

Interview Transkript, Dr. Catrin Milsmann, Niedergelassene Fachärztin für Urologie in Nettetal

Blue Ribbon: Dann fangen wir einfach bei der Früherkennungsuntersuchung an. Und da würde ich mich freuen, wenn Sie aus Ihrer Perspektive sagen könnten, was für eine Früherkennungsuntersuchung spricht oder vielleicht auch was dagegen spricht. Einfach mal frei Schnauze.

Dr. Milsmann: Also, letztendlich ist die Früherkennung ja so wie bei den Damen auch. Jeder Mensch sollte sich ein bisschen um sich sorgen und dazu sollte man einmal im Jahr das Angebot der Früherkennung wahrnehmen. Für die Krebsvorsorge spricht, die regelmäßige Untersuchung. Falls es zu einer Krebsentwicklung in bestimmten Organen wie Prostata, Darm, Hoden kommen sollte, ist es enorm wichtig, diese Krebsarten so früh, wie möglich zu entdecken, damit alle möglichen Therapie-Optionen angewendet werden können. Was manchmal dagegen zum aktuellen Zeitpunkt spricht ist, wenn der Patient gerade eine Blasenentzündung oder eine Prostataentzündung hatte, also wenn es offensichtlich ist, dass die Ergebnisse zu dem Zeitpunkt nicht relevant sind, weil sie verfälscht wurden durch eine Infektion oder Untersuchung, wie zum Beispiel eine gerade statt gefundene Darmspiegelung. Dann muss die Untersuchung zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt werden. Natürlich gibt es auch vielleicht Patienten, die zunächst auch mit einer gewissen Scham zu UrologInnen gehen: die rektale Tastuntersuchung ist für die meisten Männer zunächst ein sehr unangenehmes Thema, insbesondere, wenn bereits einmal am Enddarm operiert wurde. Die Vorsorge muss immer individuell besprochen werden und auch auf die Sorge der Patienten eingegangen werden.

Blue Ribbon: Und wenn man in Richtung Überdiagnostik oder Überbehandlung denkt?

Dr. Milsmann: Also, ich glaube da sind wir ein bisschen modernder geworden. Das Thema Überdiagnostik oder die Kritik an der Vorsorge kam in der Vergangenheit zumeist durch die frühe Biopsie der Prostata bzw. durch die frühe Indikationsstellung zu Prostatabiopsie durch die UrologInnen. Heute werden der Verlauf der verschiedenen Parameter (z.B. PSA und rektaler Ultraschall) verglichen und dann gibt es noch als „neuere“ Diagnostik das MRT der Prostata. Dadurch hat sich die Zahl der zuvor „Übertherapie“-Biopsien deutlich reduziert. Daher glaube ich, dass das Argument der Übertherapie nicht mehr so vorliegt, wie in der Vergangenheit. Natürlich, muss man die Patienten aufklären und über die aktuellen Befunde informieren, obwohl man damit häufig Angst und auch eine Verunsicherung bis zum endgültigen Ergebnis auslöst. Aber man muss das vielleicht auch ein bisschen entzerren, dass man sagt: Wir haben Sie einfach stärker unter Kontrolle, also z.B. regelmäßige PSA-Werte werden bestimmt, damit bei Veränderungen der Prostata, schneller gehandelt werden kann. Es muss ja nicht sofort Krebs sein. Also, man muss dann auch ein bisschen die Angst vor der Vorsorge nehmen.

Blue Ribbon: Wenn ein Patient das erste Mal zu Ihnen in die Praxis kommt, was passiert dann? Der kommt zur Tür rein und dann...?

Dr. Milsmann: Es gibt viele Patienten, die sagen: Ich komme jetzt gezielt zur Vorsorge, weil diese Männer vielleicht gerade durch Betroffene im Freundes-/Familienkreis Angst bekommen – meistens ist es ja dann Angst. Für diese Herren ist der Weg dann auch klar: Sie kommen zur Untersuchung und möchten diese auch, da Sie sich zuvor bereits mit dem Thema Krebsvorsorge beschäftigt haben. Bei diesen Patienten muss man als Urologe/in nicht viel erklären, weil Sie ja bereits mit der Absicht einer Untersuchung in die Praxis kommen. Manche Patienten, die vielleicht wegen etwas Anderem kommen, werden auf die Notwendigkeit der Krebsvorsorge hingewiesen und entscheiden sich ganz spontan für die Untersuchungen: meist unter der Idee: „Jetzt bin ich schon hier, dann machen wir das“

auch". Wahrscheinlich wäre ein neuer Termin für die Patienten wie eine aufgeschobene Angst oder Scham, so dass das „Abhaken“ in dem Moment oft leichter fällt. Es gibt aber auch Herren, die Bedenkzeit wünschen und dann lieber an einem anderen Termin zur Krebsvorsorge kommen möchten. Das muss man auch offen lassen. Letztendlich ist das Ansprechen das Wichtige. Also die, die schon kommen, das ist ja relativ einfach, die sind schon modern und nehmen die Vorsorge wahr und die anderen muss man da ein bisschen vorsichtig heranzuführen, finde ich.

Blue Ribbon: Ab welchem Alter und in welchen Intervallen ist die Früherkennungsuntersuchung vorgesehen oder was ist da Ihre Empfehlung?

Dr. Milsmann: Ja, ich halte mich da eigentlich an die Leitlinien – ab 45 Jahren und je nachdem, wie ausführlich die Patienten diese Vorsorge haben möchten. Es gibt den PSA-Wert als Marker – wenn der sehr niedrig ist, dann kann man das nächste Intervall auch nach zwei oder drei Jahren machen, also zumindest ein bisschen weiter weg. Meine Auffassung ist aber ganz klar: wenn die Frauen einmal pro Jahr zur Krebsvorsorge gehen sollen, so gilt dieses natürlich auch für die Männer. In welchem Umfang die jährlich Krebsvorsorge durchgeführt werden soll, entscheidet aber der Patient nach dem Aufklärungsgespräch. Man muss gewisse Dinge immer berücksichtigen: Alter des Patienten, liegt bereits Krebs in der Familie vor? In Zusammenschau wird dann die Regelmäßigkeit und der Umfang der Krebsvorsorge besprochen.

