

Männliche Genitaltumore

Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist unter den urologischen Tumoren die häufigste Todesursache und zugleich ab dem 80. Lebensjahr die häufigste tumorbedingte Todesursache überhaupt. Das mittlere Alter bei Diagnose liegt bei 71,4 (SD 8,7) Jahren, das mittlere Sterbealter bei 78 Jahren. 5-Jahresüberleben ist also die Regel und daher geben 5- Jahresüberlebensraten keine Aussage über eine Heilung.

Die jährliche Neuerkrankungsrate je 100.000 Männer steigt mit dem Alter stark an von etwa 50/100.000 bei 60-jährigen bis auf mehr als 400/100.000 bei Lebensalter zwischen 75 und 85 Jahren.

Ätiologie

In letzter Zeit wurde eine familiäre Häufung des Prostatakarzinoms gesichert. Ein Zusammenhang insbesondere mit der Fettaufnahme wird aus ökologischen Studien gefolgert und zeigt deutliche Analogien zum kolorektalen Karzinom und zum Brustkrebs. Andererseits wurden bisher keine Inzidenz-Unterschiede zwischen Stadt und Land nachgewiesen. Schließlich wurden erhöhte Risiken bei Schwermetalexposition, speziell bei Kadmium, gefunden.

Histologie

Epitheliale Tumoren

I. benigne:

papilläres Adenom

II. maligne:

Adenokarzinom

(kleinazinär, großazinär, kribriform, solide/trabekulär, andere sehr seltene Formen wie z.B. endometroides Karzinom des Utriculus seminalis, papilläres Zystadenokarzinom, muzinöses Karzinom oder adenoid-zystisches Karzinom)

Transitionalzellkarzinom

Plattenepithelkarzinom

Undifferenzierte Karzinome

Kleinzellige Karzinome (selten)

Symptomatik

Im Frühstadium fehlen Symptome völlig, im Spätstadium kommt es zu Miktionsbeschwerden wie bei benigner Prostatahyperplasie (BPH). Dabei können Symptome mit Harnstau bis Urämie vorkommen. Seltener führen auch blutiger Urin oder metastasenbedingte Symptome zur Diagnose eines PC.

Vorsorgeuntersuchungen (Screening)

Der Wert von Vorsorgeuntersuchungen ist umstritten. Das prostataspezifische Antigen (PSA) ist empfindlicher als die digitale rektale Untersuchung

Altersabhängige PSA-Werte:

Lebensalter	PSA-Wert
40-49	2,5
50-54	3,5
55-59	n.n.
60-69	4,5
70-79	6,5

Prognose

Bei einem mittleren Diagnosealter von etwa 72 Jahren und oft sehr langsamem Tumorwachstum sterben viele Patienten an anderen Ursachen, ohne dass ihre Lebensqualität je durch das Prostatakarzinom beeinträchtigt worden wäre. Die Wahl der Therapie muß daher stark von der Lebenserwartung des Patienten, unter Berücksichtigung des Lebensalters und insbesondere der Comorbidität, aber auch von der Aggressivität des Tumors abhängig gemacht werden. Die Überlebenszeit ist abhängig von der Ausdehnung des Tumors und vom Differenzierungsgrad. Ein auf die Prostata begrenztes Karzinom ist oft heilbar und ein medianes Überleben von mehr als 5 Jahren ist die Regel. Patienten mit lokoregionär fortgeschrittenem Tumor, insbesondere mit Lymphknotenmetastasen, sind in der Regel nicht heilbar und ein wesentlicher Teil dieser Patienten wird tumorbedingt sterben, aber das mediane Überleben kann trotzdem im Bereich von 5 Jahren liegen. Bei Fernmetastasierung ist eine Heilung mit den heutigen Therapieformen nicht möglich. Das mediane Überleben liegt bei ein bis drei Jahren und die meisten Patienten sterben am Tumor, aber auch hier kommen langjährige Verläufe ohne wesentlich beeinträchtigte Lebensqualität vor.

Radikale Prostatovesikulektomie

Die radikale Operation ist im allgemeinen nur sinnvoll bei Männern in gutem Gesundheitszustand und Lebensalter unter 70 - 75 Jahren, die einer Operation zustimmen. Die Höhe des PSA korreliert mit dem Ergebnis, so dass ein PSA unter 20 ng/ml als günstig angesehen werden kann (ist aber nicht Bedingung). Vor der Prostatektomie wird in der Regel eine Lymphadenektomie durchgeführt. Diese ist nicht als Therapiemaßnahme anzusehen, sondern dient dazu, dem Patienten die Strapazen einer radikalen Prostatektomie oder Strahlentherapie zu ersparen, falls die Lymphknoten positiv sind.

Strahlentherapie

Bei kleinvolumigem und hochdifferenzierten Tumor mit PSA <20 ng/ml ist die Lymphadenektomie nicht erforderlich, da die Wahrscheinlichkeit von Lymphknotenmetastasen gering ist. Auf eine Beckenbestrahlung wird primär verzichtet. Die Lymphadenektomie kann zur Senkung der Morbidität laparoskopisch durchgeführt werden. Patienten, die aufgrund internistischer Risikofaktoren für eine radikale Operation nicht in Frage kommen, können mit akzeptabler Nebenwirkungsrate bestrahlt werden, wenn die Bestrahlungstechnik sorgfältig gewählt. Auch eine interstitielle Brachytherapie mit Afterloading-Technik oder die interstitielle Implantation radioaktiver Strahler wurde in einer Reihe mit guten Ergebnissen untersucht.

Hormontherapie

Das Prostatacarcinom ist eine Tumorart, bei der eine Behandlung mit Hormonen neben den Standardtherapien Strahlentherapie und Operation sehr erfolgversprechend sind. Die Hormontherapie wird entweder in Kombination mit anderen Verfahren eingesetzt (adjuvante Therapie) oder aber auch alleine, hier oft bei fortgeschrittenen Tumoren, bei denen keine endgültige Heilung mehr erreichbar ist. In diesen Fällen führt die Hormonbehandlung zu Verbesserung von Krankheitssymptomen und Verlängerung des Überlebens. Das Prinzip der Therapie besteht in einer möglichst kompletten Ausschaltung der männlichen Geschlechtshormone. Hierzu kann eine Entfernung der Hoden (Orchiectomie) vorgenommen werden oder aber durch Beeinflussung der Androgenproduktion die Hormonproduktion chemisch ausgeschaltet werden (LH-RH Agonisten). Zusätzlich können weitere Stoffe zu einer maximalen Hormonsuppression nötig sein (z.B. Bicalutamid etc.)

Chemotherapie

Die Chemotherapie des fortgeschrittenen, endokrin-resistenten Prostata-Karzinoms ist weiterhin unbefriedigend. Dennoch könne mit den heute zur Verfügung stehenden Medikamenten oft gute leidenslindernde Therapie durchgeführt werden. Besondere Erwähnung verdient hier das Medikament Estramustin, mit dem sich oft noch andauernde Remissionen erreichen lassen.

HodenkarzinomInformationen

hierzu sind in Bearbeitung.