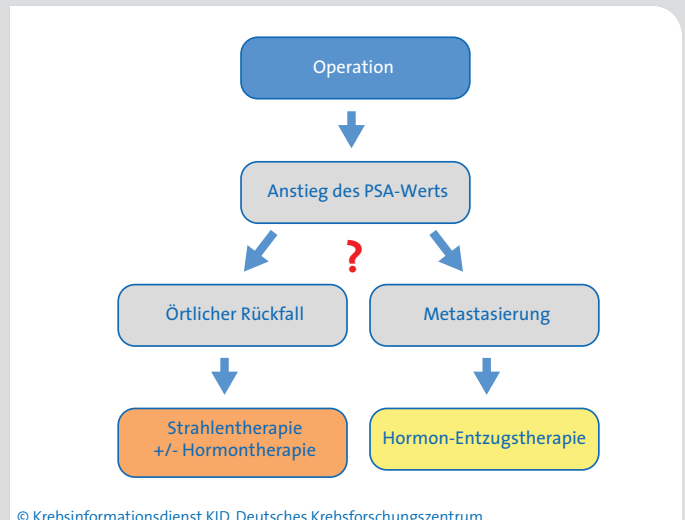


## PROSTATAKARZINOM: PSA-Wiederaanstieg nach Operation

- Nach einer operativen Entfernung der Prostata wegen Prostatakrebs (radikale Prostatektomie) fällt der Wert des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) innerhalb weniger Wochen in einen nicht nachweisbaren Bereich ab. Steigt der PSA-Wert erneut an, besteht der Verdacht auf einen Rückfall (Rezidiv).
- Der Verdacht bestätigt sich, wenn zweimal hintereinander PSA-Werte über 0,2 ng/ml gemessen werden. Liegen keine Beschwerden vor, spricht man von einem biochemischen Rezidiv.
- Aus Krankheitsmerkmalen bei Erstdiagnose, dem PSA-Verlauf und gegebenenfalls neuen bildgebenden Verfahren lässt sich abschätzen, ob es sich um einen örtlichen Rückfall (Lokalrezidiv) handelt oder ob man eher von einer Streuung ausgehen muss (Metastasierung). Danach richtet sich das weitere Vorgehen.



Im Folgenden werden Fragen von Patienten aufgegriffen, die bei einem PSA-Wiederaanstieg nach bereits erfolgreicher Therapie häufig gestellt werden.

### ➔ Bedeutet ein PSA-Wiederaanstieg immer einen Rückfall?

Wurde die Prostata mit dem Tumor operativ entfernt (radikale Prostatektomie), sollte der PSA-Spiegel innerhalb weniger Wochen in einen nicht nachweisbaren Bereich abfallen (unter 0,2 Nanogramm pro Milliliter [ng/ml]). Dies ist ein Hinweis auf die vollständige Tumorentfernung. In der Nachsorge wird der PSA-Wert regelmäßig kontrolliert. Steigt der PSA-Wert an, könnte es sein, dass der Tumor erneut wächst. Von einem Rückfall (Rezidiv) nach radikaler Prostatektomie spricht man dann, wenn der PSA-Wert über einen Wert von 0,2 ng/ml ansteigt und dies durch eine zweite Messung bestätigt wurde. Ist der Patient beschwerdefrei, spricht man häufig auch von einem „biochemischen Rezidiv“ oder einem „PSA-Rezidiv“.

### ➔ Örtlicher Rückfall oder Metastasen?

Es ist oft schwierig festzustellen, ob es sich um ein Lokalrezidiv (im Bereich des Operationsgebietes) oder um Tumorabsiedlungen in anderen Organen (Fernmetastasen) handelt. Die meisten bildgebenden Verfahren helfen hier nicht weiter. Es gibt aber Anhaltspunkte, die eine Beurteilung erleichtern: Entscheidend ist, wie lange nach der Operation der PSA-Wert wieder ansteigt, wie schnell er angestiegen ist und welche Eigenschaften der ursprüngliche Tumor hatte.