Blue Ribbon: Die digitale, rektale Tastuntersuchung, wie wird die genau durchgeführt, also was passiert? Wie liegt man? Wie lange dauert die? Was sind da so die Eckdaten?

Dr. Milsmann: Die dauert nicht lange. Meine Patienten, werden zunächst in Rückenlage untersucht: Brust, Bauch, Genitale. Dann legt der Patient sich auf die linke Körperseite und es erfolgt die rektale Tastuntersuchung, die im übrigen ja auch oft von den Hausärzten durchgeführt wird und daher nicht ganz unbekannt ist.

Blue Ribbon: Wie lange dauert das?

Dr. Milsmann: Ich würde sagen: wenige Augenblicke. Also deswegen, man kann sich mit der Tastuntersuchung einen groben Überblick von der Prostata machen, man nur einen Teil der Prostata untersuchen kann. Die Anatomie nach vorne und oben kann nicht mit dem Finger ertastet werden, daher ist die Ultraschalluntersuchung über den Enddarm so sinnvoll.

Blue Ribbon: Wenn nun die Prostata besonders groß ist, dann würde man ja zunächst mal denken, das ist ein bisschen auffällig. Und wenn man dann den PSA Wert nähme, dann macht eine größere Prostata doch auch eher einen höheren PSA Wert als eine kleine. Dann würden ja schon zwei Marker quasi dafür sprechen, dass man weiter untersucht, oder?

Dr. Milsmann: Ja, genau. Aber da muss man auch sagen, dass es auch normal ist, dass eine Prostata, die ein größeres Volumen hat, auch ein bisschen mehr PSA produziert. Aber es muss natürlich alles so in Maßen bleiben. Ein rascher Anstieg der Marker muss kontrolliert und weiter abgeklärt werden. Also, es gibt viele Patienten, die mit ihrem PSA-Wert bei einer großen Prostata, um einen hohen Wert zirkulieren und letztendlich sind diese Patienten dann einfach nur in einer engmaschigeren Vorsorge drin. Also, es wird häufiger kontrolliert.

Blue Ribbon: Okay. Sie haben eben schon gesagt, je nachdem, große Prostata, kleine Prostata...wie aussagekräftig ist dann so ein Ergebnis? Man kann gar nicht die ganze Prostata ertasten, aber es wird ja auch von den Krankenkassen sozusagen nur übernommen, die Tastuntersuchung zu machen. Also wie viel Aussage hat dieser Wert? Und empfehlen Sie dann auch automatisch den PSA Wert zu nehmen, auch wenn man es dann selbst bezahlt?

Dr. Milsmann: Ja. Die klaren krebsverdächtigen Tastbefunde sind häufig die, die schon etwas fortgeschrittener sind. Wir möchten ja mit der Früherkennung gerade die Tumore „erwischen“, die zum Beispiel nicht die Prostata kapsel durchbrochen haben, die nicht deutlich groß und hart zu tasten sind. Genau dass gleiche Prinzip wird ja auch bei der Darmspiegelung verfolgt: Polypen werden frühzeitig entfernt, damit daraus nicht Krebs entsteht. Zum Glück finde ich heutzutage diese ausgeprägten Befunde sehr selten, was für eine Annahme der Männer für die Krebsvorsorge spricht. Im Praxisalltag findet man heute bösartige Tumoren eher in Kombination mit den Untersuchungen, also PSA Verlauf, Tastuntersuchung, rektaler Ultraschall, MRT. Wenn das MRT der Prostata deutliche Auffälligkeiten zeigt, kann hier dann eine gezielte Biopsie erfolgen, was mit einer höheren Detektionsrate einhergeht.

Blue Ribbon: Es gibt aber kein PSA Screening in Deutschland. Machen das denn viele Männer, dass sie das dann trotzdem selbst zahlen?

Dr. Milsmann: (Zustimmendes) Mhm.

Blue Ribbon: Und wie aussagekräftig ist dann wiederum das PSA Ergebnis? Sie haben ja eben schon gesagt, wenn das konstant ansteigt, dann muss man es weiter kontrollieren. Aber es kann auch schwanken. Eine große Prostata macht einen höheren PSA Wert. Also es ist nicht so eindeutig: ja oder nein.

Dr. Milsmann: Genau, nein, das gibt es nicht. Also letztendlich kann man sagen: wenn die erhobenen Befunde in den Grenzen für das entsprechende Alter liegen, ist alles für ein Jahr in Ordnung. Also die Gefahr für ein vorliegendes Prostatakarzinom ist sehr gering. Das ist die optimale Aussage dann dafür. Vielleicht auch wenn man dann noch vom rektalen Ultraschall spricht. Wenn man aber sagt, ein hoher PSA Wert und auffälliger Tastbefund liegen vor, hat das natürlich auch eine gewisse Konsequenz. Also, wenn der PSA Wert für das entsprechende Alter und Prostatavolumen viel zu hoch ist, und eine deutliche Verhärtung der Prostata zu tasten ist, kann man auch überlegen, ob man weitere Diagnostik macht (z.B. MRT) oder gleich direkt biopsiert – also, wenn es so offensichtlich ist, dass ein pathologischer Befund vorliegt. Gleichzeitig muss man aber immer über Risiken der Biopsie nachdenken: Alter und Nebenerkrankungen spielen hier eine wichtige Rolle.

