

Prostata

Strategien gegen Krebs

Prostatakrebs Der häufigste Männertumor stellt Patienten und Ärzte vor ein Dilemma: operieren, bestrahlen – oder besser gar nicht behandeln?

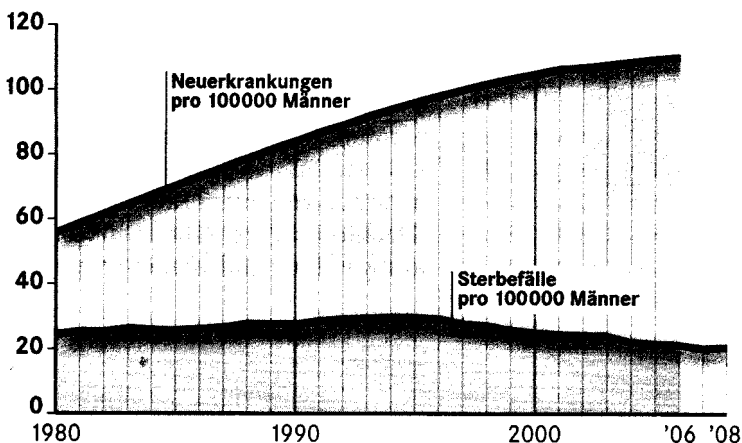
von Dr. Reinhard Door

Nicht größer als eine Kastanie, liegt sie eingebettet zwischen Blase, Darm und Schambein. Die Prostata, auch Vorsteherdrüse genannt, ist von außen nicht tastbar und zu spüren, solange sie gesund ist. Dann steuert sie ihren Anteil zur Samenflüssigkeit bei und ist auch an der Ejakulation beteiligt. Für rund jeden zweiten Mann wird das unscheinbare Organ im Unterleib ein Thema, wenn es zu wuchern beginnt und das Wasserlassen erschwert (siehe Seite 12 unten).

Gefürchteter als diese gutartige Vergrößerung ist jedoch das bösartige Wachstum der Drüse. Mit hochgerechnet 64 000 Fällen im Jahr 2010 ist Prostatakrebs der mit Abstand häufigste Tumor in Deutschland. 11 500 Männer erlagen ihm im Jahr 2008.

Aber nicht allein diese Zahlen erschrecken. Auch vor den möglichen Nebenwirkungen der Therapie – Impotenz und Inkontinenz – fürchten sich viele Männer. Am geringsten sind diese Risiken, wenn der Tumor früh entdeckt und von einem versierten Arzt behandelt wird. Doch der Segen der Früherkennung wird oft zugleich zum Fluch: Viele Männer gehen mit der Behandlung ein womöglich unnötiges Risiko ein.

Mehr Diagnosen, konstante Opferzahl



Quelle: Statistisches Bundesamt und GEKID (altersbereinigte Zahlen)

Klaffende Schere: Obwohl mehr Tumore diagnostiziert werden, nimmt die Zahl der Sterbefälle über die Jahre tendenziell ab

Problem Übertherapien

Das Problem der „Überdiagnosen“ und „Übertherapien“, wie Ärzte nüchtern sagen, entstand in den 80er-Jahren. Damals kam der Test für das prostataspezifische Antigen (PSA) auf den Markt. Erhebungen zufolge kennt heute jeder zweite deutsche Mann seinen PSA-Wert.

Bei allen Mängeln und trotz aller Bemühungen um bessere Biomarker zeigt der PSA-Wert noch immer am präzisesten an, was in der Prostata vor sich geht. Ärzten dient er als hervorragendes Werkzeug, mit dem sie den Krankheitsverlauf verfolgen und die Thera-▶

Foto: W&B/Forster & Martin. Grafik: W&B/Szczesny

Titel

pie steuern können. Heftig umstritten ist jedoch sein Einsatz in der Früherkennung (siehe rechts). Denn wenn Ärzte auf einen erhöhten PSA-Wert hin Biopsien der Vorsteherdrüse entnehmen, entdecken sie oft Tumore, die den Patienten zeitlebens nie beeinträchtigt hätten. Das beweisen Autopsie-Studien von Männern, die an anderen Ursachen gestorben waren. So zeigten US-Ärzte in den 90er-Jahren, dass jeder Vierte im Alter zwischen 30 und 40 kleine Tumorherde in sich trägt, bei den 70- bis 80-Jährigen sogar vier von fünf Männern.

