein signifikanter Unterschied in 1 RCT (457 Pat.), signifikanter Unterschied in 1 anderen RCT (231 Pat.).</p>	Suchzeitraum nicht klar fest-gelegt, keine Meta-analyse, Evidenztabelle z.T. missverständlich (Signifikanz).	1+ - 1(-)	27-32

3. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Diagnostik und Stadieneinteilung‘

3.1. Primärdiagnose

3.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
EAU 2010 [30]: DRU und Primärdiagnose	Most prostate cancers are located in the peripheral zone of the prostate and may be detected by DRE when the volume is about 0.2 mL or larger. A suspect DRE is an absolute indication for prostate biopsy. In about 18% of all patients, PCa is detected by a suspect DRE alone, irrespective of the PSA level (1) (level of evidence: 2a). A suspect DRE in patients with a PSA level of up to 2 ng/mL has a positive predictive value of 5-30% (2) (level of evidence: 2a).	-	2a	1. Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, et al. Urology 1993 Oct;42(4):365-74. (level of evidence: 2a) 2. Carvalhal GF, Smith DS, Mager DE, et al. J Urol 1999 Mar;161:835-9.
EAU 2010 [30]	The classic picture of a hypoechoic area in the peripheral zone of the prostate will not always be seen (23). Gray-scale TRUS does not detect areas of PCa with adequate reliability. It is therefore not useful to replace systematic biopsies with targeted biopsies of suspect areas. However, additional biopsies of suspect areas may be useful.	-	-	-
NICE 2008 [32]	Imaging is not routinely recommended for men in whom no radical treatment is intended. Computerised tomography (CT) of the pelvis is not recommended for men with low- or intermediate- risk localised prostate cancer (see table A). Men with high-risk localised (see table A) and locally advanced prostate cancer who are being considered for radical treatment should have pelvic imaging with either magnetic resonance imaging (MRI), or CT if MRI is contraindicated. Magnetic resonance spectroscopy is not recommended for men with prostate cancer except			

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>in the context of a clinical trial.</p> <p>Isotope bone scans are not routinely recommended for men with low-risk localised prostate cancer.</p> <p>Isotope bone scans should be performed when hormonal therapy is being deferred through watchful waiting in asymptomatic men who are at high risk of developing bone complications.</p> <p>Positron emission tomography imaging for prostate cancer is not recommended in routine clinical practice.</p>			
<p>Dutch Urological Association 2007 [71]</p>	<p>Ultrasound</p> <p>Transrectal grey-scale ultrasound must be used to guide prostate biopsies. Use of contrast-enhanced ultrasound to direct biopsies of hypervascular regions can not yet be recommended for general practice for the diagnosis and staging of prostate cancer.</p> <p>Computer tomography (CT)</p> <p>Use of a CT scan is not recommended for the diagnosis of prostate cancer or for tumour and lymph node staging. A CT scan can be useful in guiding lymph node biopsy for nodes suspected of containing metastases.</p> <p>Magnetic resonance imaging (MRI)</p> <p>If the biopsy result is negative but a clinical suspicion of prostate cancer remains, endorectal MRI with a field strength of 1.5 tesla can be used (if available) before performing a second biopsy. Patients with an intermediate-to-high risk of tumour invasion beyond the prostate may undergo endorectal MRI with a field strength of at least 1.5 tesla (if available) prior to therapy. If available, the use of a 3-tesla MRI may also be considered for low-risk patients, given its higher sensitivity and comparable specificity. Conventional MRI for lymph node staging should only be used in patients with an a priori risk greater than 40%. Localisation of the carcinoma within the prostate for therapeutic purposes is preferably</p>			

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>determined by MRI.</p> <p>Bone scan</p> <p>Routine use of skeletal scintigraphy in the primary diagnosis of prostate cancer is not advisable. Skeletal scintigraphy is only recommended to confirm or exclude the presence of bone metastases in patients with a PSA level of 20 ng/mL or more, a locally advanced tumour, Gleason score of 8 or more, or symptomatic bone pain.</p>			

3.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Thema : MRT (Magnetresonanztomographie) gesteuerte Re-Biopsie nach vorausgegangener Biopsie und persistierend erhöhtem PSA-Wert					
<p>Lawrentschuk N., Fleshner N.</p> <p>2009 [78]</p> <p>Syst. Review</p> <p>Angaben zu Interessenkonflikten : keine Interessen-</p>	<p>Systematische Suche in Pubmed (Medline), Embase, u.a. alle Sprachen</p> <p>Suchbegriffe :</p> <p>Prostate, tumour, biopsy, imaging, magnetic resonance,</p>	<p>MRT bei Patienten mit vorausgegangener negativer Biopsie und persistierend erhöhten PSA-Werten</p>	<p>n = 6 prospektive Studien mit insgesamt 215 Patienten</p> <p>Anteil von Patienten mit Prostatakarzinom nach Biopsie unter MRT : 21-40%</p> <p>Studienqualität :</p> <p>Nur prospektive Studien, Anzahl eingeschl. Pat. n= 24-54</p> <p>- PSA-Wert (für 5 Studien) mind. 4ng/ml</p> <p>- Anzahl vorausgegangener Stenzen : mind. 6 -12 , 1 x n.a.</p> <p>- Anzahl vorausgegangener Biopsien 1-mehrfach</p> <p>- Anzahl unter MRT entnommener Stenzen (in allen Studien aus der peripheren Zone) : im Median 10 (6-12)</p>	<p>Amsellem-Ouazana D, Younes P, Conquy S et al. Eur Urol 2005; 47 : 582-6</p> <p>Beyersdorff D, Taupitz M, Winkelmann B et al., Radiology 2002; 224 : 701-6</p> <p>Cirillo S, Petracchini M, Della Monica P et al., Clin Radiol 2008; 63 : 871-9</p> <p>Prando A, Kurhanewicz J, Borges AP et al., Radiology 2005; 236 : 903-10</p> <p>Yuen JS, Thng CH, Tan PH et al. Urol 2004; 171 : 1482-6</p> <p>Perrotti M, Han KR, Epstein RE et al., J Urol</p>	3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
konflikte	negative Einschluss nur prospektive Studien Suchzeitraum nicht angegeben - Autorenanfrage am 31.3.		- in 5 Studien zusätzlich 1-4 gezielte Biopsien Referenzstandard : <u>Ergebnisse</u> <i>Anteil durch MRT gesteuerte Biopsie entdeckte Karzinome : 21-40% (Median 32%)</i> Sensitivität : MRI oder MRI/MRS : median 80% (57%-100%) Spezifität : median 60% (44-96%) Accuracy : median 69% (67-88%, 5 Studien) Anteil entdeckter Karzinome aus gezielter Biopsie : median 59% (14%-71%, 5 Studien)	1999; 162: 1314-7	
Thema : MRT kombiniert mit MRS (Magnet Resonanz Spektroskopie) zur Diagnostik des Prostatakarzinoms					
Umbehrl M. et al, 2009 [79] Systematischer Review und Meta-analyse Angaben zu Interessenkonflikten :	Systematische Suche in Pubmed(Medline), Embase, Cochrane Library alle Sprachen Suchzeitraum bis 8/2008 +Referenzlisten+Experten-	MRT in Kombination mit MRS zur Diagnostik des Prostatakarzinoms Einschluss von Studien mit Patienten mit V.a. ein PCa oder diagnostiziertem PCa Erforderlich :	31 Studien mit Ergebnissen zur Testgüte in systematischer Übersicht eingeschlossen « we found substantial variation in the way spectroscopy findings were used, ... indicating a lack of consensus regarding diagnostic criteria and thresholds » Studienqualität 12/31 prospektiv , 10/31 retrospektiv, 9 k.A.	Studien in Metaanalyse : <u>A. Studien mit Patienten mit V.a. PCa :</u> Prospektiv : Amsellem-Ouazana D, Younes P, Conquy S et al. Eur Urol 2005; 47 : 582-6 Bhatia C, Phongkitkarun S, Booranapitaksonti D, et al. J Med Assoc	3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
keine	kontakt 2 Reviewer Sensitive Suchstrategie Angaben zur Studienqualität	Angaben zur Testgüte als 2x2 Tabelle Referenzstandard : Histologie aus Biopse oder Prostatektomie ; Cut-off für Malignität bei MRSI > 3SD Abweichung des Normalen (Choline+Creatinine)/ Citrate	10 Studien konsekutiv, 7 Studien verblindet : d.h. insgesamt Studienqualität mäßig, kleine Fallzahlen ! in 7 Studien : Ausschluss von Pat. aufgrund schlechter Bildqualität, im Mittel 17,% (2%-41 %) in 10 Studien : nicht alle Teile der Prostata beurteilt aufgrund schlechter Bildqualität, im Mittel bei 17% (2% -73%) Referenzstandard : 11 Studien Histologie aus Prostatektomie, 17 Studien Histologie aus Biopsie, 2 Studien beides Studienpopulationen und Settings: heterogen Mittl. Alter von 56J bis 72J, mittl. PSA-Wert von 5,9ng/ml bis 66,4ng/ml , Mittl. Gleason Score 5,3-7 Fehlende Angaben zu diesen Werten in 15 Studien ! Metaanalyse (Gepoolte Auswertung): 18 Studien eingeschlossen alle mit endorektalem MRT kombiniert mit MRS mit 1,5Tesla MRT-Scanner. Ausschlüsse wegen inhaltlicher Heterogenität (siehe Literaturbelege) 6x Referenzstandard Prostatektomie, 7x MRT-Befunde/Pat. wegen mangelnder Beurteilbarkeit ausgeschlossen Gepoolte Sensitivität : Pat. mit V.a. PCa (Angaben aus 5 Studien, Anzahl Pat. n.a.): 82% [95%KI 59-94%] Pat. mit diagn. PCa, bezogen auf Läsionen (Angaben aus 9	Thai 2007;90:1391-9. Chrzan R , Urbanik A, Dobrowolski Z, et al. Polish J Radiology 2006;71:42-7. Cirillo S , Petracchini M, Della Monica P, et al. Clin Radiol 2008;63:871-9. Yuen JS , Thng CH, Tan PH, et al. J Urol. 2004;171:1482-6. Retrospektiv : Casciani E , Poletini E, Bertini L, et al. Radiol Med (Torino) 2004 ;108:530-41. Casciani E, Poletini E, Bertini L, et al. Abdom Imaging 2007;32:796-802. B. Studien mit Pat. mit diagn. PCa : Prospektiv : Goeb K, Engehausen DG, Krause FS, et al. Anticancer Res 2007;27:687-93. Retrospektiv oder n.a.: Hasumi M, Suzuki K, Taketomi A, et al. Anticancer Res 2003;23: 4223-7 Jung JA, Coakley FV, Vigneron DB, et al. Radiology 2004;233:701-8. Kaji Y , Kurhanewicz J, Hricak H, et al. Radiology 1998;206:785-90.	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>Studien, 297 Pat.) : 68% [95%KI 56-78%]</p> <p>Gepoolte Spezifität :</p> <p>Pat. mit V.a. PCa (Angaben aus 5 Studien): 88% [95%KI 80-95%] Pat. mit diagn. PCa , bezogen auf Läsionen (Angaben aus 9 Studien) : 85%[95%KI 78-90%]</p> <p>Risikostratifizierung bei Studien mit diagn. PCa (bezogen auf Läsionen) :</p> <p>« low risk » = Alter bis 65J, Gleason Score bis 6, PSA-Wert>10ng/ml, Tumordurchmesser bis 5mm oder bis 10% karzinompositive Stanzen oder vorausgegangene negative Stanzbiopsien</p> <p>« high Risk » = Alter >65J, Gleason Score >6 ; PSA-Wert > 9,9ng/ml Tumordurchmesser > 5mm oder >10% karzinompositive Stanzen.</p> <p>Low Risk - Sensitivität : 58% [95%KI 46-69%]</p> <p>High Risk-Sensitivität : 74% 89%KI 86-94%] n.s.</p> <p>Low Risk - Spezifität : 91% [95%KI 86-94%]</p> <p>High Risk- Spezifität : 78% [95%KI 70-84%]</p> <p><u>Schlussfolgerung der Autoren :</u> MRT/MRS ggf. als « rule-in-test » bei « low riks » PCa sinnvoll, Validierung an prospektiven methodisch guten diagnostischen</p>	<p>Mueller-Lisse UG, Vigneron DB, Hricak H, et al, Radiology 2001; 221:380-90.</p> <p>Reinsberg SA, Payne GS, Riches SF, et al. AJR 2007;188:91-8.</p> <p>Swanson MG, Vigneron DB, Tabatabai ZL, et al. Magn Reson Med 2003;50: 944-54.</p> <p>Testa C, Schiavina R, Lodi R, et al. Radiology 2007;244:797-806.</p> <p>Wefer AE, Hricak H, Vigneron DB, et al. J Urol 2000;164:400-4.</p> <p>Nicht berücksichtigte Studien :</p> <p>1.MRT ohne endorektale Spule</p> <p>Chen M, Dang HD, Wang JY, et al. Acta Radiol 2008;49: 602-10.</p> <p>Manenti G, Squillaci E, Carlini M, et al. Radiol Med (Torino) 2006;111:22-32.</p> <p>Shukla-Dave A, Hricak H, Kattan MW, et al. BJU Int 2007;99:786-93.</p> <p>2. Anwendung zusätzlicher MRT Techniken</p> <p>Kumar V, Jagannathan NR, Kumar R, et al. Magn Reson Imaging 2006;24:541-8.</p> <p>Reinsberg SA, Payne GS, Riches SF, et al. AJR 2007;188:91-8.</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p><i>Studien erforderlich</i></p> <p><i>Zusätzlich wird auf künftige technische Entwicklungen wie verbesserte räumliche Auflösung hingewiesen.</i></p>	<p>3. Keine kombinierte Auswertung MRT/MRS</p> <p>Portalez D, Malavaud B, Herigault G, et al. J Radiol 2004;85:1999-2004.</p> <p>Prando A. Int Braz J Urol 2005;31:494-6.</p> <p>Fütterer JJ, Heijmink SW, Scheenen TW, et al. Radiology 2006;241:449-58.</p> <p>Fütterer JJ, Scheenen TW, Heijmink SW, et al. Invest Radiol 2007;42:116-22.</p> <p>Wetter A, Hubner F, Lehnert T, et al. Eur Radiol 2005;15:645-52.</p> <p>Saito K, Kaminaga T, Muto S, et al. Anticancer Res 2008;28:1899-904.</p> <p>Shukla-Dave A, Hricak H, Moskowitz C, et al. Radiology 2007;245:499-506.</p>	
Wang P. et al, 2008 [80] Systematischer Review und Metaanalyse Angabe zu Interessen-	Systematische Suche in Pubmed(Medline), Elsevier, Springer, OVID, CNKI (China National Knowledge Infrastructure), Embase 1994 -	MRS für die Diagnose des Prostatakarzinoms nur prospektive, verblindet ausgewertete Studien mit Referenzstandard Histologie aus Biopsie oder Prostatektomie oder	7 Studien von 140 identifizierten Studien zum Thema eingeschlossen (n=22 - 53), publiziert 1999-2005. Durchgeführt wurde eine Metaanalyse(gepoolte Sensitivität/ Spezifität) + Testen von 2 cut-off-Werten für Malignität : 0,75 und 0,86, ausgehend von der MRS-Klassifikation von Kurhanewicz et al. 1996 Studienqualität: Alle Studien waren prospektiv mit unabhängiger, verblindeter	<p>Klassifikation MRS</p> <p>Kurhanewicz J, Vigneron DB, Hricak H et al, Radiology 1996;198:795-805</p> <p>Eingeschlossene Studien</p> <p>Jung JA, Coakley FV, Vigneron DB, et al. Radiology 2004;233:701-8.</p> <p>Mueller-Lisse UG, Vigneron DB, Hricak H, et al, Radiology 2001; 221:380-90.</p> <p>Prando A. Int Braz J Urol 2005;31:494-6.</p> <p>Scheidler J, Hricak H. Vigneron DB, et al.</p>	2- bis 3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
konflikte: keine .	2006 + Referenzlisten Chinesisch+Englisch Datenextraktion 2 Reviewer	OP-Präparat	<p>Beurteilung anhand eines histologischen Referenzstandards, aber nur 2 mit konsekutiver Patientenrekrutierung (Prando et al, Yuen et al.). Kleine Fallzahlen s.o.</p> <p>Studiencharakteristika: mittl. Alter 56-64,5, mittl. PSA-Werte (Angaben aus 4 Studien) 5,9-8,2ng/ml, mittl. Gleason Score (Angaben aus 4 Studien) 5,3-6,6 Ergebnisse:</p> <p>Die Studien zeigten für beide cut-offs (Daten aus jeweils 5 Studien) statistisch signifikante Heterogenität (Q-Statistik des Chi-square value Tests p_1 und $p_2 < 0,01$). Aufgrund dessen Anwendung des „random effects modell“.</p> <p>1. Cut-off 0,75 Sensitivität: med. 83% (50-93%), gepoolt 82% [95%KI 0,73-0,89] Spezifität: med. 62,5%(49-91%), gepoolt 68% [95%KI 0,58-0,76] PPW: 44,9%-78% NPW: 56-97,2% Accuracy: 69-76,8%, gepoolt 83,4 [95%KI 74,5-91,8]</p> <p>2. Cut-off 0,86 Sensitivität: med. 63,5% (38,5-86%), gepoolt 64% [95%KI 55-72] Spezifität: med. 86,8% (73-94,3%), gepoolt 68% [95%KI 79-91] PPW: 23,8-83 NPW: 48,2-97,1 Accuracy: 60,7-91,9, gepoolt 82,7% [95%KI 68,7-96,7]</p>	<p>Radiology 1999;213:473-480 Wefer AE, Hricak H, Vigneron DB, et al. J Urol 2000;164:400-4. Yuen JS, Thng CH, Tan PH, et al. J Urol. 2004;171:1482-6. Yu KK, , et al, Radiology. 1999 Nov;213(2):481-8.</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Thema : Funktionelle MRT-Diagnostik					
Seitz M. et al, 2009 [81] Systematischer Review Angabe zu Interessenkonflikten : keine	Systematische Suche in Pubmed (Medline), Embase und der Cochrane Library bis Oktober 2008 alle Sprachen Keine Angaben zu Suchstrategien, Trefferzahlen, Einschlusskriterien Autorenanfrage am 31.3. – Antwort am 3.4.: Material nicht verfügbar	Funktionelle MRT-Bildgebung zur Diagnose des Prostatakarzinoms (MRT +MRS, dynamisches kontrastverstärktes MRT, diffusionsgewichtetes MRT)	<u>Studienqualität :</u> Angaben nur in der Schlussfolgerung : « a limited number of small studies », sonst keine Angaben <u>Ergebnisse :</u> In der Ergebnisdarstellung eher narrativer Review, im Folgenden v.a. zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse. 1. Verbesserte MRT- Qualität durch : « fast spin echo, endorectal coil, multiple imaging planes » 2. Accuracy des MRT für Nachweis von kapselüberschreitendem Wachstum : 54%-83% 3. Accuracy des MRT für Nachweis von Samenblasenbefall : 81-93% 4. Testgüte MRT zum Nachweis Prostatakarzinom Sensitivität : 41,2%-100% Spezifität : 50-97% Positiver prädiktiver Wert : 35,8%-77,8% Negativer prädiktiver Wert : 63%-100% Accuracy : 64-75,9% 5. Testgüte funktionelles MRT zum Nachweis Prostatakarzinom und zum Staging	1. Engelbrecht MR , Jager GJ, Laheij RJ, et al, Eur Radiol 2002;12:2294-302. 2. Beyersdorff D , Taymoorian K, Knosel T, et al. AJR Am J Roentgenol 2005; 185: 1214-20., Huch Boni RA , Boner JA, Lutolf UM, et al. JComputAssistTomogr 1995;19:23 , Yu KK , Hricak H, Alagappan R et al. ,Radiology 1997;202:697-702. 2-7. Tempany CM , Zhou X, Zerhouni EA, et al. Radiology 1994;192:47-54., 3. Ikonen S , Karkkainen P, Kivisaari L, et al Eur Radiol 2001;11:236-41., Park BK , Kim B, Kim CK, Lee HM, Kwon GY. J Comput Assist Tomogr 2007;31:534-8 Sala E , Akin O, Moskowitz CS, et al. Radiology 2006;238:929-37., 4. Casciani E , Poletti E, Bertini L, et al. Abdom Imaging 2007;32: 796-802, Chen M , Dang HD, Wang JY, et al. Acta Radiol 2008;49:602-10. Cirillo S , Petracchini M, Della Monica P, et al. Clin Radiol 2008; 63:871-9., Costouros NG , Coakley FV, Westphalen AC, et al. AJR Am J Roentgenol 2007; 188:812-6. Kubota Y , Kamei S, Nakano M, et al.. Int J Urol 2008;15:322-6, discussion 327., Tamada T , Sone T, Jo	2- bis 3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>5a. MRT+MRS</p> <p>Sensitivität : Diagnose : 63% komb. 67%/76% einzeln (nur Biopsie : 50%) Staging : 42-93%</p> <p>Spezifität : Diagnose : 75% komb. 69%/57% einzeln (nur Biopise : 82%) Staging : 81-89,3%</p> <p>Positiver prädiktiver Wert : Diagnose :89-92% Staging : 81-83% Negativer prädiktiver Wert : Diagnose : 74-82% Staging : 50-86% Accuracy :</p> <p>74,2%, (Reinsberg et al) 79% (Manenti et al.)</p> <p>Größter Mehrwert für Lokalisationen an Apex (Wefer et al.)</p> <p>5b. Diffusionsgewichtete MRT</p> <p>I. Shimofusa et al. retrospektiv, unizentrisch, konsekutiv, 124 Pat. V.a. PCa., mittl. PSA-Wert 21,8ng/ml Ergebnisse : Sensitivität : 86%, Sepzifität 84%, PPW : 90%, NPW : 79%</p> <p>II. DeSouza NM et al.</p> <p>Prospektiv, unizentrisch, 33 Pat, PSA-Werte n.a. Ergebnisse : Sensitivität : 86,7%, Spezifität : 72,2% für</p>	<p>Y, et al. Radiology 2008;248: 531-9., Tanimoto A, Nakashima J, Kohno H, Shinmoto H, Kuribayashi S. J Magn Reson Imaging 2007;25:146-52.</p> <p>5a. Diagnose Sens./Spez komb., PPW, NPW: Scheidler J, Hricak H, Vigneron DB, et al. Radiology 1999; 213:473-80.</p> <p>Diagnose Sens./Spez. einzeln + Staging Sens./Spez./PPW, NPW: Mueller-Lisse UG, Vigneron DB, Hricak H, et al. Radiology 2001;221:380-90. Jung JA, Coakley FV, Vigneron DB, et al. Radiology 2004;233: 701-8. Swanson MG, Vigneron DB, Tabatabai ZL, et al. Magn Reson Med 2003;50:944-54. Wefer AE, Hricak H, Vigneron DB, et al. J Urol 2000;164:400-4. Futterer JJ, Scheenen TW, Heijmink SW, et al. Invest Radiol 2007; 42:116-22. Accuracy: Wefer AE, Hricak H, Vigneron DB, et al. J Urol 2000; 164:400-4. Manenti G, Squillaci E, Carlanim, Mancino S, Di RomaM, Simonetti G. Radiol Med (Torino) 2006; 111:22-32. Reinsberg SA, Payne GS, Riches SF, et al. AJR Am J Roentgenol 2007;188:91-8. 5b. Shimofusa R, Fujimoto H, Akamata H, et al. J Comput Assist Tomogr 2005;29: 149-53. DeSouza NM, Reinsberg SA, Scurr ED, Brewster JM, Payne GS. Br J Radiol 2007;80:90-5. Morgan VA, Kyriazi S, Ashley SE, deSouza NM. Acta Radiol</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>Diagnose PCa in P-Zone, ADC (apparent diffusion coefficient)-Werte bei Malignität sign. geringer</p> <p>III. Morgan VA et al. prospektiv, unizentrisch, 56 Pat. PSA-Werte 2,3-46ng/ml , erfahrener Beurteiler Ergebnisse : MRT diff.-gew. (vs MRT) Sensitivität : 73,2% (vs 50%), Spezifität : 80,8% (vs 79,6%), PPW : 74,8% (vs 65,7%), NPW : 79,5% (vs 67m1%), Accuracy 77,5% (vs 66,6%)</p> <p>IV. Yoshimitsu K et al. Referenzstandard Prostatektomie-Präparat, sonst k.A. Ergebnisse : MRT diff. gew. vs. MRT sign. verbesserte PCa-Entdeckungsrate in T-Zone. Korrelation von Gleason Score und ADC</p> <p>V. Van AS N Als einzige Studie Referenzstandard « whole-mount, step-section pathology » sonst k.A. Ergebnisse : MRT diff. gew. vs. MRT sign. Unterschied in ADC von PCa und BPH, aber auch signifikante Überlappung, entscheidend vermutlich relative Unterschiede</p> <p>5c. DCE-MRT Studien mit Referenzstandard Histologie aus operativem Präparat (Prostatektomie)</p> <p>Sensitivität: Diagnose : 69-95% (Jager et al : vs. MRT 57,5%) Kapselüberschreitung : 82-91% (surface MRI+DCE-MRT, Bloch et al., n=32, verblindet, PCa-Diagnose bekannt) Spezifität: Diagnose : 80-96% Kapselüberschreitung : 95% (MRT+DCE-MRT, Bloch et al.)</p>	<p>2007;48:695-703. Yoshimitsu K, Kiyoshima K, Irie H, et al. J Magn Reson Imaging 2008;27: 132-9. Van As N, Charles-Edwards E, Jackson A, et al. Br J Radiol 2008;81:456-62</p> <p>5c. Jager GJ, Ruijter ET, van de Kaa CA, et al. Radiology 1997;203:645-52. Ogura K, Maekawa S, Okubo K, et al Urology 2001 ;57:721-6. Kiessling F, Lichy M, Grobholz R, et al. Eur Radiol 2004;14: 1793-801. Schlemmer HP, Merkle J, Grobholz R, et al. Eur Radiol 2004;14:309-17. Kim JK, Hong SS, Choi YJ, et al. J Magn Reson Imaging 2005;22:639-46. Futterer JJ, Heijmink SW, Scheenen TW, et al. Radiology 2006;241:449-58. Bloch BN, Furman-Haran E, Helbich TH, et al. Radiology 2007;245:176-85. Ren J, Huan Y, Wang H, et al. Clin Radiol 2008;63: 153-9.</p> <p>5d. Tanimoto A, Nakashima J, Kohno H, Shinmoto H, Kuribayashi S. J Magn Reson Imaging 2007;25:146-52. Chen M, Dang HD, Wang JY, et al. Acta Radiol 2008;49:602-10. Reinsberg SA, Payne GS, Riches SF, et al. AJR Am J Roentgenol 2007; 188:91-8. Kozlowski P, Chang SD, Jones EC, Berean KW, Chen H, Goldenberg SL. J Magn Reson Imaging 2006;24:108-13. Mazaheri Y, Shukla-Dave A, Hricak H,</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>Positiver prädiktiver Wert: Diagnose : n.a. Kapselüberschreitung : 90-91% (MRT+DCE-MRT,Bloch et al.) Negativer prädiktiver Wert: Diagnose : n.a. Kapselüberschreitung : 91-95% (MRT+DCE-MRT,Bloch et al.)</p> <p>Accuracy: Diagnose : 77,5-92% (Jager et al : vs. MRT 72%) Kapselüberschreitung : n.a.</p> <p>Understaging 3-9%, Overstaging 3-6% (Bloch et al.)</p> <p>VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)-Expression und MVD (microvascular density) sign. Höher bei PCa als beiBPH . Positive Korrelation zwischen Anreicherung, VEGF-Expression und MVD (Ren et al.)</p> <p>5d. Kombination verschiedener MRT-Techniken I. Tanimoto et al prospektiv, unizentrisch, konsekutiv, 83 Pat. mit V.a.PCa, keine weiteren Angaben, T2-gewichtete Auswertung</p> <p>Ergebnisse : ROC Az MRT : 0,711, ROC Az MRT diff. gew. : 0,905, ROC Az MRT diff.-gew. + DCE-MRT : 0,966</p> <p>II. Chen et al. retrospektiv, unizentrisch, 42 Pat. mit erhöhten PSA-Werten, keine weiteren Angaben, T2-gewichtete Auswertung,</p> <p>Ergebnisse : ROC Az MRT : 0,848, ROC Az MRT diff. gew. : 0,860, ROC Az MRS : 0,961 . ROC Az MRT+ MRT diff.-gew. +</p>	<p>et al. Radiology 2008; 246: 480–8.</p> <p>6. Beyersdorff D, Taupitz M, Winkelmann B, et al. Radiology 2002;224:701–6. Comet-Battle J, Vilanova-Busquets JC, Saladie ´-Roig JM et al. , Eur Urol 2003;44:201–8, discussion 207–8. Yuen JS, Thng CH, Tan PH, et al J Urol 2004; 171:1482–6. Amsellem-Ouazana D, Younes P, Conquy S, et al., Eur Urol 2005;47:582–6. Lattouf JB, Grubb 3rd RL, Lee SJ, et al BJU Int 2007;99:1041–6. 7. Zakian KL, Sircar K, Hricak H, et al. Radiology 2005;234:804–14. Hom JJ, Coakley FV, Simko JP, et al. Radiology 2007;242:483–9. DeSouza NM, Reinsberg SA, Scurr ED, et al. Br J Radiol 2007;80:90–5. Shukla-Dave A, Hricak H, Kattan MW, et al. BJU Int 2007;99:786–93.</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>MRS : 0,978</p> <p>Reinsberg et al, Kozlowski et al, Mazaheri et al: « showed similar results ...for combined MR protocols », sonst k.A.</p> <p>6. MRT nach negativer Biopsie</p> <p>I. Beyersdorff et al. prospektiv, unizentrisch, sonst k.A. Ergebnisse : Sensitivität 83% (DRE : 33%, TRUS 33%), PPW 50% (DRE 67%, TRUS : 57%), MRT korrelierte nicht mit individueller Biopsie-Lokalisation.</p> <p>II. Comet-Battle et al. 92 Pat. mit erhöhtem PSA-Wert (>4ng/ml) und/oder auffälliger DRU mit 1-5 MRT-gesteuerten Biopsie-Serien Ergebnisse : Accuracy MRT+DRU+PSA 83% vs DRU/PSA allein jeweils 70%. Wahrscheinlichkeit von PCa bei PSA-Wert 5-15ng/ml und negativer DRU/MRT 5-10% bei 1. und 2. Biopsieserie und <3% bei weiteren Biopsieserien. <i>Schlussfolgerung Autoren</i> : nach 2 Biopsieserien ist eine negative MRT zur Vemeidung weiterer Biopsien ausreichend.</p> <p>III. Yuen et al. 24 Pat. mit mind. 1x negativer TRUS-gesteuerter Biopsie [und erhöhtem PSA-Wert] mit <i>MRT/MRS</i> (10 Zufallsbiopsien und bis zu 4 gezielte Biopsien), PCa entdeckt in 7/24 Pat (29,1%) Ergebnisse : <i>MRT/MRS</i> komb. Sensitivität 100%, Spezifität 70,6%, PPW : 58,3%, NPV : 100%, in 2/7 Pat nur duch bezielte Biopsien</p> <p>IV. Amsellem-Ouzana et al. 42 Pat. , im Mittel 2x negative TRUS-gesteuerte Biopsie, mittl.PSA-Wert 12ng/ml (3,9-35) mit <i>MRT/MRS</i> und 10 gezielten Biopsien. PCa entdeckt in 15/42 (35,7%)</p>		

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>Ergebnisse : Sensitivität 73,3%, Sepzifität 96,3%, PPW : 91,6%, NPW : 86,6%, Accuracy : 88%, 9x Tumorlokalisierung Biopsie und MRT/MRS identisch, 5x Tumorlokalisierung Biopsie und MRS identisch.</p> <p>V. Lattouf et al. konsekutiv, unizentrisch, 26 Pat. nach negativer TRUS-gesteuerter Biopsie mit MRT/DCE-MRT, T2-gewichtete Auswertung Ergebnisse : NPW MRT 14%, NPW DCE-MRT 15%, Unterschiede n.s.</p> <p><i>Schlussfolgerung der Autoren des systematischen Reviews :</i></p> <p>“MRI appears to be useful for ruling out cancer in patients at risk for PCa with previous negative biopsies; in addition, there is evidence that the use of MRI to plan targeted biopsies may lead to the detection of cancers that would have been missed on systematic biopsies.”</p> <p>7. MRT zur Charakterisierung des Prostatakarzinoms I. Zakian et al. 123 Pat. mit MRS vor Prostatektomie. Ergebnisse : MRT/MRS sensitiver in schlecht differenzierten Tumoren (Gleason Score mind. 7b). II. Hom et al. k.A.</p> <p>Ergebnisse : Tumoren mit Gleason 6, die mit MRT/MRS nicht diagnostiziert wurden, waren signifikant kleiner als die diagnostizierten. III. DeSouza et al.</p>		

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>MRT diff.-gew., sonst k.A . Ergebnisse : Diffusion bei low risk PCa signifikant unterschiedlich von Diff. bei intermediate oder high risk PCa IV. Shukla-Dave et al. k.A. zu Patienten Erstellung eines Nomogramms zur Vorhersage eines insignifikanten PCa (<0,5cm³) unter Berücksichtigung von klinischen Parametern, Biopsie-Daten und MRT/MRS. Ergebnisse : Diskriminierung am besten mit Kombination von « Kattan medium nomogram model » (cT1c oder cT2, 1. und 2. Biopsie mit Gleason Score 1-3 (Score </=6) ; PSA-Wert vor Behandlung <20ng/ml, >50% Biopsien Ca-positiv) + MRT/MRS : <i>ROC Area under the curve</i> : 0,858, signifikant besser als bestes klinische Modell : 0,726.</p>		

3.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien / Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenzstandard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur- belege
Meta- Analyse	Hoogen- dam, 1999 [82]	14 Studien aus systematischer Suche 1983 bis 1995, unselektierte Patienten mit Vd.a. PCA auf Grund von verdächtigem PSA oder TRUS	DRE	Histologie aus Biopsie oder chirurg. Präparat	<p>Gepoolte Ergebnisse aller 14 Studien:</p> <p>Sensitivität 59% (51-67%)</p> <p>Spezifität 94% (91-96%)</p> <p>PPW* 28% (20-36%)</p> <p>NPW** 99% (98%-99%)</p> <p>Gepoolte Ergebnisse der 5 qualitativ besten Studien:</p> <p>Sensitivität 64% (47-80%)</p> <p>Spezifität 97% (95-99%)</p> <p>PPW* 47% (29-64%)</p> <p>NPW** 99% (98-99%)</p>	Nicht alle Studien definieren, was „positive DRE“ bedeutet, unterschiedlich bewertete Studienqualität, Histologien von Biopsien und chirurg. Präparaten sind nur begrenzt vergleichbar	2++	10-14, 16, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 29, 30

3.1.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Testgüteparameter der Graustufensonographie der Prostata + ggf. Dopplerflowmessung							
Lee H.Y. et al, 2009 [83] Korea Retrospektive Fallserie	N=350 /114 konsekutive Pat. mit gezielten Biopsien Med. Alter 67,5J PSA>3ng/ml (med. 7,6ng/ml)	TRUS gesteuerte systematische + gezielte Biopsie (+1-2) von einem erfahrenen Untersucher HDI500 4-9Mhz + Dopplerflowmessung n= 236 Trainingsset : Entwicklung von Scoring-Kriterien für Auffälligkeit nach multivariater Analyse : - verstärkte Durchblutung (+1), unregelmäßige Begrenzung (+1) und nodulare oder Cluster-Auffälligkeit (+1) oder Ausdehnung der Auffälligkeit an	Nur TRUS syst. Biopsie (n=12) Referenzstandard : Histologie aus Biopsie	Positiver prädiktiver Wert der retrospektiv erhobenen Scoringkriterien für Auffälligkeit bei gezielter Biopsie vs. systematischer Biopsie	1. Anteil Karzinome gesamt : - Trainingsset. 43%, Testset 40% 2. PPV gesamt Testset gezielte+systematische Biopsie : 40% (46/114) nur systematische Biopsie : 30% (34/114) 3. PPV nach Scores Testset Score +4 gezielte + systematische Biopsie : 83% (19/23) nur systematische Biopsie : 52% (12/23) p=0,005 Score +3 gezielte+systematische Biopsie : 38% (13/34) nur systematische Biopsie : 32% (11/34) p=0,07 Score +2		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		die Außenseite der peripheren Zone (+1) n=114 Testset : Prüfen der Testgüteparameter			35% (12/34) 27% (9/34) p<0,001 Score 0+1 n.s.		
Tamsel R. et al, 2008 [84] Retrospektive Fallserie Türkei	N=830 Pat. Mittl. Alter 65J 45-80 5/2000-6/2004 Unklar, ob konsekutiv tPSA >4ng/ml	TRUS gesteuerte Biopsie mit zusätzlicher Probeentnahme suspekter Areale bei auffälliger TRUS (fokal hypo- oder , hyperechogen, auffällige Grenze, schlecht definierte Bereiche mit veränderten Graustufen	Nur TRUS sextant Biopsie Untersuchung jeweils durch 2 erfahrene Untersucher mit Sonographiegerät mit endorektaler Sonde 5-9 Mhz mit 18G Stanze, systematische (sextant) Biopsie mit 8 Stanzen Referenzstandard : Histologie aus Biopsie	Sensitivität Spezifität Positiver prädiktiver Wert negativer prädiktiver Wert Accuracy Für « auffällige TRUS »	Karzinome insgesamt : n=291 (35%) Auffällige TRUS gesamt : n=241 1.Sensitivität « auffällige TRUS » : 64% (185/241) 2. Spezifität « auffälliger TRUS » : 89% (483/539) 3. positiver prädiktiver Wert « auffälliger TRUS » : 76% 4. negativer prädiktiver Wert « auffälliger TRUS » : 82% 5. Accuracy : 80% Stratifiziert nach tPSA-Wert : Karzinomentdeckung TRUS in Gruppe 1 (4-9,9ng/ml) : 56% (22/39)		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					Gruppe 2(10-19,9ng/ml) : 30% (28/93) Gruppe 3 (<20ng/ml) : 85% (135/159)		
Testgütparameter der Dopplerflowmessung inkl. kontrastmittelverstärkte Sonographie der Prostata							
Aigner F. et al, 2009 [85] prospektive Fallserie/Kohortenstudie	n= 44 Screening-Freiwillige aus Innsbruck PSA-Wert > 1,25ng/ml Mittl. Alter 62J (42-76) und suspekter CEUS Befunde mit genannter Technik keine DRE	Bis zu 5 zielgerichtete Biopsien nach CEUS mit cadence-contrast pulse sequencing (CPE), niedriger mechanischer Index (MI 0,14) mit Freq. von 5 Mhz mit SonoVue Score : 1. schnelle Kontrastanreicherung (15-20s) 2. erhöhte Kontrastanreicherung 3. Asymmetrische Darstellung der	Systematische Biopsie mittels TRUS mit Sequoia mit Sonde EV8C\$, Freq. 8 Mhz Fokus auf peripherer Zone, da bei Screening kaum Ca in Transitionszone. Referenzstandard : Histologie aus Biopsie	Anzahl entdeckter Karzinome Sensitivität Spezifität Positiver prädiktiver Wert Negativer prädiktiver Wert	1. Anzahl entdeckter Karzinome Gesamt : 80% (35/44) Gleason Score 6,7 (5-10) CPE-CEUS gezielte Biopsie Sensitivität 100% Spezifität : nicht ermittelbar, da nur suspekter CPE-CEUS ausgewertet. 20% falsch Positive (n=9) NPV : nicht ermittelbar PPV 79,5% TRUS systematische Biopsie	Alle CEUS Untersuchungen durch einen erfahrenen Untersucher Systematische Biopsie mit TRUS durch Urologen ohne Kenntnis der anderen Befunde In der Publikation NPV und PPV nicht korrekt angegeben	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		intraprostatichen Gefäße			Sensitivität : 43% Spezifität : n.a. PPV : n.a. NPV : n.a.		
Colle-selli D. et al, 2007 [86] Retro-spektive Kohortenstudie Arbeitsgruppe Innsbruck	n=345 konsekutiv Pat. mit Prostatakarzinom Mittl. Alter 62,2J (41-75) mittl. tPSA 6,9 (1,32-43,4) asymptomatische Screening-Freiwillige	CEUS (mit SonoVue max. 4,8ml) mit gezielter Biopsie (« endfire »Sequioa 5-9Mhz) nur in peripherer Zone max. 5 von max. 2 hypoechoenen Zonen	TRUS mit systematischer Biopsie (n=10) (« endfire »Sequioa 5-9Mhz) Referenzstandard : Histologie aus Biopsie ?	Sensitivität CEUS-Biopsie vs TRUS systematische Biopsie für PCa-Entdeckung Stratifizierung der Ergebnisse anhand des Prostatavolumens	1. Sensitivität CEUS gezielte Biopsie: 77,1% (267/345) TRUS syst. Biopsie: 73,4% (252/345) n.s. 2. Sensitivität nach Volumen stratifiziert <20ml : CEUS gezielte Biopsie : 88% TRUS syst. Biopsie : 69% p<0,05 20-30ml : CEUS gezielte Biopsie : 80,8% TRUS syst. Biopsie : 70,4% p<0,05 Größere Volumina n.s.	Spezifität, positiver+negativer prädiktiver Wert n.a.	3
Mitterberger M. et al, 2007	n=100 Screening-Freiwillige aus	n= 50 mit 5 gezielten Biopsien 18G nach	n= 50 mit 10 systematischen	1. Anzahl entdeckter Prostata-Karzinome 2. Prozentsatz positiver	Inzidenz PCa gesamt : 29% (29/100) Anzahl entdeckter	Keine prospektive Powerberechnung	1-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
[87] Unizentrischer RCT Arbeitsgruppe Innsbruck	Innsbruck Alter im Mittel 52 (44-76) PSA 1,6-10 ng/ml Prostatavolumen 11-95ml Ausschluss : -Prostatitis bis zu 1 Mo vor Biopsie - aktive Infektion des Urogenitaltrakts - Kontraindikation gegen Kontrastmittel einschl. NYHA IV	kontrastmittelverstärkter TRUS (= CEUS-TRUS) mit SonoVue aus hypervaskularisierten Teilen der peripheren Prostatazone, nicht aus der Transitionszone Subj Grading : 0 = kein Farbsign. 1= niedr. Dichte 2= mittl. Dichte 3=hohe Dichte Sequioa 512 « endfire probe » Doppl. Freq. 9Mhz	Biopsien 18G (5 von jeder Seite, Basis, Mitte, Spitze medial, Spitze lateral, jeweils periphere Zone,+ Transitionszone) unter Standard-TRUS « biplane probe » grey-scale, 7,5 Mhz Referenzstandard : Histologie aus Biopsie, keine Nachverfolgung	Biopsien im Verhältnis zur Gesamtzahl der Biopsien	Prostatakarzinome a. gezielt mit CEUS—TRUS 16% b. systematisch mit TRUS 13% p<0,04 2. Prozentsatz positiver Biopsien im Verhältnis zur Gesamtzahl a. gezielt mit CEUS-TRUS 15,6% b. Systematisch mit TRUS 6,8% p<0,001	Keine Angabe zu Sensitivität und Spezifität möglich, da keine falsch Negativen erhoben, .d.h. Vergleich mit Prostatektomiepräparat fehlt. Die Autoren geben an, dass für CEUS-TRUS gezielte Biopsie die meisten nicht entdeckten Karzinom in der Apex der Prostata lagen. Verwendung von Sonographiegeräten unterschiedlicher Frequenz Hypoechoogene Zonen nicht berücksichtigt bei gezielter Biopsie aufgrund spezifischer Screening-Population Alle Untersuchungen durch einen erfahrenen	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						Untersucher, Lernkurve mit mind. 3 Mo angegeben	
Tang J. et al, 2007 [88] unizentrische Fallserie/Kohortenstudie China	n= 66 Pat. prospektiv 6/06 - 2/07 mit auffälliger DRU (n=23), MRT, CT oder PSA-Wert < 10ng/ml (n=38) mittl. Alter 69,8+/-7,5J (49-83) PSA-Wert 1,3-38ng/ml Prostatavolumen im Mittel 45,4+/-26,9cm ³	Biospie aus hypoechoenen Zonen (6-10Mhz endfiring probe 18G) CEUS mit end-firing probe 4-8Mhz Sequoia 512 mit contrast pulse sequence SonoVue mit niedriger akustischer Power 4 Kategorien : 1= keine Anreicherung 2=verstärkte Anreicherung 3=gleiche Anreicherung 4=verminderte Anreicherung im Vergleich zum umgebenden	Systematische Biopsie nach TRUS / PDU PDU : 1= kein Signal 2=verstärktes Signal 3=gleiches Signal 4=vermindertes Signal im Vergleich zum umgebenden Gewebe Referenzstandard : Histologie aus Biopsie, Nachverfolgung benigne Befunde 3 Monate PSA-	Anzahl entdeckter Karzinome Sensitivität Spezifität Gleason Score der Karzinome cTNM	1. Anzahl entdeckter Karzinome Gesamt : 45% (30/66) a. CEUS Bei Peak-Intensität als Malignitätskriterium mit Cut-off 9,2dB Sensitivität : 65,2% Spezifität : 72,7% Mit relativer Peak-Intensität als Kriterium Sensitivität : 71,4% Spezifität : 81.8% b. TRUS/PDU bei erhöhtem Flow in peripherer hypoechoener Zone als Malignitätskriterium : Sensitivität 55,2%	Eigentlich Explorationsstudie für Differenzierungskriterien benigne-maligne bei CEUS, deshalb als hohes Verzerrungsrisiko klassifiziert, da keine Validierungsstudie Autoren geben an, dass die genannten Kriterien objektiver als Dopplerflowmessungen zu erheben sind.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		Gewebe	Kontrollen (alle o.B.)		Spezifität : 53,8%		
Taymoorian K. et al, 2007 [89] Unizen- trische Fallserie/ Kohorten- studie Berlin	n= 95 von 115 Pat. Mittl. Alter 66 (44-73) mit erhöhtem PSA.Wert (median 13,8, 4-48) und <u>voraus- gegangener negativer Biopsie</u> (bis zu 6x) 1/04-2/06 10 wegen Kontraindikation an ausgeschl, 9 wegen Lernkurve	2 zielgerichtete Biopsien mit biplaner Sonde 7,5Mhz aus suspekter hypervaskularisierter Zone in der Anflutungsphase oder hypochogener Zone in der späten Phase mit CEUS : Sonovue, Doppl. Freq. 3,6Mhz, eher niedr. akust. Power (MI<4), mit Sonogerät Aplio 80 6-9Mhz	TRUS, mit Sonogerät Aplio 80 6-9Mhz /PDU und systematische Bipsie mit biplaner Sonde 7,5Mhz Referenz- standard : Histologie aus Biopsie und Nachverfolgung 12 Mo benigner Befund – alle ohne Ca	Anzahl entdeckter Karzinome Sensitivität Spezifität	1. Anzahl entdeckter Karzinome Gesamt : 31,5% (30/95) a. CEUS : ohne Biopsie : 48 suspekte Läsionen Sensitivität : 100% Spezifität : 48% Nach Biopsie : Sensitivität : 80% (24/30) Spezifität : 100% ? b. systematische Biopsie TRUS/PDU : nur TRUS/PDU: Sensitivität : 0,7% (2/30)		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					Nach Biopsie : Sensitivität : 26,6% (8/30) Spezifität : 100% ?		
Sen J et al, 2008 [90]	n=40 konsequente Patienten alle PSA> 4ng/ml oder auffällige DRU	TRUS +Doppler Flow Messung Score : erhöhter , gleicher oder erniedrigter Flow Syst. Veloc. Enddist. Veloc. Resistance Index + gezielte Biopsie bei Auffälligkeit	TRUS mit Sonde 5-9Mhz + systematische Biopsie	Sensitivität Spezifität positiver prädiktiver Wert negativer prädiktiver Wert	Sensitivität : Dopplerflowmessung : 88,2% TRUS : 73,5% Spezifität : Dopplerflowmessung : 66,6% TRUS : 33,3% PPV : Dopplerflowmessung : 93,7% TRUS : 85,1% NPV : Dopplerflowmessung : 50% TRUS : 22,2%	Kleine Fallzahl	3
Wink M et al, 2008 [91] Europäisches Multicenterprojekt Ergebnisse	[Angegebene Patientenzahlen zu Publikationen zur gezielten Biopsie unter CEUS vs. systematischer Biopsie] ; alle aus	Gezielte Biopsien nach CEUS -TRUS Sonokriterien nicht angegeben	Systematische Biopsien mit TRUS Referenzstandard : jeweils	1. Anzahl entdeckter Karzinome 2. Anzahl positiver Biopsien im Verhältnis zur Gesamtzahl der Biopsien	Frauscher 2002 1. Entdeckte Karzinome Gesamt: 30% (69/230) CEUS gezielte Biopsie: 24,4% (56/230) Nur durch CEUS-Biopsie entdeckt:	Jeweils am meisten entdeckte Karzinome durch Kombination der Verfahren Syst. Biopsie unter TRUS und Gezielte Biopsie mit CEUS Sonographische Kriterien für gezielte Biopsie aus den verschiedenen Publikationen	2- bis 3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
aus Innsbrucker Arbeitsgruppe	Innsbrucker Arbeitsgruppe Frauscher 2002 n= 230 Screening-Freiwillige Kontrastmittel Levovist Pelzer 2005 n= 380 Screening-Freiwillige PSA-Wert 4-10ng/ml Mitterberger N= 690 Mittl. PSA-Wert 4,6 ng/ml Kontrastmittel Sonovenue		Histologie aus Biopsie	3. Korrelation zum Gleason Score (Mitterberger)	7,4% (17/230) TRUS systematische Biopsie: 22,6%) Nur durch syst. Biopsie entdeckt: 5,6% (13/230) 2. Anteil positiver Biopsien CEUS gezielte Biopsie : 10,4% Systematische Biopsie : 5,3% P<0,05 Pelzer 2005 1. Entdeckte Karzinome Gesamt : 37,6% (143/380) CEUS gezielte Biopsie: 27,4% (104/380) Nur durch CEUS-Biopsie entdeckt: 10% (38/380) TRUS systematische Biopsie: 27,6% (105/380) Nur durch syst. Biopsie entdeckt : 10.2% (39/380)	nicht angegeben Nicht angegeben, ob prospektive oder retrospektive Serien Keine Validierung am Prostataktomie-Präparat Alle Arbeiten aus einer Arbeitsgruppe. Keine Angabe darüber, ob klinische relevante Karzinome entdeckt wurden. 2 publizierte Arbeiten von Mitterberger 2007 nicht aufgeführt – a) RCT n= 100 siehe eigene Evidenztabelle b) Fallserie n= 20	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	(RCT Mitterberger siehe eigene Evidenztafel)				<p>Anteil positiver Biopsien:</p> <p>CEUS gezielte Biopsie: 32,6%</p> <p>Systematische Biopsie: 17,9% $p < 0,01$</p> <p>Mitterberger 2007</p> <p>1. Entdeckte Karzinome</p> <p>Gesamt: 32% (221/690)</p> <p>CEUS gezielte Biopsie: 26% (180/690)</p> <p>Nur durch CEUS-Biopsie entdeckt: 7,9% (55/690)</p> <p>TRUS systematische Biopsie: 24% (166/690)</p> <p>Nur durch syst. Biopsie entdeckt : 5,9% (41/690)</p> <p>2. Anteil positiver Biopsien: k.A.</p> <p>3. Gleason-Score</p> <p>Durch CEUS entdeckte Karzinome : Gleason-Score mind. 6 , Mittelwert</p>	<p>Anwendung Alphareduktasehemmer vor Untersuchung zu klein</p> <p>Ergebnisse der anderen Arbeitsgruppen zu (Seiten-)Lokalisation durch CEUS und CEUS zum Monitoring/Staging unter Therapie n.a.</p>	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					6,8 Durch system. Biopsie entdeckte Karzinome: Gleason-Score 4-6, Mittelwert 5,4 P<0,05		
Yang J.C. et al, 2008 [92] Fallserie/ Kohortenstudie	n= 115 konsequente Pat. mittl. Alter 70 Jahre (47-85) PSA-Wert > 4ng/ml (4,3-387) DRU n.a. n=36 mit PSA-Wert 4-10ng/ml 6/07-5/08	CEUS mit SonoVue CEUS-Score : 0=keine Anreicherung 1= keine abnorme Anreicherung 2= intensive fokale Anreicherung 3= diffuse Anreicherung (2+3=positiv) 2 Biopsiestanzen (18G) aus allen CEUS-positiven hypoechoenen Zonen	TRUS PDU (Power Doppler Ultrasonography) mit 4-8Mhz « endfiring » probe Sequoia 512S PDU-Score : 0=keine abnorme Anreicherung 1=intensive fokale Anreicherung 2= diffuse Anreicherung (1+2= positiv) 2 Biopsiestanzen	Anzahl entdeckter Karzinome 1. Sensitivität 2. Spezifität 3. PPV (positiver prädiktiver Wert) 4. NPV (negativer prädiktiver Wert) 5. Accuracy (diagn. Sicherheit gesamt) im Hinblick auf Histologie aus Biopsie vs. gezielter Biopsie	Entdeckte Karzinome Gesamt : 55% (63/115) Sensitivität a. TRUS 51% (32/63) b. PDU 57% (36/63) c. CEUS 65% (41/63) 2. Spezifität a. TRUS 58% (30/52) b. PDU 65% (34/52) c. CEUS 83% (43/52) 3. PPV a. TRUS 59% (32/54) b. PDU 67% (36/54)	Kein Korrelat zu Prostatektomie	2+ bis 3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		Gerät siehe Vergleichsintervention	aus allen PDU positiven hypoechogenen Zonen + systematische Sextant-Biopsie (4 Proben v. peripherer Zone, 2 Proben v. Transitionszone) Referenzstandard : Histologie aus Biopsie		c. CEUS 82% (41/50) 4. NPV a. TRUS 49% (30/61) b. PDU 56% (43/65) c. CEUS 66% (43/65) 5. Accuracy a. TRUS 54% (62/115) b. PDU 61% (70/115) c. CEUS 73% (84/115)		
Thema: Ultraschallelastographie							
Cochlin et al., 2002 [93]/ prospektive Fallserie/ Kohortenstudie	100 konsekutive Pat. mit auffälliger DRU und/oder erhöhtem PSA	Elastographie Nachverfolgung für 1 Jahr	Grey-scale TRUS: 8,5 MHz Referenzstandard: Sextantenbiopsie: segmentale Biopsien des rechten und linken Lappens,	Sensitivität Spezifität PPV NPV	Elastographie: Sensitivität 51% (24/47), Spezifität 83% (44/53), PPV 72% (24/33), NPV 66% (44/67) TRUS: Sensitivität 54% (keine absoluten Angaben), Spezifität 73% (keine absoluten Angaben)	Keine Angaben bzgl. einer Verblindung bei der Auswertung	2+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
			Mitte und apikal		<p>Impact auf Management:</p> <p>N=3: Pat. mit nur durch Elastographie festgestelltem Karzinom (6,1% von insgesamt 19 Pat. mit festgestelltem Karzinom)</p> <p>N=2: Pat., in denen durch Elastographie zusätzliche krebsbefallene Bereiche festgestellt wurden, und in denen das Staging daraufhin verändert wurde (4,1% von insgesamt 49 Pat. mit festgestelltem Karzinom)</p>		
Eggert et al., 2008 [94] / RCT	351 Pat. mit auffälliger DRU und/oder erhöhtem PSA (≥ 4 ng/ml) Ausschlusskriterien: vorangegangene Prostatabiopsie, operative Prostataeingriffe, akute	Elastographiegruppe (n=189) Voluson 730 Ultraschallgerät TRUS+Biopsie (siehe rechts)	Kontrollgruppe (n=162) TRUS + Biopsie: 10 periphere Proben aus Apex, Mitte, Basis, mediale Anteile der Seitenlappen	Sensitivität Spezifität Vorhersagegenauigkeit der Elastographie vgl. mit TRUS	Elastographie: Sensitivität 44,5% (keine absoluten Angaben), Spezifität 89% (keine absoluten Angaben) TRUS: Sensitivität 39% (keine absoluten Angaben), Spezifität 78% (keine absoluten Angaben)	Keine Angaben zum Randomisierungsverfahren Homogene Verteilung der Gruppen	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Prostatitis innerhalb der letzten 4 Wo.				<p>Prostata-CA-Detektionsrate der Elastographiegruppe betrug 40,2% (76/189) ggü. 37,7% (61/162) in Kontrollgruppe (Unterschied n.s.= nicht signifikant).</p> <p>Detektionsraten - Subgruppenbetrachtung:</p> <p>Stadium T1c: Elastogr. 30% vs. TRUS 25% (n.s.)</p> <p>Stadium T2: Detektionsraten gleich</p> <p>Stadium T3 u. T4: unabhängig vom bildgebenden Verfahren bestätigte sich bei allen Pat. klinischer Tastbefund</p>		
Kamoi et al., 2008 [95] / prospektive Kohortenstudie	107 konsekutive Pat. mit auffälliger DRU oder erhöhtem PSA (≥ 4 ng/ml) ohne vorherige Biopsie	Transrektale real-time Elastographie (TRTE): 7,5 MHz	<p>TRUS</p> <p>Power Doppler Sonographie (PDUS)</p> <p>8-Zylinder transperineale Ultraschall gesteuerte -</p>	<p>Sensitivität , Spezifität PPV, NPV</p> <p>Diagnostische Genauigkeit (Diagnostic accuracy, DA)</p> <p>ROC-Kurvenanalyse</p>	<p>TRTE:</p> <p>Sensitivität 68% (27/40), Spezifität 81% (54/67), PPV 68% (27/40), NPV 81% (54/67), DA 76% (81/107)</p> <p>TRUS:</p> <p>Sensitivität 50% (20/40), Spezifität 85% (57/67), PPV 67% (20/30), NPV</p>	Rater waren verblindet ggü. den Ergebnissen der anderen Rater und Untersuchungen	2++

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
			Biopsie (konventionelle Sextanten-biopsie und lateraler Teil der peripheren Zone: jeweils ein Zylinder auf der rechten und linken Seite)	Odds ratio 95% KI	74% (57/77), DA 72% (77/107) PDUS: Sensitivität 70% (28/40), Spezifität 75% (50/67), PPV 62% (28/45), NPV 81% (50/62), DA 73% (78/107) Unterschiede in Sensitivität zwischen TRUS und TRTE bzw. PDUS: signifikant (p=0,027 bzw. p=0,023) Unterschiede in Spezifität: n.s. Beste Kombination - PDUS+TRTE (aber Unterschiede nicht signifikant): Sensitivität 78% (31/40), Spezifität 73% (49/67), PPV 53% (31/59), NPV 84% (49/58), DA 75% (80/107) Kombination aller drei Ultraschalltechniken hatte keinen zusätzlichen diagnostischen Wert im Vergleich zur Kombination PDUS+TRTE ROC Kurvenanalyse: TRTE hat größte Fläche unter ROC curve – n.s.		

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					im Vgl. mit PUDS und TRUS		
König et al, 2005 [96] / prospektive Kohortenstudie	404 Pat. mit auffälliger DRU und/oder erhöhtem PSA	Elastographie Voluson 730 Ultraschallgerät 7,5 MHz	TRUS konventionelle Sextanten-biopsie	Sensitivität gesamt und differenziert nach Gleason Score	Elastographie: Sensitivität gesamt 84% (127/151) Sensitivität Gleason 2-4: 83,8% (31/37), Gleason 5-6: 86,7% (52/60), Gleason 7: 78,1% (25/32), Gleason \geq 8: 86,4% (19/22). TRUS: Sensitivität gesamt 32,5% (49/151) Sensitivität Gleason 2-4: 21,6% (8/37), Gleason 5-6: 31,7% (19/60), Gleason 7: 46,9% (15/32), Gleason \geq 8: 31,8% (7/22).	Pathologe war verblindet ggü. den Ergebnissen der Elastographie Inhomogene Pat.population (mehr als 50% hatte in der Vergangenheit \geq 1 Biopsie mit negativen Ergebnissen)	2+
Miyagawa et al, 2009 [97]/ prospektive Kohortenstudie	311 Pat. mit erhöhtem PSA (< 4 ng/ml und auffälliger DRU (tastbare noduläre Läsionen), und auffälligem TRUS (echoarme Läsionen) und auffälligem MRT (Läsionen mit	Elastographie alleine und Elastographie kombiniert mit TRUS 7,5 MHz	TRUS DRU 6- bis 8-Zylinder TRUS-gesteuerte Biopsie (18G Biopsienadel) 12 bis 14 Zylinder wurden in denjenigen Pat.	Sensitivität gesamt und differenziert nach Gleason Score \geq 6 (Differenzierung nach Gleason Score nur für Elastographie)	Elastographie: Sensitivität 72,6% (69/95) Sensitivität Gleason 6: 69% (23/35), Gleason 7: 72% (21/29), Gleason 8: 81% (13/16), Gleason 9-10: 71% (10/14). Unterschiede n.s.	Elastographiebilder wurden verblindet ggü. den Biopsieresultaten ausgewertet	2+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	niedriger Intensität auf T2-gewichteten Schnitten)		gewonnen, die vorher bereits einer transrektalen Biopsie unterzogen wurden oder deren MRT Befund auf einen Tumor im vorderen Teil der Prostata hinwies (4 bis 6 Zylinder transperineal und 8 Zylinder transrektal)		TRUS: Sensitivität gesamt 59% (56/95) DRU: Sensitivität gesamt 37,9% (36/95) TRUS + Elastographie: Sensitivität gesamt 89,5% (85/95) Sensitivitäten von Elastographie und TRUS + Elastographie signifikant höher als Sensitivitäten von DRU oder TRUS (P<0,0001)		
Nelson et al, 2007 [98]/ prospektive Kohortenstudie	137 konsekutive Pat. mit auffälliger DRU oder erhöhtem PSA	Elastographie 6 MHz	TRUS (Gray-scale und Farb Doppler) Gezielte Biopsie der durch TRUS und Elastographie identifizierten auffälligen Bereichen sowie seitliche Sextantenbiopsie sowie bis zu 4 zusätzlichen parasagittalen	Hauptziel der Studie: Vergleich zwischen systematischer Sextantenbiopsie vs. gezielter Biopsie mit Gray-scale TRUS, Farb Doppler TRUS und Elastographie Weitere Outcomes (hier relevant): Sensitivität, Spezifität, PPV, NPV (nur relative	Elastographie: Sensitivität 25%, Spezifität 86%, PPV 20%, NPV 88% Gleason 5-6 OR: 1,72, Gleason 7 OR: 3,36, Gleason 8 OR: 3,36, Gleason 9-10 OR: 4,11 Gray-scale TRUS: Sensitivität 16%, Spezifität 93%, PPV 26%, NPV 88% Gleason 5-6 OR: 2,14, Gleason 7	Alle sonographischen Bilder nur von einem Reviewer ausgewertet Keine Angaben bezüglich einer Verblindung	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
			Zylinderstanzen	Angaben) OR bezogen auf gutartiges Gewebe für Gleason Score vs. pathologischer Befund im Ultraschall	OR: 5,26, Gleason 8 OR: 7,68, Gleason 9-10 OR: 6,29 Farb Doppler: Sensitivität 29%, Spezifität 80%, PPV 18%, NPV 88% Gleason 5-6 OR: 0,96, Gleason 7 OR: 0,85, Gleason 8 OR: 4,12, Gleason 9-10 OR: 10,61 signifikanter Zusammenhang zwischen steigendem Gleason Score und allen drei Ultraschalluntersuchungen; Elastographie zeigte stärkere Korrelation mit höheren Gleason Scores, war aber im Gegensatz zum Farb Doppler ebenfalls mit niedrigerer Malignität assoziiert		
Salomon et al, 2008 [99]/ prospektive Fallserie	109 konsekutive Pat. mit histologisch nachgewiesene m Prostata-CA. Alle Pat. für eine radikale Prostatektomie vorgesehen.	Elastographie 7,5 MHz	Radikale Prostatektomie	Bezogen auf einzelne auffällige Areale („suspicious areas“): Sensitivität Spezifität PPV	Elastographie: Sensitivität 75,4%, Spezifität 76,7%, PPV 87,8%, NPV 59%, Diagnostische Genauigkeit 76% Stratifizierung der Sensitivität nach Gleason Score: Gleason ≤ 6: 74%, Gleason 7: 78%, Gleason >7: 93% Stratifizierung der Spezifität nach	Bestmöglicher Referenzstandard Elastographie von einem Untersucher durchgeführt, der ggü. den klinischen Daten verblindet war. Pathologe verblindet ggü.	2-3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
				NPV Diagnostische Genauigkeit (keine absoluten Angaben) Stratifizierung der Sensitivität und Spezifität nach Regionen und Gleason Score	Gleason Score: Gleason \leq 6: 78%, Gleason 7: 80%, Gleason $>$ 7: 93% Elastographie dauerte 7-10 Min pro Patient	den Ergebnissen der Elastographie.	
Tsutsumi et al, 2007 [100]/ prospektive Fallserie	72 Pat. mit erhöhtem PSA, die zeitgleich mit einer TRUS-Biopsie einer Elastographie unterzogen wurden. Davon 51 Pat. in Analyse eingeschlossen Ausschlussgründe: verabreichte Hormontherapie, transurethrale OP in	Elastographie EUB-6500 Ultraschallgerät 7,5 MHz Elastographie +TRUS	TRUS-Biopsie: Sextantenbiopsie bei der ersten Untersuchung und nachfolgende 12 transrektale und transperineale Zylinderbiopsie (keine gezielte Biopsie von in der Elastographie festgestellten positiven Arealen)	Detektionsrate Stratifizierung nach Tumorlokalisierung, Gleason Score und Tumorstadium Sensitivität und PPV in Bezug auf die Tumolokalisierung (anterior, Mitte, posterior)	Detektionsrate: N=15 Pat., in denen die Elastographiebefunde zu 100% mit der Tumorlokalisierung übereinstimmte (29%); N=16 Pat., in denen die Elastographiebefunde mit der Tumorlokalisierung übereinstimmte, aber auch falsch-positive Befunde vorhanden waren (31%); N=12 Pat., in denen die Elastographiebefunde mit der Tumorlokalisierung übereinstimmte, aber auch falsch-negative Befunde vorhanden waren (24%); N=8 Pat., in denen die Elastographiebefunde nicht mit der Tumorlokalisierung übereinstimmte, bzw. ein Tumor	Auswertung der Bilder durch Ingenieur der ggü. die Tumorlokalisierung verblindet war. Prostata Schnitte von Pathologen analysiert, der ggü. Ergebnissen der Elastographie verblindet war. Viele Pat. ausgeschlossen	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Vergangenheit, kleine Tumorerläsionen (<0,5 ml), Elastographiebild der nicht auswertbar/schlechte Bedingungen bei Untersuchung				nicht lokalisiert werden konnte. TRUS+Elastographie lieferte eine Detektionsrate von 100% Stratifizierung nach Tumorlokalisierung (bezogen auf positive Elastographiebefunde) Anterior: Sensitivität 94% (30/32), PPV 83% (30/36) Mitte: Sensitivität 76% (13/17), PPV 72% (13/18) Posterior: Sensitivität 57% (16/28), PPV 70% (16/23)		
Thema: funktionelles MRT nach negativer Biopsie							
Cheikh A.B. et al, 2009 [101] retrospektive unizentrische Fallserie Lyon Angabe zu Interessenkonflikten:	n= 93 Patienten aus einer Institution mit mind. 1x negativer Biopsie, im Mittel 1,9 (1-5), im Mittel 12,6 Stanzungen pro Biopsiesitzung mittl. Alter 63,2J	MRT T2-gew. + DCE-MRT mit späterer systematischer TRUS-gesteuerter Biopsie (im Mittel nach 26 Tagen) , 12 Stanzungen und suspekter Bezirke vom MRT 1,5 T „pelvic phased array coil“,	Keine, getrennte Auswertung für T2-gewichtete Befunde und DCE-MRT Referenzstandard: Histologie aus Biopsie	Sensitivität Spezifität PPW NPW	Im Mittel Entnahme von 15,8+/-1,9 Stanzungen (12-21) Nachweis von PCa in 24,7% der Patienten, 86% in der peripheren Zone (bei 25,6% nach 1 vorausgegangener Biopsie, 25% nach 2. Biopsie, 22,2% nach 3 Biopsie) 1. Sensitivität T2w-MRT: 47,8% [95%KI 26,8-69,4]	Autoren geben an, dass Untersuchungen nach strikt standardisiertem Vorgehen erfolgten. MRT wurde jeweils von dem Radiologen ausgewertet, der auch die erneute TRUS gesteuerte Biopsie vornahm. MRT gesteuerte Re-Biopsie wird als zeitaufwändig und	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
k.A.	(52-74) 93,5% PSA-Wert >4ng/ml, mittl. Wert 9,63ng/ml (1,6-40) 22,6% auffällige DRU Mittl. P.-volumen 49,8	T1+T2 gewichtete Auswertung, suspekt: alle noduläre Strukturen niedriger Intensität bei T2 + alle mit früher Anreicherung in der peripheren Zone und der Samenblasenwand Erfahrung der radiologischen Untersucher: 2x2, 5 und 15J			DCE-MRT: 82,6% [95%KI 61,2-95%] T2w oder DCE suspekt: 82,6% [61,2-95%] 2. Spezifität T2w-MRT: 44,3% [95%KI 32,4-56,7] DCE-MRT: 20% [95%KI 11,4-31,3] T2w oder DCE suspekt: 15,7[8,2-26,4] 3. PPW T2w-MRT: 20,4%[95%KI 10,6-35,5] DCE-MRT: 24,4% [95%KI 15,3-35,4] T2w oder DCE suspekt: 23,2%[14,6-33,8] 4. NPW T2w-MRT: 79,5% [63,5-90,7] DCE-MRT: 93,3% [68,1-99,8] T2w oder DCE suspekt: 100 [71,5-100]	teuer, in der täglichen Routine nicht machbar gewertet Unterscheidung nach Gleason Score (<7, </=7) zeigte keine sign. Ergebnisse	
Labanaris AP et al, 2010 [102] prospektive uni-zentrische Fallserie	N=260 konsekutive Patienten (2004-2008) Mittl. Alter	MRT mit endorektal Spule + diff.gew. MRT+DCE-MRT und TRUS gesteuerte 18 Core Biopsie + 3	Referenzstandard: Histologie aus Biopsie	Sensitivität, Spezifität,	55% mit PCa (143/260) Durch gezielte Biopsien entdeckte Karzinome: 67% (96/143) Sensitivität :	Absolute Zahlen aus %-Zahlen errechnet, da n.a. Aus jeder auffälligen Region 3 gezielte Biopsien +	2-3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Nürnberg Interessenkonflikte: k.A.	PSA-Wert > 4ng/ml, auffällige DRU, mind. 1x vorausgegangene negative Biopsie Ausschlussgründe: >75J, Herzschrittmacher, Z.n. pelviner Chirurgie, chron. Damerkrankung, externer Strahlentherapie, analstriktur oder hochgradige Hämorrhoiden	Stanzen pro suspekter Zone 1.0 T T1- und T2 gewichtete Sequenzen Auswertung durch erfahrene verblindete Radiologen Suspekt: T1-Wichtung: Asymmetrie, irreguläre Begrenzung, Verlust des neurovaskulären Bündels T2: verminderte Signalintensität, Obliteration des retroprostatichen Winkels, + wie T1			MRT gezielte Biopsie: 84,9%(96/113) nur systematische Biopsie: 32,86% (47/143) Spezifität: MRT gezielte Biopsie: 49,65% (49,65%) Nur systematische Biopsie: n.a.	18 Biopsien systematisch : insgesamt hohe Anzahl an Biopsien	

Panebianco V. et al, 2010 [103] RCT, unizentrisch,Rom :

Studie nicht eingeschlossen, da aus gleicher Institution wie Sciarra et al. : überlappendes Patientenkollektiv, in Sciarra et al mehr Patienten eingeschlossen

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Sciarra A. et al, 2010 [104] RCT, uni-zentrisch, Rom Angaben zu Interessenkonflikten: keine	n=215 konsequente Patienten 1/07-1/09 eingeschlossen n=180 (83,7%) mittl. Alter 63,5J (49-74J) negative systematische Biopsie (alle in diesem Zentrum durchgeführt) PSA 4-10ng/ml DRU o.B. Ausschlussgründe: Vorherige hormonelle, radiologische oder chirurgische Therapie oder keine MR+MRS-DCE-MRT möglich	n=90 2. Biopsie systematische + gezielt e Biopsien aufgrund des MRT+MRS+DCE-MRT (T2-gewichteten) Befunds innerhalb von 60 Tagen N= 45 mit Auffälligkeiten N=45 ohne Technik MRT : 1,5Tesla endorektale Spule T2-Wichtung in axialer, sagittaler und coronaler Ebene MRS cut-off bei (choline+creatine) / citrate ratio >0,8	n=90 2. Biopsie, systematisch, TRUS-geleitet innerhalb von 60 Tagen Falls negativ: 50/68 mit anschließender MRT/MRS/DCE-MRT und 3. Biopsie ggf. plus gezielte Biopsien (n=30) Referenzstandard: Histologie aus Biopsie	Sensitivität Spezifität Positiver prädiktiver Wert Negativer prädiktiver Wert ROC-Kurven	Patientencharakteristika für beide Gruppen im Hinblick auf mittl. Alter, PSA-Wert und Prostataavolumen gleich Anteil Karzinome 2.Biopsie systematische Biopsie: 24,4% (22/90) systematische Biopsie + MRT: 48.8% (44/90) Sensitivität 2. Biopsie systematisch (aus Ergebnissen 3. Biopsie): 45,8% 2. Biopsie MRT+MRS+DCE-MRT: 93,2% (41/44) Spezifität 2. Biopsie systematisch: 100% 2. Biopsie MRT+MRS+DCE-MRT: 91,3% Positiver prädiktiver Wert 2. Biopsie: 100% 2. Biopsie MRT+MRS+DCE-MRT: 91,1% (41/45) Negativer prädiktiver Wert 2. Biopsie systematisch (aus Ergebnissen 3. Biopsie): 66,6% 2. Biopsie MRT+MRS+DCE-MRT: 93,3% (42/45) Accuracy:	Keine Angaben zur Randomisierungs-strategie Testgüteparameter für 3. Biopsie nach komb. MRT-Techniken n.a. Testgüteparameter aus Angaben in der Studie berechnet, da dort %-Angaben nicht nachvollziehbar Keine Konfidenzintervalle, Power? Klinische Signifikanz der entdeckten Karzinome?	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		wenn in peripherer Zone, als Artefakt klassifiziert bei gleichzeitig T1-gewichteter hoher Intensität			<p>2. Biopsie systematisch n.a.</p> <p>2. Biopsie MRT+MRS+DCE-MRT: 90,7%</p> <p>Mehrwert zusätzliches DCE-MRT: n=3 Karzinomdiagnosen</p> <p>Multivariate Analyse zeigen auffällige MRT-Techniken als einzigen signifikanten Parameter für das Vorliegen von PCa (nicht Alter, Volumen, PSA)</p>		

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Thema: präoperatives MRT zum lokalen Staging /Beurteilung der Tumoraggressivität							
Brown J et al, 2009 [105] retrospektive Fallserie Interessenkonflikte: k.A.	N=62 mittl. Aller 58J (42-73) 31 cT1c, 26T2, 5 k.A. PSA-Wert median 6,1 ng/ml (0,5-30,5) mit laparoskopischer (n=46) oder offener retropubischer (n=16) Prostektomie und vorausgegangenem MRT	MRT mit endorektaler Spule 1,5 T T1 und T2 gewichtete Auswertung	Referenzstandard: Histologie aus Biopsie	Anteil korrektes Staging, Over- und Unterstaging berechnet Anteil Patienten mit nervenerhaltender Technik in Abhängigkeit des MRT-Befunds	MRT Anteil korrektes T-Stadium: pT2: 82,9% (34/41) pT3: 38% (8/21) Understaging: pT3: 61,9% (13/21) Overstaging: pT2: 17,0% (7/41) Nervenerhaltende Technik in Abhängigkeit des MRT-Befunds: MRT T3: Kein NE, einseitig NE, beidseitig NE 2 4 9 MRT T2 Kein NE, einseitig NE, beidseitig NE 3 4 39 80% (4/5) mit MRT T2 (präoperativ „low risk“ und pT3 Tumoren hatten einen positiven Schnitttrand	Fallzahlen zu klein, um aus Zuordnung Nervenerhalt zu MRT Befund sichere Schlüsse zu ziehen, retrospektive Auswertung	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Brajtford JS. et al. 2010 [106] Fallserie, retrospektiv	n= 179 (15%) Pat. mit PCa von insgesamt 1420 mit roboter-assistierter Prostatektomie im Vgl. zur Gesamtgruppe sign. mehr T2 und T3, mehr positive Biopsien u.a. , häufiger	MRT mit endorektaler Spule Kein Scoring system angegeben, MRT durchgeführt in verschiedenen Institutionen (intern und extern, akademische und nicht akademische) Score vereinfacht in Malignität ja/nein, unklare Fälle: ja	Referenzstandard: Histologie aus OP-Präparat	Sensitivität/Spezifität eMRT für pT3, Kapselüberschreitung und Samenblasenbefall	pT3 Sensitivität: 43% Spezifität: 73% PPW: 50% NPW: 68% Accuracy: 62% Kapselüberschreitung Sensitivität: 33% Spezifität: 81% PPW: 50% NPW: 61% Accuracy: 63% Samenblaseninfiltration Sensitivität: 33% Spezifität: 89% PPW: 50% NPW: 63% Accuracy: 61% Identifikation von high risk nicht aufgeführt , Testgüte nicht	Absolute Zahlen fehlen Aus der Datenbank geht hervor, dass kein Patient aufgrund des MRT- Befunds von der Operation ausgeschlossen wurde	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					wesentlich besser als für alle Pat. Keine Unterschiede zwischen akademischen und anderen Befundern gefunden		
Manikandan R. et al, 2007 [107] Retrospektive unizentrische Fallserie UK	N=144 von 204 Patienten mit PCa cT1 2002-2005 und MRT vor RPE Mittl. Alter 62,5J Mittl. PSA 8,73 11% Gleason > 7	1,5 T MRT mit T1- und T2 gewichteter Auswertung 3-6mm Schichtdicke keine endorektale Spule Keine Angabe über Malignitätskriterien und Scoring	Referenz-Standard: Histologie aus OP-Präparat bei 71 Patienten	MRT klinische Relevanz (Änderung der Strategie) , Falsch Negative bei 71 Pat.	Insgesamt 95,14% (137/144) MRT ohne Nachweis von kaplseüberschreitendem Tumor 5 MRT unklar (4,86%) : in weiteren Untersuchungen in 3 Fällen durch gezielte Biopsie lokal begrenzt bestätigt In 2 Fällen upstaging aufgrund des MRT -Befunds zu T3 - Änderung der Therapie, keine Operation bei 1,3% 22/71 mit RPE mitpT3: Falsch negativ-Rate des MRT 30,9% (22/71)		3
Nogueira L. et al, 2010 [108] Retrospektive unizentrische Fall-	n = 202 Pat. mit präoperativ low-rik Prostatakarzinom (nur 1 Biopsie positive <2mm, Gleason 4/5, </=cT2a, PSA-Dichte <0,1,	MRT T2 gewichtete Auswertung bei 50 % (n=101) mit „indolent cancer“ nach RPE : Gleason4/5,	MRT T2 gewichtete Auswertung bei 50% (n=101) mit „non indolent cancer“ nach RPE (höherer Gleason Score, nicht	Sensitivität, Spezifität des MRT bezogen auf die Tumorlokalisierung stratifiziert nach 4 Regionen (Links anterior, links posterior, rechts anterior, rechts	Postoperative Klassifikation p-Kategorie indolent: pT0 13% sonst pT2	Anmerkung der Autoren: Testgüte MRT ist nicht ausreichend, um Patienten für fokale Therapie zu identifizieren	2-3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Kontroll-Studie Angabe zu Interessenkonflikten: k.A:	PSA-Wert n.a.	organbegrenzt, Tumervolumen <0,5ml, negative Schnittränder 81% multifokal 68% bilateral	organbegrenzt, Tumervolumen >0,5ml, positive Schnittränder Referenzstandard: Histologie aus Prostatektomiepräparat „whole mount section“ 4mm	posterior)	p-Kategorie non indolent: pT2 79% >/= pT3 21% MRT Sensitivität: 2%-20% pro Region MRT Spezifität: 91-95% pro Region MRT Sensitivität Kapselüberschreitung: 58% MRT Spezifität Kapselüberschreitung: 100% Prädiktive Werte nicht aufgeführt, Konfidenzintervalle sehr weit!!		
Ren J. et al, 2009 [109] Retrospektive unizentrische Fallserie	N= 68 Pat. mit PCa und Blasenwandinfiltration im MRT/MRS und klinischen Symptomen urologischen insgesamt 223 Pat in der Institution	MRT, 1,5 T 3mm Schichtdicke T2-gewichtete und MRT diff. gew. Auswertung durch 2 Radiologinnen 7+22J Erfahrung	Zystoskopie Referenzstandard: Histologie aus Biopsie bei Zystoskopie	Sensitivität, Spezifität für Blasenwandinfiltration	Insgesamt durch Biopsie bei Zystoskopie bestätigte Blasenwandinfiltration bei 45 Pat. (45/68), 23 falsch positiv T2 + diff. gew. Bei cut-off 1-3 benigne, 4+5 maligne (Einzelwerte T2, diff. gew. Schlechter) Sensitivität: 78%	Bei der retrospektiven Befundung anderen Score angewendet als ursprünglich. Alle mit klinischen Symptomen – Indikation Zystoskopie auch ohne MRT	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	1/2005-8/2008 Mittl. Alter 73J (65-87), mittl. PSA 32,5ng/ml (,94-76,45)	Retrospektiv 5er Score Kriterium: „cauliflower-like“ noduläre Struktur oder Masse ins Blasenlumen ragend mit irregulärer Wandverdickung, verbunden mit dem Prostatatumor in T2-gewichteter Auswertung und hohe Signalintensität diff. gew. + ADC Werte			Spezifität: 87% PPW: n.a. NPW: n.a.		
Toricelli P. et al, 2008 [110] Uni-zentrische retrospektive Fallserie	N=59 Pat. mit high risk PCa mittl. PSA 9m2ng/ml (4-39), mittl Gleason Score 7 (4-8)	MRT 3T , T1 und T2-gewichtete Auswertung , Schichtdicke 3 mm (T1-Wichtung zur beurteilung von Artefakten aufgrund	Keine Referenz-tandard: Histologie aus OP Präparat bei 42	Sensitivität, Spezifität, Kapselüberschreitung, Samenblasenbefall, Infiltration neurovaskuläres Bündel	17 Patienten wurden nicht operiert aufgrund massiven extraprostatatischen Befalls im MRT bzw. Samenblaseninfiltration oder Lymphknotenmetastasen Kapselüberschreitung 16/42 mit (4x mikroskopisch, wurde	Einziges Studie zu 3T MRT	2-3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		Hämorrhagie nach Biopsie) 5-Score System, Malignität bei 4 (probably maligne) + 5 (certainly present) 2 Auswerter 12J und 3 J Erfahrung			von keinem Befunder erkannt) Befunder 1 mehr Erfahrung: Sensitivität 68% Spezifität 92% Befunder 2 weniger Erfahrung: Sensitivität 50% Spezifität 85% Samenblasenbefall, 5/42 (1x innerhalb der Prostata, beide nicht erkannt) Beide 4/5 richtig Operation wurde dennoch durchgeführt nach Aufklärung der Patienten Infiltration neurovaskuläres Bündel 4/42 Alle richtig erkannt, Operation wurde dennoch durchgeführt		
Turkbey B. et al, 2010 [111] Prospektive? Uni-	N=70 6/2004-12/2007 mittl. Alter 60,4J (40-75), mittl. PSA-Wert	MRT/MRS und diff. gew. MRT, „six channel cardiac coil“ + endorektale Spule	Referenzstandard: Histologie aus Prostatektomiepräparat „whole mount section“	Sensitivität,Spezifität bezüglich korrekter Lokalisation von Karzinomfoki	20% (14/70) wegen Hämorrhagie nicht beurteilbar 25% Tumoren in TZ	Keine absoluten Zahlen angegeben	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
zentrische Fallserie Angabe zu Interessenkonflikten: keine finanziellen IK	5,47ng/ml (1-19,9) mit PCa (Histologie aus Biopsie), mittl Gleason 7 (6-9) Ausschlusskriterien: KI für MRT oder keine Platzierung einer endorektalen Sonde möglich	3T Auswerter wussten, dass Pat. PCa hatten, sonst keine Informationen Suspekt: T2w: gut abgegrenzte runde-ellipsoide Form mit niedriger Intensität + Beurteilung ECE +Samenblaseninvansion MRS: Choline/Citrate-Ratio suspekt bei >3SD Abweichung zu Gesunden (vorher an Testset n=44 evaluiert); ab 0,373 TZ nicht beurteilt. DCE-MRT: suspekt bei früher und intensiver Anreicherung mit	direkter Schnittvergleich angestrebt 2 Vorgehensweisen : 1. „stringent approach“ 2. „neighbouring approach“ - auch jeweils Nachbarregion wegen pot. Distortion berücksichtigt	Testgüte des Staging	34% max. 3mm Sensitivität: T2w: 42% [95%KI 36-47] T2w (neighbouring approach): 73% [95KI 67-78] DCE-MRT: 18% [95%KI 13-23] MRS: 13% [95%KI 8-18] Spezifität T2w: 83% [95%KI 81-86] T2w (neighbouring approach): 89% [95%KI 85-93] DCE-MRT: 96% [95%KI 94-97] MRS: 97% [95%KI 96-98] Sensitivität für Tumoren >3mm signifikant höher Sensitivität für Tumoren höherem Gleasonscore Trend höher n.s. Staging (Nachweis ECE): Sensitivität: 78,2% Spezifität: 80,9% Accuracy: 80% Nur „MRT imaging“ angegeben Staging Nachweis		

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
		schnellem Washout			Samenblaseninfiltration: Sensitivität: 80% Spezifität: 97% Accuracy: 95,7% Nur „MRT imaging“ angegeben		
Weinreb J.C. et al, 2009 [112] Prospetive multizentrische Fallserie IK: 2 der Autoren als Berater der unterstützten MRT-Firmen (von den anderen „kontrolliert“)	N= 110 von 134 rekrutierten Patienten aus 7 Institutionen 2/2004-6/2005 im Mittel 58J , mittl PSA 5,9(0,7-44) Ausschluss vorherige Systemtherapie, metallische Implantate u. andere KI MRT	MRT/MRS mind. 6 Wo nach Biopsie mit endorektaler Spule 3-6mm T1,T2-Wichtung und MRS Kriterien Malignität: Signalintensität, Choline+Creatinine/Citrat-Ratio und Choline/Citrat-Ratio Scoring 1-5 (5= sicher maligne) + Lokalisation des Tumors	Nur MRT Referenzstandard: Histologie aus Prostatektomie Schnitte Analysiert von Studien-Pathologen (22“whole mount“, 88“standard blocks“)	AUC für Tumorlokalisaton mittels MRT/MRS	Bildqualität der 110 MRT durch Expertenpanel beurteilt: MRT: alle ok MRS: 21 schlecht, 6 ungenügend 32% der Tumoren <0,5cm ³ 41% bis 2cm ³ 37% >2cm ³ Accuracy Lokalisation PCa nach Sextant: AUC MRT: 0,60 (pro Befunder 0,57-0,62) AUC MRT+MRS: 0,58 (pro Befunder 0,54-0,60) n.s. Bei 2 Befundern sign schlechter mit MRS	7 akademische Zentren in den USA, alle MRT von 8 Befundern in 7 Institutionen ausgewertet mit 2-10J Erfahrung - aber viele keine Erfahrung für MRS vor Beginn endorektale Test-MRT/MRS mit Phantom, hands on Training, einheitliches Protokoll	2+3

3.1.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Amsellem-Ouazana, 2005 [113]	Kohorte (vermutlich prospektiv)	42	PCA-Verdacht bei steigendem PSA (>4), mindestens 1 eine vorangegangene Biopsie-Sitzung mit negativem Ergebnis (1-4 Sitzungen)	MRT/MRSI, 2 Sets von Malignitätskriterien (A und B)	Biopsie nach MRT/MRSI	<p>Prävalenz positiver Biopsien: 15 von 42 Patienten (35,7%)</p> <p>Testgüte-Parameter für Kriterium A:</p> <p>Sensitivität 93,3%</p> <p>Spezifität 22%</p> <p>PPW 40%</p> <p>NPW 85,7%</p> <p>Testgüte-Parameter für Kriterium B:</p> <p>Sensitivität 73,3%</p> <p>Spezifität 96,3%</p> <p>PPW 91,6%</p> <p>NPW 86,6%</p>	Relativ kleine Patientenzahl, Mehrzahl der 15 diagnostizierten PCAs hatte bereits mehr als 1 Biopsie-Sitzung zuvor. Ist MRSI Routine bei Durchführung eines MRT?	2-
Bhatia, 2007 [114]	Kohorte (vermutlich prospektiv)	21	PCA-Verdacht bei erhöhtem PSA (>4), mindestens eine negative Biopsie-Sitzung mit negativem Ergebnis (1-3)	MRT/MRSI	Biopsie nach MRT/MRSI	<p>Prävalenz positiver Biopsien: 2 von 21 Patienten (9,5%)</p> <p>Testgüte-Parameter MRT:</p> <p>Sensitivität 100%</p> <p>Spezifität 79%</p>	Wenige Patienten	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						PPW 33% NPW 100% Testgüte-Parameter MRT+MRSI: Sensitivität 100% Spezifität 84% PPW 40% NPW 100%		
Halpern, 2000 [115]	Prospektive Kohorte	251	Vorstellig wegen erhöhtem PSA (> 4 ng/mL) in 76% der Fälle, übrige Patienten nicht näher charakterisiert Unklarer Patienteneinschluss (konsekutiv?)	TRUS, Doppler- vs. Graustufen-Technik	Histologie aus Biopsie (gezielte und ungezielte Entnahme)	Prävalenz: 85 diagnostizierte PCAs (34%) Für Graustufen-Technik: Sensitivität 44% Spezifität 74% PPW* 21% NPW** 89% Für Doppler-Technik: Sensitivität 27% Spezifität 77%	Ähnlich niedrige Werte für beide Verfahren, Autoren schließen, dass sonographisch auffällige Areale biopsiert werden sollten, Erfahrung in der sonographischen Diagnostik geht mit besseren Testgüte-Parametern einher Diagnostische Kriterien nicht angegeben („abnormal“)	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						PPW* 16% NPW** 87% Höhere Werte für Sensitivität und Spezifität für sonographie-erfahrene Radiologen im Vergleich zu sonographie-unerfahrenen Urologen Multivariate Analyse: Wahrscheinlichkeit für positive Biopsie ist höher in sonographisch auffälligen Arealen (beide Techniken)		
Hara, 2005 [116]	Prospektive Kohorte	90, 8 Pat. Ausgeschlossen wg. Metastasierter Erkrankung	Vorstellung wg. erhöhten PSA-Werten (>2,5 ng/mL) Patienteneinschluss: „randomly enrolled“	DCE-MRT	Histologie aus TRUS-geleiteten Biopsien	Prävalenz: 34 diagnostizierte PCAs (42%) Von den 82 Patienten wurden 11 als „verdächtig“ diagnostiziert – diese wurden von der Berechnung der folgenden Werte ebenfalls ausgeschlossen Sensitivität 87% Spezifität 98% PPW* 96% NPW** 91%	Kleine Patientenzahl, Ergebnisverzerrung durch Ausschluss von Patienten (allein 11 Patienten mit „suspektem Befund“) Diagnostische Kriterien beschrieben	2-
Lavoipierre,	Prospektive	256	Vorstellung wegen auffälligem DRE-Befund	TRUS Doppler- vs.	Histologie aus Biopsie (gezielte	Prävalenz: 100 diagnostizierte PCAs	Trotz Datenlage empfehlen Autoren	2++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
1998 [117]	Kohorte		(17%) oder erhöhtem PSA (46%) oder beidem (35%) oder Familienanamnese Patienteneinschluss konsekutiv	Graustufen-Technik	und ungezielte Entnahme)	(39%) Für Graustufen-Technik: Sensitivität 75% Spezifität 40% PPW* 45% NPW** 72% Für Doppler-Technik: Sensitivität 76% Spezifität 38% PPW* 44% NPW** 71% Kombinierte Techniken: Sensitivität 60% Spezifität 56% PPW* 47%	die zusätzliche Anwendung von Doppler-Diagnostik bei unklaren Läsionen und betonen die Notwendigkeit von ungezielten Biopsien auch aus nicht suspekten Areal Diagnostische Kriterien genau definiert	
Li,	Retrospektiv-	116, davon 86 mit	Vorstellig zur RPE bei bioptisch gesichertem	MRT-Identifikation von	Histologie aus Prostatektomie-	Prävalenz: 53 histologisch bewiesene PCAs in 86 untersuchten	Kleine Patientenzahl, Fokus auf	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
2006 [118]	ve Kohorte	Läsionen in der Transitionalzone	PCA Patienteneinschluss konsekutiv	malignen Läsionen in der Transitionalzone, verschiedene Diagnosekriterien: „uniform low intensity“, „homogeneous enhancement“, „irregular margin“	Präparat	<p>Transitionalzonen (62%)</p> <p>Testgüte-Parameter für ein Diagnosekriterium allein:</p> <p>Sensitivität 50-66%</p> <p>Spezifität: 51-75%</p> <p>PPW*: 62-81%</p> <p>NPW**: 39-58%</p> <p>(höchste Werte für Kriterium „homogeneous enhancement“)</p> <p>Testgüte-Parameter für zwei Diagnosekriterien kombiniert:</p> <p>Sensitivität 42-52%</p> <p>Spezifität: 79-88%</p> <p>PPW*: 80-85%</p> <p>NPW**: 48-51%</p> <p>estgüte-Parameter für alle drei Diagnosekriterien kombiniert:</p> <p>Sensitivität 34%</p> <p>Spezifität: 91%</p>	<p>diagnostische Sicherheit in der Transitionalzone bei schon gesichertem PCA</p> <p>Diagnostische Kriterien genau spezifiziert</p>	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						PPW*: 86% NPW**: 46%		
Ocak, 2007 [119]	Prospektive Kohorte	50	Vorstellig mit bioptisch gesichertem PCA Patienteneinschluss konsekutiv	DCE-MRT (dynamic contrast enhanced)	„pathologically confirmed cancers“ - unklar, ob Biopsie oder OP-Präparat	Ergebnisse beziehen sich auf PCAs der peripheren Zone, absolute Zahlen sind nicht angegeben, daher keine Berechnung der Prävalenz möglich Testgüte-Parameter für T2-Wichtung alleine: Sensitivität 94% Spezifität: 37% PPW*: 50% NPW**: 89% Testgüte-Parameter für DCE-MRT: Sensitivität 73% Spezifität: 88% PPW*: 75% NPW**: 75%	Hatten alle 50 Patienten Tumoren der peripheren Zone bzw. wie viele PCAs der peripheren Zone liegen der Berechnung der Testgüte-Parameter zu Grunde? Sprärliche Angaben über Patientencharakteristika, histologische Sicherung. Keine Angaben über Zahl der Untersucher oder Verblindung (Publikation im Abstract-Format) Diagnostische Kriterien klar beschrieben	2-
Philip, 2005 [120]	Prospektive Kohorte, konsekutiver	408	Vorstellig zur Diagnostik bei erhöhtem PSA (2,5-10	DRE	Histologie aus Biopsie (408 Patienten) oder aus	Prävalenz: 152 bioptisch bestätigte PCAs von 408 Patienten (37%)	Aussagen zur Ausbreitungsdiagnos	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
	Patienteneinschluss		ng/ml)		Prostatektomie-Präparat (82 Patienten)	<p>Testgüte-Parameter für Primärdiagnose PCA:</p> <p>Sensitivität 61%</p> <p>Spezifität 60%</p> <p>PPW* 47%</p> <p>NPW** 72%</p> <p>„keine signifikante Korrelation zwischen DRE- und Biopsie-Stadium“</p> <p>„sehr schlechte Übereinstimmung zwischen DRE und pathologischem Staging“ (Werte der 82 Patienten nicht genau aufgeschlüsselt)</p>	tik nicht verwertbar	
Prando, 2005 [121]	Prospektive Kohorte	42	PCA-Verdacht bei erhöhtem PSA (4,1-15,3), mindestens zwei vorangegangene Biopsie-Sitzungen mit negativem Ergebnis (2-6 Sitzungen)	MRT/MRSI, verschiedene Sets von Malignitätskriterien	Biopsie nach MRT/MRSI	<p>Prävalenz positiver Biopsien: 17 von 42 Patienten (40,5%)</p> <p>Testgüte-Parameter für Kriterium Voxel Score 4 und/oder 5:</p> <p>Sensitivität 100%</p> <p>Spezifität 44%</p> <p>PPW 55%</p> <p>NPW 100%</p>	Relative kleine Patientenzahl, die überwiegende Zahl der Patienten (32) hatte bereits mehr als 2 Biopsie-Sitzungen. Ist MRSI Routine bei Durchführung eines MRT?	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Yuen, 2004 [122]	Prospektive Kohorte	24	PCA-Verdacht bei erhöhtem PSA oder auffälliger DRE, mindestens eine negative Biopsie-Sitzung mit negativem Ergebnis (1-3 Sitzungen)	MRT/MRSI separat oder gemeinsam	Biopsie nach MRT/MRSI	<p>Prävalenz positiver Biopsien: 7 von 24 Patienten (29,2%)</p> <p>Testgüte-Parameter MRT:</p> <p>Sensitivität 57,1%</p> <p>Spezifität 88,2%</p> <p>PPW 66,7%</p> <p>NPW 83,3%</p> <p>Testgüte-Parameter MRSI:</p> <p>Sensitivität 57,1%</p> <p>Spezifität 82,4%</p> <p>PPW 57,1%</p> <p>NPW 82,4%</p> <p>Testgüte-Parameter MRT+MRSI:</p> <p>Sensitivität 100%</p> <p>Spezifität 70,6%</p> <p>PPW 58,3%</p>	Kleine Patientenzahl, Trefferquote umso höher, je häufiger bereits vorbiopsiert wurde. Ist MRSI Routine bei Durchführung eines MRT?	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp, prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnost. Intervention	Referenz-Standard	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						NPW 100%		

3.2. Thema Staging

3.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
EAU 2007 [1]: DRE und Staging	DRE often underestimates the tumour extension; in one study, a positive correlation between DRE and pathological tumour stage was found in fewer than 50% of tumours.	-	-	Spigelman 1986 (1)
	However, more extensive examinations for adequate T-staging are only recommended in selected cases when more precise staging directly affects the treatment decision, i.e. when curative treatment is an option.	-	-	-
	Local staging (T-staging) of CaP is based on findings from DRE and possibly MRI	C	-	-
EAU 2007 [1]: TRUS und Staging	About 60% of pT3 tumours will not be detected pre-operatively by TRUS.	-	-	Enlund 1990 (7) Oyen 1996 (8) Rorvik 1994 (9)
	Differentiation between T2 and T3 tumours should not be based on TRUS alone.	-	-	
	In a multi-institutional large study, TRUS was no more accurate at predicting organ-confined disease than DRE. These findings were supported by another large study, which showed that there was no meaningful superiority of TRUS over DRE.	-	-	Smith 1997 (10) Liebross 1999 (11)

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
EAU 2007 [1]: CT/MRT und Staging	<p>Local staging (T-Staging) of CaP is based on findings from DRE and possibly MRI (T-Staging).</p> <p>Accurate lymph node staging can only be determined by operative lymphadenectomy</p> <p>Both CT and MRI are now of high technical standard, but neither modality is sufficiently reliable to make it mandatory to use them to assess local tumour invasion (T-Staging).</p> <p>Both CT and MRI have limited use due to their low sensitivity (N-Staging)</p> <p>Although CT accuracy increases when fine-needle aspiration biopsies are applied to virtually all visible and asymmetrical lymph nodes.</p> <p>CT scanning may be warranted in patients with a very high risk of harbouring lymph node metastases as the specificity of a positive scan is high (93-96%). Patients with nodal metastasis on CT or with a positive aspiration biopsy may thus be spared operative lymphadenectomy.</p> <p>However, a recent retrospective analysis found that lymph node size might only be used with caution as a surrogate for the presence of lymph node metastases.</p> <p>Clinical examination, chest X-ray, ultrasound, CT and MRI scans are all appropriate methods of investigation, but only if symptoms suggest the possibility of soft-tissue metastasis.</p>	<p>C</p> <p>B</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>		<p>Lee 1999 (21)</p> <p>May 2001 (22)</p> <p>Jager 2000 (23)</p> <p>May 2001 (22)</p> <p>Golimbu 1981 (33)</p> <p>Hricak 1987 (34)</p> <p>Van Poppel 1994 (35)</p> <p>Wolf 1995 (38)</p>

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
		-		Tiguert 1999 (39)
		-		-
EAU 2007 [1]: Szintigraphie und Staging	<p>Radio-immunoscintigraphy and PET have been investigated in order to improve the diagnosis of metastatic disease to the lymph nodes. Both methods are still under investigation and further evaluation is needed before they can be recommended for routine use in clinical practice, especially as negative PET results should be interpreted with caution.</p> <p>Accurate lymph node staging can only be determined by operative lymphadenectomy</p> <p>Skeletal metastasis (M-staging) is best assessed by bone scan. This may not be indicated in asymptomatic patients if the serum PSA level is less than 20 ng/mL in the presence of well-, or moderately, differentiated tumours.</p>	-	-	Babaian 1994 (40) Effert 1996 (41) Sanz 1999 (42) Salminen 2002 (43)
		B	-	-
		B	-	McGregor 1978 (48) O'Donoghue 1978 (49)
DRG 2004 [123]: Prätherapeutisches Staging beim Prostatakarzinom	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Untersuchungsverfahren sind die DRU und die Bestimmung des PSA-Wertes • Zusätzlich ggf. TRUS • Analyse der positiven Stenzen in der Sextantenbiopsie • Die pelvine Lymphadenektomie ist vor der OP oder Strahlentherapie nützlich zur Beurteilung des regionären Lymphknotenstatus. In klinischer Erprobung stehen zur Zeit die Wächterlymphknotendetektion und lymphknotenspezifische Kontrastmittel • In nicht eindeutigen Fällen oder widersprüchlichen Ergebnissen der vorangegangenen Methoden kann eine MRT mit der Endorektalspule hilfreich sein... 			

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<ul style="list-style-type: none"> • Eine i.v.-Kontrastmittelapplikation ist nicht erforderlich... • Bei einem PSA von >10 ng/ml sollte eine Skelettszintigraphie durchgeführt werden. • Bei einem PSA von >50 ng/ml kann ein CT oder ein MRT der Wirbelsäule fallweise nützlich sein. Bei vergrößerten Lymphknoten in der CT kann eine CT-gesteuerte positive Biopsie bei Metastasennachweis die pelvine Lymphadenektomie ersparen. 			
DGU 1997 [124]	<p>Kein klinisches oder bildgebendes Verfahren ist derzeit in der Lage, die T- und die N-Kategorie mit ausreichender Sicherheit zu bestimmen.</p> <p><u>Primärtumor (T-Kategorie):</u></p> <p>Notwendige Untersuchungsverfahren: DRU.</p> <p>Fallweis nützliche Untersuchungsverfahren: TRUS</p> <p><u>Regionäre Lymphknotenmetastasen (N-Kategorie):</u></p> <p>Die pelvine Lymphadenektomie ist vor der Operation oder Radiotherapie nützlich zur Beurteilung des regionären Lymphknotenstatus. Offene und laparoskopische Operationstechniken sind hinsichtlich der diagnostischen Sicherheit gleichwertig. Die Lymphadenektomie umfasst das Gebiet der externen Iliacalgefäße und der Fossa obturatoria.</p> <p>Bei hohen PSA-Werten (>50 ng/ml) und Ausschluss von Knochenmetastasen kann die CT fallweise nützlich sein: Bei vergrößerten Lymphknoten kann eine CT-gesteuerte positive Biopsie bei Metastasennachweis die pelvine Lymphadenektomie ersparen.</p> <p><u>Fernmetastasen (M-Kategorie):</u></p> <p>Skelettszintigraphie und Röntgen-Thorax schließen hämatogene Metastasen aus. Ein Skelettszintigramm ist bei PSA <10 ng/ml wegen der geringen Wahrscheinlichkeit von Metastasen nicht erforderlich.</p>	-	-	-

3.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
Syst. Review/ Meta- Analyse	Abuzal- louf, 2004 [125]	48 Studien aus systematischer Suche 1966 bis 2002, 25 Publikationen zu CT von Beckenlymphknoten, Patienten mit neudiagnostiziertem noch nicht anbehandeltem PCA	Diagnostik von Metastasen bei neudiagnostiziertem ProstataCa. Hier dargestellt: 1. CT zum N-Staging: Testgüte-Parameter im Vergleich zu histologischem Befund; Wahrscheinlichkeit von N+ (CT-morphologisch und histologisch) in Abhängigkeit von PSA, T- Stadium und Gleason (Knochenszintigraphie s.u.)	Lymphknoten- Histologie bzw. CT- Befund	Prävalenz: histologisch positives N-Stadium in 654 von 4264 Patienten (15,3%) Prävalenz: positiver CT-Befund in 105 von 4264 Patienten (2,5%) Testgüte-Parameter CT vs. Histologie: Sensitivität: 16% Spezifität: 100% PPW*:: 97% NPW**: 87% Prävalenz von positiven CT- Befunden bei PSA<20 ng/ml: 0% (0,0-1,0%) PSA≥20 ng/ml: 1,1% (0,2-3,2%) T1/2: 0,6% (0,3-1,2%)	Schlussfolgerung der Autoren: „Pelvic CT appears warranted for patients with a Gleason score of 8 or greater, or locally advanced disease. In these clinical scenarios such investigations would be indicated. Although patients with increased PSA are at risk for pelvic adenopathy, CT appears poorly able to detect this condition.”	2++	6,8,9,11,16, 25,35-55

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
					T3/4: 19,5% (14,2-26,0%) Gleason \leq 7: 1,2% (0,7-1,91%) Gleason $>$ 7: 12,5% (8,5-17,6%) Prävalenz von histologischen N+ bei PSA $<$ 20 ng/ml: 5,5% (4,7-6,3%) PSA \geq 20 ng/ml: 26,5% (23,3- 30,0%) T1/2: 7,8% (6,9-8,7%) T3/4: 25,7% (21,1-30,9%) Gleason \leq 7: 6,6% (5,3-8,3%) Gleason $>$ 7: 22,8% (14,4-33,4%)			
Syst. Review/ Meta- Analyse	Abuzal- louf, 2004 [125]	48 Studien aus systematischer Suche 1966 bis 2002, 23 Publikationen zu Knochenszinti Patienten mit neudiagnostiziertem noch nicht anbehandeltem PCA, (22 von 23 Studien	Wahrscheinlichkeit von Knochenmetastasen (szintigraphisch diagnostiziert) in Abhängigkeit von PSA, T- Stadium und Gleason	Positives Szintigraphie-Ergebnis wurde als Beweis für Knochenmetastasen angesehen, 17 Studien nutzten Röntgen und CT als Nachuntersuchung im Falle unklarer szintigraphischer	Prävalenz: positives Szintigramm (=Knochenmetastasen) in 1453 von 8644 Patienten (16,8%) Prävalenz von Knochenmetastasen bei	Schlussfolgerung der Autoren: „...the likelihood of a positive bone scan markedly increases when PSA exceeds 20 ng/mL, a Gleason score of 8 or more is reported, or locally advanced disease is	2++	12-34

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
		retrospektiv)		Ergebnisse	PSA<10 ng/ml: 2,3% (1,7-3,0%) PSA 10-19,9 ng/ml: 6% (4,6-7,6%) PSA 20-49,9 ng/ml: 15,9% (12,9-19,2%) PSA 50-99,9 ng/ml: 39,2% (29,0-41,8%) PSA \geq 100 ng/ml: 74,9% (70,8-78,7%) NPW** bei PSA<10 ng/ml: 84,3-100% PSA<20 ng/ml: 84,1-100% Prävalenz von Knochenmetastasen bei T1/2: 6,2% (5,0-7,8%) T3/4: 46,6% (43,3-50,1%) Prävalenz von Knochenmetastasen bei Gleason \leq 7: 5,5% (3,9-7,5%) Gleason>7: 28,1% (22,1-34,8%)	suspected...Bone scan should also be considered when patients report bone pain or experience increases in alkaline phosphatase.		

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
Meta- Analyse	Engel- brecht, 2002 [126]	50 Publikationen mit 87 Datensätzen aus systematischer Suche 1984-2000, Studien für lokales Staging, kein N- oder M-Staging	MRT, Subgruppen- Analysen für Stärke des Magnetfeldes, endorektale Spule, „fast SE imaging“, „number of imaging planes“, Patientenzahl, Kontrastmittel, Publkationsjahr, Konsensus-Auswertung, prospektiv vs. retrospektive Studie	Pathologisches Präparat	Unterscheidung Testgüte- Parameter für Diagnose des Stadiums T3, für Samenblaseninfiltration und für extrakapsuläres Wachstum gemäß ROC-Kurve Gemeinsame max. Sensitivität und Spezifität für T3-Staging: 71% Für Spezifität von 80% ist Sensitivität 62% Für Spezifität von 95%ist Sensitivität 29% Gemeinsame max. Sensitivität und Spezifität für Samenblasen-Infiltration: 82% Für Spezifität von 80% ist Sensitivität 85% Für Spezifität von 95%ist Sensitivität 27% Gemeinsame max. Sensitivität	Quellen von Bias können v.a. unterschiedliche Patientencharakteristi- ka in den verschiedenen Studien sein – sie wurden nicht ausreichend berichtet, so dass keine multivariate Analyse durchgeführt werden konnte; MRT- Technologie hat sich über den Zeitraum des Reviews verändert Schlussfolgerung der Autoren: „...yet, our results suggest that turbo spin echo, the endorectal coil, and multiple imaging planes improve staging performance. Furthermore, we found that studies with small sample sizes may result in higher staging	2++	Nicht an- gegeben

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
					<p>und Spezifität für extrakapsuläres Wachstum: 64%</p> <p>Für Spezifität von 80% ist Sensitivität 64%</p> <p>Für Spezifität von 95% ist Sensitivität 23%</p> <p>Subgruppen-Analysen:</p> <p>Signifikant bessere Testgüte-Parameter bezüglich T3-Staging für:</p> <p>Studien mit <50 Patienten ≥ 2 „imaging planes“</p> <p>„turbo SE imaging“</p> <p>endorektale Spule</p> <p>Signifikant bessere Testgüte-Parameter bezüglich Samenblasen-Infiltration-Staging für:</p> <p>Kontrastmittel</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede für:</p> <p>Publikationsjahr, Konsensusbeurteilung oder</p>	performance, which may be of importance in interpreting the literature.”		

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
					prospektiv vs retrospektive Studie			
Syst. Review	Ross, 2001 [127]	37 Publikationen mit 42 Nomogrammen aus systematischer Suche 1966 bis 2000	Nomogramme zur Verhersage von pos. Biopsieresultat, T- Stadium, insignifikante Erkrankung, Kapseldurchbruch, Samenblaseninfiltration, N-Stadium, R-Stadium, Tumorvolumen, PSA- Rezidiv	Retrospektive Daten aus Patientenakten	Zahl der Patienten zur Entwicklung der Nomogramma differiert stark, die meisten aufgeführten Nomogramme waren (zum Veröffent- lichungszeitpunkt) nicht validiert Zum Primärstaging (T-Stadium) wurden 9 Nomogramme erfasst, davon 3 validierte (zwei von Partin: 17+18, eines von Pisansky: 29) Zum N-Staging wurden 3 Nomogramme erfasst, davon 1 validiertes (Bluestein: 31)	Schlussfolgerung der Autoren: „...We have ... stopped short of recommending specific nomograms to clinicians for patients in each clinical state. Ideally, simultaneous empirical comparisons would guide this decision making...“		13,14,16-18, 21-50
Syst. Review	Sonnad, 2001 [128]	23 Studien mit 27 Datensätzen aus systematischer Suche 1984 bis 1996, Studien zu Staging von lokalen Stadien, kein N- oder M- Staging,	MRT, Subgruppen- Analysen für Stärke des Magnetfeldes, endorektale Spule, “fast SE imaging”	Nicht beschrieben – vermutlich pathologische Befunde	Kumulative maximale Werte aller Studien gemäß ROC- Kurve: Spezifität und Sensitivität 74%; Für Spezifität von 80% ist Sensitivität 69%, für Spezifität von 95% ist Sensitivität 36% Range der Spezifitäten: 20- 100%	Verweis auf mögliche Bias-Gefahr durch unterschiedliche Größe der Studien (kleine Studien mit besseren Testgüte- Parametern), Publikationsdaten (frühere Publikationen mit besseren	2+	2,3,5,10,11, 15-31

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche diagnostischen Interventionen wurden geprüft?	Welcher Referenz- standard wurde herangezogen?	Ergebnisse (Testgüte-Parameter)	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
					<p>Range der Sensitivitäten: 21-100%</p> <p>Subgruppen-Analysen: „fast SE imaging“ mit signifikant höherer Sensitivität endorektale Spule und starkes Magnetfeld (>1,5 T) mit signifikant geringeren Testgüte-Parametern</p>	<p>Ergebnissen). Publikationsbias</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren: „The results of this study suggest the need to evaluate varying magnetic field strengths more carefully. Use of the endorectal coil to improve accuracy is suggested but not supported at a statistically significant level.</p>		

3.2.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospek- tiv/retro- spektiv	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Böni, 1996 [129]	Prospek- tive Kohorte	54, Patienten- einschluss unklar (konsekutiv)	Bioptisch gesichertes PCA vor Prostatak- tomie	DRE/TRUS/PSA/M RT mit und ohne Endorektal-spule zur Diagnostik von T2 vs T3/4- Tumo-ren	Histologie aus Prostataktomie-präparat	<p>Prävalenz T3/4: 30 von 54 Patienten (56%)</p> <p>Unterscheidung T2 von T3/4</p>	Kleine Patientenzahl, sonst gute Studie	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						DRE: Sensitivität 26,7% Spezifität 91,7% Treffericherheit 55,6% PSA (20 ng/ml): Sensitivität 63,3% Spezifität 62,5% Treffericherheit 63,0% TRUS Sensitivität 36,4% Spezifität 93,4% Treffericherheit 59,5% MRT Körperspule Sensitivität 43,3% Spezifität 82,6% Treffericherheit 59,2% MRT mit Endorektalspule		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						<p>Sensitivität 83,3%</p> <p>Spezifität 83,3%</p> <p>Treffsicherheit 83,3%</p> <p>Fläche der ROC-Kurve für Unterscheidung T2 vs T3/4 für PSA am größten bei 20 ng/ml</p> <p>T2-gewichtete und kontrastmittelverstärkende T1-gewichtete endo-rektale Sequenzen lieferten vergleichbare Ergebnisse bzgl. der Stadieneinteilung</p> <p>Ergebnisse der T2-gewichteten Sequenzen mit Körperspule waren sowohl den Ergebnissen der endorektalen Sequenzen (T2- und kontrastmittelverstärkte T1-gewichtete Sequenzen) gemeinsam als auch der endorektalen T2-gewichteten Sequenz alleine signifikant unterlegen</p>		
Hsu, 2006 [130]	Retro-spektive Kohorte	267	Klinisches Stadium T3a, entweder nach DRE oder nach TRUS-Kriterien	DRE, TRUS	Histologie aus Prostatektomie-präparat	<p>Prävalenz kann nicht berechnet werden, da keine absoluten Zahlen der pathologischen Ergebnisse</p> <p>DRE-Ergebnis korrekt (T3a) in 47,2% der Fälle, TRUS-Ergebnis korrekt in 47,1% der Fälle,</p>	berichtete Sensitivität und Spezifität kann so nicht berechnet werden, da es sich nicht um ein Gesamtkollektiv von Patienten aller Stadien	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						DRE+TRUS gemeinsam korrekt in 50% der Fälle	handelt	
Hsu, 2007 [131]	Retro-spektive Kohorte	200	palpables Stadium T3a	DRE, TRUS (Graustufen + z.T. Doppler)	Histologie aus Prostatektomie-Präparat	<p>Prävalenz: 99 pathologisch bestätigte T3a von 200 Patienten (49,5%)</p> <p>Testgüte-Parameter TRUS:</p> <p>Sensitivität 79%</p> <p>Spezifität 39%</p> <p>PPW* 56%</p> <p>NPW** 65%</p> <p>DRE-Ergebnis korrekt (T3a) in 49,5% der Fälle, overstaging in 23,5%, understaging in 27% der Fälle</p>	Ergebnisse retrospektiv auf palpatorische cT3-Stadien beschränkt	2-
Hsu, 2006 [130]	Retro-spektive Kohorte	267	Klinisches Stadium T3a, entweder nach DER oder nach TRUS-Kriterien	TRUS, DRE (s.o.)	Histologie aus Prostatektomie-präparat	<p>Prävalenz kann nicht berechnet werden, da keine absoluten Zahlen der pathologischen Ergebnisse</p> <p>DRE-Ergebnis korrekt (T3a) in 47,2% der Fälle, TRUS-Ergebnis korrekt in 47,1% der Fälle, DRE+TRUS gemeinsam korrekt in</p>	berichtete Sensitivität und Spezifität kann so nicht berechnet werden, da es sich nicht um ein Gesamtkollektiv von Patienten aller Stadien handelt	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						50% der Fälle		
Hsu, 2007 [131]	Retrospektive Kohorte	200	palpables Stadium T3a	TRUS (Graustufen + z.T. Doppler), DRE (s.o.)	Histologie aus Prostatektomie-präparat	<p>Prävalenz: 99 pathologisch bestätigte T3a von 200 Patienten (49,5%)</p> <p>Testgüte-Parameter TRUS:</p> <p>Sensitivität 79%</p> <p>Spezifität 39%</p> <p>PPW* 56%</p> <p>NPW** 65%</p> <p>DRE-Ergebnis korrekt (T3a) in 49,5% der Fälle, overstaging in 23,5%, understaging in 27% der Fälle</p>	Ergebnisse retrospektiv auf palpatorische cT3-Stadien beschränkt	2+
Hricak, 2004 [132]	Prospektiver Querschnitt	135	Biopsisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT3b-4, N+ und M+ ausgeschlossen	MRT (1,5T body coil, pelvic phased array coil, endorectal coil) zur Diagnose der Tumorausdehnung, insbesondere in Bezug auf Infiltration des neurovaskulären	Histologie aus Prostatektomie-präparat	Analyse des Einflusses des MRT-Ergebnisses auf die OP-Pläne des Urologen (radikal mit Entfernung des NVB bzw. mit Erhaltung des NVB) und Abgleich mit Histologie → Festlegung eines theoretischen angemessenen OP-Planes und Abgleichung mit durch MRT-beeinflusste Urologenentscheidung; Auftrugung	Schlussfolgerung der Autoren: „...eMRI prior to RP was found to improve the validity of the surgical decision to preserve or resect the NVB...“	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
				Bündels (NVB)		<p>der Werte in ROC-AUCs</p> <p>Vergleich der Angemessenheit der Entscheidung (richtig vs falsch) mit und ohne MRT-Einfluss</p> <p>AUC „ohne MRT-Einfluss“ 0,741, AUC „mit MRT-Einfluss“ 0,832 (p<0,01)</p>		
Mullerad, 2004 [133]	Prospektive Kohorte	344	Bioptisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT3-4, N+ und M+ ausgeschlossen	MRT (1,5T body coil, pelvic phased array coil, endorectal coil) zur Diagnose von extrakapsulärem Wachstum, Vergleich Ergebnisse „allgemeiner Radiologen“ im Vergleich mit „Uroradiologen“	Histologie aus Prostatektomie-präparat	<p>Prävalenz von extrakapsulärem Wachstum: 83 von 344 Patienten (24%).</p> <p>ROC-AUCs für Modell mit klinischen Variablen zur Vorhersagewahrscheinlichkeit ohne MRT-Ergebnis (PSA, Gleason, Stadium, Perineuralinfiltration, maximale Tumorzell-Prozentzahl in Biopsien, Zahl positiver Zylinder) vs. ROC-AUCs für Modell mit klinischen Variablen mit MRT-Ergebnis:</p> <p>„Uroradiologen“: 0,76 vs 0,854</p> <p>„allg. Radiologen“: 0,788 vs 0,813</p> <p>AUCs zwischen Modell ohne MRT vs Modell mit MRT waren signifikant schlechter für Gruppe der „Uroradiologen“, während</p>	Schlussfolgerung der Autoren: „... endorectal MR imaging findings add significant value in the diagnosis of ECE... when MR images are interpreted by radiologists with experience in MR imaging of the prostate...MR imaging could play an increasingly useful role in the treatment of patients with prostate cancer“	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						dieser Unterschied bei den „allgemeinen Radiologen“ nicht signifikant war		
Mullerad, 2005 [134]	Retrospektive Kohorte	86	Bioptisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT4, N+ und M+ ausgeschlossen	MRT (1,5T body coil, pelvic phased array coil, endorectal coil) zur Lokalisation/Ausdehnung des Tumors	Histologie aus Prostatektomie-präparat	ROC-AUCs für Lokalisation per DRE vs MRT: 0,64-0,69 vs 0,72-0,90, bester Werte für MRT bei Beurteilung der Samenblasen	die Aussage, dass die diagnostische Wertigkeit des MRT höher ist als die der DRE ist im Zusammenhang mit der Tatsache zu sehen, dass cT4-Stadien nicht im Patientenkollektiv enthalten sind	2+
Nakashima, 2004 [135]	Kohorte (vermutlich retrospektiv)	95	Bioptisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT4, N+ und M+ ausgeschlossen	MRT (1,5T pelvic phased array coil, endorectal coil) zur Ausdehnungsdiagnostik des Tumors	Histologie aus Prostatektomie-präparat	<p>Prävalenz extrakaps. PCA: 28 von 95 Patienten (30%)</p> <p>Prävalenz Samenblaseninfiltration: 6 von 95 (6%)</p> <p>Prävalenz von pT3: 29 von 95 (31%)</p> <p>Testgüte für Diagnose extrakaps. PCA</p> <p>Sensitivität 57%</p> <p>Spezifität 82%</p>	Klinische Diagnostik, die zum Ausschluss von cT3-4-Stadien führte, ist nicht beschrieben	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						PPW* 57% NPW** 82% Testgüte für Diagnose Samenblaseninfiltration Sensitivität 33% Spezifität 99% PPW* 67% NPW** 96% Testgüte für Diagnose pT3 Sensitivität 62% Spezifität 82% PPW* 60% NPW** 83%		
Soulie, 2001 [136]	Prospektive Kohorte	176	Biopsisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT3-4, N+ und M+ ausge-	MRT (1T pelvic phased array) zur Vorhersage Stadium und positiver Resektionsrand (R+)	Histologie aus Prostatektomiepräparat	Prävalenz R+: 32 von 176 (18%) Prävalenz pT3: 73 von 176 (42%) Testgüteparameter für T3-Staging: Sensitivität 92%	Unklare Fragestellung bzgl. R+-Vorhersage	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			schlossen (anhand DRE- oder MRT-Befund)			Spezifität 75% PPV* 82% NPV** 72% Angegebene Testgüteparameter für R+ kann nicht nachvollzogen werden		
Wang, 2006 [137]	Retrospektive Kohorte	612	Biopsisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien cT3-4, N+ und M+ ausgeschlossen	MRT (1,5T body coil, pelvic phased array coil, endorectal coil) und MRS zur Diagnose von organbegrenztem PCA	Histologie aus Prostatektomiepräparat	Prävalenz von organbegrenztem PCA unter cT1-2-Stadien: 445 von 612 Patienten (73%) ROC-AUC für Vorhersagewahrscheinlichkeit von Partin-Nomogramm vs Partin-Nomogramm+MRT-Ergebnis 0,80 vs 0,88 (p<0,01) ROC-AUC für Vorhersagewahrscheinlichkeit von Partin-Nomogramm vs Partin-Nomogramm+MRT/MRS-Ergebnis 0,81 vs 0,90 (p<0,01) ROC-AUC für Vorhersagewahrscheinlichkeit von Partin-Nomogramm+MRT vs Partin-Nomogramm+MRT+MRS-Ergebnis 0,77vs 0,84 (p>0,05)	Vorausgewähltes Patientenkollektiv, Radiologen nicht verblindet, retrospektives Design, zusätzlicher Nutzen von MRS nicht signifikant	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Wang, 2006 [138]	Pro-spektive Kohorte	411	Biopsisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, klinische Stadien T3-4, N+ und M+ ausgeschlossen, konsekutiv	MRT (1,5T pelvic phased-array and endorectal coils) zur Detektion von Lymphknotenmetastasen (N+)	Histologie aus Prostatektomiepräparat	<p>Prävalenz von N+: 22 von 411 Patienten (5%)</p> <p>Sensitivität 27%</p> <p>Spezifität 99%</p> <p>PPW* 50%</p> <p>NPW** 96%</p> <p>AUC (ROC) zur Vorhersagewahrscheinlichkeit von Lymphknotenmetastasen ist größer für Partin-Nomogramm als für Partin-Nomogramm in Verbindung mit MRT</p>	Vorausgewähltes Patientenkollektiv	2+
Wang, 2007 [139]	Pro-spektive Kohorte	573	Biopsisch gesichertes PCA vor Prostatektomie, cT1-T3, klinische T4-, N+ und M+-Stadien ausgeschlossen, Patienteneinschluss konsekutiv	MRT (1,5T mit body coil, pelvic phased array coil und endorectal coil) zur Detektion von Samenblaseninfiltration	Histologie aus Prostatektomiepräparat	<p>Prävalenz im vorausgewählten Patientenkollektiv: 28 Samenblaseninfiltrationen von 573 Patienten (4,9%)</p> <p>Signifikante Faktoren in der Vorhersage der Samenblaseninfiltration (multivariat): Gleason, PSA-Spiegel, maximaler Prozentsatz der Krebsinfiltration in allen Biopaten, MR-Ergebnis</p> <p>AUC zur Vorhersagewahrscheinlichkeit mit</p>	Vorausgewähltes Patientenkollektiv, MRT allein mit geringerer AUC als Kattan allein	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						Kattan-Nomogramm allein: 0,80 MRT allein: 0,76 MRT+Kattan: 0,87 Signifikant höhere AUC (Vorhersagewahrscheinlichkeit) von MRT+Kattan vs Kattan allein		
Ayyathurai, 2006 [140]	Retrospektive Fallserie/Querschnitt	124	Biopsisch gesichertes PCA, T1-4	Knochen-szinti	Keiner	Prävalenz positiver Szintigraphien: 20 von 124 (16,1%) Prävalenz steigt mit höherem T-Stadium, Gleason und PSA	Autoren vergleichen ihre Ergebnisse mit verschiedenen Risikostratifizierungseinteilungen	3
Even-Sapir, 2006 [141]	Prospektive Fallserie	44	Biopsisch gesichertes PCA in Erstdiagnose (25) oder im Rezidiv (19)	Knochen-szinti, SPECT, PET-CT zur Diagnose von Knochenmetastasen	CT, Knochenszinti, PET-CT, z.T. Biopsien (Zahl nicht angegeben)	Prävalenz von Knochenmetastasen: 23 von 44 (52%) Für jedes Verfahren wurden Sensitivität, Spezifität, PPV und NPV berechnet – als Referenzstandard dienen jeweils die anderen Methoden	Kein einheitlicher Referenzstandard – die Methoden dienen jeweils als Referenzstandard für sich selbst	3 (ausschließen)
Briganti, 2006 [142]	Kohorte, wahrscheinlich prospektiv	781	Lokalisiertes biopsisch gesichertes PCA vor RPE und PLND, 2,8% cT3; Konsekutiver	Nomogramm zur Vorhersage N-Stadium	Histologie aus Extended lymphadenectomy	Prävalenz positiver LK: 71 von 781 Patienten (9,1%) Risiko für positive LK in univariater Analyse abhängig von PSA, Stadium, Gleason-Summe und Zahl	Unizentrische Untersuchung – Generalisierbarkeit bezüglich pathologischer und chirurgischer Ergebnisse fraglich	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			Patientenein-schluss			entfernter LK Accuracy des Nomogramms 76,8% ohne Berücksichtigung entfernter LK und 78,6% mit Berücksichtigung entfernter LK		
Cagianos, 2003 [143]	Retrospektive Kohorte	5510	Biopsisch gesichertes lokalisierendes PCA vor RPE und PLND; 3% cT3	Nomogramm zur Vorhersage N-Stadium	Histologie aus Lymphadenektomie	Prävalenz für LK-Befall: 206 von 5510 Patienten (3,7%) Analyse von Daten aus 6 Zentren: Zahl positiver LK ist auch multivariat assoziiert mit dem operierenden Zentrum 3-Komponenten Nomogramm enthält PSA, Stadium und Gleason-Summe; Accuracy (AUC) 76% 4-Komponenten-Nomogramm enthält PSA, Stadium, Gleason-Summe und operierendes Zentrum; Accuracy (AUC) 78%	Bedeutung multizentrischer Untersuchungen wird deutlich gemacht	2+
Partin, 1997 [144]	Kohorte (vermutlich retrospektiv)	4133 (aus 3 Institutionen)	Biopsisch gesichertes lokalisierendes PCA (3% cT3a)	Nomogramm zur Vorhersage des T- und N-Stadiums	Histologie aus Prostatektomie-präparat und Lymphadenektomie	Testgüteparameter abhängig von Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Stadiums, Autoren präsentieren einen aggregierten Wert von 72,4% +10% für alle Stadien,	Schlussfolgerung der Autoren: „...in most cases there will be a substantial probability for more than 1 pathological stage. Thus, the primary value of the new nomograms will be for counseling patients	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp prospektiv/retrospektiv	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Diagnostische Intervention	Referenzstandard	Ergebnisse (Testgüteparameter)	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
						<p>korrekte Vorhersage im Einzelnen:</p> <p>für organbegrenztetes Wachstum 67,3%</p> <p>für Kapseldurchbruch 59,6%</p> <p>für Samenblaseninfiltration 79,6%</p> <p>für LK-Befall 82,9%</p>	regarding the probability of their tumor being a specific pathological stage rather than as a strict decision-making tool."	
Steuber, 2006 [145]	Retro-spektive Kohorte	1118	Biopsisch gesichertes lokalisiertes PCA vor RPE; 0,5% cT_3	Nomogramm zur Vorhersage T-Stadium (Kapseldurchbruch)	Histologie aus Prostatektomiepräparat	<p>Prävalenz extrakapsuläres Wachstum (ECE): 303 von 1118 Patienten (27%)</p> <p>Risiko für ECE in univariater Analyse abhängig von PSA, Stadium, Gleason.</p> <p>Multivariates Modell/Nomogramm enthält PSA, Stadium, Gleason-Summe, Prozent positiver Stenzen und maximaler Karzinom-Prozentsatz im Biopat als Bestandteile</p> <p>Accuracy des Nomogramms 84%</p> <p>Vergleich des Nomogramms mit einem Entscheidungsbaum ergibt deutlich höhere Accuracy für Nomogramm (84 vs. 70%)</p>	Unizentrische Analyse	2+

3.3. Thema PET/CT

3.3.1. Aggregierte Evidenz Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Mottet 2011 [146]	<p>No recommendations, only background text:</p> <p>“Positron emission tomography (PET) with ¹¹C-choline is not indicated as a routine imaging study in the clinical situation of PSA rise after local treatment with curative intent [46].</p> <p>The detection rate of ¹¹C-choline PET-CT appears to depend strongly on PSA levels at the time of diagnosis, pathologic stage at time of initial diagnosis, previous biochemical failure, and older age; this was recently demonstrated in a cohort of 358 patients with PSA relapse following RP and a mean PSA level of 3.97± 6.94 ng/ml at the time of evaluation [47,48].</p> <p>Furthermore, the probability of false-positive results in up to 20% of patients has to be considered when interpreting PET results [49].”</p>		<p>[46] Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. Role of whole-body ¹⁸F-choline PET/CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. <i>Radiol Med</i> 2008;113: 895–904.</p> <p>[47] Breeuwsma AJ, Pruim J, van den Bergh AC, et al. Detection of local, regional, and distant recurrence in patients with PSA relapse after external-beam radiotherapy using (¹¹C)-choline positron emission tomography. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> 2010;77:160–4.</p> <p>[48] Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Predictive factors of [(¹¹C)]choline PET/CT in patients with biochemical failure after radical prostatectomy. <i>Eur J Nucl Med Mol Imaging</i> 2010;37:301–9.</p> <p>[49] Schillaci O, Calabria F, Tavolozza M, et al. ¹⁸F-choline PET/CT physiological distribution and pitfalls in image interpretation: experience in 80 patients with prostate cancer. <i>Nucl Med Commun</i></p>	<p>Summary of the 2010 Version of EUA guidelines</p> <p>No recommendations, only background text</p>	see below (EAU guideline)

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Numerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			2010;31:39-45		
Heidenreich 2013 [26]	<p>No prominent recommendations regarding PICO question with Grade of recommendation, only recommendations in background text:</p> <p>Page 116-117, chapter 19.4.1 Diagnostic procedures for PSA relapse following RP:</p> <p>“Although e-MRI appears to be sensitive and predictive in identifying local recurrences following RP, it does not currently appear capable of becoming a routine imaging modality to be performed in every case, as local vs. systemic relapse may be differentiated at PSA levels < 0.5 ng/mL. At this level of PSA, e-MRI is not sufficiently sensitive or accurate.”</p> <p>“In summary, the role and diagnostic accuracy of 11C-choline PET/CT in men with rising PSA following RP depends on the absolute PSA value, PSADT, and PSAV. The higher the PSA level and the faster the PSADT, the better will be the predictive value of this imaging modality. However, even in patients with PSA values > 2 ng/ mL and negative imaging studies, 11C-choline PET/CT is positive in only 28% of patients. It appears that there is</p>		<p>23. Cirillo S, Petracchini M, Scotti L, et al. Endorectal magnetic resonance imaging at 1.5 Tesla to assess local recurrence following radical prostatectomy using T2-weighted and contrast-enhanced imaging. <i>Eur Radiol</i> 2009; 19(3):761-9.</p> <p>24. Kotzerke J, Volkmer BG, Neumaier B, et al. Carbon-11 acetate positron emission tomography can detect local recurrence of prostate cancer. <i>Eur J Nucl Med Mol Imaging</i> 2002 Oct;29(10):1380-4.</p> <p>25. Cimitan M, Bortolus R, Morassut S, et al. [18F]fluorocholine PET/CT imaging for the detection of recurrent prostate cancer at PSA relapse: experience in 100 consecutive patients. <i>Eur J Nucl Med Mol Imaging</i> 2006 Dec;33(12):1387-98.</p> <p>26. Fuccio C, Castellucci P, Schiavina R, et al. Role of 11C-choline PET/CT in the re-staging of prostate cancer patients with biochemical relapse and negative results at bone scintigraphy. <i>Eur J Radiol</i> 2012 Aug;81(8):e893-6.</p> <p>27. Giovacchini G, Picchio M, Parra RG, et al. Prostate-specific antigen velocity versus prostatespecific antigen doubling time for prediction of 11C choline PET/CT in prostate cancer patients with</p>	<p>No prominent recommendations regarding PICO question with Grade of recommendation, only recommendations in background text</p>	<p>Guideline based on systematic literature search</p> <p>Extraction of evidence not recorded</p> <p>critical appraisal of single studies partly stated</p> <p>Conflicts of interest declared</p> <p>No external sources of funding have been involved</p> <p>details on formal consensus methods can not be found</p>

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Numerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	<p>an urgent need for well-conducted and histologically controlled trials to explore the potential role of 11C-choline PET/CT.”</p> <p>page 117, chapter 19.4.2 Diagnostic studies for PSA relapse following radiation therapy:</p> <p>“The role of choline PET/CT to detect local or systemic recurrences in men with a PSA relapse following RT is still unclear and based on very few studies (42,43). No conclusive recommendations can therefore be made. The sensitivity and specificity of choline PET/CIT with regard to the detection of lymph node metastases are</p> <p>less reliable, and routine use of 11C-PET cannot therefore be recommended, especially for PSA values < 1 ng/ mL.”</p> <p>“e-MRI also contributed important information regarding the presence of extraprostatic extension and seminal vesicle invasion, with a sensitivity of 86% and a specificity of 96%. e-MRI is therefore strongly recommended in the diagnostic work-up of men with a PSA relapse after RT, who may be candidates for secondary local salvage therapy with</p>		<p>biochemical failure after radical prostatectomy. Clin Nucl Med 2012 Apr;37(4):325-31.</p> <p>28. Veas H, Buchegger F, Albrecht S, et al. 18F-choline and/or 11C-acetate positron emission tomography: detection of residual or progressive subclinical disease at very low prostate-specific antigen values (<1 ng/mL) after radical prostatectomy. BJU Int 2007 Jun;99(6):1415-20.</p> <p>29. Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. Role of whole-body 18F-choline PET/CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. Radiol Med 2008 Sep;113(6):895-904. [Article in English, Italian]</p> <p>30. Husarik DB, Miralbell R, Dubs M, et al. Evaluation of [(18)F]-choline PET/CT for staging and restaging of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008 Feb;35(2):253-63.</p> <p>31. Rinnab L, Mottaghy FM, Simon J, et al. [11C]Choline PET/CT for targeted salvage lymph node dissection in patients with biochemical recurrence after primary curative therapy for prostate cancer. Preliminary results of a prospective study. Urol Int 008;81(2):191-7.</p>		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	curative intent.		<p>32. Krause BJ, Souvatzoglou M, Tuncel M, et al. The detection rate of [11C]Choline-PET/CT depends on the serum PSA-value in patients with biochemical recurrence of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008 Jan;35(1):18-23.</p> <p>33. Castellucci P, Fuccio C, Nanni C, et al. Influence of trigger PSA and PSA kinetics on 11C-Choline PET/CT detection rate in patients with biochemical relapse after radical prostatectomy. J Nucl Med 2009 Sep; 50(9):1394-400.</p> <p>34. Giovacchini G, Picchio M, Briganti A, et al. [11C]choline positron emission tomography/computerized tomography to restage prostate cancer cases with biochemical failure after radical prostatectomy and no disease evidence on conventional imaging. J Urol 2010 Sep;184(3):938-43.</p> <p>35. Graute V, Jansen N, Ubleis C, et al. Relationship between PSA kinetics and [18F]fluorocholine PET/CT detection rates of recurrence in patients with prostate cancer after total prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2012 Feb;39(2):271-82.</p> <p>36. Beheshti M, Vali R, Waldenberger P, et al. The use of F-18 choline PET in the assessment of bone metastases in prostate cancer: correlation with</p>		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>morphological changes on CT. Mol Imaging Biol 2009 Nov-Dec;11(6):446-54.</p> <p>37. Beheshti M, Vali R, Waldenberger P, et al. Detection of bone metastases in patients with prostate cancer by 18F fluorocholeline and 18F fluoride PET-CT: a comparative study. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008 Oct;35(10):1766-74.</p> <p>38. Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Predictive factors of [(11)C]choline PET/CT in patients with biochemical failure after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010 Feb;37(2):301-9.</p> <p>39. Picchio M, Briganti A, Fanti S, et al. The role of choline positron emission tomography/computed tomography in the management of patients with prostate-specific antigen progression after radical treatment of prostate cancer. Eur Urol 2011 Jan;59(1):51-60.</p> <p>40. Panebianco V, Sciarra A, Lisi D, et al. Prostate cancer: 1HMRS-DCEMR at 3T versus [(18)F]choline PET/CT in the detection of local prostate cancer recurrence in men with biochemical progression after radical retropubic prostatectomy (RRP). Eur J Radiol 2012 Apr;81(4):700-8.</p> <p>41. Heidenreich A, Semrau R, Thüer D, et</p>		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>41. Radical salvage prostatectomy: Treatment of local recurrence of prostate cancer after radiotherapy. Urologe A 2008 Nov;47(11):1441-6.</p> <p>42. Schilling D, Schlemmer HP, Wagner PH, et al. Histological verification of 11C-choline-positron emission/computed tomography-positive lymph nodes in patients with biochemical failure after treatment for localized prostate cancer. BJU Int Aug 2008;102(4):446-51.</p> <p>43. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. [11C]choline PET/CT imaging in occult local relapse of prostate cancer after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008 Jan;35(1):9-17.</p>		

3.3.2. Aggregierte Evidenz Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungs- grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
Heidenreich et al, 2010 [147]	<p>Skeletal Metastases</p> <p>Bone scintigraphy (BS), conventional radiographic techniques, 18 F-FDG-PET/CT and whole-body MRI represent potential imaging studies to diagnose and to monitor skeletal metastases [34-36] . Skeletal scintigraphy is still used as the most common procedure to assess bone metastases due to its comparatively low</p>	n.a.	<p>Pollen JJ, Gerber K, Ashburn WL, Schmidt JD: The value of nuclear bone imaging in advanced prostate cancer. J Urol 1981; 125: 222- 233.</p> <p>Ghanem N, Uhl M, Brink I, Schäfer O, Kelly T, Moser E, Langer M: Diagnostic value of MRI in comparison to scintigraphy, PET, MS-CT and PET/CT for the detection of metastases of bone. Eur J Radiol 2005;</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>cost and its general availability, although it suffers from suboptimal specificity in the accurate differential diagnosis of malignant versus benign processes.</p> <p>Whole-body MRI within a single examination has been demonstrated to visualize bone metastases earlier and with higher sensitivity than conventional BS [37–41].</p> <p>In a prospective study MRI predicted the origin of a bony lesion with a sensitivity of 92% (BS 93%), a specificity of 91% (BS 82%) and an accuracy of 91% (BS 82%). In patients with high-risk or androgen-independent prostate cancer, MRI of the axial skeleton (MRIas) was shown to be superior to BS and bone scans completed with targeted X-rays. MRIas altered the clinical management of high-risk prostate cancer (PCa) in 30% of the patients due to the finding of skeletal metastasis. Sensitivities were 46%</p>		<p>55: 41–55.</p> <p>Nakanishi K, Kobayashi M, Nakaguchi K, Kyakuno M, Hashimoto N, Onishi H, Maeda N, Nakata S, Kuwabara M, Murakami T, Nakamura H: Whole-body MRI for detecting metastatic bone tumor: diagnostic value of diffusion-weighted images. <i>Magn Reson Med Sci</i> 2007; 6: 147–155.</p> <p>Schmidt GP, Schoenberg SO, Reiser MF, Baur-Malnyk A: Whole-body MR imaging of bone marrow. <i>Eur J Radiol</i> 2005; 55: 33–40.</p> <p>Tombal B, Rezazadeh A, Therasse P, Van Cangh PJ, Vande Berg B, Lecouvet FE: Magnetic resonance imaging of the axial skeleton enables objective measurement of tumor response on prostate cancer bone metastases. <i>Prostate</i> 2005; 65: 178–187.</p> <p>Lecouvet FE, Geukens D, Stainier A, Jamar F, Jamart J, d’Othée BJ, Therasse P, Vande Berg B, Tombal B: Magnetic resonance imaging of the axial skeleton for detecting bone metastases in patients with high-risk prostate cancer: diagnostic and cost-effectiveness and comparison with current detection strategies. <i>J Clin Oncol</i> 2007; 25: 3281–3287.</p> <p>Schmidt GP, Schoenberg SO, Schmid R, Stahl R, Tiling R, Becker CR, Reiser MF, Baur-Melnyk A: Screening for bone metastases: whole-body MRI using a 32-channel system versus dual-modality PET-CT. <i>Eur Radiol</i> 2007; 17: 939–949.</p> <p>Eschmann SM, Pfannenberger AC, Rieger A, Aschoff P, Müller M, Paulsen F, Anastasiadis A, Claussen CD, Bares R, Schlemmer HP: Comparison of ¹¹C-choline-PET/CT and whole body-MRI for staging of prostate cancer. <i>Nuklear-medizin</i> 2007; 46: 161–168.</p>	

3.3.3. Aggregierte Evidenz: Systematischer Reviews und HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
SR and meta- analysis	Umbehr 2013 [148]	<p>Databases: Medline, Embase and Web of Science and manual reference checking</p> <p>Search period: up to July 2012</p> <p>Inclusion and exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no language restriction - availability of original data and the possibility of constructing a two-by-two table. - They excluded studies with very heterogeneous populations and 	<p>Studies on PET and PET/CT using 11C- choline and 18F- fluorocholine as tracers in imaging PCa patients in staging and restaging settings.</p>	<p>(Only study results matching the PICO are shown here)</p> <p>14 studies [5,45-50,53,54,56- 58,60,62] investigated patients with biochemical failure only after local treatment with curative intention (mean age: 67 yr, median: 66 yr, range: 43-83 yr; mean Gleason score: 6.9, median: 7, range: 2-10; mean PSA level: 7.9 ng/ml, median: 2.42 ng/ml, range: 0.1-176 ng/ml)</p> <p>- Sensitivity, specificity, and diagnostic odds ratio (DOR) of</p> <p>85% (95% CI, 79-89%),</p> <p>88% (95% CI, 73-95%),</p> <p>41.4 (95% CI, 19.7-86.8), respectively;</p> <p>positive and negative likelihood</p>	<p>Methodological strength and weaknesses /limitations:</p> <p>Strength:</p> <p>methodologic quality of all eligible papers was assessed by QUADAS tool</p> <p>two reviewer</p> <p>flow-diagram of study selection is shown</p> <p>COI declared</p> <p>weaknesses /limitations:</p> <p>many studies used suboptimal reference tests (i.e. no histopathologic confirmation)</p> <p>only cohort studies found – most of them retrospective</p> <p>broad variability in the reference test: Prostate biopsy results were used in four studies</p>	<p>[5] Picchio M, Messa C, Landoni C, et al. Value of 11C]choline- positron emission tomography for re- staging prostate cancer: a comparison with [18F]fluorodeoxygluc ose-positron emission tomography. J Urol 003;169:1337-40.</p> <p>[45] Bertagna F, Abuhilal M, Bosio G, et al. Role of 11C- choline positron emission tomography/comput ed tomography in evaluating patients affected by prostate cancer with suspected relapse due to prostatespecific antigen elevation. Jpn J Radiol 2011;29:394-404.</p> <p>[46] Breeuwsma AJ,</p>	1+