Ein einzelner PSA-Wert sagt daher nur aus, ob alles in Ordnung ist. Ist der Wert zu hoch, muss zunächst eine Kontrolle erfolgen. Von einem einzelnen Wert sollte keine Biopsie-Empfehlung gegeben werden. Also das muss man mit einem Zweiten meistens bestätigen. Es kann ja auch mal eine lokale Entzündung sein und der PSA-Wert fällt im Verlauf deutlich in den Normbereich. Aber wenn der Wert beim zweiten Mal noch weiter angestiegen ist, ist es sehr deutlich, dass da in dem Bereich irgendwas nicht stimmt. Dann kann man auch auf andere Diagnostik zu dem Zeitpunkt verzichten und den Patient schneller dann praktisch zur Biopsie empfehlen, damit man auch schnell eine Diagnose erhält und etwas tun kann.

Blue Ribbon: Sie erwähnten die Ultraschalluntersuchung, wann wird die empfohlen?

Dr. Milsmann: Also, ich empfehle sie zur Krebsvorsorge und dann natürlich bei Männern, die Probleme mit der Prostata haben, um das Volumen auszumessen, um zu schauen, ob die Prostata den Blasen Hals einengt oder, ob strukturelle Veränderungen vorliegen. Es gibt ja auch verschiedene Ultraschall Messmethoden, auch Durchblutungs-Messmethoden oder Dichtemessungen. Wie bei den meisten Messmethoden gilt: je mehr Information über ein Organ erfassbar ist, umso besser kann über den Zustand des Organs Auskunft gegeben werden. Auch bei anderen Organen haben wir invasivere Messmethoden schon lange etabliert: Herz (Herzkatheter/Ultraschall über die Speiseröhre) oder auch Leberdiagnostik: Kontrastmittel-Ultraschall.

Blue Ribbon: So, dann haben wir: Tastuntersuchung, PSA, Untersuchen per Ultraschall. Ich habe noch CT, MRT und auch die Biopsie als Diagnose Methoden notiert. Was würde man als Nächstes machen, wenn die bisherigen Untersuchungen Auffälligkeiten zeigen? Sie sagten eben, man könnte auch direkt biopsieren.

Dr. Milsmann: Also, direkt biopsieren kann man, wenn der Tumor so deutlich zu tasten ist, meist beidseits und der PSA-Wert und die Ultraschalluntersuchung ganz deutlich auf Krebs hinweisen. Dann kann man sagen, dass man mit der direkten Biopsie mit großer Sicherheit den Tumor trifft. Dazu muss man vorher nicht unbedingt ein MRT machen. Wenn man jetzt nicht direkt was tasten kann, aber der Patient mit dem PSA Wert langsam oder schnell steigt und auch nur ein bisschen, je nach Alter, dann empfehle ich schon eine MRT Untersuchung. Das ist letztendlich ein Scan der Prostata. Der Radiologe kann die Prostata mit diesem feinen Scan in verschiedene Areale einteilen. Diese Einteilung heißt PI-RADS: von 1 bis 5. 1 bis 3 Befunde sind immer gutartig. 4 kann eine Entzündung sein, es könnten aber auch Krebszellen vorliegen. PI-RADS 5 ist immer sicher Krebs. Das kann der Radiologie schon recht deutlich darstellen. Dann kann man da natürlich gezielt biopsieren. Manchmal sind die krebstragenden Regionen der Prostata ja nur einige Millimeter groß. Diese würde man ohne diese MRT Diagnostik wahrscheinlich nicht finden können. Durch das MRT der Prostata und der ultraschallgestützten Steuerung der Biopsie-Nadel, kann man diese Areale gezielt finden. Häufig ist das Frustrierende für viele Patienten, mit einem „zackelnden“ erhöhten PSA-Wert, biopsiert zu werden und dann ist die Biopsie negativ (d.h. kein Krebs gefunden). Der PSA-Wert steigt im Verlauf aber weiter. Mit der Einführung der MRT-Diagnostik ist die Trefferquote viel höher, d.h. es wird weniger mehrfach biopsiert. Dies passiert häufig bei frühen Verdachtsfällen ohne MRT-Diagnostik, da die Krebzläsionen sehr klein (halt früh) sind.

Blue Ribbon: Und das CT, das ist eher für die Einschätzung der Größe der Prostata und solche Dinge vorgesehen?

Dr. Milsmann: CT-Untersuchungen werden meist zur Planung einer Operation oder Bestrahlung bei nachgewiesenem Prostatakrebs durchgeführt. Es geht um die Ausdehnung des Tumors in Nachbarorgane, um möglich betroffene Lymphknoten oder weitere Bauchorgane.

Blue Ribbon: Und können Sie zur Biopsie beschreiben, wie sie vonstatten geht. Die wird ja bei Ihnen wahrscheinlich nicht direkt vor Ort gemacht.

Dr. Milsmann: Genau, ich mache das nicht mehr in meiner Praxis. Die Biopsie wird im Krankenhaus mit einer lokalen Betäubung und wenn gewünscht, mit einer Sedierung oder Kurznarkose gemacht. Zur Darstellung der Prostata und zur Steuerung wird über den rektalen Schallkopf eine Nadel in die Prostata gebracht. Zunächst wird lokales Betäubungsmittel appliziert und dann erfolgen die gezielten Biopsien der rechten und linken Prostata. Nach internationaler Empfehlung, sollen mindesten 12

Biopsie entnommen werden. Patienten mit weiteren Nebenerkrankungen wie Herzerkrankungen oder Einnahme von Blutverdünnern, werden meist eine Nacht im Krankenhaus überwacht, da sie eine höhere Wahrscheinlichkeit für Komplikationen wie z.B. Nachblutung haben. Die Blutverdünner müssen meist, je nach Medikament, vorher abgesetzt werden. Ebenso besteht eine Infektionsgefahr, da die Biopsie ja über den Enddarm erfolgt. Aufgrund der normalen Darmflora muss also ein Schutz durch eine Antibiotikagabe gegeben werden. In Zusammenschau ist also eine Biopsie für den Patienten eine Herausforderung, die gut mit den behandelnden Ärzten abgestimmt werden muss. Dies ist aber bereits schon lange in Deutschland routiniert. Letztendlich muss immer sehr individuell für den Patienten entschieden werden.

Blue Ribbon: Kann man das nicht auch über den Damm machen? Die Biopsie?

