

Moderne Hormontherapie des Prostatakrebses

Patient

Medikation

Mann packt's an
Mehr Wissen über Prostatakrebs

www.meine-prostata.de

[Vorwort]

Lieber Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen für die Behandlung Ihrer Erkrankung eine neue orale Therapie empfohlen. Ziel ist es, das Voranschreiten des Prostatakarzinoms hinauszuzögern und Ihre derzeitige Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten.

Für einen optimalen Verlauf ist es nun wichtig, dass Sie sich umfassend über diese neue Therapie informieren – mithilfe dieser Broschüre möchten wir Ihnen Ihre Aufgabe erleichtern! Sie erhalten hilfreiche Informationen über den Hintergrund Ihrer Krankheit und wertvolle Hinweise zu Ihrer neuen Therapie und weiteren Behandlungsmöglichkeiten.

Ihr Team von Astellas

[Inhalt]

Meine Erkrankung	5
Rolle von Testosteron bei Prostatakrebs Bedeutung der Ausbreitung des Tumors für die Therapieentscheidung	
Meine Therapie	11
Hormonentzugstherapie (ADT) Ergänzende medikamentöse Behandlungsoptionen bei Metastasen Wichtige Hinweise zur Anwendung der Medikamente Umgang mit möglichen Nebenwirkungen Behandlung von Schmerzen	
Meine Unterstützung	35
Unterstützung für mich und meine Angehörigen: Adressen von Krebsberatungsstellen Glossar	

Diese Broschüre ersetzt in keinem Fall die Anwendungshinweise Ihres Arztes. Bitte lesen Sie bei verordneten Medikamenten unbedingt den Beipackzettel, um alle erforderlichen Informationen zu erhalten und fragen Sie bei Unklarheiten Ihren Arzt oder das behandelnde Team!

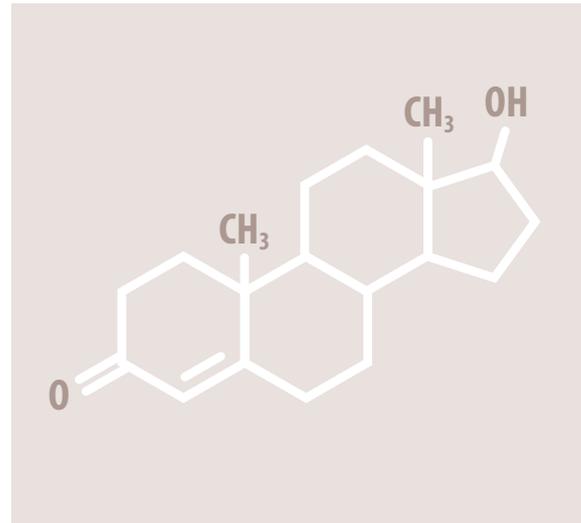


[Erkrankung]

[Meine Erkrankung]

Leider konnte Ihre bisherige Therapie den Tumor nicht dauerhaft in Schach halten oder Sie erhalten erstmalig eine medikamentöse Therapie. Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen eine hormonelle Antitumorthherapie verordnet, die das Voranschreiten der Erkrankung hinauszögern soll.

Diese Therapie zielt darauf ab, die Wachstumsimpulse des Tumors auszuschalten. Solche Impulse kommen von Hormonen wie z. B. Testosteron, dem bekanntesten Vertreter der sogenannten Androgene.

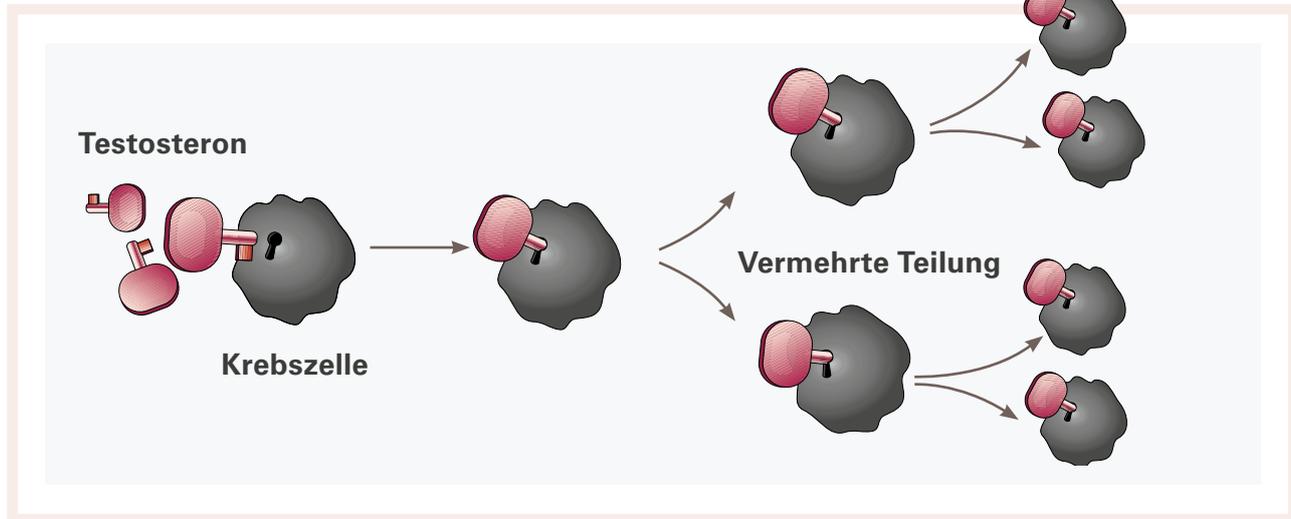


Prostatakrebs – ein testosteronabhängiger Krebs

Androgene, allen voran das Testosteron, sind sozusagen die „Nahrung“ der Prostatakrebszellen. Testosteron bindet hierbei in der Krebszelle an einen sogenannten Rezeptor, ein enzymartiges Eiweißmolekül. Man kann sich das vereinfacht als Schlüssel-Schloss-Prinzip vorstellen: Das Androgen Testosteron bindet als Schlüssel in seinem passenden Schloss, dem Androgenrezeptor – der Schlüssel wird gedreht und gibt so den Impuls an die Zelle, zu wachsen und sich zu teilen. Der Prostatakrebs wächst und breitet sich aus.

