

Active Surveillance bei Prostatakrebs

Focus: Männergesundheit 2.1

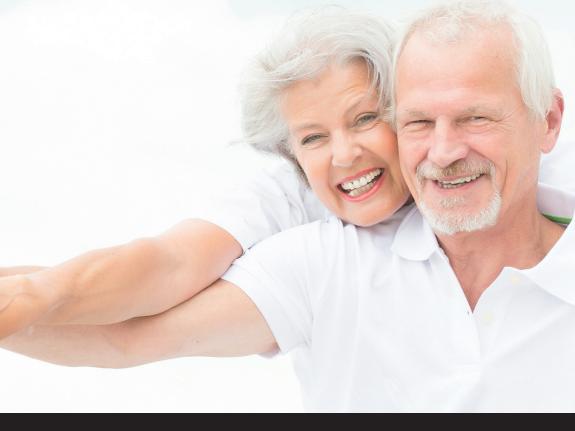


Active Surveillance bei Prostatakrebs



Die Diagnose Prostatakrebs ist für die Betroffenen immer ein großer Schock. Denn jeder Krebs kann lebensbedrohlich sein – nach Angaben des Robert Koch-Instituts verstarben im Jahr 2012 knapp 13.000 Männer an Prostatakrebs. Die Mehrzahl der Betroffenen besiegt jedoch den Krebs oder lebt mit ihm, das ist die große Mehrheit der Jahr für Jahr über 60.000 Männer, die neu an Prostatakrebs erkranken. Viele Patienten möchten nach der Diagnose Zeit haben, diesen Schicksalsschlag emotional zu verarbeiten, sich umfassend über die verschiedenen Therapieoptionen zu informieren und die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten in Ruhe abzuwägen. Das ist notwendig und sinnvoll.

Wichtig zu wissen ist, dass Prostatakrebs (bis auf sehr seltene Ausnahmen) kein Notfall ist und Betroffene sich die Zeit nehmen können, die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten gut gegeneinander abzuwägen und die optimale Therapie für sich auszuwählen. Gerade bei Tumoren im Frühstadium besteht kein sofortiger Handlungsbedarf. Die bei der urologischen Routineuntersuchung entdeckten Tumoren sind häufig lokal begrenzt und wenig aggressiv. Jeder Patient mit einem Prostatakrebs im Frühstadium kann sich also für die Entscheidung, welcher Therapie er sich unterzieht, ein paar Tage, auch wenige Wochen Zeit nehmen. Aber selbst bei einem fortgeschrittenen oder aggressiven Tumor sollte jeder Betroffene die Therapieentscheidung gut abwägen. Gegebenenfalls kann auch eine zweite Meinung eingeholt werden.



Die neuen Leitlinien zur Behandlung von Prostatakrebs sehen eine umfassende Beratung des Patienten vor der Therapie-Entscheidung vor. Sie empfehlen, dass dem Patienten angeboten werden sollte, von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen aufgeklärt zu werden – vom Urologen über die Möglichkeit der Operation und vom Strahlentherapeut über die der Strahlentherapie. Dies stellt eine ausgewogene und umfassende Aufklärung sicher.

Die verschiedenen Therapiemöglichkeiten bei Prostatakrebs im Frühstadium

Grundsätzlich stehen Patienten mit örtlich begrenztem Prostatakrebs, der noch keine Metastasen gebildet hat, verschiedene Therapiewege offen. Der Betroffene sollte über alle Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt werden, dann erst sollte er eine Therapieentscheidung treffen.

