Leben

mit dem metastasierten Prostatakarzinom

Informationen für Patienten und Angehörige

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

Die Prostata 4

Der Erkrankungsverlauf beim Prostatakarzinom 6

Die Therapiephasen 8

Verdacht mCRPC – was nun? 12

Therapieoptionen des mCRPC 14

Möglichkeiten der Unterstützung 22

Quellen 26

Liebe Patienten,

wahrscheinlich halten Sie diese Broschüre in Ihren Händen, weil bei Ihnen oder einem Angehörigen Prostatakrebs festgestellt wurde.

Die Diagnose Prostatakarzinom bringt viele Fragen mit sich. Wie entsteht diese Erkrankung und wie entwickelt sie sich? Welche bewährten und welche neuen Behandlungsmöglichkeiten gibt es heute, und wie funktionieren sie?

Diese Broschüre soll Ihnen wissenschaftlich fundierte Antworten auf diese Fragen geben. Sie fokussiert sich dabei vor allem auf das Stadium des metastasierten Prostatakarzinoms und der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten in diesem Stadium, die sehr von den individuellen Voraussetzungen abhängen. Damit haben Sie eine gute Grundlage für die Gespräche mit Ihrem Arzt.

Sie finden aber auch Hinweise, wie Sie selbst dazu beitragen können, dass die psychischen Belastungen nicht überhandnehmen und Sie ein normales Leben führen können.

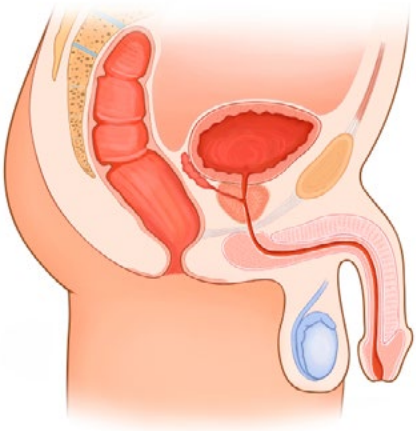
Wichtig ist, dass Sie eine aktive Rolle während der Therapie einnehmen. Das bedeutet vor allem Fragen stellen. Denn je besser Sie die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten verstehen, desto sicherer werden Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt die nötigen Therapieschritte mitentscheiden.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre.

Die Prostata

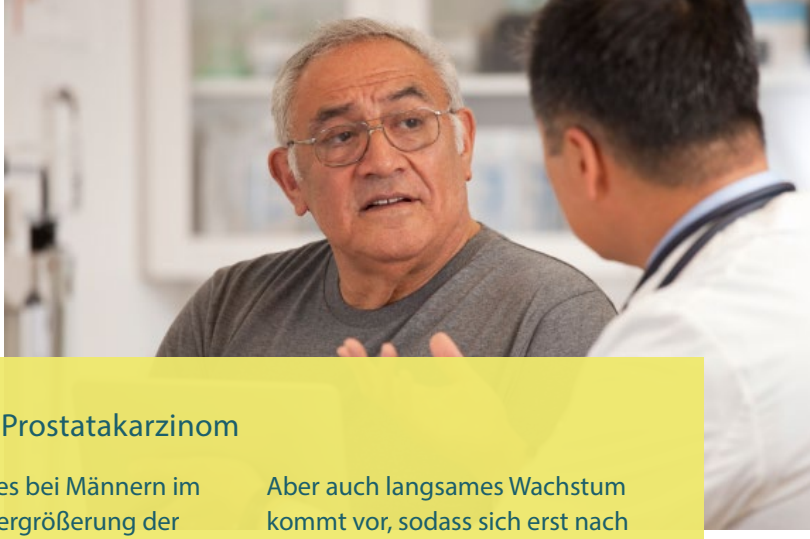
Die Prostata und das Prostatakarzinom

Die Prostata ist eine etwa kastaniengroße Drüse, die zu den inneren Geschlechtsorganen des Mannes gehört. Sie liegt direkt unter der Harnblase und über der Beckenbodenmuskulatur. Hinter der Prostata befindet sich der Mastdarm. Deshalb kann sie vom Enddarm aus mit einem Finger ertastet werden. Die Gänge der Prostata münden in die Harnröhre, die durch die Prostata hindurchführt.



Die wichtigste Aufgabe der Prostata ist es, ein Sekret zu bilden, das zusammen mit den Samenzellen aus dem Hoden und der Flüssigkeit anderer Drüsen das Sperma ergibt.

Eine besondere Rolle hat die Prostata im Hormonstoffwechsel des Mannes. Die Prostata steht nämlich mit Hormonen in Kontakt, die über das Gehirn und die Nebennieren bis zu den Hoden und der Prostata gelangen können. Diese Hormone sind die männlichen Sexualhormone, auch Androgene genannt, welche unter anderem die Produktion des Samensekrets steuern.



Kurz erklärt: Prostatakarzinom

Häufig kommt es bei Männern im Alter zu einer Vergrößerung der Prostata. In vielen Fällen ist das zunächst lediglich ein gutartiges Wachstum der Prostatazellen. Doch manchmal verändert sich das Erbgut einzelner Zellen insofern, dass sie beginnen, sich unkontrolliert zu vermehren und eigene Ableger zu bilden. Natürliche Abwehrmechanismen greifen das ganze Leben lang solche entarteten Zellen effizient an und beseitigen sie. Doch mit zunehmendem Alter und bei bestimmten genetischen Voraussetzungen erhöht sich das Risiko für die Entartung, und die Fähigkeit des Körpers zur Beseitigung dieser Zellen nimmt ab.

Diese kleine unkontrolliert wachsende Gruppe von Zellen kann sich innerhalb der Prostata schnell ausbreiten und das gesunde Gewebe verdrängen.

