

„Therapien haben sich verbessert“

Prostata-Krebs: Mit jährlich rund 67 000 Neuerkrankungen ist er der häufigste Tumor des Mannes. Die Diagnose ist meist begleitet von Angst und Unsicherheit. Ein Gespräch mit dem Würzburger Experten Dr. Frank Schiefelbein über Vorsorge, Diagnostik und Therapie.

Das Gespräch führte
MICHAEL REINHARD

Prostatakrebs ist die häufigste Tumorerkrankung bei Männern und nimmt bei ihnen den dritten Platz in der Sterberate ein – nach Lungen- und Darmkrebs. Laut Angaben der Deutschen Krebshilfe gibt es in Deutschland jährlich rund 67 000 Neuerkrankungen. Die Diagnose ist meist von Angst und Unsicherheit begleitet. Was tun? Bestrahlung? Operation? Oder einfach abwarten? Viele Männer fürchten sich vor der Behandlung. Denn nicht selten sind Impotenz und Inkontinenz die Folge. „Deshalb ist es sehr wichtig, dass der Patient umfassend über die Erkrankung und über alle möglichen sinnvollen Therapien aufgeklärt wird“, sagt Dr. Frank Schiefelbein, Chefarzt der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg. Im Gespräch mit dieser Zeitung rät der Prostata-Experte Männern ab dem 45. Lebensjahr unbedingt, einmal jährlich zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.

FRAGE: Wie hoch ist eigentlich das Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken?

FRANK SCHIEFELBEIN: Mit jährlich nahezu 67 000 Neuerkrankungen ist der Prostatakrebs der häufigste Tumor des Mannes. Jedes Jahr sterben etwa 13 000 Männer in Deutschland an dieser Erkrankung. Statistisch gesehen liegt das Lebenszeitrisko, an Prostatakrebs zu erkranken, bei etwa 13 Prozent, etwa drei Prozent der Patienten sterben daran. In den letzten 30 Jahren haben sich Vorsorge und medizinische Therapie allerdings erheblich verbessert.

Ab wann ist eine Vorsorgeuntersuchung wegen Prostatakrebs sinnvoll?

SCHIEFELBEIN: Im Rahmen der Krebs-Früherkennungsuntersuchung bieten die gesetzlichen Krankenkassen Männern ab dem 45. Lebensjahr einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung an. Hierbei wird die Prostata vom Arzt über den Enddarm mit dem Finger abgetastet. Auf Wunsch des Patienten kann eine erweiterte Vorsorge durchgeführt werden. Hierbei kann der PSA-Wert und eine über den Enddarm durchgeführte spezielle Ultraschalluntersuchung vorgenommen werden. Der PSA-Anstieg gilt als ein wichtiger Frühindikator in der Diagnostik des Prostatakarzinoms. Bei erblicher Vorbelastung ist es ratsam, die Vorsorge ab dem 40. Lebensjahr zu beginnen.

„Leider gibt es keine frühen Warnzeichen, die auf Prostatakrebs hinweisen.“

Dr. Frank Schiefelbein
Chefarzt

Wie aussagefähig ist denn eine solche Untersuchung?

SCHIEFELBEIN: Eine regelmäßige, unauffällige Prostatavorsorgeuntersuchung mit Tastbefund, PSA-Wert und Ultraschall kann das Vorliegen eines relevanten Prostatakrebses mit guter Sicherheit ausschließen.

Schließt ein normaler PSA-Wert von vornherein ein Prostatakarzinom aus?

SCHIEFELBEIN: PSA heißt prostataspezifisches Antigen. Dies ist eine Eiweißsubstanz, die im Blut des Patienten nachgewiesen wird. Der PSA-Wert ist leider nicht hundertprozentig aussagekräftig. Der Prostatakrebs ist ein sehr unterschiedlich zu wertender Tumor. Bei bis zu 15 Prozent der Prostatakarzinome ist der PSA-Wert des Patienten nicht erhöht. Im Zweifelsfall können aber andere Laborparameter, wie der PCA-3-Test, herangezogen werden.