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		that mixed staging and restaging settings Study type: Not restriction described		ratios were 7.06 (95% CI, 3.06–16.27) and 0.17 (95% CI, 0.13–0.22), respectively	[29,38,41,53] no formal test for heterogeneity no assessment of publication bias (e.g. funnel plot etc)	Pruim J, van den Bergh AC, et al. Detection of local, regional, and distant recurrence in patients with PSA relapse after external-beam radiotherapy using (11)C-choline positron emission tomography. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010;77:160–4. [47] De Jong IJ, Pruim J, Elsinga PH, Vaalburg W, Mensink HJA. 11Ccholine positron emission tomography for the evaluation after treatment of localized prostate cancer. Eur Urol 2003;44:32–9, discussion 38–9. [48] Fuccio C, Castellucci P, Schiavina R, et al. Role of 11C-choline PET/CT in the restaging of prostate	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>cancer patients showing a single lesion on bone scintigraphy. Ann Nucl Med 2010;24:485-92.</p> <p>[49] Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Predictive factors of [(11)C]choline PET/CT in patients with biochemical failure after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:301-9.</p> <p>[50] Giovacchini G, Picchio M, Scattoni V, et al. PSA doubling time for prediction of [(11)C]choline PET/CT findings in prostate cancer patients with biochemical failure after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>2010;37:1106-16.</p> <p>[53] Panebianco V, Sciarra A, Lisi D, et al. Prostate cancer: 1HMRS-DCEMR at 3T versus [(18)F]choline PET/CT in the detection of local prostate cancer recurrence in men with biochemical progression after radical retropubic prostatectomy (RRP). Eur J Radiol 2012;81:700-8.</p> <p>[54] Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. Role of whole-body 18F-choline PET/CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. Radiol Med 2008;113: 895-904.</p> <p>[56] Reske SN, Blumstein NM, Glatting G.</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>[11 C]choline PET/CT imaging in occult local relapse of prostate cancer after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:9-17.</p> <p>[57] Rinnab L, Mottaghy FM, Blumstein NM, et al. Evaluation of [11 C]-choline positron-emission/computed tomography in patients with increasing prostate-specific antigen levels after primary treatment for prostate cancer. BJU Int 2007;100:786-93.</p> <p>[58] Rinnab L, Simon J, Hautmann RE, et al. [(11)C]choline PET/CT in prostate cancer patients with biochemical recurrence after radical</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>prostatectomy. World J Urol 2009;27:619-25.</p> <p>[60] Veesh, Buchegger F, Albrecht S, et al. 18F-choline and/or 11C-acetate positron emission tomography: detection of residual or progressive subclinical disease at very low prostate-specific antigen values (<1 ng/mL) after radical prostatectomy. BJU Int 2007; 99:1415-20.</p> <p>[62] Winter A, Uphoff J, Henke RP, Wawroschek F. First results of [11C]choline PET/CT-guided secondary lymph node surgery in patients with PSA failure and single lymph node recurrence after</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						radical retropubic prostatectomy. Urol Int 2010;84:418–23.	
SR	Martino 2011 [149]	Databases: Pubmed (search terms described) , no handsearching described Search period: January 1995 to January 2011 limited to English language Inclusion and exclusion criteria: Not described Study type: Not restriction described	Different imaging methods to assess local recurrence in patients with PSA relapse after definitive treatments for PCA	MR imaging: Silverman et al. [33] have achieved a high sensitivity (100%) and specificity (100%) after gadolinium administration (88% had a PSA >0.4 ng/ml) Sella et al [34] have achieved a high sensitivity (95%) and specificity (100%) with mean PSA level 2.1 ng/ml Cirillo et al [35] – patients after RP with high PSA-levels: sensitivity 84% and specificity 89.3% Conclusion of the authors: MRI showed a limited clinical benefit in early diagnosis of recurrence after surgery since the lower detection limit is above 0,5	Only study results matching the PICO are shown here. Methodological weaknesses /limitations: no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed study type not described little details of single studies on Re-Staging described, e.g. histological verification, other validating methods, comparison, if retrospective, precise results etc. no mention of two independent reviewer no flow-diagram of study selection shown no inclusion or exclusion criteria	32 Sella t et al, 2004, Radiology 33 Silverman JM et al, 1997, AJR 35 Cirillo S et al, 2009, Eur radiol 36 Yeh Sd et al, 1996, Nucl Med Bio 37 Schröder H et al., 2005, Clin Cancer Res 38 Liu et al 2001, Urology 39 Effert et al., 1996, J Urol 40 Hofer et al, 1999, Eur Urol 41 Haseman et al, 1996, Clin Nucl Med	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				cm. PET-CT: Conclusion of the authors: CH-PET provides good sensitivity and specificity values in detecting local and distant recurrences after RP and RT in patients with high PSA-levels. It cannot be recommended for PSA levels lower than 1 ng/ml.	described	42 Sanz et al, 1999, BJU Int 43 Morris et al, 2002, Urology 44 de Jong et al, 2003, Eur Urol 45 Price et al, 2002, J Urol 46 Oyama et al, 2003, J Nucl Med 47 Kotzerke et al, 2003, Nuklearmed. 48 Fricke et al, 2003, Eur J Nucl Med Mol Imaging 49 Reske et al, 2006, Urologe 50 Kotzerke et al, 2002, Eur J Nucl Med Mol Imaging 51 Picchio et al, 2011, Eur Urol 52 Veas et al, 2007, BJU Int	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						53 Heinische et al., 2006, Mol Imaging Biol 54 Rinnab et al, 2007, BJU Int	
SR	Baumann 2012 [150]	Databases: Pubmed (search terms described) and handsearching Search period: January 2001 to August 2011 Inclusion and exclusion criteria: Not described Study type: “Preclinical and clinical” studies	Preclinical and clinical studies evaluating the use of 18F-FCH for PCA-imaging	Besides other, 12 studies for biochemical recurrence were included in the review Pelosi et a (43) noted an overall detection rate of 42.9% in 24/56 patients with rising PSA post-prostatectomy, and noted an increase in positive 18F-FCH scans with higher PSA at recurrence (20% at PSA <1ng/ml, 44% at PSA=1-5ng/ml, 82% at PSA >5 ng/ml (43). In a series of 111 PCa patients including 68 patients with biochemical recurrence, 18F-FCH PET /CT was found reliable for detection of PSA recurrence > 2ng/ml with a good sensitivity of 83-87%, whereas 111F-FCH imaging had a moderate sensitivity of 70-75% for a PSA recurrence <2ng/ml and	Only study results matching the PICO are shown here Methodological weaknesses /limitations: no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed study type not described (only “clinical studies”). little details of single studies described, e.g. histological confirmation, other validating methods, comparison etc. no mention of two independent reviewer no flow-diagram of study	34 Beaugard JM et al. Pilot comparison of F-fluorocholine and F- fluorodeoxyglucose PET/ CT with conventional imaging in prostate cancer. Med !mag Radial Oncol 2010;. 36 Husarik DB et al. Evaluation of [(18F)-choline PET /CT for staging and restaging of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol /mag 2008; 41 Cimitan M et al. [18F]fluorocholine PET /CT imaging for the detection of recurrent prostate	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>for small lymph node metastases (< 1 cm) with minimal 18F-FCH uptake (36).</p> <p>Sensitivity for detection of prostate bed and small lymph node recurrences at PSA Levels <2-5ng/ml is lower (ca. 50%) (34, 41-45)</p> <p>In a series of 84 PCa patients, Panebianco et al noted superior performance of 3T combined 1H-MRI and MR spectroscopy vs 18F-FCH PET /CT for small volume (mean diameter = 6 mm) and low PSA value (0.2- 2 ng/ml) recurrences, but comparable performance for larger volume local recurrence (mean diameter = 13.3 mm). (46)</p>	<p>selection shown</p> <p>Own comments of the authors: # Heterogeneity among the reported clinical studies: Scanning protocols differed significantly among studies.</p> <p># Each study validated the 18F-FCH scans by a variety of means: correlation with clinical outcomes, consensus gold standards based on clinical and standard imaging, or histopathological results.</p> <p># Particularly, the lack of biopsy confirmation within many of the patients studied needs to be considered!</p>	<p>cancer at PSA relapse: experience in 100 consecutive patients. Eur J Nucl Med Mol Imag 2006;</p> <p>42 Heinisch M et al. Positron emission tomography / computed tomography with F-18-fluorocholine for restaging of prostate cancer patients: meaningful at PSA <5 ng/ml? Mol Imag Bio/ 2006;.</p> <p>43 Pelosi E et a/. Role of whole-body 18F-choline PET /CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. Radio/ Med 2008;</p> <p>44 Steiner C et al. Three-phase 18F-fluorocholine PET/ CT in the evaluation of prostate cancer</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>recurrence. Nuklearmedizin 2009;</p> <p>45 Vees H ct a/. 18F-choline and / or 11C-acetate positron emission tomography: detection of residual or progressive sub- clinical disease at very low prostate- specific antigen values (<1 ng/ml) after radical prostatectomy. BJU Inl 2007</p> <p>46 Panebianco V et al. Prostata cancer: 1HMRS-DCEMR at 3T versus (18F]choline PET /CT in the detection of local prostate cancer recurrence in men with biochemical progression after radical retropubic prostatectomy (RRP). Eur j Radio</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
SR	Zengerling 2012 [[151]	Databases: Pubmed (search terms described) and handsearching Search period: Not described Inclusion and exclusion criteria: Not described Study type: Reviews, original studies	Relevance of choline-PET/CT for primary diagnosis , staging and re- staging of PCA	detection of PSA recurrence after radical treatment Sensitivity of 38-98 % [39-43] Specifity of 40-100% [39-43] N= 190 after RP and PSA- recurrence [42] - detection rates: 19% with PSA <1 ng/ml 25% with 1 <PSA ≤2 ng/ml 41% with 2 <PSA ≤5 ng/ml 67% with PSA > 5 ng/ml.	Only study results matching the PICO are shown here Methodological weaknesses /limitations: no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies little discussed study type not described little details of single studies on Re-Staging described, e.g. histological verification, other validating methods, comparison etc. no mention of two independent reviewer no flow-diagram of study selection shown no time period of literature search described no inclusion or exclusion criteria described heterogeneity among the	39 de Jong et al., (2003), Eur Urol 40 Rinnab L et al. (2007), BJU Int 41 Rinnab L et al. (2009), World J Urol 42 Castellucci P et al. (2009), J Nucl Med 43 Cimitan M et al. (2006), Eur J Nucl Med Mol Imaging	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
					reported studies		
SR	Beresford 2010 [152]	Databases: Pubmed (search terms described) and related articles Search period: articles published before March 2009. Inclusion and exclusion criteria (e.g. study type etc.): Not described	Review of investigational imaging techniques, including bone scan, computed tomography, magnetic resonance imaging, positron emission tomography and Prostascint, assessing their utility in the situation of biochemical recurrence after radical prostatectomy	There are reports of a sensitivity of as high as 91% in the detection of tumour recurrence in patients with PSA levels <2.5 ng/ml [42]. - 18F-choline PET/computed tomography has been investigated and found to detect disease relapse in 43% (24/56) of patients with increased PSA levels after radical prostatectomy. The sensitivity of this technique was closely linked to PSA levels, with a sensitivity of 20% if PSA <1 ng/ml, but over 80% if PSA >5 ng/ml [45]. - A study in 100 patients with biochemical recurrence (which included patients treated by radiotherapy and endocrine therapy as well as radical prostatectomy) concluded that 18F-choline PET/computed tomography would probably not detect recurrence unless the PSA level was over 4 ng/ ml [46].	Only study results matching the PICO are shown here Methodological weaknesses /limitations: no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed study type not described little details of single studies on PET described, e.g. histological verification, other validating methods, comparison, if retrospective etc. no mention of two independent reviewer no flow-diagram of study selection shown no inclusion or exclusion criteria described no COI disclosure	[42] Rinnab L,Mottaghy FM, Blumstein NM, et al. Evaluation of [11C]- choline positron- emission/computed tomography in patients with increasing prostate- specific antigen levels after primary treatment for prostate cancer. BJU Int 2007;100(4):786- 793. [45] Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. Role of whole-body 18F-choline PET/CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. Radiol Med 2008;113(6):895-	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						904. [46] Cimitan M, Bortolus R, Morassut S, et al. [18F]fluorocholine PET/CT imaging for the detection of recurrent prostate cancer at PSA relapse: experience in 100 consecutive patients. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006;33(12):1387-1398.	
SR	Picchio 2011 [153]	- Pubmed with keywords: PET, prostatecancer, choline, and biochemical relapse - 2003-2010 - original articles, review articles and editorials -abstracts or	11C/18F choline PET/CT scanning in patients with increasing PSA after radical treatment of PCa: Diagnostic accuracy in the detection of recurrences	Sensitivity: 11% [30] - 98%[27] Specificity: 40% [4] - 100% [27] (often not reported) PPV: 86% [4,28] – 92%[8] (often not reported)	High heterogeneity in study populations regarding PSA serum value, previous treatment modality, such as RP and EBRT, hormone treatment and validation criteria for choline. Highest values of choline PET reported sensitivity occur in studies with a high percentage of patients with PSA serum t >2 ng/ml [4, 27]. Histology for 12%[30]-100% [4,8, 28,32] used as standard	[4] Rinnab L et al. Evaluation of [11C]-choline positron-emission/computed tomography in patients with increasing prostate-specific antigen levels after primary treatmentfor prostate cancer. BJU Int 2007. [8] Reske SN et al: [11C]choline PET/CT imaging in occult	1+

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		reports from meetings not included - hand search			reference, often not reported) No flow-diagram of study selection presented Inclusion of editorials, also retrospective studies No information about excluded and included studies, numbers partly reported Quality of included studies not evaluated No two independent reviewer Systematic search and hand search conducted	local relapse of prostate cancer after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008. [10] Pelosi E et al. Role of whole-body 18F-choline PET/CT in disease detection in patients with biochemical relapse after radical treatment for prostate cancer. RadiolMed 2008. [11] Picchio M et al. Value of [11C]choline-positron emission tomography for re-staging prostate cancer: a comparison with [18F]fluorodeoxygluc ose-positron emission tomography. J Urol 2003 [24] Krause BJ et al. The detection rate of [11C]choline-PET/CT	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>depends on the serum PSA-value in patients with biochemical recurrence of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008.</p> <p>[26] de Jong IJ et al: ¹¹C-choline positron emission tomography for the evaluation after treatment of localized prostate cancer. Eur Urol 2003.</p> <p>[27] Cimitan M et al. ¹⁸F-fluorocholine PET/CT imaging for the detection of recurrent prostate cancer at PSA relapse: experience in 100 consecutive patients. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006.</p> <p>[28] Scattoni V et al. Detection of lymph-node metastases with integrated ¹¹C-choline PET/CT</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>in patients with PSA failure after radical retropubic prostatectomy: results confirmed by open pelvic-retroperitoneal lymphadenectomy. Eur Urol 2007.</p> <p>[29] Husarik DB et al. Evaluation of [(18)F]-choline PET/CT for staging and restaging of prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008.</p> <p>[30] Giovacchini G, et al. [11C]choline positron emission tomography/computerized tomography to restage prostate cancer cases with biochemical failure after radical prostatectomy and no disease evidence on conventional imaging. J Urol 2010.</p> <p>[31] Giovacchini G et</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						al. Predictive factors of [(11C)choline PET/CT in patients with biochemical failure after radical prostatectomy. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010.	
SR	Beer 2011 [154]	<p>Databases searched: Medline, Current Contents, PubMed, and references from relevant articles</p> <p>Search terms “prostate and (PET or SPECT)” and “prostate cancer and imaging”.</p> <p>Abstracts and reports from meetings were included only when they related directly to previously published work.</p>	<p>contributions of hybrid imaging for assessment of recurrent prostate cancer, with respect to the detection of local versus regional versus distant disease.</p> <p>outlook on the potential of future hybrid MR-PET techniques.</p>	<p>PET/CT</p> <p>Rinnab and colleagues [25] reported a sensitivity of 82% for ¹¹C-choline-PET-CT when PSA concentrations exceeded 2.5 ng/mL, but the specificity was 50%.</p> <p>Scattoni and co-workers [26] found a high positive predictive value even at low PSA concentrations, but a low negative predictive value</p> <p>PET-MR</p> <p>Pucar and colleagues [72] found that MRI and MRS had higher sensitivities (68% and 77%, respectively) than digital rectal examination (16%) and transrectal ultrasound-guided biopsy (48%) for the localisation of recurrent</p>	<p>Sensitivity and specificity, PPV only reported for selected studies</p> <p>number, quality of included/excluded studies not reported</p> <p>No critical appraisal of included studies; limitation or risk of bias of single studies not discussed</p> <p>Study type not described</p> <p>No flow diagram of study selection shown</p> <p>No mention of two independent reviewer</p> <p>Selection process for papers not reported</p>	<p>25) Rinnab L et al. Evaluation of [11C]-choline positron-emission/computed tomography in patients with increasing prostate-specific antigen levels after primary treatment for prostate cancer. BJU Int 2007</p> <p>26) Scattoni V, Picchio M, Suardi N, et al. Detection of lymph-node metastases with integrated [11C]choline PET/CT in patients with PSA failure after radical retroperitoneal prostatectomy:</p>	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		English or German between January, 1980, and May, 2010		cancer. better results with MRS than with conventional MRI after externalbeam radiation therapy, and that MRS accurately identified histologically malignant biopsies. [73,74] There is evidence that conventional T1W MRI is more sensitive and specific than bone scanning for the detection of bonemetastases at early stages, including in prostate cancer [82]		results confi rmed by open pelvic- retroperitoneal lymphadenectomy. Eur Urol 2007. 72) Pucar D et al. Prostate cancer:correlation of MR imaging and MR spectroscopy with pathologic fi ndings after radiation therapy-initial experience. Radiology 2005. 73) Coakley FV et al. Endorectal MR imaging and MR spectroscopic imaging for locally recurrent prostate cancer after external beam radiation therapy: preliminary experience. Radiology 2004. 74) Menard C et al. Magnetic resonance spectroscopy of the malignant prostate gland after	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
						<p>radiotherapy: a histopathologic study of diagnostic validity. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001.</p> <p>82) Lecouvet FE et al. Magnetic resonance imaging of the axial skeleton for detecting bone metastases in patients with high-risk prostate cancer: diagnostic and cost-effectiveness and comparison with current detection strategies. J Clin Oncol 2007.</p>	

3.3.4. Aggregierte Evidenz: Systematischer Reviews und HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Thema : Cholin PET/CT zum Staging des Prostatakarzinoms					
Krause BJ et al, 2011 [155] systematischer Review	Literaturrecherche in Medline (Pubmed) 2000-2/2010 Suchbegriffe : « prostate », « choline » « PET », «positron emission tomography » k.A. zu sprachlichen Eingrenzungen	Diagnose – insbesondere Staging und Restaging des Prostatakarzinoms durch Positronenemissionstomographie mittels [11 C] und [18F] Cholin-Derivaten Eingeschlossen wurden Originalpublikationen , keine weiteren Einschlusskriterien angegeben	Nur Ergebnisse für Diagnose und Staging/Restaging dargestellt. 1. Cholin-PET und Cholin-PET/CT zur Primärdiagnostik/zum lokalen Staging Detektion hohe Sensitivität (PET/CT) : Reske SN et al, 2006 ROC Area under the curve 0,89 +/-0,01 für SUV (mean standard uptake) cut-off 2,65 für korrekte Prädiktion eines PCas. Detektion niedrige Sensitivität (PET/CT) : Farsad et al, 2005, Giovacchini et al, 2008, Martorana et al, 2006, Scher et al, 2007. Befund in allen Studien : SUVs benigne und maligne sind zwar tendentiell unterschiedlich (höhere SUV bei Malignität) es gibt aber eine substantielle Überlappung 2. Cholin-PET und Cholin PET/CT zur Festlegung des Lymphknotenstatus Daten aus 5 Studien (3 PET, 2 PET/CT). Sensitivität : 61% (Mittelwert, KI n.a.) Spezifität : 96% (Mittelwert, KI n.a.) 3. Cholin-PET und Cholin PET/CT zur Diagnostik/zum Staging	1a. PET : de Jong IJ, Pruim J, Elsinga PH, et al. Eur Urol 2002;42: 18–23. Kotzerke J, Prang J, Neumaier B, et al. Eur J Nucl Med 2000; 27:1415–9. Kwee SA, Coel MN, Lim J, Ko JP. J Urol 2005; 173: 252–5. Kwee SA, Wei H, Sesterhenn I, et al. J Nucl Med 2006;47: 262–9. Sutinen E, Nurmi M, Roivainen A, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004;31:317–24. Yamaguchi T, Lee J, Uemura H, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2005;32:742–8. Yoshida S, Nakagomi K, Goto S, et al. Urol Int 2005; 74:214 –20. 1b PET/CT : Farsad M, Schiavina R, Castellucci P, et al. J Nucl Med 2005;46:1642–9. Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008; 35:1065–73. Martorana G, Schiavina R, Corti B, et al. J Urol 2006;176:954–60, Discussion 60. Reske SN, Blumstein NM, Neumaier B, et al. J Nucl Med 2006; 47: 1249 –54. Scher B, Seitz M, Albinger W, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2007; 34:45–53. Schmid DT, John H, Zweifel R, et al. Radiology 2005;235: 623–8.	3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>bei Rezidiv (18F und 11C-Choline-PET und PET/CT)</p> <p>Angabe der Autoren: oft kleine Fallzahlen, retrospektive Erhebungen, verschiedene Tracer, und Systeme, Fehlen von histologische Befunden.</p> <p>Zu beachten sind Limitationen bei der Erkennung sehr kleiner Befunde</p> <p>Daten aus 19 Studien (2003-2010), Einzelstudie n=9-358, 4/19Studien mind. N=100; 1115 Pat. nach RPE (80%) , 240 Pat. nach EBRT</p> <p>Detektion des Lokalrezidivs/der Lymphknoten und der Fernmetastasen gemeinsam ausgewertet.</p> <p>Sensitivität: 39%-100%, Mittelwert 70,7%</p> <p>Fallzahl der Studien mit 100%: 9,15,25 (Schmid et al, 2005, Scattoni et al, 2007, Rinnab et al, 2008</p> <p>Sensitivität Studien mind. n=100: 39%, 47%, 54%, 85% (Castellucci et al, 2009, Cimitan et al, 2006, Picchio et al, 2003, Giovacchini et al, 2010)</p> <p>Giovacchini et al. benutzten Nomogramm zusätzlich (Alter Gleason Score, PSA-Wert , pT-Kategorie etc.)</p> <p>Spezifität: (Daten aus 8 Studien) 0-100%, Mittelwert 65,3%</p> <p>4. Bewertung des Therapieansprechens (nicht dargestellt)</p>	<p>2a. PET: de Jong IJ, Pruim J, Elsinga PH, et al. J Nucl Med 2003;44:331-5. Kotzerke J, Prang J, Neumaier B, et al. Eur J Nucl Med 2000; 27:1415-9.</p> <p>2b. PET/CT: Husarik DB, Miralbell R, Dubs M, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:253 ; Schiavina R, Scattoni V, Castellucci P, et al. Eur Urol 2008 Aug;392-401.</p> <p>3a. 11C-Choline-PET de Jong IJ, Pruim J, Elsinga PH, et al. Eur Urol 2003;44:32- 8 Picchio M, Messa C, Landoni C, et al. J Urol 2003;169:1337-40. Breeuwsma AJ, Pruim J, van den Bergh AC, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010;77:160-4.</p> <p>3b. 11C-Choline-PET/CT Castellucci P, Fuccio C, Nanni C, et al. J Nucl Med 2009; 50:1394-400. Krause BJ, Souvatzoglou M, Tuncel M, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:18 -23. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008 Jan;35:9 -17. Rinnab L, Mottaghy FM, Blumstein NM, et al. BJU Int 2007;100:786 -93. Scattoni V, Picchio M, Suardi N, et al. Eur Urol 2007;52: 423-9. Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:301-9.</p> <p>3c. 18F-FCH-PET/CT Schmid DT, John H, Zweifel R, et al. Radiology 2005;235: 623-8. Heinisch M,</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				Dirisamer A, Loidl W, et al. Mol Imaging Biol 2006;8:43– 8. Husarik DB, Miralbell R, Dubs M, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:253– 63. Cimitan M, Bortolus R, Morassut S, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006;33:1387-98 Veas H, Buchegger F, Albrecht S, et al. BJU Int 2007 ;99: 1415–20. Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. Radiol Med 2008;113 :895– 904. Steiner C, Veas H, Zaidi H, et al Nuklearmedizin 2009; 48 : 1–9.	
Picchio, M. et al, 2010 [156] Systematischer Review Angabe zu Interessenkonflikten: kein Funding, keine IK angegeben	Literatursuche in Medline (Pubmed) bis 2003- 7/10 Suchworte PET, prostate cancer, choline, PET/CT = 30 Treffer + weitere durch [prostate cancer, PET, PET/CT, choline, PSA, biochemical relapse, restaging, recurrence] +Suche in Referenzlisten Eingeschlossen	Nutzen des PET/CT zur Diagnostik und Ausbreitungsdiagnostik bei PSA-Rezidiv nach RPE	Studienqualität Keine Angaben zu Studiendesign, Anzahl Patienten zwischen 25-358 Inhaltliche Ergebnisse Diagnostische Accuracy Sehr heterogene Ergebnisse der einzelnen Studien, I. Sensitivität : 38% (de Jong et al, 2003) bis 98% (Cimitan M. et al, 2006). 1. Gründe für Heterogenität in unterschiedlichen Studienpopulationen v.a. im Hinblick auf 1a.PSA-Wert : höchste Sensitivität bei PSA > 2ng/ml, steigende Sensitivität bei steigenden PSA-Werten, bisher kein cut-off etabliert, Autoren empfehlen PET erst ab PSA 1ng/ml 1b. Vorherige Behandlungsmodalität : klinische Befunde EBRT	I. Rinnab L, Mottaghy FM, Blumstein NM, et al. BJU Int 2007;100: 786–93. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:9–17. Pelosi E, Arena V, Skanjeti A, et al. RadiolMed 2008;113:895–904. Picchio M, Messa C, Landoni C, et al. J Urol 2003;169:1337–40. Krause BJ, Souvatzoglou M, Tuncel M, et al. Eur J Nucl MedMol Imaging 2008;35: 18–23. de Jong JJ, Pruim J, Elsinga PH, Vaalburg W, Mensink HJA. Eur Urol 2003 ;44 :32–9, discussion 38–9. Cimitan M, Bortolus R, Morassut S, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006;33:1387–98. Scattoni V, Picchio M, Suardi N, et al. Eur Urol 2007;52: 423–9. Husarik DB, Miralbell R, Dubs M, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:253–63. Giovacchini G, Picchio M, Briganti A, et al. J Urol 2010; 184:938–43. Giovacchini G, Picchio M,	3

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
	wurden Original publikationen, Reviews und Editorials, keine Abstracts – nach Diskussion mit allen Autoren « most relevant articles »		<p>vs RPE sehr unterschiedlich ! - da nach EBRT auch gutartiges Prostatagewebe Cholin aufnimmt – PET nicht geeignet nach Meinung der Autoren</p> <p>1c. Hormontherapie</p> <p>Bei steigenden PSA-Werten Pat. nicht mehr hormonsensitiv, PET unter HT möglich</p> <p>1d. Validierungskriterien für PET-Befunde: Referenzstandard meist nicht Histologie</p> <p>2. PET spezifische Limitationen</p> <p>2a. falsch positive Ergebnisse bei Entzündungsprozessen oder</p> <p>2b. rasch proliferierenden Geweben</p> <p>2c falsch negative Befunde aufgrund max. räuml. Auflösung von 5-6mm</p> <p>3. Weitere Einflussfaktoren auf Sensitivität</p> <p>3a. PSA-Dopplungszeit</p> <p>Giovacchini et al : 27% Sens. Bei >6Mo</p> <p style="padding-left: 40px;">81% Sens bei <3Mo</p> <p>Castellucci et al : 20% Sens bei >6Mo</p> <p style="padding-left: 40px;">60% Sens bei <2Mo</p> <p>Autoren empfehlen Einsatz bei <3Mo.</p> <p>3b. Nomogramm</p> <p>Giovacchini et al: Nomogramm aus Alter, PSA, PSA DT, time to</p>	<p>Coradeschi E, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37 :301–9</p> <p>1a. Rinnab L, Mottaghy FM, Blumstein NM, et al. BJU Int 2007;100: 786–93., Cimitan M, Bortolus R, Morassut S, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2006;33: 1387–98.</p> <p>1b. Breeuwsma AJ, Pruim J, van den Bergh AC, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010;77:160–4.</p> <p>1c. Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:1065–73. Giovacchini G, Picchio M, Briganti A, et al. J Urol 2010;184: 938–43.</p> <p>2a. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:9–17. Scattoni V, Picchio M, Suardi N, et al. Eur Urol 2007;52:423–9. Giovacchini G, Picchio M, Coradeschi E, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:301–9.</p> <p>Schilling D, Schlemmer HP, Wagner PH, et al. BJU Int 2008;102:446–51. Schiavina R, Scattoni V, Castellucci P, et al. Eur Urol 2008;54:392–401.</p> <p>2b. Schilling D, Schlemmer HP, Wagner PH, et al. BJU Int 2008;102:446–51.</p> <p>2c. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:9–17.</p> <p>3. Giovacchini G, Picchio M, Scattoni V, et al. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2010;37:</p>	

Autoren, Jahr, Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>trigger PSA, Gleason Score, pT und ADT mit prädiktiver Accuracy für positives PET/CT von 81%</p> <p>4. Einfluss des PET/CT Befunds auf Therapie</p> <p>4a. Entscheidung zu Salvage Strahlentherapie nach RPE</p> <p>PET/CT erst ab 1ng/ml – damit für rechtzeitige Therapie (bis 0,5ng/ml) nach RPE nicht geeignet, Sensitivität limitiert</p> <p>MRT sensitiver, v.a. DCE-MRT</p> <p>Aber : Ausschluss von Fernmetastasen</p> <p>4b. Entscheidung zu lokaler Therapie nach EBRT</p> <p>Genauere Lokalisation erforderlich, MRT bessere Accuracy</p> <p>4c. Entscheidung zu Salvage Lymphonodektomie bei Pat. nach RPE</p> <p>Aufgrund des hohen prädiktiven Wertes geeignet nach Meinung der Autoren, noch kontrovers</p> <p>4d. Entscheidung zu Salvage Bestrahlung des Beckens</p> <p>Keine Literaturangaben zu PET/CT., Empfehlung dazu bleibt offen</p>	<p>1106–16. Castellucci P, Fuccio C, Nanni C, et al. J Nucl Med 2009; 50: 1394–400.</p> <p>4a. Reske SN, Blumstein NM, Glatting G. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2008;35:9–17. Picchio M, Messa C, Landoni C, et al. J Urol 2003;169:1337–40. Cirillo S, Petracchini M, Scotti L, et al. Eur Radiol 2009; 19:761–9. Haider MA, Chung P, Sweet J, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2008;70 :425–30.</p> <p>4b. Cirillo S, Petracchini M, Scotti L, et al. Eur Radiol 2009;19:761–9. Casciani E, Poletti E, Carmenini E, AJR Am J Roentgenol 2008;190: 1187–92. Casciani E, Bertini L, Galdi G. Eur Urol. 2008;54:589–600. Eur Urol 2009;55:e2. Panebianco V, Passariello R. Reply to Emanuele Casciani, Luca Bertini and GianFranco Galdi’s Letter to the Editor re: Eur Urol 2008;54:589–600. Eur Urol 2009;55:e4–5</p> <p>4c. Scattoni V, Picchio M, Suardi N, et al. Eur Urol 2007;52:423–9. Schilling D, Schlemmer HP, Wagner PH, et al. BJU Int 2008;102:446–51. Martorana G, Schiavina R, Franceschelli A. Eur Urol 2009;55:1302–4.</p>	

3.3.5. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Beheshti 2013 [157]	<p>N= 250 consecutive prostate cancer patients with PSA relapse after initial therapy with radical prostatectomy, radiotherapy or ADT</p> <p>mean age 68 +/- 8 y</p> <p>enrollment between October 1, 2003 and May 15, 2012.</p> <p>- mean PSA level: 46.9 +/- 314.7 ng/mL, 55.2% (138/250) receiving ADT</p> <p>- median PSA level: 5.6 ng/mL</p> <p>- median Gleason score 7</p>	<p>18F-FCH PET/CT</p> <p>Reference standard: persistent or increased uptake in follow-up PET studies, malignant morphologic changes on CT, or clinical evidence of disease progression, positive findings on MR imaging or histopathologic results (only</p>	Sensitivity correlated with PSA-levels	<p>Sensitivity: - 77.5%, 80.7%, 85.2%, and 92.8%</p> <p>for the trigger PSA levels of - 0.5 ng/mL - 1 ng/mL - 2, ng/mL - 4 ng/mL, respectively (P < 0.001)</p>	<p>Treatment history: Surgery only : 46.3% (116) Radiotherapy only : 19.1% (48) Both surgery and radiotherapy : 24.0% (60) - ADT only: 10.6% (26)</p> <p>At the time of 18F-FCH PET/CT imaging: 55.2% (138/250) receiving ADT</p> <p>Chemotherapy and bisphosphonate therapy performed on 8.8% (22/250) and 14% (35/250), respectively.</p> <p>Methodological strength: -consecutive enrollment of patients</p>	2(+)

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
		4.4%)		(see also Fig. 3 in publication)	<p>- study population well described</p> <p>Methodological weaknesses /limitations:</p> <p>- 18F-FCH PET scans (index test results) were interpreted by 2 nuclear medicine specialists who were aware of the patient’s history (not blinded)</p> <p>- Reference standards very heterogeneous</p> <p>In only 4.4% (11/250) of patients, the final diagnosis of local recurrence or positive LNs on PET studies was based on histopathologic findings (see predetermination in PICO table)</p> <p>no other estimates of diagnostic accuracy than sensitivity reported</p>	
Richter 2010 [158]	Seventy-three patients, with a mean age of 65 years (range 41-78) were referred for a PET scan as a result of persistent increases in serum PSA.	11C-Choline-PET and FDG-PET scans performed consecutively in each	<p>-Sensitivity</p> <p>-Specificity</p> <p>-Pos. and neg. predictive values</p>	<p>sensitivity of 11C-choline and FDG-PET separately: 60.6% and 31 % (p<0.01).</p> <p>combining both PET tracers sensitivity:</p>	<p>Of the patients, 71.2% had a PSA value lower than 5 ng/ml and 89% lower than 10 ng/ml.</p> <p>methodological weaknesses:</p>	2 -

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	Patients with a PSA value higher than 20 ng/ml, a previous diagnosis for relapse by means of other imaging techniques, or those starting early treatment before PET were excluded from the study.	<p>patient.</p> <p>Confirmation of the imaging results by biopsy or increase in PSA</p> <p>After prostatectomy, biochemical recurrence was defined as an increase in the PSA value of more than 0.2 ng/ml in two or more consecutive blood samples.</p>		61.9%.	<p>Reference standard: only in ten patients, cancer relapse was confirmed in a positive biopsy.</p> <p>whether or not the readers of the index tests and reference standard were blind (masked) to the results of the other test not described</p> <p>no values of the announced outcomes stated except sensitivity – others not calculable because of missing values of false positive</p> <p>consecutive enrollment of patients not stated</p> <p>recruitment period not stated</p> <p>no flow diagram of included and excluded patients</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Panebianco 2012 [159]	<p>recruitment period: from Nov 2009 to march 2012</p> <p>no. of patients (n = 84 consecutive male Patients)</p> <p>characteristics: age range 56–72 years, referred for routine surveillance or for follow-up diagnostic imaging after radical retropubic prostatectomy (RRP).</p> <p>inclusion and exclusion criteria:</p> <p>Patients were included if they had (i) a surgical pathological local stage pT3ab (high risk of local recurrence); (ii) negative surgical margins; (iii) post- RP PSA increase >0.2 ng/mL; (iv) no adjuvant or neoadjuvant hormonal therapies; (v) negative regional lymph nodes (pN0); (vi) no evidence of</p>	<p>proton magnetic resonancespec troscopic imaging (1H-MRSI) and dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging (DCE-MRI) combined techniques at 3 T magnet</p> <p>versus</p> <p>[(18)F]choline PET/computed tomography (CT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensitivity - specificity - positive predictive value (PPV) - negative predictive value (NPV) - accuracy - receiver operating characteristic (ROC) curves 	<p>(see Table 2 and 3 in the article)</p> <p>MR: Group A (28 pat) with a lesion size ranging between 5.00 mm and 7.2 mm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivity 92% - specificity 75% - positive predictive value (PPV) 96% - negative predictive value (NPV) 60% - accuracy 89% - receiver operating characteristic (ROC) curves 0.833 <p>PET-CT: Group A (28 pat) with a lesion size ranging between 5.00</p>	<p>Group A patients did not undergo TRUS-biopsy and MR and PET-CT results were validated by PSA level modification after radiation therapy. PSA serum level 0.8–1.4 ng/mL (mean 1.1 ng/mL)</p> <p>Group B underwent TRUS-biopsy; PSA serum level 1.3–2.5 ng/mL (mean 1.9 ng/mL)</p> <p>methodological weaknesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reference standard: only in Group B confirmation by biopsy. <p>whether or not the readers of the index tests and reference standard were blind (masked) to the results of the other test not described</p> <p>no flow diagram of included and excluded patients</p>	2 +

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	distant metastases at CT scan and bone scan performed before RRP.			mm and 7.2 mm - Sensitivity 62% - specificity 50% - positive predictive value (PPV) 88% - negative predictive value (NPV) 18% - accuracy 60% - receiver operating characteristic (ROC) curves 0.562 MR: Group B (56 pat) with a lesion size between 7.6 mm and 19.4 mm: - Sensitivity 94% - specificity 100% - positive predictive		

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>value (PPV) 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> - negative predictive value (NPV) 57% - accuracy 94% - receiver operating characteristic (ROC) curves 0.971 <p>PET-CT: Group B (56 pat) with a lesion size between 7.6 mm and 19.4 mm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensitivity 92% - specificity 33% - positive predictive value (PPV) 98% - negative predictive value (NPV) 43% - accuracy 91% - receiver operating characteristic (ROC) 		

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventione n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				curves 0.837		

3.3.6. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

(Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention Referenz- standard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Thema: PET/CT zur Rezidivdiagnostik							
Tuncel M. et al, 2008 [160]	n=45 Pat. mit PCa und bekannten Metastasen oder lokal fortgeschrittenes Ca oder Rezidiv 5/2004-2/2006 konsekutiv ? med. Alter 68J	11C-Choline-PET/CT Scoring 0-4 0+1=benigne 3+4=maligne 2 0=benigne mit histologischer	Keine Vergleichsintervention aber Auswertung stratifiziert nach : Nur PET oder PET/ low dose CT oder PET/diagnostisches CT Referenzstanda	Anzahl diagn. Läsionen, Sicherheit der Diagnose Anzahl negativer Ergebnisse mit einem bildgebenden Verfahren Anteil Änderung des therapeutischen Vorgehens	Ca. 80% der diagnostizierten Läsionen waren Knochenmetastasen, 19% Prostata- und Lymphknoten-Läsionen Anzahl diagnostizierter Läsionen PET+diagnostisches CT am besten (295) vs 178 nur PET, 272 PET+low dose CT 2. Sicherheit der Diagnose : Am besten bei PET + diagn. CT	Vermutlich retrospektive Auswertung	2-3

(Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention Referenzstandard	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	(49-82) med. Gleason 7, med. PSA 5,6ng/ml nach EBRT (64%), RPE (50%) und/oder HT (78%)	Bestätigung 1= wahrscheinlich benigne CT/PET konkordant 2= unklar ohne Histologie oder Follow up 3= wahrscheinlich maligne nach Referenzstandard und Follow up 4= sicher maligne mit Histologie med. Follow up : 10+/-5,1Mo	rd : Histologie aus Biopsie oder PSA-Rückgang nach EBRT oder HT oder BEstätigung durch weitere Bildgebung, Konsens		3. Anzahl negativer Ergebnisse : 36,2% (107/295) Läsionen PET-negativ 25% (74/295) Läsionen CT negativ 4. Änderung des therapeutischen Vorgehens 24% (11/45) : 3+EBRT, 6xHT, 1xChemotherapie, 1xChemotherapie+EBRT PSA-Minderung in 10/11 Pat.		

4. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms‘

4.1. Thema Therapieplanung und Aufklärung

4.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad	Literaturbelege
NICE 2008 [32]	<p>Healthcare professionals should discuss all relevant management options recommended in this guideline with men with prostate cancer and their partners or carers, irrespective of whether they are available through local services.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that mechanisms are in place to allow men with prostate cancer and their primary care providers to gain access to specialist services throughout the course of their disease.</p> <p>Healthcare professionals should adequately inform men with prostate cancer and their partners or carers about the effects of prostate cancer and the treatment options on their sexual function, physical appearance, continence and other aspects of masculinity. Healthcare professionals should support men and their partners or carers in making treatment decisions, taking into account the effects on quality of life as well as survival.</p> <p>Healthcare professionals should offer men with prostate cancer and their partners or carers the opportunity to talk to a healthcare professional experienced in dealing with psychosexual issues at any stage of the illness and its treatment.</p> <p>Given the range of treatment modalities and their serious side effects, men with prostate cancer who are candidates for radical treatment should have the opportunity to discuss their treatment options with both a specialist surgical oncologist and a specialist clinical oncologist.</p>	--	--	--
NICE 2008 [32]	<p>Prior to treatment, men and their partners should be warned that treatment for prostate cancer will result in an alteration of sexual experience, and may result in loss of sexual function.</p> <p>Men and their partners should be warned about the potential loss of ejaculation and fertility associated with treatment for</p>	--	--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad	Literaturbelege
	<p>prostate cancer. Sperm storage should be offered.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that men and their partners have early and ongoing access to specialist erectile dysfunction services.</p> <p>Men undergoing treatment for prostate cancer should be warned of the likely effects of the treatment on their urinary function.</p>			
<p>Dutch Urological Association 2007 [71]</p>	<p>To determine the role of radical prostatectomy (external radiotherapy, brachytherapy) as a treatment option for patients with localised prostate cancer, the advantages and disadvantages of the various treatment options, including external radiotherapy and brachytherapy (radical prostatectomy), must be weighed against active monitoring.</p> <p>Based on the available evidence on the treatment of patients with localised prostate cancer, the working group cannot make any recommendations regarding which treatment is preferred. The working group also cannot recommend a specific treatment based on the reported adverse events and complications. The choice of treatment is determined after consultation with the patient whom the physician should inform thoroughly and as objectively as possible regarding the efficacy and toxicity of each treatment modality. The patient's age and general condition are taken into account in the decision, particularly when considering the option of withholding treatment.</p>	--	--	--
<p>Dutch Urological Association 2007 [71]</p>	<p>It appears that adverse events and complications vary depending on the treatment modality. The risk of incontinence and strictures is greatest after surgery. The risk of acute retention is greatest after brachytherapy. The risk of rectal symptoms is greatest after external radiotherapy. The risk of erectile dysfunction is lowest after brachytherapy.</p> <p>It is advisable to assume that men with prostate cancer have specific psychosocial issues arising from disease- or treatment-related sexual dysfunction, urinary symptoms, gastrointestinal symptoms, and the slow course of the disease.</p> <p>Men with prostate cancer should be provided with sufficient counselling regarding the disease, treatment options, and the possible side effects of treatment.</p> <p>Men and their partners should be made aware of the educational materials available, the time and location of educational meetings, the services provided by patient organisations, and the contact information for discussion groups.</p> <p>Involving men and their partners in treatment decisions is recommended.</p> <p>Specialised (oncology or urology) nurses can play an important role in the detection of psychosocial issues and in counselling</p>	--	--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad	Literaturbelege
	<p>men and their partners on the disease and treatment.</p> <p>The emotional processing and functioning of the partner of a man with prostate cancer warrants explicit attention in the management of the disease.</p> <p>Participation in group meetings or support groups may be offered to men with prostate cancer to gain more social support and enhance emotional processing of the disease and the consequences of therapy.</p>			
AUA 2007 [161]	<p>An assessment of the patient’s life expectancy, overall health status, and tumor characteristics should be undertaken before any treatment decisions can be made.</p> <p>A patient with clinically localized prostate cancer should be informed about the commonly accepted initial interventions including, at a minimum, active surveillance, radiotherapy (EBRT and interstitial), and RP. A discussion of the estimates for benefits and harms of each intervention should be offered to the patient.</p> <p>Patients with localized prostate cancer should be offered the opportunity to enroll in available clinical trials examining new forms of therapy, including combination therapies, with the goal of improved outcomes.</p>	--	--	--

4.1.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Baxter 2005 [162]	Kohorte	85.815	PCa-Patienten nach RPE oder RT, Überleben mind. 5 J	EBRT (n=30.552)	RPE (n=55.263)	Median 9-9,5J	Rate an kolorektalen Tumoren.	<p><u>Tumoren in RPE-Gruppe:</u></p> <p>Rektal (Bestrahlungsareal): 143 (0,3%).</p> <p>Rektal, sigmoidal, zaekal (potenzielles Bestrahlungsareal: 437 (0,8%).</p> <p>Übriges Kolon (kein Bestrahlungsareal): 324</p>	Geringe Fallzahlen .	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>(0,6%).</p> <p><u>Tumoren in EBRT-Gruppe:</u></p> <p>Rektal (Bestrahlungsareal): 124 (0,4%).</p> <p>Rektal, sigmoidal, zaekal (potenzielles Bestrahlungsareal): 249 (0,8%).</p> <p>Übriges Kolon (kein Bestrahlungsareal): 160 (0,5%).</p> <p>In multivariater Analyse erhöhtes relatives Risiko von 1,7, bei EBRT im Bestrahlungsareal ein kolorektales Ca zu bekommen.</p>		
Brenner 2000 [163]	Kohorte	122.123	PCa-Patienten nach RPE oder RT, Überleben mindestens 2 Mo (SEER-Datenbank).	EBRT (n=51.584)	RPE (n=70.539)	durchschn. 4,3 J (Überleben)	Rate an Zweitmalignomen.	<p><u>signifikant erhöhtes Risiko eines Zweitmalignoms im Vergleich EBRT vs RPE:</u></p> <p>jegliches Zweitmalignom irgendwann nach 2 Monaten: 1/290 Patienten.</p> <p>jegliches Zweitmalignom nach 5 J: 1/125 Patienten.</p> <p>jegliches Zweitmalignom nach 10 J: 1/70 Patienten.</p> <p>häufigste Tumoren: Blase, Lunge, Rektum, Sarkom im Bestrahlungsfeld.</p>	--	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outco-mes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Liauw 2006 [164]	Fallserie	348	medianes Alter 69-70,	LDR (144 Gy) oder LDR+EBRT (100-108 Gy +45 Gy)	keine Vergleichsintervention	Median 10-11 J	Rate der Spätneoplasie (>5J)	15 Spätneoplasien (4,3%) = 11 Blasen-, 3 Kolorektale und 1 urethrales Ca Zahl der Blasenkarzinome übersteigt die der in der Normalbevölkerung erwartete Zahl von Malignomen (11 vs 4,7), der Unterschied ist aber nicht signifikant		3

4.1.3. Übersicht: Vergleichende Zusammenstellung des Nebenwirkungsprofils der Verfahren zur Prostatakarzinombehandlung

	Radikale Prostatektomie Inklusive nervenerhaltende Operationsverfahren	EBRT	LDR	HDR
Erektile Dysfunktion				
Dutch Urological Association 2007 (Leitlinie) [71]	70%, markedly reduced by nerve sparing operation (14%-56,6%)	50-70%	10-70%	Keine Angaben
EAU 2007 (Leitlinie) [1]	29-100% (56% nerve sparing, 75% standard) Late effect: 75% both	45% Late effect: (2y)48%	34% Late effect (1y.) 34%	40-86% Late effect: 40(2y)
Wilt 2008 (syst. Review) [165]	<5-86%	77%	Keine Angaben	Keine Angaben

	Radikale Prostatektomie Inklusive nervenerhaltende Operationsverfahren	EBRT	LDR	HDR
U.S. Preventive Services Task Force, 2002 (syst. Review) [166]	20-70%	20-45%	45%-57%	Keine Angaben
Mambourg 2006 (HTA) [167]	76-80%	45-63,5%	36%?	Keine Angaben
Vargas 2005 [168], Grills 2004 [169] (Kohortenstudien)	--	--	--	45%- 61,6%
Blasenstörungen (Harninkontinenz/ Entleerungsstörungen)				
Dutch Urological Association 2007 (Leitlinie) [71]	5-10% (persistent incontinence)	30-40% (acute form of incontinence) 1%- 7,2% late urinary symptoms	5-10% (acute retention)	Keine Angaben
EAU 2007 (Leitlinie) [1]	0-50% (inkl. Fistel 0.3-15,4%)	15,9% (5,3% incontinence)	1,5-22% (acute retention) Incontinence 0-19% Chronical urinary morbidity: </= 20%	--
Wilt 2008 (syst. Review) [165]	5-62%	2-23,9%	2-32%	Keine Angaben
U.S. Preventive Services Task Force 2002 (syst. Review) [166]	15%-50%	2%-16%	6%-57%	Keine Angaben

	Radikale Prostatektomie Inklusive nervenerhaltende Operationsverfahren	EBRT	LDR	HDR
Mambourg 2006 (HTA) [167]	10-20%	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Vargas 2005 [168] (nur Toxizität Grad 3-4 berichtet), Grills 2004 [169] (Kohortenstudien)	--	--	--	13,7%-32%
Interstinale Problematik (ohne Blutung)				
Dutch Urological Association 2007 (Leitlinie) [71]	keine	30% (persistent events: 10%)	3-21% (Grade II/III proctitis)	Keine Angaben
EAU 2007 (Leitlinie) [1]	keine	12,4% (only persistent events)	--	--
Wilt 2008 (syst. Review) [165]	15%	31,8%	8-13%	Keine Angaben
U.S. Preventive Services Task Force 2002 (syst. Review) [166]	0%	6%-25%	18%	Keine Angaben
Mambourg 2006 (HTA) [167]	20,9-23,9%	26,7-43%	Keine Angaben	Keine Angaben
Vargas 2005 [168] (nur Toxizität Grad 3-4 berichtet), Grills 2004 [169] (Kohortenstudien)	--	--	--	3,9%-6%
Andere Nebenwirkungen				

	Radikale Prostatektomie Inklusive nervenerhaltende Operationsverfahren	EBRT	LDR	HDR
Rektale Blutung				
Dutch Urological Association 2007 (Leitlinie) [71]	-	< 30%, 8% required treatment	Keine Angaben	Keine Angaben
Wilt 2008 (syst. Review) [165]	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
U.S. Preventive Services Task Force 2002 (syst. Review) [166]	Keine Angaben	Keine Angaben	19%	Keine Angaben
Mambourg 2006 (HTA) [167]	0%	8%-25%	Keine Angaben	Keine Angaben
Grills 2004 (Kohortenstudie) [169]	--	--	--	2%
Rektale Verletzung				
EAU 2007 (Leitlinie) [1]	0-5,4%	--	--	--
Strahleninduziertes Karzinom				
Dutch Urological Association 2007 (Leitlinie) [71]	--	RR 1-1,7	--	--
EAU 2007 (Leitlinie) [1]	--	RR 1,7-2,34 (Baxter, Liauw, s.u.)	--	--

4.2. Thema Prognosescores

4.2.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
HTA	Sutcliffe 2009 Chapter 6: pp.93-104 [170]	Inclusion: a diagnosis of early localised prostate cancer (i.e. clinical or pathological stage T1/T2/ T3N0M0 or Jewett-Whitmore system stages A, B, C) before treatment (radical or not) or at the time of radical treatment (prognostic markers taken before or at treatment). Study end points of the prognostic value of individual or combinations of markers that	Different prognostic models for patients with PCA	All models applied to patients treated with RP except that of [150] in which patients had a mixture of prostatectomy, radiotherapy and ‘other treatment’, the last being principally watchful waiting. Two studies did not specify if any patients had had adjuvant or neoadjuvant treatment [107,150] and [140] excluded such patients The patient cohort of [105] comprised 15% who had had adjuvant therapy, a group that they considered excluding ‘but thought it would have resulted in a lower risk cohort that would not be reflective of our practice’. Instead they included adjuvant therapy as a covariate in their models. A total of 17% of [106] cohort had had ‘early endocrine therapy’, but as this factor was not statistically significant it was not included in the final model. Gleason distributions of [150] and [140] are not strictly comparable	All abstracts reviewed by at least 2 reviewer Search strategy completely documented Flow diagram Excluded and included journal listed Reason for inclusion or exclusion listed Bias assessed Literatur search in medline, embase, Cochrane, web of science, biosis. None of the studies discusses power Univariate analysis was reported to have been carried out in three studies (105,106,140) was presented in two,(105,106) but was only used in one (140) to select variables to enter into the	104. Parker CC et al: Does age influence the behaviour of localized prostate cancer? BJU Int 2001 . 105. Blute ML et al: Use of Gleason score, prostate specific antigen, seminal vesicle and margin status to predict biochemical failure after radical prostatectomy. J Urol 2001 . 106. Lieber MM et al: DNA ploidy and surgically treated prostate cancer: important independent association with prognosis for patients with prostate carcinoma	1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		<p>predict</p> <p>overall survival</p> <p>disease-specific survival</p> <p>disease-free survival</p> <p>Exclusion:</p> <p>Study populations with more than 20% not in the target study group (i.e. not T1/T2/T3N0M0) unless results for target study group are reported separately.</p> <p>Studies that do not report the statistical differences between prognostic groups.</p> <p>Studies that do</p>		<p>with those of the other studies as many patients' Gleason scores are upgraded when pathological specimens are available.</p> <p>Four different end points for the outcome measurement (all deaths, prostate cancer deaths, clinical recurrence and biochemical recurrence) were used in the eight models. Only all-cause death was unambiguously defined.[106,150]</p> <p>[106] and [107] report models with prostate cancer death as the end point, but they do not report how attribution of cause of death was made. [106] also uses clinical recurrence as a model end point, but, although reporting tests that were given to patients to establish recurrence, the frequency of follow up is not stated. This outcome is now used more rarely and has generally been superseded by PSA recurrence, which was used by [140] and [105] Both used a unique definition of PSA recurrence, but only the study of Han et al. used the consensus definition of 0.2 ng/ml. In none of the three studies in which recurrence was an outcome [105,106,140] was it clear whether</p>	<p>multivariate model.</p> <p>Selection of variables for the final models presented: [106,107,140] appear to have used a stepwise process, either forwards [106] or backwards [140]. [107] did not specify method, [150] chose on a 'conceptual basis'. [105] start with 'established predictors' in their model and then add and remove variables to determine the effect on the predictive power of the model, as judged by the C-statistic. When model predictive power was similar despite the inclusion or exclusion of variables, these variables were removed from the model. These variable selection processes, as well as the lack of availability of data, resulted in well-established markers [Gleason score PSA, stage (or organ-confined status) and surgical margins (when relevant)] being omitted from all but two of the eight final models, as discussed above.</p> <p>Only [105] and [150] reported any measure of performance, reporting C-statistics of 0.73 and</p>	<p>treated by radical prostatectomy. Cancer 1995</p> <p>107. Vollmer RT et al: The relative importance of anatomic and PSA factors to outcomes after radical prostatectomy for prostate cancer. Am J Clin Pathol 2001.</p> <p>140. Han M et al: Biochemical (prostate specific antigen) recurrence probability following radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer. J Urol 2003</p> <p>150. Cowen ME et al: Predicting life expectancy in men with clinically localized prostate cancer. J Urol 2006.</p>	

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		<p>not report when in the treatment course the biomarkers were measured (before, during, after) or what principal treatments (e.g. prostatectomy, radiotherapy) patients received.</p> <p>Non-English language papers.</p> <p>Studies that are reported only in abstract form.</p> <p>Reviews of primary studies – not included in the analysis but retained for discussion.</p> <p>Studies with fewer than 200 patients in the target group (i.e.</p>		deaths were treated as events or censored.	<p>0.72</p> <p>High heterogeneity of models (populations, outcomes, etc.)</p> <p>Often uncertainty not reported (e.g. Nomogram by Cowen et al)</p> <p>Study attrition mostly not well reported</p>		

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		T1/T2/T3N0M0) . Studies with less than 5 years' mean or median follow-up (included if either greater than 5 years).					
SR	Shariat 2008 [171]	MEDLINE database literature search on prostate cancer predictive tools January 1966 to July 2007 109 studies identified including 68 validated	(selection) predicting life expectancy in patients with localized PCA	Albertson (89), n=451 Outcome: Overall survival10 y Variables: Age, Gleason sum, index of coexistent disease category Accuracy: 71% Validation: Not performed Tewari (87), n= 6149 Outcome: Overall survival10 y Variables: Age, race, comorbidity, PSA, Gleason sum, treatment type Accuracy: 63% Validation: Not performed	Studies are systematically presented Systematic search, but keywords not described No flow diagram No data regarding inclusion or exclusion of studies No 2 independent reviewer Author`s opinion: On the basis of accuracy, simplicity, and generalizability, and exclusion of PCA mortality, the model of Walz et al appears to provide the best estimates of life expectancy in excess of 10	87. Tewari A, et al. Long-term survival probability in men with clinically localized prostate cancer: a case-control, propensity modeling study stratified by race, age, treatment and comorbidities. J Urol. 2004; 88. Cowen ME et al: Predicting life expectancy in men with clinically localized prostate cancer. J Urol. 2006 89. Albertsen PC et al: The impact of co-	1(+)

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>Cowen (88) n= 506</p> <p>Life expectancy 5-15 y</p> <p>Variables: Age, Charlson comorbidity index, presence of angina, systolic blood pressure, body mass index, smoking, marital status, PSA, Gleason sum, clinical stage, treatment type (RP vs RT vs other)</p> <p>Accuracy: 73%</p> <p>Internal Validation</p> <p>Walz (90) n= 9131 (RP: n=5955; external-beam RT: n=3176)</p> <p>Life expectancy 10 y</p> <p>Variables: Age, Charlson comorbidity index, treatment type (RP vs externalbeam RT)</p> <p>Accuracy: 84.3%</p> <p>Internal Validation</p>	years.	<p>morbidity on life expectancy among men with localized prostate cancer. J Urol. 1996.</p> <p>90. Walz J et al. A nomogram predicting 10-year life expectancy in candidates for radical prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer. J Clin Oncol. 2007</p>	
SR	Rodrigues 2012 [172]	PubMed search original or review articles	(selection: only studies including demographic and disease specific	<p>see page 124 (alternative risk stratification systems)</p> <p>Cowen et al (see below):</p>	<p>Studies are not systematically presented</p> <p>Systematic search</p>	Cowen et al (see below) [9626]	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		<p>1966 to present (2012)</p> <p>Search terms (selection): risk stratification, risk assessment, prostate cancer or neoplasms, prognostic factors.</p> <p>Exclusion of articles assessing post-treatment prognostic factors/risk stratification schema</p> <p>Relevant information abstracted from identified studies and assessed.</p>	<p>variables)</p> <p>analysis of risk stratification systems alternative (in contrast to common risk stratifications, i.e. low-intermediate-high risk by d Amico)</p>	<p>Created a risk nomogram to predict overall survival at 5, 10 and 15 years and median survival.</p> <p>Nomogram components included various patient (age, Charlson score, blood pressure, smoking status, marital status, body mass), biochemical (initial PSA), tumour (T stage and Gleason score) and treatment (surgery vs. other) factors.</p> <p>Validated by comparison with other available prediction tools with an overall agreement statistic (C-statistic) of 0.73.</p> <p>Advantages: use of classical factors and strong methodology and validation</p> <p>Limits: novel cancer-related factors were not included</p>	<p>No flow diagram</p> <p>No 2 reviewer</p> <p>No data regarding inclusion or exclusion of studies</p> <p>No quality assessment of single studies</p>		

4.2.2. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Cowen 2006 [173] (retrospective cohort study)	N=506, Age: 69.8 (±8.5) -pts with diagnosis of PCA	prediction aid Variables: Age, Charlson comorbidity index, presence of angina, systolic blood pressure, body mass index, smoking, marital status, PSA, Gleason sum, clinical stage, treatment type (RP vs RT vs other)	Death from any cause (derived from the Social Security death index or hospital tumor registry)	Model variables: age (p<0.0001) Charlson score (p=0.003) ECOG (p=0.002) Angina (y/n) (p=0.03) Systolic BP (p=0.57) BMI (p=0.02) Smoker (y/n) (p=0.83) marital status (y/n) (p=0.21) PSA (p=0.57) Gleason score (p=0.11) Clinical stage >T1a (p=0.84) Management strategy (Ref: watchful waiting)	PSA only in 33% of patients available Retrospective cohort of a hospital tumor registry 30% of population with T2b Patient characteristics assessed prior to treatment. Initial treatment (1st 6 months) for PCA: 36% surgery, 33% radiation, 31% other Patients with subsequent treatments were included, but subsequent treatments were not recoded Confidence intervals not presented	2(+)

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>p=0.07</p> <p>Diagnosis(yr): p=0.98</p> <p>Discrimination</p> <p>(C-statistics: 0.50 indicates chance, 1.0 complete certainty): 0.73</p> <p>Comparison to models of Tewari and Albertsen: 0.70 and 0.71</p>		
Walz 2007 [174] (retrospective cohort study)	<p>n = 9,131 men</p> <p>Pts after EBRT and RP</p> <p>Men treated between 01/1989 and 06/2004</p> <p>only men who did not receive any secondary therapy for PCa were included</p> <p>Exclusion</p> <p>men receiving any</p>	<p>prediction aid</p> <p>Variables: Charlson index, treatment type and age</p>	<p>Development of two nomograms (based on Cox regression models) after EBRT and after RP</p> <p>Discriminative accuracy of the model</p> <p>Comparison with model designed by Tewari et al</p>	<p>Charlson index, treatment type and age represented statistically significant predictors of overall mortality</p> <p>Discriminative accuracy: 84.3%</p> <p>New model more accurate compared with model from Tewari et al.</p>	<p>Retrospective analysis of a health insurance database</p> <p>No information on PCa stage, grade, specific cause of death, preoperative PSA</p> <p>Not recorded if patient characteristics are recorded after or before RP / EBRT</p> <p>Exclusion of patients who received any secondary therapy for PCa in order to exclude patients dying from PCA → unclear why dying from PCA is not taken into account</p> <p>Reason for treatment choice (RP/EBRT/other</p>	2/3

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	secondary therapy for PCa men treated with any form of hormone therapy before or immediately after RP (0 to 6 months) or start of EBRT (0 to 12 months)				<p>treatment?/no curative treatment?) not recorded (individual preference of patient, setting (Canada))</p> <p>Much higher mean charlson comorbidity index in patients after RP than EBRT</p> <p>Observed life-expectancy much lower in EBRT (median 4.7 years) vs. RP (median not reached)</p> <p>Internal validation (200 boot strap resamples)</p> <p>For comparison with model of Tewari et al: assuming PSA of 0-9.9 and Gleason≤6)</p> <p>Comparison with a model (Tewari et al) using different parameters</p> <p>Confidence intervals not presented</p> <p>Bootstrapped validation of the model</p>	

4.3. Thema Active Surveillance

4.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs- grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Heidenreich 2013 Chapter 8 [26]	The SPCG-4 study demonstrated significant advantages for RP over WW, but only 5% of those studied were PSA-screened patients	Conclusion; 1b (Evidence obtained from at least one randomized trial)	Bill-Axelsson A et al NEJM 2011 [8943]	Patients were not low risk patients (see below) PIVOT study (Wilt et al [9348], see below) is included in the text, but not part of the conclusion	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, nur teilweise Extraktion der Evidenz
	The lead time in PSA screening is about 10 years. It is therefore possible that cancer-related mortality from untreated, non-screen-detected PCa in patients with contemporary Gleason scores of 6 might be as low as 10% at 20-year follow-up	Conclusion; 2a (Evidence obtained from one well-designed controlled study without randomization)	Draisma G et al: Lead times and overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: estimates from the European Randomized Study of Screening for prostate cancer. J Natl Cancer Inst 2003. Törnblom M et al: Lead time associated with screening for prostate cancer. Int J Cancer 2004. Klotz L: Active surveillance for favorable-risk prostate cancer: who, how and why? Nat Clin Pract Oncol 2007.		

4.3.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
AUA 2007 (approved 2009) [175]	<p>An ideal regimen for active surveillance has not been defined but could include periodic physical examination and PSA testing or periodic repeat prostate biopsies to assess for sampling error of the initial biopsy as well as for subsequent progression of tumor grade and/or volume. Active surveillance currently is under study in non-randomized trials in Canada, the United Kingdom, and the United States.51-53 A multicenter randomized trial of active surveillance versus immediate intervention was to have opened in the United States in 2006.</p> <p>Which patients are suitable candidates for active surveillance? Patients with lower risk tumors (low Gleason score, PSA level, and clinical stage) could be candidates for this treatment strategy.</p> <p>Several studies have shown that patients with lower grade, localized prostate cancer have a low risk for clinical progression within the first 10 to 15 years after the diagnosis.(37, 51, 54-56) Thus, this treatment strategy may be best suited for men with a shorter life expectancy. Generally, patients with high-grade tumors have a relatively poor prognosis and are not suitable for active surveillance but, as will be noted in this report, often have poor outcomes with any therapy.</p> <p>Under special conditions, some patients with a longer life expectancy may opt for active surveillance as their primary management. This may include patients with very small areas of cancer in their biopsy or patients who, at the time of diagnosis, are reluctant to accept the side effects of potentially curative therapies. If the tumor shows evidence of progression (e.g., increased grade, volume, or stage) while the patient still has a reasonable life expectancy, curative treatments (e.g., surgery or radiation) can be initiated.(53) This can be a difficult clinical decision since signs of progression must be identified before the cancer evolves to a stage (or grade) where therapy is no longer curative. Currently, providing evidence-based recommendations for when to intervene in patients with a long life expectancy are not possible since markers of disease progression are poorly validated. Most reports describe a clinical strategy that includes regular PSA level measurement and DRE with a periodic repeat prostate biopsy along with an option of more active therapy if biochemical (increasing PSA) or histopathologic (increased tumor grade or volume) progression occurs.(57, 58) In this Guideline document, the Panel used the term “active surveillance” to refer to a monitoring program without initial treatment for the patient with localized cancer. As noted previously, this monitoring program and its goals may be different based on patient and tumor characteristics and thus is distinct from watchful waiting in which a lesser degree of monitoring may be used and in which treatment is generally instituted if metastases or symptoms develop.</p>	n.a.	<p>37. Albertsen, P. et al: J Natl Cancer Inst, 97:1248, 2005</p> <p>51. Klotz, L.: Urol Oncol, 24: 46, 2006</p> <p>53. Warlick, C., Trock, B. J., Landis, P., Epstein, J. I. and Carter, H. B.: J Natl Cancer Inst, 98: 355,2006</p> <p>54. Johansson, J. et al: JAMA, 291: 2713, 2004</p> <p>55. Zietman, A. L., Thakral, H., Wilson, L. and Schellhammer, P.: J Urol, 166: 1702, 2001</p> <p>56. Adolfsson, J., Oksanen, H., Salo, J. O. and Steineck, G.: Prostatic Dis, 3: 37, 2000</p> <p>57. Klotz, L.: J Clin</p>	Relevante , aktuelle und methodisch hochwertige Leitlinie.

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
			<p>Oncol, 23: 8165, 2005</p> <p>58. Khatami, A., Damber, J. E., Lodding, P., Pihl, C. G. and Hugosson, J.: Scand J Urol Nephrol, 37: 213, 2003</p>	
EAU 2010 [176]	<p>8.5.1 Indications “deferred treatment2</p> <p>In presumed localised PCa (Nx-N0, M0):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stage T1a: well and moderately differentiated tumours. In younger patients with a life expectancy of > 10 years, re-evaluation with PSA, TRUS and biopsies of the prostatic remnant is recommended • Stage T1b-T2b: well and moderately differentiated tumours. In asymptomatic patients with a life expectancy of < 10 years • Inclusion criteria for active surveillance with the lowest risk of cancer progression are: PSA < 10 ng/ml, biopsy Gleason score < 6, < 2 positive biopsies, < 50% cancer per biopsy, cT1c-2a. <p>8.5.2 Options</p>	<p>“2a”</p> <p>3</p>	38-52	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>In presumed localised PCa (Nx-N0, M0):</p> <ul style="list-style-type: none"> · Stage T1b-T2b patients who are well informed and have well-differentiated (or Gleason 2-4) PCa and a life expectancy of 10-15 years. · All patients not willing to accept side-effects of active treatment. · Well-informed, asymptomatic patients with high PSA levels for whom cure is unlikely <p style="text-align: right;">3</p> <p>Active surveillance</p> <p>Active surveillance was conceived with the aim of reducing the ratio of overtreatment in patients with clinically confined low-risk PCa, without giving up radical treatment, as happened with the WW strategy. Only data from non-mature randomised clinical trials of AS with follow-up < 10 years are currently available. A multicentre clinical trial of AS versus immediate treatment was opened in the USA in 2006. Its results are expected in 2025.</p> <p>Choo, Klotz and co-workers were the first to report on a prospective AS protocol (38,39). They enrolled 331 patients with clinical stage T1c or T2a, PSA < 10 ng/mL and a Gleason score < 6 (PSA < 15 and Gleason score < 7 [3 + 4] in patients above the age of 70 years). At a median follow-up of 8 years, the overall survival was 85%, while disease-specific survival and metastasis-free survival were 99%. The median value of the PSA doubling time was 7 years; in 42% of patients it was > 10 years, and in 22% < 3 years. Thirty-three per cent of the patients subsequently underwent a radical treatment: 20% for a PSA doubling time < 3 years; 5% for Gleason score progression on repeat biopsies; and 10% because of patient preference.</p> <p>Soloway et al., evaluating 157 patients with a median follow-up of 4 years, reported no PCa deaths or metastatic disease and a ratio of only 8% having delayed treatment (40). Carter et al., looking at 407 patients with a median follow-up of 3.4 years, reported no PCa deaths (41).</p> <p>A variety of additional studies have been performed on active surveillance in clinically organ confined disease (Table 13). All these studies confirm that, in well-selected patients with low-risk disease, there is a very low rate of progression and cancer-specific death, and only a few patients require delayed radical intervention. However, another 5-7 more years of follow-up will be necessary in order to obtain definitive results.</p>			

Quelle	Text							Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	Author	n	Follow-up (years)	Overall survival	Cancer-specific survival	progression / intervention	inclusion criteria			
	Klotz (2009) [42]	453	6.8 (1-13)	78.6%	97.2%	30%	PSA < 10 Gleason score < 6			
	Van den Bergh (2008) [43]	616	3.9 (0-11)	91%	99.8%	32% intervention; only 14% due to progressive PCA	PSA <10, PSA-density < 0.2, cT1C/T2, Gleason score < 6, < 2 biopsies positive			
	Soloway (2008) [40]	99	4 (1- 14.9)	No data	100%	9%	< 80 years, Gleason score < 6, PSA < 0,15 ng/mL, cT < 2, < 50% cancer in < 2 biopsies			
	Dall’Era (2008) [44]	321	3.6 (1-17)	100%	100%	24%	PSA < 10 ng/mL, Gleason score < 6, no Gleason grade > 3, < 33% positive biopsies, cT 1-2a			

Quelle	Text							Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	Berglund (2008) [45]	104	3 (1-6)	No data	100%	27%	PSA < 10, cT1-2a, Gleason grade < 3, < 3 positive biopsies, < 50% cancer in biopsy			
	Al Otaibi (2008) [46]	186	6.4 (2.5-14)	No data	100%	36%	< cT2a, < 2 positive biopsies, < 50% cancer in biopsy, no Gleason grade 4			
	Kakehi (2008) [47]	134	4.5	2.5%	100%	17.7%	cT1cN0M0, 50-80 years, PSA < 20ng/mL, < 2 positive out of 6-12 biopsies Gleason score < 6, < 50% cancer			
<p>Different series have identified several eligibility criteria for enrollers:</p> <ul style="list-style-type: none"> · clinically confined PCa (T1-T2) · Gleason score < 7 · PSA < 15-20 ng/mL (5). <p>Moreover, different criteria were applied to define cancer progression (5), although all groups used:</p> <ul style="list-style-type: none"> · PSA doubling time with a cut-off value ranging between < 2 and < 4 years; <p>Gleason score progression to > 7 at re-biopsy, at intervals ranging from 1-4 years.</p> <p>These indicators are poorly validated. Currently, it is impossible to make evidence-based recommendations on when to intervene in patients with a long life expectancy.</p> <p>Data that include PSA and PSA changes over time are relatively sparse in the literature. In a recent review article, it was pointed out that patients with a PSA of < 3 ng/mL had no mortality from PCa within the first 10</p>										

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>years, and that PSA changes over time were relatively unreliable in determining the risk for tumour progression (48).</p> <p>The data above indicate a high risk of tumour progression after conservative treatment for some patients with apparently localised PCa. This has been supported by the results of other studies in which patients with a life expectancy exceeding 10 years have been shown to have a higher mortality rate from PCa when left without curative treatment (49-51). Long-term follow-up of the Johansson series shows the same outcome: there is a higher risk of dying from PCa in patients surviving more than 15 years with well- and moderately differentiated tumours at diagnosis (52) (level of evidence: 3).</p> <p>For patients who choose deferred treatment, the risk of delaying hormone therapy until disease progression has occurred appears to be modest, although shorter CSS times have been reported after deferred therapy compared with immediate hormone therapy in presumed localised PCa (not utilising PSA for staging) after 15 years of follow-up (53).</p>			
NICE 2008 [32]	<p>Key Priorities : Men with low-risk localised prostate cancer who are considered suitable for radical treatment should first be offered active surveillance.</p> <p>Active surveillance is particularly suitable for a subgroup of men with low-risk localised prostate cancer who have clinical stage T1c, a Gleason score 3+3, a PSA density < 0.15 ng/ml/ml and who have cancer in less than 50% of their total number of biopsy cores with < 10mm of any core involved.</p> <p>Active surveillance should be discussed as an option with men who have intermediate-risk localised prostate cancer (see table A).</p> <p>Active surveillance is not recommended for men with high-risk localised prostate cancer.</p> <p>Qualifying statement: These recommendations are based on longitudinal studies of the risk of clinical progression or death from prostate cancer. There was GDG consensus that these recommendations would reduce the risk of over-treatment.</p> <p>- To reduce the sampling error associated with prostate biopsy, men who are candidates for active surveillance should have at least 10 biopsy cores taken.</p>	n.a.	Martin et al, 2006 = systematischer Review zu AS	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>- Active surveillance should include at least one re-biopsy and may be performed in accordance with the ProSTART4 protocol.</p> <p>- Men with localised prostate cancer who have chosen an active surveillance regimen and who have evidence of disease progression (that is, a rise in PSA or adverse findings on biopsy) should be offered radical treatment.</p> <p>- The decision to proceed from an active surveillance regimen to radical treatment should be made in the light of the individual man's personal preferences, comorbidities and life expectancy.</p> <p>Qualifying statement: These recommendations are made on the basis of GDG consensus supported by cohort and observational studies.</p> <p>4 Phase III randomised study of active surveillance versus radical treatment in patients with favorable-risk prostate cancer. Available from www.cancer.gov/clinicaltrials/CAN-NCIC-CTG-PR11</p>			

4.3.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau SIGN
SR	Dall’Era 2012 [177]	Original papers, prospective studies, no review articles. Embase & Pubmed: 1980- 2011 English language patient characteristics at diagnosis inclusion criteria for surveillance protocol following patients prospectively for signs of progression		23 studies included Population: low-risk prostate cancer differently defined; mostly \leq T2a, PSA \leq 10 / 15, Gleason \leq 6 / 7, positive cores \leq 2 / 3 / 50% Prostate cancer specific mortality 8 (+ 2 follow-up) studies analyzed for prostate-cancer specific mortality: range 0 - 1% Further treatment Up to 1/3 of patients receive further treatment (treatment not specified) after a median of about 2.5 years of surveillance (number of studies included: 7 (+ 2 follow- up) PSA-DT, PSAV Results from studies vary, inconclusive depending on follow- up procedures in different studies	No comparison between curative treatment and active surveillance „Search terms included...“, search terms not specified in detail Difference between studies included and studies analyzed not described, 7 studies in table, 1 described in text Many patients described in these series (studies) were included retrospectively and did not meet the “strictest” criteria of contemporary active surveillance protocols		1-
HTA	Ip S 2011	Multiple literature					1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau SIGN
	[178]	searches in MEDLINE (inception- 08/2011)					
	Key-Question 2 → What factors affect the offer of, acceptance of, and adherence to active surveillance?			% of patients on AS who went to receive active treatments: Range: 14-54% [table C5.1 in publication]	Reported outcome not focus of key question; no search aiming to investigate % of patients on AS who went to receive active treatment.	see table C5.1 in publication (page C- 195)	1-
	Key-Question 4 → Short /long-term outcomes of AS or other observational management studies vs. immediate treatment with curative intent	(Non-) randomized, prospective & retrospective longitudinal comparative studies. Single-arm AS cohort excluded	Curative treatment vs. observational management (without medical or surgical ADT)	Number of studies: 1 updated multicenter RCT (Bill-Axelson et al 2011, see below), 11 multicenter cohort studies Population: localized PCa (T1-T2, N0-X, M0-X), mixed population included if advanced stages < 20% of population. PCA-mortality: RP significantly lower risk (1 RCT [Bill-Axelson et al 2011, see below] and 3 retrospective cohorts [Hadley et al 2010, Stattin	no study found, which directly compares AS management with immediate definitive treatment observational treatment is very broadly defined confounding by indication: Majority of evidence from retrospective analyses of observational studies up to 20% of patients with advanced stages inclusion of Bill-Axelson 2011:	see column “Ergebnisse”	1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau SIGN
				<p>et al 2010, Albertsen et al 2007]</p> <p>RT(BT, EBRT) associated with non-significant improvement (1 retrospective cohort [Stattin et al 2010])</p> <p>Combination (RP,RT, BT) significantly lower risk</p> <p>(1 retrospective cohort [Wong et al 2006])</p> <p>Morbidity:</p> <p>PR: Subgroup-analyses of RCT [Johansson et al 2011, see below]</p> <p>Higher rate of urethral strictures (1 retrospective cohort [Elliot et al 2007])</p> <p>Less bladder irrigation /cystostomy procedures and TURP/bladder neck incision, more urethra dilation procedures, no differences regarding cystoscopy</p> <p>(1 retrospective cohort [Berge et al 2007]</p> <p>RT: no significant difference for urethral stricture</p>	40% of patients had low risk		

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau SIGN
				<p>(1 retrospective cohort [Elliot et al 2007])</p> <p>Combination (RP/BT+ EBRT) higher rate of urethral stricture for BT+ EBRT, not for RP+EBRT</p> <p>(1 retrospective cohort [Elliot et al 2007])</p>			
Consensus statement	Ganz 2011 [179]			<p>Because of the very favorable prognosis of low-risk prostate cancer, strong considerations should be given to modify the anxiety-provoking term “cancer” for this condition</p> <p>Treatment of low-risk prostate cancer patients with radical prostatectomy or radiation therapy leads to side effects such as impotence and incontinence in a substantial number</p> <p>Active surveillance has emerged as a viable option that should be offered to patients with low-risk prostate cancer</p>	No formal consensus process based on Ip S et al AHRQ Publication [9265]	see above, consensus statement is based on Ip S et al AHRQ Publication 2011.	Based on evidence-based systematic review (evidence level 1++), no formal consensus process, conflict of interest not reported

4.3.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
Bastian P.J. et al, 2009 [180] Systematischer Review	Systematische Literatursuche in Medline bis 10/2008 Suchworte : « prostate cancer, active surveillance, expectant management » und Handsuche Referenzlisten Abstracts AUA, EAU	Studien zu Pat. mit Active Surveillance, aufgrund limitierter erwarteter Daten keine weiteren Einschlusskriterien Analysiert wurden. - Definitionen « insignifikantes Prostatakarzinom » - Follow up Kriterien - Trigger für definitive Therapie -Anteil Pat mit definitiver Therapie	1. Definitionen « insignifikantes » Prostatakarzinom 9 Studien 8x Kriterium cT-Stadium : max T1c-T3 9x Gleason Score : 7x max Gleason 6, 1x max. Gleason 3+4, 1x max. Gleason 7 6x PSA-Wert 2x max. 15ng/ml, 4x max. 10ng/ml 3x Anzahl positiver Stanzen <3, max. 2 5x Anteil positiver Stanzen pro Stanze 2x max. 33%, 4x max. 50% 4x PSA-Kinetik , 2x PSA-Density <0,15ng/ml, 1x PSA-Density <0,2ng/ml 2. Follow up Kriterien 7 Studien alle DRU+PSA 5xalle 3 Mo, 1x3-6Mo, 1x6 Mo, 1x 3Mo Begrenzung auf 1 Jahr, dann 6Mo, 3x 3 (-6)Mo bis 2 J, dann 6 Mo, 2x3Mo, 1x6 Mo ohne zeitl. Begrenzung, 2x PSA alle 6 Mo nur wenn PSA stabil, 1xmonatlich PSA über 1 Jahr , dann alle 3 Mo alle Rebiopsie 1x6Mo, 1x nach 6-12Mo und dann « when indicated », 1x12 Mo, 1x12-18Mo, 1x12-24Mo, 1x18-24Mo 3x TRUS 1xoptional, 1x6Mo, 1x6-12Mo, 4xkeine Routine oder nicht erwähnt 3. Indikation für aktive=definitive Therapie 9 Studien	1. Definitionen « insignifikantes » PCa Epstein JI , Walsh PC, Carmichael M, Brendler CB. JAMA 1994;271:368-74. Dall’Era MA , Cooperberg MR, Chan JM, et al. Cancer 2008;112:1650-9. Bastian PJ , Mangold LA, Epstein JI, et al. Cancer 2004;101: 2001-5. Kattan MW , Eastham JA, Wheeler TM, et al. J Urol 2003; 170:1792-7. Freedland SJ , Kane CJ, Amling CL, et al. J Urol 2006;175:1298-302, Van As NJ , Norman AR, Thomas K, et al. Eur Urol 2008;54:1297-305. Van den Bergh RCN , Roemeling S, Roobol MJ, et al.. Eur Urol 2007;52:1560-3. Patel MI , DeConcini DT, Lopez-Corona E, et al. J Urol 2004;171:1520-4. 2. Follow up Kriterien Carter HB , Kettermann A, Warlick C, et al. J Urol 2007; 178:2359-64, Klotz L . Clin Oncol 2005; 23: 8165-9. Patel MI , DeConcini DT, Lopez-Corona E, et al. J Urol 2004;171: 1520-4. Van As NJ , Norman AR, Thomas K, et al. Eur Urol	3	Autoren erwähnen auch laufende RCTS : 1. START (AS vs. RPE vs.LDR.Brachytherapie. vs ext. Strahlentherapie) Laufzeit bis 2023 2. PRIAS n.a. 3. PROTECT 2001-2013

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
			<p>7 Gleason Score bei Rebiopsie, 3x ab 7, 1x ab 4+3, 3x allgemein « increase », « progression », 1x zunächst ab 8 3xPSA-DT, 1x<2J später <3J, 2x »increase », 1xPSA-V, 1x>1ng/ml/j, 1x>0,75ng/ml/j 3xPSA »increase » 4x erhöhter Anteil/NAzahl pos. Stenzen in der Rebiopsie, 2x>50%, 1x>2 Cores pos., 2x »increase biopsie volume » 3x klin. Progression, 2x Patientenpräferenz 4. Anteil Patienten mit definitiver Therapie 9 Studien med. Nachbeobachtung 22-24Mo 20-31% (320-326) med. Nachbeobachtung 40-48Mo <1%-35% (40-279) med. Nachbeobachtung 64 Mo 34% (229)</p>	<p>2008;54: 1297–305. Hardie C, Parker C, Norman A, et al. BJU Int 2005;95:956–60. Dall’Era MA, Konety BR, Cowan JE, et al. Cancer 008;112:2664–70. Soloway MS, Soloway CT, Williams S, et al. BJU Int 2008;101:165–9. Freedland SJ, Kane CJ, Amling CL, et al. J Urol 2006;175:1298–302, Patel MI, DeConcini DT, Lopez-Corona E, et al J Urol 2004; 171: 1520–4.</p>		
				<p>3. +4. siehe 2. und : Ercole B, Marietti SR, Fine J, Albertsen PC. J Urol 2008;180:1336–9, discussion 1340–1. Roemeling S, Roobol MJ, de Vries SH, et al. Eur Urol 2007;51:1244–51,</p>		

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
<p>Van den Bergh R.C .N. et al, 2008 [181] systematischer Review</p>	<p>Systematische Suche in Pub med (Medline) : 1993-2007, 81% 1997-2007, Suchbegriffe : PSA, velocity, Doubling Time, kinetics, radical prostatectomy, radiation therapy, brachytherapy, active surveillance, watchful waiting</p> <p>Limitiert auf Englisch, + Suche in Referenzlisten</p>	<p>PSA-V (in ng/ml/year) und PSA-DT (in Jahren oder Monaten)</p>	<p>1. Es existieren verschiedene Messverfahren für PSA-V und PSA-DT (nur erste und letzte Messung oder Regressionswerte über alle Werte, normal oder logarithmisch), keine großen Unterschiede, am besten alle Werte benutzen</p> <p>2. Prognostische Aussagekraft von PSA-V und PSA-DT retrospektiv nach erfolgter def. Therapie</p> <p>a. als Kombination relative PSA-V mit PSA - Amplitude, « subtracted PSA-DT » oder PSA risk count b. Erkenntnisse über PSA-Kinetik aus retrospektiven Studien nach radikaler Therapie :</p> <p>PSA-V</p> <p>4 Studien mit n=86-1095 (2x RPE, 2x EBRT, 1xLDR mit PSA-V vor Therapie cut-off <2,0ng/ml/y mit stat. sign. Assoziationen zu 2x PCa-spez. Mortalität, 1xRezidiv, 1xProgression</p> <p>1 Studie (Freedland et al.) ohne sign. Ass., alle retrospektiv nach erfolgter Therapie</p> <p>PSA-DT</p> <p>3 Studien mit n=56-99 mit PSA-DT (2xRPE, 1xEBRT) alle mit sign. Ass. Für PSA-DT 1xcut-off 3J, 1x <1J und >5J</p> <p>3. Aussagekraft von PSA-V und PSA-DT für Active Surveillance Patienten</p> <p>PSA-V</p> <p>3 Studien mit PSA-V (n=78-267), Follow up 1,9 und</p>	<p>1. McLaren DB, McKenzie M, Duncan G, Pickles T. Cancer 1998;82:342 –8. Connolly D, Black A, Murray LJ, et. al Eur Urol 2007;52:1044–51. 2a. Vollmer RT, Egawa S, Kuwao S, Baba S. Cancer 2002;94:1692–8. Carter HB, Kettermann A, Ferrucci L, Landis P, Metter EJ. Urology 2007;70: 685–90. 2b. D’Amico AV, Chen MH, Roehl KA, CatalonaWJ. N Engl J Med 2004;351: 125–35. King CR, Freedland SJ, Terris MK, et al. Urology 2007;69:732–7. D’Amico AV, Renshaw AA, Sussman B, Chen MH, Jama 2005;294 :440–7. Egger SE, Roehl KA, Yossepowitch O, Catalona WJ. J Urol 2006;176:1399–403. Goluboff ET, Heitjan DF, DeVries GM et al. J Urol 1997;158:1876–8 Hanks GE, Hanlon AL, Lee WR et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996;34:549–53. Egawa S, Arai Y, Tobisu K, et al. Prostate Cancer Prostatic Dis 2000 ;3:S11. Freedland SJ, Dorey F, Aronson WJ. Urology 2001;57: 476–80.</p>	<p>3</p>	<p>2a. unklar !</p>

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
			<p>8,5J 1xn.a. , keine Angabe cut-off 2x stat. sign. Prädiktion von letalem Ca oder small volume disease</p> <p>PSA-DT 4 Studien (n=88-270) Follow up 1,2-5,7J 1x n.a., cut-off 1,5, 4, 10J 1xn.a. , 3x stat. sign. Prädiktiv für Progression, 1x negativ.</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren : noch prospektiver Forschungsbedarf</p>			
Harnden P. et al, 2008 [182] systematischer Review	Systematische Recherche in Pubmed (Medline) Embase und Web of Knowledge 1/1990-7/2007 +Handusche Referenzen	Prognostische Relevanz des Tumoranteils in der Stanzbiopsie und des Anteils positiver Stanzen				
Martin et al, 2006 [183] Systematischer Review	Muss noch extrahiert werden	Aufführen der verfügbaren Serien zu AS bis 2006				
Pickles T. et al,	Systematische Literatur-	Psychosoziale Bedürfnisse von	104 potentiell relevanten Publikationen, eingeschlossen n=36	1.Bissonn JI, Chubb HL, Bennett	3	Viele Ergebnisse nur

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
2007 [184] Systematischer Review	recherche in Medline, Cumulative Index of Nursing, CINAHL; EMBASE und Psychinfo Spez. Suchbegriffe: „psych*, distress, anxiety, quality of life , anxiety, needs, reaction Einschluss : englische Studien zum Thema AS oder WW ab 1994 bis ca. 2006 (keine Editorials, Briefe etc.)	Männern unter AS Barrieren für AS	Die meisten Studien zum Vergleich Lebensqualität WW und andere Therapieoptionen, wenige Studien zu AS (nicht alle Studien zitiert, nur wesentl. Ergebnisse, keine spezifischen Ergebnisse für WW) Definition AS/WW nicht immer stringent angewendet. Ergebnisse allgemein für Diagnose PCa: 1. Distress bei Männern mit lokal begrenztem PCa nur wenig höher als in der Normalbevölkerung 2. Häufigster psychologischer Distress: Angst und Depression. Einziger signifikanter Risikofaktor dafür: jüngeres Alter 3. Zwei verbreitete Reaktion auf PCa-Diagnose: Distress, Angst und Verleugnung oder „just another problem to be solved“ Ergebnisse für abwartende vs. aktive Therapieoption 4. „Äußere Gründe“ für aktive Therapie: a) mangelnde Unterstützung des betreuenden Arztes für abwartende Therapieform, b) Druck der Familie, Freunde c) internationaler Druck „aktiv“ zu sein, um die Kontrolle zu behalten (vergleichbar bei Pat. mit Brustkrebs) 5. Vor Therapieentscheid häufig Gefühl des Alleingelassenseins, der Angst und Unsicherheit.	et al. <i>BJU Int</i> 2002;90 : 56-61 2. Balderson N, Towell T. <i>Br J Health Psychol</i> 2003; 8 : 125-34 3. Kronenwetter C, Weidner G, Pettengill E <i>Cancer Nurs</i> 2005; 28 : 99-107 4. Chapple A, Ziebland S, Herxheimer A, et al. <i>BJU Int</i> 2002; 90 : 257-64, Charles C, Whelan T, Gafni A, et al. <i>Sociol Health Illness</i> 1998; 20: 71-95 5. Hedestig O, Sandman PO, Widmark A. <i>Cancer Nurs</i> 2003; 26: 55- 60 Clark JA, Inui TS, Silliman RA et al. <i>J Clin Oncol</i> 2003; 21: 3777-84 Wallace M. <i>Oncol Nurs Forum</i> 2003; 30: 303-9 Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA et al. <i>Urology</i> 2004; 63: 751-6 Mazur DJ, Hickam DH. <i>West J Med</i> 1996; 165: 26-30 , Carvalho GF, Smith DS, Ramos C et al. <i>J Urol</i> 1999; 162: 113-8 , Stark DP, House A. <i>Br J Cancer</i> 2000; 83: 1261-7 Lofters A, Juffs HG, Pond GR, Tannock IF. <i>J Urol</i>		zu WW

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
			<p>Z.n. RPE häufiger mit der Gefühl von Tumorkontrolle vergesellschaftet als WW, unter WW höhere Level von Unsicherheit über Entscheidung, aber weniger Symptome. 43% würde auch ohne gesicherten Überlebensvorteil aktive Therapie immer vorziehen.</p> <p>Aber nach Screening untersuchte Pat. waren bei WW nur in 8% unzufrieden, während in 21% nach RPE (perineal) und 14% Radiotherapie.</p> <p>Angst der unbehandelten Männer vor unkontrolliertem Tumorwachstum, Angst vor Unsicherheit des PSA-Monitoring</p> <p>Ergebnisse zu unterstützenden Maßnahmen, Lebensqualität etc.</p> <p>6. Eine Studie zu „Support Groups“ – positiver Effekt für „peer group“</p> <p>7. Rolle des Arztes wichtig – (keine spezifische Literaturstelle)</p> <p>- bessere Kommunikation, ggf. Aufzeichnen der Gespräche, Techniken zur Umgang mit der Unsicherheit des Patienten, Eingehen auf individuelles Informationsbedürfnis , Nennen von Informationsquellen</p>	<p>2002; 168: 516–20</p> <p>6. Chapple A, Ziebland S, Herxheimer A, et al. <i>BJU Int</i> 2002; 90 : 257–64,</p> <p>7. Clark JA, Inui TS, Silliman RA et al. <i>J Clin Oncol</i> 2003; 21: 3777–84</p> <p>Hack TF, Pickles T, Bultz BD, Dean Ruether J, Degner LF. <i>Psychooncology</i> 2006</p> <p>Gray RE, Fitch MI, Phillips C, Labrecque M, Klotz L. <i>Cancer Pract</i> 1999; 7: 130–5</p> <p>Mishel MH. <i>Image J Nurs Sch</i> 1990; 22: 256–62</p> <p>Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. <i>Psychosom Med</i> 2003; 65: 571–81</p> <p>Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey</p> <p>E. 29: 448–74</p> <p>Penedo FJ, Dahn JR, Molton I et al. <i>Cancer</i> 2004; 100: 192–200</p>		

4.3.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
Systema- tischer Review	Saad, 2006 [185]	Studien zu Patienten auf Wartelisten, die sich bereits für eine chirurgische Inter- vention entschieden haben. Es wurden Patienten unterschiedlicher Tu- morstadien und histo- logischer Schweregrade einbezogen.	Untersucht wurde ein quasi "watchful-waiting", Patienten waren auf der Warteliste für Prostatak- tomie; Wartezeiten von Tagen bis mehr als 5 Monaten.	Es wurde kein Unterschied zwischen den Wartelistengruppen und den sofort behandelten Patienten gefunden. Berichtet wird ein - statistisch nicht signifikanter - Trend zugunsten der später therapierten Patienten.	--	2++	
Systema- tischer Review	Alibhai, 2004 [186]	Therapievergleichsstudi- en in Form rando- misierten kontrollierter Studien (RCTs) in englischer Sprache (es wurden vor allem ältere Studien aus den 80er Jahren gefunden).	radikale Prostatektomie, perkutane Strahlen- therapie, Watchful-Waiting, Antiandrogen.	<u>Es wurden zwei RCTs gefunden: Graverson 1990 - dort folgende Ergebnisse:</u> nach 5 Jahren haben Patienten im klinischen Stadium II einen Vorteil durch Watchful- Waiting mit 84% Gesamt-Überleben versus 76% Überlebenden (Gesamt) nach Prostatektomie; Bei Holmberg-Bill-Axelsson 2002 haben Patienten im klin. Stadium I einen Vorteil von der Prostatektomie: (0% Gesamtüberlebenden standen 60% Überlebende aus der Watchful- Waiting-Gruppe gegenüber (damals keine stat. Signifikanz; CI 0,87 - 2,67).	Der eine eingeschlossene RCT (Graverson) ist relativ alt und untersucht nur eine kleine Patientenzahl.	1-	
Review	Parker, 2004	Studien zu Watchful- Waiting, Active- surveillance und	Watchful-Waiting,	--	Kein systematisches Review, alle relevanten Studien werden aber	1-	

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
	[187]	krankheitsspezifischem Überleben. Eine systematische Recherche-Strategie wird nicht angegeben.	Active-surveillance, Andere Therapien im Vergleich.		erfasst und diskutiert. Der Einsatz der PSA-DT als Entscheidungsparameter ist abhängig von Kenntnissen über Schwellenwerte und notwendige Zahl der Wiederholungsmessungen bzw. Messzeit-räume; diese Kriterien sind noch nicht ausreichend belegt und untersucht.		

4.3.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Wilt 2012 [188] (RCT)	N = 731 (1:1 ratio, Surgery n=364, Observation n=367) Enrollment from 11/1994 - 02/2002 Inclusion criteria (selection): Medically fitness for radical	Surgery: Radical prostatectomy (technique used at surgeon's discretion, additional interventions possible)	Primary endpoint: 1. All cause mortality Secondary endpoints: 2. Prostate-cancer mortality (adjudicated by independent endpoint committee) 3. Bone metastases (Bone	Surgery vs. observation 1) All-cause mortality 47.0% (n=171) vs. 49.9% (n=183) HR, 0.88 (95% CI, 0.71-1.08, p=0.22)	52 centers (8 National cancer institute sites) in the US; Population: 50% T1c, 25% Gleason \geq 7, 40% low-risk (d'Amico) ; [Central pathologic review after randomization: 48% Gleason \geq 7, 34% low-risk (d'Amico), data not used for analysis] Difficulties with recruitment, 15% of eligible patients (731/5023);	1++

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>prostatectomy</p> <p>Histologically confirmed, clinically localized prostate cancer (T1-T2NxM0) diagnosed within the last year</p> <p>PSA < 50 ng/ml</p> <p>≤ 75 years</p> <p>Negative results on a bone scan for metastatic disease</p> <p>Life expectancy ≥ 10 years</p>	<p>vs.</p> <p>Observation (palliative therapy or chemotherapy for symptomatic or metastatic progression)</p>	<p>scan or skeletal radiography)</p> <p>4. Urinary incontinence at 2 years (self-reported)</p> <p>5. Erectile dysfunction at 2 years (self-reported)</p> <p>6. Bowel dysfunction at 2 years (self-reported)</p>	<p>Median survival:</p> <p>13.0 years (95% CI, 12.2-13.7) vs. 12.4 years (95% CI, 11.4-13.1)</p> <p>2) Prostate-cancer mortality</p> <p>5.8% (n=21) vs. 8.4% (n=31)</p> <p>HR, 0.63 (95% CI, 0.36-1.09, p=0.09)</p> <p>3) Bone metastases</p> <p>4.7% (n=17) vs. 10.6% (n=39)</p> <p>HR, 0.40, 95% CI, 0.22-0.70, p<0.001)</p> <p>4) Urinary incontinence</p> <p>17.1% (n=49) vs. 6.3% (n=18), p>0.001</p> <p>5) Erectile dysfunction</p> <p>81.1% (n=231) vs.</p>	<p>Median duration of follow-up: 10.0 years (min: 8 years, max: 15 years)</p> <p>ITT, not blinded</p> <p>Randomization: 1:1 (interactive telephone system)</p> <p>Stratification according to site</p> <p>Adverse events within 30-days after surgery: Wound infection, urinary tract infection, other (in 21.4% (n=60) of patients at least 1)</p> <p>Conflict of Interest: reported (ICMJE forms attached)</p> <p>Flowchart ; Prostatectomy-Rate: Intervention: 79%, Control: 10%</p> <p>At baseline: observation group: higher rate of cerebral vascular disease and bowel dysfunction, lower rate of urinary incontinence</p> <p>40% (n=296) were low risk patients (see subgroup analyses below)</p> <p>Grants: National Cancer Institute, Department of Veterans Affairs Cooperative Studies Program, Agency for Healthcare Research and</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Intervention n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				44.1% (n=124), p>0.001 6) Bowel dysfunction 12.2% (n=35) vs. 11.3% (n=32), p=0.74	Quality	
		N =296 (surgery: 148, observation: 148)	1.All-cause mortality 2. Prostate-cancer mortality (adjudicated by independent endpoint committee)	1) All cause mortality: At 12 years: 37,2% (n=62) vs. 31,8% (n=54) HR, 1.12, 95% CI, 0.80- 1.66. 2) Prostate-cancer mortality At 12 years: no difference	Subgroup analysis: Low-Risk PCA according to d'Amico: PSA≤10, Gleason<7, T1a-c, T2a	
Wilt 2012 [189]	Patient characteristics at baseline, comparison included to eligible patients (Ref-ID: 9348)				Additional publication to Wilt TJ et al (see above) Compared to the eligible patients, who refused to participate, included patients were more often black, older, had more often well differentiated prostate-cancer	2+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Bill-Axelsson 2011 [190] (RCT)	N = 695 (1:1 ratio, Surgery n=347, Watchful Waiting n=348) Enrollment from 10/1989 - 02/1999 Inclusion criteria (selection) < 75 years Life expectancy ≥ 10 years No other cancer T1b(T0d), T1,T2, T1c (1994) Well or moderately well differentiated (WHO) PSA < 50 ng/ml Negative results on a bone scan for metastatic disease	Surgery (lymphadenectomy, radical prostatectomy) vs. Watchful waiting	1. Death from any cause 2. Death from prostate cancer (all cause mortality as competing risk; adjudicated by independent endpoint committee) 3. Distant metastasis (all cause mortality as competing risk) 4. Local progression	Surgery vs. watchful waiting 1) Death from any cause Cumulative incidence at 15 years: 46.1% (95% CI: 40.8- 52.0; n=166) vs. 52.7% (95% CI: 47.4- 58.6; n=201) RR, 0.75 (95% CI, 0.61- 0.92, p=0.007), NNT:15 2) Death from prostate cancer Cumulative incidence at 15 years: 14.6% (95% CI: 11.2- 19.1; n=55) vs. 20.7% (95% CI: 16.7- 25.6; n=81) RR, 0.62 (95% CI, 0.44-	Centers in Sweden, Finland and Iceland Population: 12% non-palpable T1c at baseline, 5% detected by opportunistic screening, 42% detected by symptoms; mean PSA: 13 Median duration of follow-up: 12.8 years (range, 3 weeks to 20.2 years) ITT, not blinded 1-year cumulative incidence of postoperative complications (medical records): impotence: 58%, urinary leakage: 32% Conflict of Interest: reported (ICMJE forms attached) Compliant with protocol: surgery: 294 (85%) Watchful Waiting: 296 (85%) At baseline: Surgery: more often tumor stage T2. Prostatectomy: radical excision of tumor prioritized over nerve-sparing surgery Hormonal therapy (cumulative incidence): 39.6% (n=139) vs. 63.4% (n=223) Grants: Swedish Cancer Society, National	1++

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>0.87, p=0.01)</p> <p>3) Distant metastasis</p> <p>Cumulative incidence at 15 years:</p> <p>21.7% (95% CI: 17.6-27.6; n=81)</p> <p>vs. 33.4% (28.6-39.0; n=123)</p> <p>RR, 0.59, 95% CI, 0.45-0.79, p<0.001)</p> <p>4) Local progression</p> <p>Cumulative incidence at 15 years:</p> <p>21.5% (n=74)</p> <p>vs. 49.3% (n=169)</p> <p>RR: 0.34 (95% CI, 0.26-0.45)</p>	Institute of Health	
	Subgroup analysis: low-risk prostate cancer: n=263		<p>1. Death from any cause</p> <p>2. Death from prostate</p>	<p>1) Death from any cause:</p>	Definition Low-Risk PCA: PSA<10 and Gleason<7 or WHO grade 1	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	Surgery: n=124 vs. watchful waiting: n=139		cancer 3. Distant metastases	31.4% (95% CI: 23.9- 41.3, n=42) vs. 44.6% (95% CI: 36.6- 54.4, n=68) RR 0.62 (95% CI: 0.42- 0.92, p=0.02), NNT:8 2) Death from prostate cancer 6.8% (95% CI: 3.5-13.5) vs. 11.0% (6.8-17.8) RR: 0.53 (95% CI: 0.24- 1.14, p=0.14) 3) Distant metastases 9.9% (95% CI: 5.8-17.1) vs. 21.4% (95% CI: 15.4- 29.6) RR: 0.43 (95% CI 0.23- 0.79, p=0.008)	Subgroup analysis not pre-specified in the protocol, exploratory Only few detected by means of a screening test	
Johansson 2011	Subgroup analysis: n=349 RP: n=182 vs. watchful	RP (lymphadenect omy, radical prostatectomy)	Physical symptoms	RP vs. WW: Similar distribution of number of physical	Selected sample from SPCG-4 (n=4 from Iceland, n=295 dead, 51 declined to participate)	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
[191] (RCT)	waiting: n=167) vs. Watchful waiting (WW)		symptoms (erectile dysfunction, urinary incontinence, weak stream, nocturia): 94% (n=171) vs. 94% (n=165)	Exploratory analysis Baseline characteristics balanced No data about low-risk group (i.e. % of low- risk in subgroup) Patients with radical prostatectomy: RP: 94% (n=171) vs. WW 15% (n=25) Patients with ADT: RP 19% (n=34) vs. WW 28% (n=47) Patients with anti-androgen treatment: RP 12% (n=21) vs. WW 23% (n=38)	
	N=166 (surgery n=85 vs. watchful waiting: n=81)		Self-reported increase in physical symptoms in between 1st and 2nd follow-up (9 years in between)	Increase in physical symptoms: RP vs. WW: 45% (n=38) vs. 60% (n=48, n=1 data missing)	Subgroup with longitudinal data available No information about risk-group at diagnosis Patients with radical prostatectomy: RP: 92% (n=78) vs. 12% (n=10) Patients with ADT: 18% (n=15) vs. 30% (n=24) Patients with anti-androgen treatment: 11% (n=9) vs. 19% (n=15)	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen n/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Van den Bergh 2012 [192] (prospective Cohort)	Two subgroups: AS: Dutch cohort of the prospective observational study on active surveillance (RIAS): n=129 RP/RT: Dutch group of the RCT ERSPC (Patients with ≥T3 excluded, Gleason score >6 included) n=137 (RP: n=67, RT: n=70)	AS vs. RP/RT	1) Sexual function 2) QoL (SF12): physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS) 3) Depression (CES-D) 4) Anxiety (STAI-6)	1a) Sexual function: Significant differences on all items between AS and RP/RT at 6 months after diagnosis/start of treatment 1b) Similar sexual function scores at t2 (12/18 months) compared to t1 (6 months) 2) no differences in SF- PCS and SF-MCS between groups 3) lower depression score in patients with AS 4) higher anxiety score in patients with AS	Baseline characteristics of the two subgroups significantly different: Active surveillance group were higher educated, different regarding comorbidities, more T1, only Gleason 6 Sexual function questions: response rates often low. t1 in AS group 18 months after diagnosis, t1 in RP/RT 12 months after starting treatment at t2: only 60% of AS group completed the questionnaire (mainly due to stopping AS) Analysis not pre-specified.	2-

4.3.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Al Otaibi, 2008 [193] Prospektive Fallserie	N=92 Pat. mit AS 67J mittl.A. ≤ cT2a	Med. Nachbeobachtung 6,33J	Keine	Pca-spezifisches Überleben Gesamtüberleben Progress Anteil definitive Therapie	PCa-spezifisches Überleben: 100% Gesamtüberleben: 97,8% Progress 36% (34) 31% Anteil def. Therapie 2,2% Knochenmetastasen		3
Van den Bergh R.C.N. et al, 2010 [194] Prospektive multizentrische Fallserie/Koh orte IK :	n= 500 Pat. mit cT1c/T2, PSA>10ng/ml, Gleason Score bis 6 max. 2 Biopsien mit Karzinom rekrutiert 12/06-7/08	Active Surveillance PSA alle 3 Mo. Biopsie nach 1 J Med. Nachbeobachtung 1,02 J (0,6-1,5)	Keine	Therapiefreies Überleben, Gründe für AS-Abbruch, Biopsieergebnisse nach 1 J, Überleben	Therapiefreies Überleben : 73% nach 2 J Abbruch nach Protokoll : 83%(68/82) Abbruch nach Patientenwunsch : 17% (14/82) Biopsieergebnisse nach 1J (261 analysiert) : 22% Gleason Scor 7 oder >2Biopsien positiv 34% ohne Karzinomnachweis 24 mit RPE davon 17% T3, 50% Gleason >6 Unterschied in PSAD n.s. zwischen Gruppen mit günstigem und ungünstigem Ergebnis K.A.	Noch sehr kurze Nachbeobachtungszeit, Studie hat inzwischen lt. Autoren 950 Teilnehmer, Laufzeit lt. Studienregister bis 2021	3
Van den Bergh R.C.N. et al, 2010 [195] Retro-	n= 227 Pat mit PCa diagnostiziert aufgrund Screening (PSA	N= 159 mit initialer RPE (= iRPE) im Median nach 0,4J	N= 69 mit verzögerter RPE = vRPE (im Median nach 1,8J,) bei initial	Outcomes nach RPE : Gleason Score, Kapselüberschreitung, positive Ränder,	1. Gleason Score >6 iRPE : 22,7% vRPE : 27.9% p=0,4 n.s. 2. Kapselüberschreitung	Zeitabstände zwischen Diagnose und Operation bei den beiden Gruppen im median mit 1,4J nicht sehr groß	2-3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
spektive Kohorte	ab 3ng/ml) Max. 2 Stenzen positive,PSA max. 10ng/ml PSA-Dichte <0,2ng/ml, Gleason Score bis 6,	Med. Alter 63J Pat. hatte sign. niedrigeres Prostatavolumen, höhere PSA-Dichte, mehr palpable Tumoren, mehr positive Stenzen und jüngeres Alter med. Follow up :5,7J	abwartendem Vorgehen med. Alter 64,9J PSADT : mind. 3 bei 69,4% Gründe außer rascher PSA- Anstieg (65,2%) n.a.	Tumorvolumen	iRPE : 8,0% vRPE : 11,8% n.s. 3. positive Ränder iRPE : 20% vRPE : 20,6% n.s. 4. Tumorvolumen iRPE : med. 0,5 ml vRPE : med. 0,5 ml	ODDs Ratios z.T. signifikant – z.B. 2,5 mal mehr Kapselüberschreitung Aufgrund zu kleiner Fallzahlen sind die Berechnungen alle unsicher	
Cooperberg M.R . et al, 2011 [196], uni- zentrische retro-spektive Fallserie Kalifornien	n=466 v. 540 Pat. mit AS mittl. Alter 62,8J +/-8,1J davon 376 « low risk » (bis Gleason 6 + CAPRA 2) und 90 « intermediate risk « Gleason 7 und/oder CAPRA 3-5	Active Surveillance DRU/PSA alle 3 Mo, TRUS alle 6-12Mo, Biospie alle 12-24 Mo. Med. Follow up :47 mo(12-182) für low risk und 51 Mo (14-1409) für intermediate risk	Keine	Vergleich der Gruppen im Hinblick auf Alter, PSA, Anteil tumorpositiver Biopsie Karzinomprogression im Vergleich (Upgrade, Verkürzung PSADT) Anteil mit definitiver Therapie	Pat mit « intermediate risk » waren stat. sign. älter (64,9 vs 62,3J p<0,01), mit höheren PSA-Werten (10,9 vs. 5,1ng/ml p<0,01) und hatten mehr positive Biopsieanteile (20,4% vs. 15,3% p<0,01) Upgrade « Low risk » (83% der Pat. mit Rebiopsie) : 35% (111/313) « intermediate risk » (70% der Patienten mit Rebiopsie) : 30% (19/63) PSA velocity « Low risk » 0,32ng/ml/y « intermediate risk » 0,14ng/ml/y n.s. PSADT </=2J , </=3J n.s. Progressionsfreies Überleben (kein Upgrade, PSADT >2J, keine def. Therapie) nach 4 J : « Low risk » 54%	Nicht D'Amico Klassifikation für Risikoeinteilung, sondern Kombination aus Gleason Score und CAPRA Anteil Patienten mit intermediate Risk 19,3% (n=90) davon Anteil Patienten mit Gleason 7 6,8% der Gesamtgruppe (n=29)	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
					<p>« Intermediate risk » 61% n.s.</p> <p>Anteil mit definitiver Therapie n. 4J</p> <p>« low risk » 30%</p> <p>« intermediate risk » 35%</p> <p>74 mit RPE</p> <p>« low risk » n=58, davon 16 (28%) pT3</p> <p>« intermediate risk » n=16, davon 8 (50%) pT3</p> <p>nach 3J kein biochemisches Rezidiv</p>		
<p>Dall’Era M.A. et al, 2008 [197]</p> <p>Unizentrische Fallserie</p> <p>USA Kalifornien</p>	<p>n=321 konsekutive Pat. mit PCa und AS und mins. 1J Follow up</p> <p>Mittl. Alter 63,4 +/-8,5J (40-86)</p> <p>Mittl. PSA 6,5ng/ml (0,3-29,6)</p> <p>Med. Gleason Score 6 (5-8)</p> <p>Mittl. % pos. Stenzen : 20,3% (3-100)</p>	<p>Active Surveillance</p> <p>Alle 3 Mo DRU und PSA,</p> <p>TRUS 6-12 Mo</p> <p>Biopsien alle 12-14 Mo</p> <p>Tele-Nurse ab 2004</p> <p>Trigger für Behandlung :</p> <p>Gleason ab 7, PSAV >0,75ng/ml/J,</p> <p>Med. Follow up :</p>	keine	<p>1. Anteil mit aktiver Behandlung</p> <p>2. karzinom-spezifisches und Gesamtüberleben</p>	<p>51% mit mind. 2 Biopsien, 95% mit mind. 3 PSA-Werten</p> <p>24% (78) mit definitiver Therapie 16% (52) wegen klinischer Progression, 8% wegen persönlichem Wunsch</p> <p>26 RPE, 35 EBRT, 7 EBRT+HT, 9 HTallein</p> <p>Low risk : 50/204 def. Therapie (27%)</p> <p>Intermediate risk : 24,5% def. Therapie (20/74)</p> <p>5J karzinomspezifische und Gesamtüberlebensrate 100%</p> <p>10J Überleben (n=42) 98%</p> <p>1 Pat. mit PSA-Rezidiv 3J nach RPE</p>	<p>Keine Angaben zu Über/Understaging Biopsie/OP</p> <p>26% intermediate risk</p> <p>9% (26) Gleason 7</p>	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
		3,6 J (1-17)					
Egger S.E. et al, 2009 [198] USA Multi- zentrische Fallserie retrospektiv, New York, Florida, Cleveland, Kanada	n=262 Pat. mit PCa aus 4 Inst. v. 1991-2007 (78% ab 2001) Med. Alter 64J (58-69) med. PSA-Wert 4,9ng/ml 83% max. cT1c 17% CT2a 65,4% max. 2 Stanzen tumorpositiv	Active Surveillance Med. Zeit zwischen initialer Biopsie und Rebiopsie 6Mo (3,7-10,5), Med. Follow up 29 Mo.	Keine	1. Anteil Patienten mit definitiver Therapie und Analyse von Faktoren für definitive Therapie 2. RPE Befunde 3. Outcomes von Patienten mit Therapie 4. Anteil Pat. mit Progression/Metastasie rung	1. 16% (43/262) stat. sign Risiko für def. Therapie nur : Anzahl pos. Biopsien vor AS, p=0,002 Ca in 2. Biopsie vor AS positiv p=0,007 Nicht Alter, PSA, klin. Kategorie 2J Wahrscheinlichkeit für AS 91% 5J Wahrscheinlichkeit für AS 75% Gründe für aktive Therapie : 35% Upgrading N=19 mit Gleason mind. 7, davon 14 mit def. Therapie, 4 ohne mit Nachbeobachtung 10- 25 Mo ohne Ereignis. 28% unbekannt 16% ansteigender Ca-Anteil in Biopsie 14% Patientenwunsch 2% Knochenmetastasen 5% andere 2. 26 Pat. mit RPE (60,5%) 50% Gleason 7, 8% positive Ränder, 15% Kapselüberschreitung, 4% LK+	AS definiert ab 2. Biopsie Cave : lediglich 60% mit Follow up Biopsie	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
					<p>3. Anteil Pat. mit RPE mit biochem. Rezidiv =3 , alle mit positivem Rand</p> <p>Anteil Pat mit EBRT alle ohne biochem. Rezidiv</p> <p>1 von 3 Pat. mit HT mit ansteigendem PSA und Knochemetastasen</p> <p>4. 5% mit Metastasen, 95% ohne Metastasennachweis (med. Fu 23Mo)</p> <p>3 Todesfälle, keiner aufgrund von PCa</p>		
<p>Klotz L. et al, 2010 [199]</p> <p>Prospektive uni-zentrische Fallserie</p> <p>Kanada Toronto</p>	<p>n=450 Pat. ab 11/95 med. Alter 70,3J 73% cT1 (v.a.1c) 26% cT2 4% cT3</p> <p>14% PSA >10ng/ml 17% Gleason 4-3=7. 71% niedr. Risiko nach d’Amico, 18,9% mittl. Risiko</p>	<p>Active Surveillance</p> <p>PSA vierteljährlich über 2J, dann alle 6 Mo, falls stabil</p> <p>Biopsie nach 6-12 Mo, dann alle 3-4J bis zum 80.Lj</p> <p>Trigger für definitive Therapie: PSA-DT <2J (1995-1999) bzw. <3J (ab 1999), hist. Updgrading in Rebiopsie, klin. Progression</p>	Keine	<p>Gesamtüberleben</p> <p>PCa-Spezifisches Überleben</p> <p>Anteil Patienten mit definitiver Therapie</p> <p>Gründe für Verlassen AS</p> <p>Hazard Ratio Tod an PCa vs. Tod an anderen Ursachen</p> <p>Risikostratifizierung</p>	<p>21,6% der Patienten starben (97/450)</p> <p>1. Gesamtüberleben nach med. 6,8J: 78,6%, erwart. Gesamtüberleben nach 10J : 68% [95%KI 62-74%]</p> <p>Kein sign. Unterschied im Gesamtüberleben zwischen Patienten mit AS (und mit definitiver Therapie (p=0,25) – keine näheren Angaben</p> <p>2. Erwartetes 10J PCa spezifisches Überleben: 97,2%</p> <p>5 PCa-bedingte Todesfälle (1 intermed. Risk, 4 low risk), alle mit Angebot definitiver Therapie 3,7-9,6J nach Diagnose</p> <p>2 Strahlentherapie, 1 RPE, 2 lehnten def. Therapie ab</p> <p>nur 1 mit def. Therapie nach >2J auffällig</p>	<p>Anteil Pat. mit mittl. Risiko 18,9% (85/450) d.h. PSA >15, Gleason 7, T3</p> <p>49 blieben unter AS (57,6% der Pat. mit mittl. Risiko), 36 mit def. Therapie (42,3%)</p> <p>1 von 36 behandelten mit intermd. Risk verstarb mit metast. Erkrankung</p> <p>8% T2b+c</p>	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
	(diese waren älter oder mit Komorbiditäten) Von 95-99 bei Pat. ab 70J auch PSA bis 15ng/ml und Gleason 3+4. Ann Entscheidung nur low risk wgn Publikation Fryback et al, 1996	Medianes Follow up: 6,8J (1-13)			<p>3. Anteil mit definitiver Therapie: 30% (135/450), davon 23,7% verstorben (32/135).</p> <p>Gründe für def. Therapie: PSA-DT: 48% Gleason Updgrade 27% Klin Prog. 9% Pat. wunsch 10% Unbekannt. 6%</p> <p>Cave: 17,8% Lost of Follow up (24/135)</p> <p>4. PSA-Rezidiv: 13% (59/450) gesamt, 50% der Pat. mit RPE</p> <p>5. 5J rez. Freies Überleben nach def. Therapie 47%</p> <p>6. HR Tod an anderen Ursachen: 18,6 [95%KI 7,6-45,7]</p> <p>7. Risikostratifizierung Statistisch signifikant: T-Stadium ab T2a vs. <T2a OR 2,02 p=0,016 Gleason Score >6 vs bis 6 OR 1,83 p=0,02 PSA-DT <3 J vs ab 3 J OR 8,5 Statistisch nicht signifikant: PSA-Wert</p>	17,8% der behandelten Patienten (24/135) Lost of Follow up	
Roemeling S. et al, 2006 [200]	n= 278 Pat. mit durch Screening	Active Surveillance (Entscheidung zu AS individuell, kein	keine	Gesamtüberleben PCa-spezifisches Überleben	Insgesamt in 3 Screening-Runden (3. Runde nicht abgeschlossen) 1772 PCa-Diagnosen,	Auswertung nach 2. Screening Runde 1/2006 Angaben zu Anteil ohne	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Retro- spektive Fallserie Schweden	entdecktem PCa und Teilnahme an der Screening Studie ERSPC 1993-1999 med. Alter 69,8J (25%- 75%ile: 66,1- 72,8) Med. PSA 3,6ng/ml cT1c 79,1% cT2 20,9% (n=58) Gleason Score max. 7	Protokoll) Trigger definitive Therapie: n.a. Med. Follow up: 3,4J		Anteil Patienten mit definitiver Therapie Risikostratifizierung	davon wählten 15,7% (n=278) AS Gesamtüberleben n. 8J: 84% 9,4% (n=26 Pat) verstarben, keiner an Pca PCa-spezifisches Überleben n. 8J: 100% 3. Anteil Pat. mit def. Therapie: 29% (82) Nach im Median 2,5J (EBRT 68,3%, RPE 15,9%, 15,9% HT) RPE: 1xpT3a, 4x positive Schnittränder Nach 8J noch 15,5% unter Risiko (43), davon 60,5% (26 ohne Behandlung für PCa) Als Anteil ohne def. Therapie nach 8J ist 53% angegeben Risikostratifizierung: PSA-DT stat. sign. mit Entscheidung zu def. Therapie ass. (<3, >3J) , nicht aber letzter PSA-Wert	definitive Therapie Patienten mit def. Therapie: 1x Gleason >7, 1x pT3a Anteil Pat. mit Gleason 7 gesamt nicht klar Gründe für Therapie n.a.	
Ross A.E. et al, 2010 [201] Prospektive	n=290 Pat mit PCa , mittl. Alter 65J Pat. mit low	Active Surveillance Med. Follow up:2,9J	Keine	Anteil def. Therapie Prog. Signifikanz PSADT, PSA-velocity	1. Anteil def. Therapie: 35% (102/290) 2. PSA_DT (3+4J) als cut-off gerechnet) und PSA-V (15ng/ml; p=0,06) : keine statist. Signifikanz zwischen Pat. unter AS und		2-3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Fallserie ?	risk				therapierten Pat.		
Shappley III W.V. et al, 2009 [202] prospektive Fallserie? Kalifornien, USA	n=342 aus 3.331 Pat. mit der Diagnose PCa aus einer Kohorte von >51.500 Männern unter Langzeitbeobac- htung 72,7J mittl.A. 63% T1, 34% T2, 2%T3, 70% PSA bis 10, 30% >10 66,8% Gleason bis 6, 25% Gleason 7,8,2% Gl.8	Active Surveillance, definiert als mind. 1Jahr keine definitive Therapie Trigger für definitive Therapie n.a. Med. Follow up: 7,8J	Sofortige definitive Therapie Med. Follow up: 8,1J	Anteil/Zeit bis zu definitiver Therapie HR/Zeit bis Auftreten von Fernmetastasierung oder Tod aufgrund von PCa Analyse von Faktoren für definitive Therapie	Anteil ohne definitive Therapie 51% Zeit bis zu definitiver Therapie im Mittel 3,9J nach Diagnosestellung 3. Risiko für Metastasen oder Tod aufgrund von PCa bei HR 1,0 Alter ab 70, T1, PSA >10 und Gleason Score >6 ist nur T2+3 mit einer HR über 1 (1,73+3,0) assoziiert. n= 8 Pat mit PCa spez. Tod, 3 low risk, 4 intermediate risk	Registerauswertung Sehr weite Konfidenzintervalle, statistische Aussagekraft gering	3
Sugimoto M. et al, 2010 [203] Japan multi- zentrische prospektive Fallserie Japan	N=134 Pat. mit PCa aus 7 Krebs- zentren und 6 Universitäts- kliniken cT1c N0M0 ½- 12/03	Angebot Active Surveillance PSA alle 2 Mo für 6 Mo, dann alle 3 Mo Rebiopsie nach 12 Mo Trigger für definitive Therapie: PSADT </= 2J ab 6	Keine	1. Ablehnung Angebot AS 2. Rate definitiver Therapie unter AS 3. Gründe für definitive Therapie 4. Vergleich RPE	Verlassen von AS nach bis zu 3 Mo n= 16 = "immediate treatment" (11,9%) Rate definitiver unter AS nach 5J (70/117) : 59,8% 13,6% (16/117) Progression bei Rebiopsie 19,6% (23/117)PSADT </=2J = 62,8% lt Protokoll Trigger 9,4% aufgrund benigner Beschwerden		3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
	<p>Mittl. Alter 69,3J (54-80)</p> <p>Mittl. PSA-Wert 6,4ng/ml (2,2- 17)</p> <p>Max. Gleason 6</p> <p>Max. Tumoranteil 50% in bis zu 2 Stanzen</p>	<p>Mo Nachbeobachtung Progression bei Rebiopsie</p> <p>Med. Follow up: 61Mo (1-78)</p>		<p>Präparate „immediate“ und „deferred“</p> <p>5. Outcome (Pca spez. Tod, Gesamt mortalität, klin. Progression)</p>	<p>(Obstruktion) 11,1% Patientenwunsch = 43,2% off Protokoll 2 Ursachen nicht bekannt.</p> <p>RPE n=42 gesamt</p> <p>A=14 „immediate“ , B=28 „deferred“ Gleason Upgrade: A= 43%, B= 68% Kapselinvasion A=1, B=4 Unterschiede n.s. >/=pT3 oder >/=Gleason 8</p> <p>A= 1, B= 6 B1= lt Protokoll, B2= off Protokoll</p> <p>Perineurale Infiltration, positive Schnittträger sign. höher in B1 (p<0,05).</p> <p>5. PCa-Spezifische Mortalität nach definitiver Therapie unter AS: n=1 Mortalität andere Ursachen: n=2 klinische Progression: n= 1 Kein Vergleich mit „immediate“Gruppe A möglich, da dort 9 lost of FU</p>		
Thema: Psychosoziale Aspekte bei Active Surveillance							
Van den Bergh R.C.N. et al, 2009	n=150 Pat. Mit AS (kontrolliertes	Fragebögen zu -Entscheidungs-	Keine	Ergebnisse im Vergleich zur Literatur	1. Responserate 86% (129/150) 2. Ergebnisse im Vergleich zu Referenzwerten		3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
[204] Querschnittsstudie (die beiden folgenden Publikationen betreffen das gleiche Kollektiv)	Protokoll) >90% verheiratet >70% sexuell aktiv	konflikt -Depression -generelle Angst -prostatakarzinom-spezifische Angst Max. 6 Mo nach PCa-Diagnose		und zu Referenzwerten Multivariate Analyse	81% besser als Referenzwerte bei Entscheidungskonflikt 92% besser bei Depression 83% besser bei generelle Ängstlichkeit 93% besser bei PCAspezifische Ängstlichkeit 3. Ergebnisse im Vergleich zu Literatur Vergleichbar oder besser wie bei Angaben aus der Literatur von Männern mit anderen Primärtherapien bei lokal begrenztem PCa. 4. Multivariate Analyse bessere körperliche Gesundheit war assoziiert mit weniger Depression Neurotische Persönlichkeit war assoziiert mit mehr Depression und allgemeiner sowie PCa spezifischer Ängstlichkeit Höherer PSA-Wert war assoziiert mit höherer PCa spezifischer Ängstlichkeit		
Van den Bergh R.C:N. et al, 2010 [205]	n= 150 Pat. Mit AS (kontrolliertes Protokoll) >90% verheiratet >70% sexuell	Fragebögenauswertung -Entscheidungskonflikt -Depression	Keine	Vergleich der Werte zu 2 Zeitpunkten (2,4 und 9,2 Mo)	Statistisch signifikante Verschlechterung der allgemeinen Ängstlichkeit (p<0,016) und der prostataspezifischen Ängstlichkeit (p=0,005) sowie des selbsteingeschätzten Risikos für Progression (p=0,049) Grad an Angst und Stress nach 9,2 Mo korrelierten mit den Ausgangswerten.	Ergebnisse sind nicht transparent aufbereitet Die Verschlechterungen wurden von den Autoren nicht als klinisch bedeutsam eingeschätzt.	3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
	aktiv	-generelle Angst -prostatakarzinom- spezifische Angst Nach 2,4 und nach 9,2 Monaten			2 Pat. brachen AS aus persönlichen Gründen ab. Neurotischere Persönlichkeit und eine wichtige Rolle des Arztes bei der Therapieentscheidung waren zusätzliche ungünstige Faktoren Gute körperliche Gesundheit, palpabler Tumor und höheres Alter waren günstige Faktoren Keine Assoziation zu PSA_DT	(z.B. bei Depression über dem cut-off für klinisch manifeste Depression)	
Burnet KL et al, 2007 [206] Querschnittsstudie	N= 329 Pat. mit lokal begrenztem PCa (cT1/2, N0/Nx M0MX) von 764 gesamt 100 AS 81 unter neoadj. HAT und EBRT 148 nach EBRT	Befragung mit „Hospital Anxiety and Depression Scale“	Keine	Vergleich der Ergebnisse stratifiziert nach Therapieform	16% (51/329) erfüllten Kriterien für Angst (anxiety) 6% (20/329) für Depression Höhere Scores für Angst waren signifikante assoziiert mit längerer Zeit seit Diagnose und jüngerem Alter Höhere Scores waren signifikant assoziiert mit längerer Zeit seit Diagnose Keine schlechteren Ergebnisse für AS im Vergleich zu anderen Therapien		3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Gorin M.A. et al, 2011 [207] Querschnittsstudie	N=195 Pat. mit AS	Fragebogen zu Entscheidungsfaktoren für AS	Keine	Ergebnisse Entscheidungsfaktoren und Aufklärung über AS durch den diagnostizierenden Arzt	57% (105/185) Teilnahme rate 36% (38/105) waren vom diagn. Urologen über AS aufgeklärt worden. 73% nannten als größten Einflussfaktor ärztlichen Einfluss 48% nannten potentielle Inkontinenz 44% nannten potentielle Impotenz		3
Oliffe J.L et al, 2009 [208] Qualitative Studie	N= 25 v. 45 Pat. mit AS 22 v. 25 unter 2J AS	Strukturiertes Interview zu Erfahrungen mit AS	Keine	Qualitative Auswertung der Erfahrungen mit AS und Strategien zum Umgang mit AS	1. Vorherrschende Erfahrung: Unsicherheit, v.a. – a. bezüglich pot. Sterblichkeit an PCa - kapselüberschreitende Ausbreitung ohne die Möglichkeit einer kurativen Therapie – unsichere Kriterien b. pot. Umgang mit Nebenwirkungen bei aktiver Therapie (Inkontinenz, Impotenz) c. Unsicherheit am größten vor Kontrollterminen, dann abhängig vom Ergebnis d. bei einigen jüngeren Männern: TRUS wird als sehr unangenehm empfunden 5. verschiedene Strategien a. “living a normal life” n=14		3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
					<p>-“positioned their cancer als benigne”</p> <p>- Hatten damit zu kämpfen, diese Strategie aufrecht zu erhalten</p> <p>- verhinderte z.T: Netzworkebildung und Gespräche über Krebs</p> <p>- Entscheidung muss z.T: vor Angehörigen verteidigt werden,dann Tendenz mancher, „gesund“ zu leben</p> <p>b. „doing something extra“ (n=11) (oft auch durch Ehefrau angeregt)</p> <p>- bestimmte Diät,</p> <p>- Einnahme von Supplementen</p> <p>- protektive Substanzen wie grüner Tee, Tomaten</p> <p>Komplementäre Medizin (50-83% in der Literatur)</p> <p>-Tai Chi</p> <p>-oft mehr Engagement für Familie</p> <p>-AS als Möglichkeit, zu warten, bis es bessere Therapie gibt</p>		

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
<p>Thong M.S.Y. et al, 2010 [209]</p> <p>Fall-Kontroll-Querschnitts-Studie aus Register Eindhoven, Niederlande</p>	<p>N=142 Pat. mit low risk PCa von 1543 mit PCA im Zeitraum (ED zwischen 994 und 1998) davon 128 (45%) mit AS und 265 (40%) mit EBRT am 1.11.2004 noch lebend, 71 AS-Patienten füllten Fragebogen aus, deshalb mit 71 EBRT Pat. gematcht</p>	<p>71 Pat. mit AS</p>	<p>71 Pat. mit EBRT und Vergleich mit „Normalbevölkerung“</p> <p>Follow up: 5-10J nach Diagnose</p>	<p>Gesundheitsbezogene Lebensqualität erhoben mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 - Quality of Life-Cancer Survivors - Symptomlast (Expanded Prostate Cancer Index, Sexual Activity) 	<p>Vergleich der Gruppen hinsichtlich Karzinommerkmalen, Sozialem Status und Komorbiditäten n.s. unterschiedlich bis auf mehr Pat. mit Hypertension in der AS-Gruppe (p=0,04), 17% und 13% mit Krankheitsprogression</p> <p>SF-36 generische Lebensqualität gleich (auch im Vergleich zu Normalbevölkerung)</p> <p>EBRT pat. mit stat. sign. vermindertem „physical role functioning“</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede bei krebspezifischer Lebensqualität im Vergleich AS -EBRT</p> <p>Stat. sign. Unterschiede in Symptomlast in EBRT-Gruppe (Darmfunktion, Beeinträchtigung durch Darmfunktion)</p> <p>Im Vergleich zur Normalbevölkerung in beiden Gruppen schlechtere Blasenfunktion und mehr Blasen- und Darmbeschwerden.</p> <p>EBRT Gruppe im Vgl. zur Normalbevölkerung stat. sign. schlechtere Darmfunktion</p> <p>EBRT Gruppe mit stat. sign. verminderten Fähigkeit zur Erektion/Aufrechterhaltung der Erektion als AS Gruppe und Normalbevölkerung</p>	<p>Sehr unterschiedliches Follow up (5-10J)</p>	<p>3</p>

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
----------------------------	--	---	-----------------------------	----------	------------	-------------	----------------------------

bDFS = biochemical disease free survival, bNED = biochemical no evidence of disease; BOO = bladder outlet obstruction; CSS = cancer specific survival ; DFS = disease free survival ; DFSR = disease free survival rate, EBRT = externe Strahlentherapie ; ED = erektile Dysfunktion HT = Hormontherapie; IIEF = international index of erectile function, IIEF-EF = international index of erectile function- erectile function domain ;MFS = metastasis free survival, NADT = neoadjuvant androgen deprivation therapy; OS = overall survival ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; QoL = quality of life ; RPE = Radikale Prostatektomie ; Tox = Toxizität, TURP = transurethral resection of the prostate

4.3.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nachver- folgung	Outcomes	Effekte	Evidenz- Niveau (SIGN)
Bill-Axelson, 2005 [210]	RCT	Ausgangs- gruppe: 695 Teilnehmer Prostatek- tomiegrup-pe 347 Männer Watchful- Waiting- Gruppe 348 Männer	Eingeschlossen waren Patienten mit neu dia- gnostiziertem Pros- tatakarzinom und klinischem Stadium T1b, T1c, oder T2; Rund 75% der Patienten (Altersmittel 64,7 Jahre) hatten tastbare Tumoren, die regelhaft größer waren als die durch PSA-Screening entdeckten Karzinome.	Radikale Prostatektomie, Watchful-Waiting.		mittlere Nach- beobacht- ungszeit 8 J.	Mortalität	Der Vorteil der Prostatektomie bezüg- lich der Gesamtmortalität war (auf 5%- Niveau) statistisch signifikant; jedoch war der Schutzeffekt bei jüngeren Patienten ausgeprägter: von den Patienten < 65 waren 19,2% in der Watchful-Waiting-Gruppe nach 10 Jahren verstorben und nur 8,5% in der operierten Gruppe. Bei Patienten > 65 waren 11,5% in der Watchful-Waiting-Gruppe verstorben versus 8,5% in der Prostatektomie- Gruppe. Absolute Risiko-Differenz:	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
								2% nach 5 Jahren und 5% nach 10 Jahren. Operierte Männer hatten ein insgesamt geringeres Sterberisiko.	
Bill-Axelson 2008 [211]	RCT	gleiches Kollektiv wie 2005	s.o.	s.o.		mittl. Nachbeobachtungszeit 10,8J			
Holmberg, 2002 [212] Aktuellere Ergebnisse nach längeren Follow-up von Bill-Axelson publiziert. S	RCT	Ausgangsgruppe: 695 Teilnehmer Prostatektomiegruppe 347 Männer Watchful-Waiting-Gruppe 348 Männer.	Patienten mit neu diagnostiziertem Prostatakarzinom und klinischem Stadium T1b, T1c, oder T2. Durchschnittsalter bei Eintritt: 64,7 J. Ekrutierung: 1989-1999 Patienten aus 14 schwedischen Krankenhäusern.	Radikale Prostatektomie, Watchful-Waiting.		mittlere Nachbeobachtungszeit 6,2 J	Mortalität	Im Vergleich zur Watchful-Waiting-Gruppe reduzierte die radikale Prostatektomie das Todesrisiko durch Prostatakarzinom nach mittleren 6.2 Jahren signifikant: 16/374 [4.6%] der operierten Patienten verstarben an Prostatakarzinom. 31/348 [8.9%] Patienten aus der Beobachtungsgruppe verstarben an Prostatakarzinom; 95% CI 0.27 to 0.91. Für das allgemeine Sterberisiko (death from any cause) ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied: 53/347 [15.3%] Todesfälle bei Operierten. 62/348 [17.8%] Todesfälle in der Beob-	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
								bachtungsgruppe; 95% CI 0.57 to 1.20.	
Aus, 2005 [213]	Kohortenstudie	Zwischen 1987-1999 wurden insgesamt 8.887 Patienten mit einem Prostatakarzinom registriert.	Beobachtungsdaten mit Angaben zu Überleben und Todesursachen bis einschließlich 31. Dezember 2002 konnten in die Analyse einbezogen werden. Durchschnittsalter bei Diagnosestellung 75 Jahre; im Mittel 74,1 Jahre; Bereich 40-96 Jahre.	Watchful-Waiting.			Mortalität	Insgesamt betrug das Prostatakarzinomspezifische Todesfallrisiko nach 15 Jahren 56% bei Anwendung der im Beobachtungszeitraum üblichen Diagnose- und Behandlungsstrategien. Die für das Ende des Beobachtungszeitraums berechnete Gesamtmortalität betrug 85%.	2+
Khatami, 2007 [214]	Kohortenstudie	660 Männer	Prostatakarzinom	270 mit initialer Surveillance-Strategie – davon 104 aktive Behandlung im Verlauf (Prostatektomie, Radiation, Hormonbehandlung).		Mittlere Beobachtungszeit 63 Monate	freies PSA, PSA-Dichte, bioptische "total cancer length", klinische Symptomfreiheit, Tod	Männer mit frühem, low-grade und low stage PCa profitierten bei einem PSA-DT>4 Jahren von einer Surveillance-Strategie hinsichtlich der genannten Outcomes in höherem Maße als bei anderen Therapien.	2++
Meng 2003 [215]	Kohortenstudie	457 Patienten	PCa in lokalen Stadien < T3a ohne positiven Nodalstatus oder Metastatisierung.	Initiale WW-Strategie.		Follow-up bis 8 J.	Parameter, die im Verlauf zur Konversion einer aktiven Behandlung	Jüngeres Gesamalter, höheres Bildungsniveau, höheres PSA und erhöhter Gleason-Score führten bei 41% nach 1,7 Jahren (Median) zur aktiven Weitertherapie, die zu 72% als Androgen-Deprivation durchgeführt	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
							fürten; Art der weiterführenden aktiven Therapie.	wird.	
Roeme-ling, 2006 [200]	Kohortenstudie	293 Patienten	PCa im lokalen Stadium T1c oder T2; PSA 4,8 ng/ml (Durchschnitt); Alter 65,7 (Durchschnitt).	Alle Teilnehmer erfüllten Kriterien einer „Active Surveillance-Strategie“, drei Therapien wurden durchgeführt: Radikale Prostatektomie (136), Radiotherapie (91), Watchful Waiting (64).		1993-1999	Gesamtüberleben, tumorspezifisches Überleben.	<u>Gesamtüberleben: 85,4%, tumorspezifisches Überleben 99,2%</u> (RP 99,2 %; RT 98,6%; WW 100%).	2+
Klotz, 2005 [216]	Kohortenstudie	n=299	PSA ≤ 10, Gleason ≤ 6, T1c/T2a, 15 J. Lebenserwartung, < 3 Stützen pos., < 50% pro Stütze	Langzeitbeobachtung, PSA-DT Messung.		64 Mo.	Überleben	2 PCa-Todesfälle, 34% ausgeschieden. 8 J. Überleben 85%, PCa-spez. Überleben 99,2%.	2+
Klotz, 2006 [217]	Kohortenstudie	n=299	--	Langzeitbeobachtung, PSA-DT Messung. 3-monatl. PSA u. DER über 2 J, dann 6 Mo,		76 Mo.	--	24 Pat. RP mit PSA-DT < 2 J.	2++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
				nach 1 J, 10-12 Stanzen, dann alle 3-5 J.					
Hardie 2005 [218]	Kohortenstudie	n=80	T1, T2, PSA ≤ 20, Gleason-Score ≤ 7.	3-6 monatlich DRE und PSA.		Follow-up 42 Mo.		80% blieben unter AS, 14% RP/RT, 5 tot.	2++

4.4. Thema Insignifikantes Prostatakarzinom

4.4.1. Übersicht: Verschiedene Definitionen von insignifikantem PCa in der Literatur

Autor, Jahr	Definition von insignifikant	Vorhersage mittels	Patienten	Ergebnis
Augustin 2003 [219]	≤0,5 cc, GS≤6	cT, PSAD ≤0,1, 1% PCa in Gesamtbiopsie	1254	5,8% mit bestätigtem insignifikantem PCa; PPW 45%, NPW 93,3% für PSAD+%PCa, cT zeigte keine Korrelation
Carter 1997 [64]	Insignifikant: <0,2 cc, organbegrenzt, GS <7. Minimal: 0,2-0,5 cc, organbegrenzt, GS <7. moderat: >0,5 cc oder Kapseldurchbruch und GS <7. fortgeschritten: Kapseldurchbruch oder R1/2 und GS ≥7.	PSAD, GS, Zahl positiver Zylinder, % Tumor im Zylinder.	240 cT1c	17% mit bestätigtem insignifikantem PCa, minimal 12%, moderat 52%, fortgeschritten 19%.

Autor, Jahr	Definition von insignifikant	Vorhersage mittels	Patienten	Ergebnis
Chan 2001 [220]	≤0,5 cc, GS<7, organbegrenzt.	Zahl der Zylinder (<9 Zylinder vs ≥9)	297	77,4% vs 74,6% mit bestätigtem insignifikantem PCa <9 Zylinder vs ≥9 Zylinder (kein Unterschied).
Cupp 1995 [221]	<0,5 cc.	Tumorzvolumen in Biopsie.	130	2,3% mit bestätigtem insignifikantem PCa, keine relevante Korrelation zwischen Tumorzvolumen in Biopsie und Volumen im RPE-Präparat.
Dong 2008 [222]	<0,5 cc, GS≤6, organbegrenzt.	Kattan-Nomogramm (PSA, Prostata-Volumen, cT, GS) und Steyerberg-Nomogramm (PSA, Prostata-Volumen, cT, GS, Verhältnis maligner/benigner Anteile in Zylindern).	296	27,4% mit bestätigtem insignifikantem PCa; AUCs 0,777 vs 0,772.
Elgamal 1997 [223]	<0,5 cc, GS<7, organbegrenzt.	Tumorzlänge in Biopsie.	100 cT1c	22% mit bestätigtem insignifikantem PCa, 18 von 19 insignifikanten PCa richtig identifiziert, aber auch 19 von 78 signifikanten PCAs als insignifikant eingestuft.
Epstein 1994 [224]	Insignifikant: <0,2 cc, organbegrenzt, GS <7. Minimal: 0,2-0,5 cc, organbegrenzt, GS <7. moderat: >0,5 cc oder Kapseldurchbruch und GS <7. fortgeschritten: Kapseldurchbruch oder R1/2 und GS ≥7.	PSAD <0,1, low-intermediate Grade, Tumor <3 mm in nur 1 Zylinder.	157+64+439	16% insignifikant, 10% minimal, 37% moderat, 37% fortgeschritten, PPW der Vorhersage-Parameter 95%, NPW 66%, PPW für insignifikant 73%.
Epstein 1999 [225]	„very limited“: <0,2 cc, kein Gleason pattern 4/5, organbegrenzt.	Biopsie-Ergebnisse	395 mit cT1c und bereits einmalig negativer	28,4% mit bestätigtem insignifikantem PCa, minimale Korrelation zwischen Biopsie-Ergebnissen und insignifikantem Tumor.

Autor, Jahr	Definition von insignifikant	Vorhersage mittels	Patienten	Ergebnis
			Biopsie.	
Ghavamian 1999 [226]	≤0,5 cc, GS<5	cT1c	1.041	nur 3,8% mit bestätigtem insignifikantem PCa.
Goto 1996 [227]	≤0,5 cc, organbegrenzt, gut oder mäßig differenziert	cT, PSA, PSA, Tumurlänge in Biopsie.	170	10% mit bestätigtem insignifikantem PCa; signifikante Einflussfaktoren waren Tumurlänge und PSAD.
Hirano 1998 [228]	Basierend auf Tumolvolumen, Tumor-Verdopplungszeit, Lebenserwartung und GS (Mayo-Kriterien).	Computer-Modell auf der Basis von Inzidentalomen zur Berechnung der Verdopplungszeit.	59 autoptische PCas	Etablierung des Konzepts der Tumor-Verdopplungszeit zur Signifikanzbestimmung: <3 Jahre = signifikant, >4 Jahre = insignifikant.
Horninger 1999 [229]	<0,5 cc, GS<7	PSA, %fPSA, PSAD, PSA	102	PSA und %fPSA korrelieren mit insignifikantem PCa.
Irwin 1994 [230]	Low volume, gut differenziert, organbegrenzt (nicht näher definiert).	PSAD, Tumurlänge, Gleason.	28	Gute Korrelation zwischen den Parametern und dem Volumen bei nicht genau definiertem insignifikantem PCa.
Jack 2002 [231]	<0,2 cc oder <0,5 cc	cT1 vs cT2	354	13% vs 7% mit bestätigtem insignifikantem PCa (0,2 cc-Definition) cT1c vs cT2. 22% vs 9% mit bestätigtem insignifikantem PCa (0,5 cc-Definition) cT1c vs cT2.
Kattan 2003 [232]	≤0,5 cc, organbegrenzt, keine gering differenzierten Elemente.	Kattan-Nomogramm (PSA, Prostata-Volumen, cT, GS).	409	20% mit bestätigtem insignifikantem PCa; ROC 0,64-0,79.

Autor, Jahr	Definition von insignifikant	Vorhersage mittels	Patienten	Ergebnis
Lee 2003 [233]	„at most microscopic foci of Gleason grade ≤ 3 “.	Tumurlänge im Zylinder ($\leq 5\%$ der Zylinder durch PCa infiltriert).	14	7% mit bestätigtem insignifikantem PCa; (PPW 7%).
Loeb 2008 [234]	<0,5 cc, ohne Gleason pattern 4 oder 5, organbegrenzt.	PSAD, Zahl positiver Zylinder, GS.	274	2,6% mit bestätigtem insignifikantem PCa (24,5% vorhergesagt); Sensitivität 57%, Spezifität 76%, PPW 6%, NPW 99%.
Miyake 2005 [235]	<0,5 cc.	GS, %Tumor in Zylinder, PSA.	195	14,4% mit bestätigtem insignifikantem PCa, keine Korrelationswerte angegeben.
Noguchi 2001 [236]	<0,5 cc.	PSA, PSAD, Zahl positiver Biopsien, Länge der malignen Zylinder-Anteile, % Gleason 4/5.	222	10 % mit bestätigtem insignifikantem PCa, minimale Korrelation zwischen Biopsie-Ergebnissen und insignifikantem Tumor.
Ochiai 2005 [237]	<0,5 cc, GS ≤ 6 .	Zahl positiver Zylinder, Tumurlänge, GS, Prostatavolumen.	207	21,7% mit bestätigtem insignifikantem PCa, Sensitivität 83,9%, Spezifität 61,9%.
Recker 2001 [238]	Insignifikant: <0,2 cc, Gleason grade ≤ 3 , Minimal: <0,5 cc, Gleason grade ≤ 3 .	PSA 1-3 ng/ml.	14	14,3% mit bestätigtem insignifikantem PCa; 7,1% mit bestätigtem minimalem PCa.
Roehl 2002 [239]	<0,5 cc, GS<7.	PSA, Zahl der Biopsie-Sitzungen.	2526	1% mit bestätigtem insignifikantem PCa.
Sokoloff 2004 [240]	<0,5 cc, GS<7.	keine	79, PSA <4	48% mit bestätigtem insignifikantem PCa (PPW 48%).
Spitz 2000 [241]	$\leq 0,5$ cc.	Evaluation möglicher prädiktiver Faktoren: Gewicht, Rachen, Alter,	103 mit insignifikantem PCa, 225 mit	Korrelationsversuch zwischen insignifikantem PCa und Gewicht, Rachen, Alter, Screening-Verhalten, keine prädiktiven Aussagen

Autor, Jahr	Definition von insignifikant	Vorhersage mittels	Patienten	Ergebnis
		Screening-Verhalten.	signifikantem PCa	möglich.
Stamey 1993 [242]	<0,5 cc.	Keine	139 Zystoprostat-ektomie-Präparate.	In der Annahme, dass 8% aller Männer im Laufe ihres Lebens ein klinisch signifikantes PCa entwickeln werden, wurden die 8% größten detektierten Inzidentalome ausgemessen. Ihr Volumen lag zwischen 0,5 und 6,1 ml, woraus Stamey et al. den Schluss ziehe, dass alle anderen Tumoren mit einem Volumen <0,5 ml im Laufe des Lebens nicht signifikant werden.
Steyerberg 2007 [243]	≤0,5 cc, organbegrenzt, keine gering differenzierten Elemente.	Steyerberg-Nomogramm (PSA, Prostata-Volumen, cT, GS, Verhältnis maligner/benigner Anteile in Zylindern).	247	49% mit bestätigtem insignifikantem PCa, AUC 0,76.
Terris 1992 [244]	<0,5 cc.	“minute focus of cancer” (≤3 mm).	27 mit “minute focus”	30% mit bestätigtem insignifikantem PCa.
Terris 1995 [245]	<0,1 cc.	PSA, Prostatavolumen, Biopsie-Ergebnisse	124	Parameter für die individuelle Vorhersage des Tumolvolumens nicht geeignet.

