Onkologie 2019 · 25:290–293

<https://doi.org/10.1007/s00761-019-0558-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

T. Wiegel¹ · M. Graefen²¹ Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland² Martini-Klinik, Prostatakrebszentrum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Prostatakarzinom

Für kaum eine Tumorentität haben sich in den letzten Jahren sowohl die Diagnostik als auch die therapeutischen Entscheidungen so signifikant verändert wie bei dem lokal begrenzten, dem lokal fortgeschritten und dem fernmetastasierten Prostatakarzinom. Diesen vielfältigen Entwicklungen Rechnung zu tragen dient das Schwerpunktheft zum Prostatakarzinom der vorliegenden Ausgabe des Onkologen. In dieser Ausgabe wird ein breiter Bogen sowohl von der aktuellen Diagnostik des Prostatakarzinoms, den vielfältigen Behandlungsformen des lokal begrenzten Prostatakarzinoms wie aktive Überwachung, radikale Prostatektomie und perkutane Strahlentherapie auch als kombinierte Hormon- und Strahlentherapie sowie der postoperativen Therapie im Sinne der Salvage-Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie gespannt. Darüber hinaus sind wichtige Schwerpunkte die Diagnostik und metastasengerichtete interdisziplinäre Therapie des Prostatakarzinoms sowie die aktuellen medikamentösen Therapiekonzepte im Stadium der Fernmetastasierung.

Die diagnostische transrektale Biopsie ist weiterhin die einzige Möglichkeit, ein Prostatakarzinom sicher zu detektieren; allerdings verliert die alleinige randomisierte Probeentnahme zunehmend an Stellenwert. Zwei prospektiv-randomisierte Studien konnten zeigen, dass ein multiparametrisches MRT der Prostata vor einer diagnostischen Biopsie das Potenzial hat, einerseits die sog. Überdiagnostik zu vermindern und andererseits seltener klinisch relevante Tumoren zu übersehen. *Leyh-Bannurah et al.* beschreiben den Stellenwert des MRT in der Diagnostik und erläutern auch die wichtige Rolle dieser Bildgebung in der aktiven Überwachung sehr früh entdeckter

Prostatakarzinome. Während das Multiparameter-MRT bereits in den deutschen Leitlinien Einzug gefunden hat, ist die klinische Relevanz zusätzlicher Marker jenseits des PSA-Werts weiterhin begrenzt; eine aktuelle Übersicht zeigt die wichtigsten Entwicklungen.

Frühe Tumoren werden aktuell häufig zunächst aktiv überwacht und seltener direkt einer definitiven lokalen Therapie wie der Operation oder der Strahlentherapie zugeführt. Neben dieser Entwicklung verschob sich die Indikation sowohl für die radikale Prostatektomie als auch für die primäre Bestrahlung des Primärtumors immer weiter hin zu lokal fortgeschrittenen und auch metastasierten Prostatakarzinomen. Auch hier konnten randomisierte Studien den Vorteil einer lokalen Therapie in allen wichtigen Endpunkten aufzeigen. *Mandel et al.* beleuchten in Ihrem Beitrag die Rolle der operativen Therapie in dieser Tumorsituation, die häufig Teil eines multimodalen Therapiekonzepts ist.

Bei der Therapie des intermediären Risikoprofils des PCA ist aus radioonkologischer Sicht die kombinierte Hormon- und Strahlentherapie die Standardbehandlung. Die Hormontherapie erfolgt als Kurzzeithormontherapie über 6 Monate mittels LH-RH-Analogen. Aufgrund des erheblichen Nebenwirkungsprofils der LH-RH-Analogen-Therapie bis hin zu vermehrten kardiovaskulären Schädigungen steht die Deeskalation der antihormonellen Therapie bei gleichzeitiger Dosisescalation der Gesamtdosis der Strahlentherapie im Fokus. *M. Beck et al.* demonstrieren in ihrem Beitrag, wie über konsequente randomisierte Studien in dieser intermediären Risikosituation für verschiedene Untergruppen der Patienten zukünftig auf die zusätzliche antihormonelle The-

rapie komplett verzichtet werden kann, ohne Kompromisse im therapeutischen Ergebnis zu riskieren.

Bis zu 50 % der pT3-Tumoren (Kapselüberschreitung) nach radikaler Prostatektomie zeigen im weiteren Verlauf einen biochemischen Progress des Prostatakarzinoms. In dieser Situation ist die perkutane Strahlentherapie die einzige kurative Therapieoption. In den letzten 18 Monaten konnte in randomisierten Studien gezeigt werden, dass dieser kurative Therapieeffekt in bestimmten therapeutischen Situationen in Kombination mit einer antihormonellen Therapie Überlebensvorteile bietet. Diese neue, aber zunehmend eingesetzte kombinierte Therapie wird von *Bottke et al.* in seinem Beitrag ausführlich dargestellt, wobei insbesondere die Wahl der antihormonellen Therapie sowie deren Dauer noch viele Fragen offen lässt.

Gerade dem Stadium der Oligometastasierung, also dem fernmetastasierten Stadium bei Primärdiagnose, kommt inzwischen weitaus größere Bedeutung als bisher gedacht zu. Metastasengerichtete Therapien wie die radikale Lymphadenektomie bei Lymphknotenrezidiv oder die stereotaktische Konvergenzbestrahlung von Knochenmetastasen sind typische Beispiele, bei denen neue Hochdosiskonzepte der Strahlentherapie oder neue operative Techniken in die Routine überführt werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch die richtige prätherapeutische Diagnostik von entscheidender Bedeutung. Diesen wichtigen Aspekten gehen *Ehmann et al.* in ihrem Beitrag ausführlich nach.

Noch vor wenigen Jahren beruhten die medikamentösen Therapieoptionen des metastasierten Prostatakarzinoms im Wesentlichen auf der antiandrogenen Hormonbehandlung und der

Hier steht eine Anzeige.

Chemotherapie mit Docetaxel. In den letzten Jahren erfolgte die Zulassung vieler neuer Medikamente, welche die Differenzialindikation, basierend auf Tumorausdehnung, Symptomatik und Vortherapien mittlerweile sehr komplex werden lässt. In der Arbeit von *Knipper et al.* werden aktuelle Indikationsstellungen sowie pragmatische Vorschläge zur Sequenztherapie zusammengefasst.

T. Wiegel, Ulm
M. Graefen, Hamburg
für die Schriftleiter

H. Schmidberger, Mainz
für die Herausgeber

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. T. Wiegel
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie,
Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm,
Deutschland
thomas.wiegel@uniklinik-ulm.de

Interessenkonflikt. T. Wiegel und M. Graefen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hier steht eine Anzeige.