

Factsheet

Das Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist die häufigste Tumorerkrankung bei Männern in Deutschland.¹ Im Frühstadium ist es oft kurativ behandelbar. Für Patienten, die eine kurative Therapie nicht wünschen oder durch ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium nicht mehr dafür infrage kommen, stehen verschiedene Palliativtherapien zur Verfügung. Insbesondere Männer mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) haben Bedarf an weiteren palliativen Therapieoptionen, um das Gesamtüberleben zu verlängern und die Lebensqualität zu steigern.

Das Prostatakarzinom ist die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Männern in Deutschland; es wird bei etwa 66.000 Patienten pro Jahr neu diagnostiziert. Es ist in dieser Gruppe für 25,1% der Krebsneuerkrankungen und für 12,3% der krebisbedingten Sterbefälle verantwortlich.¹

Stadien des Prostatakarzinoms²

Basiert die Diagnose ausschließlich auf histologischen Befunden (Untersuchung von Gewebe einer vermeintlich gutartigen Prostata-Wucherung oder Prostata-Stanzbiopsie nach erhöhtem Prostata-spezifischem Antigen [PSA]), liegt das **Tumorstadium T1** vor. Beim **Tumorstadium T2** findet sich tastbares Tumorgewebe, jedoch nur innerhalb der Prostatakapsel. Diese beiden Stadien werden zusammen *lokal begrenztes Prostatakarzinom* genannt. Als ein erstes, jedoch unspezifisches Warnsymptom können Probleme beim Entleeren der Blase auftreten.

Die **Stadien T3** (Tumorgewebe über die Prostatakapsel hinaus, etwa in der Samenblase) und **T4** (Tumorgewebe auch z. B. im Rektum oder am Beckenboden) werden als *lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom* zusammengefasst. Hier können Schmerzen oder Brennen beim Urinieren oder beim Sitzen sowie Erektionsprobleme hinzukommen.

Sind auch die regionalen Lymphknoten betroffen (N1 M0), spricht man vom *fortgeschrittenen Prostatakarzinom*. Beim *metastasierten Prostatakarzinom* mit Fernabsiedlungen (M1) mehren sich schließlich die belastenden Symptome: Hier können auch Schmerzen in Rücken, Hüften, Oberschenkeln und/oder Schultern sowie Fatigue, Verdauungsprobleme und unerklärlicher Gewichtsverlust auftreten (Abb. 1).

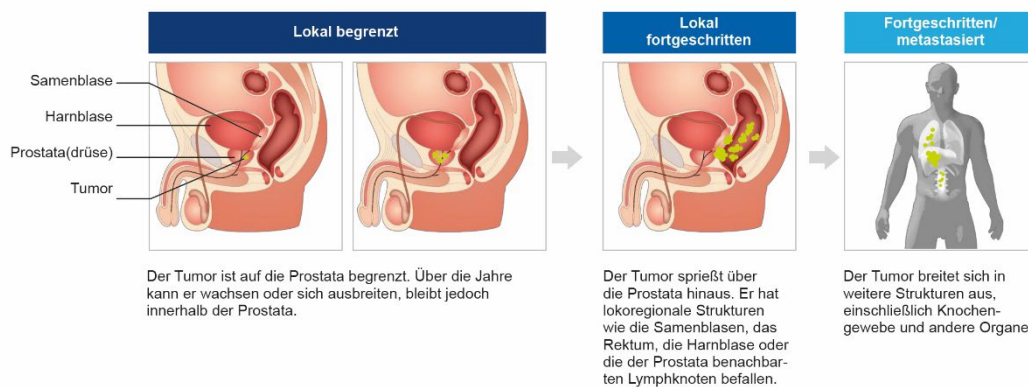


Abbildung 1: Stadien des Prostatakarzinoms – Ein Prostatakarzinom kann hormonsensitiv oder kastrationsresistent und dabei metastasiert oder nicht metastasiert sein.