Dieses sind die Therapiemöglichkeiten eines örtlich begrenzten, klinisch nicht-metastasierten Prostatakarzinoms:

Therapieverfahren	Therapiefolgen
Operation (Prostatektomie) Das Ziel der radikalen Prostatektomie (RPE, komplettes Entfernen der Prostata mit den Samenblasen) ist es, das Tumorgewebe vollständig zu entfernen und somit eine Heilung der Krebserkrankung zu erreichen.	Impotenz, Inkontinenz; Operations- beschwerden / -risiken
Aktive Überwachung / »Active Surveillance« Aktives Überwachen bedeutet: Ein beschwerdefreier Patient wird zunächst nicht behandelt, stattdessen wird der Tumor engmaschig kontrolliert. Denn nicht jeder Prostatakrebs wächst und ist damit behandlungspflichtig. Ob der Tumor wächst oder nicht, kann zum Zeitpunkt der Diagnose nicht immer sicher festgestellt werden. Beim Aktiven Überwachen wird abgewartet und eine Therapie erst dann eingeleitet, wenn sich der Tumor vergrößert oder die Tumorzellen aggressiver werden. Dann erfolgt eine Operation oder eine Strahlentherapie mit dem Ziel der Heilung.	Keine körperlichen Therapiefolgen, manche Patienten können es aber als Stress empfinden, mit einem Tumor zu leben. Auch ist nicht bekannt, ob die engmaschigen Untersuchungen (z.T. mit Entnahme einer Gewebeprobe) Langzeitfolgen haben könnten.

Therapieverfahren

Therapiefolgen

Strahlentherapie

Dabei werden die Tumorzellen durch energiereiche Strahlen geschädigt, so dass sie in der Folge absterben. Ziel ist ebenfalls, eine komplette Heilung zu erreichen. Die Strahlentherapie kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden. Entweder wird der Tumor von außen durch die Haut bestrahlt (sogenannte perkutane Strahlentherapie) oder es werden kleine, radioaktive Strahlenquellen mit kurzer Reichweite von innen nahe an den Tumor gebracht (sogenannte Brachytherapie).

Impotenz, Inkontinenz, Durchfälle, Hautreizungen, Darmbeschwerden, Schmerzen beim Stuhlgang

Langfristiges Beobachten / »Watchful Waiting«

»Watchful Waiting« bedeutet, grundsätzlich auf eine belastende Tumortherapie zu verzichten und lediglich lindernde Maßnahmen einzuleiten, sobald der Tumor Beschwerden verursacht. Diese Therapie ist nicht auf Heilung, sondern auf den möglichst langen Erhalt der Lebensqualität ausgerichtet. Sie eignet sich für ältere oder gebrechliche Patienten mit vielen anderen Erkrankungen, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht an dem Tumor in der Prostata, sondern an den anderen Krankheiten oder aufgrund des sehr hohen Alters versterben.

Zunächst keine körperlichen Therapiefolgen, manche Patienten können es aber als Belastung empfinden, dass sie aufgrund einer eingeschränkten Lebenserwartung keine auf Heilung ausgerichtete Therapie erhalten. Im Verlauf kann es allerdings zu Beschwerden, wie Probleme beim Wasserlassen kommen, die dann symptombezogen behandelt werden.

Derzeit ist die Studienlage so, dass keiner der verschiedenen Behandlungswege mit einem deutlich besseren Überleben als die anderen einhergeht, weshalb auch keine einheitlich für alle geltende Therapieempfehlung von den Ärzten gegeben werden kann. Jede der Behandlungen hat unterschiedliche Vor- und Nachteile (siehe Tabelle Seite 3-4), weshalb die Therapieentscheidung von jedem Patienten individuell getroffen werden sollte: So passt womöglich die eine Behandlung gut zur Lebenssituation des einen Patienten, kann aber für den zweiten Patienten völlig unakzeptabel sein. Beispiel: Für einen Mann, der allein lebt und kein aktives Sexualleben hat, ist der mögliche Verlust der Potenz durch die Krebstherapie sehr viel leichter hinzunehmen als für einen sexuell aktiven Mann, dessen Lebensqualität maßgeblich von einem erfüllten Liebesleben abhängt. Die Prioritäten, die Lebensumstände und die psychische Verfassung sind von Patient zu Patient verschieden – und es geht darum, die Therapieform zu finden, die den individuellen Bedürfnissen und Erwartungen des Betroffenen am besten entspricht.

