

Sehr geehrter Herr _____

Bei Ihnen wurde eine bösartige Neubildung der Prostata festgestellt (Prostatakrebs). Ihr Urologe hat Sie beim Prostatakarzinomzentrum Nagold zur weiteren Therapie angemeldet. Das Prostatakarzinomzentrum Nagold ist eine Kooperation aus verschiedenen niedergelassenen Urologen, dem Krankenhaus Nagold und den Praxen für Strahlentherapie in Böblingen und Horb am Neckar.

Das Prostatakarzinomzentrum Nagold hat sich zur Aufgabe gemacht, die für Sie beste Therapie Ihres Prostatakarzinoms unter Berücksichtigung der neuesten Leitlinien zur Verfügung zu stellen. Das Prostatakarzinom ist eine häufige Erkrankung. In Europa werden jedes Jahr circa 2,6 Mio. neue Karzinomfälle diagnostiziert. Bei Männern über 55 Jahre ist es die häufigste Krebstodesursache.

Das Risiko eines 40-jährigen Mannes, in seinem weiteren Leben ein Prostatakarzinom zu bekommen, ist 42%, daran zu erkranken 9,5% und daran zu sterben 2,9%¹.

Das heißt, nicht jedes Prostatakarzinom verhält sich gleich. Es gibt verschiedene Stadien der Aggressivität, die unterschiedlich behandelt werden können.


Anhand der Gewebeprobe (mindesten 5 Prostatastanzen aus jedem Prostatalappen) wird das Wachstumsmuster des Karzinoms nach Gleason² bestimmt. Dabei werden die zwei am häufigsten gefundenen Muster addiert. Die Gleason-Skala reicht von 2 (günstig) bis 10 (ungünstig).

Anhand der Anzahl der befallenen Gewebeproben in der Prostatabiopsie, dem Gleason-Score und dem PSA-Wert kann nun das Risiko auf ein Fortschreiten der Erkrankung abgeschätzt werden:

Niedriges Risiko:	cT1c (nur durch Biopsie entdeckt, nicht tastbar), PSA < 10 ng/ml, Gleason-Score ≤ 6
Mittleres Risiko:	cT2a (Karzinom in weniger als 50% einer Seite), PSA 10-20 ng/ml, Gleason-Score = 7
Hohes Risiko:	cT2b (Karzinom in mehr als 50% einer Seite), PSA > 20 ng/ml, Gleason-Score ≥ 8

¹ Scardino et al., Urol Clin North Am 1989 Nov; 16(4): 635-55: (Houston, Texas)

² Ein amerikanischer Pathologe, der sich sehr intensiv mit dem Prostatakrebs beschäftigt hat.

Geltungsbereich: NA_Prostatakarzinomzentrum	Standarddokument Patientenanschreiben	 ID-Nummer: D11717
---	--	--

Entsprechend Ihrem eigenen gesundheitlichen Risikoprofil (fit und gesund bis schwer herzkrank) können wir Ihnen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen und dann gemeinsam mit Ihnen die für Sie am besten geeignete Therapie durchführen.

Folgende Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung:

1. Aktive Überwachung:

Patienten mit gut differenziertem Prostatakarzinom haben eine karzinomspezifische Zwanzigjahres-Überlebensrate von 80-90%³. Gute Kandidaten für eine aktive Überwachung sind nach aktuellen Klassifikationen Patienten mit PSA < 10 ng/ml, Gleason ≤ 6, cT1c-cT2a (nicht tastbare, kleine Karzinome) und einer Lebenserwartung < 10 Jahre. Wenn weniger als 3 Biopsiezylinder mit weniger als 50% Karzinom befallen sind, kann auch bei einer Lebenserwartung von über 15 Jahren aktiv zugewartet werden. Es ist zu erwarten, dass 34% dieser Männer innerhalb von 5 Jahren wegen weiterem Tumorwachstum einer definitiven Therapie zugeführt werden müssen. Aktive Überwachung bedeutet, alle drei bis sechs Monate den PSA-Wert kontrollieren zu lassen. Nach einem Jahr, nach drei und nach fünf Jahren sollte eine erneute Prostatabiopsie erfolgen, um weitere Tumoraktivität nicht zu übersehen.