Therapieansätze gegen den Prostatakrebs zielen unter anderem darauf ab, dass es entweder keinen Schlüssel mehr gibt oder dass das Schloss und weitere Mechanismen blockiert werden – in beiden Fällen bleibt der Wachstumsimpuls für die Krebszellen aus, das Wachstum bzw. die Ausbreitung des Tumors können gestoppt werden. Hierzu später mehr.

Vermehrung von Krebszellen durch Testosteron



Für weiterführende Informationen besuchen Sie www.meine-prostata.de

Zentrale Frage bei der Therapieentscheidung: Die Ausbreitung des Tumors

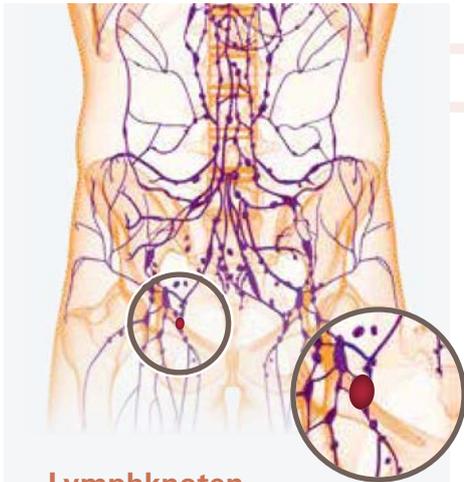
Eine zentrale Frage bei der Therapieentscheidung ist, ob der Tumor ausschließlich auf die Prostataregion begrenzt ist (lokaler Prostatakrebs) oder ob er bereits gestreut hat, sprich ob sich bereits Metastasen im Körper gebildet haben (metastasierter Prostatakrebs). Im letzteren Fall treten die Metastasen häufig in den Knochen auf.



GUT ZU WISSEN

PSA ist die Abkürzung für „Prostata-spezifisches Antigen“. Es handelt sich dabei um einen Eiweißstoff, der nur in der Prostata gebildet wird, und daher als Indikator für Veränderungen der Prostata dient. Der PSA-Wert wird im Blut bestimmt und kann sowohl bei gutartigen als auch bei entzündlichen und bösartigen Erkrankungen, wie Prostatakrebs, erhöht sein. Der PSA-Wert wird daher sowohl in der Vorsorge als auch in der Verlaufskontrolle einer Prostatakrebs-Therapie als messbarer Parameter herangezogen.

Die mögliche Ausbreitung von Metastasen



Lymphknoten

Bei vielen Betroffenen treten zunächst Metastasen in den Lymphknoten auf, die sich in der Nähe des Ursprungstumors in der Prostata befinden.

Wenn sich Metastasen an ganz anderer Stelle im Körper entwickeln, spricht man von Fernmetastasen:

Knochen

(häufig)

Knochenmetastasen (ossäre Metastasen), insbesondere in den Lendenwirbelkörpern, den Oberschenkel- und Beckenknochen.



Lunge und Leber

(seltene viszerale Metastasen)



Gehirn

(selten)





[Therapie]

[Meine Therapie]

Heute stehen Ihnen als Patient verschiedene Behandlungsmöglichkeiten des Prostatakarzinoms zu Verfügung. Ihr behandelnder Arzt wird die verschiedenen Optionen mit Ihnen durchgehen und Ihnen diese genau erklären. **Gemeinsam entscheiden Sie dann, welche Therapie für Sie in Frage kommt.** Die Auswahl der Therapie richtet sich nach dem Stadium der Erkrankung, Vor- bzw.

Begleitbehandlungen, aber auch nach Ihren Lebensplänen und Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Wichtig ist in jedem Fall, dass Sie die möglichen Therapieoptionen genau verstehen – **stellen Sie also Fragen, wenn Ihnen etwas unklar ist.** Binden Sie Familienangehörige oder Freunde in diese Gespräche ein – sie können Ihnen unterstützend zur Seite stehen.

Mir wurde empfohlen:

- eine Therapie, die die Testosteronproduktion unterdrückt
- eine Therapie, die die Wirkung von Testosteron in der Zelle blockiert
- eine Therapie, die Krebszellen unspezifisch abtötet



Hormonentzug als Basistherapie beim Prostatakrebs

Um das Krebswachstum hinauszuzögern, ist es ein wichtiges therapeutisches Ziel, dem Krebs die „Nahrung“ zu entziehen. Sie erinnern sich: Androgene, insbesondere das Hormon Testosteron, sind die Nahrung des Tumors. Sie vermitteln Wachstumsimpulse an Krebszellen.