Immer mehr Studien lassen die aktuellen Vorsorgemaßnahmen zwiespältig erscheinen. Schaden PSA-Tests zur Früherkennung von Prostatakrebs eventuell mehr als sie nutzen?

SCHIEFELBEIN: Der PSA-Wert ist derzeit der sensibelste Parameter in der Frühdiagnostik des Prostatakrebses. Ein sehr differenzierter Umgang mit dem PSA-Wert, unter Abwägung des individuellen Risikos des Patienten, ist eine grundlegende Voraussetzung, um verantwortungsvoll mit dem PSA-Wert umzugehen. Der Prostatakrebs hat sehr unterschiedliche Verlaufsformen. Wichtig ist die Bewertung des individuellen Risikoprofils bei jedem Patienten, um eine Übertherapie zu vermeiden.

Auf welche Warnzeichen sollte man grundsätzlich achten?

SCHIEFELBEIN: Leider gibt es keine frühen Warnzeichen. Beschwerden beim Wasserlassen könnten auf eine Erkrankung der Prostata hinweisen. Wenn der Tumor nämlich eine gewisse Größe erreicht hat, wird die Harnröhre, die von der Prostata umschlossen



Modernste Operationstechnik: Dr. Frank Schiefelbein sitzt an der Konsole des da Vinci-Systems und steuert von dort die miniaturisierten Instrumente mit Hilfe einer 3D-Kamera. Beides wird über kleine Schnitte durch den Bauch des Patienten eingeführt. FOTO: MICHAEL REINHARD

wird, dadurch verdrängt und das Wasserlassen erschwert. In einem fortgeschrittenen Stadium können Blutungen beim Wasserlassen oder beim Samenerguss auftreten. In einigen Fällen sind auch Rückenschmerzen wie bei einem Hexenschuss zu verzeichnen, da die Knochenmetastasen typischerweise im Bereich der Wirbelsäule ansiedeln.

Was ist zu tun, wenn Verdacht auf Prostatakrebs besteht?

SCHIEFELBEIN: Dann muss die Diagnose durch eine feingewebliche Untersuchung gesichert werden. Hierbei wird in Lokalanästhesie nahezu schmerzfrei eine Feinnadelbiopsie – auch Stanzbiopsie genannt – durchgeführt. Dadurch lässt sich ein Bild von der möglichen Ausdehnung des Tumors gewinnen. Diese Erkenntnisse sind wichtig für die Therapieplanung. So auch für das operative Vorgehen, insbesondere mit der Fragestellung, ob eine nerven- und gefäßschonende potenzerhaltende Operation möglich ist.

Ist eine Gewebeentnahme unbedingt erforderlich?

SCHIEFELBEIN: Nur durch eine Gewebeentnahme kann die Diagnose Prostatakrebs gesichert werden. Die Ergebnisse aus der feingeweblichen Untersuchung sind wichtige Grundlagen für die Therapieentscheidung.

Kritiker bemängeln, dass angeblich zu viele

Biopsien vorgenommen werden.

SCHIEFELBEIN: Die Indikation zur erweiterten Prostatadiagnostik mit PSA-Bestimmung, transrektalem Ultraschall und der Entnahme einer Prostatabiopsie ist eine individuelle Entscheidung des Patienten. Sie bedarf einer sorgfältigen Beratung durch den behandelnden Arzt. Dabei müssen Nutzen und Risiko besprochen werden. Generell gilt es selbstverständlich, eine Überdiagnostik und Übertherapie zu vermeiden – und gleichzeitig das zu späte Diagnostizieren eines Prostatakrebses so weit wie möglich auszuschließen.

Es wird häufig kritisiert, dass Diagnose und Trefferquote bei der Untersuchung von Stanzproben zu wünschen übrig lassen.

SCHIEFELBEIN: Die Durchführung der Stanzbiopsie ist in den Leitlinien zum Prostatakarzinom standardisiert. Ziel ist es, das klinisch signifikante Prostatakarzinom zu diagnostizieren. Gegebenenfalls können weitere Untersuchungen wie Kernspintomographie oder rechnergestützte Ultraschalluntersuchungen mit Elastographie die Diagnostik verfeinern. Mit hinreichender Sicherheit kann dabei ein Prostatakarzinom nachgewiesen oder ausgeschlossen werden.

