



Medikamentöse Therapie des Prostatakrebs

12.Oktober 2019 – 5. Tag der Urologie, Urologische Klinik Sindelfingen (UKS)

Miriam Hegemann

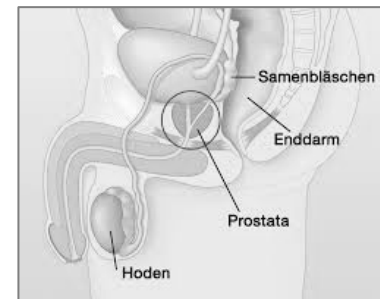
- Einleitung: Was ist Prostatakrebs?
„Natürlicher“ Verlauf des Prostatakrebs
- Hauptteil: Wann ist die **medikamentöse Therapie des Prostatakrebs** nötig?

Grundsätzliche Prinzipien der Therapie

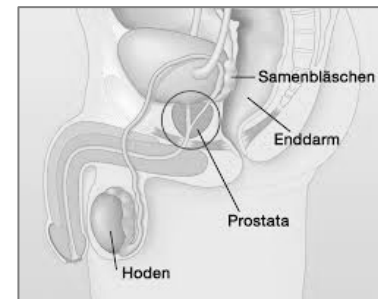
besondere Situationen: primär-metastasierter Prostatakarzinom

Therapie von Knochenmetastasen

- Zusammenfassung



- Prostatakrebs = Prostatakarzinom
- **bösartige Erkrankung, die vom Drüsengewebe der Vorsteherdrüse ausgeht**
- häufigste Krebserkrankung des Mannes: 60.000 Männer/in Deutschland/Jahr
- mittleres Erkrankungsalter: 69 Jahre
- Früherkennung i.d.R. ab dem 45. Lebensjahr empfohlen:
Tastuntersuchung + PSA-Wert (Blutuntersuchung)
- PSA = Prostata-spezifisches Antigen = Prostata-spezifisch $\neq$ tumorspezifisch
- Alter ist der wichtigste Risikofaktor!
- weitere Risikofaktoren: Verwandtschaft 1. Grades (2-fach)

