

Factsheet

Der oftmals herausfordernde Weg der Patienten mit Prostatakarzinom

Mit der Diagnose „Prostatakarzinom“ beginnt der für viele Betroffene lange und mit vielen Ängsten behaftete Weg oft in der hausärztlichen oder urologischen Praxis. Dies ist zumeist dann der Fall, wenn das Karzinom im Rahmen der Abklärung eines erhöhten Prostata-spezifisches Antigen-(PSA)-Wertes oder aufgrund anfangs oft unspezifischer Symptome diagnostiziert wird. Bei 33% der Männer wird die Diagnose erst in weiter fortgeschrittenen Stadien festgestellt¹ – wenn z.B. bereits Knochenmetastasen vorliegen und Schmerzen verursachen. Bei geeigneten Patienten mit einem PSMA-positiven metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) kann nach der Therapie mit einem Androgenrezeptor Pathway Inhibitor (ARPI) und der ersten taxanbasierten Chemotherapie die Radioligandentherapie (RLT) mit (¹⁷⁷Lu)Lutetiumvipivotidtraxetan in Betracht gezogen werden.² Im Rahmen des Tumor Boards wird disziplinübergreifend eine entsprechende Therapieentscheidung getroffen. Allgemein ist eine frühzeitige Vorstellung an einem zertifizierten Prostatakrebszentrum wünschenswert.³

Früherkennung und Primärdiagnose

Sucht ein Mann zur Früherkennung des Prostatakarzinoms seine*n Hausärzt*in oder eine*n Urolog*in auf, sollte – nach Aufklärung über die Vor- und Nachteile dieser Vorsorgeuntersuchung – die Bestimmung des PSA-Wertes angeboten werden.⁴ Sind bestimmte Kriterien erfüllt, sollte eine Prostatabiopsie zur pathologischen Befundung empfohlen werden. Bereits dieser erste größere Eingriff kann für Patienten in einer verunsichernden Phase stark angstbesetzt sein. Besteht der Verdacht auf ein Prostatakarzinom sollte im Rahmen der Primärdiagnostik eine multiparametrische Magnetresonanztomografie (mpMRT)^a der Prostata durchgeführt werden. Im bereits fortgeschrittenen Stadium hat der Nachweis von Prostatakarzinom-Metastasen durch Detektion des prostataspezifischen Membranantigens mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PSMA-PET) eine höhere Genauigkeit als die Kombination aus Computertomographie und Knochenszintigraphie.⁴

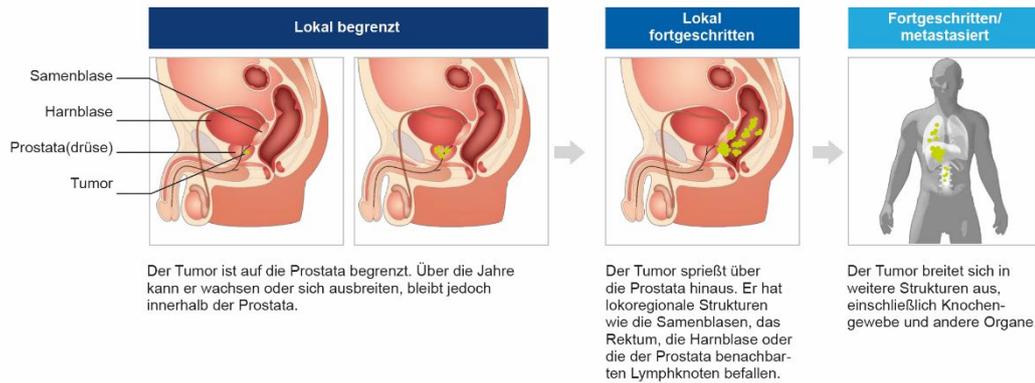


Abbildung 1: Stadien des Prostatakarzinoms – Ein Prostatakarzinom kann hormonsensitiv oder kastrationsresistent und dabei metastasiert oder nicht metastasiert sein.^{5,6}