Schwierige Unterscheidung

Etwa 80 Prozent der Patienten mit frühen Stadien von Prostatakrebs überleben ohne Behandlung mindestens 15 Jahre, zeigt eine Langzeitanalyse schwedischer Ärzte. Viele andere Untersuchungen beweisen, dass die meisten dieser Tumore nur langsam wachsen. Eine positive Nachricht, die Ärzte jedoch in ein Dilemma stürzt: Sie müssen „stumme“ Geschwüre von jenen unterscheiden, die Leiden verursachen und das Leben verkürzen.

Das versuchen Mediziner zunächst, indem sie Prostatakrebs in drei Risikostufen einteilen, an denen sie die Therapie ausrichten. Als Anhaltspunkte dienen der PSA-Wert, der Anteil bösartiger Zellen in den zehn bis zwölf Biopsien, ihr Entartungsgrad und die Tumorausdehnung. Die günstigsten Voraussetzungen bieten Krebsherde, die noch nicht über das Organ hinausgewachsen sind. Hier versuchen Strahlentherapeuten, mit zunehmend ausgefeilteren Verfahren umgebendes Gewebe möglichst zu schonen.

Überlegt handeln: Die Früherkennung kann nützen und schaden



Pro und contra

Vorsorge Teilnehmen oder nicht

17 bis 23 Euro Laborkosten, dazu das Beratungshonorar des Arztes: Die Kosten spielen wohl die geringste Rolle bei der Entscheidung, ob Männer die Früherkennung mittels PSA-Test wahrnehmen sollen. Wir nennen die Argumente, die Befürworter und Gegner vorbringen.

■ **Die größte Studie** zum Thema ergab, dass der PSA-Test die Zahl der Sterbefälle an Prostatakrebs in neun Jahren um 20 Prozent senkt – allerdings zu einem hohen Preis (siehe Grafik rechts): Machen 1410 Männer den Test, müssen sich 49 mit allen Risiken behandeln oder engmaschig überwachen lassen, um ein Leben zu retten. Die Studie läuft weiter, und es deutet sich an, dass das Verhältnis langfristig etwas günstiger wird. Es

Viele Urologen raten aber zu einer Operation. Sie setzen einen acht bis zehn Zentimeter langen Schnitt unterhalb des Bauchnabels oder am Damm, oder sie entfernen die Prostata samt Samenblasen durch kleine Schnitte mithilfe eines „Roboters“ – mit feinen Instrumenten, die sie von einem Pult aus steuern. Für diese teure Operationsmethode verlangen Kliniken oft eine Zuzahlung. „Die Patienten verlieren weniger Blut und brauchen weniger

Gutartige Prostata-Vergrößerung Was kann man tun?



Druck auf die Harnröhre

Man müsste eigentlich ständig, steht selbst bei Nacht mehrmals auf, doch dann tröpfelt es nur: Wenn eine gutartig vergrößerte Prostata die Harnröhre einschnürt, kommen mehrere Therapien infrage.

Früherkennung mit PSA-Test

Die Entscheidung kann Männern niemand abnehmen

wird aber dabei bleiben, dass der Preis für weniger Todesfälle hoch ist.

■ **Der PSA-Wert** ist ein sehr unspezifisches Maß. Er steigt auch bei einer gutartig vergrößerten oder entzündeten Prostata. Selbst eine Stunde Radfahren erhöht ihn einer Untersuchung zufolge um rund 25 Prozent.

