



© Hugo™ RAS System, Medtronic



Prostatakrebs

Leitfaden für Patienten

Lokalisierter Prostatakrebs



Gutes tun für andere. ***Changing tomorrow.***

Solange Menschen an Krankheiten leiden, geben wir jeden Tag unser Bestes und bauen dabei auf unsere Expertise in der Onkologie, Urologie und Transplantation.

Im Bereich Forschung und Entwicklung konzentrieren wir uns auf Therapiegebiete, in denen es einen ungedeckten medizinischen Bedarf gibt.

Dabei verfolgen wir nur die erfolgversprechendsten Ansätze – in unseren Kerngebieten Urologie, Onkologie, Transplantation sowie in weiteren Indikationen wie Nephrologie, Immunologie, Infektionskrankheiten, Frauengesundheit, Augen- und Muskelerkrankungen.

Wir forschen, damit aus innovativer Wissenschaft Mehrwert für Patienten wird.

Erfahren Sie mehr über uns unter:
astellas.com/at

Was ist STOP Prostatakrebs?

Die Diagnose Krebs ist immer ein Schock und verändert das Leben. Trotz zunehmendem Optimismus in der Behandlung kann die heutige Diagnoselandschaft „Krebs“ eine Herausforderung sein, da Patienten Zugang zu einer noch nie dagewesenen Menge an Informationen haben. Es gibt Millionen krebsbezogener Webseiten, Blogs und Videos – alle auf Knopfdruck verfügbar. Für die meisten Patienten und Angehörigen ist die überwältigende Menge an verfügbarer Information jedoch mehr Belastung als Hilfe.

EXPERTENWISSEN FÜR SIE

STOP Prostatakrebs bündelt die aktuellsten und wichtigsten Informationen aus der Forschung in eine Serie von kompakten Broschüren. Der Ratgeber unterstützt dabei, das Risiko von Prostatakrebs und die Diagnose zu verstehen und soll Betroffene

anregen, zu proaktiven Therapie-Partnern zu werden. Sie soll auch Aufklärungsarbeit leisten und Männer frühzeitig zur Vorsorgeuntersuchung bewegen, bevor sie zu Patienten werden.

WICHTIGE ORIENTIERUNGSHILFE

Das verständlich vermittelte Expertenwissen soll auch Angehörigen sowie Betreuenden als Navigationshilfe dienen. Da die Forschung gerade beginnt, die genetischen Grundlagen von Krebs zu erkennen, richtet sich dieser Leitfaden auch an alle Familienmitglieder, die verstehen möchten, wie sich gemeinsame Gene und genetische Veränderungen auf ihr eigenes kurz- und langfristiges Krebsrisiko auswirken und wann sie sich untersuchen lassen sollten (siehe auch *Stop Prostatakrebs - Teil 1 Basiswissen*).

Therapien

Behandlungsmöglichkeiten bei lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs	12
Welche Therapie für wen?	15
Aktive Überwachung	17
Chirurgie	21
Strahlentherapien	26
Experimentelle Therapien	34

Leben mit Krebs

Leben mit und nach Prostatakrebs	40
Nebenwirkungen	44
Sexualität	48
Guter Lebensstil	56
Klinische Studien	60
Wir sind für Sie da!	61

Impressum

Teil 2/1. Auflage, 2024

Herausgeber: Karl Landsteiner Institut für Urologie und Andrologie

Rathausstraße 14/21, 1010 Wien

Telefonnummer: +43 (0) 1 470 61 44

Für den Inhalt verantwortlich: Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat

Produktion: mediamo werbung & consulting GmbH

Alle Bilder ohne Fotocredit: www.shutterstock.com



Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat

Liebe Leserinnen und Leser,

mit großer Dankbarkeit präsentieren wir Ihnen die Broschüre „Stop Prostatakrebs“. Gemeinsam wollen wir Bewusstsein schaffen und Betroffenen sowie ihren Angehörigen Unterstützung bieten.

Unser herzlicher Dank gilt unseren Partnern, medizinischen Fachleuten, betroffenen Männern und ihren Angehörigen sowie den unterstützenden Unternehmen und Organisationen. Ohne Sie wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Diese Broschüre soll helfen, jedem Patienten die richtige Behandlung zu bieten und entsprechend zu informieren.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

DEPARTMENT OF UROLOGY



MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA



Vienna Healthcare Group
University Hospital Vienna

COMPREHENSIVE CANCER CENTER VIENNA



MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA



Vienna Healthcare Group
University Hospital Vienna



Fragen an Ihre Ärzt:innen

Ihr Leitfaden für den Arztbesuch nach der Erstdiagnose:

- Wie hoch ist mein PSA-Wert? Und was bedeutet das für mich?
- Was bedeutet mein Prostatakrebsgrad für die Behandlung?
- Hat sich mein Krebs über die Prostata hinaus ausgebreitet?
- Sollte ich zusätzliche Untersuchungen durchführen?
- Kann ich zu diesem Zeitpunkt auf eine Behandlung verzichten und unter aktiver Überwachung bleiben? Wie funktioniert das?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für dieses Stadium des Krebses? Welche ist die beste für mich?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen? Muss ich mir Sorgen über Impotenz, Harnverlust oder rektale Probleme machen? Sind die Risiken dafür bei den verschiedenen Behandlungen unterschiedlich?
- Wie wirkt sich meine Ausgangslage in Bezug auf Harn-, Sexual- oder Darmfunktion auf meine Behandlungsentscheidungen aus, wenn überhaupt?
- Welche Uro-Onkolog:in sollte ich aufsuchen, um alle meine Optionen zu verstehen?
- Wie wirken sich die Behandlungen auf meine Fruchtbarkeit aus?
- Wie sieht mein Rehabilitationsplan aus?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass mein Krebs wieder auftritt?
- Wie kann ich den Erfolg meiner Therapie verbessern?
- Sollte ich an einer klinischen Studie teilnehmen?

GUT ZU WISSEN

Denken Sie daran,
dass Sie ein Partner bei
Ihrer eigenen Behandlung
sein wollen.

Je informierter Sie sind,
desto besser.

Was bedeutet?

Medizinische Fachbegriffe verständlich erklärt:

- **PSA** oder prostataspezifisches Antigen, ist ein Protein, das von der Prostata produziert wird und v.a. im Sperma zu finden ist.

Sehr geringe Mengen werden in den Blutkreislauf abgegeben. Es wird als „Krankheitsmarker“ verwendet, unter anderem um Prostatakrebs anzuzeigen. Bei der Entwicklung von Prostatakrebs kann mehr PSA freigesetzt werden. Der PSA-Wert ist nicht nur bei Prostatakrebserkrankungen erhöht, sondern kann in einer Vielzahl von Veränderungen der Prostata verändert sein.

Der PSA-Wert wird in Nanogramm pro Milliliter (ng/ml) angegeben. Im fortführenden Text wird der Einfachheit halber nur das Wort PSA angeführt.

- **DRU** oder digital-rektale Untersuchung ist eine urologische Finger- und Tastuntersuchung der Prostata.

- **Graduierungs(gruppe) und Gleason Score** bewerten Ausmaß und Grad der Gewebsveränderung, also die Aggressivität von Prostatakrebs.

- **Gradgruppen-Klassifikation (ISUP)**

In vielen Fällen handelt es sich bei Prostatakrebs um eine langsam wachsende Krebsart, die vor der Diagnose nicht über die Prostata hinauswächst. Um eine Aussage über die Wachstums- und Ausbreitungsgeschwindigkeit des Prostatakrebses treffen zu können, wird der Gleason-Score oder die Gradgruppen-Klassifikation (ISUP) verwendet. Der Grad zeigt an, wie „abnormal“ die Prostatakrebszellen unter dem Mikroskop aussehen. Ärzt:innen können mit Hilfe der Einteilung besser einschätzen, wie schnell die Tumorzellen wachsen oder sich ausbreiten könnten. „Hochgradige“ Prostatakarzine zum Beispiel bestehen aus sehr abnormen Zellen, die sich mit größerer Wahrscheinlichkeit teilen und daher

schneller von der Prostata auf andere Körperregionen übergreifen können.

- **Adjuvante Strahlentherapie** bedeutet, dass nach einer Operation zur Entfernung von Krebsgewebe noch eine zusätzliche Strahlentherapie durchgeführt wird. Dies geschieht, um mögliche Krebszellen zu zerstören, die nach der Operation im Körper verbleiben könnten. Die Strahlentherapie zielt darauf ab, das Risiko eines erneuten Auftretens des Krebses zu verringern und die Chance auf Heilung zu verbessern. Es ist eine unterstützende Maßnahme, die oft in Kombination mit anderen Behandlungen wie Operationen oder Hormontherapie eingesetzt wird, um die besten Ergebnisse für den Patienten zu erzielen. Der Zweck dieser Behandlung ist es, das Wiederauftreten des Krebses zu verhindern.
- **Salvage-Strahlentherapie** ist eine spezielle Art der Strahlentherapie, die nach einem erfolglosen ersten Behandlungsversuch durchgeführt wird. Zum Beispiel kann es sein, dass nach einer Operation oder einer anderen Krebsbehandlung immer noch

Krebszellen im Körper verbleiben. In solchen Fällen kann die Salvage-Strahlentherapie eingesetzt werden, um diese verbleibenden Krebszellen gezielt zu zerstören.

Im Gegensatz zur adjuvanten Strahlentherapie ist hier ein Rezidiv schon sichergestellt. Bei der adjuvanten Strahlentherapie ist das Risiko für ein Rezidiv hoch, jedoch zur Zeit der Strahlentherapie kein Tumor nachweisbar.

Die Salvage-Strahlentherapie kann eine Option sein, wenn andere Behandlungsmöglichkeiten nicht erfolgreich waren oder wenn der Krebs nach einiger Zeit zurückkehrt.

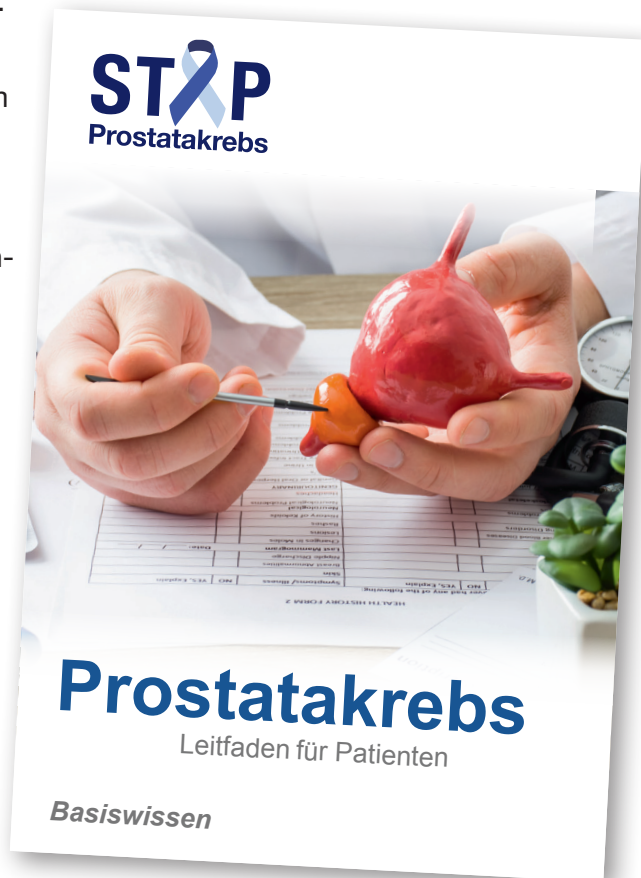
- **Hormontherapie**
Die allgemein als „Hormontherapie“ oder „Androgendeprivationstherapie“ (ADT) bezeichnete Therapie, senkt durch Medikamente den Androgenspiegel vor dem Testosteronspiegel und wird insbesondere bei fortgeschrittenem Prostatakrebs eingesetzt.
- **Die Metastasierung**
Manchmal entweichen Krebszellen aus der Prostata, wachsen schnell und streuen in das umliegende Gewebe. Wenn

Tumorzellen die Prostata verlassen und an anderer Stelle im Körper Tumore bilden, spricht man von Metastasierung - der Tumor bildet Metastasen. Häufig breitet sich Prostatakrebs zuerst in Geweben aus, die sich in der Nähe der Prostata befinden. Auch die nahe gelegenen Lymphknoten sind oft von der Ausbreitung betroffen.