Aufklärung der Patienten spielt eine entscheidende Rolle

In Abhängigkeit von Befund und Prognose kommen aktive Überwachung (Active Surveillance), Operation, Strahlentherapie und verschiedene medikamentöse Optionen in Betracht. In dieser Phase kann die Situation des Patienten durch das Problem wechselnder Ansprechpartner*innen der unterschiedlichen (Fach-)Ärzt*innengruppen erschwert werden. Bestätigt sich der Befund eines Prostatakarzinoms, wird der Patient über die Therapieoptionen aufgeklärt. Bei Patienten in fortgeschrittenen Stadien besprechen die beteiligten Fachärzt*innen die Fälle zumeist interdisziplinär, z.B. im Tumor Board.

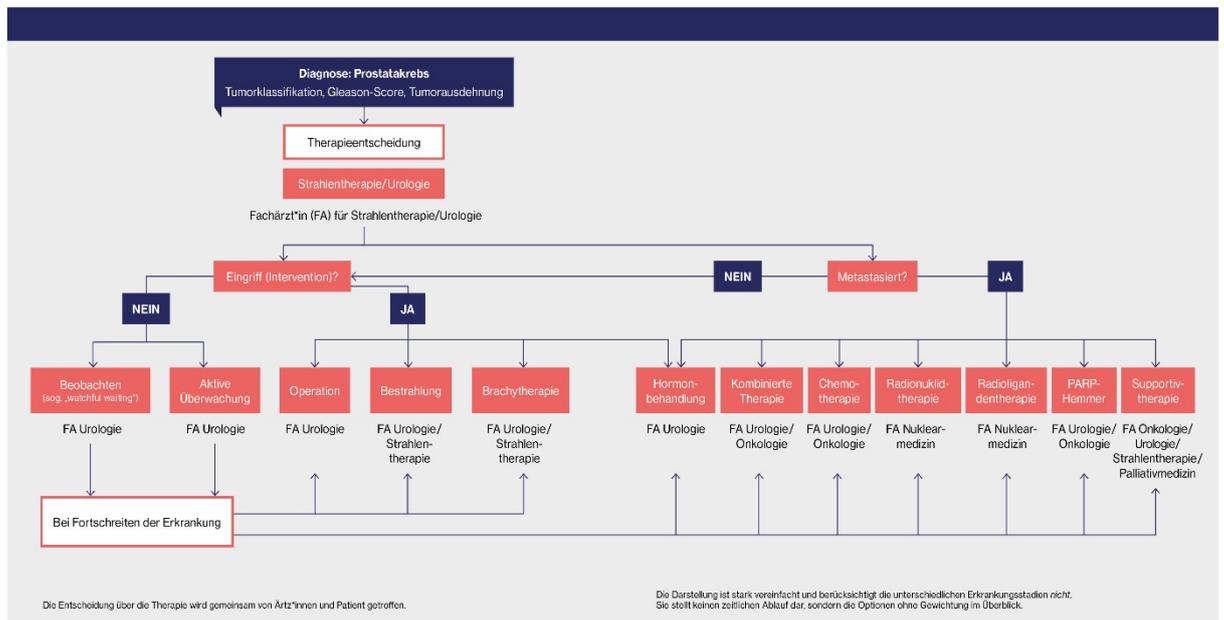


Abbildung 2: Unterschiedliche Therapieoptionen beim Prostatakarzinom.^{6b}

Angst vor möglichen Folgen einer Prostatektomie

Frühzeitig entdeckt, bestehen beim lokal begrenzten Prostatakarzinom gute Chancen auf Heilung.⁴ Die eingesetzten Lokalthérapien sind die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlentherapie und die Brachytherapie.⁴ Das Ziel der radikalen Prostatektomie ist die Tumorfreiheit bis zum Lebensende unter Erhalt der Harnkontinenz und der erektilen Funktion.⁴ In Abhängigkeit vom klinischen Risikoprofil betrug die Wahrscheinlichkeit der Rezidivfreiheit