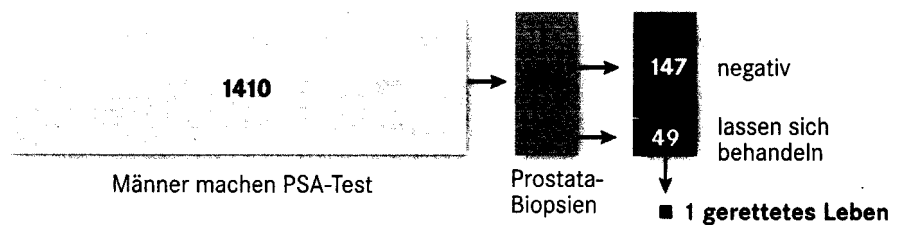
■ **Ab einem Wert** von vier Nanogramm pro Milliliter Blut wird in Deutschland empfohlen, den Verdacht mit Biopsien abklären zu lassen. Bei mindestens drei von vier Männern lautet das Ergebnis „Fehlalarm“. Umgekehrt liegt der Wert bei etwa jedem vierten Krebspatienten unter dieser Schwelle. Ein gesenkter Grenzwert hätte aber noch mehr Fehlalarme zur Folge.

■ **Allen Einwänden** steht ein gewichtiges Argument für die Messung entgegen: Je früher der Krebs erkannt wird, desto höher die Heilungschance und desto besser die Aussichten, bei der Behandlung die Potenz und die Kontinenz zu erhalten – auch wenn es dafür keine Sicherheit gibt.

■ **Letzten Endes muss** jeder Mann die Entscheidung für sich selbst treffen.

Wer Ja sagt, sollte schon vorher darüber nachdenken, wie er sich im Fall eines positiven Befunds verhalten würde. Er sollte sich fragen, ob für ihn das Überleben um jeden Preis vorgeht; ob er dafür in Kauf nehmen würde, auf Sex zu verzichten oder Einlagen zu tragen; und ob er es schaffen würde, zunächst abzuwarten und sich erst behandeln zu lassen, wenn der Tumor aggressiver wird.

PSA – hoher Aufwand, geringer Nutzen



Schmerzmittel, die Ergebnisse sind ansonsten aber nicht besser als jene der offenen Operation“, dämpft Professor Markus Graefen von der Martini-Klinik in Hamburg die Erwartungen.

Unabhängig von der angewandten Methode versuchen die Chirurgen, Potenz und Kontinenz des Patienten zu erhalten. „Wir haben inzwischen viel darüber gelernt, wie man den Schließmuskel und die zugehörigen Strukturen schont“, erklärt Professor Manfred Wirth, Direktor

der Urologischen Universitätsklinik Dresden. Zum Standard zählt heute auch, dass die zu den Schwellkörpern des Penis führenden Nerven-Gefäß-Bündel von der Prostata getrennt werden.

Allerdings stößt diese schonende Operationstechnik an Grenzen, wenn der Tumor die organumgebende Prostatakapsel erreicht oder überwunden hat. Dann lassen sich die Nerven oft nicht erhalten. Endgültige Klarheit über dieses Risiko bringt erst die Operation.

Denn noch fehlt ein abbildendes Verfahren, das die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe schon vor dem Eingriff eindeutig aufzeigen könnte. „Das ist immer eine Gratwanderung“, sagt Markus Graefen. „Wir sagen den Patienten vorher, dass wir ihnen keine absolute Sicherheit bieten können.“

Ob die Entfernung der Prostata oder das Bestrahlen des Tumors die besseren Heilungschancen bietet, untersuchen zurzeit britische und kanadische For-

Pflanzliche Mittel

Bei **leichten Beschwerden** kann sich ein Versuch mit pflanzlichen Mitteln lohnen, die Patienten allerdings selbst bezahlen müssen. Apotheken bieten Mittel mit Wirkstoffen aus **Brennnesselwurzeln, Kürbiskernen,**



Roggenpollen und Sägepalmenfrüchten an.

