

Interview Transkript mit Prof. Dr. med. Frank vom Dorp, Chefarzt der Urologie an der Helios Marien Klinik Duisburg

Prof. vom Dorp: Hallo Frau Müller, ich freue mich, dass es nun endlich nach einigen Anläufen geklappt hat.

Blue Ribbon: Ich freue mich auch. Vielen Dank für Ihre Zeit. Dann fangen wir an?

Prof. vom Dorp: Gerne.

Blue Ribbon: Super. Also vielleicht erst einmal allgemein zur Früherkennungsuntersuchung. Welche Untersuchungen nimmt man idealerweise wahr? Was ist eine sinnvolle Herangehensweise für einen Mann?

Prof. vom Dorp: Früherkennungsuntersuchungen können ein sinnvolles medizinisches Angebot sein, dennoch sind sie für diejenigen, die sie wahrnehmen, nicht unproblematisch.

Die Gesellschaft ist aufgeklärt über Sachthemen. Man muß als bekannt voraussetzen, dass hinter einer Früherkennungsuntersuchung Konsequenzen stehen können, die eigentlich keiner haben möchte. Es bedeutet: man entschließt sich zu einer Maßnahme, vor der man eigentlich Angst hat. Somit ist die Ausgangssituation, wir sprechen ja heute von Männern, also für den Mann wahrscheinlich von Unsicherheit und auch Bedenken geprägt. Diese können derart stark sein, dass sich ein nicht unerheblicher Teil aus diesem Grunde einer solchen Maßnahme entzieht.

Es muss also unsere Aufgabe sein, jeden, der sich zur Früherkennung entschließt, individuell abzuholen, ihm die Risiken, aber auch den Nutzen der Untersuchung zu erklären, emphatisch, um am Ende mit Überzeugung festzulegen: "Ja, jetzt gehen wir's an."

In Deutschland wird eine opportunistische Früherkennungsuntersuchung durchgeführt. Das bedeutet der Mann sucht aktiv als Ratsuchender den Urologen auf, um eine Abschätzung zu erhalten, ob ein Risiko für eine urologische Tumorerkrankung vorliegt. In der Regel handelt es sich um eine Früherkennungsuntersuchung der Prostata.

Blue Ribbon: Okay, wenn ein Ratsuchender, die Bezeichnung finde ich gut, bei Ihnen vorstellig wird, wie läuft das ab? Es wird doch sicher zunächst ein Gespräch stattfinden?

Prof. vom Dorp: Zunächst lernt man sich beim ersten Patientenkontakt kennen, viele Männer waren vorher noch nie bei einem Urologen. Manchmal kommen Männer auf eigene Initiative, manchmal auch auf Drängen des Ehepartners. Im Gespräch wird zunächst erläutert was Früherkennung bedeutet. Ziel soll es ja sein, durch einen Untersuchungsgang eine Erkrankung auszuschließen oder wenn eine Erkrankung diagnostiziert wird, diese in einem Stadium zu erkennen, in der man sie mit Lebensperspektive behandeln kann. Welche Untersuchungen sollen durchgeführt werden, z.B. eine rektale Tastuntersuchung, eine Ultraschalldiagnostik oder auch eine PSA Diagnostik? Der Mann muss darüber aufgeklärt werden, dass im Rahmen solcher Untersuchungen Ergebnisse erzielt werden, die diagnostische Konsequenzen nach sich ziehen können.

Blue Ribbon: Gibt es denn Patienten, die sagen: „Gut, dann lasse ich mich jetzt lieber nicht untersuchen?“

Prof. vom Dorp: Natürlich gibt es dann auch den ein oder anderen, der die Fortführung der Beratung ablehnt. Auch diese Patienten werden positiv begleitet. In den allermeisten Fällen wird sie aber durchgeführt.

Blue Ribbon: Die rektale Tastuntersuchung, viele haben sicherlich Angst davor. Was passiert da genau?