Dr. Milsmann: Ja, kann man auch.

Blue Ribbon: Wann würde man sich für die eine oder für die andere Methode entscheiden?

Dr. Milsmann: Dieses Verfahren ist besonders bei Patienten zu empfehlen, die bereits eine Operation und/oder eine Bestrahlung am Enddarm hatten, und daher der rektale Zugang zur Prostata nicht möglich ist. Dieses Verfahren ist insgesamt etwas aufwendiger und schmerzhafter, so dass die perineale Biopsie (über den Damm) immer in Narkose erfolgt.

Blue Ribbon: Okay. Der Gleason Score. Können Sie den einmal kurz und knackig erklären?

Dr. Milsmann: Das ist letztendlich von einem Pathologen eine Einteilung der Zellen anhand von Markern unter dem Mikroskop. Es ist eine Einteilung, die sagt, wie entartet der Krebs von seinem Ursprungsgewebe ist. Man sieht dann nicht mehr das ursprüngliche Prostatagewebe, sondern die Zellen sehen dann nach und nach anders aus. Das sind dann die aggressiveren Zellen, die nichts mehr mit ihrem Ursprungsgewebe, aus dem sie entstanden sind, zu tun haben. Der Gleason Score dient also der histologischen Beurteilung der Drüsenbeschaffenheit im Prostatagewebe und dient als Prognosewert.

Blue Ribbon: Das sind ja zwei Werte, die irgendwie addiert werden, oder?

Dr. Milsmann: Ja, diese Werte spiegeln die Veränderung der Prostatadrüsen wieder und werden addiert. Je höher die Einteilung im Gleason-Muster ist, desto mehr weicht das untersuchte Gewebe vom „Ursprungs“-Gewebe ab.

Blue Ribbon: Und dann gibt es ja noch die Beurteilung, ob der Krebs in der Kapsel oder fortgeschritten ist. Wie ist die am einfachsten zu erklären?

Dr. Milsmann: Das hat einfach was mit der Lokalisation und der Ausdehnung zu tun. Das wird meistens dann eher im MRT gesehen oder vielleicht auch mal schon im Ultraschall. Oder auch mal beim Tastbefund. Es handelt sich meistens um die sehr großen ausgeprägten Karzinome, die in die Samenblasen oder in den Darm oder die Harnblase infiltrierend wachsen. Bei den größeren Tumoren, fordert der Operateur dann auch häufig eine Computertomographie vom Becken und Bauch, um zu sehen, wie ausgedehnt der Befund ist und ob zum Beispiel Lymphknoten auffällig sind.

Blue Ribbon: Orientiert sich daran dann später auch die Therapieform?

Dr. Milsmann: Genau, das hat dann auch was mit der Ausdehnung der Operation zu tun oder auch mit dem Setzen der Strahlenfelder bei der geplanten Bestrahlung.

Blue Ribbon: Die Skelettszintigraphie ist ja auch ein Diagnose Tool, um zu schauen wie weit der Krebs entwickelt ist und da geht es dann um das Knochengewebe, also gibt es Knochen Metastasen?

Dr. Milsmann: Genau. Die Skelettszintigraphie kann Knochenmetastasen zeigen. Meist sind Knochenmetastasen bei einem PSA-Wert ab 10,0ng/ml nachweisbar. Das ist aber kein hartes Kriterium. Wenn Patienten neu aufgetretene Knochenschmerzen äußern, kann eine Knochenszintigraphie Auskunft über den Zustand des Skelettsystems machen.

Blue Ribbon: Ist diese Untersuchung - also man kennt es vielleicht, wenn man mal den Arm gebrochen hatte - wie eine Röntgenuntersuchung? Ist das im Prinzip das Gleiche nur für den ganzen Körper?

Dr. Milsmann: Ja, man bekommt ein Medikament gespritzt, das sich dann an diese Metastasen bindet oder mehr den Umsatz dieser Metastasen zeigt. Und dann werden Ganzkörper-Fotos gemacht und das kann der Nuklearmediziner dann auswerten. Es ist keine Röntgenuntersuchung im klassischen Sinn, sondern ein nuklearmedizinisches bildgebendes Verfahren.

Blue Ribbon: Ist das radioaktiv, das Medikament?

Dr. Milsmann: Ja.

Blue Ribbon: Wie lange dauert das?

Dr. Milsmann: Man muss ein bisschen Wartezeit mitbringen. Also ich glaube, mit allem Drum und Dran ist der Patient auf jeden Fall zwei Stunden bis vier Stunden bei dem Nuklearmediziner.

Blue Ribbon: Aber die Szintigraphie an sich, wie lange geht die?

Dr. Milsmann: Ganz genau weiß ich das nicht. Dazu können die Kollegen aus der Nuklearmedizin besser Auskunft geben. Es werden immer mehrere Bilder gemacht, um die Anreicherung im Knochen zu dokumentieren.

Blue Ribbon: Was sind Faktoren, die eine erblich bedingtes Risiko für Prostatakrebs definieren?

Dr. Milsmann: Das ist einfach die familiäre Häufung. Letztendlich kann man das ja dann auch bei einer humangenetischen Beratung untersuchen lassen oder in einem humangenetischen Zentrum. Dies geschieht aber nur, wenn es bereits einen Hinweis in der Familie auf mehrere Fälle von Prostatakrebs und/oder assoziierten Krebsarten wie Brustkrebs gibt. Es ist keine Routineuntersuchung. Die Indikation ist natürlich, dass man eine ausführliche Anamnese erhebt, das heißt den Patienten danach fragt, sind Bruder oder Vater betroffen, oder Cousins? Gibt es bei den weiblichen Familienangehörigen Brustkrebs? Es kann bei verschiedenen Vererbungsformen sein, dass viele

Frauen mit Brustkrebs betroffen sind und folgende männliche Nachkommen an Prostatakrebs erkranken.

