

Ein Leitfaden für Patienten

Die Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom

4. Auflage



- Dr. med. Gerald Pühse
- Prof. Dr. med. Lothar Hertle
Klinik und Poliklinik für Urologie,
Universitätsklinikum Münster
<http://www.klinikum.uni-muenster.de/institute/urologie>
urologie@uni-muenster.de
- Prof. Dr. med. Stephan Roth
Klinik für Urologie und Kinderurologie,
HELIOS Klinikum Wuppertal
Klinikum der Universität Witten/Herdecke
sroth@wuppertal.Helios-kliniken.de
- Graphik
Franz H. Rickmeier
Zentrale Fotoabteilung des
Universitätsklinikums Münster
Bildmaterial nach Vorgabe
- Mit freundlicher Unterstützung von
Takeda Pharma GmbH, Aachen
<http://www.takeda.de>

Die Radikaloperation der Prostata beim Prostatakarzinom



Sehr geehrter, lieber Patient!

Bei Ihnen wurde ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Durch die operative Entfernung der Prostata ist eine vollständige Heilung möglich. Dieser Leitfaden soll Sie über Ihre Erkrankung und die möglichen Therapieverfahren informieren. Des Weiteren soll er als Merkblatt für die Zeit nach der Operation dienen und Ihnen bereits vor dem Eingriff helfen, sich auf die veränderte Situation einzustellen. Er dient als Ergänzung - nicht als Ersatz - für das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt.

Ihr Dr. med. Gerald Pühse

Münster, im Januar 2006

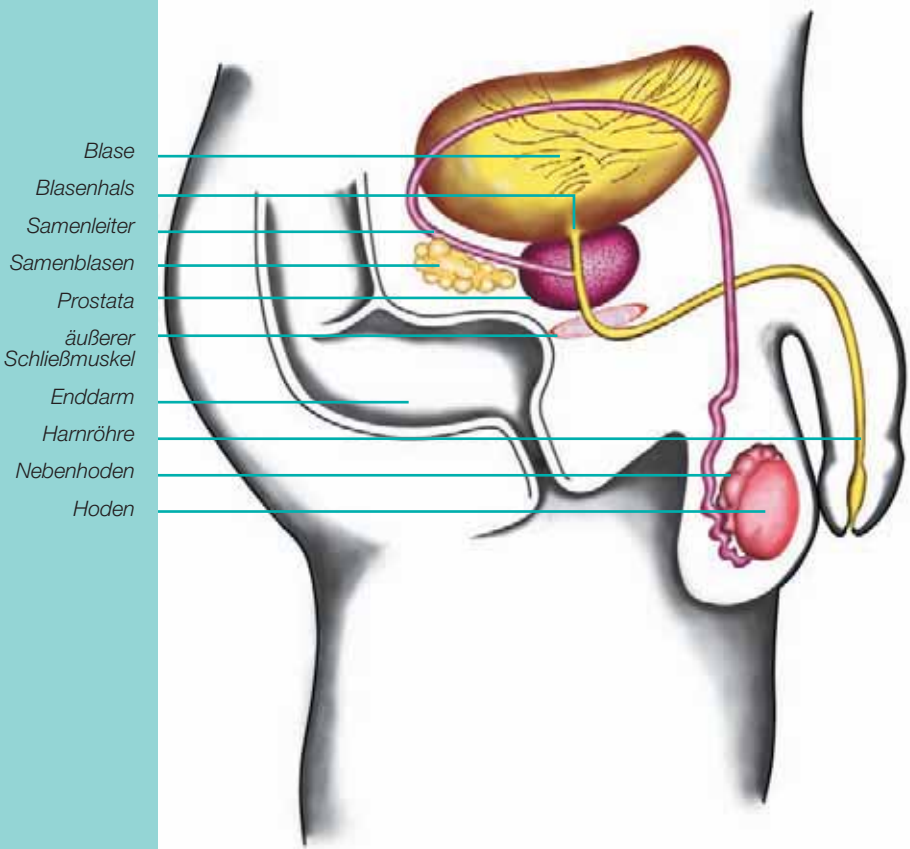


Abb. 1: Ansicht der Organe im Beckenbereich

Einleitung

Die Prostata (Vorsteherdrüse) umgibt unterhalb der Harnblase die Harnröhre (Abbildung 1). In der beim jungen Mann etwa kastaniengroßen Drüse wird ein Großteil der Samenflüssigkeit gebildet, die beim Samenerguß durch Zusammenziehung der Prostata entleert wird. Bei vielen Männern kommt es im Laufe des Lebens zu einer Vergrößerung der Prostata (gutartige Prostatahyperplasie) mit entsprechenden Beschwerden beim Wasserlassen. Hierzu gehören ein abgeschwächter Harnstrahl, nächtliches Wasserlassen, Harnträufeln, ständiger Harndrang und das Auftreten einer Harnsperrre. Einige dieser Symptome können auch Anzeichen einer bösartigen Prostatageschwulst (Prostatakarzinom = Prostatakrebs) sein. Das Prostatakarzinom macht sich bei vielen Männern jedoch nicht bemerkbar. Ein frühzeitig erkannter Prostatakrebs kann, wenn er die Organgrenzen noch nicht überschritten hat und er noch keine Absiedlungen in den benachbarten Lymphknoten oder in anderen Organen (z. B. Knochen) verursacht hat, durch die radikale operative Entfernung geheilt werden. Es ist deshalb von großer Bedeutung, dass der Krebs in einem frühen, auf die Prostata begrenzten Stadium entdeckt und operiert wird.

Diagnose & Untersuchungen

Bei der Tastuntersuchung vom Enddarm aus wird die Prostata mit dem Finger untersucht. Hierbei kann sich der Verdacht auf das Vorliegen einer bösartigen Veränderung der Prostata ergeben. Leider kann durch die alleinige Tastuntersuchung mit dem Finger die Krebserkrankung der Prostata meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt werden. Deshalb wird neben der Tastuntersuchung meistens eine Blutuntersuchung durchgeführt, bei der die Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA) erfolgt. PSA ist ein Eiweiß, das von gutartigen und bösartigen Prostatazellen produziert und in das Blut abgegeben wird. Der PSA-Wert kann als Tumormarker Hinweise geben, ob die Veränderung der Prostata gefährlich ist und wie weit diese gegebenenfalls vorangeschritten ist. Die Ergebnisse der Tastuntersuchung und der Blutuntersuchung geben zwar entscheidende Hinweise für das Vorliegen eines Prostatakrebses, sind aber noch nicht beweisend.

