

# Bericht aus Essen 2012

## Prostatakarzinom : Interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten im Wandel

Informationsforum - Mittwoch, 27. Juni 2012 im Alfried Krupp Krankenhaus  
Ausgewählte Sätze aus meinem Mitschrieb incl. ergänzender Erläuterungen und Kommentare.

### IMRT-Bestrahlung des Prostatakarzinoms.

Was ist wünschenswert? Was ist machbar? - Dr. med. Ralf Oppenkowski  
Eine interessante Veranstaltung im gerammelt vollen Veranstaltungssaal des Alfried-Krupp-Krankenhauses in Essen. Schon in der Anmoderation wurde der intensive Patientenbezug deutlich: Früher entschied der Pförtner, ob der Patient in Haus O oder Haus S kam, heute ist es der Patient selbst.

**IMRT:** Neue Möglichkeiten bereichern die Behandlungsoptionen. Dr. Oppenkowski erläuterte die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT). Die Inzidenz betrage 88 von 100.000 Einwohner. Wichtig sei das individuelle Risikoprofil, denn Karzinom sei nicht Karzinom und Gleason 2 sei anders zu behandeln als Gleason 5. Wenn bestrahlen, dann mit möglichst hoher Dosis. Wenn die Dosis erhöht wird, steigen die Nebenwirkungen. Lediglich 5% einer Intensitätserhöhung würden toleriert.

Es gäbe noch viele Verbesserungspotentiale in der Strahlentechnik u.a. die Hydrogeltechnik, eine flüssige Abschirmung von Prostatale und Enddarm. Das Mittel wird eingespritzt, baut sich innerhalb von 6 Monaten wieder ab, löst keine Allergien aus, bei T4 mit Rektumbeteiligung nicht einsetzbar. Die Kosten dafür liegen bei 2500 Euro, keine Kostenbeteiligung der GKV

**IGRT-System:** Die Lagevarianz bei der Prostatabestrahlung betrage bis 1,5 cm schwankend. Das IGRT-System erkennt durch vorher eingebrachte Goldmarker (minimale OP!) auf dem Weg durch die Röhre mm-genau die Position der Patienten.

### Zukunft:

In der Pipeline sei eine dynamische Zielführung IGRT mit ExacTrac, d.h. das System korrigiert während der einzelnen Bestrahlung anhand von Radiomarkern automatisch die Körperbewegungen. Die optimale Positionierung des Patienten wird jedoch durch eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie einen erhöhten BMI (adipöse Patienten) erschwert.

Das Calypso® Lokalisationssystem 4D ist ein Versuch, das Problem der Organbewegung bei externer Strahlentherapie in den Griff zu bekommen. Das Calypso-System funktioniert ähnlich wie die Goldmarker in der Prostata. M mit elektromagnetischer Transpondertechnik wird analysiert, wo die Prostata gerade ist.

**Problem:** Kosten rd. 2500 Euro, Keine Kostenübernahme durch die GKV, die Technik ist an den Hersteller des Linearbeschleunigers gebunden.

Bisher wird die gesamte Prostata mit Hochdosis bestrahlt, obwohl der Tumor nur Teilbereiche ausmacht. Ziel sei, nur die befallenen Areale gezielt zu bestrahlen.

Zum Schluß eine Aufzählung, was denn derzeit state-of-art sei:

IMRT	Standard
IGRT	reduziert NW
3D-konformal	nicht mehr..
Photonen	Standard
Hydrogel	nur eine zeitweise Verbesserung für Selbstzahler
Calypso 4D	reduziert NW

Finanzierbarkeit müsse beachtet werden, jedoch seien die Bestrahlungsgeräte überschaubar teuer.

## **Brachytherapie** Fr. Dr. Felicitas Guntrum

Eingangs wies Frau Guntram ganz deutlich darauf hin, dass die GKV die Kosten für eine stationäre Seedsbehandlung i.d.R. nicht übernehmen würde. Lediglich mit einigen wenigen KKHäusern seien Verträge für die ambulante Seedsimplantation abgeschlossen worden.

Ein wesentlicher **Vorteil** der Brachytherapie gegenüber der Externen Strahlentherapie sei die kurze Therapiedauer. Die Brachytherapie könne oftmals ambulant oder während eines eintägigen stationären Aufenthaltes erfolgen.

