

Prostatakrebs bei schwulen und bisexuellen Männern

Übersetzung eines Fachartikels aus: Independent Nurse, August 2019

Hinweis: Nicht-offizielle Arbeitsübersetzung. Abbildungen/Diagramme des Originals sind nicht enthalten.

Einleitung

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Männern und macht rund ein Viertel (26 %) aller männlichen Krebsfälle aus. Schätzungen zufolge erkrankt etwa jeder achte Mann im Laufe seines Lebens daran, und sehr viele Betroffene leben über Jahre mit der Diagnose. Prognosen gehen davon aus, dass Prostatakrebs bis 2030 die verbreitetste Krebserkrankung im Vereinigten Königreich sein wird.

Trotz dieser Häufigkeit fehlt es an Forschung, die die Bedürfnisse und Erfahrungen schwuler und bisexueller Männer angemessen berücksichtigt. In vielen Studien bleibt die sexuelle Orientierung als relevanter Einflussfaktor unberücksichtigt – mit der Folge, dass wichtige Versorgungslücken und besondere Fragestellungen unsichtbar bleiben.

Kasten 1. Risikofaktoren für Prostatakrebs

Risikofaktor	Erläuterung
Höheres Alter	Die meisten Fälle treten nach dem 50. Lebensjahr auf; Risiko steigt mit zunehmendem Alter (Akkumulation von DNA-Schäden).
Ethnie	Höhere Inzidenz in Nordamerika und Nordeuropa; besonders bei Männern afrikanischer oder afro-karibischer Herkunft.
Familiäre Vorbelastung	Zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, wenn Vater/Bruder erkrankt ist; höheres Risiko bei frühem Erkrankungsalter des Verwandten.
Genetische Faktoren	Mutationen in BRCA1/BRCA2 erhöhen Risiko und Aggressivität der Erkrankung.
Ernährung	Hoher Anteil an rotem Fleisch/fetteichen Milchprodukten und wenig Obst/Gemüse kann Risiko erhöhen.
Berufliche Exposition	Landwirtschaft (Pestizide), Strahlenexposition, Schwermetalle (Cadmium).
Übergewicht/Adipositas	Erhöhtes Risiko für späte Diagnose; hormonelle Veränderungen können Krebsentwicklung fördern.

Sexuelle Orientierung und Begriffe

Sexuelle Orientierung beschreibt eine dauerhafte emotionale, romantische, sexuelle oder affektive Anziehung zu anderen Menschen. Sie existiert auf einem Kontinuum von ausschließlicher Heterosexualität bis zu ausschließlicher Homosexualität und umfasst verschiedene Ausprägungen von Bisexualität. Darüber hinaus gibt es Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), die sich jedoch nicht als schwul identifizieren – etwa Männer in heterosexuellen Beziehungen, die sexuelle Kontakte mit Männern haben.

Obwohl Prostatakrebs oft als »Männerkrebs« bezeichnet wird, kann jede Person erkranken, die mit einer Prostata geboren wurde. Dazu zählen transidente Menschen, die bei der Geburt als männlich eingeordnet wurden, einschließlich Transfrauen, sowie männlich zugeordnete nicht-binäre Personen. Viele Menschen verorten sich zudem entlang eines Spektrums; Selbstbezeichnungen sind individuell und können sich verändern.

Transfrauen und Prostata: Wissenslücken

Die Zahl der Transpatientinnen nimmt zu; dennoch ist über Prostatakrebs bei Transfrauen bislang wenig bekannt. Daten zur Auswirkung einer Hormontherapie im Rahmen der Transition sowie von geschlechtsangleichenden Operationen auf das Prostatakrebsrisiko sind begrenzt. Die vorhandene Literatur bietet bislang nur wenig konkrete Hinweise, wie Versorgung und Beratung dieser Patientinnengruppe optimal gestaltet werden können – hier besteht deutlicher Forschungsbedarf.