4.4.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Was wurde geprüft?	Welche Outcomes?	Ergebnisse	Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbelege
Syst. Review/ Meta-analyse	Harnden 2008 [246]	29 retrospektive Studien aus systematischer Suche in Scopus, Medline, Embase, Web of Knowledge bis März	Prognostischer Wert von “small volume prostate cancer” in der	a) extrakapsuläres Wachstum. b) R1/2-Status nach RPE.	a) 4 - 45%, overall 17,6%. b) 12%. c) 0-26%, median 8,6%.	Fazit der Autoren: „... a significant proportion of patients with microfocal cancer, regardless of how it is defined, have adverse pathologic findings and a significant risk	2++	

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Was wurde geprüft?	Welche Outcomes?	Ergebnisse	Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbeleg
		2007.	Biopsie.	c) PSA-Rezidiv nach RPE. d) PSA-Rezidiv nach RT.	d) 0 – 20%, 2% mit Metastasen, 2% mit Tod. Sehr variable Definitionen von „small volume“, aber selbst bei strengen Kriterien zeigt ein erheblicher Teil von Patienten mit „small volume“ negative Outcomes.	of PSA recurrences after radical prostatectomy. Biochemical and clinical recurrences also were observed after radiotherapy or watchful waiting. Therefore, patients with microfocal carcinoma on biopsy should be advised that their disease is not necessarily “insignificant”...		

5. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Lokale Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms‘

5.1. Thema Radikale Prostatektomie

5.1.1. Primärliteratur für 1. Aktualisierungsrecherche zu Patienten mit lokal begrenztem PCa mit High Risk

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Cooperberg et al. 2010 [247], Prospektive Kohortenstudie, multizentrisch (CaPSURE)	n = 7538, 1987-2007, 26% mit Behandlung vor 1997, 10% vor 1995, Einschlusskriterium : <T3aN0M0, Angaben zu CCS und OS	RPE +/- HT Follow-Up : mind. 6 Monate, 3,9 bis 4,5 Jahre in den Behandlungsgruppen	RT+/- HT HT	prostatakrebspezifische Mortalität (primärer Endpunkt) Gesamtüberleben	1 a) für Vergleich RPE vs. RT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio 2,21 (95% KI 1,50-3,24), p<0,001 ; 1 b) für Vergleich RPE vs. HT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio 3,22 (95% KI 2,16-4,81), p<0,001 ; 1 c) für Vergleich RT vs. HT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio 1,45 (95% KI 1,02-2,07), p= k.A.;	prostatakrebspezifische Mortalität in der gesamten Kohorte : 226 (3%), Gesamtsterblichkeit : 1293 (17,2%) Risikostratifizierung anhand von Kattan- und CAPRA-Score und Alter. Sensitivitätsanalysen bzgl. Risikoscore, modernere Therapiemöglichkeiten, adjuvante RT ohne Hinweise auf relevanten Effektunterschied. Therapiegruppen zeigen signifikante Unterschiede	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					<p>2a) für Vergleich RPE vs. RT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 1,59 (95% KI 1,33-1,90), p<0,001 ;</p> <p>2b) für Vergleich RPE vs. HT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 2,23 (95% KI 1,89-2,75), p<0,001 ;</p> <p>2c) für Vergleich RT vs. HT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 1,43 (95% KI 1,21-1,69), p= k.A.;</p>	<p>in allen Vergleichen bzgl. soziodemografischer und klinischer Vergleiche.</p> <p>Endpunkterhebung anhand des Totenscheins</p> <p>Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht am Register teilgenommen haben (Repräsentativität) und loss to follow up</p> <p>Daten aus US-amerikanischer ambulanter Versorgung</p> <p>Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen</p> <p>Datenbank enthält keine Angaben zu Art und Zeitpunkt der Salvage Therapie)</p> <p>Keine Angaben zu Schadensendpunkten</p>	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Abdollah et al. 2011 [248], Prospektive Kohortenanalyse (SEER-Datenbank), multizentrisch	n = 404604, Pat. mit lokal begrenztem PCa, Alter : 30-95 und histologischem Befund (Gleason Score), 81% weiße Amerikaner	RPE Auswertung für 10 Jahres Follow-up	RT, Beobachtung	prostatakrebspezifische Mortalität Sterblichkeit wegen anderer Ursache	<p>1 a) RPE gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in 3 Altersgruppen (\leq 59 Jahre 5,8 vs. 21,5 ; 60-69 Jahre 7,2 vs. 21,9 ; 70-79 Jahre 12,2 vs 19,8), nicht signifikant bei Altersgruppe 80</p> <p>1 b) RPE gegenüber RT : signifikant geringer in 2 Altersgruppen (\leq 59 Jahre 5,8 vs. 9,9 ; 60-69 Jahre 7,2 vs. 11,3) signifikant höher in einer Altersgruppe (80 Jahre 21,1 vs 13,2), nicht signifikant bei Altersgruppe 70-79</p> <p>1 c) RT gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 9,9 vs. 21,5 ; 60-69 Jahre 11,3 vs. 21,9 ; 70-79 Jahre 10,9 vs 19,8 ; 80 Jahre 13,2 vs. 18,5),</p> <p>2a) RPE gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 8,7 vs. 18,9; 60-69 Jahre 16,1 vs. 33,6 ; 70-79 Jahre 31,0 vs 50,6 ; 80 Jahre 57,1 vs. 68,9)</p> <p>2b) RPE gegenüber RT : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 8,7 vs. 15,4 ; 60-69 Jahre 16,1 vs. 26,0 ; 70-79 Jahre 31,0 vs. 38,4 ; 80 Jahre 57,1 vs 55,5</p>	<p>Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko</p> <p>Stratifizierung nach Behandlung, Altersgruppen und zwei Risikogruppen (high risk = T2c oder Gleason 8-10, low to intermediate = alle anderen). Hohe PSA Werte werden nicht als Risikomarker berücksichtigt.</p> <p>Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorgrad, Follow-up, Jahr der Diagnose, Tumorstadium, Risikogruppe und Ethnie</p> <p>Validität der Risikostatifizierung fragwürdig, da Risikostratifizierung (2 Gruppen) keine Unterschiede der Behandlungsoptionen bzgl. der Riskikogruppen</p>	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						<p>zeigt</p> <p>Komorbiditäten und Salvage Therapien als Confounder nicht direkt berücksichtigt, keine Angaben zur Endpunkterhebung, Keine Unterscheidung zwischen AS und WW in Beobachtungsgruppe,</p> <p>Turmostadien in Datenbank sind pathologische Befunde, In RPE Gruppe werden Pat. mit understaging in lokal begrenzte Gruppe verschoben und hier nicht ausgewertet, Nachteilig für EBRT Gruppe</p> <p>Keine Angaben zu Schadensendpunkten</p> <p>Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen</p>	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Arcangeli et al. 2009 [249], retrospektive Kohortenaanalyse, monozentrisch (Italien)	n = 284 (162 mit EBRT, 122 RPE), konsekutiv rekrutiert, klinisch lokal begrenzte Tumore, NOMO, high risk nach NCCCN (Gleason \geq 8, PSA \geq 20ng/ml, T \geq 3 oder zwei von drei Faktoren (Gleason 7, PSA 11-20, T2c), EBRT Kohorte waren Teilnehmer eines RCT zu Hypofraktionierung	EBRT mit 9 Monaten HT (neoadjuvant, adjuvant), 80 Gy normal fraktioniert der hypofraktioniert ; Follow up : 38,6	RPE mit Lymphadenektomie, bei 83 von 122 Patienten mit adjuvanter RT ; Follow up : 33,8	1. PSA-Rezidiv Bei RPE (PSA > 0,2 ng/ml ; bei EBRT PSA nadir+2 oder 3x konsekutiv über nadir oder 0,2 ng/ml 2. Nebenwirkungen	1.) PSA Rezidiv nach 3 Jahren : 86,8% (EBRT) vs. 69,8% (RPE) ; Hazard Ratio 2,45 (95% KI 1,4-4,1), p<0,001 Keine signifikanten Unterschiede zwischen EBRT und RPE, wenn Gruppe mit RPE+adjuvante EBRT ausgeschlossen wird. In Gruppe mit PSA >20 ng/ml oder Gleason \geq 8 Vorteil für EBRT vs. RPE (64,2% vs. 82,7%) 2.) Bei RPE : Inkontinenz = 23 Pat. (19%), Anastomotic stenosis = 1 (1%) Bei EBRT : Grade 4 = 2 von 162	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorstadium, Gleason und PSA Kurzes Follow-up (3 Jahre) Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht teilgenommen haben (Repräsentativität) und zu loss to follow up	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Takizawa et al. 2009 [250], Retrospektive Kohortenanalyse, monozentrisch (Japan)	n = 162 (davon 86 mit RPE und 76 mit EBRT), kosektiv rekrutiert (1998-2004), Risikostartifizierung nach NCCN (low risk = T1/T2b, PSA ≤ 10, Gleason ≤ 6 ; intermediate risk = T2c, PSA > 10 und ≤ 20, Gleason = 7 ; high risk = T3, PSA >20ng/ml oder Gleason 8-10,	EBRT (3D konformal, 70-71 Gy) 3,9 Jahre Follow up	RPE, bei 36 Pat. mit neoadjuvanter Kurzzeit-HT 5 Jahre Follow up	5 Jahre PSA-Rezidiv (primärer Endpunkt) bei RP = 2x PSA ≥ 0,2 ng/ml bei EBRT 3x PSA Anstieg (konsekutiv) nach Nadir HRQoL (SF37 und UCLA PCI)	1.) keine signifikanten Unterschiede zwischen EBRT und RPE Signifikanter Vorteil für RPE in high risk Gruppe (PSA freies Überleben 54% vs. 19%) 2.) SF 36 : kein signifikanter Unterschied nach Risikostratifizierung UCLA PCI : signifikant schlechtere Werte bzgl. Blasenfunktion, Blasenstörung und sexuellen Störungen unter RPE ohne Risikostratifizierung. Nach Risikostratifizierung : bessere Werte bzgl. sexueller Funktion unter RPE bei High risk aber schlechtere Werte bei low und intermediate risk.	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorgrad, PSA und Risikogruppe. In Low und intermediate risk –Gruppen auch bzgl. (neo)adjuvanter Therapien Geringe Fallzahl, nur 61 Pat. (24 RP, 37 EBRT) in High-Risk Gruppe Behandlungsgruppen mit unterschiedlichem Follow-up Komorbiditäten und Salvage Therapien als Confounder nicht direkt berücksichtigt, keine Keine Angaben zu weiteren Schadensendpunkten Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Zhou et al. 2009, [251], retrospektive Kohortenanalyse, multizentrisch (Ohio, USA)	Pat. mit Therapie innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose, n =10179 davon 8255 mit lokal begrenzt N0M0, (889 mit RPE, 783 mit EBRT, 595 mit BT, 2049 mit HT, 181 mit RPE+EBRT/HT, 756 mit BT+EBRT/HT, 1286 EBRT+HT, 1716 AS/WW), (1999-2001),	EBRT, RPE, BT, NT, HT	EBRT, RPE, BT, NT, HT	prostatakrebspezifische Mortalität (für Pat mit lokal begrenztem PCa) Gesamtsterblichkeit	1.) Für Pat mit lokal begrenztem PCa) : Mit Monotherapie : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei Monotherapien mit RPE, BT und HT, jedoch nicht bei EBRT Mit Kombinationstherapie: signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei Monotherapien mit RPE, BT und HT, jedoch nicht bei EBRT 2.) Für Pat mit metastasiertem PCa) : Mit Monotherapie : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei RPE, BT und HT und EBRT Mit Kombinationstherapien : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei RPE, BT und HT und EBRT	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Keine Angaben zu klinischen oder soziodemografischen Unterschieden bei den Therapiegruppen, keine Daten zu PSA berücksichtigt. Stratifizierung nach Alter, Ethnie, Tumorstadium und Gleason. Strata des Tumorstadiums nicht T-Stadien, sondern nach lokal, regional oder distant. Keine Angaben zu Schadensendpunkten Keine Angaben zum Umgang mitmultiplen Testen	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Zelevsky et al. 2010 [252], Monozentrische retrospektive Kohortenstudie	n = 2380 (1318 mit RP, 1062 mit EBRT), zwischen 1993-2002 therapiert ; RPE (Alter Ø 60 Jahre, T1c = 44%, T2 = 52%, T3-T4 = 4%, Gleason \geq 7 = 34%) RT (Alter Ø 69 Jahre, T1c = 50%, T2 = 41%, T3-T4 = 9%, Gleason \geq 7 = 51%)	EBRT mit IMRT (\geq 81 Gy) +/- Salvage RP +/- HT neoadjuvant oder begleitend (56%), keine adjuvante HT bei high risk Follow-up = 5 Jahre	RP +/- Salvage EBRT (6%) +/- HT (1%) Mit Lymphadenektomie Follow-up = 5,1 Jahre	Überleben ohne Fernmetastasen (nach 8 Jahren) prostatakrebspezifische Mortalität	97% (RP) vs. 93% (EBRT), 21 Pat. vs. 48 Pat. Low risk -1,9%, intermediate risk -3,3%, high risk -7,8 % adjustiert nach Alter, Kattan Score und Behandlungsjahr : Hazard ratio 0,35 (95% KI 0,19-0,65), p<0,001 (auch bei Adjustierung nach NCCN Risikogruppen) 2. Hazard ratio 0,32 (95% KI 0,13-0,80), p=0,015 ; Absolut 8 Pat. vs. 22	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Unterschiede zwischen den Therapiearmen bzgl soziodemographischer und klinischer Parameter (Alter, Gleason, PSA, Stadien, Behandlungszeit) Männern \geq 70 mit Komorbiditäten wurde EBRT empfohlen Keine adjuvante HT bei high risk Salvage-Therapie wesentlich früher in RP Gruppe (13 Monate nach Rezidiv vs. 69 Monate) ; keine wesentliche Änderung des Effektes nach Kontrolle der Salvagetherapien Risikoadjustierung nach Kattan-Score und NCCN Risikogruppen Ergebnisse auch bei	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						Verwendung von Competing-Risk-Regression-Analyse bestätigt Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht am Register teilgenommen haben (Repräsentativität) und loss to follow up	

AHT = adjuvante Hormontherapie ; bPFS = biochemical progression free survival ; cPFS = clinical progression-free survival, CSS = cancer specific survival ; DRU = digitale rektale Untersuchung, EBRT = externen Strahlentherapie ; ED = erektile Dysfunktion ; HT = Hormontherapie; IMRT = intensity-modulated radiation therap ; MFS = metastasis free survival, OS = overall survival ; PCSM = prostate cancer specific mortality ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; PSM = positive surgical margin ; QoL = quality of life ; RALP = robot-assisted laparoscopic prostatectomy, RPE = Radikale Prostatektomie ; RT = radiotherapy, SF-36 = Rand 36-Item Short Form Health Survey ; Tox = Toxizität, UCLA-PCI = University of California Los Angeles Prostate Cancer Index ; 3DCRT = 3-dimensional conformal therapy, HRQoL = health related quality of life, SF 36, EORTC/RTOG = European Organisation for Research and Treatment of Cancer/ Radiation Therapy Oncology Group ; ASTRO = American Society of Therapeutic Radiation Oncology ; 3D-CRT = 3-D konformale Strahlentherapie

Quelle	Text	Empfehlungsgrad	Methodische Bewertung	Literaturbelege
	<p>...Standard. Patient preferences and health conditions related to urinary, sexual, and bowel function should be considered in decision making.</p> <p>Particular treatments have the potential to improve, to exacerbate or to have no effect on individual health conditions in these areas, making no one treatment modality preferable for all patients.</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.].</p>	Standard (A)		
	<p>Standard. When counseling patients regarding treatment options, physicians should consider the following:</p> <p>... Based on outcomes of one RCT, when WW and RP are compared, RP may be associated with a lower risk of cancer recurrence, cancer-related death, and improved survival (Bill-Axelsson et al.) .</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.].</p>	Standard (A)		
	<p>Standard. Patients who are considering specific treatment options should be informed of the findings of recent highquality clinical trials, including that:</p> <p>... When compared with WW, RP may lower the risk of cancer recurrence and improve survival (Bill-Axelsson et al.).</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.].</p> <p>... (Seite 2115).</p>	Standard (A)		
	<p>...Treatment of the Intermediate-Risk Patient</p>	Option (C)´		

Quelle	Text	Empfehlungsgrad	Methodische Bewertung	Literaturbelege
	<p>Option. Active surveillance, interstitial prostate brachytherapy, EBRT, and RP are appropriate treatment options for the patient with intermediate- risk localized prostate cancer.</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.]</p> <p>Active surveillance, interstitial prostate brachytherapy, EBRT, and RP are all options for the treatment of intermediate-risk localized prostate cancer. Study outcomes data do not provide clear-cut evidence for the superiority of any one treatment.</p> <p>Standard. Patient preferences and functional status with a specific focus on functional outcomes including urinary, sexual, and bowel function should be considered in decision making.</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.]</p> <p>Standard. When counseling patients regarding treatment options, physicians should consider the following:</p> <p>..... Based on outcomes of one RCT, when WW and RP are compared, RP may be associated with a lower risk of cancer recurrence, cancer-related death, and improved survival (Bill-Axelsson et al.) .</p> <p>[Based on review of the data and Panel consensus.]</p> <p>Standard. Patients who are considering specific treatment options should be informed of the findings of recent highquality clinical trials, including that:</p> <p>... When compared with WW, RP may lower the risk of cancer recurrence and improve survival (Bill-Axelsson et al.)</p>	<p>Standard (A)</p> <p>Standard (A)</p> <p>Standard (A)</p>		

Quelle	Text	Empfehlungsgrad	Methodische Bewertung	Literaturbelege
	trials examining new forms of therapy, including combination therapies, with the goal of improved outcomes. [Based on Panel consensus.] ... (Seite 2116).	ion (B)		
EAU 2007 [1]	Stage T1a: Optional in young patients with a long life expectancy, especially for poorly differentiated tumours. Stage T1b-T2b: Standard treatment for patients with life expectancy > 10 years who accept treatment-related complications.	B A	Relevante und aktuelle LL	

5.1.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien / Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbelege
Systematisches Review	Nuttall 2004 [253]	12 Studien zu operativer Therapie urologischen Neoplasien, davon 4 zu PCa.	Vergleich der postoperativen Mortalität zwischen Krankenhäusern mit vielen („high volume“) und wenigen („low volume“) Eingriffen pro Jahr.	Postoperative Mortalität in high-volume-Krankenhäusern signifikant niedriger .	Limitierte Angaben zu individuellen – Risikoparametern der Patienten (counfounding), unterschiedliche Definition high/low volume.	2+	11,12, 23, 24

5.1.4. Primärliteratur (vorzugsweise RCT´s) für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz- Niveau (SIGN)
Bill-Axelson, 2005 [210]	Siehe Evidenztabelle zum Kapitel Active Surveillance								
Ferrari 2006 [254]	pros- pektive Kohorte	n=341	T1-T3,N0M0 nach RPE oder Radiatio	Quantifizierung von PSA -N 100-Gen-expression in entfernten Beckenlymphknoten (pathologisch nicht befallen).	Keine	4 J	Rate biochemischer Rezidive (PSA).	Korrelation: hohe Expression von PSA-N-100 in Beckenlymphknoten korreliert mit höherer Wahrscheinlichkeit biochemischer Rezidive. Kommentar: keine etablierte Methode, biochemisches Rezidiv ist kein guter Outcome-Parameter, es wurden nicht Resektionsränder untersucht, sondern Lymphknoten, daher geringe Relevanz zum Thema RPE.	2+
Swindle 2005 [255]	retros- pektive Kohorte	n=1.389	T1-3 N und M nicht angegeben.	Erfassung Resektionsstatus und anderer prognostischer Parameter.	keine	Median 50 Mo	Progressionsfreie Überlebenswahrscheinlichkeit.	Resektionsstatus stellt sich in multi-variater Analyse als unabhängiger prognost. Faktor für progressionsfreies Überleben dar (neben Gleason score, Kapseldurchbruch, Samenblasen-infiltration, N-Status, präop. PSA).	2+

5.1.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009 zu Volumen vs. Morbidität bzw. Mortalität (Systematische Übersicht bei Nuttall et al., 2004)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz- Niveau (SIGN)
Begg 2002 [256]	Kohorte (SEER)	11.522 (hosp.) 10.737 (surg.)	1992-1997 Alter > 65	Hospital volume Surgeon Volume High surgeon volume.	Quartiles Quartiles Very high surgeon volume.	Mortality (30 d), morbidity (30d) & late urinary complications, long term incontinence.		n.s. hosp. v.high vs. low surgeon v. high vs. low, v. high vs. high hosp. n.s. surgeon wie vorher.	2+
Hollen- beck, 2007 [257]	Kohorte	14.1052	1993-2003	Hospital Volume	Deciles		Mortality LOS	OR 4,8 OR 3,8.	2+
Hu, 2003 [258]	Kohorte (Medicare)	2.292 (hosp.) 2.072 (surg.)	1997-1998	Hospital volume <60 Surgeon Volume <40	Hospital volume ≥60 Surgeon Volume ≥ 40	In hosp. Complication, Anastomotic stricture, LOS.		Surgeon Hospital OR 0,53 n.s. n.s. n.s. p=0,3 n.s.	2+

5.2. Thema Perkutane Strahlentherapie

5.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>Healthcare professionals should offer radical prostatectomy or radical radiotherapy (conformal) to men with high-risk localised prostate cancer where there is a realistic prospect of long-term disease control (see recommendations in Chapter 6)</p> <p>Qualifying statement: There is no strong evidence for the benefit of one treatment over another. Relatively little health gain is required for these interventions to become demonstrably cost-effective.</p>	Kein Empfehlungsgrad angegeben	Nilsson, S., Norlen, B. J. & Widmark, A. (2004) A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. <i>Acta Oncol</i> , 43: 316–381.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle
NICE 2008 [32]	<p>Clinical oncologists should use conformal radiotherapy for men with localised prostate cancer, receiving radical external beam radiotherapy.</p> <p>Qualifying statement: There is evidence from randomised controlled trials that conformal radiotherapy reduces toxicity compared with conventional radiotherapy at similar dose.</p>	Kein Empfehlungsgrad angegeben	<p>Dearnaley, et al. (1999) Comparison of radiation side-effects of conformal and conventional radiotherapy in prostate cancer: a randomised trial. <i>Lancet</i>, 353: 267–272.</p> <p>Koper, et al. (2004) Gastro-intestinal and genitourinary morbidity after 3D conformal radiotherapy of prostate cancer: observations of a randomized trial. <i>Radiother.Oncol</i>, 73: 1–9.</p> <p>Pollack, et al. (2002) Prostate cancer radiation dose response: Results of the M. D. Anderson phase III randomized trial. <i>International Journal of Radiation Oncology Biology Physics</i>, 53: 1097–1105.</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>Men undergoing radical external beam radiotherapy for localised prostate cancer should receive a minimum dose of 74 Gy to the prostate at no more than 2 Gy per fraction.</p> <p>Qualifying statement: There is evidence from randomised controlled trials to support making this recommendation.</p>	Kein Empfehlungsgrad angegeben	<p>Peeters, et al. (2006) Dose-response in radiotherapy for localized prostate cancer: results of the Dutch multicenter randomized phase III trial comparing 68 Gy of radiotherapy with 78 Gy. <i>J Clin Oncol</i>, 24: 1990-1996.</p> <p>Dearnaley, et al. (2005) Phase III pilot study of dose escalation using conformal radiotherapy in prostate cancer: PSA control and side effects. <i>Br J Cancer</i>, 92: 488-498.</p> <p>Dearnaley, et al. (2007) Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. <i>Lancet Oncology</i>, 8: 475-487.</p> <p>Pollack, et al. (2002) Prostate cancer radiation dose response: Results of the M. D. Anderson phase III randomized trial. <i>International Journal of Radiation Oncology Biology Physics</i>, 53: 1097-1105.</p> <p>Lukka, et al. (2005) Randomized trial comparing two fractionation schedules for patients with localized prostate cancer. <i>J Clin Oncol</i>, 23: 6132-6138.</p> <p>Yeoh, et al. (2003) Evidence for efficacy without increased toxicity of hypofractionated radiotherapy for prostate carcinoma: Early results of a Phase III randomized trial. <i>Int J Radiat.Oncol Biol.Phys.</i>, 55: 943-955.</p>	
NICE 2008 [32]	Adjuvant hormonal therapy is recommended for a minimum of 2 years in men receiving radical radiotherapy for localised prostate cancer who have a	Kein Empfehlungsgrad angegeben	k.A	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>Gleason score of ≥ 8.</p> <p>Qualifying statement: There is evidence from several randomised trials to support making this recommendation as well as evidence of cost-effectiveness (see Chapter 6).</p>			
EAU 2011 [30]	<p>Indikationen für EBRT</p> <p>Patients with a life expectancy > 10 years who accept treatment-related complications.</p> <p>Patients with contraindications for surgery.</p> <p>Unfit patients with 5-10 years of life expectancy and poorly differentiated tumours (combination therapy is recommended; see below).</p>	GoR B		Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
EAU 2011 [30]	In localised prostate cancer T1c-T2c N0 M0, 3D-CRT with or without IMRT is recommended even for young patients who refuse surgical intervention. There is fairly strong evidence that low-, intermediate- and high-risk patients benefit from dose escalation	LoE 2	<p>Kuban DA, Tucker SL, Dong L, et al. Long term results of the MD Anderson randomized doseescalation trial for prostate cancer. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> 2008 Jan;70(1):67-74.</p> <p>Peeters ST, Heemsbergen WD, Koper PCM, et al. Dose-response in radiotherapy for localized prostate cancer: results of the Dutch multicenter randomized phase III trial comparing 68 Gy of radiotherapy with 78 Gy. <i>J Clin Oncol</i> 2006 May;24(13):1990-6.</p> <p>Dearnaley DP, Sydes MR, Graham JD, et al; RT01 collaborators. Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomized controlled trial. <i>Lancet Oncol</i> 2007 Jun;8(6):475-87.</p> <p>Zietman AL, DeSilvio ML, Slater JD, et al. Comparison of conventional-dose vs high-dose conformal radiation therapy in clinically localized adenocarcinoma of the prostate: A randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2005;294:1233-1240.</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz
EAU 2011 [30]	For patients in the high-risk group, short-term ADT prior to and during radiotherapy results in increased overall survival, but three years of adjuvant ADT are better according to the results of EORTC 22961	LoE 2a	<p>D'Amico A, Renshaw AA, Loffredo M, et al. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer; a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> 2008 Jan;299(3):289-95.</p> <p>Bolla M, de Reijke TM, Van Tienhoven G, et al; EORTC Radiation Oncology Group and Genito-Urinary Tract Cancer Group. Duration of androgen suppression in the treatment of prostate cancer. <i>N Engl J Med</i>. 2009 Jun 11;360(24):2516-27.</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

5.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz- niveau (SIGN)
Systema- tischer Review mit Metaana- lyse	Viani et al. 2009 [259]	RCTs und systematische Übersichten von RCTs, Quellen: Medline, Embase, CANCERLIT, Cochrane, ASCO- Kongressbände. Recherche bis Dez. 2007	Strahlentherapie mit Hochdosis oder konventioneller Dosis +/- HT bei Pat. mit lokal begrenzter PCa zur Primärtherapie, Strahlentherapie mit EBRT, EBRT+Brachy und Protonen+Photonen	<p>Endpunkte:</p> <p>bPFS (3x PSA-Anstieg oder nadir +2 oder PSA > 4 ng/ml oder 10% Anstieg innerhalb von 2 Jahren) – 6 Studien (n = 2506), Odds ratio 0,60 (99% KI 0,47-0,76), p<0,0001, signifikant in allen Risikogruppen (low, intermediate, high), kein Hinweis auf Heterogenität (Cochrans Q-Test)</p> <p>prostata-spezifische Mortalität: 4,9 % vs. 6,1%, n.s., kein Hinweis auf Heterogenität</p> <p>OS 5 Studien (n = 1663), 14,4% vs. 14%, n.s. kein Hinweis auf Heterogenität</p> <p>Späte Gastrointestinale Nebenwirkungen (> Grad 2): signifikant erhöht unter Hochdosis Odds ratio 1,58 (99% KI 1,24-2), p<0,0001, kein Hinweis auf Heterogenität</p> <p>Späte urogenitale Nebenwirkungen (> Grad 2): n.s. Odds ratio 1,2 (99% KI 0,93-1,54), p=0,054</p> <p>Metaregressionsanalyse zeigt Korrelation zwischen Dosis und bPFS</p> <p>Bemerkungen zur Studie:</p> <p>Publikation Bias mit Funnel plot und statistischen Test untersucht, keine Suche Studienregistern; Kein Hinweis auf Publikationsbias</p> <p>99% Konfidenzintervalle angegeben.</p> <p>Es fehlen Angaben zu den Dosierungen und Verfahren der Interventions-und Kontrollgruppen</p>	<p>Kuban DA, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2008;70:67–75.</p> <p>Zietman AL, et al. JAMA 2005;294:1233–1240.</p> <p>Sathya JR et al. J Clin Oncol 2005; 23:1192–1200.</p> <p>Peeters ST, et al. J Clin Oncol 2006;24:1990–1999.</p> <p>Shipley et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995;32:3–12.</p> <p>Dearnaley DP, et al. Lancet Oncol 2007;8:475–487.</p> <p>Beckendorf V et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2004;60: 1056–1065.</p>	1+

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz- niveau (SIGN)
				Qualität der RCTs nicht bewertet. IMRT, IGRT oder Brachytherapie wurde nicht in den RCTs angewendet. Keine Angaben zu den Beobachtungszeiträumen		

NWHT = Nebenwirkung/Harntrakt, NWImp = Nebenwirkung/Impotenz/erektile Dysfunktion, NWR = Nebenwirkung/Rektum, NWS = Nebenwirkung/Schmerzen, HIFU = Hochintensiver fokussierter Ultraschall, PSA = prostataspezifisches Antigen ; EBRT = externen Strahlentherapie; PCa = Prostatakarzinom; HTA = Health Technology Assessment; DFS = disease free survival ; OS = overall survival ; bDFS = biochemical disease free survival, TURP = transurethral resection of the prostate

5.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte a für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Level of Evidence	Literatur- belege
Syst. Review	Morris 2005 [260]	72 Publikationen aus systematischer Suche in Medline, Cinahl, Cochrane bis Januar 2002.	Vergleich 3DRT mit konventioneller zweidimensionaler RT, Suche und Auswertung nach 7 Schlüsselfragen.	1. <i>Does CRT reduce acute toxicity (particularly GI and GU toxicity) compared with conventional RT?</i> Review of the data by the Task Force suggested a reduction in acute toxicity when 3D-CRT was used. Furthermore, higher radiation doses were achieved with 3D-CRT and resulted in similar acute toxicity compared with the lower dose delivered with conventional RT.	--	2-5, 7-34
--	--	--	--	2. <i>Does CRT reduce late toxicity (particularly GI, GU, sexual toxicity) compared with conventional RT?</i> The data suggested that 3D-CRT reduces late morbidity, particularly GI late morbidity, providing the dose to the rectum was limited. The benefit in terms of GU symptoms or sexual function was not observed. Orthopedic morbidity has not been reported.	--	3,5,7-12,14,15,17-19, 21, 23-25, 27, 29-32, 35-45

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben		Level of Evidence	Literatur- belege
--	--	--	--	<i>3. Does CRT improve local control as determined by biopsy or clinical signs/symptom compared with conventional RT?</i>	The data are limited and have failed to demonstrate a consistent improvement in local control compared with conventional RT. The data were limited by few studies with small numbers of patients and the inherent problems of prostate biopsy interpretation after RT. No study reported the results determined solely by clinical signs or symptoms. The Task Force concluded that the data are insufficient to determine a benefit to local control as documented by biopsy or digital rectal examination.	--	6,10,14,48
--	--	--	--	<i>4. Does CRT improve disease-free survival clinically or biochemically (i.e., PSA failure) compared with conventional RT?</i>	The data available from mature randomized trials were very limited, but did suggest that for similar doses a clear benefit from clinical or biologic disease-free survival does not exist that is statistically significant for 3D-CRT. When 3D-CRT was combined with dose escalation, there appeared to be a benefit, but Follow-up remains short. The randomized trial from M.D. Anderson Cancer Center and the sequential prospective	--	3, 5, 9, 10, 13, 14, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 39, 41, 45-64
--	--	--	--	--	dose-escalation studies from other institutions with sufficient long term Follow-up have suggested that patients with less than favorable (i.e., greater than Stage T1, PSA >10 but <20 ng/mL, Gleason score <6) characteristics are likely to benefit from dose escalation with regard to biochemical freedom from failure. The data were insufficient to suggest a biochemical freedom	--	--

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben		Level of Evidence	Literatur- belege
					from failure benefit for other subsets.		
--	--	--	--	<i>5. Does CRT improve overall survival compared with conventional RT?</i>	No overall survival advantage was observed for 3D-CRT. The studies that reported overall studies had a limited Follow-up time. The Task Force considered the data not yet sufficient to state that 3D-CRT improves survival compared with conventional RT.	--	3, 6, 9, 14, 23, 26, 41, 54
--	--	--	--	<i>6. Are there subsets of patients who are more likely to benefit from 3D-CRT based on pathologic or pretreatment markers?</i>	The data remain inconclusive on one specific patient population that would benefit based on pretreatment markers such as PSA level, Gleason score, pathologic findings, or stage. One randomized trial using a dose-escalation technique suggested a benefit for patients with a PSA level ≥ 10 ng/mL (Pollack <i>et al.</i> [6]), and data from a standard radiation dose study failed to demonstrate a statistically significant benefit (Dearnaley <i>et al.</i> [3]). A retrospective singleinstitution review (63) from the Fox Chase Cancer Center suggested that patients with pathologically unfavorable features such as perineural invasion might benefit, and one multi-institutional retrospective review (54) suggested a	--	10, 33, 36, 63

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben		Level of Evidence	Literatur- belege
					benefit to patients with a Gleason score of 8-10.		
--	--	--	--	<i>7. Is there a benefit to 3D-CRT in conjunction with hormonal therapy compared with conventional RT and hormonal therapy for the previous six questions?</i>	No formal comparisons of CRT with or without hormonal therapy have been performed against conventional RT delivered with either short- or long-term hormonal adjuvant therapy. Without definitive evidence to the contrary, the Task Force had no reason to believe that the relative benefits of 3D-CRT would be different for patients with or without hormonal therapy.	--	3
Syst. Review	Nilsson 2004 [261]	296 Publikationen aus systematischer Suche in Medline bis Januar 2003.	RT bei Prostatakarzinom.	<p>There are no randomized studies that compare the outcome of surgery (radical prostatectomy) with either external beam radiotherapy or brachytherapy for patients with clinically localized low-risk prostate cancer. However, with the advent of widely accepted prognostic markers for prostate cancer (pre-treatment PSA, Gleason score and T-stage), such comparison have been made possible. There is substantial documentation from large single-institutional and multi-institutional series on patients with this disease category (PSA < 10, GS ≤ 6, ≤ T2b) showing that the outcome of external beam radiotherapy and brachytherapy is similar to those of surgery.</p> <p>There is fairly strong evidence that patients with localized, intermediate risk, and high risk (pre-treatment PSA ≥ 10 and/or GS ≥ 7 and/or > T2) disease, i.e. patients normally not suited for surgery, benefit from higher than conventional total dose. No overall survival benefit has yet been shown.</p> <p>Dose escalation to patients with intermediate-risk or high-risk disease can be performed with 3D conformal radiotherapy (photon or proton) boost, with Ir-192 high dose rate brachytherapy boost, or brachytherapy boost with permanent seed implantations. Despite an increased risk of urinary tract and/or rectal side effects, dose-escalated therapy can generally be safely delivered with all three techniques.</p>		fairly strong	3; 11; 14-32; 33-41; 49; 50-52; 54-56; 60-62; 66-73; 75-85; 87; 88; 90-92; 94-96; 98-102; 104-113; 115-122; 129; 131; 134-136; 138; 140-142; 159; 173; 184; 185; 191-205; 207-211; 214-226; 228-230; 232-236;

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Level of Evidence	Literatur- belege
				<p>There is some evidence that 3D conformal radiotherapy results in reduced late rectal toxicity and acute anal toxicity compared with radiotherapy administered with non-conformal treatment volumes.</p> <p>There is some evidence that postoperative external beam radiotherapy after radical prostatectomy in patients with pT3 disease prolongs biochemical disease-free survival and that the likelihood of achieving long-term DFS is higher when treatment is given in an adjuvant rather than a salvage settings. A breakpoint seems to exist around a PSA level or 1.0 ng/mL, above which the likelihood for eradication of the recurrence of cancer diminishes.</p> <p>After prostatectomy, endocrine therapy prior to and during adjuvant radiotherapy may results in longer biochemical disease-free survival than if only adjuvant radiotherapy is given. No impact on overall survival has been shown.</p> <p>There is fairly strong evidence that short-term endocrine therapy prior to and during radiotherapy results in increased disease-free survival, increased local control, reduced incidence of distant metastases, and reduced cause-specific mortality in patients with locally advanced disease.</p> <p>There is some evidence that short-term endocrine therapy prior to and during radiotherapy results in increased overall survival in a subset (GS 2-6) of patients with locally advanced disease.</p> <p>There is strong evidence that adjuvant endocrine treatment after curative radiotherapy results in improved local control, increased freedom from distant metastases, and increased disease-free survival in patients with loco-regionally advanced and/or high-risk disease.</p> <p>There is moderately strong evidence that adjuvant endocrine treatment after radiotherapy results in longer overall survival compared with radiotherapy alone in patients with loco-regionally advanced disease.</p>	<p>some evidence</p> <p>some evidence</p> <p>fairly strong</p> <p>some evidence</p> <p>strong evidence</p> <p>moderately strong</p>	<p>238-244; 246-257; 260-266; 269-272; 278-280; 282-284; 285-292; 294-299; 321; 323- 334; 339- 341; 351- 353; 355; 356; 360; 365-371; 373-381; 389; 390</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Level of Evidence	Literatur- belege
Syst. Review	Van Tol- Geerdink, 2006 [262]	38 Studien (aus eine syst. Suche) in Pub-med bis 2003. Alle Studien, die nicht ausschließlich 3DCRT eingesetzt hatten wurden ausgeschlos-sen (z.B. IMRT, Protonen, brachy- therapie) , kein RCT, nur ein Arm von Pollack eingeschl, da niedrige Dosis nicht mit 3DCRT!	Dosiseskalation bei 3DCRT.	Bei Aggregation der Daten (ca. 3000 Pat. eingeschl.) und Berechnung verschiedener Modelle der Dosiseskalation zeigte sich beim Vergleich 70 Gy zu 80 Gy ein verbessertes 5J-Überleben (ca.10%) , und erhöhtes 5J BF für low risk Patienten (5-7%) bei häufigeren späten GI (12-16%) und späten GU- Komplikationen (8-10%). Die Gesamtrate von BF war inkonklusiv (je nach Berechnung 0-18%). Die Autoren weisen selbst daraufhin, dass solch eine Berechnung nur hypothesengenerierend sein kann und eine kausale Schlussfolgerung (auch aufgrund zum Teil fehlender Daten möglicher confounder) durch randomisierte Studien bestätigt werden muss.	1-	

5.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Artikel (Autor, Jahr)/ Studien- typ	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Copper- berg et al. 2010 [247], Prospektiv e Kohortenst udie, multi- zentrisch	n = 7538, 1987- 2007, 26% mit Behandlung vor 1997, 10% vor 1995, Einschluss- kriterium : <T3aNOM0, Angaben zu CCS und OS	RPE +/- HT Follow-Up : mind. 6 Monate, 3,9 bis 4,5 Jahre in den Behandlungs- gruppen	RT+/- HT HT	prostatakrebsspezifi sche Mortalität (primärer Endpunkt) Gesamtüberleben	1 a) für Vergleich RPE vs. RT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio 2,21 (95% KI 1,50-3,24), p<0,001 ; 1 b) für Vergleich RPE vs. HT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio	prostatakrebspezifische Mortalität in der gesamten Kohorte : 226 (3%), Gesamtsterblichkeit : 1293 (17,2%) Risikostratifizierung anhand von Kattan- und CAPRA-Score und Alter.	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
(CaPSURE)					<p>3,22 (95% KI 2,16-4,81), p<0,001 ;</p> <p>1 c)</p> <p>für Vergleich RT vs. HT adjustiert nach Alter und Risikoprofil (Kattan-Score) : Hazard Ratio 1,45 (95% KI 1,02-2,07), p= k.A.;</p> <p>2a)</p> <p>für Vergleich RPE vs. RT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 1,59 (95% KI 1,33-1,90), p<0,001 ;</p> <p>2b)</p> <p>für Vergleich RPE vs. HT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 2,23 (95% KI 1,89-2,75), p<0,001 ;</p> <p>2c)</p> <p>für Vergleich RT vs. HT adjustiert nach Alter, Risikoprofil (Kattan-Score) und Komorbiditäten (Charlson-Index) : Hazard Ratio 1,43 (95% KI 1,21-1,69), p= k.A.;</p>	<p>Sensitivitätsanalysen bzgl. Risikoscore, modernere Therapiemöglichkeiten, adjuvante RT ohne Hinweise auf relevanten Effektunterschied.</p> <p>Therapiegruppen zeigen signifikante Unterschiede in allen Vergleichen bzgl. soziodemografischer und klinischer Vergleiche.</p> <p>Endpunkterhebung anhand des Totenscheins</p> <p>Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht am Register teilgenommen haben (Repräsentativität) und loss to follow up</p> <p>Daten aus US-amerikanischer ambulanter Versorgung</p> <p>Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen</p> <p>Datenbank enthält keine</p>	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						Angaben zu Art und Zeitpunkt der Salvage Therapie) Keine Angaben zu Schadensendpunkten	
Abdollah et al. 2011 [248], Prospektive Kohortenanalyse (SEER-Datenbank), multizentrisch	n = 404604, Pat. mit lokal begrenztem PCa, Alter : 30-95 und histologischem Befund (Gleason Score), 81% weiße Amerikaner	RPE Auswertung für 10 Jahres Follow-up	RT, Beobachtung	1.) prostatakrebspezifische Mortalität 2.) Sterblichkeit wegen anderer Ursache	1 a) RPE gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in 3 Altersgruppen (\leq 59 Jahre 5,8 vs. 21,5 ; 60-69 Jahre 7,2 vs. 21,9 ; 70-79 Jahre 12,2 vs 19,8), nicht signifikant bei Altersgruppe 80 1 b) RPE gegenüber RT : signifikant geringer in 2 Altersgruppen (\leq 59 Jahre 5,8 vs. 9,9 ; 60-69 Jahre 7,2 vs. 11,3) signifikant höher in einer Altersgruppe (80 Jahre 21,1 vs 13,2), nicht signifikant bei Altersgruppe 70-79 1 c) RT gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 9,9 vs. 21,5 ; 60-69 Jahre 11,3 vs. 21,9 ; 70-79 Jahre 10,9 vs 19,8 ; 80 Jahre 13,2 vs. 18,5), 2a) RPE gegenüber Beobachtung : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 8,7 vs. 18,9; 60-69 Jahre 16,1 vs. 33,6 ; 70-79 Jahre 31,0 vs 50,6 ; 80 Jahre 57,1 vs. 68,9)	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Stratifizierung nach Behandlung, Altersgruppen und zwei Risikogruppen (high risk = T2c oder Gleason 8-10, low to intermediate = alle anderen). Hohe PSA Werte werden nicht als Risikomarker berücksichtigt. Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorgrad, Follow-up, Jahr der Diagnose, Tumorstadium, Risikogruppe und Ethnie Validität der Risikostatifizierung	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					2b) RPE gegenüber RT : signifikant geringer in allen Altersgruppen (\leq 59 Jahre 8,7 vs. 15,4 ; 60-69 Jahre 16,1 vs. 26,0 ; 70-79 Jahre 31,0 vs. 38,4 ; 80 Jahre 57,1 vs 55,5	<p>fragwürdig, da Risikostratifizierung (2 Gruppen) keine Unterschiede der Behandlungsoptionen bzgl. der Riskikogruppen zeigt</p> <p>Komorbiditäten und Salvage Therapien als Confounder nicht direkt berücksichtigt, keine Angaben zur Endpunkterhebung, Keine Unterscheidung zwischen AS und WW in Beobachtungsgruppe,</p> <p>Turmostadien in Datenbank sind pathologische Befunde, In RPE Gruppe werden Pat. mit understaging in lokal begrenzte Gruppe verschoben und hier nicht ausgewertet, Nachteilig für EBRT Gruppe</p> <p>Keine Angaben zu Schadensendpunkten</p> <p>Keine Angaben zum</p>	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						Umgang mit multiplen Testen	
Arcangeli et al. 2009 [249], retrospektive Kohortenanalyse, monozentrisch (Italien)	n = 284 (162 mit EBRT, 122 RPE), konsekutiv rekrutiert, klinisch lokal begrenzte Tumore, NOM0, high risk nach NCCCN (Gleason \geq 8, PSA \geq 20ng/ml, T \geq 3 oder zwei von drei Faktoren (Gleason 7, PSA 11-20, T2c), EBRT Kohorte waren Teilnehmer eines RCT zu Hypofraktionierung	EBRT mit 9 Monaten HT (neoadjuvant, adjuvant), 80 Gy normal fraktioniert der hypofraktioniert ; Follow up : 38,6	RPE mit Lymphadenektomie, bei 83 von 122 Patienten mit adjuvanter RT ; Follow up : 33,8	1. PSA-Rezidiv Bei RPE (PSA > 0,2 ng/ml ; bei EBRT PSA nadir+2 oder 3x konsekutiv über nadir oder 0,2 ng/ml 2. Nebenwirkungen	1.) PSA Rezidiv nach 3 Jahren : 86,8% (EBRT) vs. 69,8% (RPE) ; Hazard Ratio 2,45 (95% KI 1,4-4,1), p<0,001 Keine signifikanten Unterschiede zwischen EBRT und RPE, wenn Gruppe mit RPE+adjuvante EBRT ausgeschlossen wird. In Gruppe mit PSA >20 ng/ml oder Gleason \geq 8 Vorteil für EBRT vs. RPE (64,2% vs. 82,7%) 2.) Bei RPE : Inkontinenz = 23 Pat. (19%), Anastomotic stenosis = 1 (1%) Bei EBRT : Grade 4 = 2 von 162	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorstadium, Gleason und PSA Kurzes Follow-up (3 Jahre) Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht teilgenommen haben (Repräsentativität) und zu loss to follow up	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Takizawa et al. 2009 [250], Retrospektive Kohortenanalyse, monozentrisch (Japan)	n = 162 (davon 86 mit RPE und 76 mit EBRT), kosekutiv rekrutiert (1998-2004), Risikostartifizierung nach NCCN (low risk = T1/T2b, PSA ≤ 10, Gleason ≤ 6 ; intermediate risk = T2c, PSA > 10 und ≤ 20, Gleason = 7 ; high risk = T3, PSA >20ng/ml oder Gleason 8-10,	EBRT (3D konformal, 70-71 Gy) 3,9 Jahre Follow up	RPE, bei 36 Pat. mit neoadjuvanter Kurzzeit-HT 5 Jahre Follow up	1.) 5 Jahre PSA-Rezidiv (primärer Endpunkt) bei RP = 2x PSA ≥ 0,2 ng/ml bei EBRT 3x PSA Anstieg (konsekutiv) nach Nadir 2.) HRQoL (SF37 und UCLA PCI)	1.) keine signifikanten Unterschiede zwischen EBRT und RPE Signifikanter Vorteil für RPE in high risk Gruppe (PSA freies Überleben 54% vs. 19%) 2.) SF 36 : kein signifikanter Unterschied nach Risikostratifizierung UCLA PCI : signifikant schlechtere Werte bzgl. Blasenfunktion, Blasenstörung und sexuellen Störungen unter RPE ohne Risikostratifizierung. Nach Risikostratifizierung : bessere Werte bzgl. sexueller Funktion unter RPE bei High risk aber schlechtere Werte bei low und intermediate risk.	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Differenzen bei den Behandlungsgruppen bzgl. Alter, Tumorgrad, PSA und Risikogruppe. In Low und intermediate risk-Gruppen auch bzgl. (neo)adjuvanter Therapien Geringe Fallzahl, nur 61 Pat. (24 RP, 37 EBRT) in High-Risk Gruppe Behandlungsgruppen mit unterschiedlichem Follow-up Komorbiditäten und Salvage Therapien als Confounder nicht direkt berücksichtigt, keine Keine Angaben zu weiteren Schadensendpunkten Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Zhou et al. 2009, [251], retrospektive Kohortenanalyse, multizentrisch (Ohio, USA)	Pat. mit Therapie innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose, n =10179 davon 8255 mit lokal begrenzt NOMO, (889 mit RPE, 783 mit EBRT, 595 mit BT, 2049 mit HT, 181 mit RPE+EBRT/HT, 756 mit BT+EBRT/HT, 1286 EBRT+HT, 1716 AS/WW), (1999-2001),	EBRT, RPE, BT, NT, HT	EBRT, RPE, BT, NT, HT	1.) prostatakrebspezifische Mortalität (für Pat mit lokal begrenztem PCa) 2.) Gesamtsterblichkeit	1.) Für Pat mit lokal begrenztem PCa) : Mit Monotherapie : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei Monotherapien mit RPE, BT und HT, jedoch nicht bei EBRT Mit Kombinationstherapie: signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei Monotherapien mit RPE, BT und HT, jedoch nicht bei EBRT 2.) Für Pat mit metastasiertem PCa) : Mit Monotherapie : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei RPE, BT und HT und EBRT Mit Kombinationstherapien : signifikante Unterschiede im Vergleich zu AS/WW bei RPE, BT und HT und EBRT	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Keine Angaben zu klinischen oder soziodemografischen Unterschieden bei den Therapiegruppen, keine Daten zu PSA berücksichtigt. Stratifizierung nach Alter, Ethnie, Tumorstadium und Gleason. Strata des Tumorstadiums nicht T-Stadien, sondern nach lokal, regional oder distant. Keine Angaben zu Schadensendpunkten Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen	2-
Goldner et al. 2009 [263], retrospektive	N = 399 (82%) von 486 registrierten Pat., T1-T3Nx0Mx0, PSA	RT (3D konformal) + neoadjuvante Hormontherapie bei intermediate (PSA 10-20,	Keine (Vergleich der unterschiedlichen Dosierungen von low/intermediate	1.) späte gastrointestinale und urogenitale Nebenwirkungen \geq 2 (nach EORTC/	1.) 5-Jahresraten gastrointestinale Nebenwirkungen (70 Gy vs. 74 Gy) : 28% vs. 30%, n.s. Absolute Zahlen : Grade 1 : 15% vs. 17% ;	Auch in low risk Gruppe erhalten 74 % HT, 7-10% mit HT \geq 12 Monate. Keine Angaben zum	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Registerauswertung, als Fallserie gewertet. Multizentrisch (Dtl. Ö.)	< 50 ng/ml, Dosis 70-74 Gy (1999-2002 rekrutiert) 51 Pat. loss to follow up, 4 beenden nicht RT wegen anderer Erkrankung, 32 erfüllen nicht die Einschlusskriterien (Dosis, N1, M1, PSA > 50)	T<cT2b, Gleason > 6 und >cT2a) und high risk (PSA > 20, cT3). Bei intermediate und high risk Bestrahlung der Samenblase/Bläschendrüse low und intermediate risk = 70 Gy (316 Pat.); high risk = 74 Gy (83 Pat.) (2 Gy per Fraktion) Follow-up : Median 65 Monate	risk und high risk)	RTOG-Score 2.) bPFS (nach ASTRO und Phoenix, wenn HT nach EBRT) 3.) OS 4.) CSS	Grade 2 : 22% vs. 24% ; Grade 3 : 2% vs.1% 5-Jahresraten urogenitale Nebenwirkungen (70 Gy vs. 74 Gy) : 19% vs. 34%, n.s. (aber p = 0,06) Absolute Zahlen : Grade 1 : 32% vs. 28% ; Grade 2 : 15% vs. 20% ; Grade 3 : 2% vs.4% 2.) 5 Jahres bPFS : für low risk 74% (ASTRO), 81% (Pheonix), für intermediate risk 66% (ASTRO), 80% (Pheonix), für high risk 50% (ASTRO), 60% Pheonix. 3.) für Gesamtpopulation : nach Median 42 Monaten = 88% 4.) für Gesamtpopulation : nach Median 42 Monaten = 99%	Umgang mit multiplen Testen	
Goldner et al. 2009 [264], retrospektive Registerauswertung, als Kohortenstudie mit	N = 398, T1-T3Nx0Mx0, PSA < 50 ng/ml, Dosis 66, 70, 74 Gy (1994-2006 rekrutiert) Risikogruppen : low risk : T1-2a+PSA ≤ 10	EBRT (3D konformal) + neoadjuvante Hormontherapie Bei intermediate und high risk Bestrahlung der Samenblase/Bläschendrüse	Vergleich zwischen unterschiedlichen Dosierungen 66 Gy (n = 117), 70 Gy (n = 165), 74 Gy (n = 116)	1.) späte gastrointestinale und urogenitale Nebenwirkungen ≥ 2 (nach EORTC/ RTOG-Score 2.) bPFS (nach ASTRO und Phoenix,	1.) 5-Jahresraten gastrointestinale Nebenwirkungen (66 Gy vs. 70 Gy vs. 74 Gy) : 18% vs. 20% vs. 27%, n.s. Absolute Zahlen : Grade 1 : 21% vs. 16% vs. 18% ; Grade 2 : 15% vs. 16% vs. 16% ; Grade 3 : 1% vs.3% vs. 0% 5-Jahresraten urogenitale Nebenwirkungen (66 Gy vs. 70 Gy vs. 74 Gy) : 16% vs. 24% vs.	Historischer Vergleich lässt klare Rückschlüsse nicht zu. Teilweise inkonsistente Ergebnisse bei Toxizitäten (deutlich mehr urogenitale Grad 3 Ereignisse bei gleichzeitig deutlich weniger Grad 2 Ereignissen)	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
historischem Vergleich gewertet Monozentrisch (Ö.)	ng/ml + Gleason < 6 ; intermediate : PSA 10-20, T<cT2b, Gleason > 6 und >cT2a ; high risk (PSA > 20, cT3).	low und intermediate risk = 70 Gy (316 Pat.); high risk = 74 Gy (83 Pat.) (2 Gy per Fraktion) Follow-up : Median 64 Monate Dosen : 1994- 1998 alle mit 66 Gy ; 1998-2003 low/intermediate 70 Gy und high risk mit 74 Gy, ab 2003 alle mit 74 Gy, Bei 66 Gy 15- 20 mm Sicherheitsabstand, bei 70 und 74 Gy 5-10 mm		wenn HT nach EBRT)	28%, n.s. Absolute Zahlen : Grade 1 : 30% vs. 32% vs. 23 ; Grade 2 : 11% vs. 21% vs. 12% ; Grade 3 : 3% vs.1% vs. 7% 2.) signifikante Verringerung bei low risk 70 Gy vs. 66 Gy und bei intermediate risk bei 70 Gy vs. 66 Gy und 70 Gy vs 74 Gy 5 Jahres bPFS (ASTRO) : für low risk mit 66 Gy 40%, 70 Gy 78%, 74 Gy 73% ; für intermediate risk 66 Gy 41%, 70 Gy 55%, 74 Gy 85%, für high risk 66 Gy 30%, 70 Gy 53%, 74 Gy 52%,	Keine Angaben zu loss to follow up, ausgeschlossenen Patienten, multiplen Testen Keine klinischen und soziodemografischen Parameter dokumentiert und berücksichtigt.	
Arcangeli et al. 2009, [249] Arcangeli et al. 2011,	N = 168, Alter ≤ 80, high risk (PSA > 20 ; Gleason 8-10 oder T2c+PSA 10-20, T2c+Gleason 7, PSA 10-	EBRT (3D-CRT) nach 9 Monaten HT 62 Gy/20 Fraktionen/5 Wochen	EBRT (3D-CRT) nach 9 Monaten HT 80 Gy/40 Fraktionen/8 Wochen	1.) Spättoxizität, Primärer Endpunkt (≥Grad 2 gastrointestinal,uro genital) 2.) bPFS (3-4 Jahre)	1.) gastrointestinal : 17% (Hypo) vs. 14%, n.s. urogenital : 16% (Hypo) vs. 11%, n.s. 2.) 87% (Hypo) vs. 79%, p = 0,035 (3 Jahre) ; 82% (Hypo) vs. 60%, p = 0,004 (3 Jahre) 3.) 47% (Hypo) vs. 40 %, n.s.	Kein Pat. loss to follow-up Kein Hinweis dass Effekt durch Unterschiede bei HT beeinflusst wurde Hinweis auf ausgeprägteren Effekt bei	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
[265] RCT, monozentrisch	20+Gleason 7) NOMO, PSA < 100 ng/ml, WHO performance status ≤ 2, keine Infrktionen oder psychische Erkrankungen	Follow-up : 32 Monate	Follow-up : 35 Monate	3.) Akuttoxizität (≥Grad 2 gastrointestinal,urogenital)		Hochrisiko (PSA > 20 oder Gleason >7) Keine Konfidenzintervalle für bPFS-Werte angeben Anzahl der Pat. mit PSA-Rezidiv nicht signifikant höher. Akuttoxizitäten treten unter Hypofraktion signifikant früher auf Bzgl. Anzahl Grad 3 und 3 Spättoxizitäten bestehen Inkonsistenzen zwischen den zwei Publikation der Studie (keine Grad 4 vs. 1 Grad 4)	
Al Mamgani et al. 2011, [266] Subgruppenanalyse aus RCT (als prospektiv	N = 300 (von 404, die Fragebogen erhalten haben), 74 % Responder, Signifikant höherer Gleason-score bei Respondern	3D-CRT mit 78 Gy	3D-CRT mit 68 Gy	1.) Lebensqualität (SF 36) 2.) 3-Jahre Follow-up	1.) Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiearmen. 2.) Signifikante Reduktion der Lebensqualität in beiden Therapiearmen im Zuge der Therapie. Klinisch relevante Reduktion (def. Als ≥ 10 Punkte) im Vergleich zu QoL vor der Therapie in 78 Gy-Gruppe in zwei Dimensionen (role physical, physical functioning)	Subgruppe (monozentrisch) der CKTO 96-10 Studie Reduktion des Signifikanzniveaus auf 0,01 wegen multiplen Testens (ohne Darlegung der Berechnung)	2+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
e Kohorte gewertet)	vs. Nichtresponder						
Al Mamgani et al. 2010, [267] Subgruppenanalysen zu RCT (als RCT gewertet)	n=664 von 669 ges. 18 % low risk (T1-2 + Gleason ≤ 6 + PSA ≤ 10) 27% intermediate risk, 55% high risk (T3-4 oder Gleason 8-10 oder PSA > 20),	3DCRT 78 Gy Follow-up = 70 Monate	3DCRT 68 Gy	Interaktion (Heterogenitätstest) zwischen Therapiearmen und: 1.) Risikogruppen (low/intermediate/high) bzgl. 6 Jahres FFF (PSA nadir+2) 2.) PSA-Werten 3.) Hormontherapie vs. keine Hormontherapie bei high risk	1.) keine signifikante Interaktion zwischen Risikogruppen und Therapiearmen 2.) signifikante Interaktion zwischen Ergebnissen der Therapiearme und PSA Werten <10 vs. > 10 und < 8 vs. 8-18 vs.18 3.) keine signifikante Interaktion	Explorative Studie (hypothesengenerierend) Längeres Follow-up (70 Monate) als in Publikation zum RCT (Peeters et al. 2006) Komponenten des kombinierten Endpunkts nicht dargestellt. Hinweis auf PSA als besseren Prognosefaktor Keine Angaben zum Umgang mitmultiplen Testen	1-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Zelevsky et al. 2010 [252], Monozentrische retrospektive Kohortenstudie	N = 2380 (1318 mit RP, 1062 mit EBRT) T1c-T3b	EBRT mit IMRT (\geq 81 Gy) +/- Salvage RP +/- HT neoadjuvant oder begleitend (56%), keine adjuvante HT bei high risk Follow-up = 5 Jahre	RP +/- Salvage EBRT (6%) +/- HT (1%) Mit Lymphadenektomie Follow-up = 5,1 Jahre	1.) Überleben ohne Fernmetastasen (nach 8 Jahren) 2.) prostatakrebspezifische Mortalität	1.) 97% (RP) vs. 93% (EBRT), 21 Pat. vs. 48 Pat. Low risk -1,9%, intermediate risk -3,3%, high risk 7,8 % adjustiert nach Alter, Kattan Score und Behandlungsjahr : Hazard ratio 0,35 (95% KI 0,19-0,65), $p < 0,001$ (auch bei Adjustierung nach NCCN Risikogruppen) 2.) Hazard ratio 0,32 (95% KI 0,13-0,80), $p = 0,015$; Absolut 8 Pat. vs. 22	Insgesamt hohes Verzerrungsrisiko Signifikante Unterschiede zwischen den Therapiearmen bzgl soziodemographischer und klinischer Parameter (Alter, Gleason, PSA, Stadien, Behandlungszeit) Männern \geq 70 mit Komorbiditäten wurde EBRT empfohlen Keine adjuvante HT bei high risk Salvage-Therapie wesentlich früher in RP Gruppe (13 Monate nach Rezidiv vs. 69 Monate) ; keine wesentlich Änderung des Effektes nach Kontrolle der Salvagetherapien Risikoadjustierung nach Kattan-Score und NCCN Risikogruppen Ergebnisse auch bei	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse		Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
							Verwendung von Competing-Risk-Regression-Analyse bestätigt Keine Angaben zur Anzahl der Personen, die nicht am Register teilgenommen haben (Repräsentativität) und loss to follow up	
Kuban et al. , 2008, 2010 [268; 269]	n=301 (rekr. 1993-98) Med. Alter 69J. T1-3 (17% bzw. 23% T3) Low risk : 21% Inter. Risk : 46% High Risk :	70 Gy (n=150) Per 2 Gy Feldreduktion nach 46 Gy (4-Feld) Follow-up: 8,7 Jahre	78 Gy (n=158) Per 2Gy 3DCRT 6-Feld-Boost nach 46 Gy	FFF (BF nadir+2)+CF nach 8J. CF, [OS] [FDM] CSS	78Gy FFF Alle: 78% Low Risk 88% Inter.Risk 86% High Risk 63% PSA<10 78% PSA >10 78%	70Gy 59% p=0.004 70% p=0.042 (nicht mehr signifikant nach 10 Jahren follow-up) 76% p=0.36 n.s. 26% p=0.004	2 Updates von Pollack RCT v.2002 , Einteilung in Risikogruppen 2002 nicht berichtet. Studie für 15% Unterschied in FFF gepowert, nicht für OS. Insgesamt 10 Patienten nach 10 Jahren an Pca gestorben Subgruppenanalysen	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN		
	34% (jew. gleichverteilt)				CF Alle 93% FDM Alle 99% DM absolut: 2 OS n.s. GITox >2: 26% GUTox >2 13% CCS (10 Jahre) High risk 4% PSA < 10 ng/ml 2%	66% 39% 85% 95% 8 (alle HighRisk) 13% 8% 16% 15%	p=0.237 p<0.001 p=0.014 p=0.059 p = 0.013 n.s. p = 0,05 p = 0,03	zeigen Effekt der höheren Dosis auf PSA Rezidiv nur bei high risk oder PSA > 10, keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen und zu Schadensendpunkten	

AHT = adjuvante Hormontherapie ; bPFS = biochemical progression free survival ; cPFS = clinical progression-free survival, CSS = cancer specific survival ; EBRT = externen Strahlentherapie ;; HT = Hormontherapie; IMRT = intensity-modulated radiation therap ; MFS = metastasis free survival, OS = overall survival ; PCSM = prostate cancer specific mortality ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; RPE = Radikale Prostatektomie ; RT = radiotherapy, 3D-CRT = 3-dimensional conformal therapy, HRQoL = health related quality of life, EORTC/RTOG = European Organisation for Research and Treatment of Cancer/ Radiation Therapy Oncology Group ; ASTRO = American Society of Therapeutic Radiation Oncology ;

5.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
Beckendorf 2004 [270]	RCT (Feasibilitäts-Publikation.)	306	Klinisch lokalisierte PCa, cT1-3; 12-13% T3	RT 80 Gy	RT 70 Gy	?	Tolerabilität, Dosen für PTV2, Akut-Toxizität	Alle bis auf einen Patienten im 80 Gy-Arm schlossen Therapie ab Mediane PTV2 im 70Gy -Arm 69,5 Gy, im 80Gy-Arm 78,5 Gy Kein signifikanter Unterschied in Akuttox und 2-Monats-Tox zwischen beiden Armen, einzige unabhängige Variable für Tox war CTV1 >100 cm ³	--	1+
Bolla 2005 [271]	RCT	1.005	cT1-3 (17,2% T3)NOMO, mindestens einen der Risikofaktoren für Rezidiv: Kapseldurchbruch, R1/2, Samenblaseninfiltration.	Konventionelle (2-dim) EBRT 60 Gy direkt (innerhalb 16 Wo) nach RPE (502 Pat.).	RPE allein (503 Pat.)	5 J	bRFS, clinical progression-free survival, 5-year-risk of biochemical and clinical failure, overall survival.	<u>Biochemische oder klinische Progression</u> RPE+EBRT 26.,1%. RPE 43,7%. ->Hazard ratio 0,48 (98%CI 0,37-0,62). klinische Progression oder Tod. RPE+EBRT 14,9%. RPE 22,5%. -> Hazard ratio 0,61 (98%CI 0,43-0,87). <u>5-Jahres-bRFS</u> RPE+EBRT 74,0% (98%CI 68,7-79,3).	--	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>RPE 52,6% (98%CI 46,6-58,5).</p> <p><u>5-Jahres-Risiko biochem. failure</u></p> <p>RPE+EBRT 21,4% (98%CI 16,4-26,3)</p> <p>RPE 44,2% (98%CI 38,3-50,0).</p> <p><u>5-Jahres-Risiko klin. Rückfall</u></p> <p>RPE+EBRT 8,8% (98%CI 5,4-12,2).</p> <p>RPE 19,0% (98%CI 14,5-23,6).</p> <p>Overall survival in beiden Gruppen nicht signifikant verschieden.</p> <p>Grad 3-Toxizitäten in beiden Gruppen nicht signifikant verschieden.</p>		
Dearnaley 2007 [272]	RCT	843 rekr. 1/98-12/02	CT1b-cT3b, (17,5% T3), alle mit neoadjuvante r HT 3-6 Mo vor RT und bis zu Beendigung der RT, low risk und intermedi-ate	3DCRT 64 Gy in 32 fractions (n=421)	3DCRT 74 Gy in 37 fractions (n=422)	5 J	BF, Freedom from local progression, MFS, OS (alle primäre Endpunkte)	<p><u>BF free:</u></p> <p>Hazard Ratio 0,67(0,53-0,85)*.</p> <p>P<0,007.</p> <p>64 Gy: 60%; 74 Gy 71%.</p> <p><u>clinical progression free:</u></p> <p>HR 0,69 (0,47-1,02)*</p> <p>p=0,064 – nicht significant.</p> <p><u>Local control:</u></p>	<p>Hazard Ratios beziehen sich alle auf die Gruppe mit 74 Gy!</p> <p>Fallzahl wurde aufgrund guter Rekrutierung von n=450 auf über 800 aufgestockt!</p>	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			risk (cave: nicht nach der üblichen Einteilung!)	spread) +0,5-1,0 treat- ment- planning/ delivery			Tox	<p>HR 0,65 (0,36-1,18)+ p=0,12 – nicht significant.</p> <p><u>Metastasis-free survival:</u> HR 0,74 (0,47-1,18)* p=0,21 nicht significant OS = not done.</p> <p><u>Late bowel Tox (RTOG >/=2):</u> HR 1,47 (1,12-1,92)* p=signifikant, nicht angegeben. 64Gy= 24% 74Gy= 33%.</p> <p>Differenz in kumulativer Gesamtinzidenz von Bowel Tox >/=2 gesamt (90 bei 64Gy und 124 bei 74 Gy) v.a. aufgrund von Proktitis.</p> <p><u>Rectal Tox (LENT/SOM):</u> HR 1,44 (1,16-1,80)* Signifikant, p=n.a. Tenesmes</p> <p>64 Gy : n=85</p> <p>74 Gy : n=123</p> <p>Objective Bleeding :</p> <p>64 Gy n=157</p> <p>74 Gy n=239</p>	Gute Power.	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Subjective mucosal loss : 64 Gy n=38 74 Gy n=62 n. <u>Late genitourinary Tox (RTOG):</u> HR 1,36 (0,90-2,06) p=0,14 n.s. 64 Gy 8% 74 Gy 11% v.a. Urethrastrikturen unterschiedlich (3 versus 20 !) Sexual dysfunction : Keine konsistente Diff. *95%-Confidence-Interval.		
Kuban, 2008 [268]	RCT	n=301 (rekr. 1993-98)	Med. Alter 69J. T1-3 (17% bzw. 23% T3) Low risk : 21% Inter. Risk :	70 Gy (n=150) Per 2 Gy Feldreduktion nach 46 Gy (4-Feld)	78 Gy (n=158) Per 2Gy 3DCRT 6-Feld-Boost nach	8,7 J	FFF (BF +CF) nach 8J. CF, [OS] [FDM]	78Gy 70Gy FFF Alle: 78% 59% p=0.004 Low Risk 88% 70% p=0.042 Inter.Risk 86% 76% p=0.36	Update von Pollack RCT v.2002 , Einteilung in Risikogruppen 2002 nicht berichtet. Studie für 15% Unterschied in FFF	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			46% High Risk : 34% (jew.gleichver-teilt)		46 Gy			<p>n.s.</p> <p>High Risk 63% 26% p=0.004 PSA<10 78% 66% p=0.237 PSA >10 78% 39% p<0.001</p> <p><u>CF</u></p> <p>Alle 93% 85% p=0.014 <u>FDM</u> Alle 99% 95% p=0.059</p> <p><u>DM</u> absolut: 2 8 (alle HighRisk)</p> <p>OS n.s.</p> <p><u>GITox >2</u>: 26% 13% p = 0.013 <u>GUTox>2</u> 13% 8% n.s.</p>	gepowert, nicht für OS.	
Lukka 2005 [273]	RCT (Inferioritäts-studie: Stand-ard versus nied-rigere hypo-fraktio-	936	cT1-2	Hypofrakti-onierte EBRT: 52,5 Gy in 20 2,625-Gy-Frak-tionen über 28 Tage (466 Pat.).	EBRT: 66 Gy in 33 2-Gy-Frak-tionen über 45 Tage. (Stand-ard).	Median 5,7 J	BCF, Prostata-Biopsie 2 J nach Therapie [OS] Tox	<p>5-Jahres-BCF-Rate 59,95% (nicht hypofraktionierte) vs. 52,95% (hypofraktionierte) d.h. niedrigeres Regime ist 7% schlechter (CI).</p> <p>Hazard Ratio 1,18 (95%CI 0,99-1,41).</p> <p>overall survival und 2-Jahres-Biopsie ohne signifikante Differenzen.</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren: „ ..we cannot</p>	Lt. Kupelian 2004 ist auch die nicht hypofraktionierte Dosis von 66 Gy bereits unter-dosiert.	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
	nierte Dosis mit einer Toleranz von -7,5% BF.							exclude the possibility that the short arm may be worse than the long arm in terms of 5-year biochemical failure.“		
Peeters, 2006 [274]	RCT, multi-zentr-isch	n=664 von 669 ges.	cT1b-2 (64%) cT3-4 (36%), 20,5% mit HT	3DCRT 78 Gy	3DCRT 68 Gy	Median 51 Mo	FFF. FFCF, OS, Toxicity	<p><u>1. FFF</u> 78Gy = 64% 68 Gy = 54% p=0.02 (sign.)</p> <p><u>2. FFCF</u> no sign. diff.</p> <p><u>3. OS</u> no sign diff.</p> <p><u>4. late genitourinary Tox.</u> (> / = G2 nach RTOG/EORTC) no sign. diff.</p> <p><u>5. late gastrointestinal Tox.</u> (> / = G2 nach RTOG/EORTC) with 78 Gy slightly higher no sign. diff.</p>	Signifikant bessere Gesamt-rezidivfreiheit resultiert aus Unterschied bei biochemischer Rezidivfreiheit.	1+
Peeters, 2006 [275]	RCT, multi-zentr-isch	n=641 von 669 ges.	<u>Weiter-gehende Toxizitäts-analyse aus 2006a</u> (Dosispa-	3DCRT 78 Gy	3DCRT 68 Gy	Median 51 Mo	a.Analincontin-ence. b.Stool frequency.	Anale dosimetrische Variablen waren assoziiert mit Inkontinenz. Und schwach mit Gebrauch von Steroiden. Blutung und Stuhlfrequenz war mit	Autorenfolgerung: Um Risiko später GI-Komplika-tionen zu evalu-ieren, soll auch die Dosis der Analwand	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			Parameter Anorektal, Anal- und Rektalwand und Korrelation zu Komplikation betreffend) TROG/EORTC-Analyse siehe 2006a.				c.Proctitis requiring steroids. d.pain, cramps or tenesmus.	anorektalen Dosisparametern assoziiert. Schmerzen, Krämpfe oder Tenesmen zeigten keinen Volumeneffekt.	berücksichtigt werden.	
Zietman, 2005 [276]	RCT	393 (rekr. 1/96-12/99)	cT1b-cT2b, PSA < 15 ng/ml.	3DCRT 50,4Gy + Protonen-boost 19,8 GyE = 70,2 Gy	3DCRT 50,4Gy + Protonen-boost 28,8 GyE = 79,2 Gy	Med. 5.5 J	BF (bio-chemical failure)	Ohne BF-Failure (5 J) 70,2 Gy: 61,4% (54,6-68,3) 79,2 Gy: 80,4% (74,7-86,1) risk reduction in low risk and higher risk groups (51% p < 0,001 und 44% p = 0,03) Keine wes. Unterschied in Akut - /Spättoxizität. Frühe GU und GI 70,2 Gy: 1% 79 Gy: 2% Späte GU und GI 70,2% 2%	Intervention mit Protonenboost! Toxizitäten sind vermutlich aufgrund der hochpräzisen Protonen geringer als bei 3DCRT Dosiseskulation?	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								79 Gy 1%		
D'Amico 2007 [277]	Kohorte (prospektiv?)	948	Klinisch lokalisierte PCa, 660 für RPE, 288 für RT; cT1-3; 4% T3 in RT-Gruppe, 0% T3 in RPE-Gruppe.	3DCRT (70,2 Gy) oder RPE.	Unterschiedliche prätherapeutische Risikofaktoren: PSA>10 ng/ml, Gleason >=7, cT>=2b, PSA-Anstieg > 2ng/ml/J	Median 5,4 J für RPE und 4,0 Jahre für RT.	PCSM	<p>Kontinuierlicher Anstieg des Risikos für PCSM mit der Zahl der prätherapeutischen Risikofaktoren.</p> <p>Prätherapeutischer PSA-Anstieg als einzelner Risikofaktor geht mit deutlich höherem PCSM-Risiko einher als jeder andere Risikofaktor. nach RPE HR 7,3 (95%CI 1,0-59).</p> <p>nach RT HR 12,1 (95%CI 1,4-105).</p> <p>Autoren schlagen daher PSA-Anstieg >2mg/ml/J als separaten Hochrisikomarker vor.</p>	Unterschiedliche Risikoaufteilung in RPE- und RT-Gruppe, starke Schwankungen bei rel. Kleinen Patientenzahlen -> riesige 95%Cis.	
Kupelian 2004 [278]	Kohorte (prospektiv?)	2.991; EBRT<72 = 484 EBRT>72 = 301 PI = 950 COMB = 222	T1-2, z.T. unter neoadj. HT	EBRT >72 Gy	EBRT <72 Gy PI (1.251 o. 103Pd mit 144 o. 136 Gy) COMB (1.251 o. 103Pd mit 144 o. 136 Gy + EBRT 41,4	Median 56 Mo	5- und 7-Jahres-bRFS, MVA für Stadium, Gleason, PSA, Intervention	<p><u>5-Jahres-bRFS</u></p> <p>RP: 81%</p> <p>EBRT<72: 51%</p> <p>EBRT >=72: 81%</p> <p>PI: 83%</p> <p>COMB: 77%</p> <p><u>7-Jahres-bRFS</u></p>	Zusammensetzung der Gruppen unterschiedlich bzgl. Alter, Rasse, Prognose-Parameter. Cox-Regressionanalyse wurde gemacht, da die Einflussfaktoren jedoch nicht konstant sind, müssen die Er-	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
		Rp=1034			o. 45 Gy) RPE			RP: 76% EBRT<72: 47% EBRT >=72: 82% PI: 76% COMB: 77% ->EBRT<72 sign. schlechter, kein sign. Unterschied zwischen übrigen Therapieformen längeres bRFS (univariat) bei: niedrigerem Alter (<65J) niedrigerem Stadium (<T2b) niedrigerem Gleason (<=6) niedrigerem PSA niedrigere Strahlendosis HT Therapie nach 1994 Nach Ausschluss von EBRT<72 ergab sich längeres bRFS in MVA bei:	gebnisse als nicht wirklich verlässlich gewertet werden.	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>Niedrigerem PSA</p> <p>Niedrigerem Gleason</p> <p>Höherem Therapiejahr</p> <p>HT in MAV kein unabhängiger Prognosefaktor, Therapiemodalität nur wenn EBRT<72 in Analyse eingeschlossen.</p>		
Liu 2004 [279]	retrospektive Kohorte	1.192	cT1-4 (32% T3/4), z.T. unter neoadjuvanter oder adjuvanter HT	EBRT (konventionell oder 3D), mediane Dosis 66 Gy (50-72)	Einfluss von Risikoparametern auf GI- und GU-Tox	Median 49 Mo	Spät-GI- und GU-Tox, MVA für sehr viele Ausgangsparameter.	<p>Signifikanter Risikoparameter für späte GU-Tox Grad 2-3/3 : vorbestehende GU-Erkrankung, Z.n.n TUR, akute GI-Tox, akute GU-Tox.</p> <p>Signifikanter Risikoparameter für späte GI-Tox Grad 2-3/ 3:</p> <p>Vorbestehende GI-Erkrankung, Bluthochdruck, „pelvic field“-RT, akute GI-Tox, neoadj. HT <2 Monate.</p>	Risiko, dass signifikante Assoziationen durch Zufall entstanden sind, ist hoch, da sehr viele statistische Tests durchgeführt wurden.	2-
Nguyen, 2005 [280]	retrospektive Kohorte	460	cT1c-T2, bioptisch gesichert, keine systemische Therapie stratifiziert in Low Risk n=220	3DCRT, mediane Dosis 70,4Gy (66,3-77,9) Low Risk : vorwie-	Latenz als prognostischer Faktor generell (kont.) und stratifiziert nach < med.	Median 4,5 J	BF (Astro)	<p>Für alle: Delay nicht signifikant für BF (p=0.39), auch nicht stratifiziert nach < 2,53 und > 2,53 (p=0.15).</p> <p>Für Low Risk: Delay nicht signifikant für BF (p=0.31), auch nicht stratifiziert nach <2,53 und >2,53(p=0.62).</p> <p>Für High Risk (cT2b+c, PSA > 10, Gleason >6, > 50% Biopsiescores+ oder >34%</p>	<p>Multivariate Adjustierung für PSA, % pos. Biopsiescores, Gleason, T-Stadium.</p> <p>Vergleich med. Alter nur per Wilcoxon tRT-Dosis</p>	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			(cT1c/T2a, PSA</=10, Gleason bis 6, bis 50% Biopsiescores pos.oder bis 34% pos. Und 2b und PSA bis 20 und Gleason von 7) und High Risk n=240.	gend nur Prostata, High Risk: 47,4 Gy auch se-minal vesicles.	Delay(2,5 3 Mo) und >/= med. Delay bis primäre RT.			Biopsiescores und cT2c und PSA>20, Gleason >7): Delay signifikant (p=0.029) auch bei Stratifizierung (p=0.014).	nicht adjustiert. Ungebräuchliche Einteilung in Risikogruppen?	
Vargas 2005 [168]	pros-pektive Kohorte	331	cT1-3,N0M0, z.T. unter neoadj. oder adj. HT (22%).	3DCRT in aus-steigen-den Dosen (63-79,2 Gy).	Einfluss von Risiko-parametern Dosis, Alter, Rasse, HT, Sta-dium, Gleason, PSA, Di-abetes, Rektum-Größe auf Out-come.	1,6 J	Chronische rektale Tox >=2.	<u>Signifikante Prädiktoren für chronische rektale Tox >=2:</u> Relative rektale Dosis-Volumen zwischen V50 und 72. Auftreten akuter rektaler Tox. Akute Tenesmen. Akute Diarrhoe. <u>Nicht prädiktiv für rektale Tox:</u> HT, Alter, Rasse, Stadium, Gleason, PSA, Prostata-Volumen, Diabetes, Rektum-Größe.	Risiko, dass sig-nifikante Asso-ziationen durch Zufall entstanden sind, ist hoch, da sehr viele stati-stische Tests durchgeführt wurden.	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
Zapatero, 2005 [281]	prospekti-ve Kohorte	416 v. 426	cT1c-cT3b, M0 (75 T3a, 36 T3b = ca.25%) <u>Low risk:</u> n=181 nur RT <u>Inter. Risk:</u> n=75 neoadj. HT 4-6Mo + RT <u>High Risk:</u> n=160 Neoadj. HT + RT + adj. HT	3DCRT < 72 Gy	3DCRT >/= 72Gy Stratifi-zierung nach Risiko-gruppen.	36 Mo (18-63)	5-Jahres-Analyse BF (Toxizität).	74% ohne BF-Failure Low R: 80% Inter.R: 73% High R: 79%. <u>a)Univariate Analyse Alle:</u> nur Dosis der Radiatio sign. Faktor für Rezidivfreiheit (p=0.004). <u>b)Univariate Analyse nach Risikogruppen:</u> nur Dosis ist sign. Faktor für Rezidivfreiheit bei Low und High Low Risk: p=0.009 (96% versus 66%) Inter.Risk: p=0.119 n.s. High Risk: p=0.003 (84% versus 63%). <u>c)Multivariate Analyse nach für Intermed. und High Risikogruppen:</u> Inter. Risk: p=0.141 n.s. High Risk: p=0.021. <u>d) Multivariate Analyse in Bezug auf Toxizität GU und GI (nicht angegeben, ob früh oder spät)</u> Nur RT LK signifikant für Toxizität, nicht RT Dosis.	In Analyse eingegangen: a) Alter (<65 versus > 65), T-Stadium, PSA; Gleason, Risikogruppen. c)+d) auch RT Lk berück-sichtigt Ein nicht un-erhebliches Verzerrungsrisiko liegt in der kleinen Gruppen-größe und dem relativ kurzen medianen Follow-up. BF: PSA-Messung nach HT??	2+
Zeleftsky 2006 [282]	retrospec-tive Fallserie-Kohorte	561	Lokalisiertes PCa für IMRT, T1-3 (6% T3), z.T. unter HT	IMRT	Keine, Vergleich von ver-schieden-	Median 7 J	8-Jahres A-bRFS bzw. H-bRFS nach Risiko, 8-	8-Jahres A-bRFS favorable risk 85%	Eigentlich feasibility-Studie bzw. Fall-Serie, da kein Vergleich zu	2+-3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			(53%).		en Risiko-gruppen (fava-ble, intermedi-ate, un-fava-ble).		Jahres-Wahrschein-lichkeit rektaler und urologischer Spät-Tox >= Grad 2, ED, MVA auf Prognose-faktoren für bRFS.	<p>intermediate risk 76%</p> <p>unfavourable risk 72%.</p> <p>8-Jahres H-bRFS favorable risk 89%</p> <p>intermediate risk 78%</p> <p>unfavourable risk 67%.</p> <p>signifikante Prädiktoren: Stadium und PSA</p> <p>8-Jahres-Wahrscheinlichkeit rektaler Spät-Tox >= Grad 2: 1,6%.</p> <p>8-Jahres-Wahrscheinlichkeit urologischer Spät-Tox >= Grad 2: 15%</p> <p>ED in 49%, mit HT 57%, ohne HT 43%.</p>	ähnlichem Patienten-kollektiv.	

5.3. Thema LDR-Brachytherapie

5.3.1. Aggregierte Evidenz zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko: Leitlinien für Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>Healthcare professionals should offer radical prostatectomy or radical radiotherapy (conformal) to men with intermediate-risk localised prostate cancer.</p> <p>Healthcare professionals should offer radical prostatectomy or radical radiotherapy (conformal) to men with high-risk localised prostate cancer where there is a realistic prospect of long-term disease control (see recommendations in Chapter 6).</p> <p>Brachytherapy is not recommended for men with high-risk localised prostate cancer.</p> <p>Qualifying statement: There is no strong evidence for the benefit of one treatment over another. Relatively little health gain is required for these interventions to become demonstrably cost-effective..</p>	Kein Empfehlungsgrad angegeben	<p>Nilsson, S., Norlen, B. J. & Widmark, A. (2004) A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. <i>Acta Oncol</i>, 43: 316–381.</p> <p>Hummel, S., Paisley, S., Morgan, A., Currie, E. & Brewer, N. (2003) Clinical and cost-effectiveness of new and emerging technologies for early localised prostate cancer: a systematic review. [Review] [175 refs]. <i>Health Technology Assessment (Winchester, England)</i>, 7:iii-157.</p> <p>Doust, Miller, Duchesne, Kitchener and Weller (2004). A systematic review of brachytherapy: is it an effective and safe treatment for localised prostate cancer. <i>Australian Family Physician</i>, vol. 33, no. 7 pp. 525–529.</p> <p>Norderhaug, Dahl, Høisæter, Heikkilä, Klepp, Olsen, Kristiansen, Wæhre, Johansen. (2003) Brachytherapy for prostate cancer: A systematic Review of Clinical and Cost Effectiveness. <i>European Urology</i>, 44: 40–46</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabellen
NICE 2008 [32]	Im Algorithmus aus Seite 29 (xxix) wird die Brachytherapie als Therapieoption bei niedrigem und mittlerem Risikoprofil aufgeführt. (perkutane Strahlentherapie und radikale Prostatektomie sind bei mittlerem Risikoprofil die ‚präferierten‘ Optionen.	Kein Empfehlungsgrad angegeben	n.a.	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
EAU 2011 [30]	Indikationen für LDR-Brachytherapie Low-dose rate brachytherapy can be considered for low risk PCa patients with a prostate volume < 50 mL and an IPSS < 12.	GoR B	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz
EAU 2011 [30]	Transperineal interstitial brachytherapy with permanent implants is an option for patients with cT1- T2a, Gleason score < 7 (or 3 + 4), PSA < 10 ng/mL, prostate volume < 50 mL, without a previous TURP and with a good IPSS	LoE 2	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz
EAU 2011 [30]	Aus dem Hintergrundtext zur Frage LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko: In cases of intermediate- or high-risk localised PCa, brachytherapy in combination with supplemental external irradiation (45) or neoadjuvant hormonal treatment (46) may be considered. The optimum dose of supplemental EBRT is unclear. A randomised trial comparing 44 Gy with 20 Gy of EBRT + palladium-103 brachytherapy closed early, showing no difference in biochemical outcomes (47).	n.a.	Wallner K, Merrick G, True L, et al. 20 Gy versus 44 Gy supplemental beam radiation with Pd-103 prostate brachytherapy: preliminary biochemical outcomes from a prospective randomized multicenter trial. Radiother Oncol 2005 Jun;75(3):307-10.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

5.3.2. Aggregierte Evidenz zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko: Systematische Reviews und HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Systematischer Review	Nilsson et al. 2004 (zur Frage Kombination mit Strahlentherapie) [283]	Suche in Medline bis 2003	Unter anderem Frage LDR-Brachytherapie + perkutane RT	19 retrospektive Studien (N=8260) - Die Rolle der Kombination von Brachtherapie mit perkutaner Strahlentherapie und neoadjuvanter Hormontherapie muss in prospektiven Studien untersucht werden	Blasko 2000 Radge 1998 Singh 2000 Dattoli 1996 Zeitlin 1998 Critz 1999 Gelbblum 2000 Gelbblum 1999 Kang 2002 Critz 1998 Critz 2000a Grado 1998 Lederman 2001 Merrick 2001a Merrick 2001b Das 2000 Cavanagh 2000 Critz 2000b Hanlon 2000 Merrick 2002	2+

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Systematischer Review	Koukourakis et al. 2009 [284]	Medline + Cochrane bis Dezember 2008, englische Artikel zu	LDR- und HDR- Brachytherapie bei Prostatakarzinom	<p>Ergebnisse zur LDR-Brachytherapie:</p> <p>Studien jeglichen Designs (keine RCTs) zu low risk: n = 21</p> <p>Studien jeglichen Designs (keine RCTs) zu intermediate risk: n = 15</p> <p>Studien jeglichen Designs (keine RCTs) zu high risk: n = 16</p> <p>Zu den Risikogruppen werden nur die Angaben zu bPFS dargestellt und bei den Ergebnissen aktuelle Therapieverfahren präsentiert. Keine Aussage, welche Form der Kombination mit HT und RT bei intermediate und high risk belegte Vorteile bieten.</p> <p>Qualität der eingeschlossenen Studien nicht berücksichtigt.</p>	<p>Studie zu low risk</p> <p>Ellis et al. 2007, Zelefsky et al. 2007a 67:65-70, Zelefsky et al. 2007b 67: 327-333, Block et al. 2006, Khaksar et al. 2006 Gueda et al. 2006, Stock et al. 2006, Prada et al. 2005, Potters et al. 2005, Sharkey et al. 2005, Joseph et al. 2004, Critz and Levinson 2004, Bladou et al. 2004, Battermann et al. 2004, D'Amico et al. 2003, Sylvester et al. 2003, Kwok et al. 2001, Grimm et al. 2001, Wallner et al. 2003, Martin et al. 2007 Merrick et al. 2005</p> <p>Studie zu intermediate risk</p> <p>Ellis et al. 2007, Zelefsky et al. 2007a 67:65-70, Zelefsky et al. 2007b 67: 327-333, Khaksar et al. 2006 Gueda et al. 2006, Stock et al. 2006, Potters et al. 2005, Sharkey et al. 2005, Joseph et al. 2004, Critz and Levinson 2004, Battermann et al. 2004, Sylvester et al. 2003, Kwok et al. 2001, Koutrouvelis et al. 2003, Merrick et al. 2005</p> <p>Studie zu high risk</p> <p>Ellis et al. 2007, Dattoli et al.</p>	1-

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
					2007 Zelefsky et al. 2007a 67:65-70, Khaksar et al. 2006 Gueda et al. 2006, Stock et al. 2006, Copp et al. 2005, Potters et al. 2005, Sharkey et al. 2005, Joseph et al. 2004, Critz and Levinson 2004, Battermann et al. 2004, Sylvester et al. 2003, Kwok et al. 2001, Koutrouvelis et al. 2003, Merrick et al. 2007	

NWHT = Nebenwirkung/Harntrakt, NWImp = Nebenwirkung/Impotenz/erektile Dysfunktion, NWR = Nebenwirkung/Rektum, NWS = Nebenwirkung/Schmerzen, HIFU = Hochintensiver fokussierter Ultraschall, PSA = prostataspezifisches Antigen ; EBRT = externen Strahlentherapie; PCa = Prostatakarzinom; HTA = Health Technology Assessment; DFS = disease free survival ; OS = overall survival ; bDFS = biochemical disease free survival, TURP = transurethral resection of the prostate

5.3.3. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011 zum Thema LDR-Brachytherapie bei mittlerem und hohem Risiko

Artikel (Autor, Jahr)/ Studien- typ	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Taira et al. 2011 (retrospek- tive monozen- trische	N=1656, T1b-T3c, 575 low risk, 608 intermediate risk, 473 high risk Intermediate risk = T2b, PSA 11,1-	J-125, Pd-103 (91,1% der Patienten), +/- EBRT (bei 64,8 %) +/- HT (bei 26,9 %) keine Angaben zu den Dosen bei	Keine (Fallserie)	bPFS (< 0,4 ng/ml nach nadir) CSS	12-Jahresdaten : 1. 95,6 % (98,6 % low risk, 96,5 % intermediate risk, 90,5 % high risk) 2. 98,2 % (99,8 % low risk, 99,3 %	Alle Patienten wurden von dem gleichen Arzt behandelt. Rückschlüsse auf das effektivste Therapieschema für	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Fallserie)	19,9 Gleason = 7 ; high risk = PSA \geq 20 oder Gleason \geq 8 oder \geq 2 Risikofaktoren für intermediate risk.	Kombinationstherapie, bei Monotherapie minimal 125 Gy für Pd-103 und 145 Gy für J-125 Follow-up : 7 Jahre		OS	intermediate risk, 95,2 % high risk) 3. 72,6 % (77,5 % low risk, 71,1 % intermediate risk, 69,2 % high risk)	Risikogruppen schwierig, da perkutane Strahlentherapie und hormonablativ Therapie nicht nach festem Schema eingesetzt wurden.	
Pickles et al. 2010 [285](Gruppe von Matched Pairs nach progn. Variablen aus prospektiver Kohorte)	N = 278, low risk+intermediate risk	N = 139, J-125 + 6 Monate Hormontherapie, 77,7 % low risk, Follow up : ca. 5,6 Jahre	N = 139, 3D-CRT (max. 72 Gy), 77,7 % low risk, ca. 30 % mit HT	bPFS (Phoenix Kriterien) Toxizität (RTOG-Klassifikation)	5-Jahreszahlen : 1. 95,2 % (BT) vs. 84,7 % (EBRT), low risk : 94 % vs. 88 %, intermediate : 100 % vs. 78 % (alle signifikant geringer) 2. häufiger akute Toxizitäten in BT (15% Kathether vs. 0%), sign. häufiger Akut Grad 3 urogenitale Toxizitäten in BT, sign. häufiger urogenitale Spätkomplikationen unter BT, sign. weniger gastrointestinale Spätkomplikationen	Keine Daten einer prospektiven Kohorten sondern Stichprobe die durch Matched Pair Verfahren ermittelt wurde. Kurze Nachbeobachtung	2
Prada 2010 [286] (retrospektive Fallserie)	N=734, 219 mit intermediate risk, 487 low risk); Intermediate risk = T2b, PSA 11-20, Gleason \leq 7), low risk = T1c-T2a + PSA \leq 10 +	J-125 (145 Gy) + 43 % mit HT vor BRT (3-4 Monate zur Reduktion der Prostata) Follow up : ca. 4, 5 Jahre	Keine (Fallserie)	bPFS	10-Jahreszahlen : low risk : 92 %, intermediate risk : 84 %, high risk 65 %	keine Angaben zur Häufigkeit der HT in intermediate risk Gruppe.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Gleason \leq 6						
Stone 2011 [287] (retrospektive Fallserie)	N = 2111, 45,9 % low risk (PSA < 10, Gleason \leq 6, \leq T2a, Volumen < 50 cm ³) 23,6 % intermediate risk (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b), high risk (PSA > 20, Gleason 8-10, T2c-T3) 67, 6 % Gleason 2-6, 22, % Gleason 7	Bei low risk : J-125 (160 Gy) Intermediate : J-125 (124 Gy), Pd-103 (124 Gy) oder Pd-103 (100 Gy) + 3D-CRT (45 Gy), zusätzlich 6 Monate HT (3 Monate neoadjuvant) High risk : 9 Monate HT + Kombination aus BT und EBRT	Keine (Fallserie)	bPFS (Phoenix Kriterien) CSS MFS	12-Jahresdaten : 1. 78,6 % (88,1 % low risk, 79,2 % intermediate risk, 67 % high risk) 2. 94,5 % (99,8 % low risk, 99,3 % intermediate risk, 95,2 % high risk) 3. 95,2 %	Rückschlüsse auf bestes Verfahren für Risikogruppen schwierig, da keine festen Therapieschemata getestet wurden. Anpassungen der Therapien sind im Zeitverlauf erfolgt. Wahrscheinlich Überschneidung der Population in Stone 2010	3
Stone 2010 [288] (retrospektive Fallserie)	N = 584, 44,5 % low risk (PSA < 10, Gleason \leq 6, \leq T2a, Volumen < 50 cm ³) 24,1 % intermediate risk (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b), 31, 4 % high risk (PSA > 20, Gleason 8-10,	Bei low risk : J-125 (160 Gy) Intermediate : J-125 (124 Gy), Pd-103 (124 Gy) oder Pd-103 (100 Gy) + 3D-CRT (45 Gy), zusätzlich 6 Monate HT (3 Monate	Keine (Fallserie)	bPFS (Phoenix Kriterien)	7-Jahresdaten : 82,7 % (91,6 % low risk, 83,9 % intermediate risk, 70,3 % high risk)	Rückschlüsse auf bestes Verfahren für Risikogruppen schwierig, da keine festen Therapieschemata getestet wurden. Anpassungen der Therapien sind im Zeitverlauf erfolgt.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	T2c-T3)	neoadjuvant) High risk : 9 Monate HT + Kombination aus BT und EBRT Follow-up : 7 Jahre					
Kao 2008 [289] (retrospektive Fallserie)	N = 435, T1-T2c, 31 % mit HT (bei Volumen > 50cm ³ oder intermediate risk, 85,2 % low risk (nach NCCN), 16,6 % intermediate risk	J-125 (≥ 180 Gy) + 6 Monate HT (3 Monate neoadjuvant) Follow-up: Median 6,7 Jahre	Keine (Fallserie)	bPFS (ASCO) bPFS (Phoenix) OSS	7-Jahresdaten : 93,9 % 91,7 % 10-Jahreszahlen 3. 90,3 %	Überwiegend low risk Population, ca. 85 Pat. mit intermediate risk	3
Hinnen et al. 2010 [290](retrospektive Fallserie)	N = 921, 232 low risk, 369 intermediate risk, 320 high risk (NCCN),	J-125 (144 Gy), bei 18,4% + 6 Monate HT wegen Prostatavolumen ≥ 50 ml Follow up : Median 69 Monate	Keine (Fallserie)	bPFS (Phoenix) CSS OS	10-Jahresdaten : 1. 57 % (88 % low risk, 61 % intermediate risk, 30 % high risk) 2. 82 % (96 % low risk, 87 % intermediate risk, 69 % high risk) 3. 59 % (68 % low risk, 64 % intermediate risk, 49 % high risk)	Bei intermediate risk wurde Monotherapie angewendet (HT bei größerem Prostatavolumen)	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Taira et al. 2010 [291] (retrospektive Fallserie)	N = 463, T1b-T2c, 319 low risk (\leq T2b + PSA \leq 10 + Gleason \leq 6, 144 intermediate risk (PSA 10,1-20, Gleason 7 oder cT2c), 1,4 % mit Turmorstadium T2c	J-125 (min. 145 Gy) oder Pd-103 (min. 125 Gy) Follow-up : Median 5,8 Jahre	Keine (Fallserie)	bPFS (\leq 0,4 nach nadir): CSS OS	12-Jahresdaten : 1. 97,1 % (97,4 % low risk, 96,4 % intermediate risk) 2. 99,7 % (99,6 % low risk, 100 % intermediate risk) 3. 75,4 % (76,2 % low risk, 74 % intermediate risk)	Nur Monotherapie, Patienten mi HT oder EBRT wurden ausgeschlossen	3
Ho et al. 2009 [292] (retrospektive Fallserie)	N=558 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b)	J-125 oder Pd-103 +/- RT (45 Gy) +/- HT (zur Reduktion des Prostatavolumens oder adjuvant, keine genauen Angaben zur Häufigkeit) Follow-up : Median 5 Jahre	Keine (Fallserie)	bPFS (Phoenix):	10-Jahresdaten : 1. 86 %	Keine festes Therapieschema untersucht. Häufigkeit von Kombinationen mit Hormontherapie und Strahlentherapie unklar	3
Pinkawa et al. 2010 [293] (retrospektive)	N = 295, cT1-T3M0M0, 43 % low risk (PSA < 10, Gleason < 7, T < 2b), 29 %	LDR-BRT (J-125, 145 Gy) + HT bei 44 % (Median 3 Monate)	HDR-BRT (IR 192) + HT bei 56 % (Median 5 Monate)	bPFS (Phoenix+Beginn HT)	5-Jahresdaten : 1. keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapieverfahren bzgl. der Gesamtgruppe oder den Risikogruppen	Vergleich der Therapiegruppen bzgl. bPFS nicht transparent dargelegt.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Kohortenanalyse)	intermediate risk (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c), 29 % high risk (2 Risikofaktoren PSA > 20, Gleason > 7, T > 2b/c)		Oder RT (3D-CRT , 70,2 Gy) + HT bei 47 % (Median 5 Monate)		berichtet. Sign. Unterschiede zwischen den Risikogruppen und in der multivariaten Analyse zwischen LDR und EBRT sowie HDR und EBRT	Aufgrund der vielen Tests, Problematik des multiplen Testens	
Wong 2009 [294] (retrospektive monozentrische Kohortenanalyse)	N = 853, T1c-T3N0M0, 1993-2004 Low risk (PSA ≤ 10, T1-T2c, Gleason ≤ 6) Intermediate risk (einer der drei Risikofaktoren ist erhöht: PSA ≥ 10, T1-T2c, Gleason ≤ 6) High risk (2-3 Risikofaktoren erhöht, siehe low risk)	BRT (J-125 mit 144 Gy oder Pd-103 mit 120 Gy) + HT (median 3 Monate) bei hohem Prostatavolumen oder Intefferenz von Prostata und Schambein Follow-up : Median 49 Monate	3D-CRT (68,4 Gy), Follow-up : Median 62 Monate IMRT (75,6 Gy) Follow-up : Median 56 Monate EBRT+BRT (45 Gy + 110/90 Gy) + HT, Follow-up : Median 63 Monate	bPFS (Phoenix) Toxizitäten	5-Jahresdaten : 1. signifikant geringere bPFS-Rate bei 3D-CRT gegenüber anderen Verfahren 2. Akute und späte gastrointestinale Komplikationen Grade 2 unter BRT deutlich seltener als gegenüber 3D-CRT oder IMRT Akute und späte urogenitale Komplikationen Grade 2 unter BRT deutlich häufiger als gegenüber 3D-CRT oder IMRT	Gruppen mit unterschiedlichen Follow-up und Risikostruktur, Problematik des häufiges Testens	2-
Stock et al. 2009	N = 432, alle klassifiziert als	N = 350LDR-BRT (Pd-103 mit 100	N = 82, LDR-BRT (100 Gy, Pd-103, J-125)+	bPFS	8-Jahresdaten :	Gruppen sind heterogen bzgl. PSA, Gleason, T-	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
[295] (retrospektive Fallserie)	intermediate risk (NCCN)	Gy, J-125 mit 125 Gy)+ 3D-CRT/IMRT (Median 45 Gy) + HT (9 Monate) Follow-up :Median 56 Monate	3D-CRT (45 Gy) ohne HT	Toxizität	kein signifikanter Unterschied (92 % vs. 92%), keine signifikanten Unterschiede	Stadium. Gruppenvergleich erlaubt keine zuverlässigen Aussagen	
Henry et al. 2010 [296] (retrospektive Fallserie)	N = 1298, 44 % low risk, 33 % intermediate, 13 % high risk Risikoklassifikation nach MSKCC: intermediate: 1 Risikofaktor (PSA > 10 oder Gleason > 6 oder T3), high risk (2-3 Risikofaktoren, siehe intermediate risk ;30,2 % mit unbekanntem Tumorstadium	J-125 (145 Gy) +/- HT (44% über alle Risikogruppen)	Keine (Fallserie)	bPFS CSS OS	10-Jahresdaten : 1. nach ASTRO : 79,9 % (86,4 % low risk, 76,7 % intermediate risk, 60,6 % high risk) nach nadir+2 : , 72,1 % (72,3 % low risk, 73,5 % intermediate risk, 57,6 % high risk) Low risk : 86,4 %, 72,3 2. 95 % 3. 85 %	HT bei 44,2 % der Patienten, keine Monotherapie	3
Munro et al. 2010 [297] (retrospektive)	N=187, Gleason 7 oder T1-2c mit PSA ≤ 10 (mittleres Risiko aufgrund von	J-125 (145 Gy) +/- HT bei hohem Prostatavolumen, HT endet spätestens 1	Keine (Fallserie)	bPFS OS	10-Jahresdaten : 1. nach ASTRO : 82,4 %, nach nadir+2 : 78 %	Nur Gleason Score als Kriterium für intermediate risk angewendet-Vergleichbarkeit mit anderen Studien	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Fallserie)	Gleason-Score oder Tumorstadium, nicht PSA), 1,4 % mit Tumorstadium T2c	Monat nach Therapie (insgesamt 49% mit HT) Follow-up : Median 5 Jahre			97,9 %	eingeschränkt. 49 % mit Hormontherapie	
							1-
Koontz et al. 2009 [298] (retrospektive Fallserie)	N = 199, Low risk: N=40 (T1c-2a, Gleason 6, PSA < 10) Intermediate risk: N=94 (T2b, Gleason 7 oder PSA 10,1-20) High risk: N=65 (>T2c, Gleason > 8 oder PSA > 20)	3D-CRT (45 Gy) + LDR-BRT (100 Gy, Pd-103, J-125), 45 % mit HT	Keine (Fallserie)	bPFS (Phoenix) Toxizität	5-Jahresdaten : 87 % (95 % low risk, 87 % intermediate risk, 81 % high risk) Urogenitale Komplikationen : 21% absolut, > Grad 2 : 9% ; gastrointestinale Komplikationen : 38 %, > Grad 2 : 13 %	Kombination von 3D-CRT und LDR-Brachytherapie wurde untersucht.	3
Jani et al. 2006 [299] (retrospektive, monozen-	N = 189	LDR-BRT+RT (vor LDR-BRT) (Pd-103, J-125 mit 108 bzw. 90 Gy + 45 Gy 3D-CRT)	LDR-BRT ohne RT (Pd-103, J-125 mit 144 bzw. 115 Gy) N=135, 81% T1, 19 %	bPFS (2x > 1 ng/ml): 80 %	5-Jahresdaten : 80 % (+RT) vs. 59 % (ohne RT), p < 0,01	Schadensendpunkte werden nicht ausgewertet Gruppen unterscheiden sich deutlich.	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
trische Kohortenstudien)		N=54, 39% T1, 56 % T2, 24% Gleason 8-10	T2, 4% Gleason 8-10				
Valakh et al. 2010 [300] (retrospektive Fallserie)	N=67 (82% intermediate risk, 13 % high risk nach NCCN)	IG-IMRT (Pd-103, J-125 mit 100 bzw. 110 Gy)+ LDR BRT (45 Gy) Follow-up : Median 2,35 Jahre	Keine (Fallserie)	Toxizität	Toxizitäten: akute und späte GI und GU: 3% bzw. 9%, 14,9 % mit gastrointestinalen Blutung. 33,5 % Impotenz (3 Jahren)	Kurzes Follow-up, keine Angaben zur Tumorkontrolle	3
Singh et al. 2005 [301] (retrospektive Kohortenstudie - Matched Pair Analyse)	N = 160, T1-T2, Alter Median: 68 bzw. 70 Jahre, 66 % bzw. 68 % mit HAT, ca. 45 % Gleason 5-6, 23 % Gleason 7, 11 % Gleason 8, 40 % bzw. 46 % T1, Patienten nach Alter, PSA, Gleason und HT gematcht.	3D-CRT (50,4 Gy) + LDR-BRT (72-76 Gy, Pd-103)	3D-CRT (70,2 Gy)	bPFS (Nadir + 3x PSA Anstiege) Toxizitäten	5-Jahresdaten : 86 % (3D-CRT + LDR) vs. 72 % (3D-CRT), p = 0,03 sign. häufiger gastrointestinale Komplikationen Grad 1-2, keine Unterschiede bei urogenitalen Komplikationen.	Kohorten weisen trotz matchens, wesentlich Unterschiede auf (z. B. Tumorstadienverteilung). Angaben zum Gesamtüberleben nur in einer nicht lesbaren Kaplan-Meier Kurve dargestellt.	2-
Vassil et al. 2010 [302](retrospektive)	N = 979, intermediate risk nach NCCN-Klassifikation: PSA	N=265 BRT (J-125, 144 Gy) + neoadjuvante HT (keine Angaben	RT, N=305 RPE, N=354	bPFS (Phoenix) Mediane Zeit	5-Jahresdaten : 89,5 % (BRT) vs. 85,7 % (RT) vs. 60,2 % (Laparoskopische RPE) vs. 79,9 % (RPE),	Therapiegruppen in Größe und Eigenschaften sign. heterogen (z. B. bzgl. HT,	2-

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
tive Kohortenanalyse	10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c, 60,2 % Gleason 7, 37,5 % PSA 10-20, 2,3 % T2b-T2c	zum Umfang in Therapiegruppen, insgesamt 88 % Follow-up : Median 5,41 Jahre	Laparoskopische RPE, N=64	bis Salvagetherapie	Laparoskopische RPE sign. schlechter als andere Verfahren. 47 Monate (BRT) vs. 47,8 Monate (RT) vs. 21 Monate (Laparoskopische RPE) vs. 26,1 Monate (RPE), bei Laparoskopischer RPE Zeit bis Salvagetherapie sign. Geringer als bei anderen Verfahren.	PSA, Gleason)	
Cosset et al. 2007 [303], retrospektive Kohorte	N = 809, T1-T2,	J-125 (179 Gy) +/- HT (68 %, Median 4 Monate) N=533 (T1-2a und PSA < 10, Gleason 2-6)	Keine Vergleich unterschiedlicher Therapien sondern verschiedener Risikogruppen : N=276 (T1-2a und PSA 10-15 und/oder Gleason 7)	Relapse Free Survival (bPFS+klinische Rezidive) OS CSS	5-Jahresdaten : 97 % (Gruppe ohne Risikofaktoren) vs. 94 % mit mehr Risikofaktoren), p = 0,001 98 %, keine sign. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen 100 % in beiden Gruppen	Studie vergleicht Kohorte die der empfohlenen Indikation entspricht mit Patienten die von der empfohlenen Indikation geringfügig abweicht.	3
Sylvester et al. 2007 [304], prospektive Fallserie)	N = 223, T1-T3, Risikogruppen (nach D'Amico) : 26,5 % low risk, 22,4 % intermediate risk, 51,1 % high risk	J-125 (120 Gy) oder Pd-103 (90 Gy) + neoadjuvante perkutane RT (45 Gy) Follow-up : 9,41 Jahre	Keine Vergleich unterschiedlicher Therapien (entspricht Fallserie).	bPFS (2x PSA Anstieg oder HT)	5-Jahresdaten : 74 % (nach D'Amico : 85,8 % low risk, 80,3 % intermediate risk, 67,8 % high risk)	Es werden die 15 Jahreszahlen einer Kohorte mit Kombination LDR + RT dargestellt.	3

AHT = adjuvante Hormontherapie ; bPFS = biochemical progression free survival ; cPFS = clinical progression-free survival, CSS = cancer specific survival ; EBRT = externen Strahlentherapie ; HT = Hormontherapie; IMRT = intensity-modulated radiation therap ; MFS = metastasis free survival, NCCN = National Comprehensive Cancer Network ; OS = overall

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
-----------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------	----------	------------	-------------	--------------------

survival ; PCSM = prostate cancer specific mortality ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; RPE = Radikale Prostatektomie ; RT = radiotherapy, 3D-CRT = 3-dimensional conformal therapy, HRQoL = health related quality of life, EORTC/RTOG = European Organisation for Research and Treatment of Cancer/ Radiation Therapy Oncology Group ; ASTRO = American Society of Therapeutic Radiation Oncology ;

5.3.4. Übersichten zu den Fragestellungen der 1. Aktualisierung 2011 (mittleres Risiko, hohes Risiko, Kombination mit Strahlen- und hormonablativer Therapie).

Tabelle 1: Studien (n>50) zur LDR-Brachytherapie bei mittlerem Risikoprofil (es werden jeweils nur die Daten für die Subgruppe mit mittlerem Risiko angegeben)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
1.Studien aus Aktualisierungsrecherche 2011						
Taira 2011 (retrospektive Fallserie)	J-125, Pd-103 (91,1% der Patienten), +/- EBRT (bei 64,8 %) +/- HT (bei 26,9 %) keine Angaben zu den Dosen bei Kombinationstherapie, bei Monotherapie minimal 125 Gy für Pd-103 und 145 Gy für J-125	N=608, Ein Risikofaktor (T2b, PSA 11,1-19,9 Gleason = 7)	6,9	71,1 % (12)	99,3 % (12)	≤ 0,4 ng/ml nach nadir: 96,5 % (12)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Pickles 2010 [285](prospektive Kohorte)	J-125 + 6 Monate Hormontherapie vs. 3D-CRT (max. 72 Gy)	J-125 + 6 Monate Hormontherapie : N=31 (nur Pat. mit mittlerem Risikoprofil) Keine Angaben zu Definition des mittleren Risikos	ca. 5,6	n.a.	n.a.	Phoenix: 100 % (5)
		3D-CRT : N=31 (nur Pat. mit mittlerem Risikoprofil)		n.a.	Phoenix: 78% (5)	
Prada 2010 [286] (retrospektive Fallserie)	J-125 (145 Gy) + 43 % mit HT vor BRT (3-4 Monate zur Reduktion der Prostata)	N=219 (mittleres Risikoprofil); T2b, PSA 11-20, Gleason \leq 7), keine Angaben zur Häufigkeit der HT bei dieser Gruppe.	4,5	n.a.	n.a.	Phoenix: 84 % (10)
Stone 2011 [287] (retrospektive Fallserie)	J-125 (124 Gy), Pd-103 (124 Gy) oder Pd-103 (100 Gy) + 3D-CRT (45 Gy), zusätzlich 6 Monate HT (3 Monate neoadjuvant)	N=499 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b)	6	n.a.	n.a.	Phoenix: 79,2 % (12)
Stone 2010 [288] (retrospektive Fallserie)	J-125 (160 Gy) oder Pd-103 (124 Gy) + 6 Monate HT (3 Monate neoadjuvant)	N=141, (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b + negative Samenblaseninfiltration)	7,1	n.a.	n.a.	Phoenix: 83,9 % (7)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Kao 2008 [289] (retrospektive Fallserie)	J-125 (≥ 180 Gy) + 6 Monate HT (3 Monate neoadjuvant)	N= ca. 84 (nur %-Angaben) (NCCN-Klassifikation: PSA 10,1-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)	6,7	n.a.	n.a.	ASTROalt: 91,3 % (5) Phoenix: 92,8 % (5)
Hinnen et al. 2010 [290] (retrospektive Fallserie)	J-125 (144 Gy), bei 18,4% + 6 Monate HT wegen Prostatavolumen ≥ 50 ml	N=369 mittleres Risiko (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c), 7,6 % mit Turmorstadium >T2b	5,6	64 % (10)	87 % (10)	Phoenix: 61 % (10)
Taira et al. 2010 [291] (retrospektive Fallserie)	J-125 (min. 145 Gy) oder Pd-103 (min. 125 Gy)	N=144 (PSA 10,1-20, Gleason 7 oder cT2c), 1,4 % mit Turmorstadium T2c	5,8	74 % (12)	100 % (12)	($\leq 0,4$ nach nadir): 96,4 % (12)
Ho et al. 2009 [292] (retrospektive Fallserie)	J-125 oder Pd-103 +/- RT (45 Gy) +/- HT (zur Reduktion des Prostatavolumens oder adjuvant, keine genauen Angaben zur Häufigkeit)	N=558 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b)	5	n.a.	n.a.	Phoenix: 86 % (10)
Sylvester et al. 2007 [304], prospektive Fallserie)	J-125 (120 Gy) oder Pd-103 (90 Gy) + neoadjuvante perkutane RT (45 Gy)	N=50 nach D'Amico, modifiziert: intermediate: (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b)	9,43	n.a.	n.a.	Mittleres Risiko nach D'Amico: 2x PSA Anstieg oder HT: 80,3 % (15)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
		N=91 nach MSKCC-Klassifikation: intermediate: PSA > 10 oder Gleason > 6 oder >T2b (ein Risikofaktor)				Mittleres Risiko nach MSKCC: 2x PSA Anstieg oder HT: 80 % (15)
Henry et al. 2010 [296] (retrospektive Fallserie)	J-125 (145 Gy) +/- HT (44% über alle Risikogruppen)	N=430, MSKCC: 1 Risikofaktor (PSA > 10 oder Gleason > 6 oder T3), 30,2 % mit unbekanntem Tumorstadium	4,9	n.a.	n.a.	ASTROalt: 76,7 % (10) Phoenix: 73,5 % (10)
Munro et al. 2010 [297] (retrospektive Fallserie)	J-125 (145 Gy) +/- HT bei hohem Prostatavolumen, HT endet spätestens 1 Monat nach Therapie (insgesamt 49% mit HT)	N=187, Gleason 7 oder T1-2c mit PSA ≤ 10 (mittleres Risiko aufgrund von Gleason-Score oder Tumorstadium, nicht PSA), 1,4 % mit Tumorstadium T2c	5	97,9 % (10), 1 Patient	n.a.	ASTROalt: 82,4 % (10) Phoenix: 78 % (10)
Cosset et al. 2007 [303], retrospektive Kohorte	J-125 (179 Gy) +/- HT (68 %, Median 4 Monate)	N=276 (T1-2a und PSA 10-15 und/oder Gleason 7)	3,59	ca. 98 % (5)	100 % (5)	Relapse Free Survival (bPFS+klinische Rezidive (Metastasen): 94 % (5)
Wong 2009 [294] (retrospektive	3D-CRT (68,4 Gy)	N=111 (einer der drei Riskofaktoren ist erhöht: PSA ≥ 10, T1-T2c, Gleason ≤ 6)	4,8	n.a.	n.a.	Phoenix: 74 % (5)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Kohortenanalyse	IMRT (75,6 Gy)	N=151 (einer der drei Risikofaktoren ist erhöht: PSA \geq 10, T1-T2c, Gleason \leq 6)		n.a.	n.a.	Phoenix: 88 % (5)
	BRT (J-125 mit 144 Gy oder Pd-103 mit 120 Gy) + HT (median 3 Monate) bei hohem Prostatavolumen oder Intefferenz von Prostata und Schambein	N=58 (einer der drei Risikofaktoren ist erhöht: PSA \geq 10, T1-T2c, Gleason \leq 6)		n.a.	n.a.	Phoenix: 94 % (5), sign. besser als 3D-CRT
	EBRT+BRT (45 Gy + 110/90 Gy) + HT	N=23 (einer der drei Risikofaktoren ist erhöht: PSA \geq 10, T1-T2, Gleason \leq 6)		n.a.	n.a.	Phoenix: 95 % (5)
Vassil et al. 2010 [302](retrospektive Kohortenanalyse	BRT (J-125, 144 Gy) + neoadjuvante HT (keine Angaben zum Umfang in Therapiegruppen, insgesamt 88 %)	N=265 (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c), 60,2 % Gleason 7, 37,5 % PSA 10-20, 2,3 % T2b-T2c	5,41	n.a.	n.a.	Phoenix: 89,5 % (5), sign. besser als laparoskopische RPE
	RT	N=305 (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)		n.a.	n.a.	Phoenix: 85,7 % (5)
	RPE	N=354 (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)		n.a.	n.a.	PSA > 0,4 : 79,9 % (5)
	Laparoskopische RPE	N=64 (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)		n.a.	n.a.	PSA > 0,4 : 60,2 % (5)
Pinkawa et al. 2010 [293]	LDR-BRT (J-125, 145 Gy) + HT bei 35 % (Median 3 Monate)	N=32,9 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)	6,3	n.a.	n.a.	Phoenix+Beginn HT: 81 % (5)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
(retrospektive Kohortenanalyse)	HDR-BRT (IR 192) + HT bei 56 % (Median 5 Monate)	N=16 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)	6,25			Phoenix+Beginn HT: 80 % (5)
	RT (3D-CRT , 70,2 Gy) + HT bei 47 % (Median 5 Monate)	N=35 (PSA 10-20, Gleason 7 oder cT2b-cT2c)	5,9			Phoenix+Beginn HT: 69 % (5)

2. Studien zu LDR-Brachytherapie bei mittlerem Risiko aus systematischer Übersichtsarbeit (Koukourakis et al. 2009) [284]

Ellis et al. 2007	n.a.	N=239	3,9	n.a.	n.a.	Phoenix: 87 % (7)
Zelevsky et al. 2007	n.a.	N=960	5,25	n.a.	n.a.	Phoenix: 70 % (8)
Khaksar et al. 2006	n.a.	N=111	3,75	n.a.	n.a.	Phoenix: 89 % (5)
Guedea et al. 2006	n.a.	N=119	2,5	n.a.	n.a.	Phoenix: 88 % (3)
Stock et al. 2006	n.a.	N=318	4,2	n.a.	n.a.	Phoenix: 89,5 (10)
Potters et al. 2005	n.a.	N=554, 7 % T2b-T2c	8	n.a.	n.a.	Phoenix: 78 % (12)
Sharkey et al. 2005	n.a.	N=1707	n.a.	n.a.	n.a.	Phoenix: 89 % (12)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Joseph et al. 2004	n.a.	N=667	2,6	n.a.	n.a.	Phoenix: 73,9 (8)
Critz and Levinson 2004	n.a.	N=1469	6	n.a.	n.a.	>0,2 ng/ml: 80 % (10)
Battermann et al. 2004	n.a.	N=114	4	n.a.	n.a.	Phoenix: 75 (5)
Sylvester et al. 2003	n.a.	N=92	5,25	n.a.	n.a.	2x PSA Anstiege: 77 % (10)
Koutrouvelis et al. 2003	n.a.	N= 68	4	n.a.	n.a.	Phoenix: 95 % (5)
Merrick et al. 2005	n.a.	N=273	4,7	n.a.	n.a.	Phoenix: 94,8 % (8)

Abkürzungen: NCCN = National Comprehensive Cancer Network, ASTROalt = alte Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (drei konsekutiv ansteigende PSA-Werte), Phoenix = neuere Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (Nadir + 2 ng/ml), HT = Hormontherapie, RT = Radiotherapie, LDR-BRT = Low Dose Rate - Brachytherapy, PSA =prostataspezifisches Antigen, 3D-CRT = 3D konformale Strahlentherapie, HDR-BRT = High Dose Rate - Brachytherapy, MSKCC = Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Tabelle 2: Studien (n>50) zur LDR-Brachytherapie bei hohem Risikoprofil (es werden jeweils nur die Daten für die Subgruppe mit hohem Risiko angegeben)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Hinnen et al. 2010 [290](retrospektive Fallserie)	J-125 (144 Gy)	N=320 (hohes Risiko: T3, Gleason \geq 8, PSA >20, oder \geq 2 Risikofaktoren des mittleres Risikos)	5,75	49 % (10)	69 % (10)	Phoenix: 30 % (10)
Sylvester et al. 2007 [304], prospektive Fallserie)	J-125 (120 Gy) oder Pd-103 (90 Gy) + neoadjuvante perkutane RT (45 Gy)	N=114 nach D'Amico, modifiziert: high risk: (hohes Risiko: T2c oder Gleason 8-10 oder PSA >20, oder \geq 2 Risikofaktoren des mittleres Risikos) N=71 nach MSKCC-Klassifikation: intermediate: PSA > 10 oder Gleason > 6 oder >T2b (ein Risikofaktor, high risk: oder \geq 2 Risikofaktoren des mittleres Risikos)	9,43	n.a.	n.a.	High risk nach D'Amico: 2x PSA Anstieg oder HT: 67,8% (15) High risk nach MSKCC: 2x PSA Anstieg oder HT: 53 % (15)
Henry et al. 2010 [296] (retrospektive Fallserie)	J-125 (145 Gy) +/- HT (44% über alle Risikogruppen)	N=179, MSKCC: 2-3 Risikofaktoren des mittleres Risikos (PSA > 10 oder Gleason > 6 oder T3)	4,9	n.a.	n.a.	ASTROalt: 60,6 (10) Phoenix: 57,6 (10)

Studien zu LDR-Brachytherapie bei hohem Risikoprofil aus systematischer Übersichtsarbeit (Koukourakis et al. 2009)[284]

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Ellis et al. 2007	BRT +/- RT +/- HT	N=239	3,9	n.a.	n.a.	Phoenix: 72,5 % (7)
Zelevsky et al. 2007	BRT +/- RT +/- HT	N=192	5,25	n.a.	n.a.	Phoenix: 48 % (8)
Dattoli et al. 2007	BRT +/- RT +/- HT	N=243	8,5	n.a.	n.a.	>0,2ng/ml: 81 % (13)
Merrick et al. 2007	BRT +/- RT +/- HT	N=204	7	n.a.	n.a.	>0,4ng/ml: 86,6 % (10)
Stock et al. 2006	BRT +/- RT +/- HT	N=360	4,2	n.a.	n.a.	Phoenix: 83 (7)
Copp et al. 2005	BRT +/- RT +/- HT	N=93	4,5	n.a.	n.a.	Phoenix: 77 % (4)
Potters et al. 2005	BRT +/- RT +/- HT	N=418	6,8	n.a.	n.a.	Phoenix: 63 % (12)
Sharkey et al. 2005	BRT +/- RT +/- HT	N=1707	n.a.	n.a.	n.a.	Phoenix: 88 % (12)
Joseph et al. 2004	BRT +/- RT +/- HT	N=667	2,6	n.a.	n.a.	Phoenix: 52,6 (8)
Critz and Levinson 2004	BRT +/- RT +/- HT	N=1469	6	n.a.	n.a.	>0,2 ng/ml: 61 % (10)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Battermann et al. 2004	BRT +/- RT +/- HT	N=114	4	n.a.	n.a.	Phoenix: 54 (5)
Sylvester et al. 2003	BRT +/- RT +/- HT	N=77	5,25	n.a.	n.a.	2x PSA Anstiege: 47 % (10)
Koutrouvelis et al. 2003	BRT +/- RT +/- HT	N=280	4,5	n.a.	n.a.	Phoenix: 81 % (5)

Abkürzungen: NCCN = National Comprehensive Cancer Network, ASTROalt = alte Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (drei konsekutiv ansteigende PSA-Werte), Phoenix = neuere Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (Nadir + 2 ng/ml), HT = Hormontherapie, RT = Radiotherapie, LDR-BRT = Low Dose Rate - Brachytherapy, PSA =prostataspezifisches Antigen, 3D-CRT = 3D konformale Strahlentherapie, HDR-BRT = High Dose Rate - Brachytherapy, MSKCC = Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, IMRT = intensity modulated radiation therapy

Tabelle 3: Studien zur Kombination LDR-Brachytherapie und perkutane Strahlentherapie

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Sylvester et al. 2007 [304], prospektive Fallserie)	J-125 (120 Gy) oder Pd-103 (90 Gy) + neoadjuvante perkutane RT (45 Gy)	N=114 nach D'Amico, modifiziert: high risk: (hohes Risiko: T2c oder Gleason 8-10 oder PSA >20, oder ≥ 2 Risikofaktoren des mittleres Risikos) N=71 nach MSKCC-Klassifikation: intermediate: PSA > 10 oder Gleason > 6 oder >T2b (ein Risikofaktor, high risk: oder ≥ 2 Risikofaktoren des mittleres Risikos	9,43	n.a.	n.a.	High risk nach D'Amico: 2x PSA Anstieg oder HT: 67,8% (15) High risk nach

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
						MSKCC: 2x PSA Anstieg oder HT: 53 % (15)
Koontz et al. 2009 [298] (retrospektive Fallserie)	3D-CRT (45 Gy) + LDR-BRT (100 Gy, Pd-103, J-125)	Low risk: N=40 (T1c-2a, Gleason 6, PSA ≤ 10)	5,3	n.a.	n.a.	Phoenix: 100 % (5)
		Intermediate risk: N=94 (T2b, Gleason 7 oder PSA 10,1-20)	3,0	n.a.	n.a.	Phoenix: 93 % (5)
		High risk: N=65 (≥T2c, Gleason ≥ 8 oder PSA > 20)	4,8	n.a.	n.a.	Phoenix: 86 % (5)
Jani et al. 2006 [299] (retrospektive Fallserie)	LDR-BRT+RT (vor LDR-BRT) (Pd-103, J-125 mit 108 bzw. 90 Gy + 45 Gy 3D-CRT)	N=54, 39% T1, 56 % T2, 24% Gleason 8-10	4	n.a.	n.a.	2x > 1 ng/ml: 80 % (5)
	LDR-BRT ohne RT (Pd-103, J-125 mit 144 bzw. 115 Gy)	N=135, 81% T1, 19 % T2, 4% Gleason 8-10	3,9	n.a.	n.a.	2x > 1 ng/ml: 59 % (5)
Valakh et al. 2010 [300] (retrospektive Fallserie)	IG-IMRT (Pd-103, J-125 mit 100 bzw. 110 Gy)+ LDR BRT (45 Gy)	N=67 (82% intermediate risk, 13 % high risk nach NCCN)	2,35	Toxizitäten: akute und späte GI und GU: 3% bzw. 9%, 14,9 % mit gastrointestinalen Blutung. 33,5 % Impotenz (3 Jahren)		
Singh et al. 2005 [301] (retrospektive)	3D-CRT (50,4 Gy) + LDR-BRT (72-76 Gy, Pd-103)	N=80, 46 Pat. T1, 34 Pat T2	3,3	Nur in Grafik, keine Daten	n.a.	Nadir + 3x PSA Anstiege: 86 % (5)

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Kohortenstudie - Matched Pair Analyse)	3D-CRT (70,2 Gy)	N=80, 40 Pat. T1, 40 Pat T2	3,2	Nur in Grafik, keine Daten	n.a.	Nadir+ 3x PSA Anstiege: 72 % (5)
Wong 2009 [294] (retrospektive Kohortenstudie)	3D-CRT (68,4 Gy)	N=270	5,2	n.a.	n.a.	Phoenix: 74% (5)
	IMRT (75,6 Gy)	N=314	4,7	n.a.	n.a.	Phoenix: 87% (5)
	BRT (J-125 mit 144 Gy oder Pd-103 mit 120 Gy) + HT (median 3 Monate) bei hohem Prostatavolumen oder Interferenz von Prostata und Schambein	N=225	4,1	n.a.	n.a.	Phoenix: 94 % (5)
	EBRT+BRT (45 Gy + 110/90 Gy) + HT	N=44	5,25	n.a.	n.a.	Phoenix: 94 % (5)
Zusätzliche Publikation aus S3-Leitlinie (Version 2009)						
Blasko et al. 2000 [305], retrospektive Kohortenstudie	J-125 oder Pd-103 +/- HT	N=403	4,8	n.a.	n.a.	Phoenix: 84 % (10)
	J-125 oder Pd-103 + RT +/- HT	N=231		n.a.	n.a.	Phoenix: 85 % (10)
Abkürzungen: NCCN = National Comprehensive Cancer Network, ASTROalt = alte Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (drei konsekutiv ansteigende PSA-Werte), Phoenix = neuere Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (Nadir + 2 ng/ml), HT = Hormontherapie, RT = Radiotherapie, LDR-BRT = Low Dose Rate - Brachytherapy, PSA =prostataspezifisches Antigen, 3D-CRT = 3D konformale Strahlentherapie, HDR-BRT = High Dose Rate - Brachytherapy, MSKCC = Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, IMRT = intensity modulated radiation therapy						

Tabelle 4: Studien zur Kombination LDR-Brachytherapie und Hormontherapie

Publikation	Intervention	Population und Risikoklassifikation	Mediane Nachbeobachtung in Jahren	OS	CSS	bPFS, Kriterium (Jahre)
Stock et al. 2009 [295] (retrospektive Fallserie)	LDR-BRT (Pd-103 mit 100 Gy, J-125 mit 125 Gy)+ 3D-CRT/IMRT (Median 45 Gy) + HT (9 Monate)	N=350 Intermediate risk (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20 oder Gleason 7 oder cT2b-cT2c), 16 Pat. erhielten HT wegen positiver Samenblasen	4,75	n.a.	n.a.	Phoenix: 92% (8)
	LDR-BRT (100 Gy, Pd-103, J-125)+ 3D-CRT (45 Gy) ohne HT	N=82 Intermediate risk (NCCN-Klassifikation: PSA 10-20 oder Gleason 7 oder cT2b-cT2c)	4,8	n.a.	n.a.	Phoenix: 92 % (5)

Abkürzungen: NCCN = National Comprehensive Cancer Network, Phoenix = neuere Definition eines PSA-Rezidivs der American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (Nadir + 2 ng/ml), LDR-BRT = Low Dose Rate - Brachytherapy, PSA =prostataspezifisches Antigen, 3D-CRT = 3D konformale Strahlentherapie, MSKCC = Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, IMRT = intensity modulated radiation therapy, OS = overall survival, CSS = cancer specific survival, bPFS = biochemical progression free survival

5.3.5. Aggregierte Evidenz: Leitlinien, systematische Übersichten und HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
IQWiG 2007 [306]	Für Patienten mit einem lokal begrenzten PCa gibt es im Vergleich zur Prostatektomie aus (nicht randomisierten) Beobachtungsstudien Hinweise auf einen Vorteil der Brachytherapie hinsichtlich der Beeinträchtigung der Sexualität und der Harninkontinenz. Im Vergleich zur perkutanen Strahlentherapie finden sich in diesen Studien Hinweise auf einen Vorteil der Brachytherapie bezüglich der Endarmfunktion. Im Hinblick auf das Gesamt- und krankheitsspezifische Überleben sowie krankheitsfreie Überleben beziehungsweise krankheitsbedingte Beschwerden liegen keine Belege für eine Überlegenheit, Unterlegenheit oder Gleichwertigkeit der Brachytherapie gegenüber der Prostatektomie vor.	Keine	s. 2.B.: 11 Publikationen: Beyer et al., 2000 bis Zelefsky et al., 1999
Ash 2000 [307]	Patienten mit einem Prostatakarzinom im Stadium T1c-T2b und einem Ausgangs-PSA < 10ng/ml, einem Gleason score < 6 haben ein geringes Rezidivrisiko. Mit steigendem PSA und steigendem Gleason score steigt	--	1. Blasko, 1995 (8)

Quelle	Fazit/Empfehlung	Evidenz-graduierung	Literaturbelege
	<p>das Rezidivrisiko. Ein PSA > 20ng/ml ist ungünstig. Ein GS 7 ist günstiger als ein GS von 8-10.</p> <p>Eine Prostatagröße von maximal 35ml verringert das Risiko des Harnverhalts und anderer Morbidität im Bereich des Harntrakts. Ein geringer IPSS (0-8) ist günstig.</p>		<p>2. Critz, 1995 (12)</p> <p>3. Stock, 1996 (51)</p> <p>4. Wallner, 1996 (57)</p> <p>5. Gelblum, 1999 (25)</p> <p>6. Terk, 1998 (55)</p>
Salember 2007 [308]	<p>Ergänzend zu der Arbeit von Ash et al 2000 (ESTRO/EAU/EORTC recommendations) wird mitgeteilt:</p> <p>Die Standarddosis ist 145Gy (Jod-125) bzw. 125Gy (Pd-103) (1, 2, 3).</p> <p>Risikoorgane sind prostatistische Urethra, Rektum, Schwellkörper (bulbär) und neurovaskuläre Bündel (4, 5, 6, 7)</p> <p>Eine CT (oder MRT) basierte post-Implantationskontrolle sollte nach 4-6 Wochen erfolgen.</p>	--	<p>1. Nath, 1995 (51)</p> <p>2. Rivard, 2004 (67)</p> <p>3. Williamson, 2000 (84)</p> <p>4. Ash, 2000 (4)</p> <p>5. Crook, 2005 (15)</p> <p>6. Wallner, 1985 (82)</p> <p>7. Zelefsky, 2003 (87)</p>
Nag 1999 [309]	<p>Die Seed-Implantation als Monotherapie eignet sich für Patienten im klinischen Stadium T1 bis T2a, einem Gleason score von 2-6, sowie einem PSA <10ng/ml (8). Bei einem höheren Tumorstadium T2b-2c, oder einem Gleason score 8-10 oder einem PSA >20ng/ml sollte die Brachytherapie in Kombination mit einer perkutanen Aufsättigung erfolgen. Bei Patienten zwischen diesen zwei Gruppen sollte von anderen Faktoren abhängig gemacht (z.B. perineurale Invasion in der Biopsie, Anzahl und Lokalisation positiver Biopsien) werden, ob eine Monotherapie oder eine kombinierte Form der Bestrahlung erfolgt.</p> <p>Gewisse Faktoren (z.B. AUA symptom score, Prostatagröße >60ml, Mittellappen, großer TUR-Defekt, positive Samenblasen in der Biopsie) sind aus unterschiedlichen Gründen als relative Kontraindikationen zur</p>	--	<p>1. Grimm, 1997 (8)</p> <p>2. Partin, 1997 (44)</p> <p>3. Linzer, 1996, (27)</p> <p>4. Arterbery, 1993 (29)</p> <p>5. Bastacky, 1993 (32)</p>

Quelle	Fazit/Empfehlung	Evidenz- graduierung	Literaturbelege
	<p>Brachytherapie anzusehen - unabhängig von obig genannten Parametern.</p> <p>Beim Therapieentscheid wird das Risiko eines ungünstigen onkologischen Verlaufs wird auf Basis der Partin Tables und anderer Arbeiten (Roach et al., 1993-4) geschätzt.</p>		<p>6. Roach, 1993 (59)</p> <p>7. Roach, 1994 (60)</p>
AUA 2007 [161]	<p>Patienten mit lokalem Prostatakarzinom sind Kandidaten für die ultraschallgestützte transperineal applizierte Brachytherapie mit Jod-125 (140 Gy) oder Pd-103 (120 Gy).</p> <p>Es gibt unterschiedliche Meinungen darüber, ob nur Patienten mit einem „low risk tumour“ oder auch solche mit einem „intermediate risk tumour“ behandelt werden sollten (62).</p> <p>Alternativen zur Monotherapie ist die Kombination der Brachytherapie mit der perkutanen Bestrahlung.</p> <p>Sowohl die Monotherapie als auch die Kombinationstherapie kann in Kombination mit der antiandrogenen Therapie erfolgen.</p> <p>Sehr wichtig für die onkologische Effektivität der Behandlung ist die Qualität der Implantation. Diese wird am Volumen der Prostata, welches mit mindestens der Verschreibungsdosis behandelt wird, gemessen. Mindestens 90% der Prostata sollten die Erhaltungsdosis erhalten.</p>	--	<p>1. Sylvester, 2003 (62)</p> <p>2. Stock, 2006 (63)</p> <p>3. D´Souza, 2004 (64)</p>
Brüggemann 2005 [310]	<p>Zusammenfassung: Ein Wirksamkeitsnachweis der Brachytherapie (bzgl. des Gesamt- als auch des progressionsfreien Überlebens) durch eine prospektiv randomisierte Studie liegt nicht vor. Evidenzbasiert gebührt der radikalen Prostatektomie der Vorrang vor allen anderen Therapiealternativen. Die Brachytherapie weist gegenüber der radikalen Prostatektomie und der perkutanen Strahlentherapie keine ungünstigere Wirksamkeit-Verträglichkeitsrelation auf. Mögliche Vorteile der Brachytherapie betreffen den Erhalt von Potenz und Kontinenz, mgl. Nachteile rektale Komplikationen und passagere Miktionserschweris.</p> <p>Fazit:</p> <p>Die Brachytherapie kann dann erwogen werden, wenn die radikale Prostatektomie nicht vorgenommen werden kann oder soll. Auch das „watchful waiting“ als Option ausscheidet und eine aktive Therapie gewählt werden soll.</p>	--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Evidenz- graduie- rung	Literaturbelege
	<p>Bei Wahl zwischen der Brachytherapie und der perkutanen Bestrahlung sind neben Patientenpräferenzen potenzielle Vor- und Nachteile der beiden Therapien zu berücksichtigen.</p> <p>Die Brachytherapie eignet sich besonders für Patienten mit einem T1-T2a Tumor, einem PSA <10ng/ml und einem Gleason score <6.</p>		
NHMRC, 2002 [311]	<p>Information on the effectiveness of brachytherapy is limited with a maximum of 10-year Follow-up in few studies (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).</p> <p>The ideal patient for ‘seed’ brachytherapy has localised prostate cancer of low volume with Gleason score <7 and greater than a 10 year life expectancy.</p> <p>Late side effects including sexual and rectal morbidities are significantly less with brachytherapy than after external beam radiotherapy and radical prostatectomy. Acute urinary toxicity varies from minimal to considerable.</p> <p>PSA-progression free survival compares favourably with other modalities though data are limited.</p>	--	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datolli, 1996 2. Grado, 1998 3. d´Amico, 1996 4. Stock, 1996 5. Beyer, 1997 6. Ragde 1997 7. Kaye, 1995

5.3.6. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
Beyer, 2000 [312]	retros-pektive Kohorte	2.222	T1-T2 Nx-N0, Mo Überwiegend GS ≤ 6 (BMT 84%, PST 74%) PSA < 10ng/ml (69%) Keine Hormon-therapie.	Brachymono-therapie (J-125, Pd-103) (695).	Perkutane Strahlen-therapie (1.527)	In Mo: median*: 45 BT: 51 PST: 41 * alle	Überleben, rezidivfrei.	Sig. Unterschiede: GS 8-10, 5 yrs 28% - 52% iPSA, 5 yrs PSA 10-20: 53% - 70% Sonstige Unterschiede bzgl. GS, iPSA, TNM: insignifikant.	2+
Borchers, 2004 [313]	prospektive Kohorten-studie	132	T1c-T2a, GS ≤ 6, PSA ≤ 10ng/ml	Brachymonotherapie (J-125) (52)	Radikale Prostatak-tomie (perineal) (42)	In Mo: 26 (12-60)	Lebensqualität, Morbidität.	Nach 1 Jahr: Gesamt-score gleich, kpl. Funktionen gleich; QoL bzgl. sex. Störung besser nach BT.	2+
Bradley, 2004 [314]	retros-pektive Kohorten-studie	269	T1c-T2 (T3: n jeweils 1) GS ≤ 6: 83 bzw. 65%) PSA ≤ 10ng/ml	Brachymonotherapie (n=102) Brachytherapie + PST (n=50) Antiandrogene Therapie über 8 Monate, Beginn 2-3	Radikale Prostektomie (n=60) Antiandrogene Therapie: nein	In Mo: BT 18.8 RP 25.5	Lebensqualität, Morbidität.	BT besser: Sexualfkt., Inkontinenz. Weniger Harntraktsymptome nach RP. Gesamtscore, andere Unterscores: gleich.	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
				Monate vor Therapie					
D´Amico 1998 [315]	retros-pektive Kohorten-studie	1.872	T1-T2 GS \leq 6: 63-80% GS \geq 7: 20-37%	Brachy-Monotherapie (66) Brachytherapie + Neoadjuvante Antiandrogene Therapie (NAT) (152).	Perkutane Strahlen-therapie (766) Radikale Prostatak-tomie (888).	In Mo: BT 41.0 PST 38.0 RP 38.0.	(PSA-) rezidivfreies Überleben.	Kein Unterschied: low risk Tumor nach .3 bzw. 5 Jahren. medium risk nach BT sig. erhöht (zu PST und RP).	2+
D´Amico 2003 [316]	prospektive Kohorten-studie	1.267	T1 GS \leq 6: BT 89% RP 85% GS \geq 7: BT 11% RP 15% PSA \leq 10ng/ml	Brachy-Monotherapie (Pd-103) (227).	Radikale Prostatak-tomie (406).	Beide Gruppen 4 J.	(PSA-) rezidivfreies Überleben.	Kein Unterscheid im medianen PSA-freien Überleben (5 yrs estimates).	2+
Davis, 2001 [317]	retros-pektive Kohorten-studie	770	T1-T2 68% T3 32% Mittlerer GS: 5.8-6.5 PSA:	Brachymono-therapie (Pd-103) (142) (NAT: 50%).	Perkutane Strahlen-therapie (188) NAT: 47% Radikale Prostatak-	In Mo: BT 22.0 PST 30.0 RP 38.0.	Lebensqualität, Morbidität.	Gesamtscore: BT besser RP Sexualfkt: BT besser RP Inkontinenz: BT besser RP.	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
			BT 7.4ng/ml, RP 9.3ng/ml, PST 16.7ng/ml.		tomie (220) (NAT 1.0%).				
Kupelian, 2004 [278]	retros-pektive Kohorten-studie	2.991	T1-T2 GS \leq 6 BT: 76% RP: 74% PST \leq 72Gy: 66% PST \geq 72Gy: 57% Rest: GS \geq 7 PSA \leq 10ng/ml: 52-71% Rest PSA > 10.	Brachy-Monotherapie (J-125, Pd-103) (950).	Perkutane Strahlen-therapie (2 Dosier-ungen: < 72Gy und > 72Gy) < 72Gy: 484 > 72Gy: 30!) Radikale Prostataek-tomie (1.034).	In Mo: Alle 56.0 BT 47.0 PST <72Gy 75.0 PST >72Gy 49.0 RP 66.0	(PSA-) rezidivfreies Überleben.	BT, RP + PST \geq 72Gy: Kein Unterschied nach 5 und 7 Jahren. PST < 72Gy sig. schlechter als BT und RP.	2+
Sharkey 2005 [318]	retros-pektive Kohorten-studie	1.077	T1-T2 GS \leq 6 (in %): BT 71, RP 65, Rest GS \geq 7.	Brachymono-therapie (Pd-103) (869).	Radikale Prostataektomie (208)	3 J	(PSA-) rezidivfreies Überleben.	Monozentrische retrospektive Kohortenstudie Vergleich Brachytherapie (Pd103) und Prostataektomie hinsichtlich PSA-rezidivfreiem-Überleben. Aus den Daten lassen sich keine gesicherten Schlussfolgerungen zur genuinen	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Wirksamkeit der Brachytherapie hinsichtlich Verlängerung des Gesamt-überlebens ableiten.	
Talcott, 2003 [319]	pros-pektive Kohorten-studie	613	T1-T2 GS \leq 6 (in %): BT 76, RP 50, PST 48, Rest GS \geq 7. Medianes PSA (in ng/ml) BT 6.3 RP 8.3 PST 11.2.	Brachymono-therapie (80).	PST (182) RP (129) Watchful Waiting (19)	2 J	Harn- und Enddarm-funktion, Sexualität.	Überlegenheit der BT gegenüber RP und PST bzgl. Potenz und Kontinenz, Darmfunktion in allen Gruppen ähnlich.	2+
Zeilefsky, 1999 [320]	retros-pektive Kohorten-studie	282	T1-T2 Medianes PSA (in ng/ml) BT 6.1 PST 6.6.	Brachymono-therapie (J-125) (145).	Perkutane Strahlentherapi e (137).	In Mo: BT 24.0 PST 36.0.	(PSA-) rezidivfreies Überleben, Morbidität.	Rezidivfrei nach BT 82, nach PSST89% (p=0.09) (5 yrs estimates).	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Effekte	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
Blasko, 2000 [305]	Kohorten-studie (vermut-lich retro-spektiv)	634	T1-2a (68%) T2b (21%) T2c (9%) GS <6 (80%) GS 7-10 (9%) medianes. PSA 7,7.	BT (J-125, Pd-103) + EBRT (231 Pat).	BT (J-125, Pd-103) allein (403 Pat.).	Median 58 Mo	PSA-rezidiv-freies Überleben	10-Jahres PSA-rezidivfreies Überleben BT +EBRT 79% BT allein 88% (signifikant?) Subgruppenanalysen nach risk: BT BT+EBRT Low 94% 75% Intermed. 84% 85% High 54% 62% n.s.	ca. 20-30% interme-diate risk, Signifikanz für Unterschied BT vs BT+EBRT nicht in Zahlen angegeben, Subgruppenanalyse mit sehr niedrigen Zahlen unterpowert. LDR wird nicht mit einem anderen Verfahren verglichen.	2-
Merrick, 2005 [321]	Kohorten-studie (vermut-lich retro-spektiv)	668	T1-2a (75%) T2b-3c (25%) GS median 7 PSA median 7,3.	BT (J-125, Pd-103) + EBRT (370 Pat), 227 Pat. von 668 erhielten HAT.	BT (J-125, Pd-103) allein (298 Pat.) 227 Pat. von 668 erhielten HAT.	Median 58,6 Mo	PSA-rezidiv-freies Überleben	8-Jahres PSA-rezidivfreies Überleben „low risk“ 98,2% „intermediate risk“ 98,4% „high risk“ 88,2% MVA in den Gruppen: kein Einfluss von Alter, PSA, GS, % positiver Biopsien, HT, Prostata-Volumen, EBRT auf Outcome in „low risk“ und „intermediate risk“-Gruppen In „high risk“ Gruppe hat GS, % positiver Biopsien und HT	Ca. 20-30% interme-diate risk (nach D’Amico). Die verwendete Risiko-klassifizierung im Ergebnisteil erfolgte nicht nach der D’Amico-Klassifikation, sondern nach Anwesenheit oder Abwesenheit „favorable“ und „adverse“ factors. Die Subgruppen sind grenzwertig klein, um verlässliche statisti-	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Effekte	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Einfluss auf Outcome.	sche Aussagen zu treffen. LDR wird nicht mit einem anderen Ver-fahren verglichen.	
Potters, 2005 [322]	retros-pektive Kohorten-studie	1.449	T1-T2a (93%) T2b-T2c (7%) GS 2-6 (67%) GS 7 (28%) GS 8-9 (5%) durchschnittl. PSA 10,1 40% mit HT u./o. EBRT	Brachy-therapie (J-125, Pd-103) 40% mit HT u./o. EBRT, annehmbar mehr adju-vante in intermediate+ high-risk Gruppen.	Keine, Analyse von Einfluss-faktoren auf Outcome	In Mo: Median (oder Mean ? – unteschie-dliche Angaben) : 82,3	PSA-rezidiv-freies Überleben	PSA-rezidivfreies Überleben nach 12 Jahren (ASTRO-Kattan-Definition): Alle Patienten: 78% „low risk“: 89% „intermediate risk“ 78% „high risk“ 63%. signifikante Einflussfaktoren auf Outcome laut MVA: %D90, PSA, GS, % positiver Biopsien. nicht signifikant: HT, Stadium, EBRT.	Die verwendete Risi-koklassifizierung im Ergebnisteil erfolgte nicht nach der D’Amico-Klassifikation, sondern nach Abwesenheit oder Abwesenheit „favorable“ und „adverse“ factors, die nicht explizit ge-nannt werden. Die überwiegende Zahl der eingeschlossenen Patienten ist low risk gemäß D’Amico. LDR wird nicht mit einem anderen Verfahren verglichen.	2+
Stock, 2006 [323]	retros-pektive Kohorten-	1.561	T1c (44%) T2a (21%)	BT (J-125, Pd-103) (634 Pat)	Keine, Analyse verschiedener Risikofaktoren	Median 3,8 J	DSS, OS	10-Jahres-DSS: 96%. 10-Jahres-OS: 74%.	Nur ca. 20% intermediate risk.	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Effekte	Bemerkung	Evidenz- Niveau (SIGN)
	studie		T2b (22,4%) GS 2-6 (69%) GS 7 (21%) PSA </=10 (71%) PSA 10-20 (20%).	BT+HT (420 Pat) BT+HT+EBRT (507 Pat)	auf Outcome			PSA-failure nach Therapie und GS signifikant mit DSS assoziiert; kein signifikanter Einfluss in MVA: Stadium, HT, iPSA, Risikogruppe.	LDR wird nicht mit einem anderen Verfahren verglichen. Vergleichbarkeit des outcomes mit den üblichen PSA-rezidiv-freien Werten möglich?	
Zelevsky, 2007 [324]	Kohorten- studie (pros- pektiv?)	367	T1c (80%) T2a-c (20%) GS </=6 (93%) GS 7(7%) PSA <10 (95%) 87% low risk 13 % intermediate risk.	Brachy- therapie (J- 125).	Keine, Analyse der risk- Kategorie auf Outcome	Median 53 Mo	PSA-rezidiv- freies Überleben	PSA-Rezdivfreies Überleben nach 5 Jahren (ASTRO-Definition): low risk: 96% intermediate risk: 90%.	Die überwiegende Zahl der eingeschlossenen Patienten ist low risk gemäß D'Amico. LDR wird nicht mit einem anderen Verfahren verglichen.	2+

5.4. Thema HDR-Brachytherapie

5.4.1. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Brenner, 2002 [325]	Beobachtungs-studie	192	Interm. + High Risk, keine HT, cT nicht erkennbar, geschätzter Anteil cT3 gering.	EBRT 46 Gy + HDR (2x) = 8,25-10,5 Gy	EBRT 46 Gy + HDR (3x) = 5,5-6,5 Gy	Median 6,6 J	3J-bNED	3-J bNED für 3 x HDR 64% - 75% (70%) 3-J bNED für 2 x HDR 87% - 95% (94%) p=0,001.	Uneinheitliche Dosen, retrospektive Analyse.	2-
Deger, 2005 [326]	Fallserie/ Kohorten-studie	442	94-low risk 53-inter-mediate risk 295-high risk keine Hormon-therapie; 247 (56%) cT3.	EBRT 40-50,4 Gy 2 x HDR 9-10 Gy keine Vergleichsintervention.		Median 5 J	bPFS, OS, DSS; MVA bezüglich Einflussfaktoren für Outcome.	bPFS 81% DSS 94% OS 87% Low risk 81% Interm. Risk 65% High risk 59%. Signifikante Einflussfaktoren auf bPFS in MVA: PSA (>10), Alter (>70), Risiko-Gruppe (low vs. intermediate/high).	--	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																				
Deger, 2002 [327]	Fallserie/ Kohortenstudie	230	134 (58%) cT3 80-T2 16-T1 keine Hormon-therapie.	EBRT 40-50,4 Gy 2 x HDR 9-10 Gy		40 Mo (3,3 J)	OS, DSS, bPFS; MVA bezüglich Einflussfaktoren für Outcome.	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>bPFS</td> <td>DSS</td> <td>OS</td> </tr> <tr> <td>5-Jahres-</td> <td>95%</td> <td>93%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>cT1</td> <td>100%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>cT2</td> <td>70%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>cT3</td> <td>65%</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Signifikante Einflussfaktoren auf bPFS in MVA:</p> <p>PSA (>10), Alter (>70), Risiko-Gruppe (low vs. intermediate/high)</p> <p>PSA-Nadir (<0,5) und initiales PSA „most important parameters on PFS“.</p>		bPFS	DSS	OS	5-Jahres-	95%	93%		cT1	100%			cT2	70%			cT3	65%			Kurzes Follow-up, Ergebnisse der MVA nicht transparent dargestellt.	2 bis 3
	bPFS	DSS	OS																											
5-Jahres-	95%	93%																												
cT1	100%																													
cT2	70%																													
cT3	65%																													
Demanes, 2005 [328]	Fallserie/ Kohortenstudie	209	70-low risk 92-inter-mediate risk 47-high risk keine Hormon-therapie; 13 (6%)	HDR-22-24 Gy (4x 5.5- 6.0 Gy) EBRT 1,8 Gy bis 36 Gy.		7,25 J	GCF	<p>General Clinical Failure (PSA>25, Hormontherapie, DRE oder Biopsie positive, Fernmeta)</p> <table border="0"> <tr> <td>Risk group :</td> <td>5y</td> <td>8y</td> <td>10 y</td> </tr> <tr> <td>Low (4)</td> <td>0.93 (59)</td> <td>0.93 (16)</td> <td>0.93</td> </tr> </table>	Risk group :	5y	8y	10 y	Low (4)	0.93 (59)	0.93 (16)	0.93	Nur beschreibend. Best Korrelation mit klinischem Versagen erbrachte Nadir + 2 ng/ml +.	2 bis 3												
Risk group :	5y	8y	10 y																											
Low (4)	0.93 (59)	0.93 (16)	0.93																											

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			cT3.					Inter- mediate 0.96 (73) 0.94 (32) 0.94 (9) High 0.85 (37) 0.79 (22) 0.79 (10) 5 y 8 y 10 y Low 93 (58) 93 (16) 93 (4) Inter- mediate 93 (71) 92 (31) 82 (8) high 83 (35) 66 (18) 62 (8).		
Galalae, 2002 [329]	Fallserie/ Kohorten- studie	144	46 (32%) cT3	EBRT Arc Technik 2 Gy bis 40 Gy HDR: 8-9 Gy Prostata umschließend (15 Gy periphere Dosis).		Minimum 5 J Median 8,2 J	bNED	bNED (%) bNED (%) year 5-year 8- <10 ng/mL, G1-2 94.7 93 10-20 ng/mL, G1-2 83.3 81 >20 ng/mL, G1-2 67.7 63.6 <10 ng/mL, G3 72.2 64.3 10-20 ng/mL, G3 76.9 75 >20 ng/mL, G3 38 32	--	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Tox GI GU Grade 1 9.72% 12.5% Grade 2 6.94% 4.16% Grade 3 4. 10% 2.08% erhöhte Tox, wenn TURP innerhalb von 6 Monaten (median 16 Monate).		
Galalae, 2004 [330]	Fallserie/ Kohorten-studie	611 3 Instit.	46-low risk (Gr1) 188-intermediate risk (Gr2) 359-high risk (Gr3); 112 (18%) cT3.	EBRT: 45.6-50 Gy mit 1.8 to 2 Gy Einzeldosis HDR: 3-11.5 Gy, 2-4 x 177 Hormonther. 434 nicht.		mittl. FU: 5 J	OSS, CSS, BC, DFS, LR, MVA auf prognostische Faktoren.	Endpoint AllGr1 Gr2 Gr3 (n=593) (n=46) (n=188) (n=359) OS 85% 88% 86% 85% CSS 96% 100% 99% 95% BC 77% 96% 88% 69% DFS 67% 83% 75% 61% LR 7.4% 0% 3.5% 10% Gleason, PSA, Risikogruppe und Stadium waren signifikante multivariate	Retrospektive Analyse, ungleiche Gruppen.	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								prognostische Faktoren. Zusätzliche Hormontherapie ohne Vorteil für alle Endpunkte (Außer CSS in der Hochrisikogr.		
Galalae, 2006 [331]	Fallserie/ Kohorten-studie	579 2 Instit.	122-low risk 122-inter-mediate risk 80-high risk; cT-Kategorie nicht erkenn-bar	EBRT: 45.6-50 Gy mit 1.8 to 2 Gy Einzeldosis HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4 x 222 Kurzzeit Hormonther. 324 keine HAT.		mittl. FU: 5,3 J	BED	Berechnung der Equivalenzdosis mit $\alpha/\beta = 1.2$ (<94 Gy vs. >94 Gy) BED > 94 Gy signifikante Verbesserung der bNED, der Lokalrez. und der Metastasenrate (nur für intermediate risk und high risk Patienten).	Retrospektive Analyse.	2 bis 3
Grills, 2004 [169]	Kohorten-studie	149	T1c-T2a PSA<10ng/ml Gleason≤6 keine cT3/4	HDR 38 Gy (n=65)	LDR 120 Gy (n=84)	35 Mon (2,9J)	bNED, Toxizität	Akuttox LDR vs HDR bNED 97% 98% p=n.s. Dysurie 67% 36% p < 0,001 Harnfrequ. 92% 54% p < 0,001 Darmschmerz p=0,004 20% 6% Spättox LDR vs HDR	--	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Harnfrequ 56% 32% p=0,062 Impotenz nach 3 Jahren LDR vs HDR Impotenz 45% 16% p=0,017.		
Hoskin, 2007 [332]	RCT	220	T1-T3 PSA< 50; 57 (26%) cT3.	109 – HDR+EBRT = 2,75 Gy bis 35,75 + 2x8.5 Gy.	109 – EBRT alleine = 2,75 Gy bis 55 Gy.	30 Mo (2,5 J)	bRFS	HDR+RT EBRT bRFS 5,1 J. 4,3 J p= 0,03.	Verwendete Risikostratifizierung nicht gebräuchlich, unterdosierte EBRT.	1+
Kälkner 2007, [333]	Fallserie	154	81 (52%) cT3, 100% neoadj. HT	HDR: 20 Gy in 2 Frakt EBRT: 50 Gy in 25 Frakt, keine Vergleichs-intervention.		6,1 J	bNED, stratifiziert nach Risikofaktoren: PSA>10, T3, WHO Grad III.	5-J-bNED nach Zahl der Risikofaktoren: 0: 97% 1: 83% 2: 83% 3: 51% 5-J-bNED für T3: 84%.	--	3
Martinez, 2005 [334]	Fallserie/ Kohorten studie	934	PSA>10 Gleason≥7 ≥T2b; 137 (15%)	EBRT: 36-50 Gy HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4 x +	EBRT: 36-50 Gy HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4 x	4,5 J	bNED, Einfluss von Hormonen und GS auf Outcome	5-J-bNED 85% 8-J-bNED 82% Rate Fernmetastasen	Retrospektive Analyse.	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
			≥cT3a.	≤6Mon neoadj. HT (n=406 = 44%).	ohne HT (n=528).		(MVA).	HDR+Hormone 8,1% HDR allein 5,2% p=0,045 Krankheitspez Überleben Hormone ja/nein p=0,02 Gleason ≤6vs7vs≥8 p=0,02.		
Martinez,2002 [335]	Kohorten- studie	207	19 (9%) cT3.	EBRT: 46Gy + HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4 x BED >93 Gy (high dose).	EBRT: 46Gy + HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4 x BED <93 Gy (low dose).	4,4 J	CSS, DFS, bNED.	Potenzrate nach 5 J. 51% High vs low dose CSS: 100% 95% p<0,001 DFS: 77% 50% p=0,014 bNED: 87% 52% p=0,001.	--	2+
Sathya, 2005 [336]	RCT	104 51komb 53EBRT	T2-T3 pN0M0 Pat Lymphadenektomie; 42 (40%) cT3.	EBRT: 40 Gy in 20 Frakt. HDR:35 Gy.	EBRT alleine: 66 Gy á 2Gy.	8,2 J	bF, cF, positive Biopsie nach 24 Mo	HDR+EBRT vs. EBRT biochem/clinical Failure 33,3% vs 62,3% p=0,0024	--	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								positive Biopsie 24 Mon 24% 51% p=0,015		
Vargas, 2005 [168]	Kohorten-studie	253	cT1/2, kein cT3/4	HDR-Mono-therapie 4x9,5 Gy alle 6h (n=92)	LDR-Mono-therapie 120 Gy (n=161)	2,9 J	Toxizität	<p>Toxizität: HDR LDR</p> <p>≥Grad 1GU 43,2% 64,6% p=0,001</p> <p>erektiler Dysf. 18,3% 41,3% p=0,002</p> <p>Freiheit von ≥Grad 2 GU Tox Nadeln <14 versus >14</p> <p>8,2% 32,7% p<0,001</p> <p>Grad 3 GU Tox</p> <p>1,7% 8,8% p=0,05.</p>	--	2+
Vargas,	Kohorten-	755	LN+ Risiko >15% (Roach-Formel);	HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4x +	HDR: 5,5-11,5 Gy, 2-4x +	4,0 J	bF, DSM, OS	Pro-RT Pelv-RT	--	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
2006 [337]	studie		15 (8%) cT3.	EBRT 46 Gy Becken+Prostata.	EBRT 46 Gy Prosta.			6 J.ahres biochem Versagen 23% 32% p=0,12 6 Jahre Fernmeta 8,3% 11% p=0,6 6 Jahres PCa Mortalität 6,8% 4,8% p=0,9 6 Jahres Gesamt-ÜL 78,8% 82,6% p=0,7.		
Yoshioka, 2000 [338]	Fallserie	22	T1-T4 N0 M0; 12 (55%) cT3-4	8 x 6 Gy = 7 Pat 9 x 6 Gy = 15 Pat.		31 Mo (2,6J)	cNED, bNED, GI- und GU-Tox.	cNED 100% 2J-bNED 65% 3J-bNED 55% 4J-bNED 55% Akuttoxizität (n=22): Overall GI-Tox GU-Tox Grade 5 0 0 0 Grade 4 0 0 0	Sehr kleine Fallzahl, progredienter Patient aus NED-Evaluation ausgeschlossen!	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								Grade 3 0 0 0 Grade 2 3 (14%) 5 (23%) 8 (36%) Grade 1 1 (5%) 6 (27%) 6 (27%) Total 4 (18%) 11 (50%) 11 (50%).		

