Chemotherapie ist wesentlicher Therapiebestandteil beim mCRPC

— Steigt der PSA-Wert bei drei aufeinanderfolgenden Bestimmungen im Abstand von mindestens einer Woche an, ist die sekundäre Hormontherapie für Prostatakarzinompatienten ausgeschöpft, erklärte Prof. Udo Rebmann, Dessau. Ab diesem Zeitpunkt sind Therapien gefragt, die den klinischen Progress des laut Definition kastrationsrefraktären und in der Regel metastasierten Prostatakarzinoms (mCRPC) zumindest verlangsamten oder das Überleben verlängern, so Rebmann. Neben der Erstlinien-Chemotherapie mit Docetaxel (Taxotere®) steht derzeit Abirateronacetat zur Verfügung, für die Zweitlinientherapie nach Versagen von Docetaxel ist Cabazitaxel (Jevtana®) zugelassen. Auch wenn zurzeit weitere Substanzen mit

verschiedenen Ansätzen entwickelt werden, sich in Prüfung befinden oder vor der Zulassung stehen, sollte laut Rebmann die Chemotherapie wesentlicher Bestandteil der onkologischen Therapieplanung bleiben. Analog zu anderen Tumorentitäten könne man postulieren, dass ein mCRPC-Patient im Krankheitsverlauf möglichst viele – im Idealfall alle – verfügbaren Therapieoptionen erhalten solle. Studien und die Versorgungsrealität zeigen, dass Patienten umso länger überleben, je früher sie aggressiv gegen den Tumor gerichtet behandelt werden.

Nach aktuellem Kenntnisstand sind Patienten mit aggressiven Tumoren (Gleason 8–10, rascher PSA-Anstieg, Schmerzen) Kandidaten für eine First-Line-Chemotherapie mit Doce-

taxel. Auf der Suche nach der besseren Sequenz war die Reihenfolge Docetaxel (First-Line) und Cabazitaxel (Second-Line) der Sequenz Docetaxel (First-Line) und Abirateron (Second-Line) im Hinblick auf die Prognose überlegen [Malik, Z et al. J Clin Oncol 2012; 30(Suppl): Abstract e15135]. Nach den Chemotherapien erreichten immerhin 54% die Drittlinientherapie (Abirateron). Aus der Gruppe, die bereits in der First-Line mit Abirateron behandelt wurde, gelang das bei keinem.

Ute Ayazpoor

Workshop „Der Stellenwert der Chemotherapie bei mCRPC“ im Rahmen der Expertise Prostata, Berlin, 2. März 2013
Veranstalter: Sanofi-Aventis, Frankfurt

ED und BPS gemeinsam behandeln: erste Praxiserfahrungen gut

— Patienten mit erektiler Dysfunktion (ED) haben häufig weitere Erkrankungen, zu denen in vielen Fällen das benigne Prostatasyndrom (BPS) gehört. „Ich erlebe in meiner Praxis viele Patienten, die mit dem Wunsch, beide Erkrankungen behandeln zu lassen, zu mir kommen“, erklärt PD Dr. Tobias Engl, Oberursel, rund sechs Monate nach der erweiterten europäischen Zulassung für die Konstanztherapie mit Tadalafil (Cialis® 5 mg täglich). Als erste medikamentöse Option ermöglicht sie eine gleichzeitige Behandlung von ED und BPS. So ergab eine Untersuchung, in der Tadalafil 5 mg und

Tamsulosin jeweils gegen Placebo getestet wurden, dass beide Wirkstoffe einen ähnlich positiven Einfluss auf das BPS haben können. Nur Tadalafil ermöglichte aber auch eine Steigerung der erektilen Funktion [Oelke M et al. Eur Urol 2012; 61: 917–25]. Die ersten Praxiserfahrungen bestätigen die guten Ergebnisse bisheriger Studien: „Die Patienten können mit der Konstanztherapie den Geschlechtsverkehr zeitlich losgelöst von der Tabletteneinnahme genießen und mit BPS gleichzeitig ein zweites Krankheitsbild wirksam und verträglich behandeln lassen“, fasst Engl zusammen.

Dass die Tadalafil-Konstanztherapie einen ähnlich positiven Erfolg auf die Prostatabeschwerden haben kann wie die bisherige Standardmedikation mit dem Alphablocker Tamsulosin, hat eine aktive Kontrollstudie (keine direkte Vergleichsstudie) verdeutlicht, in der beide Wirkstoffe gegen Placebo getestet wurden. Nur Tadalafil ermöglichte neben der BPS-Verbesserung aber auch eine Steigerung der erektilen Funktion und der IPSS-bezogenen Lebensqualität.

Die langfristige Wirksamkeit der Konstanztherapie in Bezug auf ED und BPS ist in einer offenen Verlängerungsstudie belegt worden [Donatucci CF BJU Int 2011; 107: 1110–6]. Darin wurde außerdem deutlich, dass die Konstanztherapie auch über ein Jahr hinweg durch eine gute Verträglichkeit überzeugen konnte. Während mit Alphablockern und 5-Alpha-Reduktaseinhibitoren sexuelle Dysfunktionen als Nebenwirkung einhergehen können, zählen zu den häufigsten Nebenwirkungen von Tadalafil Kopfschmerz, Dyspepsie und Rückenschmerzen. In der Regel treten Nebenwirkungen unter Tadalafil ähnlich häufig auf wie unter Placebo. „Auch in der Praxis zeigt sich, dass die Nebenwirkungen bei der Konstanztherapie von ED und BPS auf einem niedrigen Niveau liegen“, so Engl.

Nach Informationen von
Lilly, Bad Homburg

© Anna Luyke / fotolia.com

ED-Patienten haben häufig auch ein benignes Prostatasyndrom