In der **Tabelle** auf Seite 2 des Informationsblattes ist aufgeführt, welche Anhaltspunkte entweder für ein Lokalrezidiv oder für eine Metastasierung sprechen können. Fragen Sie auch ihren Arzt, wie er die Wahrscheinlichkeiten in Ihrer Situation einschätzt.

### ➔ Warum sichert man das Wiederauftreten des Tumors nicht durch eine Gewebeprobe?

Auch wenn alles für einen örtlichen Rückfall spricht, gelingt es nicht immer, mit einer Gewebeprobe (Biopsie) Tumorzellen nachzuweisen. Dies gilt insbesondere für Patienten mit niedrigem PSA (unter 1 ng/ml), für die eine örtliche Bestrahlung des Rezidivs infrage kommt. Darüber hinaus würde der Nachweis von Krebszellen am ursprünglichen Ort der Prostata Metastasen andernorts im Körper nicht zweifelsfrei ausschließen.

Informationen über den PSA-Anstieg und die PSA-Verdopplungszeit können ausreichen, um über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Die Bedeutung bildgebender Verfahren bei der Diagnostik des biochemischen Rezidivs nimmt zu.

### ➔ Helfen bildgebende Verfahren weiter?

Geht man von einem Lokalrezidiv aus, kommt als weitere Behandlung eine Bestrahlung infrage. Diese sollte möglichst frühzeitig beginnen, also bei PSA-Werten unter 0,5 ng/ml. Bei solch niedrigen Werten ist der Tumor mit herkömmlichen bildgebenden Verfahren wie Ultraschall über den Enddarm (transrektaler Ultraschall, TRUS) oder Computertomographie (CT) nicht zuverlässig nachweisbar. Aussagekräftiger ist hier eine technische Weiterentwicklung der Magnetresonanztomographie (MRT), die sogenannte multiparametrische MRT. Sollen außerdem Fernmetastasen ausgeschlossen werden, kann eine spezielle Form der Positronenemissionstomographie (PET) sinnvoll sein: Die PSMA-PET macht das Prostata-spezifische Membranantigen (PSMA) sichtbar. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass eine Kombination aus PSMA-PET und CT schon bei sehr niedrigen PSA-Werten vergleichsweise zuverlässig nachweist, ob eine Metastasierung vorliegt. Die PSMA-PET/CT wird dann als Möglichkeit empfohlen, wenn

man davon ausgeht, dass das Ergebnis die Behandlung beeinflusst – also eine therapeutische Konsequenz hat. Es kann auch passieren, dass multiparametrische MRT und PSMA-PET/CT ohne Ergebnis (negativ) sind, aber andere Faktoren stark für einen örtlichen Rückfall sprechen (siehe **Tabelle** unten). Dann sollen Ärzte die Strahlentherapie zur Behandlung des Lokalrezidivs trotzdem möglichst frühzeitig empfehlen und nicht damit warten.

➔ **Wann reicht „Abwarten“ bei einem PSA-Rezidiv?**

Bei günstigen Ausgangsbedingungen kann der PSA-Wert nach einer Operation über Jahre ansteigen, ohne dass es zu Beschwerden kommt. Deshalb kann bei Vorliegen folgender Kriterien ein PSA-Rezidiv zunächst beobachtet werden:

- Die PSA-Verdopplungszeit liegt über 12 Monate.
- Das PSA-Rezidiv tritt spät auf (mehr als 18 Monate nach der Operation).
- Der Gleason-Score des Ersttumors liegt unter 8.

Bei der Entscheidung spielen auch der allgemeine Gesundheitszustand, das Alter und natürlich der Wunsch des Patienten eine Rolle.

