

## Prostatakrebs

Wir sind ein von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziertes Prostatakrebszentrum. Dieses Siegel haben derzeit nur 117 ausgewählte Zentren in Deutschland verliehen bekommen, welche Mindestzahlen pro Behandler und Zentrum sowie die hohen Qualitätsstandards der DKG erfüllen. Einmal jährlich prüfen 2 Auditoren der von der DKG beauftragten Gesellschaft OnkoZert die vorgelegten Ergebnisse des Zentrums und erteilen das DKG-Zertifikat [Mehr dazu hier](#). Eine Liste der DKG-Zentren finden Sie [hier](#).

Wir sind qualitativer und quantitativer Marktführer der Region. Lesen Sie dazu [hier](#) die Informationen der s.g. "**Weißer Liste**", dem [AOK-Krankenhausnavigator](#).

Zentrum und Therapeuten sind seit vielen Jahren in der **Focus-Liste** ausgewählter Experten. [Mehr dazu hier](#); Download der Ärzteliste [hier](#)

Über die Inhalte unseres Zentrums haben wir am "Medizinischen Sonntag" vom 28.1.2018 informiert. Einen **Videomitschnitt** der Veranstaltung können Sie [hier](#) sehen.

Die wesentlichen Inhalte unseres Zentrums haben wir in eine [Broschüre](#) zusammengefasst

Über die folgenden Inhalte informiert auch ein aktueller Artikel aus der **Presse** - [siehe hier](#).

Dies alles bedeutet für Sie, dass Sie sich bei und mit uns auf besonders hohe und geprüfte Qualität verlassen können. Deshalb können wir uns besonders gut um Ihre Erkrankung kümmern.

Je nach Ihrer individuellen Situation ist die Spannbreite, was am besten zu tun ist, sehr groß.

Bereits die Frage, ob überhaupt und wenn ja wie und wann eine Biopsie notwendig ist, welche Diagnostik dafür notwendig ist und vieles mehr, ist hochkomplex. Weil es in der Bundesrepublik dafür keine klaren Richtlinien und/oder eine gesicherte Finanzierung gibt, haben wir für Sie eine deutschlandweit einzigartige Sprechstunde, die s.g. **URBIT**-Sprechstunde eingerichtet. Hier geht es um Kernspintomografien der Prostata, möglich Biopsien, Fokale Therapie und vieles mehr, was direkt von der Bildgebung abhängig ist. Sie wird geleitet von **Dr. Schindele**. ([mehr](#))

Die Entscheidung, welche der vielen **Therapieoptionen** für Sie am besten in Frage kommt, ist noch schwieriger zu treffen. Deshalb empfehlen wir eine sogenannte **interdisziplinäre Beratung** im Rahmen unseres Zentrums, damit Sie selbst auf der Basis von Wissen Vor- und Nachteile abwägen und die für Sie richtige Entscheidung treffen können. Die Umstände, die uns bei dieser Beratung beeinflussen, sind neben der Tumorsituation Alter, Begleiterkrankungen, besondere Wünsche und viele andere Merkmale. Uns zeichnet aus, dass wir nach aller Möglichkeit diese interdisziplinäre Beratung gemeinschaftlich durchführen, d.h. dass die Fachärzte für Urologie und Strahlentherapie Ihnen gegenüber am Tisch sitzen. Nach aller Möglichkeit führen die Chefs der beiden Fachrichtungen für Urologie, [Prof. Schostak](#) und Strahlentherapie, [Prof. Brunner](#) die Sprechstunde selbst durch.

So kann am besten eine vollständige und neutrale transparente Beratung gewährleistet werden. Weitere Details über einzelne Therapieformen können anschließend in Einzelgesprächen mit den jeweiligen Fachärzten selbstverständlich noch geklärt werden.

Im Folgenden erfahren Sie Wichtiges über die einzelnen, zur Verfügung stehenden Therapieoptionen.

---

### Radikale Prostatektomie

Bei der radikalen Prostatektomie werden die Prostata, die Samenblasen und bei Notwendigkeit auch die Lymphknoten entlang der Beckengefäße operativ vollkommen entfernt. Die Totaloperation ist für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren gut geeignet. Die radikale Prostatektomie bietet die höchste Rate an Tumorfreiheit im Langzeitverlauf und heutzutage geringe Operationsrisiken durch besonders schonende Techniken. Nur durch eine Operation kann das lokale Stadium der Prostata unter dem Mikroskop sicher bestimmt werden. Wenn Tumor und Prostata komplett entfernt wurden, fällt das PSA in den Nullbereich. Damit ist die Nachsorge einfach möglich.