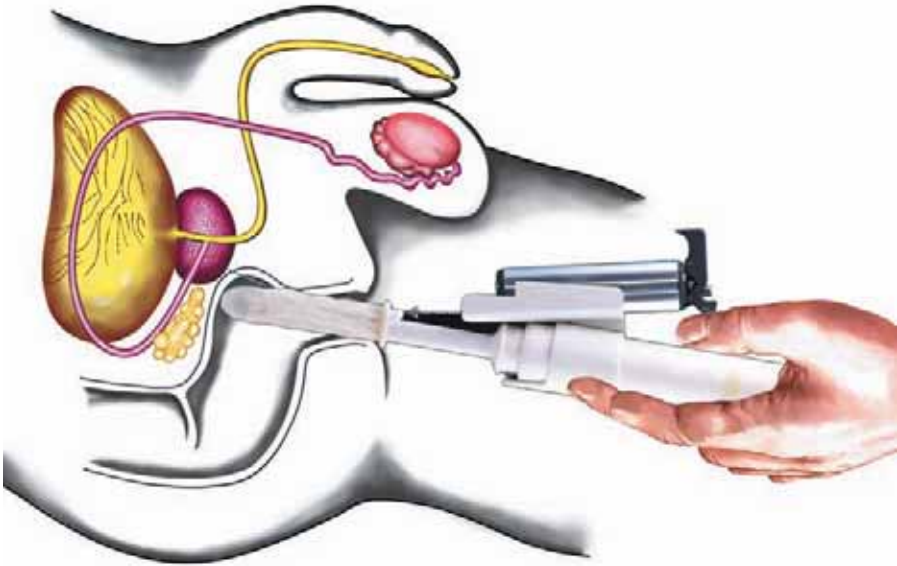
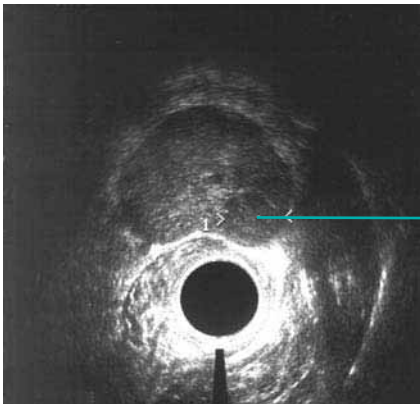


Abb. 2: Ultraschallgesteuerte Gewebeentnahme aus der Prostata: Die Hauptbedeutung der Ultraschalluntersuchung liegt in der gezielten Probenentnahme aus der äußeren Zone der Prostata, da hier die meisten Prostatakarzinome ihren Ursprung haben.



Prostatakarzinom

Abb. 3: Prostatakarzinom in der Ultraschalluntersuchung vom Enddarm aus: Nur ein kleiner Anteil aller Prostatakarzinome ist im Ultraschallbild erkennbar.

Der endgültige Nachweis des Prostatakarzinomes ist nur durch eine Gewebentnahme (Biopsie) möglich. Hierbei werden mit einer feinen Biopsienadel unter Ultraschallkontrolle gezielt mehrere (mindestens 6 bis 8, häufig auch 10 oder mehr) Gewebeprobe(n) aus der Prostata entnommen (Abbildung 2). Diese so genannte Prostatastanzbiopsie dient der endgültigen Sicherung der Diagnose, da bei der mikroskopischen Untersuchung der Gewebeprobe(n) das Vorliegen bösartiger Veränderungen (Prostatakarzinomzellen) in der Prostata erkannt werden kann. Vor Einleitung einer entsprechenden Therapie müssen die Größe und die örtliche Ausdehnung des Prostatakrebses sowie eine mögliche Ausbreitung in die Lymphknoten und andere Organe geklärt werden.

Neben den oben genannten Untersuchungen führt Ihr Urologe eventuell noch weitere Untersuchungen durch: Die Ultraschalluntersuchung der Prostata vom Enddarm aus kann zur Bestimmung der Prostatagröße und der örtlichen Ausdehnung des Tumors erfolgen (Abbildung 3). Beim Ausscheidungsurogramm erfolgt die Röntgendarstellung der Nieren durch die Gabe eines Kontrastmittels. Durch diese Untersuchung kann festgestellt werden, ob der Prostatakrebs den Harnabfluss aus den Nieren, den Harnleitern oder der Harnblase behindert. Bei der Harnröhren- und Blasenspiegelung (Urethrozystoskopie) kann erkannt werden, ob das Prostatakarzinom in die Harnröhre eingewachsen ist oder diese einengt. Diese Untersuchung wird in der Regel unmittelbar vor der Operation in derselben Narkose durchgeführt. Die Darstellung der Knochen in der sog. Skelettszintigraphie dient dem Ausschluss von Tochtergeschwülsten (Metastasen), die bei fortgeschrittener Erkrankung auftreten können.

Die eindeutige Beurteilung eines möglichen Krebsbefalls der Lymphknoten, die der Prostata benachbart sind, ist auch mit den derzeit zur Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren (Computertomographie, Magnetresonanztomographie etc.) noch nicht sicher möglich. Die oben genannten Untersuchungen sind von unterschiedlicher Wertigkeit, so dass immer individuell entschieden werden muss, welche Untersuchung im Einzelfall notwendig ist. Haben die oben genannten Untersuchungen einen auf die Prostata begrenzten Krebs ergeben, so ist eine Heilung durch die radikale Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie) möglich.