➔ **Welche Behandlungsmethode wird empfohlen?**

Kann man davon ausgehen, dass der Rückfall auf die Prostataregion begrenzt ist, empfehlen Experten eine Bestrahlung von außen (perkutane Salvage-Strahlentherapie). Damit ist eine Heilung möglich. Die Lymphabflusswege werden dabei in der Regel nicht mit bestrahlt. Die Erfolgsaussichten sind am besten, wenn die Behandlung möglichst frühzeitig einsetzt (bei einem PSA-Wert unter 0,5 ng/ml). Eine erneute Operation am ursprünglichen Ort der Prostata kommt nicht infrage.

➔ **Kommt eine Hormonenzugstherapie infrage?**

Sinnvoll kann es sein, die Salvage-Bestrahlung mit einer kurzzeitigen Hormonenzugstherapie zu kombinieren. Ein alleiniger Hormonenzug bei einem Lokalrezidiv wird jedoch nicht allgemein empfohlen. Ein Nutzen wie etwa längere Beschwerdefreiheit oder längeres Überleben ist nicht durch aussagekräftige Studien nachgewiesen.

Anders sieht es bei Patienten aus, bei denen der PSA-Anstieg auf eine Metastasierung hindeutet. Hier kann eine frühzeitige Hormonenzugstherapie das Auftreten von Beschwerden durch Metastasen hinauszögern. Zu einer Heilung führt eine Hormonenzugstherapie allerdings nicht. Experten empfehlen sie nur in folgenden Situationen:

- PSA-Verdopplungszeit unter 3 bis 6 Monate;
- lokales Fortschreiten der Erkrankung mit Beschwerden;
- nachgewiesene Fernmetastasen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, welche Therapiestrategie für Ihre persönliche Situation geeignet ist.

➔ **Hat eine Salvage-Bestrahlung mehr Nebenwirkungen als eine Bestrahlung in der Erstbehandlung?**

Die Nebenwirkungen einer nachgeschalteten Bestrahlung (Salvage-Strahlentherapie) sind denen der Erstbehandlung vergleichbar. Belastende Spätfolgen sind wegen der niedrigeren Strahlendosis seltener.

Hauptnebenwirkungen sind Blasenprobleme während oder kurz nach der Bestrahlung: Die Bestrahlung reizt die Blasenschleimhaut und den Blasenschließmuskel. Eine Verschlechterung der Blasenkontrolle tritt vor allem dann auf, wenn sie schon aufgrund der vorangegangenen Operation gestört war.

ANHALTSPUNKTE FÜR EIN LOKALREZIDIV	ANHALTSPUNKTE FÜR EINE METASTASIERUNG
PSA-Anstieg spät: frühestens 18 Monate nach Operation	PSA-Anstieg früh: innerhalb der ersten 12 Monate nach Operation
PSA-Anstieg langsam: Verdopplungszeit des PSA-Wertes liegt über 12 Monate	PSA-Anstieg schnell: Verdopplungszeit des PSA-Wertes liegt unter 3 bis 6 Monaten
Eigenschaften des ursprünglichen Tumors günstig: ein Gleason-Score von höchstens 7 und auf die Prostata begrenzter Tumor	Eigenschaften des ursprünglichen Tumors ungünstig: Gleason-Score 8 bis 10 und Tumor örtlich fortgeschritten und/oder Vorliegen von Lymphknotenmetastasen
Unvollständige Entfernung des Tumors (R1-Resektion)	

überreicht durch:



Dieses Informationsblatt dient als Grundlage für Ihre weitere Informationssuche.

Auch der Krebsinformationsdienst (KID) beantwortet Ihre Fragen, telefonisch innerhalb Deutschlands unter der kostenfreien Rufnummer 0 800 - 420 30 40, täglich von 8 bis 20 Uhr, und per E-Mail unter [krebsinformationsdienst@dkfz.de](mailto:krebsinformationsdienst@dkfz.de).

[www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)

Besuchen Sie uns auf Facebook, Instagram und Youtube!

© Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum, Stand: 15.01.2020 (Quellen beim KID)