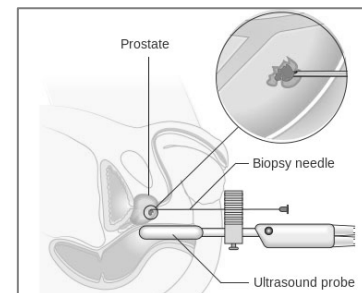


- Diagnose durch **Biopsie** der Vorsteherdrüse



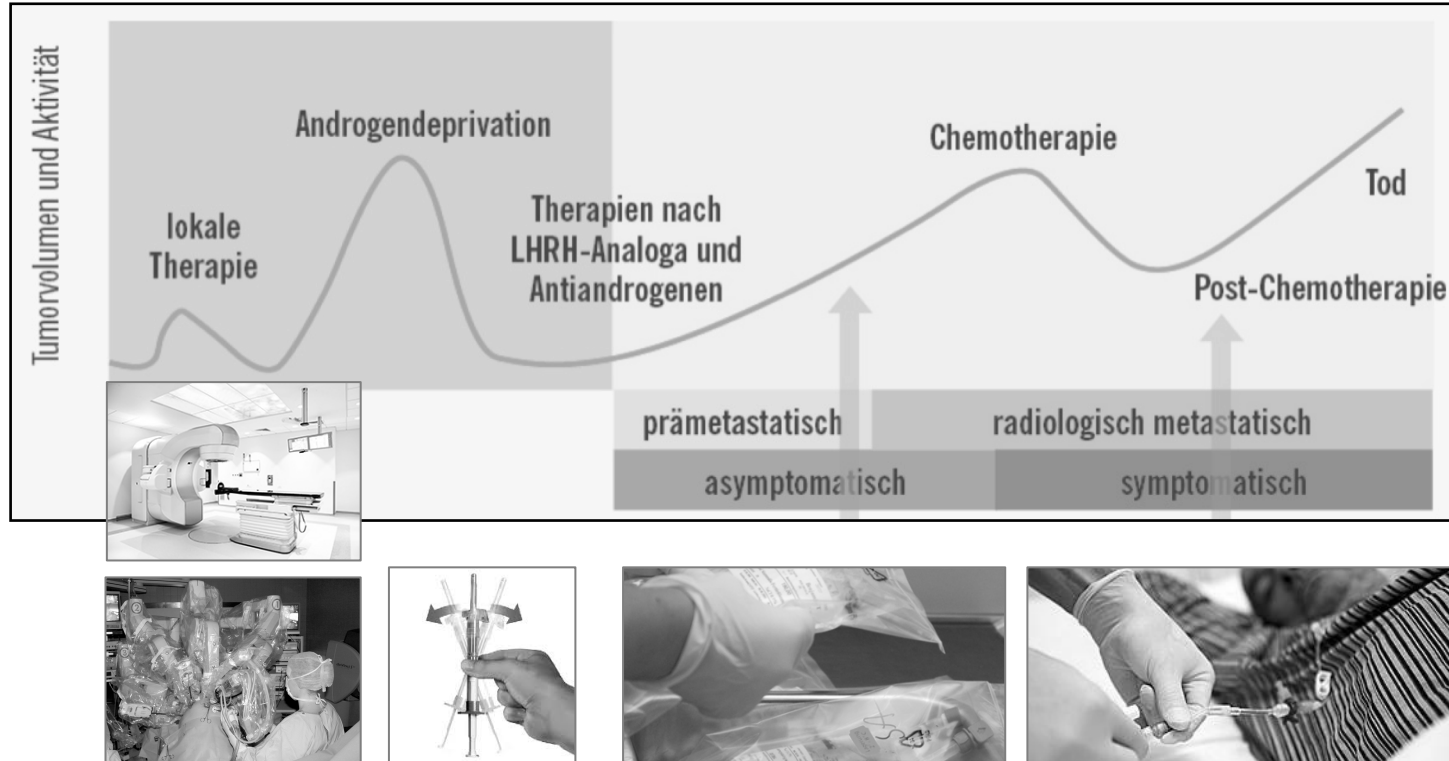
Im Rahmen der Früherkennung soll eine Prostatabiopsie bei Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien empfohlen werden:

- kontrollierter PSA-Wert von ≥ 4 ng/ml bei der erstmaligen Früherkennungskonsultation unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren;
- karzinomverdächtiges Ergebnis bei der digital-rektalen Untersuchung;
- auffälliger PSA-Anstieg (ohne Wechsel des Bestimmungsverfahrens).