Gesundheit von schwulen und bisexuellen Männern: Umfrageergebnisse

Große Erhebungen – etwa der Stonewall-Report »LGBT in Britain – Health« und die »Gay and Bisexual Men's Health Survey« – zeigen: Viele Gesundheitsbedürfnisse schwuler und bisexueller Männer werden nicht ausreichend erfüllt. Zahlreiche Betroffene fühlen sich in einem Gesundheitssystem übersehen, das eigentlich allen Menschen gleichermaßen verpflichtet ist. Diese Erfahrung wirkt sich unmittelbar auf das Verhalten aus: Ratschläge werden weniger angenommen, Angebote zur Vorsorge, Überwachung und Diagnostik – dazu zählen auch Leistungen rund um Prostataerkrankungen – werden seltener genutzt.

Datenlücken zur sexuellen Orientierung in der Prostatakrebsversorgung

Die meisten Untersuchungen zu Prostatakrebs fokussieren heterosexuelle Männer. Wenn Studien zu schwulen und bisexuellen Männern existieren, sind sie oft klein und methodisch eingeschränkt. Daten zur sexuellen Orientierung werden weder im britischen NHS noch bei großen Krebsorganisationen systematisch erhoben. Wären solche Daten vorhanden, ließen sich u. a. Krankheitslast, Zugangswege und Versorgungsnutzung besser verstehen. Zugleich ist die Erhebung sensibel: Es braucht geeignete, respektvolle Anlässe und sichere Rahmen, um freiwillig über sexuelle Orientierung Auskunft zu geben. Die Abwesenheit solcher Daten

führt allerdings dazu, dass spezifische Bedarfe unsichtbar bleiben – faktisch werden schwule und bisexuelle Männer damit übergangen.

Krankheitsbild Prostatakrebs

Prostatakrebs entsteht, wenn Zellen der Prostata unkontrolliert wachsen. Schwul oder bisexuell zu sein oder Analverkehr zu haben, erhöht das Erkrankungsrisiko nicht. Die meisten Prostatakarzinome sind Adenokarzinome der peripheren Zone. Viele Tumoren wachsen langsam; einige verhalten sich aggressiv – insbesondere bei jüngeren Betroffenen. Die Ursachen sind nicht vollständig geklärt; genetische und Umweltfaktoren wirken zusammen. Mutationen in BRCA1/BRCA2, die auch bei Brust- und Eierstockkrebs bedeutsam sind, können Risiko und Aggressivität des Prostatakarzinoms erhöhen. Prostatakrebs kann lokal fortschreiten, über das Lymphsystem streuen oder hämatogen metastasieren – häufige Metastasierungsorte sind Knochen und Lymphknoten.

Anzeichen und Symptome

Frühe Stadien verlaufen oft asymptomatisch. Treten Beschwerden auf, ähneln sie häufig denen anderer Prostataerkrankungen; viele Symptome sind bei gutartigen und bösartigen Veränderungen ähnlich.

Typisch sind Beschwerden der unteren Harnwege (LUTS): häufiges Wasserlassen, Startschwierigkeiten, nächtliches Wasserlassen und abgeschwächter Harnstrahl. Häufig kommen das Gefühl unvollständiger Blasenentleerung, imperativer Harndrang, Dranginkontinenz und Harnwegsinfekte hinzu.

Bei lokal fortgeschrittener Erkrankung sind Hämaturie, Dysurie, Inkontinenz, Hämatospermie sowie perineale oder suprapubische Schmerzen möglich. Obstruktionen der Harnleiter können zu vermindertem Urinvolumen, Flankenschmerz, Anurie und Zeichen einer Niereninsuffizienz führen. Auch erektile Dysfunktion kann auftreten. Bei Rektumbeteiligung sind Tenesmen möglich.

Bei Metastasen dominieren z. B. Rücken-, Hüft- oder Beckenschmerzen, Leistungsminderung, Gewichtsverlust.

Diagnostik

Es gibt keinen einzelnen Test, der die Diagnose sichert. Übliche Bausteine sind: PSA-Bestimmung, digitale rektale Untersuchung und Prostatabiopsie (transrektal oder transperineal) zur histologischen Sicherung. Je nach Fragestellung kommen bildgebende Verfahren hinzu – etwa Ultraschall, MRT, CT und Knochenszintigrafie, insbesondere bei Verdacht auf Metastasen.