Wenn sich der Prostatakrebs zum Zeitpunkt der Diagnose bereits auf Ihre Lymphknoten ausgebreitet hat, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass er sich auch bereits auf andere Bereiche des Körpers ausgebreitet hat. Wenn Prostatakrebszellen in den Blutkreislauf gelangen, können sie sich an verschiedenen Stellen im Körper ablagern, am häufigsten in den Knochen, manchmal aber auch in anderen Organen wie der Leber oder der

Lunge. Wenn bei Prostatakrebs Metastasen auftreten, bilden sie sich am häufigsten – nämlich zu 85 bis 90 Prozent – in den Knochen.

Weitere grundlegende Informationen finden Sie unter Stop Prostatakrebs - Teil 1 Basiswissen





Therapien



Behandlungsmöglichkeiten bei lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs

AUSWAHL EINER BEHANDLUNGSOPTION

Ein Mann, bei dem ein auf die Prostata lokal begrenzter oder lokal fortgeschrittener Prostatakrebs diagnostiziert wird, hat **4 Behandlungsmöglichkeiten:**

- > **Aktive Überwachung**
- > **Operation**
- > **Strahlentherapie**
- > **Fokale Therapie**

Die Wahl der besten Behandlung richtet sich in der Regel nach dem Alter, dem Stadium und dem Grad der Krebserkrankung, dem allgemeinen Gesundheitszustand und einer Abwägung der Risiken und Vorteile der einzelnen Therapieoptionen.

Für Männer, deren Krankheit aggressiver erscheint, können bestimmte Behandlungskombinationen empfohlen werden. So wird z.B. eine Strahlentherapie manchmal mit einer Hormontherapie kombiniert. Eine OP erfor-

dert häufig eine anschließende Strahlentherapie mit Hormonbehandlung. Jede Erstlinienbehandlung hat unterschiedliche Risiken und Nebenwirkungen.

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ärzt:in bitten, Ihr Risiko für alle möglichen Folgen der möglichen Behandlungsoptionen darzulegen, bevor Sie sich für einen Weg entscheiden. Denn während es dem einen Mann wichtiger ist den Krebs möglichst sicher und effektiv zu bekämpfen, ist ein anderer Mann möglicherweise dazu bereit ein höheres Risiko für ein erneutes Aufflammen der Erkrankung einzugehen aber ein möglichst niedriges Risiko für Erektionsverlust und Inkontinenz einzugehen.

RISIKOGRUPPEN

Bei lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs gehen die Behandelnden von „Risikogruppen“ aus, die vor der Behandlung des Patienten fest-



gelegt werden. Es gibt drei allgemeine Risikogruppen auf der Grundlage von PSA, der Prostata-Tastuntersuchung = digitale-rektale Untersuchung (DRU) und des Biopsieergebnisses (Gewebeprobe). Diese Risikogruppen

dienen der groben Klassifizierung des Prostatakrebses und können individuell weiter unterteilt werden, um die Behandlung für jeden Patienten weiter personalisieren zu können.

GUT ZU WISSEN

Diese Risikogruppen sind keine perfekten Indikatoren für Ihr Risiko, an einem wiederkehrenden, aggressiven Prostatakrebs zu erkranken. Derzeit wird intensiv an der Entwicklung von Tests gearbeitet, mit deren Hilfe Ärzt:innen genauer zwischen Krebserkrankungen, die tödlich verlaufen, und solchen, die in der Prostata verbleiben, ohne sich auszubreiten, unterscheiden können.



1. Geringes Risiko:

Tumor ist auf die Prostata beschränkt, der PSA-Wert liegt unter 10 und der Grad der Erkrankung ist ISUP 1 (entspricht Gleason Score 6).

Es gibt auch eine Untergruppe von extrem „langsam wachsenden“ Tumoren, die als „sehr geringes Risiko“ bezeichnet werden. Hier wird es detaillierter, zum Beispiel geht man von einem sehr niedrigen Risiko aus wenn weniger als 3 Biopsate (= 1 Prostatastanzzylinder) der Prostata vom Tumor befallen sind, davon nur $\leq 50\%$ eines jeden Biopsars von Krebs befallen ist, und die errechnete PSA-Dichte $< 0,15$ beträgt).



2. Mittleres Risiko:

Tumor ist auf die Prostata beschränkt, der PSA-Wert liegt zwischen 10 und 20, oder und/oder ISUP 2 oder 3 (Gleason 7).

Diese Kategorie wird häufig in ein „günstiges“ und „ungünstiges“ mittleres Risiko unterteilt.



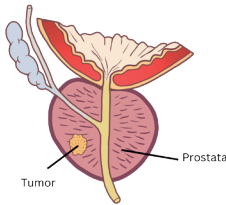
3. Hohes Risiko:

Tumor breitet sich außerhalb der Prostata aus, es liegt aber kein weiterer Befall von anderen Organen vor, und/oder der PSA-Wert liegt über 20, und/oder im Biopsat findet man die Graduierungsgruppe 4 oder 5 (Gleason Score 8 bis 10).

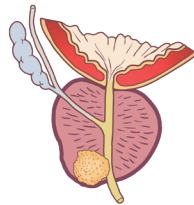
Es gibt auch eine Untergruppe von sehr aggressiven Tumoren, die als „sehr hohes Risiko“ bezeichnet werden. Bei diesen hat sich der Tumor in die Samenblasen, das Rektum oder die Blase ausgebreitet oder es liegen mehrere Biopsieproben mit hochgradigem Krebs vor.

Welche Therapien für wen?

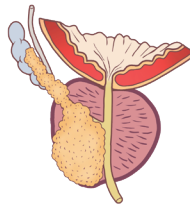
Die Behandlungsmöglichkeiten für jede Risikogruppe sind sehr unterschiedlich, und Sie sollten Ihre Ärzt:in fragen, zu welcher Risikogruppe Sie gehören, damit Sie die am besten geeigneten nächsten Schritte besser verstehen können.



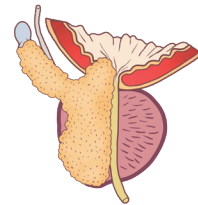
Der Tumor oder Krebs ist bei der Untersuchung nicht tastbar.



Der Krebs kann ertastet werden, hat sich aber nicht außerhalb der Prostata ausgebreitet



Der Krebs hat sich außerhalb der Prostata in benachbartes Gewebe ausgebreitet



Der Krebs hat sich in benachbarte Organe wie die Blase ausgebreitet

RISIKOGRUPPEN UND BEHANDLUNGSOPTIONEN

SEHR NIEDRIGES/GERINGES RISIKO

Aktive Überwachung

alternativ

Eine fokale Therapie, Operation oder Strahlentherapie kann für sehr ausgewählte Patienten geeignet sein.

GÜNSTIG INTERMEDIAER/ MITTLERES RISIKO

Operation oder Bestrahlung

alternativ

Eine fokale Therapie oder aktive Überwachung kann für sehr ausgewählte Patienten geeignet sein.

UNGÜNSTIG INTERMEDIAER/ MITTLERES RISIKO

Operation oder Bestrahlung mit kurzfristiger ADT (Adjuvante Strahlentherapie)

HOHES ODER SEHR HOHES RISIKO

Operation oder Bestrahlung mit langfristiger ADT

alternativ

Nach einer Operation folgt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine zusätzliche Bestrahlung und/oder ADT



www.istockphoto.com

Aktive Überwachung

DAS WICHTIGSTE KOMPAKT

Für Männer mit einer Erkrankung mit geringem Risiko hat sich die aktive Überwachung als bevorzugter Behandlungsstandard durchgesetzt und sollte als bevorzugte Behandlung in Betracht gezogen werden. Sie stützt sich auf Daten, die belegen, dass Prostatakrebs mit geringem Risiko nachweislich keine Schäden verursacht oder die Lebenserwartung verringert. Das Gegenteil ist sogar der Fall: es konnte gezeigt werden, dass ein Großteil der Männer mit einer

niedrig- und niedrigst Risiko Prostatakrebserkrankung in der Vergangenheit sogar unnötigerweise aggressiv behandelt worden sind.

Dies ist wichtig, da sowohl eine Operation (OP) als auch eine Bestrahlung Nebenwirkungen haben können, die die Lebensqualität beeinträchtigen.

Bei Männern mit aktiver Überwachung wird zweimal jährlich ein PSA-Bluttest durchgeführt, mit Wiederholungsbiopsien alle ein bis fünf Jahre. Auch MRT-Untersuchungen (Magnetresonanztomographie) werden eingesetzt, um den Zeitpunkt der Wiederholungsbiopsien zu bestimmen und eine Orientierungshilfe zu geben ob z.B. der Prostatakrebs an Größe zunimmt oder unverändert bleibt.

Wenn Testergebnisse darauf hindeuten, dass Ihr Krebs fortgeschritten ist, kann eine Behandlung wie eine OP oder eine Bestrahlung gerechtfertigt sein,

GUT ZU WISSEN

Aktive Überwachung bedeutet nicht „keine Behandlung“, sondern vielmehr eine Strategie zur genauen Beobachtung des Krebses, so dass die „Behandlung“ nur aufgeschoben wird, „wenn und falls“ sie erforderlich ist.



die in den meisten Fällen auch heilend wirkt.

DER „FAULE“ TUMOR

Mehr als 30 % haben einen „faulen“ Tumor. So wird Prostatakrebs bezeichnet, der so langsam wächst, dass eine aktive Überwachung die bessere Wahl ist als eine sofortige Behandlung. Durch aktive Überwachung lassen sich Nebenwirkungen einer Behandlung vermeiden. Tatsächlich ist Prostatakrebs die einzige der zehn häufigsten Krebsarten, bei der so viele Patienten keine aggressive Sofortbehandlung benötigen.

Studien haben ergeben, dass selbst nach 15 Jahren **weniger**

als 1 % der Männer mit Prostatakrebs mit niedrigem Risiko, die sich für aktive Überwachung entschieden haben, eine metastasierende, also auf Lymphknoten oder Organe streuende, Erkrankung entwickelten.

Altersfrage:
Viele fragen sich, ob sie das „richtige“ Alter für die aktive Überwachung haben. Darauf gibt es keine richtige Antwort. **Der ideale Kandidat für eine aktive Überwachung hat Prostatakrebs mit niedrigem Risiko.**

Auch Männer, die mit niedrig und niedrigst Risiko aggressiv behandelt worden sind zeigen ähnliche Raten an einer wiederkehrenden Erkrankung nach Therapie auf.

Aber denken Sie daran: Der Schlüssel liegt in der regelmäßigen und sorgfältigen Überwachung.

WER SOLLTE SICH FÜR DIE AKTIVE ÜBERWACHUNG ENTSCHEIDEN?

Aktive Überwachung kommt in Frage, wenn Ihr Krebs zur Gradgruppe 1 (Gleason 6) gehört, der PSA-Wert <10 ist und der Krebs auf die Prostata beschränkt ist und/oder der Krebs bei der Biopsie ein sehr geringes Volumen aufweist.

Ausgewählte Fälle mit Tumoren der Gradgruppe 2 (Gleason 3+4), die ein geringes Volumen aufweisen, können ebenfalls für eine aktive Überwachung in Betracht gezogen werden.

Manchmal werden kommerzielle Tests – wie **Decipher®**, **Oncotype DX GPS®** und **Prolaris®** – bei der Entscheidung in weniger eindeutigen Situationen durchgeführt. Derzeit wird weiter intensiv hieran geforscht, um zu

verstehen, wie diese Tests eingesetzt werden können.

Es ist immer eine gute Idee, mit Ihrer Ärzt:in über Ihre Möglichkeiten zu sprechen und herauszufinden, ob eine aktive Überwachung das Richtige für Sie sein könnte. Für jüngere Männer ist es wichtig, die Lebensqualität zu erhalten und gleichzeitig sicherzustellen, dass Hochrisiko-Prostatakrebs erkannt wird, wenn er sich entwickelt. Ein Mann mit einer weniger aggressiven Form kann unter Umständen viele Jahre lang aktiv überwacht werden, wodurch Nebenwirkungen (Inkontinenz, Erektionsstörungen) hinausgezögert werden können.

AKTIVE ÜBERWACHUNG VERSUS ABWARTENDE BEOBACHTUNG

Für Männer mit kürzerer Lebenserwartung kann die aktive Überwachung, die häufige Tests beinhaltet, zu „aggressiv“ sein. Für sie könnte eine **abwartende Beobachtung** sinnvoller sein. Die abwartende Beobachtung ist eine passive Strategie, bei der wiederholte Biopsien vermieden werden.

Es werden nur dann nicht kurative oder palliative Behandlungen durchgeführt, wenn der Krebs

erste Symptome verursacht. Ein Mann, der derzeit mit anderen schwerwiegenden Störungen oder Krankheiten kämpft (fortgeschrittene Herzerkrankung, andere Krebsarten), sollte besprechen, ob eine abwartende Haltung helfen würde, unnötige

Behandlungen zu vermeiden.

Generell gilt, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Ärzt:in erforderlich ist und dass für beste Ergebnisse eine gesunde Lebensweise beibehalten werden sollte.

CHECKLISTE

Fragen, die Sie Ihrer Ärzt:in stellen sollten, wenn Sie eine aktive Überwachung anstreben:

- Welche Art von Tests wird erforderlich sein, wenn ich eine aktive Überwachung durchführen möchte?
- Wie häufig werde ich getestet inklusive Blutabnahmen, klinischen Untersuchungen, MRT Untersuchungen, erneuten Prostatabiopsien?
- Wie hoch ist mein Ausgangs-PSA-Wert, und welcher Wert wäre besorgniserregend?
- Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ein zukünftiger Test anzeigt, dass die Krankheit aggressiv geworden ist?
- Wie stehen die Chancen, dass mein Krebs in den nächsten 10 Jahren fortschreitet, wenn ich die sofortige Behandlung aufschiebe?
- Welche Rolle spielt meine familiäre Krebsvorgeschichte in dieser Entscheidung und das Risiko eines Fortschreitens?
- Sollte ich einen genetischen Test auf eine vererbte Mutation durchführen lassen?

Chirurgie

VERSCHIEDENE METHODEN – VIELFÄLTIGE MÖGLICHKEITEN

Die Entfernung der gesamten Prostata und der Samenblasen durch einen chirurgischen Eingriff – die radikale Prostatektomie – ist eine Option für Männer mit Krebs im mittleren oder hohen Risikobereich, der nicht gestreut hat.

OP-METHODEN IM CHECK

1. Offene radikale Prostatektomie: die traditionelle Methode zur chirurgischen Entfernung der

Prostata. Bei diesem Verfahren wird über einen Schnitt im Unterbauch die gesamte Prostata entfernt. Die Prostata kann auch durch den Damm, den Bereich zwischen Hodensack und Anus, entfernt werden. Diese Technik gilt mittlerweile allerdings als überholt.

2. Roboter-Chirurgie: Die derzeit modernste Methode ist die robotergestützte laparoskopische radikale Prostatektomie. Dabei operiert die Chirurg:in mit einem Operationsroboter. Dieser Roboter wird permanent durch die Chirurg:in gesteuert, bringt



jedoch Vorteile wie eine deutliche Vergrößerung des Bildes, eine dreidimensionale Sicht, zudem können auch die bei jedem Menschen vorhandenen, feinen Zitterbewegungen der Hände vollständig ausgeglichen werden, wodurch Eingriffe noch exakter durchgeführt werden können.

Zuerst werden kleine Schnitte ober- oder unterhalb des Bauchnabels gesetzt. Die Arme des chirurgischen Roboters werden über die Schnitte in den Körper, meistens über die Bauchhöhle, eingebracht. Die Chirurg:in steuert die Arme des Roboters, die wiederum Kameras und chirurgische Instrumente kontrollieren.

Im Vergleich zur offenen Chirurgie kann die robotergestützte Chirurgie mit weniger Blutungen und gleichwertigen Krebsheilungsraten verbunden sein. Der Erhalt der Harn- und Sexualfunktion hängt allerdings mehr von den Fähigkeiten der Chirurg:in sowie den Patientenfaktoren ab als von der gewählten Operationsmethode (offene Chirurgie, laparoskopische Chirurgie, roboterassistierte Chirurgie).

Unabhängig davon, ob ein offener oder robotergestützter Eingriff gewählt wird, können Patienten in der Regel nach

sieben Tagen Krankenhausaufenthalt entlassen werden. Eine ausführliche Erörterung aller Nebenwirkungen finden Sie auf Seite 44.

WAS PASSIERT NACH DER OP?

Nachdem die Prostata entfernt wurde, wird die Pathologie das Organ und die darin befindlichen Prostatakrebszellen unter einem Mikroskop untersuchen. Zu diesem Zeitpunkt werden der end-

GUT ZU WISSEN

Prostatakrebs kann zu sogenannten BPH-Symptomen (Symptome der gutartigen Prostatavergrößerung) führen. Sie beschreiben die verschiedenen Symptome einer vergrößerten Prostata wie häufigen oder dringenden Harndrang oder schwachen Harnstrahl. Bemerkenswert ist, dass Männer mit BPH Symptomen nach der OP eine Verbesserung dieser Symptome erfahren können. Jüngste Erkenntnisse belegen, dass eine Entfernung der Prostata auch das Leben von Männern mit abgesiedelter, also metastasierender Erkrankung verlängern kann.

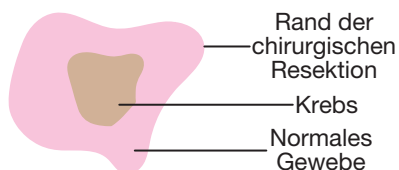
gültige Grad und das Stadium bestimmt. Untersucht werden auch die sogenannten Operationsränder.

Bei anderen pathologischen Merkmalen – z.B. Krebsausdehnung über die Kapsel hinaus oder Befall der Samenblasen oder Lymphknoten – können zusätzliche Behandlungen wie Strahlen- und/ oder Hormontherapie erforderlich sein. Diese Entscheidungen werden nach der ersten PSA Bestimmung sechs bis acht Wochen nach der OP getroffen.

Denken Sie daran:
Fordern Sie eine Kopie
Ihres pathologischen
Berichts an.

Bitten Sie Ihre Ärzt:in ihn zu
erläutern und die Optionen
auf der Grundlage der
Ergebnisse zu
besprechen.

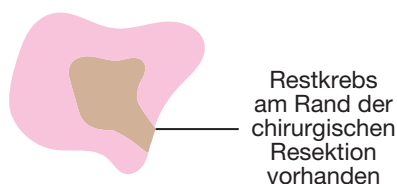
Negativer Schnittrand



- **Unbedenklich.** Operationsränder sind unbedenklich, wenn am äußeren Rand des entfernten Gewebes keine Krebszellen zu sehen sind.

- **Positiver Resektionsrand.** Wenn der Krebs bis an den Rand des entfernten Gewebes reicht. Positive Ränder können darauf hindeuten, dass ein Teil des Krebses oder auch nur ver-

Positiver Schnittrand



einzelte Krebszellen zurückgeblieben sind. Ein positiver Resektionsrand kann ein Hinweis auf eine postoperative Empfehlung zur Strahlentherapie sein. Dennoch ist ein positiver Resektionsrand nicht immer ein Grund für eine Strahlentherapie oder weitere therapeutische Konsequenz und kein genereller Grund zur Besorgnis.



WENN ES WEITERE THERAPIEN BRAUCHT

Ist die OP die erste Behandlungsstrategie nach der Diagnose, wird sie in der Fachsprache Erstlinien-Therapie genannt. Oftmals ist diese Erstlinien-Therapie nicht genug – es braucht weiterführende Behandlungen. Diese tragen den Namen Zweitlinien-Therapien. Es gibt drei Zweitlinien-Therapien, die in Verbindung mit einer OP eingesetzt werden können. Sie sollten die

Risiken und Vorteile jeder dieser Therapien mit Ihrer Ärzt:in besprechen, sobald der pathologische Bericht vorliegt.

Eine **adjuvante Strahlentherapie** ist eine Strahlenbehandlung, die „zur Sicherheit“ nach der OP angewendet wird – und das 4 bis 6 Monate nach dem chirurgischen Eingriff ohne Anzeichen eines PSA-Anstiegs. Sie kann bei Männern mit Hochrisiko-Prostatakrebs durchgeführt werden, deren Krebs durch die

Prostatakapsel in die Samenblasen eingedrungen ist und/oder die nach der OP positive Ränder haben. Dies kann das Risiko eines erneuten Auftretens bzw. Aufflammen des Prostatakrebs verringern. Jedoch wird das Risiko von Nebenwirkungen erhöht.

Um diese Nebenwirkungen möglichst zu vermeiden, gibt es eine weitere Strategie. Sie besteht darin, eine Bestrahlung nur dann durchzuführen, wenn der PSA-Wert nach einer Operation erneut auf 0,1 oder 0,2 ng/ml ansteigt (bis 0,5 ng/ml).

Dies wird als **Salvage-Strahlentherapie** bezeichnet. Sie sollte bald nach dem ersten nachweisbaren PSA-Wert durchgeführt werden. Die Strahlentherapie kann mit einer Hormonbehandlung kombiniert werden. Viele Männer, aber nicht alle, können mit dieser Strategie eine adjuvante (also direkt im Anschluss an die Operation) Strahlentherapie sicher vermeiden. Die Grundlage ist eine genaue Überwachung des PSA-Werts, um

festzustellen, ob eine frühzeitige Salvage-Strahlentherapie benötigt wird.

Möglicher Studienkandidat:
Behandlungsprotokolle werden ständig verbessert. Besprechen Sie, ob Sie für die Teilnahme an einer klinischen Studie für Patienten nach Prostatektomie in Frage kommen.

Eine **Hormontherapie** (auch Androgenentzugstherapie, Androgendeprivationstherapie oder ADT) kann auch empfohlen werden, wenn zum Zeitpunkt der OP Krebs in den Lymphknoten gefunden wurde. In diesem Zusammenhang hat sich gezeigt, dass eine Hormontherapie nach der OP das Leben der Patienten verlängert.

NEUE ENTSCHEIDUNGSHILFE

Der **Decipher®-Test** wird jetzt für Männer empfohlen, die eine adjuvante Strahlentherapie in Erwägung ziehen. Er kann auch als Orientierungshilfe für den Einsatz einer Hormontherapie in Verbindung mit einer Salvage-Therapie dienen. Dieser Test kann helfen zu entscheiden, ob Sie von einer sofortigen Strahlentherapie oder einer zusätzlichen Hormontherapie profitieren würden.

Strahlentherapien

OPTIONEN IM ÜBERBLICK

Bei der Bestrahlung werden Krebszellen durch ionisierende Strahlung oder Photonen (Lichtteilchen) gezielt abgetötet. Die Strahlung schädigt die **DNA** der Krebszellen (das genetische Material der Krebszelle), so dass sie nicht mehr überleben, wachsen oder sich ausbreiten können. Anschließend sterben die Krebszellen ab.

Die Strahlentherapie ist wie die Chirurgie sehr wirksam bei der Bekämpfung von lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs und hat fast die gleiche Heilungsrate wie die Chirurgie.

Jüngste Erkenntnisse belegen, dass eine Bestrahlung dazu beitragen kann, dass Männer mit Metastasen länger leben, was auch erläutert wird.



Obwohl moderne Technologien eingesetzt werden, um die Schädigung der umliegenden, gesunden Zellen zu minimieren, kann normales Gewebe betroffen sein, was zu Nebenwirkungen führt. Genauso wie die chirurgischen Fähigkeiten eine wichtige Rolle für das Ergebnis der Prostatektomie spielen, ist die Erfahrung Ihrer Strahlentherapeut:in essenziell für das Ergebnis der Bestrahlung. Achten Sie darauf, dass die Person, die Sie behandelt, über umfassende Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungsmethoden verfügt und Ihnen objektiv bei der Entscheidung für die beste Methode helfen kann. Idealerweise suchen Sie sich eine Radioonkolog:in mit Spezialisierung Prostatakrebs.

EXTERNE STRAHLENTHERAPIE

Bei der häufigsten Form der Strahlentherapie werden CTScans mit oder ohne MRT verwendet, um die Lage der Tumorzellen zu kartieren. So kann die Strahlung gezielt auf diese Bereiche gerichtet werden. Anhand der Aufnahmen kann die genaue Anatomie von Prostata, Rektum und Blase bestimmt und somit ein individueller Bestrahlungsplan erstellt werden.

Es gibt viele Arten der externen Strahlentherapie, jede mit ihren Vor- und Nachteilen.

Art der Durchführung:

Unabhängig von der Form der externen Strahlentherapie wird diese ambulant durchgeführt. Da es sich um einen nicht-invasiven Eingriff handelt, gibt es keine Ausfall- oder Heilungszeit. Sie können jeden Tag der Behandlung und in den Monaten danach körperlich und sexuell aktiv sein. In den ersten Wochen der Behandlung kann es zu einer leichten Zunahme der Häufigkeit des Wasserlassens oder des Stuhlgangs kommen. 2 Wochen nach Abschluss der Behandlung beginnen sich diese Symptome im Allgemeinen zu bessern. Doch wie bei jeder Behandlung kann ein kleiner Prozentsatz der Männer anhaltende Probleme mit der Harn- und/ oder Darmfunktion haben.

Nebenwirkungen:

Die meisten Studien haben gezeigt, dass eine OP zum sofortigen Verlust der Erektionsfähigkeit führt, gefolgt von einer Phase der teilweisen Erholung, während die Strahlentherapie weniger Erektionsstörungen zur Folge hat. Weitere Infos unter „Mögliche Nebenwirkungen: Sexuelle Funktion“ auf Seite 49.

DAUER DER BEHANDLUNG

- **Konventionell:**

Jahrzehntelang wurde die Strahlentherapie jeden Tag (Montag bis Freitag) durchgeführt, **insgesamt 40 bis 45 Behandlungen** über **8 bis 9 Wochen**. Diese Behandlung wird heute seltener angewandt, hat aber eine ausgezeichnete langfristige Krankheitskontrolle gezeigt, die mit neueren Ansätzen, der sogenannten „hypofraktionierten Bestrahlung“, vergleichbar ist.

- **Moderate Hypofraktionierung:**

Kürzlich durchgeführte klinische Studien haben gezeigt, dass mit lediglich **20 Behandlungen** in **4 Wochen** ähnliche Heilungsraten und Nebenwirkungen erzielt werden können wie mit einer herkömmlichen Bestrahlung über 8 bis 9 Wochen. Bei der Hypofraktionierung sind die täglich verabreichten Dosen höher als die konventionellen Dosiswerte. Dies wird in den nationalen Leitlinien als der derzeitige Behandlungsstandard für viele Männer mit lokalisiertem Prostatakrebs angesehen.

- **Ultra-Hypofraktionierung:**

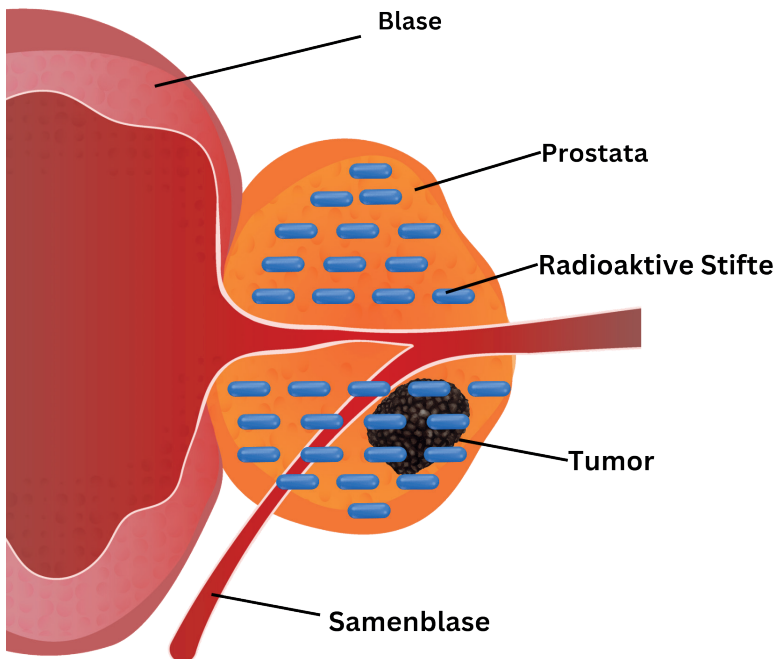
Wird in etwa **5 Behandlungen** durchgeführt. Die Dosen sind noch höher als die hypofraktionierten Dosen. Diese Strategie wird immer häufiger angewandt, da sie geringere Nebenwirkungen, gleiche Heilungsraten und mehr Komfort bietet. In vielen Exzellenzzentren ist dies der Standard der Behandlung. Allerdings können nicht alle Zentren diese Behandlung sicher durchführen, und nicht alle Patienten kommen dafür in Frage, so dass Sie Ihre Ärzt:in konsultieren sollten.

Diese Art der Bestrahlung – auch SBRT (Stereotactic Body Radiation Therapy) genannt – wurde direkt mit der konventionellen 8- bis 9-wöchigen Bestrahlung verglichen: Es hat sich gezeigt, dass sie ähnliche Heilungsraten und Nebenwirkungen hat. In Studien wird untersucht, ob sie einer OP überlegen ist.

INTERNE STRAHLENTHERAPIE ODER BRACHYTHERAPIE

Bei der Brachytherapie (BT) handelt es sich um einen Eingriff unter Narkose, bei dem „**Strahlentherapie-Seeds**“ winzige Metallstifte oder temporäre

in 1 bis 4 Sitzungen, je nach Methode. Die Seeds (aus radioaktivem Jod oder Palladium) werden dauerhaft in der Prostata platziert, während Katheter nur vorübergehend gesetzt und nach Behandlungsende entfernt werden. Die LDR-Brachyther-



Katheter in die Prostata eingebracht werden, die über eine sehr kurze Distanz Strahlung abgeben. Radioaktive Seeds (LDR oder Niedrigdosisleistung) oder Katheter (HDR oder Hochdosisleistung) werden unter Narkose direkt in die Prostata eingeführt. Die Behandlung erfolgt

apie tötet den Krebs über viele Monate hinweg ab, da die Seeds die unmittelbare Umgebung bestrahlen und so die Krebszellen abtöten. Am Ende eines Jahres hat sich das radioaktive Material abgebaut. Die verbliebenen Seeds sind harmlos.

Wann wird diese Therapie angewendet?

Die BT selbst wird nur bei Patienten mit günstigem mittlerem Risiko eingesetzt. Patienten mit ungünstigem Prostatakrebs im mittleren und hohen Risikobereich können eine Kombination aus externer Strahlentherapie und BT erhalten und sollten sich zusätzlich einer Hormontherapie unterziehen. Der Erfolg der BT hängt, wie bei der OP, von der Kompetenz der behandelnden Ärzt:in ab. Bitten Sie Ihre Ärzt:in Ihnen bei der Suche nach einem erfahrenen Radioonkologie-Team zu helfen.

Vor- und Nachteile:

Mit zunehmendem Einsatz modernster Methoden, wie bildgesteuerte Strahlentherapie (IGRT) und SBRT, wird die Brachytherapie heute weniger häufig eingesetzt. Weniger als 5 % der Patienten werden damit behandelt. Einige bevorzugen diese

Methode allerdings, da sie keine täglichen Besuche im Behandlungszentrum erfordert.

Neuere Studien haben gezeigt, dass die Brachytherapie, mit der sehr hohe Strahlendosen verabreicht werden können, im Vergleich zur externen Strahlentherapie eine höhere Nebenwirkungsrate aufweist. Die LDR Brachytherapie hat etwa dreimal so viele Nebenwirkungen beim Urinieren und auch schlimmere Begleiterscheinungen wie erektile Dysfunktion, häufiges Wasserlassen, Harnwegsobstruktion mit Kathetereinsatz und rektale Verletzungen mit Blutungen. Patienten mit großer Prostata oder häufigen Problemen beim Wasserlassen sind schlechte Kandidaten für die BT. Außerdem müssen Patienten besprechen, ob sie nach der Therapie ein Kind auf dem Schoß halten dürfen oder in sonstiger Weise eingeschränkt sind.