Ein Vorteil dieser Mittel ist ihre gute Verträglichkeit. Einige Studien liefern Hinweise, dass die Extrakte den Harnfluss verbessern, auch wenn die Belege noch nicht eindeutig sind.

Titel

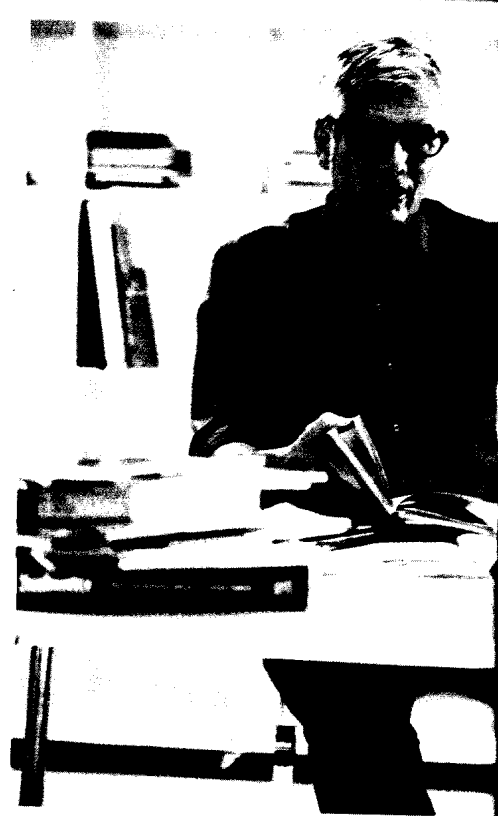
scher. Auch in Deutschland beginnt demnächst eine von Krankenkassen und der Deutschen Krebshilfe finanzierte Langzeitstudie mit voraussichtlich 7000 Patienten, die diese Frage klären soll. Sie untersucht zudem zwei weitere Therapieoptionen: die Brachytherapie und die „aktive Überwachung“.

Bei der Brachytherapie bringen Ärzte reiskorngroße Partikel („seeds“) in die Prostata ein, die dort verbleiben und über Monate hinweg radioaktiv strahlen. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie empfiehlt diese Methode bisher nur bei Patienten mit niedrigem Risiko. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hält den Nutzen des Verfahrens noch für zu wenig belegt – was den eigentlichen Anstoß zu der Großstudie gab. Derzeit

bezahlen Krankenkassen die Brachytherapie nur auf Einzelantrag hin.

Bei der „aktiven Überwachung“ soll eine Behandlung erst erfolgen, wenn bestimmte Hinweise dies als notwendig erscheinen lassen (siehe Seite 16). Urologen wie Professor Lothar Weißbach sehen darin eine mögliche Antwort auf das Dilemma der Übertherapie und die damit verbundenen Nebenwirkungen (Interview unten).

Diese sind bei der Strahlentherapie und der Operation unterschiedlich. Etwa vergleichbar scheint das Risiko, impotent zu werden; allerdings ist die nachlassende Erektionsfähigkeit eine direkte Operationsfolge, deren Häufigkeit vom Können des Operateurs abhängt. Bei einer Therapie mit PDE-5-Hemmern kann sich die Impotenz in



Literatur, Internet, Mitbetroffene: Patienten sollten alle Informationsquellen nutzen

Interview



Zur Person

Professor Lothar Weißbach ist Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit und mitverantwortlich für die Prostatakrebs-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie

„Zu häufige Operationen“

Patientenberatung Würden sie besser aufgeklärt, könnten viele Männer mit einer Therapie warten, sagt Lothar Weißbach

Herr Professor Weißbach, wie sollte die Beratung von Prostatakrebs-Patienten erfolgen?

Auf jeden Fall unabhängig von wirtschaftlichen Interessen. Das ist nicht der Fall, wenn Klinikverwaltungen darauf drängen, dass sich teure Operationssäle oder Bestrahlungseinrichtungen durch hohe Patientenzahlen rechnen müssen.

Werden also Patienten behandelt, die es gar nicht nötig hätten?