2. Radikale Prostatektomie:

Durch einen Bauchschnitt wird die Prostata samt Samenblasen und Samenleiterenden entfernt. Gleichzeitig werden die Lymphknoten des Abstromgebietes aus der Prostata entfernt. Durch die radikale Prostatektomie ist die höchste Tumorkontrolle im Langzeitverlauf zu erreichen. Sie hat aber auch spezielle Risiken: Lymphansammlung im Unterbauch 10-30%, Anastomosenstriktur 6-18%, Anastomosenleck 2,7-4%, Rektumverletzung 2-11%, Inkontinenz milde 2-18%, schwer 2-27%, Mortalität 1-4,6%. (In Nagold ist in den letzten Jahren kein Patient im Zusammenhang mit der Operation verstorben. Die Rate an Blutübertragungen sind auf unserer Homepage immer aktuell über folgenden Link [Therapie | Prostatakarzinomzentrum Nagold | Klinikverbund Südwest \(klinikverbund-suedwest.de\)](#) ersichtlich. In besonderen Fällen können die Erektionsnerven erhalten werden. Dadurch kann in 32-71% die Potenz erhalten werden. Im Stadium cT3 (Einbruch des Karzinoms in die Kapsel) ist mit einem erhöhten Risiko für Lymphknotenmetastasen und/oder Krebsnachweis im Absetzungsrand des Operationspräparates zu rechnen, so dass häufig eine zusätzliche Hormon- oder Strahlentherapie erforderlich wird. Mit dieser multimodalen Behandlung kann man aber noch sehr gute 5-, 10- und 15-Jahres-Überlebensraten von 95%, 90% bzw. 79% erreichen.

³ Chodak GW et al, N Engl J Med 1994 ;330 :242-8 und Albertsen PC et al, JAMA 1998;280:975-80

Verfasser: J. Fischer	Freigabe: Haag Ulrich	Nächste Revision: 22.05.2024
Version: 1 Freigegeben am: 22.05.2023	Bestellnummer:	Seite 2 von 5

Geltungsbereich: NA_Prostatakarzinomzentrum	Standarddokument Patientenanschreiben	 ID-Nummer: D11717
--	--	--

3. Strahlentherapie:

Bei einem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko wird eine Bestrahlung mit 72 Gy empfohlen.

Bei mittlerem Risiko sollte die Strahlendosis auf 76-81 Gy gesteigert werden. Eine zusätzliche Hormonblockade für 6 Monate ist sinnvoll.

Bei Patienten mit hohem Risiko wird zusätzlich zur gesteigerten Dosis von 78 Gy eine Hormontherapie für zwei Jahre durchgeführt.

Pro Tag können 2 Gy bestrahlt werden, so dass die Bestrahlung circa 7 Wochen dauert.

Nebenwirkungen: Entzündung der Harnblase 1-81%, Blut im Urin 3-13%, Darmstörungen 3-56%, Harninkontinenz 32-36%, Harnröhrenenge 1-13%, Potenzverlust 41%

4. Brachytherapie:

Bei der Brachytherapie wird im Gegensatz zur Strahlentherapie nicht von außen die Prostata bestrahlt, sondern es werden durch den Damm radioaktiv strahlende Seeds in die Prostata eingestochen, die das Karzinom dann vor Ort bestrahlen. Dies geschieht nach entsprechender Vorplanung mit CT und Ultraschall in einer Sitzung.

Diese Technik ist sicher und effizient für Patienten mit niedrigem Risiko und einem Prostatavolumen < 50 ml und nur geringen Beschwerden beim Wasserlassen.

Das rezidivfreie Überleben liegt nach 5 und 10 Jahren bei 71%-93% bzw. 65%-85%. Eine zusätzliche Hormonblockade scheint keinen Vorteil zu haben.

Kurz nach der Implantation kann es bei 1,5%-22% zu akuten Störungen des Harntrakts kommen, was bei 8,7% eine TUR-Prostata (Abhobeln der Prostata durch die Harnröhre) erforderlich macht.

Inkontinenz tritt in 0%-19% auf, zu dauerhaften Störungen des Harntrakts kann es bei bis zu 20% kommen.

5. Hormontherapie


Eine Hormonblockade hemmt ein weiteres Karzinomwachstum für ca. 5±3 Jahre. Als alleinige Therapie kommt sie somit für ältere Männer mit Prostatakarzinom in Frage. Als Zusatzbehandlung zu einer Strahlentherapie oder Operation wird sie häufig eingesetzt. Sie erfolgt entweder als 3-Monats-Spritze, tägliche Tablette oder durch eine operative Entfernung des Hodengewebes.

NACHUNTERSUCHUNG

Nach erfolgter Therapie erfolgt die **Nachuntersuchung** bei Ihrem einweisenden Urologen.

Ecksteine der Nachuntersuchung sind der PSA-Wert, die krankheitsspezifische Anamnese und die digitale rektale Untersuchung. Die routinemäßige Durchführung bildgebender Verfahren ist bei stabilen Patienten nicht erforderlich.

Verfasser: J. Fischer	Freigabe: Haag Ulrich	Nächste Revision: 22.05.2024
Version: 1 Freigegeben am: 22.05.2023	Bestellnummer:	Seite 3 von 5

Geltungsbereich: NA_Prostatakarzinomzentrum	Standarddokument Patientenanschreiben	 ID-Nummer: D11717
---	--	--

Ihr Urologe wird in regelmäßigen Abständen die PSA-Werte an das Prostatakarzinomzentrum schicken, damit wir die Krankheitsverläufe in unserer Datenbank mitverfolgen können. Sollten so Abweichungen von anderen Prostatazentren auffallen, können wir unser Behandlungsschema gegebenenfalls anpassen.