Aber auch langsames Wachstum kommt vor, sodass sich erst nach Jahren oder Jahrzehnten Symptome bemerkbar machen. Wenn die Tumorzellen das Blutkreislaufsystem oder das Lymphsystem erreichen, können sie benachbartes oder entferntes Gewebe befallen und Ableger bilden – sogenannte Metastasen. Diese können in Lymphknoten, Organen oder Knochen entstehen. Je weiter der Krebs sich ausbreitet, desto schwerer ist es, ihn zurückzudrängen.

Der Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung in Deutschland unter Männern. Pro Jahr werden nach Angaben des Robert Koch-Instituts bundesweit etwa 63.400 Neuerkrankungen diagnostiziert. 17 % aller Männer, also fast jeder Fünfte mit über 50 Jahren, werden ein Prostatakarzinom entwickeln.

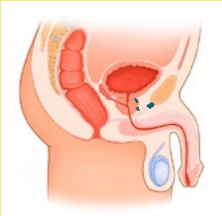
Der Erkrankungsverlauf beim Prostatakarzinom

Zunächst wächst der Tumor in der Prostata örtlich begrenzt. In diesem Stadium liegen die Heilungschancen etwa bei 95 %. Wenn der Tumor allerdings nach einer Behandlung wieder wächst und sich über die Kapsel hinaus ausbreitet, die die Prostata umhüllt, kann er in benachbarte Organe, z. B. die Blase, hineinwachsen. Über die umliegenden Lymph- oder Blutbahnen kann der Tumor dann Metastasen in Lymphknoten oder Organen bilden.

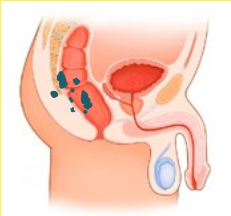
Die ersten Metastasen bilden sich meist in den Lymphknoten des Beckens, dann in anderen Organsystemen des Körpers. Mit Abstand am häufigsten betroffen sind hierbei die Knochen (Wirbelsäule, Rippen- und Beckenknochen). Aber auch in Leber und Lunge können Metastasen auftreten. Eine Heilung ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Stattdessen wird versucht, das Fortschreiten der Erkrankung möglichst lange aufzuhalten und die Lebensqualität des Patienten zu erhalten.

Man unterscheidet drei Therapiephasen:

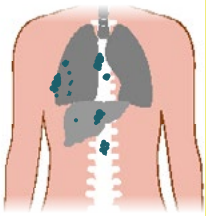
Das lokal begrenzte Prostatakarzinom



Das lokal fortgeschrittene Prostatakarzinom



Das metastasierte Prostatakarzinom



Drei wichtige Maßnahmen zur Stadieneinteilung und Risikobewertung des Prostatakarzinoms:

TNM-Staging

T Wie stark ist die Ausdehnung des Primärtumors?

N Hat sich der Krebs in nahe gelegene Lymphknoten ausgebreitet?

M Hat der Krebs in anderen Teilen des Körpers Metastasen gebildet?

PSA-Werte

Blutwert: Höhere Messwerte zum Zeitpunkt der Diagnose gelten als Indikator für ein größeres Risiko.

Gleason-Score

Der Gleason-Score ist das empfohlene Prostatakrebs-Einstufungs-System auf Basis von Prostata-Biopsien. Er beschreibt, inwieweit die untersuchten Krebszellen von gesunden Zellen in der Prostata abweichen.

DieTherapiephasen

Je nach Stadium der Erkrankung bieten sich dem Arzt und dem Patienten eine Vielzahl an Therapieoptionen.

Abhängig von der Risikoeinstufung des Tumorwachstums wird ein Patient mit lokal begrenztem Prostatakarzinom nur aktiv überwacht oder mit radioaktiver Bestrahlung therapiert. Eine wirkungsvolle lokale Behandlungsmethode kann außerdem die radikale Prostatektomie darstellen, das heißt die operative Entfernung der gesamten Prostata (in manchen Fällen inklusive benachbarter Lymphknoten).

Sollte es zu einem (wiederkehrenden) Wachstum des Tumors kommen – häufig lässt sich das anhand eines steigenden PSA-Wertes feststellen –, kommt eine aktive Überwachung nicht mehr in Frage. Man spricht nun von einem Rezidiv und einem lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom.

Der PSA-Wert

- PSA steht für Prostata-spezifisches Antigen*
- Die PSA-Konzentration im Blut kann zur Untersuchung oder Überwachung von Patienten mit diagnostiziertem Prostatakarzinom dienen
- Kann auch bei gesunden Menschen erhöht sein und steigt altersabhängig an
- Ist ein wichtiger Parameter zur Einordnung des Tumorwachstums

* Das PSA ist ein Eiweiß, das nur in der Prostata produziert wird. Im Krebsgewebe ist es zehnmal höher konzentriert als in gesundem Prostatagewebe.