Prof. Vom Dorp: Die rektale Tastuntersuchung ist unspektakulär. Sie wird im Stehen in leicht vorgebeugter Haltung oder auch in Seitenlage durchgeführt. Man verwendet ein Gel und tastet die Prostata durch den Enddarm. Hierbei möchte der Urologe feststellen, ob es eine knotige Veränderung gibt, die eine weitere Abklärung nach sich ziehen soll. Die allermeisten Patienten bestätigen nach der Untersuchung, dass ihre eigene Vorstellung überhaupt nichts mit dem tatsächlichen Untersuchungshergang gemein hat, also kurz gesagt sind viele überrascht wie schnell alles wieder vorbei ist. Wenn der Patient diese Untersuchung ablehnt, wird der Wert der Früherkennung insgesamt nicht wesentlich eingeschränkt.

Blue Ribbon: Wie aussagekräftig ist dann das Ergebnis? Es ist ja auch nicht möglich die komplette Prostata zu erfassen.

Prof. vom Dorp: Bei der rektalen Tastuntersuchung tastet man nur den darmnahen Aussenbereich der Drüse ab. Man lernt jedoch nicht alles aus der Tastuntersuchung, da es auch Karzinome gibt, die sich einer rektalen Tastuntersuchung entziehen. Die PSA Diagnostik ist hier ein wesentlicher Punkt, da dadurch weitere Erkenntnisse über das Karzinomrisiko erhalten werden.

Blue Ribbon: Die Leitlinie besagt, daß die alleinige Tastuntersuchung nicht ausreicht.

Prof. vom Dorp: Das ist richtig, wesentlich ist die PSA Wert Bestimmung.

Blue Ribbon: Den PSA Test zahlt man glaube ich selber, oder?

Prof. vom Dorp: Ja, die PSA Diagnostik zahlt der Patient selbst, solange kein Verdacht auf ein Prostatakarzinom vorliegt.

Blue Ribbon: Wissen Sie was das kostet?

Prof. vom Dorp: In der Regel ca. 25 Euro.

Blue Ribbon: Trotzdem ist aber auch der PSA Wert umstritten oder?

Prof. vom Dorp: Die PSA Diagnostik schafft auch nicht in allen Fällen Klarheit. Ein auffälliger Wert soll wiederholt werden und bei einer kontrollkonstanten Erhöhung ist über weitere Maßnahmen zu beraten, wie zum Beispiel eine Bildgebung der Prostata oder eine Biopsie. Gut ist, wenn man über einen längeren Zeitraum mehrere PSA Werte zur Verfügung hat, um neben dem absoluten Wert eine Anstiegsgeschwindigkeit über die Zeit beurteilen zu können.

Blue Ribbon: Bevor es bei der Prostata aber invasiv wird, wird doch sicherlich eine Ultraschalldiagnostik durchgeführt.

Prof. vom Dorp: Die Ultraschalluntersuchung der Prostata gibt Aufschluss über die Größe der Drüse, denn auch die häufige gutartige Vergrößerung der Prostata kann Einfluß auf den PSA Wert haben.

Blue Ribbon: So, nun haben wir den Verdachtsmoment durch den PSA Test und die rektale Untersuchung. Was kommt im nächsten Schritt, die MRT Untersuchung, um das Gewebe näher beurteilen zu können?

Prof. vom Dorp: Das ist richtig. Bei einer kontrollkonstanten PSA Wert Erhöhung empfiehlt die Fachgesellschaft vor der Durchführung einer Biopsie die multiparametrische MR Diagnostik. Hier werden karzinomsuspekte Areale erkannt. Man kann nun im Rahmen der dann durchzuführenden Biopsie sowohl die Sonographie als auch die MR Diagnostik miteinander kombinieren oder fusionieren. Es gibt Diagnosesysteme, die selbstständig eine Fusion von Sonographie und MR betreiben und es gibt die Möglichkeit der kognitiven Fusion durch den Operateur selbst. Man biopsiert die Prostata in Arealen standardisiert und zusätzlich die in der MR Diagnostik detektierten auffälligen Areale. Liegt kein MRT vor, erfolgt eine systematische Biopsie der Prostata.

Blue Ribbon: Man merkt schon, dass, die Untersuchungen eine ganze Reihe nachfolgender Dinge mit sich ziehen, was auch Wartezeiten bedeutet. Das stelle ich mir für den Patienten stressig vor.

Prof. vom Dorp: Ja, der Patient hat natürlich mit Wartezeiten zu rechnen, angefangen bei der Laborzeit für den PSA Wert. Das kann natürlich für den ein oder anderen belastend sein und auch Folgeuntersuchungen können in der Regel nicht ohne Terminabsprache durchgeführt werden. In der Gesamtschau der Dinge kann diese Situation des Wartens sowohl für den Patienten, aber auch für die Familien eine Belastungssituation darstellen.

Blue Ribbon: Ich habe hier noch die CT - bzw. die PET CT Diagnostik auf meiner Liste stehen. Wie sieht es hiermit aus?

Prof. vom Dorp: Die CT Untersuchung kann dann zum Tragen kommen, wenn das Karzinom nachgewiesen ist, man Aufschluss darüber erhalten möchte, ob der Tumor organbegrenzt oder organüberschreitend wächst. Hat man vor der Biopsie jedoch eine MR Untersuchung durchgeführt, so ist die zusätzliche CT Untersuchung in dieser Fragestellung entbehrlich. Die PET CT Diagnostik kann dann zum Einsatz kommen, wenn man beim nachgewiesenen Karzinom Ausbreitungsdiagnostik betreiben möchte. Dies ist nicht bei jedem Tumor der Fall. Bei hohen PSA Werten und einem histologischen Befund eines aggressiveren Tumors, macht dies Sinn.

Blue Ribbon: Wie kann ich mir die Biopsie als Patient vorstellen, für die meisten doch sicherlich ein Gruselthema, oder?

Prof. vom Dorp: Die Biopsie ist für die Betroffenen eine unangenehme Vorstellung. Es hängt davon ab wie man diese durchführt. Wird sie ohne Narkose durchgeführt, so tolerieren die meisten Männer dies, kann aber auch ein wenig unangenehm sein. Deshalb wird mehr und mehr dazu übergegangen, die Biopsie in Narkose durchzuführen. Die Intervention bleibt in den allermeisten Fällen ein ambulanter Eingriff. Eine solche Biopsie dauert in der Regel 20 Minuten. Die Biopsie kann über den Darm oder über die Dammregion durchgeführt werden. Letzteres Vorgehen ist bezogen auf mögliche Infekte günstiger.

Blue Ribbon: Wenn nun die Biopsien genommen werden, macht es dann einen Pieks und dann habe ich direkt 6 von einer Seite, oder wie geht dies vor sich?

Prof. vom Dorp: Nein. Es sind jeweils voneinander unterschiedliche Biopsien, das heißt man biopsiert jedesmal neu. Jeder Stanzzylinder wird separat dem Pathologen zugeschickt und ist mit einer Lokalisationsangabe versehen.

Blue Ribbon: Und die Stanzbiopsien enthalten dann das Material, aus dem dann der sogenannte Gleason Score bestimmt wird?

Prof. vom Dorp: Das ist richtig. Aus den Stanzzylindern wird, wenn ein Karzinom vorliegt der Gleason Score bestimmt. Der Gleason Score besteht aus zwei Werten, der vorherrschende Anteil wird zuerst genannt und der Gleason Score kann maximal einen Wert von 10 erreichen.

Blue Ribbon: Wird ein Gleason Score von 10 auch schon mal bei ganz kleinen Tumoren gefunden?

Prof. vom Dorp: Grundsätzlich ist dies möglich. Der Gleason Score von 10 ist jedoch in der Regel in größeren Tumoren vorhanden. Hier ist z.B. zu prüfen, ob eine operative Maßnahme Sinn macht; sollte der Tumor die Kapsel durchbrochen haben, liegt die Rate der Patienten, die nachbestrahlt werden müssen bei nahezu 100%.

Blue Ribbon: Jetzt sind wir schon an einem weiteren wichtigen Punkt angekommen: Der Tumor ist entweder noch auf die Prostata begrenzt, oder er hat die Kapsel bereits verlassen. Das kann aber dann mit den zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden doch gut beurteilt werden, oder?