ZUSTAND VOR DER OPERATION

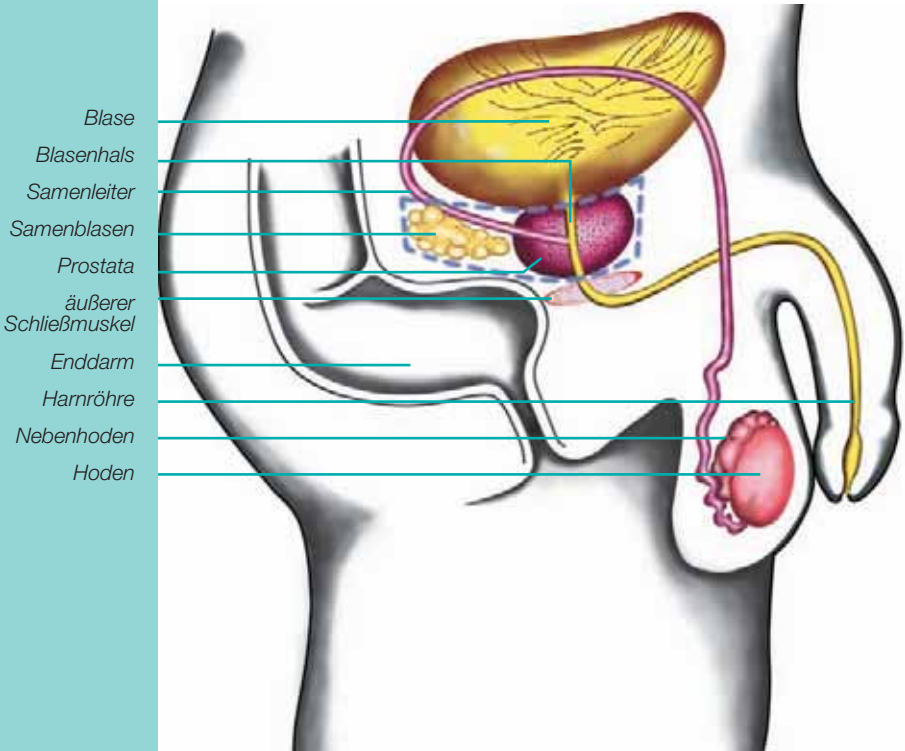


Abb. 4: Markierung des Operationsgebietes bei der Radikaloperation der Prostata (- - -)

Bei Nachweis eines organüberschreitenden Tumorwachstums oder von Tochtergeschwülsten in den Knochen oder anderen Organen können durch diese aufwendige Operation nicht alle Tumorzellen entfernt werden. In diesem Fall gibt es jedoch weitere Möglichkeiten, das Wachstum des Krebses und der Absiedlungen zu verlangsamen oder mitunter auch für eine lange Zeit zum Stillstand zu bringen.

Die radikale operative Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)

Das Ziel der radikalen Prostatektomie ist es, die ganze Prostata mit der Kapsel, den anliegenden Samenbläschen und den örtlichen Lymphknoten zu entfernen (Abbildung 4). Als Zugangswege, die Prostata auf die oben beschriebene Art radikal zu entfernen, gibt es die Möglichkeit des Dammschnittes (perineale radikale Prostatektomie) oder des Unterbauchschnittes (retropubische radikale Prostatektomie). Der Vorteil des unteren Bauchschnittes ist, dass während der Operation gleichzeitig die Lymphknoten entfernt und untersucht werden können. Andererseits ist bei einem frühen Krankheitsstadium die Wahrscheinlichkeit eines Lymphknotenbefalls sehr gering, was als Argument für den operativen Zugang vom Dammbereich aus gewertet wird (siehe unten). In einem ausführlichen Gespräch vor der Operation wird Ihnen Ihr Operateur erklären, welches Operationsverfahren in Abhängigkeit vom Erkrankungsstadium bei Ihnen gewählt werden sollte.

Seit einiger Zeit ist es möglich, die Entfernung der Prostata auch minimal-invasiv (laparoskopisch) durchzuführen. Diese Operationsmethode wird als laparoskopische radikale Prostatektomie bezeichnet. Im Vergleich zur offenen Operation wird hierbei eine schnellere Wundheilung und ein kürzerer Krankenhausaufenthalt diskutiert. Allerdings kann es zu einer längeren Operationszeit kommen. Die laparoskopische Operation der Prostata erfordert ein anderes Operationsinstrumentarium und eine spezielle Ausbildung des operativ tätigen Urologen.

Bei der perinealen radikalen Prostatektomie erfolgt die Entfernung der Prostata und die Herstellung der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung von einem Dammschnitt aus. Von diesem Dammschnitt können die der Prostata benachbarten Lymphknoten jedoch nicht beurteilt werden.

Die Beurteilung der Lymphknoten ist in einer der perinealen radikalen Prostatektomie vorgeschalteten Operation (z. B. laparoskopisch im Rahmen einer Unterbauchspiegelung) möglich. Ihr Arzt wird mit Ihnen besprechen, ob eine Beurteilung der Lymphknoten vor der perinealen radikalen Operation der Prostata in Ihrem Erkrankungsstadium sinnvoll ist.