Die uns vorliegenden Zahlen spre-

chen für zu häufige Operationen, obwohl doch immer mehr nicht behandlungsbedürftige Tumoren entdeckt werden. Eine aktive Überwachung statt einer sofortigen Behandlung wäre öfter möglich.

Ertragen Patienten das Wissen um einen unbehandelten Tumor?

Nicht jeder. Das liegt aber häufig daran, dass nicht ausführlich und laufend ärztlich beraten wird. Leider wird die verstärkte Patientenbegleitung nicht ausreichend vergütet.

Medikamente

Gut belegt ist die Wirkung sogenannter **Alpha-blocker**. Sie mindern die Muskelspannung, verringern so den Druck auf die Blase und entspannen die Prostata. Die Wirkstoffe **Finasterid** und **Dutasterid** lassen die vergrößerte Prostata



etwas schrumpfen. Das kann Monate dauern. Manchmal leiden Potenz und Libido. Während der Therapie steigt das Risiko für die Entwicklung aggressiver Prostatatumore geringfügig, der Arzt muss bei langjähriger Behandlung über Risiken aufklären.

einem Zeitraum von bis zu einem Jahr noch verringern. Nach einer Strahlentherapie ist der Verlust der Erektionsfähigkeit eher ein schleichender Prozess. Inkontinenz kommt nach der Bestrahlung seltener vor. Dagegen sind Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Durchfall und Entzündungen von Blase und Darm typische Strahlenfolgen, die aber nur bei wenigen Patienten in schwerer Form chronisch werden. Leicht erhöht ist nach der Bestrahlung auch das Risiko für spätere Tumore von Blase, Darm oder Lunge.

Kaum konkrete Zahlen

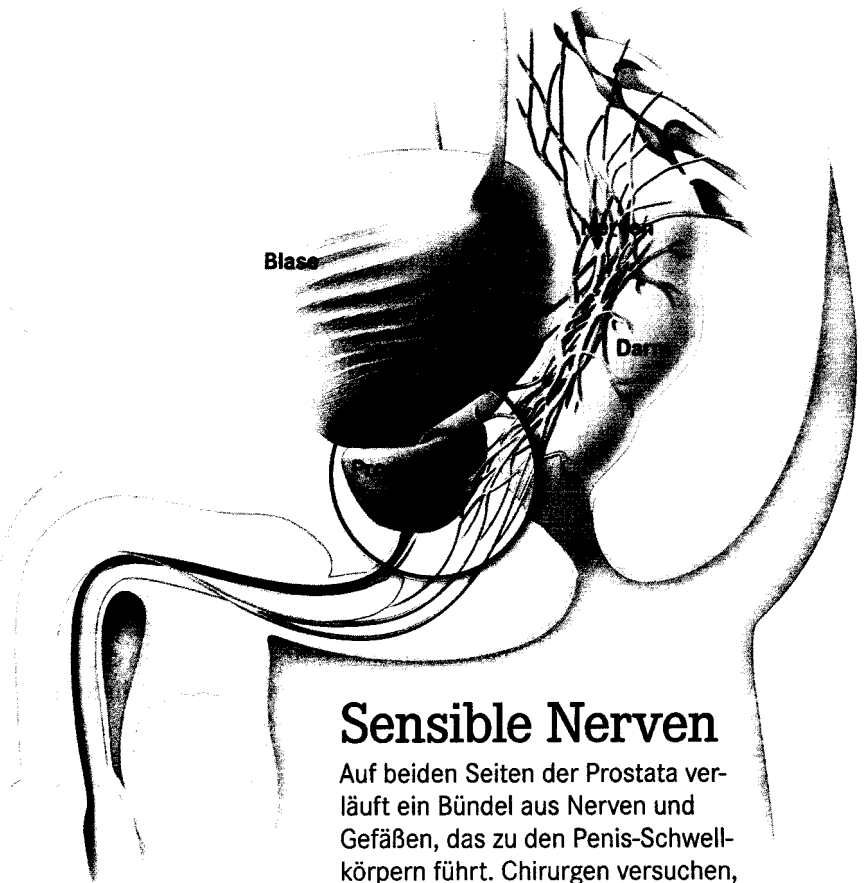
Bei der Entscheidung zwischen beiden Verfahren spielt oft die Überlegung eine Rolle, wie die Therapie bei einer Rückkehr des Tumors weitergehen könnte. So ein „Rezidiv“ droht je nach Risiko bis zu 30 Prozent der Patienten. „Nach einer Operation zu bestrahlen ist nebenwirkungsärmer als andersherum“, räumt Professor Thomas Wiegel ein, Ärztlicher Direktor der Abteilung Strahlentherapie an der Universitätsklinik Ulm. Für erfahrene Ärzte ist aber auch die Operation nach einer Bestrahlung machbar.

