

Medikamentöse Tumorthherapie

Eine medikamentöse Behandlung, z. B. mit Chemotherapeutika, betrifft nahezu ausschließlich Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung. Fast immer sind andere Therapieoptionen bereits durchgeführt worden und die Hormonenzugstherapie zeigt keine ausreichende Wirkung mehr.

Neben dem für diese Indikation zugelassenen Präparat aus der Steineibe Taxotere® und Jevtana gibt es eine Reihe von neuen Substanzen, die in dieser Situation zum Einsatz kommen. Manche dieser Fälle werden im Rahmen von klinischen Studien behandelt.

Am Universitätsklinikum Magdeburg werden Sie in der Studienzentrale individuell betreut und beraten.

Welche Therapie ist die Beste?

Ist ein Prostatakrebs festgestellt worden, stehen Sie vor der Frage, welches Vorgehen sinnvoll ist. Eine Reihe von modernen Therapieverfahren stehen zur Verfügung.

Jede Therapie hat Vor- und Nachteile, die sorgfältig gegeneinander abgewogen werden müssen. Unter Umständen kann sogar ein abwartendes Verhalten angebracht sein. Welche Therapie für Sie die beste ist, hängt immer von Ihren individuellen Umständen ab: Alter, Begleiterkrankungen, besondere Wünsche und andere Merkmale sind dabei wichtig.

Interdisziplinäre Sprechstunde:

Wir bieten eine interdisziplinäre Sprechstunde für Prostatakrebs an. Dies bedeutet, dass Sie ein Urologe und ein Strahlentherapeut gemeinsam beraten. Wir stellen Ihnen detailliert alle für Sie zur Verfügung stehenden Methoden vor. Die Beratung kann eine wichtige Entscheidungshilfe für Sie sein – auch wenn Ihnen bereits eine Behandlung empfohlen wurde.

Für weiteres Informationsmaterial:

Senden Sie bitte diesen Abschnitt ausgefüllt an:

**Klinik für Urologie und Kinderurologie
des Universitätsklinikums Magdeburg A. ö. R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg**

Oder per Fax an: 0391 67-15094

Herr Frau

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon _____

Kontaktadressen:

**Klinik für Urologie und Kinderurologie
des Universitätsklinikums Magdeburg**
Direktor Prof. Dr. med. Martin Schostak
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Telefon: 0391 67-15036

**Klinik und Hochschulambulanz
für Radioonkologie und Strahlentherapie
des Universitätsklinikums Magdeburg**
Direktor Prof. Dr. med. Günther Gademann
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

Telefon: 0391 67-15791



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG

MED

MEDIZINISCHE
FAKULTÄT



Unsere aktuellen
Behandlungsmethoden

Prostata- karzinom (PCa)

- ✓ Radikale Prostatektomie
- ✓ Externe Strahlentherapie
- ✓ LDR- und HDR-Brachytherapie (Seeds)
- ✓ Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)
- ✓ Aktives Zuwarten
- ✓ Hormontherapie
- ✓ Medikamentöse Tumorthherapie

Radikale Prostatektomie

Bei der radikalen Prostatektomie werden die Prostata, die Samenblasen und bei Notwendigkeit auch die Lymphknoten entlang der Beckengefäße operativ vollkommen entfernt. Die Totaloperation ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren gut geeignet. Die radikale Prostatektomie bietet die höchste Rate an Tumorfreiheit im Langzeitverlauf und heutzutage geringe Operationsrisiken durch besonders schonende Techniken. Nur durch eine Operation kann das lokale Stadium der Prostata unter dem Mikroskop sicher bestimmt werden. Wenn Tumor und Prostata komplett entfernt wurden, fällt das PSA in den Nullbereich. Damit ist die Nachsorge einfach möglich.

Am Universitätsklinikum Magdeburg werden folgende Zugangswege für die Operation angeboten:

- Retropubisch (Bauchschnitt)
- Laparoskopisch (Schlüssellochchirurgie extraperitoneal; EERPE)

Die Zugangswege unterscheiden sich in Details, vor allem abhängig von Kriterien des Tumors und Wünschen des Patienten. Diese sollten im persönlichen Gespräch mit den Operateuren diskutiert werden. Allen Zugangswegen gemein sind sehr gute funktionelle Ergebnisse bezüglich Kontinenz und Potenz.

Andere Komplikationen (z. B. Transfusionen, Thrombose o. ä.) sind heutzutage extrem selten.

Externe Strahlentherapie

Bei der sog. perkutanen Strahlentherapie wird die Prostata mit Hilfe eines Linearbeschleunigers in täglichen Sitzungen (5 x pro Woche) über einen Zeitraum von 7 – 9 Wochen bestrahlt. Zur genauen Planung wird anhand eines CT zunächst ein „Bestrahlungsplan“ erstellt. Die Bestrahlung erfolgt dann rein ambulant.

Die externe Strahlentherapie ist eine sehr gute Behandlungsalternative für Patienten ab dem 65. Lebensjahr oder bei nicht gegebener OP-Fähigkeit. Falls das Krebswachstum als prognostisch ungünstig eingestuft wird, erfolgt vor und während der Bestrahlung eine gleichzeitige Hormonenzugstherapie, die bis auf Einzelfälle im weiteren Verlauf wieder abgesetzt werden kann. Mit den heutzutage angewandten Bestrahlungstechniken (intensitätsmoduliert {IMRT} oder 3-D-konformal) sind die typischen Nebenwirkungen, die die Blase und den Enddarm betreffen können, auf ein Minimum reduziert worden.

