

Abstract

Das Prostatakarzinom ist der am häufigsten diagnostizierte bösartige Tumor des Mannes und dessen dritthäufigste tumorbedingte Todesursache. Durch das Bevölkerungswachstum und das Älterwerden der Bevölkerung zeigt sich weltweit eine steigende Inzidenz des Prostatakarzinoms mit einer geschätzten Mortalitätsrate von ca. 29%. Für das Jahr 2030 sind weltweit 1,7 Millionen Neuerkrankungen und 499.000 krankheitsbedingte Todesfälle prognostiziert.

Prostatakarzinombedingte Todesfälle sind in der Regel das Resultat der Tumorprogression in ein metastasiertes kastrationsresistentes Tumorstadium (mCRPC). Dabei spielen der Androgenrezeptorsignalweg und die antiandrogene Therapie eine entscheidende Rolle. Mehr als ein Drittel der nicht-metastasierten Prostatakarzinome zeigen jährlich einen Progress in ein metastasiertes Stadium. Die jährliche Mortalitätsrate der neu diagnostizierten lokal begrenzten bzw. lokal fortgeschrittenen Erkrankungen liegt bei 5% verglichen mit 16% beim neu diagnostizierten kastrationsnaïven metastasierten Prostatakarzinom (mCNPC) und 56% im metastasierten kastrationsresistenten Stadium (mCRPC). Um die Morbidität und Mortalität zu reduzieren, scheinen demnach effektive therapeutische Ansätze in den frühen Tumorstadien umso wichtiger zu sein.

Zu den überlebensverlängernden Substanzen zählen neben den klassischen antihormonellen Therapieformen und den neurartigen endokrinen Therapien wie Abirateron und Enzalutamid, die Taxane sowie das Radionuklid Radium-223. Aktuell gilt es zu klären, welche Patienten am ehesten von welcher Therapieform profitieren und welche Therapiesequenzen zu favorisieren sind.