Es gibt bereits einige Personen aus dem öffentlichen Leben, die hierzu schon viel Aufklärungsarbeit geleistet haben. Die Roth-Zwillinge (Sportler) sind hier ganz aktiv.

Blue Ribbon: Was gilt denn für solche Männer, die ein nachweislich erblich bedingtes Risiko haben? Die gehen einfach schon früher zur Vorsorge oder engmaschiger?

Dr. Milsmann: Ja, früher und auch engmaschiger. Ich bespreche die Termine mit den Patienten immer sehr individuell, da einige durch den positiven Nachweis in der Genanalyse natürlicherweise eine ausgeprägtere Angst vor dem möglichen Krebs haben. Einige Patienten möchten 2 Mal pro Jahr die Vorsorge machen, andere lieber 4 Mal pro Jahr.

Blue Ribbon: Kann man da auch wie beim Brustkrebs zum Beispiel die Prostata einfach prophylaktisch entfernen?

Dr. Milsmann: Theoretisch möglich ist das, wird aber nicht empfohlen, da eine Prostata-Entfernung immer Einfluss auf das Wasserlassen und auch die Erektion hat. Außerdem gibt es keinen Operateur, der prophylaktisch die Prostata entfernen würde, glaube ich. Es muss immer eine Indikation vorliegen, und der Nachweis eines mutierten Genes ist anders als beim vererbten Brustkrebs keine Indikation.

Blue Ribbon: Okay. Und ich habe hier als letzten Punkt in der Diagnostik noch: Was sind normale Veränderungen der Prostata? Wollen Sie noch etwas dazu sagen?

Dr. Milsmann: Ja. Jeder Mann bekommt irgendwann eine vergrößerte Prostata, mehr oder minder ausgeprägt mit Problemen des Wasserlassens. Das sind einfach normale Dinge des älter werdenden Mannes. Und man muss sagen, die Menschen in Europa werden älter, aber das heißt dann auch, dass die mehr Probleme mit einigen Organsystemen bekommen, genauso wie wir Frauen.

Blue Ribbon: Und Entzündungen oder so was können ja glaube ich auch zu erhöhten Werten führen.

Dr. Milsmann: Genau, ja.

Blue Ribbon: Okay, Therapie Optionen: Gibt es da was, was Sie bevorzugt empfehlen, zum Beispiel Operation oder Bestrahlung oder was sind da die Kriterien für Patienten zu wählen? Wie kann man sich das vorstellen?

Dr. Milsmann: Es ist immer ein bisschen abhängig davon, über wen wir jetzt sprechen: über den 80-jährigen Mann, der eine Lungenerkrankung, Herzerkrankung, vielleicht Koronarstenosen im Herzen hat, dann ist so eine Operation vielleicht nicht ganz angebracht. Das Ziel ist, dass ich den Patienten sagen kann: ‚Ihr PSA ist jetzt seit fünf Jahren auf 0 nach der Operation oder Bestrahlung. Sie sind geheilt.‘ Es gibt ja noch andere Methoden. Neben Operation und Bestrahlung gibt es ja noch die Aktive Überwachung. Das muss auch immer die Seele eines Betroffenen aushalten. Also wenn ich die Diagnose Prostatakrebs dem Mann plus Partnerin oder Partner mitteile, dann ist das Wort erst einmal Krebs. Das erschüttert natürlich die Patienten und Ihre Familien. Für jeden einzelnen muss man

die richtige Therapieform finden: das kann sich nur aus den Gesprächen mit den Patienten und den PartnerInnen ergeben.

Blue Ribbon: M-hm, ja. In welchem Fall würde eine Hormontherapie empfohlen werden?

Dr. Milsmann: Bei Patienten, die vielleicht für invasive Therapien nicht infrage kommen oder bei sehr fortgeschrittenen Befunden, die bereits Knochenmetastasen haben. Es gibt aber auch hier klare Empfehlungen von der Leitlinie.

Blue Ribbon: Und was machen die Hormone, also was bewirken die?

Dr. Milsmann: Das sind letztendlich Testosteron-Gegenspieler, die das Testosteron blocken und somit die Vermehrung der Prostatakrebszellen bremsen/stoppen. Testosteron ist für die Krebszellen ein Wachstumsstimulator und dieser wird dem Körper genommen.

Blue Ribbon: Gibt es einen bestimmten Zeitraum, über den man Hormontherapie macht oder ist das auch sehr individuell, je nach Patient und Krebsart?

Dr. Milsmann: Also, wenn Metastasen durch eine länger bestehende Hormontherapie im Wachstum „gestoppt“ werden, kann man, nach sorgsamer Überprüfung, die Hormontherapie pausieren. Über die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen kann der/die Urologe/in diesen Prozess überwachen. Wenn es erneut zu einer Vermehrung der Krebszellen kommt, kann wieder mit der Hormontherapie begonnen werden, bzw. zunächst eine Bildgebung gemacht werden.

Blue Ribbon: Okay... Also das ist was, was dann ein Leben lang weitergeführt wird in irgendeiner Weise, oder?

Dr. Milsmann: Naja, es gibt viele Herren, da funktioniert das super mit der Hormonpause. Meist gibt es bei diesen Patienten auch keine Scheu vor der erneuten Hormontherapie. Die Patienten kennen die Therapie bereits und wissen, was passiert.

Blue Ribbon: Und was sind das so für Nebenwirkungen, mit denen man rechnen muss?

Dr. Milsmann: Hitzewallungen, Schweißausbrüche und auf lange Zeit ist natürlich auch die Osteoporose des Mannes. Diese werden durch den Testosteronentzug verursacht.

Blue Ribbon: Und Libido Verlust und solche Dinge?

Dr. Milsmann: Ja. Wenn das Testosteron dem Körper schnell entzogen wird, entstehen diese Probleme. Dies ist besonders für die jüngeren Männer, die noch sexuell aktiv sind ein schlimmes Thema. Bei den älteren Männer, die bereits sagen, dass Libido und Verkehr schon lange kein Thema mehr ist, schockiert diese Nachricht natürlich nicht so sehr. Ansprechen muss man dieses Thema immer.

Blue Ribbon: Und ist das dann sehr belastend im Alltag?

Dr. Milsmann: Das ist es, unabhängig vom Alter.

Blue Ribbon: Es ist ja schon ein ganz schöner Baukasten an Therapiemöglichkeiten, die man zur Verfügung hat. Wann wäre denn eine Chemotherapie sinnvoll? Ist das nach einer Operation, wenn zum Beispiel in den Schnitträndern noch Krebszellen gefunden wurden?

Dr. Milsmann: Das stimmt, aber dafür gibt es zum Glück die Leitlinie. Prinzipiell wird die Chemotherapie angeboten, wenn bereits viele Organsysteme betroffen sind und die Krebsbekämpfung über die Blutbahn erfolgen soll, damit all diese Organsysteme behandelt werden. Also, zum Beispiel bei vorliegenden Knochen- und Lungenmetastasen. Eine Studie (CHAARTED) hat gezeigt, dass die frühe Gabe von 6 Zyklen Chemotherapie bei einem metastasierten Prostatakarzinombefund zusätzlich zur Hormontherapie einen deutlichen Überlebensvorteil zeigt.

Blue Ribbon: Und eine Chemotherapie, wie lange ist man damit beschäftigt? Wie oft findet die statt und in welchen Abständen? Was kann einem da passieren? Also, es ist natürlich auch alles wieder sehr individuell, ist ja klar. Aber, genau wie Sie gesagt haben, die Leute haben Angst vor Chemotherapie und auch vor den Nebenwirkungen.

Dr. Milsmann: Also insgesamt muss man sagen, die Chemotherapie wird sehr gut vertragen. Man muss aber betonen, dass diese Therapie eine palliative Therapie ist, d.h. eine Heilung vom Prostatakrebs ist nicht möglich.

Blue Ribbon: Okay und Chemotherapie entspricht auch so dem, was man vielleicht als Vorstellung hat, die Haare fallen aus, man übergibt sich. Sind das solche Dinge, die auf einen zukommen....?

Dr. Milsmann: Ja, aber durch unterstützende Medikamentengabe werden diese Nebenwirkungen heute meist stark gemildert, so dass die Chemotherapie deutlich besser vertragen wird. Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Haarverlust, Müdigkeit und noch einige weitere. Es werden während der Chemotherapie Medikamente gegeben, die z.B. die Übelkeit verhindern sollen.

Blue Ribbon: Ich habe noch mal mehr nach, weil ich glaube nicht, dass man sich das sehr gut vorstellen kann, wie das in dem Augenblick ist, Man sitzt da, dann sitzen da noch andere. Man bekommt dann durch den Port wahrscheinlich in dem Fall die Infusion. Wird einem sofort schlecht oder wird einem am Abend schlecht? Wann ist die nächste Gabe? Und geht es einem dann die ganze Zeit schlecht oder wird das besser? Wie kann man sich das vorstellen?

Dr. Milsmann: Also, meistens wird sie ja sehr gut vertragen, aber es gibt auch Sofortreaktionen also z.B. eine allergische Reaktion auf das Chemotherapeutikum. Das passiert zum Glück sehr selten.

Übelkeit und Erbrechen kommen meist auch noch einigen Stunden nach der Gabe des Chemotherapeutikum. Ebenso auch Veränderungen im Blutbild.

Blue Ribbon: Und nachdem die letzte Gabe abgeschlossen ist, geht es einem dann wieder besser und man findet so wieder zu seinem Ursprung zurück?

Dr. Milsmann: Ja schon. Also, man kann meist dann auch den Alltag gut meistern.

Blue Ribbon: Vielleicht können wir ja zur Aktiven Überwachung nochmal was sagen. Sie haben das vorhin ja schon mal angerissen. Beschreiben Sie doch noch mal, was Aktive Überwachung bedeutet und bei wem man das vorschlägt und bei wem man davon abrät und warum?

Dr. Milsmann: Wie gesagt, man muss mit dem Patienten über alle Behandlungsformen sprechen. Wenn man jetzt zum Beispiel einen Patienten betreut und er hat einen im „Gleason Score“ sehr niedrig nachgewiesenen Prostatakrebs plus insgesamt wenig Krebsanteile in diesen entnommenen Stenzen - der Pathologe gibt dann auch an, wie viel Prozent der entnommenen Biopsie betroffen ist, 10 %, 20 % der Stanze - also wenn der nachgewiesene Prostatakrebs sehr, sehr niedrig ist in diesen Kriterien, kann man natürlich über nicht-invasive Therapie-Formen reden. Da die Operation oder auch die Bestrahlung, die die Erektion, vielleicht auch das Wasserlassen für eine Zeit lang beeinträchtigt oder die Erektion für das restliche Leben, dann kann man natürlich auch sagen: ‚Wir gucken jetzt erst mal, wie schnell und ob sich der nachgewiesene Prostatakrebs entwickelt.‘ Und im Verlauf kann immer noch eine kurative Entscheidung für den Patienten getroffen werden. Das bedeutet, dass der Patient regelmäßig und häufig zur Überwachung kommen muss und es wird dann geschaut, wie „aktiv“ die Erkrankung ist. Gegebenenfalls muss auch eine erneute Biopsie stattfinden, um Veränderungen in der „Aggressivität“ frühzeitig zu entdecken. Dies kann natürlich eine psychisch sehr belastende Situation für die Patienten sein. Es gibt Patienten, die sagen: Ich bin jetzt 50 Jahre und sehr beschäftigt z.B. in meinem Job. Wenn es eine Alternative zu der Operation/Bestrahlung gibt, nehmen manche Patientin diese auch wahr. Diese Entscheidung muss sehr individuell getroffen werden und auch alle Vor- und Nachteile eruiert werden.

Blue Ribbon: Okay. Jetzt hatte ich einen Patienten im Interview, der hatte eine Operation und ihm ist die Prostata komplett entfernt worden. Der ist total begeistert gewesen von seinem Operateur, der das ohne Roboter gemacht hat, der manuell operiert hat. Ist nicht eigentlich Roboter-assistiert mittlerweile so ein bisschen „state of the art“ oder ist das beides immer noch sehr gängig? Manuell zu operieren oder mit einem Roboter?

Dr. Milsmann: Der Roboter hat insgesamt in vielen chirurgischen Fächern das Operieren komplett verändert. Es gibt viel feinere Einblicke und Operationsmöglichkeiten. Das spricht natürlich im Hinblick auf Kontinenz und Erektion sehr für das Roboter-assistierte operieren. Es gibt aber auch die laparoskopische Operation (Endoskopie) und die offene Operation (Bauchschnitt) weiterhin. Es ist wie immer: werden die Techniken exzellent beherrscht, sind die Ergebnisse bei allen drei Varianten sehr gut, daher spricht für mich auch nichts gegen eine offene Operation. Der einzige Nachteil einer offenen Operation ist, dass der Patienten mit einem „Schnitt“ etwas mehr Zeit benötigt, um wieder vollkommen „fit“ zu sein.

Das onkologische Ergebnis ist bei allen Varianten gleichwertig.

Blue Ribbon: Habe ich irgendwelche Therapie Optionen vergessen?

Dr. Milsmann: Nein, ich glaube das waren so die Gängigen.

Blue Ribbon: Okay, dann vielleicht noch mal zu den Nebenwirkungen. Wenn man operiert: Es kann zu Inkontinenz kommen, meist kurzfristig, durchaus aber auch langfristig. Ebenfalls auch Erektionsstörungen. Wie häufig ist das? Und wie intensiv? Ich meine, man kann ja auch inkontinent sein, wenn man niest. Und das ist ja jetzt eigentlich nicht die Welt. Aber wenn es wirklich darum geht, tagein, tagaus Einlagen zu tragen, ist das natürlich schon noch mal eine andere Belastung.

Dr. Milsmann: Ja, es ist zum Glück wirklich sehr, sehr selten. Es gibt Patienten, die tragen aus Vorsicht Einlagen, aber ich behaupte einmal, dass es kaum noch Patienten mit einer ausgeprägten Urininkontinenz gibt. Unabhängig jetzt vom OP-Verfahren.

Blue Ribbon: Aber direkt nach der OP, glaube ich, ist es normal, weil die Harnröhre auch durchtrennt wird. Ist das richtig?

Dr. Milsmann: Ja, das ist richtig. Ich sage es mal so... Im Gegensatz zu früher sind die OP-Verfahren heute einfach viel besser geworden. Und auch die Bestrahlungsfelder sind viel gezielter geworden.

Blue Ribbon: Okay. Und bei Erektionsstörungen ist das da ebenfalls besser geworden, dass man da heute nicht mehr so viel mit zu Kämpfen hat?

Dr. Milsmann: Ja, also es gibt in der Tat Patienten, die radikal operiert wurden und die Nerven erhalten werden konnten. Das heißt aber nicht, dass Sie keine Erektionsstörungen haben. Die für die Erektion zuständigen Nerven werden schon geschädigt, wenn man Sie mit dem Instrument anfasst. Das wird deutlich, wenn die Patienten in der Nachsorge zunächst sagen, dass Erektion auch unter Hilfe von Medikamenten nicht funktioniert, im weiteren Verlauf der Nachsorge aber berichten, dass die Erektion wieder möglich sind. Zum Beispiel nach Ablauf eines Jahres oder länger. Es erscheint schon bei den Nerv-erhaltenden Verfahren so zu sein, dass sich der Nerv über längere Zeit durchaus wieder regenerieren kann.

Blue Ribbon: Ich würde es mir so vorstellen: Der Patient wird operiert und dann sind erst mal diese Nebenwirkungen vorhanden. Man geht in die Reha, arbeitet dran und es wird wieder besser. Kann man sich das so vorstellen?

Dr. Milsmann: Mhm. Ist schon so. Also es gibt ganz wenige Patienten, die nach der Operation, nach der Katheter Entfernung, direkt wieder trocken sind also, die keinen Urin Verlust haben. Aber auch das gibt es. Es ist sehr gut, wenn der Schließmuskel sofort wieder funktioniert. Man darf aber auch nicht die anderen Patienten entmutigen, die nach der Operation noch etwas Urin verlieren und auch etwas stärker Urin verlieren. Das ist durchaus normal und wird sich meist in den ersten Wochen normalisieren.

Auch nach der Bestrahlung können übrigens Urin- und auch Stuhlinkontinenz auftreten.

Blue Ribbon: Kann man schon Übungen machen, bevor man operiert wird um das, sage ich mal, vielleicht schon zu trainieren, um später bessere Ergebnisse zu haben?

Dr. Milsmann: Ja, das kann der Patient tun. Es gibt keine generelle Empfehlung zu dem präoperativen Beckenbodentraining. Dies sollte auch mit dem Operateur oder Arzt für Strahlentherapie besprochen werden.

Blue Ribbon: Zur Nachsorge, Reha und psychologischen Betreuung würde ich vielleicht noch kurz was ansprechen. Also Reha. Wer bekommt alles eine Reha als Patient?

Dr. Milsmann: Alle. Wenn die Therapie (Operation/Bestrahlung) abgeschlossen ist, kann jeder Patient das Angebot der Krankenkassen oder der Rentenversicherung wahrnehmen und eine Anschlussheilbehandlung zur Wiedereingliederung in den Beruf/Familie/Gesellschaft durchführen.

Blue Ribbon: Wie lange dauert das? Das ist aber, glaube ich immer Standard... die sind immer drei oder vier Wochen.

Dr. Milsmann: Ja, ich glaube drei Wochen mit Option der Verlängerung und auch Wiederholung nach einem Jahr.

Blue Ribbon: Und in der Reha geht es dann überwiegend darum, diese Nebenwirkungen zu bearbeiten und sich zu erholen....?

Dr. Milsmann: Ja. In der Anschlussheilbehandlung werden auch onkologische Aspekte wie Ernährung, Sport, Bewegung, auch psychosoziale Gesundheit plus auch gerade bei Prostatakrebs über Beckenboden Training geredet und trainiert. Es geht bestenfalls um ganzheitliche Konzepte.

Blue Ribbon: Wie oft wird man dann untersucht, wenn die Therapie abgeschlossen ist, die Reha abgeschlossen ist? Wie oft, wie engmaschig sind dann die Nachsorge Untersuchungen?

Dr. Milsmann: Alle drei Monate nach Operation/Bestrahlung in den ersten zwei Jahren. Wenn der Nachsorgeverlauf unauffällig ist, können die Termine auf halbjährliche Kontrolle reduziert werden. Die meisten Patienten möchten meist jedoch, alle drei Monate weiterhin kommen. Eine engmaschige Verlaufskontrolle ist für viele Betroffene ein sicheres Gefühl.

Blue Ribbon: Was ist dann die gängige Untersuchung?

Dr. Milsmann: Es wird die körperliche Untersuchung mit oder auch ohne die digitale Tastuntersuchung durchgeführt, Ultraschalluntersuchung des Harntraktes, sowie die Laborkontrolle des PSA-Wertes und die Urinuntersuchung.

Blue Ribbon: Okay. Und dann, nach fünf Jahren gilt man dann als Krebs frei, wenn alles unauffällig ist?

Dr. Milsmann: Ja.

Blue Ribbon: Ist man dann mit einer Person gleichgesetzt, die noch nie Krebs hatte? Wieder von den, sage ich mal, Chancen und Wahrscheinlichkeiten her?

Dr. Milsmann: Na ja, wir reden jetzt über Prostatakrebs. Wenn wir über die Krebsvorsorge des Mannes reden, geht es auch um andere Körperregion: Darmkrebs oder auch Hautkrebs. In dieser Kategorie sind Patienten mit der Diagnose Prostatakrebs natürlich genauso gleichgesetzt, wie die männliche Gesamtbevölkerung. Deswegen erinnere ich im Vorgespräch noch einmal die Patienten, dass auch die Darmspiegelung und das Hautscreening regelmäßig erfolgen muss.

Hinsichtlich Prostatakrebs gibt es leider auch die sogenannten „Spätrezidive“. Das bedeutet, dass auch nach Jahren wieder ein PSA-Anstieg im Blut festgestellt werden kann. Dies ist aber auch abhängig von der Ausdehnung des Ersttumors, welcher bereits behandelt wurde.

Blue Ribbon: Okay, bei Patienten mit Prostatakrebs kann man ja auch psychologische Betreuung in Anspruch nehmen, wenn man Bedarf hat. Erleben Sie das viel, dass das gemacht wird und halten Sie das für sinnvoll?

Dr. Milsmann: Ja, das ist sehr häufig. Und ich halte es für sehr sinnvoll. Die Diagnose Krebs ist immer ein Schock. Viele Patienten können die Diagnose auch gefestigt aufnehmen, weil bereits durch Aufklärung und/oder durch betroffene Familienmitglieder/Freunde die Gewissheit besteht, dass dieser Krebs gut behandelbar ist. Leider gibt es für Patienten, die nicht so gestimmt sind, kaum akute Anlaufstellen. Das Gespräch in der urologischen Praxis kann oft und auch ausführlich sein, ich glaube aber, dass spezialisierte Fächer wie Psychologie ebenso einen Notdienst für diese Patienten mit zeitnaher Terminvergabe haben sollten. Wenn der betroffene Mann am Montagmorgen bei mir sitzt und die Diagnose Krebs bekommt und er sich bereits das ganze Wochenende damit beschäftigt hat, dass er Krebs haben könnte, hilft es nicht, erst in ein paar Monaten einen Termin bei einem Psychologen zu haben. Natürlich ist der/die Urologe/Urologin auch in der Pflicht für diese Ängste da zu sein. Manchmal merkt man aber, dass einige Patienten, auch mit Ihren PartnerInnen, Hilfe von weiteren Therapeuten bräuchten.

Blue Ribbon: Ja klar. Können da andere Patienten helfen? Oder Patienten Gruppen, Selbsthilfegruppen, so was in die Richtung?

Dr. Milsmann: Über die Zeit wahrscheinlich schon. Manche Patienten sind sehr offen gegenüber Selbsthilfegruppen. Andere möchten zum Zeitpunkt der Diagnosenstellung gar nicht in dem „Topf der Betroffenen“ sein. Es braucht manchmal viel Zeit, die Diagnose für sich selbst anzunehmen. Mit alledem, was auf den Mensch zukommt: Operation, Bestrahlung, Bildgebung, Befundbesprechungen, viele Arzttermine, Angst...etc. Das ist nicht für alle Männer gleich gut zu ertragen.

Die Selbsthilfegruppen sind aber für die meisten Männer eine große Hilfe und Erleichterung, weil Sie aus den Gesprächen erfahren, dass das Leben auch gut weitergehen kann und dass auch komplizierte Verläufe behandelt werden können.

Blue Ribbon: Das wäre es eigentlich erst mal, es sei denn, Sie haben noch ganz spannende Aspekte, die Sie aus Ihrem Praxis Leben berichten möchten zu dem Thema?

Dr. Milsmann: Also, mich würde es freuen, wenn es so eine Akut-Sprechstunde, auch für onkologische Patienten geben würde. Manchmal reicht vielleicht auch schon eine oder zwei Sitzungen zeitnah. Einfach einmal sagen zu können: Ich habe Krebs und ich habe Angst. Auch durch Ihre Kampagne ist ja zu sehen, was man bewirken kann, wenn man über Vorsorge und Prostatakrebs spricht.

Wir danken Frau Dr. Milsmann für Ihr Engagement im Zusammenhang mit unserer Kampagne und ihre Expertise, welche sie (nicht nur hier) in diesem Interview mit uns teilt.