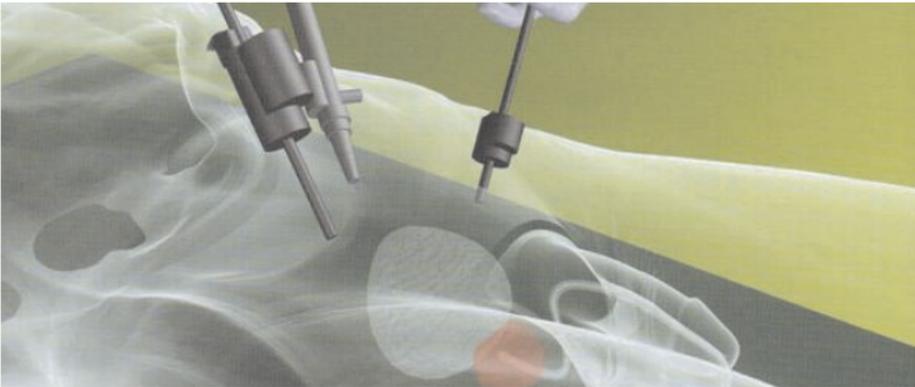


Prostatakrebs Patienteninformation



Prostatakrebs - was nun?

Das Therapiespektrum

Liebe Leserin,
lieber Leser,

eine Prostatakrebskrankung kann auf unterschiedliche Art und Weise behandelt werden. Welches die optimale Therapie für einen Patienten ist, hängt von der Aggressivität des Krebses, eventuellen Begleiterkrankungen, dem Alter des Patienten und dessen Anspruch an die Lebensqualität (Nebenwirkungsspektrum!) ab.

Mit diesem Flyer möchten wir Ihnen einen kurzen Überblick über die möglichen Therapieformen geben. Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt. Gerne können Sie auch das Beratungs- und Informationstelefon des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe (BPS) nutzen. Die Kontaktdaten des BPS finden Sie auf der Rückseite dieses Informationsblattes.

Ihr
Bundesverband
Prostatakrebs Selbsthilfe

Abwartende Strategien sind für Patienten mit einem lokal begrenzten, nicht aggressiven Prostatakarzinom geeignet. Sie zielen darauf ab, erst dann eine Behandlung einzuleiten, wenn dies aufgrund des Fortschreitens des Krebses erforderlich wird.

Aktive Überwachung (Active Surveillance)

Die Strategie der Aktiven Überwachung verfolgt einen heilenden Ansatz und setzt günstige Ausgangswerte beim Patienten voraus (niedriger PSA-Wert, langsame PSA Verdopplungszeit, niedriger Gleason-Wert, kleines Tumolvolumen). Der Krebs wird engmaschig kontrolliert, um beim Fortschreiten der Krankheit eine Therapie so zeitig einzuleiten, dass eine Heilung möglich ist.

Beobachtendes Abwarten (Watchful Waiting)

Die Strategie des Beobachtenden Abwartens ist primär für Patienten im höheren Alter mit einer Lebenserwartungszeit von weniger als 10 Jahren. Das beobachtende Abwarten zielt darauf ab, den Krebs erst dann und nur insoweit zu behandeln, als er dem Patienten Beschwerden verursacht.

Radikale Prostatektomie (RPE)

Die RPE ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren geeignet. Bei der RPE wird die Prostata entfernt und je nach Stadium der Erkrankung auch die Samenblasen und Lymphknoten. Die häufigsten RPE Methoden sind: offene RPE, laparoskopische RPE (Schlüssellochchirurgie) und die roboterassistierte daVinci RPE. Die RPE bietet die höchste Rate an Tumorfreiheit im Langzeitverlauf. Neben der Inkontinenz unterschiedlichen Grades sind Potenzstörungen die hauptsächlichen Nebenwirkungen.