Prof. vom Dorp: Bei PSA Werten unterhalb von 10 ng/ml und einem Gleason Score von 6 oder 7 ist die Wahrscheinlichkeit einer Metastasierung derart gering, dass eine Ausbreitungsdiagnostik überflüssig ist. Bei PSA Werten über 10 ng/ml und einem höheren Gleason Score, kommt die Ausbreitungsdiagnostik zum Einsatz. Diese umfasst in aller Regel eine CT Untersuchung des Beckens und eine Knochenszintigraphie, um Tumorabsiedlungen in den Lymphknoten oder im Knochen nachzuweisen bzw. auszuschließen. Alternativ erfolgt eine PET CT Untersuchung. Bei fortgeschrittenen oder metastasierten Tumoren wird eine lokale Tumorbehandlung immer seltener, da hier die Systemtherapie zum Tragen kommt, die nicht nur ein Organ behandelt, sondern den ganzen Körper therapiert.

Blue Ribbon: Welche Therapieoptionen hat nun ein Patient mit einem lokal begrenzten und nicht fortgeschrittenen oder metastasierten Tumor?

Prof. vom Dorp: Zunächst schreibt die Fachgesellschaft vor, dass vor einer Therapieeinleitung grundsätzlich der Patient in einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt wird. Dies ist aus meiner Sicht ein sehr wichtiges Vorgehen, da neben den Urologen auch die Onkologen, die Pathologen und die Strahlentherapeuten sowie die radiologischen Kollegen vertreten sind. Es bedeutet für den Patienten ein hohes Maß an Sicherheit und man wird damit dem Patienten und seiner Ausnahmesituation, in der er sich befindet, in besonderem Maße gerecht.

Die aktive Beobachtung kommt bei den Patienten zum Einsatz, die einen wenig aggressiven Tumor aufweisen. Sie ist an feste Rahmenbedingungen gebunden. Die sind:

Nur zwei von 12 Stanzbiopsien dürfen einen Tumor mit dem maximalen Gleason Score von 6 aufweisen und es dürfen maximal 50% der Stanzbiopsien Tumor beinhalten. Der PSA Wert muss unter 10 ng/ml liegen.

Nach 12 Monaten wird die Stanzbiopsie wiederholt. Bleibt das Ergebnis gleich, so fährt man weiter in der Beobachtung fort, steigt der PSA Wert an oder wird der Tumor in der histologischen Aufarbeitung schlechter bzw. aggressiver, so muss das Therapiekonzept überarbeitet werden. In der Regel wendet man sich dann einer lokalen Therapie des Karzinoms zu.

Bei lokal begrenzten Tumoren, die behandlungsbedürftig sind, wird zwischen einer Strahlentherapie und einer Operation abgewogen. Beide Maßnahmen sind geeignet, eine Heilung zu erzielen.

Blue Ribbon: Wann würde man fokal oder lokal operieren?

Prof. vom Dorp: Eine nur teilweise Operation, in dem Sinne, dass nur der tumortragende Abschnitt aus der Prostata entfernt wird, ist bei der Operation im klassischen Sinne technisch nicht möglich. Es wird das gesamte Organ mit den Samenblasen und in der Regel auch die Lymphknoten des Beckens entfernt. Im Anschluß daran wird die Harnblase wieder an den verbliebenen Harnröhrenabschnitt genäht.

Fokale Therapie hingegen gibt es, zum Beispiel mit hochfokussiertem Ultraschall oder mit radioaktiven Seeds, die an die Stelle des Tumors hineingebracht werden. In der Regel werden solche Therapieformen bei besonders günstigen Tumoren durchgeführt, die eventuell auch Kandidaten für eine aktive Beobachtung wären. Die Ergebnisse sind in solchen Fällen meist gut, da der Tumor vom Grundsatz her auch günstig ist.

Blue Ribbon: Wie wird denn dann die klassische Operation durchgeführt?

Prof. vom Dorp: Die radikale Prostatektomie erfolgt entweder offen, laparoskopisch oder laparoskopisch roboterassistiert. Hierbei ist die Expertise des Operateurs für das jeweilige Verfahren entscheidend. In erfahrenen Händen liefern alle Techniken gleichwertige Ergebnisse, wobei offene oder robotische Operationen favorisiert werden.

Blue Ribbon: Ich habe vor kurzem mit einem Patienten gesprochen, der klassisch offen operiert wurde und auch sehr begeistert war vom Ergebnis. Nimmt nicht dennoch das robotische Verfahren mehr und mehr zu?