Brachytherapie

Brachytherapie ist eine Form der Strahlentherapie, bei der eine Strahlenquelle innerhalb der Prostata platziert wird. Es gibt zwei Formen der Brachytherapie zu unterscheiden: Die LDR-Brachytherapie und die HDR-Brachytherapie. Diese unterscheiden sich in Details, vor allem abhängig von den Kriterien des Tumors und den Wünschen des Patienten.

LDR-Brachytherapie (Seeds):

Auch „Seed-Implantation“ genannt. Hierbei werden vom Damm aus millimetergroße, radioaktive Metallstifte (Seeds) in die Prostata eingebracht. Neben dem am häufigsten verwendeten Jod kommt auch Palladium als Strahlenquelle zum Einsatz. Die Seeds werden unter Narkose ultraschallgesteuert appliziert und verbleiben lebenslang in der Prostata.

HDR- Brachytherapie (Afterloading):

Über Hohlnadeln wird eine Strahlenquelle (meist Iridium) „nachgeladen“. Diese ultraschallgesteuerte Therapie erfolgt in Narkose. Die HDR-Brachytherapie wird mit einer Bestrahlung von außen kombiniert, um die notwendige Gesamtstrahlendosis zu erreichen.

Allen Strahlentherapien gemein ist eine mögliche Reizung der umliegenden Organe, d. h. des Enddarms und der Harnblase. Die Wahrscheinlichkeit für schwere Nebenwirkungen, z. B. hin zum künstlichen Darmausgang, ist jedoch extrem gering. Eine Inkontinenz ist in strahlentherapeutischen Verfahren nahezu ausgeschlossen.

Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)

Bei dieser noch sehr jungen Technik wird hochenergetischer fokussierter Ultraschall verwendet, um eine Zerstörung des Krebsgewebes in der Prostata durch Hitze zu erzielen. Diese Behandlung kann in Regionalanästhesie erfolgen. Über einen Behandlungsschallkopf im Enddarm wird die Prostata in Echtzeit beobachtet und die Therapie appliziert. Die Schonung des Enddarms wird durch eine ständige Kühlung der Sonde gewährleistet. Vor HIFU wird meist eine Ausschabung (transurethrale Resektion der Prostata, TUR-P) durchgeführt.

Der Klinikaufenthalt beträgt nur wenige Tage. Die Methode ist besonders für Patienten geeignet, bei denen weder eine radikale Prostatektomie noch eine Strahlentherapie in Betracht kommen. Patienten mit einem Wiederauftreten von Prostatakrebs können ebenfalls mit HIFU behandelt werden.

Eine Verengung des Blasenhalses, Inkontinenz in sehr seltenen Fällen oder eine Verletzung des Enddarms sind mögliche Nebenwirkungen. Aufgrund des Fehlens von Langzeitdaten gilt HIFU nicht als Standardtherapie.

Aktives Zuwarten & Watchful Waiting

Ab einem bestimmten Alter und meistens in einem sehr frühen Tumorstadium kann es möglich sein, zunächst auf jede weitere Therapie zu verzichten und nur Kontrollen des PSA-Wertes durch Ihren behandelnden Urologen durchführen zu lassen.

Idealerweise wird dauerhaft eine Therapie vermieden, allerdings gelingt dies nur bei der Hälfte der Fälle, die andere Hälfte muss auf längere Sicht doch operiert werden. Möglicherweise sind dann trotz Therapie die Heilungsaussichten schlechter. Wenn Sie sich für das Zuwarten entscheiden, werden Sie sich überdies Blutuntersuchungen, rektalen Untersuchungen und Biopsien in regelmäßigen Abständen unterziehen müssen.

Hormontherapie

Das Wachstum des Prostatakarzinoms ist abhängig vom männlichen Geschlechtshormon Testosteron. Wird das Testosteron entzogen oder dessen Wirkung blockiert, so kann das Wachstum des Prostatakarzinoms gestoppt werden. Die Hormonenzugstherapie kann bei fortgeschrittenen oder auch metastasierten Tumoren sowie bei älteren oder kranken Patienten als Primärtherapie zum Einsatz kommen. Eine weitere Indikation für den Androgenentzug ist ein Tumorrezidiv nach einer anderen Therapie. Je nach Aggressivität des Tumors kann es im Verlaufe von einigen Jahren zu einer Hormonunempfindlichkeit kommen. Die Therapie ist somit in ihrer Wirkung zeitlich begrenzt und hat für das Prostatakarzinom lediglich einen aufschiebenden, nicht aber heilenden Effekt.

Außerdem kann die Hormonenzugstherapie begleitend vor bzw. nach einer externen Bestrahlung angewandt werden.

Die Hormonenzugstherapie kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden:

Chirurgische Kastration

Hormonentzug durch Entfernung der Hoden, der nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Wird meist in lokaler Betäubung durchgeführt und ist kostengünstig sowie schnell.

Medikamentöse Kastration

Medikamente, die den Regelkreislauf der Hormone beeinflussen, sog. LHRH-Analoga, bewirken zunächst einen kurzen Testosteronanstieg, bevor es dann zu einem Abfall in den Kastrationsbereich kommt. Die unter die Haut gespritzten Präparate sind als Ein-, Zwei-, Drei- und Sechsmonatsdepot erhältlich. Sog. Antiandrogene bewirken eine Blockade am Androgenrezeptor der Prostatazellen. In den meisten Fällen werden Antiandrogene zumindest vorübergehend begleitend zur LHRH-Gabe verabreicht.