Ein Therapieansatz gegen den Prostatakrebs ist daher, dem Tumor Testosteron vorzuenthalten, indem man den Testosteronspiegel im Körper stark absenkt. Man spricht in diesem Falle von einer Hormonentzugstherapie – als Fachbegriff wird meist der Ausdruck **Androgendeprivationstherapie (ADT)** verwendet. Diese ADT wird meist langfristig eingesetzt. Auch wenn die Erkrankung fortschreitet und weitere Medikamente ins Spiel kommen wird sie fortgesetzt. Der Testosteronentzug ist damit die Basistherapie beim Prostatakrebs.

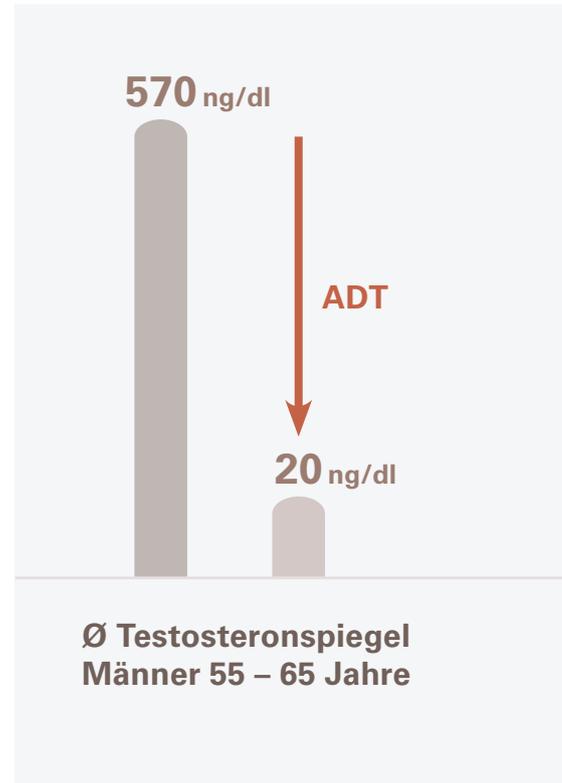
Eine ADT ist über zwei Wege möglich:

- **Operatives Entfernen der Hoden** (Orchiektomie, chirurgische Kastration)
- **Medikamente, die die Testosteronproduktion in den Hoden unterdrücken** (chemische Kastration: **GnRH-Analoga**)



Die ADT senkt den Testosteronspiegel im Körper stark ab

Die medikamentöse ADT unterdrückt die körpereigene Testosteronproduktion in den Hoden und senkt den Testosteronspiegel im Körper ähnlich weit ab wie bei einer operativen Entfernung der Hoden. Man spricht daher auch davon, dass der Testosteronspiegel auf „Kastrationsniveau“ abgesenkt wird. Im Rahmen einer ADT sollte ein Testosteronwert **von unter 20 ng/dl** (sprich „Nanogramm pro Deziliter“) erreicht werden. Eine gewisse Restmenge Testosteron ist trotz Kastration noch vorhanden, da das Hormon z. B. auch in der Nebenniere produziert wird.



Die ADT mit GnRH-Analoga

Um den Testosteronspiegel im Rahmen einer ADT abzusenken, kann eine chirurgische Kastration (Entfernung der Hoden) durchgeführt werden. Da dies ein unumkehrbarer und vielfach auch belastender Eingriff ist, wird heutzutage eher die „chemische Kastration“ durchgeführt: Bestimmte Wirkstoffe, wie **GnRH-Analoga**, unterbinden die Testosteronproduktion in den Hoden, wodurch letztlich der Testosteronspiegel ebenfalls auf Kastrationsniveau sinkt. Vorteil der chemischen Kastration: Sie ist umkehrbar, man kann die GnRH-Analoga-Therapie wieder absetzen und der Testosteronspiegel kann sich wieder auf Normalwerte erholen.



Meist ist die **ADT mit GnRH-Analoga** eine Dauertherapie: In der Regel wird das Medikament als Depot alle drei Monate unter die Haut oder in den Muskel gespritzt und entfaltet dann kontinuierlich seine Wirkung.

Warum schreitet die Krebserkrankung trotz einer Hormonentzugstherapie (ADT) weiter voran?

Vielleicht stehen Sie bereits seit einem längeren Zeitraum unter einer Hormonentzugstherapie mit GnRH-Analoga. Meist spricht der Tumor zunächst auf diesen „Nahrungsentzug“ gut an, der PSA-Wert sinkt bzw. bleibt längere Zeit stabil.

Leider erwirbt der Tumor mit der Zeit oftmals Fähigkeiten, auch trotz sehr wenig „Nahrung“ (sprich mit Testosteronspiegeln auf/unter Kastrationsniveau) wieder weiter zu wachsen. Dies zeigt sich z. B. in steigenden PSA-Werten oder in auffälligen Ergebnissen bildgebender Verfahren.

Der Prostatakrebs spricht dann nicht länger auf eine alleinige Kastration im Rahmen einer ADT an, er ist **kastrationsresistent**. Im Stadium der Kastrationsresistenz reicht eine ADT nicht mehr aus, um den Krebs in Schach zu halten – Ihr Arzt wird **weitere Therapieoptionen** mit Ihnen besprechen. Die bisherige ADT sollte dennoch weiter fortgeführt werden.

Medikamentöse Antitumorthherapie in Ergänzung zur ADT

Hat der Tumor bereits Metastasen gebildet und/oder ist er kastrationsresistent, wird Ihnen Ihr behandelnder Arzt eine Behandlung mit sogenannten **Neuen Hormontherapien (NHT)**, eine **Chemotherapie** oder eine Therapie mit PARP-Inhibitoren vorschlagen. Letzteres kann nur unter bestimmten Voraussetzungen eingesetzt werden.