Bei der Frage nach konkreten Zahlen zum Impotenz- und Inkontinenzrisiko winden sich Experten. Zwar beziffern viele Studien das Risiko, und einige Kliniken führen eigene Register. Doch je nach Tumorstadium, Alter und Gesundheit des Patienten sowie Zentrum variieren die Raten. Vergleiche sind ohnehin schwierig: Die Leitlinien-Autoren der Deutschen Gesellschaft für Urologie fanden bei ihrer Recherche nicht weniger als 112 verschiedene Definitionen für Inkontinenz und 79 für Impotenz.

Deutlich gestiegen, da sind Experten sich einig, ist der Anteil der Patienten,

die nach der Operation das Wasser halten können. Etliche müssen dafür aber monatelang Geduld aufbringen und Übungen machen. Schwieriger ist es, die Potenz zu erhalten: „Wer beidseitig nervenschonend operiert wurde, hat eine gut 60-prozentige Chance, weitere 30 Prozent schaffen es mit Medikamenten“, wagt Markus Graefen eine Einschätzung. Doch schon wenn auf einer Seite die Nerven entfernt wurden, sinkt die Rate unter 50 Prozent. Allgemein gilt: „Wer bereits vorher Probleme hatte, wird sie danach noch mehr spüren“, sagt Manfred Wirth.

Ganz andere Probleme haben Patienten, deren Tumor bereits Metastasen gestreut hat. Eine Heilung ist für sie nicht möglich, eine Verlängerung des Lebens dagegen schon. Ob das Bestrahlen von Knochenmetastasen, Chemo- oder Hormontherapie: Eine ganze Palette an Behandlungen kann das Leben verlängern oder Beschwerden mildern. Auch ein qualvolles Sterben brauchen Patienten nicht zu befürchten: „Die Möglichkeiten, schmerzfrei zu werden, sind da“, erklärt Wirth. „Wenn das nicht klappt, macht der Arzt etwas falsch.“

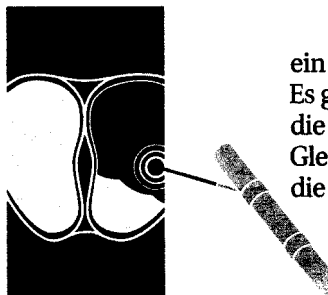


Sensible Nerven

Auf beiden Seiten der Prostata verläuft ein Bündel aus Nerven und Gefäßen, das zu den Penis-Schwellkörpern führt. Chirurgen versuchen, es bei der Operation zu schonen.

Operation

Wenn Komplikationen auftreten oder der Leidensdruck groß ist, sollten Patienten über einen Eingriff nachdenken. Beim klassischen Vorgehen („TURP“) führt der Arzt über den Penis eine Drahtschlinge



ein und „hobelt“ die Prostata von innen ab. Es gibt ein gutes Dutzend anderer Verfahren, die meist mit **Laserstrahlen** arbeiten. Ihre Gleichwertigkeit ist noch nicht klar belegt, die Kassen zahlen nur einen Teil davon.