ZUSTAND NACH DER OPERATION

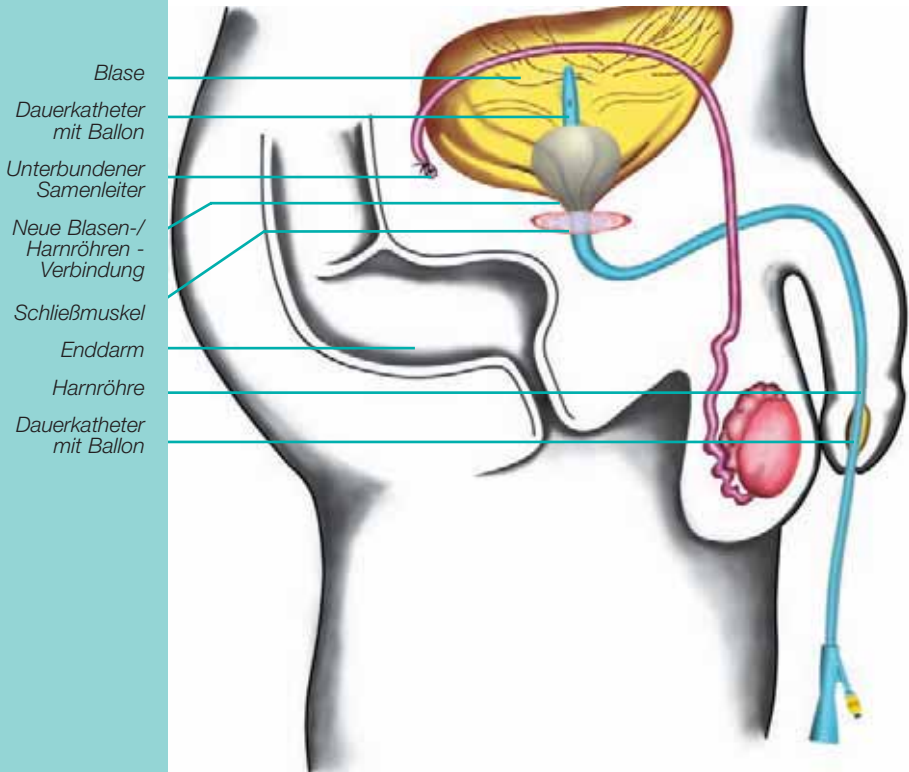


Abb. 5: Zustand nach der Radikaloperation mit liegendem Dauerkatheter

Beim Unterbauchsschnitt (retropubische radikale Prostatektomie) werden in einem ersten Schritt die der Prostata und Harnblase benachbarten Lymphknoten aufgesucht und entfernt (pelvine Lymphadenektomie). Mit einer so genannten Schnellschnittuntersuchung (mikroskopische Untersuchung) lässt sich während der Operation mit großer Wahrscheinlichkeit feststellen, ob bereits Absiedlungen des Prostatakarzinoms in den Lymphknoten vorhanden sind. Für den Fall, dass man innerhalb der Lymphknoten Tumorzellen findet, wird das geplante operative Vorgehen möglicherweise geändert.

Da der Krebs bei nachgewiesenem Lymphknotenbefall nicht mehr auf die Prostata beschränkt ist, ist es vielfach günstiger, eine Hormonentzugsbehandlung durchzuführen, über die vor der Operation ausführlich mit Ihnen gesprochen wird (siehe auch Seite 23). Gelegentlich sind die befallenen Lymphknoten jedoch die einzigen Tochtergeschwülste, so dass eine Lymphknotenentfernung in Verbindung mit der radikalen Prostatektomie eine Heilungschance darstellt. Hierzu erfolgt vor der Operation ebenfalls ein ausführliches Aufklärungsgespräch.

Sofern die Lymphknoten in der Schnellschnittuntersuchung krebsfrei sind, ist von einem auf die Prostata begrenzten Tumorwachstum auszugehen. In diesem Fall schließt sich planmäßig die Entfernung der Prostata mitsamt ihrer Kapsel und den hinter der Harnblase liegenden Samenblasen an (radikale Prostatovesikulektomie). Die Samenleiter werden dabei auf beiden Seiten unterbunden.

Anschließend muss dann eine neue Verbindung (Anastomose) zwischen Blase und Harnröhre hergestellt werden. Die Anastomose der Blase mit der Harnröhre wird durch einen während der Operation eingelegten Dauerkatheter gesichert (Abbildung 5). Der Dauerkatheter dient gleichzeitig der Sicherung des Urinabflusses aus der Harnblase in der Zeit nach der Operation. Neben die neue Blasen-/ Harnröhrenverbindung wird eine Wunddrainage eingelegt, die den Abfluss des Wundsekretes sicherstellt. Nach der Operation wird der Patient in aller Regel für einige Zeit auf einer Überwachungsstation betreut.

Die Zeit nach der Operation (postoperative Phase)

Für den Erfolg der Operation ist die Zeit nach dem Eingriff von großer Bedeutung. Zur Vermeidung allgemeiner Komplikationen operativer Eingriffe wie etwa das Auftreten von Thrombosen (Bildung von Blutgerinnseln), Embolien (Schlagaderverschlüssen durch verschleppte Gerinnsel) und Lungenentzündungen ist eine frühzeitige Mobilisation (Bewegungstraining) des Patienten wichtig. Bereits in den ersten Tagen nach der Operation werden Sie mit krankengymnastischen Übungen beginnen und mit entsprechender Hilfe aufstehen. Durch die frühzeitige Mobilisation wird das Herz-/Kreislaufsystem stabilisiert und das Wiedereinsetzen der Darmtätigkeit nach der Operation gefördert.

Der für die Gabe von Infusionen und Medikamenten zunächst notwendige zentrale Venenkatheter (ZVK) wird entfernt, sobald die normale Nahrungsaufnahme wieder möglich ist. Die Wunddrainage wird in Abhängigkeit von der Fördermenge nach einigen Tagen gezogen.

Der bei der Operation eingelegte Dauerkatheter, der dem Urinabfluss aus der Harnblase und der inneren Schienung der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung dient, wird ebenfalls nach einigen Tagen entfernt. Bei der hierzu notwendigen Röntgenuntersuchung, dem so genannten Zystogramm, wird über den liegenden Dauerkatheter Kontrastmittel in die Harnblase gegeben und die Dichtigkeit der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung (Anastomose) überprüft. Wenn die Anastomose dicht ist, wird der Katheter in der gleichen Sitzung entfernt. Nur in sehr wenigen Fällen muss der Dauerkatheter wegen Undichtigkeit der neuen Verbindung noch einige weitere Tage liegen bleiben, was aber für den Operationserfolg und die spätere Dichtigkeit (Kontinenz) in der Regel ohne Bedeutung ist. Kurz nach der Katheterentfernung wird der Patient nach Hause entlassen.

A. Allgemeine Risiken

Mögliche Komplikationen und Folgen der Operation

Der Vorteil der radikalen Prostataentfernung im Vergleich zu allen anderen Therapieverfahren besteht in der Möglichkeit, die Krebserkrankung vollständig heilen zu können. Zusätzlich können durch die Operation möglicherweise bei einem weiteren Tumorwachstum auftretende Beschwerden und Komplikationen verhindert werden. Allerdings birgt diese Operation auch mögliche Komplikationsrisiken.

