

Bericht aus Münster - Patiententag des UKM 2012

PSA-Test in der Früherkennung: Vor- und Nachteile

Prof. Semjonow gab seinen üblichen Überblick was Erprobt und Bewiesen sei und anschließend einen Ausblick, was sich möglicherweise in Zukunft tun werde: Symptome der gutartigen Prostatavergrößerung, Prostatakreb würden üblicherweise nicht vor dem 40zigsten Lebensjahr auftreten, bei 80% der 80jährigen Männer könne man Prostatakrebs nachweisen, viele davon hätten ohne es zu wissen mit dem Prostatakrebs gelebt.

Die Selbsthilfegruppen bekamen auch ihr Fett ab. Die Mitglieder würden wenig hilfreich untereinander ihre Prostatakrebserkrankung vergleichen. Kein Prostatakrebs gleiche dem anderen. Selbsthilfegruppen würden sich zudem im Internet informieren und die dort gefundenen Informationen ohne Verifizierung verbreiten, ohne z.B. Abzuwarten, ob sich Neues auch tatsächlich in der Praxis bewähren würde. Vorteilhaft sei lediglich, dass Selbsthilfegruppen Informationen über die ganze Bandbreite der Behandlungsoptionen austauschen würden; das sei so eine Art Qualitätskontrolle für Urologen.

Risikofaktoren bei PCa

Alkohol und Rauchen seien keine Risikofaktoren bzgl. der Entwicklung eines Prostatakarzinoms. Unter Bezug auf eine große Kohortenstudie mit Beteiligung von katholischen Priestern könne geschlußfolgert werden, viel oder wenig Sex sei ebensowenig ein Risikofaktor für Prostatakrebs. Nur die Ernährung habe wahrscheinlich etwas zu tun mit der Entstehung von Prostatakarzinomen. Bei familiärer Häufung, insbesondere dann, wenn die Krebserkrankung in relativ jungen Jahren bei Vater, Brunder, Onkel auftreten würde.

Anatomie der Prostata

Bei einer gutartigen Vergrößerung wird die Harnröhre viel schneller eingegengt und es entstehen Beschwerden beim Wasserlassen als das durch die aussen wachsenden Prostatakrebszellen geschieht.

Tastuntersuchung

Nur selten ließe sich ein Prostatakarzinom durch die Tastuntersuchung erkennen. Bei der DRU (digital rektalen Untersuchung) fühlen sich nur einige Prostatakarzinome hart an. Ausserdem gäbe es gutartige Adenomkonten, die sich ähnlich dem Prostatakrebs hart anfühlen würden. Dennoch habe die Tastuntersuchung ihren Sinn, wenn z.B. bei sehr geringem PSA sich eine Prostata Verhärtungen tasten lasse. Diese Karzinome würden ohne die Tastuntersuchung zunächst mal nicht erkannt.

PSA

Bei der alleiniger Tastuntersuchung würde nur bei jedem zwölften Mann ein PCa festgestellt. Deshalb sei das PSA nach wie vor und trotz aller Schwächen der derzeit wichtigste Hinweis auf ein möglicherweise entstehendes Prostatakarzinom. Das sei bei den Krankenkassen immer noch nicht angekommen, da diese lediglich die Kosten für die Tastuntersuchung übernehmen würden. Noch weniger exakt sei die Ultraschalluntersuchung, da habe nur einer von 15 untersuchten Männern ein PCa. Die Trefferquote sei jedoch bei gemeinsamen Einsatz von PSA, DRU und Ultraschall deutlich höher. Bei Männern mit erhöhtem PSA und einem Tastbefund könne man nicht mehr von Früherkennung sprechen, das sei i.d.R. ein bereits fortgeschrittenes PCA.

Screening und Aktive Surveillance

Die Auswertung der Rotterdam-Studie von Prof. Fritz Schröder nach schon 10 Jahren ergab: Wer sich regelmäßig einer PSA-Untersuchung unterzieht, habe ein um fast ein Drittel geringeres Risiko an Prostatakrebs zu versterben als Männer ohne die regelmäßige PSA-Untersuchung. Die Experten vermuten (meine Anmerkung: siehe Aussagen von Prof. Huland auf dem BPS-Kongress 2011, die Daten der Zwischenauswertung der Schröder-Studie seien zu früh veröffentlicht worden) ein noch günstigeres Ergebnis nach einer Studiendauer von 15 oder gar 20 Jahren. Das Problem des Screenings sei das frühe Erkennen von kleinen, mutmaßlich harmlosen Prostatakarzinomen, die zu Lebzeiten des betreffenden Mannes vermutlich nie zu Problemen führen werden. Diese Männer sollten nicht oder zumindest vorerst nicht therapiert werden, sondern nur intensiv beobachtet werden. Deshalb sollte sich jeder Mann, ehe er sich untersuchen läßt, über die Vor- und Nachteile der PSA-Untersuchung informieren.