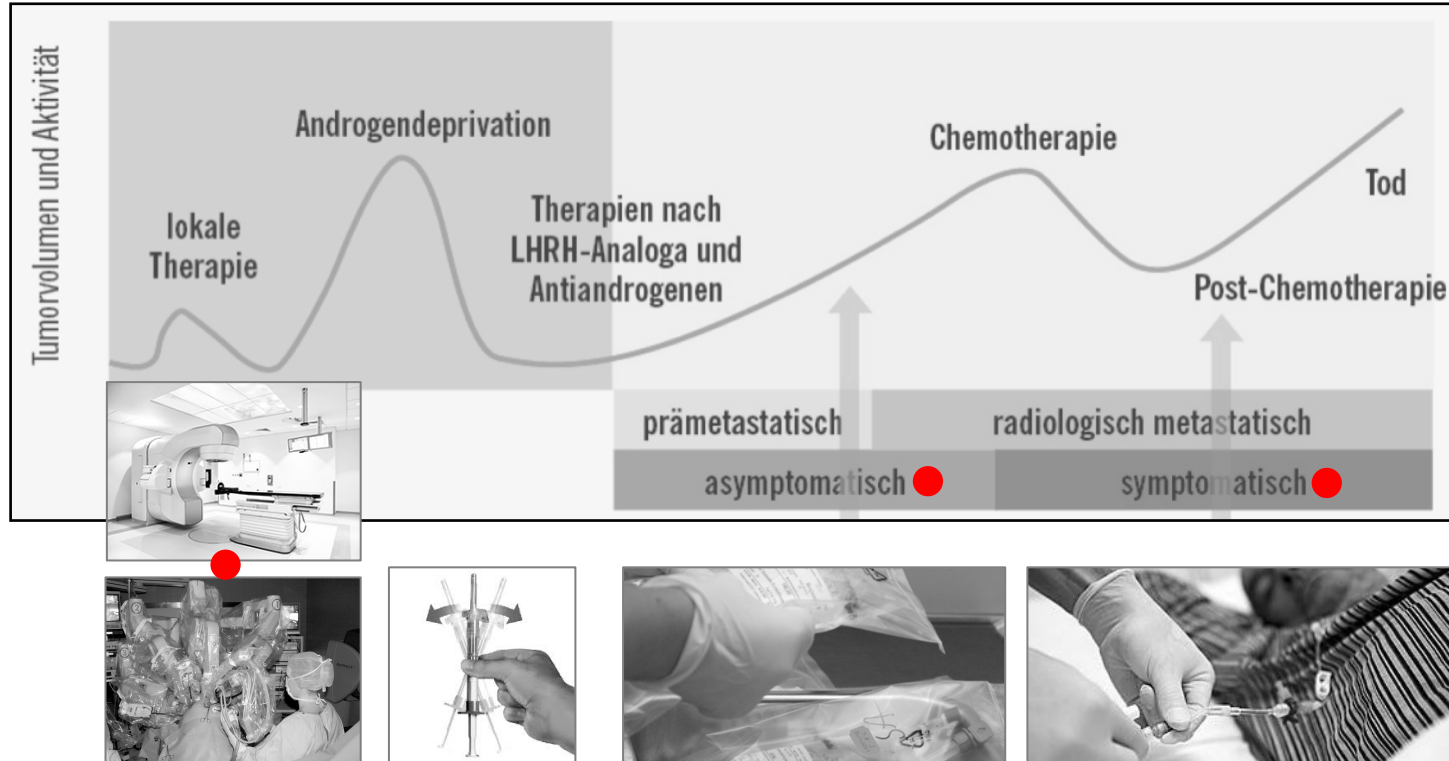
- Ausbreitungsdiagnostik (nach Risiko):
Computertomogramm von Brust/Bauch/Becken, Skelettszintigraphie
ggf. Magnetresonanztomogramm vom Becken

- im Frühstadium = organbegrenzt, d.h. i.d.R symptomlos > lokale Therapie (OP, Bestrahlung)
- Symptome = Spätstadium = lokal-fortgeschritten vs. metastasiert („Tochtergeschwüre“)
- Heilung ist nur im organbegrenzten Stadium möglich
- 10% symptomatisch, 3% tödlicher Verlauf
- „Tochtergeschwüre“: Lymphknoten, Knochen >> spät: Lunge, Leber



Miriam Hegemann

Medikamentöse Therapie des Prostatakrebs



● Zeitpunkt der Erstdiagnose

1. lokalisiertes Stadium

>> begleitend zur primären Strahlentherapie („intermediate/high risk“)