Zu den allgemeinen, aber seltenen Operationsrisiken gehören das Auftreten von Thrombosen, Embolien und Lungenentzündungen. Diesen wird durch geeignete Maßnahmen entsprechend vorgebeugt (Verwendung von Stützstrümpfen, medikamentöse Blutverdünnung, frühzeitige Bewegung, Krankengymnastik, Atemtherapie).

Grundsätzlich besteht bei jeder Operation die Gefahr einer Blutung bzw. Nachblutung. Diese können die Gabe von Blutkonserven erforderlich machen. Die Gabe von Blutkonserven erfolgt jedoch nur bei zwingender Notwendigkeit. Des Weiteren können nach jedem operativen Eingriff eine Infektion (Entzündung) oder Wundheilungsstörungen (Wundinfektionen) auftreten, die entsprechend behandelt werden müssen.

Durch die notwendige Entfernung der lokalen Lymphknoten werden Lymphbahnen unterbrochen, so dass es zu Lymphansammlungen im kleinen Becken (Lymphzyste) oder in den Beinen kommen kann. Diese Lymphansammlungen bedürfen jedoch nur einer weiteren Therapie, wenn sie Schmerzen verursachen oder das Wasserlassen behindern. Dieses ist sehr selten der Fall.

B. Spezielle Risiken

Enge der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung

In seltenen Fällen kann es einige Zeit nach der Operation zum Auftreten einer Engstelle (Striktur) im Bereich der neuen Blasen-/Harnröhrenverbindung kommen, so dass das Wasserlassen nur noch erschwert oder nicht mehr möglich sein kann. Der Patient bemerkt dieses meistens dadurch, dass der Kraftaufwand für die Blasenentleerung immer größer und der Harnstrahl immer schwächer wird. Durch eine besondere Operationstechnik (Schleimhaut/Schleimhaut-Naht) kann die Gefahr der Strikturbildung deutlich vermindert werden. Sollte sich dennoch eine Striktur durch einen abgeschwächten Harnstrahl oder größere Anstrengung beim Wasserlassen bemerkbar machen, so kann die Engstelle durch einen kleinen Eingriff durch die Harnröhre geweitet werden (transurethrale Schlitzung oder Bougierung).

Urinverlust (Harninkontinenz)

Vor der Operation wird die Dichtigkeit für Urin durch drei Mechanismen (Abbildung 6) gewährleistet: den unwillkürlichen inneren Schließmuskel im Blasen Halsbereich (1), die passive Kompression durch die Prostata (2) und den willkürlichen äußeren Schließmuskel im Beckenbodenbereich (3). Nach der Operation muss der willkürliche äußere Schließmuskel im Beckenbodenbereich die Funktion, den Urin zu halten, alleine sicherstellen (Abbildung 7). Es ist sehr wichtig zu wissen, dass der verbliebene willkürliche Schließmuskel einige Zeit braucht, um diese Aufgabe vollständig und sicher übernehmen zu können. In aller Regel ist es sinnvoll den Schließmuskel durch ein entsprechendes Training (Beckenbodengymnastik) zu stärken. Die meisten Patienten sind jedoch nach wenigen Wochen bis Monaten wieder in der Lage, ihren Urin zu halten. Die Faktoren, die die Zeitspanne bis zum Erreichen der Kontinenz (Fähigkeit, den Urin zu halten) beeinflussen, sind einerseits das Alter des Patienten (je jünger desto schneller) und andererseits eine möglicherweise vorbestehende gutartige Prostatavergrößerung mit Einengung der Harnröhre (2). In diesem Fall ist der willkürliche äußere Schließmuskel im Beckenbodenbereich schwächer, da er vorher weniger beansprucht wurde, und es ist eine längere Trainingsphase bis zum Erreichen der Kontinenz notwendig.

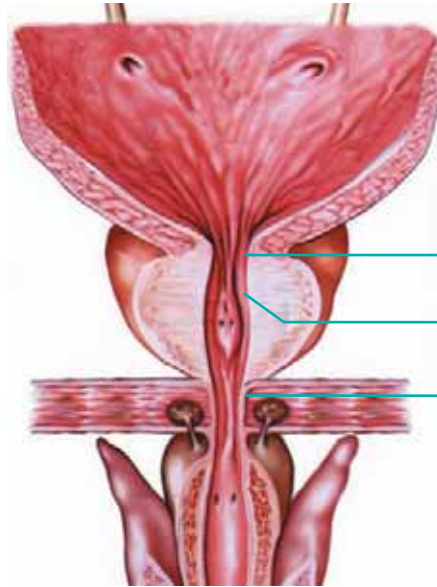
Nach der Katheterentfernung kommt es in der ersten Zeit noch zu einem unfreiwilligen Harnabgang über die Harnröhre. Es ist durchaus normal, dass es anfangs schwerfällt, den Urin zu halten. Dieser ungewollte Urinabgang tritt vor allem bei körperlicher Bewegung oder Anstrengung verstärkt auf. Die anfängliche Urinhalteschwäche ist normal und sollte sich bei fortgesetztem Beckenbodenmuskeltraining nach einiger Zeit zurückbilden. In der Phase des vorübergehenden unwillkürlichen Urinverlustes kann die Benutzung geeigneter Hilfsmittel (Vorlagen, Kondomurinale etc.) helfen, ein weitgehend normales Leben ohne größere Einschränkung der gewohnten Aktivitäten zu führen.

Vorlagen, Einlagen und weitere Hilfsmittel

Sie bestehen aus extrem saugstarken Materialien, die nach Schweregrad des Urinverlustes in Größe und Saugfähigkeit gestaffelt sind. Die Produktpalette der Hersteller reicht daher von der einfachen Vorlage bis zur Kombination von großer Vorlage und Netzhose. Diese Inkontinenzhilfen werden Ihnen nach der Operation verschrieben. Bei der Auswahl der für Sie geeigneten Produkte werden Sie durch Ihren Urologen und durch spezialisierte Sanitätshäuser beraten. Neben den oben genannten gebräuchlichen Hilfsmitteln gibt es noch weitere Möglichkeiten zur Versorgung bei unwillkürlichem Urinverlust. Diese reichen von so genannten Tropfenfängern für das Glied, die in die Unterhose geklebt werden, bis zu Kondomurinalen mit Beinbeutelversorgung. Erhältlich sind alle Artikel in Apotheken, Sanitätshäusern und speziellen Inkontinenzfachgeschäften. Sie erhalten dort eine fachgerechte Beratung und können die meisten Hilfsmittel zur Probe testen. Fast alle Produkte sind verordnungs- und erstattungsfähig.