nach radikaler Prostatektomie bei einer Nachbeobachtungszeit von zehn Jahren 29–83%.⁷ Inkontinenz und Impotenz als mögliche Folgen des Eingriffs können bei den Betroffenen dennoch Ängste und Verunsicherung auslösen. Gleichzeitig stellt die Prostatektomie dem Patienten aber auch die Chance in Aussicht, vom Prostatakarzinom geheilt zu sein. Ist der Krebs bereits fortgeschritten, ist er nicht mehr heilbar, stehen aber andere wirkungsvolle Therapien zur Verfügung. Die Vielzahl an Therapieoptionen sowie die damit verbundenen Wechsel von Ärzt*innen stellen für viele Patienten eine Herausforderung dar.

Medikamentöse Therapien, Lebensstilberatung und psychosoziale Unterstützung

Im metastasierten Stadium des Prostatakarzinoms werden zwei Formen unterschieden: das auf eine Hormontherapie ansprechende metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom (mHSPC) und das hormonunempfindlich gewordene metastasierte kastrationsresistente Prostatakarzinom (mCRPC).⁴ Eine zentrale Säule der Therapie des fortgeschrittenen mHSPC ist die Androgendepriationstherapie (ADT) – auch „medikamentöse Kastration“ genannt.⁴ Bei beiden Formen des Prostatakrebses können – je nach Befund, Prognose, Erkrankungsstadium, Therapiesituation und Allgemeinzustand des Patienten – Hormon- und Chemotherapien sowie beim mCRPC zusätzlich die Radioligandentherapie (RLT) zum Einsatz kommen.⁴ Lebensstilberatung hinsichtlich Ernährung und Bewegung kann einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit leisten.⁸ Psychosoziale Unterstützung durch Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen kann hinsichtlich der psychischen Stabilisierung des Patienten im partnerschaftlichen und familiären Umfeld eine wichtige Hilfestellung sein.⁸

S3-Leitlinie empfiehlt nach erster Chemotherapie den Wechsel der Therapiestrategie

Während der Therapie und im Rahmen der Nachsorge erfolgen regelmäßige Kontrollen des PSA-Wertes. Sie sind oft mit der Sorge des Patienten vor einem PSA-Anstieg als Zeichen erneuter Tumoraktivität (biochemisches Rezidiv) verbunden. Ist nach der ersten Chemotherapie im Fall eines Rezidivs die Indikation für einen Therapiewechsel gegeben, stehen Patienten mit mCRPC verschiedene Folgeoptionen zur Verfügung. Die S3-Leitlinie sieht in einem Wechsel der Therapiestrategie (Mechanism of Action [MoA] Switch) das zu präferierende Konzept in der Sequenztherapie von Patienten mit mCRPC.⁴ Auch im Rahmen der Advanced Prostate Cancer Consensus Conference (APCCC) sprach sich die Mehrheit von 100 an einer Multiple-Choice-Umfrage teilnehmenden Ärzt*innen für die PSMA-RLT bei geeigneten Patienten nach der Therapie mit einem Androgenrezeptor Pathway Inhibitor (ARPI) und der ersten taxanbasierten Chemotherapie aus.⁹ Bei geeigneten Patienten erfolgt die Therapieentscheidung für die RLT im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards. Nachdem die Therapie zuvor in der Hand von Uroonkolog*innen und Onkolog*innen lag, wird die RLT nun von der Nuklearmedizin durchgeführt.

Palliativversorgung am Ende des Weges

Die meisten Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom stehen irgendwann unweigerlich an dem Punkt, an dem die onkologischen Therapien ausgeschöpft sind und Ärzt*innen keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr an der Hand haben. Die Möglichkeiten der ambulanten und stationären Palliativversorgung sollten deshalb frühzeitig und umfassend mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden.⁴ Dies kann ihm seine letzte Lebensphase erleichtern.