Histoscanning

Prof. Semjonow hatte für dieses Verfahren offensichtlich nichts übrig. Das auf Ultraschall basierende Gerät würde vermutlich die Erwartung hinsichtlich Erkennen von Prostatakrebs nicht erfüllen können.

Magnetresonanzzonografie MRT und PET/CT

Bei den Neueren 3T-Scanner habe die Bildgenauigkeit zugenommen. Trotz der Möglichkeit den Stoffwechsel in der Prostata darzustellen, kann nur gemutmaßt werden, ob ein PCa vorhanden sei oder nicht. PET/CT eigne sich nicht zur Erkennung kleinerer PCa, sinnvoll jedoch bei der Verlaufsbeobachtung eines fortgeschrittenen PCa.

ProPSA

Das ProPSA sei eine Unterform des PSA. Allein mit dem PSA-Wert könne man mit ca. 50 prozentiger Sicherheit eine Diagnose für oder gegen das Vorhandensein von einem PCa treffen, nimmt man das freie PSA hinzu liegt die Trefferwahrscheinlichkeit bei 60 bis 70 Prozent, käme noch das proPSA hinzu steige die Genauigkeit auf bis zu 80 Prozent. Labortechnisch könne die Uniklinik Münster proPSA bestimmen.

Diagnose "Prostatakrebs" aus strahlentherapeutischer Sicht

Univ.-Prof. Dr. med. Hans T. Eich, Direktor der Klinik für Strahlentherapie - Radioonkologie – Seit Prof. Eich in Münster am UKM therapiert hat die Uniklinik „aufgerüstet“, d.h. ein komplett neues Geräteprogramm angeschafft u.a. bildgeführte Bestrahlung mit vorgeschaltetem CT und MRT. **Bessere Ergebnisse würden mit einer hohen Strahlendosis erreicht.** In Münster würden derzeit 76 Gy und in Einzelfällen schon mal 80 Gy gegeben. Basis sei die 3D konformale Bestrahlung, zusätzlich sollte unter Hinweis auf die S3-Leitlinie bei mittleren und höheren Risikopatienten eine Hormontherapie erfolgen. Wichtig sei, dass Patienten über die unterschiedliche Bestrahlungstherapien aufgeklärt würden, weil **nicht jedes Verfahren für jeden Patienten gleich günstig** sein könne.

Bei der **Niedrigrisikogruppe** zeigten sich hinsichtlich der Entstehung von biochemischen Rezidiven während der folgenden 5 bis 7 Jahre keine Unterschiede zwischen radikaler Prostatektomie und Radiotherapie mit mind. 72 Gy. Patienten des **mittleren Risikobereiches** profitieren von einer 3D konformalen Bestrahlung mit 74 Gy und zusätzlicher 3 monatiger antihormoneller Therapie beginnend schon oder noch im PSA-Nadir. Bei Patienten **mit hohem**

Risiko empfiehlt die S3 Leitlinie eine 3D konformale Bestrahlung mit 76,5 Gy beginnend im PSA Nadir und eine zusätzliche 2 bis 3 jährige antihormonelle Therapie NACH der Radiotherapie.

Lt. Prof. Eich profitieren Patienten von einer **Dosiseskalation** (Erhöhung der Bestrahlungsintensität); wie in der S3 Leitlinie empfohlen. Für die Nachbehandlung nach OP favorisiert Prof. Eich ein Prostatakrebszentrum, weil dort alle (Salvage-)Therapieoptionen vorhanden seien. Die Strahlentherapie sollte dabei bei einem PSA-Wert von $<0,5\text{ng/ml}$ beginnen, da dann die Tumormlast noch sehr gering sei. Bei etwa der Hälfte der bestrahlten Patienten würde dabei der PSA-Wert dauerhaft abgesenkt. Man habe große **Probleme am Enddarm**, wenn man bei älteren Bestrahlungsgeräten eine höhere Bestrahlungsdosis verabreiche. Bei der 3D konformalen Bestrahlung trifft die Hälfte der Bestrahlung den Enddarm. Mit IMRT könne man die Bestrahlungsdosis innerhalb des Bestrahlungsareals anpassen (modulieren), z.B. bei einem metastasierten Lymphknoten direkt am Anus.