5.5. Thema Lymphadenektomie

5.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs- grad	Evidenz- graduierung	Literatur- belege
NICE 2008 [32]	<p>The role of radical surgery and extended lymphadenectomy as primary therapy for locally advanced prostate cancer should be studied in clinical trials.</p> <p>Clinical or radiological evidence of T3 disease is usually a contraindication to radical surgery; however, men with T3 cancers are sometimes treated with radical prostatectomy. The appropriate extent of lymphadenectomy and its influence on survival is uncertain.</p>	Keine Empfehlung	--	--
EAU 2007 [1]	<p>The gold standard for N-staging is operative lymphadenectomy, by either open or laparoscopic techniques. It is worth pointing out that recent studies with more extensive lymphadenectomy have shown that the obturator fossa is not always the primary site for metastatic deposits in the lymph nodes.</p> <p>Lymph node status (N-staging) is only important when potentially curative treatment is planned for. Patients with</p>		--	--

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	stage T2 or less, PSA < 20 ng/mL and a Gleason score < 6 have less than a 10% likelihood of having node metastases and may be spared nodal evaluation. Accurate lymph node staging can only be determined by operative lymphadenectomy.	grade B		
Dutch Urological Association 2007 [71]	Lymph node dissection is indicated if the results may affect treatment decisions. Risk estimation for the presence of positive lymph nodes is made using nomograms, such as the Kattan nomograms. Extended lymphadenectomy frequently identifies positive lymph nodes (19-35%) beyond the traditional resection region. The influence of extended lymphadenectomy on final treatment outcomes for prostate cancer is unclear. Prior to radiotherapy, lymph node dissection should be considered only if the results may influence the final treatment. In practice, lymph node dissection is often performed in conjunction with radical prostatectomy for patients with an intermediate or high risk of lymph node metastases (10-15 %), based on established nomograms. Limited lymph node dissection remains the standard approach at this time.	Empfehlung	--	--
AUA 2007 [161]	Pelvic lymphadenectomy can be performed concurrently with RP and is generally reserved for patients with higher risk of nodal involvement.	keine Empfehlung	--	--

5.5.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Bader, 2002 [339]	Prospektive Kohortenstudie	365	Alle Pat mit klinisch organ- begrenztem Prostatakarzinom (cT1/2), ohne vorherige HT, mit ProstatektomieMed. PSA 11,9ng/ml (0.4-	eLND mit LK-Entfernung entlang der Iliaca interna.	verglichen mit einer (hypothetischen) limitierten LND.	Median 3,4 J	1.Anzahl positiver LK in Bezug auf die Lokalisation. Korrelation Anzahl befall-	Med. Anzahl entfernter LK: 21 (6-50) Anteil pos. LK: 24% (88) 1. Anteil positiver LK entlang der Iliaca interna: 58% (51/88) Ausschließlich pos. LK entlang der	Autoren plädieren für eLND.	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			172), keine cT3/4-Patienten.				lener Lk mit progressionsfreiem Überleben.	<p>Iliaca interna: 19%(17/88)</p> <p>2. 1 Lk+ = 52% (17/33) tumorfrei 2 LK + = 29% (6/21) tumorfrei >2 LK 8% (2/26) tumorfrei</p> <p>Cave : nur 58% tatsächlich der klinisch organbegrenzten waren pT1-2c.</p>		
Briganti, 2006 [340]	Prospektive Kohortenstudie	602 v. 944 ausgewertet, (162 inkomplett, 180 < 10 LK)	Pat. mit lokal begrenztem Prostatakarzinom pT1c-pT3 (3% der Pat. cT3) und radikaler Prostatektomie 2002-2005	Entfernung von mehr als 10 LK, keine anatomische eLND.		--	<p>1. Anzahl befallener LK.</p> <p>2. Prädiktive diagnostische Wertigkeit von Berechnung aus PSA-Wert, Gleason Score und klinischem Tumorstadium und Anzahl entnommener LK (Nomogramm) für LK-Befall.</p>	<p>1. bei Entf. von mehr als 10 LK beträgt die LK+-Rate bis zu 11% (pT1c-pT3).</p> <p>2. die prädiktive diagnostische Wertigkeit für das Nomogramm betrug 78,6%.</p>	--	2+
DiMarco 2005 [341]	Kohortenstudie retros-	7.036	Pat. mit radikaler Prostatektomie 1987 - 2000, cT1 (35,6%), cT2 (59,3%),	Anzahl entnommener LK stratifiziert nach 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, >=20 J.		Med. 5,8 J	<p>1. Tumorspezifisches Überleben.</p> <p>2. Systemische Progression der</p>	<p>1. RR 1,01, für die Entfernung jedes Lymphknotens in Bezug auf tumorspezifisches Überleben,</p> <p>2./3.RR 0,99 für systemische</p>	--	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
	pektiv		<p>cT3 (5,1%)</p> <p>keine adjuvante Therapie, pN0.</p>				<p>Erkrankung.</p> <p>3. PSA-Progression Cox-Regressionsanalyse kontrolliert für PSA-Wert, Tumorstadium, Tumorgrad, positive Schnittränder, Datum der Operation.</p> <p>Angabe des Relativen Risikos (RR).</p>	<p>Progression und PSA-Progression –</p> <p>d.h. insgesamt kein Effekt der LND bei pN0 unabhängig von der Anzahl der LK.</p>		
Joslyn, 2006 [342]	Kohorten- studie retro- spektiv	<p>1. n=9.179</p> <p>2. n=7.463</p> <p>von n=13.020</p> <p>gesamt (missing data)</p>	<p>Pat. mit radikaler Prostatektomie 1988 – 1991; T1-2 („localized“) in 68% der Pat., T3-4* („regional by direct extension only“) in 21% der Pat. mögliche adjuvante Hormontherapie nicht erfasst</p> <p><i>*es wird nicht klar, ob damit cT- oder pT-</i></p>	Anzahl entnommener LK stratifiziert nach 0,1-3,4-6,7-9, >=10		mind. 10 J	<p>1. tumor-spezifisches und b)Gesamtüberleben in Abhängigkeit der Anzahl entnommener LK (n=9.179).</p> <p>Cox-Regressionsanalyse, kontrolliert für Alter, Tumorstadium,</p>	<p>1. tumorspezifisches Überleben für LK+ und LK-Pat. signifikant besser bei Entnahme >= 4 LK (Hazard Ratio 0,77 ; KI 0,64-0,93).</p> <p>tumorspezifisches Überleben bei LK-Pat. statistisch signifikant besser bei >= 10 entfernte LKs. (Hazard Ratio 0,85 ;KI 0,72-0,99).</p> <p>kein stat. signifikanten Effekt auf das Gesamtüberleben.</p>	--	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			<i>Kategorien gemeint sind.</i>				Tumorgrad, Radiotherapie und Rasse (Hazard Ratio: kein entnommener LK = 1.0) 2. Abhängigkeit von LK+ in Bezug auf die der Zahl entnommener LK (n=7.463).	2. Bei LK+ signifikant mehr entfernte LK: 13 versus 9 LK bei LK.		
Wecker-mann, 2006 [343]	Prospek-tive Ko-horten-studie	n=474 (n=357 mit Follow-up, "25% lost)	PSA < 10ng/ml GI.Score < 6 (präoperativ niedrig-Risiko-Prostata-Carcinom) </= cT2c keine cT3/4-Patienten	Sentinel-LND, radiomarkiert keine direkte Vergleichsintervention aber Vergleich mit Limited+Standard LK-Region nach Sentinel-Lokalisation		1.5 Jahre (median)	1. Anteil positiver LK bei präop </=cT2c 2. Lokalisation der Sentinel Lymphknoten 3. PSA-progressions-freies Überleben bei LK+ versus LK-	1. Positive SLN in 7,4% (35 Pat)). - ein Prostata. betroffen: 5,4% - 2 Pl betr. (n=159): 11,3% (nach korrekter histopathologischer Aufarbeitung: noch 3,2% (11/345) positiv, da andere vom T-Stadium hochgestuft) 2. In 54,3% (19/35) Sentinel außerhalb der LK-Regionen der Standard LND 3.PSA-Anstieg bei LK+ signifikant häufiger p<0,001 Korrelation mit Tumorgrad		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Wecker- mann, 2007 [344]	Prospek- tive Ko- horten- studie	n=1.055 konsektiv	46,5-79,1 J. (med. 66,1) mit bioptisch gesichertem und klinisch lokal begrenztam Prostatakarzinom 7/1998-3/2005 keine cT3/4- Patienten	1. Bei PSA <20ng/ml oder GS <=7 nur pelvine Sentinel Node Dissektion 2. bei PSA>20 oder GS >7 SND + eLND		-	Anteil positiver LK startifiziert nach low- intermediate und high risk unter Verwendung des pathologischen Tumorstadiums	Anteil pos. LK: Insgesamt n= 207 Low Risk : (0/51) 0% Inter. Risk: (6/86) 7% High Risk:(201/918) 21,9% Stat. signifikant Weitere Ergebnisse: 1% falsch negative SND (2/207) 42/205 pos. Sentinel und pos. Nicht-Sentinel LK 82/207 nur Mikrometastasen LK-Lokalisation Iliaca-interna: 23,7% (49) LK-Lokalisation Interna+andere Regionen (66)		2+
Allaf 2004, [345]	retrospekt ive Kohorte	3.998	cT1/2 mit RPE, Alter durchn. 57 J, keine cT3/4-Patienten	extended PLND n=2.135	limited PLND (n=1.863)	?	bRFS, Zahl entfernter LK, Zahl LK+, RR für LK+	durchschn. Zahl entf. LK ePLND vs IPLND: 11,6 vs 8,9 (p<0,0001) durchschn. %-Zahl LK+ ePLND vs IPLND: 3,2% vs 1,1% (p<0,0001) RR für LK+ ePLND vs IPLND nach univariater Adjustierung für GS, pT, R-Status:	keine multivariate Analyse, re- trospektives Design, Gruppe mit signifikantem bRFS-Unter- schied scheint konstruiert, um Signi- fikanzniveau	2(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																		
								<p>zwischen 2,8 und 3,0</p> <p>5-J-bRFS ePLND vs IPLND: 34,4% vs 16,5% (n.s.)</p> <p>signifikanter Unterschied durch PLND-Verfahren nur bei Pat. mit LK+ und <15% positiver LK, hier</p> <p>5-J-bRFS ePLND vs IPLND: 42,9% vs 10,0% (p=0,01)</p>	zu erreichen.																			
Heidenreich 2002, [346]	Prospektive Kohortenstudie	203	cT1/2, cT3 in 29%	extended PLND	standard PLND	durchschnittl. 10,5 M (0,9J)	Zahl entnommener LK, %Zahl LK+, OP-Zeit, Lokalisation von LK+, Blutverlust, Komplikationen	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ePLND</th> <th>sPLND</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zahl LK</td> <td>28</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>LK+</td> <td>26,2%</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>OP-Zeit</td> <td>179'</td> <td>125'</td> </tr> <tr> <td>Blutverl.</td> <td>650 ml</td> <td>590 ml</td> </tr> <tr> <td>Kompl.</td> <td>8,7%</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>42% aller LK+ außerhalb des Standard-Areals lokalisiert</p>		ePLND	sPLND	Zahl LK	28	11	LK+	26,2%	12%	OP-Zeit	179'	125'	Blutverl.	650 ml	590 ml	Kompl.	8,7%	9%	keine MVA für Risikofaktoren des LK-Befalls	2+
	ePLND	sPLND																										
Zahl LK	28	11																										
LK+	26,2%	12%																										
OP-Zeit	179'	125'																										
Blutverl.	650 ml	590 ml																										
Kompl.	8,7%	9%																										

5.6. Thema Andere interventionelle Verfahren

5.6.1. Hyperthermie

5.6.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	Hyperthermie wird nicht thematisiert	Keine Empfehlung
EAU 2007 [1]	Hyperthermie wird nicht thematisiert	-
Dutch Urological Association 2007 [71]	Hyperthermie wird nicht thematisiert	-

5.6.1.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Algan 2000, [347]	Fallserie	26	Stadium C2-D1, Alter median 69 J	ein- oder zweimalig Hyperthermie (42,5°C/30 min per Sono-Sonde) plus EBRT 68 Gy		median 71 M (5,9 J)	bNED, OS, PSA-Nadir	<p>medianer PSA-Nadir 1,0, mediane Zeit bis Nadir 15 M (1,25 J)</p> <p>medianes OS 88 M (7,3 J), 5-J-OS 73%</p> <p>medianes bNED 36 M (3 J), 5-J-OS 35%</p> <p>in MVA PSA signifikant für bNED und Trend für Dauer der Therapie und OS</p>	Feasibility, geringe Patientenzahl	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Deger 2004, [348]	Fallserie	57	cT1/2 (68,3%), cT3 (31,6%), Alter durchschn. 67 J	sechsmal Hyperthermie (42-46°C/60 min per Thermoseeds) plus EBRT 68,4 Gy		median 36 M (3 J)	PSA	initial medians PSA 11,6, Rückgang nach 12, 24 und 36 M auf median 1,1, 0,9, 0,6 44% erreichten PSA-Nadir von 0,5 innerhalb von median 12 M 9 Patienten (15,8%) progredient	Feasibility, geringe Patientenzahl, Outcomes von geringer klinischer Aussagekraft	3
Maluta 2007 [349]	Fallserie	144	cT2 (14,6%), cT3/4 (85,4%), Alter 42-86 J, 60% mit (neo-) adj. HT	median viermal Hyperthermie (max 42,7°C/30 min per Radioschall) plus EBRT 74 Gy		median 51,7 M (4,3 J)	bDFS, OS	5-J-bDFS 49% 5-J-OS 87%	Feasibility, keine Vergleichsinte rvention, inhomogene Intervention (Anzahl, HT etc.)	3
Tilly 2005, [350]	Fallserie	22	primär cT3pN0 (n=15) oder rTxN0 (Rezidiv nach RPE, n=7), Alter durchschn. 69 J, 27% neoadj. HT	vier- bis sechsmal Hyperthermie (max 41°C/30 min per Katheter mit Bowman Thermistoren) plus EBRT 68,4 Gy		median 6 J	bDFS, OS	6-J-bDFS Primärtumoren 50% Rezidive alle nach 1,5 J progredient 6-J-OS Primärtumoren 95% 6-J-OS Rezidive 60%	Feasibility, sehr geringe Patientenzahl, inhomogene Intervention (Anzahl, HT etc.), inhomogene Patientengrup pe	3
Van Vulpen 2004	2 Fallserien/ retrospekt	26	cT3/4NxM0, Alter durchschn. 65	fünfmal regionale Hyperther	einmal interstitielle Hyperthermie	durchsch n. 36 M	bRFS	3-J-bRFS alle 70%, regional 70%, interstitiell 57%	inhomogene Gruppen und Therapien,	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
[351]	ive Kohorte		J, 8% HT	mie (koaxial eletromag netisch) plus EBRT 66-70 Gy	(27MHz multi- electrode current sources interstitial hyperthermia technique MECS-IHT/60 min) plus EBRT 66-70 Gy	(3 J)			Feasibility, sehr geringe Patientenzahl	

5.6.2. Hochfokussierter Ultraschall (HIFU)

5.6.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungs- grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
Cancer Care Ontario (CCO) [352]	HIFU cannot currently be recommended as an alternative to accepted curative treatment approaches for localized prostate cancer.	n.a.	[353]	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz.

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
European Association of Urology (EAU) 2010 [30]	All other minimally invasive treatment options – such as HIFU microwave and electrosurgery – are still experimental or investigational. For all of these procedures, a longer follow-up is mandatory to assess their true role in the management of PCa	n.a.	Aus 2006, Poissonnier 2007, Thüroff 2003, Gelet 1999, Blana 2004, Uchida 2006, Blana 2008, Uchida 2009	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz
	<p>Recommendation for the management of PSA relapse after radiation therapy</p> <p>High-intensity focused ultrasound might be an alternative option, however, patients have to be informed about the experimental nature of this treatment modality due to the short follow-up periods reported.</p>	n.a.	n.a.	
NICE 2008 [32]}	<p>High intensity focused ultrasound (HIFU) and cryotherapy are not recommended for men with localised prostate cancer other than in the context of controlled clinical trials comparing their use with established interventions.</p> <p>HIFU and cryotherapy are not recommended for men with locally advanced prostate cancer other than in the context of controlled clinical trials comparing their use with established interventions.</p>	n.a.	NICE HTA 2008	

5.6.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
HTA- Bericht	Warmuth et al. 2010 [354]	Systematische Recherche am 29.01.2010 in Medline, Embase Cochrane, CRD York databases, websites, Herstellerranfrag e, Handsuche in Scopus ; Einschlusskriteri en : Prospektive Studien mit n > 50 ; deutsch oder englisch, 2000-2010	HIFU bei lokal begrenztem PCa HIFU bei lokal fortgeschrittenem PCa (T3-4, N0,M0 HIFU bei Lokalrezidiv (Salvage)	Nur prospektive Fallserien identifiziert Zu 1 11 Fallserien (n = 58-402) zur Primärtherapie mit Ablatherm (Ø präoperatives PSA : 7-12 ; Ø Alter : 66-72 ; Gleason meist ≤ 7 ml, 4 Studien mit konsekutiver Rekrutierung, 0-43% mit ADT, 65-100% mit TURP, 57-96% mit einmaliger Behandlung, Ø follow-up : 6-77 Monate) Ergebnisse : OS : 90% (5J), 83 (8J) (1 Fallserie), DFS : 100% (5J), 98 (8J) (1 Fallserie), 5-Jahres bDFS = 66%-77% (2 Fallserien) ; 7- Jahres bDFS = 69% (2 Fallserien), neg.Biopsierate = 65-94% (10 Fallserien) meist ohne Angabe von Zeitpunkt, 1x 86% nach 3 Monaten ; QoL = unterschiedliche und geringe Unterschiede, NWHT : 2-85%, NWR : 0-15%, NWImp : 18-70%, NWS : 1-6% 7 Fallserien (n = 63-517) zur Primärtherapie mit Sonablate (Median präoperatives PSA : 5-10; Ø Alter : 68-72, einmal Alter 64 ; Gleason meist ≤ 7, Ø Prostatavolumen : 22-33 ml, 4 Studien mit konsekutiver Rekrutierung 29-66% mit ADT, Häufigkeit von TURP nicht angegeben oder 0 , 79-86% mit einmaliger Behandlung, medianes follow-up : 14-34, Ø 12 Monate) Ergebnisse : 1-Jahres bDFS = 78%-84% (6 Fallserien) ; 2-Jahres bDFS = 0-91% (2 Fallserien), 3-Jahres bDFS = 20-86% (3 Fallserien) ; 5-Jahres bDFS = 45-84% (2 Fallserien) ; neg.Biopsierate = 19-89% nach 6 Monaten und 77-84% nach 12 Monaten ; QoL = IEF minus 6 Punkte 12 Monate gegenüber präoperativ, IPSS +/- 1 Punkt ; NWHT : 1-30%, NWR : 0-2%,	Zu 1 : <u>Ablatherm</u> Blana 2008 Poissonnier 2007 Colombel 2006 Lee 2006 Blana 2004 Walter2004 Chaussy 2003 Thürhoff 2003 Chaussy 2001 Gelet 2001 Chaussy 2000 <u>Sonablate</u> Ahmed 2009 Mearini 2009 Uchida 2009 Muto 2008 Uchida 2006 Uchida 2006 Uchida 2005 Zu 2 : Ahmed 2009 Mearini 2009	3

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>NWImp : 1-39%</p> <p>Zu 2 : 3 Fallserien, die auch T3-Stadien berücksichtigen sind aufgeführt aber nicht separat ausgewertet</p> <p>Zu 3 : 3 Fallserien (n = 71-82) nach externer Bestrahlung, alle mit Ablatherm, Ø Alter 67-71, Ø präoperatives PSA : 8, Gleason < 10, Ø Prostatavolumen : 21-35, Ø follow-up : 15-18 Monate</p> <p>Ergebnisse : neg.Biopsierate = 78-80 (in einer Studie Angaben zum Zeitpunkt :15 Monate) ; NWHT : 1-35%, NWR : 1-6%, NWImp : 77%, NWS : 1%</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren: Qualität der Evidenz zu HIFU sehr gering, vor allem wegen fehlenden Kontrollen. Netto-Nutzen-Bewertung nicht möglich. Aufnahme in österreichischen Leistungskatalog wird nicht empfohlen</p>	<p>Uchida 2009</p> <p>Zu 3 :</p> <p><u>Ablatherm</u></p> <p>Colombel 2006 Gelet 2004 Gelet 2000</p>	
Systematischer Review (ohne Metaanalyse)	Lukka 2011 [353]	Suche bis 05/2009 in Medline, Embase, Cochrane, Kongressbände , Referenzlisten, Leitlinien Einschluss	HIFU vs. etablierte Verfahren zur Therapie des PCa	<p>29 Fallserien zur Primärtherapie (Ablatherm : 22 Studien, Sonablate : 7 Studien)</p> <p>n = 58-1234, Ø Alter 65-74 J. Gleason meist < 7, Ø PSA : 2,1 bis < 27,7, Ø follow up 6 Monate bis 6,4 J.</p> <p>Ergebnisse : neg.Biopsierate = 35-95,1% (21 Fallserien), 5 Jahres-DFS (uneinheitlich definiert) 55-95% (5 Fallserien) ; adjuvante oder zusätzliche Therapie : 2,3-21% (6 Fallserien), Wiederholungstherapie 7,7-43 % (11 Fallserien), Fallserie mit längstem follow-up (6,4 J., Blana et al. 2008) : 8 Jahre-OS : 83%,</p>	<p><u>Primärtherapie</u></p> <p><u>Ablatherm</u></p> <p>Chaussy 2000/Thürhoff 2000, Chaussy 2001/chaussy 2000b, Thürhoff 2003, Chaussy 2003, Thürhoff 2005, Thürhoff 2006+abstract, Chaussy 2006, Gelet 2000,</p>	3

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		RCTs, Syst. Reviews, Leitlinien, nichtrandomisier- te Studien Sprache englisch, n > 50, auch Abstracts berücksichtigt		<p>8 Jahre CSS : 98%, NWHT : Median 7,5 ; NWR : 1%, NWImp : 44%</p> <p>5 Fallserien zur Sekundärtherapie (salvage) nach EBRT mit Ablatherm</p> <p>Ergebnisse : größte (n = 167) und längste (n = 18,1 Monate) Fallserie (Murat 2006-2009) : neg.Biopsierate = 73%, 5 Jahres- DFS : 17%, NWHT : 50%; NWR : 3%, NWImp : 44%</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren : Evidenz zu HIFU ist von geringer Qualität. Wirksamkeit unklar, Bestätigung der Ergebnisse in prospektiven Studien notwendig, breite Anwendung wird nicht unterstützt</p>	<p>Gelet 2001, Poissonnier 2007+abstract, Gelet 2006, Blana 2004/Blana 2008, Blana 2006b, Blana 2007/ Blana 2008, Beerlage 1999, Lee 2006 abstract , Mallick 200, Zizzi 2006 abstract, Ganzer 2008, Conort 2008, Murat 2008 abstract, Misrai 2008</p> <p><u>Primär Sonablate</u></p> <p>Uchida 2005, Uchida 2006, Uchida 2006, Uchida 2006, Mearini 2008/Merarini 2009 (Mit 14 Patienten mit T3), Muto 2008</p> <p>Sekundärtherapie</p> <p>Gelet 2004, Poissonnier 2005 abstract, Mallick 2006 abstract, Murat 2006 abstract, Murat 2006 abstract/ Murat 2007 abstract, Murat 2008abstract/ Murat 2009</p>	

NWHT = Nebenwirkung/Harntrakt, NWImp = Nebenwirkung/Impotenz/erektile Dysfunktion, NWR = Nebenwirkung/Rektum, NWS = Nebenwirkung/Schmerzen, HIFU = Hochintensiver fokussierter Ultraschall, PSA = prostataspezifisches Antigen ; EBRT = externen Strahlentherapie; PCa = Prostatakarzinom; HTA = Health Technology Assessment; DFS = disease free survival ; OS = overall survival ; bDFS = biochemical disease free survival, TURP = transurethral resection of the prostate

5.6.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Aus 2006 [355]	Systematischer Review	Literatursuche bis Februar 2005, 6 Fallserien ausgewählt und ausgewertet	HIFU, z.T. in Kombination mit TURP bei Patienten mit lokal begrenztem („localised“, T1/2) PCa	Bewertung: auf Grund schwacher Daten ist Wert dieser Methode sehr schwer einzuschätzen und kann nicht als Alternative zu radikaler Prostatektomie oder Radiatio angesehen werden	Unterschiedlich langes Follow-up der Studien, unterschiedliche Diagnosedefinitionen	3	11-14 18-19
Rebillard 2008 [356]	Systematischer Review	Literatursuche bis Juli 2007, 30 Artikel/Abstracts ausgewählt und ausgewertet	HIFU in Primärtherapie bei Patienten mit lokal begrenztem („localised“, T1/2) PCa	<p>25 Publikationen zu Ablatherm, 5 Publikationen zu Sonablate</p> <p>Patienten überwiegend ca. 70J, zur Hälfte cT1 und cT2 N0M0, GS <7</p> <p>überwiegend Kurzzeit-Outcomes: Rate negativer Biopsien, Zeit bis PSA-Nadir, bDFS</p> <p>negative Biopsie 51-96% (Ablatherm) bzw. 64-87% (Sonablate)</p> <p>PSA-Nadir meist nach 3-4 Monaten erreicht</p> <p>DFS unterschiedlicher Definitionen nicht vergleichbar</p> <p>actuarial 5-J-DFS 65-66%, 7-J-DFS 61% (Ablatherm)</p> <p>5-J-bDFS 78% (Sonablate)</p> <p>Ablatherm-Tox: Inkontinenz, Stenosen, ED</p> <p>Sonablate-Tox: Stenosen, ED</p>	<p>mehrere Publikationen berichten über gleiche Patienten</p> <p>verschiedene Definitionen von DFS</p> <p>unterschiedliche Biopsiezeiten</p> <p>kurze Follow-ups</p> <p>keine Vergleichsstudien, nur Fallserien</p> <p>v.a. monozentrisch</p> <p>kleine Patientenzahlen</p> <p>spezielles Patientenkollektiv: lokal begrenztes PCa, ca. 70 J, für etablierte Lokalthérapien nicht geeignet, eigentlich klassische WW-Patienten</p>	3	Ablatherm: 5-22, 35-41 Poissonnier 2007, Blana 2007, Lee 2006, Mallick 2006, Gelet 2006, Zizzi 2006, Chaussy 2006, Gelet 2005, Poissonnier 2005, Thueroff 2005, Blana 2004, Thüroff 2003, Gelet 2001, Chaussy 2001, Chaussy 2000 (Mol Urol), Gelet 2000, Chaussy 2000 (J Endourol), Beerlage 1999, Blana 2006, Chaussy 2003, Thüroff 2000, Thüroff 2006 (Eur Urol), Thüroff 2006 (J Urol), Thüroff 2005,

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				wiederholte HIFU erhöht Risiko für Tox			Chaussy 2005 Sonablate: 23-27 Uchida 2006 (BJU), Uchida 2006 (Int J Urol), Uchida 2005

5.6.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Shoji 2010 [357]	n = 326/ Ø Alter 68 (45-88), T1c : 173, T2a :106, T2b :47 214 Pat. mit NADT behandelt, Ø präoperatives PSA : 12,7, Gleason bei 259 Pat. 5-7, 18 Pat	HIFU mit Sonablate/ 24 Monate	Keine (Fallserie)	IPSS Uroflowmetrie FACT-G FACT-P IIEF-5 Nebenwirkungen	keine sign. Veränderungen sign Veränderung nach 6 Monaten (15,8 vs. 13,0 ml/s, nicht mehr nach 24 Monaten sign. Verbesserung gegenüber präoperativ (88,1 vs. 93,5) nach 24 Mon. keine sign. Veränderungen keine sign. Veränderungen Potenzraten der Pat. ohne NADT : 52 % (nach 6 Mon.), 63% (nach 12 Monaten), 78% (nach	Interne Validität eingeschränkt da : Patienten nicht konsekutiv ermittelt, keine Powerkalkulation, keine Festlegung primärer Endpunkt, multiples Testen ohne Adjustierung,	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	mit TURP				24 Mon)		
Li 2010 [358]	n=102 (davon 55 mit HIFU, alle asiatisch) für HIFU : Ø Alter 57,5, PSA 7,5 ng/ml, T1c 43,6%, T2a 47,3%, T2b 9,1% Gleason ≤ 7,	HIFU (Sonablate)/ 36 Monate	Kryotherapie	1. IIEF-EF (Index zur erektilen Funktion) 2. PSA-Wert (Mittelwerte) 3 Penislänge 4. Penisumfang	HIFU : 27,3 (präoperativ), 17,6 (12 Monate), 22,3 (24 Monate), 26,2 (36 Monate), sign. Reduktion nach 36 Monaten HIFU : 6,15 (präoperativ), 0,39 (12 Monate), 0,44 (24 Monate), 0,42 (36 Monate), sign. Reduktion nach 36 Monaten keine sign. Veränderungen innerhalb und zw. den Gruppen keine sign. Veränderungen innerhalb und zw. den Gruppen	interne Validität eingeschränkt da : keine Powerkalkulation, keine Festlegung primärer Endpunkt, multiples Testen ohne Adjustierung,	2-
Netsch 2010 [359]	n = 226 konsekutiv, T1a-T3b, 93 Pat. mit antihormoneller Therapie, Ø Alter : 70	Einmalige HIFU (Ablatherm) Behandlung/ Ø follow up 50 Monate	Keine (Fallserie)	erhöhter Blasenauslasswiderstand (BOO), der invasiv therapiert wurde oder ab 2005 mit Laserverfahren behandelt	Kumulative Inzidenz : 20,8% (1J.), 23,89% (2J.), 24,34% (3J.). bei 58 Pat. einmalige BOO (25,66%). Mehrfache BOO bei 11,94%. Ø Zeit zwischen HIFU und BOO : 6 Monate Kein sign. höheres Risiko bzgl. Alter, hormonelle Therapie, Risikogruppe (T1-T3)	Studie enthält Hinweise, dass größerer Abstand zwischen TURP und HIFU (> 1 Monat) zu weniger BOO führt Interne Validität eingeschränkt : keine Powerkalkulation, keine Festlegung primärer Endpunkt(e), multiples Testen ohne Adjustierung, Positiv : Pat. konsekutiv	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
						eingeschlossen	
Crouzet 2010 [360]	n = 803 konsekutiv, T1-T2, N0 M0, Ø Alter : 70,8, Ø PSA 9,1 ng/ml, Ø Volumen : 24,5 ; keine neoadjuvante Hormontherapie	Primäre Therapie mit HIFU (Ablatherm), TURP unmittelbar vor HIFU bei Drüsen ≤ 35 ml, 4-6 Wochen vor HIFU bei Drüsen > 35 ml / Ø follow up : 42 +/- 33 Monate		1. bDSF (Phoenix criteria) 2. Adjuvant treatment- free survival 3. DFS (kombinierte Kriterien) 4. Krebspezifisches Überleben 5. Gesamtüberleben 6. Metastasenfreies Überleben	1.aufgeschlüsselt nach Risikogruppen (d'Amico) nach 5 und 7J. : 83-75% (low), 72- 63% (medium), 68-62% (high) 2. aufgeschlüsselt nach Risikogruppen (d'Amico) nach 5 und 7J. : 84-79% (low), 68- 61% (medium), 52-54% (high) 3. aufgeschlüsselt nach Risikogruppen (d'Amico) nach 5 und 7J. : 72-62% (low), 56- 46% (medium), 47-39% (high) 4. CSS = 99% (8 J.) 5. OS = 89 % (8 J.) 6 MFS = 97%	84 Pat. mit Lokalrezidiv mit EBRT behandelt. interne Validität eingeschränkt : keine Powerkalkulation, keine Festlegung primärer Endpunkt, multiples Testen ohne Adjustierung, keine Schadensendpunkte/Nebe nwirkungen/QoL berichtet Ein Autor (Gelet) ist Berater des Herstellers EDAP	3
Poissonnier, 2007 [361]	n = 227, T1 und T2, Präop PSA <15 ng/ml. Gleason score <7., Prostatavolumen< 40cc	HIFU, 27 Monate im Durchschnitt (12- 121 Monate)	Keine (Fallserie)	PSA Nadir. Komplikationen. Nebenwirkungen. Biopsiestatus. 5-Jahres-disease-free survival rate (DFSR)	DFSR 66%, Abhängigkeit von PSA bei Diagnose: <4 ng/ml: 90% DFSR 4-10 ng/ml: 57% DFSR 10,1-15 ng/ml: 61% DFSR häufigste Nebenwirkungen: Inkontinenz (13%), Ureterstenose (12,1%)		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Beerlage, 1999 [362]}	n = 111 T1-T3 Präoperatives PSA : <25ng/ml Prostatektomie nicht möglich oder nicht erwünscht	HIFU, 12 Monate (6-27)	Keine (Fallserie)	Postoperative Komplikationen. Biopsiestatus. Progressionsfreies Überleben. PSA < 4 ng/ml	„Local control“ = complete remission + partial remission R: 65% für selektive Intervention (lokal) und 94% für globale Intervention (gesamtes Organ)		3
Blana, 2004 [363]}	n = 146 Durchschnittsalter 66,9 T1-T2 Präoperatives PSA : <15ng/ml Gleason score <6 Prostatektomie nicht möglich oder nicht erwünscht	HIFU, 22,5 Monate	Keine (Fallserie)	Biopsiestatus. PSA Nadir. Komplikationen			3
Chaussy 2003 [364]}	n = 271 Durchschnittsalter	HIFU allein (n = 96) 18,7 Monate	HIFU+TURP (n = 175)	Biopsiestatus	Negative Biopsie beim letzten Follow-up HIFU allein: 87,7% der Patienten; HIFU+TURP: 81,6% der Patienten Retreatment rate 25% bei HIFU allein, 4% bei		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	HIFU: 65,8 TURP und HIFU: 68,4 Präoperatives PSA : <15ng/ml		10,9 Monate		HIFU+TURP		
Chaussy 2000 [365]	n = 315 Durchschnittsalter 72. Prostatavolumen <30ml Präoperatives PSA: <20ng/ml Lebenserwartung > 5 Jahre Normale rektale Anatomie	HIFU, 193 Tage im Durchschnitt. (0-903 Tage)	Keine (Fallserie)	Biopsiestatus. PSA Nadir	Negative Biopsie nach 2,25 MHz in 40% der Patienten, nach 3,0 MHz in 80% der Patienten		3
Gelet 2001 [366]	Durchschnittsalter 71 (55-86) T1b, T1c, T2 Präop PSA <20 ng/ml	HIFU, 19 Monate im Durchschnitt. (3-76 Monate)	Keine (Fallserie)	PSA Nadir. Komplikationen. Biopsiestatus Progressionsfreies Überleben	Negative Biopsie beim letzten Follow-up=75% der Patienten Progressionsfreies Überleben 66%		3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Prostatektomie nicht möglich oder nicht erwünscht Zuwarten abgelehnt						
Blana 2008 [367]}	n = 163 cT1/2N0M0, PSA≤20, GS≤7, Alter durchschn. 66 J, ohne vorangegangene Therapie	HIFU (Ablatherm) allein 29% HIFU +TURP 71% durchschn. 4,8J	Keine (Fallserie)	5-J-bNED, 5-J-DFS, Rate negativer Biopsien nach Therapie, Tox	5-J-bNED 75% 5-J-DFS 66% negative Biopsie in 92,7% Grad 2 Inkontinenz 1,8% ED 44,7% keine signifikanten Outcome-Unterschiede bezüglich low bzw. intermediate risk 12% (n=20) mit Salvage-Therapie nach Primärbehandlung – keine PSA-Werte/klein. Angaben bezogen auf die Gesamtgruppe: 4,9% mit HT, 6,1% mit EBRT, 1,2% mit Salvage RPE	kein OS, keine Vergleichsintervention	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Blana 2008 [368]}	n = 140 cT1/2NxM0, PSA<15, GS≤7, Alter durchschn. 69 J, 16,4% mit HT	HIFU (Ablatherm) durchschn. 6,4 J	Keine (Fallserie)	bNED, DFS, OS, CSS, Rate negativer Biopsien nach Therapie	5-J-OS 90%, 8-J-OS 83% 5-J-CSS 100%, 8-J-CSS 98% 5-J-bNED 77%, 7-J-bNED 69% 5-J-DFS 66%. 7-J-DFS 59% negative Biopsie in 86,4% DFS signifikant schlechter in intermediate risk-Gruppe, keine Unterschiede bzgl. übriger Outcomes Grad 2 Inkontinenz 0,7% ED 25,9%	keine Vergleichsintervention, eher Feasibility	3
Blana 2006 [369]}	n = 223 cT1-3N0M0, Alter durchschn. 68 J, 46% mit neoadj. HT (keine Angabe über Anteil T3)	zwei HIFU- Therapien nach pos. Biopsie (n=49) median 13 M	eine HIFU- Therapie (n=174)	Toxizität	signifikant höhere Inkontinenz und Impotenz	Rate nach 2maliger HIFU Patientengruppen ungleich	3
Lee 2006 [370]}	n = 58 Fallserie/ retros	HIFU (Ablatherm) durchschn. 14 M	Keine (Fallserie)	HIFU-Erfolg (d.h. neg. Biopsie oder PSA)	HIFU-Erfolg in 85% low risk, 77% intermediate risk, 47% high risk Patienten	keine klinisch sinnvollen Langzeit-Outcomes, keine Vergleichsintervention,	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	pektive Kohorte cT1/2, Alter durchschn. 70J, 29% mit neoadj. HT	(1,2J)		dreimal <1)		Bestandteil des Rebillard-Reviews (s.o.)	
Muto 2008 [371]}	n = 70 cT1/2 N0M0, Alter median 72 J, z.T. neoadj. HT	HIFU (Sonablate) fokal (bei unilobulärer Läsion, n=29) median 34 M (2,8 J)	HIFU (Sonablate) Gesamtprostata (bei bilobulärer Läsion, n=41)	bDFS, Rate negativer Biopsien nach Therapie	2-J-bDFS low risk 85,9% intermediate risk 50,9% high risk 0% keine signifikanten Unterschiede bezüglich bDFS bei fokal vs whole HIFU	retrospektive Analyse, bias durch unterschiedliche Stadien in den beiden Therapiegruppen	2 bis 3
Sumitomo 2008 [372]}	n = 530 cT1/2 (95%), cT3 (5%), Alter median 68-69 J	HIFU (Sonablate) + neoadj. HT (n=270) median 21-22 M (1,8 J)	HIFU (Sonablate) ohne neoadj. HT (n=260)	HIFU-Erfolg (bNED nach Phoenix + neg. Biopsie+ keine distant metastases), DFS	3-J-DFS alle: 64,7% signifikante Einflussgrößen auf DFS (HIFU- Erfolg) in Multivarianzanalyse: initiales PSA, cT, neoadj. HT	ungleich verteilte Risikogruppen, kurzes Follow-up, retrospektive Analyse	2-
Uchida 2006 [373]}	n = 63 cT1/2N0M0, Alter median 71 J	HIFU (Sonablate), median 22 M (1,8 J)	Keine (Fallserie)	bDFS, Rate negativer Biopsien nach Therapie	3-J-bDFS PSA <10: 82% PSA 10,01-20: 62%	retrospektive Analyse, kleine Patientenzahl, kurzes Follow-up, Bestandteil des Rebillard- Reviews (s.o.)	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					PSA>20: 20% PSA-Nadir <0,2: 100% PSA-Nadir 0,21-1: 74% PSA-Nadir >1: 21% negative Biopsie: 87%		
Uchida 2006 [374]	n = 181 cT1/2N0M0, Alter median 70 J median 18 M (1,5 J)	HIFU (Sonablate),	Keine (Fallserie)	bDFS	1-J-bDFS 84%, 3-J-bDFS 80%, 5-J-bDFS 78% 3-J-bDFS PSA <10: 94% PSA 10,01-20: 75% PSA >20: 35%	retrospektive Analyse, kurzes Follow-up, Bestandteil des Rebillard-Reviews (s.o.)	2 bis 3

bDFS = biochemical disease free survival, bNED = biochemical no evidence of disease; BOO = bladder outlet obstruction; CSS = cancer specific survival ; DFS = disease free survival ; DFSR = disease free survival rate, EBRT = externen Strahlentherapie ; ED = erektile Dysfunktion ; FACT-G = functional assessment of cancer therapy - general; FACT-P = functional assessment of cancer therapy -prostate ; HIFU = Hochintensiver fokussierter Ultraschall; HT = Hormontherapie; IIEF = international index of erectile function, IIEF-EF = international index of erectile function- erectile function domain ; IPSS = International Prostate Symptom Score , MFS = metastasis free survival, NADT = neoadjuvant androgen deprivation therapy; OS = overall survival ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; QoL = quality of life ; RPE = Radikale Prostatektomie ; Tox = Toxizität, TURP = transurethral resection of the prostate

5.6.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
Poissonnier, 2007 [361]	Fallserie	227	T1 und T2 Präop PSA <15 ng/ml. Gleason score <7. Prostatavolumen < 40cc	HIFU.	keine	27 Monate im Durchschnitt (12-121 Monate)	PSA Nadir. Komplikationen. Nebenwirkungen. Biopsiestatus. 5-Jahres-disease-free survival rate (DFSR)	DFSR 66%, Abhängigkeit von PSA bei Diagnose: <4 ng/ml: 90% DFSR 4-10 ng/ml: 57% DFSR 10,1-15 ng/ml: 61% DFSR häufigste Nebenwirkungen: Inkontinenz (13%), Ureterstenose (12,1%)	3
Beerlage, 1999 [362]	Fallserie	111	T1-T3 Präoperatives PSA : <25ng/ml Prostatektomie nicht möglich oder nicht erwünscht	HIFU	keine	12 Monate (6-27)	Postoperative Komplikationen. Biopsiestatus. Progressionsfreies Überleben. PSA < 4 ng/ml	„Local control“ = CR+PR: 65% für selektive Intervention (lokal) und 94% für globale Intervention (gesamtes Organ)	3
Blana, 2004 [363]	Fallserie	146	Durchschnittsalter 66,9 T1-T2 Präoperatives PSA : <15ng/ml Gleason score <6 Prostatektomie nicht	HIFU	keine	22,5 Monate	Biopsiestatus. PSA Nadir. Komplikationen		3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
			möglich oder nicht erwünscht						
Chaussy 2003 [364]	Fallserie	271	Durchschnittsalter HIFU: 65,8 TURP und HIFU: 68,4 Präoperatives PSA : <15ng/ml	HIFU allein (96)	HIFU+TURP (175)	HIFU : 18,7 Monate TURP und HIFU : 10,9 Monate	Biopsiestatus	Negative Biopsie beim letzten Follow-up HIFU allein: 87,7% der Patienten; HIFU+TURP: 81,6% der Patienten Retreatment rate 25% bei HIFU allein, 4% bei HIFU+TURP	3
Chaussy 2000 [365]	Fallserie	315	Durchschnittsalter 72. Prostatavolumen <30ml Präoperatives PSA: <20ng/ml Lebenserwartung>5 Jahre Normale rektale Anatomie	HIFU	keine	193 Tage im Durchschnitt. (0-903 Tage)	Biopsiestatus. PSA Nadir	Negative Biopsie nach 2,25 MHz in 40% der Patienten, nach 3,0 MHz in 80% der Patienten	3
Gelet 2001 [366]	Fallserie	102	Durchschnittsalter 71 (55-86) T1b, T1c, T2 Präop PSA <20 ng/ml Prostatektomie nicht	HIFU.	keine	19 Monate im Durchschnitt. (3-76 Monate)	PSA Nadir. Komplikationen. Biopsiestatus Progressionsfreies Überleben	Negative Biopsie beim letzten Follow-up=75% der Patienten Progressionsfreies Überleben 66%	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
			möglich oder nicht erwünscht Zuwarten abgelehnt						

5.6.3. Kryotherapie

5.6.3.1. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews und HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien / Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten / Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur-belege
NICE 2005 [375]	HTA Bericht	Basierend auf systematischer Literatursuche vom September 2004, 7 Studien ausgewählt und ausgewertet: 1 nicht-randomisierte Vergleichsstudie, 6 Fallserien, HTA von 2003	Cryotherapie allein oder im Rahmen der nichtrandomisierten Studie gegenüber radikaler Prostatektomie	Krankheitsfreies Überleben zwischen 52% und 96% je nach Studie, Follow-up variiert stark. Hauptnebenwirkungen sind Inkontinenz und Impotenz. Bewertung: Kryotherapie ist nur eine von zahlreichen Optionen zur Therapie des PCa	Unterschiedliche Follow-up-Zeiträume, Definition von Krankheitsfreiheit biochemisch und/oder bioptisch	3	2-8
Shelley, 2007 [376]	Systematischer Review	Literatursuche vom Dezember 2006, 9 Studien ausgewählt und ausgewertet: 1 nicht-randomisierte Vergleichsstudie, 8	Cryotherapie allein oder im Rahmen der nichtrandomisierten Studie gegenüber radikaler Prostatektomie	Krankheitsfreies Überleben zwischen 39% und 87%, Hauptnebenwirkungen sind Inkontinenz und Impotenz. Bewertung: Kryotherapie als potenzielle Alternative zu anderen lokalen Interventionen, Datenlage aber eher schwach, RCTs wären nötig	Ingesamt eher schlechte Qualität der Studien	3	Aus 2002, Bahn 2002, Cohen 1996, Cogan 1995, Donnelly

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien / Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten / Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbelege
		Fallserien					2002, Gould 1999, Long 1998, Prepelica 2005, Wong 1997
Aus, 2006 [355]	Systematischer Review	Systematischer Review Februar 2005, 7 Fallserien ausgewählt und ausgewertet	Cryotherapie mit Geräten der zweiten oder dritten Generation	Krankheitsfreies Überleben zwischen 35% und 87% je nach Definition, häufigste Nebenwirkungen: Impotenz, Stressinkontinenz. Bewertung: auf Grund schwacher Daten ist Wert dieser Methode sehr schwer einzuschätzen und kann nicht als Alternative zu radikaler Prostatektomie oder Radiatio angesehen werden	Unterschiedliche Follow-up-Zeiträume, Definition von Krankheitsfreiheit biochemisch und/oder bioptisch und nach unterschiedlichen Klassifikationen	3	20-26

6. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Lokale Therapie des lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms‘

6.1. Thema Radikale Prostatektomie

6.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	The progression-free and overall survival for men with pT3 disease is worse than those with pT2. Clinical or radiological evidence of T3 disease is usually a contraindication to radical surgery; however, men with T3 cancers are sometimes treated with radical prostatectomy. The appropriate extent of lymphadenectomy and its influence on survival is uncertain.	Keine Empfehlung	-	Leitlinie basiert auf systematischen Literatur-recherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle
EAU 2011 [30]	Empfehlungen zu T3-T4 (S.102): 1. Optional for selected patients with T3a, PSA < 20 ng/mL, biopsy Gleason score < 8 and a life expectancy > 10 years. Patients have to be informed that RP is associated with an increased risk of positive surgical margins, unfavourable histology and positive lymph nodes and that, therefore, adjuvant or salvage therapy such as radiation therapy or androgen deprivation might be	GoR C	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>indicated.</p> <p>Empfehlungen bzgl. Indikation (S. 51):</p> <p>Optional</p> <ul style="list-style-type: none"> · Selected patients with low-volume high-risk localised PCa (cT3a or Gleason score 8-10 or PSA > 20) · Highly selected patients with very high-risk localised PCa (cT3b-T4 N0 or any T N1) in the context of multimodality treatment <p>Zusammenfassung zu high-risk PCa:</p> <p>RP is a reasonable treatment option in selected patients with cT3a PCa, Gleason score 8-10 or PSA > 20.</p> <ul style="list-style-type: none"> · If RP is performed, an extended pelvic lymphadenectomy must be performed, as lymph node involvement is common. · The patient must be informed about the likelihood of a multimodal approach. In case of adverse tumour characteristics (positive section margin, extracapsular extension, seminal vesicle invasion), adjuvant RT may be reasonably used after recuperation from surgery. <p>o Recently, Thompson and colleagues reported the results of a trial enrolling 431 men with pT3N0M0 PCa treated with RP. Patients were randomised to receive 60-64 Gy adjuvant RT or observation. Metastasis-free survival and OS were significantly better with</p>	n.a.	<p>73) Messing EM, Manola J, Yao J, Kiernan M, Crawford D, Wilding G, di'SantAgnese PA, Trump D; Eastern Cooperative Oncology Group study EST 3886. Immediate versus deferred androgen deprivation treatment in patients with node-positive prostate cancer after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy. <i>Lancet Oncol</i> 2006 Jun;7(6):472-9. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1675049777</p> <p>77) Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, Messing E, Forman J, Chin J, Swanson G, Canby-Hagino E, Crawford ED. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. <i>J Urol</i> 2009 Mar;181(3):956-62 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167731</p>	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>radiotherapy (77). In cases of positive lymph nodes at final histopathology, adjuvant ADT may be considered.</p> <p>o Messing et al. examined the role of immediate ADT versus observation in patients with positive lymph nodes at initial surgery. At a median follow-up of 11.9 years, those receiving immediate ADT had a significant improvement in OS over those managed with observation (73).</p>	LoE 3		

6.1.2. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Hsu et al. 2010, Fallserie, monozentrisch, retrospektiv [377]	n = 164, Alter : Ø 62,6, Gleason unvollständig, 43 Pat mit 7, 28 mit ≤ 6, 4 mit ≥ 8 ; Einschlusskriterium T3N0M0 (cT3a : 47%, cT3b : 6%, cT3x : 47%) ; Diagnose: DRU ggf.Zystoskopie ;	RPE + bilateral pelvic Lymphadenektomie, keine neoadjuvante Therapie / Follow-Up : Ø 100 Mon. (1-291) 40,2% mit endokriner Therapie im	Keine (Fallserie)	1.) bPFS (2x PSA-Anstieg > 0,2 ng/ml) 2.) cPFS 3.) CSS 4.) OS 5.) MVA bzgl Prädiktoren	1.) 50,4% (5 J.), 43% (10 J.), 38,3% (15 J.) 2.) 79,7% (5 J.), 68,7% (10 J.), 63,5% (15 J.) 3.) 93,4% (5 J.), 80,3% (10 J.), 66,3% (15 J.) 4.) 87,1% (5 J.), 67,2% (10 J.), 37,4% (15 J.) 5.) Prädiktor für OSS : surgical tumor grade, Prädiktoren für CSS : surgical tumor grade, node status, margin status (PSM)	Keine Hinweis auf konsekutive Rekrutierung, keine Angaben zu Nebenwirkungen/Schäden , unklar ob gleiche Patienten wie in früheren Publikationen der Arbeitsgruppe, keine spezifische Auswertung für pT2, pT3a, pT3b, pT4	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	<p>pT3a : 36%, pT3b : 23,8%, pT4 : 11%</p> <p>Overstaging : 29,2%</p> <p>Understaging : 11%</p> <p>PSM : 48,2% (62,2% 1977-1994, 31,1% 1995-2004)</p> <p>Positive pelvic node : 9,2%</p>	weiteren Verlauf					
Walz et al. 2010 [378], Fallserie, retrospektiv, multizentrisch	293 Pat. mit cT3	RPE (1987-2005) Follow up 5,8 Jahre	Keine (Fallserie) Es werden die Ergebnisse mit anderen high risk Parametern verglichen (Gleason \geq 8, PSA \geq 20 ; D'Amico high risk)	1.) bPFS (nur für Gruppe cT3 extrahiert) 2.) PSM (nur für Gruppe cT3 extrahiert)	1.) nach 2 Jahren = 66,5%, nach 5 Jahren = 51,6 % nach 10 Jahren = 43,8 % 2.) PSM : 37,3 %	Keine Angaben zu Schadensendpunkten und CCS oder OS. Studie vergleicht Ergebnisse bei Anwendung verschiedener Risiko/Prognoseparameter	3
Ham et al. 2009 [379], als Fallserie	n = 321 (121 mit cT3), Diagnose mit DRU, CT/MRI	RALP (transperitoneal) ohne neoadjuvante HT, alle mit	Keine (Untersuchung der Unterschiede)	Perioperative und kurzfristige postoperative Daten	Ergebnisse für cT3-Gruppe PSM : 48,8% sign. mehr als in cT2-Gruppe)	keine Langzeitergebnisse bzgl Überleben oder Schäden, Follow up	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
gewertet , da nur Vergleich mit cT1-T2 Population terspektiv monozentrisch, konsekutive Rekrutierung	Für cT3 Population Alter : Ø 64,2, PSA 65, 8, Gleason : 32 Pat. ≤ 6, 30 Pat. = 7, 59 Pat. ≥ 8 ; Für cT3 : pT2 (overstaged) = 21 (17%) Pat., pT4 (understaged) = 4 Pat. N+ : 9,7 %	bilateraler Lymphadenektomie	zw. cT2 und cT3		N+ : 24% (sign. mehr als in cT2-Gruppe) Operationszeit : 214 min. Geschätzter Blutverlust : 432 ml Postoperative Diät : 2,7 Tage Krankenhausverweildauer : 5,8 Tage Katheterisierung : 12,9 Tage Komplikationen : 10 (8,3 %), davon 3 schwere	unklar, Keine Auswertung bzgl. pT3 und pT3a, pT3b, monozentrisch positiv : konsekutive Rekrutierung	

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Patel et al. 2008 [380], Fallserie, monozentrisch, ein Operateur, konsekutive Rekrutierung	n = 1500 (davon 315 (21%) ≥ pT3)	RALP,(transperitoneal, six-port) Follow up : 53 Monate	Keine (Fallserie)	Perioperative und kurzfristige postoperative Daten	Ergebnisse für cT3-Gruppe PSM : 34% keine spezifischen Angaben zu pT3 : Operationszeit : 105 (50-300) min. Geschätzter Blutverlust : 111 (50-500) ml Katheterisierung : 6,3 Tage Intraoperative Komplikationen : 3, davon 3 schwere postoperative Komplikationen : 63 (4,3 %)	Bis auf PSM keine spezifischen Daten zu pT3-Gruppe, keine langfristigen Daten zu Überleben oder Schäden, monozentrisch, alle Operationen vom Erstautor durchgeführt positiv : konsekutive Rekrutierung	3
Yossepowitch et. al. 2008 [381] Registerdatenauswertung, als retrospektive Fallserie gewertet	Nur Daten zu cT3 n = 243 NOMO Keine weiteren Angaben zu dieser Gruppe	RPE ggf. mit HT, postoperativ RT biochem. Rezidiv Follow-up :Median 5,5 Jahre	Keine (Vergleich verschiedener Risikostratifizierungen)	1.) Häufigkeit postoperativer Radiotherapie 2.) Häufigkeit Androgendeprivation 3.) Häufigkeit keine postoperativer Krebstherapie 4.) MFS	1.) ca. 30% (Abgelesen aus Abbildung 1a) 2.) ca. 70%(Abgelesen aus Abbildung 1b) 3.) 50% (95% KI 43-57) nach 5 Jahren ; 35% (95% KI 27-44) nach 10 Jahren 4.) 85% (95% KI 79-89) nach 5 Jahren ; 72% (95% KI 63-79) nach 10 Jahren 5.) 4,3% (95% KI 2,1-9) nach 5 Jahren ; 11% (95% KI 7-19) nach 10 Jahren	Studie ist darauf angelegt die Vorhersagekraft verschiedener Risikoscores zu untersuchen. Hier wurden nur Ergebnisse für den Score cT3 (ja/nein) extrahiert. Daten aus zwei Zentren, keine spezifische Auswertung zu cT3a und cT3b Studie zeigt geringe	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
				5.) PCSM		Mortalität auch bei PCa mit hohem Risiko. Risiko an anderen Ursachen zu versterben ist 2-3 fach höher als an PCa zu versterben	
Mearini et al. 2010 [382], Fallserie, aber mit Vergleich mit cT1-T2 Gruppe, konsekutive Rekrutierung	n = 499 (davon 74 cT3 N0M0), Für cT3 Population Alter : Ø 65,5 (47-75), PSA 15,4 (2,4-116,3), Gleason ≤ 6: 42%, Gleason = 7 : 39%, > 7 : 19%, neoadjuvante HT : 56,8%, PSA, Gleason und neoadjuvante HT sign. Häufiger als in cT1-2-Gruppe; pT3 : 83,7% (16,3% downstaging)	RPE+Lymphadenektomie, adjuvante- und Salvage-Therapie ; bei ≥pT3a, PSM oder PSA > 0,2 ng/ml RT, 58,1% der cT3 Gruppe mit adjuvanter Therapie, 20,2% mit Salvage-Therapie Follow-up : 47,1 Monate (4,5-162,0)	Keine (Vergleich mit cT1-2 N0M0)	1.) Biochemisches Rezidiv (3x 0,2 ng/ml) 2.) histologisches Rezidiv 3.) bFS 4.) CSS 5.) MVA für Prädiktoren für biochemisches Rezidiv und CSS 6.) Inkontinenz 7.) Impotenz 8.) Anastomotic stricture	1.) 32,4% vs. 21,5% in cT1-2 (nicht signifikant) 2.) 14,1% vs. 7,1% in cT1-2 (nicht signifikant) 3.) Nach 5 Jahren : 61,9% vs. 67,4% in cT1-2 (nicht signifikant), Nach 10 Jahren : 25,8% vs. 43,1% in cT1-2 (nicht signifikant) 4.) Nach 5 Jahren : 96% vs. 95,2% in cT1-2 (nicht signifikant), Nach 10 Jahren : 67% vs. 93,2% in cT1-2 (nicht signifikant) 5.) Biopsie Gleason Score als einziger unabhängiger Prädiktor für biochemisches Rezidiv Lymphknotenstatus als einziger unabhängiger Prädiktor für CSS. 6.) Nach 12 Monaten : 34,5% (davon 1 Pat. mit G3 Inkontinenz) vs. 29,2% in cT1-2	retrospektive Auswertung, 56,8% der Pat. mit neoadjuvanter HT, cT3 Gruppe wesentlich kleiner als cT1-2 Gruppe, mögl. zu wenig Power um Gruppenunterschiede darzustellen. Autoren diskutieren übersichtlich Vor- und Nachteile von RPE und RT	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
					Gruppe) (nicht signifikant) 7.) 61,2 % vs. 43,8% in cT1-2 Gruppe) (nicht signifikant) 8.) 12,5% vs. 13,5% in cT1-2 Gruppe) (nicht signifikant)		
Xylinas et al. 2009 [383], Retrospektive Fallserie	n = 100, cT3 ; pT3a = 53, pT3b = 26, 21% overstaging, PSM : 61 %, N+ : 17% Diagnostik durch DRU, CT für Lymphknotenstatus, wenige Patienten mit MRI, Pat. mit neoadjuvanter Therapie und N+ ausgeschlossen ; Alter : Ø 63,8 (39-79), PSA 11,6 (1,9-31), Gleason (Biopsie) ≤ 6: 48%. Gleason = 7 : 46%, > 7 : 6%,	RPE (offen n = 77 oder laparoskopisch n = 23) + pelvic Lymphadenektomie / Follow-up Ø 76,3 Monate (22-150)	Keine (Fallserie)	5 Jahres bFS 5 Jahres CSS MVA für Prädiktoren	1.) 45%, Zeit bis bFS : 31,6 Mon. 2.) 90% 3.) PSM, Gleason Score und Lymphknotenstatus als signifikante Prädiktoren 25% mit Salvage EBRT, 6% mit HT	Keine konsekutive Rekrutierung, keine Angaben zu Nebenwirkungen/Schäden , Bedeutung der adjuvanten Therapie für Ergebnisse laut Autoren unklar – Vergleich mit anderen Studienergebnissen schwierig.	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
White et al. 2008 [384], Retrospektive Kohortenstudie, multizentrisch	n = 151 Pat. mit cT3-cT4 (25%) von insgesamt 608 mit cT3-T4 Pat. in der CaPSURE-Datenbank (insgesamt 13740 Pat.) Alter : Ø 68 (44-91), PSA 113 (1-2192) Alle Pat. entsprechen High Risk Gruppe nach D'Amico	RPE (31 Pat.) (keine laparoskopischen Eingriffe)	Kryotherapie (12 Pat.) Brachytherapie (26 Pat.) Hormontherapie (82 Pat.) Pat. mit Radiotherapie und Watchful Waiting wurde ausgeschlossen, weil kein adäquates Follow-up.	Zusammenhang von jeglicher Therapie mit Lebensqualität, gemessen mit SF-36 und UCLA-PCI Überlegenheit eines der Therapieverfahren bzgl. Lebensqualität, gemessen mit SF-36 und UCLA-PCI	sign. Zusammenhang der Therapie des lokal fortgeschrittenen PCa mit der mentalen Domäne des SF-36, der sexuellen Funktion, sexuellen Beschwerden, Beschwerden beim Wasserlassen und der Harnfunktion ; keine sign. Zusammenhang der Therapie mit Darmfunktion, Darmbeschwerden und der körperlichen Domäne des SF-36. Kein Hinweis auf Überlegenheit einer Therapie (Studie dafür aber auch nicht designed und gepowert)	Population der Kohorte sehr stark selektiert, deshalb können Ergebnisse nicht auf Normalbevölkerung übertragen werden. Pat. mit EBRT oder Watchful Waiting (wesentliche Vergleichsintervention) ausgeschlossen. Keine Angaben zu pathologischen Tumorstadien, adjuvanten Therapie etc. Populationen der verschiedenen Therapie sehr heterogen.	2-
Namiki et al. 2011 [385], retrospektive Fallserie	n = 111 (48 mit RPE, 63 mit EBRT), signifikante Unterschiede zwischen den Therapiegruppen; z. B.	RPE nach Walsh 2002, + adjuvante Therapien Gruppeneinteilung nach klinischen Kriterien und Pat. präferenzen	EBRT (39 mit 3DCRT, 24 IMRT) + adjuvante Therapien	1. allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität (mit SF-36) und prostataspezifische Lebensqualität (mit UCLA-PCI)	1.)signifikant bessere Werte für RPE in den Domänen physical function, physical role restriction, bodily pain, emotional role restriction und vitality, Verbesserung während des Follow up in RPE Gruppe in den den Dömanen physical role restriction und emotional role restriction (Baseline-Werte werden erreicht) signifikant geringere Werte für RPE in den	Ergebnisse mit hohem Verzerrungsrisiko, RPE und EBRT Gruppen sehr heterogen, mögliche Confounder: Alter, Komorbidität, adjuvante Therapien, kein Hinweis auf konsekutive Rekrutierung,	3

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
	Alter: RPE = durchschnitt. 66 J.; EBRT durchschnitt. 73 J.	Follow up: 3, 6, 12, 18, 24, 60 Monate			Dömanen urinary function, urinary bother und sexual function, sexual bother deutliche Verschlechterungen für RPE während Follow up in den Domänen urinary function und sexual function, sexual bother, kaum Verschlechterungen unter EBRT	Hinweise auf Ausmaß der QoL-Beeinträchtigung ableitbar	

Abkürzungen: AHT = adjuvante Hormontherapie ; bPFS = biochemical progression free survival ; cPFS = clinical progression-free survival, CSS = cancer specific survival ; DRU = digitale rektale Untersuchung, EBRT = externen Strahlentherapie ; ED = erektile Dysfunktion ; HT = Hormontherapie; IMRT = intensity-modulated radiation therap ; MFS = metastasis free survival, OS = overall survival ; PCSM = prostate cancer specific mortality ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; PSM = positive surgical margin ; QoL = quality of life ; RALP = robot-assisted laparoscopic prostatectomy, RPE = Radikale Prostatektomie ; RT = radiotherapy, SF-36 = Rand 36-Item Short Form Health Survey ; Tox = Toxizität, UCLA-PCI = University of California Los Angeles Prostate Cancer Index ; 3DCRT = 3-dimensional conformal therapy

6.1.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenzniveau (SIGN)
Akakura 2006 [386]	RCT	95	cT2b-3N0M0, durchschnitt. Alter 68J, Japan	RPE+ neoadj. HT (8 Wo DES) +adj. HT (kont. LHRHa+/- Antiandrogen o. Östrogen o. Orchiektomie)	EBRT (40-50 Gy+ 20 Gy) + neoadj. HT (8 Wo DES) +adj. HT (kont. LHRHa+/- Antiandrogen o. Östrogen o.	Med. 102 Mo (8,5J)	OS, bPFS, cPFS, csPFS, Toxizitäten	RPE versus EBRT: 10J OS 67,9% 60,9% (n.s.) 10J bPFS 76,2% 71,1% (n.s.) 10J cPFS 83,5% 66,1% (n.s.)	Kleine Fallzahlen, daher unterpowert, multimodale und langwierige HT, Ver-	1(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)																				
					Orchiektomie)			10J csPFS 85,7% 77,1% (n.s.) Toxizitäten: keine signifikanten Unterschiede für erektile Dysfunktion, Dysurie, Defäkationsschmerzen Signifikant mehr Inkontinenz in RPE-Gruppe (p<0,01)	mischung cT2b/3, keine cT4																					
Amling 1997 [387]	Fallserie	870	cT3, durchn. Alter 64,5J, USA, >10J Lebenserwartung, wenig Komorbiditäten	RPE, in 59% adjuvante Therapie inkl. EBRT (7%), HT (43%), EBRT+HT (9%); keine Vergleichsintervention		Med. 3,3 J	OS, CSS, cPFS, bPFS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>5J</th> <th>10J</th> <th>15J</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OS</td> <td>89%</td> <td>70%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>CSS</td> <td>93%</td> <td>84%</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>cPFS</td> <td></td> <td>66%</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>bPFS</td> <td>62%</td> <td>46%</td> <td>35%</td> </tr> </tbody> </table> klinisches Overstaging in 25% der Fälle häufigste Tox = Blasenhalskontraktur in 10,6%		5J	10J	15J	OS	89%	70%	50%	CSS	93%	84%	74%	cPFS		66%	57%	bPFS	62%	46%	35%	Sehr große Serie, geringe Tox, leider keine Vergleichsgruppe	3
	5J	10J	15J																											
OS	89%	70%	50%																											
CSS	93%	84%	74%																											
cPFS		66%	57%																											
bPFS	62%	46%	35%																											

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
Berglund 2006 [388]	Prospektive Fallserie	281	≥cT2bNxM ?, PSA >15, Gleason ≥8, durchschn. Alter 61J, USA	RPE, keine Vergleichs-Intervention 31% bereits unterschiedlich chemotherapiert, 23% mit unterschiedlichen neoadj. HAT-Strategien		Durchsc hn. 34 Mo	% PSA-Rezidive	30% PSA-Rezidive nach durchschnittlichem Follow-up von 34 Monaten (2,8 J; Spanne 1-78 Mo)	Kurzes Follow-up, sehr heterogene Vortherapien, keine Vergleichsgruppe, Vermischung cT2b/3, klinische Kategorien nicht näher bezeichnet (%cT3/4?)	3
Carver 2006 [389]	Retrospektive Kohorte	176	cT3N?M?, durchschn. Alter 61 J	RPE mit (36%) oder ohne neoadj. HT, keine Vergleichsintervention, Stratifizierung von potenziellen Risikofaktoren für Ziel-Outcome		Durchsc hn. 6,4 J	%BCR, Wahrscheinlichkeit für BCR-Freiheit, MVA für potenzielle Einflussfaktoren auf BCR	48% PSA-Rezidive nach durchschnittlichem Follow-up von 6,4 Jahren (Spanne 0,5-16,5J) 5-J-Wahrscheinlichkeit für BCR-Freiheit 48% 10-J-Wahrscheinlichkeit für BCR-Freiheit 44% Klinisches Overstaging in 24-41% der Fälle Signifikante Einflussfaktoren auf BCR in MVA: PSA, Gleason, Jahr der OP	Retrospektive Kohorte, mit hohem Bias-Risiko, geringe Patientenzahl, keine Vergleichsgruppe	2(-)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)	
								Nicht signifikant: neoadjuvante Therapie			
Edamura 2005 [390]	Retrospektive Kohorte	121 (Subgruppe aus 420 berichtete n Patienten)	Klinisches Stadium C, durchschnittl. Alter nicht angegeben (Subgruppe)	„surgery-based therapy“ (+neoadj. /adj. HT, 27 Pat);	„radiation-based therapy“ (+neoadj. HT, 16 Pat);	Alleinige HT (78 Pat)	Für alle 420 Pat. Durchschn. 31 Mo (2,6J)	CSS	5-J-CSS für „surgery-based therapy“ 93% „radiation-based therapy“ 100% Alleinige HT 79% (kein signifikanter Unterschied)	Retrospektive Analyse, sehr kleine Fallzahlen, EBRT und HT nicht näher beschrieben, sehr kurzes Follow-up	2-
Fletcher 2006 [391]	Retrospektive Kohorte	104 (Subgruppe aus 409 Pat)	Intermediate risk: \geq cT2b oder PSA \geq 10 oder GS 7-10; kein Altersmedian angegeben	„Brachytherapy Combination Therapy“ (BTC): HAT neoadj+adj 8-9 Mo, EBRT 40-50 Gy+ LDR 90 Gy	RPE	Median ca. 43 Mo	BFS	4-J-BFS BTC RPE 72,6% 55,1% (p=0,01)	Retrospektive Analyse mit Manipulationsgefahr, keine HT in RPE-Gruppe, nur max 33% \geq cT2b, Vermischung cT2b/3	2-	
Freedland 2007 [392]	Retrospektive Fallserie	56	cT3a, Alter durchschn. 56 J	RPE ohne HT, keine Vergleichsintervention		Median 13 J	bPFS, MFS, PCSS	bPFS MFS PCSS 5 J 62% 90% 98% 10J 49% 80% 91%	Junge Patienten, keine Vergleichsgruppe	3	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)		
								15J 49% 73% 84% Klinisches Overstaging in 9% der Fälle (91% der Patienten mit cT3 hatten pT3)	pe			
Gerber 1997 [393]	Fallserie	298	cT3, medianes Alter 64J	RPE, z.T. mit adj. EBRT (28%) oder HT (?%); keine Vergleichsintervention			Median 26 Mo	DSS, MFS, bPFS	DSS MFS bPFS 5 J 85% 72% 11-29% 10J 57% 32% -- Klinisches Overstaging in 9% der Fälle	Fallserie, kurzes Follow-up, Ergebnisse nicht ermutigend	3	
Hachiya 2005 [394]	Retrospektive Kohorte	391	Lokal fortgeschrittenes PCa, keine weitere Definition, Alter in versch. Therapiearmen untersch.	RPE (33%), davon 53% mit HT	EBRT (19%), davon 75% mit HT	BT (3%)	Primäre HT (45%)	Median 37 Mo	DSS	RPE EBRT HT 5-J-DSS 90% 98% 89%	Retrospektive Analyse, keine Definition von lokal fortgeschritten, keine cT-Kategorien	2-
Hsu 2006 [130]	Retrospektive Fallserie	200	cT3a, durchschnittl. Alter 63,3 J	RPE ohne HT, keine Vergleichsintervention			Durchschnittl. 70,6 Mo	bPFS, cPFS, CSS, OS	bPFS cPFS CSS OS 5-J 59,5% 95,9% 98,7% 95,9% 10-J 51,1% 85,4% 91,6% 77,0% Klinisches Overstaging in 23,5%		3	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)																																				
								der Fälle																																						
Isorna Martinez de la Riva 2004 [395]	Fallserie	83	cT3a	RPE ohne adjuvante Therapie, keine Vergleichsgruppe					Durchschnitt. 68,1 Mo (5,7J)	OS, CSS	OS und CSS nach durchschnitt. Follow-up: 97,6% und 100% Klinisches Overstaging in 26,5% der Fälle	liegt als Abstract vor, Alter und Risiko-profil der Pat. nicht erkennbar	3																																	
Johnstone 2006 [396]	Retrospektive Kohorte	1.093	cT4 N0/1M0, überwiegend >75J	RPE (6,6%), z.T. RPE+HT oder RPE+RT	RT (7,5%)	HT (36,6%)	RT+HT (23,6%)	NT (25,7%)	?	OS, RS	<table border="1"> <tr> <td>1-J-</td> <td>OS</td> <td>RS</td> </tr> <tr> <td>RP</td> <td>97,2%</td> <td>98,4%</td> </tr> <tr> <td>RT</td> <td>90,1%</td> <td>94,1%</td> </tr> <tr> <td>HT</td> <td>87,6%</td> <td>94,4%</td> </tr> <tr> <td>RT+HT</td> <td>98,1%</td> <td>99,9%</td> </tr> <tr> <td>NT</td> <td>75,0%</td> <td>82,5%</td> </tr> <tr> <td>3-J-</td> <td>OS</td> <td>RS</td> </tr> <tr> <td>RP</td> <td>87,2%</td> <td>95,6%</td> </tr> <tr> <td>RT</td> <td>76,0%</td> <td>86,3%</td> </tr> <tr> <td>HT</td> <td>57,7%</td> <td>72,9%</td> </tr> <tr> <td>RT+HT</td> <td>82,7%</td> <td>93,6%</td> </tr> </table>	1-J-	OS	RS	RP	97,2%	98,4%	RT	90,1%	94,1%	HT	87,6%	94,4%	RT+HT	98,1%	99,9%	NT	75,0%	82,5%	3-J-	OS	RS	RP	87,2%	95,6%	RT	76,0%	86,3%	HT	57,7%	72,9%	RT+HT	82,7%	93,6%	Einzigartige Daten für cT4-Patienten. Überle-benheit von RPE und RT sichtbar, Vorteil von RPE gegen-über RT, HT oder NT nach Adju-stierung für potenzielle Confounder nur noch in N+-Gruppe signifikant – hier sind die Fallzahlen aber gering (7%) und die Konfidenzinter-alle sehr groß	2(+)
1-J-	OS	RS																																												
RP	97,2%	98,4%																																												
RT	90,1%	94,1%																																												
HT	87,6%	94,4%																																												
RT+HT	98,1%	99,9%																																												
NT	75,0%	82,5%																																												
3-J-	OS	RS																																												
RP	87,2%	95,6%																																												
RT	76,0%	86,3%																																												
HT	57,7%	72,9%																																												
RT+HT	82,7%	93,6%																																												

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								NT 52,2% 70,2% 5-J- OS RS RP 72,6% 87,5% RT 61,8% 79,1% HT 41,5% 62,2% RT+HT 71,1% 87,2% NT 39,8% 64,3% Nach Adjustierung für Rassen, Gleason, Alter, N-Status, Diagnosejahr und Tumorlokalisation ist Überleben signifikant besser für RPE im Vergleich zu HT und NT, aber nicht im Vergleich zu RT und RT+HT (kein signifikanter Unterschied) Nach Stratifizierung nach N-Status und Adjustierung für übrige o.g. Parameter sind RP und RT+HT überlegen in N+Gruppe (77 Pat. = 7%) gegenüber RT und HT und NT In N- -Gruppe zeigt sich keines	(nicht aufgeführt); insgesamt wenige RPE-Patienten	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Intervention			Vergleichs- Intervention			Nach- Verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse			Bemerkung	Evidenz- Niveau (SIGN)
												der Verfahren als signifikant besser gegenüber dem anderen (!) (353 Pat. = 32%) Klinisches Overstaging in 33% der Fälle				
Loeb 2007 [397]	Fallserie	288	cT2b (88%) oder cT3 (12%), durchn. Alter 63 J	RPE, keine Vergleichsintervention					Median 88 Mo	OS, PFS, CSS	OS	PFS	CSS	Kleine Zahl cT3-Tumoren (34), keine Vergleichsgrup- pe, Vermischung cT2b/3	3	
											7-J	91%	39%	92%		
											10-J	74%	35%	88%		
											R1/2 in 56% der cT3-Tumoren					
											Postop. Potenz erhalten in 64%					
											Postop. Kontinenz erhalten in 92%					
Powell 2002 [398]	Fallserie	55	cT3/4N0M0	RPE+HT, keine Vergleichsintervention					?	OS, PFS	5-J-OS 90%				3	
											5-J-PFS 70%					
											Nur 3% der Fälle cT4					
Saito 2006 [399]	Retrospekti- ve Kohorte	209	cT3, Alter für RPE 64, für EBRT 69, für HT 78, Japan	RPE+HT (n=30, 14,4%)	EBRT+HT (n=78)	HT (n=101)	Median 55 Mo (4,6J)		OS, DSS	RPE	EBRT	HT	Kleine Zahl an RPE-Fällen, alle adjuvant, starke Unter- schiede zwischen den Gruppen bez.	2-		
										5-J-OS	87,3%	94,9%	66,1%			
										10-J-OS	66,5%	70,0%	17,2%			

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)												
								<p>RPE+HT signifikant besser als HT</p> <p>EBRT+HT signifikant besser als HT</p> <p>Kein Unterschied RPE vs EBRT</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>RPE</th> <th>EBRT</th> <th>HT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5-J-DSS</td> <td>93,8%</td> <td>96,6%</td> <td>88,6%</td> </tr> <tr> <td>10-J-DSS</td> <td>71,4%</td> <td>93,6%</td> <td>62,3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>EBRT+HT signifikant besser als HT</p> <p>Kein Unterschied RPE vs EBRT und zwischen RPE vs HT</p> <p>Klinisches Overstaging in 50% der Fälle (15 von 30 operierten)</p>		RPE	EBRT	HT	5-J-DSS	93,8%	96,6%	88,6%	10-J-DSS	71,4%	93,6%	62,3%	Alter	
	RPE	EBRT	HT																			
5-J-DSS	93,8%	96,6%	88,6%																			
10-J-DSS	71,4%	93,6%	62,3%																			
Sciarra 2003 [400]	Retrospektive Fallserie/Kohorte	130	cT3+pT3, Alter durchschn. 64,3 J	RPE, stratifiziert nach Gleason <8 und Gleason 8-10, keine Vergleichsintervention		Median 60 Mo (5 J)	DSS	<p>5-J-DSS 78-99%</p> <p>10-J-DSS 69-82%</p>	Nur pT3-Patienten!, kleine Fallzahlen, keine Vergleichsgruppe	2-3												
Swindle 2005 [255]	Retrospektive Kohorte	n=1.389	T1-3 N und M nicht angegeben	Erfassung Resektionsstatus und anderer prognostischer Parameter		Median 50 Monate	PFS	Resektionsstatus stellt sich in multivariater Analyse als unabhängiger prognost. Faktor für progressionsfreies Überleben		2+												

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								dar (neben Gleason score, Kapseldurchbruch, Samenblaseninfiltration, N-Status, präop. PSA)		
Van Poppel 2000 [401]	Retrospekti-ve Fallserie/Ko-horte	158	cT3, Alter durchschn. 66 J	RPE, MVA für prädiktive Faktoren für Outcome		Durch-schn. 30 Mo	PSA-free survival	Unabhängige Prognosefaktoren: Samenblaseninfiltration, N+, R1/2, PSA>10 PSA-free survival bei initialem PSA<10: 70% nach 2 J; 60% nach 5 J Klinisches Overstaging in 12,7% der Fälle (20/158)	Kleine Fallzahl, keine Vergleichsgruppe, schlechtes Reporting	2-3
Van Poppel 2006 [402]	Fallserie	32	cT3 N0M0, Alter median 63J	RPE, keine Vergleichsintervention		Median 10,3 Mo	CR = R0-Resektion + 3 Mo PSA-Freiheit	19/32 erreichten CR = 59% (unterhalb des gesetzten Ziels von 20 CRs; Studie daher abgebrochen) v.a. wegen R1/2 klinisches Overstaging in 43,8% der Fälle (14/32) R1/2-Resektionen in 37,5%	Kleine Fallzahl, kein klinisch relevantes Follow-up	3
Ward 2005 [403]	retrospektiv e Kohorte	841 + 4.810	cT3, Alter median 66 J	RPE, in 23% der Fälle mit neoadj. HT, keine Vergleichsintervention, Stratifizierung der Ergebnisse		Median 10,3 J	bPFS, CSS, OS	cT3-Pat: bPFS DSS OS	Werte nicht für potenzielle Risikofaktoren	2(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-Verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
			(n=841) cT2, Alter median 66 J (n=4.810)	nach cT-Kategorie				5 J 58% 95% 90% 10J 43% 90% 76% 15J 38% 79% 53% cT2-Pat: bPFS DSS OS 5 J 74% 99% 95% 10J 61% 96% 82% 15J 52% 92% 61% Klinisches Overstaging in 27% (pT2) R1/2-Resektionen in 56% MVA für Rezidiv-Prädiktoren: signifikant erhöhtes Risiko bei Gleason ≥ 7 , Aneuploidie, R1/2	adjustiert	

6.2. Thema Perkutane Strahlentherapie

6.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>Neoadjuvant and concurrent luteinising hormone-releasing hormone agonist (LHRHa) therapy is recommended for 3 to 6 months in men receiving radical radiotherapy for locally advanced prostate cancer.</p> <p>Qualifying statement: There is supporting evidence from several randomised trials to make this recommendation.</p>	n.a.	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle
	<p>Adjuvant hormonal therapy is recommended for a minimum of 2 years in men receiving radical radiotherapy for locally advanced prostate cancer who have a Gleason score of ≥ 8.</p> <p>Qualifying statement: There is evidence from several randomised trials to support making this recommendation as well as evidence of cost-effectiveness.</p>			
	<p>Clinical oncologists should consider pelvic radiotherapy in men with locally advanced prostate cancer who have a > 15% risk of pelvic lymph node involvement who are to receive neoadjuvant hormonal therapy and radical radiotherapy.</p> <p>Qualifying statement: This recommendation is based on</p>			
			<p>Kumar, S., Shelley, M., Harrison, C., Coles, B., Wilt, T. & Mason, M. (2006). Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised prostate cancer [protocol for a Cochrane review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 2 Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.</p> <p>Most of the evidence relates to goserelin given for three years or more, but a single randomised trial (Tyrrell et al. 2005) suggests the survival benefit of adjuvant bicalutamide monotherapy is comparable.</p>	
			<p>Lawton, et al. An Update of the Phase III Trial Comparing Whole-Pelvic (WP) to Prostate Only (PO) Radiotherapy and Neoadjuvant to Adjuvant Total Androgen Suppression (TAS): Updated Analysis of RTOG 94-13. 47th Annual ASTRO Meeting. International Journal of Radiation Oncology, Biology,</p>	

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	evidence from one large, randomised trial.		Physics 63, S19. 2005.	
EAU 2011 [30]	<p>Indikationen für EBRT:</p> <p>T3 with > 5-10 years of life expectancy. Dose escalation of > 74 Gy seems to be of benefit. A combination with hormonal therapy can be recommended (see below).</p> <p>Overall survival is improved by concomitant and adjuvant hormonal therapy (3 years) combined with external beam radiation.</p>	GoR A	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz
	In locally advanced prostate cancer T3-4 N0 M0, overall survival is improved by concomitant and adjuvant hormonal therapy for a total duration of 3 years, with external beam irradiation for patients with a WHO 0-2 performance status.	LoE 1	<p>Bolla M, Collette L, Blank L, et al.. Lancet 2002 Jul;360(9327):103-6.</p> <p>Bolla M, Collette L, Van Tienhoven G, et al.. Int Radiat Oncol Biol Phys 2008;72(1 Suppl 1):S30-S31.</p>	
	<p>For a subset of patients with T2c-T3 N0-x and a Gleason score of 2-6, short-term ADT before and</p> <p>during radiotherapy may favourably influence overall survival</p>	LoE 1b	n.a.	
	In very high-risk prostate cancer, c-pN1 M0 with no severe co-morbidity, pelvic external irradiation and immediate long-term adjuvant hormonal treatment improve overall survival, disease-specific failure, metastatic failure and biochemical control	LoE 2b	Lawton CA, Winter K, Grignon D, et al. RTOG 85-31. J Clin Oncol 2005 Feb;23(4):800-7.	

6.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
Systematischer Review mit Metaanalyse (Cochrane Review), Aktualisierung von Kumar et al. 2004	Shelley et al. 2009 [404],	Medline, Embase, Cochrane, Science Citation Index, LILACS, SIGLE, Kongressabstrac- ts, Reference- Check, Handsuche 1966-2007	Neoadjuvante Hormontherapie bei lokal begrenztem und lokal fortgeschrittenem PCa, nach RPE und EBRT	<p>HT vor RPE (10 RCTs) : OS, CSS und bDFS: kein Hinweis auf signifikante Reduktion, Dagegen signifikant bessere Werte bei Rate an positiven Resektionsrändern, Organbegrenzung oder positiven Lymphknoten, bei längerer (6-8 Monate vs. 3 Monate) HT bessere Ergebnisse bzgl. Organbegrenzung und positiven Resektionsrändern</p> <p>HT vor EBRT (4 RCTs) :</p> <p><u>HT+EBRT vs. EBRT</u></p> <p>OS : eine Studie (Pilepich 2001) ohne signifikante Unterschiede nach 5,8, und 10 Jahren, Subgruppenanalyse zeigt signifikanten Überlebensvorteil bei Gleason 2-6 vs. 7-10</p> <p>CCS : zwei Studien, signifikanter Unterschied bei 6 Monaten HT, nicht aber bei HT für 3 Monate (Denham 2005), signifikanter Unterschied bei HT für 2 Monate vor EBRT und während Therapie (Pilepich 2001).</p> <p>bDFS : drei Studien (Laverdiere 2004, Pilepich 2001, Denham 2005), alle mit signifikanten Unterschieden, gepoolt : relative risk 1,59 (95 % KI 1-2,55), p =0,05, signifikante Heterogenität</p> <p>cDFS : zwei Studien (Pilepich 2001, Denham 2005) mit signifikanten Unterschieden, gepoolt : relative risk 1,46 (95 % KI 1,24-1,71), p < 0,0001</p> <p><u>3 Monate HT+EBRT vs. 6 bzw. 8 Monate HT+EBRT</u></p> <p>OS und CSS : kein signifikant Unterschied (bei Deham 6 Monate-HT signifikant, aber nicht bei 3-Monate-HT vs. 0., keine Unterschied 3 vs. 6 Monate).</p> <p>bDFS : zwei Studien (Crook 2004, Denham 2005) ,inkonsistente</p>	<p><u>HT vor RPE :</u></p> <p>Dalkin B J Urol 1996;155:1357-60,</p> <p>Prezioso D Urol Int 2004;72:189-95.</p> <p>Gleave ME J Urol 2001;166:500-7.</p> <p>Labrie F Urol 1997;49:56-64.</p> <p>Selli C J Clin Pathol 2002;55:508-13.</p> <p>Soloway M J Urol 2002;167:112-6.</p> <p>Van Der Kwast T Urol 1999;53:523-9.</p> <p>Schulman CC Eur Urol 2000;38:706-13.</p> <p>Aus G BJU Int 2002;90:561-6.</p> <p>Klotz LH J Urol 2003;170:784-91., 13</p>	1+

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>Ergebnisse : gepoolt : n.s.</p> <p>Bemerkungen : Review mit jeweils 2 unabhängigen Reviewern und Qualitätsbewertung der Studien, random effect model erst bei signifikanter Heterogenität, sonst fixed effect model - unabhängig von klinischen Aspekte. EBRT Pat. meist intermediate oder high risk, RPE Patienten meist cT1-2</p>	<p><u>HT vor EBRT</u></p> <p>Pilepich MV Int J Rad Oncol Biol Phys 2001;50:1243-52.</p> <p>Laverdiere J, J Urol 2004;171:11137-40.</p> <p>Crook J Int J Rad Oncol Biol Phys 2004;60:15-23.</p> <p>Denham JW 2005;6:841-50</p>	
Systematischer Review mit Metaanalyse (Cochrane Review), Aktualisierung von Kumar et al. 2004	Shelley et al. 2009 [405]	Medline, Embase, Cochrane, Science Citation Index, LILACS, SIGLE, Kongressabstrac- ts, Reference- Check, Handsuche 1966-Ende des Suchzeitraums nicht angegeben, spätestens Januar 2009	Adjuvante Hormontherapie bei lokal begrenztem und lokal fortgeschrittenem PCa, nach RPE und EBRT	<p>HT nach RPE (3 RCTs) :</p> <p><u>OS</u> : 1 Studie mit sign. Effekten (Messing 1999), 2 Studien ohne sign. Effekt (Wirth 2004, McLeod 2006), gepoolt : n.s.</p> <p><u>CSS</u> : 1 Studie mit sign. Effekten (Messing 1999)</p> <p><u>DFS</u> : 3 Studien mit sign. Effekten (Messing 1999, Wirth 2004, McLeod 2006). Gepoolt : sign. Effekt nach 5 und 10 Jahren</p> <p><u>Toxizität</u> : 1 Studie (McLeod 2006), brest pain = 73,6 %, gynäkomastie 68,8 %, 30 vs. 10 % Therapieabbruch wegen Nebenwirkungen</p> <p>1 Studie (Messing 1999) ; sign. Zunahme von hämatologischen, gastrointestinalen, und urogenitale Nebenwirkungen Grad 1 und 2 und Hitzewallungen.</p> <p>1 Studie (Wirth 2004) : doppelt so viele Therapieabbrüche wegen Nebenwirkungen in Interventionsgruppe</p>	<p>HT+RPE</p> <p>Zagars 1988;14(6):1085-91.</p> <p>Messing EM. New Engl J Med 1999;341(24):1781-8.</p> <p>Wirth MP Eur Urol 2004; 45(3):267-70.</p> <p>McLeod DG BJU Int 2006;97(2):247-54.</p> <p>HT+EBRT</p> <p>Zagars 1988;14(6):1085-91.</p>	1+

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>HT vor EBRT (4 RCTs) :</p> <p><u>OS</u> : eine Studie (Bolla 2002) mit signifikanten Unterschieden nach 5 Jahren; eine Studie mit sign. Effekten nur bei Subgruppe T3-T4 (Tyrell 2005) ; 2 Studien ohne signifikante Effekte (Pilepich 2005, Zagar 1999)</p> <p>Gepoolt : kein sign. Effekt im random effect model</p> <p><u>CSS</u> : eine Studie (Bolla 2002) mit signifikanten Unterschieden nach 5 Jahren; eine Studie mit sign. Effekten nur bei Subgruppe T3-T4 (Tyrell 2005) ; 1 Studie ohne signifikanten Effekt (Pilepich 2005)</p> <p>Gepoolt : kein sign. Effekt im random effect model</p> <p><u>DFS</u> : Alle 4 Studien mit signifikanten Effekten, sign. Heterogenität der 5 Jahres Ergebnisse, 10 Jahresergebnisse von zwei Studien nicht heterogen.</p> <p><u>DM</u> : 2 Studien mit signifikanten Effekten (Bolla 2002, Pilepich 2005)</p> <p>Loco-regional Failure : 1 Studie mit sign. Effekten (Bolla 2002)</p> <p>Bemerkungen : Review mit jeweils 2 unabhängigen Reviewern und Qualitätsbewertung der Studien, random effect model erst bei signifikanter Heterogenität, sonst fixed effect model - unabhängig von klinischen Aspekte. Ende des Suchzeitraums nicht angegeben. Studien bei EBRT unterscheiden sich stark bzgl. der eingeschlossenen Patienten. Zu HT+EBRT keine Schadensendpunkte berichtet</p>	<p>Bolla M, Lancet 2002;360(9327): 103-6.</p> <p>Pilepich MV RTOG 85-31. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005;61(5):1285-90.</p> <p>Tyrell CJ Radiother Oncol 2005;76(1):4-10.</p>	

NWHT = Nebenwirkung/Harntrakt, NWImp = Nebenwirkung/Impotenz/erektile Dysfunktion, NWR = Nebenwirkung/Rektum, NWS = Nebenwirkung/Schmerzen, HIFU = Hochintensiver fokussierter Ultraschall, PSA = prostataspezifisches Antigen ; EBRT = externen Strahlentherapie; PCa = Prostatakarzinom; HTA = Health Technology Assessment; DFS = disease free survival ; OS = overall survival ; bDFS = biochemical disease free survival, TURP = transurethral resection of the prostate

6.2.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben		LoE	Literatur- belege
Syst. Review	Morris 2005 [260]	72 Publikationen aus systematischer Suche in Medline, Cinahl, Cochrane bis Januar 2002	Vergleich 3DRT mit konventioneller zweidimensionaler RT, Suche und Auswertung nach 7 Schlüsselfragen	1. <i>Does CRT reduce acute toxicity (particularly GI and GU toxicity) compared with conventional RT?</i>	Review of the data by the Task Force suggested a reduction in acute toxicity when 3D-CRT was used. Furthermore, higher radiation doses were achieved with 3D-CRT and resulted in similar acute toxicity compared with the lower dose delivered with conventional RT	-	2-5, 7-34
				2. <i>Does CRT reduce late toxicity (particularly GI, GU, sexual toxicity) compared with conventional RT?</i>	The data suggested that 3D-CRT reduces late morbidity, particularly GI late morbidity, providing the dose to the rectum was limited. The benefit in terms of GU symptoms or sexual function was not observed. Orthopedic morbidity has not been reported.	-	3,5,7- 12,14,15,17- 19, 21, 23- 25, 27, 29- 32, 35-45
				3. <i>Does CRT improve local control as determined by biopsy or clinical signs/symptom compared with conventional RT?</i>	The data are limited and have failed to demonstrate a consistent improvement in local control compared with conventional RT. The data were limited by few studies with small numbers of patients and the inherent problems of prostate biopsy interpretation after RT. No study reported the results determined solely by clinical signs or symptoms. The Task Force concluded that the data are insufficient to determine a benefit to local control as documented by biopsy or digital rectal examination.	-	6,10,14,48

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege	
				<p><i>4. Does CRT improve disease-free survival clinically or biochemically (i.e., PSA failure) compared with conventional RT?</i></p>	<p>The data available from mature randomized trials were very limited, but did suggest that for similar doses a clear benefit from clinical or biologic disease-free survival does not exist that is statistically significant for 3D-CRT. When 3D-CRT was combined with dose escalation, there appeared to be a benefit, but Follow-up remains short.</p> <p>The randomized trial from M.D. Anderson Cancer Center and the sequential prospective</p>	-	3, 5, 9, 10, 13, 14, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 39, 41, 45-64
					<p>dose-escalation studies from other institutions with sufficient long term Follow-up have suggested that patients with less than favorable (i.e., greater than Stage T1, PSA ≥ 10 but ≤ 20 ng/mL, Gleason score ≥ 6) characteristics are likely to benefit from dose escalation with regard to biochemical freedom from failure. The data were insufficient to suggest a biochemical freedom from failure benefit for other subsets.</p>		
				<p><i>5. Does CRT improve overall survival compared with conventional RT?</i></p>	<p>No overall survival advantage was observed for 3D-CRT. The studies that reported overall survival had a limited Follow-up time. The Task Force considered the data not yet sufficient to state that 3D-CRT improves survival compared with</p>	-	3, 6, 9, 14, 23, 26, 41, 54

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				conventional RT.		
				<p>6. <i>Are there subsets of patients who are more likely to benefit from 3D-CRT based on pathologic or pretreatment markers?</i></p> <p>The data remain inconclusive on one specific patient population that would benefit based on pretreatment markers such as PSA level, Gleason score, pathologic findings, or stage.</p> <p>One randomized trial using a dose-escalation technique suggested a benefit for patients with a PSA level ≤ 10 ng/mL (Pollack <i>et al.</i> [6]), and data from a standard radiation dose study failed to demonstrate a statistically significant benefit (Dearnaley <i>et al.</i> [3]). A retrospective singleinstitution review (63) from the Fox Chase Cancer Center suggested that patients with pathologically unfavorable features such as perineural invasion might benefit, and one multi-institutional retrospective review (54) suggested a benefit to patients with a Gleason score of 8–10.</p>	-	10, 33, 36, 63
				<p>7. <i>Is there a benefit to 3D-CRT in conjunction with hormonal therapy compared with conventional RT and hormonal therapy for the previous six questions?</i></p> <p>No formal comparisons of CRT with or without hormonal therapy have been performed against conventional RT delivered with either short- or long-term hormonal adjuvant therapy. Without definitive evidence to the contrary, the Task Force had no reason to believe that the relative benefits of 3D-CRT would be different for patients with or without</p>	-	3

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				hormonal therapy.		
Syst. Review	Nilsson 2004 [261]	296 Publikationen aus systematischer Suche in Medline bis Januar 2003	RT bei Prostatakarzinom	<p>There are no randomized studies that compare the outcome of surgery (radical prostatectomy) with either external beam radiotherapy or brachytherapy for patients with clinically localized low-risk prostate cancer. However, with the advent of widely accepted prognostic markers for prostate cancer (pre-treatment PSA, Gleason score and T-stage), such comparison have been made possible. There is substantial documentation from large single-institutional and multi-institutional series on patients with this disease category (PSA < 10, GS ≤ 6, ≤ T2b) showing that the outcome of external beam radiotherapy and brachytherapy is similar to those of surgery</p> <p>There is fairly strong evidence that patients with localized, intermediate risk, and high risk (pre-treatment PSA ≥ 10 and/or GS ≥ 7 and/or > T2) disease, i.e. patients normally not suited for surgery, benefit from higher than conventional total dose. No overall survival benefit has yet been shown.</p> <p>Dose escalation to patients with intermediate-risk or high-risk disease can be performed with 3D conformal radiotherapy (photon or proton) boost, with Ir-192 high dose rate brachytherapy boost, or brachytherapy boost with permanent seed implantations. Despite an increased risk of urinary tract and/or rectal side effects, dose-escalated therapy can generally be safely delivered with all three techniques.</p> <p>There is some evidence that 3D conformal radiotherapy results in reduced late rectal toxicity and acute anal toxicity compared with radiotherapy administered with non-conformal treatment volumes.</p> <p>There is some evidence that postoperative external beam radiotherapy after radical prostatectomy in patients with pT3 disease prolongs biochemical disease-free survival and that the likelihood of achieving long-term DFS is higher when treatment is given in an adjuvant rather than a salvage settings. A breakpoint seems to exist around a PSA level or 1.0 ng/mL, above which the</p>	<p>fairly strong</p> <p>some evidence</p> <p>some evidence</p>	<p>3; 11; 14-32; 33-41; 49; 50-52; 54-56; 60-62; 66-73; 75-85; 87; 88; 90-92; 94-96; 98-102; 104-113; 115-122; 129; 131; 134-136; 138; 140-142; 159; 173; 184; 185; 191-205; 207-211; 214-226; 228-230; 232-236; 238-244; 246-257; 260-266; 269-272; 278-280; 282-284; 285-292; 294-299; 321; 323-334; 339-341; 351-353;</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p>likelihood for eradication of the recurrence of cancer diminishes.</p> <p>After prostatectomy, endocrine therapy prior to and during adjuvant radiotherapy may result in longer biochemical disease-free survival than if only adjuvant radiotherapy is given. No impact on overall survival has been shown.</p> <p>There is fairly strong evidence that short-term endocrine therapy prior to and during radiotherapy results in increased disease-free survival, increased local control, reduced incidence of distant metastases, and reduced cause-specific mortality in patients with locally advanced disease.</p> <p>There is some evidence that short-term endocrine therapy prior to and during radiotherapy results in increased overall survival in a subset (GS 2-6) of patients with locally advanced disease.</p> <p>There is strong evidence that adjuvant endocrine treatment after curative radiotherapy results in improved local control, increased freedom from distant metastases, and increased disease-free survival in patients with loco-regionally advanced and/or high-risk disease.</p> <p>There is moderately strong evidence that adjuvant endocrine treatment after radiotherapy results in longer overall survival compared with radiotherapy alone in patients with loco-regionally advanced disease.</p>	<p>fairly strong</p> <p>some evidence</p> <p>strong evidence</p> <p>moderately strong</p>	355; 356; 360; 365-371; 373-381; 389; 390

6.2.4. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Efstathiou et al. 2009 [406], Posthoc Analyse eines RCT [407]	n=945 cT3N+ T1-2 N+ T4 Karnofsky >60	Adjuvante Hormontherapie nach Radiatio (Goserelin) (477) Follow-up: Median 9 Jahre	Radiatio allein (468)	Kardiovaskuläre Mortalität	keine Hinweise auf Zunahme der kardiovaskulären Mortalität durch adjuvante Hormontherapie	Todesursache nicht einheitlich erhoben (spezifisch in jedem teilnehmenden Zentrum) Ergebnisse mit mehreren Sensitivitätsanalysen bzgl. Endpunktdefinition, Salvage-Therapie, Datenverlust	1+
Efstathiou et al. 2008 [408] Posthoc Analyse eines RCT [409]	N = 1.521 cT2c (45%) cT3/4 (55%) N0 (97%) N1 (3%) signifikant mehr Pat. mit KHK in Langzeit-HT Gruppe (30% vs. 25)	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide) + 20M HT (Goserelin) Follow-up: Median 8,1 Jahre	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide)	Kardiovaskuläre Mortalität	keine Hinweise auf Zunahme der kardiovaskulären Mortalität durch adjuvante Langzeithormontherapie	Todesursache nicht einheitlich erhoben (spezifisch in jedem teilnehmenden Zentrum) Ergebnisse mit mehreren Sensitivitätsanalysen bzgl. Endpunktdefinition, Salvage-Therapie, Datenverlust	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Horwitz et al. 2008 [410] Follow-up Auswertung eines RCT [409]	N = 1.521 cT2c (45%) cT3/4 (55%) N0 (97%) N1 (3%) signifikant mehr Pat. mit KHK in Langzeit-HT Gruppe (30% vs. 25)	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide) + 20M HT (Goserelin) Follow-up: Median 8,1 Jahre	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide)	DFS OS CSS BF DM LP	<u>5-Jahres-(Ergebnisse)</u> 1. 46,4% (24 Monate) vs. 28,1% (4 Monate) <0,0001 2. 80,0% vs. 78,5%, n.s. 0,73 3. 94,6% vs. 91,2%, 0,006 4. 28,0% vs. 55,5%, <0,0001 5. 11,5% vs. 17,0%, 0,0035 6. 6,4% vs. 12,3%, 0,0001 <u>10-Jahres-(Ergebnisse)</u> 1. 13,2% (24 Monate) vs. 22,5% (4 Monate) <0,0001 2. 51,6% vs. 53,9%, n.s. 0,73 3. 83,9% vs. 88,7%, 0,006 4. 51,9% vs. 68,5%, <0,0001 5. 14,8% vs. 22,8 %, 0,0035 6. 12,3% vs. 22,2%, 0,0001	In Subgruppe T _{≥3} und Gleason 8-10 auch signifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen	1++

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Bolla et al. 2010 [411], multizentrisch RCT Follow-up Publikation von EORTC 22863	n = 404 von 415 randomisierten cT1-2 WHO Grad 3 (8%), cT3 (82%), cT4 (9%), N0-1 M0, Alter median 71 Jahre Follow-up: Median 9,1 Jahre	EBRT 70 Gy (50+20) + adj. HT (Goserelin ab RT für 3 Jahre + Cyproteron für einen Monat)	EBRT 70 Gy allein	1.) cDFS (primärer Endpunkt) 2.) OS 3.) CCS 4.) DMFS	1.) 10 Jahre: 22,7 % (HT+RT) vs. 47,7 % mit Rezidiv Hazard Ratio 0,42 (95% KI 0,33 – 0,55), p < 0,0001 2.) 10 Jahre: 58,1 % (HT+RT) vs. 39,8 %. Hazard Ratio 0,60 (95% KI 0,45 – 0,80), p < 0,0004 3.) 10 Jahre: 10,3 % (HT+RT) vs. 30,4 %. Hazard Ratio 0,38 (95% KI 0,24 – 0,60), p < 0,0001 4.) Außerdem signifikante Reduktion von locoregionalen Rezidiven und Fernmetastasen	Bestandteil des Kumar-Reviews (s. (neo-adj. HT) Follow-up-Daten der Studie von 2002 Randomisierung beschrieben, Zuteilung der Gruppen ‘open label’; Todesursache wurde durch behandelnden Arzt definiert, kein Review Keine Angaben zum Umgang mit multiplen Testen Post hoc Analyse ergibt keine Hinweise auf erhöhte kardiovaskuläre Mortalität unter Kombinationstherapie. Keine Angaben zu Toxizitäten Inkonsistenzen bzgl. der Patientenzahl (404 vs. 412) gegenüber Bolla 2002	1+

Artikel (Autor, Jahr)/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patientenmerkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichsintervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau SIGN
Denham et al. 2011 [412], RCT Follow up Publikation von Denham 2005[413]	n=802, T2b-T4, N0M0, Lebenserwartung <5Jahre	3 Monate /6 Monate vor und während Radiatio neoadjuvant Hormontherapie (Zoladex + Flutamide) + Radiatio (265/267) Medianes Follow up 10,6 Jahre	Radiatio allein (270) 66 Gy	1. BF 2. LP 3. DFS 4. DM 5. CSS 6. OS 7. Therapiebedingte Morbidität	3 Monate HT 1. 0,57 (95% KI 0,46-0,72), p < 0,0001 2. 0,49 (95% KI 0,33-0,73), p < 0,0005 3. 0,63 (95% KI 0,52-0,77), p < 0,0001 Andere Endpunkte : n.s. 6 Monate HT 1. 0,72 (95% KI 0,57-0,90), p < 0,001 2. 0,45 (95% KI 0,30-0,66), p = 0,0001 3. 0,51 (95% KI 0,42-0,61), p < 0,0001 4. 0,49 (95% KI 0,31-0,76), p = 0,001 5. 0,49 (95% KI 0,32-0,74), p = 0,0008 6. 0,63 (95% KI 0,48-0,83), p < 0,0008 7. n.s. innerhalb der ersten 5 Jahre	High-Risk Population, Alpha Fehler für primären Endpunkt adjustiert wegen 2 primärer Endpunkte CSS und OS (0,0125) Randomisierung adäquat beschrieben	1+

Abkürzungen: AHT = adjuvante Hormontherapie ; bPFS = biochemical progression free survival ; cPFS = clinical progression-free survival, CSS = cancer specific survival ; DRU = digitale rektale Untersuchung, EBRT = externen Strahlentherapie ; ED = erektile Dysfunction ; HT = Hormontherapie; IMRT = intensity-modulated radiation therap ; MFS = metastasis free survival, OS = overall survival ; PCSM = prostate cancer specific mortality ; PCa = Prostatakarzinom ; PSA = prostataspezifisches Antigen; QoL = quality of life ; RPE = Radikale Prostatektomie ; 3DCRT = 3-dimensional conformal therapy, HRQoL = health related quality of life, EORTC/RTOG = European Organisation for Research and Treatment of Cancer/ Radiation Therapy Oncology Group ; ASTRO = American Society of Therapeutic Radiation Oncology ; 3D-CRT = 3-D konformale Strahlentherapie, DMFS = distant metastasis free survival

6.2.5. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Akakura 2006 [386]	RCT	95	cT2b-3N0M0, durchschn. Alter 68J, Japan	RPE+ neoadj. HT (8 Wo DES) +adj. HT (kont. LHRHa+/- Antiandrogene o. Östrogen o. Orchiektomie)	EBRT (40-50 Gy+ 20 Gy) + neoadj. HT (8 Wo DES) +adj. HT (kont. LHRHa+/- Antiandrogene o. Östrogen o. Orchiektomie)	Med. 102 Mo (8,5J)	OS, bPFS, cPFS, csPFS, Toxizitäten	<p>RPE versus EBRT:</p> <p>10J OS 67,9% 60,9% (n.s.)</p> <p>10J bPFS 76,2% 71,1% (n.s.)</p> <p>10J cPFS 83,5% 66,1% (n.s.)</p> <p>10J csPFS 85,7% 77,1% (n.s.)</p> <p>Toxizitäten: keine signifikanten Unterschiede für erektile Dysfunktion, Dysurie, Defäkationsschmerzen</p> <p>Signifikant mehr Inkontinenz in RPE-Gruppe (p<0,01)</p>	<p>Kleine Fallzahlen, daher unterpowert, multimodale und langwierige HT, Vermischung cT2b/3, keine cT4</p>	1(+)
Aristizabal 1984 [414]	Fallserie/retrospektive Kohorte	218	A/B (54%), C/D (46%), Alter durchschn. 68 J	EBRT "large volume" 60-70 Gy (n=58)	EBRT "small volume" n=160	zwischen 3 und 10 J	local tumor control, OS, Tox	<p>"large" "small"</p> <p>local failure 12% 7,5%</p> <p>5-J-OS A: 100%, B: 82%, C: 60%, D: 40%</p> <p>signifikante Prädiktoren für OS in MVA: A/B vs C/D (p=0,0003)</p> <p>Grade I/II vs III (p=0,0107)</p>	retrospectives Design, prä-PSA, local failure and Tox höher in large Gruppe	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																
								<p>large vs small (p=0,0429)</p> <p>Alter >60 J vs <60 J</p> <p>16% Grade II/III-Tox</p> <p>Tox large vs small: 15,5% vs 12,5%</p>																		
Asbell 1998 [415]	RCT	449	cT1/2 (A/B), keine cT3/4 (0%), Alter median 67-68 J	EBRT Becken 45 Gy plus Prostata 20 Gy	EBRT Prostata 65 Gy	median 12 J	LC, DM, PFS, OS	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Becken+P</td> <td>P allein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td>10,5 J</td> <td>10,7J</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td>12-J-OS</td> <td>38%</td> <td>43%</td> <td>n.s.</td> </tr> <tr> <td>NED</td> <td>27%</td> <td>31%</td> <td>n.s.</td> </tr> </table> <p>ebenfalls kein signifikanter Unterschied in CSS und DM</p>		Becken+P	P allein		OS	10,5 J	10,7J	n.s.	12-J-OS	38%	43%	n.s.	NED	27%	31%	n.s.	unterschiedliche s LK-Staging (operativ oder mittels Lymphangiogramm) unterschiedlich auf Gruppen verteilt	1(+)
	Becken+P	P allein																								
OS	10,5 J	10,7J	n.s.																							
12-J-OS	38%	43%	n.s.																							
NED	27%	31%	n.s.																							
Bagshaw 1977 [416]	RCT? prospektive Kohorte?	61 (35 N0)	cT1/2 (50%), cT3 (50%), Alter ≤70 J, N+ in 39%, M0	EBRT Beckenlymphknoten 5000 Rad plus Prostata 2000 Rad (n=18)	EBRT Prostata 7000 Rad (n=17)	für N0: median 22 M (1,8J)	DFS	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Becken+P</td> <td>P allein</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DFS</td> <td>89%</td> <td>88%</td> <td></td> </tr> </table>		Becken+P	P allein		DFS	89%	88%		kleine Fallzahl, Auswahlkriterien für Intervention vs. Vergleich nicht klar, prä-PSA, Therapie und Diagnostik historisch	2-								
	Becken+P	P allein																								
DFS	89%	88%																								
Bolla 2002	RCT	412	cT1-2 WHO Grad 3 (8%),	EBRT 70 Gy (50+20) +	EBRT 70 Gy	Median 66 M	5-J-DFS, 5-J-	<table border="1"> <tr> <td>Outcome</td> <td>EBRT+HT</td> <td>EBRT</td> <td></td> </tr> </table>	Outcome	EBRT+HT	EBRT		Bestandteil des Kumar-Reviews	1+												
Outcome	EBRT+HT	EBRT																								

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
[417]			cT3 (82%), cT4 (9%), N0-1 M0, Alter median 71J	adj. HT (Goserelin ab RT f. 3 J+ Cyproteron f. 1 M)	allein	(5,5J)	OS, 5-J-DSS	<p>mono</p> <p>5-J-bDFS 76% 45%</p> <p>5-J-DFS 74% 40%*</p> <p>5-J-OS 78% 62%*</p> <p>5-J-DSS 94% 79%*</p> <p>*p<0,001</p>	(s. (neo-)adj. HT)	
Bolla 2009 [418]	RCT (EORTC 22961)	n=970 randomisiert von n=1113 eligible	Patienten mit PCa cT1c-cT2b, N+ und cT2c-cT4N0-N2 mit PSA max. 40fach der oberen Norm	EBRT 50Gy pelvine Lymphabfluss wege/70Gy Prostata + 6 Monate maximale Androgenblockade + 2,5J	EBRT 50Gy pelvine Lymphabfluss wege/70Gy Prostata + 6 Monate maximale Androgenblockade	Median 6,4J	5-Jahres - Mortalität gesamt	<p>Gesamt mortalität Interventionsgruppe: 15,2%</p> <p>Gesamt mortalität Vergleichsgruppe: 19%</p> <p>HR 1,42</p> <p>p=0,65 für Nachweis der Nichtunterlegenheit</p>	Non-inferioritätsstudie	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
				Langzeittherapie mit LHRH-Analagon						
Cheung 2003 [419]	Retrospektive Kohorte	363	Mindestens ein Hochrisiko-Merkmal: cT>=3 , PSA >20 ng/ml, Gleason >=8; NxM0, keine HT, cT3/4 (65%)	EBRT	Vergleich verschiedener Dosen (60-78 Gy)	Median 7,1 Jahre	„Tumor-Kontrolle“, v.a. biochemical failure, aber auch DRE erwähnt	Erforderliche Dosis für 50% Tumor-Kontrolle (TCD50) lag bei 75,5 Gy nach Stratifizierung der Patienten in PSA <= vs >20 ng/ml ist eine Dosis-Wirkungsbeziehung nachweisbar Schlussfolgerung der Autoren: „...our data strongly suggest a steep dose response in PSA control probability beyond 78 Gy... ...dose escalation beyond 78Gy should be attempted with caution given the potential increase in normal tissue toxicities.“	Retrospektiv, begrenzter Follow-up, keine survival- oder Tox-Daten, Daten über langen Zeitraum erhoben, „Tumor-Kontrolle“ nicht genau definiert	2-
D'Amico 2007 [420]	RCT	311 (aus 3 RCTs)	cT3-4 (84%, cT3- und cT4 nicht separate angegeben), cT1-2+ WHO Grad 3 (16%) NOMO, Alter median 69-71J	EBRT 66-70Gy + 3J adj. HT (Leuprolide oder Goserelin +/- Flutamide oder Cyproteron)	EBRT 66-70Gy + 6 M adj. HT (Leuprolide oder Goserelin +/- Flutamide oder Cyproteron)	Median 5,6 bis 6J	OS; MVA für Faktoren, die mit OS assoziiert sein könnten: HT, PSA, GS, cT3/4 vs cT1/2, Alter	3 J HT 6 M HT 5-J-OS 78% 83% p=0,8 Signifikant mit Überleben assoziiert: Alter Nicht signifikant mit Überleben assoziiert: Länge der HT, PSA, GS, cT3/4 vs cT1/2	Inhomogene Therapieregime, ungleich verteilte klinische Kategorien, Aussage bzgl. cT1/2 unterpowert	1(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention		Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																
					„radia-tion-base d ther-a-py“ (+neo adj. HT, 16 Pat);	allein HT (78 Pat)																					
Edamura 2005 [390]	Retrospekti-ve Kohorte	121 (Subgrup-p-e aus 420 berichtete-n Patienten)	Klinisches Stadium C, durchschnittl. Alter nicht angegeben (Subgruppe)	„surgery-based therapy“ (+neoadj./adj. HT, 27 Pat);	„radia-tion-base d ther-a-py“ (+neo adj. HT, 16 Pat);	allein HT (78 Pat)	Für alle 420 Pat. Durchsc hn. 31 Mo (2,6J)	CSS	5-J-CSS für „surgery-based therapy“ 93% „radiation-based therapy“ 100% Alleinige HT 79% (kein signifikanter Unterschied)	Retrospektive Analyse, sehr kleine Fallzahlen, EBRT und HT nicht näher beschrieben, sehr kurzes Follow-up	2-																
Granfors 2006 [421]	RCT	91	„locally advanced“, vermutlich cT3/4, N0 (57%) N1 (43%) Z.n. PLND, Alter durchschn. 69J	EBRT 65 Gy + HT (Orchiektomie)	EBRT 65 Gy allein		Durch-schn. 9,7 J	OS, CSS im Vergleich	OS der EBRT+HT-Gruppe significant besser als EBRT mono (p=0,03) CSS der EBRT+HT-Gruppe significant besser als EBRT mono (p=0,02) Subgruppen-Analyse zeigt Vorteil der kombinierten Intervention nur bei N1, nicht bei N0	Kleine Fallzahl, aber langes Follow-up, relevante Outcomes	1(+)																
Hanks 2003 [409]	RCT	1.514	cT2c (45%) cT3/4 (55%) N0 (97%) N1 83%	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide) + 20M HT (Goserelin)	EBRT 65-70 Gy + 4M HT (Goserelin+ Flutamide)		Median 5,8J	DFS, OS, CSS, BF, DM, LP	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>24 M HT</th> <th>4 M HT</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5-Jahres-DFS</td> <td>46,4%</td> <td>28,1%</td> <td><0,0001</td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td>80,0%</td> <td>78,5%</td> <td>0,73</td> </tr> <tr> <td>CSS</td> <td>94,6%</td> <td>91,2%</td> <td>0,006</td> </tr> </tbody> </table>		24 M HT	4 M HT	p	5-Jahres-DFS	46,4%	28,1%	<0,0001	OS	80,0%	78,5%	0,73	CSS	94,6%	91,2%	0,006		1++
	24 M HT	4 M HT	p																								
5-Jahres-DFS	46,4%	28,1%	<0,0001																								
OS	80,0%	78,5%	0,73																								
CSS	94,6%	91,2%	0,006																								

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)	
								BF 28,0% 55,5% <0,0001 DM 11,5% 17,0% 0,0035 LP 6,4% 12,3% 0,0001			
Higgins 2006 [422]	Fallserie/re trospective Kohorte	300	cT1/2 (67%), cT3 (33%) NOMO, Alter median 69 J	EBRT hyperfraktioniert 52,5 Gy in 20 Fr + neoadj. HT (Antiandrogen +/-LHRH Agonist), keine Vergleichsintervention		58 M (4,8J)	OS, CSS, bNED (100-PRR), DM, MVA für Einfluss von Jahr, Alter, cT, GS, PSA, TURP, LHRH-A, CRT, Dauer der HT, RT-Feldgröße auf bNED	5-J-OS 76,5% 5-J-CSS 83,2% 5-J-bNED 42,7% 5-J-DM 23,4% Signifikanter Einfluss auf OS: GS, Jahr Signifikanter Einfluss auf bNED: PSA, GS, cT, LHRH-A, Jahr, TURP Signifikanter Einfluss auf DM: GS, cT, Zeit zwischen Diagnose und adj.HT , Jahr	Retrospectives Design/ inhomogenes Kollektiv, Gefahr von Zufallssignifikanzen durch multiples Testen von Assoziationen	2 bis 3	
Kuban 2008 [268]	RCT	301	Med. Alter 69J. T1-3 (17% bzw. 23% T3) Low risk :	70 Gy (n=150) Per 2Gy Feldreduktion nach 46 Gy	78 Gy (n=158) Per 2Gy 3DCRT 6-	8,7J.	FFF (BF +CF) nach 8J. CF, [OS]	78Gy FFF Alle: 78%	70Gy 59% p=0.004	Geringer Anteil cT3, Update von Pollack RCT v.2002 , Einteilung in Risikogruppen	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)	
			21% Inter. Risk : 46% High Risk : 34% (jew.gleichverteilt)	(4-Feld)	Feld-Boost nach 46 Gy		[FDM]	Low Risk 88% Inter.Risk 86% High Risk 63% PSA<10 78% <u>PSA >10 78%</u> <u>CF</u> Alle 93% <u>FDM</u> Alle 99% <u>DM absolut: 2</u> OS n.s. <u>GITox >2: 26%</u> GUTox>2 13%	70% p=0.042 76% p=0.36 n.s. 26% p=0.004 66% p=0.237 <u>39% p<0.001</u> 85% p=0.014 95% p=0.059 8 (alle HighRisk) 13% p = 0.013 8% n.s.	2002 nicht berichtet. Studie für 15% Unterschied in FFF gepowert, nicht für OS.	
Lawton 2007 [423]	RCT	1.292	cT1-2b (32%), cT2c-4 (68%), Alter median 70	EBRT Becken+Prostata 70,2	EBRT Prostata 70,2 Gy +	median 6,6 J	PFS, OS,	widersprüchliche Ergebnisse bei 2x2 Design: kein signifikanter Unterschied bezüglich Becken+ Prostata vs Prostata		1+	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			J	Gy+ (neo-)adj. HT	(neo-)adj. HT			allein, kein signifikanter Unterschied bezüglich neoadj. vs adjuvant		
Liu 2004 [279]	Retrospektive Kohorte	1.192	cT1-4 (32% T3/4), z.T. unter neoadjuvanter oder adjuvanter HT	EBRT (konventionell oder 3D), mediane Dosis 66 Gy (50-72)	Einfluss von Risikoparametern auf GI- und GU-Tox	Median 49 Monate	Spät-GI- und GU-Tox, MVA für sehr viele Ausgangsparameter	Signifikanter Risikoparameter für späte GU-Tox Grad 2-3/3 : vorbestehende GU-Erkrankung, Z.n.n TUR, akute GI-Tox, akute GU-Tox Signifikanter Risikoparameter für späte GI-Tox Grad 2-3/ 3: Vorbestehende GI-Erkrankung, Bluthochdruck, „pelvic field“-RT, akute GI-Tox, neoadj. HT <2 Monate	Risiko, dass signifikante Assoziationen durch Zufall entstanden sind, ist hoch, da sehr viele statistische Tests durchgeführt wurden	2-
McGowan 1981 [424]	retrospektive Kohorte	342	T1/2 (A/B, 80%), T3 (C, 20%),	EBRT "two-phase" Becken plus Prostata 6000 Rad (3250 + 2750)	EBRT "single phase" Prostata 6000 Rad	"minimum" 2 J	OS, DFS	5-J-OS 78%, 8-J-OS 67% 5-J-DFS 67%, 8-J-DFS 60% two phase single phase 5-J-DFS alle 66% 69%(n.s.) 4-J-DFS A bis B2.1 78% 82% (n.s.) 5-J-DFS B2.2 bis C 63% 35% (p=0,01)	unübliche Studienaufteilung, unterschiedlich lange Follow-ups, keine Randomisation, historische Technik	2-
Nakamura 2008 [425]	Fallserie/retrospektive Kohorte	679	cT1/2 (54%), cT3/4 (46%), Alter median 73 J	EBRT, median 70 Gy (60-78) plus (neo-)adj. HT (ca. 80%)		46 M (3,8 J)	OS, cPFS, bRFS, MVA für Einfluss von PSA, GS, cT,	5-J- OS cPFS bPFS Alle 93% 95,3% 71,9%	Retrospektive Analyse, keine vergleichende Studie	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)															
				keine Vergleichsintervention			Beckenbestrahlung, HT, RT-Dosis, Jahr	<table border="0"> <tr> <td>Low risk</td> <td>100%</td> <td>90,8%</td> </tr> <tr> <td>Interm risk</td> <td>98,3%</td> <td>76,7%</td> </tr> <tr> <td>High risk</td> <td>93,6%</td> <td>67,6%</td> </tr> </table> <p>Signifikante Einflussfaktoren auf bRFS: PSA, GS, cT, Beckenbestrahlung, HT</p>	Low risk	100%	90,8%	Interm risk	98,3%	76,7%	High risk	93,6%	67,6%								
Low risk	100%	90,8%																							
Interm risk	98,3%	76,7%																							
High risk	93,6%	67,6%																							
Pan 2002 [426]	Fallserie/retrospektive Kohorte	1.281	Risiko für N+ low (0-5%) n=709 interm. (>5-15%) n=263 high (>15%) n=309	EBRT Becken (minimum 45 Gy) plus Prostata (60-80 Gy) (n=693)	EBRT Prostata mit/ohne Samenblasen (60-80 Gy) (n=588)	median für Becken+ P 42 M (3,5J), für P allein 24 M (2J)	bNED	<table border="0"> <tr> <td colspan="3">low risk und high risk: kein Unterschied in 2- und 5-J-bNED-Raten</td> </tr> <tr> <td colspan="3">intermediate risk:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Becken+P</td> <td>P</td> </tr> <tr> <td>2-J-bNED</td> <td>90,1%</td> <td>80,6%</td> </tr> <tr> <td>5-J-bNED</td> <td>60,2%</td> <td>47,9%</td> </tr> </table> <p>(p=0,02)</p> <p>in MVA für alle Patienten blieb Beckenradiatio signifikanter Prädiktor für bNED</p>	low risk und high risk: kein Unterschied in 2- und 5-J-bNED-Raten			intermediate risk:				Becken+P	P	2-J-bNED	90,1%	80,6%	5-J-bNED	60,2%	47,9%	retrospektive Analyse	2 bis 3
low risk und high risk: kein Unterschied in 2- und 5-J-bNED-Raten																									
intermediate risk:																									
	Becken+P	P																							
2-J-bNED	90,1%	80,6%																							
5-J-bNED	60,2%	47,9%																							
Peeters, 2006 [274]	RCT, multizentrisch	n=664 von 669 ges.	cT1 b-2 (64%) cT3-4 (36%), 20,5% mit HT	3DCRT 78Gy	3DCRT 68 Gy	Median 51 Monate	FFF, FFCF, OS, Toxicity	<table border="0"> <tr> <td>1. FFF</td> <td>78Gy = 64%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>68 Gy = 54%</td> <td colspan="2">p=0.02 (sign.)</td> </tr> <tr> <td>2. FFCF</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1. FFF	78Gy = 64%		68 Gy = 54%	p=0.02 (sign.)		2. FFCF			Signifikant bessere Gesamtrezidivfreiheit resultiert aus Unterschied bei biochemischer	1+						
1. FFF	78Gy = 64%																								
68 Gy = 54%	p=0.02 (sign.)																								
2. FFCF																									

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								<p>no sign. diff.</p> <p>3. OS</p> <p>no sign diff.</p> <p>4. late genitourinary Tox.</p> <p>(> / = G2 nach RTOG/EORTC)</p> <p>no sign. diff.</p> <p>5. late gastrointestinal Tox.</p> <p>(> / = G2 nach RTOG/EORTC)</p> <p>with 78 Gy slightly higher</p> <p>no sign. diff.</p>	Rezidiv-freiheit	
Peeters, 2006 [275]	RCT, multizentrisch	n=641 von 669 ges.	<p>Weitergehende Toxizitätsanalyse aus 2006a (Dosisparameter Anorektal, Anal- und Rektalwand und Korrelation zu Komplikation betreffend)</p> <p>TROG/EORTC – Analyse siehe</p>	3DCRT 78 Gy	3DCRT 68 Gy	Median 51 Monate	<p>a. Analincontinence</p> <p>b. Stool frequency,</p> <p>c. Proctitis requiring steroids</p> <p>d. pain, cramps or</p>	<p>Anale dosimetrische Variablen waren assoziiert mit Inkontinenz</p> <p>Und schwach mit Gebrauch von Steroiden</p> <p>Blutung und Stuhlfrequenz war mit anorektalen Dosisparametern assoziiert</p> <p>Schmerzen, Krämpfe oder Tenesmen zeigten keinen Volumeneffekt.</p>	Autorenfolgerung: Um Risiko später GI-Komplikationen zu evaluieren, soll auch die Dosis der Analwand berücksichtigt werden.	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			2006a.				tenesmus			
Pilepich 1986 [427]	RCT	523	cT3NxM0 (90%), cT1/2N+M0	EBRT Becken + paraaortal 40-45 Gy plus Prostata 20-25 Gy	EBRT Becken 40-45 Gy plus Prostata 20-25 Gy	4,25 J	DM, PFS, OS	kein signifikanter Unterschied in den analysierten Outcomes DM, PFS, OS	spärliche Patientencharakteristika, Vermischung von N+- und N0-Stadien	1+
Ploysongsang 1992 [428]	Fallserie/_retrospektive Kohorte	242	cT1/2 (A/B, 49%), cT3 (C, 51%)	EBRT Becken 46-50 Gy plus Prostata 20 Gy (n=126), 65% cT3 (C)	EBRT Prostata 70-75 Gy (n=116), 35% cT3 (C)	median 6,5 J	OS, DFS	5-J-OS Becken+P P Stadium C 72% 42% p=0,0004 Stadium B 92% 70% p=0,025 Stadium A2 5-J-DFS Becken+P P gut/mäßig diff. 63% 45% p=0,02 Rezidivrate Stadium C 16% vs 34% (p=0,0127) Rate Akuttox 61% vs 41% (p=0,0022)	Kontrollgruppe historisch, kein wirkliches Kohortendesign, höhere Tox in Becken-RT-Gruppe, doppelt so viele cT3 in Interventionsgruppe	2 bis 3
Pommier 2007 [429]	RCT	446	cT1/2 (ca. 74%), cT3/4 (ca. 26%), 79 % high risk, Alter median 70 Jahre, 49 %	EBRT Prostata 66 oder 70 Gy plus Becken 46 bis 66 Gy; HT in	EBRT Prostata 66 oder 70 Gy allein; HT in high risk	Median 42,1 M (3,5J)	PFS (clinical and biochemical). OS	Alle Patienten: Prostata+Becken Prostata 5-J-PFS 66% 65,3%*	Uneinheitliche Therapieregime innerhalb der Arme	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
			mittleres oder hohes Risiko für Lymphknotenbe- fall (> 15 %)	high risk				<p>High risk Patienten</p> <p>Prostata+Becken Prostata</p> <p>5-J-PFS 63,4% 59,8%**</p> <p>Low risk Patienten</p> <p>Prostata+Becken Prostata</p> <p>5-J-PFS 83,9% 75,1%***</p> <p>*p=0,34; **p=0,20; ***p=0,21</p>		
Roach 2008 [430]	RCT	456	cT1/2 (30%), cT3 (70%), Alter median 70 J	EBRT 65-70 Gy plus (neo- adj HT (Goserelin + Flutamide über 4 M)	EBRT 65-70 Gy allein	Median 11,9 bis 13,2 J	OS, DSM, DM, DFS, BF	<p>EBRT+HT EBRT</p> <p>10-J-OS 43% 34% p=0,12</p> <p>Survival 8,7J 7,3J p=0.12</p> <p>10-J-DSM 23% 36% p=0,01</p> <p>10-J-DM 35% 47% p=0,006</p> <p>10-J-DFS 11% 3% p<0,0001</p>		1++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																																									
								10-J-BF 65% 80% p<0,0001																																											
Rosen 1985 [431]	Fallserie/retrospektive Kohorte	229	cT1/2 (48%), cT3/4 (46%), Z.n. RPE (5%), Alter median 66 J	EBRT 60-70 Gy mit unterschiedlichen Feld-Größen und -Formen		median 5 J	LF, RFS, Tox,	Trend für höhere LF bei Feldgröße <8cm vs >8 cm aber nicht significant, kein Unterschied LF bei <150 cm ² vs >150 cm ² oder in Abhängigkeit von Feldform kein Unterschied in RFS bei <150 cm ² vs >150 cm ² höhere Blasen- und Darmtox bei >150 cm ² vs <150 cm ²	retrospektive Analyse, inhomogene Patientengruppen	2 bis 3																																									
Saito 2006 [399]	Retrospektive Kohorte	209	cT3, Alter für RPE 64, für EBRT 69, für HT 78, Japan	RPE+HT (n=30, 14,4%)	EBRT+HT (n=78)	HT (n=101)	Median 55 Mo (4,6)	OS, DSS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>RPE</td> <td>EBRT</td> <td>HT</td> </tr> <tr> <td>5-J-OS</td> <td>87,3%</td> <td>94,9%</td> <td>66,1%</td> </tr> <tr> <td>10-J-OS</td> <td>66,5%</td> <td>70,0%</td> <td>17,2%</td> </tr> <tr> <td colspan="4">RPE+HT signifikant besser als HT</td> </tr> <tr> <td colspan="4">EBRT+HT signifikant besser als HT</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kein Unterschied RPE vs EBRT</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RPE</td> <td>EBRT</td> <td>HT</td> </tr> <tr> <td>5-J-DSS</td> <td>93,8%</td> <td>96,6%</td> <td>88,6%</td> </tr> <tr> <td>10-J-DSS</td> <td>71,4%</td> <td>93,6%</td> <td>62,3%</td> </tr> <tr> <td colspan="4">EBRT+HT signifikant besser als HT</td> </tr> </table>		RPE	EBRT	HT	5-J-OS	87,3%	94,9%	66,1%	10-J-OS	66,5%	70,0%	17,2%	RPE+HT signifikant besser als HT				EBRT+HT signifikant besser als HT				Kein Unterschied RPE vs EBRT					RPE	EBRT	HT	5-J-DSS	93,8%	96,6%	88,6%	10-J-DSS	71,4%	93,6%	62,3%	EBRT+HT signifikant besser als HT				Kleine Zahl an RPE-Fällen, alle adjuvant, starke Unterschiede zwischen den Gruppen bez. Alter	2-
	RPE	EBRT	HT																																																
5-J-OS	87,3%	94,9%	66,1%																																																
10-J-OS	66,5%	70,0%	17,2%																																																
RPE+HT signifikant besser als HT																																																			
EBRT+HT signifikant besser als HT																																																			
Kein Unterschied RPE vs EBRT																																																			
	RPE	EBRT	HT																																																
5-J-DSS	93,8%	96,6%	88,6%																																																
10-J-DSS	71,4%	93,6%	62,3%																																																
EBRT+HT signifikant besser als HT																																																			