Der entscheidende Vorteil der Brachytherapie gegenüber der externen Strahlentherapie sei jedoch die Möglichkeit, eine deutlich höhere Dosis mit weitgehender Schonung des umgebenden Normalgewebes sowie der Harnröhre einzubringen. Zwei verschiedene Verfahren der Prostata- Brachytherapie müssen unterschieden werden:

- Die permanente Brachytherapie mit Jod-125- oder Palladium-103-Seeds
- Die temporäre Brachytherapie im Afterloading-Verfahren mit Iridium-192, die nach bereits erfolgter Externer Strahlentherapie durchgeführt wird

**Seeds sind für wen?** Für die permanente Brachytherapie mit Seeds kämen Patienten wie folgt infrage:

cT2a Nx oder N0M0

PSA < 10ng/ml

Gleason bis 7a

guter allgemeiner Status

Prostatavolumen <60ml

Tumoranteil in befallenen Stenzen <30% bei einer Länge von < 5mm

gute Miktion, guter Harnstrahl Qmax >15ml/sec

IPSS <18

**Wie geht das?** Die Seedsimplantation wird in der Regel in Vollnarkose oder in spinaler Anästhesie durchgeführt. Vor dem Eingriff wird die individuell auf jeden Patienten abgestimmte Verteilung und Lage der Seeds anhand einer ultraschallbasierten Bestrahlungsplanung berechnet. Zielvorgabe der Bestrahlungsplanung ist es, die Prostata mit einer Dosis von 145 Gy zu bestrahlen und gleichzeitig die Risikoorgane (Blase, Rektum, Urethra) ausreichend zu schonen. Die Schonung des Rektums ist gefährdet bei einer Bestrahlungsintensität ab ungefähr 20% der Gesamtbestrahlungsdosis. Abhängig von der Größe der Prostata und der Aktivität der „Seeds“ werden ca. 40-60 Seeds über ca. 15-20 Nadeln appliziert.

- Der Eingriff erfolgt kurzstationär.

- Er dauert ca. 60 bis 90 Minuten.

- Der Patient kann die Klinik spätestens am Tag nach dem Eingriff wieder verlassen.

- 4 Wochen nach der Implantation wird die korrekte Lage der Seeds kontrolliert.

- Der PSA-Verlauf wird durch vierteljährliche PSA-Kontrollen ermittelt.

**Akut-Nebenwirkungen** sind sehr stark abhängig von der individuellen Strahlensensibilität. Häufig sind lediglich vorübergehende Entzündungsreaktionen der unteren Harnwege mit einer initial verstärkten Harndrainsymptomatik, die nach ein paar wenigen Wochen abklingen. Strahlenbedingte Veränderungen des

Enddarmes und der Harnblase sind im Vergleich zur externen Strahlentherapie selten.

**Spätnebenwirkungen** sind: Blutungen am Rektum, Inkontinenz, Verengung der Harnröhre, Abnahme der Potenz über mehrere Jahre, jedoch medikamentös behandelbar, Schmerzen beim Orgasmus

+++++

**Das da-vinci-System** – Acht Jahre Erfahrung Dr. med. Stephan Buse

Dr. Buse zu Beginn: Das da-vinci-System ist das „richtige“ Gerät für den Urologen. Deutliche Vorteile gegenüber der "herkömmlichen" Laparoskopie (Bauchspiegelung) sind zum einen die Beweglichkeit der Instrumente mit 6 Freiheitsgraden, die Skalierbarkeit der Bewegung und das Ausschalten des Tremors (natürliche Zitterbewegungen der Hand), zum anderen die optische Vergrößerung und eine 3-dimensionale Sicht für den Operateur. Dies alles macht ein genaueres Operieren in engen Körperräumen möglich, wodurch Blutungen während der Operation deutlich verringert werden können

Weitere Vorteile für betroffene Patienten: Insgesamt werden sie durch dieses Operationsverfahren weniger geschwächt und können früher nach Hause entlassen werden. Wegen der kleineren Schnitte haben Patienten in der Regel auch weniger Schmerzen nach der Operation

In den USA gehört diese schonende Methode schon zum OP-Alltag vieler bekannter Krankenhäuser. So wurden 2006 bereits 40% aller radikalen Prostataoperationen mit dem da Vinci®-System ausgeführt

Dr. Buses Bericht fußt auf der Erfahrung von 650 Roboter-assistierten Operationen mit dem da-vinci-System. Im Durchschnitt dauere eine OP 156 Minuten, der Blutverlust läge bei durchschnittlich 120ml pro OP. Addipöse Patienten ließen sich sehr gut mit dem da-vinci-System operieren, der OP-Tisch sei mit 150 Kg belastbar. Da-vinci sei ein Marketing-Instrument, denn Patienten fragen z.B. die Mitarbeiter des Malteser Dienstes, zu welchem Krankenhaus sie fahren würden. Und der Wunsch sei überwiegend, in dem Krankenhaus eingeliefert zu werden, wo ein da-vinci-System stehen würde.

+++++

**Das Prostatakrebszentrum – Zertifizierung** – Dr. med. Alexander Göll

Fallzahlen, Leitlinien und die Ökonomie zwingen Arzt und Verwalter eines Krankenhauses zur Zertifizierung. Offen bliebe die Frage, was wird, wenn alle zertifiziert sind. Grundsätzlich könne man aber feststellen: Auch ohne Zertifizierung wird zumeist sehr gut therapiert.