Die nach der Entfernung des Dauerkatheters auftretende vorübergehende Unfähigkeit, den Urin zu halten, ist normal und sollte sich unter Durchführung der Beckenbodengymnastik nach einigen Wochen bis Monaten zurückgebildet haben. Zur Unterstützung des Heilungsprozesses nach der Operation kann die frühzeitige Wiederaufnahme körperlicher Aktivität oder sportlicher Betätigung nur empfohlen werden. Hierzu gilt die Faustregel, dass alles erlaubt ist, was weder Beschwerden noch Schmerzen verursacht.

ZUSTAND VOR DER OPERATION



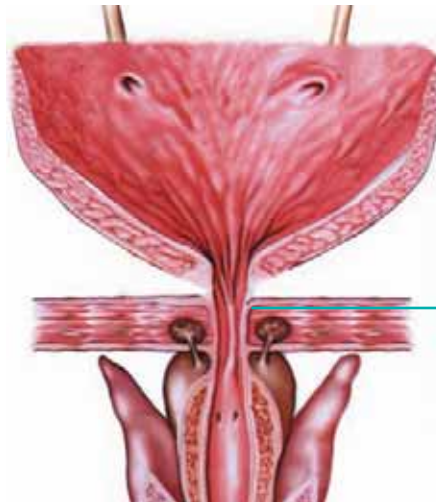
(1) unwillkürlicher innerer Schließmuskel

(2) Einengung der Harnröhre durch die Prostata

(3) willkürlicher äußerer Schließmuskel im Beckenboden (vereinfachte graphische Darstellung)

Abb. 6

ZUSTAND NACH DER OPERATION



willkürlicher äußerer Schließmuskel im Beckenboden (vereinfachte graphische Darstellung)

Abb. 7

Anhaltender Urinverlust (bleibende Harninkontinenz)

Von der vorübergehenden Unfähigkeit, den Urin zu halten, ist die sehr seltene, jedoch schwerwiegende Komplikation der bleibenden Harninkontinenz abzugrenzen.

Bei erfahrenen Operateuren beträgt das Risiko für den Patienten, nach der Operation durch eine Verletzung des willkürlichen äußeren Schließmuskels auf Dauer inkontinent zu bleiben, weniger als 5%. Bei fortbestehender Harninkontinenz kann zur Ergänzung des Beckenbodenmuskeltrainings zunächst ein so genanntes Biofeedback-Training des Beckenbodens erfolgen. Hierbei wird dem Patienten durch eine kleine Sonde im Analkanal (Analsensor) die Aktivität der Beckenbodenmuskulatur beim Training akustisch oder optisch angezeigt. Wenn diese Biofeedback-Methode zwei- bis dreimal am Tag für einige Minuten durchgeführt wird, kommt es häufig zu einer spürbaren Stärkung des Schließmuskels und zu einer besseren Fähigkeit, den Urin zu halten. Ein entsprechendes Gerät kann Ihnen vom Urologen für den häuslichen Gebrauch verschrieben werden. Sollte diese Maßnahme ohne Erfolg sein, so ist auch die operative Einpflanzung eines künstlichen Schließmuskels möglich, um die Kontinenz wieder zu erreichen. Ein solcher künstlicher Schließmuskel funktioniert sehr zuverlässig, birgt als Fremdkörper jedoch ein erhöhtes Infektionsrisiko. Die Einpflanzung eines künstlichen Schließmuskels ist jedoch nur selten notwendig und erfolgt in aller Regel frühestens ein Jahr nach der radikalen Prostatektomie.

Verlust der Gliedsteife (Erektion)

Eine weitere, möglicherweise wichtige Folge nach der Operation ist der Verlust der spontanen Gliedversteifung (Erektion).

Warum ist nach der Operation die Gliedversteifung beeinträchtigt?

Die Gliedversteifung wird bei sexueller Stimulation durch Blutgefäße und Erektionsnerven reguliert, die an beiden Seiten unmittelbar neben der Prostata verlaufen und in den Penis bzw. in die Schwellkörper ziehen (Abbildung 8). Dieses Gefäß-Nerven-Bündel steuert den für die Versteifung von Penis und Schwellkörper notwendigen vermehrten Bluteinstrom. Das Gefäß-Nerven-Bündel kann bei der radikalen Operation verletzt werden - oder es wird aus Gründen der notwendigen radikalen Krebsentfernung bewusst mitentfernt. Grundsätzlich ist es heute durch verfeinerte Operationstechniken möglich, die Erektionsnerven und Blutgefäße zu erhalten. Leider neigen die im Randbereich der Prostata gelegenen Karzinome

jedoch zum Einwachsen in das Gefäß-Nerven-Bündel (Abbildung 8). Da in diesen Fällen das Risiko besteht, dass der Krebs nur unvollständig beseitigt worden ist, wird heute in aller Regel das Gefäß-Nerven-Bündel auf der krebstragenden Seite absichtlich entfernt. Ist die andere Hälfte der Prostata krebsfrei, wird das Gefäß-Nerven-Bündel auf dieser Seite erhalten. In Einzelfällen kann bei Vorliegen sehr kleiner Prostatakrebsse auch die Erhaltung der Blutgefäße und Erektionsnerven auf beiden Seiten erfolgen. Trotz der kontinuierlichen Verbesserung der Operationsmethoden und der Verfeinerung der Operationstechniken kann es aufgrund der Gewebeverhältnisse im Einzelfall nicht möglich sein, die Erektionsnerven sicher zu erhalten. Bei Erhaltung der Erektionsnerven kann nach der Operation bis zum Auftreten von spontanen Erektionen durchaus ein Zeitraum von einem Jahr vergehen.