Prof. vom Dorp: Die Verbreitung des DaVinci Systems wird immer größer und die meisten Patienten suchen sich die Kliniken aus, die ein solches System anbieten. Nicht jedes Krankenhaus kann sich jedoch zu einer solchen nicht unerheblichen Investition entschließen.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass der erfahrene offene Operateur, den Eingriff mit exzellentem Ergebnis durchführt.

Blue Ribbon: Werden aus Sicht der Nebenwirkungen auch vergleichbare Ergebnisse erzielt?

Prof. vom Dorp: Ja, denn bei der offenen Operation ist die Schonung von Gefäßen und Nerven durch den Einsatz von Lupenbrillen ebenso subtil möglich wie beim robotischen Operieren. Beim robotischen Operieren beobachtet man jedoch regelhaft einen geringeren Blutverlust und eine kürzere Krankenhausliegezeit.

Blue Ribbon: Was sind die typischen Nebenwirkungen und Risiken, die kurzfristig auftreten können?

Prof. vom Dorp: Es gibt allgemeine Operationsrisiken, wie beispielsweise das Thrombose- und Embolierisiko, das Risiko von Infektionen oder die Verletzung umliegender Organe. Spezifische Risiken sind die Inkontinenz, also der unwillkürliche Urinverlust und Störung der Sexualität, sprich der Erektion. Hierüber muss der Patient im Vorfeld des Eingriffs aufgeklärt werden. Die Kontinenzproblematik ist deutlich seltener als Probleme bei der Sexualität.

Solche Nebenwirkungen treten bei der Operation früher auf als bei der Strahlentherapie, hier ist eine zeitliche Verzögerung zu beobachten, wobei das Nebenwirkungsprofil bezogen auf die beiden letzten Punkte vergleichbar ist.

Bei einem kompletten Schließmuskelverlust, kann ein künstliches Schließmuskelsystem eingesetzt werden, bei mildereren Formen der erektilen Dysfunktion kommen pharmakologische Präparate zum Einsatz, die eine Zunahme der Schwellkörperdurchblutung zur Folge haben. Bei einem pharmakologisch nicht mehr beeinflussbaren Verlust der Sexualität, kann in Analogie zum artifiziellen Schließmuskel, der Schwellkörper durch hydraulische Schwellkörpersysteme ersetzt werden, die dann den Geschlechtsverkehr wieder möglich machen.

Blue Ribbon: Gehen wir einen Schritt weiter. Wann wird den nun nicht mehr operiert oder strahlentherapiert. Gibt es Medikamente, die man hier einsetzen kann?

Prof. vom Dorp: Die Systembehandlung umfasst bei hoher Metastasenlast die klassischen Chemotherapie, bei geringerer Metastasenlast werden Medikamente verabreicht, die den Hormonhaushalt beeinflussen, sprich das Testosteron.

Blue Ribbon: Bevor wir an dieser Stelle weiter fortfahren. Gibt es auch eine gutartige Veränderung der Prostata, die eine Erhöhung des PSA Wertes hervorrufen kann?

Prof. vom Dorp: Je größer die Prostata, desto höher auch die Wahrscheinlichkeit einer PSA Wert Erhöhung, die nichts mit einem Karzinom zu tun hat. Die normale Größe der Drüse liegt bei etwa 20g, mit zunehmendem Alter vergrößert sich der Innenteil der Prostata, was dann zu Beschwerden beim Wasserlassen führen kann. Die unterschiedlichen Therapieformen haben zum Ziel, den vergrößerten Teil zu entfernen, damit danach das Wasserlassen wieder ungestört funktioniert.

Blue Ribbon: Okay, dann machen wir doch mit der Hormonbehandlung weiter, diese kann für die Patienten ja auch eine Belastung sein. Sie sagten es gibt verschiedene Wege?

Prof. vom Dorp: Die hormonelle Behandlung des Prostatakarzinoms ist eine Behandlungsform des metastasierten Tumors. Es wird das Testosteron im Körper blockiert oder herunterreguliert. Dies kann in Tablettenform oder auch als Depotinjektion erfolgen. In der Regel wird eine solche Medikation bei metastasierten Patienten im hormonsensitiven Stadium mit einem weiteren Präparat, wie z.B. Enzalutamid, Apalutamid oder Abiraterone kombiniert, da die Kombination einer alleinigen klassischen Hormonbehandlung überlegen ist.

