

08. Mai 2018

Multidisziplinäre Therapieentscheidung beim mCRPC

Alle Patienten mit fortgeschrittenem, metastasiertem Prostatakrebs sollten bereits bei der Diagnose sowie bei jeder Veränderung im weiteren Verlauf einem multidisziplinären Tumor-Board vorgestellt werden, stimmten die Referenten auf einem Symposium im Rahmen des Kongresses der European Association of Urology (EAU) überein. Im fachübergreifenden Austausch werden die individuellen Aspekte der Erkrankung, die verfügbaren Therapieoptionen und die aktuelle wissenschaftliche Evidenz aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet, wobei neben der Wirksamkeit insbesondere auch die Lebensqualität während der Behandlung von Bedeutung ist. Die Erstlinientherapie mit Enzalutamid (XTANDITM) kann beim metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) nicht nur Gesamtüberleben und radiografisches progressionsfreie Überleben (rPFS) verlängern (1,2) - unabhängig von Knochen- und viszerale Metastasen (3) -, sondern auch die Lebensqualität verbessern (4).

Für jeden Patienten mit fortgeschrittenem, metastasiertem Prostatakrebs die optimale Therapie zum richtigen Zeitpunkt zu finden, kann im klinischen Alltag für den behandelnden Urologen aufgrund der Heterogenität der Patientenpopulation und ihrer Therapieziele eine wahre Herausforderung darstellen. Ein höheres Lebensalter, Komorbiditäten, Progressionsdynamik, ossäre und viszerale Metastasen sowie unterschiedliche Präferenzen der Patienten erfordern eine sehr individuelle und zugleich vorausschauende Therapieplanung, so Prof. Dr. Sergio Bracarda, Arezzo/Italien. Frühzeitige und konsequente multidisziplinäre Zusammenarbeit könne eine evidenzbasierte, leitliniengerechte und patientenorientierte Versorgung verbessern.

Patientenindividuelle Therapieerfordernisse

Um den Patienten in allen Phasen der Erkrankung eine maßgeschneiderte Behandlung zu ermöglichen, plädiert Prof. Dr. Axel S. Merseburger, Lübeck, dafür, jeden einzelnen Fall einer multidisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen - und zwar nicht nur bei der Erstdiagnose, sondern immer dann, wenn sich im weiteren Verlauf etwas verändert. Dem Tumor-Board sollten neben dem behandelnden Urologen ein Onkologe, Radiologe, Radiotherapeut und Pathologe angehören. „Real-life“-Patienten sind oftmals hochbetagt, fragil und haben relevante Komorbiditäten. Daher sollte gegebenenfalls auch ein Internist, Kardiologe oder Geriater hinzugezogen werden. Im multidisziplinären Team werden die Befunde und patientenindividuelle Aspekte aus den unterschiedlichen fachspezifischen Perspektiven und vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage beleuchtet, sodass dem Patienten ein gemeinsam getragener Therapievorschlag unterbreitet werden kann. Wichtig ist aber auch, über den eigenen fachlichen Tellerrand hinauszuschauen und die individuellen Ängste, Sorgen und Bedürfnisse des Patienten im persönlichen Gespräch abzuklären sowie bei der Therapiewahl zu berücksichtigen. Der behandelnde Hausarzt und niedergelassene Urologe sollten von Anfang regelmäßig über alle Entscheidungen informiert werden, riet Merseburger.

Richtige Therapie zum richtigen Zeitpunkt

Bei der Entwicklung des Behandlungsplans geht es auch darum, das therapeutische Zeitfenster zu nutzen, in dem moderne Therapieansätze eine Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität erreichen können, sagte Prof. Dr. Petteri Hervonen, Helsinki. Wie er an dem Beispiel eines 64-jährigen Mannes mit mCRPC verdeutlichte, lehnen

viele Patienten mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf eine Chemotherapie aus Angst vor den Nebenwirkungen ab. Für diese Patientengruppe ist der Einsatz von Enzalutamid in der ersten Behandlungslinie eine sinnvolle Option. Denn die Ergebnisse der placebokontrollierten Phase-III-Studie PREVAIL mit 1.717 asymptomatischen bzw. mild symptomatischen Chemotherapie-naiven mCRPC-Patienten nach Versagen einer Androgenentzugstherapie belegen einen signifikanten Überlebensvorteil unter der Therapie mit dem Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitor (1,2). Das Risiko, am mCRPC zu sterben, sank um 23% im Vergleich zu Placebo (Hazard Ratio (HR) =0,77; p=0,0002) und das Risiko für eine radiografische Progression oder Tod um 68% (HR = 0,32; p<0,0001) (2). Die gute Tumorkontrolle und der Überlebensvorteil zeigten sich in allen präspezifizierten Subgruppen (2), einschließlich bei Patienten mit viszeralen und ossären Metastasen (3). Zusätzlich zur Verbesserung des Gesamtüberlebens blieb die gesundheitsbezogene Lebensqualität unter der Erstlinientherapie mit Enzalutamid länger erhalten als in der Placebogruppe (p<0,0001) (4). Außerdem kam es im Enzalutamid-Arm seltener zu einer Progression der Schmerzen bis auf maximale Intensität und zu einer Verzögerung bis zum Auftreten des ersten Skelett-bezogenen Ereignisses (4). Die gute Antitumor-Wirksamkeit wird darauf zurückgeführt, dass die Substanz den Androgenrezeptor-Signalweg an 3 verschiedenen Stellen hemmt (5). Enzalutamid zeichnet sich durch ein günstiges Verträglichkeitsprofil aus und kann auch den Einsatz einer Chemotherapie hinauszögern (1,2). Die gleichzeitige Einnahme von Prednison ist nicht nötig (6).

Quelle: Astellas

Literatur:

(1) Beer TM et al. *N Engl J Med* 2014; 371: 424-433

(2) Beer TM et al. *Eur Urol* 2017; 71: 151-154

(3) Evans CP et al. *Eur Urol* 2016; 70:675-683

(4) Lortol Y et al. *Lancet Oncol* 2015; 16: 509-521

(5) Sternberg CN et al. *ASCO Educational Book* 2014: 117-131

(6) Fachinformation XTANDITM, Stand Februar 2018a