■ Active Surveillance – wann sinnvoll, wann einsetzbar?

Die Idee, eine Krebsbehandlung nicht zu behandeln, sondern erst einmal zu beobachten, mag vielen Männern absurd erscheinen.

Fakt ist aber: Es gibt viele Tumoren, die kaum wachsen und den Betroffenen zeit ihres Lebens keinerlei Probleme machen. Sie zu behandeln, ist also gar nicht nötig, man würde sich damit nur eventuelle Therapiefolgen wie z.B. Impotenz (= Störung der Sexualfunktion) oder Inkontinenz (= keine Kontrolle über das Wasserlassen) »einkaufen«. Ein Problem ist aber, dass man derzeit zum Zeitpunkt der Diagnose eines Prostatatumors im Frühstadium nicht immer sicher einschätzen kann, ob der Tumor zu dieser »harmlosen« Kategorie gehört oder aggressiv wachsen und früher oder später das Leben des Patienten bedrohen wird.

Die Beurteilung, ob es sich um einen »Haustierkrebs« oder »Raubtierkrebs« handelt, kann momentan noch nicht 100% ig sicher erfolgen. Es gibt aber verschiedene Kriterien, die für einen »Haustierkrebs« sprechen – und nur wenn alle diese Kriterien erfüllt sind, kommt die aktive Überwachung (Active Surveillance) als Option überhaupt in Betracht.





Die Kriterien für die Active Surveillance sind:

■ PSA-Wert nicht größer als 10 ng/ml

Das prostataspezifische Antigen (PSA) ist ein Tumormarker, der im Blut gemessen wird. Ein Wert, der über dem Normwert liegt, kann auf eine Tumorerkrankung der Prostata hinweisen, hat aber häufig auch andere Ursachen, wie nicht-bösartige Veränderungen oder Entzündungen der Prostata. Je höher der PSA-Wert ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Prostatakrebs mit schlechter Prognose vorliegt. Die Leitlinien geben vor, dass die aktive Überwachung nur bei einem PSA-Wert von maximal 10 ng/ml in Frage kommt.

■ Gleason-Score nicht größer als 6 (= 1 nach neuer Einteilung)

Mit dem sogenannten Gleason-Score beurteilt der Gewebespezialist (Pathologe) unter dem Mikroskop, wie sehr sich das Tumorgewebe vom gesunden Prostatagewebe unterscheidet (sogenannter Grad der Differenzierung). Je weniger Ähnlichkeit das Krebsgewebe mit dem gesunden Gewebe aufweist, desto bösartiger ist der Tumor. Die Skala des Gleason-Scores reicht von 6 (niedriges Risiko), über 7 (mittleres Risiko) bis 8–10 (hohes Risiko). Also je niedriger die Zahl, umso weniger bösartig ist der Tumor und umso besser die Prognose. In der neu eingeführten Gleason-Einteilung nach Epstein, die sich bislang noch nicht flächendeckend durchgesetzt hat, wird von Gleason-Grad 1 bis 5 unterteilt. Der Gleason-Grad 1 entspricht dem bisherigen Gleason-Score 6.

Tumorausdehnung

Der Grad der Tumorausbreitung wird mit den Buchstaben cT (für die klinische Tumorkategorie) angegeben. Dabei wird nach internationaler Klassifikation in 4 Kategorien (cT1-4) unterschieden – je kleiner die Zahl, desto kleiner der Tumor. Die Strategie der Active Surveillance kommt nur bei cT1 und cT2a-Tumoren in Frage.

