

Die wahren Effekte der Prostatakarzinomtherapie

Was den Patienten am meisten bringt

In der Therapie des Prostatakarzinoms gibt es verschiedene Optionen: aktive Überwachung (active surveillance), Bestrahlung und die chirurgische Entfernung der Prostata. Nicht immer ist eine «erfolgreiche» Therapie auch die beste für den Patienten, der seinerseits den Erfolg an der verbliebenen Lebensqualität misst. In der EUPROMS-Studie wurden Prostatakarzinompatienten nach erfolgter Therapie nach ihrer Einschätzung der Lebensqualität in verschiedenen Bereichen befragt. Die «active surveillance» erhielt die besten Noten.

Die Studie sei einmalig in dieser Art, berichtete Dr. André Deschamps, Antwerpen (BE), Chairman der Organisation EUROPA UOMO, der Dachorganisation von Prostatakarzinom-Patientenorganisationen aus 27 Ländern, an der Game-Changing-Session am EAU-Kongress.

Für die Studie wurden europaweit Patienten mit Prostatakarzinom und vor 6 Jahren erfolgter Therapie aufgefordert, online über ihr Befinden in bestimmten Bereichen Auskunft zu geben. Verwendet wurden 3 verschiedene validierte Fragebogen (EPIC-26, EORTC-QLQ-C30, EQ-5D-5L), die in 19 Sprachen zur Verfügung standen. Es kamen 2943 brauchbare Antwortbogen aus 24 europäischen Ländern zusammen. Das entspricht etwa 0,1 Prozent der gesamten Patientenpopulation in Europa. Die Patienten waren im Median 70 Jahre alt, die Diagnosestellung erfolgte in einem medianen Alter von 64 Jahren. 66 Prozent der Patienten hatten 1 Therapie erhalten, 22 Prozent 2 Therapien, 12 Prozent 3 und mehr Therapien. Die häufigsten Therapien waren dabei chirurgische Eingriffe, Bestrahlung und aktive Überwachung.

Bei der Frage nach den am meisten belastenden Symptomen mittels EORTC-QLQ-C30-Symptom-Score wurden Fatigue und Insomnie am häufigsten genannt. Deshalb wurden die verschiedenen Therapieformen hinsichtlich dieser beiden Symptome analysiert. Dabei zeigte sich, dass Bestrahlung und Chemotherapie im Vergleich zur aktiven Überwachung zu erhöhter Fatigue führen, die Insomnie jedoch keiner The-

rapie mit Ausnahme der Chemotherapie klar zugeordnet werden kann. Die Studienautoren vermuten, dass die Krankheitsprogression für die Schlaflosigkeit verantwortlich ist.

Bei der Frage zur grössten Beeinträchtigung in bestimmten Domänen wie Urininkontinenz, Urinobstruktion, Darm, Sexualfunktion und Hormone (EPIC-26) wurden Harninkontinenz und Sexualfunktion am meisten genannt. Bei der Analyse der einzelnen Therapieformen wurde dann festgestellt, dass die radikale Prostatektomie am häufigsten eine Urininkontinenz nach sich zieht, die Chemotherapie am zweithäufigsten. Die Sexualfunktion leidet unter einer Chemotherapie am meisten, absteigend unter Bestrahlung und unter dem chirurgischen Eingriff etwas weniger, die aktive Überwachung schneidet am besten ab.

Das führt zu folgender «Rangliste» der von den Patienten genannten Belastungen:

- ▲ Der Score für Urininkontinenz war unter der radikalen Prostatektomie am tiefsten. Je tiefer die Punktzahl, desto höher die Belastung.
- ▲ Der Score für Sexualfunktion war nach Bestrahlung am tiefsten. Je tiefer die Punktzahl, desto schlechter die Funktion.
- ▲ Fatigue- und Insomniescores waren nach Bestrahlung und Chemotherapie am höchsten. Je höher die Punktzahl, desto höher die Belastung.
- ▲ Die Chemotherapie führt zur schlechtesten Lebensqualität.

Die Lebensqualität sei bei Patienten mit Prostatakarzinom ausser bei aktiver Überwachung immer beeinträchtigt. Diese Therapieform sollte wenn immer möglich bevorzugt und allen dafür infrage kommenden Patienten gewährt werden, so der eindringliche Appell von Deschamps. Er hoffe, dass diese Resultate zu einer realistischen Einschätzung und Erwartungshaltung der verschiedenen Therapien beitragen.

Eine Befragung zur Lebensqualität sollte überall dort durchgeführt werden, wo das Prostatakarzinom früh entdeckt werden kann. Es sollte alles unternommen werden, damit die Lebensqualität nicht unnötig verschlechtert wird. ▲

Valérie Herzog

Aktive Überwachung (active surveillance)

Die EAU-Guidelines empfehlen, Patienten mit einer Lebenserwartung von > 10 Jahren und einer Low-Risk-Erkrankung (PSA < 10 ng/ml, Gleason-Score < 7, cT1-2a), eine aktive Überwachung anzubieten. Das PSA sollte dabei alle 6 Monate gemessen werden, eine digital-rektale Untersuchung alle 12 Monate erfolgen. Bei Anstieg des PSA, einer tastbaren Vergrösserung der Prostata oder einer radiologischen Progression, entdeckt mittels multiparametrischer Magnetresonanztomografie (mpMRI), sollte eine erneute Biopsie durchgeführt werden (1).

Quelle: «Game changing session 3». Jahreskongress der European Association of Urology (EAU), 17. bis 19. Juli, virtuell.

Referenz:

1. Mottet N et al.: EAU-Guideline Prostate Cancer. www.uroweb.org/guideline. Letzter Zugriff: 23. 7.20.