Die Behandlungsoptionen haben andere Wirkmechanismen als die klassische Hormontherapie (ADT) und können daher auch Behandlungserfolge bringen, wenn diese bereits versagt hat.

Auch die Verabreichung ist anders als die ADT: Die Neuen Hormontherapien werden täglich in Form von Tabletten (oral) eingenommen, die Chemotherapie erfolgt im Rahmen von mehreren Infusionssitzungen. Auch sonst gibt es teilweise große Unterschiede in der Anwendungsart und den möglichen Nebenwirkungen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber!

Für weiterführende Informationen besuchen Sie www.meine-prostata.de

Antiandrogene/Androgenrezeptor-Blocker (ältere Generation)

Sie erinnern sich: Der Testosteron-„Schlüssel“ bindet normalerweise an das Androgenrezeptor-„Schloss“ und löst so einen Impuls für das Wachstum der Tumorzelle aus. Sogenannte „Antiandrogene“ bzw. Androgenrezeptorblocker der älteren Generation wie **Bicalutamid** blockieren das Androgenrezeptor-„Schloss“ – der Testosteron-„Schlüssel“ kann nicht mehr binden, der Wachstumsimpuls für die Tumorzelle bleibt aus. Der Einsatz dieser älteren Medikamentengeneration wird heutzutage jedoch nur in bestimmten Situationen (insb. kurzzeitig während des Starts einer ADT) empfohlen.

Neue Hormontherapien: Androgenrezeptor-Signalweg-Inhibitoren

Der komplizierte Name deutet an, dass diese Wirkstoffklasse das Androgenrezeptor-„Schloss“ in mehrfacher Hinsicht hemmt und somit den Wachstumsimpuls und das Krebswachstum effektiv unterbinden kann. Dies lässt sich u. a. in Form sinkender PSA-Werte beobachten.

Wirkstoffe dieser Klasse (z. B. Enzalutamid, Apalutamid) sind täglich in Tablettenform einzunehmen. Ihr Arzt wird Ihnen diese z. B. als Therapieoption vorschlagen, wenn Sie im fortgeschrittenen Stadium des Prostatakrebses sind.

Neue Hormontherapien: Hemmung der Testosteronbildung (CYP17-Hemmer)

Dieser Vertreter (Abirateron) hemmt die Bildung des Testosteron-„Schlüssels“ (jedoch anders als eine chemische Kastration), sodass das Androgenrezeptor-„Schloss“ nicht mehr „aufgeschlossen“ wird und der Wachstumsimpuls ausbleibt. Abirateron kann bei bestimmten Ausprägungen des metastasierten Prostatakrebses, u. a. auch im kastrationsresistenten Stadium, eingesetzt werden.

Auch hier erfolgt die Therapie als tägliche Einnahme von Tabletten. Zu beachten ist, dass bei Abirateron die zusätzliche Gabe eines **Kortisonpräparates** (z. B. Prednison) notwendig ist.