Zusammenfassung:

- ⊕ Langzeitdaten vorhanden
- ⊕ Nur nach RPE kann pathologisches Stadium, die Prognose und begleitende Therapien am genauesten bestimmt werden
- ⊕ Bei Rezidiven sind Folgetherapien mit heilendem Ansatz möglich
- ⊖ Geringes Risiko einer Inkontinenz, hohes Risiko für komplette Impotenz oder beeinträchtigte Erektionsfähigkeit
- ⊖ Nicht geeignet für Patienten mit schwereren Begleiterkrankungen
- ⊖ Vollnarkose und übliche OP - Risiken

Externe Strahlentherapie

Die externe Strahlentherapie ist für Patienten mit einem lokal begrenzten oder fortgeschrittenen Prostatakarzinom geeignet. Bei dieser Therapieform wird die Prostata mit Hilfe eines Linearbeschleunigers in bis zu 5 Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von 7-9 Wochen bestrahlt. Durch die Anwendung moderner Bestrahlungstechniken (intensitätsmoduliert - IMRT - und dreidimensional konformal) können die Nebenwirkungen (Reizung von Blase und Enddarm) meist gering gehalten werden. Eine neuerliche Bestrahlung ist bei Therapieversagen nicht möglich.



Zusammenfassung:

- + Langzeitdaten vorhanden
- + Geringes Impotenz- / Inkontinenzrisiko
- + Ambulantes Verfahren
- Kaum heilende Behandlung bei Therapieversagen möglich

LDR-Brachytherapie (Seed-Implantation)

Die LDR-Brachytherapie ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Tumorstadium geeignet. Bei dieser Therapieform werden millimetergroße radioaktive Metallstifte (sog. Seeds) in die Prostata eingebracht. Die Seeds werden in Narkose ultraschallgesteuert implantiert und verbleiben lebenslang in der Prostata.

HDR-Brachytherapie (Afterloading)

Die HDR-Brachytherapie ist für Patienten mit einem lokal begrenzten oder fortgeschrittenen Prostatakarzinom geeignet. Bei dieser Therapieform wird über Hohlnadeln wiederholt eine Strahlenquelle in die Prostata eingebracht. Dies erfolgt ultraschallgesteuert und unter Narkose. Häufig wird die HDR-Brachytherapie mit einer Bestrahlung von außen kombiniert.

Zusammenfassung

- ⊕ Ambulante Verfahren
- ⊕ Unblutiger Eingriff
- ⊕ Geringes Inkontinenzrisiko
- ⊖ Probleme beim Wasserlassen wegen Verengungen/Verwachsungen im ersten Jahr
- ⊖ Kaum heilende Behandlung bei Therapieversagen möglich
- ⊖ Mittleres Impotenzrisiko

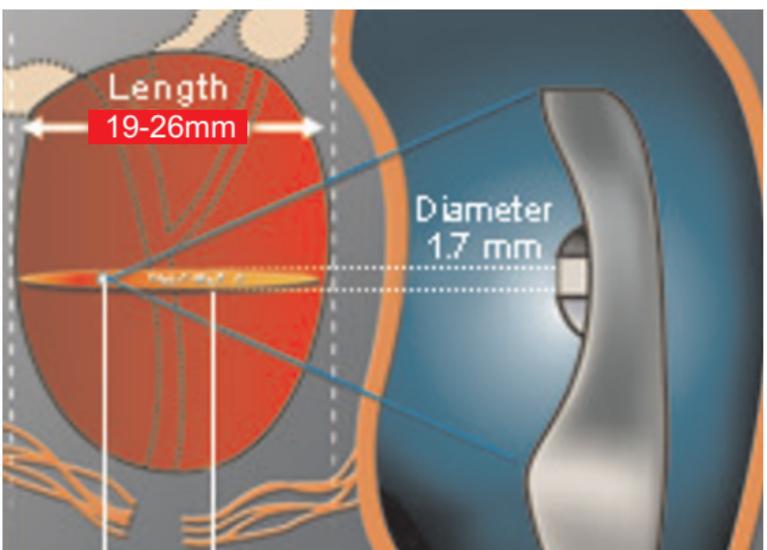
Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)

Die HIFU-Therapie ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und Strahlentherapieversager geeignet. Bei dieser Therapieform werden hochenergetische Ultraschallwellen auf das Prostatagewebe fokussiert und führen zum Absterben des behandelten Gewebes durch Verschmelzung. Vor der HIFU wird meist eine Abhobeling der Prostata (TURP) vorgenommen.