Überwachen mit Notbremse

Therapieplanung Engmaschig beobachten und nur dann handeln, wenn der Tumor aggressiver wächst: So könnte ein Ausweg aus dem Übertherapie-Dilemma aussehen

Kontrolliertes Abwarten, achtsame Beobachtung, strategisches Nichtstun: Wenn Ärzte Patienten mit einem Prostatakarzinom über die Alternativen zu einer sofortigen Operation oder Bestrahlung aufklären, werfen selbst sie die Begriffe durcheinander. Für Patienten ist zunächst wichtig zu wissen, dass Experten zwei wesentliche Strategien unterscheiden:

Beim **langfristigen Beobachten (watchful waiting)** greifen Ärzte erst ein, wenn der Patient Symptome seines Leidens verspürt. Nach der Diagnose wird weder der PSA-Wert verfolgt noch eine Therapie begonnen. Da diese Strategie nicht auf Heilung abzielt, kommt sie zum Beispiel für Patienten infrage, die trotz eines fortgeschrittenen Tumors noch beschwerdefrei sind. Vor allem aber ist sie eine Option für ältere Männer oder jene mit einer Lebenserwartung von unter 10 bis 15 Jahren, die eher mit als an ihrem Tumor sterben werden.

Regelmäßige Kontrolle

Bei der **aktiven Überwachung (active surveillance)** hingegen verfolgen Ärzte engmaschig den Verlauf des Tumors und greifen ein, sobald dieser bedrohlich erscheint. Dazu messen sie zunächst alle drei, bei stabilem Verlauf alle sechs Monate den PSA-Wert. Zudem entnehmen sie alle 12 bis 18 Monate Biopsien. Erst wenn sich der PSA-Wert in weniger als drei

Jahren verdoppelt oder die Zellen vermehrt entarten, sollte eine Behandlung beginnen.

Die „aktive Überwachung“ verfolgt das Ziel, jene Patienten von den Nebenwirkungen der Behandlung zu verschonen, die ihr Tumor nie bedrohen würde – ein eleganter Weg, um dem Problem der „Übertherapien“ zu entkommen. „Wichtig ist jedoch, einen aggressiven Verlauf dieser Tumore rechtzeitig zu erkennen“, betont Professor Lothar Weißbach, Vorsitzender der Stiftung Männergesundheit.

Er empfiehlt, sich an die Kriterien der Prostatakrebs-Leitlinie zu halten. Sie berücksichtigt den PSA-Wert, die Tumorausdehnung, den Entartungsgrad und den Anteil an Tumorzellen in den Biopsien. „Für etwa die Hälfte der Patienten kämen die abwartenden Strategien infrage“, meint Weißbach.

„Es ist noch nicht bewiesen, ob eine verzögerte Behandlung auch auf lange Sicht genauso effektiv ist wie eine sofortige“, weist der Ulmer Strahlentherapeut Professor Thomas Wiegel auf die Achillesferse des Konzepts hin. Etwa jeder Zweite der „aktiv Überwachten“ nimmt früher oder später doch eine Therapie in Anspruch. Oft allerdings nicht aus medizinischen Gründen, sondern weil er das Warten nicht erträgt. Um solche Männer zu gewinnen, werden Ärzte wie Lothar Weißbach wohl noch viel Überzeugungsarbeit leisten müssen.



Besonnen bleiben: Oft ist
Abwarten unter regelmäßiger
Kontrolle die beste Wahl

Foto: WSB/Forster & Martin

Informationen und Tipps

Ärztliche Informationen, ein Quiz und Videos zu Prostata-Entzündungen, zur gutartigen Vergrößerung und zu Prostatakrebs finden Sie auf unserer Internetseite www.apotheken-umschau.de



Allgemeine Informationen zu Prostatakrebs sowie Antworten auf individuelle Fragen bietet der **Krebsinformationsdienst** am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg:
www.krebsinformationsdienst.de
Telefon kostenfrei 08 00/420 30 40
Täglich von 8.00 bis 20.00 Uhr