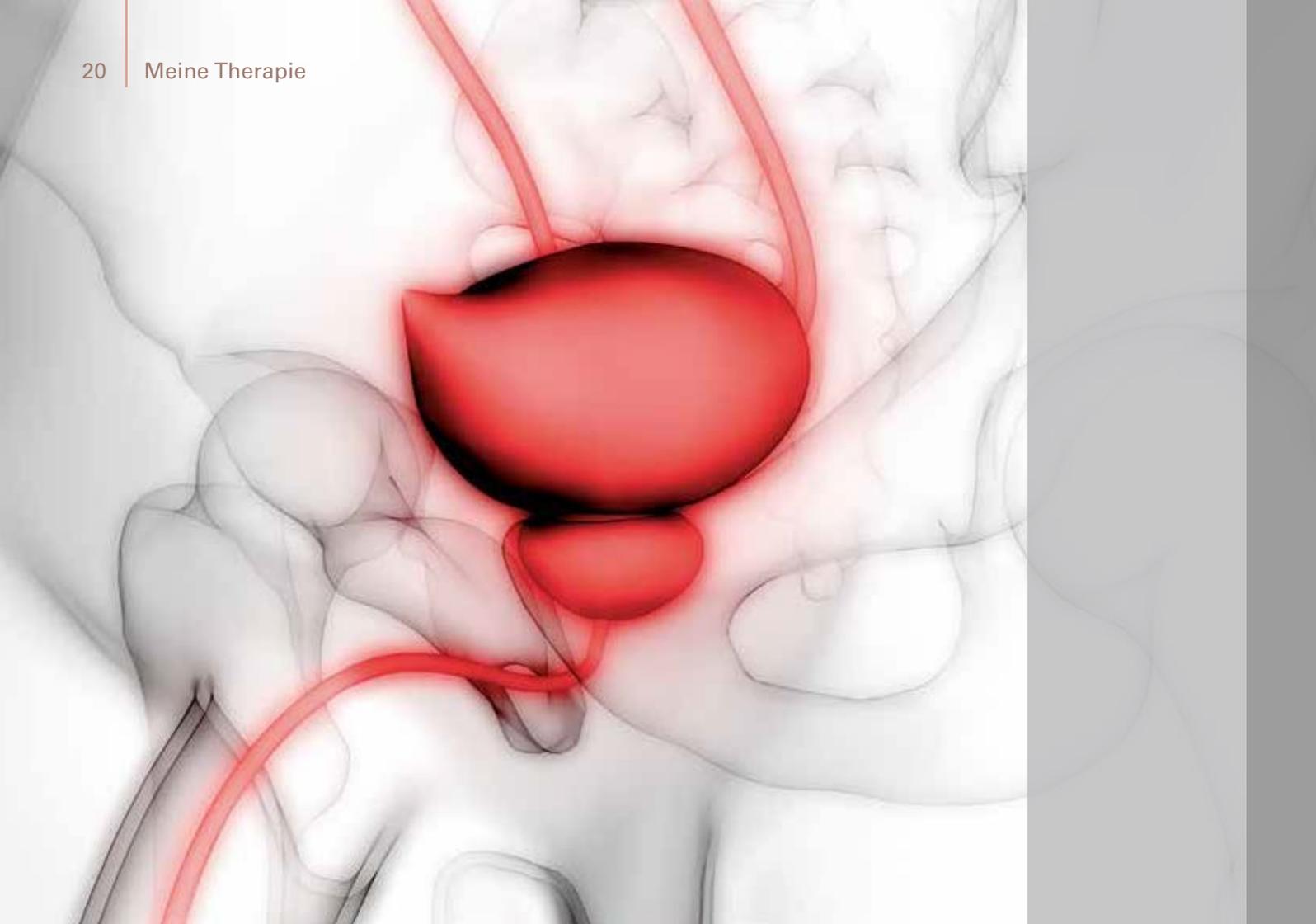
Chemotherapie

Haben sich bereits Metastasen gebildet, wird Ihr behandelnder Arzt mit Ihnen ggf. auch die Möglichkeit einer Chemotherapie besprechen. Die Chemotherapie mit den Wirkstoffen **Docetaxel** oder im späteren Verlauf **Cabazitaxel** hat einen gänzlich anderen Wirkmechanismus als die bereits erwähnten Therapieoptionen – sie greift nicht auf Testosteron-/Androgenrezeptorebene ein, sondern tötet die Krebszellen **unspezifisch** ab.

Dieser andere Wirkmechanismus zeigt sich auch durch ein anderes Nebenwirkungsprofil (z. B. Übelkeit). Zudem unterscheidet sich die Chemotherapie darin, dass sie nicht in Tablettenform, sondern über mehrere Sitzungen als Infusion verabreicht wird. Auch hier ist die zusätzliche Gabe eines **Kortisonpräparates** notwendig/empfohlen.

PARP-Inhibitoren

Mit den PARP (Poly(ADP-ribose)-Polymerasen) Inhibitoren hat sich die Therapielandschaft des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms seit November 2020 um eine neue Substanzklasse erweitert. PARP-Inhibitoren sind Enzyme, die an der Reparatur von Erbsubstanz (DNA) Einzelstrangbrüchen beteiligt sind und diese blockieren. Für die Reparatur binden PARPs an die DNA der Zelle. Voraussetzung für eine Indikation dieser innovativen Therapieform sind aktuell der Nachweis einer Mutation in einem der BRCA1/2 Gene und eine hormonelle Vortherapie.