Auch bei Anwendung der nervenerhaltenden Operationstechnik hat ein Teil der Patienten nach dem Eingriff keine für den Geschlechtsverkehr ausreichenden Erektionen mehr.

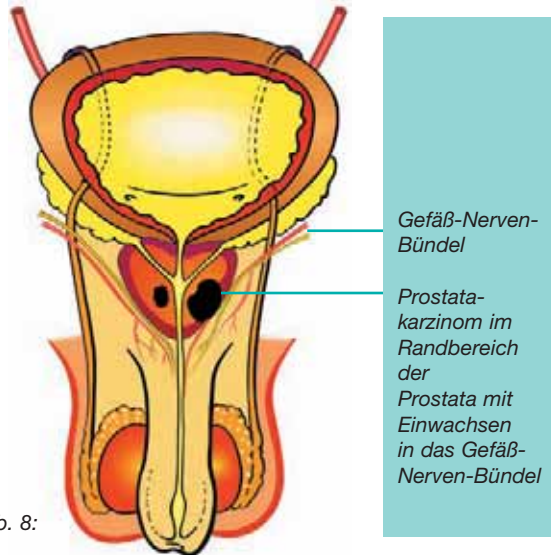


Abb. 8:

Veränderter Orgasmus

Der Verlust der spontanen Erektionsfähigkeit darf nicht mit einer Empfindungsstörung des Penis bzw. der Eichel verwechselt werden. Es ist wichtig festzustellen, dass das Gefühl im Penis (Sensibilität) und das Orgasmusgefühl erhalten bleiben. Der Orgasmus ist nach der Operation jedoch "trocken", da große Teile der Samenflüssigkeit in der Prostata und den Samenblasen, die bei dem Eingriff entfernt werden, gebildet werden. Durch die Unterbindung der Samenleiter und Entfernung der Prostata besteht nach dem Eingriff Zeugungsunfähigkeit. Da einige Patienten einen unwillkürlichen Urinverlust beim Orgasmus beklagen, sollte die Harnblase vor dem Geschlechtsverkehr entleert werden.

Behandlungsmöglichkeiten bei Potenzverlust

Besteht nach der körperlichen und seelischen Erholung von der Operation wieder der Wunsch nach Sexualität und Ausübung des Geschlechtsverkehrs, so stehen zur Behebung der so genannten erektilen Dysfunktion (Impotenz) verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese modernen Therapieverfahren, die die Gliedsteife sozusagen "auf Abruf" wiederherstellen, können frühzeitig nach der Operation eingesetzt werden. Bei der Schwellkörperautoinjektionstherapie ("SKAT") werden gefäßerweiternde Medikamente, die eine Erektion auslösen, vom Patienten selbst in den Schwellkörper gespritzt (Abbildung 9). Eine mechanische Wiederherstellung der Gliedsteife ist mit einem Vakuumerektionshilfesystem ("Vakuumpumpe") möglich (Abbildung 10). Des Weiteren steht als operative Therapie die Einpflanzung einer Penisprothese zur Verfügung (Abbildung 11). Eine medikamentös-orale Therapie (Einnahme von Tabletten) hat sich aufgrund der Einführung effektiver Wirkstoffe heute zum Standard entwickelt. Es ist wichtig zu wissen, dass die zur Verfügung stehenden Tabletten nur wirken können, wenn die Erektionsnerven bei der Operation erhalten werden konnten. Sie sollten sich ohne falsches Schamgefühl oder Zurückhaltung - auch zusammen mit Ihrer Partnerin - von Ihrem behandelnden Urologen in Bezug auf die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

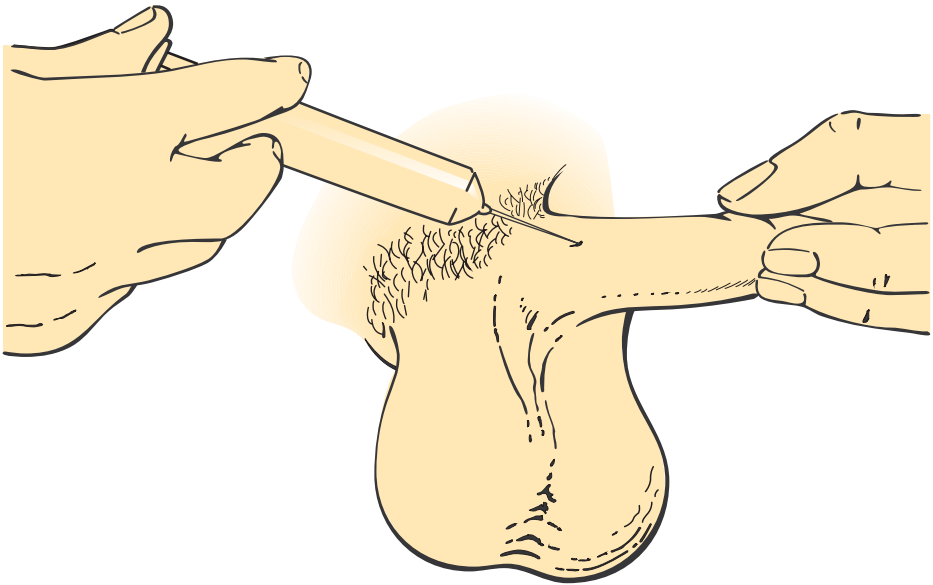


Abb. 9: Schwellkörperautoinjektionstherapie ("SKAT")



Abb. 10: Vakuumerektionshilfesystem
("Vakuumpumpe")