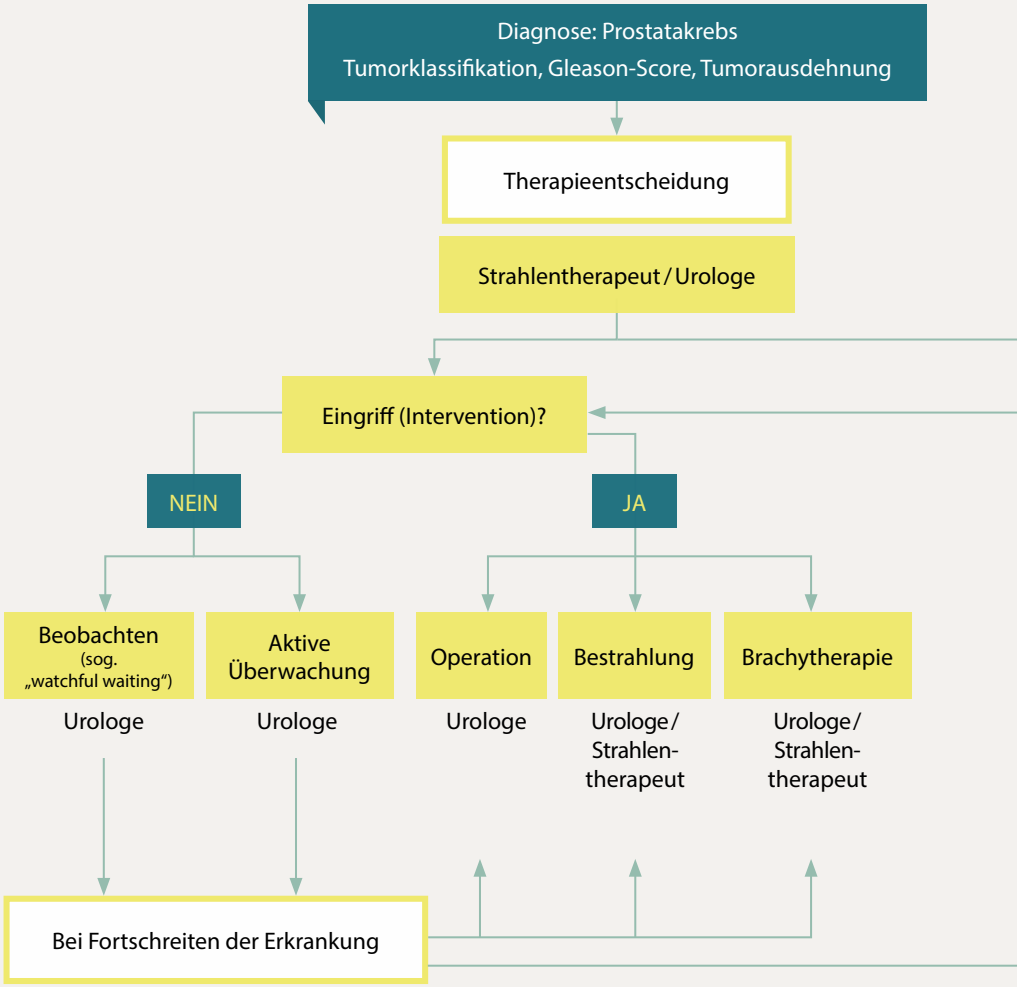
In der Regel sprechen Prostatakarzinom-Patienten auf eine hormonelle Therapie sehr gut an. Dennoch können Tumorzellen es mit der Zeit schaffen, dem hormonellen Eingriff standzuhalten. Eine Toleranz baut sich auf.

Wenn die lokale Therapie, also Hormonentzugstherapie (genauer: ADT = Androgendeprivationstherapie), Bestrahlung, Chemotherapie oder Prostatektomie, versagt und der Krebs wieder fortschreitet, werden genaueste Untersuchungsmethoden herangezogen, um zu bestimmen, ob der Krebs schon gestreut hat. Ist dies der Fall, nennt man das Krebsstadium metastasiertes Prostatakarzinom.

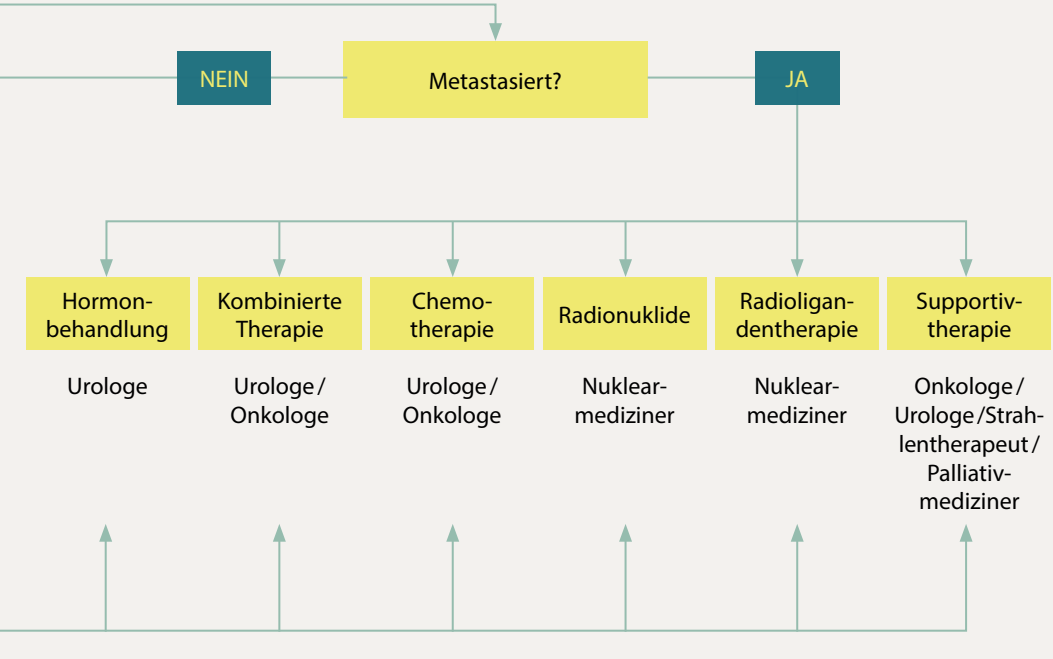
In diesem Stadium wird in der Regel die Chemotherapie eingesetzt. Ob und mit welchen zusätzlichen Medikamenten die Chemotherapie erfolgt, wird je nach Einzelfall entschieden. Ärzte sprechen von einem metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom, wenn der Tumor trotz einer sog. Kastration weiterwächst. Wichtig: Zur Kastration gezählt wird neben der operativen Entfernung des Testosteron-produzierenden Gewebes in den Hoden (chirurgische Kastration) auch die medikamentöse Kastration (Blockade der Androgenproduktion oder Hemmung von Testosteron-abhängigen Prozessen) durch neuere Substanzen.

Wegweiser durch die Behandlung*

Das nachfolgende Schaubild zeigt eine Übersicht über Behandlungsmöglichkeiten bei Prostatakrebs.



* Diese Darstellung wurde der AWMF-S3-Prostatakarzinom Patientenleitlinie entnommen und modifiziert.