Therapieoptionen bei lokal begrenztem Prostatakarzinom

Sofortige Lokalthherapie

Bei 74% der Patienten³ befindet sich die Krankheit zum Zeitpunkt der Diagnose noch im lokal begrenzten Stadium. Hier kann die Erkrankung oft noch mittels zeitnaher Lokalthherapie kurativ behandelt werden. Zu den Lokalthérapien zählen unter anderem die radikale Prostatektomie (Entfernung der Prostata und des angrenzenden Gewebes), die Strahlentherapie und die Brachytherapie (Therapie mit umschlossener radioaktiver Strahlenquelle).⁴

Aktive Überwachung (Active Surveillance)

Sind bestimmte Bedingungen erfüllt ($\leq 50\%$ Tumorgewebe in ≤ 2 von 10-12 „Stanzen“; Tumorstadium T1 oder T2a; PSA ≤ 10 ng/mL; Gleason-Score (Aggressivität des Tumors) ≤ 6 , ISUP^A Gruppe 1), kommt alternativ zur sofortigen Lokalthherapie auch die sog. Aktive Überwachung (Active Surveillance) infrage: Hier beginnt die kurative Lokalthherapie bei den ersten Anzeichen einer Krankheitsprogression. Die Entscheidung sollte gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden. Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom der ISUP Gruppe 2 und günstigem Risikoprofil können ebenso aktiv überwacht werden⁴

Abwarten (Watchful Waiting)

Auch ein beobachtendes Abwarten (Watchful Waiting) mit sekundärer symptomorientierter Therapie ist bei lokal begrenztem Prostatakarzinom möglich, sofern der Gleason-Score ≤ 7 beträgt. Dieses palliativ ausgerichtete Konzept basiert auf der Überlegung, dass das Prostatakarzinom oftmals auch unbehandelt nur langsam voranschreitet.⁴

Sekundäre symptomorientierte Palliativtherapie

Die Möglichkeiten für eine Palliativtherapie zur Symptomlinderung sind vielfältig. Da das Wachstum des Prostatakarzinoms hormonabhängig ist, ist die Androgendeprivation (in der Regel eine medikamentöse Kastration) die wichtigste nicht-kurative, symptomatisch-palliative Maßnahme. Daneben kommen Operationen, Strahlentherapien sowie weitere medikamentöse Therapien zur Prävention oder Therapie der Krankheitssymptome zum Einsatz.⁴

Therapieoptionen bei fortgeschrittenem und metastasiertem Prostatakarzinom

Beim lokal fortgeschrittenen sowie beim fortgeschrittenen und beim metastasierten Prostatakarzinom verfolgt die Therapie ausschließlich palliative Ziele.⁴ Denn eine Heilung ist in der Regel nur möglich, solange der Tumor auf die Prostata begrenzt ist. Es gibt jedoch

^A Internationale Gesellschaft für urologische Pathologie

Hinweise darauf, dass zumindest bei minimaler Lymphknotenmetastasierung mit höchstens einem befallenen Lymphknoten doch eine Chance auf Heilung bestehen kann.

Das metastasierte kastrationsresistente Prostatakarzinom (mCRPC)

Spricht die Erkrankung auf die medikamentöse Kastration nicht mehr an, wird sie als kastrationsresistentes Prostatakarzinom (CRPC) bezeichnet.⁴ 80% der Patienten mit CRPC weisen bereits Fernabsiedlungen auf; sie haben demnach ein metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom (mCRPC).⁵

Patienten mit mCRPC haben mit 56% die höchste Einjahres-Mortalität, verglichen mit anderen Prostatakarzinom-Patienten.⁶ In diesem Stadium beträgt das mediane Gesamtüberleben nur noch etwa 1-2 Jahre.⁷ Es besteht ein hoher Bedarf an neuen Therapien für Patienten mit mCRPC, um neben dem Gesamtüberleben vor allem auch die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Referenzen

1. Robert Koch-Institut (RKI), Krebs in Deutschland für 2019/2020.
2. Cancer Research UK. Localized prostate cancer. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/prostate-cancer/stages/localised-prostate-cancer> (Zuletzt abgerufen: 31.01.2025).
3. National Cancer Institute. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. Cancer stat facts: prostate cancer. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html> (Zuletzt abgerufen: 31.01.2025).
4. S3-Leitlinie Prostatakarzinom, AWMF-Registernummer 043/022OL, 2024.
5. Kirby M et al., Int J Clin Pract 2011; 65: 1180-1192.
6. Scher HI et al., PLoS One 2015 Vol. 10 Issue 10 Pages e0139440.
7. Huang X et al., J Hematol Oncol 2012; 5:35.

###

Pressekontakt

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