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Kein Unterschied RPE vs EBRT und zwischen RPE vs HT Klinisches Overstaging in 50% der Fälle (15 von 30 operierten)		
Seaward 1998 [432]	retrospecti-ve Kohorte	506	cT1-3 (prozentuale Verteilung nicht angegeben), 305 low risk für N+ (<15%), 201 high risk für N+ (>15%); 20% mit (neo-) adj. HT	EBRT Becken plus Prostata median 72 Gy (n=196)	EBRT Prostata median 70 Gy (n=310)	median 35 und 30 M (2,9J und 2,5 J)	bNED, bPFS, MVA für Einflussfaktoren für bPFS	bPFS Becken+P P high risk 34,3 M 21,0 M p=0,0001 low risk kein signifikanter Unterschied alle kein signifikanter Unterschied MVA: Bestrahlungsfeld significant mit bPFS korreliert	retrospektive Analyse, inhomogene Patientengruppen	2-
Seaward 1998 [433]	retrospecti-ve Kohorte	201	cT1-3 (prozentuale Verteilung nicht angegeben), 130 interm. risk für N+ (>15% bis <35%), 71 high risk für N+ (>35%); 20% mit (neo-) adj. HT	EBRT Becken plus Prostata (n=117)	EBRT Prostata (n=84)	median 35 und 30 M (2,9J und 2,5 J)	bNED, bPFS, MVA für Einfluss von ... auf bPFS	bPFS Becken+P P interm. risk 39,5 M 22,5 M p<0,0001 high risk 27,2 M 20,8 M n.s. MVA: Bestrahlungsfeld significant mit bPFS korreliert MVA: Bestrahlungsfeld significant mit bPFS korreliert	gleiches Kollektiv wie in andere Publikation von Seaward 1998, Substratifizierung der ursprünglichen high risk in intermediate und high	2-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)												
See 2006 [434]	RCT	1.370	cT1/2 (78%), cT3/4 (22%), Alter durchschnittl. 69J	EBRT median 64 Gy plus Bicalutamid adjuvant (ca. 2 J)	EBRT median 64 Gy allein	Median 7,2J	HRs für PFS, OS, bPFS	HRs für EBRT+Bicalutamid vs EBRT allein: PFS alle: 0,75 p=0,002 PFS cT1/2 : 0,86 p=0,17 PFS cT3/4: 0,56 p<0,001 OS alle: 0,86 p=0,12 OS cT1/2: 0,94 p=0,63 OS cT3/4: 0,65 p=0,03 bPFS alle: 0,61 p<0,001 bPFS cT1/2: 0,73 p<0,001 bPFS cT3/4: 0,41 p<0,001	Uneinheitliche Therapieregime innerhalb der Arme	1+												
Widmark 2009 [435]	RCT	880	lokal fortgeschr. PCa, cT3 78%, Alter nicht angegeben	HT (3 M max, dann kont. einfache AD) + EBRT (n=436)	HT (3 M max, dann kont. einfache AD) + EBRT (n=439)	median 7,5 J	OM, DSM, Tox, QOL	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>EBRT+HT</td> <td>HT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OM</td> <td>21,6%</td> <td>30%</td> <td>p=0,004</td> </tr> <tr> <td>DSM</td> <td>8,5%</td> <td>18%</td> <td></td> </tr> </table> RR OM 0,68 (p=0,004) RR DSM 0,44 (p=0,00003) höhere Inkontinenz-, ED- und Darmtox-Rate in EBRT-Arm, aber gleiche QOL		EBRT+HT	HT		OM	21,6%	30%	p=0,004	DSM	8,5%	18%		Beleg für Wirksamkeit EBRT gegenüber alleiniger HT	1+
	EBRT+HT	HT																				
OM	21,6%	30%	p=0,004																			
DSM	8,5%	18%																				

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																
Zagars 1987 [436]	retrospecti-ve Kohorte	551	Stadium C (cT3/4),N0M0, Alter median 65 J	EBRT Becken plus Prostata (n=247)	EBRT Prostata 60-70 Gy (n=304)	median 6,5 J	OS, DFS, LC, MVA für Einflussfaktoren auf DFS, LC, Tox	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>5-J</td> <td>10-J</td> <td>15-J</td> </tr> <tr> <td>OS</td> <td>72%</td> <td>47%</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>DFS</td> <td>59%</td> <td>46%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>LC</td> <td>88%</td> <td>81%</td> <td>75%</td> </tr> </table> <p>Becken-RT ohne Einfluss auf Outcome</p>		5-J	10-J	15-J	OS	72%	47%	27%	DFS	59%	46%	40%	LC	88%	81%	75%	intransparentes Reporting des Beckenbestrahlung, z.T. HT, retrospektive Analyse	2-
	5-J	10-J	15-J																							
OS	72%	47%	27%																							
DFS	59%	46%	40%																							
LC	88%	81%	75%																							
Zapatero, 2005 [281]	Prospektive Kohorte	416 v. 426	cT1c-cT3b, M0 (75 T3a, 36 T3b = ca.25%) <u>Low risk:</u> n=181 nur RT <u>Inter. Risk:</u> n=75 neoadj. HT 4-6Mo + RT <u>High Risk:</u> n=160 Neoadj. HT + RT + adj. HT	3DCRT < 72 Gy	3DCRT >/= 72Gy	36 Mo (18-63)	5-Jahres-Analyse BF (Toxizität)	<p>74% ohne BF-Failure</p> <p>Low R: 80%</p> <p>Inter.R: 73%</p> <p>High R: 79%</p> <p><u>a)Univariate Analyse Alle:</u> nur Dosis der Radiatio sign. Faktor für Rezidivfreiheit (p=0.004)</p> <p><u>b)Univariate Analyse nach Risikogruppen:</u> nur Dosis ist sign. Faktor für Rezidivfreiheit bei Low und High</p> <p>Low Risk: p=0.009 (96% versus 66%)</p> <p>Inter.Risk: p=0.119 n.s.</p> <p>High Risk: p=0.003 (84% versus 63%)</p>	In Analyse eingegangen: a) Alter (<65 versus > 65), T-Stadium, PSA; Gleason, Risikogruppen. c)+d) auch RT Lk berücksichtigt Ein nicht unerhebliches Verzerrungsrisiko liegt in der kleinen	2+																

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)																					
								<p>c) <u>Multivariate Analyse nach für Intermed. und High Risikogruppen:</u></p> <p>Inter. Risk: p=0.141 n.s.</p> <p>High Risk: p=0.021</p> <p>d) <u>Multivariate Analyse in Bezug auf Toxizität GU und GI (nicht angegeben, ob früh oder spät)</u></p> <p>Nur RT LK signifikant für Toxizität, nicht RT Dosis</p>	<p>Gruppengröße und dem relativ kurzen medianen Follow up.</p> <p>BF: PSA-Messung nach HT??</p>																						
Zeilefsky 2007 [437]	Fallserie/ retrospecti- ve Kohorte	296	cT3a (n=130), cT3b (n=166), Alter median 68 J,	EBRT 66 bis 86,4 Gy, entweder 3D-CRT (n=201) oder IMRT (n=95); neoadj. HT (n=189)		Median 8 J	bRFS, LPFS, DMFS, CSS, OS; MVA für Einflussfakt- oren auf Outcomes	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>5 Jahre</th> <th>10 Jahre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>bRFS alle</td> <td>57%</td> <td>37%</td> </tr> <tr> <td>bRFS cT3a</td> <td>69%</td> <td>44%</td> </tr> <tr> <td>bRFS cT3b</td> <td>49%</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>LPFS alle</td> <td>87%</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>DMFS alle</td> <td>78%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>DMFS cT3a</td> <td>85%</td> <td>73%</td> </tr> </tbody> </table>		5 Jahre	10 Jahre	bRFS alle	57%	37%	bRFS cT3a	69%	44%	bRFS cT3b	49%	32%	LPFS alle	87%	83%	DMFS alle	78%	64%	DMFS cT3a	85%	73%	Retrospektive Analyse, inhomogene Therapieregime, „multiple Testing“, keine Vergleichsinterv- ention	2 bis 3
	5 Jahre	10 Jahre																													
bRFS alle	57%	37%																													
bRFS cT3a	69%	44%																													
bRFS cT3b	49%	32%																													
LPFS alle	87%	83%																													
DMFS alle	78%	64%																													
DMFS cT3a	85%	73%																													

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								DMFS cT3b 73% 58% CSS alle 95% 83% CSS cT3a 97% 88% CSS cT3b 93% 79% OS alle 91% 65% Signifikante Einflussfaktoren in MVA Für bRFS: PSA, cT, $\geq 75,6$ Gy Für LPFS: neoadj. HT Für DMFS: PSA, cT Für CSS: cT		

6.3. Thema HDR-Brachytherapie

6.3.1. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Deger,	Fallserie/	442	94-low risk	EBRT 40-50,4 Gy		Median	bPFS, OS, DSS; MVA	bPFS DSS OS		2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
2005 [326]	Kohorte		53-intermediate risk 295-high risk keine Hormontherapie; 247 (56%) cT3	2 x HDR 9-10 Gy		5 J.	bezüglich Einflussfaktoren für Outcome	5 Jahre 81% 94% 87% Low risk 81% Interm. Risk 65% High risk 59% Signifikante Einflussfaktoren auf bPFS in MVA: PSA (>10), Alter (>70), Risiko-Gruppe (low vs. intermediate/high)		
Deger, 2002 [327]	Fallserie/ Kohorte	230	134 (58%) cT3 80-T2 16-T1 keine Hormontherapie	EBRT 40-50,4 Gy 2 x HDR 9-10 Gy		40 Mon.(3,3 J)	OS, DSS, bPFS; MVA bezüglich Einflussfaktoren für Outcome	5-J-bPFS 100% 5-J-DSS 95% 5-J-OS 93% cT1 100% cT2 70% cT3 65% Signifikante Einflussfaktoren auf bPFS in MVA: PSA (>10), Alter (>70), Risiko-Gruppe (low vs. intermediate/high) PSA-Nadir (<0,5) und initiales PSA „most important parameters on PFS“	Kurzes Follow-up, Ergebnisse der MVA nicht transparent dargestellt	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																																				
Galalae, 2002 [329]	Fallserie/ Kohorte	144	46 (32%) cT3	EBRT Arc Technik 2 Gy bis 40 Gy HDR: 8-9 Gy Prostata umschließend (15 Gy periphere Dosis)		Minimu m 5 Jahre Median 8,2 Jahre	bNED	<table border="0"> <tr> <td>bNED (%)</td> <td>5-year</td> <td>8-year</td> </tr> <tr> <td><10 ng/mL, G1-2</td> <td>94.7</td> <td>93</td> </tr> <tr> <td>10-20 ng/mL, G1-2</td> <td>83.3</td> <td>81</td> </tr> <tr> <td>>20 ng/mL, G1-2</td> <td>67.7</td> <td>63.6</td> </tr> <tr> <td><10 ng/mL, G3</td> <td>72.2</td> <td>64.3</td> </tr> <tr> <td>10-20 ng/mL, G3</td> <td>76.9</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>>20 ng/mL, G3</td> <td>38</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Tox</td> <td>GI</td> <td>GU</td> </tr> <tr> <td>Grade 1</td> <td>9.72%</td> <td>12.5%</td> </tr> <tr> <td>Grade 2</td> <td>6.94%</td> <td>4.16%</td> </tr> <tr> <td>Grade 3</td> <td>10%</td> <td>2.08%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">erhöhte Tox, wenn TURP innerhalb von 6 Monaten (median 16 Monate)</td> </tr> </table>	bNED (%)	5-year	8-year	<10 ng/mL, G1-2	94.7	93	10-20 ng/mL, G1-2	83.3	81	>20 ng/mL, G1-2	67.7	63.6	<10 ng/mL, G3	72.2	64.3	10-20 ng/mL, G3	76.9	75	>20 ng/mL, G3	38	32	Tox	GI	GU	Grade 1	9.72%	12.5%	Grade 2	6.94%	4.16%	Grade 3	10%	2.08%	erhöhte Tox, wenn TURP innerhalb von 6 Monaten (median 16 Monate)				2 bis 3
bNED (%)	5-year	8-year																																												
<10 ng/mL, G1-2	94.7	93																																												
10-20 ng/mL, G1-2	83.3	81																																												
>20 ng/mL, G1-2	67.7	63.6																																												
<10 ng/mL, G3	72.2	64.3																																												
10-20 ng/mL, G3	76.9	75																																												
>20 ng/mL, G3	38	32																																												
Tox	GI	GU																																												
Grade 1	9.72%	12.5%																																												
Grade 2	6.94%	4.16%																																												
Grade 3	10%	2.08%																																												
erhöhte Tox, wenn TURP innerhalb von 6 Monaten (median 16 Monate)																																														
Hoskin, 2007 [332]	RCT	220	T1-T3 PSA < 50; 57 (26%) cT3	109 – HDR+EBRT = 2,75 Gy bis 35,75 + 2x8.5 Gy	109 – EBRT alleine = 2,75 Gy bis 55 Gy	30 mon	bRFS	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>HDR+RT</td> <td>EBRT allein</td> </tr> <tr> <td>bRFS</td> <td>5,1 J.</td> <td>4,3 J</td> </tr> <tr> <td>p= 0,03</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		HDR+RT	EBRT allein	bRFS	5,1 J.	4,3 J	p= 0,03				1+																											
	HDR+RT	EBRT allein																																												
bRFS	5,1 J.	4,3 J																																												
p= 0,03																																														
Kälkner	Fallserie	154	81 (52%) cT3, 100% neoadj.	HDR: 20 Gy in 2 Frakt		6,1 J	bNED, stratifiziert	5-J-bNED nach Zahl der Risikofaktoren:		3																																				

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
2007 [333]			HT	EBRT: 50 Gy in 25 Frakt			nach Risiko-Faktoren: PSA>10, T3, WHO Grad III	0 Risikofaktoren: 97% 1 Risikofaktoren: 83% 2 Risikofaktoren: 83% 3 Risikofaktoren: 51% 5-J-bNED für T3: 84%		
Rades 2007 [438]	Fallserie/ Kohorte	41	cT3b, adj. HT	HDR: 18 Gy in 2 Frakt. EBRT: 50,4 Gy in 28 Frakt Gruppe A: HDR nur Prostata	HDR: 18 Gy in 2 Frakt. EBRT: 50,4 Gy in 28 Frakt Gruppe B: HDR Prostata+ Samenblasen	Median Gruppe A 41 Mo (3,4 J); Gruppe B 33 Mo (2,8J)	bRFS	3-J-bRFS 57% (Gruppe A) und 79% (Gruppe B), n.s.	Kurzes Follow-up, kleine Fallzahl,	2-bis 3
Sathya, 2005 [336]	RCT	104 51komb 53EBRT	T2-T3 pN0M0 Pat Lymphadenektomie; 42 (40%) cT3	EBRT: 40 Gy in 20 Frakt. HDR:35 Gy	EBRT alleine: 66Gy á 2Gy	8,2 Jahre	Biochemical /clinical failure; positive Kontroll-Biopsie	HDR+EBRT vs. EBRT biochem/clinical Failure 33,3% vs 62,3% * positive Biopsie 24 Mon 24% vs 51%**		1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																								
								*p=0,0024 **p=0,015																										
Yoshioka, 2000 [338]	Fallserie	22	T1-T4 N0 M0; 12 (55%) cT3-4	8 x 6 Gy = 7 Pat 9 x 6 Gy = 15 Pat.		31 Mon (2,6J)	cNED, bNED, GI- und GU-Tox	cNED 100% 2J-bNED 65% 3J-bNED 55% 4J-bNED 55% Akuttoxizität (n=22): <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Gastrointestinal</td> <td style="text-align: center;">Genitourinary</td> </tr> <tr> <td>Overall</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grade 5</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Grade 4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Grade 3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Grade 2</td> <td style="text-align: center;">3 (14%)</td> <td style="text-align: center;">5 (23%) 8 (36%)</td> </tr> <tr> <td>Grade 1</td> <td style="text-align: center;">1 (5%)</td> <td style="text-align: center;">6 (27%) 6 (27%)</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td style="text-align: center;">4 (18%)</td> <td style="text-align: center;">11 (50%) 11 (50%)</td> </tr> </table>		Gastrointestinal	Genitourinary	Overall			Grade 5	0	0	Grade 4	0	0	Grade 3	0	0	Grade 2	3 (14%)	5 (23%) 8 (36%)	Grade 1	1 (5%)	6 (27%) 6 (27%)	Total	4 (18%)	11 (50%) 11 (50%)	Sehr kleine Fallzahl, progredienter Patient aus NED-Evaluation ausgeschlossen!	3
	Gastrointestinal	Genitourinary																																
Overall																																		
Grade 5	0	0																																
Grade 4	0	0																																
Grade 3	0	0																																
Grade 2	3 (14%)	5 (23%) 8 (36%)																																
Grade 1	1 (5%)	6 (27%) 6 (27%)																																
Total	4 (18%)	11 (50%) 11 (50%)																																

6.4. Thema Stellenwert der Lymphadenektomie beim lokal fortgeschrittenen PCa

6.4.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
NICE 2008 [32]	<p>The role of radical surgery and extended lymphadenectomy as primary therapy for locally advanced prostate cancer should be studied in clinical trials.</p> <p>Clinical or radiological evidence of T3 disease is usually a contraindication to radical surgery; however, men with T3 cancers are sometimes treated with radical prostatectomy. The appropriate extent of lymphadenectomy and its influence on survival is uncertain.</p>	Keine Empfehlung	-	-
EAU 2007 [1]	<p>The gold standard for N-staging is operative lymphadenectomy, by either open or laparoscopic techniques. It is worth pointing out that recent studies with more extensive lymphadenectomy have shown that the obturator fossa is not always the primary site for metastatic deposits in the lymph nodes.</p> <p>Lymph node status (N-staging) is only important when potentially curative treatment is planned for. Patients with stage T2 or less, PSA < 20 ng/mL and a Gleason score < 6 have less than a 10% likelihood of having node metastases and may be spared nodal evaluation. Accurate lymph node staging can only be determined by operative lymphadenectomy.</p>	grade B	-	
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p>Lymph node dissection is indicated if the results may affect treatment decisions. Risk estimation for the presence of positive lymph nodes is made using nomograms, such as the Kattan nomograms.</p> <p>Extended lymphadenectomy frequently identifies positive lymph nodes (19-35%) beyond the traditional resection region. The influence of extended lymphadenectomy on final treatment outcomes for prostate cancer is unclear.</p> <p>Prior to radiotherapy, lymph node dissection should be considered only if the results may influence the final treatment. In practice, lymph node dissection is often performed in conjunction with radical prostatectomy for patients with an intermediate or high risk of lymph node metastases (10-15 %), based on established nomograms. Limited lymph node dissection remains the standard approach at this time.</p>	Empfehlung	-	-

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
AUA 2007 [161]	Pelvic lymphadenectomy can be performed concurrently with RP and is generally reserved for patients with higher risk of nodal involvement.	keine Empfehlung	-	-

6.4.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Allaf 2004 [345]	retrospektive Kohorte	3.998	cT1/2 mit RPE, Alter durchn. 57 J, keine cT3/4-Patienten	extended PLND (n=2.135)	limited PLND (n=1.863)	?	bRFS, Zahl entfernter LK, Zahl LK+, RR für LK+	<p>durchschn. Zahl entf. LK ePLND vs IPLND: 11,6 vs 8,9 (p<0,0001)</p> <p>durchschn. %-Zahl LK+ ePLND vs IPLND: 3,2% vs 1,1% (p<0,0001)</p> <p>RR für LK+ ePLND vs IPLND nach univariater Adjustierung für GS, pT, R-Status: zwischen 2,8 und 3,0</p> <p>5-J-bRFS ePLND vs IPLND: 34,4% vs 16,5% (n.s.)</p> <p>signifikanter Unterschied durch PLND-</p>	keine multivariate Analyse, retrospektives Design, Gruppe mit signifikantem bRFS-Unterschied scheint konstruiert, um Signifikanzniveau zu erreichen	2(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Verfahren nur bei Pat. mit LK+ und <15% positiver LK, hier 5-J-bRFS ePLND vs IPLND: 42,9% vs 10,0% (p=0,01)		
Bader, 2002 [339]	Prospek-tive Kohorten-studie	365	Alle Pat mit klinisch organ-begrenztem Prostatakarzinom (cT1/2), ohne vorherige HT, mit ProstatektomieMed. PSA 11,9ng/ml (0.4-172), keine cT3/4-Patienten	eLND mit LK-Entfernung entlang der Iliaca interna verglichen mit einer (hypothetischen) limitierten LND		Median 3,4 Jahre	1.Anzahl positiver LK in Bezug auf die Lokalisation Korrelation Anzahl befallener Lk mit progressionsfreiem Überleben	Med. Anzahl entfernter LK: 21 (6-50) Anteil pos. LK: 24% (88) 1. Anteil positiver LK entlang der Iliaca interna: 58% (51/88) Ausschließlich pos. LK entlang der Iliaca interna: 19%(17/88) 2. 1 Lk+ = 52% (17/33) tumorfrei 2 LK + = 29% (6/21) tumorfrei >2 LK 8% (2/26) tumorfrei Cave : nur 58% tatsächlich der klinisch organbegrenzten waren pT1-2c.	Autoren plädieren für eLND	2+
Briganti, 2006 [340]	Kohorten-studie prospektiv	602 v. 944 Ausgewertet, (162	Pat. mit lokal begrenztem Prostatakarzinom	Entfernung von mehr als 10 LK, keine anatomische eLND		-	1. Anzahl befallener LK 2. Prädiktive diagnostische	1. bei Entf. Von mehr als 10 LK beträgt die LK+-Rate bis zu 11% (pT1c-pT3) 2. die prädiktive diagnostische Wertigkeit		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
		inkomplett, 180 < 10 LK)	pT1c-pT3 (3% der Pat. cT3) und radikaler Prostatektomie 2002-2005	Keine Vergleichsintervention sondern Erstellung und Validierung eines Nomogramms für LK-Befall-Risiko			Wertigkeit von Berechnung aus PSA-Wert, Gleason Score und klinischem Tumorstadium und Anzahl entnommener LK (Nomogramm) für LK-Befall	für das Nomogramm betrug 78,6%		
DiMarco, 2005 [341]	Kohortenstudie Retrospektiv	7.036	Pat. mit radikaler Prostatektomie 1987 – 2000, cT1 (35,6%), cT2 (59,3%), cT3 (5,1%) keine adjuvante Therapie, pN0	Anzahl entnommener LK stratifiziert nach 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, >=20J.		Med. 5,8 Jahre	1. Tumorspezifisches Überleben 2. Systemische Progression der Erkrankung 3. PSA-Progression Cox Regressionsanalyse kontrolliert für PSA-Wert, Tumorstadium, Tumorgrad, positive Schnittränder, Datum der	1. RR 1,01, für die Entfernung jedes Lymphknotens in Bezug auf tumorspezifisches Überleben, 2./3.RR 0,99 für systemische Progression und PSA-Progression – d.h. insgesamt kein Effekt der LND bei pN0 unabhängig von der Anzahl der LK		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																								
							Operation. Angabe des Relativen Risikos (RR)																											
Heidenreich 2002 [346]	prospektive Kohorte	203	cT1/2, cT3 in 29%	extended PLND	standard PLND	durchschnittlich 10,5 Monate (0,9)	Zahl entnommener LK, %Zahl LK+, OP-Zeit, Lokalisation von LK+, Blutverlust, Komplikationen	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ePLND</td> <td>sPLND</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zahl LK</td> <td>28</td> <td>11</td> <td>p<0,01</td> </tr> <tr> <td>LK+</td> <td>26,2%</td> <td>12%</td> <td>p<0,03</td> </tr> <tr> <td>OP-Zeit</td> <td>179'</td> <td>125'</td> <td>p<0,03</td> </tr> <tr> <td>Blutverl.</td> <td>650 ml</td> <td>590 ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kompl.</td> <td>8,7%</td> <td>9%</td> <td></td> </tr> </table> <p>42% aller LK+ außerhalb des Standard-Areals lokalisiert</p>		ePLND	sPLND		Zahl LK	28	11	p<0,01	LK+	26,2%	12%	p<0,03	OP-Zeit	179'	125'	p<0,03	Blutverl.	650 ml	590 ml		Kompl.	8,7%	9%		keine MVA für Risikofaktoren des LK-Befalls	2+
	ePLND	sPLND																																
Zahl LK	28	11	p<0,01																															
LK+	26,2%	12%	p<0,03																															
OP-Zeit	179'	125'	p<0,03																															
Blutverl.	650 ml	590 ml																																
Kompl.	8,7%	9%																																
Joslyn, 2006 [342]	Kohortenstudie retrospektiv	1. n=9.179 2. n=7.463 von n=13.020	Pat. mit radikaler Prostatektomie 1988 – 1991; T1-2 („localized“) in 68% der Pat., T3-4* („regional by direct extension	Anzahl entnommener LK stratifiziert nach 0,1-3,4-6,7-9,>=10 ;		mind. 10 Jahre	1.tumorspezifisches und b)Gesamtüberleben in Abhängigkeit der Anzahl entnommener LK (n=9.179) Cox Regressionsanal	1. tumorspezifisches Überleben für LK+ und LK-Pat. signifikant besser bei Entnahme >= 4 Lk (Hazard Ratio 0,77 ; KI 0,64-0,93) tumorspezifisches Überleben bei LK-Pat. statistisch signifikant besser bei >= 10 entfernte LKs (Hazard Ratio 0,85 ;KI 0,72-0,99)		2+																								

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Ver- gleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
		gesamt (missing data)	only“) in 21% der Pat. mögliche adjuvante Hormontherapie nicht erfasst *es wird nicht klar, ob damit cT- oder pT- Kategorien gemeint sind				yse, kontrolliert für Alter, Tumorstadium, Tumorgrad, Radiotherapie und Rasse (Hazard Ratio: kein entnommener LK = 1.0) 2. Abhängigkeit von LK+ in Bezug auf die der Zahl entnommener LK (n=7.463)	kein stat. signifikanten Effekt auf das Gesamtüberleben 2. Bei LK+ signifikant mehr entfernte LK: 13 versus 9 LK bei LK-		
Stone 1997 [439]	Retrospek- tive Kohorte	189	cT1-3 prätherapeu- tisch	extended PLND (n=39)	modified PLND (n=150)	-	Rate LK+, Komplikations- rate	LK+ extended: 23,1% LK+ modified: 7,3% (p=0,02) Komplikationsrate extended: 35,9% Komplikationsrate modified: 2%	Patienten ungleich auf die Gruppen verteilt, unklare Selektionskriteri- en, hohes Bias- Risiko	2-
Wecker- mann, 2006 [343]	Kohorten- studie	n=474 (n=357 mit	PSA < 10ng/ml	Sentinel-LND, radiomarkiert		1.5 Jahre (median)	1. Anteil positiver LK bei präop	1. Positive SLN in 7,4% (35 Pat). - ein Prostata. betroffen: 5,4% - 2 Pl betr. (n=159): 11,3% (nach korrekter histopatho-logischer		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
	prospektiv	Follow-up, "25% lost)	GI.Score < 6 (präoperativ niedrig-Risiko-Prostata-Carcinom) </= cT2c keine cT3/4-Patienten	keine direkte Vergleichsintervention aber Vergleich mit Limited+Standard LK-Region nach Sentinel-Lokalisation			</=cT2c 2. Lokalisation der Sentinel Lymphknoten 3. PSA-progressions-freies Überleben bei LK+ versus LK-	Aufarbeitung: noch 3,2% (11/345) positiv, da andere vom T-Stadium hochgestuft) 2. In 54,3% (19/35) Sentinel außerhalb der LK-Regionen der Standard LND 3.PSA-Anstieg bei LK+ signifikant häufiger p<0,001 Korrelation mit Tumorgrad		
Wecker-mann D. 2007 [344]	Kohorten-studie, prospek-tiv?	n= 1.055 konsekтив	46,5-79,1 J. (med. 66,1) mit bioptisch gesichertem und klinisch lokal begrenztem Prostatakarzinom 7/1998-3/2005 keine cT3/4-Patienten	1.Bei PSA <20ng/ml oder GS </=7 nur pelvine Sentinel Node Dissektion 2. bei PSA>20 oder GS >7 SND + eLND	-		Anteil positiver LK startifiziert nach low-intermediate und high risk unter Verwendung des pathologischen Tumorstadiums	Anteil pos. LK: Insgesamt n= 207 Low Risk : (0/51) 0% Inter. Risk: (6/86) 7% High Risk:(201/918) 21,9% Stat. signifikant Weitere Ergebnisse: 1% falsch negative SND (2/207) 42/205 pos. Sentinel und pos. Nicht-Sentinel LK 82/207 nur Mikrometastasen		2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								LK-Lokalisation Iliaca-interna: 23,7% (49) LK-Lokalisation Interna+andere Regionen (66)		

6.5. Thema Andere interventionelle Verfahren

6.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs-grad
NICE 2008 [32]	High intensity focused ultrasound (HIFU) and cryotherapy are not recommended for men with localised prostate cancer other than in the context of controlled clinical trials comparing their use with established interventions ⁷ . HIFU and cryotherapy are not recommended for men with locally advanced prostate cancer other than in the context of controlled clinical trials comparing their use with established interventions.	-
EAU 2007 [1]	<ul style="list-style-type: none"> Patients with low-risk CaP (PSA < 10 ng/mL, < T2a, Gleason score < 6) or intermediate-risk CaP (PSA > 10 ng/mL or Gleason score > 7 or stage > 2b) represent potential candidates for CSAP Prostate size should be < 40 mL at the time of therapy Long-term results are lacking and 5-year biochemical PFS rates are inferior to those achieved by radical prostatectomy in low-risk patients. Patients must be informed accordingly <p>CSAP has evolved from an investigational therapy to a possible alternative treatment method for CaP in patients unfit for surgery or in those with a life expectancy < 10 years.</p>	Grade C

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
Dutch Urological Association 2007 [71]	Treatments for which there is insufficient experience or data on long-term effects are not discussed here. These include high dose rate (HDR) brachytherapy, cryosurgery, and high intensity focused ultrasound (HIFU). The working group believes that these treatments should be given only in the context of a clinical trial with the appropriate informed consent.	-

6.5.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
NICE 2005 [375]	HTA Bericht	Basierend auf systematischer Literatursuche vom September 2004, 7 Studien ausgewählt und ausgewertet: 1 nicht-randomisierte Vergleichsstudie, 6 Fallserien, HTA von 2003	Cryotherapie allein oder im Rahmen der nichtrandomisierten Studie gegenüber radikaler Prostatektomie	Krankheitsfreies Überleben zwischen 52% und 96% je nach Studie, Follow-up variiert stark. Hauptnebenwirkungen sind Inkontinenz und Impotenz. Bewertung: Kryotherapie ist nur eine von zahlreichen Optionen zur Therapie des PCa	Unterschiedliche Follow-up-Zeiträume, Definition von Krankheitsfreiheit biochemisch und/oder bioptisch	3	2-8
Shelley 2007 [376]	Systematischer Review	Literatursuche vom Dezember 2006, 9 Studien ausgewählt und ausgewertet: 1 nicht-randomisierte Vergleichsstudie, 8 Fallserien	Cryotherapie allein oder im Rahmen der nichtrandomisierten Studie gegenüber radikaler Prostatektomie bei lokal begrenzt und lokal fortgeschrittenen PCa-Patienten	Krankheitsfreies Überleben zwischen 39% und 87%, Hauptnebenwirkungen sind Inkontinenz und Impotenz. Bewertung: Kryotherapie als potenzielle Alternative zu anderen lokalen Interventionen, Datenlage aber eher schwach, RCTs wären nötig	Ingesamt eher schlechte Qualität der Studien	3	Aus 2002, Bahn 2002, Cohen 1996, Cogan 1995, Donnelly 2002, Gould 1999, Long 1998, Prepelica 2005, Wong 1997
Aus 2006	Systematischer Review	Systematischer Review Februar 2005, 7 Fallserien	Cryotherapie mit Geräten der zweiten oder dritten	Krankheitsfreies Überleben zwischen 35% und 87% je nach Definition,	Unterschiedliche Follow-up-Zeiträume, Definition von	3	20-26

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
[355]	her Review	ausgewählt und ausgewertet	Generation bei lokal begrenzt und lokal fortgeschrittenen PCa-Patienten	häufigste Nebenwirkungen: Impotenz, Stressinkontinenz. Bewertung: auf Grund schwacher Daten ist Wert dieser Methode sehr schwer einzuschätzen und kann nicht als Alternative zu radikaler Prostatektomie oder Radiatio angesehen werden	Krankheitsfreiheit biochemisch und/oder bioptisch und nach unterschiedlichen Klassifikationen		

6.5.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																		
Chin 2008 [440]	RCT	64	cT2b (33%), cT3 (67%), Alter median 70 J	Kryotherapie, ggf. repetitive + 6 M neoadj./adj. HT	EBRT 66 Gy+ 6 M neoadj./adj. HT	median 1,8 J	positive Biopsie, bDFS, DSS, OS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kryo</th> <th>EBRT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pos. Biopsie</td> <td>20%</td> <td>12% n.s.</td> </tr> <tr> <td>bDFS</td> <td>28 M</td> <td>41 M p=0,0277</td> </tr> <tr> <td>4-J-bDFS</td> <td>13%</td> <td>47% p=0,0277</td> </tr> <tr> <td>4-J-DSS</td> <td>95%</td> <td>97% n.s.</td> </tr> <tr> <td>4-J-OS</td> <td>87%</td> <td>87% n.s.</td> </tr> </tbody> </table>		Kryo	EBRT	pos. Biopsie	20%	12% n.s.	bDFS	28 M	41 M p=0,0277	4-J-bDFS	13%	47% p=0,0277	4-J-DSS	95%	97% n.s.	4-J-OS	87%	87% n.s.	signifikant bessere EBRT trotz Unterpowerung !	1(+)
	Kryo	EBRT																										
pos. Biopsie	20%	12% n.s.																										
bDFS	28 M	41 M p=0,0277																										
4-J-bDFS	13%	47% p=0,0277																										
4-J-DSS	95%	97% n.s.																										
4-J-OS	87%	87% n.s.																										
Cohen 2008 [441]	Fallserie	204	cT1/2, cT3 (21%), 18% low risk, 39% interm. risk, 43% high risk	Kryotherapie, keine Vergleichsintervention		median 12,6 J	bDFS, negative Biopsie, MVA für Einflussfakto	<table border="1"> <thead> <tr> <th>10-J-bDFS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>low risk: 80,56%</td> </tr> <tr> <td>interm. risk: 74,16%</td> </tr> </tbody> </table>	10-J-bDFS:	low risk: 80,56%	interm. risk: 74,16%	retrospektive Fallserie, keine Vergleichsintervention,	3															
10-J-bDFS:																												
low risk: 80,56%																												
interm. risk: 74,16%																												

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nachver-folgung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)																
							ren auf bDFS	<p>high risk: 45,54%</p> <p>10-J-Rate neg. Biopsie: 76,96</p> <p>signifikanter Einflussfaktor auf bDFS lt. MVA: intiales PSA, PSA-Nadir, Alter</p> <p>cave: 23 Pat. ohne Biopsiedaten,</p> <p>Risikoklass. Nicht eindeutig</p> <p>Anzahl posttherapeut. Biopsien nicht angegeben</p> <p>Zeitpunkt nicht angegeben</p> <p>Pat. mit 2. oder 3. Behandlung nicht als Therapie-versager gewertet</p> <p>Art der Sekundärtherapie nicht angegeben</p>																		
El Hayek 2008 [442]	Fallserie/re trospective Kohorte	44	cT1/2, cT3 (55%), 30% low risk (\leq cT2, PSA \leq 10, GS \leq 7), 55% high risk ($>$ cT2, GS \geq 8, PSA $>$ 10), 15% RT-Rezidive	Kryotherapie, keine Vergleichsintervention		median 41 M (3,4 J)	bRFS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>low risk</th> <th>high risk</th> <th>RT-Rez.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12-M-bRFS</td> <td>92%</td> <td>61%</td> <td>86%</td> </tr> <tr> <td>24-M-bRFS</td> <td>86%</td> <td>47%</td> <td>71%</td> </tr> <tr> <td>2-J-bRFS</td> <td>80%</td> <td>43%</td> <td>71%</td> </tr> </tbody> </table>		low risk	high risk	RT-Rez.	12-M-bRFS	92%	61%	86%	24-M-bRFS	86%	47%	71%	2-J-bRFS	80%	43%	71%	kleine Fallzahl, keine Signifikanztests , retrospektive Analyse, keine Vergleichsinter-vention	2- bis 3
	low risk	high risk	RT-Rez.																							
12-M-bRFS	92%	61%	86%																							
24-M-bRFS	86%	47%	71%																							
2-J-bRFS	80%	43%	71%																							
Ellis 2007	Fallserie	60	cT1/2, keine cT3/4; Alter	Kryotherapie gefolgt von Vakuum-		median 12	bDFS, % positiver	bDFS 80% „beim letzten Follow-up“	keine Vergleichs-	3																

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
[443]			median 69J, 66,7% low risk, 23,3% moderate. risk, 10% high risk	Erektionstraining, keine Vergleichsintervention		M (1 J)	Biopsien, Potenz- und Inkontinenz-Raten	positive Biopsien nach Therapie 14/35 (40%) ED nach Therapie 100% ED nach 6 M 39% (mit o. ohne Hilfsmittel) ED nach 12 M 30% (mit o. ohne Hilfe) Inkontinenz nach 6 M 3,6%	Intervention, klinische Outcomes wenig aussagekräftig, Pat. Bestandteil von Ellis 2007 (69, s.u.), kurzes Follow-up	
Hubosky 2007 [444]	Fallserie/retrospektive Kohorte	81	cT1/2, 2,4% cT3, Alter durchschn. 71,5 J, 31% low risk, 52% interm. risk, 52% high risk	Kryotherapie, keine Vergleichsintervention		median 11 M (0,9 J)	bDFS (ASTRO)	1-J-bDFS 94% keine signifikanten Unterschiede in verschiedenen Risikogruppen	kleine Fallzahl, sehr kurzes Follow-up, keine Vergleichsintervention	-2 bis 3

6.6. Thema Adjuvante perkutane Strahlentherapie

6.6.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008	Post-operative radiotherapy	n.a.

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
[32]	<p>After radical prostatectomy, men with evidence of extracapsular spread have been offered postoperative radiotherapy in an attempt to prevent local recurrence. Radiotherapy may also be offered to men with biochemical failure and no evidence of metastatic spread (see Chapter 5).</p> <p>3</p> <p>Recommendation - Immediate post-operative radiotherapy after radical prostatectomy is not routinely recommended, even in men with margin-positive disease, other than in the context of a clinical trial.³</p> <p>Qualifying statement: There are two randomised trials which have not shown any improvement in survival from immediate post operative radiotherapy.</p> <p>Clinical Evidence</p> <p>Evidence about adjuvant radiotherapy comes from two randomised trials (Bolla et al. 2005; Thompson, Jr. et al. 2006). There was no significant effect of adjuvant radiotherapy on overall or disease specific survival, although Follow-up in the Bolla trial is not yet long enough to establish survival outcomes. Biochemical failure and clinical failure were significantly less likely in men receiving adjuvant radiotherapy. Complications were significantly increased in those receiving adjuvant radiotherapy when compared to standard care.</p>	
EAU 2007 [1]	<p>Only one prospective randomized trial has assessed the role of immediate postoperative radiotherapy; EORTC study 22911 compared immediate postoperative radiotherapy (60 Gy) to radiotherapy delayed until local recurrence (70 Gy) in patients classified as pT3 pN0 after retropubic radical prostatectomy. Immediate postoperative radiotherapy proved to be well tolerated with a risk of grade 3-4 urinary toxicity of under 3.5% (47), without significant differences regarding the rate of incontinence and/or stricture of anastomosis (48). The study concludes that immediate postoperative radiotherapy after surgery significantly improves 5-year clinical or biological survival: 72.2% vs 51.8% (p < 0.0001) (49). However, it has not been demonstrated that immediate radiation therapy improves metastasis-free survival and CSS in this cohort of patients. Most suitable candidates for immediate radiation therapy may be those with multifocal positive surgical margins and a Gleason score > 7.</p> <p>For patients, classified as T1-2 N0 (or T3 N0 with selected prognostic factors), pT3 pN0 with a high risk of local failure after radical prostatectomy due to capsular rupture, positive margins and/or invasion of the seminal vesicles, who present with a PSA level of < 0.1 ng/mL 1 month after surgery, the following may be recommended:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immediate radiotherapy upon recovery of urinary function; or • Clinical and biological monitoring followed by salvage radiotherapy, when the PSA exceeds 0.5 ng/mL 	may be (schwach)

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	(50); 1.0 ng/mL seems to be a breakpoint, above which the likelihood of local control is significantly reduced (51).	
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p>Adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy for pT3 tumours</p> <p>Adjuvant radiotherapy is an option for patients with pT3 prostate cancer.</p> <p>There is evidence that adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy can delay biochemical progression in patients with pT3 prostate cancer.</p> <p>A2 Bolla 2005</p> <p>It has been reported that outcomes following radical prostatectomy in patients with locally advanced prostate cancer are unfavourable, compared with outcomes in patients with lower-stage disease. If after radical prostatectomy the patient appears to have locally advanced disease, adjuvant radiotherapy is an option.</p> <p>In the EORTC study 22911, 1,005 patients with pT3 disease were randomised to postoperative radiotherapy (60 Gy) or no radiotherapy (Bolla et al 2005). Patients had at least one of the following three risk factors after radical prostatectomy: capsule invasion, positive resection margins, or seminal vesicle invasion. In an initial analysis, the researchers showed that postoperative RT resulted in an improvement in biochemical and clinical progression-free survival. The RT group had an increased risk of late adverse events, but severe toxicity was uncommon.</p>	n.a.

6.6.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien-typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur-belege
Syst. Review	Ganswindt 2008 [445]	nicht extrahiert, da gleicher Inhalt wie Pasquier et al, 2008				
Syst. Review/ Meta-analyse	Morgan, 2008 [446]	3 RCTs mit n=1.743, Syst.	Adjuvante RT sofort nach RP vs. Active surveillance (salvage Therapie als Reserve)	1. Gesamtüberleben (gemessen nach: 1) 5J, 2)10J. 3) 4,5J): kein signifikanter Unterschied	1+	1) Bolla M. et al., 2005, EORTC Trial 22911

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
		Literaturrecherche in Medline (1966- Feb. 2008), Embase (1980-2008), Cochrane Library (2007)	<p>primäres Outcome:</p> <p>1) 5J biochemisches krankheitsfreies Überleben</p> <p>2) Metastasenfreies Überleben</p> <p>3) biochemische krankheitsfreies Überleben</p> <p>Weitere erhobene Outcomes:</p> <p>PCa-spezifisches Überleben</p> <p>Metastasenfreies Überleben</p> <p>Klinisch progressionsfreies Überleben</p> <p>Zeit bis Systemtherapie (Androgendeprivation)</p> <p>Gesamtüberleben</p> <p>Akut- und Spättox.</p>	<p><u>Metaanalyse:</u> HR=0,91 [95% CI 0,67-1,22]; p=0,52;</p> <p>zu diesem Zeitpunkt insg. nur 89 Todesfälle (event rate= 8,9%)</p> <p>2. PCa-spezifisches Überleben</p> <p><u>Daten nur aus EORTC-Trial verfügbar:</u></p> <p>8 Todesfälle von n=508 nach 5-Jahres Follow-up in adj. RT-Gruppe</p> <p>15 Todesfälle von n=503 nach 5-Jahre Follow-up in Kontrollgruppe</p> <p>3. Metastasenfreies Überleben</p> <p>kein statistisch signifikanter Unterschied</p> <p><u>Metaanalyse:</u> HR=0,75; [95% CI 0,55-1,02]; p=0,06</p> <p>4. bPFS</p> <p>längeres bPFS in allen drei Studien</p> <p><u>Metaanalyse:</u> HR=0,47 [95% CI 0,40-0,56]; p<0,0001,</p> <p>53% Abnahme der biochemischen Progression mit adj. RT</p> <p>5. klinisch progressionsfreies Überleben</p> <p>signifikant größer mit adj. RT</p> <p><u>EORTC Trial:</u> HR=0,61, [98% CI 0,43-0,87]; p<0,0001</p> <p><u>SWOG Trial:</u> HR=0,62, [95% CI 0,46-0,82]; p=0,001</p> <p>6. Zeit bis Systemtherapie durch Androgendeprivation</p>		<p>2) Thompson IM et al., 2006, SWOG Trial</p> <p>3) Wiegel T. et al., 2007, German Cancer Society Trial</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p><u>SWOG Trial:</u></p> <p>Nach 5 Jahre Follow-up signifikante Reduktion in adj. RT Gruppe vs. Kontrolle (10% vs. 21%; HR=0,45; [95% CI 0,29-0,68]; p<0,001)</p> <p>Akut- und Spättoxizität</p> <p><u>EORTC:</u></p> <p>n=46 Grad 3 Akuttox.; n=2 Grad 4 Akuttox., n=14 Abbruch der RT von insg. n=457</p> <p>5 Jahre Follow-up: 64,9% vs. 54,3% mit Akuttox., p=0,005</p> <p><u>SWOG:</u></p> <p>23,8% vs 11,9% Komplikationen (RR=2;[95% CI 1,3-3,1]; p=0,002)</p> <p><u>German Cancer Society Trial:</u></p> <p>nur Daten aus Gruppe mit adj. RT</p>		
Syst. Review	Pasquier, 2008 [447]	3 RCTs mit n=1.743 Systematische Literaturrecherche in PubMed, CancerLit, Medline (1990-2008)	a)adjuvante RT b)salvage RT c) a) + Androgen- deprivation d) b) + Androgen- deprivation Wirksamkeit, prognostische Faktoren	<p><u>1. EORTC 2291 (multizentrische Studie):</u></p> <p>Einschluss: pN0M0 und >=1 path. Risikofaktor (Kapselüberschreitung, pos. Schnitttrand, Samenblase befallen)</p> <p>10,7% mit PSA >0,2mg/ml postoperativ</p> <p>n=968</p> <p>Unmittelbare postoperative konventionelle RT mit 60Gy (appl. innerhalb 6 Wo)</p> <p>Versus ‚Wait and see‘</p>	1+	<p>1) Bolla M. et al., 2005, EORTC Trial 22911</p> <p>2) Thompson IM et al., 2006, SWOG Trial</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
			undToxizität	<p>Follow up: 5 Jahre</p> <p>Primärer Endpunkt: biochemisch rezidivfreies Überleben (zunächst klinisch progressionsfreies Überleben, im Nachhinein geändert)</p> <p><u>Ergebnisse:</u></p> <p>Biochemisch progressionsfreies Überleben: 74% vs. 52% (p<0,0001)</p> <p>Lokales/regionales Rezidiv: 5.4% vs. 15.4% (p<0,0001)</p> <p>Klinisch progressionsfreies Überleben: 85% vs. 75% (0,004).</p> <p>Metastasenfreies Überleben: 94% vs. 94% n.s.</p> <p>Gesamtüberleben: 92% vs 93% n.s.</p> <p><u>2. SWOG:</u></p> <p>Einschluss: pT3N0M0 und >=1 path. Risikofaktor (Kapselüberschreitung, pos. Schrittrand, Samenblase befallen)</p> <p>33% mit PSA \geq 0,2ng/ml postoperativ</p> <p>n=425</p> <p>postoperative konventionelle Radiotherapie mit 60-64Gy innerhalb spätestens 16 Wochen nach RPE versus ‚wait and see‘</p> <p>Follow up: 10,6 Jahre</p> <p>Primärer Endpunkt: metastasenfreies Überleben</p> <p><u>Ergebnisse:</u></p>		<p>3) Wiegel T. et al., 2007, German Cancer Society Trial</p> <p>Analysen prädiktive Faktoren:</p> <p>EORTC-Trial</p> <p>Colette et al, 2005</p> <p>van der Kwast T.H et al, 2007</p> <p>SWOG-Trial: Swanson G.P. et al, 2007</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p>Biochemisch progressionsfreies Überleben: 65% vs 36% , p<0,001</p> <p>Klinisch progressionsfreies Überleben: 61% vs. 47%, p=0,001</p> <p>Metastasenfreie Überlebenszeit n.s. p=0,06</p> <p>Gesamtüberlebenszeit : n.s.</p> <p><u>3.German Trial:</u></p> <p>Einschluss: pT3R0 oder R1, PSA<0,1 ng/ml</p> <p>n=385</p> <p>72 im Nachgang ausgeschlossen wegen PSA nicht unter Nachweisgrenze!</p> <p>Unmittelbare postoperative §D-geplante Radiotherapie mit 60-64Gy innerhalb 6-12 Wo versus ‚wait and see‘</p> <p>Follow up: 4,5 Jahre</p> <p>Primärer Endpunkt: Biochemisches rezidivfreies Überleben</p> <p>Ergebnisse:</p> <p>Biochemisch progressionsfreies Überleben für PSA<0,1 ng/ml: 72% vs. 54%, p<0,001</p> <p>Klinisch progressionsfreies Überleben: n.s.</p> <p>Metastasenfreies Überleben: n.s.</p> <p>Gesamtüberleben: n.s.</p> <p>Post hoc Analyse von Prädiktiven Faktoren für Therapieansprechen: Wer</p>		

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p>profitiert von adj. RT?</p> <p>1) EORTC-Trial (an n= 552 hist. Schnitten=57%): Stratifizierung nach: extrakapsuläres Tumorwachstum, Samenblaseninfiltration und negativen oder positiven Schnitträndern</p> <p>stärkster Benefit bei positiven Schnitträndern HR 0.38 p<0,0001 , Gruppe mit pT2+pos. Schnittrang profitiert am meisten.</p> <p>2) SWOG-Trial: PSA-Level <0,2ng/ml, 0.2-5ng/gl >5ng/ml n.s. – d.h. kein prädiktiver Faktor</p> <p>Toxizitätsanalysen:</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Die sofortige RT nach RP verbessert das biochemische und klinische progressionsfreie Überleben, aber nicht das metastasenfremie Überleben und das Gesamtüberleben. Die pathologische Begutachtung der chirurgischen Schnittränder ist von Bedeutung für die Indikation zur Therapie. Es konnte keine schwere Toxizität beobachtet werden.</p> <p>Adjuvante RT nach RP sollte Patienten mit hohem Lokalrezidivrisiko empfohlen werden.</p> <p>Salvage RT wurde nur retrospektiv beobachtet und ist effektiv beim biochemischen Rezidiv.</p> <p>Der Nutzen von zusätzlicher Androgendeprivationstherapie muss in weiteren Studien untersucht werden.</p>		

6.6.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Ver- gleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Bolla, 2005 [271]	RCT, siehe Systematische Reviews Morgan und Pasquier									
Johnstone, 2007 [448]	Retro- spektive Kohor- tenstudie Datenaus- wertung SEER (Surveillance Epidemio- logy and endresults)	n=1.921	n=1 409 mit RP n=512 RP + RT n=1.921 LK-pos. PCa -keine Metastasen	RP + RT (60-64Gy)	RP	10 Jahre	-10-Jahres- Überleben -relative 10- Jahres- überlebensr- ate (im Vergleich zur Gesamt- population)	10-Jahresüberleben - LK-pos. PCa vs. LK-neg. PCa (46,7% s.e.+1,1% vs. 73,9% s.e. +0,3%) p<0,001 relative 10-Jahresüberlebensrate - LK-pos. PCa vs. LK-neg. PCa (72,7% s.e.+0,5% vs. 100% s.e.+0,5%) p<0,001 10-Jahresüberleben - LK-pos. PCa: RP vs. RP+RT (46% s.e.+1,3% vs. 48,8% s.e.+2,2%) p=0,270 relative 10-Jahresüberlebensrate - LK-pos. PCa: RP vs. RP+RT	-Zeitraum zwischen RP und RT unbekannt (adj. und salvage nicht definiert) -keine Einzelheiten (z.B. Dosis, Anzahl) zur RT in SEER Datenbank angegeben -Todesursache nicht bekannt (nicht prostata- spezifisch) - Hormontherapie nicht extra kodierte in SEER Daten-bank: es wird davon aus- gegangen, dass Pat. mit HT	2-3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								(72,3% s.e.+2,1% vs. 73,8 s.e.+3,3%) p=0,270 Schlussfolgerung der Autoren: Kein relativer Überlebensvorteil durch RT nach RP für Pat. mit LK-pos. PCa.	gleichmäßig auf die Gruppen verteilt sind	
Leibovich, 2000 [449]	Fall-Kontroll-Studie	n=152 (n=76 Kontrolle)	-lokal begrenztes PCa -ein positiver Schnittrand -T2N0 PCa -keine präOP Therapie	Datenauswertung von Pat. mit RT innerhalb von 3 Monaten nach RP	Kontrollgruppe ohne adj. RT	Median Follow-up 2,2 Jahre (0,4-9,1)	BF (PSA > 0,2ng/ml) CF Metastasen LP Gesamtüberleben	geschätztes 5-Jahres BF und CF 88%+-5% vs. 59%+-11%; p=0,005 geschätztes 5 Jahres BF und CF abh. Von Schnittrandlokalisierung Basis: 95%+-15% vs. 65%+-13%; p=0,02 Apex: 95%+-5% vs. 64%+-15%; p=0,07 Lokale Progression und/oder Metastasen mit adj. RT: keine ohne adj. RT: 16% der Pat. p=0,015 5 Jahre Gesamtüberleben 97,1% vs. 92,5%	Patientenauswahl transparent dargestellt Beobachtete Effekte evtl. mit Bias aufgrund nicht gemessener Faktoren	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>p=0,5</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Pat. mit local begrenztem PCa und nur einem positiven Schnitttrand scheinen mit adj. RT eine geringere Rate an biochemical relapse innerhalb von 5 J. zu haben. Weitere Studien sind notwendig.</p>		
Moinpour, 2008 [450]	RCT (SWOG intergroup trial)	n=217	-Samenblasenbefall, positiver Schnitttrand oder Kapselüberschreitung -keine Metastasen	Lebensqualität bei RP+adj. RT	Lebensqualität bei RP+observation	5 Jahre	-Darmfunktion -Blasenentleerung -erektiler Dysfunktion Physisches und emotionales Befinden	Darmfunktion -signifikant mehr Darmbeschwerden bei adj. RT Blasenentleerung -mit adj. RT signifikant häufigere Blasenentleerung (p=0,0002) Erektile Dysfunktion -baseline levels hoch für beide Gruppen, kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (p=0,16) -signifikante Abnahme von ED in Abh. Von der Zeit (p=0,02) Physisches und emotionales Befinden -signifikante Verschlechterung in beiden	Completed Follow-up: 67%	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>Gruppen im Laufe der Zeit ($p=0,0006$ und $0,0001$)</p> <p>-bei adj. RT häufigeres symptomabh. Unwohlsein im zeitlichen Verlauf ($p=0,02$)</p> <p>-in beiden Gruppen nahm das physische und emotionale Wohlbefinden im Laufe der Zeit ab ($p=0,03$)</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Adjuvante RT führte zu häufigerer Blasenentleerung und Darmstörungen. Die Darmstörungen nahmen im Zeitraum von 5 Jahren ab. Adj RT hatte keinen Einfluss auf die ED.</p>		
Swanson, 2008 [451]	RCT (Teilauswertung)	n=431	High risk patients (Samenblasenbefall und/oder Kapselüberschreitung und/oder positive Schnittränder) -LK-neg. PCa	RP + RT Bei Pat. mit vs. ohne Samenblasenbefall	RP und Beobachtung Bei Pat. mit vs. ohne Samenblasenbefall	12 Jahre	Metastasenfreies Überleben Gesamtüberleben bPFS HFS RFS	<p>5- und 10- Jahre metastasenfreies Überleben ohne vs. mit Samenblasenbefall: 88% und 70% vs. 74% und 56% $p=0,005$</p> <p>5- und 10- Jahre Gesamtüberleben: 92% und 74% vs. 86% und 61% $p=0,02$</p> <p>5- und 10- Jahre bPFS: 56% und 33% vs. 49% und 22% $p=0,04$</p>	Fragestellung zum Einfluss des Samenblasenbefalls	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			<ul style="list-style-type: none"> n=139: Samenblasen-befall n=348. postOP PSA ≤0,4ng7ml n=94: Kapselüber-schreitung/ pos. Schnitt-ränder 				Stratifiziert nach Samenblase nbefall ja/nein	<p>Pat. mit Samenblasenbefall und adj. RT</p> <p>bPFS: signifikant besser (HR 0,43, [95% CI 0,26-0,71], p=0,001)</p> <p>HFS: signifikant besser (HR 0,60, [95% CI 0,38-0,93], p=0,02)</p> <p>RFS: signifikant besser (HR 0,36, [95% CI 0,36-0,87], p=0,009)</p> <p>Pat. ohne Samenblasenbefall und adj. RT</p> <p>Gesamtüberleben (HR 0,65, [95% CI 0,40-1,05], p=0,08), nicht signifikant</p> <p>Metastasenfreies Überleben (HR 0,66, [95% CI 0,41-1,06], p=0,09) n. s.</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Der Befall der Samenblase ist ein negativer prognostischer Faktor (signifikant schlechtere Gesamtüberlebensrate, bPFS, RFS; p<0,05). Adjuvante RT scheint eine effektive Therapie bei Pat. mit Samenblasenbefall zu sein.</p> <p>High risk patients profitieren von adj. RT (weniger BF, LF und Metastasen).</p>		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Thompson, 2009 [452]	RCT	Siehe Thompson 2006	Siehe Thompson 2006	RP+adj. RT	RP+observation	Med. Follow up: 12,6 J	Metastasenfreies Überleben Gesamtüberleben	<p><u>1. metastasenfreies Überleben:</u></p> <p>Jetzt signifikanter Unterschied: HR 0,71 [95%CI 0,54-0,94] p=0,016</p> <p>n=37 mit Metastasen in Kontrollgruppe n=20 mit Metastasen in Interventionsgruppe</p> <p>12,2, Pat. Müssen behandelt werden, um einen Fall einer Metastasierung (in 12,6J.) zu verhindern</p> <p><u>2. Gesamtüberleben</u></p> <p>Jetzt signifikanter Unterschied: HR 0,72 [95%CI 0,55-0,96] p=0,023</p> <p>n=110 verstorben in der Kontrollgruppe n=88 in der Interventionsgruppe</p> <p>9,1 Patienten müssen behandelt werden, um einen Todesfall (in 12.6J) zu verhindern</p>		1+
Thompson, 2006 [453]	RCT	n=425 (n=214 mit RP+RT) (n=211 mit	pT3N0M0 PCa präOP	RP+adj. RT	RP+observation	Mittleres Follow up 10,6J.	Primär: Metastasenfreies Überleben	Metastasenfreies Überleben -kein signifikanter Unterschied: HR 0,75, [95% CI 0,55 bis 1,02], p=0,06		1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
		RP+observation)	Hormontherapie: -adj. RT-Gruppe: n=19 -Observation-Gruppe: n=17				Sekundär: PSA Relapse RFS Gesamtüberleben Nebenwirkungen	PSA Relapse Daten für n=376 10,3J. mit RT vs. 3,1J. mit observation HR 0,43 [95% CI 0,31-0,58], p<0,01 RFS 13,8J. mit RT vs. 9,9J. mit observation HR 0,62 [95% CI 0,46-0,82], p=0,001 Gesamtüberleben -kein signifikanter Unterschied RT.: n=71 Todesfälle; mittleres Überleben 14,7J. Observation: n=83 Todesfälle, mittleres Ü. 13,8J.; p=0,86 Nebenwirkungen -mehr NW bei RT (23,8% vs. 11.9%) (Rektale Komplikationen, Strikturen,		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Inkontinenz) Schlussfolgerung der Autoren: Adjuvante RT nach RP bei lokal fortgeschrittenem PCa reduziert signifikant das Risiko von PSA Relapse und verlängert das RFS. Metastasenfreies Ü. und Gesamtüberleben verbesserten sich nicht signifikant		
Van der Kwast, 2007 [454]	Retrospektive Auswertung einer Subpopulation des RCT v. 2006	n=522 (histologische Präparate) = 57% der Gesamtpopulation	Siehe Beschreibung RCT von Bolla in syst. Reviews v. Morgan und Pasquier	n=272	n=280	5 J	1. zentrales Review der histologischen Schnitte durch T. Van der Kwast 2. Stratifizierung des bPFS nach -Samenblaseninfiltration - positiver Schnittrand	0. Vergleich der Patientencharakteristika - zentrales Review/kein zentrales Review: im zentralen Review statistisch signifikant weniger positive Schnittränder und Samenblaseninfiltration (p=0,0025 und p=0,029) 1. zentrales Review zeigt signifikante Effekte, die aufgrund der Befundung lokaler Pathologen nicht zu zeigen waren! Siehe Bemerkungen 2. Stratifizierung bPFS -nur mit positiven Schnitträndern statistisch signifikanter Benefit, <u>dann</u>	Ergänzung MN: detaillierte Auswertung der Diskrepanzen zwischen lokalem und zentralem Befund in: van der Kwast T et al, 2006, Virchows Arch : Übereinstimmung Samenblaseninfiltration: 94% (kappa = 0.83) Kapselüberschre	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Ver- gleichs- Inter- vention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
							ja/nein Kapselüberschreitendes Wachstum ja/nein	<u>stärkster Benefit</u> - Samenblaseninfiltration: nur statistisch signifikanter Benefit ohne Samenblaseninfiltration! - Kapselüberschreitendes Wachstum: Pat. ohne kapselüberschreitendes Wachstum profitieren stärker als mit kapselüberschreitendem Wachstum, beides jedoch statistisch signifikant Subgruppe PSA<2ng/ml postop nur ohne kapselüberschreitendes Wachstum signifikant	itendes Wachstum: 57,5% (kappa 0,33) Status des Schnittrands: 69,4% (kappa 0,45)	
Wiegel, 2009 [455]	RCT (ARO 96-02/ AUO AP 09/05)	n=385 randomisierte Patienten davon n=307 randomisierte Patienten mit PSA im Nullbereich (<0,1 ng/nl) separat	Pat <76J pT3-4 pN0 mit positiven oder negativen Schnitträndern Kein positiver PSA_Wert (undetectable PSA)	RT nach RPE	,Wait and See' nach RPE	4,48 J	1. bPFS 2. Stratifizierung nach prädiktiven Faktoren (ungeplant)	1. bPFS a.nur Pat. mit nicht nachweisbarem PSA: Interventionsgruppe: 72% (95%CI 65-81%) Kontrollgruppe: 54% (95%CI 45-63%) p=0,0015 b. alle randomisierten Patienten: Interventionsgruppe: 44% (95%CI 37-	valide Daten nur für bPFS	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
		betrachtet, Pat. mit pers. PSA wurden als progredient gewertet						<p>53%)</p> <p>Kontrollgruppe: 55% (95%CI 48-63%)</p> <p>p=0,056</p> <p>2. Stratifizierung nach prädiktiven Faktoren für Therapieansprechen (nicht geplante Subgruppenanalyse</p> <p>positive Schnittränder: p=0,00018</p> <p>Tumorstadium 3a/b p=0,00039</p> <p>präOP PSA>10ng/ml p=0,0018</p> <p>Gleason Score ≤ 6 p=0,0019</p> <p>Gleason Score > 6 p=0,029</p> <p>3. Multivariate Analyse unabhängiger Faktoren für bPFS</p> <p>PSA >10ng/ml p=0,026</p> <p>postoperative Strahlentherapie p=0,0042</p> <p>T-Stadium 3a/b vs. T3c p=0,000083</p> <p>4. Toxizität (nach RTOG/EORTC):</p>		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								>Grad 1 alle: 21,9% Interventionsgruppe 3,7% Kontrollgruppe (p<0,0001) 1x Grad 3 (Blase) in der Interventionsgruppe Grad 2 GU. 2% Interventionsgruppe 0 Kontrollgruppe Grad 2 GI: 1,4% Interventionsgruppe 0% Kontrollgruppe		

6.7. Thema Therapie des lymphknotenpositiven Prostatakarzinoms

6.7.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs-grad
NICE 2008 [32]	Lymph node involvement Men with locally advanced prostate cancer have a high-risk of pelvic lymph node spread. Improvements in radiological imaging may lead to better identification of spread to pelvic lymph nodes. Pathological lymph node staging may be used when deciding on the treatment of selected high-risk men. However it is not clear whether those with proven lymph node metastases benefit from radiotherapy to the pelvis and prostate or whether they should be treated with hormonal therapy alone. Studies have shown improved survival in men treated with hormonal therapy and radiotherapy	n.a.

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>compared to historical series treated with hormonal therapy alone, but the improvement may be due to improved staging and case selection.</p> <p>Recommendation</p> <p>Clinical oncologists should consider pelvic radiotherapy in men with locally advanced prostate cancer who have a > 15% risk of pelvic lymph node involvement² who are to receive neoadjuvant hormonal therapy and radical radiotherapy.</p> <p>Qualifying statement: This recommendation is based on evidence from one large, randomised trial.</p> <p>Clinical Evidence</p> <p>The evidence comprises one large randomised trial (Lawton et al. 2005). This trial shows acceptable toxicity and a benefit in biochemical control, which might translate into a more clinically meaningful benefit with longer Follow-up.</p>	
EAU 2007 [1]	<p>8.6 Radical Prostatectomy: Stage T3 CaP</p> <p>Surgical treatment of clinical stage T3 CaP is traditionally discouraged (44), mainly because patients have an increased risk of positive surgical margins and lymph node metastases and/or distant relapse (45,46).</p> <p>Combination treatment with hormonal and radiation therapy is gaining popularity, although it has not been demonstrated that this approach is superior to surgical treatment. A randomized study on radiotherapy with hormones vs radiotherapy alone showed a clear advantage for combination treatment, but did not show its superiority over radical prostatectomy (47). Another problem is ‘contamination’ by the additional use of either adjuvant radiotherapy or immediate or delayed hormonal treatment in most of the series reporting the treatment of clinical T3 CaP.</p> <p>9.7 Definite Radiotherapie: Locally advanced CaP: T3-4 N0, M0, T1-4 N1 M0</p> <p>The incidence of locally advanced CaP declined as a result of individual or mass screening. Pelvic lymph node irradiation is optional for N0 patients, due to the likelihood of infraclinical disease and N1 patients (inter-iliac nodes). However, the results of radiotherapy alone are very poor (52). Because of the hormonal dependence of CaP (53), ADT has therefore been combined with external irradiation with the aims of:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Reducing the risk of distant metastases by potentially sterilizing micrometastases already present at the moment of diagnosis 	n.a.

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>· Decreasing the risk of non-sterilization and/or local recurrence as a source of secondary metastases (54) through the effect of radiation-induced apoptosis (55,56).</p> <p>Numerous randomized trials have assessed the value of this combination.</p> <p>9.7.1 Neoadjuvant hormonal therapy</p> <p>The RTOG study 86-10 included 471 patients with stage T2-4N0-X M0. Androgen deprivation therapy was administered 2 months before irradiation and during irradiation, or in the case of relapse in the control arm. Thirty-two per cent of patients were diagnosed as T2, 70% as T3-4 and 91% as N0. The hormone treatment consisted of oral eulexine, 250 mg 3 times daily, and goserelin acetate (Zoladex), 3.6 mg every 4 weeks by subcutaneous injection. The pelvic target volume received 45 Gy and the prostatic target volume received 20- 25 Gy. At 8 years, ADT was associated with an improvement in local control (42% vs 30%, p=0.016), diseasefree survival (33% vs 21%, p=0.004) and biochemical disease-free survival (PSA < 1.5 ng/mL, 24% vs 10% (p < 0.0001)). In patients with Gleason score 2-6, there was a significant improvement in survival of 70% vs 52% (p=0.015) (57).</p> <p>9.7.3 Adjuvant hormonal therapy</p> <p>The RTOG study 85-31 recruited 977 patients diagnosed with T3-4 N0-1 M0, or pT3 after radical prostatectomy. Androgen deprivation therapy was begun in the last week of irradiation and continued up to relapse (Group I) or was started at recurrence (Group II). A total of 15% of patients in Group I and 29% in Group II had undergone radical prostatectomy, while 14 % of patients in Group I and 26% in Group II were pN1. Goserelin acetate, 3.6 mg subcutaneous, was administered every 4 weeks. The pelvis received 45 Gy and the prostatic bed received 20-25 Gy. Patients diagnosed with stage pT3 received 60-65 Gy. With a median followup time of 7.3 years, a statistical significance was reached for 5-year and 10-year OS in favour of the adjuvant hormonal therapy arm, with 76 vs 71% and 53 vs 38%, respectively (59). In this study, 95 of the 173 pN1 patients who received pelvic radiotherapy with immediate hormonal therapy had a significantly better survival rate without biochemical relapse at 5 years (PSA < 1.5 ng/mL) than those in the arm with delayed hormonal therapy (p=0.0001) (60).</p> <p>SUMMARY OF DEFINITIVE RADIATION THERAPY</p> <p>In locally advanced CaP, OS is improved by concomitant and adjuvant hormonal therapy (with a total duration of 2-3 years) with external irradiation (level of evidence: 1). For a subset of patients, T2c-T3 N0-x with Gleason score 2-6, short-term ADT before, and during, radiotherapy may favourably influence OS (level of evidence: 1b).</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
Dutch Urological Association 2007 [71]	keine spezifischen Statements/Empfehlungen zur Behandlung des lymphknotenpositiven Protatakarzinoms identifiziert	-

6.7.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literaturbelege
Systematischer Review	Swanson, 2006 [456]	Syst. Literaturrecherche in Medline lt Autor Studien zur Behandlung des LK+ Prostatakarzinoms (keine Angabe darüber ob durch Bildgebung oder histologisch gesichert) kaum RCTs verfügbar, einige Fall-Kontrollstudien,	1) RP allein 2) RP +Androgenablation 3) RP und Radiotherapie 4)Androgenablation allein 5) RT allein 6)RT und Androgenablation 7)Chemotherapie 8)kombinierte Therapieformen Bei Patienten mit LK-positivem Prostatkarzinom, T-Stadien Verteilung nicht angegeben, MO	Grundsätzliches Problem der Studien: häufig : bei operierten Patienten weniger LK-Befall im Vergleich zu den anderen Behandlungsstrategien 1.operative Therapie allein: (12 Studien 1973-2003 publiziert (1.-12.); n=11-135; med. Follow up 18,3-120 Monate) 10 Jahres-Überleben (Angaben aus 4 Studien): 20%-71% 10 Jahres- Krankheitsfreies Überleben (Angaben aus 6 Studien): 0-24% Rationale für RP wird in Studien z.T. in Frage gestellt. 2. operative Therapie und Androgenablation: (8 Studien, 1990-2004 publiziert , (5., 8., 13.-18.); n=21-243; med. Follow up 72-120 Monate) 10 Jahres-Überleben (Angaben aus 5 Studien): 34%-91%	1-3	1. Kramer et al. 1981 2.Catalona et al., 1988 3. Messing et al., 2003 4. Golimbu et al., 1987 5. DeKernion et al., 1990 6. Steinberg et al., 1990 7. Schmidt et al., 1996 8. Zincke et al., 1992 9. Hull et al., 2002

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literaturbelege
		v.a. retrospektive Fallserien, Studien methodisch nicht gekennzeichnet		<p>10 Jahres-krankheitsfreies Überleben (Angaben aus 6 Studien): 36%-76%</p> <p>Vergleichsstudien zeigen überwiegend Vorteil der kombinierten Therapie gegenüber RP oder Androgenablation allein, dabei fehlt oft eine Risikoadjustierung der Patientenkollektive (z.B. im Hinblick auf Anzahl befallener LK).</p> <p>3. operative Therapie und Bestrahlung</p> <p>(3 Studien, 1992-1998 publiziert (45.-47.), n=24-43; med. Follow up 48-86 Mo)</p> <p>45. zeigt bei 1 bef. LK bei 11 Pat. ein progressionsfreies Überleben bei 18% und bei 13 Pat. mit mehr als 1 bef. LK einen Progress bei allen Pat.</p> <p>46. zeigte nach 5 J ein krankheitsfreies Überleben von 69%, fast alle der 36 Pat. hatten nur mikroskopischen LK-Befall</p> <p>47. 10j. krankheitsfreies Überleben bei 1 LK<5mm positiv: 37%, bei 1Lk > 5mm pos. 25%, bei > 1Lk positiv 10%.</p> <p>4. Androgenablation allein</p> <p>(9 Studien, 1985-2004 publiziert (13., 14., 17., 19.-24.), n=30-83; med. Follow up 34 Monate bis 9,4 Jahre)</p> <p>10 Jahres-Überleben (Angaben aus 4 Studien): 17-46%</p> <p>10 Jahres-krankheitsfreies Überleben (Angaben aus 5 Studien): 15-45%</p> <p>RCT aus 2004 zeigt keinen signifikante Unterschied zwischen sofortiger Androgenablation und Androgenablation bei klinischer Progression im 5 Jahres-Überleben (20.), war aber unterpowert</p> <p>Eine Studie (13.) zeigte eine hohe lokale Progressionsrate bei alleiniger</p>		<p>10.Flocks, 1973</p> <p>11.Pound et al., 1997</p> <p>12. Han et al., 2001</p> <p>13. Frohmüller et al., 1995</p> <p>14 Schmeller and Lubos, 1997</p> <p>15. Messing et al., 2003</p> <p>16. Da Pozzo et al., 2003</p> <p>17. Grimm et al., 2002</p> <p>18. Zwergel et al., 2004</p> <p>19. Aus et al., 2003</p> <p>20. Schroeder 2004</p> <p>21. Kramolowsky, 1988</p> <p>22. Zagars and Pollack, 2001</p> <p>23. Cheng et al.,</p>

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literaturbelege
				<p>Androgenablation (69%, bei 33% war eine transurethrale RP erforderlich) – dies spricht für definitive Behandlung der Prostata.</p> <p>4. Radiotherapie allein</p> <p>(15 Studien, 1984-2001 publiziert (1., 7., 25-36) n=19-152; med. Follow up 36-120 Monate)</p> <p>10 Jahres-Überleben (Angaben aus 4 Studien): 29%-44%</p> <p>10 Jahre- krankheitsfreies Überleben (Angaben aus 7 Studien): 5%-48%</p> <p>Kaum prospektive Vergleichsstudien.</p> <p>In einer Studie, bei der aufgrund eines Risikos einer Lymphknotenmetastasierung eine Beckenbestrahlung zusätzlich zu einer Bestrahlung der Prostata erfolgte, zeigte sich in Bezug auf das OS eine Benefit (Seaward et al, .</p> <p>Ein RCT zum Vergleich einer alleinigen Bestrahlung der Prostata mit einer Bestrahlung der Beckenregion bei lymphknotenpositiven Patienten konnte aufgrund mangelnder Rekrutierung nicht durchgeführt werden (RTOG 96-08).</p> <p>Bezüglich einer Beckenbestrahlung einschließlich der paraaortalen Region gegenüber einer reinen Beckenbestrahlung zeigte ein historischer RCT (-RTOG 75-06)- keinen Vorteil. Cave: Biasmöglichkeit Auswahl der Patienten nach Risikoeinteilung und nicht nach histologischem Befund und durch Androgenablation bei Anteil der Patienten (31.)</p> <p>5. Radiotherapie und Androgenablation</p> <p>(6 Studien, 1993-2002 publiziert (23., 30.,37.-40); n=20-106; med.</p>		<p>1993</p> <p>24. Olav et al., 1985</p> <p>25. Lawton et al., 1992</p> <p>26. Gervasi et al., 1989 27. Steinberg et al.,1990 28. Paulson et al., 1982</p> <p>29. Smith et al., 1984</p> <p>30. Lawton et al., 1997</p> <p>31. Hanks et al., 1998</p> <p>32. Bagshaw, 1984</p> <p>33. deVere White et al., 1983</p> <p>34. Puthawala et al.,2001</p> <p>35. Lee et Sause, 1994</p> <p>36. Granfors et al., 1998</p> <p>37. Zagars et al.,</p>

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literaturbelege
				<p>Follow up 9,3-101 Monate)</p> <p>10 Jahres-Überleben (Angaben aus 2 Studien): 64% und 67%</p> <p>10 Jahres-krankheitsfreies Überleben (Angaben aus 2 Studien): 57% und 80%</p> <p>Eine kontrollierte, nicht randomisierte Studie zeigte 25% bRFS bei endokriner Therapie allein verglichen mit 80% bei Kombination mit Radiotherapie. Der Unterschied in der 10 Jahres-Überlebensrate war 19% zugunsten der Kombinationstherapie</p> <p>In einem RCT (RTOG 9413) bei Patienten mit lediglich einem $\geq 15\%$ Risiko eines Lymphknotenbefalls zeigte sich ein signifikanter Benefit einer Beckenbestrahlung im Vergleich zu einer alleinigen Bestrahlung der Prostata bei gleichzeitiger Hormontherapie für das bRFS nach 5 Jahren. Ein Effekt auf das Gesamtüberleben wurde nicht nachgewiesen (44.).</p> <p>6. additive Chemotherapie</p> <p>(2 Studien 1983 und 1996 publiziert (7., 33.), n=12-159; med. Follow up 36 Monate bzw. n.a.)</p> <p>Alle Ergebnisse aufgrund der kleinen Fallzahlen statistisch nicht signifikant.</p> <p>Eingesetzte Substanzen zur Chemotherapie: Cyclophosphamid, Doxorubicin, Estramustine.</p> <p>7. Verzögerte endokrine Behandlung (Delayed treatment)</p> <p>(5 Studien, 1982-2004 publiziert (20., 29., 41-43); n=17-115, med. Follow up 41-104 Monate)</p>		<p>2001</p> <p>38. Buskirk et al., 2001 39. Granfors et al., 1998</p> <p>40. Robnett et al., 2002</p> <p>41. Steinberg et al., 1990</p> <p>42. Paulson et al., 1982</p> <p>43. Davidson et al., 1995</p> <p>44. Roach et al, 2003</p> <p>45. Anscher et al, 1992</p> <p>46. Lange et al, 1998</p> <p>47. Schidt et al, 1997</p>

Studientyp	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literaturbelege
				<p>10 Jahresüberleben nur in 1 Studie angegeben: 45%.</p> <p>zu sofortiger versus verzögerter endokriner Behandlung siehe 5.</p> <p>CAVE: In den Studien unterschiedliche Patientenselektion, Kollektive meist nicht risikoadjustiert</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Vergleich von Therapien aufgrund vorliegender Daten kaum möglich, weiterer Forschungsbedarf, RCTs erforderlich, sowie ein Konsensusverfahren für das aktuelle therapeutische Vorgehen</p>		

6.7.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Aus, 2003 [457] (im Review von Swanson geführt)	population sbasierte Kohortens tudie/Falls erie	n=181	alle Patienten mit Prostatakarzinom N1M0 (histologisch verifizierte LK Metastasen) von 1/1987-10/2000 der Süd-Ostregion	keine Prüfung von intervention en sondern Analyse von Faktoren, die das Überleben beeinflusse		62 Mo im Mittel	OS DSS multifaktorielle Analyse für T-Stadium	OS median: 6,7J (nach 13 J lebten noch 31%) DSS median: 8J CSM: 28% Multivariate Analyse von Prognosefaktoren	relativ aktuelle Daten Behandlungsstrategie in Schweden bei N1 – keine lokale Therapie	2-3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			Schwedens (Registerdaten) med. Alter 65J	n			Alter PSA Grading (Gleason/WHO) erfolgte Behandlung	für OS: nur Differenzierungsgrad statistisch nahezu signifikant: gut/mittel dfferenziert besser als schlecht differenziert p=0.0523 Keine stat. sign, Differenz für T1/T2 (55,2% der Tumoren) versus T3/T4 Tumoren Keine stat. sign Differnez nach PSA-Kategorien oder Alter keine stat. sign. Differenz für Behandlungsstrategie lokal (Radiotherapie/radikale Prostatektomie = 11,6% der Pat.) versus nicht lokal (endokrine Therapie/Wachfull waiting = 88,4% der Pat.) Schlussfolgerung der Autoren: Bei Präsenz von LK-Metastasen scheinen klassische Prognosefaktoren eine untergeordnete Rolle zu spielen	keine Differenzierung nach Anzahl der positiven LK oder gleichzeitig vorliegender Samenblasen-infiltration	
Boorjian, 2007 [458]	konsekutive Fallserie /Kohorten studie	n=507	alle N+ mit RPE ,	keine Intervention sonder Stratifizierung nach Anzahl	-	10,3J	CSS cancer specific survival	Ten-year cancer specific survival for patients with positive lymph nodes was 85.8% with 56% of the men free from biochemical recurrence at last followup. On multivariate analysis pathological Gleason	Ergebnisspalte wird noch korrekt ausgefüllt	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
				befallener LK				score 8–10 (p \leq 0.004), positive surgical margins (p \leq 0.016), nondiploid tumor ploidy (p \leq 0.023) and 2 or greater positive nodes (p \leq 0.001) were adverse predictors of cancer specific survival.		
Briganti 2009 [459]	konsequente Fallserie/Kohortenstudie	n=703	alle N+, M0 mit RPE, med Anzahl entf. LK 13, med. Anzahl bef. LK 2,3	keine Intervention sondern Stratifizierung nach Anzahl befallener LK	-	112,5	CSS cancer specific survival	cut-off 2 am besten: The most informative cut-off of positive nodes in predicting CSS was 2. Of all, 532 (75.7%) patients had 2 or less positive nodes, while 171 (24.3%) had more than 2 positive nodes. Patients with 2 or less positive nodes had significantly better CSS outcome at 15 year Follow-up compared to patients with more than 2 positive nodes (84% vs 62%; p < 0.001). After adjusting for pathological stage, multivariable predictive accuracy of the new N staging (\leq 2 or >2 positive nodes) was 65.0% vs 60.1% when the number of positive nodes was not considered (4.9% gain; p < 0.001).		2-3
Iversen, 2004 [460]	Subgruppenanalyse	n gesamt =8.113	Pat. mit PCa, Stadium T1b-4, N0, Nx,N+ und	150 mg Bicalutamid	Placebo	Median Follow up:	-Abbruch wegen Krankheits	Abbruch wegen Krankheitsprogression	lediglich kleine Fallzahl mit	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
(nicht im Review von Swanson geführt)	lyse (RCT)		M0 Alter > 18 J. (mittleres Alter 65 J.) n=150 N+ (davon n=86 mit Lymphadenektomie/LK-Dissektion) n=4.806 N0 (davon n=3.263 mit Lymphadenektomie/LK-Dissektion) n=3.157 Nx	(nichtsteroidales Antiandrogen) täglich und Standardversorgung	und Standardversorgung	3 J	progression (PSA-Anstieg) -Abbruch wegen NW -Progression (stratifiziert nach LK-Status) - PSA-doubling (stratifiziert nach LK-Status)	-weniger Pat. aus Bicalutamid-Gruppe: N0: 1,8% vs. 6,0% Nx: 5,0% vs. 16,6% N+: 19,7% vs. 39,7% Abbruch wegen NW -gleich für Pat. mit N+ in Bicalutamid- und Placebo-Gruppe (11,8% vs. 11%) -größer für Pat. mit N0 (30,0% vs. 8,5%) und Nx (23,7% vs. 9,5%) in Bicalutamidgruppe Progression (gemessen am LK-Status) sign. Reduktion in Bicalutamidgruppe -größter Gewinn bei Pat. mit N+ PCa (HR 0,29, 95% CI 0,15-0,56, p=0,0002) -N0: HR 0,59 [95% CI 0,48-0,73], p<0,0001 -Nx: HR 0,60 [95% CI 0,50-0,72], p<0,0001 PSA-doubling (gemessen am LK-Status) -sign. Reduktion in Bicalutamidgruppe -größter Gewinn bei Pat. mit N+ PCa (HR 0,16, 95% CI 0,09-0,29, p<0,0001)	LK+Patienten, davon nur 57% histologisch gesichert - unterpowert , bisher nur Surrogatparameter gemessen, keine Überlebensdaten	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
								<p>-NO: HR 0,45 [95% CI 0,40-0,51] p<0,0001</p> <p>-Nx: HR 0,38 [95% CI 0,33-0,44] p<0,001</p> <p>-Pat. mit N+PCa und RP: HR 0,11 [95% CI 0,04-0,30]</p> <p>-Pat. mit N+PCa und RT vs. Placebo: 14,3% vs. 57,1%</p> <p>-Pat mit N+PCa und WW vs. Placebo: 29,4% vs. 67,9%</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Die größte Risikoreduktion in Bezug auf die objektive Progression und PSA-doubling wurde bei Pat. mit N+ PCa erreicht. Ein sign. Vorteil in der Behandlung mit Bicalutamid wurde auch bei Pat. mit NO- und Nx PCa erreicht.</p>		
Kleeberg, 2000 [461]	RCT	n=98	Pat. mit LK-pos. PCa -Z.n. radikaler RP und pelviner Lymphadenektomie	Sofortige endokrine Therapie nach RP und Lymphadenektomie: (Antiandrog	Beobachtung nach RP und Lymphadenektomie	7,1J	-Überleben -krankheitsfreies Intervall	<u>Überleben</u> -n=7/47 in Interventionsgruppe vs. 18/51 in Kontrollgruppe verstorben, p=0,02 -davon n=3 aus Interventionsgruppe vs. n=16 aus Kontrollgruppe aufgrund PCa verstorben, p<0,01	-nur Abstract mit „Commentary“ vorhanden, nicht im Review von Swanson enthalten	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
				entherapie mit Goserelin oder Orchiekto- mie)				<p><u>Krankheitsfreies Intervall</u></p> <p>-n=36 (77%) der Interventionsgruppe vs. n=9 (18%) der Kontrollgruppe bei jüngstem Beobachtungsschluss serologisch tumorfrei, p<0,001</p> <p>-n=42/51 aus Kontrollgruppe mit Tumorprogression; n=13/36 mit palliativer endokriner Therapie und folgender objektiver kompletter Remission; n=16 verstarben aufgrund von PCa</p> <p><u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> Durch eine adjuvante Antiandrogen-therapie unmittelbar nach RP und pelviner Lymphadenektomie können die Überlebensdauer sowie das krankheitsfreie Intervall von Männern mit nodal positivem PCa signifikant verbessert werden.</p>	geringe Fallzahl	
Lawton, 2001 [462]	RCT (RTOG 85-13)	n=945	Pat. mit lokal fortgeschrittenem PCa (T3 oder N+) n=263 mit LK-pos. PCa	RT 44-46Gy (Beckenregion nach cranial bis L5/S1, bei bekannten Metastasierung Iliaca communis oder	RT allein und Hormontherapie erst bei Relapse	Median Follow-up: 5,6J	-LF -DM -NED-survival -biochemical NED-survival	LF -23% in Interventionsgruppe vs. 37% in Vergleichsgruppe nach 8J, p≤0,0001 -Pat. mit RPE: n=4/71 vs. n=11/68 DM -27% in Interventionsgruppe vs. 37% in	n=31 in Interventionsgruppe erhielten keine Hormontherapie (häufigster Grund: Weigerung des Pat.)	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			n=139 mit RPE	paraaortal) + unmittelbare adjuvante Hormontherapie (LHRH-Agonist)			-cause specific failure/death -absolute survival	Vergleichsgruppe nach 8J, p<0,0001 NED-survival -36% in Interventionsgruppe vs. 25% in Vergleichsgruppe nach 8J, p<0,0001 biochemical NED-survival -32% in Interventionsgruppe vs. 8% in Vergleichsgruppe nach 8J, p<0,0001 cause specific failure/death -16% in Interventionsgruppe vs. 21% in Vergleichsgruppe verstarben innerhalb von 8J, n.s. absolute survival -n.s. - Subgruppenanalyse: Pat. mit Gleasonscore 8-10 ohne RPE haben sign. survival benefit in der Interventionsgruppe, p=0,036 und cause specific failure improvement, p=0,019 Schlussfolgerung der Autoren: Die adjuvante Langzeit-Androgensuppression zusätzlich zur Bestrahlung verbessert die lokale Kontrolle, Freiheit von Fernmetastasen und BFS		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								signifikant bei Pat. mit ungünstiger Prognose bei PCa.		
Lawton 2005 [463]	RCT (update des RTOG 85-13) Subgruppenanalyse	n=173 von n=945 gesamt	Pat. mit lokal fortgeschrittenem Prostatkarzinom und LK pos. Status (histologisch verifiziert)	n=98 mit RT +Hormontherapie (s.o.)	n=75 nur RT und Hormontherapie erst bei Relapse	med. 6.5J med. 9.5J für überlebende Pat.	bPFS absolutes Überleben krankheits-spezifische Überleben Auftreten von Fernmetastasen	<u>1. bPFS (PSA < 1,5ng/ml) 5J</u> Interventionsgruppe (RT +HT): 54% Kontrollgruppe (RT und HT bei relapse): 10% <u>2. bPFS (PSA <1,5 ng/ml) 9J</u> Interventionsgruppe (RT +HT): 33% Kontrollgruppe (RT und HT bei relapse): 4% p<0,0001 <u>3. Alle anderen outcomes</u> signifikant besser für RT +HT. <u>Schlussfolgerung Autoren:</u> Ergebnis legen einen Vorteil für unmittelbare HT zusätzlich zu RT nahe.		1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Messing, 2006 [464]	RCT (multizentrisch)	n=98, geplante Anzahl von N=200 nicht erreicht	Pat. mit LK-pos. PCa nach RPE und pelviner Lymphadenektomie Mittleres Alter: 65,6J	sofortige Androgen-deprivation nach RPE und Lymphadenektomie	Verzögerte Androgen-deprivation nach RPE und Lymphadenektomie (bei Klinischer Progression)	Median Follow-up: 11,9J	-PFS/DSS -Gesamt-überleben	<p>Gesamtüberleben</p> <p>-n=17 (36%) in Interventionsgruppe vs. 28 (55%) in Vergleichsgruppe verstarben während Follow-up</p> <p>-mittleres Überleben: 13,9J vs. 11.3J</p> <p>PFS und DSS</p> <p>DSS:HR 4,09 (1,76-9,49); p<0,0001</p> <p>PFS:HR 3,42 (1,96-5,98; p<0,0001</p> <p>-n=7 in Interventionsgruppe vs. 25 in Vergleichsgruppe verstarben aufgrund PCa</p> <p>-kein Pat. der Interventionsgruppe brach die Behandlung aufgrund von Nebenwirkungen ab</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Die sofortige Androgen-deprivation bei Pat. nach RPE und Lymphadenektomie zeigt Vorteile bezüglich des Gesamtüberlebens, PFS und DSS.</p>	<p>Interventionsgruppe:</p> <p>n=13 mit Orchiektomie</p> <p>n=33 mit Goserelin</p> <p>Studie unterpowerd</p>	1

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Schröder, 2009 [465]	RCT (EORTC 30846)	n=234 randomisiert von n0 320 rekrutierten	Pat. mit LK-pos. PCa (pN1-3M0) -keine Lokalbehandlung des Primärtumors -mittleres Alter: 65J	Frühe alleinige Hormonbehandlung (LHRH-Agonist Zoladex s.c. alle 4 Wo und 1. Monat Antiandrogene/Orchiektomie) mediane Behandlungsdauer nach Protokoll: 3,2J	Verzögerte alleinige Hormonbehandlung (LHRH-Agonist Zoladex s.c. alle 4 Wo und 1. Monat Antiandrogene/Orchiektomie) bei Progression mediane Behandlungsdauer nach Protokoll: 2,7J	Median Follow-up: 13J	primäres Ziel: Non-Inferiorität verzögerte endokrine Therapie für OS zusätzlich DSS	<u>OS</u> insgesamt 193 Pat. (82,5%) verstorben n=96 mit sofortiger Hormonbehandlung n=97 mit verzögerter Hormonbehandlung davon 59,4% an Prostatakarzinom HR 1,22 95%KI [0,92-1,62] für verzögerte Hormonbehandlung: n.s., aber kein Nachweis von Non-Inferiorität: med. OS sofortige Hormonbehandlung: 7,6J 95%KI[6,3-8,3J] verzögerte Hormonbehandlung: 6,1J 95%KI[5,7-7,3] <u>DSS</u> (10 J kumulative Inzidenz für Tod aufgrund PCa) sofortige Hormonbehandlung: 52,1% verzögerte Hormonbehandlung: 55,6% <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u>	Keine ausreichende Power, da nicht alle randomisiert und -n=5 in Interventionsgruppe ohne Intervention -n=12 in Vergleichsgruppe ohne Intervention Powerkalkulation nach heutigen Maßstäben nicht ausreichend	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be-merkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>Die Studie zeigt einen nichtsignifikanten Vorteil im Gesamtüberleben beim Einsatz früher Hormonbehandlung an, ist aber unterpowerd um eine Überlegenheit gegenüber der verzögerten Hormontherapie zu bestätigen. Eine Nicht-Inferiorität der verzögerten Hormontherapie wurde nicht gezeigt.</p> <p>Potenzielle Vorteile der verzögerten Hormontherapie in Bezug auf die Lebensqualität müssen berücksichtigt werden.</p>		
Studer, 2006 [466]	RCT	n=985	<p>-Pat. mit neu diagsotiziertem PCa</p> <p>-T0-4N0-2M0</p> <p>-mittleres Alter: 73J</p> <p>-keine vorherige lokale Behandlung aufgrund von Verweigerung durch Pat. oder Nichteignung</p>	Sofortige Androgen-deprivation	<p>Verzögerte Androgen-deprivation</p> <p>bei symptomati-scher Progression</p> <p>(LHRH-Analogon/Orchiektomie)</p>	Median Follow-up: 7,8J	<p>-OS</p> <p>-PSM</p> <p>-symptom-freies Überleben</p>	<p>-Vergleichsgruppe: mittlere Zeit bis Therapiebeginn 7J</p> <p>-Orchiektomie signifikant häufiger in Interventionsgruppe (52,1% vs. 36,8%, p<0,0001)</p> <p>OS und PSM</p> <p>-median OS: 7,4J [95% CI6,6-8,5] vs. 6,5J [95% CI 5,9-7,2]; p=0,4341 n.s.; HR 1,25 [95% CI 1,05-1,48] (mortality)</p> <p>-n=541/985 verstarben nach 7,8J</p> <p>- davon n=257 in Interventionsgruppe</p>	<p>n=17 in Interventionsg ruppe verweigerten die Behandlung</p> <p>-falsche Klassifikation der Todesursache (PSM) kann laut Autoren nicht</p>	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
			(geringe Lebenserwartung, fortgeschrittenes Tumorstadium, Komorbiditäten)					<p>(n=94 aufgrund PCa)</p> <p>- davon n=284 in Vergleichsgruppe (n=99 aufgrund PCa)</p> <p>-n=193/541 aufgrund PCa</p> <p>-n=185/541 aufgrund kardiovaskulärer Ursachen</p> <p>-survival benefit signifikant (HR=1,29; 95% CI 1,09-1,53) wenn Anpassung an baseline Risikofaktoren (Alter, Symptome, T-Stadium, Grading, PSA, TURP, assoz. chron. Erkrankungen)</p> <p>-PSM: n.s. zwischen den Gruppen nach 5 und 10J</p> <p>symptomfreies Überleben</p> <p>-signifikant häufiger Schmerzen in Vergleichsgruppe, p=0,0002 (Aufreten meist kurz vor Therapiebeginn)</p> <p>-Vergleichsgruppe: signifikant mehr Pat. mit TURP wegen Obstruktion, p>0,0001</p> <p>-Interventionsgruppe: signifikant häufiger Hitzewallungen, Gynäkomastie, Kopfschmerzen, Hautveränderungen,</p>	<p>ausgeschlossen werden</p> <p>-Einfluss der Androgenablation auf längere Lebensdauer aufgrund stressfreierem Lebensstil</p>	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>p<0,0001</p> <p>- Interventionsgruppe: signifikant späteres Auftreten von Symptomen, p<0,0001</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Sofortige Androgendeprivation führt zu einer geringen aber signifikanten Verbesserung im Gesamtüberleben aber nicht bei PSM und symptomfreien Überleben. Einschränkungen der Lebensqualität sind zu berücksichtigen.</p>		

6.8. Thema Neoadjuvante und adjuvante Hormontherapie des lokal begrenzten und des lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms

6.8.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduation	Literaturbelege
AUA 2007 [161]	When counseling patients regarding treatment options, physicians should consider the following: Based on outcomes of one RCT, the use of neoadjuvant and concurrent hormonal therapy for a total of six months may prolong survival in the patient who has opted for conventional dose EBRT.	Standard (A)	1+	14

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgrad- u- erung	Literatur- belege
EAU 2007 [1]	<ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy does not provide a significant OS advantage over prostatectomy alone • Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy does not provide a significant advantage in disease-free survival over prostatectomy alone • Neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy does substantially improve local pathological variables such as organ-confined rates, pathological down-staging, positive surgical margins and rate of lymph node involvement • Adjuvant hormonal therapy following radical prostatectomy shows no survival advantage at 10 years • Adjuvant hormonal therapy following radical prostatectomy: the overall effect estimate was highly statistically significant ($p < 0.00001$) in favour of the hormonal arm. 	-		
NICE 2008 [32]	<p>Adjuvant hormonal therapy is recommended for a minimum of 2 years in men receiving radical radiotherapy for localised prostate cancer who have a Gleason score of ≥ 8.</p> <p>Neoadjuvant and concurrent luteinising hormone-releasing hormone agonist (LHRHa) therapy is recommended for 3 to 6 months in men receiving radical radiotherapy for locally advanced prostate cancer.</p> <p>Adjuvant hormonal therapy in addition to radical prostatectomy is not recommended, even in men with margin-positive disease, other than in the context of a clinical trial.</p> <p>Adjuvant hormonal therapy is recommended for a minimum of 2 years in men receiving radical radiotherapy for locally advanced prostate cancer who have a Gleason score of ≥ 8.</p>	-		
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p>Adjuvant or neoadjuvant hormone therapy is not recommended for patients with low- or moderate-risk localised prostate cancer.</p> <p>There is insufficient evidence to support that adjuvant or neoadjuvant hormone therapy improves the chance of survival of patients with localised prostate cancer. This is particularly true for patients with low or moderate risk.</p> <p>If adjuvant hormone therapy is indicated, then a short treatment course (6 months) appears to be sufficient.</p>	-		

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>Neoadjuvant hormone therapy prior to radical prostatectomy should not be given to patients with cT3 prostate cancer.</p> <p>Adjuvant hormone therapy following radical prostatectomy is not recommended for pT3 tumours.</p> <p>For those with high Gleason score, the working group recommends external radiotherapy of at least 70 Gy combined with at least 2 years of hormone therapy.</p>			

6.8.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTAs für 1. Auflage 2009

Studientyp	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	Level of Evidence	Literaturbelege
Systematischer Review	Kumar 2006 [467]	RCTs von Patienten mit T1-3, N0-x, M0	Neoadjuvante Hormontherapie vor RPE gegen RPE allein, unterschiedliche Therapiezeiten und Therapieformen	<p>neoadj. Hormontherapie vor RPE verlängert das Gesamtüberleben nicht (Meta-analyse von Aus, Klotz, Schulman)</p> <p>neoadj. Hormontherapie vor RPE verlängert das krankheitsfreie Überleben nicht (Meta-analyse aus Klotz, Aus, Schulman, Soloway)</p> <p>neoadjuvante Hormontherapie vor RPE erhöht die Rate an R0-Resektionen (Meta-analyse aus Aus, Dalkin, Klotz, Labrie, Prezioso, Schulman, Selli, Soloway)</p> <p>neoadjuvante Hormontherapie länger als 3 Monate vor RPE erhöht die Rate and R0-Resektionen gegenüber einer Therapiedauer von <= 3 Monaten</p>	Metaanalysen beziehen sowohl Studien mit T3-Stadien und unklarem N-Stadium ein	1++	

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonder- heiten/ Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur- belege
Systemati- scher Review	Kumar 2006 [467]	RCTs von Patienten mit T2-4, N0-x, M0	Neoadjuvante Hormontherapie vor Radiatio gegen Radiatio allein, unterschiedliche Therapiezeiten und Therapieformen	neoadj. Hormontherapie vor Radiatio verlängert das Gesamtüberleben für Patienten mit Gleason-Score 2-6 (Pilepich, begrenzt und fortgeschrittene Stadien) neoadj. Hormontherapie vor Radiatio verlängert das krankheitsspezifische Überleben nicht (Meta-analyse Denham, Pilepich) neoadj. Hormontherapie vor Radiatio verlängert das biochemisch definierte krankheitsfreie Überleben (Meta- analyse Denham, Laverdiere, Pilepich) neoadj. Hormontherapie vor Radiatio verlängert das klinisch definierte krankheitsfreie Überleben (Meta-analyse Denham, Pilepich) die Dauer der neoadj. Hormontherapie vor Radiatio hat keinen Einfluss auf das biochemisch definierte krankheitsfreie Überleben (Meta-analyse aus Denham und Crook)		1+	
Systemati- scher Review	Kumar 2006 [467]	RCTs von Patienten mit T1-4, N0-+, M0	Adjuvante Hormontherapie nach RPE gegen RPE allein, unterschiedliche Therapiezeiten und Therapieformen	adjuvante Hormontherapie nach RPE verlängert das Gesamtüberleben nicht (Meta-analyse Messing und Wirth) adjuvante Hormontherapie nach RPE verlängert das krankheitsfreie Überleben (Meta-analyse aus Messing und McLeod)		1+	
Systemati- scher Review	Kumar 2006 [467]	RCTs von Patienten mit T1-4, Nx-+, M0	Adjuvante Hormontherapie während und nach Radiatio gegen Radiatio allein, unterschiedliche Therapiezeiten	adjuvante Hormontherapie zu und nach Radiatio verlängert das Gesamtüberleben nicht (Meta-analyse aus Bolla, Pilepich 2005, Zagars, Tyrrell)	Studien heterogen	1+	

Studien- typ	Autoren, Jahr	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonder- heiten/ Bemerkungen	Level of Evidence	Literatur- belege
			und Therapieformen	<p>adjuvante Hormontherapie zu und nach Radiatio verlängert das krankheitsspezifische Überleben (Meta-analyse aus Pipelich 2005 und Bolla)</p> <p>adjuvante Hormontherapie zu und nach Radiatio verlängert das krankheitsfreie Überleben (Meta-analyse aus Bolla, Zagars, Tyrrell und Pipelich 2005)</p>			

6.8.3. Primärliteratur zum Thema Neoadjuvante Hormontherapie und RPE für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz- Niveau (SIGN)
Aus 2002 [468]	RCT	n=111	T1b-3a,Nx,M0,G1-3, Lebenserwartung >10 Jahre	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Triptorelin) +RPE (56)	RPE allein (55)	7 Jahre	Histolog. Grading R-Status Gesamtüberleben PSA- progressionsfreies Überleben	Kein sign. Unterschied im Gesamtüberleben oder krankheitsfreien Überleben, R0- Resektion signifikant häufiger bei neoadj. Therapie	1+
Klotz 2003 [469]	RCT	n=191	T1-T2,N0M0, PSA<50 ng/ml	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Cyproteron) + RPE (101)	RPE allein (91)	6 Jahre	Nebenwirkugen PSA-Rezidiv	Kein sign. Unterschied im Gesamtüberleben	1(+) (open label)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
							Krankheitsfreies Überleben pT staging	oder krankheitsfreien Überleben R0-Resektion signifikant häufiger bei neoadj. Therapie	
Schulman 2000 [470]	RCT	n=398	T2, T3, Nx, M0, PSA >100ng/ml	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Flutamide+ LHRH-Agonist Goserelin) + RPE (189)	RPE allein (209)	4 Jahre	Krankheitsfreies Überleben Fernmetastasierung Path. Staging R-Status PSA-Spiegel	Kein sign. Unterschied im Gesamtüberleben und krankheitsfreiem Überleben, R0-Resektion signifikant häufiger bei neoadj. Therapie	1+
Soloway 2002 [471]	RCT	n=275	T2b,Nx unauffällige Knochenszinti, <75 Jahre, PSA <50 ng/ml	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Flutamide+ Leuprolide) + RPE (137)	RPE allein (138)		Krankheitsfreies Überleben R-Status	Kein sign. Unterschied im krankheitsfreien Überleben R0-Resektion signifikant häufiger bei neoadj.	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Therapie	
Gleave 2001 [472]	RCT	n=500	T1b,1c, T2	8 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Leuprolide+Flutamide) + RPE (247)	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Leuprolide+Flutamide) + RPE (253)		R-Status PSA-Spiegel	Kein signifikanter Unterschied bezüglich Umgebungs-infiltration	1+
Selli 2002 [473]	RCT	n=393	T2, T3, N0M0	24 Wochen neoadjuvant Hormontherapie (Zoladex + Casodex) + RPE (143)	12 Wochen neoadjuvant Hormontherapie (Zoladex + Casodex) + RPE (128)		Krankheitsfreies Überleben Gesamtüberleben R-Status PSA-Spiegel Time-to progression	R0-Resektion signifikant häufiger bei neoadj. Therapie,	1(+) open label
Van der Kwast 1999 [474]	RCT	n=40	T1-T3	6 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Flutamide+ Lupron) + RPE (18)	3 Monate neoadjuvant Hormontherapie (Flutamide+ Lupron) + RPE (18)		R-Status	Kein signifikanter Unterschied bezüglich Umgebungs-infiltration	1 (+) geringe Patientenzahl, keine klaren Einschlusskriterien

6.8.4. Primärliteratur zum Thema Neoadjuvante Hormontherapie + Radiatio für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Intervention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz- Niveau (SIGN)
Denham 2005 [413]	RCT	n=802	T2b-T4, N0M0, Lebenserwartung <5Jahre	3 Monate/6 Monate vor und während Radiatio neoadjuvant Hormontherapie (Zoladex + Flutamide) + Radiatio (265/267)	Radiatio allein (270)	5 Jahre	Lokale Progression Krankheitsfreies Überleben, Fernmetastasierung	Kein signifikanter Unterschied im krankheitsspezifischem Überleben für 3 Monate, aber Vorteil für 6 Monate neoadj. Therapie, krankheitsfreies Überleben signifikant höher bei neoadj. Therapie (PSA + klinisch)	1+
Laverdiere 2004 [475]	RCT	n=148	T2-T3, M0	3 Monate vor und während Radiatio neoadjuvant Hormontherapie (LHRH Agonist + Antiandrogen) + Radiatio	Radiatio allein	7 Jahre	Progressionsfreies Überleben	krankheitsfreies Überleben signifikant höher bei neoadj. Therapie (PSA)	1(+) spärliche Patienten- charakteris- tika
Pilepich 2001 [476]	RCT	n=456	T2b—T4, NxM0	2 Monate vor und während Radiatio neoadjuvant Hormontherapie (Goserelin + Flutamide) + Radiatio (226)	Radiatio allein (230)	8 Jahre	Fernmetastasen, lokale Progression Gesamtüberleben, PSA- progressionsfreies Überleben	Kein signifikanter Unterschied im Gesamtüberleben für alle Patienten, aber signifikanter Überlebensvorteil durch neoadj. Therapie bei Gleason 2-6; signifikant niedrigere krankheitsspezifische Mortalität in neoadj. Gruppe, krankheitsfreies Überleben signifikant höher bei neoadj. Therapie (PSA + klinisch)	1+

6.8.5. Primärliteratur zum Thema Adjuvante Hormontherapie und RPE für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
McLeod 2006 [477]	RCT	n=	T1-4, jedes N, M0	Adjuvante Hormontherapie (Casodex) unmittelbar nach RPE	RPE allein	7,4	Progressionsfreies Überleben, Gesamtüberleben	signifikant höheres krankheitsfreies Überleben im adjuvanten Arm	1+
Messing 1999 [478]	RCT	n=98	T2-T3, N-Befall, M0, Z.n. Lymphadenektomie	Adjuvante Hormontherapie unmittelbar nach RPE (Goserelin oder Orchiektomie) (40)	RPE allein (38)	7,3 Jahre	Gesamtüberleben Progressionsfreies Überleben Nebenwirkungen	Signifikant höheres Gesamtüberleben mit adjuvanter Therapie, signifikant höheres krankheitsspezifisches Überleben mit adjuvanter Therapie	1+
Wirth 2004 [479]	RCT	n=309	T3-4, NOM0, >75 Jahre	Adjuvante Hormontherapie (Flutamide) unmittelbar nach RPE (152)	RPE allein (157)	6,1 Jahre	Gesamtüberleben, progressionsfreies Überleben	Kein signifikanter Unterschied im Gesamtüberleben, signifikant höheres krankheitsfreies Überleben im adjuvanten Arm	1+

6.8.6. Primärliteratur zum Thema Adjuvante Hormontherapie und Radiatio für 1. Auflage 2009

Siehe hierzu auch Abschnitt Strahlentherapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
Tyrrell 2005 [480]	RCT	n=1.370	T1-4, jedes N, M0	Adjuvante Hormontherapie nach Radiatio (Bicalutamide)	Radiatio allein	7,4 Jahre	Progressionsfreies Überleben, Gesamtüberleben	signifikant höheres Gesamtüberleben und krankheitsspezifisches Überleben mit adjuvanter Therapie nur für Gruppe der lokal fortgeschrittenen	1+
Zagars 1988 [481]	RCT	n=78	Stadium C (lokal fortgeschritten, T3+4)	Adjuvante Hormontherapie nach Radiatio (DES) (38)	Radiatio allein (40)	15 Jahre	Krankheitsfreies Überleben Gesamtüberleben	Kein signifikant höheres Gesamtüberleben mit adjuvanter Therapie, aber überlegenes krankheitsfreies Überleben im adjuvanen Arm	1- kleine Fallzahl, spärliche Studien- und Patientencharakteristika
D'Amico 2004 [482]	RCT	n=201	T1-T2,NxM0	Hormontherapie 2 Monate vor, während und 2 Monate nach Radiatio: LHRH-Analagon (Goserelin oder Leuprolide) + Flutamide (n=98)	Radiatio allein (n=103)	Median 4,5 Jahre	Gesamtüberleben	Geringgradig, aber signifikant höheres Gesamtüberleben mit adjuvanter Therapie (5-Jahres-Überleben 88% vs. 78%)	1+
D'Amico 2008	RCT	206	pT1b-2b, mindestens 1 neg. prognost.	EBRT 3D-CRT 70 Gy + 6 M HT	EBRT 3D-CRT 70 Gy ohne	median 7,6 J	time to all-cause mortality, OS, MVA für Einflussfaktoren	8-J-OS alle Pat. EBRT+HT 74% EBRT	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte	Evidenz-Niveau (SIGN)
[483]			Faktor, Alter median 72,5 J, 157 mit keiner oder geringer KM, 49 mit moderater bis schwerer KM		HT		auf OS	61% keine/geringe KM 90% 64% höhere KM 25% 54% HR für all-cause mortality EBRT+HT vs EBRT nach Adjustierung für Alter, Komorbidität, cT, PSA: 3,0 (p=0,003)	

6.9. Thema Primäre Hormontherapie und Watchful Waiting

6.9.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien zu alleiniger Hormontherapie für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs-grad	Evidenz-graduierung	Literatur-belege
NICE 2008 [32]	Für lokal begrenztes PCa wird HT nicht als Therapieoption angegeben. Für lokal fortgeschrittenes PCa: There are two main methods of achieving control of prostate cancer by hormonal manipulation: (i) androgen withdrawal (using luteinising hormone-releasing hormone agonists (LHRHa) or bilateral orchidectomy), which removes the supply of endogenous hormone; or (ii) androgen receptor blockade (anti-androgens), which reduces the effect of endogenous	keine Empfehlung		-

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>hormones. Both forms of therapy have proven efficacy for different states of the disease. Each method has associated morbidity and potentially specific impacts on the individual's quality of life.</p> <p>For many men with locally advanced prostate cancer, hormonal therapy will be the primary therapy.</p>			
EAU 2007 [1]	<p>Für lokal begrenztes PCa wird HT nicht als Therapieoption angegeben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In advanced CaP, ADT delays progression, prevents potentially catastrophic complications and effectively palliates symptoms, but does not prolong survival (level of evidence: 1b) 2. In advanced CaP, all forms of castration as monotherapy (orchiectomy, LHRH and DES) have equivalent therapeutic efficacy (level of evidence: 1b) 3. Non-steroidal antiandrogen monotherapy (e.g. bicalutamide) is an effective alternative to castration in patients with locally advanced disease (level of evidence: 1b) 4. In advanced CaP, the addition of a non-steroidal antiandrogen to castration (CAB) results in a small advantage in OS over castration alone but is associated with increased adverse events, reduced QoL and high costs (level of evidence: 1a) 5. Intermittent and 'minimal' ADT should still be regarded as experimental therapies (level of evidence: 3) 6. In advanced CaP, immediate (given at diagnosis) androgen suppression significantly reduces disease progression and complication rate due to progression itself compared to deferred (delivered at symptomatic progression) androgen deprivation (level of evidence: 1b) 7. Bilateral orchiectomy may be the most cost-effective form of ADT, especially if initiated after occurrence of symptoms from metastatic disease (level of evidence: 3). 		-	
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p>Für lokal begrenztes PCa wird HT nicht als Therapieoption angegeben.</p> <p>Für lokal fortgeschrittenes PCa:</p> <p>Hormone therapy is a treatment option for patients with cT3 prostate cancer who refuse external radiotherapy or for</p>			

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>whom external radiotherapy is contraindicated. Given the risk of adverse events associated with hormone therapy, delayed initiation of therapy is preferred.</p> <p>When counselling patients, it is important to discuss the adverse events associated with long-term hormone therapy, which include impotence and bone decalcification.</p>			
AUA 2007 [161]	Keine RCTs, lediglich retrospektive Studien, die z.T. auch lokal fortgeschrittene Stadien einschließen. Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes. Alleinige Hormontherapie keine Standardtherapie für lokalisierte Stadien. Option für symptomatische palliative Patienten mit kurzer Lebenserwartung.	Recommendation	2+	66-68

6.9.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien zu Watchful Waiting für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
NICE 2008 [32]	<p>Men with localised prostate cancer who have chosen a watchful waiting regimen and who have evidence of significant disease progression (that is, rapidly rising prostate specific antigen (PSA) level or bone pain) should be reviewed by a member of the urological cancer MultiDisciplinary Team.</p> <p>Qualifying statement: In the absence of evidence there was GDG consensus that this recommendation would avoid unnecessary investigations.</p>		-	-
EAU 2007 [1]	Options for WW in locally advanced disease (stage T3-T4): Asymptomatic patients with well- or moderately differentiated cancer, CaP and a short life expectancy	-	level of evidence: 3	-
Dutch Urological Association	Active monitoring and initiation of hormone therapy when symptoms or metastases arise can be considered for patients with limited life expectancy (< 10 years).	-	Level 3	Adolfsson, Rana (s.u.)

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
2007 [71]				

6.9.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren, Jahr	Studientyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft?	Welche Outcomes?	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Boustead 2007 [484]	Syst. Review/ Meta-analyse	7 RCTs aus systematischer Suche in CENTRAL, BIOS, DARE, EMBASE, MEDLINE bis Juli 2006	Sofortige vs verzögerte HT bei „Standard treatment“ (RPE, RT, WW) bei lokal fortgeschrittenem nichtmetastasiertem PCa	Sterblichkeit (overall mortality), PCSM, OP, LP, DP	Subgruppen-Analyse für WW-Patienten: RR für Sterblichkeit geringer bei sofortiger vs. verzögerter HT: 0,88 (95%CI 0,81-0,96) Keine Subgruppen-Analysen für übrige Outcome-Parameter	Subgruppen-Analyse nicht graphisch dargestellt; MRC- und Studer-Studie (s.u.) mit eingeschlossen	1+	23-30
Conti 2007 [485]	Syst. Review/ Meta-analyse	5 RCTs aus systematischer Suche in CENTRAL (Cochrane) 2002-2006, MEDLINE 1966-2006, EMBASE 1980-2006, LILACS 1982-2006	Intermittierende (IAS) vs. kontinuierliche Androgen-Suppression (CAS)	Nebenwirkungen, einziges Effekt-Outcome: FBP in nur einer Studie	Meta-analyse auf Grund uneinheitlicher Outcomes nicht möglich FBP ohne signifikante Unterschiede zwischen IAS und CAS Impotenzraten signifikant geringer bei IAS als bei CAS Übrige Nebenwirkungen ohne signifikante Unterschiede: gastrointestinal, Hitzewallungen, Sehstörungen, Leberenzymveränderung, Gynäkomastie, Anämie, Alkoholintoleranz	Kurzes Follow-up der Studien, geringe Fallzahl, kaum Effekt-Outcomes; Fazit der Autoren: „In the light of currently available information on impotence, IAS may have slightly fewer outcomes for side effects than CAS and has lower treatment costs...“	1+	Calais 2002, de Leval 2002, EAU TULP 2002, Hering 2000, Yamanaka 2005

Autoren, Jahr	Studientyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft?	Welche Outcomes?	Ergebnisse	Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Hummel 2003 [486]	HTA-Bericht	eine Fallserie mit 110 nacheinander eingeschlossenen Patienten, die lokale Therapie abgelehnt hatten, Durchschnittsalter 67, Stadien T1-3, durchschnittliches PSA 13,2 ng/ml, durchschnittlicher Gleason 6,6	Dreifache Androgenblockade (LH-RH-Agonist+ Antiandrogen+ Finasterid, im Mittel für 13 Monate	PSA-Verlauf	Mediane Nachbeobachtung 36 Monate, nach 3 Monaten Abfall von PSA unter 0,1 ng/ml in 95% der Patienten, danach stabil niedrige Spiegel keine Vergleichsintervention, keine systematische Erhebung anderer Outcomes als PSA		3	40
PCTCG 2000 [487]	Syst. Review/ Meta-analyse	27 RCTs aus systematischer Suche, 8275 Patienten	MAB vs AS bei Pat. mit M1 (88%) und T3/4 M0 („locally advanced“)	Sterblichkeit (all cause mortality)	Subgruppen-Analyse für alle M0-Patienten: kein signifikanter Unterschied in Sterblichkeit	Suchstrategie sehr spärlich	1+	10-35
Wilt 2001 [488]	Syst. Review/ Meta-analyse	4 RCTs (2.167 Pat) aus systemat. Suche in MEDLINE, EMBASE, CancerLit, Cochrane u.a. von 1966 bis August 2001	Frühe vs. verzögerte AS bei lokal fortgeschrittenen und metastasierten PCas	OS, PCSS, PFS	10-Jahres-OS signifikant besser für frühe Therapie, 1-, 2-, 5-Jahres OS etwas besser für frühe Therapie, aber nicht signifikant PCSS etwas besser für frühe Therapie, aber nicht signifikant PFS in allen Studien besser für frühe Therapie, aber kein Daten-Pooling möglich auf Grund variierender Definitionen von PFS	Sowohl Patienten mit lokal fortgeschrittenem als auch metastasiertem PCa, keine Subgruppen-Analysen	1++	Messing 1999, MRC 1997, Jordan 1977, Byar 1973

6.9.4. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
Bill-Axelson 2005 [210]	Siehe Evidenztabelle zum Kapitel Active Surveillance									
Herr 2000 [489]	Retrospektive Kohorte	144	cT3 oder Rezidiv nach RPE oder RT, medianes Alter 66 J	HT (Orchiektomie oder LHRHa oder LHRHa+ Antiandrogen)	WW	1 J	QOL (EORTC-, Intrusion-, QL-Fragebögen)	Baseline-Scores vor Therapie ohne signifikante Unterschiede kombinierte Werte nach 6 und 12 Monaten: signifikant schlechtere Werte in HT-Gruppe bezüglich „Physical Function“, „Fatigue“, „Sexual Problems“, allgemeine QOL signifikant schlechtere Werte für LHRHa (Leuprolide)+/- Flutamide im Vergleich zu Orchiektomie	Geringe Patientenzahl, keine Randomisation	2(-)
Iversen 2006 [490]	RCT	1.218	cT1-4 Nx M0; 59,5% T1/2, 40,4% T3/4; „standard care“: 12,7% RPE, 6,4% RT/Brachy, 80,1% WW	Standard care + HT (Bicalutamid) (607 Pat)	Standard care ohne HT (611 Pat)	Median 7,1 J	HR für Progression (PFS) und Tod (OS), NW	HR für PFS HT vs keine HT: T1-4: 0,65 (signifikant) T1-2: 0,85 (n.s.) T3-4: 0,47 (signifikant) HR für OS HT vs. keine HT: T1-4: 0,91 (n.s.)	für viele Patienten wurde HT „open label“ unverblindet eingesetzt	1(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								T1-2: 1,23 (n.s.) T3-4: 0,65 (signifikant) HR für OS HT vs. keine HT in WW-Subgruppe: T1-2: 1,18 (n.s.) T3-4: 0,67 (signifikant) NW Bicalutamide: Brustschmerz (63,6%), Gynäkomastie (58,5%), Impotenz (17,4%), Libidoverminderung (3,8%)		
MRC 1997 [491]	RCT	938	cT2-4 „too advanced for curative treatment“ 500 M0 (54%), 173 Mx (19%), 261 M1 (28%)	Sofortige HT (Orchiektomie oder LHRHa) (n=469); M0 n=256)	Verzögerte HT (n=465); M0 n=244	?	TTDDP, TTD overall, TTD from prostate cancer	für M0-Patienten: signifikanter Unterschied in TTDDP: höher für sofortige HT signifikanter Unterschied in TTD overall und TTD prostate cancer: höher für sofortige HT	Spärliche Randomisationsangaben, TURP und Bestrahlung ebenfalls eingeschlossen, Vermischung cT2 und cT3/4; medianes Follow-up nicht angegeben; Ergebnisse in Meta-analyse von Boustead enthalten	1(-)
Parker 1985 [492]	Retrospektive Kohorte	263		Initiale HT	WW, HT bei Symptomen	?, mind. 5 J	OS, DFS	Medianes OS 39,6 Mo Kein Unterschied im Ansprechen und	Daten nicht Gleason- oder PSA-adjustiert, inhomogene	2(-)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								DFS im Vergleich initiale HT vs WW	Patientengruppe	
Rana 1994 [493]	Prospektive Kohorte	199	Alter durchschn. 74J, T2-4 Nx M0	Orchiektomie entweder nach Diagnose oder erst bei symptomatischer Metastasierung oder dazwischen, Vergleich mit Outcomes mit altersgemachter Bevölkerung		?, mindestens 4,2 J	OS, DSS, MVA auf prädiktive Faktoren für OS und DSS	<p>5-J-OS PCa 42% = 17% geringer als gesunder Altersdurchschnitt</p> <p>10-J-OS PCa 16% = 15% geringer als gesunder Altersdurchschnitt</p> <p>5-J-DSS 70%</p> <p>10-J-DSS 50%</p> <p>Grenzwertig signifikanter Prädiktor für OS: Alter</p> <p>Deutlich signifikanter Prädiktor für DSS: Gleason, Stadium (geringer Einfluss)</p> <p>Ohne prädiktive Bedeutung: frühe vs. späte Orchiektomie</p>	Geringe Fallzahl, Bias-Gefahr durch nicht-randomisiertes Design, ungenaue Follow-up-Angabe, Vergleich mit nicht-PCa-Männern sinnvoll	2(+)
Sieber 2004 [494]	„RCT“, open label	103	cT1-4, Nx, M0	LHRH-Agonist (n=52)	Bicalutamid (n=51)	96 Wo	BMD, FFM, Serum-Lipide, andere NW	Statistisch signifikant geringerer BMD-Verlust nach 96 Wochen in Bicalutamid-Arm, keine Unterschiede bezüglich FFM und Lipide	Vermischung c1/2 mit c3/4 ohne Subgruppen-Analyse, Open Label, warum wurden cT1/2 nicht lokal kurativ behandelt?, Begleittherapien? Randomisation,	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Inter-vention	Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
									Verblindung etc. nicht beschrieben	
Studer 2008 [495]	Subgruppe n-Analysen aus RCT von 2006 (s.u.)	939	cT0-4 N0-2 M0, lokale Therapie abgelehnt oder technisch nicht möglich	Sofortige HT (ADT) (Buserelin oder Orchiectomie) n=493	verzögerte HT (ADT) (Buserelin oder Orchiectomie) n=492	7,8J	OS, prostate-cancer mortality, Stratifikation nach Baseline-PSA und PSAD	<p>HR für PCSM in beiden Armen mit Baseline-PSA korreliert (>50 vs ≤8) HR im Arm sofortige HT: 4,3</p> <p>HR im Arm verzögerte HT: 3,5</p> <p>Kein signifikanter Unterschied bezüglich PCSM zwischen beiden Armen wenn Baseline-PSA zwischen 8 und 50 lag</p> <p>Kein signifikanter Unterschied bzgl. PCSM zwischen beiden Armen wenn Baseline-PSA >50</p> <p>Auswertung der PSAD im verzögerten Arm für Patienten mit Baseline-PSA zwischen 8 und 50:</p> <p>PCSM bei PSAD≤12 Mo vs. >12 Mo: RR = 7,5</p>	Schlussfolgerung der Autoren: Patients with a baseline PSA > 50 ng/ml and/or a PSADT < 12 mo were at increased risk to die from PCa and might have benefited from immediate ADT, whereas patients with a baseline PSA < 50 ng/ml and a slow PSADT (>12 mo) were likely to die of causes unrelated to PCa, and thus could be spared the burden of immediate ADT.	2+
Studer 2006 [466]	RCT	985	cT0-4 N0-2 M0, lokale Therapie abgelehnt oder technisch nicht möglich	Sofortige HT (Buserelin oder Orchiectomie) n=493	verzögerte HT (Buserelin oder Orchiectomie) n=492	7,8 J	OS, prostate-cancer mortality, symptom-free	OS significant höher für sofortige HT, wobei PCa-Mortalität und symptomfreies Überleben nicht unterschiedlich waren; OS-Vorteil durch weniger nicht-PCa-assoziierte Todesfälle in der sofort therapierten	Methodisch gute Studie; Ergebnisse in Meta-analyse von Boustead enthalten	1++

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Follow- up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz- Niveau (SIGN)
							survival	Gruppe		
Tyrrell 1998 [496]	RCT	1.453	cT3/4 M0 oder cTx M1;	HT mit Bicalutamid (Casodex) (n=1.027)	HT mit Kastration (Goserelin oder Orchiektomie; n=423)	100 Wo	TTD	Daten für M0-Gruppe „unreif“, daher nicht ausgewertet	Angegebene Patientenzahlen decken sich nicht mit Angaben in Tabellen, Randomisation nicht beschrieben, ungleiche Patientenzahlen in den Gruppen	1-
Tyrrell 1991 [497]	RCT	571	cT3/4 M0 (43%) oder cTx M1	Goserelin+ Flutamid (n=287)	Goserelin (n=284)	25 Mo	Subjektives und objektives Ansprechen, Zeit bis zum Ansprechen, TTP, TTF, OS	Keine signifikanten Unterschiede in M0-Gruppe bezüglich objektivem Ansprechen und OS; übrige Parameter ebenfalls ohne signifikante Unterschiede, aber hier keine getrennte Analyse für M1 vs M0-Patienten	Randomisation nicht beschrieben	1(-)
Ueno 2006 [498]	Retrospektive Kohorte	628	cT1/2 (61%) cT3 (39%), NO M0	CAB (LHRHa+NSAA oder LHRHa+SAA) in 63,5% oder einfache AS/Kastration in 36,5%	keine	?; >8 J	DSS, OS	8-J-DSS 89,1% 8-J-OS 75% Kein signifikanter Unterschied zwischen lokal begrenzt und fortgeschritten 8-J-DSS nach D'Amico-Risiko-Gruppen: Low: 97,6%	Retrospektive Kohorte – keine Vergleichsgruppe	2 bis 3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkung	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Intermediate: 95,5% High: 78,6% Signifikant besserer Verlauf in Gruppe mit PSA-Nadir innerhalb von 6 Monaten gegenüber signifikant schlechterem Verlauf in Gruppe, deren PSA nicht unter 0,2 abfiel		

7. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Diagnostik und Therapie des rezidivierten oder metastasierten Prostatakarzinoms‘

7.1. Thema Definition und Diagnostik des Tumorrezidivs

7.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	<p>Analyse serial prostate specific antigen (PSA) levels after radical treatment using the same assay technique.</p> <p>Biopsy of the prostatic bed should not be performed in men with prostate cancer who have had a radical prostatectomy.</p> <p>Biopsy of the prostate after radiotherapy should only be performed in men with prostate cancer who are being considered for local salvage therapy in the context of a clinical trial.</p> <p>For men with evidence of biochemical relapse following radical treatment and who are considering radical salvage therapy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Routine MRI scanning should not be performed prior to salvage radiotherapy in men with prostate cancer - Perform an isotope bone scan if symptoms or PSA trends are suggestive of metastases. <p>Biochemical relapse (a rising PSA) alone should not necessarily prompt an immediate change in treatment.</p> <p>Biochemical relapse should trigger an estimate of PSA doubling time, based on a minimum of 3 measurements over at least a 6 month period.</p>	
EAU 2007 [1]	<p><i>Definition of recurrence</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Following radical prostatectomy, PSA values > 0.4 ng/mL represent recurrent cancer. • Following radiation therapy, a PSA value 2 ng/mL above the nadir after radiation therapy represent recurrent cancer. 	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p><i>Definition of local and systemic failure</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Local failure following radical prostatectomy is predicted with an 80% probability by PSA increase > 3 years after radical prostatectomy, PSADT > 11 months, Gleason score < 6, stage < pT3a pN0, pTx R1. • Systemic failure following radical prostatectomy is predicted with > 80% accuracy by a PSA increase < 1 year after radical prostatectomy, PSADT of 4-6 months, Gleason score 8-10, stage pT3b, pTxpN1. • Local failure after radiation therapy is documented by a positive prostatic biopsy and negative imaging studies. • Prostatic biopsy after radiation therapy is only necessary if local procedures such as salvage prostatectomy are indicated in an individual patient. <p>Diagnostic procedures in patients with PSA relapse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Following radical prostatectomy, CT scans of the pelvis and abdomen are of low sensitivity and specificity in patients with PSA levels < 20 ng/mL or a PSA velocity of < 20 ng/mL/year. 2. Endorectal MRI or PET scans may help to detect local recurrences if PSA is > 1 - 2.0 ng/mL but is not yet part of routine clinical use. 3. If available, the capromab pentetide scan shows a diagnostic yield of 60% to 80% independent of the PSA serum level. 4. Following radiation therapy, local recurrence is documented by a positive biopsy > 18 months after the procedure. 	
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>How is PSA recurrence diagnosed after radical prostatectomy with curative intent?</u></p> <p>To diagnose PSA recurrence after radical prostatectomy requires two PSA tests of > 0.2 ng/mL with an interval of 2-3 months.</p> <p>If the PSA doubling time is less than 10 months, it is likely that metastases or micrometastases are present.</p> <p><u>Additional tests for PSA recurrence after radical prostatectomy</u></p> <p>Biopsy of the prostate bed, ultrasound of the prostatic region, and DRE are not required to diagnose local recurrence after radical prostatectomy if the PSA level is low (< 2.0 ng/mL).</p> <p>Requesting a bone scan is not necessary for asymptomatic patients with PSA recurrence after radical prostatectomy and PSA < 20 ng/mL.</p> <p>Given its low sensitivity for detecting local recurrence in patients with PSA recurrence after radical prostatectomy, CT scan of the lower abdomen is not</p>	-

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	recommended. MRI is not recommended for detecting local recurrence.	

7.2. Thema Therapie des PSA-Rezidivs/der PSA-Progression sowie der PSA-Persistenz

7.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	<p>It is not known whether treating biochemical relapse, rather than waiting until there are clinical signs of disease, will influence survival. Biochemical relapse after radical treatment, in many cases, does not lead to metastases or death from prostate cancer. Whether men with biochemical relapse should be treated depends in part on the timing and rate of rise of PSA as a predictor of clinical progression. Management options can be divided into local salvage therapies and systemic therapies.</p> <p>Recommendations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biochemical relapse (a rising PSA) alone should not necessarily prompt an immediate change in treatment. • Biochemical relapse should trigger an estimate of PSA doubling time, based on a minimum of 3 measurements over at least a 6 month period. <p>Qualifying statement: There is evidence from longitudinal studies and clinical trials to support making these recommendations.</p> <p>Local Salvage Therapy</p> <p>For men with biochemical relapse following radical prostatectomy</p> <p>Surveys of current practice in the UK have shown a large variation in the selection of men for salvage radiotherapy: whether to give radiotherapy as soon as relapse is confirmed or when a PSA threshold is reached; whether to treat just the prostate bed or surrounding tissues as well; and whether or not to use adjuvant hormonal therapy in addition.</p>	n.a.

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Recommendations</p> <ul style="list-style-type: none"> Men with biochemical relapse after radical prostatectomy, with no known metastases, should be offered early radical radiotherapy to the prostatic bed. Qualifying statement: There is a range of evidence to support this recommendation. Men with biochemical relapse should be considered for entry to appropriate clinical trials. Qualifying statement: This recommendation is based on GDG consensus. <p>For men with biochemical relapse following radical radiotherapy (external beam or brachytherapy)</p> <p>Salvage local therapies for biochemical relapse after radiotherapy (external beam or brachytherapy) include radical prostatectomy, cryotherapy and high intensity focused ultrasound. Radical prostatectomy as salvage has been shown to produce biochemical control in highly selected men but carries a higher risk of incontinence, impotence and rectal damage than when used as primary treatment.</p> <p>Systemic Therapy</p> <p>Hormonal therapy may control symptomatic, progressive or metastatic disease following either surgery or radiation. There are variations in practice with regard to the indications for, and the timings of, hormonal therapy in these situations. Other systemic therapies such as chemotherapy, bisphosphonates and celecoxib are being investigated in continuing clinical trials.</p> <p>Recommendation</p> <p>- Hormonal therapy is not routinely recommended for men with prostate cancer who have a biochemical relapse unless they have: - symptomatic local disease progression, or - any proven metastases, or - a PSA doubling time of < 3months.</p> <p>Qualifying statement: There is evidence from randomised controlled trials to support this recommendation.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
EAU 2007 [1]	<p>MANAGEMENT OF PSA RELAPSE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY</p> <ol style="list-style-type: none"> Local recurrences are best treated by salvage radiation therapy with 64-66 Gy at a PSA serum level < 1.5 ng/mL Expectant management is an option for patients with presumed local recurrence unfit for, or unwilling to undergo, radiation therapy PSA recurrence indicative of systemic relapse is best treated by early ADT resulting in decreased frequency of clinical metastases LHRH analogues/orchiectomy or bicalutamide at 150 mg/day can both be used when there is indication for hormonal therapy <p>MANAGEMENT OF PSA RELAPSE AFTER RADIATION THERAPY</p> <ol style="list-style-type: none"> Local recurrences may be treated by salvage radical prostatectomy in carefully selected patients). CSAP and interstitial brachytherapy are alternative experimental procedures in patients not suitable for surgery. ADT is an option in patients with patients with presumed systemic relapse. <p>GUIDELINES FOR SECOND-LINE THERAPY AFTER CURATIVE TREATMENT</p> <ol style="list-style-type: none"> Presumed local failure Patients with presumed local failure only may be candidates for salvage after radical radiotherapy. This should be given with at least 64 Gy and preferably prostatectomy before PSA has risen above 1.5 ng/mL. Other patients are best offered a period of watchful waiting (active monitoring) with possible hormonal therapy later on. Presumed local failure Selected patients may be candidates for salvage radical prostatectomy after radiotherapy although patients should be informed concerning the comparatively high risk of complications. Other patients are best offered a period of watchful waiting (active monitoring) with possible hormonal therapy later on. Presumed distant There is some evidence that early hormonal therapy may be of benefit in +/- local failure delaying progression and possibly achieve a survival benefit in comparison with delayed therapy. The results are not without controversy. Local therapy is not recommended except for palliative reasons . 	<p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>A</p> <p>C</p> <p>C</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>B</p>
Dutch Urological Association	1. PSA-Rezidiv nach Radikaler Prostatkektomie	-

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
2007 [71]	<p><i>Optimal treatment - outcomes following radiotherapy</i></p> <p>External radiotherapy may be considered for patients with PSA recurrence after radical prostatectomy suspected of having local recurrence, provided that the PSA value is < 1.0 ng/mL.</p> <p><i>Optimal treatment - outcomes following hormone therapy</i></p> <p>Hormone therapy is not recommended for the treatment of PSA recurrence.</p> <p>The decision to treat or not to treat should be based not only on what is known about the natural course of the disease, but also on the patient's health status, life expectancy, and willingness to accept the side effects associated with additional therapy. In principle, there are two treatment options for patients with PSA recurrence after radical prostatectomy: radiotherapy and hormone therapy. Outcomes following radiotherapy Schild found no evidence that radiotherapy improves survival in patients with PSA recurrence, compared with historical controls (Schild 2001). Similarly, in a study reported by Nelson and Lepor, the 5-year rate of PSA control after radiotherapy for PSA recurrence was only 25-35% (Nelson 2003). The results of multiple retrospective analyses suggest that new PSA progression and metastasis-free survival depend on the level of PSA at the start of radiotherapy, indicating a threshold PSA value of 2.0 ng/mL (Leventis 2001). In a comparative study, the 5-year survival rate after treatment with radiotherapy was 96% in patients with increased PSA only (n=60) and 78% in those with palpable local recurrence (n=42; p=0.02) (Macdonald 2004). Stephenson et al evaluated 250 patients with PSA recurrence treated with salvage external beam radiation therapy (EBRT) at five university clinics in the USA (Stephenson 2004). With a median Follow-up of 45 months, 50% of patients had confirmed further progression. The most important prognostic factors for progression were Gleason score, PSA value prior to radiotherapy, negative surgical margins, seminal vesicle invasion, and PSA doubling time. In a review article, Bowers Hayes and Pollack found that the most important factors associated with unfavourable outcomes after salvage radiotherapy were PSA doubling time (< 10 months) and pre-radiotherapy PSA value (> 1.0 ng/mL) (Bowers Hayes 2005). The addition of hormone therapy to radiotherapy may be beneficial, particularly in patients with unfavourable prognostic factors (pre-RT PSA, seminal vesicle invasion, Gleason score > 7). There is evidence that external radiotherapy induces a biochemical response in 20-65% of patients with PSA recurrence. Level 3: C Nelson 2003, Macdonald 2004, Stephenson 2004. There is evidence that response to external radiotherapy is better if the PSA level at recurrence is low, and before local recurrence is detectable (by biopsy, DRE, or ultrasound of the prostate bed). Level 3: C Bowers Hayes 2005</p> <p>Outcomes following hormone therapy</p> <p>No studies were found that evaluated the survival benefit of hormone therapy in patients with PSA recurrence after radical prostatectomy. The working group is of the opinion that hormone therapy in patients with PSA recurrence after curative therapy is not supported by the results of scientific research. Level 4</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>2. PSA-Rezidiv nach EBRT</p> <p>Radical salvage prostatectomy</p> <p>The decision to perform salvage prostatectomy is made on an individual basis, considering the patient's life expectancy, comorbidity, and tumour characteristics as well as the patient's assessment of the benefits and risks of this intervention.</p> <p>Centralisation of this intervention is preferred. A minimum number of procedures per year is required to gain experience with salvage prostatectomy. This experience can only be accumulated if treatment is centralised.</p> <p>There is evidence that salvage prostatectomy reduces PSA to undetectable levels in 50% of patients.</p> <p>Level 3: C Gheiler 1998, Vaidya 2000, Stephenson 2005. There is evidence that salvage prostatectomy results in adverse events in a large proportion of patients. Level 4</p> <p>For which patients with local recurrence following EBRT should brachytherapy be considered?</p> <p>The decision to perform salvage brachytherapy is made on an individual basis, considering the patient's life expectancy, comorbidity, and tumour characteristics as well as the patient's assessment of the benefits and risks of this intervention.</p> <p>Centralisation of this intervention is preferred. A minimum number of procedures per year is required to gain experience with salvage brachytherapy. This experience can only be accumulated if treatment is centralised. Experience with this technique is insufficient at this time to formulate recommendations for a guideline on standard patient care. Further research on the long-term efficacy and safety of brachytherapy in this setting is warranted. There is limited evidence that, in a selected group of patients, brachytherapy for PSA recurrence after external radiotherapy may have favourable effects with relatively few adverse events. Level 3: C Grado 1999, Battermann 2000</p> <p>Hormone therapy</p> <p>Hormone therapy is not recommended for patients with PSA recurrence. If the patient wishes to undergo hormone therapy, the benefits and risks of adjuvant hormone therapy must be weighed against active monitoring.</p>	
	<p>3. PSA-Rezidiv nach Brachytherapie</p> <p>Optimal treatment</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Salvage treatment after brachytherapy may be considered only after a long interval (4-5 years). The choice of therapy for patients with local recurrence following brachytherapy is made on an individual basis, considering the patient's life expectancy, comorbidity, and tumour characteristics. The benefits and risks of treatment should be weighed against active monitoring.</p> <p>Curative treatment options for PSA recurrence after brachytherapy are salvage radical prostatectomy, external radiotherapy, and repeat brachytherapy. Experience with cryotherapy and high intensity focused ultrasound (HIFU) is not sufficient to recommend them as salvage therapy at this time; it is clear that the rate of complications with these modalities is not less than that with other modalities (de la Taille 2000). The indications for treatment with curative intent after brachytherapy are similar to the indications after EBRT. The latter is difficult to estimate but known pre-brachytherapy risk factors, such as PSA, Gleason score, and clinical stage, may be useful. A PSA doubling time > 6 months is associated with a lower risk of metastases (Tefilli 1998). An interval between brachytherapy and PSA recurrence measured in years suggests local recurrence, whereas early PSA recurrence is indicative of metastases.</p> <p>Salvage prostatectomy</p> <p>Salvage prostatectomy is rarely performed because it is associated with severe adverse events. Little data have been published on the use of salvage prostatectomy after brachytherapy (Beyer 2003 Battermann 2004).</p> <p>External radiotherapy</p> <p>Few studies have evaluated salvage EBRT after brachytherapy. A long interval is favourable for two reasons: the risk of metastases is lower, and the risk of severe radiation damage is lower. Careful patient selection is important in this setting (Beyer 2003).</p> <p>Second brachytherapy</p> <p>A second round of brachytherapy as salvage therapy has been applied on a limited scale (Wallner 1990 , Battermann 2000). As with EBRT, a long interval is favourable. A long interval is associated with an increased chance of local recurrence only, better outcomes, and a limited risk of severe adverse events.</p> <p>Palliative hormone therapy</p> <p>Conclusions: No studies were found evaluating hormone therapy for PSA recurrence after external radiotherapy. There is little data on the effects of curative therapy after brachytherapy. Treatment options include radical salvage prostatectomy, external radiotherapy, and brachytherapy, but use depends greatly on the interval between primary therapy and the confirmation of recurrence. A short interval is associated with a greater risk of long-term adverse events and complications than a long interval. Level 4</p>	

7.2.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
PSA-Rezidiv nach RPE						
syst. Review	Jereczek- Fossa, 2007 [499]	systematische Recherche 1990- 3/2007 (Medline) Suchbegriffe: prostate cancer AND radiotherapy unter den Treffern nur nicht-randomisierte Studien	Strahlentherapie bei Prostatakarzinom hier nur Salvage Strahlentherapie bei PSA- Rezidiv nach RPE dargestellt	- günstige Resultate bei niedrigem PSA (<1 ng/ml) - GS, SVI, absolutes PSA-Niveau, PSA-DT wichtige bestimmende Faktoren für Erfolg der RT - sollten gleichzeitig Wahl der Rezidivtherapie (nur lokal, lokal und systemisch, nur systemisch) mitbestimmen - keine starke Evidenz für optimale Dosierung der RT - Dosis von 64-70 GY scheint Krankheitskontrolle signifikant zu beeinflussen (retrospektive Daten)	3	- Buskirk SJ, et al. J Urol 2006 - Cheung R, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005 - Hayes SB, Pollack AE. J Clin Oncol 2005 - Parker C, et al. Radiother Oncol 2001 - Stephenson AJ, Slawin KM. Nat Clin Pract Urol 2004 - Simmons MN, et al. Eur Urol 2007 - Cox J, et al. J Clin Oncol 1999

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben					LoE	Literatur- belege
				- als ‚ideale‘ Voraussetzung für lokale Rezidivtherapie wird beschrieben: PSA-Anstiegsgeschwindigkeit ≤ 2 ng/ml/J vor Behandlung, PSA-rezidivfreies Intervall > 3 J, PSA-DT nach Behandlung ≥ 12 Monate, GS < 8 , kein SVI o. Lymphknotenbefall					3	- Lee AK, D’Amico AV. J Clin Oncol 2005
				- auch bei hochmaligner Erkrankung u./o. schneller PSA-DT (wahrscheinliche Vorhersage progressiver Metastasierung) kann durch RT ein Therapieansprechen, das durch die Autoren als dauerhaft eingeschätzt wird, erzielt werden (retrospektive Daten)					k.A.	- Stephenson AJ, et al. JAMA 2004
				- bei PSA > 0.9 ng/ml Biopsie der Harnröhrenanastomose empfohlen - bei neg. Biopsie eher systemische Therapie als RT					k.A.	- Roscigno M, et al. Radiother Oncol 2007
				- Wirksamkeitsnachweis für RT bei klinisch offensichtlichem Rezidiv begrenzt					k.A.	- Choo R, et al. Radiother Oncol 2005
syst. Review	Pasquier, 2008 [447]	systematische Recherche in Pubmed, CancerLit und Medline 1990-2008, MeSH: prostate cancer, prostatectomy, radiotherapy, adjuvant radiotherapy, postoperative, salvage	adj. und Salvage-Strahlentherapie (hier nur Ergebnisse zu Salvage-Strahlentherapie dargestellt)	Autor	n	med. PSA (ng/ml)	med. Dosis (Gy)	PSA-Rezidivfreiheit	3	siehe Befunde
				Catton et al. 2001	22	2.8	60	19% at 5 y		
				Cadeddu et al. 1998	82	4.1	64	10% at 5 y		
				Garg et al. 1998	78	1.2	66	65% at 3 y		
				Pisansky et al. 2000	166	0.9	64	46% at 5 y		
								50% at 4 y		

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben				LoE	Literatur- belege	
		radiotherapy, u.a. +Handsuche		Anscher et al. 2000	89	1.4	66	24% at 5 y		
				Leventis et al. 2001	49	2.1	66	35% at 5 y		
				Chawla et al. 2002	54	1.3	64.8	66% at 5y		
				Taylor et al. 2003	71	0.8	70	35% at 8 y		
				Buskirk et al. 2006	368	0.7	64.8	57% at 5 y		
				Kalapurakal et al. 2002	41	0.5	65	30% at 8 y		
				Tsien et al. 2003	57	1.2	65	42% at 5 y		
				Peyromaure et al. 2003	62	2.5	65	55% at 5 y		
				Hagan et al. 2004	91	4.5	64	40% at 5y		
				Pazona et al. 2005	307	0.8	64	25% at 10 y		
								34% at 10 y		
				Ward et al. 2004	211	0.6		32% at 6 y		
							64			
				Stephenson et al. 2004	1540	1.1		35% at 5 y		
							65			
				Neuhof et al. 2007	171	1.1				
							60-66			
PSA-Porgression nach RT										

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
syst. Review	Nguyen, 2007 [500]	syst. Recherche in Pubmed 1990-2005 (+Handsuche in Referenzlisten) Suchbegriffe: salvage therapy, radiation failure, radiation recurrence, prostate cancer, salvage brachytherapy, salvage prostatectomy, salvage cryotherapy, reirradiation	Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Komplikationen bei lokaler Rezidivtherapie bei PSA-Rezidiv nach RT	<u>RPE:</u> - insgesamt 14 Studien seit 1990 (n=531) - 5J-Raten für RFS (biochemical) nach RPE zwischen 50% und 60% - bei PSA<10ng/ml z.Zt. der RPE signifikant geringere PSA-Rezidive als bei PSA≥10ng/ml	k.A.	1. Bianco FJ Jr, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005 2. Ward JF, et al. J Urol 2005 3. Cheng L, et al. Cancer 1998
				<u>Zystoprostektomie (CP):</u> - 5J-Raten für RFS (biochemical) schlechter im Vergleich zu RPE - (lokal ausgedehnte Karzinome) cave: systematischer Fehler durch Patientenauswahl nicht auszuschließen! -Schlussfolgerung der Autoren: stellen CP als Monotherapie in Frage	k.A.	- siehe 2. 4. Gheiler EL, et al. Urology 1998
				<u>neoadjuvante Androgendeprivation:</u> - nur retrospektive Daten verfügbar: SM+-Raten nicht geringer, auch keine weiteren positiven Resultate - geringster Anteil SM+ = 21% (n=24), gleichzeitig - 5J-Raten für RFS (biochemical) = 80% -Schlussfolgerung der Autoren: insgesamt keine Empfehlung für Routineanwendung	k.A.	- siehe 1. und 2. 5. van der Poel HG, et al. Eur Urol 2007 6. Garzotto M, Wajsman Z. J Urol 1998

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				neoadjuvanter ADT vor Rezidiv-OP		7. Sanderson KM, et al. J Urol 2006
				<u>Komplikationen bei operativer Therapie:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko durch Veränderungen nach RT insgesamt größer als bei Primärtherapie - wichtigste unerwünschte Folgen (Mittelwerte): Inkontinenz (41%), rektale Verletzungen (4,7%), BlasenhalSRTrikturen (24%), Tod (1 Ereignis) - im Laufe der Jahre weniger rektale Verletzungen (bis 1992 15% nach 1992 2%) - Reduktion der Nebenwirkungen (Grad 2 bis 4) insgesamt von 33% auf 13% vor bzw. nach 1993 - keine Verringerungen bei Inkontinenz und BlasenhalSRTrikturen 	k.A:	<ul style="list-style-type: none"> - Gunderson LL, Tepper JE. Clinical Radiation Oncology. 2. ed. Philadelphia: Elsevier-Churchill Livingstone; 2007 - siehe 1. und 2./4. bis 7. - Dall'Oglio MF, et al. Int Braz J Urol 2006 - Darras J, et al. Eur J Surg Oncol 2006 - Link P, Freiha

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
						FS. Urology 1991 - Moul JW, Paulson DF. Cancer 1991 - Pisters LL, et al. J Urol 2000 - Stein A, et al. Urology 1992 - Vaidya A, Soloway MS. J Urol 2000 - Vallancien G, et al. J Urol 2003 - Stephenson AJ, et al. J Urol 2004

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p><u>Kryotherapie (KT):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - insgesamt 8 Studien seit 1990 (n=510) - Vergleich erschwert durch verschiedene Definitionen von PSA-Rezidiv und verschieden langes Followup - Prediktoren für sign. Abnahme der PSA-Werte: PSA-Niveau >10ng/ml vor Kryotherapie, klinisch T3 o. T4 (vor KT bzw. nach RT) und GS >8 (vor RT bzw. ≥8 vor KT) - PSA-DT <16Mon. mit schlechteren PSA-Werten nach Therapie verbunden - im Allgemeinen RFS (biochemical) nach KT etwas geringer als nach RP - mögliche Erklärung: unvollständige Entfernung der Prostata - aber weniger unerwünschte Folgen <p><u>Komplikationen bei KT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenz bei 36% (besonders bei vorangegangener TURP+RT) - fehlender urethraler Wärmekatheter anderer wichtiger Risikofaktor für Inkontinenz - Schleimhautablösungen bei 11% - BlasenhalSRTrikturen oder Harnverhalt bei 17% - perianale Schmerzen bei 36% (zum Teil so stark, dass Alltagsleben beeinträchtigt) - auch hier Zusammenhang mit fehlendem Wärmekatheter wahrscheinlich - Fisteln bei 2,6% (besonders bei T3/T4) 	k.A:	<ul style="list-style-type: none"> - Izawa JI, et al. J Clin Oncol 2002 - Chin JL, et al. J Urol 2001 - Spiess PE, et al. Cancer 2006 - Bahn DK, et al. Clin Prostate Cancer 2003 - Bales GT, et al. Urology 1995 - Donnelly BJ, et al. Prostate Cancer Prostatic Dis 2005 - Ghafar MA, et al. J Urol 2001 - Han KR, et al. J Urol 2003 - Miller RJ Jr, et al. Cancer 1996 - Izawa JI et al. J

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				- Tod sehr selten		Urol 2000 - Long JP, et al. J Urol 1998 - Perrotte P, et al. J Urol 1999 - Pisters LL, et al. J Urol 1997
				<u>Brachytherapie (BT):</u> - insgesamt 10 Studien seit 1990 - Vergleich erschwert durch verschiedene Definitionen von PSA-Rezidiv und verschieden langes Followup - keine stat. signifikanten Prediktoren für die Verbesserung der PSA-Werte berichtet - die Senkung der PSA-Werte durch BT scheint vergleichbar mit Effekt von RPE - etwas besser als durch KT <u>Komplikationen bei BT:</u> - kontraindiziert bei Pat. mit proctopathy oder Blasenentzündungen nach	k.A:	- Grado GL, et al. Urology 1999 - Koutrouvelis P, et al. Technol Cancer Res Treat 2003 - Lee B, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007 - Lo K, et al.