NEIN
Metastasiert?
JA
Hormon-behandlung
Kombinierte Therapie
Chemo-therapie
Radionuklide
Radioligan-dentherapie
Supportiv-therapie
Urologe
Urologe / Onkologe
Urologe / Onkologe
Nuklear-mediziner
Nuklear-mediziner
Onkologe / Urologe / Strah-lentherapeut / Palliativ-mediziner

Verdacht mCRPC – was nun?

Sollte der Verdacht auf die Diagnose metastasierter kastrationsresistenter Prostatakrebs (mCRPC) fallen, wird das Ausmaß der Erkrankung bestimmt. Eine möglichst präzise Bildgebung ist von größter Bedeutung, um die Metastasierung gezielt zu behandeln und um rechtzeitig zu erkennen, ob die Therapie anspricht. Daher werden möglicherweise mehrere der folgenden wichtigen bildgebenden Untersuchungen durchgeführt:

Knochenscan (Skelettszintigraphie)

Bei Männern mit mCRPC kommt es bei über 70 % zu Knochenmetastasen. Über 20 % haben viszerale Metastasen. Hohe Priorität hat daher die Untersuchung der Knochen.

Bei der Skelettszintigraphie wird dem Patienten eine schwach radioaktive Substanz gespritzt, welche an den von Metastasen angegriffenen Stellen im Knochen vermehrt vom Körper eingebaut wird. Diese Bildgebungsmethode ist schmerzlos und mit einer geringen Strahlungsbelastung verbunden. Sie sollte bei Verdacht auf Metastasen unbedingt durchgeführt werden.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Das MRT sollte wenn möglich immer vor einer Entscheidung über eine Behandlung des mCRPC durchgeführt werden. Bei einem MRT werden Schnittbilder Ihres Körpers mithilfe eines starken Magnetfelds gemacht – ganz ohne Strahlenbelastung oder Schmerzen. Die dreidimensionalen Bilder helfen dabei, Metastasen im gesamten Körper zu entdecken. Dauer der Untersuchung: ca. 20 – 60 Minuten.

Viszeral?

Viszeral bedeutet so viel wie „die Eingeweide betreffend", also die Organe im Bauch betreffend.

Computertomographie (CT)

Ist kein MRT verfügbar, sollte ein CT durchgeführt werden. Auch die Computertomographie erzeugt Schnittbilder, mit deren Hilfe man kleinste Gewebeveränderungen aufspüren kann. Allerdings basiert ein CT auf Röntgenstrahlung. Im Vergleich zum MRT dauert die Untersuchung deutlich kürzer: ca. 1 – 5 Minuten.

Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie (SPECT)

SPECT ist eine nuklearmedizinische Untersuchung, bei der ebenfalls eine radioaktiv markierte Substanz verabreicht wird. Die Verteilung der Substanz im Körper wird anschließend gemessen. Basis der SPECT ist die Szintigraphie. Mit einer SPECT können Stoffwechselvorgänge in Organen dreidimensional dargestellt werden.

Kombinationsverfahren aus SPECT und CT: Die SPECT/CT fügt die Information zur Funktionsfähigkeit eines Organs mit der über seinen Aufbau zusammen.

Positronen-Emissionstomographie/CT (PET/CT)

Die PET ist ein hochempfindliches Verfahren der nuklearmedizinischen Diagnostik. Mit ihr können bestimmte Zellen anvisiert werden, im Falle des mCRPC die entarteten Krebszellen in fernen Geweben. Die PET kann mit dem CT kombiniert und fast zeitgleich ausgeführt werden. Somit entsteht ein Fusionsbild, mit dem Ort und Beschaffenheit der Metastasen noch genauer bestimmt werden. Auch bei einer PET wird eine sehr schwach radioaktive Substanz gespritzt, die schon nach kurzer Zeit aufhört zu strahlen. Dauer: ca. 30 – 40 Minuten.

PSMA

PSMA (Prostata-spezifisches Membranantigen) ist ein Protein, welches in geringer Zahl auf gesunden Zellen u. a. der Prostata vorkommt, beim Prostatakarzinom allerdings in hoher Dichte. Im Gegensatz zum PSA ist PSMA in der Zellmembran verankert und eignet sich somit für Bildgebungsmethoden und die Therapie des Prostatakarzinoms als Zielmolekül.

PSMA-PET/CT

Das PSMA-PET/CT ist eine sehr empfindliche und spezifische Diagnosemethode, mit der sich die Ausbreitung von Metastasen beim Prostatakarzinom in Knochen, Lymphknoten und viszeralem Gewebe feststellen lässt. Dabei bindet die schwach radioaktive Substanz für kurze Zeit reversibel an die Tumorzellen.

Therapieoptionen des mCRPC

Je nach Risikoeinstufung des Karzinoms, nach körperlicher Verfassung des Patienten und nach Typ der Metastasen kommen unterschiedliche Therapieoptionen in Frage. Zwar ist die Diagnose mCRPC eine schwerwiegende, weil eine Heilung nicht mehr in Aussicht gestellt werden kann, dennoch gibt es berechtigten Grund zur Hoffnung: In den letzten Jahren hat sich nicht nur die Bildgebung und damit die Diagnostik verbessert, sondern es sind auch neue, zielgerichtete Therapien für das mCRPC entwickelt worden.

Die nächsten Seiten verschaffen Ihnen einen ersten Überblick über die Behandlungsmöglichkeiten beim metastasierten, kastrationsresistenten Prostata-Krebs. Zögern Sie nicht, Ihren Arzt nach den Vorteilen und Risiken der einzelnen Therapieoptionen zu fragen, und welche eine Option für Sie darstellen können.

Die Wahl der Therapie wird immer von bestimmten Voraussetzungen beeinflusst:

- Stadium und Aggressivität der Erkrankung
- Ihr Gesundheitszustand
- Verfügbarkeit von Therapien

Medikamentöse Behandlungsverfahren

Wenn der Tumor bereits über die Prostata hinaus fortgeschritten ist, werden Medikamente eingesetzt, die im ganzen Körper wirken, damit man auch Krebszellen außerhalb der Prostata erreicht.