Nach drei Jahren schicken wir Ihnen den Bogen zu Problemen beim Wasserlassen und zur Erektionsfähigkeit, den sie vor der Operation ausgefüllt haben nochmals zu, mit der Bitte den ausgefüllten Bogen mit dem beiliegenden frankierten Rückumschlag an uns zurückzusenden. Bei Fragen hilft Ihnen Ihr Urologe oder Hausarzt.

Kommt es nach radikaler Prostatektomie zu einer Erhöhung des PSA-Wertes auf $> 0,2$ ng/ml oder steigt nach Bestrahlung oder Brachytherapie der PSA um 2 ng/ml über den niedrigsten gemessenen Wert, muss ein **erneutes Karzinomwachstum** vermutet werden.

Ihr Urologe wird Sie dann dem Zentrum melden und wir werden in unserer zweiwöchentlichen Tumorkonferenz das weitere Vorgehen besprechen.

Eine Computertomographie oder eine Skelettszintigraphie macht erst ab einem PSA von >20 ng/ml Sinn, beziehungsweise wenn das PSA mit einer Geschwindigkeit von > 2 ng/ml pro Jahr steigt. Eine Magnetresonanztomographie macht, nach radikaler Prostatektomie, ab einem PSA von 2 ng/ml Sinn.

Eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET/CT) ist routinemäßig nicht sinnvoll, allenfalls bei speziellen Fragestellungen.

Als Therapiemöglichkeiten stehen die Hormontherapie, Bestrahlung, Operation oder Chemotherapie zur Verfügung.


Den Therapievorschlag der **Tumorkonferenz** werden wir Ihrem Urologen melden und er wird die weiteren Schritte nach einem ausführlichen Gespräch mit Ihnen einleiten.

In vielen Landkreisen stehen Selbsthilfegruppen für Menschen mit Prostatakarzinom zur Verfügung. Im Internet finden Sie unter www.prostata.de/selbsthilfe.html auch in Ihrer Nähe eine entsprechende Selbsthilfegruppe, mit der Sie gerne Kontakt aufnehmen können. Dort können Sie betroffene Männer und Ihre Angehörigen treffen, von deren Erfahrungen profitieren und eigene Erfahrungen, Ängste und Sorgen einbringen.

Während ihres Aufenthaltes besteht die Möglichkeit zu einem Gespräch mit unseren Psychoonkologinnen. Sprechen Sie uns darauf an. Wir stellen gerne den Kontakt dafür her. Flyer erhalten Sie im Sekretariat oder auf Station.

Bringen Sie bitte alle Ihre Fragen und Sorgen zum Aufklärungsgespräch mit. Wir werden Sie mit Ihren Ängsten und Fragen ernst nehmen, um gemeinsam mit Ihnen den für Sie besten Therapieplan aufzustellen.

Verfasser: J. Fischer	Freigabe: Haag Ulrich	Nächste Revision: 22.05.2024
Version: 1 Freigegeben am: 22.05.2023	Bestellnummer:	Seite 4 von 5

Geltungsbereich: NA_Prostatakarzinomzentrum	Standarddokument Patientenanschreiben	 ID-Nummer: D11717
---	--	--

Worauf zu achten ist:

Bringen Sie bitte alle Ihre **Medikamente** bzw. Ihren **Medikationsplan** mit, die Sie einnehmen. Manche Medikamente müssen vor einer Operation abgesetzt werden.

Befundberichte aus früheren Krankenhausaufenthalten oder von Arztbesuchen z. B. beim Kardiologen sind für uns sehr hilfreich und können gegebenenfalls Doppeluntersuchungen verhindern.

Wie Sie zum Krankenhaus Nagold finden:

Mit dem Auto

A8/ A81 aus Richtung Karlsruhe oder Heilbronn oder München fahren Sie Richtung Singen auf der A 81 weiter. Verlassen Sie die Autobahn bei der Ausfahrt Gärtringen und fahren Sie auf der B28 in Richtung Herrenberg, Nagold weiter.

In Nagold ist das Krankenhaus gut ausgeschildert. Am Krankenhaus befindet sich ein gebührenpflichtiger Parkplatz. Vor dem Krankenhaus ist nur Ein- und Aussteigen möglich. Gegenüber dem Haupteingang sind ausgewiesene Behindertenparkplätze.

Mit Bus und Bahn

Vor dem Bahnhof in Nagold befinden sich ein Taxistand und eine Bushaltestelle. Mit der Linie 503 fahren Sie bis zur Bushaltestelle "Kreiskrankenhaus".

Infos auch im Internet: [Home | Klinikverbund Südwest \(klinikverbund-suedwest.de\)](https://www.klinikverbund-suedwest.de)

Verfasser: J. Fischer	Freigabe: Haag Ulrich	Nächste Revision: 22.05.2024
Version: 1 Freigegeben am: 22.05.2023	Bestellnummer:	Seite 5 von 5