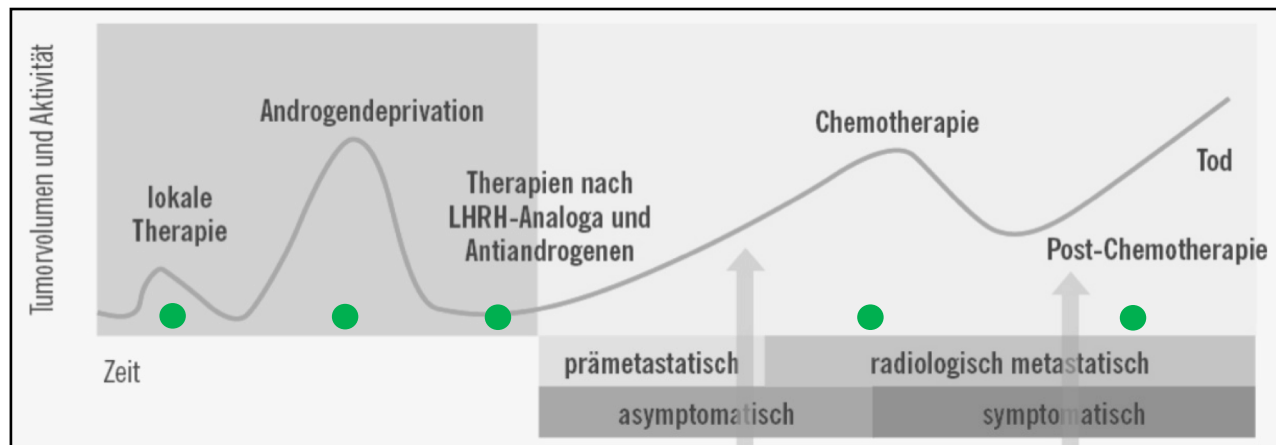
2. lokal-fortgeschrittenes oder in die Lymphknoten-metastasiertes Stadium

>> als Ergänzung zur Operation

Indikation zur medikamentösen Therapie

3. metastasiertes Stadium

>> als Basistherapie



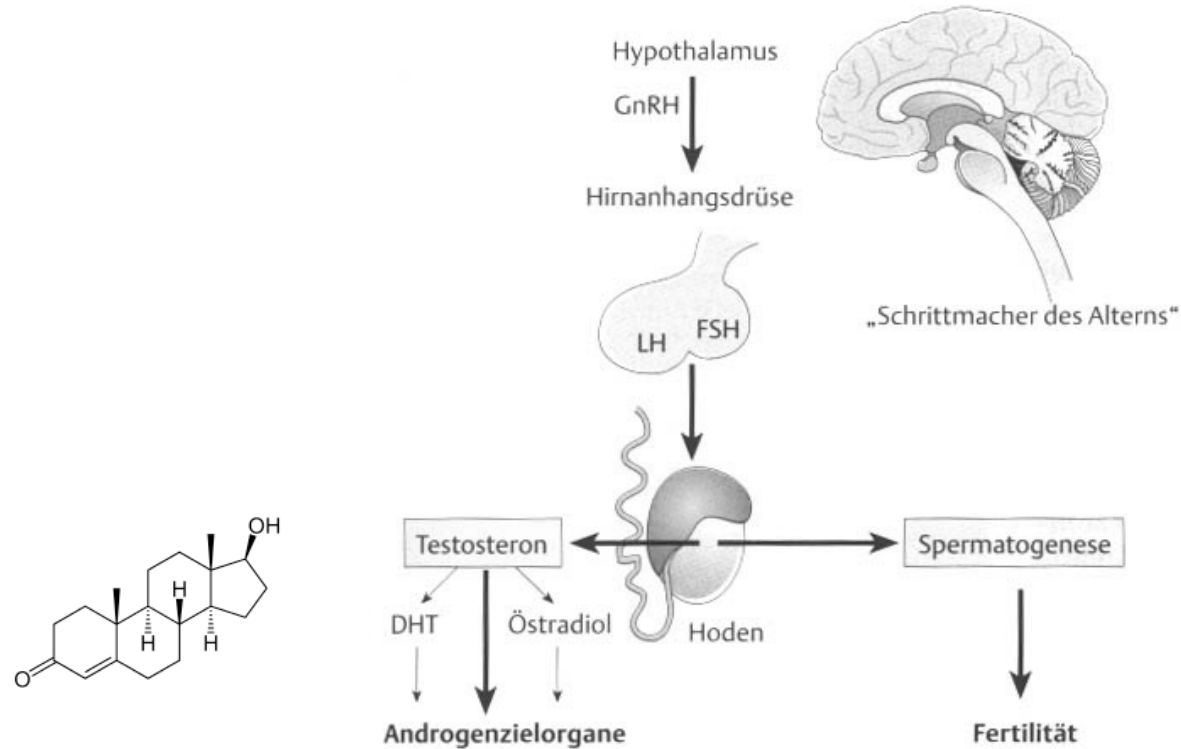
Vor Therapieeinleitung sollte berücksichtigt werden:

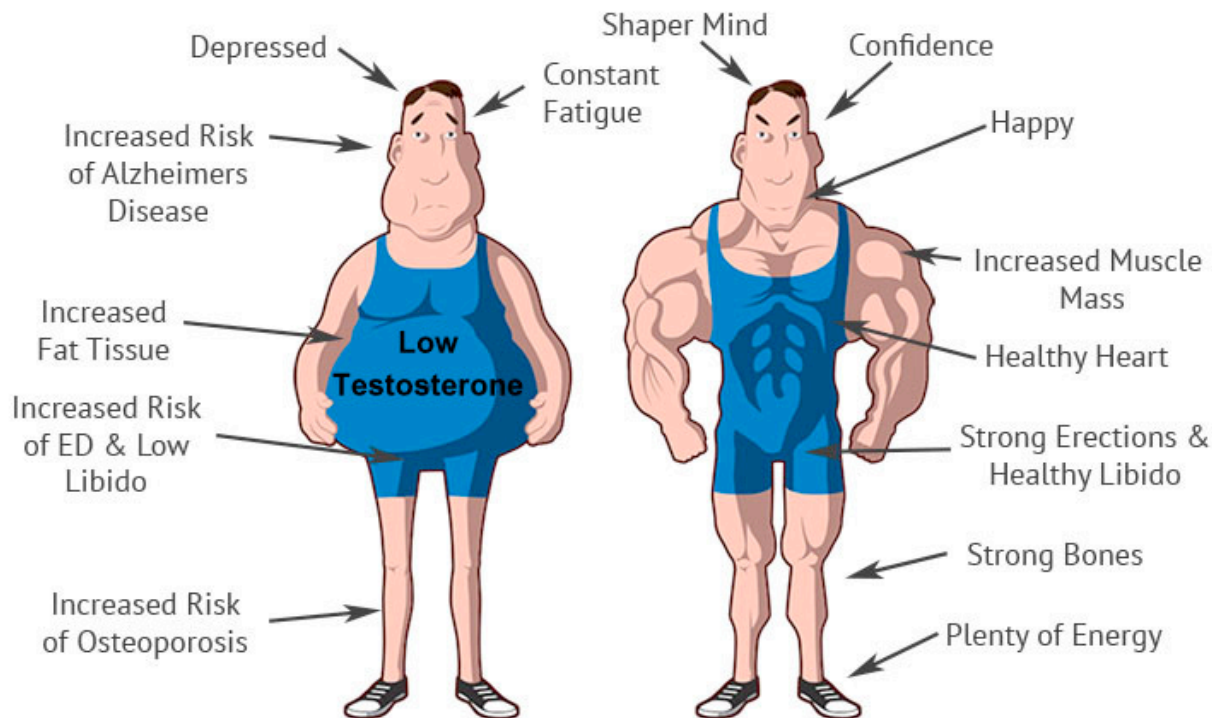
- Patientenwunsch
- die zu erwartenden unerwünschten Nebenwirkungen
- die Lebenserwartung und die Begleiterkrankungen

Aufklärung über: Ziel, Ablauf, Nebenwirkungen

Indikation zur Therapieumstellung (2 aus 3):

- biochemischer Progress (PSA-Anstieg)
- radiographischer Progress (Bildgebung)
- klinischer Progress