Häufig handelt es sich hierbei um eine Hormontherapie, die oft auch mit einer Strahlentherapie verbunden wird, um nach der Bestrahlung noch vorhandene Krebszellen abzutöten.

Testosteron

Testosteron ist ein Steroidhormon und das wichtigste Androgen. Es wird beim Mann zu 95 % im Hoden und zu einem kleinen Teil in der Nebennierenrinde produziert.

Hormontherapie

Die Hormontherapie hemmt die Bildung bzw. Wirkung von Testosteron. Damit entzieht man den Tumorzellen das Hormon Testosteron, das die Krebszellen zum Wachstum benötigen.

Auf diese Weise soll der Testosteronspiegel abgesenkt werden. Damit werden auch die Zellen des Prostatakarzinoms erreicht, die schon außerhalb der Prostata im Körper vorhanden sind. Mit dieser Therapie kann der Krankheitsfortschritt aufgehalten werden, auch über längere Zeit.

Die Formen der Hormontherapie beim mCRPC:

- Wirkstoffe, die die Bildung von Testosteron und Dihydrotestosteron blockieren (z. B. CYP17-Inhibitor)
- Wirkstoffe, die die Wirkung von Testosteron unterbinden (Antiandrogene)

Es kann jedoch sein, dass das Prostatakarzinom trotz der Blockade von Testosteron weiterwächst, auch dann, wenn zunächst bereits ein Stillstand erreicht wurde. In diesem Fall sollte eine andere Therapie gewählt werden.

Nebenwirkungen der Hormontherapie

Der Hormonentzug kann das Allgemeinbefinden verändern. Folgende Nebenwirkungen können häufig auftreten:

- fehlender Sexualtrieb, depressive Stimmungsveränderung, Antriebslosigkeit und Hitzewallungen
- Stoffwechselstörungen in Muskeln und Knochen aufgrund des Hormonentzuges, mit der möglichen Folge von Knochenbrüchen und Osteoporose
- Störungen der Leberzellen, deshalb wird eine regelmäßige Kontrolle der Leberfunktion empfohlen
- Verschlechterung einer vorliegenden Diabetes-Erkrankung

Chemotherapie

Eine Hormontherapie ist nicht mehr effektiv, wenn sich der Tumor schon auf andere Organe ausgebreitet hat. Bei der Chemotherapie verteilt sich der Wirkstoff (Zytostatikum) im ganzen Körper. Deshalb wird diese Behandlung auch systemische Therapie genannt.

Die Zytostatika zielen darauf, sich schnell teilende Zellen an der Vermehrung zu hindern. Dies trifft die Tumorzellen, die sich unkontrolliert teilen. Doch auch gesunde Körperzellen, die sich häufig teilen, sind betroffen. Dies führt zu den bekannten Nebenwirkungen zum Beispiel auf Haare und Darmschleimhaut.

Die meisten Chemotherapien werden über Infusionen verabreicht. Dies erfolgt häufig in mehreren Zyklen im Abstand von 3 Wochen. Gegen möglicherweise auftretende Nebenwirkungen kann zusätzlich Kortison eingesetzt werden.

Das Legen eines Ports, eines künstlichen Blutausgangs, kann die Belastung durch die Infusionen verringern. Der Port ermöglicht eine schmerzfreie Durchführung der Infusionen und Blutentnahmen.

Nebenwirkungen einer Chemotherapie

Typischerweise können folgende Nebenwirkungen auftreten:

- allergische Reaktionen, die mit Kortison behandelt werden können
- Übelkeit, Brechreiz, Durchfall, Appetitlosigkeit aufgrund der Schädigung der Darmschleimhaut
- Verringerung der Blutzellenanzahl, daraus resultierende erhöhte Infektionsanfälligkeit
- Haarausfall, da Zytostatika besonders auf sich häufig teilende Zellen, wie z. B. in den Haarwurzeln vorhanden, wirken
- Beobachten Sie nach einer Chemotherapie, ob Anzeichen für Nebenwirkungen oder Symptome auftreten, und informieren Sie in diesem Fall unverzüglich Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt.

Die Tumorkonferenz

Da Ihr Wohlergehen als Patient von höchster Priorität ist, wird Ihr Therapieplan von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen (Urologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Onkologie, Pathologie) individuell auf Sie angepasst. Diese Spezialisten sind erfahren im Umgang mit Zytostatika und Krebsbehandlungen und besprechen in einer sogenannten Tumorkonferenz gemeinsam das für Sie beste Vorgehen.

Ihre Gesundheit steht im Mittelpunkt:

Unterschiedliche medizinische Einrichtungen arbeiten eng zusammen, für die bestmögliche Therapie

Radioligandentherapie

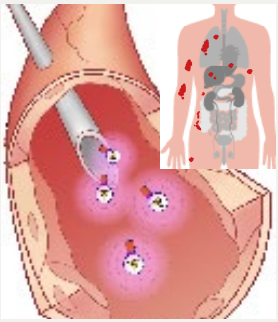
Eine neue Alternative zur zielgerichteten Behandlung von sowohl Knochen- als auch viszeralen oder Lymphknoten-Metastasen bietet sich durch die Radioligandentherapie (RLT).