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				<p>vorangegangener RT (hohes Risiko für rektale oder Blasenverletzungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inkontinenz bei 6% - Nebenwirkungen (Grad 3 o. 4) bei 5,6% - Nebenwirkungen des Urogenitaltraktes (Grad 3 o. 4) bei 17% - besonders Fisteln (Prostata-Rektum) bei 3,4% - Risiko der Nebenwirkungen (Grad 3 o. 4) steigt mit kürzerem Abstand zwischen der primären RT und der Rezidiv-RT (<4,5J Abstand = Vorteil) - Anzahl der Rektalverletzungen nach BT ähnlich KT und OP - Anzahl der Inkontinenzfolgen geringer als bei KT und OP - Häufigkeit von Fisteln gering, aber mit bedeutendem Einfluss auf die LQ 		<p>Int J Radiat Oncol Biol Phys 2005</p> <p>- Nguyen PL, et al. Cancer 2007</p> <p>- Wong WW, et al. J Urol 2006</p> <p>- Beyer DC. Urology 1999</p> <p>- Wallner KE, et al. J Urol 1990</p> <p>- LoEning SA, Turner JW. Prostate 1993</p> <p>- Dattoli M, et al. Proc Am Soc Clin Oncol 1997</p>
				<p><u>Hochintensiv focussierter Ultraschall (HIFU):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nach primärer RT - 30Mon.-Rate für RFS bei 38% (n=71) - Nebenwirkungen: Inkontinenz (Grad 3) bei 7%, BlasenhalSRTrikturen bei 17%, 	k.A:	<p>- Gelet A, et al. Urology 2004</p> <p>- Kadoch C, et al. Oncologist 2005</p>

Studien- typ	Autoren, Jahr	Untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	LoE	Literatur- belege
				Rektalfisteln bei 6% (Followup 14,8Mon.) <u>weitere experimentelle Therapieansätze:</u> - ferromagnetische Thermoablation (ferromagnetic thermal ablation) - interstitielle Hyperthermie (interstitial microwave thermal therapy) - werden zurzeit in Studien überprüft		- Master VA, et al. J Urol 2004 - McCann C, et al. Phys Med Biol 2003

7.2.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr)	Studien- typ	Anzahl der Pat- ienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun- gen	Evidenz- Niveau (SIGN)
1. PSA-Rezidiv nach RPE										
Freedland, 2005 [501]	retrospektive Fallserie-Kohortenstudie	Gesamtkohorte: (n=5.096) mit RPE bei PCa (1982-2000), Studienpopulation (n=379)	Alter bei OP: 59,7J±6,2J, PSA vor OP: 14,4ng/ml±15,0, GS (Biopsie): 2-6=47% 7=39% 8-10=14%	keine Intervention, sondern Erhebung PCa-Mortalität (siehe Outcome) stratifiziert nach Einflussfaktoren	-	im Mittel =10,3J (SD 4,7J) Median 10J Range 1-20J	PCa-spezifische Mortalität stratifiziert nach 1. PSA-DT, 2. GS (OP), 3. RFS	- bei PSA-Rezidiv mittlere Überlebenszeit der gesamten Kohorte (16J) nicht erreicht <u>Gruppierung nach univariater Explorationsanalyse:</u> 1. PSA-DT (<3,0 vs. 3,0-8,9 vs. 9,0-14,9 vs. ≥15,0 Monate) 2. GS (≤7 vs. 8-10) 3. RFS (≤3 vs. >3J)	<u>Fazit der Autoren:</u> - klinische Parameter (PSA-DT, GS (OP), RFS (biochemical)) ermöglichen Risikostratifizierung PCa-	2-3

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			Tumorstadium: T1b=2% T1c=19% T2a=34% T2b=32% T2c=8% T3=5% GS (OP): 2-6=14% 7=51% 8-10=34% SM+ 47%, ECE 89% SVI 38% regionäre Lk.- Metastasen 33%					<u>multivariat signifikante Prediktoren für PCa-spezifische Mortalität:</u> - PSA-DT<3,0Mon. (HR 27,48; 95% CI 10,66-70,85; p<0,001) - PSA-DT 3,0-8,9Mon. (HR 8,76; 95% CI 3,74-20,5; p<0,001) - RFS ≤3J (HR 3,53; 95% CI 1,59-7,84; p=0,002) - GS (OP)≥8 (HR 2,26; 95% CI 1,35-3,77; p=0,002) <u>Tabelle zur Schätzung des DSS (aus PSA-DT, GS (OP), RFS) nach PSA-Rezidiv</u> - Beispiel: 5J-DSS für Pat. mit PSA-DT<3Mon., RFD≥3J, GS 8-10 ohne frühe Hormontherapie bei 50% - für ähnlichen Pat. aber mit PSA-DT 3-8,9Mon. bei 78%	spezifischer Sterblichkeit für Pat. mit PSA-Rezidiv nach RPE - nützlich zur Identifikation von Hochrisikopatienten, - frühzeitig entsprechende aggressive Therapien beginnen -Überleben bei geringem Risiko kann ausgedehnt werden	

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Goluboff, 2001 [502]	RCT (03-10/1998)	Interventionsgruppe (n=47)	Mittlerer GS 6,6 PSA 2,18±1,95, Median 1,75 mittlere PSA-DT 8,12 Mon. Metastasierungsrisiko: gering (n=17) mittel (n=14) hoch (n=8) nicht klassifizierbar (n=6)	250mg Exisulind = Aptosyn (2x tgl. p.o.)	Placebo	12 Monate	PSA, PSA-DT, PSA progression-free survival	<u>Gesamtgruppenvergleich:</u> - Exisulind verringerte, verglichen mit Placebo, PSA-Zunahme statistisch signifikant (p=0.017) - mittlere PSA-DT unter Exisulind verlängert von 8,12 auf 29,75 Mon., unter Placebo verkürzt von 7,34 auf 4,49 Mon. - unter Exisulind 22% Progression, unter Placebo 67% Progressio <u>Subgruppenvergleich:</u> - Resultate auch statistisch sign. bei hohem Risiko für Metastasierung (p=0.0003) - mittlere PSA-DT bei Hochrisikopatienten unter Exisulind verlängert (2,12 Mon. Zunahme) verglichen mit Kontrollgruppe (3,37 Monate Abnahme, p=0,048) - Exisulind gut vertragen	<u>Fazit der Autoren:</u> - Exisulind hemmte Zunahme PSA (gesamt) - dehnte PSA-Verdopplungszeit aus - Exisulind verlängert potenziell Zeit vom PSA-Rezidiv bis zur Notwendigkeit der Androgen-deprivation <u>Bemerkung ÄZQ:</u> - unterpowert, -	
		Kontrollgruppe (n=49)	Mittlerer GS 6,5 PSA 2,71±2,70, Median 1,70 mittlere PSA-DT 7,34 Mon. Metastasierungsrisiko: gering (n=16)		Placebo					

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)																																							
			mittel (n=21) hoch (n=6) nicht klassifizierbar (n=4)						Subgruppenanalysen mit sehr kleinen Zahlen																																								
Jereczek-Fossa, 2009 [503]	Kohortenstudie, nicht klar, ob prospektiv	n=431	med. Alter 66J med. Prä-OP PSA-Wert: 9,4ng/ml Med: Gleason-Score: 7	postoperative perkutane Strahlentherapie innerhalb <6 Mo nach RPE 70Gy	perkutane Salvage Strahlentherapie 70Gy	48 Mo	Toxizitäten krankheitsfreies Überleben(biochemisch und klinisch) multivariate Analyse von Prognosefaktoren	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>postop. ST</td> <td>SRT</td> </tr> <tr> <td>akute Darmtox 1+2</td> <td>44,2%</td> <td>42,2%</td> </tr> <tr> <td>Grad 3</td> <td>0,8%</td> <td>1,2%</td> </tr> <tr> <td>Akute Blasen-tox 1+2</td> <td>51,2%</td> <td>37,6%</td> </tr> <tr> <td>Grad 3</td> <td>2,3%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>späte Darmtox1+2</td> <td>14,7%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Grad 3</td> <td>0,8%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>späte Blasen-tox1+2</td> <td>28,3%</td> <td>19,3%</td> </tr> <tr> <td>Grad 3</td> <td>3,7%</td> <td>0,6%</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Grad 4 nur bei postop ST späte Blasen-tox.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">- sign. mehr späte Blasen-tox. Nach postop. STRahlentherapie</td> </tr> <tr> <td>FFS (Failure free Survival)</td> <td>79,8%</td> <td>60,5%</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">p<0,0001</td> </tr> </table>		postop. ST	SRT	akute Darmtox 1+2	44,2%	42,2%	Grad 3	0,8%	1,2%	Akute Blasen-tox 1+2	51,2%	37,6%	Grad 3	2,3%	0%	späte Darmtox1+2	14,7%	15%	Grad 3	0,8%	0%	späte Blasen-tox1+2	28,3%	19,3%	Grad 3	3,7%	0,6%	Grad 4 nur bei postop ST späte Blasen-tox.			- sign. mehr späte Blasen-tox. Nach postop. STRahlentherapie			FFS (Failure free Survival)	79,8%	60,5%		p<0,0001		unklar, wie viele nach OP einen PSA-Wert im Nullbereich erreichten	2+
	postop. ST	SRT																																															
akute Darmtox 1+2	44,2%	42,2%																																															
Grad 3	0,8%	1,2%																																															
Akute Blasen-tox 1+2	51,2%	37,6%																																															
Grad 3	2,3%	0%																																															
späte Darmtox1+2	14,7%	15%																																															
Grad 3	0,8%	0%																																															
späte Blasen-tox1+2	28,3%	19,3%																																															
Grad 3	3,7%	0,6%																																															
Grad 4 nur bei postop ST späte Blasen-tox.																																																	
- sign. mehr späte Blasen-tox. Nach postop. STRahlentherapie																																																	
FFS (Failure free Survival)	79,8%	60,5%																																															
	p<0,0001																																																

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								Prognostische Faktoren für kürzeres FFS: PSA-Wert vor RT > =,2ng/ml p<0,0001 GI-Score ≥6 p<0,025 präop Androgendepr. p=0,002		
Loeb, 2008 [504]	retrospektive Kohortenstudie	Gesamt-kohorte (n>4.000) mit RPE bei PCa (1983-2005), davon n=1.060 mit SM+/ECE o. SVI o. beidem, davon n=859 ohne ART (Studienpopulation)	Mittleres Alter 62J (Range 36-79) Median PSA (vor RPE) 6,6 ng/ml (Range 0,2-75,9) Median GS (Biopsie) 6 (Range 2-10) T1 45%, T2 52%, T3 3% RPE pathology SM+/ECE 81%, SVI 19%, GS (nach OP) ≤6 49%, 7 38%, 8-10 13% D'Amico low risk	keine Intervention, Outcome-Beobachtung und Stratifizierung nach verschiedenen Risikofaktoren	-	67 Monate (Range 0-233) nach RPE	7-J-RFS (bio-chemical), CSS, OS bei SRT Anteil über 5J. nicht nachweisbares PSA,	SRT: - Median PSA bei Indikation 0,7ng/ml (Range: 0,2-13,6) - mittlere Dosis 63,00 Gy SRT-Indikation bei PSA<1ng/ml vs. PSA>1ng/ml: - nicht nachweisbares PSA für 5 Jahre nach SRT 58% bzw. 29% - Metastasierung 0% bzw. 11%, p=0,003 - Mortalitätsrate 0% vs. 4%, p=0,10 SM+/ECE: - 7-J-RFS (bio-chemical): 62% - CSS: 98%	Fazit der Autoren: - nach RPE ist SRT bei PSA-Rezidiv wirkungsvolle Strategie für Patienten mit SM+ = pos. Schnittränder, /ECE 0 extracapsulärer extension - für einige Patienten mit SVI ebenfalls	2-3

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>group (PSA 10ng/ml, GS <7, ≤T2a): 37%</p> <p>D'Amico medium risk group (PSA 10,1-20ng/ml, GS 7, or T2b/T2c): 49%</p> <p>D'Amico high risk group (PSA >20ng/ml, GS >7, or ≥T3a): 14%</p> <p>SRT (n=192)</p> <p>Hormontherapie (n=143):</p> <p>SM+/ECE 10%,</p> <p>SVI 42%</p>					<p>- OS: 93%</p> <p>- nicht nachweisbares PSA für 5 Jahre nach SRT 56%</p> <p>- Langzeitraten für nicht nachweisbares PSA nach mit SRT 83%</p> <p><u>SVI:</u></p> <p>- 7-J-RFS (bio-chemical): 32%</p> <p>- CSS: 87%</p> <p>- OS: 75%</p> <p>- nicht nachweisbares PSA für 5 Jahre nach SRT 26%</p> <p>- Langzeitraten für nicht nachweisbares PSA nach mit SRT 50%</p> <p><u>Risikovergleich nach GS:</u></p> <p>- PSA-Rezidiv (6,7 vs. 6,3; p<0,0001)</p> <p>- Metastasierung (7,5 vs. 6,4; p=0,0009)</p> <p>- DSM (7,3 vs. 6,5; p=0,01)</p> <p><u>multivariate Analyse der Prediktoren für PSA-Rezidiv:</u></p> <p>- PSA (vor OP): HR 1,03 (95% CI 1,02-1,04;</p>		

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								p<0,001) - SVI: HR 2,2 (95% CI 1,7-2,9; p<0,0001) - GS≥7: HR 1,7 (95% CI 1,3-2,2; p<0,0001)		
Moul 2004 [505]	retro-spektive, multi-center, Kohortenstudie	Gesamtkohorte (n=12.606) mit PCa, davon n=4.976 mit RPE als Primärtherapie (zw. 1988-2002), davon n=1.352 mit postop. PSA >0,2ng/ml und postop. followup >6 Mon. ohne HT (Studienpopulation)	Alter (MW 63,7J, Med. 64,3J) T1 38,5% T2 59,3% T 3-4 2,1% PSA vor OP (MW 11,1ng/ml, Med. 6,9ng/ml) GS (Biopsie): ≤6 64,3% 7 27,2% 8-10 8,5% GS (nach OP): ≤6 45,8% 7 39,1%	HT nach PSA-Rezidiv (n=355)	keine HT (n=997)	nach RPE: MW 5,2J, Median 4,7J, Range 0,5-13,9J nach PSA-Rezidiv: MW 4,2J, Median 3,7J, Range 0,1-13,0J	RFS (klinische Metastasierung), Stratifizierung nach bestimmten Prädiktoren	<u>HT-Start:</u> - PSA>0,2-2,5ng/ml 16,3% - PSA>2,6-5,0ng/ml 3,5% - PSA >5,1-10,0ng/ml - PSA>10,0ng/ml 3,6% <u>univariate Vergleiche:</u> - signifikante Unterschiede zwischen HT-Start-Gruppen bei PSA (vor OP), GS (Biopsie), GS (OP), ECE, MS+, SVI, PSA-DT <u>univariat signifikante Prädiktoren für Metastasierung:</u> - in Gesamtstudienpopulation: keine heilbare Erkrankung (HR 2,49; 95% CI 1,62-3,83; p<0,0001) - in Gruppe mit PSA-Reziv ≤1J nach Primärtherapie: keine heilbare Erkrankung (HR 2,71; 95% CI 1,4-5,26; p=0,0032) - in Gruppe mit GS>7 o. PSA-DT≤12Mon.:	<u>Fazit der Autoren:</u> - frühe HT kann bei Hochrisikopatienten metastasensfreies Intervall verlängern <u>SC:</u> Zuteilung der Hochrisikopatienten durch Überschneidungen der Parameter unklar	2-3

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
)	8-10 15,1% ECE 40,8% MS+ 37,5% SVI 11,3% N1 5,5% nicht heilbar (ECE und GS (nach OP)>6 oder SM+ oder SVI): n=644					keine HT o. PSA>5 (HR 2,17; 95% CI 1,26-3,74; p=0,005) und keine heilbare Erkrankung (HR 2,32; 95% CI 1,14-4,7; p=0,02) <u>multivariat signifikante Prädiktoren für Metastasierung:</u> - in Gesamtstudienpopulation: keine heilbare Erkrankung (HR 2,55; 95% CI 1,58-4,11; p=0,0001) - in Gruppe mit PSA-Reziv ≤1J nach Primärtherapie: keine heilbare Erkrankung (HR 2,73; 95% CI 1,33-5,61; p=0,0061) - in Gruppe mit GS>7 o. PSA-DT≤12Mon.: keine HT o. PSA>5 (HR 2,12; 95% CI 1,2-3,73; p=0,01) und keine heilbare Erkrankung (HR 2,54; 95% CI 1,14-5,66; p=0,023)		
Trock, 2008 [506]	retro-spektive Kohortenstudie	Gesamtkohorte n=926 (06/1982-08/2004), davon n=635 mit Rezidivtherapie	Rezidiv nach RPE bei PCa (T1-T2), <u>Kontrollgruppe:</u> sign. höhere N1-Prävalenz (30% vs. 3-4%; p<0,001) <u>SRT+HT-Gruppe:</u> sign. kürzeres RFS, kürzere PSA-DT, höheres PSA	RT (n=160) oder RT und HT (n=78)	keine Rezidivtherapie (n=397)	Med. 6J nach Rezidiv, 9J nach PCa,	Effekt von RT als Rezidivtherapie, CSS, OS,	- 1J (Median, Range <1-8) zw. Zeit von Rezidiv-Diagnose und Therapiebeginn - 18% verstorben, davon 22% ohne Rezidivtherapie, 11% SRT, 12% SRT+HT - sign. unterschiedliches 5/10J-CSS bei drei Gruppenanalyse (no ST 0,88/0,62 vs. SRT 0,96/0,86 vs. SRT+HT 0,96/0,82) - kein sign. unterschiedliches CSS bei SRT vs.	<u>Fazit der Autoren:</u> - RT innerhalb von 2J nach PSA-Rezidiv bei PSA-DT <6 Monate ist unabhängig von anderen	2

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			zu Beginn RT					<p>SRT+HT (s.o.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sign. Assoziationen zw. CSS und PSA-DT, RFS, GS (OP)≥8, N1, SRT - SRT mit o. ohne HT stat. sign. assoziiert mit verringertem Todesrisiko (ca. 60%), - nach Adjustierung (PSA-DT, RFS, Jahr der OP, GS (OP)) SRT mit o. ohne HT stat. sign. assoziiert mit verringertem Todesrisiko (ca. 65%) - nach RT 3fach erhöhte CSS im Vergleich zu no ST (HR 0,32 [95%-CI 0,19-0,54] p<0,001) - zusätzliche HT ohne weitere Zunahme CSS (HR 0,34 [95%-CI 0,17-0,69] p=0,003) - Zunahme CSS durch RT begrenzt auf Pat. mit PSA-DT <6 Monate - auch nach Adjustierung für Stadium und andere prognostische Faktoren - RT >2J nach Rezidiv bringt keinen bedeutenden CSS-Anstieg - RT ohne anschließende PSA-Senkung brachte kein zusätzliches CSS - RT assoziiert mit OS 	<p>Prognosefaktoren verbunden mit signifikanter Zunahme des CSS</p> <p><u>SC:</u> Einfluss des N1-Überhangs stat. geprüft, Zahlen aus Abstract nicht im Text/Tabelle n zu finden</p>	

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
2. PSA-Rezidiv nach RT										
Heidenreich, 2010 [507]	retrospektive Fallserie	n=55	Pat mit durch Biopsie bestätigtem Rezidiv eines PCa nach EBRT oder Brachytherapie	Salvage Prostatektomie (SRP), +ePNLD	keine Vergleichsintervention, Stratifizierung nach prognostischen Faktoren für ein Lokalrezidiv	23 MO nach SRP 68 MO nach RT	Rezidiv organbegrenzt LK-Status Schnitttrand multivariate Analyse von Prädiktoren eines in sano zu operierenden Rezidivs OP-Daten	n=40 (72.7%): organbegrenzt n=15 (27.3%) local fortgeschr. PCa n=11 (20%) LK+ n=7 (12.7%) R1 (pos. Schnitttrand) Multivariate Analyse : signifikante Prädiktoren eines organbeschränkten Rezidivs mit negativen Schnittträndern: 1. Gleason Score aus der Biopsie vor SRP (p=0.02), 2. <50% positive Stanzen (p=0.001), 3. PSA-Verdopplungszeit >12 mo (p=0.001), 4. Z.n. LDR (p=0.001) Med. OP-Zeit: 120 Min Mde. Intraop. Blutverlust: 360ml		3
Leonardo, 2009 [508]	retrospektive Fallserie	n=32	2001-2004 operiert	Salvage-Prostatektomie	-	n.a.	Operationsdaten	mittl. Operationszeit: 122 Min intraop. Blutverlust 550ml		3

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			initial CT1b-CT3a Mittl. PSA-Wert initial				PSA-Rezidiv	Mittl. Länge des stat. Aufenthalts: 5 Tage Mittl. Länge der Katheterisierung: 12 Tage 25% mit PSA-Rezidiv (8/32)		
Tenenholz, 2007 [509]	retrospektive Kohortenstudie	Gesamtkohorte n=635 mit PCa (1989-1999), davon n=124 mit PSA-Rezidiv nach primärer RT und Hormontherapie als Rezidivtherapie (Studienpopulation)	GS: not recorded=0,8% 2-5=34,7% 6-7=32,3% 8-10=32,3% pretreatment PSA (ng/ml): <10=26,8% 10-20=17,9% 20,1-30=17,9% >30=37,4% T-Stadium: T1=14,5%	frühe Androgenablation (PSA ≤15ng/ml o. PSA-DT >7 Mon.)	späte Androgenablation	Median 6,2J	OS, DSS, Hormonkontrolle (HC)	<u>Pat. ohne Metastasen:</u> - davon 6 Pat. ohne PSA-Kontrolle nach RT - zu Beginn der Hormontherapie Median PSA-DT >7Mon. (Range 1->48Mon.)/ Median PSA 13,6ng/ml (Range 1-799ng/ml) <u>univariate Analyse:</u> - frühe Androgenablation (PSA ≤15ng/ml o. PSA-DT >7 Mon.) ergab statistisch bedeutende Verbesserung in allen primären Outcomes <u>multivariate Analyse:</u> - PSA-DT zu Beginn der HT gleichbleibendster Prediktor für die outcomes - PSA-DT (log) Prediktor für OS (HR 5,43; CI 0,058-0,589;p=0,004) - PSA-DT (log) Prediktor für DSS (HR 29,4; CI 0,005-0,223; p<0,005) - PSA-DT (log) Prediktor für HC (HR 5,52; CI	<u>Fazit der Autoren:</u> - Überlebenszeit-nutzen rechtfertigt Gebrauch von Androgenablation bei Pat. mit PSA-DT≥7 Monaten	2

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Pat-ienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			T2=40,3% T3/T4=45,2% RPE=14,5% adjuvante Hormontherapie=4,8% Metastasen (n=32)					0,057-0,581;p=0,004) - Überleben für Pat. mit Hormonstart bei PSA-DT <5Mon. ähnlich dem der Pat. mit klinischen Metastasen		
3. Lebensstiländerungen (ohne Berücksichtigung der Primärtherapie)										
Schröder, 2005 [510]	RCT, cross over	49	PCa, PSA-Anstieg (0,1-10,0ng/ml zu min. 2 Messzeitpun-kten innerhalb von 3 Monaten), RPE (n=34) o. RT (n=15), Lebenserwar-tung von min. 12 Monaten, keine Rezidivtherapie in Form von	Nahrungs-ergänzungen (Soja, Isoflavone, Lycopin, Silymarin, Antintioxi-dantien als Hauptbe-standteile)	Placebo	10 Wochen im Wechsel mit 4 Wochen wash out	PSA-Anstieg/ PSA-DT	-keine Gruppenunterschiede zu Beginn der Studie - fünf Teilnehmer lost to Follow-up - 46 in ITT-Analyse/ 42 in PP-Analyse mit min. 5 PSA-Werten - PP: bedeutende Abnahme der PSA-Steigung (p=0,03) - bedeutet 2,6fache Zunahme der PSA-DT (445 bis 1150 Tagen) - keine behandlungsbasierten Änderungen der Sicherheitsparameter beobachtet	<u>Fazit der Autoren:</u> - sojabasierte Nahrungsergän-zung kann PSA-Rezidiv nach kurativ intendierter Primärthera-pie verzögern Anmerkung ÄZQ:	1-

Artikel (Autor, Jahr)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkun-gen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			Hormonen, Chemo, RT oder transurethraler Prostataresektion						unterpowert,	
Carmody, 2008 [511]	RCT	36	PCa, abgeschlossene Primärtherapie, PSA-Rezidiv, innerhalb der letzten 6 Monate keine Rezidivtherapie	11 Ernährungs- und Kochkurse (mit Unterstützung zur bewußten Verhaltensänderung)	normale Versorgung mit Option der Warteliste	3 Mon.	Nahrungsaufnahme, QOL, PSA	<ul style="list-style-type: none"> - in Interventionsgruppe deutlich geringere Aufnahme gesättigter Fette - erhöhte Aufnahme Gemüseproteine und gleichzeitig Minderung tierischer Eiweiße (einschließlich Milchprodukte) - auch erhöhte QOL - im Vergleich keine bedeutende Änderung der Rate des PSA-Anstiegs - mittlere-PSA-DT für Interventionsgruppe nach 3 Mon. wesentlich länger 	<p><u>Fazit der Autoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - „Prostatadiät“ fördert QOL - keine Unterschiede im PSA-Anstieg - jedoch bei PSA-DT <p>Anmerkung ÄZQ: unterpowert</p>	1-
Grainger, 2008 [512]	RCT	41	abgeschlossene Primärtherapie (RPE, RT, Brachy), PSA-Rezidiv (2 aufeinander-	- 4 Wochen nur Tomatenprodukte (min. 25mg	4 Wochen nur Sojaprodukte (40g Sojaproteine/Tag)	8 Wochen, vorher 1 Wo. wash out	VEGF, Testosteron,	<ul style="list-style-type: none"> - keine Toxizitäten (Grad II bis IV) beobachtet - mittlere Lycopinaufnahme (Wochen 0 bis 4) Gruppe A 43mg±15mg 	<ul style="list-style-type: none"> - exzellente Compliance - positive Lebenskraft aus 	1-

Artikel (Autor, Jahr)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			<p>folgende PSA-Anstiege),</p> <p>20 mit antiandrogener Therapie (unverändert fortlaufend seit 2 Mon. vor und während der Studie),</p> <p>derzeit keine Chemo, RT, biolog. Therapie, pathologische Nieren-/Leberfunktion,</p> <p>malabsorptive o.a. metabolische Störungen, die spezielle Diätänderungen erfordern, in Anamnese</p>	Lycopin/Tag) - Woche 4 bis 8 kombinierte tomatenreiche Diät mit Sojzusätzen	- Woche 4 bis 8 kombinierte tomatenreiche Diät mit Sojzusätzen		IGF-I, PSA, Carotiniode	<p>- mittlere Sojaproteinaufnahme (Wochen 0 bis 4) Gruppe B 39g±1g</p> <p>- während Wochen 4 bis 8 jeweils ähnlich geblieben</p> <p>- Serumlycopinerhöhung von 0,72±0,09µmol/l bis 1,21±0,1µmol/l (p<0,0001) nach 8 Wochen Diät</p> <p>- Isoflavonausscheidung (Urin) von nicht nachweisbar bis 54,1±5,7µmol/l (p<0,05) nach 8 Wochen Diät</p> <p>- Serum PSA sank zw. Woche 0 und 8 bei 14/41 Männern (34%)</p> <p>- Serum VEGF in Gesamtgruppe reduziert von 87 auf 51ng/ml (p<0,05)</p>	pflanzlichen Wirkstoffen	

7.3. Thema Hormontherapie des metastasierten Prostatakarzinoms

7.3.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
ASCO 2004 und 2007 [513; 514]	<p><i>What are the standard initial treatment options?</i></p> <p>Bilateral orchiectomy or medical castration with luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) agonists are the recommended initial treatments for metastatic prostate cancer. A full discussion between practitioner and patient should occur to determine which is best for the patient. Diethylstilbestrol should not be considered as a standard first-line treatment option and currently is no longer commercially available in North America.</p>			Robinson 1995, Byar 1973, Byar 1988, VACURG 1967
ASCO 2004 und 2007 [513; 514]	<p><i>Are Antiandrogens As Effective As Other Castration Therapies?</i></p> <p>Nonsteroidal antiandrogen (NSAA) monotherapy may be discussed as an alternative, but steroidal antiandrogen (AA) monotherapy should not be offered.</p>			Seidenfeld 2000
ASCO 2004 und 2007 [513; 514]	<p><i>Is Combined Androgen Blockade Better Than Castration Alone?</i></p> <p>Combined androgen blockade (CAB) should be considered.</p>			Akaza 2004, Klotz 2004, Samson 2002, Schmitt 2001, PCTCG 2000, Eisenberger 1998, Bayoumi 2000
ASCO 2004 und 2007 [513; 514]	<p><i>Does Early ADT Improve Outcomes Over Deferred Therapy?</i></p> <p>For patients with metastatic or progressive prostate cancer, there is a moderate decrease (17%) in relative risk (RR) for prostate cancer-specific mortality, a moderate increase (15%) in RR for non-prostate cancer-specific mortality, and no overall survival advantage for immediate institution of ADT versus waiting until symptom onset for patients. Therefore, the Panel cannot make a strong recommendation for the early use of ADT. PSA kinetics and other metrics allow the identification of</p>			Wilt 2003, McLeod 2005, Schroder 2004, Studer 2004, Kirk 2004, Studer 2006,

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	populations at high risk for prostate cancer-specific and overall mortality. Further studies must be completed to assess whether patients with adverse prognostic factors gain a survival advantage from immediate ADT. If a patient decides to wait until symptoms for ADT, he should have regular visits for monitoring. For patients with recurrent disease, clinical trials should be considered if available.			Messing 1999, Byar 1988, Bayoumi 2000, Byar 1973, Wirth 2001, Borkowski 2003, Jordan 1977, MRC 2000
ASCO 2004 und 2007 [513; 514]	<i>What Is the Role of Intermittent Androgen Blockade?</i> <i>2007 recommendation.</i> Currently, data are insufficient to support the use of intermittent androgen blockade outside of clinical trials.			de Leval 2002
NICE 2008 [32]	Healthcare professionals should offer bilateral orchidectomy to all men with metastatic prostate cancer as an alternative to continuous LHRHa therapy. Combined androgen blockade is not recommended as a first-line treatment for men with metastatic prostate cancer. For men with metastatic prostate cancer who are willing to accept the adverse impact on overall survival and gynaecomastia in the hope of retaining sexual function, antiandrogen monotherapy with bicalutamide (150 mg) ¹ is appropriate. Healthcare professionals should begin androgen withdrawal and stop bicalutamide treatment in men with metastatic prostate cancer who are taking bicalutamide monotherapy and who do not maintain satisfactory sexual function. Intermittent androgen withdrawal may be offered to men with metastatic prostate cancer providing they are informed that there is no long-term evidence of its effectiveness.		-	-
EAU 2007 [1]	1. In advanced CaP, ADT delays progression, prevents potentially catastrophic complications and effectively palliates		-	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzgraduierung	Literaturbelege
	<p>symptoms, but does not prolong survival (level of evidence: 1b)</p> <p>2. In advanced CaP, all forms of castration as monotherapy (orchiectomy, LHRH and DES) have equivalent therapeutic efficacy (level of evidence: 1b)</p> <p>3. Non-steroidal antiandrogen monotherapy (e.g. bicalutamide) is an effective alternative to castration in patients with locally advanced disease (level of evidence: 1b)</p> <p>4. In advanced CaP, the addition of a non-steroidal antiandrogen to castration (CAB) results in a small advantage in OS over castration alone but is associated with increased adverse events, reduced QoL and high costs (level of evidence: 1a)</p> <p>5. Intermittent and ‘minimal’ ADT should still be regarded as experimental therapies (level of evidence: 3)</p> <p>6. In advanced CaP, immediate (given at diagnosis) androgen suppression significantly reduces disease progression and complication rate due to progression itself compared to deferred (delivered at symptomatic progression) androgen deprivation (level of evidence: 1b)</p> <p>7. Bilateral orchiectomy may be the most cost-effective form of ADT, especially if initiated after occurrence of symptoms from metastatic disease (level of evidence: 3).</p>			
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>Hormone therapy</u></p> <p>Hormone therapy is the treatment of choice for patients with metastatic prostate cancer. The preferred methods are bilateral orchiectomy, LHRH analogue, or parenteral oestrogen. Maximal androgen blockade is not recommended as first-line therapy.</p> <p><u>Optimal timing of hormone therapy</u></p> <p>The time to start hormone therapy is determined on an individual basis.</p> <p><u>Optimal schedule of hormone therapy:</u></p> <p>Intermittent hormone therapy for patients with metastatic prostate cancer is an experimental approach that is preferably given in the context of a clinical trial only.</p>		-	

7.3.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren, Jahr	Studien-typ	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Be-handlungen wurden geprüft	Welche Out-comes?	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Bemerkungen	LoE	Literatur-belege
Boustead 2007 [484]	Syst. Review/ Meta-analyse	7 RCTs aus systematischer Suche in CENTRAL, BIOS, DARE, EMBASE, MEDLINE bis Juli 2006	Sofortige vs verzögerte HT bei „Standard treatment“ (RPE, RT, WW) bei lokal fortgeschrittenem nichtmetastasiertem PCa	Sterblichkeit (overall mortality), PCSM, OP, LP, DP	Subgruppen-Analyse für WW-Patienten: RR für Sterblichkeit geringer bei sofortiger vs. verzögerter HT: 0,88 (95%CI 0,81-0,96) Keine Subgruppen-Analysen für übrige Outcome-Parameter	Subgruppen-Analyse nicht graphisch dargestellt; MRC- und Studer-Studie (s.u.) mit eingeschlossen	1+	23-30
Conti 2007 [485]	Syst. Review/ Meta-analyse	5 RCTs aus systematischer Suche in CENTRAL (Cochrane) 2002-2006, MEDLINE 1966-2006, EMBASE 1980-2006, LILACS 1982-2006	Intermittierende (IAS) vs. kontinuierliche Androgen-Suppression (CAS)	Nebenwirkungen, einziges Effekt-Outcome: FBP in nur einer Studie	Meta-analyse auf Grund uneinheitlicher Outcomes nicht möglich FBP ohne signifikante Unterschiede zwischen IAS und CAS Impotenzraten signifikant geringer bei IAS als bei CAS Übrige Nebenwirkungen ohne signifikante Unterschiede: gastrointestinal, Hitzewallungen, Sehstörungen, Leberenzymveränderung, Gynäkomastie, Anämie, Alkoholintoleranz	Kurzes Follow-up der Studien, geringe Fallzahl, kaum Effekt-Outcomes; Fazit der Autoren: „In the light of currently available information on impotence, IAS may have slightly fewer outcomes for side effects than CAS and has lower treatment costs...“	1+	Calais 2002, de Leval 2002, EAU TULP 2002, Hering 2000, Yamanaka 2005

Autoren, Jahr	Studien- typ	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Be- handlungen wurden geprüft	Welche Out- comes?	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Bemerkungen	LoE	Literatur- belege
PCTCG 2000 [487]	Syst. Review/ Meta- analyse	27 RCTs aus systematischer Suche, 8.275 Patienten	MAB vs AS bei Pat. mit M1 (88%) und T3/4 M0 („locally advanced“)	Sterblichkeit (all cause mortality)	alle Patientengruppen: Unterschied im 5-J-Überleben von 25,4% (MAB) vs. 23,6% (AS) (n.s.) Trend für höhere Tox in MAB- vs AS-Gruppe (n.s.) Subgruppen Nilutamide+Flutamide zusammen analysiert: Unterschied im 5-J-Überleben von 27,6% (MAB) vs 24,7% (AS) (p=0,005) Subgruppen Cyproteron allein analysiert: Unterschied im 5-J-Überleben von 15,4% (MAB) vs 18,1% (AS) (p=0,04) Subgruppen-Analyse Orchiektomie vs. medikamentöse Blockade: kein Unterschied Subgruppen-Analyse für alle M0-Patienten: ebenfalls kein signifikanter Unterschied in Sterblichkeit	Suchstrategie sehr spärlich	1+	10-35
Wilt 2001 [488]	Syst. Review/ Meta- analyse	4 RCTs (2.167 Pat) aus systemat. Suche in MEDLINE, EMBASE, CancerLit, Cochrane u.a. von 1966 bis August 2001	Frühe vs. verzögerte AS bei lokal fortgeschritten en und metastasierten PCas	OS, PCSS, PFS	10-Jahres-OS signifikant besser für frühe Therapie, 1-, 2-, 5-Jahres OS etwas besser für frühe Therapie, aber nicht signifikant PCSS etwas besser für frühe Therapie, aber nicht signifikant PFS in allen Studien besser für frühe Therapie, aber kein Daten-Pooling möglich auf Grund variierender Definitionen von PFS	Sowohl Patienten mit lokal fortgeschrittenem als auch metastasiertem PCa, keine Subgruppen- Analysen	1++	Messing 1999, MRC 1997, Jordan 1977, Byar 1973

7.3.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Iversen 2006 [490]	RCT	1.218	cT1-4 Nx M0; 59,5% T1/2, 40,4% T3/4; „standard care“: 12,7% RPE, 6,4% RT/Brachy, 80,1% WW	Standard care + HT (Bicalutamid e) (607 Pat)	Standard care ohne HT (611 Pat)	Median 7,1 J	HR für Progression (PFS) und Tod (OS), NW	<p>HR für PFS HT vs keine HT:</p> <p>T1-4: 0,65 (signifikant)</p> <p>T1-2: 0,85 (n.s.)</p> <p>T3-4: 0,47 (signifikant)</p> <p>HR für OS HT vs. keine HT:</p> <p>T1-4: 0,91 (n.s.)</p> <p>T1-2: 1,23 (n.s.)</p> <p>T3-4: 0,65 (signifikant)</p> <p>HR für OS HT vs. keine HT in WW- Subgruppe:</p> <p>T1-2: 1,18 (n.s.)</p> <p>T3-4: 0,67 (signifikant)</p> <p>NW Bicalutamide: Brustschmerz (63,6%), Gynäkomastie (58,5%), Impotenz (17,4%), Libidoverminderung (3,8%)</p>	für viele Patienten wurde HT „open label“ unverblindet eingesetzt	1(+)

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
MRC 1997 [491]	RCT	938	cT2-4 „too advanced for curative treatment“ 500 M0 (54%), 173 Mx (19%), 261 M1 (28%)	Sofortige HT (Orchiektomie oder LHRHa) (n=469); M0 n=256)	Verzögerte HT (n=465); M0 n=244	?	TTDDP, TTD overall, TTD from prostate cancer	<u>für M0-Patienten:</u> signifikanter Unterschied in TTDDP: höher für sofortige HT signifikanter Unterschied in TTD overall und TTD prostate cancer: höher für sofortige HT <u>für alle Patienten (M0+M1):</u> signifikanter Unterschied TTD overall und TTD prostate cancer: höher für sofortige HT wenn Mx- und M1-Patienten separat analysiert werden, ergibt sich kein signifikanter Unterschied	Spärliche Randomisationangaben, TURP und Bestrahlung ebenfalls eingeschlossen, Vermischung cT2 und cT3/4; medianes Follow-up nicht angegeben; Ergebnisse in Metaanalyse von Boustead enthalten	1(-)
Studer 2006 [466]	RCT	985	cT0-4 N0-2 M0, lokale Therapie abgelehnt oder technisch nicht möglich	Sofortige AD (Buserelin oder Orchiektomie) n=493	verzögerte AD (Buserelin oder Orchiektomie) n=492	7,8 J	OS, prostate-cancer mortality, symptom-free survival	OS significant höher für sofortige HT, wobei PCa-Mortalität und symptomfreies Überleben nicht unterschiedlich waren; OS-Vorteil durch weniger nicht-PCa-assoziierte Todesfälle in der sofort therapierten Gruppe	Methodisch gute Studie; Ergebnisse in Meta-analyse von Boustead enthalten	1++
Tyrrell 2006 [515]	RCT	248	cT3/4M0 oder cTxM1, Alter median zwischen 70 und 72 J	Bicalutamide verschiedene Dosierungen	Orchiektomie	median 5 J	Tolerabilität, Sexualhormonspiegel, HR of death, OS	HR of death Bicalutamide (450/600 mg) vs Orchiektomie 0,88 (95%CI 0,62-1,26, n.s.) OS ebenfalls ohne signifikante	open label, Patienten nur z.T. randomisiert, klinische End-	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Inter- vention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Be- merkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
				n				Unterschiede zwischen Bicalutamide (450/600 mg) und Orchiektomie	punkte waren nicht primär von Interesse	
Usami 2007 [516]	RCT	205	Stadium C/D	LHRH-A plus Bicalutamid e 80 mg	LHRH-A plus Placebo	median 127 Wo (2,4 J)	Time to PSA ≤ 4 ng/ml, TTF, TDP, OS	Time to PSA ≤ 4 signifikant kürzer für LHRH-A+ Bicalutamide vs. LHRH-A allein TTF signifikant länger für LHRH-A+ Bicalutamide vs. LHRH-A allein TDP signifikant länger für LHRH-A+ Bicalutamide vs. LHRH-A allein OS ohne signifikanten Unterschied	update von Akaza 2004 (s. ASTRO guideline), kurzes Follow-up, kein Unterschied im OS	1+

7.4. Thema Therapie des androgenunabhängigen oder kastrationsresistenten PCa

7.4.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Cookson 2013 [517]	- January 1996- February 2013 - English language, peer-reviewed			Meta-analysis conducted but not presented Systematic	see column left "Bemerkungen"

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
				<p>literature research conducted in multiple databases</p> <p>Conflict of Interest reported</p> <p>Critical appraisal of included studies</p> <p>Guideline reviewed, reviewer names stated</p> <p>Panel consisted of medical oncologists and urologists</p>	
	<p>Guideline statement 4: Asymptomatic or minimally symptomatic (without opioids), no prior docetaxel, mCRPC patient (Index patient 2):</p> <p>Clinicians should offer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abiraterone + prednisone or - Docetaxel or 	<p>Standard</p> <p>Grade A (high)</p> <p>Grade B (moderate)</p> <p>(Grade B</p>	<p>Ryan et al. NEJM 2013 [9313]</p> <p>Tannock et al. NEJM 2004, Petrylak et al NEJM 2004</p>	<p>no head-to-head comparison available</p>	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	(- Sipuleucel-T)	(moderate)	(Kantoff et al. NEJM 2010)		
	<p>Symptomatic, no prior docetaxel, good performance (ECOG: 0-2), mCRPC patient (Index patient 3):</p> <p>Guideline statement 6: Clinicians should offer docetaxel</p> <p>Guideline statement 7: Clinicians may offer abiraterone acetate + prednisone</p>	<p>Standard, Grade B (moderate)</p> <p>Recommendation, Grade C (low)</p>	<p>Tannock et al. NEJM 2004, Petrylak et al. NEJM 2004, Berthold et al. J Clin Oncol 2008</p> <p>Ryan et al. NEJM 2013 [9313]</p>	Abiraterone RCT conducted in asymptomatic /mildly symptomatic patients	
	<p>Symptomatic, no prior docetaxel, poor performance (ECOG: 3-4), mCRPC patient (Index patient 4):</p> <p>Guideline statement 10: Clinicians may offer abiraterone acetate + prednisone</p> <p>Guideline statement 12: clinicians may offer docetaxel (..) in selected cases, specifically when the performance status is</p>	<p>Recommendation, Grade C (low)</p> <p>Expert Opinion</p>	Ryan et al. NEJM 2013 [9313]	No RCT in ECOG 3-4 patients	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	directly related to the cancer				
	<p>Symptomatic, prior docetaxel, good performance (ECOG: 0-2), mCRPC patient (Index patient 5):</p> <p>Guideline statement 14: Clinicians should offer</p> <ul style="list-style-type: none"> • abiraterone acetate + prednisone or • cabazitaxel or • enzalutamid (..) <p>Guideline statement 16: Clinicians may offer retreatment with docetaxel to pts who were benefitting at the time of discontinuation (due to reversible side effects)</p>	<p>Standard</p> <p>Grade A (high)</p> <p>Grade B (moderate)</p> <p>Grade A (high)</p> <p>Option, Grade C(low)</p>	<p>de Bono et al. NEJM 2011 [9259]</p> <p>de Bono et al. Lancet 2010 [9064]</p> <p>Scher et al NEJM 2012 [9317]</p>		
	<p>Symptomatic, prior docetaxel, poor performance (ECOG: 3-4), mCRPC patient (Index patient 6):</p> <p>Guideline statement 17: Clinicians should offer palliative care. Alternatively, for selected patients, clinicians may offer abiraterone + prednisone or enzalutamide (..)</p>	Expert opinion			

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Heidenreich 2013 [26]	<p>20.11 Recommendations on salvage treatment after docetaxel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabazitaxel is a valid option for management of progressive CRPC following docetaxel therapy. - Abiraterone and enzalutamide are both valid options for management of progressive CRPC following docetaxel therapy. - No definitive strategy regarding treatment choice (which drug/which drug family first) can be devised 	<p>LE: 1b, Grade: A</p> <p>LE: 1b, Grade A</p> <p>LE: 4</p>	<p>De Bono et al. Lancet 2010 [9062]</p> <p>Scher et al. NEJM 2012 [9317], de Bono et al. NEJM 2011 [9259], Fizazi et al Lancet Onc 2012 [9316]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Guideline based on systematic literature search - Extraction of evidence not recorded - critical appraisal of single studies partly stated - Conflicts of interest declared - No external sources of funding have been involved - details on formal consensus methods can not be found 	<p>see column left</p> <p>„Bemerkungen“</p>
	<p>20.13 Recommendations for treatment after hormonal therapy (first second-line modality):</p> <ul style="list-style-type: none"> - No clear-cut recommendation can be made for the most effective drug for secondary treatment (i.e. hormonotherapy or chemotherapy) as no clear 	Grade C			

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	<p>predictive factor exists.</p> <p>- Second-line salvage hormonal treatment using abiraterone acetate is considered to be a valid option. It must be remembered that one of the 2 coprimary end-points of the pivotal trial has not yet been met.</p>	Grade A	Ryan et al NEJM 2013 [9313]		
	<p>20.14 recommendations for cytotoxic and pre/post-docetaxel therapy in CRPC:</p> <p>- If chemotherapy is considered in patients with symptomatic bone metastases due to CRPC, either docetaxel or mitoxantrone with prednisone or hydrocortisone are viable options. If not contraindicated, docetaxel is the preferred agent based on the significant advantage in pain relief.</p> <p>- In patients with relapse following first-line docetaxel chemotherapy cabazitaxel, abiraterone and enzalutamide are regarded as first-choice options for second-line</p>	Grade A		Unclear, based on which literature the recommendations were made.	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	<p>treatment.</p> <p>- Second-line docetaxel can be offered to previously responding docetaxel-treated patients.</p> <p>Otherwise, treatment should be tailored to the individual patient. In case patients are not eligible for cabazitaxel, abiraterone or enzalutamide, docetaxel re-challenge is an option.</p>	<p>Grade A</p> <p>Grade B</p> <p>Grade A</p>			
Climont 2012 [518]	<p>- Docetaxel in a three-weekly schedule (75 mg/m²), plus prednisone (5 mg bid), is considered the standard first-line chemotherapy in metastatic CRPC</p> <p>- All patients with symptomatic metastatic CRPC should be treated with docetaxel in a three-weekly schedule, plus</p>	<p>LE: Ia; Grade A</p> <p>LE: Ia; Grade A</p>	<p>- Petrylak DP et al: Docetaxel and estramustine compared with mitoxantrone and prednisone for advanced refractory prostate cancer. NEJM 2004;</p> <p>- Tannock IF et al: Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. NEJM 2004.</p> <p>- Berthold DR et al: Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study. J Clin Oncol 2008.</p> <p>- Berthold DR et al: Treatment of hormone-refractory prostate</p>	<p>- No guideline, rather position statement</p> <p>- The development of this consensus was supported by a Grant from Novartis Pharmaceuticals</p> <p>- The authors</p>	<p>see column left</p> <p>„Bemerkungen“</p>

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
	prednisone		<p>cancer with docetaxel or mitoxantrone: relationships between prostate-specific antigen, pain, and quality of life response and survival in the TAX-327 study. Clin Cancer Res 2008;14:2763-7.</p> <p>- Armstrong AJ et al: A contemporary prognostic nomogram for men with hormone-refractory metastatic prostate cancer: a TAX327 study analysis. Clin Cancer Res 2007.</p>	<p>declare that they do not have any conflicts of interest that could inappropriately influence their work.</p> <p>- Systematic literature search</p> <p>- No information about inclusion and exclusion of studies found in literature search</p> <p>- No information regarding member of panel</p> <p>- Consensus procedure not described</p>	
	Treatment with abiraterone should be considered for patients with metastatic CRPC following progression with docetaxel	LE: Ib; Grade A	<p>- O'Donnell A et al: Hormonal impact of the 17alpha-hydroxylase/C(17,20)-lyase inhibitor abiraterone acetate (CB7630) in patients with prostate cancer. Br J Cancer 2004.</p> <p>- Attard G et al: Phase I clinical trial of a selective inhibitor of CYP17, abiraterone acetate, confirms that castration-resistant prostate cancer commonly remains hormone driven. J Clin</p>	- based on Abstract /congress presentation of COU-AA-301	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>Oncol 2008.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reid AH et al: Significant and sustained antitumor activity in post-docetaxel, castration-resistant prostate cancer with the CYP17 inhibitor abiraterone acetate. J Clin Oncol 2010. - Danila DC et al: Phase II multicenter study of abiraterone acetate plus prednisone therapy in patients with docetaxel-treated castration-resistant prostate cancer. J Clin Oncol 2010. - de Bono JS et al. ESMO 2010 late-breaking abstracts – abiraterone acetate (AA) plus low dose prednisone (P) improves overall survival (OS) in patients (PTS) with metastasis castration-resistant prostate cancer (MCRPC) who have progressed after docetaxel-based chemotherapy (CHEMO): results of COU-AA-301, a randomized double-blind placebo-controlled phase III study. Ann Oncol 2010. (Abstract) 		
	Cabazitaxel should be considered for the treatment of patients with metastatic CRPC with progressive disease after docetaxel-based treatment	LE: Ib; Grade A	<ul style="list-style-type: none"> - Bissery M-C et al: Preclinical evaluation of XRP9881A, a new taxoid. In: AACR meeting abstracts. 2004. - Mita AC et al: Phase I and pharmacokinetic study of XRP6258 (RPR 116258A), a novel taxane, administered as a 1-hour infusion every 3 weeks in patients with advanced solid tumors. Clin Cancer Res 2009. - de Bono JS et al: Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. Lancet 2010. - Smith TJ et al: 2006 update of recommendations for the use of white blood cell growth factors:an evidence-based clinical 		

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			practice guideline. J Clin Oncol 2006.		
	Alternative treatments after docetaxel and/or cabazitaxel and/or abiraterone include docetaxel rechallenge, mitoxantrone, oral cyclophosphamide or vinorelbine chemotherapy	LE: IIb; Grade B	<ul style="list-style-type: none"> - Buonerba C et al: Docetaxel rechallenge in castration-resistant prostate cancer: scientific legitimacy of common clinical practice. Eur Urol 2010. - Eymard JC et al: Docetaxel reintroduction in patients with metastatic castration-resistant docetaxel-sensitive prostate cancer: a retrospective multicentre study. BJU Int 2010. - Lorient Y et al: The interval from the last cycle of docetaxel-based chemotherapy to progression is associated with the efficacy of subsequent docetaxel in patients with prostate cancer. Eur J Cancer 2010. - Di Lorenzo G et al. 2010 Genitourinary cancers symposium – phase II study of docetaxel retreatment in docetaxel-pretreated castration-resistant prostate cancer. Abstract No. 47. Available at: http://www.asco.org/ascov2/Meetings/Abstracts?&vmview=abst_detail_view&confID=73&abstractID=30106 [accessed 30.05.11]. - Abratt RP et al: Randomised phase III study of intravenous vinorelbine plus hormone therapy versus hormone therapy alone in hormone-refractory prostate cancer. Ann Oncol 2004. - Nelius T et al: Clinical outcome of patients with docetaxel-resistant hormone-refractory prostate cancer treated with second-line cyclophosphamide-based metronomic chemotherapy. Med Oncol 2010. 		

7.4.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs-grad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>When men with prostate cancer develop biochemical evidence of hormone-refractory disease, their treatment options should be discussed by the urological cancer multidisciplinary team (MDT) with a view to seeking an oncological and/or specialist palliative care opinion as appropriate.</p> <p>Docetaxel is recommended, within its licensed indications, as a treatment option for men with hormone-refractory metastatic prostate cancer only if their Karnofsky performance-status score is 60% or more.</p> <ul style="list-style-type: none"> • It is recommended that treatment with docetaxel should be stopped: • at the completion of planned treatment of up to 10 cycles, or • if severe adverse events occur, or • in the presence of progression of disease as evidenced by clinical or laboratory criteria, or by imaging studies. <p>Repeat cycles of treatment with docetaxel are not recommended if the disease recurs after completion of the planned course of chemotherapy.</p> <p>A corticosteroid such as dexamethasone (0.5 mg daily) daily is recommended as thirdline hormonal therapy after androgen withdrawal and anti-androgen therapy for men with hormone-refractory prostate.</p>	n.a.	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literatur-recherche, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle
EAU 2011 [30]	<p>Summary of treatment after hormonal therapy</p> <p>Recommendations</p> <p>It is recommended to stop anti-androgen therapy once PSA progression is documented.</p> <p>No clear-cut recommendation can be made for the most effective drug for secondary hormonal manipulations because data from randomised trials are scarce.</p> <p>Recommendations for cytotoxic therapy in CRPC; Patients with CRPCa should be counselled,</p>	B C	n.a.	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	managed and treated in a multidisciplinary team.	B		
	In non-metastatic CRPCa, cytotoxic therapy should only be used in clinical trials.	B		
	In patients with a PSA rise only, two consecutive increases of PSA serum levels above a previous reference level should be documented.	B		
	Prior to treatment, testosterone serum levels should be below 32 ng/dL.			
	Prior to treatment, PSA serum levels should be > 2 ng/mL to assure correct interpretation of therapeutic efficacy.	C		
	Potential benefits of cytotoxic therapy and expected side-effects should be discussed with each individual patient.			
	In patients with metastatic CRPCa who are candidates for cytotoxic therapy, docetaxel at 75 mg/m ² every 3 weeks is the drug of choice since it has shown a significant survival benefit.	A		
	In patients with symptomatic osseous metastases due to CRPCa, either docetaxel or mitoxantrone with prednisone or hydrocortisone are viable therapeutic options. If not contraindicated, docetaxel is the preferred agent based on the significant advantage in pain relief.	A		
	In patients with relapse following first-line docetaxel chemotherapy, based on the results of prospective randomised clinical phase III trials, Cabazitaxel and Abiraterone are regarded as first choice option for second-line treatment.	A		
	Second-line docetaxel may be considered in previously responding docetaxel-treated patients. Otherwise treatment is to be tailored to the individual patients. In case patients are not eligible for cabazitaxel or abiraterone, docetaxel is an option.	A		

7.4.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
SR	McKeage 2012 [519]	Medline and EMBASE: search terms: docetaxel, castration- resistant metastatic prostate cancer (1996- 16/07/2012; clinical trial registries/databas es; unpublished data requested from company developing the drug.	Use of docetaxel for the first-line treatment of advanced castration-resistant prostate cancer	3-weekly docetaxel remains the optimum first line chemotherapy for most pts with advanced CRPC; weekly/ 2-weekly docetaxel may have a place in very elderly or frail patients in order to improve tolerability survival has not been extended with the use of newer combination regimes with agents that showed additive or synergistic activities with docetaxel in preclinical studies.	no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed no flow-diagram of study selection shown no inclusion or exclusion criteria described systematic literature search, and additional hand search conducted manufacturer of the agent under review was offered an opportunity to comment on the review before publication→ comments and changes made based on this comments are not described	Kellokumpu-Lehtinen P et al (47th meeting of the American Society of Clinical Oncology 2011, Abstract No. 4527) Tannock et al NEJM 2004 Petrylak et al NEJM 2004 Machiels et al J Clin Oncol 2008 Kelly et al J Clin Oncol 2012 Scher et al J Clin Oncol 2011	1-

7.4.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz- niveau (SIGN)	Bemerkung
Nachtnebel A. et al, 2011 [520] Systematischer	Systematische Recherche in Pubmed, Embase, CRDC,	Cabacitaxel (25mg/m ² alle 3 Wo in Komb. Mit Prednison)	Eingeschlossen wurde ein Phase III RCT „TROPIC TRIAL“ von de Bono et al, 2010 – Ergebnisse siehe Evidenztable	De Bono J.S. et al, TROPIC investigators, Lancet 2010	1+	Ergebnisse siehe Evidenztable

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien/ Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
Review	EMA 12/2010	alsSecond-Line-Chemotherapie für das kastrationsresistente PCa				

7.4.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LOE	Literatur-belege
Winqvist 2006 [521]	Syst. Review	27 RCTs aus Suche in Embase, Medline, Cochrane Library, DSR, ASCO conference proceedings bis März 2004, Ausschluss: nichtrandomisierte Studien, RTCs mit <50 Pat. pro Arm Einschluss: Z.n. AD, klinisch relevante Endpunkte: OS, PFS, TTF, tumor response, PSA response, QOL, Tox	nicht-hormonelle medikamentöse Therapien, keine Zweitlinientherapien, keine Radionuklide, keine Bisphosphonate	Aufteilung der Ergebnisse in Substanzklassen: <u>verschiedene Zytostatika (4 ältere RCTs):</u> Cisplatin, MTX, Cyclophosphamid, 5-FU, Doxorubicin, Epirubicin, Mitomycin C Ergebnisse: keine Verbesserung des OS (4 RCTs) oder DP (2 RCTs), keine Verbesserung tumor response (3 RCTs), keine Verbesserung von Symptomen bzw. Schmerzen (1 RCT), Verbesserung der TTF durch Mitomycin vs Epirubicin+EMP (1 RCT), keine QOL erhoben <u>nichtzytostatische Substanzen (8 RCTs):</u> Liarozol, Suramin, Atrasentan, Prinomastat, APC8015 Ergebnisse: keine Verbesserung des OS (4 RCTs), z.T. Verbesserung von TP oder PFS (2 RCTs), Verbesserung der PSA-Response (7 RCTs), keine Verbesserung der QOL (3	Schlussfolgerung der Autoren: Docetaxel-based chemotherapy given every three weeks was the only treatment that demonstrated an overall survival benefit in men with HRPC . Most men receiving docetaxel had metastases, so the timing of docetaxel therapy in men without metastases should not only be	1++	Weißbach 1998, Newling 1993, Murphy 1988, LoEning 1983 Carducci 2003/4, Small 2000/2/3, Ahmann 2001, Debruyne

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LOE	Literatur-belege
				<p>RCTs)</p> <p><u>Mitoxantron (3 RCTs):</u></p> <p>M+Steroid vs Steroid allein</p> <p>Ergebnisse: keine Verbesserung des OS (3 RCTs), TTP-Verlängerung durch M+Steroid (um 4 bzw. 1,4 Monate), keine Verbesserung des tumor response (2 RCTs), Verbesserung der PSA-Response (1 RCT), Verbesserung von Stärke und Dauer von Schmerzen (1 RCT), Verbesserung in QOL</p> <p><u>Doxorubicin und Epirubicin (6 RCTs):</u></p> <p>Kombinationen aus Doxorubicin, 5-FU, Mitomycin, EMP mit inkonsistenten Ergebnissen auf Grund unterschiedlicher Kombinationen, Verbesserung des OS durch Doxo-FAM vs FAM</p> <p><u>Vinorelbin (1 RCT):</u></p> <p>Vinorelbine+Hydrocortison vs Hydrocortison</p> <p>Ergebnisse: Verbesserung PFS (+0,9 Monate), keine Verbesserung OS, Verbesserung PSA-Response, clinical benefit response (Schmerz etc.), keine Verbesserung von QOL, häufigere hämatolog. Tox bei Vinorelbin</p> <p><u>Estramustin EMP (6 RCTs):</u></p> <p>EMP vs Placebo oder AD, EMP+Paclitaxel o. MPA o. Prednimustin vs. kein EMP in Kombination</p>	<p>carefully considered but also studied further. Use of EMP in combination with other cytotoxic agnts is probably not worthwhile due to the increased risk of clinically important toxicities without clear evidence of improved survival or palliation. Mitoxantrone-prednisone and weekly docetaxel-prednisone are associated with symptom palliation and improved disease control without improved OS, and can be considered clinical alternatives to docetaxel given every three weeks.</p>		<p>1998</p> <p>Berry 2002, Kantoff 1999, Tannock 1996</p> <p>Anderström 1995, Laurie 1992, Saxman 1992, Murphy 1988, Stephens 1984</p> <p>Abratt 2004</p>

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien/Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LOE	Literatur-belege
				<p>Ergebnisse: keine Verbesserung OS (6 RCTs), Verbesserung von TTP in 1 von 5 RCTs (+1,5 Monate), keine Verbesserung von Schmerz, Performance oder subjective Response (2 RCTs), keine Verbesserung tumor response (3 RCTs), bessere PSA-Response (3 RCTs)</p> <p>höhere GI-Tox, mehr Brustschmerz/Gynäkomastie, Beinödeme, Thrombosen und kardiovaskuläre Todesfälle, weniger Neutropenie</p> <p><u>Docetaxel (2 RCTs):</u></p> <p>Docetaxel+Prednison vs Mitoxantron+Prednison (1RCT)</p> <p>Ergebnisse: Verbesserung OS (+2,4 M) bei dreiwöchentlicher Gabe, Verbesserung Schmerz und QOL, PSA-Response, geringe Toxizitäten häufiger bei Docetaxel, schwere Tox nicht häufiger</p> <p>Docetaxel+EMP vs Mitoxantron+Prednison (1RCT)</p> <p>Ergebnisse: Verbesserung OS (+1,9 M), Verbesserung PFS, keine Verbesserung Schmerz, Verbesserung PSA-Response, mehr Thrombosen, höhere gastrointestinale und neurologische Tox</p>			<p>Berry 2001, Hudes 1999, Iversen 1997, Johansson 1991, De Kernion 1988, Murphy 1979</p> <p>Tannock 2004</p> <p>Petrylak 2004</p>

7.4.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Scher 2012 [522] AFFIRM	N = 1299 (2:1 ratio, Intervention n=800, Control n=399) Enrollment from 09/2009- 11/2010 Inclusion criteria (selection) Adenocarcinoma of the prostate Castrate level of testosterone Progressive disease (according to PCWG2) Max 2 chemotherapy regimens, min 1 with docetaxel Ongoing androgen deprivation therapy or orchiectomy ECOG performance: 0-2 Estimated life expectancy ≥ 6 months	160 mg enzalutamide vs. placebo (once daily)	Primary endpoint: 1. overall survival Secondary endpoints (pre-specified): [Rank-prioritized] 2. Time to PSA progression 3. Radiographic progression free survival 4. Time to first skeletal- related event [no ranking] 5. Quality of life (FACT-P- response: 10-point improvement compared to baseline) Secondary endpoints (exploratory) 6. PSA response (≥50% decline, ≥90% decline)	1a) Overall Survival 18.4 months (95% CI, 17.3 to not yet reached) vs. 13.6 months (95% CI, 11.3 to 15.8) HR, 0.63 (95% CI, 0.53- 0.75, p<0.001) 1b) Deaths 39% (n=308) vs. 53% (n=212) 2) PSA Progression 8.3 months (95% CI, 5.8-8.3, p<0.001) vs. 3.0 months (95% CI, 2.9-3.7, p<0.001), (HR, 0.25 (95% CI, 0.20- 0.30, p<0.001) 3) Radiographic progression free survival 8.3 months (8.2-9.4) vs. 2.9 months (2.8-3.4) (HR, 0.40 (95%	Study stopped (crossover) after interim analyses (520 events) as recommended by Data Monitoring Committee (DMC) 156 centers in 15 countries (no specification regarding sites or countries, No differences between geographic region (North America vs. Others) ; enrollment procedures not specified. Median time on treatment: 8.3 months vs. 3.0 months, median duration of follow-up: 14.4 months ITT, Double-blinded, randomized Stratification based on ECOG performance status score (0 vs. 1 vs. 2) and BPI-SF (question 3, pain) Adverse events: higher incidence of all grades of fatigue, diarrhea, hot flashes, musculoskeletal pain, and headache in the enzalutamide group; higher rate of hypertension or increased blood pressure. n= 5 (0.6%) with seizures compared to n=0 in	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>Exclusion criteria (selection):</p> <p>Severe concurrent disease</p> <p>Metastases in brain</p> <p>Treatment with 5-α reductase inhibitors, androgen receptor agonist, therapeutic immunization</p> <p>Treatment with ketoconazole</p>			<p>CI, 0.35-0.47, $p < 0.001$)</p> <p>4) Time to first skeletal-related event</p> <p>16.7 months (14.6-19.1) vs. 13.3 months (9.9-not yet reached)</p> <p>5) QoL 43% vs. 18% (data available 81% vs. 64%)</p> <p>6) PSA response: 54% vs. 2%, 25% vs. 1%</p>	<p>placebo</p> <p>Conflict of Interest: reported (ICMJE forms attached)</p> <p>Flowchart in supplement: Lost-to-follow-up: n=0, Discontinuation of intervention: 71% vs. 95% (mainly due to disease progression)</p> <p>At baseline: control group is slightly older, slightly more patients with Gleason>7, slightly higher median PSA</p> <p>At baseline patients with orchiectomy 5.5% (n=44) vs. 5.8% (n=23)</p> <p>Sponsor: Medivation and Astellas Pharma Global Development</p>	
Fizazi 2012 [523]	<p>N = 1195 (2:1 ratio, Intervention n=797, Control n=398)</p> <p>Enrollment from 05/2008 - 07/2009</p> <p>Inclusion criteria (selection)</p> <p>Adenocarcinoma of the prostate</p> <p>Castrate level of</p>	<p>1g abiraterone acetate + (2 x 5mg) prednisone vs. 1x1g placebo + (2 x 5mg) prednisone</p>	<p>Primary endpoints:</p> <p>1. overall survival</p> <p>Secondary outcomes (pre-specified):</p> <p>2. PSA response ($\geq 50\%$ decline)</p> <p>3. Time to PSA progression (+25% over</p>	<p>1a) Overall Survival</p> <p>15.8 months (95% CI, 14.8 to 17.0)</p> <p>vs. 11.2 months (95% CI, 10.4 to 13.1)</p> <p>HR, 0.74 (95% CI, 0.64-0.86, $p < 0.001$)</p> <p>1b) Deaths:</p>	<p>Study stopped (crossover) based on interim analyses after 775 events as recommended by DMC</p> <p>At study stop: 16% (n=125) received abiraterone acetate vs. 5% (n=18) placebo</p> <p>147 centers in 13 countries, enrollment procedures not specified.</p> <p>Time delay (?) between interim-analyses (after 520 events) and study stop unclear</p>	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>testosterone</p> <p>Progressive disease (according to PSAWG)</p> <p>Max 2 chemotherapy regimens, min 1 with docetaxel</p> <p>Ongoing androgen deprivation therapy</p> <p>ECOG performance: 0-2</p> <p>Exclusion criteria (selection):</p> <p>Abnormal aminotransferase level</p> <p>-Serious coexisting nonmalignant disease</p> <p>Active, symptomatic hepatitis, chronic liver disease</p> <p>Treatment with ketoconazol</p>		<p>nadir PSA value)</p> <p>4. Radiographic progression free survival</p> <p>5. Time to pain intensity progression</p> <p>6. Time to 1st skeletal-related event</p> <p>7. QoL total score and each subscale score as assessed by FACT-P</p>	<p>61% (n=501) vs. 69% (n=274)</p> <p>2) PSA response: 235 (29.5%) vs. 22 (5.5%), p<0.001</p> <p>3) PSA progression: 8.5 months (95% CI, 8.3 to 11.1) vs. 6.6 months (95% CI, 5.6-8.3)</p> <p>HR, 0.63 (95% CI, 0.52-0.78, p<0.001)</p> <p>4) Radiographic progression free survival: 5.6 months (95% CI: 5.6-6.5 vs. 3.6 months (2.9-5.5)</p> <p>HR, 0.66 (95% CI, 0.58-0.76, p<0.0001)</p> <p>5+ 6) reported in Logothesis et al. Lancet Oncol 2012 [9315] see below</p> <p>7) not (yet) reported</p>	<p>Proportional Hazard requirements for primary endpoint not met, hazard ratio should be interpreted with caution</p> <p>Median duration of drug exposure 7.4 months vs. 3.6 months,</p> <p>Median duration of follow-up: 20.2 months</p> <p>ITT, Double-blinded, randomized</p> <p>Stratification based on ECOG performance status score (0 vs. 1 vs. 2), BPI-SF (question 3, pain), number of previous chemotherapy regimen, type of PSA progression</p> <p>Adverse events:</p> <p>higher rate of mineralocorticoid-related events, fluid retention, edema, hypokalemia, cardiac events</p> <p>Conflict of Interest: reported (ICMJE forms attached)</p> <p>Flowchart ; Lost-to-follow-up: n=0, patients without intervention: n=6 vs. n=4</p> <p>At baseline (and at initial diagnosis): slightly higher median PSA</p> <p>Sponsor: Janssen Research & Development</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
					Employees of Janssen R&D participated in all parts of the study; corresponding author had full access to all data and final responsibility for the publication.	
De Bono 2011 [524] COU-AA-301	Is interim analysis of Fizazi et al 2012 Lancet Oncology [9316] (see above)					
Logothesis 2012 [525]	Is exploratory analysis of Fizazi et al 2012 Lancet Oncology [9316] (see above)			5)a) Time to pain intensity progression 5)b) Time to pain interference progression 6) Occurrence of first skeletal-related event: 25.0 months (95% CI 25.0-not estimable) vs. 20.3 months (95%CI 16.9-not estimable) HR: 0.615 (95% CI 0.478-0.791)	Exploratory endpoints, Time to pain intensity progression (n=12 data missing (intervention group), Time to pain interference progression (n=37 (22+15) data missing). Data as a proxy-outcome for QoL (evaluated, but not (yet) reported) or for morbidity	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Ryan 2013 [526] (COU-AA-302)	N=1088 (1:1 ratio, Intervention n=546, Control n=542) Enrollment from 04/2009 - 06/2010 Inclusion criteria (selection) Adenocarcinoma of the prostate PSA progression (PCWG2) ECOG performance: 0-1 Ongoing androgen deprivation, testosterone level<50 ng/dL Previous antiandrogen therapy BPI-SF: 0-3 Exclusion criteria (selection): Treatment with ketoconazol	1g abiraterone acetate + (2 x 5mg) prednisone vs. 1x1g placebo + (2 x 5mg) prednisone	Co-primary endpoints: 1. overall survival time 2. radiographic progression-free survival (composite endpoint, blinded evaluation) Secondary pre-specified endpoints 3. Median time to PSA progression (PCWG2 criteria) Other endpoints: 4. PSA response (≥50% decline) 5. BPI-SF (+ 30%) 6. FACT-P (-10 points)	1a) Median overall survival: not reached vs. 27.2 months (HR: 0.75, 95% CI, 0.61- 0.93, p=0.01) 1b) Death: 27% (147/546) vs. 34% (186/542) 2a) At 1st interim analysis (blinded evaluation): Median not reached vs. 8.3 months (HR: 0.43, 95% CI: 0.35- 0.52, p<0.001) 2b) At 2nd interim analysis (investigator assessed): Median: 16.5 months vs. 8.3 months (HR 0.53, 95% CI: 0.45-	Median follow-up duration at 2nd interim- analysis: 22.2 months Study stopped after 2nd interim-analysis Baseline criteria ('well balanced'), but not reported in publication No data about location of centers (multinational study) in publication ITT, Double-blinded, randomized Stratification based on ECOG performance status score (0 vs. 1) Adverse events: higher incidence of hypertension, hypokalemia, fluid retention/edema in the abiraterone acetate group more serious adverse events in abiraterone acetate group 4% (n=20) adverse events leading to death in abiraterone acetate group vs. 2% (n=12) Conflict of Interest in supplement No data on Lost-to-follow-up/ Discontinuation of intervention in publication	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>0.62, $p < 0.001$)</p> <p>3) PSA progression: 11.1 months vs. 5.6 months</p> <p>(HR: 0.49, 95% CI 0.42-0.57, $p < 0.001$)</p> <p>4) PSA response: 62% vs. 24%</p> <p>(RR: 2.59, 95% CI: 2.19-3.05, $p < 0.001$)</p> <p>5) BPI-SF: 26.7 months vs. 18.4 months</p> <p>(HR: 0.82, 95% CI 0.67-1.00, $p = 0.049$)</p> <p>6) FACT-P: 12.7 months vs. 8.3 months</p> <p>(HR: 0.78 (95% CI 0.66-0.92, $p = 0.003$)</p>	Sponsor: Janssen Research and Development; Analysis conducted by employees of sponsor	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
De Bono 2010 [527] TROPIC EFC6193	N=755 (1:1 ratio, cabazitaxel n=378, mitoxantrone n=377) Enrollment from 01/2007 - 10/2008 Inclusion criteria (selection) Pathologically proven prostate cancer Documented disease progression during or after docetaxel treatment ECOG: 0-2 Previous or ongoing castration Exclusion criteria (selection): Previous treatment with mitoxantrone, radiotherapy to $\geq 40\%$ of bone marrow, cancer therapy (other than LHRH analogues) within 4 weeks of enrolment	12 mg/m ² cabazitaxel (i.v., 3-weekly) + (10 mg) prednisone (daily) vs. 25mg/m ² mitoxantrone (i.v., 3-weekly) + (10 mg) prednisone (daily)	Primary endpoint: 1. overall survival Secondary endpoints: 2. progression-free survival (composite endpoint) 3. PSA response ($\geq 50\%$ decline, only for pts with baseline -PSA $\geq 20\mu\text{g/L}$) 4. PSA progression ($\geq 25\%$ increase) 5. Pain progression (only for pts with PPI ≥ 2 or analgesic score ≥ 10) (..)	1a) Overall survival: 15.1 months (95% CI 14.1-16.3) vs. 12.7 months (95% CI, 11.6-13.7) (HR: 0.70, 95% CI, 0.59- 0.83, p<0.001) 1b) Death: 62% (234/378) vs.74% (279/377) 2) Progression-free survival: 2.8 months (95% CI 2.4-3.0) vs. 1.4 (95% CI 1.4-1.7) (HR 0.74, 95% CI: 0.64- 0.86, p<0.001) 3) PSA response rate: 39.2% (33.9-44.5; n=329(87%)) vs. 17.8% (13.7-22.0, n=325(86%)) (p=0.0002)	Baseline: mitoxantrone group more patients with bone metastases, lower median PSA, more patients with only 1 previous docetaxel regimen, lower total previous docetaxel dose. Study conducted in 146 centers in 26 countries Median follow-up duration: 12.8 months ITT, open-label, study team masked to data analysis, randomized Stratification based on ECOG performance status score (0-1 vs. 2) and disease measurability Adverse events: Higher rates of most adverse events in the cabazitaxel group (e.g. neutropenia (94%), anemia (97%), and diarrhea (47%)) 18% (n=67) discontinued with study due to adverse event (mitoxantrone: 8% (n=32)) Conflict of Interest reports relatively limited 28% (n=105) completed study treatment in cabazitaxel group, 12% (n=46) in mitoxantrone group; reason for discontinuation: disease progression	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	Serious illnesses			<p>4) median time to PSA progression: 6.4 months (2.2-10.1) vs. 3.1 months (0.9-9.1) (HR 0.75, 95% CI:0.63-0.90, p=0.001)</p> <p>5) median time to pain progression: 11.1 (2.9-not reached) vs. not reached HR 0.91 (95% CI 0.69-1.19, p=0.52)</p>	<p>(mitoxantrone 71%,n=267 vs. cabazitaxel 48%, n=180) Sponsor: Sanofi-Aventis</p>	
Berthold 2008 [528] (RCT)	TAX327: n=1006 men recruitment from 03/2000 till 06/2001 patients with metastatic prostatic carcinoma and progression despite androgen-deprivation therapy	3-weekly docetaxel-prednisone 75mg/m ² (D3P) vs. weekly docetaxel-prednisone 30mg/m ² (D1P) vs. 3-weekly mitoxantrone-prednisone (MP) 12mg/m ²	Overall survival	Overall survival: D3P: 19.2m (range 17.5-21.3) vs. D1P: 17.8m (range: 16.2-19.2) vs. MP: 16.3m (range: 14.3-17.9) HR (D3P vs. MP): 0,79 (95% CI: 0.67-0.93), p=0.004	Update from Tannock et al NEJM 2004 Already included in Evidenztabelle S3 Leitlinie Prostatakarzinom	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				HR (D1P vs. MP): 0.87(95% CI: 0.74- 1.02), p=0.086 3-J-OS D3P: 18.6% D1P: 16.8% MP: 13.5%		
Berthold 2008 [529]	N=815 (subgroup of TAX327 → patients, who completed FACT-P questionnaire at baseline)	docetaxel- prednisone (D3P) every 3 weeks vs. weekly docetaxel- prednisone (D1P) vs. mitoxantrone- prednisone (MP)	QoL deterioration (≥ - 10%/-16 points decrease in the FACT-P score maintained for at least 3 weeks)	D3P: 29% (81/278) D1P: 37% (101/270) MP: 25% (68/267) p=0.39 (D3P vs. MP) p=0.003 (D1P vs. MP) stratified by duration of study (<120 days/ ≥120 days): p=0.25 (D3P vs. MP) p=0.091 (D1P vs. MP)	Exploratory analyses in a subgroup of TAX327 trial Time frame /definitions etc. for QoL deterioration not clearly described No comparison of baseline data between analyzed subgroup and not analyzed group	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Kellokumpu- Lehtinen 2013 [530] (RCT)	<p>N=361 patients</p> <p>Screening of all eligible patients referred to a study center</p> <p>Inclusion criteria:</p> <p>PCA progressed during endocrine treatment</p> <p>Surgical castration or treatment with luteinizing-hormone releasing hormone analogue</p> <p>No previous cancer treatment (except estramustine)</p> <p>WHO performance status: 0-2</p> <p>Presence of distant metastases</p>	2-weekly docetaxel (2D) vs. 3-weekly docetaxel (3D)	<p>Primary endpoint:</p> <p>Time to treatment failure TTF: between date of randomization and date of first disease progression (PSA progression or measurable metastasis), unacceptable toxic effects, death or discontinuation of chemotherapy for any reason</p> <p>Secondary endpoints:</p> <p>PSA response</p> <p>Overall survival</p> <p>Time to disease progression TTP (date of randomization to date of cancer progression or</p>	<p>Median TTF:</p> <p>2D: 5.6 m (95% CI: 5.0–6.2) vs.</p> <p>3D: 4.9 m (95% CI: 4.5–5.4);</p> <p>Hazard ratio: 1.3 (95% CI 1.1–1.6), p=0.014</p> <p>PSA response:</p> <p>2D: 84 (49%) vs.</p> <p>3D: 74 (42%), p=0.486</p> <p>Median overall survival:</p> <p>2D: 19.5 m (95% CI 15.9–23.1) vs.</p> <p>3D: 17.0 m (95% CI 15.0–19.1)</p> <p>Hazard ratio: 1.4 (95%</p>	<p>Per protocol analyses (170 of 177 and 176 of 184 patients included in the analysis): 3 patients withdrew consent and 12 patients had major protocol violations or a medical disorder that precluded docetaxel administration) → no reason for not conducting an ITT</p> <p>Composite endpoint</p> <p>11 study centers in Finland, Sweden and Ireland</p> <p>Randomization 1:1, stratification for study center and WHO performance status</p> <p>Severe adverse events were seen more frequently in the 3D group than in the 2D group</p> <p>QoL features were similar in both groups and will be reported elsewhere</p> <p>Sponsored by Sanofi</p>	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>PSA > 10 ng/mL, followed by rising values in two or more consecutive measurements performed at least 2 weeks apart</p> <p>Exclusion criteria:</p> <p>Any history of cancers other than PCA</p> <p>Any medical condition that precluded administration of chemotherapy</p>		<p>death)</p> <p>Treatment safety</p> <p>QoL</p>	<p>CI 1.1-1.8), p=0.021</p> <p>Median TTP:</p> <p>2D: 15.8 m (95% CI: 13.6-18.1) vs.</p> <p>3D: 14.6 m (95% CI:13.2-16.0);</p> <p>Hazard ratio: 1.3 (95% CI: 1.0-1.6), p=0.047</p>		

7.4.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Thema: Behandlung bei kastrationsresistentem PCa und Nachweis einer Progression							
Machiels J-P. et al, 2008 [531]	150 Pat. mit kastrations- resistentem metastasierte m PCa	Docetaxel 35mg/m ² an Tag 2+9, alle 3 Wochen + Estramustin 280mg 3x/Tag an	Docetaxel 35mg/m ² an Tag 2+9, alle 3 Wochen	1. primärer Endpunkt: PSA-Ansprechrage , 2. Toxizität	1.PSA-Ansprechrage (PSA-Wert</=4ng/ml) Docetaxel-Extramustin: 41% (29/71) nur Docetaxel: 25% (17/69) p=0,05	Powerberechnung für PSA-Ansprechen	1+

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
RCT	Testosteron <50ng/dL mit dokumen- tierter radiologischer oder biochemischer Progression k.A. zu Symptomen	Tag 1-5 und 8-12 alle 3 Wo		Gemessene, aber im Vorhinein nicht genannte Endpunkte PSA-Progression, medianes Gesamtüberleben	<p>2. Toxizität Grad 3+4 Toxizität (v.a. GI)</p> <p>Docetaxel-Extramustin: 45% nur Docetaxel: 21% p=0,005</p> <p>Serious adverse events</p> <p>Docetaxel-Extramustin: 20 nur Docetaxel: 9 p=0,04</p> <p>3.PSA-Progression 6,9 D/E vs 7,3 Mo Dn.s.</p> <p>4. Gesamtüberleben 19,3 D/E vs 21 Mo D n.s.</p> <p>Cave: Extramustinphosphat war als einziges Chemotherapeutikum vorher erlaubt bei Einhalten einer wash-out –Phase von 6 Wo</p>	<p>plausibel:</p> <p>Annahme einer 25%igen Verbesserung der Responserate (von 40% auf 65%) Power 80%</p> <p>Studie für PSA- Progression und Gesamtüberleben nicht gepowert. Signifikanter Unterschied trotzdem unwahrscheinlich</p>	
Nelson J.B. et al, 2008 [532] multi- zentrischer	941 Pat. mit PCa und adäquater Androgen- suppression bei steigendem PSA-Wert ohne	Atrasentan 10mg oral bis Progress oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen	Placebo bis Progress oder nicht tolerierbare Nebenwirkungen	Zeit bis Progression (Auftreten von Metasasen) Zeit bis PSA- Progression	Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Atrasentan und Placebo in den Endpunkten, regional sehr unterschiedliche Ergebnisse zugunsten und zuungunsten von Atrasentan	<p>1:1 Randomisierung doppelblind</p> <p>Keine Angaben zu Allocation concealment Powerberechnung</p>	1+

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
RCT	Metastasen- nachweis	(Atrasentan = antagonistische Bindung an Endothelin-A- Rezeptor, pot. zytotox.)		Veränderung in alkaliner Phosphatase PSA-DT Gesamtüberleben		plausibel	
ShamashJ et al, 2011 [533] RCT	N= 270 Med. Alter 76J Pat. mit kastrationsresis- tentem PCa ohne vorausgegan- ne Chemo- therapie	Dexamethason, Aspirin und Diethylstilbestrol	Dexamethason, Aspirin und Diethylstilbestrol erst bei Progress	Ansprechrate Progressionfreies Überleben Gesamtüberleben Nebenwirkungen	Ansprechrate bei sofortigem Diethylstilbestrol erhöht, alle anderen Parameter n.s.		1+
Thema : Second-line Therapie (Abiraterone, Cabazitaxdel) nach Fist-line Chemotherapie bei kastrationsresistentem PCa							
De Bono J.S. et al, 2011 [534] COU-AA-301 Investigators multi- zentrischer	N=1195 Pat mit kastrations- resistentem metastastier- tem PCa nach Chemo- therapie mit	797 Pat. 1000 mg Abiraterone Acetat + 5mg Prednisolon 2x/Tag	398 Pat. Placebo + 5mg Prednisolon 5mg/Tag	1. Gesamtüberleben 2. Zeit bis PSA- Progression 3, Progressionsfreies Überleben nach radiologischen Kriterien	Gesamtüberleben Abiraterone-Gruppe: 14,8 Mo 333 Todesfälle (42%) Prednisone-Gruppe: 10,9Mo 219 Todesfälle (55%) HR 0,65 [95%KI 0,54-0,77] p<0,001 Zeit bis PSA-Progression	Keine Angaben dazu, wie Randomisierungs- verfahren 2 :1 durchgeführt wurde und Concealment of Allocation gewährleistet wurde	1+ ?

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
RCT	Docetaxel mit mittl. Schmerzscore von 3 auf einer Skala von 1-10	Med. Follow up : 12,8Mo		4. PSA-Ansprechrte Nebenwirkungen	<p>Abiraterone-Gruppe: 10,2 Mo Prednisone-Gruppe: 6,6 Mo p<0,001</p> <p>progressionsfreies Überleben Abiraterone-Gruppe: 5,6 Mo Prednisone-Gruppe: 3,6 Mo p<0,001</p> <p>PSA-Ansprechrte Abiraterone-Gruppe: 29% Prednisone-Gruppe: 6% p<0,001</p> <p>Nebenwirkungen (mineralokortikoide) Flüssigkeitsretention, Ödeme, Hypokaliämie, Bluthochdruck, kardiale Störungen, Leberfunktionsstörungen Abiraterone-Gruppe: 55% Prednisone-Gruppe: 43% p<0,001</p> <p>Signifikante Unterschiede v.a. in: Flüssigkeitsretention, Ödeme, Hypokaliämie</p>	<p>Plausible Powerberechnung. Interimsanalyse durch unabhängigen Statistiker, dann wegen bereits signifikanter Ergebnisse Abbruch der Verblindung und Auswertung durch Hersteller</p> <p>Studie vom Hersteller gesponsert und mitdesignt</p> <p>Nicht untersucht : Lebensqualität</p>	

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
de Bono J.S. et al, 2010 [527] TROPIC Studie Multi- zentrischer RCT	N=755 Pat Med. Alter 67/68 Mind. 75J 18,5% mit kastrations- resistentem PCa ECOG 0-1 und voraus- gegangener Chemo- therapie mit Docetaxel (13% mehr als 1) und Progression nach RECIST mit mind. 1 viszeralem oder Weichteil- metastase 45% symp- tomatisch (Pain at baseline)	n=378 Cabazitaxel 25 mg/m ² i.v. alle 21 Tage und 10mg Prednison /Tag max. 10 Zyklen bis Progression oder Tod Med. Follow up: 12,8Mo	n=377 Mitoxantron 12 mg/m ² i.v. alle 21 Tage und 10mg Prednison/Tag max. 10 Zyklen bis Progression oder Tod	1. Applikation/ Absetzen der Medikation 2. Primärer Endpunkt: Gesamtüberleben 3. komb. Endpunkt progressionsfreies Überleben (biochemisch, radiologisch, klinisch) 4. Auswirkungen auf Schmerzen 5. Nebenwirkungen	<p>1. Applikation/Absetzen der Medikation 98% der Patienten erhielten Studienmedikation</p> <p>Applikation alle 10 geplante Zyklen:</p> <p>Cabazitaxel-Gruppe: 28% Mitoxantron-Gruppe: 12%</p> <p>Absetzen der Medikation: Cabazitaxel-Gruppe: 70% Progression 48%, Unerwünschte Ereignisse 18% Mitoxantron-Gruppe: 86% Progression 71%, unerwünschte Ereignisse 8%</p> <p>Cabazitaxel Gruppe: 3x mehr Dosisreduktionen als in Mitoxantron Gruppe</p> <p>2. Gesamtüberleben (median) Cabazitaxel-Gruppe: 15,1 Mo Mitoxantron-Gruppe: 12,7 Mo HR 0,70 95%KI 0,59-0,83, p<0,001</p> <p>Aber Tod innerhalb 30 Tage nach Infusion in Cabazitaxel Gruppe erhöht</p> <p>3. Progressionsfreies Überleben (median) Cabazitaxel-Gruppe: 2,8 Mo Mitoxantron-Gruppe: 1,4 Mo HR 0,74 95%KI 0,64-0,86, p<0,001</p> <p>4. Auswirkungen auf Schmerzen n.s. geringes Ansprechen 7 vs 6%</p>	„open-labeled“ Behandler nicht verblindet, Auswerter verblindet Randomisierung /Allocation computerisiert durch Dritte „dynamic allocation method“ Studie vom Hersteller gesponsert , auch in Design und Auswertung beteiligt Auswertung durch unabhängigen Statistiker	1+

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Thema : Immuntherapie mit Sipuleucel							
Higano C.S. et al, 2009 [535] Auswertung von 2 RCT D9901 D9902A Multizentrisch	N=225 Pat. mit kastrationsresis- tentem PCa und asymptomatische Progression	N=147 mit Sipuleucel i.v. 3 Infusionen +Prämedikation Med. Follow Up: n.a., FU bis zu 36 MO	N= 78 Placebo i.v. + Prämedikation	Primärer Endpunkt progressionfreies Überleben Gesamtüberleben Nebenwirkungen	1- Progressionsfreies Überleben n.s. für beide, für D9901 31% Reduktion in Progression 2. Gesamtüberleben Sipuleucel-Arm- HR 1,5 95%KI 1,10-2.05 p0,011 Auch nach Adjustierung von Imbalancen zwischen den Armen und anschließender Chemotherapie statistisch signifikant. 2. häufigere Nebenwirkungen Frösteln, Fieber, Kopfschmerzen, Asthenie, Fatigue Dyspnoe, Erbrechen, Tremor (meist Grad 1-2 über 1-2Tage)		1+
Kantoff P.W. et al, 2010 [536] IMPACT Study multi- zentrischer	N= 512 med. Alter 71J rekrutiert 8/2001- 11/2007 aus 75 Zentren der USA mit metastasiertem kastrations-	N= 341 3x Sipuleucel-T i.v. alle 2 Wochen + Prämedikation (aktive zelluläre Immuntherapie, Vakzine)	N= 171 3x Placebo i.v. alle 2 Wo + Prämedikation	1.Gesamtüberleben sekundär als primären Endpunkt gewählt 2. PCa-spezifisches Überleben 3. Objektive Progression	Compliance: 92,2% erhielten alle 3 Infusionen 1. Gesamtüberleben (median). Sipuleucel-Arm: 25,8 Monate Bei Auswertung 61,6% verstorben (210/341) Placebo-Arm: 21,7 Monate Bei Auswertung 70,8% verstorben (121/171)	Zunächst primäre Endpunkte Progression und Zeit bis zum Aufreten krankheitsbedingter Schmerzen, aufgrund der Ergebnisse 2er vorausgegangener RCTs jedoch vor Entblindung Änderung in	1+

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
RCT	resistenten PCa nach anti-androgener Therapie und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mind. 6 Mo ca. 52% asymptomatisch, 75% Gleason Score <7 zahlreiche Ausschlussgründe (siehe Intervention)	Einschluss: PSA mind. 5 ng/ml, Testosteron <50ng/dl, Progression aufgrund von Bildgebung oder PSA-Wert Anstieg Stratifizierung nach Gleason, Anzahl von Knochenmetastasen und Therapie mit Bisphosphonat Ausschlussgründe: >ECOG 2 viszerale Metastasen pathologische Frakturen der Röhrenknochen Rückenmark kompression Strahlentherapie, Glukokortikoidgabe, Operation oder systemische Therapie außer	Med. Follow up: 34 Monate	4. klinische Progression 5. PSA-Ansprechen 6. positive AK-Titer 7. Nebenwirkungen	Auch noch statistisch signifikant nach 36 Mo. Auch noch statistisch signifikant bei Adjustierung nach Docetaxel-Therapie nach Vakzinierung (HR 0,78 95%KI 0,62-0,98) Adj. HR für Tod für Sipuleucel 0,78 [95KI 0,61-0,98] p=0,03 (auch unadjustiert entsprechend) 2. PCa spezifisches Überleben Ebenfalls Risikoreduktion HR 0,77 [95%KI 0,61-0,98] 3. Objektive Progression 14,6 vs 14,4 Monate n.s. 4. klinische Progression n.s. 5. PSA-Ansprechen 6. positive Antikörper-Titer (gegen immunisierendes Antigen PA2024 >400) Sipuleucel-Arm: 66,2% (100/151) Pat. mit hohen AK Titern hatten sign. längeres Überleben Placebo-Arm: 2,9% (2/70) 7. Nebenwirkungen	Gesamtüberleben Powerberechnung für Gesamtüberleben angegeben 2:1 Randomisierung, doppelblind, keine Angaben zum Randomisierungsverfahren und Allocation Concealment Studie vom Hersteller gesponsert, auch Design, Durchführung und Auswertung durch Hersteller in Kollaboration mit klin. Autoren Nicht untersucht : Lebensqualität	

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
		Kastration in den letzten 28 Tagen					

Mind. doppelt so häufig in Sipuleucel-Gruppe:
 „Chills“ – Gänsehaut, Frösteln 54%
 Hyperhidrosis 5,3%, Bluthochdruck 7,4%,
 grippeähnliche Symptome 9,4%, Myalgie
 9,8%, Kopfschmerzen 16%, Fieber 29%

7.4.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgu- ng	Out- comes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Berthold 2008 [528]	RCT	1.006	cTxNxM1, kastrationsresist ent	Docetax el alle 3 Wo + Predni son (D3P)	Doceta xel alle 1 Wo + Predni son (D1P)	Mitoxan tron + Predniso n (MP)	?	OS D3P D1P MP OS 19,2 M 17,8 M 16,3 M 3-J-OS 18,6% 16,8% 13,5% HR 0,79 0,87 p 0,004 0,086	Update von Tannock 2004 Signifikante Verbesserung des Überlebens mit Docetaxel alle 3 Wo	1+
Fossa 2007 [537]	RCT	109	cTxNxM1, kastrationsresist ent, Alter median 70-72 J	Docetaxel wöchentlich + Prednisolon	Prednisolon	?	OS, PFS	DP P PFS 11 M 4 M	diese Publikation liegt der Fossa 2008 Zugrunde	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgu- ng	Out- comes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								OS 27 M 18 M 1-J-OS 82% 67% 2-J-OS 61% 29%		
Fossa 2001 [538]	RCT	201	cTxNxM1, kastrationsresistent und symptomatisch, Alter ,median 72J	Flutamide	Prednison	?	TTP, OS, SR, BR, QOL	kein Unterschied bzgl. TTP, OS, SR, BR SR in 45% vs 56% BR in 23% vs 21% signifikant bessere QOL-Werte für Predni bezüglich Schmerz, Müdigkeit, Appetit, GI-Symptomen, allgemeine QOL	Wirksamkeit von Predni nicht gegen Placebo, sondern als vorher-nachher-Vergleich (Fallseriendesign)	1+ (3)
Oudard 2005 [539]	RCT	127	cTxNxM1 kastrationsresistent, Alter ,median 68 J	Docetaxel in zwei versch. Gaben plus Predni plus Warfarin	Mitoxantron plus Predni	median 12 M (1 J)	TTPSA, OS	signifikant verlängerte TTPSA in beiden Docetaxel-Armen OS 18,6 bzw. 18,4 M (Docetaxel) vs 13,4 M (Mitoxantron) nicht signifikant		1+

7.5. Thema Therapie von Knochenmetastasen

7.5.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 2. Aktualisierung 2014

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
Cookson 2013 [517]	Clinicians may choose either denosumab or zoledronic acid when selecting a preventative treatment for skeletal related events for mCRPC patients with bony metastases.	Option; Evidence Level Grade C	<ul style="list-style-type: none"> - Smith MR et al: Denosumab in men receiving androgen-deprivation therapy for prostate cancer. N Eng J Med 2009. - Fizazi K et al: Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomized, double-blind study. Lancet 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meta-analysis conducted but not presented - Systematic literature research conducted in multiple databases - Conflict of Interest reported - Critical appraisal of included studies - Guideline reviewed, reviewer names stated - Panel consisted of medical oncologists and urologists 	see column left "Bemerkungen"
			<ul style="list-style-type: none"> - Parker C, Coleman RE, Nilsson S et al: Updated survival, quality of life (QOL), and safety data of radium-223 chloride (RA-223) in patients with castration-resistant prostate cancer (CRPC) with bone metastases from the phase 3 double-blind, randomized, multinational study (ALSYMPCA). Ann of Oncol 2012; 23: ix294. <p>[unpublished]</p>	Guideline was accepted for publication prior to FDA approval of Radium-223 dichloride for the treatment of symptomatic metastatic castration-resistant prostate cancer with bone metastases.	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
				<p>Radium-223: A phase III trial with radium-223 in symptomatic men with progressive mCRPC with or without prior docetaxel exposure reported improvement in median survival; 14.9 months v. 11.3 months (HR 0.695, 95% CI 0.581 – 0.832; P=0.00007) in favor of radium-223 over placebo. Time to first SRE improved from 9.8 month with placebo to 15.6 months with radium-223 (HR 0.658, 95% CI 0.522 – 0.830; P=0.00037). Significant improvements in QOL measurements were reported in the patients treated with radium-223. Rates of grade 3 or 4 neutropenia and thrombocytopenia were low at 2.2% and 6.3%, respectively.</p>	
Heidenreich 2013 [26]	<p>Recommendation: Bone protective agents may be offered to patients with skeletal metastases (denosumab being superior to zoledronic acid) to prevent osseous complications. However, the benefits must be balanced against the toxicity of these agents, and jaw necrosis in particular must be avoided.</p>	Grade: A	<ul style="list-style-type: none"> - Saad F et al: A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone refractory metastatic prostate carcinoma. J Natl Cancer Inst 2002 - Dearnaley DP et al. Adjuvant therapy with oral sodium clodronate in locally advanced and metastatic prostate cancer: long-term overall survival results from the MRC PR04 and PR05 randomised controlled trials. Lancet Oncol. 2009 - Aapro M et al. Guidance on the use of bisphosphonates in solid tumours: recommendations of an international expert 	<ul style="list-style-type: none"> - Guideline based on systematic literature search - Extraction of evidence not recorded - critical appraisal of single studies partly stated - Conflicts of interest declared 	<p>see column left</p> <p>»Bemerkungen«</p>

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungs- grad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			<p>panel. Ann Oncol 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diel IJ et al: Pathophysiology, risk factors and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: Is there a diverse relationship of amino- and non-aminobisphosphonates? Crit Rev Oncol Hematol 2007 - Heidenreich A et al: The use of bisphosphonate for the palliative treatment of painful bone metastasis due to hormone refractory prostate cancer. J Urol 2001 - Heidenreich A et al: Ibandronate in the treatment of prostate cancer associated painful osseous metastases. Prostate Cancer Prostatic Dis 2002. - Smith MR et al. Denosumab and bone-metastasis-free survival in men with castration-resistant prostate cancer: results of a phase 3, randomised, placebo-controlled trial. Lancet. 2012 	<ul style="list-style-type: none"> - No external sources of funding have been involved - details on formal consensus methods can not be found 	
	<p>Recommendation: In men with CRPC with symptomatic bone metastases, who are ineligible for or progressing after docetaxel treatment with ²²³Ra (alpharadin) has shown a survival benefit.</p>	Grade A	<ul style="list-style-type: none"> - Parker C et al. Updated analysis of the phase III, double-blind, randomized, multinational study of radium-223 chloride in castration-resistant prostate cancer (CRPC) patients with bone metastases (ALSYMPCA). J Clin Oncol 2012; 30 (suppl ; abstr BA4512). http://www.asco.org/ASCOv2/Meetings/Abstracts?&vmview=abst_detail_view&confID=1114&abstractID=95649 - Brady D et al: Bone-targeting radiopharmaceuticals including radium-223. Cancer J 2013 (review citing Parker et al) - Bellmunt J. Tackling the bone with alpha emitters in 	<ul style="list-style-type: none"> - Parker C et al: unpublished study 	

Quelle	Empfehlungen & Abschnittangaben/ Nummerierung	Evidenz- und Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Bemerkungen	Methodische Bewertung
			metastatic castration-resistant prostate cancer patients. Eur Urol 2013. (comment)		
Climent 2012 [518]	<p>Bone targeted treatments zoledronic acid (4 mg intravenously every 3–4 weeks) or denosumab (120 mg subcutaneously every 4 weeks; if approved by regulatory authorities) are recommended for the treatment of bone metastases in patients with CRPC to prevent bone complications</p> <p>No recommendation regarding radium 223</p>	<p>LE: Ib; Grade: A</p>	<p>- Saad F et al: A randomized, placebocontrolled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. J Natl Cancer Inst 2002.</p> <p>- Saad F et al: Long-term efficacy of zoledronic acid for the prevention of skeletal complications in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. J Natl Cancer Inst 2004.</p> <p>- Coleman RE. Risks and benefits of bisphosphonates. Br J Cancer 2008</p> <p>- Fizazi K, Carducci M, Smith M, et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castrationresistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. Lancet 2011.</p>	<p>- No guideline, rather position statement</p> <p>- The development of this consensus was supported by a Grant from Novartis Pharmaceuticals</p> <p>- The authors declare that they do not have any conflicts of interest that could inappropriately influence their work.</p> <p>- Systematic literature search</p> <p>- No information about inclusion and exclusion of studies found in literature search</p> <p>- No information regarding member of panel</p> <p>- Consensus procedure not described</p>	<p>see column left</p> <p>„Bemerkungen“</p>

7.5.2. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Aktualisierung 2011

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
NICE 2008 [32]	<p>The use of bisphosphonates to prevent or reduce the complications of bone metastases in men with hormone-refractory prostate cancer is not recommended.</p> <p>Qualifying statement: There is inconsistent evidence, from several RCTs, of the effectiveness of bisphosphonates in preventing or reducing complications of bone metastases. Aus dem Evidence Review:</p> <p>Prevention of bone metastasis</p> <p>The PRO4 trial examined the effect of clodronate on the time to bone metastasis in men with localised or locally advanced prostate cancer (Mason <i>et al.</i> 2007). At a median follow up of 7 years, there was no significant difference between clodronate and placebo arms in terms of symptomatic bone metastases or prostate cancer death (clodronate vs. placebo: HR=1.22 [95% C.I. 0.88 to 1.68]). There was no significant difference between overall survival in the two arms (clodronate vs. placebo: HR = 1.03 [95%CI 0.76 to 1.39]).</p> <p>The Zometa 704 trial (Smith <i>et al.</i> 2005) examined the use of zoledronic acid for the prevention of bone metastasis in men with rising PSA despite ADT. The trial was closed prematurely due to a lower than expected rate of bone metastasis. While results were published from the 201 patients in the control arm (Smith <i>et al.</i> 2005), literature searches did not find any published data about the 188 patients who received zoledronic acid.</p> <p>Adverse effects</p> <p>In the PRO4 trial, there were 202 adverse events in the clodronate arm and 181 in the placebo arm. More detail is required to interpret these figures, for example, it is unclear whether some patients experienced multiple adverse events.</p>	n.a.	<p>Mason <i>et al.</i> 2007 PRO4 trial</p> <p>Smith <i>et al.</i> 2005 Zometa 704 trial</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, transparente Aufarbeitung der Evidenz in Evidenztabelle
	<p>Bisphosphonates for pain relief may be considered for men with hormone-refractory prostate cancer when other treatments (including analgesics and palliative radiotherapy) have failed. The oral or intravenous route of administration should be chosen according to</p>			

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
	<p>convenience, tolerability and cost.</p> <p>Qualifying statement: A systematic review supports this recommendation.</p> <p>Clinical evidence: Evidence came from a systematic review of ten randomised trials (Yuen et al. 2006). Metaanalysis showed a trend favouring bisphosphonates over placebo for the relief of pain from bone metastases in men with prostate cancer. There was no significant difference, however, between the analgesic consumption of bisphosphonate and placebo groups. Meta-analysis showed a modest reduction in skeletal events with bisphosphonate treatment (using trial authors' definitions of skeletal events). The estimated rates for skeletal events were 37.8% and 43.0% for the bisphosphonate and placebo groups respectively: an absolute risk difference of 5.2%. There was inconsistent evidence about the effect of bisphosphonates on the rate of pathological fractures. The rates of spinal cord compression, bone surgery and bone radiotherapy did not differ significantly between bisphosphonate and placebo groups. There were no significant group differences in overall survival or in quality of life.</p>			
	<p>Bisphosphonates should not be used routinely to prevent osteoporosis in men with prostate cancer receiving androgen withdrawal therapy.</p> <p>Qualifying statement: This recommendation is based on a lack of evidence that the incidence of bone fractures is reduced.</p> <p>Clinical evidence: There was consistent evidence from randomised trials (Diamond et al. 2001; Greenspan et al. 2007; Michaelson et al. 2007; Ryan 2006; Magno et al. 2005; Smith et al. 2001; Smith et al. 2003), that treatment with bisphosphonates increases the bone mineral density of the lumbar spine in men receiving hormonal therapy for prostate cancer. However, there was no evidence about the effect of bisphosphonates on the rate of symptomatic fractures: the single trial reporting this outcome had insufficient Follow-up (Smith et al. 2003). There was no significant difference in the rate of severe adverse effects in bisphosphonate and placebo arms in three trials that reported this outcome (Ryan 2006; Greenspan et al. 2007; Smith et al. 2003).</p>			

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
EAU 2011 [30]	<p>Many patients with CRPC have painful bone metastases and are not amenable to chemotherapy, making effective palliative treatment options necessary. A multidisciplinary approach is required with input from medical oncologists, radiation oncologists, urologists, nurses, and social workers.</p> <p>Critical issues of palliation must be addressed while considering additional systemic treatment, including management of pain, constipation, anorexia, nausea, fatigue, and depression (ie, palliative EBRT, cortisone, analgesics, and antiemetics). Common complications due to skeletal metastases include bone pain, vertebral collapse, or deformity pathologic fractures and spinal cord compression.</p> <p>The use of zoledronate demonstrated a clinically significant effect in terms of prevention of skeletal complications and pain reduction, or even total relief of pain, in patients with CRPC. Patients with CRPC metastatic to the bone who were given zoledronic acid 4 mg every 4 wk experienced a significant reduction in the number of skeletal-related events and pathologic fractures, and a significant increase in time to the first skeletal-related event.</p> <p>In the most recent prospective randomised trial, the receptor activator of the nuclear factor κB ligand inhibitor denosumab was compared with zoledronic acid in a cohort of about 1900 patients with CRPC and bone metastases. The times to first and subsequent on-study skeletal-related events were significantly reduced by 18% in the denosumab arm. There was no statistically significant difference with regard to overall disease progression and survival. The frequency of treatment-associated side effects, especially the frequency of osteonecrosis of the jaw, was similar between both arms.</p> <p>Regarding bone metastases, spinal cord compression is the most devastating complication. It must be considered an emergency, requiring immediate whole-spine magnetic resonance imaging and steroids. A surgical decompression must be systematically discussed and followed by EBRT. If, however, primary surgery is not appropriate for medical reasons, RT in combination with corticosteroids should be offered.</p>	n.a.	<p>Tannock IF, de Wit R, Berry WR, et al. TAX 327 Investigators. Docetaxel plus mitoxantrone plus prednisone or prednisone for advanced prostate cancer. <i>N Engl J Med</i> 2004;351:1502–12.</p> <p>Kantoff PW, Higano CS, Shore ND, et al., IMPACT Study Investigators. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. <i>N Engl J Med</i> 2010;363: 411–22.</p> <p>Saad F, Gleason DM, Murray R, et al. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone refractory metastatic prostate carcinoma. <i>J Natl Cancer Inst</i> 2002;94:1458–68.</p> <p>Fizazi K, Carducci MA, Smith MR, et al. A randomized phase III trial of denosumab versus zoledronic acid in patients with bone metastases from</p>	Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen, keine Extraktion der Evidenz

Quelle	Text	Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad	Literaturbelege	Methodische Bewertung
			castration-resistant prostate cancer. J Clin Oncol 28: 343s. Abstract LBA4507.	

7.5.3. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 2. Aktualisierung 2014

Studien-typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
SR	Agarwal 2012 [540]	Medline databases were searched till October 18, 2011, with the search terms metastatic castration-resistant prostate cancer, targeted therapy, biologic agents, and immunotherapy. Last 5 yr conferences abstracts of major		Zoledronic acid has diminished SREs by 24%, denosumab decreased the risk by a further 18% [5]; Median time to the first on-study SRE was 20.7 mo with denosumab compared with 17.1 mo with zoledronic acid (HR: 0.82; 95% CI, 0.71-0.95; p = 0.0002 for noninferiority; p = 0.008 for superiority) [5]. Denosumab has extended the median time to bone metastasis by approximately 4 mo (29.5 vs 25.2 mo; p = 0.028) in nonmetastatic CRPC and PSA ≥8 ng/ml or PSA doubling time ≤10 mo [67].	no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed study type not described no mention of two independent reviewer no flow-diagram of study selection shown no inclusion or exclusion criteria described	[5] Fizazi K et al: Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. Lancet 2011; [67] Smith MR. Late-breaking plenary session. At: American Urological Association (AUA) Annual Meeting; May 15, 2011; Washington, DC,	1-

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		conferences.		Radium-223, reduced pain and extended median survival (14.0 vs 11.2 mo; HR: 0.699; p = 0.0022) in men with symptomatic bone metastasis in a phase 3 trial, and regulatory approval is anticipated [68].		USA. [68] Parker C. Phase III trial of alpharadin (radium-223) for metastatic castration-resistant prostate cancer with bone metastases. Paper presented at: European Society for Medical Oncology European Multidisciplinary Cancer Congress; September 23–27, 2011; Stockholm, Sweden.	
SR	Dhillon 2008 [541]	Medline, Embase, AdisBase for zoledronic acid/zoledronate till 13th February 2008 Large, well controlled trials with appropriate statistical	Zoledronic acid (4mg/8 mg) vs. placebo	sign. fewer zoledronic acid than placebo recipients experienced at least one SRE at 15 and 24 months a multiple event analysis showed a 53% reduction in the risk of experiencing an SRE with zoledronic acid compared with placebo (RR 0.47, p<0.05) HR-QoL, FACT-P, EQ-D decreased in placebo and zoledronic acid recipients	no critical appraisal of included studies; limitations or risk of bias of single studies not discussed no flow-diagram of study selection shown no inclusion or exclusion criteria described systematic literature search, and additional hand search	Saad F et al J Natl Cancer Inst 2002 Saad F et al J Natl Cancer Inst 2004 Saad F et al : Clin Genitourin Cancer 2007	1+

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
		methods were preferred.		Both groups showing similar increase from baseline in mean composite pain, mean ECOG performance and analgesic scores	conducted manufacturer of the agent under review was offered an opportunity to comment on the review before publication→ comments and changes made based on this comments are not described		
SR/ network meta- analysis	Ford 2013 [542]	- Medline, Embase, Cochrane Library, Web of Science additional meeting abstracts till 2011 - RCT assessing denosumab, bisphosphonates or best supportive care in patients with bone metastases	Denosumab vs zoledronic acid vs placebo Time to first SRE (SRE) Time to first and subsequent SRE (SSRE) Skeletal mobility rate (SMR)	Time to first SRE (SRE) Denosumab: 20.7m vs. Zoledronic acid: 17.1 m HR 0.82 (95%CI, 0.71-0.95, p= 0.0002) [Fizazi et al] Time to first and subsequent SRE (SSRE) Denosumab vs. Zoledronic acid: Rate ratio 0.82 (95% CI 0.71-0.94) [Fizazi et al] Time to first SRE (SRE) previous SRE: Zoledronic acid: 361 days vs. Placebo: 258 days, (HR not reported),p=0.066 no previous SRE: Zoledronic acid 499 days vs. Placebo: 337 days,	Search strategy clearly described Number and reason for inclusion and exclusion of studies reported PRISMA flow diagram lack of published data→ conclusion about pain and QoL can not be made : data from abstracts show no delay in pain progression Study type reported, critical appraisal of included studies, risk of bias assessed No statistically significant difference in overall survival for denosumab compared with zoledronic acid for PCA. Use of a fixed effect model (due	Fizazi K et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. Lancet 2011. Saad F et al. A randomized, placebocontrolled trial of zoledronic acid in patients with hormonerefractory metastatic prostate carcinoma. J Natl	1++

Studien- typ	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>(HR not reported)$p=0.065$ [Saad et al]</p> <p>Time to first and subsequent SRE (SSRE)</p> <p>Zoledronic acid vs. placebo: Rate ratio 0.64 (95% CI not reported) $p=0.002$ [Saad et al]</p> <p>SMR :</p> <p>Zoledronic acid 0.80 vs. placebo 1.49, $p=0.006$</p> <p>Network meta-analysis</p> <p>Denosumab versus zoledronic acid:</p> <p>SRE (HR): 0.82 (95%CI,0.71-0.95)</p> <p>SSRE (risk ratio) 0.82 (95%CI, 0.71-0.94)</p> <p>SMR (rate ratio) 0.95 (95% CI,0.46-1.47)</p> <p>Denosumab versus placebo</p> <p>SRE (HR): 0.56 (95%CI,0.40-0.77)</p> <p>SSRE (risk ratio) 0.53 (95%CI,0.39-</p>	<p>to small number of studies)</p> <p>SRE as a composite endpoint of little use for the patients</p> <p>Funded by NICE</p>	Cancer Inst 2002.	

Studientyp	Quelle	Untersuchte Studien	(verglichene) Interventionen/ (ggf. Dosierung)	Ergebnisse	Bemerkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)
				0.72) SMR (rate ratio) 0.52 (95%CI,0.07-0.82) Zoledronic acid versus placebo SRE (HR): 0.68 (95%CI,0.50-0.91) SSRE (risk ratio) 0.64 (95%CI,0.48-0.85) SMR (rate ratio) 0.54 (95%CI,0.11-0.83)			

7.5.4. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)	Bemerkung
Chow E. et al, 2007 [543] Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse	Systematische Recherche in Pubmed, Medline, Premedline, CancerLit und Cochrane Library bis 7/2006 Auch Abstracts	Einzeitfraktionierung vs Mehrzeitfraktionierung bei palliativer Bestrahlung von Knochenmetastasen	1. Complete response : n.s. (23% Einzeit vs 24% Mehrzeit) 2. overall response : n.s. (58% Einzeit vs. 59% Mehrzeit) 3. pathologische Frakturen + Rückenmarkskompression: <u>Tendenz</u> zu mehr pathologischen Frakturen und mehr Rückenmarkskompressionen nach Einzeitbestrahlung n.s. (p=0,073 und p=0,13 4. Rate der erneuten Behandlung : statistisch	Siehe Sze et al + 7 weitere Arbeiten nach 2001 : Sarkar SK, Sakra S, Parkar P et al, Ind J Radiol Imag, 2002 Altundag MB, et al, 2002 Badzio A et al, 2003 Hartsell WF et al, 2005 Roos DE et al, 2005	1++	Random effects model

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
	Keine sprachlichen Einschränkungen Nur RCT		hochsignifikant erhöht bei Einzeitbestrahlung Wahrscheinlichkeit 2,5mal erhöht 95%KI 1,76-3,56, p<0,001	Kaasa S et al, 2006 Haddad P et al, 2006		
George R et al, 2010 [544] Cochrane Review, systematische Übersichtsarbeit	Systematische Recherche in den Datenbanken Medline, Central, Embase, Cinahl, Lilacs + Cancerlit bis 7/2008 Einschlusskriterien: RCT , Behandlung mit perkutaner Strahlentherapie, operation und Corticosteroiden	Interventionen für die Behandlung der metastatisch bedingten extraduralen Rückenmarkskompression bei Erwachsenen	1. Eingeschlossene Studien : n= 6 (insgesamt 544 Pat.) a. 1 RCT (n=276) zu Dosierung/Applikationsschema von perkutaner Strahlentherapie 30 Gy in 8 Fraktionen vs 16 Gy in 2 Fraktionen : n.s. « Ambulatory rates » 71% vs 68% RR 1.02 95%KI 0,90-1,15 n.s. « Maintenance of Ambulation » 91% vs 89% n.s. « Regainance of ambulation » 28% vs 29% n.s. b. 1 RCT (n=101) dekompressive chirurgische Intervention + perk. Strahlentherapie vs. Strahlentherapie allein (s.a. Evidenztable Patchell et al, 2005) « Ambulatory rates » 84% vs. 57% RR0,67 95%KI 0,53-0,86 NNT 3,7 p<0,05 « Maintenance of Ambulation » 94% vs 74% RR 0,79 95%KI 0,64-0,98 NNT 5 p<0,05 « Regainance of ambulation » 63% vs 19% RR 0,30 95%KI 0,1-0,89 NNT 2,27 p<0,05	a. Maranzano E, Bellavita R, Rossi R et al, J Clin Oncol. 2005 May 20;23 (15):3358-65b. b.Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF et al, Lancet. 2005 Aug 20-26;366 (9486):643-8. c. Young RF, Post EM, King GA. J Neurosurg. 1980 Dec;53(6):741-8. d. Graham PH, Capp A, Delaney G, Goozee G, Hickey B, Turner S, Browne L, Milross C, Wirth A. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2006 Feb; 18(1):70-6. ,Sørensen S, Helweg-Larsen S, Mouridsen H, Eur J Cancer. 1994;30A (1):22-7. Vecht CJ, Haaxma-Reiche H, van Putten WLNeurology. 1989 Sep;39(9):1255-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Hansen%20HH%22%5BAuthor%5D	1+	Insgesamt so wenige Studien, dass lt Autoren keine sicheren Aussagen getroffen werden können

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenz-niveau (SIGN)	Bemerkung
			<p>c. 1 RCT (n=29) Laminektomie vs. keine Intervention : kein Benefit /Ergebnisse nicht dargestellt.</p> <p>d. 3 RCT zu Corticosteroiden</p> <p>alle RCT (n=105) mit insuffizienten Informationen über Effekte von Corticosteroiden bezüglich « ambulation »</p> <p>2 RCT (n=77) : stat. signifikant höhere « serious adverse events » in Hochdosisarmen RR0,12 95%Ki 0,02-0,97</p>			
Sze WM et al, 2011 [545] Cochrane Review + Metaanalyse	<p>Systematische Recherche in Medline, Embase, Cancerlit, Referenzlisten bis 9/2001</p> <p>Nur RCT</p> <p>2011 2no change to conclusions »</p>	<p>Perkutane Bestrahlung von Knochenmetastasen per Einzelapplikation (single fraction) vs mehrere Applikationen (multi fraction) im Hinblick auf Schmerzlinderung und Prävention von Komplikationen</p>	<p>Einschluss von 11 RCT (n= 3435)</p> <p>Pat mit schmerzhaften Knochenmetastasen v.a. Prostata- Brust und Lungenkarzinom</p> <p>1. Ansprechraten n.s. einzeln - vs. multifraktionale</p> <p>60% (1059/1779) vs 59% (1038/1769) OR 1,03[95% KI 0,89 - 1,19]</p> <p>2. Komplette Schmerzfreiheit nach Behandlung n.s. einzeln vs. multifraktionale:</p> <p>34% [497/1441] vs 32% [463/1435]</p> <p>OR1,11 [95% CI 0,94 -1,3].</p> <p>3. Rate erneuter Behandlung erhöht bei Einzelapplikation einzeln vs. multifraktionale</p> <p>21,5% (267/1240) vs 7,4% (91/1236) multifraktionale OR 3,44 [95% KI 2,67 -4,43].</p> <p>4. Rate pathologischer Frakturen erhöht bei</p>	<p>Bone Pain Trial Working Party. Radio-therapy Oncology 999;52(2):111-21. Cole DJ. Clinical Oncology 1989;1(2):59-62. Foro P, Algara M, Reig A et al, Oncologia 1998;21 (11):55-60. Foro P, Algara M, Reig A et al, Oncologia 1998;21 (11):55-60. Gaze MN, Kelly CG, Kerr GR et al, Radiotherapy Oncology 1997;45(2): 109-116. Kagei K, Suzuki K, Shirato H et al, Gan No Rinsho 1990;36 (15): 2553-8. Koswig S, Budach V. Strahlentherapie und Onkologie 1999;175(10):500-508. Nielsen OS, Bentzen SM, Sandberg E et al, Radiotherapy Oncology 1998;47 (3):233-40. Ozsaran Z, Yalman D, Anacak Y et al, Journal BUON 2001 ; 6:43-48. Price P, Hoskin PJ, Easton D et</p>	1++	<p>Authors' conclusions</p> <p>Single fraction radiotherapy was as effective as multifraction radiotherapy in relieving metastatic bone pain. However, the retreatment rate and pathological fracture rates were higher after single fraction radiotherapy. Studies with</p>

Autor, Jahr Studientyp	Untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Charakteristik eingeschlossener Studien / Befunde in Bezug auf Therapiewirkungen	Literaturbelege	Evidenzniveau (SIGN)	Bemerkung
			Einzelapplikation einzeln vs. multifraktional 3% (37/1240) vs 1,6% (20/1236 OR 1,82 [95% KI 1,06 - 3,11]. 5. Rate Rückenmarkkompression n.s. OR 1,41 [95% KI 0,72 - 2,75]	al, Radiotherapy Oncology 1986;6(4):247-55. Steenland E, Leer JW, van Houwelingen H et al, Radiotherapy Oncology 1999;52(2):101-9. Warde PR, Kirkbride P, Panzarella T. ASCO 2001; 20: abstract 1538.		quality of life and health economic end points are warranted to find out the optimal treatment option.

7.5.5. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Thema Bestrahlung							
Falkmer, 2003 [546]	Systematischer Review	8 RCTs, 10 prospektive Studien, 3 retrospektive Studien und 3 Reviews und andere Artikel aus systematischer Recherche in Medline und Cochrane library (01.01.94-	Effekt von EBRT auf Schmerzen durch Knochenmetastasen bei versch. Primärtumorarten	<u>lokale RT bei Knochenschmerzen (8 RCTs, 5 prospektive Studien):</u> - niedrigste Einzeldosis 4Gy, höchste Einzeldosis 10Gy - Mehrfachbestrahlungen von 1,8 bis 5Gy in 4 bis 23 Sitzungen - gut dokumentierte Effekte bei Knochenschmerzen - Ergebnisse zur <u>kompletten Schmerzremission</u> aufgrund unterschiedlicher Erhebung der Schmerzen und der Effekte		1++	- Gaze MN, et al. Radiother Oncol 1997 - Jeremic B, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998 - Koswig S, et al. Strahlenther Onkol 1999 - Nielson OS, et al.