■ Tumornachweis in höchstens zwei der insgesamt 10–12 Gewebeproben

Bei Verdacht auf einen Prostatatumor werden Gewebeproben entnommen. Dazu wird eine Stanzbiopsie durchgeführt und mehrere Gewebeproben aus unterschiedlichen Stellen der Prostata herausgestanzt und anschließend auf Krebszellen hin untersucht. Nur wenn maximal 2 der 10 oder 12 Proben Krebszellen enthalten, kann eine abwartende Therapiestrategie durchgeführt werden. Die Zahl der entnommenen Gewebeproben hängt jedoch auch vom Biopsieverfahren ab, so dass hier ein relativ hoher Interpretationsspielraum besteht. Von den Gewebeproben, die Krebszellen aufweisen, sollte höchstens die Hälfte des entnommenen Gewebes Krebszellen sein.

Wie funktioniert Active Surveillance?

Unter Active Surveillance versteht man die »Aktive Überwachung« des Tumors. Aktives Überwachen bedeutet, dass ein Tumor zunächst unbehandelt bleibt, aber engmaschig kontrolliert wird. Behandelt wird erst, wenn der Tumor zu wachsen beginnt. Bei einigen Patienten wird eine Therapie (Operation oder Strahlentherapie) überhaupt nicht notwendig, bei anderen erst nach vielen Jahren.

In den ersten beiden Jahren nach der Prostatakrebsdiagnose werden die Patienten, die sich für die Active Surveillance entschieden haben, alle drei Monate untersucht. Dabei erfolgen eine Tastuntersuchung der Prostata und die Bestimmung des PSA-Werts. Außerdem werden alle zwölf bis 18 Monate Gewebeproben aus der Prostata entnommen, um sicherzustellen, dass der Tumor in Ausdehnung und Gleasongrad unverändert ist. Bei stabilen Werten wird die aktive Überwachung fortgeführt. Ein Abbruch der Strategie ist nur dann erforderlich, wenn sich eines der oben aufgeführten Kriterien geändert hat und nicht mehr alle Voraussetzungen für die Active Surveillance erfüllt sind. Darüber hinaus sollte immer eine Therapiemaßnahme (Operation oder Strahlentherapie) eingeleitet werden, wenn sich der PSA-Wert in weniger als drei Jahren verdoppelt. Das gilt übrigens auch dann, wenn der Wert noch immer unter 10 ng/ml liegt. Beispiel: Wenn der PSA-Wert in weniger als drei Jahren von 4 ng/ml auf 8 ng/ml steigt, sollte nicht weiter beobachtet werden, sondern sich der Patient einer Strahlentherapie oder Operation unterziehen.



Aktive Überwachung ja oder nein?

Diese Entscheidung ist letztlich nicht nur von rein medizinischen Kriterien abhängig! Die Leitlinien betonen, dass die Aktive Überwachung (Active Surveillance) eine besonders intensive ärztliche Beratung und Begleitung erfordert. Der Patient muss bereit sein, regelmäßig an den Untersuchungen teilzunehmen, auch muss er mit dem Wissen, dass er einen Tumor in seiner Prostata hat, zurechtkommen. Nicht jeder Patient ist dazu auch psychisch in der Lage, denn letztlich ist das Sicherheitsbedürfnis von Menschen unterschiedlich. Einige fahren ihre Autoreifen auf den letzten Millimeter runter, andere wechseln sie "zur Sicherheit" alle zwei Jahre, auch wenn sie noch gar nicht stark abgenutzt sind. Beim Active Surveillance wird quasi vierteljährlich der Reifendruck gemessen und einmal jährlich schaut der Experte drauf, misst das Profil und gibt eine Empfehlung ab. Das Risiko, dass dann ein Reifen platzt oder sich ein Tumor dann schon im nicht mehr behandelbaren Spätstadium befindet, ist äußerst gering – aber nicht gleich Null (wie übrigens auch nicht, wenn man die Reifen bzw. die Therapiestrategie wechselt!).