Muss Prostatakrebs auf jeden Fall behandelt werden?

SCHIEFELBEIN: Ein gut differenzierter Prostatakrebs mit einem Gleason-Score kleiner als

6, einem PSA-Wert unter 10 und ohne einen ausgedehnten Tastbefund kann in vielen Fällen zunächst nur überwacht werden. Diese aktive Überwachung setzt regelmäßige dreimonatige Untersuchungen des Patienten voraus, um zu erkennen, wann aus einem harmlosen Verlauf ein aggressiverer entsteht. Dann muss die Therapie umgestellt werden und eine Operation mit Entfernung der Prostata oder eine Bestrahlung durchgeführt werden, um den Tumor in dem therapeutischen Zeitfenster heilen zu können.

Bei wem ist eine Behandlung unumgänglich?

SCHIEFELBEIN: Bei einem jüngeren Patienten mit mehr als zehn Jahren Lebenserwartung, der eine schlechte Tumordifferenzierung, eine größere Tumorausdehnung und einen erhöhten PSA-Wert aufweist. Das spricht nämlich für einen aggressiveren Tumor, der operativ entfernt oder bestrahlt werden sollte. Ebenso sollte bei einem symptomatischen und metastasierten Patienten eine Behandlung sofort beginnen. Heutzutage gibt es für nahezu jedes Tumorstadium eine angemessene und erfolgversprechende medikamentöse Therapie, die den Erkrankungsverlauf erheblich verlangsamen kann.

Welche Aspekte sollte man bei der Wahl der richtigen Therapie berücksichtigen?

SCHIEFELBEIN: Die Behandlung des Prostatakarzinoms ist immer individuell. Sie richtet

sich wesentlich nach dem Tumorstadium und der Tumordifferenzierung sowie den Begleiterkrankungen und dem Alter des Erkrankten. Durch die verbesserten Möglichkeiten der Überwachung des Patienten werden zukünftig immer mehr Betroffene aktiv überwacht werden können, mit dem Ziel, eine Übertherapie zu vermeiden.

Wann ist eine Operation bei Prostatakrebs notwendig?

SCHIEFELBEIN: Die Indikationsstellung zur Operation zur radikalen Prostatektomie bei Prostatakarzinom ist eine individuelle Entscheidung. Hierbei sind das Alter des Patienten, sein Gesundheitszustand, die individuellen Tumordaten wie Tumordifferenzierung und Tumorausdehnung sowie der PSA-Wert wichtige Parameter. Der Vorteil der operativen Versorgung ist, dass der Pathologe die Prostata genau untersuchen kann und damit eine exakte Stadiumzuordnung vorgenommen werden kann. Bei einem kapselüberschreitenden Tumor kann dann rechtzeitig eine ergänzende Strahlentherapie die Heilung ermöglichen.

Sie operieren im Missio seit 2008 auch mit dem Da Vinci-System. Was sind die Vorteile dieser Methode?

SCHIEFELBEIN: Wir haben im letzten Jahr 470 radikale Prostatektomien im Missio durchgeführt. Davon über 300 mit dem Da Vinci-System. Man kann sagen: Je komplizierter der Eingriff, je aufwendiger die rekonstruktiv-präparatorischen Operationsschritte, desto größer ist der Vorteil durch das Da Vinci-System. Die auf diese Weise operierten Patienten haben bereits in der Frühphase nach der Operation eine hohe Rate an Kontinenz. Die Harnkontinenz nach einem Jahr beträgt mehr als 90 Prozent.

„Je komplizierter der Eingriff, desto größer ist der Vorteil durch das Da Vinci-System.“

Dr. Frank Schiefelbein
Chefarzt

Kommt diese Operationsmethode für alle Patienten in Frage?

SCHIEFELBEIN: Leider nicht. Bei bestimmten Vorerkrankungen des Patienten, insbesondere Herz-, Lungen- oder Gefäßerkrankungen, kann aufgrund der Lagerung des Patienten mit einer sogenannten Oberkörpertieflagerung der Eingriff mit dem Da Vinci nicht durchgeführt werden. Diese Patienten werden in einer differenzierten Technik schnitt- oder operativ versorgt.

