

Therapie des Prostatakarzinoms

Was ist heute möglich – was können wir künftig erwarten?

München, 18. Mai 2011 – In Deutschland ist das Prostatakarzinom (PCa) mit etwa 58.000 Neuerkrankungen jährlich die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Etwa 300 Patienten mit primärem Prostatakarzinom werden jedes Jahr in der Urologischen Klinik der Technischen Universität München (TUM) operativ versorgt. Sie repräsentieren einen typischen Querschnitt der betroffenen Männer in Deutschland. Hinzu kommen etwa weitere 150 Patienten mit Rezidiven oder weit fortgeschrittenen Tumoren, die teilweise schon mehrere Vorbehandlungen hatten. Unter der Leitung von Professor Dr. Jürgen Gschwend gab das Klinik-Team¹ einen Überblick über den State-of-the-Art und aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms.

Beim Prostatakarzinom gibt es heute eine Reihe gut etablierter, stadienabhängige Vorgehensweisen. Dennoch konnten in den letzten Jahren weitere beachtliche medizinische Fortschritte in der Versorgung der Betroffenen erzielt werden.

Fortschritte in der Diagnostik

Die Diagnostik bietet relevante Fortschritte in der Bildgebung, unter anderem bei Ultraschalluntersuchungen. Derzeit werden Untersuchungen wie die Kontrastmittelendosonographie und Elastographie als neue Methoden klinisch-wissenschaftlich evaluiert. Bei der Kernspintomographie (MRT) ist neben der speziellen Ziträt/Cholin-Spektroskopie – die diffusionsgewichtete MRT als wichtige Weiterentwicklung, die die Detektion von Lymphknotenmetastasen verbessern kann. Die Methode befindet sich derzeit noch im Stadium der Evaluation.

Die Kombination aus Positronen-Emissions- und Computertomographie (PET/CT) wird in München mit dem Tracer 11-Cholin inzwischen als Standard vielfach angewendet, sowohl in der Rezidivsituation als auch in ausgewählten Fällen beim Primärstaging. Darüber hinaus befindet sich in der Klinik für Nuklearmedizin am Klinikum rechts der Isar das weltweit erste und derzeit einzige Gerät, das PET und MRT kombiniert (PET/MRT). Diese Methode wird derzeit ausschließlich wissenschaftlich eingesetzt. Gschwend erwartet sich von ihr jedoch eine noch genauere und schärfere Darstellung von Tumorerden als im PET/CT, da die CT im kleinen Becken nicht so aussagefähig ist wie die MRT.

Primärtherapie des Prostatakarzinoms

Die Primärtherapie des Prostatakarzinoms besteht laut Gschwend heute nach wie vor an erster Stelle in der Operation. Sie zielt auf eine hohe Rate an Tumorfreiheit bei möglichst optimaler Erhaltung der Funktionen, insbesondere der Kontinenz, aber auch der Potenz. In München erfolgt die Standardoperation sowohl als offene Technik mit intraoperativem Schnellschnitt-Monitoring, mit dem besonders exakt festgestellt werden kann, ob die Operation kurativ ist und dabei ein optimaler Funktionserhalt ermöglicht werden kann. Zusätzlich wird ein minimal-invasives OP-Verfahren mit dem „da Vinci“-Roboter-System angeboten. Die individuelle Entscheidung über die jeweilige Art des Eingriffs basiert auf der Tumorausdehnung, den Tumorparametern und dem Wunsch des Patienten. Entscheidend für das Ergebnis unabhängig von der verwendeten Methode ist eine besonders sorgfältige und mit hoher Expertise ausgeführte Operation im Sinne eines exzellenten OP-Qualitätsmanagements.

Zudem bespricht das Team mit allen betroffenen Männern die Möglichkeit der Active Surveillance des Prostatakarzinoms und führt diese bei geeigneten Patienten gemeinsam mit niedergelassenen Urologen auch durch. Watchful Waiting bietet sich hingegen nach Angaben von Gschwend nur für wenige Patienten an, die bereits ein hohes Alter erreicht haben oder wesentliche Nebenerkrankungen aufweisen. Auch die Strahlentherapie wird als Alternative zur Operation mit allen Patienten erörtert. Hierbei verwenden die Strahlentherapeuten vor allem moderne Methoden wie Image-guided Radiotherapy (IGR) oder die Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT). In ausgewählten Fällen erfolgt auch eine Brachytherapie. Für eine optimale Auswahl der individuellen Therapie finden regelmäßige interdisziplinäre Fallkonferenzen zwischen Urologie, Strahlentherapie und Pathologie statt.