Mit IMRT könne man die Bestrahlungsintensität in Problembereichen wie dem Enddarm niedrig halten, dennoch erlaube IMRT innerhalb des Strahlenfeldes (Anmerkung: da wo der Tumor sitzt) eine deutlich höhere Bestrahlungsintensität und das wiederum führe beim Patienten zu deutlich günstigeren Ergebnissen. Auch die Strahlungs-Spätfolgen seien geringer.

Prof. Eich wurde dann eindringlich und deutlich:

IMRT sei die Zukunft, aber IMRT sei kein Standardverfahren, keine Routine. **Deshalb gehöre eine solche Behandlung in „eine gute Hand“.**

Die **Seedsimplantation** liege mit ihren Ergebnissen bei frühen PCa-Stadien, d.h. Niedrigrisikogruppe gleichauf mit der radikalen Prostatektomie und der alleinigen Strahlenbehandlung (perkutane Radiatio) von aussen.

Und dann kam Kritik: „**Leider wird die Indikation, d.h. wann darf man so etwas machen, in Deutschland verwässert; denn man kann mit der Seedsimplantation relativ viel Geld verdienen.**“

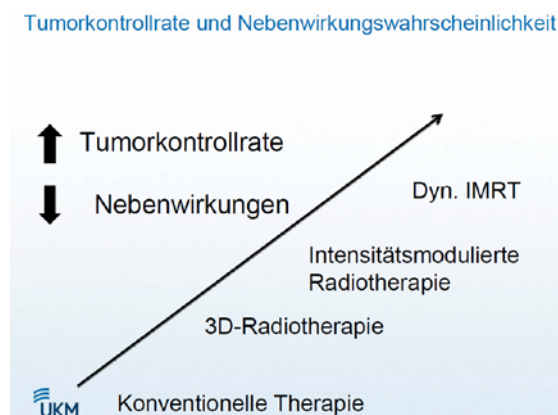
Diagnose "Prostatakrebs" aus strahlentherapeutischer Sicht

Prof. Dr. med. Uwe Haverkamp, Ltd. Physiker, Klinik für Strahlentherapie - Radioonkologie –

Kontraindikationen für die Seedimplantation

- Prostatavolumen $> 55\text{ml}$ ("pubic arch phenomenon")
- ungünstiger Ausgangs-IPSS
- prominenter Mittellappen
- "großes" Gewebedefizit nach TURP bei kleineren Defekten ist Seedimplantation möglich! Höhere Inkontinenzrate?
- geplanter proktologischer Eingriff
- Lebenserwartung < 10 Jahre

Prof. Haverkamp: „Die Strahlentherapie ist in Bewegung geraten“, erläuterte Gott-sei-Dank gut und laienverständlich aus sSicht des Physikers die Technik, Leistungen und Verfahren moderner Gerätegenerationen in der Strahlentherapie des Prostatakarzinoms: Was ist möglich? Was ist sinnvoll? Welche Modalitäten gibt es derzeit? Was ist eine Step&Shot-Technik? und erläuterte das in Münster eingesetzte dynamische IMRT-Verfahren. Bei einer Bestrahlungsintensität von 82 Gy und mehr sei es vornehmliche Aufgabe der



Bestrahlungsplanung, das Rektum, die Blase, die Haut und die Hüftköpfe zu schonen. Bei der Entscheidung für ein Bestrahlungsverfahren sei abzuwägen die Tumorkontrolle gegen die Nebenwirkungen.

Es folgte ein Vergleich des LDR-Brachytherapieverfahrens mit der HDR-Technik sowie Kurzerklärungen zur Protonentherapie und zu Cyberknife. Bei letzteren überwog die Skepsis bzgl. der Wirksamkeit der Verfahren solange keine aussagekräftigen Studien vorlägen. Das Problem sei die hypofraktionierte Bestrahlung (weniger Behandlungen über einen kürzeren Zeitraum mit höheren Strahlendosen pro Behandlung). Da seien möglicherweise signifikant erhöhte Nebenwirkungen im Laufe der Zeit, wahrscheinlich beginnend nach mehr als 12 Monate nach der Behandlung, zu erwarten. Prof. Haverkamp: „Wir würden diese Art der Bestrahlung in unserem Zentrum in Betracht ziehen, solange nicht aussagefähige Studien vorliegen. Wir bewegen uns hier (Anmerkung: in Münster) beim Prostatakarzinom auf einem hohen Niveau. Und auf einem hohen Niveau darf man nicht anfangen zu experimentieren.“