+++++

**Protonen oder Photonen** – Ergänzende oder konkurrierende Bestrahlungsoption?

Prof. Dr. med. Martin Stuschke

Die Bestrahlung mit Protonen eigne sich in Deutschland aus wirtschaftlichen und medizinischen Gründen für höchstens fünf bis sechs solcher Zentren. "Für mehr sind nicht genügend Patienten vorhanden". Anmerkung: Ich meine auch herausgehört zu haben, die erheblichen Kosten könnten nicht refinanziert werden.

Der entscheidende **Vorteil** bestehe darin, dass diese Art von Strahlen wesentlich präziser ausgerichtet werden können. Im Ziel verlieren sie ihre Energie und führen punktgenau zur höchsten Strahlendosis am gewünschten Ort. Das Gewebe seitlich und hinter dem Tumor würde somit weitgehend geschont. Im Vergleich zur

bisherigen Form der Strahlentherapie wird so mit der Protonentherapie eine Dosiserhöhung im Tumor möglich. Genauer: Die Bestrahlung mit Protonen ist beim Prostatakarzinom vorteilhaft, weil mit dem gescannten Protonenstrahl eine Anpassung an Lage und Größe des Tumors möglich sei. Bestrahlt wird mit 74 bis 82 Gy, jeweils 5x wö mit 2Gy pro Sitzung. Die Behandlung mit den neuen Protonenstrahlen sei auch deutlich schonender. **Nebenwirkungen:** Es gäbe auch Streustrahlen oberhalb der Prostata, egal ob Photonen oder Protonen. Auch die Leber „bekommt etwas ab“. Die NW werden mit 0,5 bis 2% in den USA beziffert. Der Poterhalt nach der Protonenbestrahlung liege bei 80 bis 85 Prozent.. Essen plane vorerst keine Hypofraktionierung mit 3 Gy sondern bleibe bei 2 Gy. In Essen plane man den Einsatz der Protonenstrahlung nicht konkurrierend sondern komplementär.

**Meine Anmerkung:** Den Verzicht auf die Hypofraktionierung habe ich nicht verstanden. Es geht doch bei der Hypofraktionierung um die im Vorfeld –auch von den Herstellern/Anbietern- als vorteilhaft geschilderte Wirkenergie im Zielgebiet, um eine hocheffiziente und hochwirksame Bestrahlung in kürzerer Zeit und den damit verbundenen therapeutischen Gewinn. Wenn man da von vornherein Zweifel hat, die Hypofraktionierung sei eventuell oder doch ein Irrtum, sei vielleicht sogar ein Overkill, ja wozu dann eine solche Millionenbaustelle? Warum baut man dann so eine Art Superlabor und verschließt von vornherein die zukunftsweisenden Elemente? Oder anders ausgedrückt: Wird hier etwa ein für teuer Geld gebauter Super-ICE nur mit angezogener Handbremse gefahren? Ich hätte schon gern erfahren warum!

+++++

### **Die Systemtherapie des Prostatakarzinoms aus hämatoonkologischer Sicht –**

Dr. med. Heike Knipp.

Ausgewählte Sätze:

Therapie nur noch palliativ

Umfasst die Therapien von WW bis zu einer symptomorientierten Therapie

Ziel:

Verlängerung des Überlebens

hinauszögern

Verbessern der Lebensqualität

Chemotherapie möglichst spät

Die endokrine Erstlinientherapie erfolge mit einem LHRH (GnRH)

Die Alternative zur kontinuierlichen Hormontherapie (CAD) sei die iADT, die intermittierende Hoprmontherapie, d.h. 6-9 Monate therapieren, dann Pause unter Monitoring oder Bicalutamid (meine Anmerkung: letzteres habe ich nicht nachvollziehen können, nicht verstanden – wenn Pause, dann richtig Pause, oder?)

Bei Progress Wechsel des LHRH

Wenn Symptome oder schneller PSA-Anstieg, dann Chemotherapie

Standardchemotherapie mit Docetaxel+Prednison, nicht von unbegrenzter Dauer möglich, 6-8 Monate!

Bei erneutem PSA Anstieg Rechallenge nach einer Pause von 3 Monaten möglich.

Einsatz neuer Substanzen erwähnt: Abiraterone, MDV3100, Cabazitaxel, Alpharadin

LHRH geben solange es geht

Das rechtzeitige Einsteigen in eine wirksame palliative Behandlung soll einhergehen:  
Interdisziplinär, interprofessionell, sektorübergreifend.

+++++

**Prostatakrebs: Kontrolliertes Abwarten oder sofortiger Therapiebeginn –**  
Selbsthilfegruppe Essen – Heinz Davidheimann.

Kein Mitschrieb, keine Notizen.

+++++

Bielefeld im Dezember 2012  
WDF - PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs