

## **Bericht vom Besuch der Prostatakrebs Selbsthilfegruppe Münster am 28.07.2011**

Prof. Hertle und Dr. Bögemann, beide Uniklinik Münster, beantworteten Fragen der Teilnehmer

### **1. Ist Prostatakrebs erblich?**

Prof. Hertle:

Bei 15% der festgestellten PCa geht man davon aus, dass sie vererbt wurden.  
Je jünger der Betroffene mit PCA um so wahrscheinlicher ist die Vererbung an seine Nachfahren.

### **2. Sollten operierte Patienten grundsätzlich auch bestrahlt werden?**

Prof. Hertle:

Wenn der Krebs im Gesunden entfernt wird, ist eine anschließende Bestrahlung unsinnig.  
Bestrahlung ja, bei positiven Margins.

### **3. PET/CT hat ergeben, dass die Lymphknoten im kleinen Becken befallen sind. Was ist besser: Bestrahlen oder Operieren?**

Prof. Hertle:

PET/CT ist keine verlässliche Aussage, ob Lymphknoten metastasiert sind. PET/CT liefert ein "unspezifisches Leuchten". Ein solches Ergebnis ist mit Unsicherheit behaftet.  
Operieren ist kein aussichtsreicher Eingriff.  
Ein befriedigendes Bestrahlungsergebnis ist fraglich wegen der möglichen Größe (Umfang) des Strahlenareals und der eingehandelten nicht gerade geringen Nebenwirkungen.  
aussichtsreich ist eher eine antihormonelle Therapie

### **4. Urologe will bei steigendem PSA erst mit einem Antibiotikum prüfen, ob nicht doch eine Prostatitis vorliegt.**

Prof. Hertle:

Frage kann nicht ohne weiteres beantwortet werden, weil drei Krankheiten den steigenden PSA-Wert verursacht haben können: Prostatitis, gutartige Prostatavergrößerung und Prostatakrebs.  
grundsätzlich kann man davon ausgehen: eine Prostatitis ist mit Beschwerden verbunden.

### **5. Nutzen der Früherkennung**

Prof. Hertle:

der Nutzen der Früherkennung ist deutlich geringer als wie es erwartet wurde.

### **6. Was gibt es ganz allgemein an neuen Therapien beim z.B. fortgeschrittenen PCa?**

Prof. Hertle:

Der Fortschritt ist eine Schnecke.  
Pressemeldungen der Pharmaindustrie wecken übertriebene Hoffnungen, zielen aber auf Kurssteigerungen bei den Aktienmärkten ab. Die Effekte der Therapieverbesserungen sind nicht so groß wie der Effekt bzgl. der Auswirkungen auf die Aktienmärkte.  
Zumeist seien die Nebenwirkungen und Kosten neuer Medikamente groß, die medizinischen Effekte jedoch gering.  
Weitere Einzelheiten zu Medikamenten erläutert Dr. Bögemann (weiter unten!)

### **7. Ist eine Misteltherapie im Nachgang zu einer Bestrahlung empfehlenswert?**

Prof. Hertle:

Es gibt keinen Beweis, dass die Mistel etwas beim PCa bewirkt.

Bei der Schulmedizin werden höchste Ansprüche an die Effektivität gestellt, bei Mistel und Heilpilzen scheint das nicht so zu sein.

Das ist ein Markt von ca. 200 Mrd. Euro jährlich.

**8. Bin 73 Jahre alt, PSA stagniert bei 2,4 bis 2,6, habe keine Beschwerden. Was soll ich tun?**

Prof. Hertle:

weiter eine jährliche PSA Kontrolle machen

**9. Bringt eine MRT bei der Biopsie einen Nutzen?**

Prof. Hertle:

PCa ist eine "unanschauliche" Krankheit, die sich derzeit immer noch nicht eindeutig durch Bilder nachweisen läßt.

Mit MRT und endorektaler Spule hoffen Experten zunehmend "mehr" zu sehen bzgl. Detektion von Prostatakrebs.

**10. Ist eine DRU nach einer OP und sehr niedrigem PSA erforderlich?**

Prof. Hertle:

Weder die DRU noch ein Ultraschall (TRUS) sind in einer solchen Situation erforderlich.

**11. Gibt es eine Möglichkeit, Abiraterone im Rahmen eines Härtefallprogramms zu erhalten:**

Dr. Bögemann:

Nein, denn das Härtefallprogramm ist mit der Zulassung von Abiraterone durch die FDA am 14.04.2011 beendet, weil man in Deutschland Abiraterone nunmehr über die internationale Apotheke beziehen kann. Die Kostenübernahme muß mit der gesKV vorher als Einzelfallantrag geklärt werden.

Hinsichtlich der Zulassung von Abiraterone für Deutschland wird derzeit von Mitte September ausgegangen.

**12. Kann ich Abiraterone verordnet erhalten ohne vorherige Chemotherapie?**

Dr. Bögemann:

Nein, denn die Zulassung wird für Patienten erfolgen mit einem kastrationsresistenten PCa und einer vorherigen erfolglosen Therapie mit einem Taxan.

Sobald die Auswertung der Daten einer weiteren Studie abgeschlossen sind, in welcher Abiraterone an Patienten ohne Chemotherapie verabreicht wurde, könne man auf eine erweiterte Zulassung von Abiraterone (vor Chemotherapie) hoffen.

**13. Welche Rolle wird künftig Ketokonazol in der Therapie des hormonunabhängigen PCa spielen?**

Dr. Bögemann:

Das ohnehin nicht zur Behandlung des PCa zugelassene Ketokonazol wird nach Zulassung von MDV3100 und Abiraterone (beide Medikamente für Patienten ohne Chemotherapie) nicht mehr benötigt.

**14. Gibt es Studien mit Medikamenten, die lebensverlängernd wirken oder anstatt einer Hormontherapie verabreicht werden?**

Dr. Bögemann:

Derzeit würden in Studien MDV3100 und Tasquinimod erprobt für Patienten mit kastrationsresistentem PCa, die im Rahmen der Hormontherapie bisher alle

Therapieoptionen ausgeschöpft haben und bisher keine Chemotherapie erhalten hätten  
In solcher Situation sind künftig MDV3100 und TASQ vermutlich die besseren Therapeutika.  
Es könne sein, dass unter dem Eindruck der neuen Medikamente zukünftig die Reihenfolge  
der verabreichten antihormonellen Therapeutika neu überlegt werden müsse.

### **15. Was ist mit Alpharadin?**

Dr. Bögemann:

Alpharadin hat bei einer Zwischenauswertung in einer Phase-III-Studie bei Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakrebs (CRPC), bei denen bereits Metastasen in den Knochen aufgetreten waren, positive Ergebnisse gezeigt, die mittlere Gesamt-Überlebenszeit war deutlich verbessert.

Die Studie wird wegen der positiven Wirksamkeitsdaten jetzt vorzeitig beendet und die Patienten aus der Placebo-Behandlungsgruppe erhalten die Möglichkeit, zu der Behandlung mit Alpharadin zu wechseln

Aufgrund der überaus erfreulichen Studienergebnisse würde die Alpharadin Zulassung für 1. Halbjahr 2012 erwartet

### **16. XGEVA als Schutz vor Knochenmetastasen soll besser sein als Prolia?**

Dr. Bögemann:

Die Medikamente Prolia und XGEVA basieren beide auf Denosumab und unterscheiden sich in der Dosierung (hinsichtlich der Wirkstoffmenge) und der Verabreichung (Prolia 6monatig, XGEVA vierwöchig) XGEVA wurde im Rahmen dieser Studien alle vier Wochen als subkutane Injektion in einer Dosis von 120 mg verabreicht; Zoledronsäure dagegen wurde alle vier Wochen als 15-minütige Infusion i.v. gegeben

Prolia® (Denosumab) reduziert das Risiko für osteoporotische Frakturen im Vergleich zu Placebo. Direkte Vergleiche mit Bisphosphonaten liegen nicht vor

In Studien zeigte sich unter XGEVA klinisch eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Prävention von SREs verglichen mit Zoledronsäure.

Bei Patienten mit Knochenmetastasen war XGEVA gegenüber Zoledronsäure bei der Reduktion des SRE-Risikos nicht unterlegen

Mit der Zulassung von XGEVA in Deutschland wird für Mitte August 2011 gerechnet.

**Anmerkung:** Die vorstehenden Fragen der Betroffenen und die Antworttexte der Experten sind unsere persönlichen Aufzeichnungen. Garantieren können wir dabei weder Vollständigkeit noch Richtigkeit. Auch kann es sein, dass wir Sachverhalte möglicherweise nicht richtig verstanden haben. Vielleicht haben wir sogar die eine oder andere Terminologie nicht oder nur annähernd in den richtigen Zusammenhang gebracht. Wir sind halt nur medizinische Laien. (WDF+ASF)

Bielefeld, 29. Juli 2011

Wolfhard D. Frost und  
Annette Siekmann-Frost