

## Prostatakarzinom - Fragen an den Arzt bei PSA-Wiederaufstieg nach primärer Strahlentherapie

Dieses Informationsblatt richtet sich gezielt an Patienten mit einem Wiederaufstieg des PSA-Wertes, bei denen zunächst erfolgreich eine Strahlentherapie der Prostata eingesetzt wurde. In dieser Situation können sich viele Unsicherheiten ergeben. Hier finden Sie einige wichtige Fakten und Anregungen für Fragen an den Arzt, die zur Klärung Ihrer persönlichen Situation beitragen können. Der PSA-Wiederaufstieg nach einer radikalen Operation als Erstbehandlung ist Gegenstand von Informationsblatt Nr.1007.

Auch wenn die Heilungschancen eines organbegrenzten Prostatakarzinoms nach primärer Strahlentherapie gut sind, kommt es dennoch bei 1 bis 5 von 10 Männern, die in heilender Absicht bestrahlt wurden, innerhalb von 10 Jahren zu einem Wiederauftreten der Erkrankung (Rezidiv). Erstes und oft einziges Zeichen eines Rezidivs ist in den meisten Fällen ein Wiederaufstieg des PSA-Wertes im Blut.

Nach in heilender Absicht durchgeführter Strahlentherapie spricht man von einem so genannten **PSA-Rezidiv**, auch biochemisches Rezidiv, wenn es nach Erreichen eines Tiefstwertes (PSA-Nadir) zu einem in mindestens zwei Messungen bestätigten PSA-Anstieg von mehr als 2 ng/ml über den PSA-Nadir gekommen ist. Ein solcher PSA-Anstieg ist zumeist als Hinweis auf erneutes Tumorwachstum zu deuten. Ist z.B. der tiefste PSA-Wert nach Strahlentherapie bei 0,6 ng/ml, dann spricht man ab einem Wert von über 2,6 ng/ml von einem biochemischen Rezidiv. Eine zweite Messung sollte im Abstand von etwa drei Monaten durchgeführt werden.

Zunächst wird versucht werden, den PSA-Anstieg weiter abzuklären. Entscheidend hierbei ist die Beantwortung folgender Fragen: handelt es sich um

- einen örtlichen Rückfall im Bereich des Bestrahlungsgebietes (Lokalrezidiv) oder um
- Tumorabsiedlungen in anderen Organen (Fernmetastasen) mit oder ohne Lokalrezidiv?

Anhaltspunkte liefern der zeitliche Abstand des PSA-Anstiegs zur Strahlentherapie, die biologischen Eigenschaften des Tumors (Gleason Score, Grad der Bösartigkeit/Grading) bei der Erstdiagnose und die PSA-Verdopplungszeit: Liegt die Strahlenbehandlung länger als drei Jahre zurück, war der Tumor auf die Prostata begrenzt sowie von geringer Bösartigkeit und ist der PSA-Wert langsam angestiegen, spricht dies eher für einen örtlichen Rückfall. Bei PSA-Wiederaufstieg bereits im ersten Jahr nach der Strahlentherapie, kurzer PSA-Verdopplungszeit, hohem Bösartigkeitsgrad und/oder Lymphknotenbefall bei der Erstdiagnose steckt eher eine Metastasierung dahinter.

### Fragen, die Sie im Zusammenhang mit der Abklärung des PSA-Anstiegs mit Ihrem Arzt besprechen sollten:

- Gibt es bei mir für die Erhöhung des PSA-Wertes eine andere Erklärung als ein Wiederauftreten des Prostatakarzinoms?
- Was spricht in meinem Fall für ein Lokalrezidiv, was für eine Metastasierung bzw. für eine Kombination von beiden?
- Welche Untersuchungen könnten die Ursache für meinen PSA-Anstieg klären helfen? (PSA-Verdopplungszeit, Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT, auch Kernspintomographie genannt), Positronenemissionstomographie (PET) (Kostenfrage muss geklärt werden), PET-CT (Kostenfrage muss geklärt werden), Knochenszintigramm, Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie)).

Oft geben diese Untersuchungen allerdings keinen eindeutigen Aufschluss über die Ursache des PSA-Anstiegs. Man spricht dann von einem isolierten PSA-Rezidiv.

Allgemeingültige Empfehlungen zum Vorgehen bei isoliertem PSA-Rezidiv gibt es nicht.

### Prinzipiell sind in dieser Situation drei Strategien möglich:

- Abwartendes Beobachten: d.h. keine Behandlung, aber engmaschige ärztliche Kontrolle

- Hormontherapie
- Örtliche Therapie eines Lokalrezidivs, in erster Linie Operation („Salvageprostatektomie). Wird diese Strategie in Betracht gezogen, sollte vor der Behandlung eine feingewebliche Sicherung durch eine Biopsie aus der Prostataregion angestrebt werden.

**Die Entscheidung für eine der drei Strategien sollte bestimmt werden durch:**

- eine günstige Ausgangssituation und gute Erfolgsaussichten für die jeweilige Vorgehensweise (Beispiele: Abwartendes Beobachten kann für einen 80jährigen, der schon einen Herzinfarkt hatte, die beste Strategie sein; ein 60jähriger mit Lokalrezidiv kann durch eine örtliche Therapie geheilt werden);
- den Patientenwunsch nach Abwägung von Nutzen und möglichen Nebenwirkungen der jeweiligen Behandlung.

**Behandlungsmöglichkeiten bei isoliertem PSA-Anstieg nach primärer Strahlentherapie**

Um zu klären, welcher Weg im individuellen Fall der geeignete ist, und um Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten abzuwägen, führen folgende Fragen weiter:

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es prinzipiell in meiner Situation?
- Wie schnell muss ich mit einer Behandlung beginnen?
- Wie ist voraussichtlich der weitere Krankheitsverlauf, falls ich mich nicht behandeln lasse (auch kein abwartendes Beobachten)?

**Abwartendes Beobachten**

- Welche Untersuchungen sind in welchen Abständen erforderlich, wenn ich mich für das abwartende Beobachten entscheide?
- Wie ist der weitere mutmaßliche Krankheitsverlauf?

**Hormontherapie**

- Welche Formen der Hormontherapie gibt es, und welche wäre für mich am besten geeignet? Warum?
- Welche Nebenwirkungen haben die verschiedenen Formen der Hormontherapie?
- Gibt es Möglichkeiten, eventuelle Nebenwirkungen der Hormontherapie zu vermeiden oder zu behandeln?
- Wie wird die Erkrankung vermutlich weiter verlaufen, wenn ich mich für eine Hormontherapie entscheide?

**Örtliche Therapie, z.B. Operation und andere örtliche Verfahren**

- Welche örtlichen Therapieformen gibt es?
- Welche Nebenwirkungen sind mit einer örtlichen Therapie verbunden?
- Gibt es Möglichkeiten, die Nebenwirkungen der örtlichen Therapie zu vermeiden oder zu behandeln?
- Wie wird die Erkrankung vermutlich verlaufen, wenn ich mich für eine örtliche Therapie entscheide?
- Wäre eine Hormontherapie begleitend zur örtlichen Therapie sinnvoll?