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
		01.10.2001)		<p>schwer evaluierbar</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gesamtschmerzlastung</u> bei 59 bis 90% berichtet - Effekt bei Einzeldosis mit 4Gy signifikant geringer als bei anderen Fraktionierungsrhythmen - niedrigste wirkungsvolle Einzeldosis 6Gy - Gesamtschmerzlastung und Schmerzrezidiv scheinbar unabhängig von Fraktionierungsrhythmen - im Mittel 5-6Mon. Schmerzlinderung nach RT, Anstieg auf Schmerzskala nach 1J bei 40% der Pat. - Bedarf erneuter RT in Gruppen mit Einzelbestrahlungen signifikant höher als bei Mehrfachbestrahlungen - Gründe für die Unterschiede nicht eindeutig - <u>Nebenwirkungen</u> insgesamt leicht - Spinalkanalstenosen in 4 Studien berichtet (nicht eindeutig, ob im Bestrahlungsfeld aufgetreten) - Inzidenz 1-2% in großen RCTs und 8-9% in kleineren Studien - jeweils keine signifikanten Unterschiede zwischen Einzel- oder Mehrfachbestrahlungen - pathologische Frakturen in 6 Studien berichtet - Inzidenz 1-10% (in großen RCTs 1-4%) 			<p>Radiother Oncol 1998</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niewald M, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996 - Rasmusson B, et al. Radiat Oncol 1995 - Steenland E, et al. Radiother Oncol 1999 - The Bone Pain Trail working Party. Radiother Oncol 1999 - Arcangeli G, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998 - Bremer M, et al. Strahlenther Onkol 1999 - Huguenin PI, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998 - Tomboloini V, et al. Tumouri 1994 - Uppelschoten JM, et al. Radiother Oncol 1995

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				<ul style="list-style-type: none"> - bei Einzelbestrahlungen 2-3mal höhere Inzidenz als bei Mehrfachbestrahlungen - keine <u>QoL</u>-Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen - Sensitivität von <u>Schmerztagebüchern</u> zu gering um Effekte zu messen - <u>Remineralisierung</u> nach 6Mon. bei Mehrfachbestrahlten signifikant besser als bei Einfachbestrahlten (Koswig et al.) 			
				<p><u>lokale RT bei Knochenschmerzen (systematischer Übersichtsarbeiten.)</u></p> <p>1. RCTs (1982-1992): keine Dosis-Wirkungs-Beziehung zw. RT-Dosis und früher (4 Wo.) kompletter Schmerzremission</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach 3-6Mon. komplette Schmerzremission eindeutige Beziehung (bei höheren biologisch effektiven Dosen höhere Anzahl mit später kompletter Schmerzreduktion) <p>2. 10 RCTs (4 seit 1994): Einmahldosis 8Gy effektiv zur teilweisen oder kompletten Schmerzremission bei 80% der Pat.</p> <p>3. 9 RCTs vor und 4 Studien nach 1994 eingeschlossen</p> <ul style="list-style-type: none"> - lokale RT eindeutig effektiv als Schmerztherapie (Gesamtschmerzreduktion bei etwa 66%) - keine Evidenz für Unterschiede durch verschiedene Fraktionierungsrhythmen 			<p>1. Ben-Josef E, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999</p> <p>2. Ratanatharathorn V, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999</p> <p>3. McQuai HJ, et al. The Cochrane Library, Issue 2 2001</p>

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				<p><u>Halbkörperbestrahlung bei Knochenschmerzen:</u></p> <p>1. Gesamtschmerzentlastung, Nebenwirkungen und QoL zw. Standardfraktionierung (3Gyx5) und 3Gyx2 oder 4Gyx2 nicht unterschiedlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesamtschmerzentlastung lag bei 90% nach 3-8Tagen - nach 3Gyx5 waren Pat. signifikant länger schmerzfrei als in anderen zwei Gruppen <p>2. nach Einzeldosis $\geq 7\text{Gy}$ Gesamtschmerzentlastung bei 70% der Pat. (Nasopharynx-Ca.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effekt geringer bei niedrigeren Dosen 			<p>1. Salazar OR, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001</p> <p>2. Chua ET, et al. Ann Acad Med Singapore 1994</p>
				<p><u>lokale RT bei Spinalkanalstenose (SCC):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 retrospektive, 4 prospektive nicht-randomisierte Studien - frühe Diagnose und Therapiebeginn wichtigste Prediktoren für Schwere der SCC - bei später Diagnose ist die Schwere abhängig von der Strahlenempfindlichkeit des Tumors - ein Drittel derer die vorher kaum gehen konnten können wieder gehen - etwa 10% der paralytischen Pat. kann wieder gehen - langsamer Ausbruch der SCC erleichtert die Erholung nach 			<ul style="list-style-type: none"> - Kida A, et al. Radiat Med 2000 - Helweg-Lasen S, et al. Acta Neurol Scand 1996 - Katagiri H, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998 - Maranzano E, et al. Int J radiat Oncol Biol Phys 1997 - Maranzano E, et al. Int J radiat Oncol Biol Phys 1995

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				RT			
				<u>chirurgische Behandlung und postoperative Bestrahlung:</u> - 2 retrospektive Studien - lokale RT nach operativer Stabilisierung ist signifikant vorteilhaft - Indikationen noch uneindeutig			- Haentjens P, et al. Bull cancer 1995 - Townsend PW, et al. J Clin oncol 1994
Thema Radionuklide							
Bauman, 2005 [547]	syst. Review	RCTs und Metaanalysen, randomisierte Phase I und II-Trials, evidenzbasierte clinical practice-Guidelines Syst. Recherche in Medline (1966-2004), Embase (1980-2004), Cancerlit (1975-2002), Cochrane Library (2003) Einschluss Outcomes:	Radionuklide (Sr-89, Sm-153, Re-186 o. -188, Sn-117, P-32) bei schmerzhaften Knochenmetastasen, die nicht auf Analgetika ansprechen	Sr-89 <u>Porter 1993:</u> -40% mit Sr-89 vs. 23% mit Placebo nach 3 Monaten schmerzfrei -17% vs. 2% ohne weitere Schmerzmedikation, p<0,05 -weniger neue schmerzende Stellen: 0,59 neue vs. 1,21 neue Stellen, p<0,002 <u>Oosterhof 2003:</u> -n=203, Sr-89 vs. lokale R -Schmerzfreiheit und time to progression in beiden Gruppen	Schlussfolgerung der Autoren: Radionuklide (Sr-89 und Sm-153) können bei Pat. mit PCa und multiplen schmerzhaften Knochenmetastasen, bei denen eine Analgetikatherapie nicht erfolgreich und eine externe RT nicht indiziert ist, in Betracht	1+	Sciuto 2002, Porter 1993, Smeland 2003, Oosterhof 2003, Quilty 1994, Buchali 1988, Sciuto 2001, Tu 2001, Lewington 1991 Olea 2000, Serafini 1998, Sartor 1997, Tian 1999, Resche 1997, Brundage 1998, Han 2002, Srivastava 1998, Shah Syed 1999

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
		<p>-Schmerzevaluation</p> <p>-Analgetikaeinnahme</p> <p>-QoL</p> <p>-OS</p> <p>-Nebenwirkungen</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <p>-n<20</p> <p>-nicht englischsprachig publiziert</p>		<p>gleich</p> <p>-Verbesserung des Überlebens mit RT, 11 vs. 7,2 Monate, p=0,0457, Ein-Jahres- Überleben: 45% vs.34%</p> <p>-keine Unterschiede bei Nebenwirkungen</p> <p>-Sr-89- Therapie 25% teurer</p> <p><u>Quilty 1994:</u></p> <p>Lokale/ Halbseiten-RT vs. Sr-89</p> <p>-Schmerzlinderung und Analgetikareduktion in allen Gruppen gleich</p> <p>-signifikant mehr Pat. mit Sr-89 vs. lokale/Halbseiten-RT frei von neuen schmerzenden Stellen, 64% vs. 42%, p<0,05; 73% vs.51%, p<0,05</p> <p><u>Buchali 1988</u></p> <p>-n=41, Sr-89 vs. Placebo</p> <p>-kein sign. Unterschied bei Schmerzlinderung nach 1-3J</p> <p>-sign. besseres 2-J-Überleben mit Sr-89 vs. Placebo, 46% vs. 4%, p<0,05 (CAVE: 10Pat. starben in ersten 3Monaten, wurden aus Analyse ausgeschlossen)</p> <p><u>Sciuto 2001:</u></p> <p>Brustkrebs-Pat.</p>	<p>gezo-gen werden. Die Knochenmarks-funktion, der ge-sundheitliche Sta-tus, andere Kno-chenmarks supprimierende Therapien (ChT, RT), die Lebens-erwartung und Eignung des Pat. für eine palliative Therapie müssen berücksichtigt werden.</p>		

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				<p><u>Tu 2001 (Phase II Trial)</u></p> <p>-n=72 mit PCa, Doxorubicin+Sr-89 vs. Doxorubicin</p> <p>-time-to-progression 13,9 vs. 7,0 Monate, p<0,0001</p> <p>-OS: HR 2,76, [95% CI 1,44-5,29], p=0,0014</p> <p><u>Brundage 1998 (Practice guideline)</u></p> <p>-Empfehlung für Sr-89 bei kastrationsresistentem PCa, das für RT nicht geeignet ist</p> <p>-keine Empfehlung als adjuvante Therapie zu RT</p> <p>Sm-153</p> <p><u>Olea 2000</u></p> <p>-73% mit Schmerzfremheit, dosisunabhängig</p> <p><u>Serafini 1998</u></p> <p>-2 Dosen Sm-153 vs. Placebo</p> <p>-besseres Ansprechen bei höherer Dosis vs. Placebo (31% vs. 14%, p<0,016)</p> <p><u>Sartor 1997</u></p> <p>-Schmerzlinderung in Sm-153-Gruppe, keine Werte angegeben</p>			

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				<p><u>Tian 1999 und Resche 1997</u></p> <p>-versch. Primärtumoren, keine Unterschiede</p> <p>Re-186 o. -188</p> <p><u>Han 2002</u></p> <p>79 v. 111 auswertbar (72%)</p> <p>-Re-186 vs. Placebo</p> <p>-Schmerzintensität: Zunahme in der Placebogruppe vs. Abnahme in der 186-Re-Gruppe, p=0,039</p> <p>-tägliche Aktivitäten: Abnahme in der Placebogruppe vs. gleichbleibend/ Zunahme in 186-Re-Gruppe, p=0,019</p> <p>- Tage mit Schmerzlinderung in 186-Re-Gruppe größer, 23/84 Tagen, 27%, [95% CI 16,6-37,1] vs. 11/84 Tagen, 13%, [95% CI 5,8-20,0], p<0,05</p> <p>Responder: n=28/43 (65%) vs. 13/36 (36%), p=0,01</p> <p>- <u>Palmedo 2003 (Phase II Trial)</u></p> <p>-n=64 mit hormonresist. PCa, 1 o. 2 Re-188-Injektionen</p> <p>-sign. Schmerzlinderung, besseres OS und DFS nach 2 Injektionen</p> <p>-CAVE: nicht genug power</p>			

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				<p><u>Sciuto 2001</u></p> <p>Brustkrebs</p> <p>Sn-117</p> <p><u>Srivastava 1998 (Phase I Trial)</u></p> <p>-n=30 mit metastasiertem PCa, Sn-117 2,64-10,58MBq/kg</p> <p>-75% Responder, Schmerzfreiheit nach 5+3 Tagen bei Dosen\geq462MBQ vs. Schmerzfreiheit nach 19+15 Tagen bei Dosen\leq370MBq, p<0,05</p> <p>P-32</p> <p><u>Shah Syed 1999 (Phase II Trial)</u></p> <p>-n=20 mit metastasiertem PCa mit P-32 (185MBq) behandelt</p> <p>-Analgetika-Score-Abnahme von 4,2+1,4 (baseline) auf 1,8+1,5 (8 Wochen nach Behandlung)</p> <p>Nebenwirkungen</p> <p>-Thrombozytopenie bei 30-50% der Pat. mit Radionuklidtherapie (Grad 2 o. weniger)</p> <p>-seltener: Neutropenie (häufigeres Auftreten bei Kombination mit Chemotherapie)</p> <p>-weniger Übelkeit und Erbrechen im Vergleich zu RT</p>			

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
Falkmer, 2003 [546]	systematischer Review	3 RCTs, 10 prospektive und 1 retrospektive Studie aus systematischer Recherche in Medline und Cochrane library (01.01.94-01.10.2001)	Einsatz von Radionuklid (89 Strontium, 153 Samarium, 186 Rhenium) bei fortgeschrittener metastasierter Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> - Dosierung von 89 Sr (150-200MBq) und 153 Sm (1,0 mCi/kg) in Studien weitgehend einheitlich - bei 60-80% der Pat. Gesamtschmerzlastung für 2-4 Mon. nach Therapie mit 89 Sr oder 153 Sm - Schmerzlinderung 2-3 (89 Sr) bzw. 1-2 Wo. (153 Sm) nach Therapiebeginn - berichtete neue Schmerzherde bei Therapie mit 89 Sr seltener als bei lokaler oder Halbkörperbestrahlung - Nebenwirkungen unabhängig vom Nukleotid leicht bis moderat - Nebenwirkungen durch wiederholte Behandlungen noch unklar <p>186 Re-HEDP:</p> <p>Kohortenstudie ergab keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu Sr89 in Bezug auf Schmerzlinderung oder Hämatoxizität (Pifanelli et al, 2001)</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Quilty PM, et al. Radiother Oncol 1994 - Resche I, et al. Eur J Cancer 1997 - Scrafini AN, et al. J Clin Oncol 1998 - Ahonen A, et al. J Nucl Biol Med 1994 - Alberts AS, et al. Radiother Oncol 1997 - Baziotis N, et al. Oncology 1998 - Bos SD, et al. Prostate Suppl 1994 - Kolesnikov-Gauthier H, et al. J Nucl Med 2000 - Kraeber-Bodere F, et al. Eur J Nucl Med 2000 - Lee CK, et al. Am J Clin Oncol 1996 - Liepe K, et al. Cncr Biother Radiopharm 2000

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
							<ul style="list-style-type: none"> - Piffanelli A, et al. Q J Nucl Med 2001 - Sciuto R, et al. J Nucl Med 2000 - Tian JH, et al. Eur J Nucl Med 1999 - Giammarile F, et al. J Nucl Med 1999
Thema Bisphosphonate							
Yuen 2006 [548]	Syst. Review/ Meta-analyse	10 RCTs aus syst. Suche in Medline, Embase, DARE, AMED, CENTRAL, LILACS bis April 2005	Bisphosphonate vs. Placebo o. keine Therapie bei Knochen-Metastasen durch PCa	<u>Signifikante Ergebnisse:</u> bessere Schmerzreduktion in Bisphosphonat-Gruppe (OR 1,54, 95%CI 0,97-2,44, p=0,07 bzw. nach Re-Analyse OR 1,64, 95%CI 1,02-2,61, p=0,04) weniger „skeletal events“ (path. Fraktur, Hyperkalzämie, Indikation zur Radiotherapie, Rückenmarkkompression, Indikation zur Chirurgie) in Bisphosphonat-Gruppe (OR 0,79, 95%CI 0,62-1,0, p=0,05) mehr Übelkeit in Bisphosphonat-Gruppe (OR 1,35, 95%CI 1,02-1,77, p=0,03) <u>nicht signifikant:</u> mittlerer Schmerz-Score, Analgetika-Verbrauch, Frakturen, Rückenmarkkompression, Knochenbestrahlung,	untersch. Bisphosphonate, wenige signifikante Ergebnisse, unterschiedl. Definitionen der Studien, signifikante Schmerzreduktion signifikant in Abhängigkeit von Analyse-Technik	1+	Adami 1989, Dearnaley 2003, Elomma 1992, Ernst 2003, Kylmala 1993, Kylmala 1997, Saad 2002, Small 2003, Smith 1989, Strang 1997

Autoren Jahr	Literaturtyp	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literaturbelege
				Knochenchirurgie, OS, DP, radiologisches Ansprechen, QoL, Erbrechen, Anämie, Knochenschmerz, Nierentoxizität			

7.5.6. Primärliteratur für 2. Aktualisierung 2014

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
Parker 2013 [549]	N = 921 (2:1 ratio, Intervention n=614, Control n=307) Enrollment from 06/2008-02/2011 Inclusion criteria (selection) Progressive castration-resistant PCa (defined as a serum testosterone level of 50 ng per deciliter or lower (≤ 1.7 nmol per liter) after bilateral orchiectomy or during maintenance	6 injections of radium-223 (at a dose of 50 kBq per kilogram of body weight intravenously) vs. matching placebo; One injection was administered every 4 weeks. Additionally patients in both groups received “best standard of care” defined as routine care provided at each centre (e.g. local	Primary endpoint: 1. overall survival (defined as time to death) Secondary endpoints (pre-specified): 2. Time to increase in PSA level 3. Time to first symptomatic skeletal event (clinically defined) 4. QoL (FACT-P):	1) Overall Survival 1a) interim analyses (n=809): 14.0 months (95% CI not reported in publication) vs. 11.2 months (95% CI not reported in publication) HR, 0.70 (95% CI, 0.55-0.88, p=0.002) Death: 35% (191/541) vs. 64% (123/268) 1b) updated analyses (n=921) 14.9 months (95% CI not reported in publication)	Study stopped after interim analyses for efficacy as recommended by Data Monitoring Committee (DMC) Interim analyses conducted in n=809 patients (n=541 in the radium-223 group, n=268 in the placebo group) ITT, Double-blinded, randomized 136 centers in 19 countries (no specification regarding sites or countries in publication) Stratification according to previous use or nonuse of docetaxel, baseline alkaline phosphatase level, current use or nonuse of bisphosphonate 57% with prior docetaxel therapy, 43%	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>treatment</p> <p>two or more bone metastases detected on skeletal scintigraphy</p> <p>no known visceral metastases;</p> <p>had received docetaxel, were not healthy enough or declined to receive it, or it was not available.</p> <p>symptomatic disease with regular use of analgesic medication or treatment with external-beam radiation therapy required for cancer related bone pain within the previous 12 weeks.</p> <p>ECOG performance: 0-2</p> <p>Baseline PSA\geq5</p>	<p>external-beam radiation therapy, treatment with glucocorticoids, antiandrogens, ketoconazole, estrogens, estramustine)</p>	<p>increase of score of \geq 10 (during period of study-drug administration)</p>	<p>vs. 11.3 months (95% CI not reported in publication)</p> <p>HR, 0.70 (95% CI, 0.58-0.83, p<0.001)</p> <p>Death: 54% (333/614) vs. 64% (195/307)</p> <p>2) Time to increase in PSA level (Updated analyses, n=921)</p> <p>3.6 months (95% CI not reported in publication)</p> <p>vs. 3.4 months (95% CI not reported in publication)</p> <p>HR, 0.64 (95% CI, 0.54-0.77), p<0.001</p> <p>3) Time to first symptomatic skeletal event (Updated analyses, n=921)</p> <p>15.6 months (95% CI not reported in publication)</p> <p>vs. 9.8 months (95% CI not reported in publication)</p> <p>HR, 0.66 (95% CI, 0.52-0.83,</p>	<p>without prior docetaxel therapy</p> <p>Numbers, reasons and distribution of patients between groups without prior docetaxel therapy not described</p> <p>In the exploratory subgroup analyses: no significant benefit for radium for patients with ECOG \geq 2 (n=118 patients), for patients with <6 metastases (n=138) and for patients with ALP<220 U/liter (n=517)</p> <p>Adverse events: more patients in the radium group had thrombocytopenia (12% vs. 6%), neutropenia (5% vs. 1%) and diarrhea (25% vs. 15%)</p> <p>Sponsor: Algeta and Bayer Health Care</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>ng/mL with two consecutive increases of PSA values over the previous reference value</p> <p>Life expectancy \geq 6 months</p> <p>Exclusion criteria (selection):</p> <p>History of presence of visceral metastases</p> <p>Chemotherapy within the previous 4 weeks</p>			<p>$p < 0.001$)</p> <p>4) QoL (FACT-P increase of score of ≥ 10)</p> <p>25% vs. 12% ($p = 0.02$)</p> <p>(no numbers of pts available)</p>		
<p>Nilsson 2013 [550]</p> <p>(RCT)</p>	<p>N=64 (1:1); Intervention: n=33 vs. Control n=31</p> <p>Enrollment 02/2004-05/2005</p> <p>Inclusion criteria: older than 40 years</p> <p>PCA</p> <p>Multiple bone</p>	<p>Intervention: 4 injections of 50 kBq/kg radium-223 every 4 weeks</p> <p>vs.</p> <p>Control: 4 injections of saline every 4 weeks</p> <p>+ EBRT for all</p>	<p>Overall survival (1st injection till death)</p>	<p>Overall survival</p> <p>At 12 months:</p> <p>radium223: 58% (n=19)</p> <p>placebo: 45% (n=14)</p> <p>At 24 months:</p> <p>radium223: 30% (n=10)</p> <p>placebo: 13% (n=4)</p>	<p>Update from Nilsson et al: Bone-targeted radium-223 in symptomatic, hormone-refractory prostate cancer: a randomised, multicentre, placebo-controlled phase II study. Lancet Oncol 2007 → see Evidenztabelle S3 Leitlinie Prostatakarzinom</p> <p>differences between analyses unclear, already for Lancet Oncol 2007 all data available;</p> <p>study was unblinded after 12 months, follow-up: 24 months</p> <p>double blind study design; unblinded after 12</p>	1+

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	<p>metastases or 1 painful lesion with 2 consecutive rising levels of PSA</p> <p>ECOG 0,1,2</p> <p>life expectancy >3months</p> <p>bone pain needing EBRT</p> <p>bilateral orchiectomy or continued treatment with a luteinizing hormone-releasing hormone-agonist</p> <p>Exclusion criteria:</p> <p>another currently active malignant disease</p> <p>received chemotherapy, immunotherapy, or EBRT within the past 6 weeks</p> <p>change in hormonal</p>	<p>patients followed within 7 days after 1st injection (fractionated schedule or single treatment)</p>		<p>Median overall survival:</p> <p>radium223: 65.3 weeks</p> <p>placebo: 46.4 weeks</p> <p>HR : 0.476 (95% CI : 0.258-0.877), p=0.017</p>	<p>months</p> <p>Observation time finished in 2007, submitted for publication in 2012.</p> <p>Study centers in Sweden, Norway, UK ; no analysis / data about study site found</p> <p>Primary endpoints of the study were time to SREs, bone-ALP; power analyses conducted for change in ALP from baseline to 4 weeks</p> <p>Sponsor Algeta</p> <p>70% of deaths in the intervention group and 85% of deaths in the control group were related to the progression of the metastatic cancer; 43% of deaths in the intervention group and 17% of deaths in the control group were related with other reasons; 3 deaths in the intervention group (1 death in the control group) were related with pneumonia</p> <p>Between months 12 and 24: 9 patients from the control group and 9 patients from the intervention group withdrew from intervention; reasons, intervention group : 8 death, 1 poor performance; reason, control group: 8 death, 1 clinical progression.</p>	

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
	treatment within 6 weeks before the study drug administration bisphosphonates within 3 months Previous systemic radiotherapy with strontium, samarium, or rhenium.					
Saad 2010 [551] (subgroup analyses of RCT)	N=386 (n=195 zoledronic acid, n=191 placebo) Inclusion criteria: Bone metastases from CRPC ECOG : 0-2 -only patients with documented baseline pain assessment	4 mg zoledronic acid vs. placebo 15-minute infusion every 3 weeks for 24 months	Primary endpoint: proportion of patients with ≥ 1 SRE Other analyses Patient bone pain at baseline and every 3 months was analyzed for progression.	≥ 1 SRE in 24 months Patients with pain at baseline (zoledronic acid: n=140, placebo: n=140) Zoledronic acid: 40% (n=56, calculated) Placebo: 49% (n=69, calculated) Patients without pain at baseline (zoledronic acid: n=53, placebo: n=51) Zoledronic acid: 30% (n=16, calculated)	Post hoc exploratory analyses of Saad F et al: A randomized, placebocontrolled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. J Natl Cancer Inst. 2002 Retrospective stratification by the presence/absence of pain Analyses for SRE: 2 patients with baseline pain assessment missing, reason not found Pain assessment available for 86% (n=184) of intervention group, 90% (n=187) for control group \rightarrow no baseline characteristics for subgroup recorded, no comparison of characteristics with excluded group recorded. Patient bone pain was assessed at 6-week	1-

Quelle/ Studientyp	Population	(verglichene) Interventionen/ ggf. Dosierung/ ggf. Follow-up	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
				<p>Placebo: 49% (n=25, calculated)</p> <p>Changes in bone pain/progression (conducted in a subgroup with baseline and follow-up of pain assessment n=371)</p> <p>Lower pain scores at all assessments in both groups for zoledronic acid.</p>	<p>intervals using the Brief Pain Inventory (BPI) on a scale from 0 (no pain) to 10 (intolerable pain).¹¹ The BPI composite pain score was defined as the average of the “worst pain,” “least pain,” and “average pain” for the last 7 days of treatment, and “pain right now.”</p> <p>Mortality rate after 24 months: approximately 60% after 24 months.</p>	

7.5.7. Primärliteratur für 1. Aktualisierung 2011

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
----------------------------	--	---	-----------------------------	----------	------------	-------------	----------------------------

Thema: Prävention von Knochenmetastasen

Mason M. D. et al, 2007 [552] Multi-zentrischer	N= 508 Pat. mit PCa innerhalb von 3 J nach Diagnose ohne Knochenmetastasen,	N= 254 2080mg/d Clodronat oral für 5 Jahre Follow up: Median	N=254 Placebo oral Für 5 Jahre	1. Primärer Endpunkt Auftreten von symptomatischen Knochenmetastasen oder PCa-bedingter Tod	1. Primärer Endpunkt Auftreten von Knochenmetastasen oder PCa-bedingter Tod Clodronatgruppe: 31,4% (80/254) Placebogruppe: 26,7% (68/254) n.s. 2. Gesamtüberleben	Die 80% Power wurde nicht ganz erreicht, statt der geplanten 166 Ereignisse für den primären Endpunkt traten nur 148 auf. Ein statistisch	LoE 1+
--	--	--	--------------------------------------	---	--	--	--------

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
RCT MRC PR04	Ausschluss durch MRT Med. Alter 70J Med. PSA 13/10ng/ml T2-T4, M0	118 Mo, fast 10J		2. Gesamtüberleben 3. Nebenwirkungen 4. Modifikationen der Einnahmedosis	Clodronatgruppe: 50,5% (130/254) Placebogruppe: 50,0% (127/254) n.s. 3. Nebenwirkungen Clodronatgruppe: 51,9% (132/254) Placebogruppe: 46,0% (117/254) n.s. 4. Modifikation der Einnahme(dosis) Clodronat-Gruppe : Stopp im Median nach 47 Mo Placebo Gruppe: Stopp im Median nach 60 Mo p=0,005 Ursache: v.a. Toxizität	signifikanter Unterschied kann aufgrund des Ergebnisses jedoch auch bei 166 Ereignissen nicht mehr erreicht werden.	
Smith M.R. et al, 2005 [553] RCT, nur Bericht aus Kontroll- gruppe	N=202 Pat mit PCa uind HT M0 bei Einschluss, aus abgebrochene m RCT Placebo vs. Zoledronsre zur Prävention von Knochenmetas- tasen	Keine Information über Interventionsarm Med. Follow up: 2J	N=202 Placebo	Med. Zeit bis zum Aufreten von Kncchenmetatsasen, Anteil Pat. mit Knochenmetastasen, Gesamtüberleben	Nach 2J 33% mit KM Med. KM-metastasenfreie Zeit: 30Mo Keine Angaben zum Gesamtüberleben		LoE 3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Thema : Behandlung von Knochenmetastasen							
Fizazi K. et al, 2011 [554] RCT Multi-zentrisch	N=1904 Pat. mit kastrationsresistentem PCa und Knochenmetastasen ohne vorausgegangene Bisphosphonattherapie	950 Pat mit Denosumab 120mg s.c. +i.v. Placebo Med. Follow up : 12,2Mo	951 Pat. mit Zoledronsäure i.v.4mg + s.c. Placebo Med. Follow up : 11,2 Mo	Zeit bis zum Auftreten des 1. Skeletal Related Events (SRE) Rate an Progression Gesamtüberleben Nebenwirkungen Lebensqualität	Anteil Patienten mit SRE Denosumab: 36% (n=341) Zoledronsäure: 41% (n=386) 1. Zeit bis zum Auftreten des 1. skeletal Related Events (Monate) Denosumab-Gruppe: 20,7 [95%KI 18,8-24,9%] Zoledronsäure-Gruppe: 17,1 [95%KI 15-19,4] Cave: bei Betrachtung des absoluten Unterschieds überlappen die Konfidenzintervalle! Nichtunterlegenheit Denosumab: HR 0,82 [95%KI 0,71-0,92] p=0,0002 Überlegenheit Denosumab: s.o. p=0,008 2. Rate an Progression Denosumab + Zoledronsäure im Median 8,4 Mo n.s. 3. Gesamtüberleben Denosumab im Median 19,4 Mo	Randomisierung ok. in Gruppe mit Zoledronsäure: 4% mehr Patienten>65J , 3,7Mo länger von ED bis Randomisierung., 2,5 Mo länger von ED Knochenmet. bis Randomisierung. Studie ist von AMGEN gesponsert. (AMGEN sammelte die Daten und machte die Auswertung) Studie als Non-inferioritätsstudie angelegt, sekundär auch Auswertung auf Superiorität	1+

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
					<p>Zoledronsäure im Median 19,8 Mo n.s.</p> <p>4. Nebenwirkungen</p> <p>Viele NW n.s., hier nur aufgeführt die mit Unterschieden</p> <p>a. Grade 3 o. 4 adverse events nach CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events)</p> <p>Denosumab Gruppe: 72%</p> <p>Zoledronsäure Gruppe 66% p< 0,01</p> <p>b. Hypokalzämie</p> <p>Denosumab Gruppe: 13%</p> <p>Zoledronsäure Gruppe: 6% p< 0,0001</p> <p>c. Kiefernekrose</p> <p>Denosumab Gruppe: 2% (n=22)</p> <p>Zoledronsäure Gruppe: 1% (n=8) p = 0,09</p> <p>d. Auftreten eines weiteren Malignoms</p> <p>Denosumab Gruppe: 2% (n=18)</p> <p>Zoledronsäure Gruppe: 1% (n=10) p = 0,13</p>		

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
					5. Lebensqualität: nicht erfasst.		
Thema : Bisphosphonat-induzierte Kiefernekrosen							
Aragon-Ching J.B. et al, 2009 [555] Fallserie aus Phase II Studie	n=60 Patienten einer Phase II Studie bei kastrations- resistentem PCa	Bevacizumab 15mg/kg alle 21 Tage +Thalidomide 200mg/Tag +Docetaxel 75mg/ m ² alle 21 Tage +Prednison 10mg/Tag Nachverfolgung : median 10,4Mo	Keine	Inzidenz von Kiefernekrosen, Einteilung nach Schweregrad Mediane Behandlung mit Bisphosphonat bis Kiefernekrose	Pat. wurden bei dentalen Auffälligkeiten an zahnärztliches Institut überwiesen 1. Inzidenz an Kiefernekrosen: 18,3% (11/60) [95%KI 9-28%] Alle Grad 2 nach NCO Common Terminology Criteria Version 3.0 Bei allen Patienten wurden Bisphosphonate abgesetzt, es erfolgte sorgfältige Mundhygiene, „peridex cleaning“ Antibiotikagabe, Entfernen von losen Sequestern. Ein Patient verschlechterte sich zu Grad 3 und musste chirurgisch behandelt werden. 2. Mediane Behandlungsdauer bis zum Auftreten der Kiefernekrose 2a. mit Bisphosphonat (Zoledronsäure): 19 Mo , Behandlungsschema bis auf wenige Ausnahmen 4mg i.v. alle 3-4 Wo 2b. mit Kombinationstherapie gesamt 13 Zyklen		3

Autor, Jahr/ Studientyp	Anzahl der Patienten/ Patienten- merkmale	Intervention/ ggf. Nachverfolgung	Vergleichs- intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- niveau SIGN
Walter C. et al, 2008 [556] Prospektive Fallserie	N=43 Pat mit fortgeschrittenem PCa und Knochenmetastasen unter Bisphosphonattherapie 7/2006-10/2007	Orale/dentale Untersuchung	Keine	Rate an Kiefernekrosen, Faktoren für Entwicklung von Kiefernekrosen Behandlung der Kiefernekrosen	18,6% (8/43) mit Kiefernekrosen alle mit mind. 14x Behandlung mit Zoledronsäure i.v. Alle mit Zahnextraktion oder Druckstelle des Gebisses im Zeitraum von einem Jahr zuvor, 7/8 mit schlechter Mundhygiene (Plaques + Zahnstein) alle wurden zusätzlich mit Chemotherapie (Docetaxel + 8 Pat noch weitere Chemotherapie) und Corticosteroiden behandelt Behandlung der Kiefernekrosen: 6/8 Amoxicillin+Clavulansäure, 3/8 Sequestrotomie, 2 partielle Resektion der Mandibula	Keine Angabe der Schweregrade der Kiefernekrose nur indirekter Rückschluss aus Behandlung möglich	2-3

7.5.8. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Thema Bestrahlung										
Di Lorenzo, 2003 [557]	Kohorten- studie (prospek- tiv)	n=75	Pat. mit Knochenmetasta- sen bei PCa -mittleres Alter: 68J -n=20 mit second-line HT -n=25 mit ChT -n=45 mit Bisphosphonate n	1) EBRT	2) EBRT+HT 3) EBRT+ChT -	12 Monate	-Schmerz- linderung -QoL -Akut- Toxizität -Überleben	Schmerzlinderung -insg. n=61 (81%) mit Schmerzlinderung -n=17 (23) schmerzfrei -n=27 (36%) teilweise Schmerzlinderung -n=17 (23%) etwas Schmerzlinderung -n=14 Non-Responder QoL -bessere Werte nach 1 Monat, Stagnation ei 3 Monaten, Rückgang nach 6 Monaten Akuttoxizität -alle akut/subakut und vorübergehend -Übelkeit und Erbrechen für Stunden -Durchfall 3-7 Tage -Hämatotoxizität mit Peak nach 3		2

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>Wochen und Rückkehr zu Ausgangswerten nach 4-6 Wochen</p> <p>-mehr Komplikationen bei Pat. mit ChT</p> <p>Überleben</p> <p>-n=14 (23%) nach 12 Monaten am Leben</p> <p>-pos. Korrelation zwischen QoL+Schmerzfreiheit und Überleben</p> <p>-n=14 Non-Responder starben nach 9 Monaten</p>		
Hartsell, 2005 [558]	RCT	n=573	<p>Pat. mit Knochenmetastasen bei Brust- bzw. Prostata-Ca</p> <p>-mittleres Alter: 65J</p> <p>-jede syst. Therapie wurde mind. 30 Tage vor Studienbeginn</p>	n=288 Einmalige RT mit 8 Gy	n=285 Fraktionierte RT mit 30 Gy (10x in 2 Wochen)	2J	<p>-Überleben</p> <p>-OS</p> <p>-Akuttox.</p> <p>-Schmerzfreiheit</p> <p>-Narkotika</p> <p>-Wiederholung der Behandlung</p>	<p>Überleben (mittleres)</p> <p>-9,1 Monate (8 Gy) vs. 9,5 Monate (30 Gy), p=0,820</p> <p>OS</p> <p>-8 Gy: 41% nach 1 J u. 22% nach 2J vs. 30 Gy: 42% nach 1J und 22% nach 2J</p> <p>Akuttoxizität</p> <p>-8 Gy: 42 Fälle; 10% vs. 30 Gy: 70 Fälle, 17%, [95% CI 3-12%], p=0,002</p>	<p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Beide Behandlungen zeigten gleiche Ergebnisse in bezug auf Schmerzfreiheit und</p>	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			beendet -keine vorherige lokale RT/ palliative OP der Knochenmetastasen -keine patholog. Frakturen					Schmerzfreiheit Insgesamt: -n=93 (17%) komplett -n=280 (49%) partiell -n=55 (10%) mit Progression 8 Gy vs. 30 Gy, p=0,6 -n=44 (15%) vs. n=51 (18%) komplett -n=143 (50%) vs. n=137 (48%) partiell Narkotika -nach 3 Monaten 33% der Pat. ohne Narkotika Wiederholung der Behandlung -innerhalb von 3 J sign. häufiger in 8 Gy-Gruppe (18% vs. 9%, p<0,001)	Narkotika-Gebrauch nach 3 Monaten. Wenige Nebenwirkungen traten auf. Bei Behandlung mit 8Gy war häufiger eine Wiederholung nötig. Die Akuttoxizität war aber geringer.	
Manas, 2008 [559]	RCT	n=139	Pat. mit Knochenmetastasen bei verschiedenen Primärtumoren -23,03% der Pat.	Gruppe A RT (8 Gy) und Zoledron-säure (4mg	Gruppe B RT (6 Gy) und Zoledron-säure (4mg i.v.)	7 Monate	-Sicherheit -Schmerz -QoL	Sicherheit -insgesamt n=137 -n=81 (59,10%) hatten zum Ende des Follow-up die Behandlung	Schlussfolgerung der Autoren: Kein Unterschie	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			mit PCa Keine vorherige Therapie mit Bisphosphonate n/ lokale RT	i.v.) -n=51	-n=67		-SRE -SMR -Karnofsky Index	abgebrochen -Hauptgründe: n=23 mit Krankheitsprogression, n=31 verstorben (12,41% aufgrund von Krankheitsprogression, 2,92% aufgrund von Pneumonie) -mehr Nebenwirkungen in Gruppe A: 21,25% vs. 14,04% in Gruppe B (v.a. Fieber und Übelkeit) Schmerz -n=118 (intention-to-treat) -88,98% der Pat. mit Schmerzmedikation -Abnahme der Schmerzen liegend (p=0,0668), sitzend (p=0,1226), stehend (p=0,0058) QoL SRE -n=25/118 (21,19%) mit SRE innerhalb von 7 Monaten -19,4% in Gruppe A vs. 23,53% in Gruppe B, n.s.	d in den Gruppen bei der Schmerzkontrolle liegend sitzend und stehend. Auch die QoL besserte sich in beiden Gruppen. Die höhere Dosis von 8Gy in Kombination mit Zoledronsäure war mit einer längeren Zeit ohne SRE assoziiert.	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								<p>-mittlere Zeit bis SRE: 122 Tage (A) vs. 81,62 Tage (B); log-rank-test=0,0211</p> <p>SMR (skeletal morbidity rate)</p> <p>-kein signifikanter Unterschied</p> <p>Karnofsky Index</p> <p>-stat.signifikanter Unterschied der Werte zu Beginn und am Studienende in Gruppe A, p=0,0052</p> <p>-kein Unterschied in Gruppe B, p=0,8403</p> <p>-kein Unterschied zwischen den Gruppen, p=0,1635</p>		
Patchell, 2005 [560]	RCT, multizentrisch, nicht verblindet	n=101 von 123 eligible und geplante Zahl von n=200 (für Unterschied von 20%).	Pat. mit der Diagnose einer (nicht primär radiosensitiven) Krebserkrankung (nicht ZNS- oder Wirbelsäule als Erstmanifestationsort) und durch MRI nachgewiesene unilokuläre	Chirurgische Intervention innerhalb von 24h zur Dekompression der WS (nicht spezifizierte operative Technik oder Fixierung)	alleinige perkutane Strahlentherapie (10x3Gy) innerhalb von 24h +Steroide	med. 102 Tage in Interventionsgruppe. 93 Tage in Vergleichsgruppe	primärer Endpunkt: Gehfähigkeit (mind. 2 Schritte mit jedem Fuß ohne Fremdhilfe)	<p>komb. Gehfähigkeit (wiedererlangte oder gleich bleibend vorhandene):</p> <p>Interventionsgruppe: 84% (42/50)</p> <p>Vergleichsgruppe: 57% (29/51)</p> <p>p=0,001</p> <p>Odds Ratio 6,2 für Interventionsgruppe</p> <p>Signifikant längere Wiedererlangung der Gehfähigkeit für</p>	Studie wurde wegen der signifikanten Ergebnisse nach Einschuss von 101 Pat. abgebrochen.	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenzniveau (SIGN)
			metastatisch bedingte WS-Kompression mit neurologischen Symptomen (einschließlich Querschnittslähmung mit Paraplegie<48h))	gefolgt von perkutaner Strahlentherapie (10x3Gy) innerhalb von 14 Tagen nach Chirurgie+ Steroide				<p>Interventionsgruppe (122 Tage) versus Kontrollgruppe (13 Tage) p=0,003</p> <p>Multivariate Analyse:</p> <p>stat. signifikante, unabhängig Faktoren für längere ambulante Gehfähigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> -chirurgischer Eingriff und -Frankel –Score vor Behandlung <p>ienten, die bei Studien beginn laufen konnten, konnten dies signifikant länger in der Interventionsgruppe</p> <p>30-Tagesmortalität: 6% Interventionsgruppe</p> <p>14% Kontrollgrupe (p=n.s.)</p> <p>Second-line –Chirurgische Intervention (nach Versagen von perkutaner Strahlentherapie) ergab signifikant schlechtere Effekte .</p>		
Roos 2005 [561]	RCT, Phase III (1996 bis 2002)	n=252	- neurophatische Schmerzen bei bekannter M1	8Gyx1 in einer Woche (n=127)	20Gyx5 in einer Woche (n=125)	Medianes Follow up 11 Mo (3-	1. Vergleich der Effektivität (2 Mon.	<p><u>Klinik:</u></p> <p>- bei 80% moderate bis schwere Schmerzintensität</p>	<p><u>Fazit der Autoren:</u></p> <p>- 8/1 nicht</p>	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			<p>(oss)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29% PCa - keine signifikanten Unterschiede bzgl. - Geschlecht, - Alter, - Primärtumor, - systemischer Therapie während Randomisierung, - Ort der Metastasierung, - Schmerzintensität vor RT, - Analgetika-einnahme, - weitere Schmerzen 			77)	<p>nach Beginn RT und TTF)</p> <p>2. Vgl. akuter NW und Auftreten schwerer Komplikationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 96% nehmen Analgetika - 89% mit Wirbelsäulenmetastasen <p><u>RT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Protokolabweichungen bei 21% (keine Unterschiede im Gruppenvergleich) <p><u>akute NW:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NW bei 87% dokumentiert - überwiegend keine oder leichte NW - Grad 3-NW bei je 3 Pat. (GI-Trakt und Lunge) - Strahlendermatitis bei 8/1 häufiger moderat oder schwer als bei 20/5 (p=0,029) <p><u>Behandlungseffekt (Schmerzreduktion):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - absoluter Unterschied gesamt RRs 8% (intention to treat) zugunsten 20/5, 11% (per protocol) - bei PCa 58% RR (intention to treat) - komplette Remission in beiden 	<p>ebenso effektiv wie 20/5,</p> <ul style="list-style-type: none"> - aber auch nicht signifikant schlechter - Resultate im Allgemeinen für 8/1 schlechter, obgleich nicht signifikant 	

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<p>Gruppen gleich häufig (26 bzw. 27%) nach 1J</p> <p>- Ergebnisse in multivariater Analyse vergleichbar mit univariaten</p> <p><u>TTF:</u></p> <p>- 9 Pat. überlebten und 1 lost to Followup ohne Rezidiv, 160 mit Rezidiv, 102 verstorben ohne Rezidiv</p> <p>- im Mittel 3,1 Mon. TTF und 20% ohne Rezidiv nach 1J</p> <p>- in multivariater Analyse kein signifikanten Unterschiede zwischen Therapiegruppen</p> <p><u>Effekt neuer systemischer Therapie:</u></p> <p>- bei 2 Pat. nach Rezidiv systemische Therapie begonnen</p> <p>- jedoch nicht vor Ablauf der 2 Mon. nach RT-beginn</p> <p>- somit kein Einfluss auf die Ergebnisse</p> <p><u>Wiederholungsbehandlung:</u></p>		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								<ul style="list-style-type: none"> - 73 von 160 Pat. mit Rezidiv - keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapiegruppen - bei anderen 87 Pat. Gründe gg. RT in beiden Gruppen gleich (terminales Stadium, systematische Therapie bevorzugt, Schmerzintensität zu gering) <p><u>Schwere Komplikationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - keine statistisch signifikante Unterschiede zw. den Therapiegruppen - SCC (6%), patholog. Frakturen (4%) <p><u>Überleben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 248 Pat. starben - mittleres OS 4,8 Mon., 27% überleben 1J - keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapiegruppen 		

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Thema Radionuklide										
Sartor, 2004 [562]	RCT	n=152	Pat. mit Knochenmetasta- sen bei kastrationsresist- entem PCa -mittleres Alter: 70J -med./chir. Orchiektomie -80% mit Opioidanalgetika zu Studienbeginn -Lebens- erwartung>4 Monate -keine Therapie mit Bisphosphonate n o. Radionukliden innerhalb der letzten 6 Monate	-n=101 153-Sm (radioaktiv) 1mCi/kg	-n=51 152-Sm (nichtradio- aktiv)		-Schmerz- linderung -Analge- tika- gebrauch -Sicherheit -Überleben	-Non-Responder, die initial mit Placebo behandelt wurden, wurden nach 4 Wochen auf 153-Sm umgestellt -Non-Responder, die initial mit 153- Sm behandelt wurden, wurden nach 4 Wochen von der Studie ausgeschlossen Schmerzlinderung, Analgetikagebrauch -signifikante Besserung in Interventionsgruppe, $p \leq 0,05$ -verminderter Analgetikagebrauch nach 3 und 4 Wochen -singifikante Korrelation zwischen VAS-Score (Schmerzskala) und PDS (pain descriptor scale), $p < 0,0001$, $r = 0,78$ -signifikante Korrelation zwischen VAS-Score und abnehmendem Opioidgebrauch in Interventionsgruppe, $p = 0,0004$, n.s. in Vergleichsgruppe, $p = 0,685$; signifikanter Unterschied zwischen	Schlussfol- gerung der Autoren: 153-Sm- Lexidrona m ist sicher und effektiv bei der palliativen Behand- lung schmerz- hafter Knochen- metasta- sen bei Patienten mit kastrationsresis- tentem PCa.	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
								den Gruppen in Woche 3+4, $p < 0,0284$ Sicherheit -milde vorübergehende Myelosuppression bei 153-Sm -Erholung der Leukozyten nach 8 Wochen auf Werte zu Studienbeginn -kein Auftreten von Grad 4 Toxizität Überleben -keine Unterschiede im Überleben zwischen den Gruppen		
Thema Bisphosphonate										
Mason, 2007 [552]	RCT	n=508	Pat. mit nicht-metastasiertem PCa (T2-4,N0,N+,Nx,M0) -mittleres Alter: 70J -PCa-Diagnose ≤ 3 J -ohne vorherige Langzeit-	n=254 Sodiumclodronat (2080mg/d) für max. 5J	n=254 Placebo	Median Follow-up: 9,8J	-DMFS -OS -Nebenwirkungen -DP	DMFS -Clodronat vs. Placebo: 80 Fälle vs. 68 Fälle, HR 1,22; [95% CI 0,88-1,68] OS -Clodronat vs. Placebo: n=130 verstorben vs. n=127 verstorben, HR 1,02; [95% CI 0,80-1,30] -n=72 Tode PCa-bezogen in	-n=12 ohne Therapie (n=9 ohne Clodronat, n=3 ohne Placebo)	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
			<p>Hormontherapie</p> <p>-ohne vorherige Bisphosphonattherapie</p> <p>-42% mit RT; 28% mit RT+HT; 24% mit HT</p>					<p>Placebogruppe</p> <p>-n=66 Tode PCa-bezogen in Clodronatgruppe</p> <p>Nebenwirkungen</p> <p>-gastrointestinale NW, erhöhte Laktatdehydrogenasespiegel</p> <p>-häufiger in Clodronatgruppe, aber mild</p> <p>-häufigere Dosisanpassung bei Clodronat, HR 1,63; [95% CI 1,21-2,19]</p> <p>DP</p> <p>-längerer Zeitraum bis DP in Placebogruppe vs. Clodronatgruppe; p=0,041</p> <p>Schlussfolgerung der Autoren:</p> <p>Die adjuvante Gabe von Natriumclodronat ändert nicht den Verlauf von nicht-metastasiertem PCa</p>		
Saad 2002 [563]	RCT, dreiarmig	n=643	Pat. mit fortgeschrittenem Pca im	1.n=214 Zoledronsäure 4 mg alle	2. n=221 Zoledronsäure 8mg dann	15 Mo	primär: Skelettale Kom	<p>1. Skelettale Komplikationen</p> <p>Placebo: 44,2%</p>	in der Anlage dreiarmige	1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
			hormonrefraktärem Stadium und Knochenmetastasen	3 Wo	reduziert auf 4mg alle 3 Wochen		pplikationen (pro 3 Wochen wurde 1 Ereignis gezählt) sekundär: Zeit bis zum Auftreten der SREs, Lebensqualität	Zoledronsäure 4mg: 33,2% p=0,02 [95%KI -20,8% bis -1,8%] statistisch signifikanter Unterschied von 11% relativ zugunsten von Zoledronsäure 2. Zeit bis zum Auftreten von skelettalen Komplikationen Placebo: median 321 Tage Zoledronsäure: nach 15 Mo Median noch nicht erreicht p=0,01 Unterschied im Anstieg des SchmerzScores (BPI) nicht signifikant Studie wurde von 38% mit Zoledronsäure 4mg und 31% mit Placebo beendet	Studie, der Arm mit Zoledronsäure 8mg wurde wegen der Nebenwirkungen (Nierenfunktion) auf 4mg reduziert	
Saad 2004	siehe Saad 2007									

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Intervention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer-kungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Saad, 2007 [564]	RCT	n=422 (Auswertung für n=132)	Pat. mit fortgeschrittene m Pca im hormonrefraktären Stadium und Knochenmetastasen -mittleres Alter= 72J -Core phase= 0-15 Monate -Extension phase= 16-24 Monate	n=214 Zoledronsäure 4mg alle 3 Wochen für 24 Monate zur Prävention von SREs und 500mg Calcium+ 400-500IU Vit.D tägl.	n=208 Placebo alle 3 Wochen für 24 Monate und 500mg Calcium+ 400-500IU Vit.D tägl.	24 Monate	SREs SMR	-n=132 kamen in die extension phase, davon n=74 Zoledronsäure, n=58 Placebo -n=84 beendeten die Studie -34% der Pat. mit ≥ 1 SRE vor core phase SRE während der extension phase (16-24 Monate) -19% mit Zoledronsäure vs. 38% mit Placebo, p=0,17 -längerer Zeitraum bis zum Auftreten von SRE mit Zoledronsäure (mittlere Zeit: 488 Tage vs. 321 Tage), p=0,009 -53% Risikoreduktion für SRE bei Pat. mit Zoledronsäure vs. Placebo, p=0,22 SRE während der core phase (0-15 Monate) ausschliesslich erste SRE -Pat. die einen 2. SRE im Studienzeitraum erlebten: 21% mit Zoledronsäure vs. 31% mit Placebo, p=0,017 -Verlängerung des Zeitraums bis zum zweitem SRE mit Zoledronsäure um	-n=84 beendeten die Studie	1-

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Patienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemer- kungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
								<p>42%</p> <p>-Bestrahlung: 15% vs. 19%, n.s.</p> <p>-patholog. Fraktur: 7% vs. 13%, n.s.</p> <p>RM-Kompression: 3% vs. 4%, n.s.</p> <p>-Änderung der antineoplast. Therapie: 3% vs. 4%, n.s.</p> <p>-0,47 SRE/J vs. 0,8 SRE/J, p=0,014</p> <p>Inzidenz von SRE in 0-24 Monaten</p> <p>-n=144 (34%) mit SRE vor core phase, Erleben einer on-study SRE: OR 1,23; 10%ige Reduktion durch Zoledronsäure</p> <p>-mittlere Zeit bis zum Auftreten von SRE länger mit Zoledronsäure, n.s.</p> <p>-Reduktion von overall risk von SRE um 33% mit Zoledronsäure (HR, 0,67; p=0,027)</p> <p>SMR</p> <p>-Reduktion um 65% mit Zoledronsäure bei Pat. mit SRE vor core phase, p=0,036</p>		

7.5.9. Rote-Hand Briefe für 2. Aktualisierung 2014

Wirkstoff	Sachverhalt	Empfehlungen
Denosumab 03.09.2012 AMGEN 2012 [565]	<p>- Bei Patienten, die mit Denosumab behandelt wurden, wurde über schwere symptomatische Hypokalzämie, einschließlich Fällen mit tödlichem Ausgang berichtet.</p> <p>- Eine Hypokalzämie kann zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung mit Denosumab auftreten. [am häufigsten trat sie in den ersten 6 Monaten auf]</p> <p>- Die Anzeichen und Symptome umfassen in diesen Fällen unter anderem eine Veränderung des mentalen Status, Tetanie, Krampfanfälle sowie eine QTc-Verlängerung.</p>	<p>- Eine bereits bestehende Hypokalzämie muss vor Beginn der Therapie korrigiert werden.</p> <p>- Ergänzend müssen alle Patienten Kalzium und Vitamin D erhalten, außer bei bestehender Hyperkalzämie.</p> <p>- Sollte eine Hypokalzämie auftreten, ist möglicherweise eine zusätzliche Kalziumgabe erforderlich.</p> <p>- Bei Patienten mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min) oder bei dialysepflichtigen Patienten besteht ein höheres Risiko, eine Hypokalzämie zu entwickeln. Bei diesen Patienten wird eine Überwachung der Kalziumspiegel empfohlen.</p>
Denosumab 20.02.2013 AMGEN 2013 [566]	<p>- Es wurde bei Patienten, die mit Denosumab behandelt wurden, über seltene Fälle atypischer Femurfrakturen berichtet.</p>	<p>- Während der Behandlung mit Denosumab sollten die Patienten angewiesen werden, neu auftretende oder ungewöhnliche Oberschenkel-, Hüft- oder Leistenschmerzen zu berichten. Patienten mit solchen Symptomen sollten auf eine unvollständige Femurfraktur hin untersucht werden.</p> <p>- Bei mit Denosumab behandelten Patienten, die eine Femurschaftfraktur erlitten haben, sollte der kontralaterale Femur untersucht werden.</p> <p>- Bei Patienten mit Verdacht auf eine atypische Femurfraktur sollte der Abbruch der Prolia®-Therapie erwogen werden, solange die Abklärung bei ihnen andauert. Eine individuelle Nutzen-Risiko-Einschätzung sollte durchgeführt werden.</p>
Zoledronsäure 12.03.2010 Novartis 2010 [567]	<p>- Nierenfunktionsstörung und Nierenversagen wurden nach der Verabreichung von Aclasta festgestellt, insbesondere bei Patienten mit vorbestehender renaler Dysfunktion oder mit anderen Risiken, einschließlich fortgeschrittenem Alter, gleichzeitiger Anwendung von nephrotoxischen Arzneimitteln, gleichzeitiger diuretischer Therapie oder Flüssigkeitsmangel, der nach der Aclasta-Verabreichung auftrat.</p>	<p>- Die Kreatinin-Clearance sollte vor jeder Verabreichung von Aclasta bestimmt werden.</p> <p>- Aclasta sollte bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance von < 35 ml/min nicht angewendet werden.</p> <p>- Ein vorübergehender Anstieg der Serum-Kreatinin-Konzentration kann bei Patienten mit vorbestehender Nierenfunktionsstörung stärker sein.</p>

Wirkstoff	Sachverhalt	Empfehlungen
	<ul style="list-style-type: none"> - Nierenfunktionsstörungen wurden bei Patienten nach der ersten Verabreichung beobachtet. - Ein dialysepflichtiges Nierenversagen oder Nierenversagen mit letalem Ausgang trat selten auf. - Es ist wichtig, dass Aclasta bei Patienten mit einer Kreatinin-Clearance von < 35 ml/min nicht angewendet wird, dass die Patienten ausreichend mit Flüssigkeit versorgt worden sind und dass eine Überwachung der Serum-Kreatinin-Konzentration bei Risikopatienten in Betracht gezogen wird. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bei Patienten mit einem erhöhtem Risiko sollte die Überwachung des Serum-Kreatinins in Betracht gezogen werden. - Aclasta sollte bei gleichzeitiger Anwendung von anderen Arzneimitteln, die die Nierenfunktion beeinflussen könnten, mit Vorsicht eingesetzt werden. - Patienten, insbesondere ältere Patienten und solche mit einer diuretischen Therapie, sollten vor der Verabreichung von Aclasta angemessen mit Flüssigkeit versorgt worden sein. - Eine einzelne Dosis von Aclasta sollte 5 mg Zoledronsäure nicht überschreiten und die Dauer der Infusion sollte mindestens 15 Minuten betragen.

7.6. Thema Therapie der tumorbedingten Harnstauung

7.6.1. Primärstudien für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte/Kommentar	Evidenz-Niveau (SIGN)
Chiou, 1990 [568]	Retro-spektive Kohorte	37	Patienten mit Ureter-obstruktion bei PCa Alter im Mittel 73 J.	PCN	keine	3 Jahre	Gesamtüberlebe-n	Die Überlebensraten hormonnaiver Patienten (n=15) sind ca. doppelt so hoch wie die von hormontherapierten Patienten (n=22). Zwischen uni- (n=11) und bilateralen (n=26) Obstruktion gibt es keinen relevanten Unterschied in den Überlebensraten. Patienten mit manifestem Nierenversagen (n=12) unterscheiden sich in den Überlebensraten nicht stark	2

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte/Kommentar	Evidenz-Niveau (SIGN)
Chung, 2004 [569]	Retro-spektive Kohorten-studie	101	85 Pat. Mit maligner Obstruktion, davon 5 mit Prostata-Ca, 11 Pat. mit benigner Obstruktion	retrograder Stent, bei Versagen entweder palliative Pflege oder PCN		11 Mo.	Rate und Prädiktoren des Stent-Versagens	Stent-Versagen 56% innerhalb von 11 Monaten, davon 43% innerhalb der ersten 6 Tage Särkster Prädiktor (OR=8) für Stentversagen ist eine Tumorerkrankung. Algorithmus für Stent vs. PCN wurde entwickelt	2(+)
Docimo, 1989 [570]	Retro-spektive Fallserie	67 aus 2 Kliniken Unklar wie viele Pat Prostata-Ca	Obstruktion durch Tumor (n=35), retroperitoneale Fibrose oder Endometriose und innere Ureter-obstruktion.	retrograder Stent		30 Tage	Anteil von Stentversagern (per def. Stenfunktion nach 30 Tagen)	Extrinsische Obstruktion hat ein signifikant höheres Risiko für Stentversagen: zwischen 46 und 53% innerhalb der ersten 30 d. Einziger Prädiktor für Versagen ist Stentdurchmesser bei Silikonstents. Technische Ursachen für Versagen werden diskutiert	3
Feng, 1999 [571]	Retro-spektive Fallserie	37 10 Prostata-Ca	maligne Ureter-obstruktion, 10 durch Prostata-Ca	retrograder Stent-Applikation / antegrade Drainage bzw. PCN bei unmöglicher Stentplatzierung bzw. Stentversagen		15 Mo.	Rate erfolgreicher Harnableitungen per Stent (per def. Mindestens 1 Woche nach Anlage anhaltend)	Bei 50% der 10 PCa-Patienten war eine primäre Stentanlage nicht möglich, bei den übrigen 50% blieb der platzierte Stent funktionstüchtig. Fast 100% Versagerquote bei Zervix-CA, hier PCN im primären Management empfohlen, bei übrigen Tumoren PCN oder Stent	3
Ganatra, 2005 [572]	Retro-spektive	157	maligne Ureter-obstruktion bei verschiedenen	retrograder Stent, bei Versagen PCN		13,6 Mo.	Stent-Versagen (dann PCN), Risikofaktoren	56 von 157 Pat. letztlich zu PCN überwiesen wg. Stentversagens (35,7%), Risikofaktoren: starke Blaseninvasion durch Tumor -> wg. Hoher	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte/Kommentar	Evidenz-Niveau (SIGN)
	Fallserie		Tumoren (PCa n=14)				für Stentversagen	Komplikationsrate sollte Prozedere mit Pat.+Familie besprochen werden	
Harris, 2006 [573]	Retro-spektive Kohorten-studie	26	Patienten mit durch PCa verursachter Ureterobstruktion, Gruppe 1: hormonnaiv (2 Pat), Gruppe 2: hormonsensibel (3 Pat), Gruppe 3: kastrationsresistent (21 Pat), 20 Pat. mit bilat. Harnstau	PCN unilateral versus bilateral bei den drei Patientengruppen; von den 20 bilateral harngestauten Patienten erhielten 10 eine bilaterale PCN, alle 5 einseitig gestauten Pat. erhielten eine unilat. PCN, 6 bilateral gestaute Pat. erhielten eine unilat. PCN			Überlebens-zeit nach PCN	durchschnittl. Überleben in der Gruppe der bilateralen Nephrostomie: 72 d vs. 157 d in der Gruppe der unilateralen PCN Kommentar: auf Grund der Fallzahlen können Gruppen 1+2 nicht separat ausgewertet werden, es kann also keine Aussage zur Frage hormonsensitiv/-resistent gemacht werden; auf Grund der Vermischung von ein- und beidseitig gestauten Patienten sowie hormonresponsiv/-resistent ist die Aussagekraft des mittleren Überlebens sehr eingeschränkt	2(+)
Honnens de Lichtenberg, 1993 [574]	Retrospektive Kohorte	88	PCa mit Harnabflussstörung, nicht hormonell vorbehandelt	Hormontherapie allein (n=77)	Hormontherapie + PCN (n=11) bei totaler Harnabflussstörung		Rückgang des Harnstaus, Gesamtüberleben	Rückgang des Harnstaus in 55% der allein hormonbehandelten + medianes Überleben von 26 Monate vs. 76% der PCN-Patienten mit totalem Verschluss + medianes Überleben 13 Monate	2-
Ku, 2004 [575]	Retro-spektive Kohorten-	148	maligne Ureterobstruktion, Tumoentitäten	Retrograder Stent (68 Pat)vs. PCN (80 Pat.)		Berechnung auf 100 Personentage	Fieber, Pyelonephritis, Urin-Ablaufstörung	Kein Unterschied bezüglich Fieber- und Pyelonephritis-Rate, aber 11% Urin-Ablaufstörung (Stent) versus 1,3% (PCN) Schlussfolgerung der Autoren: Pat. Mit Stent	2+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Ver-gleichs-Inter-vention	Nach-verfolgung	Outcomes	Effekte/Kommentar	Evidenz-Niveau (SIGN)
	studie		nicht genannt					sollen eng überwacht werden um Urin-Ablaufstörung frühzeitig zu diagnostizieren	
Michigan, 1977 [576]	Retrospektive Fallserie	31	PCa mit Harnabflussstörung	Hormontherapie unterschiedlicher Art			Rückgang des Harnstaus	74% reagierten auf Hormontherapie allein	3
Oefelein, 2004 [577]	Retro-spektive Kohorten-studie	51	fortgeschr. PCa	Ureter-Stent / PCN / TUR / Foley-Katheter		9,2 Mo.	Overall survival	Overall-Survival mit Obstruktion kürzer als ohne, für hormonnaive Pat. länger (24 Mo.) als für HRPC (7 Mo.)	2+
Yosse-powitch, 2001 [578]	Prospektive Fallserie	92	innere (61% der Patienten) und äußere (39% der Patienten) Ureterobstruktion, äußere durch verschiedene Tumoren, 3% PCas	retrograder Stent, bei Versagen/unmögliche Anlage PCN		3 Mo.	Prädiktoren des Stent-versagens. Stent-Versagen bei hochgradiger Hydronephrose und distaler Obstruktion	bei tumorbedingten äußeren Obstruktionen 27% primär kein Stent platzierbar, von den übrigen Pat. 56,4% Stentversagen innerhalb der ersten 3 Monate; Prädiktoren: Stärke der Obstruktion und der Hydronephrose	3

7.7. Thema Supportiv- und Palliativtherapie

7.7.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	<p>Rectal Problems after Radiotherapy</p> <p>Radiotherapy for prostate cancer may lead to a range of adverse effects on the bowel. Men receiving radiotherapy to pelvic lymph nodes may experience problems from irradiation of the small bowel. More commonly, radiotherapy is targeted at the prostate alone (and not the lymph nodes) and it is the rectum that is at risk of radiation effects.</p> <p>Acute and late stage toxicity in the bowel is an important complication of radiotherapy for prostate cancer.</p> <p>Radiation-induced injury to the bowel may be functional without underlying anatomical disturbance, and symptoms and signs may well be due to treatable causes or intercurrent pathology. There is an increased risk of rectal cancer after pelvic radiation but faecal occult blood testing is a poor discriminator due to telangiectasis and the emerging National Screening Programme for bowel cancer is inappropriate for these men.</p> <p>There is a relative lack of research and specialisation by oncologists and gastroenterologists in radiation-induced gastrointestinal (GI) tract injury. In consequence, there is no structured way for patients with GI toxicity to be assessed and potential protective treatments have not been tested adequately in man.</p> <p>Recommendations:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Men presenting with symptoms consistent with radiation-induced enteropathy should be fully investigated (including using flexible sigmoidoscopy) to exclude inflammatory bowel disease or malignancy of the large bowel and to ascertain the nature of the radiation injury. Particular caution should be taken with anterior wall rectal biopsy following brachytherapy because of the risk of fistulation. - Men treated with radical radiotherapy for prostate cancer should be offered flexible sigmoidoscopy every 5 years. - Steroid enemas should not be used for treating men with radiation proctopathy. - The nature and treatment of radiation-induced injury to the gastrointestinal (GI) tract should be included in the training programmes for oncologists and gastroenterologists. Qualifying statement: These recommendations are based on expert opinion and GDG consensus. 	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Clinical Evidence</p> <p>Many of the trials were not restricted to prostate cancer but included any patients with any malignancy requiring pelvic EBRT. There was inconsistent evidence for the use of aminosalicylates, sucralfate and misoprostol for the prevention of acute bowel toxicity during pelvic radiotherapy. Other trials reported effective interventions for treatment of acute bowel toxicity but each intervention was only tested in a single trial.</p> <p>There was no evidence, from fifteen randomised trials in patients receiving pelvic radiotherapy, to support the use of radioprotective agents (see evidence review). Other randomised trials demonstrated clinical effectiveness of loperamide (Sherman et al. 1989), octreotide (Yavuz et al. 2002) and butyrate (Vernia et al. 2000) for acute radiation-induced diarrhoea.</p> <p>A systematic review of non-surgical interventions for late radiation proctopathy (Denton et al. 2002) identified six randomised trials. Although some of studies reported positive results, the trials were small and each examined a different intervention. There was insufficient evidence, therefore, to recommend any specific intervention.</p> <p>A systematic review (McGough et al. 2004) concluded there was little evidence to support the use of nutritional interventions for acute or chronic gastrointestinal symptoms. Due to the lack of good evidence for this question the GDG commissioned an expert position paper (see Appendix B of the evidence review).</p> <p>Recommendation:</p> <p>Men with metastatic prostate cancer should be offered tailored information and access to specialist urology and palliative care teams to address the specific needs of men with metastatic cancer. They should have the opportunity to discuss any significant changes in their disease status or symptoms as these occur.</p> <p>The regular assessment of needs should be applied systematically to men with metastatic prostate cancer.</p> <p>Palliative interventions at any stage should be integrated into coordinated care, and any transitions between care settings should be facilitated as smoothly as possible.</p> <p>Healthcare professionals should discuss personal preferences for palliative care as early as possible with men with metastatic prostate cancer, their partners and carers. Treatment/care plans should be tailored accordingly and the preferred place of care should be identified.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that palliative care is available when needed and is not limited to the end of life. It should not be restricted to being associated with hospice care.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Qualifying statement: There is evidence from qualitative studies and GDG (group) consensus to support these recommendations</p> <p>Evidence:</p> <p>Literature searches did not find any studies that compared palliative care settings or models in prostate cancer. Several observational studies described experiences with palliative care in particular settings. Although this shows that care is possible in such settings, without comparative studies there was no evidence about which palliative care model or setting was best. Several themes emerged: the need for multidisciplinary delivery of palliative care (Palmieri & Waxman 2005; Pienta et al. 1996; Cunliffe 2003; Ok et al. 2005) and the integration of curative and palliative treatment (Ok et al. 2005; Pienta et al. 1996) during the often long course of the disease (Green et al. 2002).</p>	
EAU 2007 [1]	<p>Recommendations:</p> <p>Patients with symptomatic and extensive osseous metastases cannot benefit from medical treatment with regard to prolongation of life. Management of these patients has to be directed at improvement of QoL and mainly pain reduction.</p> <p>Effective medical management with the highest efficacy and a low frequency of side-effects is the major goal of therapy.</p> <p>Hormone-refractory CaP is usually a debilitating disease, often affecting the elderly male. A multidisciplinary approach is required with input from medical oncologists, radiation oncologists, urologists, nurses and social workers (Esper PS, et al. Semin Urol Oncol 1997).</p> <p>Bisphosphonates may be offered to patients with skeletal metastases (mainly zoledronic acid has been studied) to prevent osseous complications.</p> <p>Pain due to osseous metastases is one of the most debilitating complications of HRPc. Bisphosphonates have been proven to be highly effective with a response rate of 70-80%, which, associated with a low frequency of side-effects, makes bisphosphonates to be an ideal medication for palliative therapy of advanced HRPc (Heidenreich A, et al. J Urol 2001; Heidenreich A, et al. Prostate Cancer Prostatic Dis 2002; Meulard-Durdux C, et al. Cancer 1996). Bisphosphonates should be considered early in the management of symptomatic HRPc.</p> <p>Palliative treatments such as radionuclides, external beam radiotherapy, adequate use of analgesics should be considered early in the management of painful osseous metastases.</p> <p>Most patients with HRPc have painful bone metastases. The two beta-emitting radioisotopes, strontium-89 and samarium-153, can partially or completely decrease bone pain in up to 70% of patients. Early use can make subsequent administration of chemotherapy more difficult because of myelosuppression (Porter AT, et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1993; Heidenreich A, et al. Cancer 2004). Critical issues of palliation must be addressed while considering additional systemic treatment, including management of pain, constipation, anorexia, nausea, fatigue and depression, which frequently occur (i.e. palliative external beam radiation, cortisone, analgesics and antiemetics).</p>	<p>k.A.</p> <p>A</p> <p>B</p>

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
Dutch Urological Association 2007 [71]	keine Angaben zu Palliativ- oder Supportivtherapie identifiziert	-
LG Hessen 2009 [579]	<p><u>Schwäche:</u></p> <p>reversible Ursachen, die zum Schwächegefühl beitragen, identifizieren und beheben</p> <p>nur bei entsprechender Prognose oder dem klinischen Verdacht auf eine potenziell reversible Ursache weitere Diagnostik betreiben</p> <p>Intravenöse Hyperalimentation ohne nachgewiesenen Effekt</p> <p>mit Patienten gemeinsam nach Lösungen suchen, z. B. Erklärung, dass das Gefühl der Schwäche fluktuiert. Vorschläge machen, die Kraft einzuteilen, Ruhepausen mit Aktivität abzuwechseln, den Tagesablauf anzupassen. Vor wichtigen Ereignissen (z. B. Geburtstage, Hochzeit, Hochzeitstag) kann eine Erhöhung der Steroide oder ggf. eine Bluttransfusion kurzfristig eine Besserung des Schwächegefühls bringen. Körperliche Aktivierung (z. B. Gymnastik im Bett, Stretchbänder).</p> <p>Gabe von Steroiden unterschiedlich beurteilt, jedoch kann als allgemein roborierende Maßnahme ein Versuch mit 4 mg Dexamethason indiziert sein (Ream E, Stone P. Clinical interventions for fatigue. In: Fatigue in cancer. Armes J, et al. Oxford University Press, Oxford, 2004: 255-277)</p> <p>Wirksamkeit einer hormonellen Therapie (z. B. Medroxyprogesteronacetat, Megestrolacetat, Testosteron, Erythropoetin oder Melatonin) nicht ausreichend belegt, kann nicht empfohlen werden (Ream E, Stone P. Clinical interventions for fatigue. In: Fatigue in cancer. Armes J, et al. Oxford University Press, Oxford, 2004: 255-277)</p> <p>Therapie potenziell behandelbarer Ursachen bei Schwäche</p> <p><u>Anämie:</u> Transfusion bei Hb < 8 g/l, weitere Anämiezeichen wie Kurzatmigkeit, Müdigkeit</p> <p><u>Hypokaliämie:</u> ggf. Schleifendiuretikum durch ein kaliumsparendes Diuretikum ersetzen, Substitution über Nahrung (Bananen, Tomaten, Zitrusfrüchte)</p> <p><u>Hyperkalzämie:</u> Hydratation, Bisphosphonate</p>	-

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p><u>Hypotonie:</u> Flüssigkeit, Medikamente überprüfen/absetzen</p> <p><u>Schilddrüsenfunktionsstörung:</u> Medikamente überprüfen, ggf. Therapie</p> <p><u>Medikamente:</u> Reduktion oder Wechsel (Steroide, Antidepressiva, Benzodiazepine, Opiode), sedierende Medikamente möglichst nur zur Nacht geben</p> <p><u>Schlaflosigkeit:</u> Ursachen besprechen (Sorgen, Angst etc.), für ruhige, entspannte Umgebung sorgen, ggf. Benzodiazepine</p> <p><u>Anorexie, Kachexie:</u> Steroide (z. B. 4 mg Dexamethason p.o.)</p> <p><u>Depressives Syndrom:</u> Antidepressiva</p> <p><u>Inaktivität:</u> Krankengymnastik</p> <p><u>Gehirnmetastase:</u> Dexamethason, ggf. Bestrahlung/systemische Chemotherapie</p> <p><u>Rückenmarkskompression:</u> Dexamethason (Bausewein C, et al. <i>Arzneitherapie in der Palliativmedizin</i>. 1. Aufl. Urban und Fischer, München, Jena, 2005), z. B. beginnend mit 10-20 mg i.v., dann p.o. 16 mg/die, ggf. Bestrahlung, ggf. operative Entlastung</p> <p><u>Fatigue:</u></p> <p>vor Einleitung »therapeutischer« Maßnahmen immer unrealistische Erwartungen an den Therapieerfolg verhindern</p> <p>Behandlungsversuche mit Amphetaminen (Methylphenidat) in randomisierten Studien nicht erfolgreicher als Placebogabe (Bruera E, et al. <i>J Clin Oncol</i> 2006)</p> <p>Viele Betroffene profitieren von Informationsbroschüren (Deutsche Krebshilfe oder andere Patientenorganisationen). Besonders für Angehörige hilfreich, da sie sich weniger hilflos im Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied fühlen (Glaus A, et al. <i>Pflege</i> 2002)</p> <p>klinische Unterscheidung von Depression und Fatigue im Einzelfall schwierig (Visser M, Smets E. <i>Support Care Cancer</i> 1998), jedoch Fatigue nicht erfolgreich mit Antidepressiva zu behandeln (Morrow G, et al. <i>Proceedings American Society of Clinical Oncology</i> 2001)</p> <p>wesentliche Aufgabe der behandelnden Ärzte: Vermittlung der Tatsache, dass Fatigue Ausdruck der fortschreitenden Krankheit ist (Glaus A.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Fatigue. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Aulert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.). Schattauer Verlag, Stuttgart, 2007)</p> <p>Unterstützende Maßnahmen</p> <p>kein Verzicht auf gewohnte kleine »Alltagsfreuden« wie Alkohol oder andere Genussmittel</p> <p>deutlich stärkerer Profit von gezielter Suche nach »Womit könnten Sie sich denn heute etwas Gutes tun?« als von medikamentösen Therapieversuchen</p> <p>Armbewegungen im Sitzen oder Liegen, Hin- und Herwiegen zu Musik sowie passive Bewegungsübungen können selbst bei schwächeren Patienten das Wohlbefinden günstig beeinflussen (Mock V, et al. Oncology Nursing Forum 1997)</p> <p><u>Unruhe:</u></p> <p>möglichst Behandlung der Ursachen (Schmerzen, Atemnot, Augen- und Mundtrockenheit, Harnverhalt, Exsikkose, Hypoglykämie, Hyperkalzämie, Hirnmetastasen, Bewegungsunfähigkeit aufgrund von Schwäche, Medikamente (paradoxe Reaktion auf Benzodiazepine), Psychosoziale Ursachen (unerledigte Angelegenheiten, keine oder »falsche« Sitzwache))</p> <p>Schaffen einer vertrauten Atmosphäre (bekannte Musik, Bettdecke, ruhige Anwesenheit von Angehörigen oder vertrauten Personen)</p> <p>medikamentöse Therapie:</p> <p>Promethazin: 15-75 mg p.o</p> <p>Diazepam: 2-10 mg p.o., i.v. (nicht s.c.), 10-20 mg rektal 8-stdl.</p> <p>Lorazepam: 0,5-2,5 mg p.o., i.m., i.v.</p> <p>Midazolam: bei Bedarf: 2,5-5 mg s.c. (nicht für s.c. Gabe zugelassen), p.o. oder 1-2,5 mg i.v. oder kontinuierlich: 10-60 mg/24 h in subkutaner Spritzenpumpe. Kurze HWZ, stark sedierend</p> <p>Flunitrazepam: 1-2 mg s.c. (nicht für s.c. Gabe zugelassen), p.o., 0,5-2 mg i.v., i.m., stark sedierend</p> <p>Prothipendyl: (z. B. Dominal®) 20-80 mg p.o., i.v.</p> <p>Pipamperon: 20-80 mg p.o.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Melperon: 25-50 mg 8-stdl. p.o.</p> <p>Bei Halluzinationen, Alpträumen, paranoiden Symptomen (v.a. delirantes Syndrom)</p> <p>Haloperidol (z. B. als Generikum verfügbar) 1,5-3 mg s.c. 8-stdl. bei älteren Patienten, 5 mg s.c. 8-stdl. bei jüngeren Patienten, 10-30 mg/24 h s.c., i.v.</p> <p>Levomepromazin (z. B. als Generikum verfügbar) 10-50 mg 4-stdl. p.o., s.c., i.m., sedierend, als Tropfen gut dosierbar</p> <p>parenterale Gabe von Medikamenten notwendig (Patienten meist nicht mehr in der Lage sind zu schlucken)</p> <p>subkutane Gabe zu bevorzugen (einfachere Applikation (auch zuhause möglich))</p> <p>bei überwiegender Unruhe vor allem z. B. bei Patienten mit Hirnmetastasen Benzodiazepine bevorzugen (erniedrigen im Vergleich zu Neuroleptika nicht die Krampfschwelle), bei diesen bietet sich auch Therapieversuch mit Kortison an</p> <p>Midazolam (nicht für s.c. Gabe zugelassen) und Haloperidol können in der Spritzenpumpe mit Morphin gemischt werden</p> <p>Falls Patient unter Midazolam (120 mg/24 h) und Haloperidol (30 mg/24 h) nicht deutlich ruhiger wird, kann Phenobarbital (200 mg s.c. oder i.m. bei Bedarf, oder 800-1600 mg/24 h) in Spritzenpumpe gegeben werden.</p> <p>aktives Vorgehen notwendig, einerseits um des Patienten Willen, andererseits aber auch wegen der möglichen Beunruhigung der Angehörigen, da sie dieses Bild der letzten Stunden des Patienten oft im Gedächtnis behalten</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p><u>Angst:</u></p> <p>stützende und beruhigende Gespräche mit dem Patienten (essentiell)</p> <p>körperlicher Kontakt mit Patienten (besonders gute Möglichkeiten durch Pflegeverrichtungen)</p> <p>unterstützende Medikation, z. B. akut Benzodiazepine: Lorazepam 0,5-1 mg tägl oder Oxazepam 1-2 x 10 mg tägl. oder Dikaliumchlorazepat (z. B. Tranxilium® (eher sedierend, längere HWZ)) 5-20 mg tägl.</p> <p>Cave: paradoxe Reaktion mit Erregungszuständen möglich</p> <p>alternativ sedierende Neuroleptika (Levomepromazin): Wirkungseintritt teils erst nach 2-4 Wochen</p> <p>Antidepressiva (Doxepin, Amitriptylin)</p> <p><u>Depression:</u></p> <p>ursächliche Faktoren berücksichtigen</p> <p>ansonsten symptombezogene antidepressive Therapie</p> <p>Therapie in tragende, empathische Arzt-Patient-Beziehung einbetten</p> <p>vor spezifischen Therapieansätzen organische Faktoren, wo möglich, beheben</p> <p>psychotherapeutische Ansätze können in Abhängigkeit von Prognose Angst, Depression und Schmerzintensität effektiv reduzieren, z. B. durch Unterstützung gegen soziale Isolation, Unterstützung in grundlegenden Bewältigungsstrategien (Copingfertigkeiten)</p> <p>Einsatz eines Antidepressivums in Abhängigkeit der Begleitsymptome sowie der Nebenwirkungen bzw. möglicher Interaktionen mit anderen Symptomen der somatischen Erkrankung</p> <p>Depression ohne zusätzliche Symptome: Citalopram (10-40 mg)</p> <p>bei agitierten Symptomen eher sedierende Antidepressiva: Amitriptylin (10-100 mg), Doxepin (25-50 mg tägl., kleine Dosisschritte)</p> <p>Wenn Sedierung nicht erwünscht: Nortriptylin oder Desipramin 25-50 mg tägl., kleine Dosisschritte</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>bei ausgeprägter Angstsymptomatik: (evtl. zusätzlich) Lorazepam (2-3 x 0,5-1 mg), Bromazepam (2-4 x 1,5 mg/die)</p> <p>anticholinerge Nebenwirkung beachten (hier ggf. Anwendung von SSRI, z. B. Citalopram), besonders bei verringerter Darmmotilität nach operativen Eingriffen, eingeschränkter Harnausscheidung</p> <p>mögliche Medikamenteninteraktionen beachten, z. B. unter Metoclopramid, Cimetidin rasche Plasmaspiegelerhöhung von trizyklischen Antidepressiva</p> <p>Möglichkeit der Infusionsbehandlung bzw. Gabe als Suppositorium erwägen</p> <p>auch in Terminalphase ist rasch einsetzende antidepressive Therapie möglich: schnell wirksame amphetaminerge Stimulanzien, z. B. Methylphenidat (2-3 x 5 mg, Beginn mit 2,5 mg-Einzeldosis, vormittags)</p>	
	<p><u>Bewusstseinsstörung:</u></p> <p>Überlegen: behandlungsbedürftige Situation oder naher Tod? Aber auch in der palliativen Situation keine reversiblen Ursachen übersehen!</p> <p>Die Angehörigen sollten darüber informiert werden, dass trotz der Bewusstseinsstörung die Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten erhalten sein kann (Ruhige Zusprache oder Handhalten wirkt oft auf den Patienten beruhigend und gibt den Angehörigen das Gefühl, gebraucht zu werden und helfen zu können.)</p> <p>reversible Ursachen nach entsprechender Aufklärung des Patienten bzw. der Angehörigen soweit wie möglich, bzw. falls erwünscht kausal behandeln</p> <p>Überprüfung und Vereinfachung der aktuellen, möglicherweise auslösenden Medikation</p> <p>falls Ursache identifiziert, ggf. Steroide, Heparin, Elektrolytausgleich</p> <p>bei Status epilepticus: Antiepileptika</p> <p>bei delirantem Syndrom hochpotentes Neuroleptikum (z. B. Haloperidol), oft in Kombination mit sedierender Medikation (z. B. Levomepromazin, Benzodiazepine)</p> <p><u>Hirndruck/Kopfschmerzen:</u></p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Oberkörperhochlagerung um 30°</p> <p>bei tumorbedingtem Hirnödem Dexamethason, initial 3 x 8 mg p.o. oder bis zu 100 mg i.v. tägl. in der Akutphase für 3 bis 4 Tage und anschließend schrittweise Reduktion auf 3 x 4 mg tägl. oder weniger</p> <p>zusätzlich bei Bedarf ausreichende Gabe von Analgetika, zunächst peripher wirkende Analgetika wie Paracetamol bis zu 3 x 1000 mg tägl., falls nötig auch in Kombination mit Opioiden.</p> <p>Radiatio, nicht mit dem Ziel einer Lebensverlängerung, sondern wenn die Lebensqualität hierdurch verbessert werden kann!</p> <p>ggf. medikamentöse Therapie bei ausgeprägter terminaler Agitiertheit</p>	
	<p><u>Dyspnoe:</u></p> <p>Vor allen medikamentösen und invasiven Strategien steht die Begleitung der Patienten und auch ihrer Angehörigen. Oft reicht es, den Patienten zu beruhigen, für ihn da zu sein. Der Patient und die Angehörigen müssen sich sicher sein, rasch den Arzt erreichen zu können. Viele unerledigte Angelegenheiten erschweren das Sterben, Sorgen machen Unruhe, Angst und Dyspnoe. Wichtig ist vor allem die Vermittlung der Gewissheit, dass die Luftnot bald ausreichend gelindert sein wird, da sich der Patient in kompetente Betreuung begeben hat.</p> <p>Öffnen von Fenstern und Türen oder der Einsatz eines Ventilators häufig effektive Maßnahmen zu jedem Zeitpunkt der Behandlung</p> <p>Viele Patienten fühlen sich besser, wenn sie von enger Kleidung befreit sind.</p> <p>Lagerung des Patienten: Fast alle Patienten profitieren von aufrechter, (halb-)sitzender Position (mehr funktionelle Residualkapazität, Atemhilfsmuskulatur)</p> <p>Medikamentöse Therapie und begleitende Maßnahmen</p> <p>Opioide und Benzodiazepine die wichtigsten Stoffgruppen</p> <p>Morphin und andere Opioide (z. B. Hydromorphon) sind Eckpfeiler der medikamentösen Therapie: bewirken im Atemzentrum Erhöhung der Toleranz des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO₂) und wirken anxiolytisch, durch die so hervorgerufene Senkung der Atemfrequenz wird die Atemmechanik ökonomisiert und der Sauerstoffbedarf gesenkt</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>seltener: Nicht-Opioide wie z. B. Bronchodilatoren, Glukokortikoide, Sekretolytika, Antibiotika oder Anticholinergika</p> <p>in der Regel keine Indikation für Sauerstoffgabe (ausgesprochener Placeboeffekt (Bruera E, et al. Palliative Medicine 2003), Cave: Austrocknen der Schleimhäute!</p> <p>Tisch-/Handventilatoren lindern oftmals die Symptome</p> <p>zur Therapieeinleitung 5-10mg Morphinlösung per os oder 2,5-5mg Morphin sc alle 4 Stunden, sowie bei Bedarf zusätzlich</p> <p>»Bei Bedarf«: immer dann, wenn Luftnot verspürt, maximal alle 20-30min</p> <p>Tageshöchstdosis nicht festgelegt</p> <p>Bedarfsmedikation wie auch die vierstündlich gegebene Dosis können nach Therapieeinleitung rasch erhöht werden, falls Patient häufig Zusätze braucht, oder Symptome persistieren. Initial kann um 50%, später um 30 oder 20% erhöht werden.</p> <p>Wenn Patienten, die bereits starke Opioide erhalten (z. B. zur Schmerztherapie) über Atemnot klagen, sollte Morphindosis (Basis- und Zusatzmedikation!) um 50% erhöht werden (Klaschik E. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Palliativmedizin. Husebö S, Klaschik E (Hrsg.). 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2003)</p> <p>bei stark ausgeprägter Luftnot, im Sinne einer Notfallsituation, sollte Arzt oder erfahrene Palliativpflegekraft beim Patienten bleiben und das Opioid nach Wirkung und Nebenwirkung gegebenenfalls alle 5-10min sc verabreichen</p> <p>auch bei Opioid-Dauertherapie zur Behandlung von Dyspnoe vom ersten Tag der Behandlung an Prophylaxe der opioidbedingten Nebenwirkungen beginnen (s. Schmerztherapie)</p> <p>Anxiolytika (z.B. Lorazepam 1,0-2,5mg b. Bdf. po, iv oder Midazolam 1-2,5mg iv/sc (nicht für sc zugelassen)) und seltener niedrig potente Neuroleptika (v.a. Promethazin sc/iv/po) beim gleichzeitigen Vorliegen von Angst oder Panik (Klaschik E. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Palliativmedizin. Husebö S, Klaschik E (Hrsg.). 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2003), Levomepromazin in dieser Situation selten indiziert</p> <p>Kortikosteroide (Dexamethason po/sc/iv 8-24mg/d für 3 Tage, dann Reduktion auf 4-8 mg/d) können durch antiödematöse, bronchodilatatorische und entzündungshemmende Wirkung häufig hilfreich sein, vor allem bei Obstruktion der Atemwege durch große oder multiple Tumoren, Lymphangiosis karzinomatosa sowie bei chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen</p> <p>Bronchodilatoren (z.B. β2-Sympathomimetika, Methylxanthine und Anticholinergika) bei obstruktiven Lungenerkrankungen: da Zugrunde</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>liegende Erkrankung in der Regel schon weit fortgeschritten, durch Erhöhung oder Variation antiobstruktiver Maßnahmen jedoch nur selten Verbesserung der Symptomatik</p> <p>Antibiotika können beim Vorliegen einer Pneumonie indiziert sein (Oneschuk D, et al. J Palliat Care 2002; Vitetta L, et al. J Pain Symptom Manage 2000). Auch hier bei der Erfolgskontrolle auf den Verlauf der am stärksten belastenden Symptome konzentrieren</p> <p><u>Husten:</u></p> <p>Behandlung richtet sich nach der Ursache (bronchiale Obstruktion, postradiogene Lungenfibrose, COPD, dekompensierte Herzinsuffizienz, sekundäre Infektion)</p> <p>evtl. Bestrahlung</p> <p>langwirksame β2-Sympathomimetika, ggf. Kortikosteroide</p> <p>Behandlung der dekompensierten Herzinsuffizienz</p> <p>Antibiotika bei Infektionen</p> <p>wenn ursächliche Behandlung nicht möglich ist: Antitussiva (Codein oder andere Opiode)</p> <p><u>Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust:</u></p> <p>wenig sinnvoll, appetitlose (Tumor-)Patienten zum Essen zu drängen!</p> <p>Kortikoide können appetitsteigernd wirken</p> <p>künstliche Ernährung und Infusion von Flüssigkeit in terminaler Phase nicht sinnvoll</p> <p><u>Mundtrockenheit:</u></p> <p>gewissenhafte Mundpflege ist wichtigster Bestandteil der Vorsorge und Behandlung</p> <p>sich über Invasivität und Intimität der Maßnahme bewusst sein: nicht nur die »gewissenhafte«, sondern auch »respektvolle« und »achtsame« Durchführung der Mundpflege, Einbindung der Angehörigen kann helfen (Distanz zum Schwerstkranken überwinden und Form der intensiven Zuwendung darstellen)</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>kreative Ideen (Mundpflege mit Flüssigkeiten, die der Patient gerne getrunken hat z. B. gefrorene Cola, Säfte) können Lebensqualität bedeuten, Lutschen eingefrorener Ananasstückchen kann zudem helfen, über enthaltene Enzyme der Ananas, Borken auf Zunge und Schleimhäuten zu lösen</p> <p>mit Wattestäbchen (Tee, Eiswasser, nicht Glycerin, da subjektiv unangenehm) oder mit angefeuchteten Baumwollhandschuh können die Wangentaschen gut ausgewischt werden. Dabei kann man auch die Verklebungen durch Mundsoor gut lösen</p> <p>bei Soor: Antimykotika</p> <p>bei Ulzera/Erosion: D-Panthenollösung, Gel mit Lokalanästhetika, Volon-A Haftsalbe</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p><u>Dysphagie:</u></p> <p>ein medikamentöser Behandlungsversuch mit Glukokortikoiden (cave: Soor) ist im Fall einer Tumorobstruktion oder -infiltration von Nervengewebe indiziert</p> <p>Dosierung: 2 x tgl. bis zu 8 mg Dexamethason (po, sc) über max. fünf Tage; Absetzen, wenn kein Erfolg, da sonst qualvoller Effekt mit Appetitsteigerung (Bausewein C, et al. Gastrointestinale Symptome. In: Leitfaden Palliativmedizin. Bausewein R, et al (Hrsg.). Urban und Fischer, München, Jena, 2004) (BZ-Kontrollen durchführen!)</p> <p>Invasive Behandlungsoptionen (z. B. Bougierung, Lasertherapie oder Stentimplantationen) können das Symptom der Schluckstörung verbessern, gehen aber oft mit ausgeprägten Nebenwirkungen und einer Reduktion des Allgemeinzustandes der Patienten einher. Lebensqualität und Lebenserwartung der Patienten werden so häufig vermindert (Neale JC, et al. J Palliat Care 2004)</p> <p><u>Schluckauf:</u></p> <p>ursächliche Behandlung ist nur in seltenen Fällen möglich</p> <p>Gabe von folgenden Substanzen bewährt (Bausewein C, et al. Gastrointestinale Symptome. In: Leitfaden Palliativmedizin. Bausewein R, et al (Hrsg.). Urban und Fischer, München, Jena, 2004): Baclofen (z.B. Lioresal® 5-10mg 8-stdl. po), Haloperidol 5-10mg po oder sc zur Nacht, Nifedipin 10-20mg 8-stdl.</p> <p><u>Übelkeit und Erbrechen:</u></p> <p>erreichbares Therapieziel vereinbaren: Vermittlung, dass Verminderung der Beschwerden auf erträgliches Maß realistischer Therapieauftrag ist (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, NewYork, 2004)</p> <p>Unverzichtbar: Gespräch mit Patienten und Angehörigen über den Teufelskreis des »Essen müssens« (s. Appetitlosigkeit und Schwäche)</p> <p>Nichtmedikamentöse Ansätze</p> <p>unterstützend: Vermeidung unangenehmer Gerüche oder Anrichten kleiner, appetitlicher Speisen (Kern M. Palliativpflege - Richtlinien und Pflegestandards. Pallia Med Verlag, Bonn, 2000)</p> <p>Wirksamkeit von Aromatherapie, Massage, Akupunktur, Akupressur, Ingwer und Verwendung traditioneller chinesischer Kräutermischungen bisher nicht eindeutig belegt, können aber (vor allem bei Patienten, die für alternative Therapieoptionen offen sind), zu</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>kurzfristiger Entspannung und damit auch zu Symptomreduktion führen (Ezzo JM, et al. Cochrane Database Syst Rev 2006; Fellowes D, et al. Cochrane Database Syst Rev 2004; Taixiang W, et al. Cochrane Database Syst Rev 2005)</p> <p>Medikamentöse Therapie</p> <p>unabhängig von Klärung der Ursache unverzüglich medikamentöse, symptomatische Therapie mit Antiemetikum beginnen: angewendete Substanzen unterscheiden sich je nach Wirkort (Chemorezeptortriggersonne, Brechzentrum, Gastrointestinaltrakt, zerebraler Kortex) und Wirkprinzip, mehrheitlich ist Wirkung der Antiemetika rezeptorvermittelt und je nach Lokalisation des Rezeptors einsetzbar</p> <p>zur Prophylaxe und/oder Therapie von Opioidbedingter Übelkeit häufig das niedrigpotente Neuroleptikum Haloperidol (z.B. 3 x 0,3-0,5mg po/sc) (Vella-Brincat J, Macleod AD. Palliat Med 2004) oder Metoclopramid 3-5 x 10mg po/sc/iv) eingesetzt (Glare P, et al. Support Care Cancer 2004)</p> <p>Antiemetika nach der Zugrunde liegenden Ursache, ihrem Wirkort und nach einem festen Zeitschema entsprechend der Wirkdauer verordnen</p> <p>gewählte Substanz sollte ggf. zusätzlich bei Bedarf verabreicht werden (auf ausreichende Dosierung im Bereich der Tageshöchstdosis achten!)</p> <p>Kombinationsbehandlung wenn keine Linderung erreicht wird (von den meisten benötigt (Bausewein C, et al. Gastrointestinale Symptome. In: Leitfaden Palliativmedizin. Bausewein R, et al (Hrsg.). Urban und Fischer, München, Jena, 2004): zweites Antiemetikum mit anderem Wirkort und Wirkmechanismus als Ausgangssubstanz (Dalal S, et al. J Palliat Med 2006)</p> <p>Medikamente nur oral verabreichen (um Übelkeit vorzubeugen oder wenn diese nicht stark ausgeprägt), insbesondere bei Erbrechen andere Applikationswege (rektal/sc, iv) wählen (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004)</p> <p>Prokinetika (z. B. Metoclopramid) können Peristaltik verstärken, Reflux vermindern und Magendarmpassage beschleunigen (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004) sowie durch Reizung der CTZ hervorgerufene Übelkeit vermindern (Glare P, et al. Support Care Cancer 2004)</p> <p>Antihistaminika wirken an zentralen und vestibulocochleären H1-Rezeptoren und führen häufig zu Müdigkeit (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004): in Deutschland häufig Dimenhydrinat (z.B. 150-300mg/d po, iv oder rektal)</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Neuroleptika (z.B. Haloperidol 3 x 5Trpf. po oder 3 x 1 mg sc) wirken über Hemmung von Dopaminrezeptoren</p> <p>Sonderstellung: Levomepromazin (kann durch Wirkung an unterschiedlichen Rezeptoren als »Breitspektrumantiemetikum« beim Versagen der anderen Substanzklassen eingesetzt werden) (z. B. ½ Amp. sc oder 3-5Trp. po 1 x tgl.).</p> <p>Steroide entfalten antiemetische Wirkung möglicherweise aufgrund Reduktion der Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke und Reduktion inhibitorischer Substanzen am Hirnstamm (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004). Sie können einen aufgrund von zerebralen Raumforderungen erhöhten intrakraniellen Druck ebenso vermindern wie gastrointestinale Obstruktionen aufgrund abdomineller Tumoren. Beides kann zu einer Verringerung von Übelkeit und Erbrechen führen. Dexamethason, als das in der Palliativmedizin am häufigsten verwendete Steroid, wird in einer Dosierung von 4-12 mg/d (im Falle von Hirndruck ggfls. bis 36 mg/d) oral, intravenös oder subkutan eingesetzt (Llanes LR, et al. Pain Symptom Manage 2006). Eine einmalige (morgendliche) Gabe von Steroiden reicht in der Regel aus (Glare P, et al. Support Care Cancer 2004). Zur Prophylaxe eines Magenulkus sollten gleichzeitig Protonenpumpeninhibitoren (z. B. 1 x tgl. 40 mg PPI) verabreicht werden (Bruera E, et al. J Pain Symptom Manage 2004).</p> <p>vor allem in Kombination mit anderen Wirkstoffen werden Anticholinergika wie zum Beispiel Scopolamin (z. B. 0,2mg sc bei Bedarf) eingesetzt (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004)</p> <p>Wirksamkeit von 5-HT3 Antagonisten zur Prophylaxe von Chemotherapie induzierter Übelkeit unstrittig</p> <p>nur dann alleine oder in Kombination verwenden, wenn Kombination anderer, oben genannter Wirkstoffe in ausreichenden Dosierungen nicht erfolgreich ist (Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004). kontraindiziert (z. B. Ondansetron 4-8mg/d) bei Magen-Darm-Hypomotilität.</p> <p>(Mannix KA. Palliation of nausea and vomiting. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D, et al (Hrsg.). 3rd Ed, Oxford University Press, New York, 2004)</p> <p>Cannabinoide gelten noch als »last-line« Medikamente (Radbruch L, Nauck F. Schmerz 2004), bei Patienten mit therapieresistentem Erbrechen kann Therapieversuch lohnend sein (wird nicht durch die GKV erstattet): THC (z.B. Dronabinol®) als ölige Tropfen (2,5 mg in 3Trpf. oder Drgs. á 2,5mg) (BtM), Beginn mit Tagesdosis von 2,5mg und langsame Steigerung bis zur Wirksamkeit oder dem Eintreten von Nebenwirkungen, Medikament wird gemäß dem »Rezepte Formularium« (NRF) in der Apotheke aus Harz hergestellt</p> <p><u>Magen-Darm-Hypomotilität:</u></p> <p>zur Anregung der Peristaltik hat sich die einmalige subkutane oder mehrfache orale Verabreichung von Acetylcholinesteraseinhibitoren wie</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>z. B. Distigmin (Ubreid®) bewährt</p> <p><u>Aszites:</u></p> <p>Behandlung meistens symptomorientiert und richtet sich nach den hervorgerufenen Beschwerden (Schmerz, Luftnot, körperliche Beeinträchtigung, gestörte Magen-Darm-Passage)</p> <p>Diuretikatherapie scheint nur beim Vorliegen einer portalen Hypertension effektiv zu sein, zur Behandlung des malignen Aszites nur sehr begrenzt erfolgreich (Morita T, et al. J Pain Symptom Manage 2006), ggfls. kann zeitlich begrenzter Versuch mit Spironolacton (100-400mg/d) und/oder Furosemid (20-40mg/d) unternommen werden, jedoch führt dies meist durch den intravasalen Flüssigkeits-/Elektrolytverlust zu einer weiteren Schwächung des Patienten</p> <p>Aszitespunktionen (Parazentesen) haben meist nur vorübergehenden Effekt und sollten nur bei ausgeprägten Symptomen versucht werden. Entfernung großer Aszitesvolumina (> 3l) kann Allgemeinzustand nachhaltig reduzieren (McNamara P. Palliative Medicine 2000)</p> <p>prophylaktische Substitution von Albumin sehr kontrovers diskutiert (Stephenson J, Gilbert J. Palliative Medicine 2002) und kann nicht allgemein empfohlen werden (Strohscheer I, Fröhlich B. Aszites. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Aulert E, et al (Hrsg.). 2. Aufl, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 2007)</p> <p>Anlage permanenter Aszitesdrainagen zum Teil mit schweren Komplikationen (z.B. Peritonitis) verbunden, Patienten fühlen sich häufig von Drainagen behindert und nur selten können Ableitungen oder andere invasive Maßnahmen die Symptomlast dauerhaft verringern (Strohscheer I, Fröhlich B. Aszites. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Aulert E, et al (Hrsg.). 2. Aufl, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 2007)</p> <p>intraperitoneale Gabe von Interferon, Immunstimulanzien sowie radioaktiven Isotopen kann nicht empfohlen werden (Strohscheer I, Fröhlich B. Aszites. In: Lehrbuch der Palliativmedizin. Aulert E, et al (Hrsg.). 2. Aufl, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 2007)</p> <p><u>Obstipation:</u></p> <p>unverzichtbaren Allgemeinmaßnahmen bei Obstipation (wie Erhöhung Ballaststoffmenge, vermehrte Flüssigkeitszufuhr, körperliche Aktivität) beim Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung häufig nicht mehr durchführbar</p> <p>daher Prophylaxe/Therapie medikamentös mit Laxanzien: Macrogol (wenn Pat. noch schlucken können) je nach Bedarf mehrere Beutel (Polymer weicht verhärteten Stuhl auf und löst intestinale Dehnungsreflexe aus, ist osmotisch wirksam, ohne zu Elektrolytverschiebungen oder Exsikkose zu führen)</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>weitere Laxantien: Glycerol, Laktulose, Natriumpicosulfat, Bisacodyl, Distigmin (Klaschik E. Schmerztherapie und Symptomkontrolle in der Palliativmedizin. In: Palliativmedizin. Husebö S, Klaschik E (Hrsg.). 3. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 2003)</p> <p>Mögliches Stufenschema</p> <p>Macrogol 1-3 Btl./d</p> <p>Macrogol 1-3 Btl./d plus Natriumpicosulfat 1-2 x 10 (bis 20) Trpf./d (bei stark verminderter Peristaltik zeitgleich Distigmin z. B. Ubretid® einmalig ½ (bis 1) Amp. s.c. oder 3 x tgl. 1 Tbl. á 5 mg p.o. für maximal drei Tage)</p> <p>zusätzlich rektale Maßnahmen (Klistier, hoher Einlauf)</p> <p>bei Verdacht auf Kotsteine einmalig 8 Btl. Macrogol/1 l Wasser oder Tee über ½ Tag</p> <p><u>Gastrointestinale Obstruktion (Ileus, Subileus):</u></p> <p>selten sind operative Eingriffe indiziert (Ripamonti C, et al. Support Care Cancer 2001), Komplikationen sind häufig (Feuer DJ, Broadley K. Annals of Oncology 1999)</p> <p>bei ausgeprägtem Erbrechen von Magen-Darminhalt kann die vorübergehende Anlage einer Magensonde einige Patienten entlasten</p> <p>alternativ kann großlumige perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) dauerhafte Ableitung des Magen-Darminhaltes ermöglichen (Ripamonti C, et al. Support Care Cancer 2001), Komplikationen sind häufig (Feuer DJ, Broadley K. Annals of Oncology 1999)</p> <p>wenn Sub-/Ileus nicht ursächlich behandelt werden kann, muss symptomorientierte Therapie gegebenenfalls auch über längere Zeit (Wochen bis Monate) zu Hause durchführbar sein (Medikamente und Flüssigkeit vor allem subkutan, unter Umständen aber auch intravenös (Port) oder rektal verabreicht)</p> <p>Antiemetika (s.o.) und/oder</p> <p>Prokinetika (bei inkompletter Obstruktion): kommt es nach der Gabe zur Zunahme des Erbrechens und der kolikartigen Schmerzen, kann dieses als Hinweis für einen kompletten Verschluss gesehen werden (Ripamonti C, et al. Support Care Cancer 2001), Komplikationen sind häufig (Feuer DJ, Broadley K. Annals of Oncology 1999). Alle prokinetisch wirksamen Substanzen müssen abgesetzt werden.</p> <p>Hemmung der gastrointestinalen Sekretion und Peristaltik (Butylscopolamin, z.B. 40mg bis 120mg pro Tag sc/iv oder Octreotid 3 x 50µg bis 3 x 200µg/d sc) (Ripamonti C, et al. J Pain Symptom Manage 2000)</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>durch Steroide (z.B. Dexamethason, 8mg morgens sc/po/iv oder bis zu 16mg/d) Symptome eines Ileus reduzierbar (Feuer DJ, Broadley K. Annals of Oncology 1999; Ripamonti C, et al. Support Care Cancer 2001)</p> <p>alternativ: initial 20-60mg und Reduktion in den nächsten Tagen auf die Erhaltungsdosis von 4mg/Tag (Fainsinger RL, et al. J Pain Symptom Manage 1994 zit nach Huseboe S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1998)</p> <p>bei V.a. partiellen Verschluss (häufig mit paradoxer Diarrhöe, Wechsel von Obstipation und Durchfall) stimulierende Laxanzien und hohe Einläufe nicht indiziert</p> <p>Patienten dürfen trotz des Vorliegens eines Sub-/Ileus essen und trinken (Schmecken bzw. Schlucken macht großen Teil der Lebensqualität aus)! Sie müssen sich aber darüber im Klaren sein, dass alles, was Sie essen, auch wieder erbrochen wird (falls es nicht über eine Magensonde/PEG abläuft) und dass sich andere Symptome (Übelkeit, Schmerzen etc.) durch die Nahrungsaufnahme verschlechtern können.</p> <p>wenn Flüssigkeitsverlust durch Erbrechen symptomatisch wird (Durst, Reduktion des Allgemeinzustandes, Eintrübung) dann je nach Stand der fortgeschrittenen Erkrankung parenterale Flüssigkeitsgabe (subkutan, i.v.) indiziert</p> <p><u>Flüssigkeitstherapie und künstliche Ernährung:</u></p> <p>Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr müssen nicht immer zur Basisbetreuung gehören (können für Sterbende schwere Belastung darstellen, Hunger und Durst als subjektive Empfindungen müssen hingegen gestillt werden (Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 2004))</p> <p>beide Empfindungen bei fortgeschrittenen Erkrankungen eher selten, können in der Regel mit einfachen Maßnahmen gelindert werden (McCann RM, et al. JAMA 1994): Schlucken kleiner Portionen der Lieblingsspeise, kleine Mengen Flüssigkeit oder Eisstücke ggf. von gefrorenen Säften, Mundbefeuchtung durch Ananas (gefroren) oder getränkte Wattestäbchen, intensive Mund- und Lippenpflege. Zunge feucht halten! (s. auch Mundtrockenheit)</p> <p>Verbesserung klinischer Symptome durch Gabe von Flüssigkeit bzw. parenteraler Ernährung in aller Regel nicht zu erwarten (Morita T, et al. J Pain Symptom Manage 2006)</p> <p>auch bei fortgeschrittener Demenz Sondennahrung nicht empfohlen (Synofzik M. Nervenarzt 2007)</p> <p>Symptom Durst scheint durch Flüssigkeitsgabe in der Terminalphase nicht beeinflussbar zu sein (Ellershaw JE, et al. J Pain Symptom Manage 1995)</p> <p>Wichtig: Aufklärung von Patient und Angehörigen, um die Angst vor dem Verdursten zu nehmen. Darauf hinweisen, dass Mundtrockenheit</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>quälend ist (s. Anhang).</p> <p>Indikation für Flüssigkeitssubstitution</p> <p>bei (durch Dehydratation bedingt) Unruhe, Delir und Muskelkrämpfen: Therapieversuch mit 0,5 - 1 l NaCl 0,9%/24 h sc, kann aber auch wieder beendet werden (Bausewein C, et al. In: Leitfaden Palliativmedizin. Bausewein R, et al (Hrsg.). Urban und Fischer, München, Jena, 2004)</p> <p>PEG-Sonde in Terminalphase nicht sinnvoll (außer bei Ileus großlumige PEG-Sonde zur Entlastung/Ableitung der Sekrete)</p> <p>mutmaßlicher oder geäußelter Patientenwille maßgebend in Abstimmung mit Angehörigen und Pflegepersonal (s. Hinweise zur Subkutaninfusion)</p> <p><u>Wunden und Blutungen</u></p> <p><u>Palliative Schmerztherapie:</u></p> <p>Schmerzursachen – so weit möglich – beseitigen (z. B. Harnverhalt)</p> <p>möglichst nicht invasiv therapieren; d.h. oral oder transdermal, niemals intramuskulär!</p> <p>Schmerzfreiheit ist anzustreben</p> <p>immer nach festem Zeitschema behandeln und immer mit einer Notfall-Zusatzmedikation versehen. Niemals nur nach Bedarf therapieren!</p> <p>Belastungsabhängige Schmerzen wenn möglich antizipatorisch behandeln (z. B. 45 min. vor Belastung schnellfreisetzendes Morphin).</p> <p>In der Regel sollten in der Palliativmedizin Opioide mit Nichtopioiden kombiniert werden.</p> <p>Die Kombination von schwach- (= WHO-Stufe II) mit starkwirkenden Opioiden (WHO-Sufe III) ist pharmakologisch nicht sinnvoll (Arzneiverordnung in der Praxis: Tumorschmerzen; Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 3. Auflage, Köln, 2007)</p> <p>Durch Begleitmedikation kann eine Schmerztherapie effektiver gestaltet werden. Bei palliativer Betreuung gelten die Grundsätze der allgemeinen Schmerztherapie (s. auch Hausärztliche Leitlinie Therapie von Schmerzen).</p> <p>Nach WHO-Stufenplan therapieren, in der Palliation werden Stufe I und II oft übersprungen (Aulbert E, Zech D. Lehrbuch der</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Palliativmedizin. Schattauer-Verlag, Berlin, 2005; Freye E. Opiode in der Medizin. 6. Aufl. Springer, Berlin, 2004; Huseboe S, Klaschik E. Palliativmedizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1998; Jage J. Medikamente gegen Krebschmerzen, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart, 2002)</p> <p>Gegen Durchbruchschmerzen ist eine klare schriftliche Anweisung nötig mit der Möglichkeit einer ausreichend hohen Dosierung (etwa 1/6 der Tagesdosis alle 1-2 h).</p> <p>Dosistitrationen müssen zügig und effektiv geschehen. Bei Bedarf wird die Dosis um 25-100% erhöht. Kleinere Schritte sind immer sinnlos und helfen nur im Sinne eines Placeboeffektes (Jage J. Medikamente gegen Krebschmerzen, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart, 2002).</p> <p>Wenn starke Schmerzen bestehen, muss die Dosisfindung mit schnellwirksamen Medikamenten gemacht werden. Erst danach wird auf Retardpräparate gewechselt.</p> <p>Bei Palliativpatienten ist die transdermale Opioidtherapie (auch aufgrund der gleichzeitig bestehenden Kachexie) häufig schlecht wirksam oder nebenwirkungsreich.</p> <p>Auch nichtmedikamentöse Maßnahmen erwägen (Lagerung, Lymphdrainage, aktivierende Pflege, psychischer, seelsorgerischer Beistand u.v.m.).</p> <p>Bei neu auftretenden Symptomen, insbesondere Delir, Erbrechen, Reduktion des Allgemeinzustands bei gleichzeitiger Schmerzfreiheit (oder -armut) immer auch an Dosisreduktion oder Opioid-Wechsel denken!</p> <p>Die Schmerzdynamik nimmt im Verlauf der Erkrankung nicht notwendigerweise zu, sondern häufig auch ab!</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
ACP 2008 [580]	<p>In patients with serious illness at the end of life, clinicians should regularly assess patients for pain, dyspnea, and depression. (GRADE: moderate quality of evidence)</p> <p>Although each patient and family will require individualized assessment and care, the evidence shows that a set of general issues is shared widely among patients needing end-of-life care. These issues include pain and other symptom management, psychological well-being, care coordination and advance care planning, and caregiver burden. The evidence was classified as moderate quality because it was mostly derived from studies of patients with cancer or cancer-predominant populations in addition to being heterogeneous. (Patrick DL, et al. Ann Intern Med. 2003; Steinhauser KE, et al. JAMA. 2000; Hanson LC, et al. J Am Geriatr Soc. 1997; Singer PA, et al. JAMA. 1999; Wenrich MD, et al. J Pain Symptom Manage. 2003; Teno JM, et al. J Pain Symptom Manage. 2001; Teno JM, et al. JAMA. 2004; Field MJ, Cassel CK, eds. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Pr; 1997)</p> <p>In patients with serious illness at the end of life, clinicians should regularly assess patients for pain, dyspnea, and depression. (GRADE: moderate quality of evidence)</p> <p>Although each patient and family will require individualized assessment and care, the evidence shows that a set of general issues is shared widely among patients needing end-of-life care. These issues include pain and other symptom management, psychological well-being, care coordination and advance care planning, and caregiver burden. The evidence was classified as moderate quality because it was mostly derived from studies of patients with cancer or cancer-predominant populations in addition to being heterogeneous. (Patrick DL, et al. Ann Intern Med. 2003; Steinhauser KE, et al. JAMA. 2000; Hanson LC, et al. J Am Geriatr Soc. 1997; Singer PA, et al. JAMA. 1999; Wenrich MD, et al. J Pain Symptom Manage. 2003; Teno JM, et al. J Pain Symptom Manage. 2001; Teno JM, et al. JAMA. 2004; Field MJ, Cassel CK, eds. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Pr; 1997)</p> <p>In patients with serious illness at the end of life, clinicians should use therapies of proven effectiveness to manage pain. For patients with cancer, this includes nonsteroidal anti-inflammatory drugs, opioids, and bisphosphonates. (GRADE: moderate quality of evidence)</p> <p>Clinicians should use specific effective therapies for all patients with acute and chronic pain. Strong evidence supports using nonsteroidal anti-inflammatory drugs, opioids, and bisphosphonates for pain relief in patients with cancer. Bisphosphonates are effective for bone pain relief in patients with breast cancer and myeloma. (Carr D, et al. AHRQ publication no. 02-E032, 2002; Knols R, et al. J Clin Oncol. 2005; Lee H, et al. Eur J Pain. 2005; Higginson IJ, et al. University of Wales College of Medicine; 2000; Detmar SB, et al. JAMA. 2002; Jordhøy MS, et al. J Clin Oncol. 2001)</p> <p>In patients with serious illness at the end of life, clinicians should use therapies of proven effectiveness to manage dyspnea, which include opioids in patients with unrelieved dyspnea and oxygen for short-term relief of hypoxemia. (GRADE: moderate quality of evidence)</p> <p>Opioids should be considered in patients with severe and unrelieved dyspnea, for example, in cancer and cardiopulmonary disease at the end of life. Clinicians should consider the use of oxygen for hypoxemia for advanced chronic obstructive pulmonary disease. Evidence also</p>	<p>strong recommendation</p> <p>strong recommendation</p> <p>strong recommendation</p> <p>strong recommendation</p>

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>supports the use of beta-agonists for treating dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease, but this use has not been studied for end-of-life care. (Detmar SB, et al. JAMA. 2002; Jordhøy MS, et al. J Clin Oncol. 2001; Jennings AL, et al. Thorax. 2002; Abernethy AP, et al. BMJ. 2003; Bruera E, et al. Palliat Med. 2003; Shukla V, et al. Technology report no 65. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment; 2006; Grande GE, et al. Palliat Med. 2000; Grande GE, et al. Palliat Med. 1997)</p>	
	<p>In patients with serious illness at the end of life, clinicians should use therapies of proven effectiveness to manage depression. For patients with cancer, this includes tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors, or psychosocial intervention. (GRADE: moderate quality of evidence.)</p> <p>Clinicians should assess for and manage symptoms of depression in patients with serious chronic diseases. For patients with cancer, strong evidence shows that depression should be treated with generally effective therapies, including tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors, or psychosocial interventions. Because the strong evidence is derived only from the studies that included patients with cancer and not for all patients at the end of life, it is classified as moderate on average. (Carr D, et al. AHRQ publication no. 02-E032, 2002; Knols R, et al. J Clin Oncol. 2005; Grande GE, et al. Palliat Med. 2000; Grande GE, et al. Palliat Med. 1997; Gysels M, Higginson IJ. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004; Roffe L, et al. Psychooncology. 2005; Rabow MW, et al. Arch Intern Med. 2004; Latimer EJ, et al. J Pain Symptom Manage. 1998)</p> <p>Clinicians should ensure that advance care planning, including completion of advance directives, occurs for all patients with serious illness. (GRADE: low quality of evidence)</p> <p>All care planning must address certain elements, such as surrogate decision makers, resuscitation, and emergency treatment, and should occur as early as possible in the course of serious illness before the end of life. Care planning must anticipate specific issues for each patient’s clinical course, for example, the management of dementia, including tube feeding; whether to initiate or continue chemotherapy in patients with cancer; and whether to deactivate implantable cardioverter defibrillators in patients who have intractable congestive heart failure. Care plans should be reassessed when significant clinical change occurs. Moderate evidence supports the effectiveness of multicomponent interventions in increasing advance directives. Research shows that skilled facilitators and a system focusing on various key decision makers, such as patients, caregivers, and providers, as well as improving shared understanding of values are critical in the planning of care. (Hanson LC, et al. Ann Intern Med. 1997; Guo B, Harstall C. Edmonton, Alberta, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2004; Casarett D, et al. JAMA. 2005; Morrison RS, et al. J Am Geriatr Soc. 2005; Schneiderman LJ, et al. JAMA. 2003; Schneiderman LJ, et al. Crit Care Med. 2000)</p>	<p>strong recommendation</p> <p>strong recommendation</p>

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
DKG 2008 [581]	<p><u>D 6 Palliativmedizin</u></p> <p>Die therapeutische Strategie in der Palliativsituation sollte interdisziplinär festgelegt werden, z. B. im Rahmen einer Tumorkonferenz. Patientinnen sind ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend ausführlich über die Therapieoptionen aufzuklären und in die Entscheidung miteinzubeziehen. Tumorspezifische Therapieoptionen (siehe Abschnitt C dieser Leitlinie), supportive Maßnahmen, eine bedarfsgerechte psychosoziale und psychoonkologische Versorgung (siehe Abschnitt D1 bis D3) sowie die Sicherstellung von adäquater Schmerztherapie und Ernährung sind integrale Bestandteile des palliativen Therapiekonzepts.</p> <p>Dem Wunsch der Patientin nach Informationen über alle relevanten verfügbaren Maßnahmen, Hilfs- und Betreuungsangebote (z. B. Krebsberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Hospize) ist nachzukommen. Auch komplementäre/unkonventionelle Behandlungsmethoden sollten offen mit den Patientinnen besprochen werden, um auch ungünstige Wechselwirkungen mit anderen Therapeutika zu vermeiden.</p> <p>Zu den Aspekten der palliativmedizinischen Versorgung wird auch auf themenspezifische Leitlinien verwiesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin/ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition unter www.awmf-leitlinien.de, Registernr. 073/006e und 073/005e; – Leitlinie Medikamentöse Schmerztherapie der DKG unter www.awmf-leitlinien.de, Registernr. 032/039, zur Zeit in Überarbeitung mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie; – Hausärztliche Leitlinie Palliativversorgung der Leitliniengruppe Hessen unter http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenpalliativ. 	

7.7.2. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Patienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleich s-Intervention	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Musch 2008, [582]	Fallserie	1.380	cT1/2, cT3 in 6,9%; RPE, Alter durchn. 65J	ePLND (n=434) oder IPLND (n=867), kein direkter Vergleich	-	Häufigkeit und Art der intra- und postoperativen PLND-Komplikationen, MVA für mögliche Einflussfaktoren	8 intraop. Komplikationen (0,6%): Verletzung N. obturatorius (n=2) und Ureter (n=6) 81 postop. Komplikationen (5,9%): Blutung A. obturatoria (n=1), Lymphozele (n=72), TVT (n=6), TVT+LE (n=2) signifikante Einflussfaktoren auf Lymphozelen-Entwicklung und Re-OP in MVA: ePLND: OR für Lymphozele ePLND vs IPLND: 2,73-3,28 (sign.) OR für Re-OP ePLND vs IPLND: 2,34-2,94 (sign.)	MVA adjustierte nicht für alle möglichen Einflussfaktoren gleichzeitig, daher verschiedene OR	3

8. Evidenztabellen zum Kapitel ‚Rehabilitation und Nachsorge‘

8.1. Thema Rehabilitation nach kurativer Therapie

8.1.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	<p>Men presenting with symptoms consistent with radiation-induced enteropathy should be fully investigated (including using flexible sigmoidoscopy) to exclude inflammatory bowel disease or malignancy of the large bowel and to ascertain the nature of the radiation injury. Particular caution should be taken with anterior wall rectal biopsy following brachytherapy because of the risk of fistulation.</p> <p>Men treated with radical radiotherapy for prostate cancer should be offered flexible sigmoidoscopy every 5 years.</p> <p>Steroid enemas should not be used for treating men with radiation proctopathy.</p> <p>The nature and treatment of radiation-induced injury to the gastrointestinal (GI) tract should be included in the training programmes for oncologists and gastroenterologists.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that men and their partners have early and ongoing access to specialist erectile dysfunction services.</p> <p>Men with prostate cancer who experience loss of erectile function should be offered phosphodiesterase type 5 (PDE5) inhibitors to improve their chance of spontaneous erections.</p> <p>If PDE5 inhibitors fail to restore erectile function or are contraindicated, men should be offered vacuum devices, intraurethral inserts, or penile injections, or penile prostheses as an alternative.</p> <p>Men experiencing troublesome urinary symptoms before treatment should be offered a urological assessment.</p> <p>Men undergoing treatment for prostate cancer should be warned of the likely effects of the treatment on their urinary function.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that men with troublesome urinary symptoms after treatment should have access to specialist continence services for assessment, diagnosis and conservative treatment. This may include coping strategies, along with pelvic floor muscle re-education, bladder retraining and pharmacotherapy.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>Healthcare professionals should refer men with intractable stress incontinence to a specialist surgeon for consideration of an artificial urinary sphincter.</p> <p>The injection of bulking agents into the distal urinary sphincter is not recommended to treat stress incontinence.</p>	
EAU 2007 [1]	Rehabilitation wird nicht thematisiert	-
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>Nursing, supportive care, and lifestyle advice</u></p> <p>Men with prostate cancer should be advised to follow a healthy and varied diet, get sufficient physical activity, and not smoke.</p> <p><u>What is required for organisation, cooperation, and communication?</u></p> <p>Follow-up may involve various disciplines, such as oncology nurses, urology nurses, radiotherapy nurses, dieticians, physiotherapists, psychologists, and sexologists, depending on the specific problems, symptoms, and needs of the individual patient. If the PSA level is stable (or increasing only very slightly), a general practitioner and/or specialised nurse may be asked to perform the annual PSA assessment after the PSA nadir has been reached.</p> <p>At the beginning of the Follow-up period, the goal, frequency, and duration of Follow-up visits should be determined, as well as who will conduct the Follow-up (e.g. urologist, radiation oncologist, others). The patient must know what types of specific adverse event may occur, and to which care provider he should report them.</p>	-
AUA 2007 [161]	Rehabilitation wird nicht thematisiert	

8.1.2. Aggregierte Evidenz: Systematische Reviews, HTA-Berichte für 1. Auflage 2009

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literatur-belege
Thema erektile Dysfunktion							
Zippe 2007 [583]	Review	„The authors have summarized the literature on the reported efficacy of delayed treatments of ED following RP.“	intracavernöse Injektionen (IC) Vakuum-Konstruktionsgeräte (VCD) intraurethrales Alprostadil 5'Phosphodiesterase-Hemmer (PDH)	relativ geringe Zahl von Studien mit geringen Fallzahlen, teilweise ohne Randomisierung kein long-term Follow-up beste Form der Therapie aus Literatur nicht ersichtlich im Hinblick auf Wirksamkeit erscheint IC wünschenswert, aber logistische Probleme mit Administration unter letzterem Gesichtspunkt Kombination PDH+VCD am besten geeignet	Review ist narrativ, Literaturrecherche und Ein- u. Ausschlusskriterien nicht angegeben	4	Montorsi 1997 Raina 2006 Munding 2001 Dalkin 2007 Gallo 2005 Raina 2007 Padma-Nathan 2003 Nandipati 2006
Thema Inkontinenz							
MacDonald 2007 [584]	Syst. Review	11 Publikationen aus systematischer Suche in Medline, Cochrane bis Juli	KG vs kein Training Biofeedback-unterstützte	KG beschleunigt die Erholung der Kontinenz postop, die Werte mit und ohne KG nähern sich aber nach 1 Jahr stark an	Variationen in KG-Formen, verschiedene Outcome-Definitionen und kleine	1+	Filocamo 2005, Burgio 2006, Parekh 2003, Van

Autoren Jahr	Literatur-typ	untersuchte Studien/ Materialien	Welche Behandlungen wurden geprüft	Befunde in Bezug auf Therapie-Wirkungen und Überleben	Methodische Besonderheiten/ Bemerkungen	LoE	Literatur-belege
		2006	<p>KG vs kein Training</p> <p>Biofeedback-unterstützte KG vs verbal unterstütztes Training</p> <p>Elektrostimulation-unterstützte KG vs verbal unterstützte KG</p> <p>Elektrostimulation/extrakorporale Magnetstimulation vs KG</p>	<p>Biofeedback-unterstützte KG beschleunigt die Erholung der Kontinenz postop - signifikante Unterschiede sind aber nur bis 3-6 Monate postop nachweisbar</p> <p>Biofeedback-unterstützte KG ist nicht besser als verbal unterstützte KG</p> <p>präoperativ begonnene KG ist nicht besser als postop begonnene</p> <p>Elektrostimulation-unterstützte KG ist nicht effektiver als verbal- oder Physiotherapie-unterstützte KG</p> <p>Elektrostimulation/extrakorporale Magnetstimulation ist effektiver als KG innerhalb der ersten 2 postop Monate, danach nicht mehr</p>	<p>Patientenzahlen sowie die fehlende Stratifizierung nach Alter und nerverhaltender OP machen die Interpretation der Ergebnisse schwierig</p>		<p>Kampen 2000, Franke 2000, Mathewson-Chapman 1997, Wille 2003, Floratos 2002, Bales 2000, Moore 1999, Yokoyama 2004</p>
Thema Körperliches Training							

8.1.3. Primärliteratur für 1. Auflage 2009

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien- typ	Anzahl der Pa- tienten	Patienten- merkmale	Inter- vention	Vergleichs- Intervention	Nach- verfol- gung	Out- comes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz- Niveau (SIGN)
Thema erektile Dysfunktion										
Bannowsky 2008 [585]	RCT	41	Z.n. nerverhaltender RPE, entweder bilateral (n=32) oder unilateral (n=11) (ambulant)	Sildenafil 25 mg/d regelmäßig postop „prophylaktisch“ (n=23) (ambulant)	kein Sildenafil postoperativ (n=18)	1 J	ED gemäß IIEF-Score 6, 12, 24, 36, 52 Wo postop, Fähigkeit zu GV nach 1 J	IIEF vor OP 6 12 24 36 52 Wo mit 20,8 3,6 3,8 5,9 9,6 14,1 ohne 21,2 2,4 3,8 5,3 6,4 9,3 (signifikanter Unterschied nach 36 und 52 Wo) GV nach 1 Jahr: mit prophylaktischem Sildenafil 47%, ohne 28% Potenzsteigerung durch Sildenafil „on demand“ in Prophylaxe-Gruppe auf 86%, ohne auf 66%	kein Placebo, keine Verblindung, Randomisierung unklar (ungleiche Gruppengrößen)	1-
Davison 2007 [586]	Fallserie	155	PCa, überwiesen in eine Sexual Health Sprechstunde, überwiegend nach RPE	Information über physiologische Ursachen, PCa, Beratung über Sex-Techniken; mit/ohne Partner		4 M	ED, Orgasmusfähigkeit, Sex-Trieb, GV-Befriedigung, allg. Zufriedenheit	Änderung innerhalb von 4 Monaten: ED, Orgasmusfähigkeit, GV-Befriedigung, allg. Zufriedenheit	keine Vergleichsintervention, Analyse nach dem vorher-nachher-Prinzip, kurzes Follow-up	3

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studientyp	Anzahl der Patienten	Patientenmerkmale	Intervention	Vergleichsintervention	Nachverfolgung	Outcomes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
Thema Inkontinenz										
Hoffmann 2005 [587]	RCT	180	drittgradige Harninkontinenz nach RPE für PCa	Beckenbodengymnastik (KG) plus anale Elektro-Stimulation	Beckenbodengymnastik (KG) ohne Elektro-Stimulation	3 M	Stressgrad, Vorlagenzahl, Gesamtlebensqualität, subjektive Inkontinenz	während stationärem Aufenthalt Reduktion des Stressgrades um ≥ 1 bei KG: 66%, KG+anal: 67%, KG+perianal: 72% Verminderung der Vorlagenzahl am Tag bei KG: 69%, KG+anal: 75%, KG+perineal: 64% Verminderung der nächtl. Vorlagenzahl bei KG: 68%, KG+anal: 54%, KG+perineal: 67% signifikante Verbesserung körperlicher funktioneller Status bei KG+perineal i. Vgl. zu KG oder KG+anal, Verbesserungen gegenüber Vorzustand bei allen Verfahren subjektive Besserung der Kontinenz nach 3 M bei 85% KG+anal und 69% KG mindestens 2 Vorlagen/d nach 3 M bei 40% KG+anal vs. 50% KG+perineal, bei beiden Methoden signifikant weniger als bei KG (Werte nicht angegeben)	keine relativen oder absoluten Risiken, keine Absolutzahlen, Konfidenzintervalle oder nachvollziehbare statistische Tests, keine klaren Zeitpunkte	1-
Manassero 2007 [588]	RCT	107	Z.n. RPE für PCa (pT2-4)	Beckenbodengymnastik mit verbalem	kein Training (n=53)	12 M (1 J)	Kontinenzrate (Pad-Test, VAS),	inkontinent nach 1 3 6 12 M Intervention (%) 83 54 33 17		1+

Artikel (Autor, Jahr, Journal)	Studien-typ	Anzahl der Pa-tienten	Patienten-merkmale	Inter-vention	Vergleichs-Intervention	Nach-verfol-gung	Out-comes	Ergebnisse	Bemerkungen	Evidenz-Niveau (SIGN)
				Feedback (n=54)			QOL	Kontrolle (%) 98 78 60 53 QOL ebenfalls in Interventionsgruppe signifikant besser als in Kontrolle		

8.2. Thema Nachsorge und Verlaufskontrollen

8.2.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungs-grad
NICE 2008 [32]	<p>Healthcare professionals should discuss the purpose, duration, frequency and location of Follow-up with each man with localised prostate cancers, and if he wishes, his partner or carers.</p> <p>Men with prostate cancer should be clearly advised about potential longer term adverse effects and when and how to report them.</p> <p>Men with prostate cancer who have chosen a watchful waiting regimen with no curative intent should normally be followed up in primary care in accordance with protocols agreed by the local urological cancer MDT and the relevant primary care organisation(s). Their PSA should be measured at least once a year.</p> <p>PSA levels for all men with prostate cancer who are having radical treatment should be checked at the earliest 6 weeks following treatment, at least every 6 months for the first 2 years and then at least once a year thereafter.</p> <p>Routine DRE is not recommended in men with prostate cancer while the PSA remains at baseline levels.</p> <p>After at least 2 years, men with a stable PSA and who have had no significant treatment complications, should be offered Follow-up outside hospital (for example, in primary care) by telephone or secure electronic communications, unless they are taking part in a clinical trial that requires more formal clinic-based Follow-up. Direct access to the urological cancer MDT should be offered and explained.</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
EAU 2007 [1]	<p>Follow-up after treatment with curative intent</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In asymptomatic patients, a disease-specific history and a serum PSA measurement supplemented by DRE are the recommended tests for routine Follow-up. These should be performed at 3, 6 and 12 months after treatment, then every 6 months until 3 years, and then annually (grade B recommendation). 2. After radical prostatectomy, a serum PSA level of more than 0.2 ng/mL can be associated with residual or recurrent disease (grade B recommendation). 3. After radiation therapy, a rising PSA level over 2 ng/mL above the nadir PSA, rather than a specific threshold value, is the most reliable sign of persistent or recurrent disease (grade B recommendation). 4. Both a palpable nodule and a rising serum PSA level can be signs of local disease recurrence (grade B recommendation). 5. Detection of local recurrence by TRUS and biopsy is only recommended if it will affect the treatment plan. In most cases TRUS and biopsy are not necessary before second-line therapy (grade B recommendation). 6. Metastasis may be detected by pelvic CT/MRI or bone scan. In asymptomatic patients, these examinations may be omitted if the serum PSA level is less than 30 ng/mL but data on this topic are sparse (grade C recommendation). 7. Routine bone scans and other imaging studies are not recommended in asymptomatic patients. If a patient has bone pain, a bone scan should be considered irrespective of the serum PSA level (grade B recommendation). <p>Follow-up after hormonal treatment</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients should be evaluated at 3 and 6 months after initiating treatment. Tests should include at least serum PSA measurement, DRE and careful evaluation of symptoms in order to assess the treatment response and the side-effects of treatments given (grade B recommendation). 2. Follow-up should be tailored for the individual patient, according to symptoms, prognostic factors and the treatment given (grade C recommendation). 3. In patients with stage M0 disease with a good treatment response, Follow-up is scheduled every 6 months, and should include at least a disease-specific history, DRE and serum PSA determination (grade C recommendation). 4. In patients with stage M1 disease with a good treatment response, Follow-up is scheduled for every 3-6 months. A minimal Follow-up should 	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>include a disease-specific history, DRE and serum PSA determination, frequently supplemented with haemoglobin, serum creatinine and alkaline phosphatase measurements (grade C recommendation).</p> <p>5. When disease progression occurs or if the patient does not respond to the treatment given, the Follow-up needs to be individualized (grade C recommendation). 6. Routine imaging in stable patients is not recommended (grade B recommendation).</p>	
<p>Dutch Urological Association 2007 [71]</p>	<p>Frequency and duration</p> <p>After treatment for prostate cancer, a general Follow-up schema is recommended consisting of check-ups after 6 weeks; 3, 6, 9, and 12 months; and semi-annually or annually thereafter for 5 to 10 years. During the first check-up after 6 weeks, the clinician should inquire about symptoms and provide additional education on the disease and possible consequence of treatment.</p> <p>For patients with demonstrated recurrence, the Follow-up schema should be tailored to the individual patient based on symptoms, prognosis, and the type of treatment used. Comparison of the efficacy and safety of different treatment modalities for localised prostate cancer requires a Follow-up of at least 10 years after the PSA nadir has been reached.</p> <p>Which tests?</p> <p>PSA assessment</p> <p>Men with prostate cancer should undergo PSA assessment at each Follow-up visit.</p> <p>Other tests during Follow-up</p> <p>For patients with decreasing or low, stable PSA, DRE and other additional tests are not necessary. Additional imaging may be of value as indicated based on symptoms. Biopsy of the prostate or prostate bed should be performed only if a positive result would influence the decision to initiate salvage therapy.</p>	-

8.3. Thema Testosteronsubstitution

Evidenztabellen siehe Kapitel 2.2.2

9. Evidenztabelle zum Kapitel ‚Psychosoziale Aspekte und Lebensqualität‘

9.1. Aggregierte Evidenz: Leitlinien für 1. Auflage 2009

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
NICE 2008 [32]	<p>Men with prostate cancer should be offered individualised information tailored to their own needs. This information should be given by a healthcare professional (for example, a consultant or specialist nurse) and may be supported by written and visual media (for example, slide sets or DVDs).</p> <p>Men with prostate cancer should be offered advice on how to access information and support from websites (for example, UK Prostate Link - www.prostate-link.org.uk), local and national cancer information services, and from cancer support groups.</p> <p>Before choosing or recommending information resources for men with prostate cancer, healthcare professionals should check that their content is clear, reliable and up to date.</p> <p>Healthcare professionals should seek feedback from men with prostate cancer and their carers to identify the highest quality information resources.</p> <p>Healthcare professionals caring for men with prostate cancer should ascertain the extent to which the man wishes to be involved in decision making and ensure that he has sufficient information to do so.</p> <p>A validated, up-to-date decision aid is recommended for use in all urological cancer multidisciplinary teams (MDTs). It should be offered to men with localised prostate cancer when making treatment decisions, by healthcare professionals trained in its use.</p>	
NICE 2008 [32]	<p>Healthcare professionals should discuss all relevant management options recommended in this guideline with men with prostate cancer and their partners or carers, irrespective of whether they are available through local services.</p> <p>Healthcare professionals should ensure that mechanisms are in place to allow men with prostate cancer and their primary care providers to gain access to specialist services throughout the course of their disease.</p> <p>Healthcare professionals should adequately inform men with prostate cancer and their partners or carers about the effects of prostate cancer and the treatment options on their sexual function, physical appearance, continence and other aspects of masculinity. Healthcare professionals should support</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>men and their partners or carers in making treatment decisions, taking into account the effects on quality of life as well as survival.</p> <p>Healthcare professionals should offer men with prostate cancer and their partners or carers the opportunity to talk to a healthcare professional experienced in dealing with psychosexual issues at any stage of the illness and its treatment.</p>	
EAU 2007 [1]	wird nicht thematisiert	-
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>im Kapitel Diagnose (S. 18)</u></p> <p>To support the treatment decision-making process, patient counselling must include quantitative data on the results and consequences of various treatment options specific to the treating clinic.</p> <p>In addition to the treating physician, the nurse specialist plays an important role in counselling and educating men with prostate cancer.</p> <p>It is advisable to report in the patient's medical record who provided counselling and which treatment options and expected adverse events were discussed.</p> <p><u>im Kapitel Behandlung (S. 38)</u></p> <p>Counselling and education after treatment for localised prostate cancer should be tailored to the individual preferences and needs of the patient.</p> <p>Specific attention should be given to the presence of postoperative pain, urinary symptoms, catheter care, incontinence, and erectile dysfunction.</p> <p>The patient's medical record should include who has provided counselling and what was discussed. The treatment options and expected adverse events that were discussed should also be documented.</p>	-
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>im Kapitel Follow up (S. 46)</u></p> <p>Men with prostate cancer should be advised to follow a healthy and varied diet, get sufficient physical activity, and not smoke.</p> <p>Follow-up may involve various disciplines, such as oncology nurses, urology nurses, radiotherapy nurses, dieticians, physiotherapists, psychologists, and sexologists, depending on the specific problems, symptoms, and needs of the individual patient.</p> <p>If the PSA level is stable (or increasing only very slightly), a general practitioner and/or specialised nurse may be asked to perform the annual PSA</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>assessment after the PSA nadir has been reached.</p> <p>At the beginning of the Follow-up period, the goal, frequency, and duration of Follow-up visits should be determined, as well as who will conduct the Follow-up (e.g. urologist, radiation oncologist, others).</p> <p>The patient must know what types of specific adverse event may occur, and to which care provider he should report them.</p> <p><u>im Kapitel Lokalrezidiv (S.56)</u></p> <p>The urologist provides information on the disease and treatment options. The urologist should also inform the patient of the possibility to discuss treatment options and their consequences further with an oncology nurse.</p> <p>Agreement among relevant disciplines regarding the management strategy should be reached in a timely and standardised manner.</p> <p>The general practitioner and referring specialist should be informed as necessary.</p> <p><u>im Kapitel metastasiertes PCa (S.65)</u></p> <p>The urologist provides information on the disease and treatment options. The urologist should also inform the patient of the possibility to discuss treatment options and their consequences further with an oncology nurse.</p> <p>Patients treated with hormone therapy require education on the disease, treatment, and the consequences of treatment. An exploratory, descriptive study conducted in the UK in 90 men treated with hormone therapy revealed a large discrepancy between the patients' need for information and their knowledge of the disease and hormone therapy. During structured interviews, patients were asked about their knowledge of the disease and treatment, and the need for information on these topics.</p> <p>Patients with recurrent disease require education and guidance regarding diagnosis, symptoms, and the efficacy and safety of treatment.</p>	
Dutch Urological Association 2007 [71]	<p><u>im Kapitel Psychosoziale Betreuung (S. 71)</u></p> <p>It is advisable to assume that men with prostate cancer have specific psychosocial issues arising from disease- or treatment-related sexual dysfunction, urinary symptoms, gastrointestinal symptoms, and the slow course of the disease.</p> <p>Men with prostate cancer should be provided with sufficient counselling regarding the disease, treatment options, and the possible side effects of</p>	

Quelle	Fazit/Empfehlung	Empfehlungsgrad
	<p>treatment.</p> <p>Men and their partners should be made aware of the educational materials available, the time and location of educational meetings, the services provided by patient organisations, and the contact information for discussion groups.</p> <p>Involving men and their partners in treatment decisions is recommended.</p> <p>Specialised (oncology or urology) nurses can play an important role in the detection of psychosocial issues and in counselling men and their partners on the disease and treatment.</p> <p>The emotional processing and functioning of the partner of a man with prostate cancer warrants explicit attention in the management of the disease.</p> <p>Participation in group meetings or support groups may be offered to men with prostate cancer to gain more social support and enhance emotional processing of the disease and the consequences of therapy.</p>	

10. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
5-FU	5-Fluorouracil
A-bRFS	Biochemical Relapse Free Survival
ACP	American College of Physicians
AD/ADT	Androgendeprivation/Androgendeprivationstherapie
ANA	Anastrozol
AP	Anteroposterior
AS	Active Surveillance (Aktive Überwachung)
AS	Androgen Suppression
ASAP	Atypical Small Acinar Proliferation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAP	Bone Alkaline Phosphatase
BAT	B-Mode Ultrasound Acquisition and Targeting System
BCF	Biochemical or Clinical Failure
BCR	Biochemisches Rezidiv
bDFS	Biochemical Disease Free Survival
BF	Biochemical Failure
BFFS	Biochemical Failure Free Survival
BMD	Bone Mineral Density
bNED	Biochemically No Evidence of Disease = PSA Relapse Free Survival = Freedom from PSA Failure
bPFS	Biochemical Progression Free Survival = PSA failure-free rate (Biochemisch Progressionsfreien Überlebens)
BPI-SF	Brief Pain Inventory-Short Form
BR	Biochemical Response
BRC	Biochemical Relapse
bRFS	Biochemical Relapse Free Survival
BSI	Bone Scan Index
BT	Brachytherapie
CAB	Complete Androgen Blockade (Androgenblockade)
CAS	Continuous Androgen Suppression

Abkürzung	Erläuterung
CCI	Charlston Comorbidity Index
CF	Clinical Failure
CI	Confidence Intervall
cPFS	Clinical Progression Free Survival
CRT	Conformal Radiotherapy
csPFS	Cause Specific Progression Free Survival
CSS	Cancer Specific Survival, Cause Specific Survival (Prostatakarzinomspezifischen Überlebens)
CT	Computertomographie
CTV	Clinical Target Volume
DES	Diethylstilbestrol
DFS	Disease Free Survival
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
DHEAS	Dihydroepiandrosteronsulfat
DM	Distant Metastases
DMFS	Distant Metastases Free Survival
DOR	Diagnostic Odds Ratio
DP	Disease Progression
DRE	Digital-Rektale Untersuchung
DRR	Digital Reconstruction Radiograph
DRU	Digital-Rektale Untersuchung
DSM	Disease Specific Mortality
DSS	Disease Specific Survival
EBRT	External Beam Radiotherapy = Perkutane Strahlentherapie
ECOG	ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status
ED	Erectile Dysfunktion
eLND	Extended Lymphnode Dissection
EMP	Estramustinphosphat
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
ePLND	Extended Pelvic Lymph Node Dissection
FACT-P	Functional Assessment of Cance - Prostatae
FBP	Freedom from Biochemical Progression

Abkürzung	Erläuterung
FCH	Fluorocholin
FDM	Freedom from Distant Metastases
FFBF	Freedom from Biochemical Failure
FFF	Freedom from Failure (Clinical or Biochemical)
FFM	Fatt Free Mass
FFS	Failure Free Survival
FT	Free Testosterone (Freies Testosteron)
FTI	FT-Index
GI	Gastrointestinal
GI-Toxizität	Gastrointestinale Toxizität
GS	Gleason-Score
GU	Genito-urologisch
Gy	Kurzbezeichnung für die Maßeinheit der Energiedosis
H-bRFS	bRFS nach Houston-Klassifikation (= „nadir + 2 ng/ml-Definition“)
HDR	High-Dose-Rate
HFS	Hormone Free Survival (Time to Initiation of Hormone Therapy or Death Due To Any Cause)
HIFU	Hochintensive Fokussierte Ultraschall
HR	Hazard Ratio
HRPC	Hormone Resistant Prostate Cancer
HT	Hormontherapie
HTA	Health Technology Assessment
HWI	Harnwegsinfektion
IAS	Intermittent Androgen Suppression
ICRU	International Commission on Radiation Units and Measurements
IGF	Insulin-like Growth Factors (deutsch Insulinähnliche Wachstumsfaktoren)
IMRT	High-Dose Intensity Modulated Radiotherapy (intensitätsmodulierter Technik)
IPE	Isocentre Positioning Errors
IPSS	Prostata Symptom Score
ITT	Intention To Treat
KI	Konfidenzintervall
KM	Komorbidität

Abkürzung	Erläuterung
LC	Local Control
LDR	Low-Dose-Rate
LE	Lungenembolie
LF	Local Failure
LH-RH	Luteinisierendes Hormon Releasing Hormon
LK	Lymphknoten
LK+	Befallene® Lymphknoten, nodalpositiv
LL	Leitlinie
LN	Lymphnode
LND	Lymphnode dissektion
LoE	Level of Evidence
LP	Local Progression
LPFS	Local Progression Free Survival
LPZ	Lateral Peripheral Zone = Zonen 1 und 5 im 5-Regionen-Modell von Eskew
MAB	Maximal Androgen Blockade
MBq	Megabecquerel
Med.	Median
MFS	Metastasis Free Survival
MLiPZ	Mid-Line Peripheral Zone = Zone 3 im 5-Regionen-Modell von Eskew
MP	Kombination aus Mitoxantron und Prednisolon
MPA	Methylprogesteronacetat
MPZ	Mid-Loobar Periphthal Zone = Zonen 2 und 4 im 5-Regionen-Modell von Eskew
MR	Magnetresonanz
MRT	Magnetresonanztomographie
MTX	Methotrexat
MVA	Multivariate Analyse
N-bRFS	Biochemical Relapse Free Survival nach der „nadir +2 ng/ml“-Definition
NNT	Number Needed to Treat
NPW	Negativer Prädiktiver Wert
NSAA	Non Steroidal Anti Androgen
NT	No Treatment
NW	Nebenwirkungen

Abkürzung	Erläuterung
OM	Overall Mortality
OR	Odds Ratio
OS	Overall Survival
PCa	Prostatakarzinom
PCSM	Prostate Cancer Specific Mortality
PCSS	Prostate Cancer Specific Survival
PFS	Progression Free Survival
PI	Permanent Seed Implantation
PIN	Prostatische Intraepitheliale Neoplasie
PLCO	Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial
PM	Prostate Motion
PNI	Perineural Invasion
PNLD	Pelvic Lymphe Noder Dissection (Pelvine Lymphadenektomie)
PPW	Positiven Prädiktiven Wert
PRR	PSA-Relapse Rate
PSA-FFR	PSA Freedom from Recurrence
PTV	Planning Target Volume
QA	Quality Assurance
QoL	Quality Of Life
RCT	Randomized Controlled Trial
RFS	Relapse Free Survival
RP	Radikale Prostatektomie
RPE	Radikale Prostatektomie
RR	Relatives Risiko
RRP	Radical retropubic Prostatektomie
RS	Relative Survival = OS% im Vergleich zur gesunden Normalbevölkerung
RT	Strahlentherapie, Radiotherapie
RTOG	Radiation Therapy Oncology Group
SAA	Steroidal Anti Androgen
SEER	Surveillance Epidemiology and End Results
SLN	Sentinel Node (Wächterlymphknoten)
SND	Sentinel Node Dissection

Abkürzung	Erläuterung
SR	Subjective Response
SRT	Salvagestrahlentherapie
SV	Seminal Vesicles
SVI	Seminal Vesicle Invasion
T1-T4	Tumorkategorie 1-Tumorkategorie 4
Tam	Tamoxifen
TNM	Klassifikation nach den Kriterien Tumor, Nodes, Metastasen zur Stadieneinteilung.
TPE	Total Positioning Error
TRUS	Transrektale Ultraschalluntersuchung
TTD	Time To Death
TTDDP	Time To Distant Disease Progression
TTF	Time To Treatment Failure
TTP	Time To Progression
TTPSA	Time To PSA Progression
TTR	Time To Recurrence
TURP	Transurethrale Resektion der Prostata
TVT	Tiefe Venenthrombose
TZ	Transition Zone = Zone 3 im 5-Regionen-Modell von Eskew
UICC	Union Internationale Contre Le Cancer
V. a.	Verdacht auf
VACURG	Veterans Administration Cooperative Urology Research Group
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WW	Watchful Waiting
Z. n.	Zustand nach

11. Literatur

1. Heidenreich A, Aus G, Abbou CC, Bolla M, Joniau S, Matveev V, Schmid HP, Zattoni F, European Association of Urology (EAU). EAU guidelines on prostate cancer. Arnheim: EAU; 2007.
2. Bonovas S, Filioussi K, Tsantes A. Diabetes mellitus and risk of prostate cancer: a meta-analysis. *Diabetologia* 2004;47(6):1071–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15164171>.
3. Dennis LK, Dawson DV. Meta-analysis of measures of sexual activity and prostate cancer. *Epidemiology* 2002;13(1):72–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11805589>.
4. Dennis LK, Dawson DV, Resnick MI. Vasectomy and the risk of prostate cancer: a meta-analysis examining vasectomy status, age at vasectomy, and time since vasectomy. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2002;5(3):193–203 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12496981>.
5. Dennis LK, Lynch CF, Torner JC. Epidemiologic association between prostatitis and prostate cancer. *Urology* 2002;60(1):78–83 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100928>.
6. Etminan M, Takkouche B, Caamano-Isorna F. The role of tomato products and lycopene in the prevention of prostate cancer: a meta-analysis of observational studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13(3):340–5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15006906>.
7. Johns LE, Houlston RS. A systematic review and meta-analysis of familial prostate cancer risk. *BJU Int* 2003;91(9):789–94 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12780833>.
8. Kasper JS, Giovannucci E. A meta-analysis of diabetes mellitus and the risk of prostate cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15(11):2056–62 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17119028>.
9. MacInnis RJ, English DR. Body size and composition and prostate cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. *Cancer Causes Control* 2006;17(8):989–1003 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16933050>.
10. Taylor ML, Mainous AG, III, Wells BJ. Prostate cancer and sexually transmitted diseases: a meta-analysis. *Fam Med* 2005;37(7):506–12 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15988645>.
11. Zeegers MP, Jellema A, Ostrer H. Empiric risk of prostate carcinoma for relatives of patients with prostate carcinoma: a meta-analysis. *Cancer* 2003;97(8):1894–903 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12673715>.
12. Albertsen PC, Hanley JA, Fine J. 20-year outcomes following conservative management of clinically localized prostate cancer. *JAMA* 2005;293(17):2095–101 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15870412>.
13. Calof OM, Singh AB, Lee ML, Kenny AM, Urban RJ, Tenover JL, Bhasin S. 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(11):1451–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16339333>.

14. Eaton NE, Reeves GK, Appleby PN, Key TJ. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a quantitative review of prospective studies. *Br J Cancer* 1999;80(7):930–4
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10362098>.
15. Shaneyfelt T, Husein R, Bubley G, Mantzoros CS. Hormonal predictors of prostate cancer: a meta-analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2000;18(4):847–53 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10673527>.
16. Gerstenbluth RE, Maniam PN, Corty EW, Seftel AD. Prostate-specific antigen changes in hypogonadal men treated with testosterone replacement. *J Androl* 2002;23(6):922–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12399540>.
17. Hajjar RR, Kaiser FE, Morley JE. Outcomes of long-term testosterone replacement in older hypogonadal males: a retrospective analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82(11):3793–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9360543>.
18. Marks LS, Mazer NA, Mostaghel E, Hess DL, Dorey FJ, Epstein JI, Veltri RW, Makarov DV, Partin AW, Bostwick DG, Macairan ML, Nelson PS. Effect of testosterone replacement therapy on prostate tissue in men with late-onset hypogonadism: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(19):2351–61 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105798>.
19. Parsons JK, Carter HB, Platz EA, Wright EJ, Landis P, Metter EJ. Serum testosterone and the risk of prostate cancer: potential implications for testosterone therapy. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14(9):2257–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172240>.
20. Rhoden EL, Morgentaler A. Testosterone replacement therapy in hypogonadal men at high risk for prostate cancer: results of 1 year of treatment in men with prostatic intraepithelial neoplasia. *J Urol* 2003;170(6 Pt 1):2348–51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634413>.
21. Wang C, Cunningham G, Dobs A, Iranmanesh A, Matsumoto AM, Snyder PJ, Weber T, Berman N, Hull L, Swerdloff RS. Long-term testosterone gel (AndroGel) treatment maintains beneficial effects on sexual function and mood, lean and fat mass, and bone mineral density in hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89(5):2085–98
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126525>.
22. National Cancer Institute (NCI). Prostate Cancer Prevention (PDQ) Summary. 2011 [cited: 2013 Nov 10]. Available from:
http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/prostate/healthprofessional/allpages#Section_1
23. Thompson IM, Lucia MS, Redman MW, Darke A, La Rosa FG, Parnes HL, Lippman SM, Coltman CA. Finasteride decreases the risk of prostatic intraepithelial neoplasia. *J Urol* 2007;178(1):107–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17499284>.
24. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG, Lieber MM, Cespedes RD, Atkins JN, Lippman SM, Carlin SM, Ryan A, Szczepanek CM, Crowley JJ, Coltman CA, Jr. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2003;349(3):215–24 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12824459>.

25. Carter HB, Albertsen PC, Barry MJ, Etzioni R, Freedland SJ, Greene KL, Holmberg L, Kantoff P, Konety BR, Murad MH, Penson DF, Zietman AL. Early Detection of Prostate Cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology* 2013; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23659877>, DOI: 10.1016/j.juro.2013.04.119.
26. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, Schmid HP, van der Kwast TH, Wiegel T, Zattoni F. EAU guidelines on prostate cancer. 2013 [cited: 2013 Jul 10]. Available from: http://www.uroweb.org/gls/pdf/09_Prostate_Cancer_LR.pdf
27. Basch E, Oliver TK, Vickers A, Thompson I, Kantoff P, Parnes H, Loblaw DA, Roth B, Williams J, Nam RK. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen testing: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion. *J Clin Oncol* 2012;30(24):3020-5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22802323>, DOI: 10.1200/JCO.2012.43.3441.
28. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P. Screening for prostate cancer: a guidance statement from the clinical guidelines committee of the american college of physicians. *Ann Intern Med* 2013;158(10):761-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23567643>, DOI: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00633.
29. Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;157(2):120-34 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22801674>, DOI: 10.7326/0003-4819-157-2-201207170-00459.
30. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, Schmid HP, van der Kwast TH, Wiegel T, Zattoni F, European Association of Urology (EAU). EAU guidelines on prostate cancer. Arnhem: EAU; 2011.
31. Brooks DD, Wolf A, Smith RA, Dash C, Guessous I. Prostate cancer screening 2010: updated recommendations from the American Cancer Society. *J Natl Med Assoc* 2010;102(5):423-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20533778>.
32. National Collaborating Centre for Cancer, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Prostate Cancer: diagnosis and treatment. 2008 [cited: 2011 Jan 27]. Available from: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG58>
33. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008;149(3):185-91 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18678845>.
34. NHS Cancer Screening Programmes. Prostate Cancer Risk Management. 2010 [cited: 2011 Jan 24]. Available from: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/index.html>
35. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;1:CD004720 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440794>, DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub3.

36. Lin K, Croswell JM, Koenig H, Lam C, Maltz A. Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Internet 2011; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22171385>.
37. Zhu X, Albertsen PC, Andriole GL, Roobol MJ, Schroder FH, Vickers AJ. Risk-based prostate cancer screening. *Eur Urol* 2012;61(4):652-61 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22134009>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.11.029.
38. Loeb S, Carter HB, Catalona WJ, Moul JW, Schroder FH. Baseline prostate-specific antigen testing at a young age. *Eur Urol* 2012;61(1):1-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21862205>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.07.067.
39. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, Stoffs TL, Vieweg J, Djulbegovic B, Dahm P. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010;341:c4543 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843937>.
40. Harris R, Lohr KN, Beck R, Fink K, Godley P, Bunton AJ. Screening for prostate cancer. Rockville: AHRQ; 2002.
41. Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(2):95-101 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12665174>.
42. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(11):917-29 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12458993>.
43. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Paez A, Maattanen L, Bangma CH, Aus G, Carlsson S, Villers A, Rebillard X, van der KT, Kujala PM, Blijenberg BG, Stenman UH, Huber A, Taari K, Hakama M, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med* 2012;366(11):981-90 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22417251.
44. van Leeuwen PJ, Roobol MJ, Kranse R, Zappa M, Carlsson S, Bul M, Zhu X, Bangma CH, Schroder FH, Hugosson J. Towards an optimal interval for prostate cancer screening. *Eur Urol* 2012;61(1):171-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21840117>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.08.002.
45. Bul M, van Leeuwen PJ, Zhu X, Schroder FH, Roobol MJ. Prostate cancer incidence and disease-specific survival of men with initial prostate-specific antigen less than 3.0 ng/ml who are participating in ERSPC Rotterdam. *Eur Urol* 2011;59(4):498-505 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21334136>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.01.001.
46. Kilpelainen TP, Tammela TL, Malila N, Hakama M, Santti H, Maattanen L, Stenman UH, Kujala P, Auvinen A. Prostate cancer mortality in the finnish randomized screening trial. *J Natl Cancer Inst* 2013;105(10):719-25 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23479454>, DOI: 10.1093/jnci/djt038.

47. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, III, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, Isaacs C, Kvale PA, Reding DJ, Weissfeld JL, Yokochi LA, O'Brien B, Ragard LR, Clapp JD, Rathmell JM, Riley TL, Hsing AW, Izmirlian G, Pinsky PF, Kramer BS, Miller AB, Gohagan JK, Prorok PC. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2012;104(2):125-32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22228146>, DOI: 10.1093/jnci/djr500.
48. Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Lofman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ* 2011;342:d1539 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454449>.
49. Lilja H, Cronin AM, Dahlin A, Manjer J, Nilsson PM, Eastham JA, Bjartell AS, Scardino PT, Ulmert D, Vickers AJ. Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate-specific antigen at or before age 50. *Cancer* 2011;117(6):1210-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20960520>, DOI: 10.1002/cncr.25568.
50. Gulati R, Gore JL, Etzioni R. Comparative effectiveness of alternative prostate-specific antigen-based prostate cancer screening strategies: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 2013;158(3):145-53 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381039>, DOI: 10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00003.
51. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, Bergdahl S, Khatami A, Lodding P, Pihl CG, Stranne J, Holmberg E, Lilja H. Mortality results from the Goteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010;11(8):725-32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598634>.
52. Sandblom G, Varenhorst E, Rosell J, Lofman O, Carlsson P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ* 2011;342:d1539 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454449>.
53. Sandblom G, Varenhorst E, Lofman O, Rosell J, Carlsson P. Clinical consequences of screening for prostate cancer: 15 years follow-up of a randomised controlled trial in Sweden. *Eur Urol* 2004;46(6):717-23 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15548438>.
54. Varenhorst E, Carlsson P, Capik E, Lofman O, Pedersen KV. Repeated screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population. *Acta Oncol* 1992;31(8):815-21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1290631>.
55. Labrie F, Candas B, Cusan L, Gomez JL, Belanger A, Brousseau G, Chevrette E, Levesque J. Screening decreases prostate cancer mortality: 11-year follow-up of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. *Prostate* 2004;59(3):311-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15042607>.
56. Labrie F, Candas B, Dupont A, Cusan L, Gomez JL, Suburu RE, Diamond P, Levesque J, Belanger A. Screening decreases prostate cancer death: first analysis of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. *Prostate* 1999;38(2):83-91 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9973093>.

57. Labrie F, Cusan L, Gomez J, Levesque J, Candas B. Screening and treatment of localized prostate cancer decreases mortality: first analysis of the first prospective and randomized study on prostate cancer screening. *The Aging Male* 1999;2:33–43.
58. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, III, Buys SS, Chia D, Church TR, Fouad MN, Gelmann EP, Kvale PA, Reding DJ, Weissfeld JL, Yokochi LA, O'Brien B, Clapp JD, Rathmell JM, Riley TL, Hayes RB, Kramer BS, Izmirlian G, Miller AB, Pinsky PF, Prorok PC, Gohagan JK, Berg CD. Mortality results from a randomized prostate–cancer screening trial. *The New England journal of medicine* 2009;360(13):1310–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297565>.
59. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Berenguer A, Maattanen L, Bangma CH, Aus G, Villers A, Rebillard X, van der KT, Blijenberg BG, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A. Screening and prostate–cancer mortality in a randomized European study. *The New England journal of medicine* 2009;360(13):1320–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19297566>.
60. Lilja H, Cronin AM, Dahlin A, Manjer J, Nilsson PM, Eastham JA, Bjartell AS, Scardino PT, Ulmert D, Vickers AJ. Prediction of significant prostate cancer diagnosed 20 to 30 years later with a single measure of prostate–specific antigen at or before age 50. *Cancer* 2011;117(6):1210–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20960520>, DOI: 10.1002/cncr.25568.
61. Auvinen A, Maattanen L, Finne P, Stenman UH, Aro J, Juusela H, Rannikko S, Tammela TL, Hakama M. Test sensitivity of prostate–specific antigen in the Finnish randomised prostate cancer screening trial. *Int J Cancer* 2004;111(6):940–3 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300807>.
62. Candas B, Cusan L, Gomez JL, Diamond P, Suburu RE, Levesque J, Brousseau G, Belanger A, Labrie F. Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate* 2000;45(1):19–35 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10960839>.
63. Carter HB, Pearson JD, Metter EJ, Brant LJ, Chan DW, Andres R, Fozard JL, Walsh PC. Longitudinal evaluation of prostate–specific antigen levels in men with and without prostate disease. *JAMA* 1992;267(16):2215–20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1372942>.
64. Carter HB, Epstein JI, Chan DW, Fozard JL, Pearson JD. Recommended prostate–specific antigen testing intervals for the detection of curable prostate cancer. *JAMA* 1997;277(18):1456–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9145718>.
65. Maattanen L, Hakama M, Tammela TL, Ruutu M, Ia–Opas M, Juusela H, Martikainen P, Stenman UH, Auvinen A. Specificity of serum prostate–specific antigen determination in the Finnish prostate cancer screening trial. *Br J Cancer* 2007;96(1):56–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213825>.
66. McLernon DJ, Donnan PT, Gray M, Weller D, Sullivan F. Receiver operating characteristics of the prostate specific antigen test in an unselected population. *J Med Screen* 2006;13(2):102–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16792835>.