Miriam Hegemann

Medikamentöse Therapie des Prostatakrebs

= medikamentöse Kastration

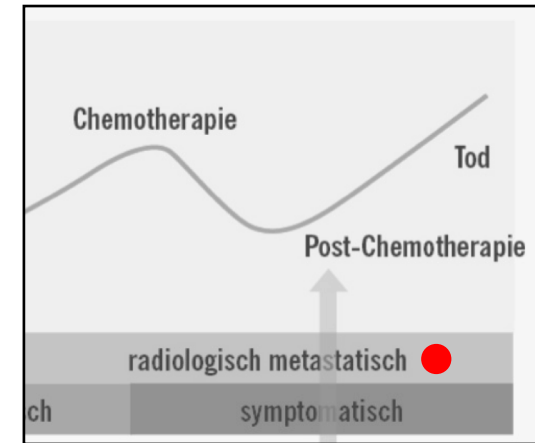
- 1. Antiandrogen (z.B. Bicalutamid) + „3-Monatsspritze“ (z.B. Trenantone)

besondere Situation:

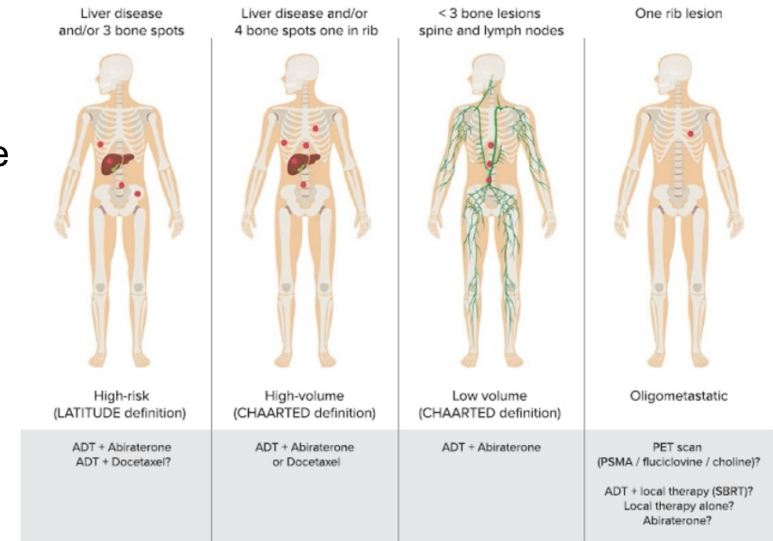
primär-metastasiertes Prostatakarzinom

= „Therapieintensivierung“ / „upfront“

- a) Chemohormontherapie mit Docetaxel
- b) duale Hormonblockade mit Abiraterone/Prednison



- oligo = wenig
- „*Stadium der begrenzten Metastasierung, als intermediäres Stadium zwischen lokalisierter und systemischer Erkrankung*“
- Problem: klare Definition
- multimodale Therapie =
Operation + Strahlentherapie + Hormon/Chemotherapie



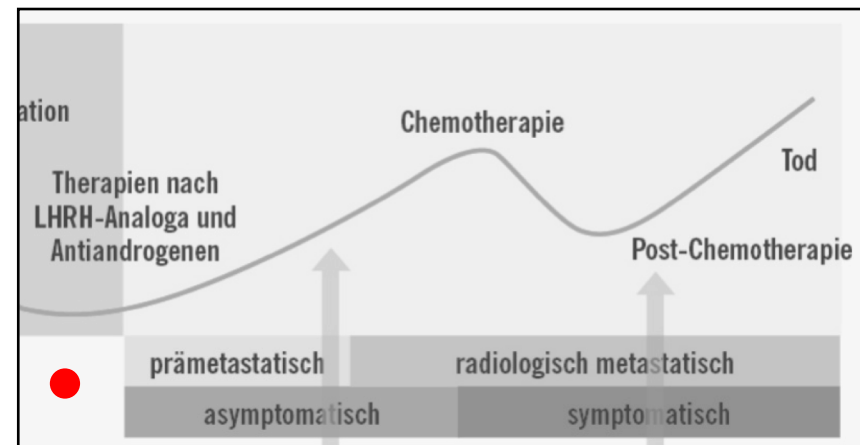
CRPC = kastrations-resistentes Prostatakarzinom

