

Klinik / Praxis

Patientendaten:

Sehr geehrter Patient,

Ihre Krebserkrankung soll durch einen Hormonentzug und/oder eine Hormonblockade behandelt werden.

Diese Informationen dienen zur Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Behandlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

GRÜNDE FÜR DIE ANTIHORMONTHERAPIE

Prostatakarzinome werden häufig im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung beim Urologen über das Abtasten der Prostata oder einen Anstieg des PSA-Werts entdeckt. Symptome (z. B. Schmerzen, blutiger Urin oder Harnaufstau in die Nieren) treten erst spät im Krankheitsverlauf auf. Die endgültige Diagnose erfolgt durch eine Gewebeentnahme aus der Prostata. Abhängig von der Ausdehnung der Tumorerkrankung stehen beim Prostatakarzinom unterschiedliche Therapiemöglichkeiten wie Operation, Strahlen-, Chemotherapie, Absenken der männlichen Hormone durch Entfernung der Hoden oder die Gabe von Medikamenten zur Verfügung. In bestimmten Situationen kann auch nur eine engmaschige Überwachung (active surveillance) erfolgen und erst eingegriffen werden, wenn der Tumor merkliches Wachstum zeigt.

FUNKTIONSWEISE DER ANTIHORMONTHERAPIE

Tumorzellen sind Zellen, die sich unkontrolliert teilen und vermehren. Das Wachstum der Prostata-Tumorzellen ist dabei hormonabhängig und wird vor allem durch das männliche Geschlechtshormon Testosteron stimuliert. Durch einen Hormonentzug kann das Wachstum der Krebszellen gebremst werden. Dies erfolgt, indem die Bildung oder die Wirkung von Testosteron durch die Gabe von Medikamenten unterdrückt wird. Beide Wirkmechanismen können auch kombiniert werden. Dadurch kann ein weiteres Fortschreiten der Krebserkrankung für einen längeren Zeitraum verhindert werden.

ABLAUF DER BEHANDLUNG

Die Antihormonbehandlung erfolgt bei Tumoren, die in die Knochen oder andere Organe gestreut haben, wenn bei begrenztem Tumor eine Operation und/oder Strahlentherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist oder auch zusätzlich vor oder nach einer Operation, oder auch Bestrahlung, um die Wirksamkeit der Strahlenbehandlung zu steigern. Auch bei einem Rückfall (Rezidiv) nach Operation oder Bestrahlung kann die Antihormonbehandlung zum Einsatz kommen.

Für die Antihormonbehandlung stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung:

- GnRH-Analoga** (z. B. Goserelin, Leuprorelin, Buserelin)
Dies sind Stoffe, die dem natürlichen GnRH-Hormon ähneln. Die GnRH-Analoga wirken in der Hypophyse und bewirken

die Ausschüttung von Hormonen, welche wiederum die Produktion der Geschlechtshormone wie Testosteron steuern. Deshalb kommt es zunächst kurzfristig zu einem Anstieg des Testosteronspiegels. Bei längerfristiger Gabe wird die Testosteronbildung jedoch unterdrückt. Die Wirkstoffe werden als Depotspritze für 1 - 3 Monate unter die Bauchhaut verabreicht.

- GnRH-Antagonisten** (z. B. Degarelix, Abarelix)

GnRH-Antagonisten sind Stoffe, die direkt als Gegenspieler von GnRH wirken. Sie konkurrieren mit dem natürlichen Hormon und verhindern dadurch dessen Wirkung, wodurch ebenfalls kein Testosteron mehr ausgeschüttet wird. Auch GnRH-Antagonisten müssen gespritzt werden.

- Antiandrogene** (z. B. Cyproteronacetat, Megestrolacetat, Flutamid, Bicalutamid, Nilutamid, Enzalutamid)

Sie blockieren zum einen die Testosteronwirkung, indem sie mit den natürlichen Hormonen um die Andockstellen (Rezeptoren) an den Zellen konkurrieren. Andere Medikamente hemmen die Aktivierung des Androgenrezeptors bzw., wie Enzalutamid, seine Effekte im Zellkern und stoppen so das Wachstum der Prostatatekrezellen.

Die verschiedenen Wirkstoffe werden als Tabletten eingenommen.

- Testosteronsynthesehemmer** (z. B. Abirateron)

Durch die Hemmung eines Schlüsselenzyms in der Hormonsynthese wird die Testosteronproduktion in den Hoden, der Nebenniere und im Prostatatekrezgewebe gesenkt.

Medikamente wie Abirateron und Enzalutamid werden nach Versagen der üblichen Antihormontherapie eingesetzt.

- Sonstiges:** _____

Der kurzfristige Anstieg des Testosterons bei einer Therapie mit GnRH-Analoga (Flare-up-Phänomen) kann durch eine vorübergehende zusätzliche Gabe von Antiandrogenen behandelt werden. Dadurch können bei Patienten mit raschem Tumorwachstum negative Auswirkungen wie Knochenschmerzen verhindert werden.

Es besteht auch die Möglichkeit, die Antihormonbehandlung regelmäßig zu unterbrechen (intermittierende Therapie). Dadurch können zwar die Nebenwirkungen der Behandlung vermindert werden, allerdings kann auch die Lebenserwartung sinken. Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob dies bei Ihnen möglich und sinnvoll ist.