WEITERE STRAHLENTHERAPIE TYPEN

- **Konforme 3D-Strahlentherapie:**

Form der Strahlentherapie, die effektiv auf den Tumor zielt, aber auch auf eine kleine Menge gesunden Gewebes (z.B. des Rektums, der Blase). Aus diesem Grund werden heute modernere Techniken, die geringere Nebenwirkungen haben, bevorzugt.

- **Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT):**

Nutzt die Leistung moderner Computer und komplexer Algorithmen, um die Intensität der Dosis und des Strahlenbündels zu modulieren und zu gestalten, um die Prostata gezielter zu bestrahlen. Die IMRT berücksichtigt durch ein integriertes CT-Gerät auch kleinste Lageänderungen des Tumors. Wird in 20 bis 44 Behandlungen durchgeführt.

- **Bildgesteuerte Strahlentherapie (IGRT):**

Eine Form der IMRT, jedoch noch präziser. IGRT nutzt mehrere Möglichkeiten, um sicherzustellen, dass der Tu-

mor (und nicht das umliegende Gewebe) mit hohen Dosen von Strahlung behandelt wird. Zu diesen Methoden gehört die Platzierung von Goldmarkern, die die Strahlung in der Prostata anzeigen.

- **Stereotaktische Körperbestrahlungstherapie (SBRT):**

Eine Form der IGRT. Einzigartig ist jedoch, dass die Behandlung in nur 5 Behandlungen statt der üblichen 20 bis 44 Behandlungen bei der klassischen IMRT/IGRT stattfindet.

SBRT ist eine der neueren Formen der Strahlentherapie und ist noch nicht in allen Behandlungszentren verfügbar. Studien haben gezeigt, dass sie, wenn sie in einem großen Krebszentrum von erfahrenen Ärzt:innen durchgeführt wird, sicher und ebenso wirksam ist und sehr geringe Nebenwirkungen hat, ähnlich wie eine 8- bis 9-wöchige Strahlentherapie.

HORMONTHERAPIE MIT BESTRAHLUNG

Bei der Hormontherapie, auch Androgendeprivationstherapie genannt (ADT), wird entweder die Bildung, Ausschüttung oder die Wirkung von männlichen Geschlechtshormonen (Androgene) gehemmt. Diese wird manchmal zusammen mit einer Strahlentherapie bei lokal begrenzter Erkrankung durchgeführt. Sie

wird aber auch alleine oder in Kombination mit anderen Behandlungen bei metastasiertem Prostatakrebs eingesetzt.

Die ADT besteht aus einer testosteronsenkenden Spritze, die je nach Präparat alle 1 bis 6 Monate verabreicht wird. Manchmal kommt eine tägliche Pille zum Einsatz, die verhindert, dass das Testosteron die Krebszellen erreicht. Klinische Studien



haben gezeigt, dass Patienten mit aggressiver, lokal begrenzter Erkrankung, die eine ADT zusammen mit Strahlentherapie erhalten, davon profitieren. Die ADT verbessert nachweislich die Heilungsraten von Prostatakrebs bei Männern, die eine Strahlentherapie erhalten. Sie ist Teil der Standardbehandlung für Männer mit ungünstigem Prostatakrebs mit mittlerem Risiko und fast allen Prostatakrebsarten mit hohem Risiko.

Bei ungünstigem Krebs mit mittlerem Risiko wird sie häufig 4 bis 6 Monate lang verabreicht (Kurzzeit-Hormontherapie), bei Männern mit lokal begrenztem Hochrisikoprostatakrebs 1,5 bis 3 Jahre lang.

Eine Hormontherapie sollte nicht bei Männern mit Prostatakrebs mit geringem Risiko durchgeführt werden und ist keine eigenständige Behandlung für lokalisierten Prostatakrebs in jeder Risikokategorie.

OPERATION VERSUS BESTRAHLUNG

Die Heilungschancen sind bei fast allen neu diagnostizierten lokal begrenzten Prostatakarzinomen gleich hoch – unabhängig davon, ob Sie sich einer Strahlentherapie oder OP unterziehen.

Der Hauptunterschied zwischen OP und Strahlentherapie liegt in der Lebensqualität und den Nebenwirkungen. Jeder Patient hat andere Prioritäten, was die Lebensqualität betrifft. Deshalb ist es wichtig, dass Sie sich Zeit nehmen, um Ihre Optionen zu verstehen.

Ihr Ärzteteam wird Ihre Art von Krebs beurteilen und einen Behandlungsplan entwickeln, der eine Bestrahlung ohne OP, eine OP ohne Bestrahlung, eine Kombination aus beidem oder keine der beiden Möglichkeiten vorsieht. In einigen Fällen wird zusätzlich eine Hormontherapie durchgeführt.

Experimentelle Therapien

Chirurgie und Strahlentherapie sind nach wie vor die Standardbehandlung **für lokal begrenzten Prostatakrebs**. Seit kurzem stehen auch andere neue Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Für bestimmte Patienten stellen sie eine sinnvolle Alternative dar.

Bislang gilt keines dieser Verfahren als Standardbehandlung für lokalisierten Prostatakrebs, da sie im Vergleich zu Bestrahlung oder Operation nicht durch randomisierte klinische Untersuchungen unterstützt werden.

– Protonenstrahltherapie:

Protonen ähneln den Photonen (herkömmliche Röntgenstrahlentherapie). Es ist jedoch nicht erwiesen, dass die Protonenstrahltherapie die Heilungsraten oder die Lebensqualität im Vergleich zu anderen Formen der Strahlentherapie verbessert. Und: Sie kann sogar rektale Nebenwirkungen verstärken. Es gibt keine abgeschlossenen Kopf-an-Kopf-

Studien, in denen die Protonenstrahltherapie mit einer OP oder der herkömmlichen Röntgenbestrahlung (Photonen) verglichen wurde. Die Protonenstrahltherapie wird oft als experimentelle oder unbewiesene Behandlung von Prostatakrebs angesehen. Sie wird in Österreich oft nicht von den Krankenkassen über-

Fokale Therapien:

Therapieformen, die nur auf einen Bereich der Prostata abzielen, in dem der Tumor vermutet wird, anstatt die gesamte Prostata zu behandeln. Bei keiner dieser Therapien wurde bisher in großen klinischen Studien derselbe langfristige Erfolg wie bei OP oder Strahlentherapie nachgewiesen, so dass sie noch als „experimentelle Therapien“ gelten.

Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls/eines erneuten Krebs-

nommen und ist in der Regel sehr teuer.

– Kryotherapie (Kryochirurgie oder Kryoablation):

Diese Therapie gibt es seit Jahren, wird jedoch nur selten angewendet. Sonden werden durch den Damm (zwischen Hodensack und Anus) in die Prostata eingeführt. Argon-Gas oder flüssiger Stickstoff wird in die Prostata geleitet, wodurch die Prostatazellen buchstäblich eingefroren werden und damit zu Grunde gehen. Im Laufe der

nachweises ist bei der fokalen Therapie hoch, da Prostatakrebs in mehr als 80 % der Fälle „multifokal“ ist. D. h.: selbst wenn die Biopsie und/oder die MRT-Untersuchung ergeben haben, dass sich der Krebs nur in einem Bereich befindet, ist der Tumor wahrscheinlich in vielen Bereichen der Prostata vorhanden. Tatsächlich deuten einige Studien darauf hin, dass mehr als 30 % der Tumore im MRT der Prostata nicht sichtbar sind.

Jahre wurde eine Reihe von Modifikationen vorgenommen, um eine Schädigung der umliegenden Strukturen durch das Gefrieren zu vermeiden, aber die Raten für Erektions- und Harn-drangstörungen sind dennoch nach wie vor hoch, wenn die gesamte Prostata behandelt wird. Daten zu den Langzeitergebnissen sind noch begrenzt. Es gibt auch Untersuchungen, bei denen nur ein Teil der Prostata mit Kryotherapie behandelt wird („fokale Therapie“).

Die Kryotherapie wird auch versuchsweise als sekundäre lokale Therapie bei Männern eingesetzt, die sich einer Strahlentherapie als Erstbehandlung für lokal begrenzten Prostatakrebs unterzogen haben. Zu den Nebenwirkungen dieser gehören weitere Harn oder Sexualprobleme und erektile Dysfunktion. Die Therapie kann zu Verletzungen von umliegendem Gewebe wie Rektum oder Blase führen.

– Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU):

Es werden Prostatazellen so stark erhitzt, dass sie absterben. Dazu wird eine Sonde in den Enddarm eingeführt, von der aus Ultraschallwellen ins Zielgebiet geleitet werden. Die Neben-

wirkungen hängen von den Fähigkeiten und der Erfahrung der Chirurg:in ab. Schwerwiegende Nebenwirkungen treten selten bis nie auf. Inkontinenz ist nahezu unmöglich und auch die negativen Auswirkungen auf die Erektion sind gering. Die meisten Veröffentlichungen zeigen aber, dass die Rezidivrate bei der HIFU-Behandlung in Relation höher ist als bei OP oder Strahlentherapie, aber die Lebensqualität ist wesentlich besser. HIFU ist ein Bereich von wachsendem Interesse mit sehr vielversprechenden Ergebnissen

bei der Krebskontrolle und der Lebensqualität.

– Primäre Hormontherapie:

Da Testosteron als Haupttreibstoff für das Wachstum von Prostatakrebszellen dient, ist es ein häufiges Ziel der Behandlung. Die Hormontherapie (ADT) soll die Freisetzung stoppen oder verhindern, dass Testosteron auf die Prostatazellen trifft. Die ADT, die schon immer eine wichtige Rolle bei Männern mit fortgeschrittenem metastasiertem Prostatakrebs gespielt hat, wird bei loka-



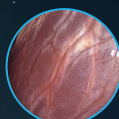
lisiertem Prostatakrebs zunehmend in Kombination mit einer Strahlentherapie eingesetzt. Denn Studien haben gezeigt, dass diese Kombination das Langzeitüberleben erhöht. **Eine Hormontherapie alleine, so zeigen Daten, sei jedoch keine wirksame Behandlungsstrategie für Männer mit lokalisertem Prostatakrebs.** Es gibt bestimmte seltene Situationen, in denen andere Krankheiten eines Patienten, der allgemeine Gesundheitszustand oder das fortgeschrittene Alter die alleinige ADT in Betracht ziehen, aber das ist die Ausnahme.

Seien Sie ein informierter Patient:
Informieren Sie sich über alle Möglichkeiten, die für Ihre Krebserkrankung in Frage kommen, vergleichen Sie Behandlungsmöglichkeiten und Nebenwirkungen und besprechen Sie Ihre Entscheidungen gegebenenfalls mit Ihrer Familie.