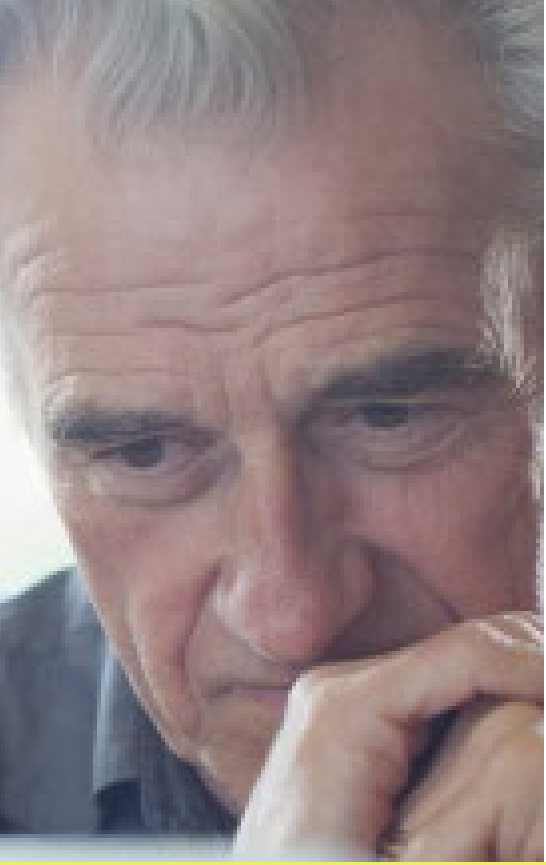
Auch sie ist eine systemische Therapie, die per Infusion stationär verabreicht wird. Wenn bei der Diagnose festgestellt wird, dass eine hohe Bildung einer für die Prostatakrebszellen spezifischen Oberflächenstruktur in den Tumorherden vorliegt, können mithilfe der RLT radioaktive Teilchen genau zu dieser Oberflächenstruktur gebracht werden. Dort werden sie von den Tumorzellen aufgenommen. In der Folge kann die radioaktive Strahlung die DNA der Tumorzellen schädigen und die Zellen abtöten, wobei das gesunde umliegende Gewebe weitgehend geschont wird.

Mithilfe der RLT bilden sich in den meisten Fällen die Tumorbefunde zurück oder werden zumindest in ihrem Wachstum gebremst. Ähnlich wie bei der Radionuklidtherapie zerfallen auch die radioaktiven Teilchen der RLT nach wenigen Tagen, um den Körper nicht zu lange zu belasten. Am Tag der Einnahme ist es wichtig, viel zu trinken, damit das aus dem Blut gefilterte Therapeutikum schnell wieder ausgeschieden wird.

Die systemisch verabreicht

Das Medikament wird in die Armvene injiziert und über den Blutkreislauf weitertransportiert.





Nebenwirkungen der Radioligandentherapie

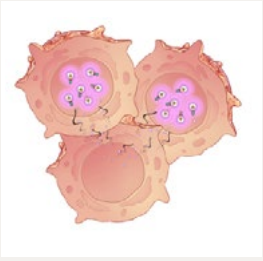
Häufig werden Nebenwirkungen wie Müdigkeit, Mundtrockenheit und Übelkeit beobachtet. Auch bei der RLT kann es zu Blutbildveränderungen kommen. Die Strahlenbelastung durch die RLT wirkt sich meist am stärksten auf die Blase aus. Deshalb sollten Schmerzen beim Wasserlassen und in der Blasengegend dem Arzt sofort gemeldet werden. Wenige Tage nach der Behandlung sollte außerdem die körperliche Nähe zu anderen Menschen, insbesondere Kindern und schwangeren Frauen, vermieden werden.

en Radioliganden reichern sich durch die Bindung an den Zielzellen an.

Die Radioliganden reichern sich am Gewebe des Zielortes an.

Die Radioliganden binden an Rezeptoren auf der Zielzellmembran.

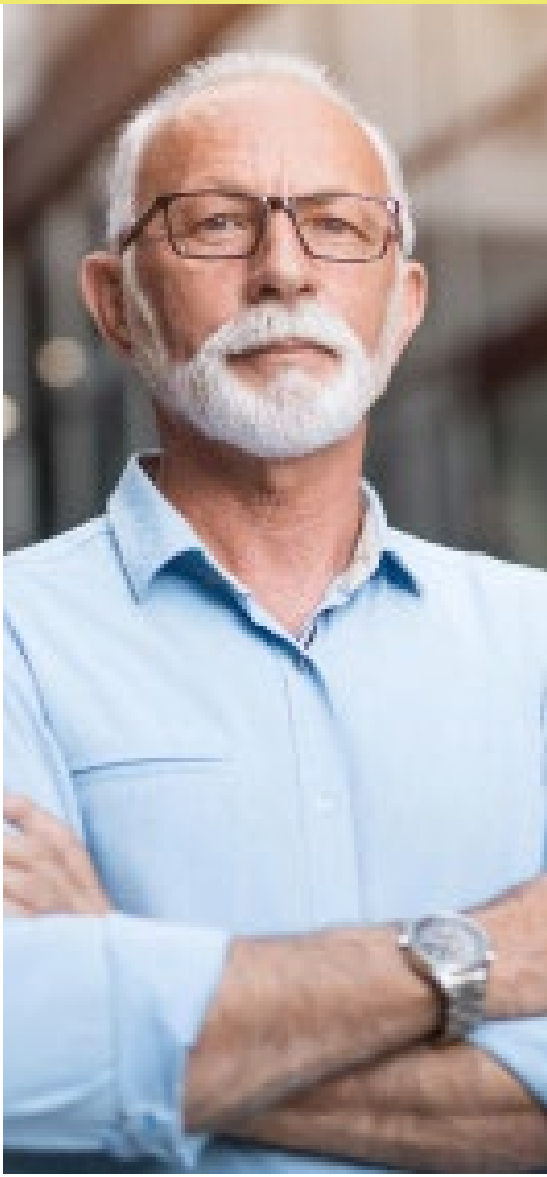
Die Radioliganden werden von den Tumorzellen ins Zellinnere aufgenommen. Wie von einem „Kreuzfeuer" werden so auch unmittelbar umliegende Zellen erreicht und abgetötet.



Radionuklidtherapie

Zu den derzeit zugelassenen, auf Knochenmetastasen ausgerichteten Therapien gehört die Radionuklidtherapie. Sie wird ausschließlich bei Patienten mit Knochenmetastasen eingesetzt, die keine viszeralen oder Lymphknoten-Metastasen haben.