Blue Ribbon: Und das führt dann dazu, dass sowohl der Tumor als auch die Metastasen nicht weiter wachsen?

Prof. vom Dorp: Ja, es tritt eine stabile Krankheitsphase ein und der Erfolg dieser Behandlung wird durch das Absinken des PSA Wertes überprüft. Kommt es im weiteren Verlauf zu einem neuerlichen Anstieg des PSA Wertes, so muss die medikamentöse Therapie umgestellt werden.

Blue Ribbon: Okay, also wird neben dieser ersten Hormontherapie am Tumor selber nichts gemacht. Ein bisschen wie bei der Active Surveillance?

Prof. vom Dorp: Das muss man deutlich unterscheiden, denn das ist nicht das selbe. Die aktive Beobachtung, d.h. zunächst Verzicht auf eine aktive Therapie, kommt bei den Patienten zum Einsatz, die einen besonders günstigen Tumor aufweisen. Die Rahmenbedingungen hierzu hatten wir eben bereits besprochen.

Blue Ribbon: Ich möchte dennoch noch einmal zur Hormonbehandlung zurück. Man gibt Hormone, operiert oder bestrahlt aber nicht, bis sich der PSA Wert wieder erhöht?

Prof. vom Dorp: Meist sind die Patienten ja schon operiert oder bestrahlt. Die lokale Behandlung des Tumors steht aber in diesem Stadium der Erkrankung nicht zur Diskussion, da es sich um eine metastasierte Erkrankung handelt.

Blue Ribbon: Welche Nebenwirkungen kann eine Hormonbehandlung haben?

Prof. vom Dorp: Die möglichen Nebenwirkungen sind mannigfaltig. Mit der Blockade des Testosterons kann die Aktivität des Mannes gebremst werden, die Brustdrüsenkörper können anschwellen und die Libido, das heisst die Lust auf Sexualität, wird herunter reguliert. Bei länger dauernder Hormonbehandlung wird die Knochendichte vermindert, eine Osteoporose resultiert. Hier sollte man Gegenmaßnahmen ergreifen. Manchmal resultiert auch eine gedrückte, bisweilen depressive Grundstimmung.

Blue Ribbon: Wäre in einem solchen Fall auch eine Chemotherapie eine Alternative?

Prof. vom Dorp: Die Einleitung einer Chemotherapie kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten erforderlich werden. Im Rahmen einer neu diagnostizierten, metastasierten Tumorerkrankung kann bei hoher Metastasenlast primär chemotherapiert werden, andererseits kann die Chemotherapie am Ende der Behandlungskaskade stehen, dann, wenn eine Hormonmanipulation des Tumors nicht mehr wirksam ist.

Blue Ribbon: Wie muss sich der Patient eine solche Chemotherapie vorstellen? Das ist für die meisten ja auch ein Angstthema.

Prof. vom Dorp: Das allgemein akzeptierte Präparat ist ein Taxan: Docetaxel. Es wird einmal alle drei Wochen als Infusionsbehandlung verabreicht. Unter der Behandlung müssen Blutwerte überprüft werden. Nebenwirkungen sind Übelkeit und ein Fatigue, ein Ermüdungs- bzw. Erschöpfungszustand, Nagelveränderungen werden beobachtet und eine Polyneuropathie der Extremitäten kann auftreten. Dieser Sensibilitätsverlust kann bisweilen belastend sein.

Blue Ribbon: Wird man für die Zeit der Chemotherapie regelmäßig krankgeschrieben?

Prof. vom Dorp: Nein, das ist nicht der Fall, vielmehr passt man dies den individuellen Gegebenheiten an. Derjenige, der die Behandlung exzellent toleriert, kann seiner beruflichen Tätigkeit weiter nachgehen, derjenige, der unter der Behandlung leidet, wird seiner Tätigkeit für die Dauer der Therapie nicht nachkommen können. In letzterem Fall wird selbstverständlich eine Krankschreibung ausgestellt.

Wir danken Prof. vom Dorp für das informative Interview und seine Bereitschaft, uns durch seine Zeit und sein Wissen zu unterstützen.