Am Universitätsklinikum Magdeburg werden folgende Zugangswege für die Operation angeboten:

1. *Roboterassistierte Prostatektomie (da Vinci)*

2. Retropubische Prostatektomie (Bauchschnitt)

Die Zugangswege unterscheiden sich in Details, allerdings nicht im operativen Ergebnis. Die individuellen Vor- und Nachteile des einzelnen Verfahrens kann Ihnen am besten der Hauptoperateur unseres Zentrums, Prof. Schostak, erläutern. Wenn der Eingriff, wie in unserem Zentrum, durch einen besonders erfahrenen Operateur durchgeführt wird, sind hervorragende Ergebnisse bezüglich der Krebstherapie, Kontinenz und Potenz allen Zugangswegen gemein. Komplikationen, wie z. B. Transfusionen, Thrombosen u. ä., sind allgemein heutzutage extrem selten. Dies betrifft gleichermaßen beide Zugangswege. Sofern notwendig, wird die Lymphknotenentfernung während des gleichen Eingriffs durchgeführt.

### **Externe Strahlentherapie**

Bei der sog. externen oder perkutanen Strahlentherapie wird die Prostata mit Hilfe eines Linearbeschleunigers in täglichen Sitzungen (5 x pro Woche) über einen Zeitraum von 7 - 9 Wochen bestrahlt. Extern bedeutet, dass die Strahlen wie beim Röntgen von außen an ihr Ziel gelenkt werden. Zur genauen Planung wird anhand eines CT zunächst ein „Bestrahlungsplan“ erstellt. Die Bestrahlung erfolgt dann rein ambulant.

Die externe Strahlentherapie ist eine sehr gute Behandlungsalternative für Patienten ab dem 65. Lebensjahr oder bei nicht gegebener OP-Fähigkeit. Prinzipiell sind Operation und Strahlentherapie weitestgehend gleich effektiv. Falls das Krebswachstum als prognostisch ungünstig eingestuft wird, erfolgt vor und während der Bestrahlung eine gleichzeitige Hormonentzugstherapie, die bis auf Einzelfälle im weiteren Verlauf wieder abgesetzt werden kann. Mit den heutzutage angewandten Bestrahlungstechniken [intensitätsmoduliert (IMRT) oder 3-D-konformal] sind die typischen Nebenwirkungen, die die Blase und den Enddarm betreffen können, auf ein Minimum reduziert worden.

## Brachytherapie

‚Brachy‘ bedeutet ‚nah‘. Brachytherapie ist eine Form der Strahlentherapie, bei der eine Strahlenquelle innerhalb der Prostata platziert wird. Es gilt, zwei Formen der Brachytherapie zu unterscheiden: Die LDR-Brachytherapie und die HDR-Brachytherapie. Diese unterscheiden sich in Details, vor allem abhängig von den Kriterien des Tumors und den Wünschen des Patienten.

### HDR- Brachytherapie (Afterloading):

Über Hohlnadeln wird eine Strahlenquelle (meist Iridium) „nachgeladen“. Diese ultraschallgesteuerte Therapie erfolgt in Narkose. Die HDR-Brachytherapie wird mit einer Bestrahlung von außen kombiniert, um die notwendige Gesamtstrahlendosis zu erreichen.

### LDR-Brachytherapie (Seeds):

Auch „Seed-Implantation“ genannt. Hierbei werden vom Damm aus millimetergroße, radioaktive Metallstifte (Seeds) in die Prostata eingebracht. Neben dem am häufigsten verwendeten Jod kommt auch Palladium als Strahlenquelle zum Einsatz. Die Seeds werden unter Narkose ultraschallgesteuert appliziert und verbleiben lebenslang in der Prostata.

Bei allen Arten der Strahlentherapien ist eine Reizung der umliegenden Organe, d. h. des Enddarmes und der Harnblase möglich. Die Wahrscheinlichkeit für schwere Nebenwirkungen, z. B. hin zum künstlichen Darmausgang, ist jedoch extrem gering. Eine Inkontinenz ist in strahlentherapeutischen Verfahren nahezu ausgeschlossen.

## Hochintensiver fokussierter Ultraschall (HIFU)

Der hochintensive fokussierte Ultraschall ist eine sogenannte alternative Therapie, die mit Hilfe eines Hitzestrahls gezielt Gewebe zerstören kann. Wir wenden den hochintensiven fokussierten

Ultraschall vor allem bei stark begrenzten, also sehr kleinen Tumoren, mit mittlerem Risiko an. Dabei wird nur der Tumor selbst behandelt und die übrigen Anteile der Vorsteherdrüse geschont. Dieses Konzept nennt man fokale Therapie. Eine solche Therapie kann ausnahmslos nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden, die wir in unserer Klinik anbieten.

Ob und wenn ja wie die Therapie bei Ihnen angewendet werden kann, erfahren Sie am besten in der **URBIT-Sprechstunde bei Dr. Schindele**.

In manchen Fällen kommt auch eine Therapie mit hochintensivem fokussierten Ultraschall der ganzen Drüse in Betracht. Dies betrifft Fälle, in denen sich weder eine Operation noch eine Strahlentherapie gut eignen, jedoch mehr als nur ein kleiner Teil der Drüse betroffen ist. Auch Fälle, in denen ein sogenanntes Rezidiv nach Strahlentherapie besteht, kommen grundsätzlich in Frage.