Verabreicht wird ein Stoff (das Radionuklid), der dem Kalzium ähnelt und radioaktive Strahlung aussendet. Der Körper baut das Radionuklid verstärkt an den Stellen ein, an denen eine Reparatur der Knochenstruktur notwendig ist, und bringt somit das Radionuklid dorthin, wo sich Prostatakrebszellen abgesetzt haben. Durch die geringe Eindringtiefe der Strahlung wird das umgebende Knochenmark geschont. Somit kann nach mehreren Therapiezyklen ein verlangsamtes Wachstum oder sogar ein Rückgang des Knochenbefalls beim Prostatakarzinom erzielt werden, ohne dabei die Lebensqualität des Patienten oder die Möglichkeit anderer Therapien durch zusätzliche schwere Nebenwirkungen zu beeinflussen.



Nebenwirkungen bei einer Radionuklidtherapie

Unter einer Radionuklidbehandlung kann es häufiger zu Blutbildveränderungen kommen. Übelkeit, Erbrechen und Durchfall treten ebenfalls vermehrt auf. Schwere Nebenwirkungen treten jedoch selten auf.

Supportivtherapie

Bisphosphonate und therapieverwandte Präparate

Bisphosphonate sind Medikamente, die auf den Knochenstoffwechsel wirken. Sie hemmen die Zellen, die den Knochen abbauen. So reduzieren sie das Risiko für Knochenbrüche, lindern Schmerzen und können einen krankhaft erhöhten Kalziumspiegel senken. Bisphosphonate werden häufig intravenös verabreicht.

Auch Antikörper werden eingesetzt, um dem Knochenabbau entgegenzuwirken. Sie werden unter die Haut gespritzt (subkutane Anwendung).

Nebenwirkungen der Bisphosphonattherapie

Nebenwirkungen treten bei dieser Therapie eher selten auf. Folgen können sein:

- sinkender Kalziumspiegel im Blut, mit Krämpfen und Benommenheit – schnelle Behandlung ist erforderlich
- Knochenschmerzen, die wieder abklingen
- Kieferentzündung mit Zahnausfall; vor der Behandlung mit Bisphosphonaten sollte auf jeden Fall der Zahnstatus überprüft werden

Wenn keine Behandlung mehr erwünscht wird

Wenn der metastasierte Krebs zurückgedrängt wurde, ist das ein großer Erfolg. Doch leider ist nicht jeder Erfolg in der Krebstherapie dauerhaft und der Tumor kann wieder aktiv werden.

Manche Patienten entscheiden sich dann, keine weitere Behandlung mehr einzugehen. Ganz ohne die Hilfe von Medikamenten müssen sie allerdings nicht leben. Prostatakrebs kann im fortgeschrittenen Stadium eine schmerzhafte Erkrankung sein. Dagegen können Sie Schmerzmittel unterschiedlicher Wirkstärken erhalten, welche die Lebensqualität deutlich verbessern können.

Möglichkeiten der Unterstützung

Die Diagnose Prostatakrebs konfrontiert mit vielen neuen Herausforderungen. Es sind so viele Lebensbereiche betroffen, dass es notwendig ist, mehrere Ansprechpartner mit speziellen Kompetenzen hinzuzuziehen. Wer kann wobei am besten helfen? Es ist sinnvoll, sich zunächst klarzumachen, wer bei konkreten Fragestellungen die richtige Adresse ist. Schaffen Sie sich ein Netz von kompetenten Helfern.

Ärzte

Ihr ärztliches Behandlungsteam ist bei allen Fragen zur Diagnostik und Therapie die erste Adresse. Zusammen mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt treffen Sie die Entscheidung über die Therapie. Deshalb ist es so wichtig, dass Sie sich gut informieren. Bitten Sie die Ärztin oder den Arzt, Ihnen die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten zu erklären, und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Selbstverständlich haben Sie das Recht, auch eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Auch im weiteren Behandlungsprozess ist Ihre aktive Rolle wichtig für einen positiven Verlauf der Therapie.

Familie und Partner

Ihre nächsten Bezugspersonen sind von Ihrer Erkrankung mitbetroffen. Beziehen Sie Ihr engeres Umfeld ein und informieren Sie Menschen, die die Situation kennen und verstehen sollen. Als Vertraute können sie Ihnen in vielen Bereichen helfen. Dies können organisatorische Dinge im Alltag sein, Unterstützung bei der Informationsbeschaffung oder eine Begleitung zu Arztbesuchen.

Selbsthilfegruppe

In Selbsthilfegruppen schließen sich von einer bestimmten Erkrankung Betroffene zusammen, um sich gemeinsam über neue und gängige Behandlungsmöglichkeiten zu informieren – und um sich über Wege, die Erkrankung besser zu bewältigen, auszutauschen. Die Erfahrungen von Gleichbetroffenen helfen auch, den eigenen Belastungen mit mehr Zuversicht zu begegnen und Ängste zu überwinden. Oft kann der Kontakt über eine Plattform im Internet aufgenommen werden und die Kommunikation online erfolgen. Selbsthilfegruppen stellen in der Regel auch schriftliche Informationen zur Verfügung – nicht nur online.

Soziale Dienste

Eine Erkrankung, die länger andauern und beruflich einschränken kann, muss auch finanziell bewältigt werden. Hierzu sind von staatlicher Seite eine Reihe von Sozialleistungen vorgesehen, wie z. B. Krankengeld, Rehabilitationsmaßnahmen oder Sozialhilfe. Bei Kliniksozialdiensten, ambulanten Krebsberatungsstellen und den Beratungsstellen der zuständigen Sozialleistungsträger können Sie sich beraten lassen. Sozialleistungsträger sind z. B. Krankenkassen oder -versicherungen, Rentenversicherungsträger, Sozialamt oder die Arbeitsagentur.