Bei allen bemerkenswerten Fortschritten: Die Prostata-Operation hat aber auch Nachteile, die der Barmer Krankenhausreport im vergangenen Jahr anhand von Zahlen wie folgt beschrieben hat: 70 Prozent der Patienten klagen nach einer radikalen Operation über Impotenz, 16 Prozent wurden inkontinent.

SCHIEFELBEIN: Es zeigen sich Unterschiede in der Qualität der operativen Versorgung. Es gibt verschiedene Untersuchungen, die eindeutig belegen, dass Kliniken mit hoher Expertise und hohen Fallzahlen in der Versorgung auch bessere Operationsergebnisse vorweisen können. Insbesondere die Rate an Harninkontinenz ist, wie erwähnt, bei Versorgung durch Operateure mit großer operativer Erfahrung deutlich geringer und der Potenserhalt besser.

Kann die Bestrahlung eine echte Alternative zur OP sein?

SCHIEFELBEIN: Ja, es gibt Prostatakarzinome, bei denen die Strahlentherapie im Vergleich zur operativen Versorgung gleichwertige Ergebnisse zeigt. Bei einem erhöhten Narkoserisiko durch schwere Vorerkrankungen ist dem Patienten zum Beispiel eher eine Bestrahlung als eine Operation anzuraten.

Sie haben eine breite Palette von Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Aber ist Prostatakrebs überhaupt heilbar?

SCHIEFELBEIN: Es ist das Ziel der Vorsorge, ein Prostatakarzinom in einem möglichst organbegrenzten Stadium zu diagnostizieren. Ist der Tumor lokal noch nicht fortgeschritten und hat keine Tochtergeschwülste gesetzt, so haben wir in bis zu 90 Prozent eine komplette Heilung zu erwarten. Positiv zu vermerken ist, dass sich in den letzten Jahren, wie schon erwähnt, die operativen Techniken weiter verfeinert haben. Das gilt auch für die Bestrahlungstechniken. Und gerade in den letzten zwei Jahren sind neue medikamentöse Therapien für das metastasierte Prostatakarzinom zur Anwendung gekommen. Hierbei können auch Tumore in einem fortgeschrittenen Stadium in ihrem Verlauf abgebremsst und die Lebensqualität des Patienten verbessert werden.

Die Prostata-Sprechstunde und Dr. Frank Schiefelbein



Was tun bei Prostatakrebs? So lautet das Thema einer gemeinsamen Veranstaltung der Main-Post-Akademie und der Missionsärztlichen Klinik Würzburg. Die Experten Dr. Frank Schiefel-

bein (links) und Dr. Georg Schön stehen den Zuhörern am Samstag, 16. November, von 10 bis 12 Uhr in der Cafeteria des Missio ausführlich Rede und Antwort. Bei einem anschließenden Podiumsgespräch diskutieren die beiden Chefarzte unter anderem mit dem mehrfachen Weltmeister und Olympiasieger im Degenfechten, Alexander Pusch, über Vorsorge, Diagnostik und Therapie beim Prostata-Karzinom. Die Moderation übernimmt Michael Reinhard, Chefredakteur der Mediengruppe Main-Post. Informationen und Anmeldung unter www.mainpost.de/akademie.

Dr. Frank Schiefelbein ist an der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg seit 2006 Chefarzt der

Urologie. Sein wissenschaftliches Hauptinteresse gilt der radikalen Prostatachirurgie, insbesondere den DaVinci OP-Techniken, der minimal-invasiven Endourologie und Mikrochirurgie sowie der Laserchirurgie der Prostata. Die Missio-Urologie ist unter anderem auch Referenzzentrum für die Ausbildung mit dem Greenlight-Laser. Auf nationalen und internationalen Kongressen demonstrierte der Mediziner spezielle OP-Techniken, die auch in Filmen und Lehrbüchern Eingang gefunden haben.

ONLINE-TIPP

Weitere Informationen zum Thema sowie eine ausführlichere Fassung dieses Interviews finden sie unter www.mainpost.de