Diagnostische Tests

Untersuchung	Beschreibung
PSA-Test (Prostata-spezifisches Antigen)	Bluttest zur Messung des PSA-Werts; erhöht, aber nicht spezifisch.
Digitale rektale Untersuchung (DRU)	Tastuntersuchung der Prostata über den Enddarm (Größe, Form, Konsistenz).
Prostatabiopsie	Entnahme von Gewebeproben transrektal oder transperineal zur histologischen Abklärung. Je nach Indikation zusätzliche Bildgebung (Ultraschall, MRT, CT, Knochenszintigrafie) bei Verdacht auf Metastasen.

Therapieoptionen und gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Behandlung richtet sich nach Tumorstadium, Lokalisation, Histologie/Grading, Allgemeinzustand und persönlichen Präferenzen. Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen werden interdisziplinär besprochen. Mögliche Optionen sind u. a. abwartendes Beobachten (bei langsamem Verlauf ohne Beschwerden), radikale Prostatektomie, Brachytherapie (permanente Seeds oder HDR), Hormontherapie (Androgendeprivation), HIFU, Kryotherapie, Chemotherapie sowie palliative Maßnahmen zur Symptomkontrolle und Lebensqualitätsverbesserung.

Therapieoptionen (Überblick)

Option	Beschreibung
Abwartendes Beobachten	Keine sofortige Behandlung; Überwachung bei langsamem Verlauf ohne Symptome.
Operation (radikale Prostatektomie)	Vollständige operative Entfernung der Prostata.
Brachytherapie (permanente Seeds)	Einbringen radioaktiver Partikel; ggf. kombiniert mit Strahlentherapie/Hormontherapie.
Hormontherapie (Androgendeprivation)	Senkung oder Blockade der Testosteronwirkung zur Wachstumshemmung.
HDR-Brachytherapie	Kurzzeitige interne Hochdosisbestrahlung über Applikatoren.
HIFU	Hochintensiver fokussierter Ultraschall zur Tumorerstörung.
Kryotherapie	Zerstörung von Tumorgewebe durch Vereisung.

Chemotherapie	Systemische Zytostatika, v. a. bei fortgeschrittenem oder resistentem Prostatakrebs.
Palliative Versorgung	Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Lebensqualität verbessern.

Sexualität, Rollen und Praktiken

Krebs und Therapie betreffen immer auch Sexualität, Intimität und Selbstbild. Manche schwule und bisexuelle Männer erleben beim rezeptiven Analverkehr Lust durch Druck oder Reibung an der Prostata. Wenn ein Mann überwiegend rezeptiv ist, verändern sich Untersuchung und Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im sexuellen Erleben. Selbst abwartendes Beobachten kann belastend sein – z. B. durch Angst im Zusammenhang mit PSA-Kontrollen. Alle Therapien bergen Nebenwirkungen; Art und Ausmaß sind individuell und hängen u. a. von Partnerkonstellationen ab: körperliche Erfahrung beim Sex mit Männern, Kommunikation der Diagnose gegenüber (potenziellen) Partnern, Zugang zu fachlicher Unterstützung, Körperbild sowie eventuelle Überschneidungen mit HIV.

Kasten 2. Wie lange sollte auf rezeptiven Analverkehr verzichtet werden?

Situation	Empfohlene Dauer
Nach transrektaler Biopsie	Ca. 2 Wochen – Risiko von Blutungen, Schmerzen, Infektionen.
Nach transperinealer Biopsie	Mindestens 1 Woche – bis Blutergüsse abgeklungen sind.
Nach radikaler Prostatektomie	Ca. 6 Wochen – wegen Blutungsrisiko und möglicher Inkontinenz.
Nach externer Strahlentherapie	Mindestens 2 Monate – um akute Nebenwirkungen und Spätkomplikationen zu vermeiden.
Nach permanenter Seed-Brachytherapie	Bis zu 6 Monate – zur Minimierung einer möglichen Strahlenexposition der Partnerperson.

Erektile Dysfunktion (ED)

ED zählt zu den meistgefürchteten Nebenwirkungen. Für penetrierende Partner kann eine besonders rigide Erektion erforderlich sein; Erektionsprobleme werden daher teils stärker erlebt. ED kann missverstanden werden als mangelndes Interesse. Hilfreich sind alternative Formen von Sexualität und Intimität (z. B. Oralsex, Masturbation) und ggf. ein Rollenwechsel. Therapieoptionen gegen ED stehen zur Verfügung; Beratung durch Uro-Onkologie-Pflege, Hausärztin/Hausarzt oder Chirurgie ist sinnvoll.

