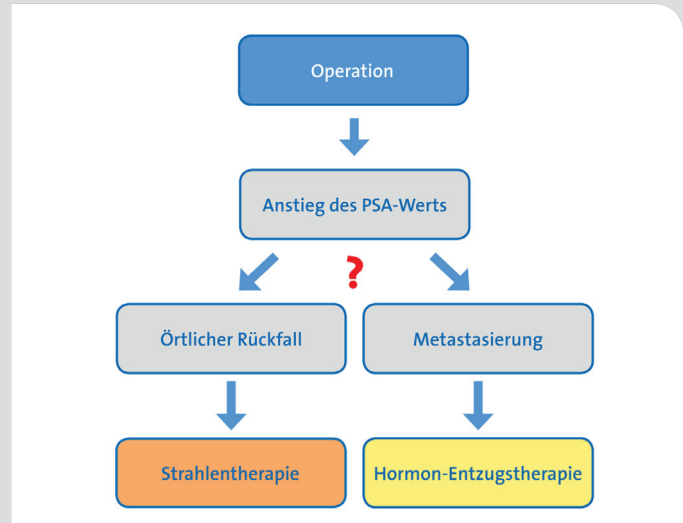


PROSTATAKARZINOM: PSA-Wiederaanstieg nach Operation

- Nach einer operativen Entfernung der Prostata wegen Prostatakrebs (radikale Prostatektomie) fällt der Wert des prostataspezifischen 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.



© Krebsinformationsdienst KID, Deutsches Krebsforschungszentrum

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 am Ende des Informationsblattes ist aufgeführt, welche Anhaltspunkte höchstwahrscheinlich (in 8 von 10 Fällen) entweder für ein Lokalrezidiv oder für eine Metastasierung sprechen.

→ 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 ausreichend sein, um eine Entscheidung für das weitere Vorgehen zu treffen. Bildgebenden Verfahren kommt bei der Diagnostik des PSA-Rezidivs eine wachsende Bedeutung zu.

→ Helfen bildgebende Verfahren weiter?

Geht man von einem Lokalrezidiv aus, kommt als weitere Behandlung eine Bestrahlung infrage. Diese sollte allerdings möglichst frühzeitig beginnen, also bei PSA-Werten unter 0,5 ng/ml. Bei solch niedrigen Werten ist der Tumor mit herkömmlichen bildgebenden Verfahren wie Computertomographie (CT), Ultraschall über den Enddarm (transrektaler Ultraschall, TRUS), Magnetresonanztomographie (MRT) oder Knochenszintigraphie nicht zuverlässig nachweisbar.

Aussagekräftiger ist hier eine neue Variante der Positronenemissionstomographie (PET), die mit einem radioaktiven Marker das sogenannte Prostata-spezifische Membranantigen (PSMA) sichtbar macht. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass eine Kombination aus PSMA-PET und CT schon bei sehr niedrigen PSA-Werten vergleichsweise zuverlässig nachweist, ob ein Lokalrezidiv oder Metastasen

vorliegen. 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 die PSMA-PET/CT ohne Ergebnis (negativ) ist, aber andere Faktoren stark für einen örtlichen Rückfall sprechen (siehe Tabelle am Ende des Informationsblattes). 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 der Patient Beschwerden bekommt. Deshalb kann bei Vorliegen folgender Kriterien ein PSA-Rezidiv zunächst beobachtet werden:

- Die PSA-Verdopplungszeit liegt über 10 Monate.
- Das PSA-Rezidiv tritt spät auf (mehr als 2 Jahre nach der Operation).
- Der Gleason-Score des Erstumors 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 Erfolgs-

aussichten 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?**

Eine alleinige Hormonenzugstherapie bei einem Lokalrezidiv wird nicht allgemein empfohlen. Ein Nutzen wie etwa längere Beschwerdefreiheit oder längeres Überleben ist nicht durch aussagekräftige Studienergebnisse 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 jedoch nicht. Experten empfehlen sie nur in folgenden Situationen:

- PSA-Verdopplungszeit unter 3 Monate;
- örtliches Fortschreiten der Erkrankung mit Beschwerden;
- nachgewiesene Fernmetastasen.

➔ **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 Blaseschleimhaut und den Blasenschließmuskel. Eine Verschlechterung der Blasenkontrolle tritt vor allem dann auf, wenn sie schon aufgrund der vorangegangenen Operation gestört war.

ANHALTSPUNKTE FÜR EINEN ÖRTLICHEN RÜCKFALL (LOKALREZIDIV)	ANHALTSPUNKTE FÜR EINE METASTASIERUNG
PSA-Anstieg spät: frühestens 3 Jahre nach Operation	PSA-Anstieg früh: innerhalb der ersten 12 Monate nach Operation
PSA-Anstieg langsam: Verdopplungszeit des PSA-Wertes liegt über 11 Monate	PSA-Anstieg schnell: Verdopplungszeit des PSA-Wertes liegt zwischen 4 und 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.

KID im Internet: www.krebsinformationsdienst.de oder auf Facebook unter www.facebook.com/krebsinformationsdienst.