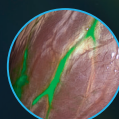
Synergy^{ID}

Near-Infrared Fluorescence Imaging

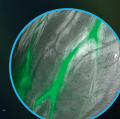
- Synergy^{ID} ist ein System, das auf die modernste 4K-Darstellung aufbaut und die Realität mit überragenden Funktionen wie der Fluoreszenz-Bildgebung erweitert, um eine bessere Visualisierung zu ermöglichen als je zuvor
- Die vollständig integrierte Fluoreszenz-Technologie ermöglicht die Verwendung der Nahinfrarot-Fluoreszenz-Bildgebung in verschiedenen Modi, bei allen Eingriffen und jederzeit, genau dann, wenn Sie sie brauchen
 - Darstellung der gastrointestinalen Perfusion
 - Darstellung der Anatomie der Gallenwege
 - Darstellung des Lymphsystems



Normales
sichtbares Licht



Normales
sichtbares Licht
+ NIR*-Überlagerung



Sichtbares Licht
in Graustufen
+ NIR*-Überlagerung



Nur NIR*

* NIR = near-infrared

arthrex.com



© 2024-05 Arthrex GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

4K
Synergy^{ID}
autoclear

Arthrex



Leben mit



Krebs

Leben mit und nach Prostatakrebs

WAS SIE WÄHREND DER THERAPIE ERWARTET

Psychische Gesundheit:

Ihre psychische Verfassung spielt bei Ihrer Erkrankung eine entscheidende Rolle. Von der positiven Einstellung bis hin zur Kontrolle Ihrer Ernährung und Ihres Sportprogramms – Ihre allgemeine psychische Gesundheit ist ein Eckpfeiler bei der laufenden Behandlung und Kontrolle Ihrer Krankheit.

Genau wie bei Ihrer Diagnose und unabhängig davon, für welche Behandlung Sie sich entscheiden, können Sie schwierige Gefühle in Bezug auf Ihre Situation haben. Das Leben mit Prostatakrebs kann sich auf Ihre Selbstwahrnehmung und Ihre Interaktionen mit Ihrer Umwelt auswirken. Es ist wichtig, dass Sie mit sich ins

Reine kommen und sich von Ihrem Ärzteteam, Freunden und Familie helfen lassen.

Viele Patienten entscheiden sich dafür, proaktiv an Selbsthilfegruppen teilzunehmen oder mit einer Psychotherapeut:in zu arbeiten. Andere

fühlen sich in einem persönlichen Gespräch mit anderen Prostatakrebsüberlebenden wohler. Bedeutsam ist, dass Sie sich selbst in den Vordergrund stellen und sich auf die Art und Weise melden, die für Sie geeignet ist.

Erkundigen Sie sich bei dem Krankenhaus oder dem Krebszentrum, in dem Sie behandelt wurden, ob es Empfehlungen für Beratungsdienste gibt. Diese sind für Patienten oft kostenlos.

GUT ZU WISSEN

Neue Gefühle in Bezug auf die Behandlung sind normal.

Denken Sie daran, dass Sie damit nicht allein sein müssen.



MAXIMIERUNG DER LEBENSQUALITÄT

Als Mann mit Prostatakrebs machen Sie sich möglicherweise große Sorgen über Nebenwirkungen der Behandlung. Sprechen Sie mit Ihrer Ärzt:in über Ihre Fragen und Bedenken, sowohl bei der Auswahl der Behandlung als auch während der Therapie. Erkundigen Sie sich nach Empfehlungen für Verhaltensänderungen, mit denen

Sie Nebenwirkungen reduzieren oder vermeiden können. Es gibt viele Missverständnisse darüber, wie häufig Nebenwirkungen auftreten können, wie schwerwiegend sie wirklich sind oder sein sollten und was man tun kann, um diesen entgegenzuwirken. Viele der Nebenwirkungen, die Männer nach einer lokalen Behandlung am meisten fürchten, sind seltener und weniger schwerwiegend als in der Vergangenheit.

Dies ist zurückzuführen auf:

- **Technische Fortschritte in Chirurgie und Strahlentherapie**
- **Die ständige Suche nach neuen Wegen, um Nebenwirkungen zu vermeiden**
- **Fortschritte in der Therapieverabreichung**

Es bleibt jedoch wichtig zu verstehen, wie und warum Nebenwirkungen auftreten, und zu lernen, wie Sie ihre Auswirkungen auf Ihr Leben minimieren können. Der Schlüssel ist eine kontinuierliche und proaktive Kommunikation mit Ihrem Ärzteteam über Komplikationen, die Sie am meisten vermeiden möchten, und das Auftreten von Nebenwirkungen. Prüfen Sie zudem Behandlungsoptionen

im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Komplikationen.

Nehmen Sie Medikamente?

Sprechen Sie weiters mit Ihrem Ärzteteam über Medikamente, die Sie bereits einnehmen.

GUT ZU WISSEN

Die frühzeitige Behandlung von Nebenwirkungen trägt nachweislich dazu bei, dass Patienten ein längeres und besseres Leben führen.

AstraZeneca 

Leading a Revolution in Oncology

www.onkologie-mit-mut.at



DRIVING
INNOVATION
TOGETHER



Überwachung auf ein Rezidiv

Nach Abschluss der Erstbehandlung von lokal begrenztem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs besteht die nächste Phase in der Überwachung auf ein Rezidiv, d. h. ein erneutes Wachstum der Krebszellen irgendwo in Ihrem Körper. Diese Überwachung auf ein Rezidiv umfasst in der Regel PSA-Tests, die in den ersten 3 bis 5 Jahren alle 3 bis 6 Monate und danach jährlich wiederholt werden. Wenn Ihr PSA-Wert ansteigt, kann dies ein Zeichen dafür sein, dass der Krebs zurückkehrt, oder es kann ein Zeichen für etwas anderes sein.

STATINE

Statine werden häufig zur Senkung des Cholesterinspiegels eingesetzt. Mehrere Studien deuten auf mögliche Vorteile für Männer mit Prostatakrebs hin. Bei Hochrisiko-Patienten war die Sterblichkeitsrate bei Männern, die Statine einnahmen, um 20 % geringer. Weitere Untersuchungen sind erforderlich, aber das Fazit lautet: Wenn Sie bereits Statine einnehmen, sollten Sie mit Ihrer Ärzt:in darüber sprechen, ob Sie sie während der Behandlung beibehalten sollen.



Novartis – Medizin neu denken

Zielgerichtete Therapien
bei unterschiedlichen
Tumorentitäten



Führend

in Forschung und Entwicklung neuer
Medikamente zur Gewährleistung
einer besseren Patientenversorgung

Nebenwirkungen

WAS SIE WISSEN SOLLTEN

Da die Prostata in der Nähe lebenswichtiger Strukturen liegt, können Prostatakrebs und seine Behandlungen die normale Harn-, Darm- und Sexualfunktion stören. In diesem Abschnitt werden die Nebenwirkungen beschrieben, die nach OP oder Strahlentherapie bei lokal begrenztem oder lokal fortgeschrittenem Prostatakrebs auftreten können. Zu Nebenwirkungen im Zusammenhang mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Prostatakrebs. Bevor Sie sich für eine Behandlung entscheiden, besprechen Sie mit Ihrer Ärzt:in welche Nebenwirkungen im schlimmsten Fall auftreten können.

FUNKTION DER HARNWEGE

Nach einer OP:

Unter normalen Umständen bleiben die Schließmuskeln der Harnblase (Muskelbänder an der Basis der Blase und an der Basis der Prostata) fest verschlossen und verhindern, dass der in der

Blase gespeicherte Urin ausläuft. Beim Wasserlassen werden die Schließmuskeln entspannt, und der Urin fließt aus der Blase durch die Harnröhre und aus dem Körper.

Bei der **Prostatektomie** – der chirurgischen Entfernung der Prostata – wird die Blase nach unten gezogen und an der Stelle, an der die Prostata saß, mit der Harnröhre verbunden. Wenn der Schließmuskel an der Basis der Blase dabei beschädigt wird, kann es zu Harninkontinenz oder -verlust kommen. Bei fast allen Männern tritt unmittelbar nach der OP eine Form von Inkontinenz auf, die sich jedoch mit der Zeit und mit Kräftigungsübungen bessert.

Die Mehrheit erlangt innerhalb eines Jahres die Kontrolle über den Urin wieder; etwa einer von fünf Männern hat langfristig eine leichte Inkontinenz, die die Verwendung von Einlagen erfordert. Die Rate hängt von den Faktoren des Patienten (Alter über 65 und Übergewicht sind Risikofaktoren) und der Erfahrung der Chirurg:in ab.

GUT ZU WISSEN

Prostatakrebs wächst über Jahre und Jahrzehnte. Berücksichtigen Sie kurz- und langfristige Faktoren der Lebensqualität, wenn Sie Behandlungsentscheidungen treffen.

Beckenbodentraining („Kegels“) bringt Verbesserung. Wenn die Inkontinenz länger als ein Jahr anhält, kann eine **Harnröhren-**

schlinge oder ein **künstlicher Schließmuskel** helfen. Männer mit einer Obstruktion (Einen-gung) durch BPH (Vergrößerung der Vorsteherdrüse) können davon ausgehen, dass sich ihr Harnstrahl nach der OP deutlich verbessert.

Nach der Strahlentherapie:

Diese wird gezielt auf die Prostata gerichtet. Dank moderner Technologie wird die Strahlendosis von Blase und Enddarm weggeleitet. Die Harnröhre verläuft durch die Prostata und wird daher bestrahlt. Glücklicherweise ist die Harnröhre sehr widerstandsfähig – ein langfristiger



Harnverlust ist selten (weniger als 1 von 100). Sie kann jedoch während und über Monate nach der Therapie gereizt sein, was

zu einer leichten Zunahme der Häufigkeit des Wasserlassens und des Harndrangs – auch nächtens (Nykturie) – führt.

PATIO

LEBEN MIT PROSTATAKREBS



Die App **PATIOSpots**

Dein digitaler Wegweiser im
Alltag mit Prostatakrebs



Information - Orientierung - Community
mit hilfreichen Features

Mehr Infos: www.patiospots.com

DARMFUNKTION

Stuhl passiert über den Darm den Enddarm und wird über den Anus ausgeschieden. Eine Schädigung dessen, kann zu Problemen wie rektalen Blutungen oder Durchfall führen.

Bei der **Prostatektomie** ist es sehr selten (weniger als 1 %), dass Männer danach eine veränderte Darmfunktion haben. In seltenen Fällen von lokal fortgeschrittenem Krebs, bei denen der Krebs ins Rektum eingedrungen ist, kann die OP zur Schädigung des Enddarms führen, aber in diesen Fällen wird die OP nicht häufig durchgeführt.

Da der Enddarm hinter der Prostata liegt, kann er während der Behandlung bestrahlt werden. Bei der modernen Strahlentherapie (IMRT, IGRT) treten mäßige oder schwere Darmprobleme nur sehr selten auf. Bei Verwendung eines Rektalspacers (schützendes Hydrogel) sinkt diese Rate auf nahezu 0 %. Während der Behandlung kann es zu weicheren Stühlen kommen, die nach Therapieende abklingen.

Bei moderner Bestrahlung treten nur bei 2 % der Männer rektale

Blutungen auf. Mit Rektalspacer sinkt diese Rate unter 1 %. Besprechen Sie, welche Art der Strahlentherapie für Sie geeignet ist, da ältere Formen (3D-konforme) rektale Nebenwirkungen erheblich verstärken können.

OPERATION VERSUS STRAHLENTHERAPIE

Es gibt keine einfache Antwort, wenn es um die Wahl zwischen den Behandlungen geht. Auch wenn viele danach langfristig eine gute Harn- und Darmfunktion haben, ist es doch so, dass Ihr Körper weder für eine OP noch eine Strahlentherapie geschaffen ist und dass Sie mit Nebenwirkungen rechnen müssen.