Ejakulation, Orgasmen und Fruchtbarkeit

Nach Strahlentherapie kann die Ejakulatmenge abnehmen oder vollständig ausbleiben. Nach radikaler Prostatektomie treten »trockene« Orgasmen auf (ohne Ejakulat). Manche empfinden dies als Einschränkung; offene Kommunikation und das Erkunden alternativer Wege zu lustvoller Sexualität helfen. Mehrere Therapien können die Zeugungsfähigkeit beeinträchtigen – vor Behandlungsbeginn ist eine Spermakonservierung (Kryokonservierung) erwägenswert.

Libido, Prostatastimulation und Gewebeverlust

Eine verminderte Libido ist häufig und kann körperliche wie psychische Ursachen haben; ggf. ist eine Überweisung in Beratung oder Sexualtherapie hilfreich. Für manche Männer ist die Prostata eine erogene Zone (z. B. durch Vibrator, Analverkehr, perineale Massage). Prostatektomie und andere Verfahren entfernen oder zerstören Prostatagewebe und verändern dieses Erleben – neue Wege der Erregung können gemeinsam erkundet werden.

Harninkontinenz und Darmnebenwirkungen

Inkontinenz kann auftreten, wenn der Schließmuskel geschwächt wird; einige Therapien erhöhen das Risiko. Behandlungsmöglichkeiten reichen von Lebensstilmaßnahmen und Beckenbodentraining bis zu Medikamenten und Operation. Darmbezogene Nebenwirkungen (z. B. Entzündungen, Tenesmen, Krämpfe, Diarrhö, Stuhlinkontinenz) können insbesondere rezeptive Partner beeinträchtigen. Während Strahlentherapie wird häufig vom Analverkehr abgeraten. Nach permanenter Seed-Brachytherapie empfehlen viele Teams, für etwa sechs Monate auf Analverkehr zu verzichten; das Behandlungsteam berät individuell. Praktische Hinweise (viel Gleitmittel, Positionen mit mehr Kontrolle, ggf. kleiner gleitfähiger Dildo) können helfen.

HIV und Prostatakrebs

Zum Prostatakrebsrisiko bei HIV-positiven Männern gibt es wenig Forschung. Bei gleichzeitiger HIV-Therapie ist eine enge Abstimmung mit der onkologischen Behandlung wichtig, um Wechselwirkungen zu vermeiden. Bei Medikamenten gegen ED kann eine Dosisanpassung nötig sein. Nach Biopsien oder Operationen sind vorübergehende Blutungen möglich; Kondome können bis zum Abklingen sinnvoll sein.

Körperbild, Sprache und Rolle der Pflege

Krebstherapien können das Körperbild verändern. Manche Männer empfinden sich als weniger attraktiv, sorgen sich um Leistungsfähigkeit oder hadern mit körperlichen Veränderungen. Austausch mit Partner*innen, Familie, Freundeskreis oder in Selbsthilfegruppen kann entlasten. Pflegefachpersonen sollten Vielfalt anerkennen, keine Annahmen über Orientierung und Vorlieben treffen und kulturelle Kompetenz aktiv

entwickeln. Sprache wandelt sich – anstatt Begriffe zur Kategorisierung zu nutzen, kann Nachfragen helfen. Eigene Werte und Annahmen beeinflussen die Praxis; Reflexion senkt das Risiko unbeabsichtigter Diskriminierung. Werden sexuelle Bedürfnisse missachtet, ist das ein professionelles Fehlverhalten.

Schlussfolgerung

Prostatakrebs betrifft schwule und bisexuelle Männer in vielerlei Hinsicht ähnlich wie heterosexuelle Männer – gleichzeitig gibt es spezifische Fragen, insbesondere zu Sexualität, Rollen, Körperbild und Versorgung. Diagnostik und Therapie können Erektionsstörungen, Libidoverlust und andere Nebenwirkungen mit sich bringen. Informationsangebote sollten diese Themen klar benennen und adressieren. Für manche ist die Prostata beim Analverkehr eine erogene Zone – Prostatakrebs kann dadurch besondere Bedeutung für Identität und Sexualität erlangen.