Die Begleiter*innen des Patienten auf seinem Weg

Der Weg eines Patienten mit (metastasiertem) Prostatakarzinom beginnt häufig in einer hausärztlichen oder urologischen Praxis. Weitere Schlüsselrollen entlang der verschiedenen Phasen, die der Patient im Zuge der Diagnose und Therapie durchläuft, nehmen Uroonkolog*innen, Onkolog*innen, Radiolog*innen und Nuklearmediziner*innen ein. Letzte Wegbegleiter sind häufig Angehörige der im Palliativbereich tätigen Berufsgruppen. Den

Patienten und ihren Angehörigen kann dieser Weg viel Kraft kosten – mit häufigen Arztbesuchen und Untersuchungen sowie immer neuen und unter Umständen nur schwer verständlichen Informationen, die er verarbeiten muss. Umso wichtiger ist es, ihm mit Verständnis und Empathie zu begegnen.

Fazit

Das Prostatakarzinom ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Männern¹. Die Diagnose ist für die Betroffenen ein Schock und oftmals der Beginn eines langen Weges. Die Patienten werden auf ihrem Weg von Ärzt*innen unterschiedlicher (Fach-)Ärzt*innengruppen begleitet. Kann im Fall des metastasierten Prostatakarzinoms keine Heilung in Aussicht gestellt werden, ist der Weg geprägt von der Hoffnung, dass eine Therapie möglichst lange anschlägt – und von den Sorgen und Ängsten, dass es nach einem vorübergehenden Krankheitsstillstand doch zum Progress kommt. In allen Phasen ist es entscheidend, den Patienten realistisch über die zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren Therapieoptionen aufzuklären und ihm frühzeitig jene Therapien zukommen zu lassen, die ihm gute Chancen auf ein längeres Therapieansprechen bieten.

^a Bei der multiparametrischen Magnetresonanztomografie (mpMRT) werden mehrere Aufnahmeverfahren miteinander kombiniert, z.B. Magnetresonanztomografie, diffusionsgewichtete Bildgebung, Perfusionsbildgebung und Protonen-MR-Spektroskopie.¹⁰

^b Diese Darstellung wurde der AWMFS3-Prostatakarzinom Patientenleitlinie entnommen und modifiziert.

Referenzen

1. Robert Koch-Institut (RKI), Krebs in Deutschland für 2019/2020.
2. Fachinformation Pluvicto®, aktueller Stand
3. Schoffer O, Schmitt J. Forum 202; 439: 449–453
4. S3-Leitlinie Prostatakarzinom Version 7.0 – Mai 2024, AWMF-Registernummer: 043-022OL
5. Leitlinienprogramm Onkologie. Patientenleitlinie, Prostatakrebs I – Lokal begrenztes Prostatakarzinom, dritte Auflage, 2018. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs> (zuletzt aufgerufen am 04.05.2025).
6. Leitlinienprogramm Onkologie. Patientenleitlinie, Prostatakrebs II – Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom, vierte Auflage, 2018. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs> (zuletzt aufgerufen am 04.05.2025).
7. <https://www.urologielehrbuch.de/prostatakarzinom-operation-ergebnisse.html> (zuletzt aufgerufen: 14.05.2025).
8. <https://www.leben-mit-prostatakrebs.de/rat-und-unterstuetzung> (zuletzt aufgerufen: 01.05.2025).
9. Gillessen S et al. Eur Urol 2024; 87: 157-216.
10. <https://www.prostata-hilfe-deutschland.de/prostata-news/multiparametrische-mrt-mpmrt-diaagnostik-prostatakrebs> (zuletzt aufgerufen: 01.05.2025).

#

Pressekontakt

Sophie Grundmann
Communications & Engagement Manager
Novartis Pharma GmbH
sophie.grundmann@novartis.com