Im Allgemeinen führt eine OP eher zu Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion in der ersten Zeit danach.

Bei Bestrahlungen ist es wahrscheinlicher, dass es zu häufigem Wasserlassen, Harndrang oder Nykturie kommt, dass das Risiko einer rektalen Toxizität größer ist und dass die Erektionsfähigkeit später abnimmt.

Sexualität

FRUCHTBARKEIT

Nach den häufigsten Prostatakrebsbehandlung (OP, Strahlen- oder Hormontherapie) ist es unwahrscheinlich, dass Sie fruchtbar sind. Bei der chirurgischen Entfernung der Prostata werden die Samenblasen und ein Teil des Samenleiters entfernt, wodurch die Verbindung

zu den Hoden unterbrochen wird. Der Orgasmus kann weiterhin stattfinden – jedoch ohne Ejakulat. Eine natürliche Befruchtung ist somit nicht mehr möglich. Bestrahlung zerstört ebenfalls die Prostata und die Samenblasen, Chemo- und Hormontherapie schaden der Spermienproduktion.



Wenn Sie in der Zukunft ein Kind zeugen möchten, thematisieren Sie die Erhaltung der Fruchtbarkeit und die Kryokonservierung von Spermien – vor der Behandlung.

SEXUELLE FUNKTION

Unabhängig davon, ob die Nerven bei der OP geschont wurden oder ob bei der Strahlentherapie eine möglichst genaue Dosisplanung vorgenommen wurde, bleiben Erektionsstörungen die häufigste Nebenwirkung. Das liegt daran, dass Nerven und Blutgefäße, die den physischen Aspekt Erektion steuern, unglaublich empfindlich sind und jedes Trauma zu Veränderungen führen kann.

Andere weniger häufige, behandelbare Nebenwirkungen, die die Funktion beeinträchtigen können, sind Narbenbildung im Penis (Peyronie-Syndrom) und Klimakturie (Abgabe einer kleinen Menge Urin während des Samenergusses). Abgesehen von den kurzfristigen Nebenwirkungen gibt es auch Anlass zu großem Optimismus: Auf dem Markt gibt es heute viele ausgezeichnete Behandlungen zur Steuerung der Erektionsfähigkeit (siehe Seite 52).

Tatsächlich stellen die meisten Männer mit intakten Nerven innerhalb von 1 bis 2 Jahren nach der Behandlung eine deutliche Verbesserung fest. Moderne Studien haben jedoch gezeigt, dass 40 % der Männer nach der OP eine gewisse Erektionsfähigkeit verlieren.

Es ist wichtig, daran zu denken, dass Ihre maximale Funktionalität nach der Behandlung nur so gut sein kann, wie sie vor der Behandlung war. Der beste Indikator dafür, wie es Ihnen nach der Behandlung gehen wird, ist der Gesundheitszustand, in dem Sie sich vor der Behandlung befanden.

NICHT VERGESSEN

Die Fähigkeiten der Mediziner:innen können erheblichen Einfluss aufs Ergebnis haben! Männer mit bestehender erektiler Dysfunktion und/oder anderen Erkrankungen oder Störungen, die die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Erektion beeinträchtigen (Diabetes, Gefäßprobleme), werden es schwerer haben, die Funktion vor der Behandlung wiederzuerlangen.

Vier Hauptkomponenten der erektilen Funktion können durch eine Prostatakrebsbehandlung beeinträchtigt werden:

1. Die Libido (Sexualtrieb)

wird durch eine Hormontherapie (senkt Testosteron) verringert. Sie können eine niedrige Libido haben und trotzdem eine Erektion

GUT ZU WISSEN

Männer können auch ohne Ejakulation das Lustempfinden eines Orgasmus haben.

Prostatektomie:

Seit den 1980er Jahren werden die meisten Männer mit lokal begrenzter Erkrankung, je nach Risikogruppe, mit einer so genannten „nervenschonenden“ Prostatektomie behandelt.

Ziel des Verfahrens ist es, die Prostata und die Samenblasen zu entfernen und dabei die Nerven in der Nähe der Prostata zu schonen. Studien haben gezeigt, dass etwa 30-60 % der Männer, die vor der Operation eine Erektion haben, diese Fähigkeit auch 2 Jahre nach der Operation beibehalten.

Diese Zahl variiert stark mit der Erfahrung der Chirurg:innen, dem Alter und der Fettleibigkeit. Im Allgemeinen haben Männer

mit Prostatakrebs mit geringerem Risiko überdurchschnittlich häufig eine Erektionsfähigkeit.

Im Gegensatz dazu ist es bei Prostatakrebs mit hohem Risiko schwieriger, die Nerven zu schonen, da der Tumor möglicherweise in mehr Gewebe eingedrungen ist, was zu unterdurchschnittlichen Erektionsraten führt.

Wenn Sie nach der Operation eine Strahlentherapie erhalten, steigt die Wahrscheinlichkeit einer erektilen Dysfunktion, da Sie den kumulativen Nebenwirkungen beider Behandlungen ausgesetzt sind.

tion bekommen, aber es ist schwieriger für Männer, die weniger Interesse an Sex haben. Der Sexualtrieb kehrt zurück, sobald sich Ihr Testosteronspiegel nach Abschluss der Hormontherapie normalisiert hat.

Abgesehen von der Hormontherapie können Diagnose und Be-

handlung komplexe Gefühle wie Traurigkeit und Angst auslösen. Diese Gefühle können ebenfalls den Sexualtrieb beeinträchtigen. Scheuen Sie sich nicht vor Einzel- oder Paarberatung.

2. Die mechanische Fähigkeit

ist die Fähigkeit, eine feste Erektion zu erreichen. Sie wird von

Strahlentherapie:

Ähnlich wie bei einer Operation können Schäden an Blutgefäßen und Nerven nach einer Strahlentherapie zu einer verminderten Erektionsfähigkeit führen. Der Zeitpunkt der Auswirkungen kann jedoch unterschiedlich sein. Im Allgemeinen wirkt sich die Strahlentherapie in den ersten 5 bis 10 Jahren nach der Behandlung weniger stark auf die Erektionsfähigkeit aus als eine Operation. Etwa 60 % bis 85 % der Männer, die vor der Behandlung eine Erektionsfähigkeit hatten, behalten sie auch nach der Behandlung. Die Strahlentherapie hat im Vergleich zur Operation verzögerte Auswirkungen auf die Erektionsfähigkeit; innerhalb von 15 Jahren nach der Behandlung sind die Raten

ähnlich wie bei denjenigen, die sich einer Operation unterzogen haben.

Diese Raten scheinen nicht durch eine kurzfristige (4 bis 6 Monate) Hormontherapie beeinflusst zu werden, sondern eher durch eine langfristige (18 bis 36 Monate) Hormontherapie.

Neuere Techniken in der Strahlentherapie, die so genannte „gefäßschonende“ Strahlentherapie, haben vielversprechende Ergebnisse für den Erhalt der Erektionsfähigkeit gezeigt, wobei fast 90 % der Männer ihre ursprüngliche Funktion beibehalten. Diese Technik wird derzeit in einer randomisierten Studie getestet. Fragen Sie Ihren Radioonkologen nach der gefäßschonenden Strahlentherapie.

Nerven und Gefäßen gesteuert, die eng mit der Prostata und den Strukturen in der Nähe des Penis verbunden sind. Die mechanische Fähigkeit kann durch OP und Strahlentherapie beeinträchtigt werden.

3. Der Orgasmus (Klimax)

kann nach der Behandlung schwieriger sein, insbesondere wenn die Libido gering ist oder die Erektion nicht mehr so fest ist wie früher. Außerdem kann sich anfangs Unbehagen einstellen, wenn Sie zum Höhepunkt kommen. Dies ist nur vorübergehend.

4. Die Menge des Ejakulats

kann nach der Behandlung minimal sein. Prostata und Samenblasen, die für die Produktion zuständig sind, werden während der Behandlung entfernt und/oder bestrahlt, so dass kein oder nur wenig Ejakulat produziert wird. Sie können zwar eine Erektion haben und einen Orgasmus erreichen, aber es kann sein, dass nichts „herauskommt“. Anfänglich, vor allem nach der OP, kann es sein, dass Sie Blut ejakulieren, was sich mit der Zeit bessern wird.

MANAGEMENT DER EREKTILEN FUNKTION

Orale Medikamente wie Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®) und Vardenafil (Levitra®) – eine Klasse von Medikamenten, die zusammen als PDE5-Hemmer bekannt sind – entspannen die Arterien im Penis, so dass das Blut schnell einfließen kann. Etwa 75 % der Männer, die sich einer nervenschonenden Prostatektomie oder präziseren Formen der Strahlentherapie unterziehen, haben berichtet, dass sie nach Einnahme erfolgreich Erektionen bekommen. Erkundigen Sie sich, ob diese Medikamente für Sie geeignet sind. Personen, die nitrathaltige Medikamente einnehmen, z.B. gegen Angina pectoris oder Herzprobleme, kommen möglicherweise nicht in Frage.

Alprostadil (MUSE®) – winziges Medikamentenkügelchen, das durch die Öffnung an der Penisspitze in die Harnröhre eingeführt wird. Wie orale Medikamente regt es auch den Blutfluss an. Etwa 40 % der Männer haben berichtet, dass sie nach der Einnahme erfolgreich Erektionen bekommen hatten, aber die Ergebnisse sind oft uneinheitlich.

Alprostadil (CaverJect®) verwendet den selben Wirkstoff wie MUSE, wird aber durch eine Injektion direkt in den Penis verabreicht. Obwohl fast 90 % der Männer, die CaverJect verwenden, ca. 6 Monate nach der Therapie über Erektionen berichteten, haben viele Männer Bedenken, sich regelmäßig selbst zu injizieren. Die Behandlung wird daher erst dann eingesetzt, wenn andere Methoden nicht wirken. Sie ist eine der beständigen wirksamen Optionen.

Mechanische Geräte können eine Lösung für diejenigen sein, die nicht bereit oder in der Lage sind, Medikamente einzunehmen, oder sie können als Ergänzung zu Medikamenten eingesetzt werden.

GUT ZU WISSEN

Hüten Sie sich vor frei verkäuflichen Behandlungen, Nahrungsergänzungsmitteln oder teuren experimentellen Behandlungen, die wundersame Ergebnisse versprechen.

– **Vakuumkonstriktionsgerät (Vakuumpumpe)** erzeugt eine Erektion auf mechanischem Wege, indem sie das Blut mit Hilfe eines Vakuums in den Penis presst. Da das Blut wieder abfließt, sobald das Vakuum unterbrochen wird, wird ein Gummiring auf die Penisschwanzwurzel gerollt, der den Penis ausreichend verengt, damit das Blut nicht entweicht. Etwa 80 % der Männer sind mit diesem Gerät erfolgreich, aber auch hier gibt es eine hohe Ausfallsquote. Beachten Sie, dass der Verengungsring an der Penisschwanzwurzel die Blutzufuhr unterbricht. Deshalb muss der Ring nach dem Sex sofort entfernt werden.