- *nach 12-21 Monaten unter Androgenentzugstherapie*
- *biochemischer Progress trotz Androgenentzugstherapie*
- *Testosteron-unabhängiges ≠ hormon-unabhängiges Tumorwachstum*

Basistherapie der Androgenentzugstherapie

+

- Hormonen *oder*
- Chemotherapie *oder*
- ”Bestrahlung von innen”



Hormontherapie:

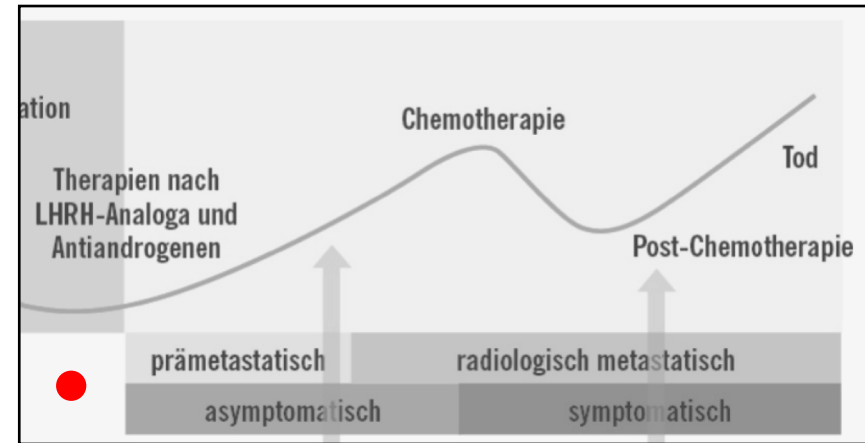
- Abiraterone „Zytiga“®
- Enzalutamid „Xtandi“®

Chemotherapie

- Docetaxel „Taxotere“® (1st line)
- Cabazitaxel „Jevtana“® (2nd line)

„Bestrahlung von innen“

- M1b: Radium-223 „Xofigo“®
- PSMA-Liganden-Therapie



Die lokale perkutane Bestrahlung soll bei Knochenmetastasen in folgenden Situationen eingesetzt werden:

- persistierende lokalisierte Knochenschmerzen
- drohender Querschnitt
- nach operativer Stabilisierung
- erhöhtes Frakturrisiko

Zur Prävention von Komplikationen bei Knochenmetastasen im hormon-naiven Stadium sollten Bisphosphonate nicht eingesetzt werden.

Osteoprotektion (im CRPC): Zolendronsäure oder Denusomab + Calcium/Vitamin D3

>> alle Patienten mit Knochenmetastasen, unabhängig von sonstiger Therapie

wichtig: zuvor Zahnsanierung

UAW: „flue like“, Knochenschmerzen



- Die Androgenentzugstherapie ist die Basis der medikamentösen Therapie des Prostatakrebs

als Ergänzung zur Androgenentzugstherapie werden:

- a) operative Maßnahmen z.B. pTUR-P, operative Stabilisierung von Knochenmetastasen
- b) Strahlentherapie (percutan/“von innen“ >> Radium-223, PSMA)
- c) erweiterte Hormontherapien (Abiraterone „Zytiga“®, Enzalutamid “Xtandi“®)
- d) Chemotherapie (Docetaxel „Taxotere“® (1st line), Cabazitaxel „Jevtana“® (2nd line))

eingesetzt

- in jede Form der medikamentöse Therapie des Prostatakrebs sollte der Patient aktiv mit einbezogen werden



NOCH FRAGEN ?

Besten Dank für die Aufmerksamkeit