Active Surveillance unter strenger Beobachtung:Die neuesten Studienergebnisse

Eine 2016 veröffentlichte Studie (die sogenannte ProtecT-Studie) verglich Operation, Strahlentherapie und eine Form der Active Surveillance (die Studienkriterien entsprachen nicht vollständig den heutigen Empfehlungen der Leitlinien) bei über 1.600 Patienten. Es zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Sterblichkeit zwischen den Gruppen, bei allen drei Verfahren waren nach zehn Jahren weniger als 2% der Patienten an Prostatakrebs verstorben.

Was Patienten, die Active Surveillance erwägen, aber wissen müssen:

Das Auftreten von Metastasen war bei Patienten der Active Surveillance-Gruppe höher als in den Gruppen der operierten und bestrahlten Patienten (33 Fälle unter Active Surveillance gegenüber 13 Fälle unter Operation bzw. 16 Fälle unter Strahlentherapie). Auch mussten oder wollten 55% der Active Surveillance-Patienten im Studienverlauf einer aktiven Therapie (Operation oder Strahlentherapie) zugeführt werden.

Umgekehrt heißt das aber auch: Bei 45 von 100 Männern blieb der Tumor unverändert klein und bei ihnen wurde innerhalb von zehn Jahren keine Krebsbehandlung mit möglichen Nebenwirkungen notwendig.

■ Hilfe finden

Der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfegruppe (BPS) bietet umfangreiche Informationen. Ob medizinische Fragen, Tipps zu Recht und Soziales oder die Adresse einer Selbsthilfegruppe in Ihrer Nähe, hier finden Sie Unterstützung – telefonisch über die gebührenfreie Hotline 0800–7080123 oder online www.prostatakrebs-bps.de



■ Weiterführende Informationen

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLk_S3_Prostatakarzinom_2016-12.pdf





HILFE FÜR MÄNER

GESUNDHEIT KANN MAN(N) BESSER JETZT MITGLIED WERDEN

ODER SPENDEN

Wussten Sie ...

... dass Männer fast doppelt so häufig unter chronischen Erkrankungen leiden wie Frauen? Männer gehen regelmäßig an ihre körperlichen und seelischen Grenzen und oft darüber hinaus. Außerdem ist ihre Lebenserwartung fünf Jahre geringer. Das muss nicht so bleiben.

Die Stiftung Männergesundheit steht für unabhängige Forschung, Informationen und Aufklärung. Ein Beispiel ist unsere Ratgeberreihe.

Damit wir unser umfangreiches Informations- und Hilfsangebot auch in Zukunft erweitern und kostenlos zur Verfügung stellen können, benötigen wir Ihre Hilfe!

Fordern Sie noch heute Ihre Mitgliedschaft in unserem Förderverein an unter info@fv-stiftung-maennergesundheit.de

Oder unterstützen Sie uns mit einer Spende!

Stiftung Männergesundheit IBAN DE19 1012 0100 1003 000049 BIC WELADED1WBB Dieser Informationsratgeber ersetzt nicht das Arztgespräch! Bitte beachten Sie auch, dass die Herausgeber keine individuelle Patientenberatung anbieten können. Besprechen Sie alles Weitere bitte mit Ihrem Hausarzt oder Urologen.

Impressum

Männergesundheit 2.1 – Active Surveillance bei Prostatakrebs, Stand 2017

Herausgeber

Stiftung Männergesundheit Leipziger Straße 116 10117 Berlin

Telefon: 030 652126 0 Telefax: 030 652126 112

E-Mail: info@stiftung-maennergesundheit.de www.stiftung-maennergesundheit.de

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Theodor Klotz Chefarzt an der Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie Weiden

Redaktion

Dr. Bettina Albers

Gestaltung

Klapproth + Koch

Fotos

- © LovArt–Shutterstock.com
- © OPgrapher-Shutterstock.com
- © vectorfusionart-Shutterstock.com
- © T-Design-Shutterstock.com
- © Pixelrohkost-Fotolia.com
- © complize | m.martins fotolia.com

Mit freundlicher Unterstützung