Der Klinikaufenthalt beträgt nur wenige Tage. In den meisten Fällen muss nach der Therapie eine Erfolgskontrolle durch Kernspintomographien und Kontrollbiopsien durchgeführt werden. Nebenwirkungen sind insbesondere, wenn eine fokale Therapie durchgeführt wird, ausgesprochen selten. Insbesondere kommt es so gut wie nie zu nennenswerten Problemen beim Sexualleben und es bestehen auch nur äußerst selten ernsthafte Schwierigkeiten beim Wasserhalten. Aufgrund des

Fehlens von Langzeitdaten gilt HIFU allerdings noch nicht als Standardtherapie.

## **Watchful Waiting & Aktive Überwachung**

Ab einem bestimmten Alter kann es das Beste sein, auf eine aktive Therapie zu verzichten und die Erkrankung quasi zu ignorieren. Nur falls es unerwarteter Weise später doch zu Tumorbedingten Symptomen kommt, erfolgt eine Hormonbehandlung. Dieses Vorgehen nennt man Watchfull Waiting.

Bei Jüngeren mit Tumoren eines begrenzten Risikos kann es ebenfalls sinnvoll sein, zunächst zu warten. In solchen Fällen erfolgen allerdings engmaschige Verlaufskontrollen, z.B. mit Hilfe der MRT, um bei einer negativen Entwicklung jederzeit behandeln zu können. Dieses Vorgehen heißt aktive Überwachung (Active Surveillance).

Idealerweise wird dauerhaft eine Therapie vermieden, allerdings gelingt dies nur in etwa drei Viertel der Fälle. Wenn Sie sich für das Zuwarten mit Beobachtung entscheiden, werden Sie sich überdies Blutuntersuchungen, rektalen Untersuchungen, Kwrnspsintomografien und Biopsien in regelmäßigen Abständen unterziehen müssen.

## **Hormonentzugstherapie**

Das Wachstum des Prostatakarzinoms ist abhängig vom männlichen Geschlechtshormon Testosteron. Wird das Testosteron entzogen oder dessen Wirkung blockiert, so kann das Wachstum des Prostatakarzinoms gestoppt werden. Die Hormonentzugstherapie kann bei fortgeschrittenen oder auch metastasierten Tumoren sowie bei älteren oder kranken Patienten als Primärtherapie zum Einsatz kommen. Eine weitere Indikation für den Androgenentzug ist ein Tumorrezidiv nach einer anderen Therapie. Je nach Aggressivität des Tumors kann es im Verlaufe von einigen Jahren zu einer Hormonunempfindlichkeit kommen. Die Therapie ist somit in ihrer Wirkung zeitlich begrenzt und hat für das Prostatakarzinom lediglich einen aufschiebenden, nicht aber heilenden Effekt.

Außerdem kann die Hormonentzugstherapie begleitend vor bzw. nach einer externen Bestrahlung angewandt werden.

Die Hormonentzugstherapie kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden:

### **Chirurgische Kastration**

Hormonentzug durch Entfernung der Hoden, der nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Wird meist in lokaler Betäubung durchgeführt und ist kostengünstig sowie schnell.

### **Medikamentöse Kastration**

Medikamente, die den Regelkreislauf der Hormone beeinflussen, sog. LHRH-Analoga, bewirken zunächst einen kurzen Testosteronanstieg, bevor es dann zu einem Abfall in den Kastrationsbereich kommt. Die unter die Haut gespritzten Präparate sind als Ein-, Zwei-, Drei- und Sechsmontatsdepot erhältlich. Sog. Antiandrogene bewirken eine Blockade am Androgenrezeptor der Prostatazellen. In den meisten Fällen werden Antiandrogene zumindest vorübergehend begleitend zur LHRH-Gabe verabreicht.

### **Medikamentöse Tumortherapie**

Eine medikamentöse Behandlung, z. B. mit Chemotherapeutika, betrifft nahezu ausschließlich Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung. Fast immer sind andere Therapieoptionen bereits durchgeführt worden und die Hormonentzugstherapie zeigt keine ausreichende Wirkung mehr. Neben dem für diese Indikation zugelassenen Präparat aus der Steineibe Taxotere® und Jevtana gibt es eine Reihe von neuen Substanzen, die in dieser Situation zum Einsatz kommen. Manche dieser Fälle werden im Rahmen von klinischen Studien behandelt.

Am Universitätsklinikum Magdeburg werden Sie in der Studienzentrale individuell betreut und beraten.

---

## Welche Therapie ist die Beste?

Wie oben erwähnt, ist das Spektrum an zur Verfügung stehenden Therapieoptionen oft sehr vielfältig. Idealerweise wägen wir in unserer **interdisziplinären Sprechstunde** mit Ihnen ab, welche der zur Verfügung stehenden Therapieoption für Sie am besten in Frage kommt, weil sie der besten Mischung aus guter Effektivität und wenig Nebenwirkungen entspricht.

---

### Kontaktadressen:

Wenn Sie noch nicht wissen, wo Sie hingehen:

Frau Henke:

FON + 49 391 6715036

Fax +49 391 67 15094

URBIT-Sprechstunde:

FON +49 391 67 13352

Fax +49 391 67 15638

Interdisziplinäre Sprechstunde:

FON +49 391 67 15036

Strahlentherapie:

FON +49 391 67 15791