

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

In den vergangenen 10 Jahren hat eine Reihe von neuen Therapiemöglichkeiten die Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms (CRPC) wesentlich erweitert. Insgesamt haben 6 neue lebensverlängernde Therapien Eingang in den Behandlungsalgorithmus des CRPC gefunden: zwei Chemotherapien (Docetaxel und Cabazitaxel), zwei Hormontherapien, die gegen den noch immer wirksamen Androgen-Rezeptor gerichtet sind (Abirateron-Acetat und Enzalutamid), eine Immuntherapie, nämlich Sipuleucel-T, und mit Radium-223-Dichlorid erstmals auch eine Therapie, die bei Patienten mit Knochenmetastasen das Mikromilieu im Knochen so beeinflussen kann, dass ein Effekt auf die Lebenszeit erzielt werden konnte.

Die optimale Selektion und Sequenz dieser Therapien sowie das Monitoring des Therapieansprechens und der Tumorprogression stellen uns aber vor eine Batterie von Fragestellungen, die die aktuelle Studienlage nur unzureichend beantworten kann. Aus diesem Grund hat sich ein Panel von 21 namhaften europäischen Experten im Rahmen eines multidisziplinären Boards zusammengefunden, um die brennendsten Fragen zum kastrationsresistenten Prostatakarzinom zu diskutieren und zu einem Experten-Konsensus zu kommen, der in der täglichen klinischen Praxis eine Hilfestellung zu einer besseren individualisierten Tumorthherapie leisten kann.

Mit kollegialen Grüßen,

Ihr

Ao. Univ.-Prof. Dr. Gero Kramer

Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Wien



Optimales Management von metastasierten kastrationsrefraktären PCa-Patienten: Highlights eines europäischen Experten-Panels

Auszug aus einem Bericht im *European Journal of Cancer* 2014; 50 (9): 1617–27 von John M. Fitzpatrick et al.*

Der starke Zuwachs an neuen Therapiemöglichkeiten für die Behandlung von metastasierten kastrationsrefraktären PCa-Patienten im Laufe der vergangenen Jahre resultiert in einem aktuellen Bedarf für Information und Richtlinien, betreffend das optimale Management dieser Patienten. Im Rahmen eines multidisziplinären Panels von 21 europäischen Experten im Bereich der Behandlung des kastrationsrefraktären PCa wurde dieses Thema diskutiert, um ein Konsensusstatement zu entwickeln – mit dem Ziel, für diese Therapien Richtlinien und Möglichkeiten zur optimalen Selektion und Sequenzierung der Therapieoptionen zu schaffen sowie das Ansprechen der Therapien und das Fortschreiten der Erkrankung zu monitorisieren.

Insgesamt wurden 110 klinisch relevante Fragen thematisiert und unter Anwendung einer modifizierten Delphi-Methode ausgewertet, um einen Konsensus zu erzielen. Hier finden Sie einen Überblick über die interessantesten und für die Praxis relevantesten Ergebnisse:

Definition CRPCa	Konsensus
Bestätigte PSA-Progression	81 %
Endpunkt für Phase-III-Studien:	
Gesamtüberleben	100 %
rPFS (progressionfreies Überleben, radiolog. bestätigt)	71 %
Empfohlene First-line-Therapie für Patienten mit einem erhöhten Risiko für Resistenz gegenüber einer AR-targeted-Therapie	
Taxane	70 %
Wann kann Radium-223 bei mCRPCa-Patienten mit symptomatischen Knochenmetastasen eingesetzt werden?	
Post-Docetaxel als Monotherapie	75 %
Prä-Docetaxel als Monotherapie	80 %
Bei klinischer Progression:	
Welche der folgenden Therapien sollte bei Progression unter Docetaxel-Therapie zur Anwendung kommen:	
Sowohl Cabazitaxel als auch AR-fokussierte Therapien stellen eine angemessene Therapiemöglichkeit dar.	86 %
Die Therapie mit einem LHRH-Agonisten oder -Antagonisten soll fortgesetzt werden, wenn der Patient eine Therapie mit Abirateron oder Enzalutamid beginnt.	95 %
Initialer PSA-Anstieg während Docetaxel- oder Cabazitaxel-Therapie kann ignoriert werden.	95 %

*unter Mitwirkung von Univ.-Doz. Dr. Maria de Santis, KFJ Wien

■ Conclusio

Dieses Konsensusstatement gibt wertvolle Richtlinien für die behandelnden Ärzte zum optimalen Management von mCRPCa-Patienten, in Anbetracht der derzeit nur unzureichend zur Verfügung stehenden Daten, und zielt darauf ab, die Betreuung der Patienten individueller zu gestalten.

Die Behandlung der mCRPCa-Patienten ist einerseits aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden Therapien schwierig sowie andererseits durch die Prävalenz von Resistenzen gegen diese Therapien und das Fehlen von validen prädiktiven Markern.

Die Mitglieder des Panels haben eine Zusammenfassung erstellt, die ihre Überlegungen zu Diagnostik und Monitoring der metastasierten Patienten, Risiken für Resistenzen, Indikatoren etc. sowie Strategien zur Auswahl der Therapie und Sequenzierung, um das Therapieansprechen zu maximieren, umfassen. Ein wichtiges Ergebnis ist der klare Konsens betreffend neue, „bone-targeted“ Substanzen, Immuntherapie, Chemotherapie sowie am Androgenrezeptor wirksame Präparate, die alle eine wichtige Rolle bei der Behandlung von mCRPCa-Patienten spielen.

Die Herausforderung liegt darin, die richtige Therapie zur richtigen Zeit für den richtigen Patienten auszuwählen. Dieses Konsensus-Paper stellt Richtlinien für diese schwierigen Therapieentscheidungen zur Verfügung – unter Evaluierung sämtlicher Faktoren, die zur Auswahl der richtigen Therapieentscheidung beitragen. Dies ist essenziell, um eine personalisierte/individualisierte Betreuung/Therapie zu ermöglichen.



Partner der Urologen

Weitere Informationen:

Takeda Pharma Ges.m.b.H.

Gabriele Mück

Euro Plaza, Gebäude F

A-1120 Wien,

Technologiestraße 5

E-Mail: gabriele.mueck@takeda.com

TRAA08141, Stand August 2014