Psychoonkologie als Hilfsangebot

Es ist normal, dass Ängste und Sorgen eine Krebserkrankung begleiten. Doch kann eine übermäßige Ausprägung der seelischen Belastungen die Lebensqualität des Patienten zusätzlich stark mindern – die Alltagsbewältigung einschränken und soziale Beziehungen belasten. Um diese ernsten Belastungen zu erkennen und die Patienten zu unterstützen, gibt es die Hilfsangebote der Psychoonkologie. Diese Teildisziplin der Onkologie befasst sich speziell mit den psychosozialen Folgen der Erkrankung und steht Patienten bei deren Bewältigung zur Seite.

Die Ziele der Psychoonkologie

Die Beratung und Begleitung durch psychoonkologische Experten soll helfen, die Belastungen und Folgen der Krebserkrankung zu verbessern und das seelische Wohlbefinden wiederherzustellen. Sie kann die Patienten auch darin unterstützen, dass diese ihre persönlichen Bewältigungspotentiale besser nutzen und am alltäglichen Leben wieder selbstbestimmter teilnehmen können.

Wer hilft?

Unter dem Dach der Psychoonkologie werden Experten aus verschiedenen Fachrichtungen aktiv, die aufgrund ihrer Qualifikation zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen können. Die besondere persönliche Situation und Problematik des Patienten bestimmt, welche Experten aktiv werden. Dies können zum Beispiel Ärzte sein, psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Vertreter der künstlerischen Therapien, Pflegende oder Physiotherapeuten.

Belastungen erkennen

Nach Meinung der Experten sollte die psychoonkologische Diagnose und Betreuung die Behandlung einer Krebserkrankung begleiten. Hierzu bedarf es natürlich zunächst der Initiative des Patienten, der mit dem Arzt oder der Ärztin über seine Situation und die persönliche Belastung spricht.

Erkrankungen brauchen Behandlung

Aus den vielen Belastungen einer Krebserkrankung können seelische Erkrankungen entstehen. Das bedeutet, dass bestimmte anhaltende Beschwerden und Symptome nicht als vorübergehende Erscheinungen, sondern als behandlungsbedürftig gelten. Schmerzen, starke körperliche Beschwerden und chronische Müdigkeit können das Auftreten einer solchen Erkrankung begünstigen.

- Depressionen Jeder Mensch kennt Phasen vorübergehender Niedergeschlagenheit. Bei einer Depression dauert das Stimmungstief jedoch an. Gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit und Antriebsmangel zählen zu den Hauptsymptomen, sind aber nicht die einzigen.
- Angststörungen Auch Angsterkrankungen gehen über ein normales Maß hinaus. Sie können sich auf verschiedene Weisen äußern. So ist eine generalisierte Angststörung nicht von bestimmten Befürchtungen abhängig, sondern von einer anhaltenden inneren Unruhe und Anspannung geprägt.
- Anpassungsstörung Betroffene haben Schwierigkeiten, eine schwere Belastung zu verarbeiten. Sie ziehen sich häufig zurück oder fühlen sich der Situation nicht gewachsen.

Wir wünschen Ihnen für Ihre Therapie das Allerbeste!

Quellen

1. Krebsgesellschaft Onko Internetportal. Prostatakrebs. Online verfügbar unter: https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs.html. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
2. Prostata Hilfe Deutschland. TNM-Klassifikation: In welchem Stadium ist mein Prostatakrebs? https://www.prostata-hilfe-deutschland.de/prostata-news/tnm-klassifikation-stadium-prostatakrebs. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
3. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Patientenleitlinien Prostatakrebs. Patientenleitlinie Prostatakrebs II – Lokal fortgeschrittenes und metastasiertes Prostatakarzinom. Dritte Auflage, 2018. Online verfügbar unter https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs/. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
4. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Patientenleitlinien Prostatakrebs. Patientenleitlinie Prostatakrebs I – Lokal begrenztes metastasiertes Prostatakarzinom. Dritte Auflage, 2018. Online verfügbar unter https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs/. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
5. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Patientenleitlinien Prostatakrebs. Patientenleitlinie Prostatakrebs II – Früherkennung von Prostatakrebs. Zweite Auflage, 2015. Online verfügbar unter https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/prostatakrebs/. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
6. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langversion 6.2, 2021, AWMF Registernummer: 043/022OL. Online verfügbar unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
7. Journalonko. Prostatakrebs (Prostatakarzinom). Online verfügbar unter: https://www.journalonko.de/thema/lesen/prostatakarzinom. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
8. Die Radiologie. Das gesamte Spektrum moderner radiologischer Untersuchungen. Online verfügbar unter: https://www.die-radiologie.de/kernspintomographie. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
9. Klinikum Uni München. Therapie von Skelettmetastasen mit Xofigo® (Ra-223). http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Nuklearmedizin/de/therapiestation/Therapie-von-boesartigen-Prostataerkrankungen/Therapie-von-Skelettmetastasen-mit-XofigoR-_Ra-223/index.html
10. Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging. Fact sheet: Targeted radionuclide therapy and prostate cancer. Online verfügbar: http://www.snmmi.org/AboutSNMMI/Content.aspx?ItemNumber=12772. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
11. Mottet N et al. EAU Guidelines: Prostate Cancer. https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#6. Zuletzt aufgerufen am: 29.11.2022.
12. Halabi S et al. J Clin Oncol. 2016;34(14):1652–1664.
13. Ferdinandus J et al. Curr Opin Urol. 2018;28(2):197–204.
14. Teo MJ et al. Cancer J. 2016;22(5):347–352.
15. Lowrance WT et al. Advanced Prostate Cancer: AUA/ASTRO/SUO Guideline PART II. J Urol. 2021;205(1):22–29.
16. Gomella LG et al. J Oncol Pract. 2010;6(6):e5–e10.
17. Sciarra A et al. Am J Clin Exp Urol. 2013;1(1):12–17.
18. Murphy DG et al. BJU Internatl. 2019;124:551–553.

Novartis Radiopharmaceuticals GmbH
Roonstr. 25, 90429 Nürnberg

AAA-NP-DE-0107-22 V 0.1
#1081966