Einsatz von Steroiden

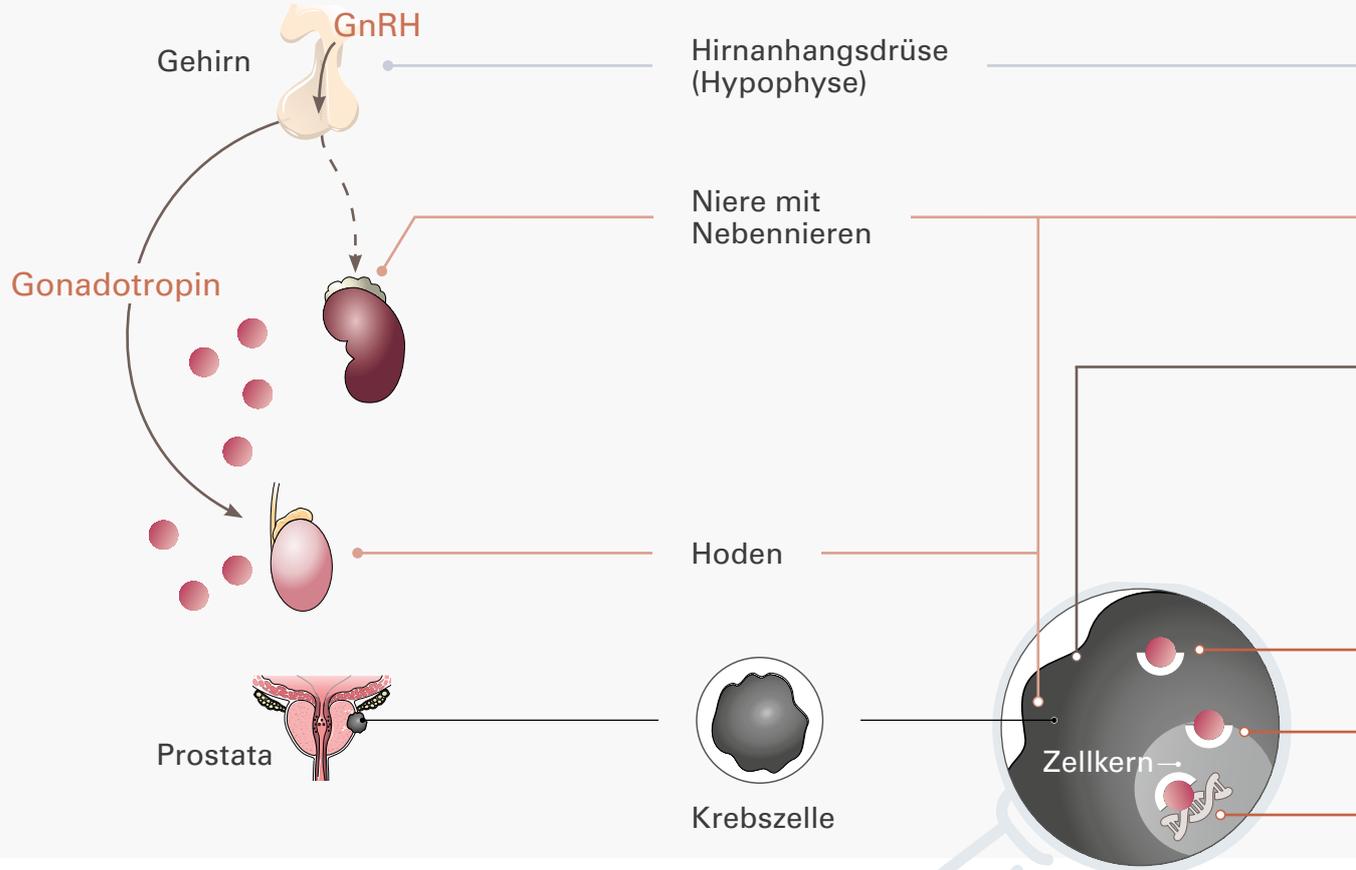


GUT ZU WISSEN

Steroide (auch Kortisonpräparate, Kortikoide) werden seit vielen Jahrzehnten in der Begleittherapie von Krebs eingesetzt, da sie u. a. entzündungshemmend, schmerzlindernd sowie appetitanregend wirken und die Psyche positiv beeinflussen können. Zur Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms werden Steroide häufig eingesetzt. Bei einer Chemotherapie und der Behandlung mit Abirateron müssen sie eingesetzt werden, um einhergehende Nebenwirkungen zu kompensieren. Der Einsatz von Steroiden sollte stets mit Bedacht gewählt werden, da unter bestimmten Umständen auch nachteilige Effekte zu erwarten sind (z. B. sind Steroide ungeeignet bei Diabetes und Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen).

Bei Neuen Hormontherapien der Klasse der AR-Signalweg-Inhibitoren (z. B. *Enzalutamid*) ist die Gabe von Steroiden bei Bedarf möglich, aber nicht zwingend notwendig.

WIRKPRINZIPIEN IM ÜBERBLICK



● = Testosteron ☐ = Androgenrezeptor (AR)



**Signalkaskade zur Bildung
von Testosteron**

GnRH-Analoga



**Produktion/Entstehung
von Testosteron**

CYP17-Hemmer



**Andocken von Testosteron
am AR in Krebszelle**

AR-Blocker



**Wirkung von Testosteron
in Zelle**

AR-Signalweg-Inhibitoren



Aktivierung von AR durch Testosteron in Krebszelle



Einwanderung aktivierter AR in den Kern



Bindung aktivierter AR an die Erbsubstanz

Wichtige Hinweise zur Anwendung

Bei allen Medikamenten zur Behandlung des Prostatakarzinoms ist es wichtig, sich genau an die Empfehlungen Ihres Arztes zu halten und ggf. den Beipackzettel (bei oraler Anwendung) aufmerksam zu lesen. Gehen Sie auf Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal zu, wenn Sie Fragen zur Einnahme Ihres Medikaments haben.



GUT ZU WISSEN

Informieren Sie Ihren behandelnden Arzt vor Beginn einer neuen Therapie unbedingt über andere Medikamente, die Sie aktuell einnehmen oder vor kurzem eingenommen haben. So können mögliche Wechselwirkungen verhindert bzw. minimiert werden. Bevor Sie nach Beginn der neuen Therapie ein weiteres Medikament (z. B. Schmerzmittel) einnehmen, sprechen Sie dies ebenfalls mit Ihrem Arzt ab.

Orale Medikamente

Jedes Medikament ist an bestimmte Einnahmebedingungen gebunden.

Machen Sie sich hier Notizen, auf was Sie bei der Einnahme von

achten sollten:



Dosierung



Uhrzeit der Einnahme



Einnahme zu Mahlzeiten

- ja
- nein



Einnahmehinweise



Erforderliche Begleitmedikation

TIPP: Führen Sie ein Therapietagebuch. Schreiben Sie auf, wie Sie sich mit Ihrer neuen Medikation fühlen. Spüren Sie Verbesserungen oder Verschlechterungen? Treten Nebenwirkungen auf? Diese Informationen können auch für Ihren nächsten Kontrolltermin als Grundlage für mögliche Anpassungen Ihrer Therapie dienen.

Ein regelmäßiger Einnahmemodus und das Einhalten der vorgeschriebenen Dosierung sind die Basis für eine erfolgreiche Therapie.

So wird verhindert, dass es zu einem Absinken der Wirkstoffkonzentration im Körper kommt. Erinnerungshilfen wie etwa ein Alarm im Handy können dabei hilfreich sein.