Zusammenfassung:

- + Keine Gewebeverletzungen außerhalb der Prostata
- + Eingriff wiederholbar
- + Kein Ausschluss weiterer Therapieoptionen
- + Sehr geringes Inkontinenzrisiko

- Langzeitdaten maximal 10 Jahre
- Mittleres Impotenzrisiko

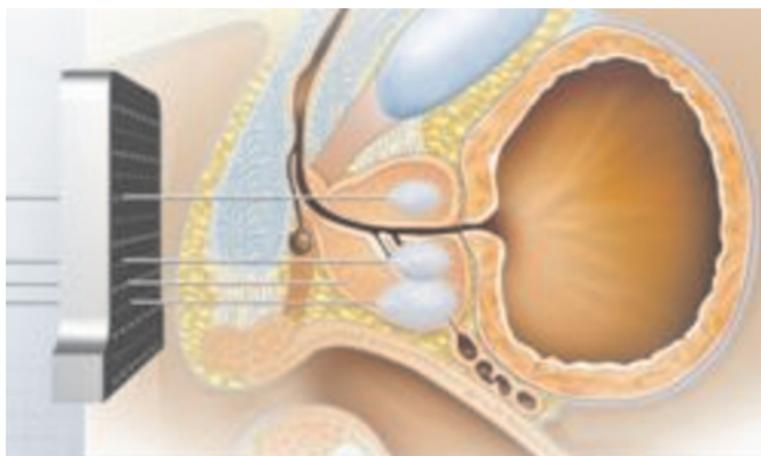


Kryotherapie

Die Kryotherapie ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom geeignet; die Hauptindikation ist die Behandlung eines Tumorrezidivs nach Strahlentherapie. Bei der Kryotherapie wird die Prostata vereist, indem das Gewebe mehrfach auf -40°C abgekühlt wird. Über Temperaturmesssonden und mit transrektalem Ultraschall wird die Kontrolle des Vereisungsvorganges gewährleistet. Da es durch die Vereisung zu einer Schwellung der Drüse und Harnlassbeschwerden kommt, wird vorübergehend ein Blasenkatheter gelegt. Der ca. zweistündige Eingriff erfolgt unter Vollnarkose.

Zusammenfassung

- ⊕ Wenig invasive Therapie
- ⊖ Postoperative Probleme beim Wasserlassen wegen Verengungen/Schwellungen
- ⊖ Hohe Rate an Impotenz



Medikamentöse (Hormon-)Therapien

Medikamentöse Therapien kommen als Primärtherapie zumeist bei fortgeschrittenen oder metastasierten Tumoren zum Einsatz. Anwendbar sind sie auch im Falle eines Tumorrezidivs oder begleitend zu anderen Therapieformen. Die medikamentösen Therapieansätze zielen darauf ab, die Wirkung des männlichen Sexualhormons Testosteron, das für das Wachstum des Prostatakarzinoms (mit-)verantwortlich ist, auszuschalten. Dies kann entweder dadurch geschehen, dass die Testosteronproduktion unterbunden wird (durch sog. LHRH-Agonisten) oder die Stelle, an der das Testosteron wirkt, blockiert wird (durch sog. Antiandrogene).

Zusammenfassung

- ⊕ Keine Operationsrisiken
- ⊕ Als Zusatztherapie bei bestimmten Indikationen geeignet

- ⊖ Keine Heilung des Prostatakarzinoms
- ⊖ Wirkung zeitlich begrenzt
- ⊖ Typische Nebenwirkungen einer chemischen Kastration durch LHRH-Agonisten (Hitzewallungen, Schwitzen, Gewichtszunahme, Depression, Knochenschmerz, Leistungsminderung, Libidobeeinträchtigung, etc.).
- ⊖ Antiandrogene können zur schmerzhaften Vergrößerung der Brustdrüsen führen.

Chemotherapie

Die Chemotherapie kommt zum Einsatz bei Patienten mit fortgeschrittenem bzw. metastasiertem Prostatakrebs, der auf eine Hormonbehandlung nicht (mehr) anspricht. Die Chemotherapie wirkt auf die Zellteilung bzw. Zellwachstum durch sog. Zytostatika. Die Therapie wird in mehreren Zyklen und in der Regel ambulant durchgeführt. Sie kann bei Prostatakrebs derzeit keine Heilung bewirken, den Krankheitsverlauf jedoch verlangsamen. Neue Medikamente befinden sich in der Erprobung durch klinische Studien.

Zusammenfassung

- ➔ Stärke und Dauer der Wirkung sind individuell unterschiedlich
- ➔ Nebenwirkungen sind unterschiedlich stark ausgeprägt - erträglich bis gravierend