Therapie in fortgeschrittenen Stadien

Bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren kombiniert das Klinik-Team die Operation bei Bedarf mit einer adjuvanten Strahlentherapie. Eine adjuvante Hormontherapie spielt immer dann eine Rolle, wenn

Patienten Lymphknotenmetastasen aufweisen. „Das würde man heutzutage aber eher progressionsgetriggert als sofort postoperativ machen, also eher beim frühen Rezidiv“, erläuterte Gschwend. Mit diesem Vorgehen wird der Zeitpunkt bis zur Notwendigkeit einer Hormontherapie verzögert, da der Vorteil einer adjuvanten, also sofortigen Hormontherapie, gegenüber einem Therapiebeginn beim PSA-Rezidiv nicht gegeben ist.

Beim biochemischen Rezidiv und beim klinisch manifest metastasierten Prostatakarzinom beginnen die Urologen in München – vor allem bei Vorliegen von Knochenmetastasen – dann meist eine Hormontherapie. Haben die Patienten hingegen einen Anstieg des PSA-Wertes oder Lymphknotenmetastasen, wird die Therapie in manchen Fällen auch hinausgezögert bzw. nach Alternativen gesucht. Als Standard kommen nach wie vor LHRH-Agonisten ggf. in Kombination mit dem nicht-steroidalen Antiandrogen Bicalutamid zum Einsatz. Eine Alternative stellen GnRH-Antagonisten wie Degarelix dar. Die bilaterale Orchiectomie spielt laut Gschwend heute kaum noch eine Rolle, weil sie für den Patienten stigmatisierend und kaum noch zu vertreten sei. Zudem bestehe bei der Orchiectomie nicht die Möglichkeit der intermittierenden Hormontherapie, fügte er hinzu.

Die intermittierende Hormontherapie diskutiert das Münchner Team mit allen Patienten. Sie ist in Abhängigkeit vom Verlauf des PSA-Wertes eine Option, wenn sich der Betroffene auf eine weniger simple Therapie compliant einlässt. Ein Vorteile sind die therapiefreien Intervalle, die zumindest tendenziell die Lebensqualität verbesserten. Auch psychologisch sei die intermittierende Hormontherapie teilweise von Vorteil, weil der Patient das Gefühl habe, das Tumorstadium steuern zu können. Auf eine im Vergleich zur kontinuierlichen Hormontherapie bessere oder schlechtere Wirksamkeit gibt es laut Gschwend keine Hinweise. Auch das Auftreten der Hormonrefraktärität lasse sich auf diese Weise eher nicht beeinflussen.

Etablierte und neue Optionen beim hormonrefraktären Prostatakarzinom

In der hormonrefraktären Situation besteht die Herausforderung darin, dass es zwar die Option der Chemotherapie gibt, diese jedoch aufgrund der Toxizität und Nebenwirkungen möglichst lange hinausgezögert werden soll. Daher kommen heute zunächst sekundäre und tertiäre Hormonmanipulationen zum Einsatz, zum Beispiel mit Antiandrogenen wie Bicalutamid. Bei unzureichendem Ansprechen ist die Chemotherapie notwendig. Sie erfolgt heute als Standard in der ersten Linie mit Docetaxel.

„Von Neuentwicklungen erwarten wir, die Chemotherapie künftig noch weiter hinauszögern zu können“, sagt Gschwend zu möglichen Fortschritten in der Therapie des hormonrefraktären Prostatakarzinoms. „Darüber hinaus gebe es neue Substanzen wie das bereits zugelassene Cabazitaxel, die nach der Firstline-Chemotherapie noch wirksam seien“, betont er.

¹ Klinik-Team:

Prof. Dr. Jürgen Gschwend

Dr. Michael Höppner

Dr. Hubert Kübler

PD Dr. Margitta Retz

Quelle:

Interaktiver Journalistenworkshop „Die Therapie des Prostatakarzinoms: – Was ist heute möglich – was können wir künftig erwarten“. München, 18. Mai 2011 – Veranstalter: Janssen-Cilag GmbH, Neuss.

[+++ ONKOLOGIE-TELEGRAMM +++](#)