Beachten Sie auch, ob das Ihnen verschriebene Medikament abhängig oder unabhängig von Mahlzeiten eingenommen werden muss. Medikamenten-

wirkstoffe werden unterschiedlich gut bei vollem oder leerem Magen aufgenommen. Bei einigen Therapieoptionen ist eine Begleitmedikation, meist zur Behandlung möglicher Nebenwirkungen (z. B. Steroide bei Abirateron oder Chemotherapie), nötig und wichtig für einen zufriedenstellenden Therapieverlauf. Auch hier gilt es, die Anweisungen Ihres Arztes zu befolgen.

Im Beipackzettel Ihres Medikamentes und Ihrer Begleitmedikation finden Sie alle wichtigen Einnahmebedingungen. Lesen Sie diesen aufmerksam durch!

Setzen Sie Ihr verordnetes Medikament auf keinen Fall ohne Rücksprache mit Ihrem Arzt ab.



Umgang mit möglichen Nebenwirkungen

Jedes Medikament beeinflusst Abläufe im Körper, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Durch den Eingriff in natürliche Vorgänge können auch unerwünschte Wirkungen eintreten, die man als Nebenwirkung bezeichnet.

Nicht alle Nebenwirkungen müssen bei jedem Patienten auftreten. Diese Broschüre möchte Sie jedoch über die häufigsten Nebenwirkungen aufklären, die im Zuge einer Hormontherapie auftreten können, und Ihnen Tipps zum besseren Umgang bzw. zur Linderung geben.



Erschöpfungssyndrom (Fatigue/Asthenie)

Ihr Körper muss viel Energie aufwenden, um gegen Ihre Erkrankung anzukämpfen. Krebsmedikamente können zusätzlich zu Müdigkeit und Erschöpfung beitragen. Gönnen Sie Ihrem Körper Ruhe, indem Sie regelmäßig Pausen einlegen. Sich zu bewegen kann ebenso helfen – machen Sie z. B. einen Spaziergang an der frischen Luft.

Grundsätzlich gilt: Sollten die Nebenwirkungen für Sie unerträglich sein, oder bemerken Sie Nebenwirkungen, die Ihnen nicht aus der Packungsbeilage bekannt sind, wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt und **setzen Sie unter keinen Umständen eigenmächtig Ihre Therapie ab.**





Hitzewallungen

Durch den Hormonentzug scheint die innere Temperaturregulation gestört. Einige Patienten erleben plötzlich aufsteigende Hitze und vermehrtes Schwitzen. Erleichterung schaffen kühle Wickel an den Handgelenken, im Nacken und auf der Stirn. Zu stark gekühlte Getränke können den unangenehmen Effekt eher noch verstärken. Greifen Sie auf Getränke mit Raumtemperatur zurück und vermeiden Sie Alkohol und Koffein weitestgehend.



Einfluss auf den Knochenstoffwechsel

Der menschliche Knochen befindet sich in einem ständigen Auf- und Abbauprozess. Da Testosteron an diesem beteiligt ist, kann eine Hormonentzugstherapie zu einer Verringerung der Knochenmasse bis hin zur Osteoporose führen und somit das Risiko für Knochenbrüche erhöhen. Regelmäßige körperliche Aktivität sowie eine gesunde Ernährung mit einer ausreichenden Zufuhr von Kalzium und Vitamin D kann dem entgegenwirken. Gegebenenfalls ist die Verordnung knochenstärkender Substanzen durch Ihren Arzt möglich.

Behandlung von Schmerzen

Gerade in fortgeschrittenen Stadien des Prostatakarzinoms können durch den Ursprungstumor oder Metastasen, aber auch therapiebedingt (z. B. durch Bestrahlung), Schmerzen auftreten.

Diese sind in der Regel gut behandelbar oder zumindest auf ein erträgliches Maß reduzierbar. Durch andauernden Schmerz kann ein „Teufelskreis“ entstehen, der zu Angst, Erschöpfung und Depressionen führen kann. **Eine frühzeitig eingesetzte Schmerztherapie hat sich hier medizinisch bewährt.**

Eine Schmerztherapie erfolgt medikamentös mit Schmerzmitteln und unterstützenden Substanzen (z. B. krampflösende Mittel).

Für weiterführende Informationen besuchen Sie www.meine-prostata.de

Sind Knochen von Metastasen befallen, kann eine **medikamentöse Therapie** (z. B. Bisphosphonate) oder eine Bestrahlung den Knochen stabilisieren und Schmerzen reduzieren. Auch **physikalische Therapien** (z. B. Physiotherapie, Lymphdrainage) und **psychologische Unterstützung** (z. B. Psychotherapie, Meditation) können Schmerzen nachweislich lindern.

**Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt bei Schmerzen an.
Er wird Ihnen beratend zur Seite stehen und Ihnen helfen, einen weitestgehend beschwerdefreien Alltag zu erleben.**



Wichtig: Regelmäßige Verlaufskontrollen

Regelmäßige Verlaufskontrollen des Prostatakarzinoms sind in jedem Stadium der Erkrankung und bei jeder Art der Therapie wichtig. Körperliche Untersuchungen und die Bestimmung des PSA-Wertes gehören neben bildgebenden Verfahren und der Bestimmung weiterer Blutwerte (z. B. Testosteron) zu den wichtigsten Methoden. So können nicht nur der Erfolg Ihrer Therapie, sondern auch auftretende Veränderungen (z. B. PSA-Wert-Anstieg, neue Metastasen) oder Nebenwirkungen frühzeitig erkannt und therapiert werden.