Prostatakrebs und Ernährung Prof. em. Christian de Bruijn, Universität Eindhoven

Prof. de Bruijn hielt uns einen Spiegel vor: Hier in Deutschland essen wir zuviel, essen zu fett, essen zu süß, essen zu wenig frisches Obst und Gemüse, bewegen uns zu wenig und trinken zuviel Alkohol. Die Konsequenz sei: 65% der Männer seien übergewichtig, das gilt auch für 55% der Frauen. 68% der Todesfälle seien lt. Ernährungsbericht 2004 des Bundesministeriums für Verbraucherschutz auf ernährungsbedingte Erkrankungen zurückzuführen. Allein das Krebsrisiko könne um mindestens 30% verringert werden bei ausreichendem Verzehr von Obst und Gemüse.

Warum ist das so? Der Homo sapiens habe sich über einen Zeitraum von 2,5 Mio. Jahren mit einer gen-kompatiblen Ernährungsweise entwickelt. Erst vor ca. 10.000 Jahren, erdzeitgeschichtlich ein Wimpernschlag, hat sich diese Ernährungsweise grundlegend verändert. Unsere Ernährungsbedürfnisse entsprechen aber heute noch der Jäger und Sammlermentalität oder deutlicher gesagt: Unser heutige Lebensstil paßt nicht zu unserer genetischen Veranlagung. Konkret heißt das: Viele unserer heutigen Nahrungsmittel oder deren Komponenten passen nicht oder kaum zu unserem genetischen Set-up. Daraus entstehen Störungen in Form von Entzündungsprozessen und vermehrt zu chronischen Krankheiten und in Kombination mit Umweltfaktoren entstehen individuell bedingte Krankheitsbilder.

Negative Faktoren lt. Prof. Bruijn (nach eigenen Worten nicht ganz unumstritten:

Gebrautes/gegrilltes rotes Fleisch

- 30% erhöhtes Risiko um an Prostatakrebs zu erkranken
- hauptsächlich Risiko auf aggressives Prostatakarzinom erhöht
- verursacht vermehrt Entzündungsmerkmale und oxidativen Stress

Milchprodukte, speziell low fat

hochdosiertes Vitamin E (ab etwa 400mg/Tag)

Omega-6 Produkte (Fett aus industrieller Tierhaltung, Fertiggerichte)

keine überzeugenden Daten in Studien mit isolierten Nährstoffen in Form von Nahrungsergänzungsmitteln (antioxidative Substanzen)

- Selen
- Folsäure
- Grüntee- Polyphenole
- Soja-Isoflavone

Anti-Oxydatien aus pflanzlichen Lebensmitteln, Selen, sekundäre Pflanzenstoffe aus Gemüse und Obst beeinflussen die Aktivität der Gene, die eine Rolle spielen bei der Immunstimulation. Sie kann unser Körper nicht selbst herstellen, da sind wir auf die richtige Ernährung angewiesen. Letztlich bedeutet das: Wir sind selbst für die Kontrolle der eigenen Immunstimulation verantwortlich.

Forschungen beweisen, das chronische Entzündungsprozesse das Entstehen und die Entwicklung vieler Tumoren (z.B. Dickdarm, Lunge, Blase, Prostata) auslösen können und fördern.

Granatapfelsaft dagegen gehört zu den positiven Faktoren. U.a. sti3eg nach 6 jähriger Beobachtungszeit die PSA-Verdopplungszeit von 15 auf 60 Monate. Wenn wir also Essen, es uns gut gehen lassen, spielen wir auf dem Klavier unserer Gene. Lebensstil habe Einfluß auf das Entstehen von (Prostata)Krebs. Denn die Ernährung sei ein komplexer Vorgang mit Tausenden von biochemischen Varuablen und es sei praktisch unmöglich, einzelne Wirkstoffe verantwortlich zumachen für das Entstehen von (Prostata)Krebs. Aber: Eine „anti-entzündliche Ernährungsweise biete beste Voraussetzungen um selbst die Risiken zu begrenzen, nämlich „frisch und pflanzlich“. Hierbei spiele der Verzehr von ausreichend Obst und Gemüse und Omega-3 Fettsäuren wie auch das Vermeiden oder Verringern von industriell hergestellten Lebensmitteln. „Wir essen zuviel falsche Fette!“

Bielefeld im Dezember 2012/April 2013

WDF PSA Selbsthilfegruppe Prostatakrebs in Bielefeld