– **Chirurgisch eingesetztes Penisimplantat** Es kann bis zu 100 % wirksam sein, und etwa 90 % der Männer sind auch nach 10 Jahren noch mit ihrem Implantat zufrieden. Es besteht aus einem schmalen, flexiblen Kunststoffschlauch, einem ballonartigen Gebilde und einem Auslöseknopf. Der Penis bleibt schlaff, bis eine Erektion erwünscht ist. Dann wird der Auslöseknopf gedrückt, und die Flüssigkeit aus dem Ballon füllt das Kunststoffrohr, wodurch der Penis nach oben gezogen wird und

eine Erektion entsteht. Der Eingriff wird unter Vollnarkose durchgeführt.

Lassen Sie sich beraten, welche dieser Optionen für Sie in Frage kommt. Vermutlich hat man Ihnen geraten, mit oralen Medikamenten zu beginnen. Doch nicht jeder ist dafür geeignet – z.B. Männer mit Gefäßerkrankung oder eingeschränkter Nervenfunktion. Wenn das zutrifft, fragen Sie, ob Sie direkt mit einer Pumpe oder In-

jektionen – traditionell Mittel zweiter Wahl – beginnen sollten.

So wie die Prostata Cancer Stiftung ein starker Befürworter der Präzisionsmedizin ist, glauben wir an präzise Lebensstil-Behandlungen für Männer, damit sie nach der Behandlung ein erfülltes Leben führen können. Sprechen Sie mit Ihrer Ärzt:in über die Nebenwirkungen und die Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungen.



Besser bedeutet,
Krebs zu bekämpfen

Unsere Behandlungen gegen Prostatakrebs ermöglichen Vätern
und Großvätern die Chance, länger am Leben teilzuhaben.

Science for Better
www.bayer.com



Guter Lebensstil



STÄNDIGE VERBESSERUNGEN FÜR EINE GESUNDE LEBENSWEISE

Von dem Moment an, in dem bei Ihnen Krebs diagnostiziert wird, ist es wichtig, dass Sie bewusste Entscheidungen über Ihren Lebensstil treffen. Diese sind für den Erfolg Ihrer Behandlung und Ihre Genesung von entscheidender Bedeutung und eine gute Möglichkeit, die Kontrolle über Ihr Leben zurück zu erlangen.

Es gibt immer mehr wissenschaftliche Belege dafür, dass eine gesunde Ernährung und ein gesunder Lebensstil das Wachstum und Fortschreiten von Prostatakrebs verlangsamen können. Ergebnisse deuten darauf hin, dass z. B. regelmäßiger Kaffeegeuss (1–2 Tassen pro Tag) aggressiven Formen von Prostatakrebs vorbeugen kann. Eine andere Studie deutet darauf hin, dass die Bakterien in Ihrem Darm, das so genannte

Mikrobiom, die Fähigkeit Ihres Immunsystems, gut auf eine Krebsbehandlung zu reagieren, verändern können.

ERNÄHRUNG

Einfache Änderungen können dazu beitragen, die Zeit bis zur Rückkehr zur normalen Funktion zu verkürzen und das Risiko zu verringern, dass der Krebs wieder auftritt oder sich verschlimmert. Alle diese Empfehlungen gelten auch für die Erhaltung der allgemeinen Gesundheit, für Sie und Ihre Familie. Die klassische „Mittelmeerdiät“ ist entzündungshemmend und herzgesund und gibt jedem Prostatakrebsüberlebenden eine bessere Chance, seine Lebenserwartung zu maximieren.

1. Gemüse. Binden Sie gekochte Tomaten (mit Olivenöl) und Kreuzblütler (wie Brokkoli und Blumenkohl) in Ihre Mahlzeiten ein. Bestimmte Obst- und Gemüsesorten enthalten große Mengen an Antioxidantien. Sie helfen bei der Beseitigung freier Radikale, die gesunde Zellen angreifen.

2. Fett und Eiweiß. Fettmenge, die Sie durch rotes Fleisch und Milchprodukte zu sich nehmen, auf ein Minimum beschränken!

Studien zeigen, dass die Aufnahme von gesättigten Fetten mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von fortgeschrittenem Prostatakrebs verbunden ist. Vermeiden Sie verarbeitetes Fleisch. Stattdessen: Fisch, mageres Geflügel oder pflanzliche Proteine (Nüsse und Bohnen).

3. Versuchen Sie, Ihre Vitamine mit der Nahrung aufzunehmen, d.h. mit Ernährung, die reich an buntem Gemüse und Vollkornprodukten ist, anstatt sich auf Vitaminpräparate zu verlassen. Ausnahme: Vitamin D. Vermeiden Sie insbesondere übermäßige Kalziumersatzpräparate. Besser: dunkelgrünes Blattgemüse, Soja, Mandeln.

BEWEGUNG

Bewegung ist für einen gesunden Lebensstil unerlässlich. Überlebende von Prostatakrebs sollten sich so viel bewegen, wie sie körperlich in der Lage sind, und zwar in einem Tempo, das ihrer persönlichen Fitness entspricht. Es gibt immer mehr Forschungsstudien, die darauf hindeuten, dass Bewegung während der Krebsbehandlung das langfristige Überleben verbessern kann, wenn sie mit traditionellen Therapien kombiniert



wird. Selbst leichte sportliche Betätigung verringert nachweislich das Risiko eines erneuten Auftretens von Prostatakrebs und verbessert die Überlebenschancen der Patienten, selbst bei fortgeschrittenen Formen der Erkrankung.

Wenn Sie Sport treiben, erhöht sich Ihre Herzfrequenz und damit auch die Geschwindigkeit, mit der nährstoffreiches Blut durch den Körper zirkuliert. Wenn Sie in der Lage sind, Sport zu treiben, gehen Sie so zügig wie möglich (3 oder mehr Kilometer pro Stunde), und versuchen Sie, nach und nach stärkere Aktivitäten wie Joggen, Schwimmen oder Radfahren hinzuzufügen.

Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Bewegung den Energiestoffwechsel, den oxidativen Stress, die Immunität und die Androgen-Signalwege beeinflusst und daher für Männer mit Prostatakrebs von Vorteil ist. Vor allem aber verringert Bewegung die Entzündungswerte, die das Wachstum von Prostatakrebs fördern. Es ist erwiesen, dass Bewegung das Risiko eines erneuten Auftretens von Prostatakrebs deutlich verringert. Der Schlüssel zum Sport ist Konsequenz: Trainieren Sie so regelmäßig wie möglich, an den meisten Tagen der Woche, und steigern Sie die Intensität Ihres Trainings, wenn Sie dazu in der Lage sind.

Eine positive Einstellung zusammen mit einer gesunden Ernährung und regelmäßige Bewegung helfen während der Genesung und auch für den Rest Ihres Leben.

ÄNDERUNGEN DES LEBENSSTILS

Neben der Ernährung und der körperlichen Betätigung gibt es weitere Lebensstilfaktoren, die mit dem Risiko und dem Fortschreiten von Prostatakrebs in Verbindung gebracht werden können.

RAUCHSTOPP

Wirkt lebensverlängernd. Der gesundheitliche Nutzen beginnt am ersten Tag nach dem Aufhören! Jüngste Erkenntnisse deuten außerdem darauf hin, dass Rauchen mit einem aggressiveren Prostatakrebs zum Zeitpunkt der Diagnose verbunden ist.

Darüber hinaus haben Raucher ein höheres Risiko für das Fortschreiten des Prostatakrebses, einschließlich des Wiederauftretens und der Metastasierung. Rauchentwöhnung wird auch mit einer verbesserten Durchblutung des Penis und besseren Erektionen in Verbindung gebracht.

BODY-MASS-INDEX (BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße (in m)}^2}$$

Der BMI ist ein Maß für den Körperfettanteil. Ein Wert von 18,5 bis 24,9 gilt als gesundes Gewicht, von 25 bis 29,9 als Übergewicht und ein BMI von 30 oder höher als Fettleibigkeit. Ein hoher BMI ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, an tödlichem Prostatakrebs zu erkranken, und es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass Adipositas (entweder vor oder zum Zeitpunkt der Diagnose) mit einem erhöhten Risiko für das Wiederauftreten, das Fortschreiten und die Sterblichkeit von Prostatakrebs einhergeht. Dies könnte auf biologische Mechanismen zurückzuführen sein, an denen Insulin, veränderte Spiegel männlicher Hormone (Androgene) und die zelluläre Aktivität im Fettgewebe beteiligt sind. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Fettleibigkeit die Häufigkeit von Harninkontinenz nach einer OP erhöht. Nährstoffreiche Ernährung und regelmäßige Aktivität tragen wesentlich dazu bei, ein gesundes Gewicht zu halten.

Klinische Studien



SIND KLINISCHE STUDIEN FÜR MICH GEEIGNET?

Dank klinischer Studien sind wir auf dem heutigen Stand der Prostatakrebsbehandlungen. Sie dienen zur Erforschung eines neuen Medikamentes, oder zu einer besseren Behandlung und beweisen somit deren Wirksamkeit. Durch die Teilnahme an einer klinischen Studie können Sie sich an den Forschungsbemühungen und -fortschritten beteiligen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärzt:in, um herauszufinden, ob eine Studie für Sie in Frage kommt.

**Aktuelle klinische Studien
zu Prostatakrebs und
offene Studienprojekte
an der Medizinischen
Universität Wien finden
Sie unter:**





Wir sind für Sie da

Das Team aus Ärzt:innen, Studienkoordinator:innen, Mitarbeiter:innen des Labors und der allgemeinen Organisation hofft, dass Sie diesen Leitfaden hilfreich fanden. Er soll Patienten und Betreuer:innen informieren und unterstützen.

Auf unserer Webseite **www.stop-prostatakrebs.at** unterrichten wir alle Interessierten regelmäßig über Neuigkeiten und Veranstaltungen zum Thema Prostatakrebs. Vielen Dank, dass Sie uns helfen, unsere Bewegung bekannt zu machen und die Botschaft der Hoffnung zu verbreiten.

Ihr Shahrokh Shariat und das STOP Prostatakrebs-Team

Prof. Dr. Shahrokh Shariat ist Leiter der Universitätsklinik für Urologie am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien. Nach dem Studium an der Medizinischen Universität Wien folgten unter anderem Anstellungen am Baylor College of Medicine in Houston, an der University of

Texas Southwestern in Dallas, am Memorial Sloan Kettering Cancer Center und am Weill Cornell Medical Center in New York. Er führt die Liste der weltweit führenden Experten für Prostatakrebs an und ist maßgeblich an zahlreichen Forschungsgruppen für Prostatakrebs beteiligt.



Persönliche Notizen

[illegible]



KREBS. WIR MACHEN FORTSCHRITTE.

Wir hören genau zu, um zu verstehen, was wirklich wichtig ist. Wir verbinden Herz, Wissenschaft und Innovation, um bestmögliche Therapien und Lösungen für Patient:innen zu entwickeln.

Wir arbeiten unermüdlich daran, die Bedeutung einer Krebserkrankung nachhaltig zu verändern!

Das ist The Power of Purpose.

Janssen-Cilag Pharma GmbH
Vorgartenstrasse 206B
A-1020 Wien

THE POWER OF PURPOSE®

janssen  Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

powered by

Platinum Partners

Besuchen Sie die
Stop Prostatakrebs Website



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

Gold Partners



Copper Partners



Pop-Up Partners