Um Ihnen für Ihre nächsten Kontrolltermine eine kleine Hilfestellung zu geben, haben wir im Folgenden einige Fragen aufgelistet, die Sie Ihrem Arzt stellen können:

- **Wie lange wirkt meine Therapie?**
- **Welche weiteren Therapieoptionen bestehen, sollte die Erkrankung weiter fortschreiten?**
- **Welche Begleitmedikationen muss ich zusätzlich einnehmen?**
- **Welche Schmerzmittel kann ich bei Bedarf einnehmen?**
- **Was wird in den nächsten Untersuchungen alles kontrolliert?**
- **Wo bekomme ich weitere Informationen oder Hilfe zu meiner Erkrankung, z. B. bei psychischer Belastung?**

Sollten zwischen den Untersuchungsterminen Beschwerden auftreten, teilen Sie diese Ihrem behandelnden Arzt so bald wie möglich mit.

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-



[Unterstützung]

[Meine Unterstützung]

Wo finde ich Unterstützung für mich und meine Angehörigen?

Information, Beratung und Betreuung sind Hauptaufgaben der Krebsberatungsstellen. Sie können sie jederzeit in Anspruch nehmen, wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen ihre Angebote helfen und gut tun würden. Auf dieser und der nächsten Seite finden Sie eine Auswahl an Anlaufstellen zum Thema Prostatakrebs.

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Str. 8, 14057 Berlin

Telefon: + 49 (0) 30 / 32293290

Telefax: + 49 (0) 30 / 322932966

E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

**Weitere Hilfe und Rat in Ihrer Nähe
finden Sie auch bei unseren
16 Landeskrebsgesellschaften unter**

[www.krebsgesellschaft.de/
landeskrebsgesellschaften.html](http://www.krebsgesellschaft.de/landeskrebsgesellschaften.html)

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Beratungshotline: 0800 / 7080123

Telefon: + 49 (0) 228 / 33889500
Telefax: + 49 (0) 228 / 33889510

E-Mail: info@prostatakrebs-bps.de
www.prostatakrebs-bps.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstr. 32
53113 Bonn

Telefon: 0228 / 72990-0
Telefax: 0228 / 72990-11

E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
Internet: www.krebshilfe.de

INFONETZ KREBS

Ihre persönliche Beratung
Tel.: 0800 / 80 70 88 77 (kostenfrei)
Mo bis Fr 8–17 Uhr

E-Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de
Internet: www.infonetz-krebs.de

www.meine-prostata.de

Das Wissensportal rund um Prostatakrebs für Patienten und Angehörige

- **Diagnose und Therapiemöglichkeiten**
- **Umgang mit der Erkrankung und Lebensführung**
- **Umfangreiches Glossar**

Mann packt's an

Mehr Wissen über Prostatakrebs

Glossar – Was bedeutet das Fachwort?

Androgene

Männliche Geschlechtshormone (z. B. Testosteron).

Androgenrezeptor (AR)

Ein Zielmolekül im Zellkern von Prostata- und Tumorzellen, das durch Testosteron und Dihydrotestosteron aktiviert wird und so das Zellwachstum anregt.

Androgendeprivationstherapie (ADT)

Künstliche Absenkung von Testosteron durch Entfernung der Hoden oder Einsatz von GnRH-ähnlichen Medikamenten, die die Freisetzung von Testosteron verhindern.

Antiandrogene

Arzneistoffe, die die Wirkung der männlichen Sexualhormone (z. B. Testosteron) hemmen. Sie blockieren Androgenrezeptoren und heben so die Wirkung von Testosteron auf.

GnRH (synonym LHRH)

Gonadotropin-Releasing-Hormon – wird im Hypothalamus gebildet und bewirkt, dass das Hormon Gonadotropin in der Hirnanhangsdrüse freigesetzt wird. Gonadotropin veranlasst in den Hoden die Bildung von Testosteron.

Hormone

Von Körperdrüsen erzeugte Botenstoffe; Hormone regeln das Zusammenspiel von Zellen oder Organen.

Karzinom

Bösartige Tumorerkrankung, Krebsgeschwulst. Das Prostatakarzinom (PCa) ist die häufigste bösartige Erkrankung des Mannes.

Metastasen

Tochtergeschwülste: Sie entstehen durch Ausbreitung von Krebszellen vom Ursprungsherd zu anderen Körperstellen.

PSA-Wert

Das Prostata-spezifische Antigen (PSA) ist ein Eiweiß, welches nur in der Prostata gebildet wird. Es ist im Blut messbar und wird zur Verlaufsbeurteilung von Prostatakrebs bestimmt.

Tumor

Jede Art von Geschwulst wird als Tumor bezeichnet. Prinzipiell gibt es gutartige und bösartige Tumoren.



Stempel

Bitte wenden Sie sich jederzeit an Ihren behandelnden Arzt und sein Team. Sie stehen Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung. Besuchen Sie auch www.meine-prostata.de – das Wissensportal mit Informationen und Services rund um das Thema Vorsorge, Therapie und Leben mit Prostatakrebs. **Gut informiert fällt der erste Schritt oft leichter.**

Astellas Pharma GmbH | Postfach 190103 | D-80601 München | www.astellas.de

Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit großer Sorgfalt erarbeitet. Die Astellas Pharma GmbH kann dennoch keine Gewähr für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte garantieren. Für den Ersatz von Schäden, gleich aus welchem Rechtsgrund, haftet die Astellas Pharma GmbH nur, wenn ihr, ihren gesetzlichen Vertretern, Mitarbeitern oder Erfüllungsgehilfen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Schadensersatzansprüche wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit bleiben von der obenstehenden Regelung ausgeschlossen.