67. Raaijmakers R, Wildhagen MF, Ito K, Paez A, de Vries SH, Roobol MJ, Schroder FH. Prostate-specific antigen change in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, section Rotterdam. *Urology* 2004;63(2):316–20
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14972481>.
68. Roobol MJ, Grenabo A, Schroder FH, Hugosson J. Interval cancers in prostate cancer screening: comparing 2- and 4-year screening intervals in the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, Gothenburg and Rotterdam. *J Natl Cancer Inst* 2007;99(17):1296–303
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17728218>.
69. Roobol MJ, Zappa M, Maattanen L, Ciatto S. The value of different screening tests in predicting prostate biopsy outcome in screening for prostate cancer data from a multicenter study (ERSPC). *Prostate* 2007;67(4):439–46 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17192912>.
70. Schröder FH, Carter HB, Wolters T, van den Bergh RC, Gosselaar C, Bangma CH, Roobol MJ. Early detection of prostate cancer in 2007. Part 1: PSA and PSA kinetics. *Eur Urol* 2008;53(3):468–77 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997011>.
71. Dutch Urological Association. Prostate Cancer. Nation-wide guideline. Version 1.0. Maastricht: Dutch Urological Association; 2007.
72. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Prostate Cancer Early Detection. Clinical Practice Guidelines in Oncology. V.2.2007. Fort Washington: NCCN; 2007.
73. Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. *Journal of Urology* 2006;175(5):1605–12 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16600713>.
74. Hergan L, Kashefi C, Parsons JK. Local anesthetic reduces pain associated with transrectal ultrasound-guided prostate biopsy: a meta-analysis. *Urology* 2007;69(3):520–5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382157>.
75. Richman JM, Carter HB, Hanna MN, Murphy JD, Rowlingson AJ, Andrews RA, Wu CL. Efficacy of periprostatic local anesthetic for prostate biopsy analgesia: a meta-analysis. *Urology* 2006;67(6):1224–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16765183>.
76. Tiong HY, Liew LC, Samuel M, Consigliere D, Esuvaranathan K. A meta-analysis of local anesthesia for transrectal ultrasound-guided biopsy of the prostate. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2007;10(2):127–36 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17211441>.
77. Bootsma AM, Laguna Pes MP, Geerlings SE, Goossens A. Antibiotic prophylaxis in urologic procedures: a systematic review. *Eur Urol* 2008;54(6):1270–86
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18423974>.
78. Lawrentschuk N, Fleshner N. The role of magnetic resonance imaging in targeting prostate cancer in patients with previous negative biopsies and elevated prostate-specific antigen levels. *BJU Int* 2009;103(6):730–3 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19154475>.

79. Umbehr M, Bachmann LM, Held U, Kessler TM, Sulser T, Weishaupt D, Kurhanewicz J, Steurer J. Combined magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopy imaging in the diagnosis of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2009;55(3):575–90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952365>.
80. Wang P, Guo YM, Liu M, Qiang YQ, Guo XJ, Zhang YL, Duan XY, Zhang QJ, Liang W. A meta-analysis of the accuracy of prostate cancer studies which use magnetic resonance spectroscopy as a diagnostic tool. *Korean J Radiol* 2008;9(5):432–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838853>.
81. Seitz M, Shukla-Dave A, Bjartell A, Touijer K, Sciarra A, Bastian PJ, Stief C, Hricak H, Graser A. Functional magnetic resonance imaging in prostate cancer. *Eur Urol* 2009;55(4):801–14 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19185981>.
82. Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. *Fam Pract* 1999;16(6):621–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10625141>.
83. Lee HY, Lee HJ, Byun SS, Lee SE, Hong SK, Kim SH. Classification of focal prostatic lesions on transrectal ultrasound (TRUS) and the accuracy of TRUS to diagnose prostate cancer. *Korean J Radiol* 2009;10(3):244–51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19412512>.
84. Tamsel S, Killi R, Hekimgil M, Altay B, Soydan S, Demirpolat G. Transrectal ultrasound in detecting prostate cancer compared with serum total prostate-specific antigen levels. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2008;52(1):24–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373822>.
85. Aigner F, Pallwein L, Mitterberger M, Pinggera GM, Mikuz G, Horninger W, Frauscher F. Contrast-enhanced ultrasonography using cadence-contrast pulse sequencing technology for targeted biopsy of the prostate. *BJU Int* 2009;103(4):458–63 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19021610>.
86. Colleselli D, Bektic J, Schaefer G, Frauscher F, Mitterberger M, Brunner A, Schwentner C, Bartsch G, Horninger W, Pelzer AE. The influence of prostate volume on prostate cancer detection using a combined approach of contrast-enhanced ultrasonography-targeted and systematic grey-scale biopsy. *BJU Int* 2007;100(6):1264–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17850369>.
87. Mitterberger M, Horninger W, Pelzer A, Strasser H, Bartsch G, Moser P, Halpern EJ, Gradl J, Aigner F, Pallwein L, Frauscher F. A prospective randomized trial comparing contrast-enhanced targeted versus systematic ultrasound guided biopsies: impact on prostate cancer detection. *Prostate* 2007;67(14):1537–42 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17705242>.
88. Tang J, Yang JC, Li Y, Li J, Shi H. Peripheral zone hypoechoic lesions of the prostate: evaluation with contrast-enhanced gray scale transrectal ultrasonography. *J Ultrasound Med* 2007;26(12):1671–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18029918>.
89. Taymoorian K, Thomas A, Slowinski T, Khiabanchian M, Stephan C, Lein M, Deger S, Lenk S, Loening SA, Fischer T. Transrectal broadband-Doppler sonography with intravenous contrast medium administration for prostate imaging and biopsy in men with an elevated PSA value and

- previous negative biopsies. *Anticancer Res* 2007;27(6C):4315–20
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18214038>.
90. Sen J, Choudhary L, Marwah S, Godara R, Marwah N, Sen R. Role of colour Doppler imaging in detecting prostate cancer. *Asian J Surg* 2008;31(1):16–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18334464>.
91. Wink M, Frauscher F, Cosgrove D, Chapelon JY, Palwein L, Mitterberger M, Harvey C, Rouviere O, de la RJ, Wijkstra H. Contrast-enhanced ultrasound and prostate cancer; a multicentre European research coordination project. *Eur Urol* 2008;54(5):982–92
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18584944>.
92. Yang JC, Tang J, Li J, Luo Y, Li Y, Shi H. Contrast-enhanced gray-scale transrectal ultrasound-guided prostate biopsy in men with elevated serum prostate-specific antigen levels. *Acad Radiol* 2008;15(10):1291–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790401>.
93. Cochlin DL, Ganatra RH, Griffiths DF. Elastography in the detection of prostatic cancer. *Clin Radiol* 2002;57(11):1014–20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12409113>.
94. Eggert T, Khaled W, Wenske S, Ermert H, Noldus J. Stellenwert der Elastographie in der klinischen Diagnostik des lokalisierten Prostatakarzinoms. Vergleich von Detektionsraten der B-Modus-Sonographie und der elastographieunterstützten systematischen 10fach-Biopsie. *Der Urologe Ausg A* 2008;47(9):1212–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18704361>.
95. Kamoi K, Okihara K, Ochiai A, Ukimura O, Mizutani Y, Kawauchi A, Miki T. The utility of transrectal real-time elastography in the diagnosis of prostate cancer. *Ultrasound Med Biol* 2008;34(7):1025–32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18255215>.
96. König K, Scheipers U, Pesavento A, Lorenz A, Ermert H, Senge T. Initial experiences with real-time elastography guided biopsies of the prostate. *Journal of Urology* 2005;174(1):115–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15947593>.
97. Miyagawa T, Tsutsumi M, Matsumura T, Kawazoe N, Ishikawa S, Shimokama T, Miyanaga N, Akaza H. Real-time elastography for the diagnosis of prostate cancer: evaluation of elastographic moving images. *Jpn J Clin Oncol* 2009;39(6):394–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19359330>.
98. Nelson ED, Slotoroff CB, Gomella LG, Halpern EJ. Targeted biopsy of the prostate: the impact of color Doppler imaging and elastography on prostate cancer detection and Gleason score. *Urology* 2007;70(6):1136–40 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158034>.
99. Salomon G, Köllerman J, Thederan I, Chun FK, Budäus L, Schlomm T, Isbarn H, Heinzer H, Huland H, Graefen M. Evaluation of prostate cancer detection with ultrasound real-time elastography: a comparison with step section pathological analysis after radical prostatectomy. *Eur Urol* 2008;54(6):1354–62 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18374470>.

100. Tsutsumi M, Miyagawa T, Matsumura T, Kawazoe N, Ishikawa S, Shimokama T, Shiina T, Miyanaga N, Akaza H. The impact of real-time tissue elasticity imaging (elastography) on the detection of prostate cancer: clinicopathological analysis. *Int J Clin Oncol* 2007;12(4):250-5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17701002>.
101. Cheikh AB, Girouin N, Colombel M, Marechal JM, Gelet A, Bissery A, Rabilloud M, Lyonnet D, Rouviere O. Evaluation of T2-weighted and dynamic contrast-enhanced MRI in localizing prostate cancer before repeat biopsy. *Eur Radiol* 2009;19(3):770-8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18925403>.
102. Labanaris AP, Engelhard K, Zugor V, Nutzler R, Kuhn R. Prostate cancer detection using an extended prostate biopsy schema in combination with additional targeted cores from suspicious images in conventional and functional endorectal magnetic resonance imaging of the prostate. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2010;13(1):65-70
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19752886>.
103. Panebianco V, Sciarra A, Ciccariello M, Lisi D, Bernardo S, Cattarino S, Gentile V, Passariello R. Role of magnetic resonance spectroscopic imaging ([¹H]MRSI) and dynamic contrast-enhanced MRI (DCE-MRI) in identifying prostate cancer foci in patients with negative biopsy and high levels of prostate-specific antigen (PSA). *Radiol Med* 2010;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20852963>.
104. Sciarra A, Panebianco V, Ciccariello M, Salciccia S, Cattarino S, Lisi D, Gentilucci A, Alfarone A, Bernardo S, Passariello R, Gentile V. Value of magnetic resonance spectroscopy imaging and dynamic contrast-enhanced imaging for detecting prostate cancer foci in men with prior negative biopsy. *Clin Cancer Res* 2010;16(6):1875-83
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20197480>.
105. Brown JA, Rodin DM, Harisinghani M, Dahl DM. Impact of preoperative endorectal MRI stage classification on neurovascular bundle sparing aggressiveness and the radical prostatectomy positive margin rate. *Urol Oncol* 2009;27(2):174-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18640062>.
106. Brajtbord JS, Lavery HJ, Nabizada-Pace F, Senaratne P, Samadi DB. Endorectal magnetic resonance imaging has limited clinical ability to preoperatively predict pT3 prostate cancer. *BJU Int* 2010; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20804475>.
107. Manikandan R, Qazi HA, Philip J, Mistry R, Lamb GH, Woolfenden KA, Cornford PA, Parsons KF. Routine use of magnetic resonance imaging in the management of T(1c) carcinoma of the prostate: is it necessary? *J Endourol* 2007;21(10):1171-4
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17949319>.
108. Nogueira L, Wang L, Fine SW, Pinochet R, Kurta JM, Katz D, Savage CJ, Cronin AM, Hricak H, Scardino PT, Akin O, Coleman JA. Focal treatment or observation of prostate cancer: pretreatment accuracy of transrectal ultrasound biopsy and T2-weighted MRI. *Urology* 2010;75(2):472-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19643467>.

109. Ren J, Huan Y, Li F, Wang H, Ge Y, Chang Y, Yin H, Sun L. Combined T2-weighted and diffusion-weighted MRI for diagnosis of urinary bladder invasion in patients with prostate carcinoma. *J Magn Reson Imaging* 2009;30(2):351–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19591203>.
110. Torricelli P, Barberini A, Cinquantini F, Sighinolfi M, Cesinaro AM. 3-T MRI with phased-array coil in local staging of prostatic cancer. *Acad Radiol* 2008;15(9):1118–25
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18692752>.
111. Turkbey B, Pinto PA, Mani H, Bernardo M, Pang Y, McKinney YL, Khurana K, Ravizzini GC, Albert PS, Merino MJ, Choyke PL. Prostate cancer: value of multiparametric MR imaging at 3 T for detection--histopathologic correlation. *Radiology* 2010;255(1):89–99
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20308447>.
112. Weinreb JC, Blume JD, Coakley FV, Wheeler TM, Cormack JB, Sotito CK, Cho H, Kawashima A, Tempany-Afdhal CM, Macura KJ, Rosen M, Gerst SR, Kurhanewicz J. Prostate cancer: sextant localization at MR imaging and MR spectroscopic imaging before prostatectomy--results of ACORN prospective multi-institutional clinicopathologic study. *Radiology* 2009;251(1):122–33
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19332850>.
113. Amsellem-Ouazana D, Younes P, Conquy S, Peyromaure M, Flam T, Debre B, Zerbib M. Negative prostatic biopsies in patients with a high risk of prostate cancer. Is the combination of endorectal MRI and magnetic resonance spectroscopy imaging (MRSI) a useful tool? A preliminary study. *Eur Urol* 2005;47(5):582–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826747>.
114. Bhatia C, Phongkitkarun S, Booranapitaksonti D, Kochakarn W, Chaleumsanyakorn P. Diagnostic accuracy of MRI/MRSI for patients with persistently high PSA levels and negative TRUS-guided biopsy results. *J Med Assoc Thai* 2007;90(7):1391–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17710982>.
115. Halpern EJ, Strup SE. Using gray-scale and color and power Doppler sonography to detect prostatic cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(3):623–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10701599>.
116. Hara N, Okuizumi M, Koike H, Kawaguchi M, Bilim V. Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance imaging (DCE-MRI) is a useful modality for the precise detection and staging of early prostate cancer. *Prostate* 2005;62(2):140–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15389803>.
117. Lavoipierre AM, Snow RM, Frydenberg M, Gunter D, Reisner G, Royce PL, Lavoipierre GJ. Prostatic cancer: role of color Doppler imaging in transrectal sonography. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171(1):205–10
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9648790>.
118. Li H, Sugimura K, Kaji Y, Kitamura Y, Fujii M, Hara I, Tachibana M. Conventional MRI capabilities in the diagnosis of prostate cancer in the transition zone. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):729–42
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16498100>.

119. Ocak I, Bernardo M, Metzger G, Barrett T, Pinto P, Albert PS, Choyke PL. Dynamic contrast-enhanced MRI of prostate cancer at 3 T: a study of pharmacokinetic parameters. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189(4):849 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885055>.
120. Philip J, Dutta RS, Ballal M, Foster CS, Javle P. Is a digital rectal examination necessary in the diagnosis and clinical staging of early prostate cancer? *BJU Int* 2005;95(7):969–71 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15839915>.
121. Prando A, Kurhanewicz J, Borges AP, Oliveira EM, Jr., Figueiredo E. Prostatic biopsy directed with endorectal MR spectroscopic imaging findings in patients with elevated prostate specific antigen levels and prior negative biopsy findings: early experience. *Radiology* 2005;236(3):903–10 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16118169>.
122. Yuen JS, Thng CH, Tan PH, Khin LW, Phee SJ, Xiao D, Lau WK, Ng WS, Cheng CW. Endorectal magnetic resonance imaging and spectroscopy for the detection of tumor foci in men with prior negative transrectal ultrasound prostate biopsy. *Journal of Urology* 2004;171(4):1482–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15017203>.
123. Deutsche Röntgengesellschaft (DRG). Prostatakarzinom. Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft zur bildgebenden Diagnostik. Berlin: DRG; 2004.
124. Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU). Leitlinie zur Diagnostik des Prostatakarzinoms. Düsseldorf: DGU; 1997.
125. Abuzallouf S, Dayes I, Lukka H. Baseline staging of newly diagnosed prostate cancer: a summary of the literature. *Journal of Urology* 2004;171(6 Pt 1):2122–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126770>.
126. Engelbrecht MR, Jager GJ, Laheij RJ, Verbeek AL, van Lier HJ, Barentsz JO. Local staging of prostate cancer using magnetic resonance imaging: a meta-analysis. *Eur Radiol* 2002;12(9):2294–302 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12195484>.
127. Ross PL, Scardino PT, Kattan MW. A catalog of prostate cancer nomograms. *J Urol* 2001;165(5):1562–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342918>.
128. Sonnad SS, Langlotz CP, Schwartz JS. Accuracy of MR imaging for staging prostate cancer: a meta-analysis to examine the effect of technologic change. *Acad Radiol* 2001;8(2):149–57 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11227643>.
129. Boni RA, Hutter BE, Trinkler F, Jochum W, Pestalozzi D, Krestin GP. Präoperatives T-Staging des Prostatakarzinoms: Endorektale Magnetresonanztomographie im Vergleich zu anderen bildgebenden und klinischen Methoden. *Rofo* 1996;165(2):152–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8924668>.
130. Hsu CY, Joniau S, Oyen R, Roskams T, Van Poppel H. Detection of clinical unilateral T3a prostate cancer – by digital rectal examination or transrectal ultrasonography? *BJU Int* 2006;98(5):982–5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16945120>.

131. Hsu CY, Joniau S, Oyen R, Roskams T, Van PH. Transrectal ultrasound in the staging of clinical T3a prostate cancer. *Eur J Surg Oncol* 2007;33(1):79–82
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17067773>.
132. Hricak H, Wang L, Wei DC, Coakley FV, Akin O, Reuter VE, Gonen M, Kattan MW, Onyebuchi CN, Scardino PT. The role of preoperative endorectal magnetic resonance imaging in the decision regarding whether to preserve or resect neurovascular bundles during radical retropubic prostatectomy. *Cancer* 2004;100(12):2655–63
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15197809>.
133. Mullerad M, Hricak H, Wang L, Chen HN, Kattan MW, Scardino PT. Prostate cancer: detection of extracapsular extension by genitourinary and general body radiologists at MR imaging. *Radiology* 2004;232(1):140–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15166319>.
134. Mullerad M, Hricak H, Kuroiwa K, Pucar D, Chen HN, Kattan MW, Scardino PT. Comparison of endorectal magnetic resonance imaging, guided prostate biopsy and digital rectal examination in the preoperative anatomical localization of prostate cancer. *J Urol* 2005;174(6):2158–63
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280755>.
135. Nakashima J, Tanimoto A, Imai Y, Mukai M, Horiguchi Y, Nakagawa K, Oya M, Ohigashi T, Marumo K, Murai M. Endorectal MRI for prediction of tumor site, tumor size, and local extension of prostate cancer. *Urology* 2004;64(1):101–5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245944>.
136. Soulie M, Aziza R, Escourrou G, Seguin P, Tollon C, Molinier L, Bachaud J, Joffre F, Plante P. Assessment of the risk of positive surgical margins with pelvic phased-array magnetic resonance imaging in patients with clinically localized prostate cancer: a prospective study. *Urology* 2001;58(2):228–32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11489708>.
137. Wang L, Hricak H, Kattan MW, Chen HN, Scardino PT, Kuroiwa K. Prediction of organ-confined prostate cancer: incremental value of MR imaging and MR spectroscopic imaging to staging nomograms. *Radiology* 2006;238(2):597–603
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16344335>.
138. Wang L, Hricak H, Kattan MW, Schwartz LH, Eberhardt SC, Chen HN, Scardino PT. Combined endorectal and phased-array MRI in the prediction of pelvic lymph node metastasis in prostate cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):743–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16498101>.
139. Wang L, Hricak H, Kattan MW, Chen HN, Kuroiwa K, Eisenberg HF, Scardino PT. Prediction of seminal vesicle invasion in prostate cancer: incremental value of adding endorectal MR imaging to the Kattan nomogram. *Radiology* 2007;242(1):182–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17090712>.
140. Ayyathurai R, Mahapatra R, Rajasundaram R, Srinivasan V, Archard NP, Toussi H. A study on staging bone scans in newly diagnosed prostate cancer. *Urol Int* 2006;76(3):209–12
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16601380>.

141. Even-Sapir E, Metser U, Mishani E, Lievshitz G, Lerman H, Leibovitch I. The detection of bone metastases in patients with high-risk prostate cancer: 99mTc-MDP Planar bone scintigraphy, single- and multi-field-of-view SPECT, 18F-fluoride PET, and 18F-fluoride PET/CT. *J Nucl Med* 2006;47(2):287-97 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16455635>.
142. Briganti A, Chun FK, Salonia A, Gallina A, Farina E, Da Pozzo LF, Rigatti P, Montorsi F, Karakiewicz PI. Validation of a nomogram predicting the probability of lymph node invasion based on the extent of pelvic lymphadenectomy in patients with clinically localized prostate cancer. *BJU Int* 2006;98(4):788-93 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796698>.
143. Cagiannos I, Karakiewicz P, Eastham JA, Ohori M, Rabbani F, Gerigk C, Reuter V, Graefen M, Hammerer PG, Erbersdobler A, Huland H, Kupelian P, Klein E, Quinn DI, Henshall SM, Grygiel JJ, Sutherland RL, Stricker PD, Morash CG, Scardino PT, Kattan MW. A preoperative nomogram identifying decreased risk of positive pelvic lymph nodes in patients with prostate cancer. *Journal of Urology* 2003;170(5):1798-803 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14532779>.
144. Partin AW, Kattan MW, Subong EN, Walsh PC, Wojno KJ, Oesterling JE, Scardino PT, Pearson JD. Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. *JAMA* 1997;277(18):1445-51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9145716>.
145. Steuber T, Graefen M, Haese A, Erbersdobler A, Chun FK, Schlom T, Perrotte P, Huland H, Karakiewicz PI. Validation of a nomogram for prediction of side specific extracapsular extension at radical prostatectomy. *Journal of Urology* 2006;175(3 Pt 1):939-44 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16469587>.
146. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Mason M, Matveev V, Schmid HP, van der Kwast T, Wiegel T, Zattoni F, Heidenreich A. EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol* 2011;59(4):572-83 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21315502>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.01.025.
147. Heidenreich A, Albers P, Classen J, Graefen M, Gschwend J, Kotzerke J, Krege S, Lehmann J, Rohde D, Schmidberger H, Uder M, Zeeb H. Imaging studies in metastatic urogenital cancer patients undergoing systemic therapy: recommendations of a multidisciplinary consensus meeting of the Association of Urological Oncology of the German Cancer Society. *Urol Int* 2010;85(1):1-10 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20693823>.
148. Umbehre MH, Muntener M, Hany T, Sulser T, Bachmann LM. The Role of 11C-Choline and 18F-Fluorocholine Positron Emission Tomography (PET) and PET/CT in Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* 2013; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628493>, DOI: 10.1016/j.eururo.2013.04.019.
149. Martino P, Scattoni V, Galosi AB, Consonni P, Trombetta C, Palazzo S, Maccagnano C, Liguori G, Valentino M, Battaglia M, Barozzi L. Role of imaging and biopsy to assess local recurrence after definitive treatment for prostate carcinoma (surgery, radiotherapy, cryotherapy, HIFU). *World J Urol* 2011;29(5):595-605 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21553276>, DOI: 10.1007/s00345-011-0687-y.

150. Bauman G, Belhocine T, Kovacs M, Ward A, Beheshti M, Rachinsky I. 18F-fluorocholine for prostate cancer imaging: a systematic review of the literature. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2012;15(1):45–55 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21844889>, DOI: 10.1038/pcan.2011.35.
151. Zengerling F, Schrader AJ, Schrader M, Jentzmik F. [Diagnostic relevance of choline-PET / CT in patients with prostate cancer]. *Aktuelle Urol* 2012;43(1):49–54 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769763>, DOI: 10.1055/s-0031-1271553.
152. Beresford MJ, Gillatt D, Benson RJ, Ajithkumar T. A systematic review of the role of imaging before salvage radiotherapy for post-prostatectomy biochemical recurrence. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010;22(1):46–55 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948393>, DOI: 10.1016/j.clon.2009.10.015.
153. Picchio M, Briganti A, Fanti S, Heidenreich A, Krause BJ, Messa C, Montorsi F, Reske SN, Thalmann GN. The role of choline positron emission tomography/computed tomography in the management of patients with prostate-specific antigen progression after radical treatment of prostate cancer. *Eur Urol* 2011;59(1):51–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869161>, DOI: 10.1016/j.eururo.2010.09.004.
154. Beer AJ, Eiber M, Souvatzoglou M, Schwaiger M, Krause BJ. Radionuclide and hybrid imaging of recurrent prostate cancer. *Lancet Oncol* 2011;12(2):181–91 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20599424>, DOI: 10.1016/S1470-2045(10)70103-0.
155. Krause BJ, Souvatzoglou M, Treiber U. Imaging of prostate cancer with PET/CT and radioactively labeled choline derivatives. *Urol Oncol* 2011; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21388835>.
156. Picchio M, Briganti A, Fanti S, Heidenreich A, Krause BJ, Messa C, Montorsi F, Reske SN, Thalmann GN. The role of choline positron emission tomography/computed tomography in the management of patients with prostate-specific antigen progression after radical treatment of prostate cancer. *Eur Urol* 2011;59(1):51–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869161>, DOI: 10.1016/j.eururo.2010.09.004.
157. Beheshti M, Haim S, Zakavi R, Steinmair M, Waldenberger P, Kunit T, Nader M, Langsteger W, Loidl W. Impact of 18F-Choline PET/CT in Prostate Cancer Patients with Biochemical Recurrence: Influence of Androgen Deprivation Therapy and Correlation with PSA Kinetics. *J Nucl Med* 2013;54(6):833–40 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23559588>, DOI: 10.2967/jnumed.112.110148.
158. Richter JA, Rodriguez M, Rioja J, Penuelas I, Marti-Climent J, Garrastachu P, Quincoces G, Zudaire J, Garcia-Velloso MJ. Dual tracer 11C-choline and FDG-PET in the diagnosis of biochemical prostate cancer relapse after radical treatment. *Mol Imaging Biol* 2010;12(2):210–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19543774>.

159. Panebianco V, Sciarra A, Lisi D, Galati F, Buonocore V, Catalano C, Gentile V, Laghi A, Passariello R. Prostate cancer: 1HMRS-DCEMR at 3T versus [(18)F]choline PET/CT in the detection of local prostate cancer recurrence in men with biochemical progression after radical retropubic prostatectomy (RRP). *Eur J Radiol* 2012;81(4):700–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330082>, DOI: 10.1016/j.ejrad.2011.01.095.
160. Tuncel M, Souvatzoglou M, Herrmann K, Stollfuss J, Schuster T, Weirich G, Wester HJ, Schwaiger M, Krause BJ. [(11)C]Choline positron emission tomography/computed tomography for staging and restaging of patients with advanced prostate cancer. *Nucl Med Biol* 2008;35(6):689–95
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18678354>.
161. Thompson I, Thrasher JB, Aus G, Burnett AL, Canby-Hagino ED, Cookson MS, D'Amico AV, Dmochowski RR, Eton DT, Forman JD, Goldenberg SL, Hernandez J, Higano CS, Kraus SR, Moul JW, Tangen CM. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update (confirmed 2009). *J Urol* 2007;177(6):2106–31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509297>.
162. Baxter NN, Tepper JE, Durham SB, Rothenberger DA, Virnig BA. Increased risk of rectal cancer after prostate radiation: a population-based study. *Gastroenterology* 2005;128(4):819–24
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15825064>.
163. Brenner DJ, Curtis RE, Hall EJ, Ron E. Second malignancies in prostate carcinoma patients after radiotherapy compared with surgery. *Cancer* 2000;88(2):398–406
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10640974>.
164. Liauw SL, Sylvester JE, Morris CG, Blasko JC, Grimm PD. Second malignancies after prostate brachytherapy: incidence of bladder and colorectal cancers in patients with 15 years of potential follow-up. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;66(3):669–73
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16887293>.
165. Wilt TJ, MacDonald R, Rutks I, Shamliyan TA, Taylor BC, Kane RL. Systematic review: comparative effectiveness and harms of treatments for clinically localized prostate cancer. *Ann Intern Med* 2008;148(6):435–48
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252677>.
166. U.S.Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: recommendation and rationale. *Annals of Internal Medicine* 2002;137(11):915–6.
167. Mambourg F, van den Bruel A, Devries S, Leys M, Vinck I, Lona M, Neyt M, Ramaekers D. HTA of prostate cancer screening. Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006.
168. Vargas C, Ghilezan M, Hollander M, Gustafson G, Korman H, Gonzalez J, Martinez A. A new model using number of needles and androgen deprivation to predict chronic urinary toxicity for high or low dose rate prostate brachytherapy. *J Urol* 2005;174(3):882–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16093980>.
169. Grills IS, Martinez AA, Hollander M, Huang R, Goldman K, Chen PY, Gustafson GS. High dose rate brachytherapy as prostate cancer monotherapy reduces toxicity compared to low dose rate palladium seeds. *Journal of Urology* 2004;171(3):1098–104
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767279>.

170. Sutcliffe P, Hummel S, Simpson E, Young T, Rees A, Wilkinson A, Hamdy F, Clarke N, Staffurth J. Use of classical and novel biomarkers as prognostic risk factors for localised prostate cancer: a systematic review. *Health Technol Assess* 2009;13(5):iii, xi–iiixiii
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19128541>, DOI: 10.3310/hta13050.
171. Shariat SF, Karakiewicz PI, Roehrborn CG, Kattan MW. An updated catalog of prostate cancer predictive tools. *Cancer* 2008;113(11):3075–99
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823041>, DOI: 10.1002/cncr.23908.
172. Rodrigues G, Warde P, Pickles T, Crook J, Brundage M, Souhami L, Lukka H. Pre-treatment risk stratification of prostate cancer patients: A critical review. *Can Urol Assoc J* 2012;6(2):121–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22511420>, DOI: 10.5489/cuaj.11085.
173. Cowen ME, Halasyamani LK, Kattan MW. Predicting life expectancy in men with clinically localized prostate cancer. *Journal of Urology* 2006;175(1):99–103
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16406881>, DOI: 10.1016/S0022-5347(05)00018-2.
174. Walz J, Gallina A, Saad F, Montorsi F, Perrotte P, Shariat SF, Jeldres C, Graefen M, Benard F, McCormack M, Valiquette L, Karakiewicz PI. A nomogram predicting 10-year life expectancy in candidates for radical prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2007;25(24):3576–81
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17704404>, DOI: 10.1200/JCO.2006.10.3820.
175. Thompson I, Thrasher JB, Aus G, Burnett AL, Canby-Hagino ED, Cookson MS, D'Amico AV, Dmochowski RR, Eton DT, Forman JD, Goldenberg SL, Hernandez J, Higano CS, Kraus SR, Moul JW, Tangen CM. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update (confirmed 2009). *J Urol* 2007;177(6):2106–31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17509297>.
176. Heidenreich A, Bolla M, Joniau S, Mason MD, Matveev V, Mottet N, Schmid HP, van der Kwast TH, Wiegel T, Zattoni F. EAU guidelines on prostate cancer. 2010 [cited: 2011 Mae 18]. Available from:
<http://www.uroweb.org/gls/pdf/Prostate%20Cancer%202010%20June%2017th.pdf>
177. Dall'Era MA, Albertsen PC, Bangma C, Carroll PR, Carter HB, Cooperberg MR, Freedland SJ, Klotz LH, Parker C, Soloway MS. Active surveillance for prostate cancer: a systematic review of the literature. *Eur Urol* 2012;62(6):976–83 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22698574>, DOI: 10.1016/j.eururo.2012.05.072.
178. Ip S, Dahabreh IJ, Chung M, Yu WW, Balk EM, Iovin RC, Mathew P, Luongo T, Dvorak T, Lau J. An evidence review of active surveillance in men with localized prostate cancer. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2011;(204):1–341 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126653>.
179. Ganz PA, Barry JM, Burke W, Col NF, Corso PS, Dodson E, Hammond ME, Kogan BA, Lynch CF, Newcomer L, Seifter EJ, Tooze JA, Viswanath KV, Wessells H. NIH State-of-the-Science Conference Statement: Role of active surveillance in the management of men with localized prostate cancer. *NIH Consens State Sci Statements* 2011;28(1):1–27
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23392076>.

180. Bastian PJ, Carter BH, Bjartell A, Seitz M, Stanislaus P, Montorsi F, Stief CG, Schroder F. Insignificant prostate cancer and active surveillance: from definition to clinical implications. *Eur Urol* 2009;55(6):1321–30 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19286302>.
181. van den Bergh RC, Roemeling S, Roobol MJ, Wolters T, Schroder FH, Bangma CH. Prostate-specific antigen kinetics in clinical decision-making during active surveillance for early prostate cancer—a review. *Eur Urol* 2008;54(3):505–16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18585845>.
182. Harnden P, Shelley MD, Naylor B, Coles B, Mason MD. Does the extent of carcinoma in prostatic biopsies predict prostate-specific antigen recurrence? A systematic review. *Eur Urol* 2008;54(4):728–39 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18603352>.
183. Martin RM, Gunnell D, Hamdy F, Neal D, Lane A, Donovan J. Continuing controversy over monitoring men with localized prostate cancer: a systematic review of programs in the prostate specific antigen era. *J Urol* 2006;176(2):439–49 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813862>.
184. Pickles T, Ruether JD, Weir L, Carlson L, Jakulj F. Psychosocial barriers to active surveillance for the management of early prostate cancer and a strategy for increased acceptance. *BJU Int* 2007;100(3):544–51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17532857>.
185. Saad F, Finelli A, Dranitsaris G, Goldenberg L, Bagnell S, Gleave M, Fleshner N. Does prolonging the time to prostate cancer surgery impact long-term cancer control: a systematic review of the literature. *Can J Urol* 2006;13 Suppl 3:16–24 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818008>.
186. Alibhai SM, Klotz LH. A systematic review of randomized trials in localized prostate cancer. *Can J Urol* 2004;11(1):2110–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003149>.
187. Parker C. Active surveillance: towards a new paradigm in the management of early prostate cancer. *Lancet Oncol* 2004;5(2):101–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14761814>.
188. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, Gingrich JR, Wei JT, Gilhooly P, Grob BM, Nsouli I, Iyer P, Cartagena R, Snider G, Roehrborn C, Sharifi R, Blank W, Pandya P, Andriole GL, Culkin D, Wheeler T. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2012;367(3):203–13 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22808955>, DOI: 10.1056/NEJMoa1113162.
189. Wilt TJ. The Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial: VA/NCI/AHRQ Cooperative Studies Program #407 (PIVOT): design and baseline results of a randomized controlled trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting for men with clinically localized prostate cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2012;2012(45):184–90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23271771>, DOI: 10.1093/jncimonographs/lgs041.

190. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Garmo H, Stark JR, Busch C, Nordling S, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, Spangberg A, Palmgren J, Steineck G, Adami HO, Johansson JE. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2011;364(18):1708–17 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21542742>, DOI: 10.1056/NEJMoa1011967.
191. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, Bill-Axelsson A. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *Lancet Oncol* 2011;12(9):891–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821474>, DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70162-0.
192. van den Bergh RC, Korfage IJ, Roobol MJ, Bangma CH, de Koning HJ, Steyerberg EW, Essink-Bot ML. Sexual function with localized prostate cancer: active surveillance vs radical therapy. *BJU Int* 2012;110(7):1032–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22260273>, DOI: 10.1111/j.1464-410X.2011.10846.x.
193. Al Otaibi M., Ross P, Fahmy N, Jeyaganth S, Trottier H, Sircar K, Begin LR, Souhami L, Kassouf W, Aprikian A, Tanguay S. Role of repeated biopsy of the prostate in predicting disease progression in patients with prostate cancer on active surveillance. *Cancer* 2008;113(2):286–92 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18484590>.
194. van den Bergh RC, Vasarainen H, van der Poel HG, Vis-Maters JJ, Rietbergen JB, Pickles T, Cornel EB, Valdagni R, Jaspars JJ, van der HJ, Staerman F, Oomens EH, Rannikko A, Roemeling S, Steyerberg EW, Roobol MJ, Schroder FH, Bangma CH. Short-term outcomes of the prospective multicentre 'Prostate Cancer Research International: Active Surveillance' study. *BJU Int* 2010;105(7):956–62 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19817747>.
195. van den Bergh RC, Steyerberg EW, Khatami A, Aus G, Pihl CG, Wolters T, van Leeuwen PJ, Roobol MJ, Schroder FH, Hugosson J. Is delayed radical prostatectomy in men with low-risk screen-detected prostate cancer associated with a higher risk of unfavorable outcomes? *Cancer* 2010;116(5):1281–90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066716>.
196. Cooperberg MR, Cowan JE, Hilton JF, Reese AC, Zaid HB, Porten SP, Shinohara K, Meng MV, Greene KL, Carroll PR. Outcomes of active surveillance for men with intermediate-risk prostate cancer. *J Clin Oncol* 2011;29(2):228–34 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21115873>, DOI: 10.1200/JCO.2010.31.4252.
197. Dall'Era MA, Konety BR, Cowan JE, Shinohara K, Stauf F, Cooperberg MR, Meng MV, Kane CJ, Perez N, Master VA, Carroll PR. Active surveillance for the management of prostate cancer in a contemporary cohort. *Cancer* 2008;112(12):2664–70 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18433013>.
198. Eggener SE, Mueller A, Berglund RK, Ayyathurai R, Soloway C, Soloway MS, Abouassaly R, Klein EA, Jones SJ, Zappavigna C, Goldenberg L, Scardino PT, Eastham JA, Guillonneau B. A multi-institutional evaluation of active surveillance for low risk prostate cancer. *Journal of Urology* 2009;181(4):1635–41 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19233410>.

199. Klotz L, Zhang L, Lam A, Nam R, Mamedov A, Loblaw A. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28(1):126-31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19917860>.
200. Roemeling S, Roobol MJ, Postma R, Gosselaar C, van der Kwast TH, Bangma CH, Schroder FH. Management and survival of screen-detected prostate cancer patients who might have been suitable for active surveillance. *Eur Urol* 2006;50(3):475-82
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16713065>.
201. Ross AE, Loeb S, Landis P, Partin AW, Epstein JI, Kettermann A, Feng Z, Carter HB, Walsh PC. Prostate-specific antigen kinetics during follow-up are an unreliable trigger for intervention in a prostate cancer surveillance program. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28(17):2810-6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439642>.
202. Shappley WV, III, Kenfield SA, Kasperzyk JL, Qiu W, Stampfer MJ, Sanda MG, Chan JM. Prospective study of determinants and outcomes of deferred treatment or watchful waiting among men with prostate cancer in a nationwide cohort. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2009;27(30):4980-5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720918>.
203. Sugimoto M, Shiraishi T, Tsunemori H, Demura T, Saito Y, Kamoto T, Takehi Y. Pathological findings at radical prostatectomy in Japanese prospective active surveillance cohort. *Jpn J Clin Oncol* 2010;40(10):973-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20534686>.
204. van den Bergh RC, Essink-Bot ML, Roobol MJ, Wolters T, Schroder FH, Bangma CH, Steyerberg EW. Anxiety and distress during active surveillance for early prostate cancer. *Cancer* 2009;115(17):3868-78 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19637245>.
205. van den Bergh RC, Essink-Bot ML, Roobol MJ, Schroder FH, Bangma CH, Steyerberg EW. Do anxiety and distress increase during active surveillance for low risk prostate cancer? *Journal of Urology* 2010;183(5):1786-91 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20299064>.
206. Burnet KL, Parker C, Dearnaley D, Brewin CR, Watson M. Does active surveillance for men with localized prostate cancer carry psychological morbidity? *BJU Int* 2007;100(3):540-3
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17550414>.
207. Gorin MA, Soloway CT, Eldefrawy A, Soloway MS. Factors That Influence Patient Enrollment in Active Surveillance for Low-risk Prostate Cancer. *Urology* 2011;
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21215429>.
208. Oliffe JL, Davison BJ, Pickles T, Mroz L. The self-management of uncertainty among men undertaking active surveillance for low-risk prostate cancer. *Qual Health Res* 2009;19(4):432-43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229061>.

209. Thong MS, Mols F, Kil PJ, Korfae IJ, van de Poll-Franse LV. Prostate cancer survivors who would be eligible for active surveillance but were either treated with radiotherapy or managed expectantly: comparisons on long-term quality of life and symptom burden. *BJU Int* 2010;105(5):652–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747357>.
210. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, Spangberg A, Busch C, Nordling S, Garmo H, Palmgren J, Adami HO, Norlen BJ, Johansson JE. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2005;352(19):1977–84 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15888698>.
211. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Filen F, Ruutu M, Garmo H, Busch C, Nordling S, Haggman M, Andersson SO, Bratell S, Spangberg A, Palmgren J, Adami HO, Johansson JE. Radical prostatectomy versus watchful waiting in localized prostate cancer: the Scandinavian prostate cancer group-4 randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(16):1144–54 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695132>.
212. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Haggman M, Andersson SO, Spangberg A, Busch C, Nordling S, Palmgren J, Adami HO, Johansson JE, Norlen BJ. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2002;347(11):781–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12226148>.
213. Aus G, Robinson D, Rosell J, Sandblom G, Varenhorst E. Survival in prostate carcinoma--outcomes from a prospective, population-based cohort of 8887 men with up to 15 years of follow-up: results from three countries in the population-based National Prostate Cancer Registry of Sweden. *Cancer* 2005;103(5):943–51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15651057>.
214. Khatami A, Aus G, Damber JE, Lilja H, Lodding P, Hugosson J. PSA doubling time predicts the outcome after active surveillance in screening-detected prostate cancer: results from the European randomized study of screening for prostate cancer, Sweden section. *Int J Cancer* 2007;120(1):170–4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17013897>.
215. Meng MV, Elkin EP, Harlan SR, Mehta SS, Lubeck DP, Carroll PR. Predictors of treatment after initial surveillance in men with prostate cancer: results from CaPSURE. *J Urol* 2003;170(6 Pt 1):2279–83 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14634396>.
216. Klotz L. Active surveillance for prostate cancer: for whom? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2005;23(32):8165–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16278468>.
217. Klotz L. Active surveillance versus radical treatment for favorable-risk localized prostate cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2006;7(5):355–62 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16904052>.
218. Hardie C, Parker C, Norman A, Eeles R, Horwich A, Huddart R, Dearnaley D. Early outcomes of active surveillance for localized prostate cancer. *BJU Int* 2005;95(7):956–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15839912>.

219. Augustin H, Hammerer PG, Graefen M, Erbersdobler A, Blonski J, Palisaar J, Daghofer F, Huland H. Insignificant prostate cancer in radical prostatectomy specimen: time trends and preoperative prediction. *Eur Urol* 2003;43(5):455–60
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12705986>.
220. Chan TY, Chan DY, Stutzman KL, Epstein JI. Does increased needle biopsy sampling of the prostate detect a higher number of potentially insignificant tumors? *Journal of Urology* 2001;166(6):2181–4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11696731>.
221. Cupp MR, Bostwick DG, Myers RP, Oesterling JE. The volume of prostate cancer in the biopsy specimen cannot reliably predict the quantity of cancer in the radical prostatectomy specimen on an individual basis. *Journal of Urology* 1995;153(5):1543–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7714976>.
222. Dong F, Kattan MW, Steyerberg EW, Jones JS, Stephenson AJ, Schroder FH, Klein EA. Validation of pretreatment nomograms for predicting indolent prostate cancer: efficacy in contemporary urological practice. *Journal of Urology* 2008;180(1):150–4
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18485398>.
223. Elgamal AA, Van Poppel HP, Van de Voorde WM, Van Dorpe JA, Oyen RH, Baert LV. Impalpable invisible stage T1c prostate cancer: characteristics and clinical relevance in 100 radical prostatectomy specimens—a different view. *Journal of Urology* 1997;157(1):244–50
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8976263>.
224. Epstein JI, Walsh PC, Carmichael M, Brendler CB. Pathologic and clinical findings to predict tumor extent of nonpalpable (stage T1c) prostate cancer. *JAMA* 1994;271(5):368–74
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7506797>.
225. Epstein JI, Walsh PC, Akingba G, Carter HB. The significance of prior benign needle biopsies in men subsequently diagnosed with prostate cancer. *Journal of Urology* 1999;162(5):1649–52
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10524890>.
226. Ghavamian R, Blute ML, Bergstralh EJ, Slezak J, Zincke H. Comparison of clinically nonpalpable prostate-specific antigen-detected (cT1c) versus palpable (cT2) prostate cancers in patients undergoing radical retropubic prostatectomy. *Urology* 1999;54(1):105–10
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10414735>.
227. Goto Y, Ohori M, Arakawa A, Kattan MW, Wheeler TM, Scardino PT. Distinguishing clinically important from unimportant prostate cancers before treatment: value of systematic biopsies. *Journal of Urology* 1996;156(3):1059–63 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8709307>.
228. Hirano D, Werahera PN, Crawford ED, Lucia MS, DeAntoni EP, Miller GJ. Morphological analysis and classification of latent prostate cancer using a 3-dimensional computer algorithm: analysis of tumor volume, grade, tumor doubling time and life expectancy. *Journal of Urology* 1998;159(4):1265–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9507849>.

229. Horninger W, Rogatsch H, Reissigl A, Volgger H, Klocker H, Hobisch A, Bartsch G. Correlation between preoperative predictors and pathologic features in radical prostatectomy specimens in PSA-based screening. *Prostate* 1999;40(1):56-61
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10344724>.
230. Irwin MB, Trapasso JG. Identification of insignificant prostate cancers: analysis of preoperative parameters. *Urology* 1994;44(6):862-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7527167>.
231. Jack GS, Cookson MS, Coffey CS, Vader V, Roberts RL, Chang SS, Smith JA, Jr., Shappell SB. Pathological parameters of radical prostatectomy for clinical stages T1c versus T2 prostate adenocarcinoma: decreased pathological stage and increased detection of transition zone tumors. *Journal of Urology* 2002;168(2):519-24
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12131301>.
232. Kattan MW, Eastham JA, Wheeler TM, Maru N, Scardino PT, Erbersdobler A, Graefen M, Huland H, Koh H, Shariat SF, Slawin KM, Ohori M. Counseling men with prostate cancer: a nomogram for predicting the presence of small, moderately differentiated, confined tumors. *Journal of Urology* 2003;170(5):1792-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14532778>.
233. Lee AK, Doytchinova T, Chen MH, Renshaw AA, Weinstein M, Richie JP, D'Amico AV. Can the core length involved with prostate cancer identify clinically insignificant disease in low risk patients diagnosed on the basis of a single positive core? *Urol Oncol* 2003;21(2):123-7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12856640>.
234. Loeb S, Roehl KA, Thaxton CS, Catalona WJ. Combined prostate-specific antigen density and biopsy features to predict "clinically insignificant" prostate cancer. *Urology* 2008;72(1):143-7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436287>.
235. Miyake H, Sakai I, Harada K, Hara I, Eto H. Prediction of potentially insignificant prostate cancer in men undergoing radical prostatectomy for clinically organ-confined disease. *Int J Urol* 2005;12(3):270-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15828954>.
236. Noguchi M, Stamey TA, McNeal JE, Yemoto CM. Relationship between systematic biopsies and histological features of 222 radical prostatectomy specimens: lack of prediction of tumor significance for men with nonpalpable prostate cancer. *J Urol* 2001;166(1):104-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435833>.
237. Ochiai A, Troncoso P, Chen ME, Lloreta J, Babaian RJ. The relationship between tumor volume and the number of positive cores in men undergoing multisite extended biopsy: implication for expectant management. *J Urol* 2005;174(6):2164-8, discussion
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280756>.
238. Recker F, Kwiatkowski MK, Huber A, Stamm B, Lehmann K, Tscholl R. Prospective detection of clinically relevant prostate cancer in the prostate specific antigen range 1 to 3 ng./ml. combined with free-to-total ratio 20% or less: the Aarau experience. *J Urol* 2001;166(3):851-5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11490232>.

239. Roehl KA, Antenor JA, Catalona WJ. Serial biopsy results in prostate cancer screening study. *J Urol* 2002;167(6):2435–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11992052>.
240. Sokoloff MH, Yang XJ, Fumo M, Mhoon D, Brendler CB. Characterizing prostatic adenocarcinomas in men with a serum prostate specific antigen level of < 4.0 ng/mL. *BJU Int* 2004;93(4):499–502 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15008717>.
241. Spitz MR, Strom SS, Yamamura Y, Troncso P, Babaian RJ, Scardino PT, Wheeler T, Amos CI, von Eschenbach A, Kagan J. Epidemiologic determinants of clinically relevant prostate cancer. *Int J Cancer* 2000;89(3):259–64 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10861502>.
242. Stamey TA, Freiha FS, McNeal JE, Redwine EA, Whittemore AS, Schmid HP. Localized prostate cancer. Relationship of tumor volume to clinical significance for treatment of prostate cancer. *Cancer* 1993;71(3 Suppl):933–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7679045>.
243. Steyerberg EW, Roobol MJ, Kattan MW, van der Kwast TH, de Koning HJ, Schroder FH. Prediction of indolent prostate cancer: validation and updating of a prognostic nomogram. *J Urol* 2007;177(1):107–12 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162015>.
244. Terris MK, McNeal JE, Stamey TA. Detection of clinically significant prostate cancer by transrectal ultrasound-guided systematic biopsies. *J Urol* 1992;148(3):829–32 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1380991>.
245. Terris MK, Haney DJ, Johnstone IM, McNeal JE, Stamey TA. Prediction of prostate cancer volume using prostate-specific antigen levels, transrectal ultrasound, and systematic sextant biopsies. *Urology* 1995;45(1):75–80 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7529450>.
246. Harnden P, Naylor B, Shelley MD, Clements H, Coles B, Mason MD. The clinical management of patients with a small volume of prostatic cancer on biopsy: what are the risks of progression? A systematic review and meta-analysis. *Cancer* 2008;112(5):971–81 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186496>.
247. Cooperberg MR, Vickers AJ, Broering JM, Carroll PR. Comparative risk-adjusted mortality outcomes after primary surgery, radiotherapy, or androgen-deprivation therapy for localized prostate cancer. *Cancer* 2010;116(22):5226–34 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690197>.
248. Abdollah F, Sun M, Thuret R, Jeldres C, Tian Z, Briganti A, Shariat SF, Perrotte P, Rigatti P, Montorsi F, Karakiewicz PI. A competing-risks analysis of survival after alternative treatment modalities for prostate cancer patients: 1988–2006. *Eur Urol* 2011;59(1):88–95 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20965646>.
249. Arcangeli G, Strigari L, Arcangeli S, Petrongari MG, Saracino B, Gomellini S, Papalia R, Simone G, De CP, Gallucci M. Retrospective comparison of external beam radiotherapy and radical prostatectomy in high-risk, clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;75(4):975–82 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19395188>.

250. Takizawa I, Hara N, Nishiyama T, Kaneko M, Hoshii T, Tsuchida E, Takahashi K. Oncological results, functional outcomes and health-related quality-of-life in men who received a radical prostatectomy or external beam radiation therapy for localized prostate cancer: a study on long-term patient outcome with risk stratification. *Asian J Androl* 2009;11(3):283-90
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19349948>.
251. Zhou EH, Ellis RJ, Cherullo E, Colussi V, Xu F, Chen WD, Gupta S, Whalen CC, Bodner D, Resnick MI, Rimm AA, Koroukian SM. Radiation therapy and survival in prostate cancer patients: a population-based study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;73(1):15-23
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538495>.
252. Zelefsky MJ, Eastham JA, Cronin AM, Fuks Z, Zhang Z, Yamada Y, Vickers A, Scardino PT. Metastasis after radical prostatectomy or external beam radiotherapy for patients with clinically localized prostate cancer: a comparison of clinical cohorts adjusted for case mix. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28(9):1508-13
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20159826>.
253. Nuttall M, van der MJ, Phillips N, Sharpin C, Gillatt D, McIntosh G, Emberton M. A systematic review and critique of the literature relating hospital or surgeon volume to health outcomes for 3 urological cancer procedures. *J Urol* 2004;172(6 Pt 1):2145-52
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538220>.
254. Ferrari AC, Stone NN, Kurek R, Mulligan E, McGregor R, Stock R, Unger P, Tunn U, Kaisary A, Droller M, Hall S, Renneberg H, Livak KJ, Gallagher RE, Mandeli J. Molecular load of pathologically occult metastases in pelvic lymph nodes is an independent prognostic marker of biochemical failure after localized prostate cancer treatment. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2006;24(19):3081-8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809733>.
255. Swindle P, Eastham JA, Ohori M, Kattan MW, Wheeler T, Maru N, Slawin K, Scardino PT. Do margins matter? The prognostic significance of positive surgical margins in radical prostatectomy specimens. *J Urol* 2005;174(3):903-7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=16093984>.
256. Begg CB, Riedel ER, Bach PB, Kattan MW, Schrag D, Warren JL, Scardino PT. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *The New England journal of medicine* 2002;346(15):1138-44
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11948274>.
257. Hollenbeck BK, Dunn RL, Miller DC, Daignault S, Taub DA, Wei JT. Volume-based referral for cancer surgery: informing the debate. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2007;25(1):91-6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194909>.
258. Hu JC, Gold KF, Pashos CL, Mehta SS, Litwin MS. Role of surgeon volume in radical prostatectomy outcomes. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2003;21(3):401-5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12560426>.

259. Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL. Higher-than-conventional radiation doses in localized prostate cancer treatment: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;74(5):1405–18 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19616743>.
260. Morris DE, Emami B, Mauch PM, Konski AA, Tao ML, Ng AK, Klein EA, Mohideen N, Hurwitz MD, Fraas BA, Roach M, III, Gore EM, Tepper JE. Evidence-based review of three-dimensional conformal radiotherapy for localized prostate cancer: an ASTRO outcomes initiative. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62(1):3–19 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15850897>.
261. Nilsson S, Norlen BJ, Widmark A. A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. *Acta Oncol* 2004;43(4):316–81 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303499>, DOI: 10.1080/02841860410030661.
262. van Tol-Geerdink JJ, Stalmeier PF, Pasker-de Jong PC, Huizenga H, van Lin EN, Schimmel EC, Leer JW, van Daal WA. Systematic review of the effect of radiation dose on tumor control and morbidity in the treatment of prostate cancer by 3D-CRT. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64(2):534–43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16246497>.
263. Goldner G, Bombosch V, Geinitz H, Becker G, Wachter S, Glocker S, Zimmermann F, Wachter-Gerstner N, Schrott A, Bamberg M, Molls M, Feldmann H, Potter R. Moderate risk-adapted dose escalation with three-dimensional conformal radiotherapy of localized prostate cancer from 70 to 74 Gy. First report on 5-year morbidity and biochemical control from a prospective Austrian-German multicenter phase II trial. *Strahlenther Onkol* 2009;185(2):94–100 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19240995>.
264. Goldner G, Dimopoulos J, Kirisits C, Potter R. Moderate dose escalation in three-dimensional conformal localized prostate cancer radiotherapy: single-institutional experience in 398 patients comparing 66 Gy versus 70 Gy versus 74 Gy. *Strahlenther Onkol* 2009;185(7):438–45 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19714305>.
265. Arcangeli G, Fowler J, Gomellini S, Arcangeli S, Saracino B, Petrongari MG, Benassi M, Strigari L. Acute and late toxicity in a randomized trial of conventional versus hypofractionated three-dimensional conformal radiotherapy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;79(4):1013–21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20447774>.
266. Al-Mamgani A, van Putten WL, van der Wielen GJ, Levendag PC, Incrocci L. Dose Escalation and Quality of Life in Patients With Localized Prostate Cancer Treated With Radiotherapy: Long-Term Results of the Dutch Randomized Dose-Escalation Trial (CKTO 96–10 Trial). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;79(4):1004–12 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20421153>.
267. Al-Mamgani A, Heemsbergen WD, Levendag PC, Lebesque JV. Subgroup analysis of patients with localized prostate cancer treated within the Dutch-randomized dose escalation trial. *Radiother Oncol* 2010;96(1):13–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227123>.
268. Kuban DA, Tucker SL, Dong L, Starkschall G, Huang EH, Cheung MR, Lee AK, Pollack A. Long-term results of the M. D. Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;70(1):67–74 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17765406>.

269. Kuban DA, Levy LB, Cheung MR, Lee AK, Choi S, Frank S, Pollack A. Long-term failure patterns and survival in a randomized dose-escalation trial for prostate cancer. Who dies of disease? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;79(5):1310-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20493642>.
270. Beckendorf V, Guerif S, Le PE, Cosset JM, Lefloch O, Chauvet B, Salem N, Chapet O, Bourdin S, Bachaud JM, Maingon P, Lagrange JL, Malissard L, Simon JM, Pommier P, Hay MH, Dubray B, Luporsi E, Bey P. The GETUG 70 Gy vs. 80 Gy randomized trial for localized prostate cancer: feasibility and acute toxicity. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;60(4):1056-65 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15519775>.
271. Bolla M, Van Poppel H, Collette L, van Cangh P, Vekemans K, Da PL, de Reijke TM, Verbaeys A, Bosset JF, van Velthoven R, Marechal JM, Scalliet P, Haustermans K, Pierart M. Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy: a randomised controlled trial (EORTC trial 22911). *Lancet* 2005;366(9485):572-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16099293>.
272. Dearnaley DP, Sydes MR, Graham JD, Aird EG, Bottomley D, Cowan RA, Huddart RA, Jose CC, Matthews JH, Millar J, Moore AR, Morgan RC, Russell JM, Scrase CD, Stephens RJ, Syndikus I, Parmar MK. Escalated-dose versus standard-dose conformal radiotherapy in prostate cancer: first results from the MRC RT01 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2007;8(6):475-87 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17482880>.
273. Lukka H, Hayter C, Julian JA, Warde P, Morris WJ, Gospodarowicz M, Levine M, Sathya J, Choo R, Prichard H, Brundage M, Kwan W. Randomized trial comparing two fractionation schedules for patients with localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(25):6132-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16135479>.
274. Peeters ST, Heemsbergen WD, Koper PC, van Putten WL, Slot A, Dielwart MF, Bonfrer JM, Incrocci L, Lebesque JV. Dose-response in radiotherapy for localized prostate cancer: results of the Dutch multicenter randomized phase III trial comparing 68 Gy of radiotherapy with 78 Gy. *J Clin Oncol* 2006;24(13):1990-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16648499>.
275. Peeters ST, Lebesque JV, Heemsbergen WD, van Putten WL, Slot A, Dielwart MF, Koper PC. Localized volume effects for late rectal and anal toxicity after radiotherapy for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64(4):1151-61 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16414208>.
276. Zietman AL, DeSilvio ML, Slater JD, Rossi CJ, Jr., Miller DW, Adams JA, Shipley WU. Comparison of conventional-dose vs high-dose conformal radiation therapy in clinically localized adenocarcinoma of the prostate: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;294(10):1233-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16160131>.
277. D'Amico AV, Chen MH, Catalona WJ, Sun L, Roehl KA, Moul JW. Prostate cancer-specific mortality after radical prostatectomy or external beam radiation therapy in men with 1 or more high-risk factors. *Cancer* 2007;110(1):56-61 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17530618>.

278. Kupelian PA, Potters L, Khuntia D, Ciezki JP, Reddy CA, Reuther AM, Carlson TP, Klein EA. Radical prostatectomy, external beam radiotherapy <72 Gy, external beam radiotherapy > or =72 Gy, permanent seed implantation, or combined seeds/external beam radiotherapy for stage T1–T2 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58(1):25–33 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14697417>.
279. Liu M, Pickles T, Agranovich A, Berthelet E, Duncan G, Keyes M, Kwan W, McKenzie M, Morris J, Pai H, Tyldesley S, Wu J. Impact of neoadjuvant androgen ablation and other factors on late toxicity after external beam prostate radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58(1):59–67 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14697421>.
280. Nguyen PL, Whittington R, Koo S, Schultz D, Cote KB, Loffredo M, McMahon E, Renshaw AA, Tomaszewski JE, D'Amico AV. The impact of a delay in initiating radiation therapy on prostate-specific antigen outcome for patients with clinically localized prostate carcinoma. *Cancer* 2005;103(10):2053–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15816048>.
281. Zapatero A, Valcarcel F, Calvo FA, Algas R, Bejar A, Maldonado J, Villa S. Risk-adapted androgen deprivation and escalated three-dimensional conformal radiotherapy for prostate cancer: Does radiation dose influence outcome of patients treated with adjuvant androgen deprivation? A GICOR study. *J Clin Oncol* 2005;23(27):6561–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16170164>.
282. Zelefsky MJ, Chan H, Hunt M, Yamada Y, Shippy AM, Amols H. Long-term outcome of high dose intensity modulated radiation therapy for patients with clinically localized prostate cancer. *J Urol* 2006;176(4 Pt 1):1415–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16952647>.
283. Nilsson S, Norlen BJ, Widmark A. A systematic overview of radiation therapy effects in prostate cancer. *Acta Oncol* 2004;43(4):316–81 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15303499>, DOI: 10.1080/02841860410030661.
284. Koukourakis G, Kelekis N, Armonis V, Kouloulis V. Brachytherapy for prostate cancer: a systematic review. *Adv Urol* 2009;327945 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19730753>.
285. Pickles T, Keyes M, Morris WJ. Brachytherapy or conformal external radiotherapy for prostate cancer: a single-institution matched-pair analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76(1):43–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19570619>.
286. Prada PJ, Juan G, Gonzalez-Suarez H, Fernandez J, Jimenez I, Amon J, Cepeda M. Prostate-specific antigen relapse-free survival and side-effects in 734 patients with up to 10 years of follow-up with localized prostate cancer treated by permanent iodine implants. *BJU Int* 2010;106(1):32–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20067460>.
287. Stone NN, Stone MM, Rosenstein BS, Unger P, Stock RG. Influence of pretreatment and treatment factors on intermediate to long-term outcome after prostate brachytherapy. *Journal of Urology* 2011;185(2):495–500 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21167528>.

288. Stone NN, Stock RG, Cesaretti JA, Unger P. Local control following permanent prostate brachytherapy: effect of high biologically effective dose on biopsy results and oncologic outcomes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76(2):355–60
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19632069>.
289. Kao J, Stone NN, Lavaf A, Dumane V, Cesaretti JA, Stock RG. (125)I monotherapy using D90 implant doses of 180 Gy or greater. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;70(1):96–101
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17980505>.
290. Hinnen KA, Battermann JJ, van Roermund JG, Moerland MA, Jurgenliemk-Schulz IM, Frank SJ, Van VM. Long-term biochemical and survival outcome of 921 patients treated with I-125 permanent prostate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76(5):1433–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540075>.
291. Taira AV, Merrick GS, Galbreath RW, Wallner KE, Butler WM. Natural history of clinically staged low- and intermediate-risk prostate cancer treated with monotherapeutic permanent interstitial brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76(2):349–54
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19467793>.
292. Ho AY, Burri RJ, Cesaretti JA, Stone NN, Stock RG. Radiation dose predicts for biochemical control in intermediate-risk prostate cancer patients treated with low-dose-rate brachytherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;75(1):16–22
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19289266>.
293. Pinkawa M, Piroth MD, Holy R, Fishedick K, Schaar S, Borchers H, Heidenreich A, Eble MJ. Prostate-specific antigen kinetics following external-beam radiotherapy and temporary (I-192) or permanent (I-125) brachytherapy for prostate cancer. *Radiother Oncol* 2010;96(1):25–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231039>.
294. Wong WW, Vora SA, Schild SE, Ezzell GA, Andrews PE, Ferrigni RG, Swanson SK. Radiation dose escalation for localized prostate cancer: intensity-modulated radiotherapy versus permanent transperineal brachytherapy. *Cancer* 2009;115(23):5596–606
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19670452>.
295. Stock RG, Yalamanchi S, Hall SJ, Stone NN. Impact of hormonal therapy on intermediate risk prostate cancer treated with combination brachytherapy and external beam irradiation. *Journal of Urology* 2010;183(2):546–50
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20006854>.
296. Henry AM, Al-Qaisieh B, Gould K, Bownes P, Smith J, Carey B, Bottomley D, Ash D. Outcomes following iodine-125 monotherapy for localized prostate cancer: the results of Leeds 10-year single-center brachytherapy experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010;76(1):50–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20005453>.
297. Munro NP, Al-Qaisieh B, Bownes P, Smith J, Carey B, Bottomley D, Ash D, Henry AM. Outcomes from Gleason 7, intermediate risk, localized prostate cancer treated with Iodine-125 monotherapy over 10 years. *Radiother Oncol* 2010;96(1):34–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20362348>.

298. Koontz BF, Chino J, Lee WR, Hahn CA, Buckley N, Huang S, Kim J, Reagan R, Joyner R, Anscher MS. Morbidity and prostate-specific antigen control of external beam radiation therapy plus low-dose-rate brachytherapy boost for low, intermediate, and high-risk prostate cancer. *Brachytherapy* 2009;8(2):191–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19433320>.
299. Jani AB, Feinstein JM, Pasciak R, Kregel S, Weichselbaum RR. Role of external beam radiotherapy with low-dose-rate brachytherapy in treatment of prostate cancer. *Urology* 2006;67(5):1007–11 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16635512>.
300. Valakh V, Kirichenko A, Miller R, Sunder T, Miller L, Fuhrer R. Combination of IG-IMRT and permanent source prostate brachytherapy in patients with organ-confined prostate cancer: GU and GI toxicity and effect on erectile function. *Brachytherapy* 2010; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21030319>.
301. Singh AM, Gagnon G, Collins B, Niroomand-Rad A, McRae D, Zhang Y, Regan J, Lynch J, Dritschilo A. Combined external beam radiotherapy and Pd-103 brachytherapy boost improves biochemical failure free survival in patients with clinically localized prostate cancer: results of a matched pair analysis. *Prostate* 2005;62(1):54–60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15389809>.
302. Vassil AD, Murphy ES, Reddy CA, Angermeier KW, Altman A, Chehade N, Ulchaker J, Klein EA, Ciezki JP. Five year biochemical recurrence free survival for intermediate risk prostate cancer after radical prostatectomy, external beam radiation therapy or permanent seed implantation. *Urology* 2010;76(5):1251–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20378156>.
303. Cosset JM, Flam T, Thiounn N, Gomme S, Rosenwald JC, Asselain B, Pontvert D, Henni M, Debre B, Chauveinc L. Selecting patients for exclusive permanent implant prostate brachytherapy: the experience of the Paris Institut Curie/Cochin Hospital/Necker Hospital group on 809 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;71(4):1042–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18339488>.
304. Sylvester JE, Grimm PD, Blasko JC, Millar J, Orio PF, III, Skoglund S, Galbreath RW, Merrick G. 15-Year biochemical relapse free survival in clinical Stage T1–T3 prostate cancer following combined external beam radiotherapy and brachytherapy; Seattle experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;67(1):57–64 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084544>.
305. Blasko JC, Grimm PD, Sylvester JE, Cavanagh W. The role of external beam radiotherapy with I-125/Pd-103 brachytherapy for prostate carcinoma. *Radiother Oncol* 2000;57(3):273–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104885>.
306. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nutzenbewertung der interstitiellen Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom. Abschlussbericht N04-02. Köln: IQWiG; 2007.
307. Ash D, Flynn A, Battermann J, de RT, Lavagnini P, Blank L. ESTRO/EAU/EORTC recommendations on permanent seed implantation for localized prostate cancer. *Radiother Oncol* 2000;57(3):315–21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104892>.

308. Salembier C, Lavagnini P, Nickers P, Mangili P, Rijnders A, Polo A, Venselaar J, Hoskin P. Tumour and target volumes in permanent prostate brachytherapy: a supplement to the ESTRO/EAU/EORTC recommendations on prostate brachytherapy. *Radiother Oncol* 2007;83(1):3–10 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17321620>.
309. Nag S, Beyer D, Friedland J, Grimm P, Nath R. American Brachytherapy Society (ABS) recommendations for transperineal permanent brachytherapy of prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999;44(4):789–99 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10386635>.
310. Brüggemann M, Horenkamp D, Klakow–Franck R, Koch D, Rheinberger P, Schiffner R, Wetzel H, Zorn U. Permanente interstitielle Brachytherapie (Seed–Implantation) bei lokal begrenztem Prostatakarzinom. Berlin: BÄK; KBV; 2005.
311. Australian Cancer Network (ACN). Clinical Practice Guidelines: Evidence–based information and recommendations for the management of localised prostate cancer. Canberra: NHMRC; 2002 Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp88.pdf.
312. Beyer DC, Brachman DG. Failure free survival following brachytherapy alone for prostate cancer: comparison with external beam radiotherapy. *Radiother Oncol* 2000;57(3):263–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104883>.
313. Borchers H, Kirschner–Hermanns R, Brehmer B, Tietze L, Reineke T, Pinkawa M, Eble MJ, Jakse G. Permanent 125I–seed brachytherapy or radical prostatectomy: a prospective comparison considering oncological and quality of life results. *BJU Int* 2004;94(6):805–11 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476513>.
314. Bradley EB, Bissonette EA, Theodorescu D. Determinants of long–term quality of life and voiding function of patients treated with radical prostatectomy or permanent brachytherapy for prostate cancer. *BJU Int* 2004;94(7):1003–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541117>.
315. D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, Schultz D, Blank K, Broderick GA, Tomaszewski JE, Renshaw AA, Kaplan I, Beard CJ, Wein A. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1998;280(11):969–74 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9749478>.
316. D'Amico AV, Tempany CM, Schultz D, Cormack RA, Hurwitz M, Beard C, Albert M, Kooy H, Jolesz F, Richie JP. Comparing PSA outcome after radical prostatectomy or magnetic resonance imaging–guided partial prostatic irradiation in select patients with clinically localized adenocarcinoma of the prostate. *Urology* 2003;62(6):1063–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14665356>.
317. Davis JW, Kuban DA, Lynch DF, Schellhammer PF. Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences based on treatment modality. *Journal of Urology* 2001;166(3):947–52 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11490252>.
318. Sharkey J, Cantor A, Solc Z, Huff W, Chovnick SD, Behar RJ, Perez R, Otheguy J, Rabinowitz R. 103Pd brachytherapy versus radical prostatectomy in patients with clinically localized prostate cancer: a 12–year experience from a single group practice. *Brachytherapy* 2005;4(1):34–44 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15737905>.

319. Talcott JA, Manola J, Clark JA, Kaplan I, Beard CJ, Mitchell SP, Chen RC, O'Leary MP, Kantoff PW, D'Amico AV. Time course and predictors of symptoms after primary prostate cancer therapy. *J Clin Oncol* 2003;21(21):3979–86 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14581420>.
320. Zelefsky MJ, Wallner KE, Ling CC, Raben A, Hollister T, Wolfe T, Grann A, Gaudin P, Fuks Z, Leibel SA. Comparison of the 5-year outcome and morbidity of three-dimensional conformal radiotherapy versus transperineal permanent iodine-125 implantation for early-stage prostatic cancer. *J Clin Oncol* 1999;17(2):517–22 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10080594>.
321. Merrick GS, Butler WM, Wallner KE, Galbreath RW, Allen Z, Lief JH, Adamovich E. Influence of body mass index on biochemical outcome after permanent prostate brachytherapy. *Urology* 2005;65(1):95–100 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15667872>.
322. Potters L, Morgenstern C, Calugaru E, Fearn P, Jassal A, Presser J, Mullen E. 12-year outcomes following permanent prostate brachytherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *J Urol* 2005;173(5):1562–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15821486>.
323. Stock RG, Cesaretti JA, Stone NN. Disease-specific survival following the brachytherapy management of prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64(3):810–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16309852>.
324. Zelefsky MJ, Kuban DA, Levy LB, Potters L, Beyer DC, Blasko JC, Moran BJ, Ciezki JP, Zietman AL, Pisansky TM, Elshaikh M, Horwitz EM. Multi-institutional analysis of long-term outcome for stages T1–T2 prostate cancer treated with permanent seed implantation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;67(2):327–33 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084558>.
325. Brenner DJ, Martinez AA, Edmundson GK, Mitchell C, Thames HD, Armour EP. Direct evidence that prostate tumors show high sensitivity to fractionation (low alpha/beta ratio), similar to late-responding normal tissue. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002;52(1):6–13 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11777617>.
326. Deger S, Boehmer D, Roigas J, Schink T, Wernecke KD, Wiegel T, Hinkelbein W, Budach V, Loening SA. High dose rate (HDR) brachytherapy with conformal radiation therapy for localized prostate cancer. *Eur Urol* 2005;47(4):441–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15774239>.
327. Deger S, Boehmer D, Turk I, Roigas J, Wernecke KD, Wiegel T, Hinkelbein W, Dinges S, Budach V, Loening SA. High dose rate brachytherapy of localized prostate cancer. *Eur Urol* 2002;41(4):420–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074814>.
328. Demanes DJ, Rodriguez RR, Schour L, Brandt D, Altieri G. High-dose-rate intensity-modulated brachytherapy with external beam radiotherapy for prostate cancer: California endocurietherapy's 10-year results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;61(5):1306–16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15817332>.
329. Galalae RM, Kovacs G, Schultze J, Loch T, Rzehak P, Wilhelm R, Bertermann H, Buschbeck B, Kohr P, Kimmig B. Long-term outcome after elective irradiation of the pelvic lymphatics and local dose escalation using high-dose-rate brachytherapy for locally advanced prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002;52(1):81–90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11777625>.

330. Galalae RM, Martinez A, Mate T, Mitchell C, Edmundson G, Nuernberg N, Eulau S, Gustafson G, Gribble M, Kovacs G. Long-term outcome by risk factors using conformal high-dose-rate brachytherapy (HDR-BT) boost with or without neoadjuvant androgen suppression for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004;58(4):1048-55
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15001244>.
331. Galalae RM, Martinez A, Nuernberg N, Edmundson G, Gustafson G, Gonzalez J, Kimming B. Hypofractionated conformal HDR brachytherapy in hormone naive men with localized prostate cancer. Is escalation to very high biologically equivalent dose beneficial in all prognostic risk groups? *Strahlenther Onkol* 2006;182(3):135-41
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520907>.
332. Hoskin PJ, Motohashi K, Bownes P, Bryant L, Ostler P. High dose rate brachytherapy in combination with external beam radiotherapy in the radical treatment of prostate cancer: initial results of a randomised phase three trial. *Radiother Oncol* 2007;84(2):114-20
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17531335>.
333. Kalkner KM, Wahlgren T, Ryberg M, Cohn-Cedermark G, Castellanos E, Zimmerman R, Nilsson J, Lundell M, Fowler J, Levitt S, Hellstrom M, Nilsson S. Clinical outcome in patients with prostate cancer treated with external beam radiotherapy and high dose-rate iridium 192 brachytherapy boost: a 6-year follow-up. *Acta Oncol* 2007;46(7):909-17
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17917823>.
334. Martinez AA, Demanes DJ, Galalae R, Vargas C, Bertermann H, Rodriguez R, Gustafson G, Altieri G, Gonzalez J. Lack of benefit from a short course of androgen deprivation for unfavorable prostate cancer patients treated with an accelerated hypofractionated regime. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62(5):1322-31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16029788>.
335. Martinez AA, Gustafson G, Gonzalez J, Armour E, Mitchell C, Edmundson G, Spencer W, Stromberg J, Huang R, Vicini F. Dose escalation using conformal high-dose-rate brachytherapy improves outcome in unfavorable prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002;53(2):316-27
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12023135>.
336. Sathya JR, Davis IR, Julian JA, Guo Q, Daya D, Dayes IS, Lukka HR, Levine M. Randomized trial comparing iridium implant plus external-beam radiation therapy with external-beam radiation therapy alone in node-negative locally advanced cancer of the prostate. *J Clin Oncol* 2005;23(6):1192-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15718316>.
337. Vargas CE, Martinez AA, Boike TP, Spencer W, Goldstein N, Gustafson GS, Krauss DJ, Gonzalez J. High-dose irradiation for prostate cancer via a high-dose-rate brachytherapy boost: results of a phase I to II study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;66(2):416-23
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879929>.
338. Yoshioka Y, Nose T, Yoshida K, Inoue T, Yamazaki H, Tanaka E, Shiomi H, Imai A, Nakamura S, Shimamoto S, Inoue T. High-dose-rate interstitial brachytherapy as a monotherapy for localized prostate cancer: treatment description and preliminary results of a phase I/II clinical trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48(3):675-81
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020563>.

339. Bader P, Burkhard FC, Markwalder R, Studer UE. Is a limited lymph node dissection an adequate staging procedure for prostate cancer? *Journal of Urology* 2002;168(2):514–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12131300>.
340. Briganti A, Chun FK, Salonia A, Zanni G, Scattoni V, Valiquette L, Rigatti P, Montorsi F, Karakiewicz PI. Validation of a nomogram predicting the probability of lymph node invasion among patients undergoing radical prostatectomy and an extended pelvic lymphadenectomy. *Eur Urol* 2006;49(6):1019–26 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16530933>.
341. DiMarco DS, Zincke H, Sebo TJ, Slezak J, Bergstralh EJ, Blute ML. The extent of lymphadenectomy for pTXNO prostate cancer does not affect prostate cancer outcome in the prostate specific antigen era. *Journal of Urology* 2005;173(4):1121–5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15758719>.
342. Joslyn SA, Konety BR. Impact of extent of lymphadenectomy on survival after radical prostatectomy for prostate cancer. *Urology* 2006;68(1):121–5
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16806432>.
343. Weckermann D, Goppelt M, Dorn R, Wawroschek F, Harzmann R. Incidence of positive pelvic lymph nodes in patients with prostate cancer, a prostate-specific antigen (PSA) level of < or =10 ng/mL and biopsy Gleason score of < or =6, and their influence on PSA progression-free survival after radical prostatectomy. *BJU Int* 2006;97(6):1173–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16686707>.
344. Weckermann D, Dorn R, Trefz M, Wagner T, Wawroschek F, Harzmann R. Sentinel lymph node dissection for prostate cancer: experience with more than 1,000 patients. *J Urol* 2007;177(3):916–20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296375>.
345. Allaf ME, Palapattu GS, Trock BJ, Carter HB, Walsh PC. Anatomical extent of lymph node dissection: impact on men with clinically localized prostate cancer. *Journal of Urology* 2004;172(5 Pt 1):1840–4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15540734>.
346. Heidenreich A, Varga Z, von Knobloch R. Extended pelvic lymphadenectomy in patients undergoing radical prostatectomy: high incidence of lymph node metastasis. *Journal of Urology* 2002;167(4):1681–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11912387>.
347. Algan O, Fosmire H, Hynynen K, Dalkin B, Cui H, Drach G, Stea B, Cassady JR. External beam radiotherapy and hyperthermia in the treatment of patients with locally advanced prostate carcinoma. *Cancer* 2000;89(2):399–403 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10918172>.
348. Deger S, Taymoorian K, Boehmer D, Schink T, Roigas J, Wille AH, Budach V, Wernecke KD, Loening SA. Thermoradiotherapy using interstitial self-regulating thermoseeds: an intermediate analysis of a phase II trial. *Eur Urol* 2004;45(5):574–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082198>.
349. Maluta S, Dall'Oglio S, Romano M, Marciari N, Pioli F, Giri MG, Benecchi PL, Comunale L, Porcaro AB. Conformal radiotherapy plus local hyperthermia in patients affected by locally advanced high risk prostate cancer: preliminary results of a prospective phase II study. *Int J Hyperthermia* 2007;23(5):451–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17701536>.

350. Tilly W, Gellermann J, Graf R, Hildebrandt B, Weissbach L, Budach V, Felix R, Wust P. Regional hyperthermia in conjunction with definitive radiotherapy against recurrent or locally advanced prostate cancer T3 pN0 M0. *Strahlenther Onkol* 2005;181(1):35–41
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15660191>.
351. van Vulpen M, De Leeuw AA, Raaymakers BW, Van Moorselaar RJ, Hofman P, Lagendijk JJ, Battermann JJ. Radiotherapy and hyperthermia in the treatment of patients with locally advanced prostate cancer: preliminary results. *BJU Int* 2004;93(1):36–41
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14678364>.
352. Lukka H, Waldron T, Chin J, Mayhew L, Warde P, Winkquist E, Rodrigues G, Shayegan B. High-intensity focused ultrasound for prostate cancer: a practice guideline. *Can Urol Assoc J* 2010;4(4):232–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20694096>.
353. Lukka H, Waldron T, Chin J, Mayhew L, Warde P, Winkquist E, Rodrigues G, Shayegan B. High-intensity Focused Ultrasound for Prostate Cancer: a Systematic Review. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932728>.
354. Warmuth M, Johansson T, Mad P. Systematic Review of the Efficacy and Safety of High-Intensity Focused Ultrasound for the Primary and Salvage Treatment of Prostate Cancer. *Eur Urol* 2010; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20864250>.
355. Aus G. Current status of HIFU and cryotherapy in prostate cancer—a review. *Eur Urol* 2006;50(5):927–34 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16971038>.
356. Rebillard X, Soulie M, Chartier-Kastler E, Davin JL, Mignard JP, Moreau JL, Coulange C. High-intensity focused ultrasound in prostate cancer; a systematic literature review of the French Association of Urology. *BJU Int* 2008;101(10):1205–13
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18325057>.
357. Shoji S, Nakano M, Nagata Y, Usui Y, Terachi T, Uchida T. Quality of life following high-intensity focused ultrasound for the treatment of localized prostate cancer: a prospective study. *Int J Urol* 2010;17(8):715–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529139>.
358. Li LY, Lin Z, Yang M, Gao X, Xia TL, Ding T. Comparison of penile size and erectile function after high-intensity focused ultrasound and targeted cryoablation for localized prostate cancer: a prospective pilot study. *J Sex Med* 2010;7(9):3135–42
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233294>.
359. Netsch C, Pfeiffer D, Gross AJ. Development of bladder outlet obstruction after a single treatment of prostate cancer with high-intensity focused ultrasound: experience with 226 patients. *J Endourol* 2010;24(9):1399–403 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20804429>.
360. Crouzet S, Rebillard X, Chevallier D, Rischmann P, Pasticier G, Garcia G, Rouviere O, Chapelon JY, Gelet A. Multicentric oncologic outcomes of high-intensity focused ultrasound for localized prostate cancer in 803 patients. *Eur Urol* 2010;58(4):559–66
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20619958>.

361. Poissonnier L, Chapelon JY, Rouviere O, Curiel L, Bouvier R, Martin X, Dubernard JM, Gelet A. Control of prostate cancer by transrectal HIFU in 227 patients. *Eur Urol* 2007;51(2):381–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16857310>.
362. Beerlage HP, van Leenders GJ, Oosterhof GO, Witjes JA, Ruijter ET, van de Kaa CA, Debruyne FM, de la Rosette JJ. High-intensity focused ultrasound (HIFU) followed after one to two weeks by radical retropubic prostatectomy: results of a prospective study. *Prostate* 1999;39(1):41–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10221265>.
363. Blana A, Walter B, Rogenhofer S, Wieland WF. High-intensity focused ultrasound for the treatment of localized prostate cancer: 5-year experience. *Urology* 2004;63(2):297–300 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14972475>.
364. Chaussy C, Thuroff S. The status of high-intensity focused ultrasound in the treatment of localized prostate cancer and the impact of a combined resection. *Curr Urol Rep* 2003;4(3):248–52 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12756090>.
365. Chaussy C, Thuroff S. High-intensity focused ultrasound in prostate cancer: results after 3 years. *Mol Urol* 2000;4(3):179–82 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11062372>.
366. Gelet A, Chapelon JY, Bouvier R, Rouviere O, Lyonnet D, Dubernard JM. Transrectal high intensity focused ultrasound for the treatment of localized prostate cancer: factors influencing the outcome. *Eur Urol* 2001;40(2):124–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11528187>.
367. Blana A, Rogenhofer S, Ganzer R, Lunz JC, Schostak M, Wieland WF, Walter B. Eight years' experience with high-intensity focused ultrasonography for treatment of localized prostate cancer. *Urology* 2008;72(6):1329–33 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18829078>.
368. Blana A, Murat FJ, Walter B, Thuroff S, Wieland WF, Chaussy C, Gelet A. First analysis of the long-term results with transrectal HIFU in patients with localised prostate cancer. *Eur Urol* 2008;53(6):1194–201 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17997026>.
369. Blana A, Rogenhofer S, Ganzer R, Wild PJ, Wieland WF, Walter B. Morbidity associated with repeated transrectal high-intensity focused ultrasound treatment of localized prostate cancer. *World J Urol* 2006;24(5):585–90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16850340>.
370. Lee HM, Hong JH, Choi HY. High-intensity focused ultrasound therapy for clinically localized prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2006;9(4):439–43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847468>.
371. Muto S, Yoshii T, Saito K, Kamiyama Y, Ide H, Horie S. Focal therapy with high-intensity-focused ultrasound in the treatment of localized prostate cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(3):192–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18281309>.
372. Sumitomo M, Hayashi M, Watanabe T, Tsugawa M, Noma H, Yamaguchi A, Nagakura K, Hayakawa M, Uchida T. Efficacy of short-term androgen deprivation with high-intensity focused ultrasound in the treatment of prostate cancer in Japan. *Urology* 2008;72(6):1335–40 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18355899>.

373. Uchida T, Ohkusa H, Nagata Y, Hyodo T, Satoh T, Irie A. Treatment of localized prostate cancer using high-intensity focused ultrasound. *BJU Int* 2006;97(1):56–61
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16336329>.
374. Uchida T, Ohkusa H, Yamashita H, Shoji S, Nagata Y, Hyodo T, Satoh T. Five years experience of transrectal high-intensity focused ultrasound using the Sonablate device in the treatment of localized prostate cancer. *Int J Urol* 2006;13(3):228–33
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16643614>.
375. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Interventional procedures overview of cryotherapy as a primary treatment for prostate cancer. London: NICE; 2005.
376. Shelley M, Wilt TJ, Coles B, Mason MD. Cryotherapy for localised prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD005010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636783>.
377. Hsu CY, Wildhagen MF, Van Poppel H, Bangma CH. Prognostic factors for and outcome of locally advanced prostate cancer after radical prostatectomy. *BJU Int* 2010;105(11):1536–40
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19912180>.
378. Walz J, Joniau S, Chun FK, Isbarn H, Jeldres C, Yossepowitch O, Chao-Yu H, Klein EA, Scardino PT, Reuther A, Poppel HV, Graefen M, Huland H, Karakiewicz PI. Pathological results and rates of treatment failure in high-risk prostate cancer patients after radical prostatectomy. *BJU Int* 2011;107(5):765–70 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20875089>.
379. Ham WS, Park SY, Rha KH, Kim WT, Choi YD. Robotic radical prostatectomy for patients with locally advanced prostate cancer is feasible: results of a single-institution study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2009;19(3):329–32
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19397390>.
380. Patel VR, Palmer KJ, Coughlin G, Samavedi S. Robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: perioperative outcomes of 1500 cases. *J Endourol* 2008;22(10):2299–305
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18837657>.
381. Yossepowitch O, Eggener SE, Serio AM, Carver BS, Bianco FJ, Jr., Scardino PT, Eastham JA. Secondary therapy, metastatic progression, and cancer-specific mortality in men with clinically high-risk prostate cancer treated with radical prostatectomy. *Eur Urol* 2008;53(5):950–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17950521>.
382. Mearini L, Zucchi A, Costantini E, Bini V, Nunzi E, Porena M. Outcomes of radical prostatectomy in clinically locally advanced NOM0 prostate cancer. *Urol Int* 2010;85(2):166–72
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20558980>.
383. Xylinas E, Drouin SJ, Comperat E, Vaessen C, Renard-Penna R, Misrai V, Bitker MO, Chartier-Kastler E, Richard F, Cussenot O, Roupret M. Oncological control after radical prostatectomy in men with clinical T3 prostate cancer: a single-centre experience. *BJU Int* 2009;103(9):1173–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19040530>.

384. White WM, Sadetsky N, Waters WB, Carroll PR, Litwin MS. Quality of life in men with locally advanced adenocarcinoma of the prostate: an exploratory analysis using data from the CaPSURE database. *J Urol* 2008;180(6):2409–13
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18930270>.
385. Namiki S, Tochigi T, Ishidoya S, Ito A, Numata I, Arai Y. Long-term quality of life following primary treatment in men with clinical stage T3 prostate cancer. *Qual Life Res* 2011;20(1):111–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20680687>.
386. Akakura K, Suzuki H, Ichikawa T, Fujimoto H, Maeda O, Usami M, Hirano D, Takimoto Y, Kamoto T, Ogawa O, Sumiyoshi Y, Shimazaki J, Kakizoe T. A randomized trial comparing radical prostatectomy plus endocrine therapy versus external beam radiotherapy plus endocrine therapy for locally advanced prostate cancer: results at median follow-up of 102 months. *Jpn J Clin Oncol* 2006;36(12):789–93
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17082219>.
387. Amling CL, Leibovich BC, Lerner SE, Bergstralh EJ, Blute ML, Myers RP, Zincke H. Primary surgical therapy for clinical stage T3 adenocarcinoma of the prostate. *Semin Urol Oncol* 1997;15(4):215–21
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9421448>.
388. Berglund RK, Jones JS, Ulchaker JC, Fergany A, Gill I, Kaouk J, Klein EA. Radical prostatectomy as primary treatment modality for locally advanced prostate cancer: a prospective analysis. *Urology* 2006;67(6):1253–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678888>.
389. Carver BS, Bianco FJ, Jr., Scardino PT, Eastham JA. Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer. *Journal of Urology* 2006;176(2):564–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813890>.
390. Edamura K, Saika T, Senoh T, Koizumi F, Manabe D, Ebara S, Kaku H, Yokoyama T, Abarzua F, Nagai A, Nasu Y, Tsushima T, Kumon H. Long-term clinical outcomes of 420 consecutive prostate cancer patients in a single institute. *Acta Med Okayama* 2005;59(5):195–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16286958>.
391. Fletcher SG, Mills SE, Smolkin ME, Theodorescu D. Case-matched comparison of contemporary radiation therapy to surgery in patients with locally advanced prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;66(4):1092–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965872>.
392. Freedland SJ, Partin AW, Humphreys EB, Mangold LA, Walsh PC. Radical prostatectomy for clinical stage T3a disease. *Cancer* 2007;109(7):1273–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17315165>.
393. Gerber GS, Thisted RA, Chodak GW, Schroder FH, Frohmuller HG, Scardino PT, Paulson DF, Middleton AW, Jr., Rukstalis DB, Smith JA, Jr., Ohori M, Theiss M, Schellhammer PF. Results of radical prostatectomy in men with locally advanced prostate cancer: multi-institutional pooled analysis. *Eur Urol* 1997;32(4):385–90
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9412793>.

394. Hachiya T, Akakura K, Saito S, Shinohara N, Sato K, Harada M, Kato T, Okada K. A retrospective study of the treatment of locally advanced prostate cancer by six institutions in eastern and north-eastern Japan. *BJU Int* 2005;95(4):534-40
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15705075>.
395. Isorna Martinez de la Riva, Belon Lopez-Tomasety J, Marrero DR, Alvarez CE, Santamaria BP. Prostatectomia radical como monoterapia en el cancer de prostata localmente avanzado T3a: 12 anos de seguimiento. *Arch Esp Urol* 2004;57(7):679-92
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15536949>.
396. Johnstone PA, Ward KC, Goodman M, Assikis V, Petros JA. Radical prostatectomy for clinical T4 prostate cancer. *Cancer* 2006;106(12):2603-9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700037>.
397. Loeb S, Smith ND, Roehl KA, Catalona WJ. Intermediate-term potency, continence, and survival outcomes of radical prostatectomy for clinically high-risk or locally advanced prostate cancer. *Urology* 2007;69(6):1170-5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17572209>.
398. Powell IJ, Tangen CM, Miller GJ, Lowe BA, Haas G, Carroll PR, Osswald MB, DeVERE WHIT, Thompson IM, Jr., Crawford ED. Neoadjuvant therapy before radical prostatectomy for clinical T3/T4 carcinoma of the prostate: 5-year followup, Phase II Southwest Oncology Group Study 9109. *J Urol* 2002;168(5):2016-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394698>.
399. Saito T, Kitamura Y, Komatsubara S, Matsumoto Y, Sugita T, Hara N. Outcomes of locally advanced prostate cancer: a single institution study of 209 patients in Japan. *Asian J Androl* 2006;8(5):555-61 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847528>.
400. Sciarra A, Gentile V, Voria G, Mariotti G, Seccareccia F, Pastore A, Di Silverio F. Role of radical retropubic prostatectomy in patients with locally advanced prostate cancer: the influence of Gleason score 8-10. *Urol Int* 2003;70(3):186-94
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12660455>.
401. Van Poppel H, Goethuys H, Callewaert P, Vanuytsel L, Van de Voorde WM, Baert L. Radical prostatectomy can provide a cure for well-selected clinical stage T3 prostate cancer. *Eur Urol* 2000;38(4):372-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11025373>.
402. Van Poppel H, Vekemans K, Da PL, Bono A, Kliment J, Montironi R, Debois M, Collette L. Radical prostatectomy for locally advanced prostate cancer: results of a feasibility study (EORTC 30001). *Eur J Cancer* 2006;42(8):1062-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16624554>.
403. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate-specific antigen testing: 15-year outcome. *BJU Int* 2005;95(6):751-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15794776>.
404. Shelley MD, Kumar S, Wilt T, Staffurth J, Coles B, Mason MD. A systematic review and meta-analysis of randomised trials of neo-adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma. *Cancer Treat Rev* 2009;35(1):9-17
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18926640>.

405. Shelley MD, Kumar S, Coles B, Wilt T, Staffurth J, Mason MD. Adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate carcinoma: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Cancer Treat Rev* 2009;35(7):540–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19493624>.
406. Efstathiou JA, Bae K, Shipley WU, Hanks GE, Pilepich MV, Sandler HM, Smith MR. Cardiovascular mortality after androgen deprivation therapy for locally advanced prostate cancer: RTOG 85–31. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2009;27(1):92–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19047297>.
407. Pilepich MV, Winter K, Lawton CA, Krisch RE, Wolkov HB, Movsas B, Hug EB, Asbell SO, Grignon D. Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma—long-term results of phase III RTOG 85–31. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;61(5):1285–90
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15817329>.
408. Efstathiou JA, Bae K, Shipley WU, Hanks GE, Pilepich MV, Sandler HM, Smith MR. Cardiovascular mortality and duration of androgen deprivation for locally advanced prostate cancer: analysis of RTOG 92–02. *Eur Urol* 2008;54(4):816–23
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18243498>.
409. Hanks GE, Pajak TF, Porter A, Grignon D, Brereton H, Venkatesan V, Horwitz EM, Lawton C, Rosenthal SA, Sandler HM, Shipley WU. Phase III trial of long-term adjuvant androgen deprivation after neoadjuvant hormonal cytoreduction and radiotherapy in locally advanced carcinoma of the prostate: the Radiation Therapy Oncology Group Protocol 92–02. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2003;21(21):3972–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14581419>.
410. Horwitz EM, Bae K, Hanks GE, Porter A, Grignon DJ, Brereton HD, Venkatesan V, Lawton CA, Rosenthal SA, Sandler HM, Shipley WU. Ten-year follow-up of radiation therapy oncology group protocol 92–02: a phase III trial of the duration of elective androgen deprivation in locally advanced prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2008;26(15):2497–504
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18413638>.
411. Bolla M, Van TG, Warde P, Dubois JB, Mirimanoff RO, Storme G, Bernier J, Kuten A, Sternberg C, Billiet I, Torecilla JL, Pfeffer R, Cutajar CL, van der KT, Collette L. External irradiation with or without long-term androgen suppression for prostate cancer with high metastatic risk: 10-year results of an EORTC randomised study. *Lancet Oncol* 2010;11(11):1066–73
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20933466>.
412. Denham JW, Steigler A, Lamb DS, Joseph D, Turner S, Matthews J, Atkinson C, North J, Christie D, Spry NA, Tai KH, Wynne C, D'Este C. Short-term neoadjuvant androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: 10-year data from the TROG 96.01 randomised trial. *Lancet Oncol* 2011;12(5):451–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21440505>.

413. Denham JW, Steigler A, Lamb DS, Joseph D, Mameghan H, Turner S, Matthews J, Franklin I, Atkinson C, North J, Poulsen M, Christie D, Spry NA, Tai KH, Wynne C, Duchesne G, Kovacev O, D'Este C. Short-term androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: results from the Trans-Tasman Radiation Oncology Group 96.01 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2005;6(11):841–50
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16257791>.
414. Aristizabal SA, Steinbronn D, Heusinkveld RS. External beam radiotherapy in cancer of the prostate. The University of Arizona experience. *Radiother Oncol* 1984;1(4):309–15
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6505267>.
415. Asbell SO, Martz KL, Shin KH, Sause WT, Doggett RL, Perez CA, Pilepich MV. Impact of surgical staging in evaluating the radiotherapeutic outcome in RTOG #77-06, a phase III study for T1BN0M0 (A2) and T2N0M0 (B) prostate carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;40(4):769–82 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9531360>.
416. Bagshaw MA, Pistenma DA, Ray GR, Freiha FS, Kempson RL. Evaluation of extended-field radiotherapy for prostatic neoplasm: 1976 progress report. *Cancer Treat Rep* 1977;61(2):297–306 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/872133>.
417. Bolla M, Collette L, Blank L, Warde P, Dubois JB, Mirimanoff RO, Storme G, Bernier J, Kuten A, Sternberg C, Mattelaer J, Lopez TJ, Pfeffer JR, Lino CC, Zurlo A, Pierart M. Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomised trial. *Lancet* 2002;360(9327):103–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12126818>.
418. Bolla M, de Reijke TM, van Tienhoven G, Van Den Bergh AC, Oddens J, Poortmans PM, Gez E, Kil P, Akdas A, Soete G, Kariakine O, van der Steen-Banasik EM, Musat E, Pierart M, Mauer ME, Collette L. Duration of androgen suppression in the treatment of prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2009;360(24):2516–27
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516032>.
419. Cheung R, Tucker SL, Dong L, Kuban D. Dose-response for biochemical control among high-risk prostate cancer patients after external beam radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56(5):1234–40 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873666>.
420. D'Amico AV, Denham JW, Bolla M, Collette L, Lamb DS, Tai KH, Steigler A, Chen MH. Short- vs long-term androgen suppression plus external beam radiation therapy and survival in men of advanced age with node-negative high-risk adenocarcinoma of the prostate. *Cancer* 2007;109(10):2004–10 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17397033>.
421. Granfors T, Modig H, Damber JE, Tomic R. Long-term followup of a randomized study of locally advanced prostate cancer treated with combined orchiectomy and external radiotherapy versus radiotherapy alone. *Journal of Urology* 2006;176(2):544–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813885>.

422. Higgins GS, McLaren DB, Kerr GR, Elliott T, Howard GC. Outcome analysis of 300 prostate cancer patients treated with neoadjuvant androgen deprivation and hypofractionated radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;65(4):982–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16750310>.
423. Lawton CA, DeSilvio M, Roach M, III, Uhl V, Kirsch R, Seider M, Rotman M, Jones C, Asbell S, Valicenti R, Hahn S, Thomas CR, Jr. An update of the phase III trial comparing whole pelvic to prostate only radiotherapy and neoadjuvant to adjuvant total androgen suppression: updated analysis of RTOG 94–13, with emphasis on unexpected hormone/radiation interactions. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;69(3):646–55
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17531401>.
424. McGowan DG. The value of extended field radiation therapy in carcinoma of the prostate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1981;7(10):1333–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7319858>.
425. Nakamura K, Mizowaki T, Imada H, Karasawa K, Uno T, Onishi H, Nihei K, Sasaki S, Ogura M, Akimoto T. External-beam radiotherapy for localized or locally advanced prostate cancer in Japan: a multi-institutional outcome analysis. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(3):200–4
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304950>.
426. Pan CC, Kim KY, Taylor JM, McLaughlin PW, Sandler HM. Influence of 3D-CRT pelvic irradiation on outcome in prostate cancer treated with external beam radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002;53(5):1139–45
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12128113>.
427. Pilepich MV, Krall JM, Johnson RJ, Sause WT, Perez CA, Zininger M, Martz K. Extended field (periaortic) irradiation in carcinoma of the prostate—analysis of RTOG 75–06. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986;12(3):345–51
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3514555>.
428. Ploysongsang SS, Aron BS, Shehata WM. Radiation therapy in prostate cancer: whole pelvis with prostate boost or small field to prostate? *Urology* 1992;40(1):18–26
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1621308>.
429. Pommier P, Chabaud S, Lagrange JL, Richaud P, Lesaunier F, Le PE, Wagner JP, Hay MH, Beckendorf V, Suchaud JP, Pabot du Chatelard PM, Bernier V, Voirin N, Perol D, Carrie C. Is there a role for pelvic irradiation in localized prostate adenocarcinoma? Preliminary results of GETUG–01. *J Clin Oncol* 2007;25(34):5366–73
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18048817>.
430. Roach M, III, Bae K, Speight J, Wolkov HB, Rubin P, Lee RJ, Lawton C, Valicenti R, Grignon D, Pilepich MV. Short-term neoadjuvant androgen deprivation therapy and external-beam radiotherapy for locally advanced prostate cancer: long-term results of RTOG 8610. *J Clin Oncol* 2008;26(4):585–91
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18172188>.
431. Rosen E, Cassady JR, Connolly J, Chaffey JT. Radiotherapy for prostate carcinoma: the JCRT experience (1968–1978). II. Factors related to tumor control and complications. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985;11(4):723–30
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3980269>.
432. Seaward SA, Weinberg V, Lewis P, Leigh B, Phillips TL, Roach M, III. Improved freedom from PSA failure with whole pelvic irradiation for high-risk prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998;42(5):1055–62
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9869229>.

433. Seaward SA, Weinberg V, Lewis P, Leigh B, Phillips TL, Roach M, III. Identification of a high-risk clinically localized prostate cancer subgroup receiving maximum benefit from whole-pelvic irradiation. *Cancer J Sci Am* 1998;4(6):370-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9853136>.
434. See WA, Tyrrell CJ. The addition of bicalutamide 150 mg to radiotherapy significantly improves overall survival in men with locally advanced prostate cancer. *J Cancer Res Clin Oncol* 2006;132 Suppl 1:S7-16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16896884>.
435. Widmark A, Klepp O, Solberg A, Damber JE, Angelsen A, Fransson P, Lund JA, Tasdemir I, Hoyer M, Wiklund F, Fossa SD. Endocrine treatment, with or without radiotherapy, in locally advanced prostate cancer (SPCG-7/SFUO-3): an open randomised phase III trial. *Lancet* 2009;373(9660):301-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19091394>.
436. Zagars GK, von Eschenbach AC, Johnson DE, Oswald MJ. Stage C adenocarcinoma of the prostate. An analysis of 551 patients treated with external beam radiation. *Cancer* 1987;60(7):1489-99 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3113715>.
437. Zelefsky MJ, Yamada Y, Kollmeier MA, Shippy AM, Nedelka MA. Long-term outcome following three-dimensional conformal/intensity-modulated external-beam radiotherapy for clinical stage T3 prostate cancer. *Eur Urol* 2008;53(6):1172-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222596>.
438. Rades D, Schwarz R, Todorovic M, Thurmann H, Graefen M, Walz J, Schild SE, Dunst J, Alberti W. Experiences with a new high-dose-rate brachytherapy (HDR-BT) boost technique for T3b prostate cancer. *Strahlenther Onkol* 2007;183(7):398-402 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17609874>.
439. Stone NN, Stock RG, Unger P. Laparoscopic pelvic lymph node dissection for prostate cancer: comparison of the extended and modified techniques. *J Urol* 1997;158(5):1891-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334624>.
440. Chin JL, Ng CK, Touma NJ, Pus NJ, Hardie R, Abdelhady M, Rodrigues G, Radwan J, Venkatesan V, Moussa M, Downey DB, Bauman G. Randomized trial comparing cryoablation and external beam radiotherapy for T2C-T3B prostate cancer. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2008;11(1):40-5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579613>.
441. Cohen JK, Miller RJ, Jr., Ahmed S, Lotz MJ, Baust J. Ten-year biochemical disease control for patients with prostate cancer treated with cryosurgery as primary therapy. *Urology* 2008;71(3):515-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18342200>.
442. El Hayek OR, Alfer W, Jr., Reggio E, Pompeo AC, Arap S, Lucon AM, Srougi M. Prostate cryoablation: prospective analysis comparing high- and low-risk prostate cancer outcomes. *Urol Int* 2008;81(2):186-90 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18758217>.
443. Ellis DS, Manny TB, Jr., Rewcastle JC. Focal cryosurgery followed by penile rehabilitation as primary treatment for localized prostate cancer: initial results. *Urology* 2007;70(6 Suppl):9-15 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18194712>.

444. Hubosky SG, Fabrizio MD, Schellhammer PF, Barone BB, Tepera CM, Given RW. Single center experience with third-generation cryosurgery for management of organ-confined prostate cancer: critical evaluation of short-term outcomes, complications, and patient quality of life. *J Endourol* 2007;21(12):1521–31 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186694>.
445. Ganswindt U, Stenzl A, Bamberg M, Belka C. Adjuvant radiotherapy for patients with locally advanced prostate cancer—a new standard? *Eur Urol* 2008;54(3):528–42 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602742>.
446. Morgan SC, Waldron TS, Eapen L, Mayhew LA, Winkquist E, Lukka H. Adjuvant radiotherapy following radical prostatectomy for pathologic T3 or margin-positive prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Radiother Oncol* 2008;88(1):1–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18501455>.
447. Pasquier D, Ballereau C. Adjuvant and salvage radiotherapy after prostatectomy for prostate cancer: a literature review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;72(4):972–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18954710>.
448. Johnstone PA, Assikis V, Goodman M, Ward KC, Riffenburgh RH, Master V. Lack of survival benefit of post-operative radiation therapy in prostate cancer patients with positive lymph nodes. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2007;10(2):185–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17211440>.
449. Leibovich BC, Engen DE, Patterson DE, Pisansky TM, Alexander EE, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Benefit of adjuvant radiation therapy for localized prostate cancer with a positive surgical margin. *Journal of Urology* 2000;163(4):1178–82 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10737490>.
450. Moinpour CM, Hayden KA, Unger JM, Thompson IM, Jr., Redman MW, Canby-Hagino ED, Higgins BA, Sullivan JW, Lemmon D, Breslin S, Crawford ED, Southwest Oncology Group. Health-related quality of life results in pathologic stage C prostate cancer from a Southwest Oncology Group trial comparing radical prostatectomy alone with radical prostatectomy plus radiation therapy. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2008;26(1):112–20 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18165645>.
451. Swanson GP, Goldman B, Tangen CM, Chin J, Messing E, Canby-Hagino E, Forman JD, Thompson IM, Crawford ED. The prognostic impact of seminal vesicle involvement found at prostatectomy and the effects of adjuvant radiation: data from Southwest Oncology Group 8794. *J Urol* 2008;180(6):2453–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18930488>.
452. Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, Messing E, Forman J, Chin J, Swanson G, Canby-Hagino E, Crawford ED. Adjuvant radiotherapy for pathological T3N0M0 prostate cancer significantly reduces risk of metastases and improves survival: long-term followup of a randomized clinical trial. *J Urol* 2009;181(3):956–62 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19167731>.

453. Thompson IM, Jr., Tangen CM, Paradelo J, Lucia MS, Miller G, Troyer D, Messing E, Forman J, Chin J, Swanson G, Canby-Hagino E, Crawford ED. Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006;296(19):2329–35
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17105795>.
454. van der Kwast TH, Bolla M, Van Poppel H, van Cangh P, Vekemans K, Da PL, Bosset JF, Kurth KH, Schroder FH, Collette L. Identification of patients with prostate cancer who benefit from immediate postoperative radiotherapy: EORTC 22911. *J Clin Oncol* 2007;25(27):4178–86
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17878474>.
455. Wiegel T, Bottke D, Steiner U, Siegmann A, Golz R, Storkel S, Willich N, Semjonow A, Souchon R, Stockle M, Rube C, Weissbach L, Althaus P, Rebmann U, Kalble T, Feldmann HJ, Wirth M, Hinke A, Hinkelbein W, Miller K. Phase III postoperative adjuvant radiotherapy after radical prostatectomy compared with radical prostatectomy alone in pT3 prostate cancer with postoperative undetectable prostate-specific antigen: ARO 96-02/AUO AP 09/95. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2009;27(18):2924–30 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19433689>.
456. Swanson GP, Thompson IM, Basler J. Treatment options in lymph node-positive prostate cancer. *Cancer* 2006;106(12):2531–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700035>.
457. Aus G, Nordenskjold K, Robinson D, Rosell J, Varenhorst E. Prognostic factors and survival in node-positive (N1) prostate cancer—a prospective study based on data from a Swedish population-based cohort. *Eur Urol* 2003;43(6):627–31
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12767363>.
458. Boorjian SA, Thompson RH, Siddiqui S, Bagniewski S, Bergstralh EJ, Karnes RJ, Frank I, Blute ML. Long-term outcome after radical prostatectomy for patients with lymph node positive prostate cancer in the prostate specific antigen era. *Journal of Urology* 2007;178(3 Pt 1):864–70
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17631342>.
459. Briganti A, Karnes JR, Da Pozzo LF, Cozzarini C, Gallina A, Suardi N, Bianchi M, Freschi M, Doglioni C, Fazio F, Rigatti P, Montorsi F, Blute ML. Two positive nodes represent a significant cut-off value for cancer specific survival in patients with node positive prostate cancer. A new proposal based on a two-institution experience on 703 consecutive N+ patients treated with radical prostatectomy, extended pelvic lymph node dissection and adjuvant therapy. *Eur Urol* 2009;55(2):261–70 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838212>.
460. Iversen P, Wirth MP, See WA, McLeod DG, Klimberg I, Gleason D, Chodak G, Montie J, Tyrrell C, Wallace DM, Delaere KP, Lundmo P, Tammela TL, Johansson JE, Morris T, Carroll K. Is the efficacy of hormonal therapy affected by lymph node status? data from the bicalutamide (Casodex) Early Prostate Cancer program. *Urology* 2004;63(5):928–33
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134983>.
461. Kleeberg UR. Endokrine Therapie versus Beobachtung nach R0-Resektion nodal positiver Prostatakarzinome. *Strahlenther Onkol* 2000;176(6):293–4
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10897259>.

462. Lawton CA, Winter K, Murray K, Machtay M, Mesic JB, Hanks GE, Coughlin CT, Pilepich MV. Updated results of the phase III Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) trial 85-31 evaluating the potential benefit of androgen suppression following standard radiation therapy for unfavorable prognosis carcinoma of the prostate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;49(4):937-46 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11240234>.
463. Lawton CA, Winter K, Grignon D, Pilepich MV. Androgen suppression plus radiation versus radiation alone for patients with stage D1/pathologic node-positive adenocarcinoma of the prostate: updated results based on national prospective randomized trial Radiation Therapy Oncology Group 85-31. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2005;23(4):800-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15681524>.
464. Messing EM, Manola J, Yao J, Kiernan M, Crawford D, Wilding G, di'SantAgnese PA, Trump D. Immediate versus deferred androgen deprivation treatment in patients with node-positive prostate cancer after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy. *Lancet Oncol* 2006;7(6):472-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16750497>.
465. Schröder FH, Kurth KH, Fossa SD, Hoekstra W, Karthaus PP, de Prijck L, Collette L. Early versus delayed endocrine treatment of T2-T3 pN1-3 M0 prostate cancer without local treatment of the primary tumour: final results of European Organisation for the Research and Treatment of Cancer protocol 30846 after 13 years of follow-up (a randomised controlled trial). *Eur Urol* 2009;55(1):14-22 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823693>.
466. Studer UE, Whelan P, Albrecht W, Casselman J, de RT, Hauri D, Loidl W, Isorna S, Sundaram SK, Debois M, Collette L. Immediate or deferred androgen deprivation for patients with prostate cancer not suitable for local treatment with curative intent: European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Trial 30891. *J Clin Oncol* 2006;24(12):1868-76 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16622261>.
467. Kumar S, Shelley M, Harrison C, Coles B, Wilt TJ, Mason MD. Neo-adjuvant and adjuvant hormone therapy for localised and locally advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD006019 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054269>.
468. Aus G, Abrahamsson PA, Ahlgren G, Hugosson J, Lundberg S, Schain M, Schelin S, Pedersen K. Three-month neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy: a 7-year follow-up of a randomized controlled trial. *BJU Int* 2002;90(6):561-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12230618>.
469. Klotz LH, Goldenberg SL, Jewett MA, Fradet Y, Nam R, Barkin J, Chin J, Chatterjee S. Long-term followup of a randomized trial of 0 versus 3 months of neoadjuvant androgen ablation before radical prostatectomy. *Journal of Urology* 2003;170(3):791-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12913699>.
470. Schulman CC, Debruyne FM, Forster G, Selvaggi FP, Zlotta AR, Witjes WP. 4-Year follow-up results of a European prospective randomized study on neoadjuvant hormonal therapy prior to radical prostatectomy in T2-3N0M0 prostate cancer. *European Study Group on Neoadjuvant Treatment of Prostate Cancer. Eur Urol* 2000;38(6):706-13 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11111188>.

471. Soloway MS, Pareek K, Sharifi R, Wajzman Z, McLeod D, Wood DP, Jr., Puras-Baez A. Neoadjuvant androgen ablation before radical prostatectomy in cT2bNxMo prostate cancer: 5-year results. *J Urol* 2002;167(1):112–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11743286>.
472. Gleave ME, Goldenberg SL, Chin JL, Warner J, Saad F, Klotz LH, Jewett M, Kassabian V, Chetner M, Dupont C, van Rensselaer S. Randomized comparative study of 3 versus 8-month neoadjuvant hormonal therapy before radical prostatectomy: biochemical and pathological effects. *Journal of Urology* 2001;166(2):500–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11458055>.
473. Selli C, Montironi R, Bono A, Pagano F, Zattoni F, Manganelli A, Selvaggi FP, Comeri G, Fiaccavento G, Guazzieri S, Lembo A, Cosciani-Cunico S, Potenzoni D, Muto G, Mazzucchelli R, Santinelli A. Effects of complete androgen blockade for 12 and 24 weeks on the pathological stage and resection margin status of prostate cancer. *J Clin Pathol* 2002;55(7):508–13 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12101195>.
474. van der Kwast TH, Labrie F, Tetu B. Persistence of high-grade prostatic intra-epithelial neoplasia under combined androgen blockade therapy. *Hum Pathol* 1999;30(12):1503–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10667430>.
475. Laverdiere J, Nabid A, De Bedoya LD, Ebacher A, Fortin A, Wang CS, Harel F. The efficacy and sequencing of a short course of androgen suppression on freedom from biochemical failure when administered with radiation therapy for T2–T3 prostate cancer. *Journal of Urology* 2004;171(3):1137–40 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767287>.
476. Pilepich MV, Winter K, John MJ, Mesic JB, Sause W, Rubin P, Lawton C, Machtay M, Grignon D. Phase III radiation therapy oncology group (RTOG) trial 86–10 of androgen deprivation adjuvant to definitive radiotherapy in locally advanced carcinoma of the prostate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;50(5):1243–52 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11483335>.
477. McLeod DG, Iversen P, See WA, Morris T, Armstrong J, Wirth MP. Bicalutamide 150 mg plus standard care vs standard care alone for early prostate cancer. *BJU Int* 2006;97(2):247–54 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16430622>.
478. Messing EM, Manola J, Sarosdy M, Wilding G, Crawford ED, Trump D. Immediate hormonal therapy compared with observation after radical prostatectomy and pelvic lymphadenectomy in men with node-positive prostate cancer. *N Engl J Med* 1999;341(24):1781–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10588962>.
479. Wirth MP, Weissbach L, Marx FJ, Heckl W, Jellinghaus W, Riedmiller H, Noack B, Hinke A, Froehner M. Prospective randomized trial comparing flutamide as adjuvant treatment versus observation after radical prostatectomy for locally advanced, lymph node-negative prostate cancer. *Eur Urol* 2004;45(3):267–70 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15036669>.
480. Tyrrell CJ, Payne H, See WA, McLeod DG, Wirth MP, Iversen P, Armstrong J, Morris C. Bicalutamide ('Casodex') 150 mg as adjuvant to radiotherapy in patients with localised or locally advanced prostate cancer: results from the randomised Early Prostate Cancer Programme. *Radiother Oncol* 2005;76(1):4–10 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16145740>.

481. Zagars GK, Johnson DE, von Eschenbach AC, Hussey DH. Adjuvant estrogen following radiation therapy for stage C adenocarcinoma of the prostate: long-term results of a prospective randomized study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988;14(6):1085–91
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3133327>.
482. D'Amico AV, Manola J, Loffredo M, Renshaw AA, DellaCroce A, Kantoff PW. 6-month androgen suppression plus radiation therapy vs radiation therapy alone for patients with clinically localized prostate cancer: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(7):821–7
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15315996>.
483. D'Amico AV, Chen MH, Renshaw AA, Loffredo M, Kantoff PW. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer: a randomized trial. *JAMA* 2008;299(3):289–95
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18212313>.
484. Boustead G, Edwards SJ. Systematic review of early vs deferred hormonal treatment of locally advanced prostate cancer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BJU Int* 2007;99(6):1383–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17346269>.
485. Conti PD, Atallah AN, Arruda H, Soares BG, El Dib RP, Wilt TJ. Intermittent versus continuous androgen suppression for prostatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD005009
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943832>.
486. Hummel S, Paisley S, Morgan A, Currie E, Brewer N. Clinical and cost-effectiveness of new and emerging technologies for early localised prostate cancer: a systematic review. *Health Technol Assess* 2003;7(33):iii, ix–iii,157 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14609482>.
487. Prostate Cancer Trialists' Collaborative Group. Maximum androgen blockade in advanced prostate cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2000;355(9214):1491–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10801170>.
488. Wilt TJ, air B, MacDonald R, Rutks I. Early versus deferred androgen suppression in the treatment of advanced prostatic cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003506
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869665>, DOI: 10.1002/14651858.
489. Herr HW, O'Sullivan M. Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *Journal of Urology* 2000;163(6):1743–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10799173>.
490. Iversen P, Johansson JE, Lodding P, Kylmala T, Lundmo P, Klarskov P, Tammela TL, Tasdemir I, Morris T, Armstrong J. Bicalutamide 150 mg in addition to standard care for patients with early non-metastatic prostate cancer: updated results from the Scandinavian Prostate Cancer Period Group-6 Study after a median follow-up period of 7.1 years. *Scand J Urol Nephrol* 2006;40(6):441–52 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17130095>.
491. The Medical Research Council Prostate Cancer Working Party Investigators Group. Immediate versus deferred treatment for advanced prostatic cancer: initial results of the Medical Research Council Trial. *Br J Urol* 1997;79(2):235–46 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9052476>.

492. Parker MC, Cook A, Riddle PR, Fryatt I, O'Sullivan J, Shearer RJ. Is delayed treatment justified in carcinoma of the prostate? *Br J Urol* 1985;57(6):724–8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4084734>.
493. Rana A, Chisholm GD, Khan M, Rashwan HM, Elton RA. Conservative management with symptomatic treatment and delayed hormonal manipulation is justified in men with locally advanced carcinoma of the prostate. *Br J Urol* 1994;74(5):637–41
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7827816>.
494. Sieber PR, Keiller DL, Kahnoski RJ, Gallo J, McFadden S. Bicalutamide 150 mg maintains bone mineral density during monotherapy for localized or locally advanced prostate cancer. *J Urol* 2004;171(6 Pt 1):2272–6, quiz <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126801>.
495. Studer UE, Collette L, Whelan P, Albrecht W, Casselman J, de RT, Knonagel H, Loidl W, Isorna S, Sundaram SK, Debois M. Using PSA to guide timing of androgen deprivation in patients with T0–4 N0–2 M0 prostate cancer not suitable for local curative treatment (EORTC 30891). *Eur Urol* 2008;53(5):941–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18191322>.
496. Tyrrell CJ, Kaisary AV, Iversen P, Anderson JB, Baert L, Tammela T, Chamberlain M, Webster A, Blackledge G. A randomised comparison of 'Casodex' (bicalutamide) 150 mg monotherapy versus castration in the treatment of metastatic and locally advanced prostate cancer. *Eur Urol* 1998;33(5):447–56 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9643663>.
497. Tyrrell CJ, Altwein JE, Klippel F, Varenhorst E, Lunglmayr G, Boccardo F, Holdaway IM, Haefliger JM, Jordaan JP. A multicenter randomized trial comparing the luteinizing hormone–releasing hormone analogue goserelin acetate alone and with flutamide in the treatment of advanced prostate cancer. The International Prostate Cancer Study Group. *J Urol* 1991;146(5):1321–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1834864>.
498. Ueno S, Namiki M, Fukagai T, Ehara H, Usami M, Akaza H. Efficacy of primary hormonal therapy for patients with localized and locally advanced prostate cancer: a retrospective multicenter study. *Int J Urol* 2006;13(12):1494–500 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17118024>.
499. Jerezek–Fossa BA, Orecchia R. Evidence–based radiation oncology: definitive, adjuvant and salvage radiotherapy for non–metastatic prostate cancer. *Radiother Oncol* 2007;84(2):197–215
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17532494>.
500. Nguyen PL, D'Amico AV, Lee AK, Suh WW. Patient selection, cancer control, and complications after salvage local therapy for postradiation prostate–specific antigen failure: a systematic review of the literature. *Cancer* 2007;110(7):1417–28
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17694553>.
501. Freedland SJ, Humphreys EB, Mangold LA, Eisenberger M, Dorey FJ, Walsh PC, Partin AW. Risk of prostate cancer–specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA* 2005;294(4):433–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046649>.

502. Goluboff ET, Prager D, Rukstalis D, Giantonio B, Madorsky M, Barken I, Weinstein IB, Partin AW, Olsson CA. Safety and efficacy of exisulind for treatment of recurrent prostate cancer after radical prostatectomy. *Journal of Urology* 2001;166(3):882–6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11490238>.
503. Jerezek-Fossa BA, Zerini D, Vavassori A, Fodor C, Santoro L, Minissale A, Cambria R, Cattani F, Garibaldi C, Serafini F, Matei VD, de CO, Orecchia R. Sooner or later? Outcome analysis of 431 prostate cancer patients treated with postoperative or salvage radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009;74(1):115–25 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19004572>.
504. Loeb S, Roehl KA, Viprakasit DP, Catalona WJ. Long-term rates of undetectable PSA with initial observation and delayed salvage radiotherapy after radical prostatectomy. *Eur Urol* 2008;54(1):88–94 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18400368>.
505. Moul JW, Wu H, Sun L, McLeod DG, Amling C, Donahue T, Kusuda L, Sexton W, O'Reilly K, Hernandez J, Chung A, Soderdahl D. Early versus delayed hormonal therapy for prostate specific antigen only recurrence of prostate cancer after radical prostatectomy. *J Urol* 2004;171(3):1141–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14767288>.
506. Trock BJ, Han M, Freedland SJ, Humphreys EB, DeWeese TL, Partin AW, Walsh PC. Prostate cancer-specific survival following salvage radiotherapy vs observation in men with biochemical recurrence after radical prostatectomy. *JAMA* 2008;299(23):2760–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18560003>.
507. Heidenreich A, Richter S, Thuer D, Pfister D. Prognostic parameters, complications, and oncologic and functional outcome of salvage radical prostatectomy for locally recurrent prostate cancer after 21st-century radiotherapy. *Eur Urol* 2010;57(3):437–43
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19303197>.
508. Leonardo C, Simone G, Papalia R, Franco G, Guaglianone S, Gallucci M. Salvage radical prostatectomy for recurrent prostate cancer after radiation therapy. *Int J Urol* 2009;16(6):584–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453762>.
509. Tenenholz TC, Shields C, Ramesh VR, Tercilla O, Hagan MP. Survival benefit for early hormone ablation in biochemically recurrent prostate cancer. *Urol Oncol* 2007;25(2):101–9
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17349523>.
510. Schröder FH, Roobol MJ, Boeve ER, de Mutsert R, Zijldgeest-van Leeuwen SD, Kersten I, Wildhagen MF, van Helvoort A. Randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study in men with prostate cancer and rising PSA: effectiveness of a dietary supplement. *Eur Urol* 2005;48(6):922–30 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16263208>.
511. Carmody J, Olendzki B, Reed G, Andersen V, Rosenzweig P. A dietary intervention for recurrent prostate cancer after definitive primary treatment: results of a randomized pilot trial. *Urology* 2008;72(6):1324–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18400281>.

512. Grainger EM, Schwartz SJ, Wang S, Unlu NZ, Boileau TW, Ferketich AK, Monk JP, Gong MC, Bahnson RR, DeGross VL, Clinton SK. A combination of tomato and soy products for men with recurring prostate cancer and rising prostate specific antigen. *Nutr Cancer* 2008;60(2):145–54 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444145>.
513. Loblaw DA, Mendelson DS, Talcott JA, Virgo KS, Somerfield MR, Ben-Josef E, Middleton R, Porterfield H, Sharp SA, Smith TJ, Taplin ME, Vogelzang NJ, Wade JL, Jr., Bennett CL, Scher HI. American Society of Clinical Oncology recommendations for the initial hormonal management of androgen-sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer. *J Clin Oncol* 2004;22(14):2927–41 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15184404>.
514. Loblaw DA, Virgo KS, Nam R, Somerfield MR, Ben-Josef E, Mendelson DS, Middleton R, Sharp SA, Smith TJ, Talcott J, Taplin M, Vogelzang NJ, Wade JL, III, Bennett CL, Scher HI. Initial hormonal management of androgen-sensitive metastatic, recurrent, or progressive prostate cancer: 2006 update of an American Society of Clinical Oncology practice guideline. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2007;25(12):1596–605 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17404365>.
515. Tyrrell CJ, Iversen P, Tammela T, Anderson J, Bjork T, Kaisary AV, Morris T. Tolerability, efficacy and pharmacokinetics of bicalutamide 300 mg, 450 mg or 600 mg as monotherapy for patients with locally advanced or metastatic prostate cancer, compared with castration. *BJU Int* 2006;98(3):563–72 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16771791>.
516. Usami M, Akaza H, Arai Y, Hirano Y, Kagawa S, Kanetake H, Naito S, Sumiyoshi Y, Takimoto Y, Terai A, Yoshida H, Ohashi Y. Bicalutamide 80 mg combined with a luteinizing hormone-releasing hormone agonist (LHRH-A) versus LHRH-A monotherapy in advanced prostate cancer: findings from a phase III randomized, double-blind, multicenter trial in Japanese patients. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2007;10(2):194–201 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17199134>.
517. Cookson MS, Roth BJ, Dahm P, Engstrom C, Freedland SJ, Hussain M, Lin DW, Lowrance WT, Murad MH, Oh WK, Penson DF, Kibel AS. Castration-Resistant Prostate Cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology* 2013; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23665272>, DOI: 10.1016/j.juro.2013.05.005.
518. Climent MA, Piulats JM, Sanchez-Hernandez A, Arranz JA, Cassinello J, Garcia-Donas J, Gonzalez del AA, Leon-Mateos L, Mellado B, Mendez-Vidal MJ, Perez-Valderrama B. Recommendations from the Spanish Oncology Genitourinary Group for the treatment of patients with metastatic castration-resistant prostate cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012;83(3):341–52 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22285697>, DOI: 10.1016/j.critrevonc.2012.01.002.
519. McKeage K. Docetaxel: a review of its use for the first-line treatment of advanced castration-resistant prostate cancer. *Drugs* 2012;72(11):1559–77 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22818017>, DOI: 10.2165/11209660-000000000-00000.

520. Nachtnebel A, Ludwig Boltzmann Institut, Health Technology Assessment (LBI-HTA), HTA-Zentrum Bremen. Horizon Scanning in Oncology. Second-line chemotherapy with cabazitaxel (Jevtana) for the treatment of castration-resistant metastatic prostate cancer. 2011 [cited: 2011 Jun 16]. Available from: http://eprints.hta.lbg.ac.at/911/2/DSD_HSO_Nr.16.pdf
521. Winqvist E, Waldron T, Berry S, Ernst DS, Hotte S, Lukka H. Non-hormonal systemic therapy in men with hormone-refractory prostate cancer and metastases: a systematic review from the Cancer Care Ontario Program in Evidence-based Care's Genitourinary Cancer Disease Site Group. *BMC Cancer* 2006;6:112 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16670021>.
522. Scher HI, Fizazi K, Saad F, Taplin ME, Sternberg CN, Miller K, de WR, Mulders P, Chi KN, Shore ND, Armstrong AJ, Flaig TW, Flechon A, Mainwaring P, Fleming M, Hainsworth JD, Hirmand M, Selby B, Seely L, de Bono JS. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med* 2012;367(13):1187-97 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22894553>, DOI: 10.1056/NEJMoa1207506.
523. Fizazi K, Scher HI, Molina A, Logothetis CJ, Chi KN, Jones RJ, Staffurth JN, North S, Vogelzang NJ, Saad F, Mainwaring P, Harland S, Goodman OB, Jr., Sternberg CN, Li JH, Kheoh T, Haqq CM, de Bono JS. Abiraterone acetate for treatment of metastatic castration-resistant prostate cancer: final overall survival analysis of the COU-AA-301 randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol* 2012;13(10):983-92 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22995653>, DOI: 10.1016/S1470-2045(12)70379-0.
524. de Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, Fizazi K, North S, Chu L, Chi KN, Jones RJ, Goodman OB, Jr., Saad F, Staffurth JN, Mainwaring P, Harland S, Flaig TW, Hutson TE, Cheng T, Patterson H, Hainsworth JD, Ryan CJ, Sternberg CN, Ellard SL, Flechon A, Saleh M, Scholz M, Efstathiou E, Zivi A, Bianchini D, Loriot Y, Chieffo N, Kheoh T, Haqq CM, Scher HI. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2011;364(21):1995-2005 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21612468>, DOI: 10.1056/NEJMoa1014618.
525. Logothetis CJ, Basch E, Molina A, Fizazi K, North SA, Chi KN, Jones RJ, Goodman OB, Mainwaring PN, Sternberg CN, Efstathiou E, Gagnon DD, Rothman M, Hao Y, Liu CS, Kheoh TS, Haqq CM, Scher HI, de Bono JS. Effect of abiraterone acetate and prednisone compared with placebo and prednisone on pain control and skeletal-related events in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer: exploratory analysis of data from the COU-AA-301 randomised trial. *Lancet Oncol* 2012;13(12):1210-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23142059>, DOI: 10.1016/S1470-2045(12)70473-4.
526. Ryan CJ, Smith MR, de Bono JS, Molina A, Logothetis CJ, de SP, Fizazi K, Mainwaring P, Piulats JM, Ng S, Carles J, Mulders PF, Basch E, Small EJ, Saad F, Schrijvers D, Van PH, Mukherjee SD, Suttman H, Gerritsen WR, Flaig TW, George DJ, Yu EY, Efstathiou E, Pantuck A, Winqvist E, Higano CS, Taplin ME, Park Y, Kheoh T, Griffin T, Scher HI, Rathkopf DE. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *The New England journal of medicine* 2013;368(2):138-48 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23228172>, DOI: 10.1056/NEJMoa1209096.

527. de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, Hansen S, Machiels JP, Kocak I, Gravis G, Bodrogi I, Mackenzie MJ, Shen L, Roessner M, Gupta S, Sartor AO. Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial. *Lancet* 2010;376(9747):1147-54
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20888992>.
528. Berthold DR, Pond GR, Soban F, de WR, Eisenberger M, Tannock IF. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer: updated survival in the TAX 327 study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2008;26(2):242-5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18182665>.
529. Berthold DR, Pond GR, Roessner M, de WR, Eisenberger M, Tannock AI. Treatment of hormone-refractory prostate cancer with docetaxel or mitoxantrone: relationships between prostate-specific antigen, pain, and quality of life response and survival in the TAX-327 study. *Clin Cancer Res* 2008;14(9):2763-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18451243>, DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-07-0944.
530. Kellokumpu-Lehtinen PL, Harmenberg U, Joensuu T, McDermott R, Hervonen P, Ginman C, Luukka M, Nyandoto P, Hemminki A, Nilsson S, McCaffrey J, Asola R, Turpeenniemi-Hujanen T, Laestadius F, Tasmuth T, Sandberg K, Keane M, Lehtinen I, Luukkaala T, Joensuu H. 2-Weekly versus 3-weekly docetaxel to treat castration-resistant advanced prostate cancer: a randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013;14(2):117-24
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294853>, DOI: 10.1016/S1470-2045(12)70537-5.
531. Machiels JP, Mazzeo F, Clause M, Filleul B, Marcelis L, Honhon B, D'Hondt L, Dopchie C, Verschaeve V, Duck L, Verhoeven D, Jousten P, Bonny MA, Moxhon AM, Tombal B, Kerger J. Prospective randomized study comparing docetaxel, estramustine, and prednisone with docetaxel and prednisone in metastatic hormone-refractory prostate cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(32):5261-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18794543>, DOI: 10.1200/JCO.2008.16.9524.
532. Nelson JB, Love W, Chin JL, Saad F, Schulman CC, Sleep DJ, Qian J, Steinberg J, Carducci M. Phase 3, randomized, controlled trial of atrasentan in patients with nonmetastatic, hormone-refractory prostate cancer. *Cancer* 2008;113(9):2478-87
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18785254>.
533. Shamash J, Powles T, Sarker SJ, Protheroe A, Mithal N, Mills R, Beard R, Wilson P, Tranter N, O'Brien N, McFaul S, Oliver T. A multi-centre randomised phase III trial of Dexamethasone vs Dexamethasone and diethylstilbestrol in castration-resistant prostate cancer: immediate vs deferred Diethylstilbestrol. *Br J Cancer* 2011;104(4):620-8
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285990>, DOI: 10.1038/sj.bjc.6606102.
534. de Bono JS, Logothetis CJ, Molina A, Fizazi K, North S, Chu L, Chi KN, Jones RJ, Goodman OB, Jr., Saad F, Staffurth JN, Mainwaring P, Harland S, Flaig TW, Hutson TE, Cheng T, Patterson H, Hainsworth JD, Ryan CJ, Sternberg CN, Ellard SL, Flechon A, Saleh M, Scholz M, Efstathiou E, Zivi A, Bianchini D, Loriot Y, Chieffo N, Kheoh T, Haqq CM, Scher HI. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med* 2011;364(21):1995-2005
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21612468>, DOI: 10.1056/NEJMoa1014618.

535. Higano CS, Schellhammer PF, Small EJ, Burch PA, Nemunaitis J, Yuh L, Provost N, Frohlich MW. Integrated data from 2 randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials of active cellular immunotherapy with sipuleucel-T in advanced prostate cancer. *Cancer* 2009;115(16):3670-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19536890>.
536. Kantoff PW, Higano CS, Shore ND, Berger ER, Small EJ, Penson DF, Redfern CH, Ferrari AC, Dreicer R, Sims RB, Xu Y, Frohlich MW, Schellhammer PF. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. *N Engl J Med* 2010;363(5):411-22 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818862>, DOI: 10.1056/NEJMoa1001294.
537. Fossa SD, Jacobsen AB, Ginman C, Jacobsen IN, Overn S, Iversen JR, Urnes T, Dahl AA, Veenstra M, Sandstad B. Weekly docetaxel and prednisolone versus prednisolone alone in androgen-independent prostate cancer: a randomized phase II study. *Eur Urol* 2007;52(6):1691-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17306441>.
538. Fossa SD, Slee PH, Brausi M, Horenblas S, Hall RR, Hetherington JW, Aaronson N, de PL, Collette L. Flutamide versus prednisone in patients with prostate cancer symptomatically progressing after androgen-ablative therapy: a phase III study of the European organization for research and treatment of cancer genitourinary group. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2001;19(1):62-71 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11134196>.
539. Oudard S, Banu E, Beuzebec P, Voog E, Dourthe LM, Hardy-Bessard AC, Linassier C, Scotte F, Banu A, Coscas Y, Guinet F, Poupon MF, Andrieu JM. Multicenter randomized phase II study of two schedules of docetaxel, estramustine, and prednisone versus mitoxantrone plus prednisone in patients with metastatic hormone-refractory prostate cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(15):3343-51 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15738542>.
540. Agarwal N, Sonpavde G, Sternberg CN. Novel molecular targets for the therapy of castration-resistant prostate cancer. *Eur Urol* 2012;61(5):950-60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22209376>, DOI: 10.1016/j.eururo.2011.12.028.
541. Dhillon S, Lyseng-Williamson KA. Zoledronic acid : a review of its use in the management of bone metastases of malignancy. *Drugs* 2008;68(4):507-34 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18318568>.
542. Ford JA, Jones R, Elders A, Mulatero C, Royle P, Sharma P, Stewart F, Todd R, Mowatt G. Denosumab for treatment of bone metastases secondary to solid tumours: systematic review and network meta-analysis. *Eur J Cancer* 2013;49(2):416-30 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906748>, DOI: 10.1016/j.ejca.2012.07.016.
543. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J Clin Oncol* 2007;25(11):1423-36 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416863>.
544. George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Leng M, Tharyan P. Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(4):CD006716 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843728>, DOI: 10.1002/14651858.CD006716.pub2.

545. Sze WM, Shelley M, Held I, Mason M. Palliation of metastatic bone pain: single fraction versus multifraction radiotherapy – a systematic review of the randomised trials. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD004721.
546. Falkmer U, Jarhult J, Wersall P, Cavallin-Stahl E. A systematic overview of radiation therapy effects in skeletal metastases. *Acta Oncol* 2003;42(5-6):620-33
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14596519>.
547. Bauman G, Charette M, Reid R, Sathya J. Radiopharmaceuticals for the palliation of painful bone metastasis—a systemic review. *Radiother Oncol* 2005;75(3):258-70
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299924>.
548. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. Bisphosphonates for advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD006250
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054286>.
549. Parker C, Nilsson S, Heinrich D, Helle SI, O'Sullivan JM, Fossa SD, Chodacki A, Wiechno P, Logue J, Seke M, Widmark A, Johannessen DC, Hoskin P, Bottomley D, James ND, Solberg A, Syndikus I, Kliment J, Wedel S, Boehmer S, Dall'oglio M, Franzen L, Coleman R, Vogelzang NJ, O'Bryan-Tear CG, Staudacher K, Garcia-Vargas J, Shan M, Bruland OS, Sartor O. Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer. *The New England journal of medicine* 2013;369(3):213-23 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23863050>, DOI: 10.1056/NEJMoa1213755.
550. Nilsson S, Franzen L, Parker C, Tyrrell C, Blom R, Tennvall J, Lennernas B, Petersson U, Johannessen DC, Sokal M, Pigott K, O'Bryan-Tear CG, Thuresson M, Bolstad B, Bruland OS. Two-year survival follow-up of the randomized, double-blind, placebo-controlled phase II study of radium-223 chloride in patients with castration-resistant prostate cancer and bone metastases. *Clin Genitourin Cancer* 2013;11(1):20-6
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23021204>, DOI: 10.1016/j.clgc.2012.07.002.
551. Saad F, Eastham J. Zoledronic Acid improves clinical outcomes when administered before onset of bone pain in patients with prostate cancer. *Urology* 2010;76(5):1175-81
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21056263>.
552. Mason MD, Sydes MR, Glaholm J, Langley RE, Huddart RA, Sokal M, Stott M, Robinson AC, James ND, Parmar MK, Dearnaley DP. Oral sodium clodronate for nonmetastatic prostate cancer—results of a randomized double-blind placebo-controlled trial: Medical Research Council PR04 (ISRCTN61384873). *J Natl Cancer Inst* 2007;99(10):765-76
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17505072>.
553. Smith MR, Kabbinavar F, Saad F, Hussain A, Gittelman MC, Bilhartz DL, Wynne C, Murray R, Zinner NR, Schulman C, Linnartz R, Zheng M, Goessl C, Hei YJ, Small EJ, Cook R, Higano CS. Natural history of rising serum prostate-specific antigen in men with castrate nonmetastatic prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2005;23(13):2918-25 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860850>.

554. Fizazi K, Carducci M, Smith M, Damiao R, Brown J, Karsh L, Milecki P, Shore N, Rader M, Wang H, Jiang Q, Tadros S, Dansey R, Goessl C. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. *Lancet* 2011;377(9768):813–22 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21353695>.
555. Aragon-Ching JB, Ning YM, Chen CC, Latham L, Guadagnini JP, Gulley JL, Arlen PM, Wright JJ, Parnes H, Figg WD, Dahut WL. Higher incidence of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) in patients with metastatic castration resistant prostate cancer treated with anti-angiogenic agents. *Cancer Invest* 2009;27(2):221–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19235596>.
556. Walter C, Al-Nawas B, Grotz KA, Thomas C, Thuroff JW, Zinser V, Gamm H, Beck J, Wagner W. Prevalence and risk factors of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw in prostate cancer patients with advanced disease treated with zoledronate. *Eur Urol* 2008;54(5):1066–72 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18602738>.
557. Di Lorenzo G, Autorino R, Ciardiello F, Raben D, Bianco C, Troiani T, Pizza C, De Laurentiis M, Pensabene M, D'Armiento M, Bianco AR, De PS. External beam radiotherapy in bone metastatic prostate cancer: impact on patients' pain relief and quality of life. *Oncol Rep* 2003;10(2):399–404 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12579279>.
558. Hartsell WF, Scott CB, Bruner DW, Scarantino CW, Ivker RA, Roach M, III, Suh JH, Demas WF, Movsas B, Petersen IA, Konski AA, Cleeland CS, Janjan NA, DeSilvio M. Randomized trial of short- versus long-course radiotherapy for palliation of painful bone metastases. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(11):798–804 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15928300>.
559. Manas A, Casas F, Ciria JP, Lopez C, Saez J, Palacios A, de las HM, Porto C, Sanchez E, Martin C, Esco R, Veiras C, Martinez JC, Marquez M, Ramos A, Calvo F, Fuertes J, Andreu FJ, Contreras J, Perez L, Romero J, Vayreda J, Victoria C. Randomised study of single dose (8 Gy vs. 6 Gy) of analgesic radiotherapy plus zoledronic acid in patients with bone metastases. *Clin Transl Oncol* 2008;10(5):281–7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18490245>.
560. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, Payne R, Saris S, Kryscio RJ, Mohiuddin M, Young B. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. *Lancet* 2005;366(9486):643–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16112300>.
561. Roos DE, Turner SL, O'Brien PC, Smith JG, Spry NA, Burmeister BH, Hoskin PJ, Ball DL. Randomized trial of 8 Gy in 1 versus 20 Gy in 5 fractions of radiotherapy for neuropathic pain due to bone metastases (Trans-Tasman Radiation Oncology Group, TROG 96.05). *Radiother Oncol* 2005;75(1):54–63 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15878101>.
562. Sartor O, Reid RH, Hoskin PJ, Quick DP, Ell PJ, Coleman RE, Kotler JA, Freeman LM, Olivier P. Samarium-153-Lexidronam complex for treatment of painful bone metastases in hormone-refractory prostate cancer. *Urology* 2004;63(5):940–5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134985>.

563. Saad F, Gleason DM, Murray R, Tchekmedyian S, Venner P, Lacombe L, Chin JL, Vinholes JJ, Goas JA, Chen B. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 2002;94(19):1458-68 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359855>.
564. Saad F, Chen YM, Gleason DM, Chin J. Continuing benefit of zoledronic acid in preventing skeletal complications in patients with bone metastases. *Clin Genitourin Cancer* 2007;5(6):390-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17956712>.
565. AMGEN. XGEVA (Denosumab). Rote Hand Brief. 2012 [cited: 2013 Aug 01]. Available from: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2012/20120904.pdf>
566. AMGEN. Prolia (Denosumab). Rote Hand Brief. 2013 [cited: 2013 Aug 01]. Available from: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2013/20130220.pdf>
567. Novartis. Ergänzende Sicherheitsinformationen zu Berichten über Nierenfunktionsstörung und Nierenversagen unter Aclasta (Zoledronsäure, 5 mg Infusionslösung). Rote Hand Brief. 2010 [cited: 2013 Aug 01]. Available from: <http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2010/20100312.pdf>
568. Chiou RK, Chang WY, Horan JJ. Ureteral obstruction associated with prostate cancer: the outcome after percutaneous nephrostomy. *Journal of Urology* 1990;143(5):957-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2329611>.
569. Chung SY, Stein RJ, Landsittel D, Davies BJ, Cuellar DC, Hrebinko RL, Tarin T, Averch TD. 15-year experience with the management of extrinsic ureteral obstruction with indwelling ureteral stents. *Journal of Urology* 2004;172(2):592-5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15247739>.
570. Docimo SG, Dewolf WC. High failure rate of indwelling ureteral stents in patients with extrinsic obstruction: experience at 2 institutions. *Journal of Urology* 1989;142(2 Pt 1):277-9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2746744>.
571. Feng MI, Bellman GC, Shapiro CE. Management of ureteral obstruction secondary to pelvic malignancies. *J Endourol* 1999;13(7):521-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10569528>.
572. Ganatra AM, Loughlin KR. The management of malignant ureteral obstruction treated with ureteral stents. *Journal of Urology* 2005;174(6):2125-8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16280741>.
573. Harris MR, Speakman MJ. Nephrostomies in obstructive uropathy; how should hormone resistant prostate cancer patients be managed and can we predict who will benefit? *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2006;9(1):42-4 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16402089>.
574. Honnens de Lichtenberg M, Miskowiak J, Rolff H. Hormonal treatment of obstructed kidneys in patients with prostatic cancer. *Br J Urol* 1993;71(3):313-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477317>.

575. Ku JH, Lee SW, Jeon HG, Kim HH, Oh SJ. Percutaneous nephrostomy versus indwelling ureteral stents in the management of extrinsic ureteral obstruction in advanced malignancies: are there differences? *Urology* 2004;64(5):895–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15533473>.
576. Michigan S, Catalona WJ. Ureteral obstruction from prostatic carcinoma: response to endocrine and radiation therapy. *J Urol* 1977;118(5):733–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/916091>.
577. Oefelein MG. Prognostic significance of obstructive uropathy in advanced prostate cancer. *Urology* 2004;63(6):1117–21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15183963>.
578. Yossepowitch O, Lifshitz DA, Dekel Y, Gross M, Keidar DM, Neuman M, Livne PM, Baniel J. Predicting the success of retrograde stenting for managing ureteral obstruction. *J Urol* 2001;166(5):1746–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11586215>.
579. Leitliniengruppe Hessen. Palliativversorgung. Hausärztliche Leitlinie. Leitliniengruppe Hessen; 2009.
580. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Jr., Cross JT, Jr., Owens DK, Dallas P, Dolan NC, Forcica MA, Halasyamani L, Hopkins RH, Jr., Shekelle P. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;148(2):141–6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18195338>.
581. Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG). Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. 1. Aktualisierung. München: Zuckschwerdt; 2008.
582. Musch M, Klevecka V, Roggenbuck U, Kroepfl D. Complications of pelvic lymphadenectomy in 1,380 patients undergoing radical retropubic prostatectomy between 1993 and 2006. *J Urol* 2008;179(3):923–8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18207170>.
583. Zippe CD, Pahlajani G. Penile rehabilitation following radical prostatectomy: role of early intervention and chronic therapy. *Urol Clin North Am* 2007;34(4):601–18, viii <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17983900>.
584. MacDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Wilt TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. *BJU Int* 2007;100(1):76–81 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17433028>.
585. Bannowsky A, Schulze H, van der HC, Hautmann S, Junemann KP. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: improvement with nightly low-dose sildenafil. *BJU Int* 2008;101(10):1279–83 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284406>.
586. Davison BJ, So AI, Goldenberg SL. Quality of life, sexual function and decisional regret at 1 year after surgical treatment for localized prostate cancer. *BJU Int* 2007;100(4):780–5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578466>.

587. Hoffmann W, Liedke S, Dombo O, Otto U. Die Elektrostimulation in der Therapie der postoperativen Harninkontinenz. Therapeutischer Nutzen unter Berücksichtigung der Lebensqualität. *Der Urologe Ausg A* 2005;44(1):33–40
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15580472>.
588. Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolessi D, Panicucci E, Valent F, Selli C. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. *Neurourol Urodyn* 2007;26(7):985–9 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17487874>.