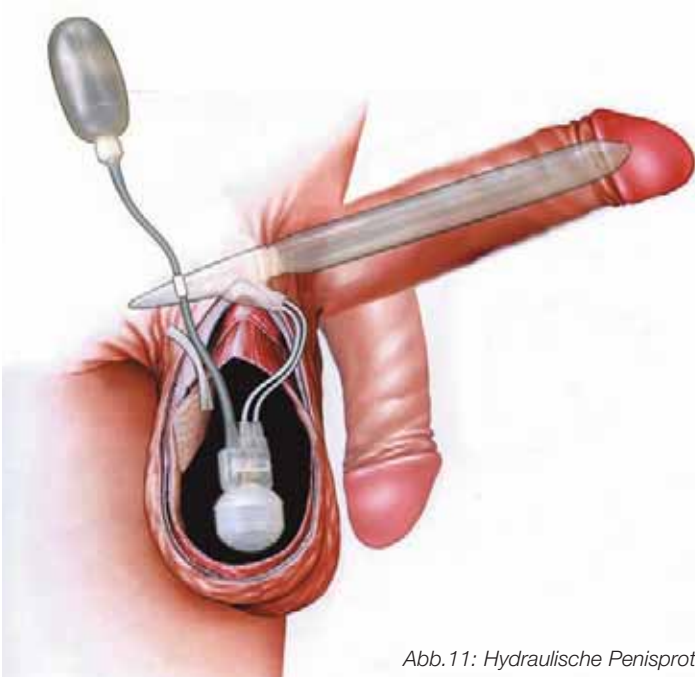


Abb. 11: Hydraulische Penisprothese

Seltene Sonderfälle

SONDERFALL 1:

Positive (tumorbehaftete) Lymphknoten bei der Operation

Im Allgemeinen werden bei der Operation zuerst die der Prostata und Harnblase benachbarten Lymphknoten entfernt und mittels eines so genannten Schnellschnittes (mikroskopische Untersuchung) durch einen Pathologen beurteilt.

Für den Fall, dass man innerhalb der Lymphknoten Krebszellen findet, wird das geplante operative Vorgehen möglicherweise geändert. Da der Krebs bei nachgewiesenem Lymphknotenbefall bereits Metastasen (Tochtergeschwülste) in den Lymphknoten gesetzt hat, ist es vielfach günstiger, eine Hormonentzugsbehandlung durchzuführen (siehe auch Seite 23 "systemische Hormonentzugstherapie").

Eine solche Hormonentzugstherapie ist operativ durch Ausschälung des hormonproduzierenden Hodengewebes oder medikamentös durchführbar. Die operative Ausschälung des hormonproduzierenden Hodengewebes (sog. subkapsuläre Orchiektomie, siehe auch Seite 25) kann in der gleichen Narkose erfolgen, falls Sie sich für diese operative Therapieform entscheiden. Für den Fall, dass die Lymphknoten krebsbehaftet sind, bitten wir Sie daher vor der geplanten Operation zu überlegen, ob eine Ausschälung des Hodengewebes durchgeführt werden sollte oder ob Sie eine medikamentöse Therapie bevorzugen.

In Einzelfällen kann es möglich sein, dass durch die Entnahme der befallenen Lymphknoten im ersten Operationsschritt alle bösartigen Absiedlungen (Krebszellen in den Lymphknoten) mitentfernt werden. Die Wahrscheinlichkeit hierfür steigt, wenn von den entnommenen Lymphknoten beispielsweise nur einer krebsbehaftet ist oder die bösartigen Absiedlungen in den Lymphknoten sehr klein sind (Mikrometastasen). Unter der Annahme, dass sonst keine weiteren Krebsabsiedlungen im Körper vorhanden sind, wird in diesen Einzelfällen die radikale Prostataentfernung wie geplant durchgeführt. Eine vollständige Heilung durch die radikale Prostatektomie ist hierbei prinzipiell möglich.

SONDERFALL 2:

Negative (tumorfremde) Lymphknoten, jedoch lokal nicht mehr operables Prostatakarzinom

Selten kommt es vor, dass trotz aller Voruntersuchungen die örtliche Ausdehnung des Prostatakarzinoms vor der Operation nicht abschließend beurteilt werden kann. Daher kann es möglich sein, dass trotz krebsfreier Lymphknoten die

radikale Entfernung der Prostata nicht erfolgt, da diese wegen eines organüberschreitenden Wachstums des Prostatakarzinoms nicht zielführend im Sinne einer vollständigen Heilung ist. Ist ein Prostatakrebs auf Grund seiner Größe nicht mehr operabel und sind keine Tochtergeschwülste in den Lymphknoten bzw. anderen Organen vorhanden, gibt es prinzipiell drei Therapiemöglichkeiten:

- die Hormonentzugstherapie (siehe auch Seite 23) als Systemtherapie,
- die Bestrahlungstherapie als Lokalthherapie mit der Absicht, nur den örtlichen Befund in der Prostata zu behandeln,
- oder eine Kombinationstherapie aus beidem.

Das Prinzip der Strahlentherapie beruht auf der zellzerstörenden Wirkung energiereicher Strahlen. Diese Strahlen können entweder von außen durch eine äußere Strahlenquelle (sog. externe Radiotherapie) oder durch in die Prostata eingebrachte Strahlenkörper (sog. Interstitielle Strahlentherapie) angewandt werden. Bei der HDR-Brachytherapie (Afterloading) werden von innen Hohlnadeln unter Ultraschallkontrolle in die Prostata eingeführt, mit einer Strahlenquelle beladen und nach erfolgter Bestrahlung wieder entfernt. Diese HDR-Brachytherapie wird häufig mit einer äußeren Bestrahlung kombiniert.

Durch die modernen Verfahrensweisen ist die Strahlentherapie für den Patienten nur wenig belastend. Es kommt nur selten zu einer Inkontinenz und nur in etwa der Hälfte der Fälle zu einer Störung der Erektionsfähigkeit. Als Nebenwirkungen dieser Methode kann es jedoch bei bis zu 20 % aller Patienten zu Strahlenschäden am Enddarm und der Blase kommen, die sich als Blutungen aus dem Analkanal und/oder Durchfälle oder durch eine Reizblasensymptomatik bemerkbar machen.

Sollte es nach anfänglichem Therapieerfolg durch die Strahlentherapie später zu einem Voranschreiten des Krebses kommen, kann dann in zweiter Linie die Hormonentzugstherapie nachgeschaltet werden. Der Vorteil ist, dass neben einer lokalen Krebsverkleinerung durch die Bestrahlung dem Patienten zunächst mit einer bis zu 50%igen Wahrscheinlichkeit die Potenz (spontane Erektionsfähigkeit) erhalten werden kann. Häufig wird die Hormontherapie auch begleitend zur Strahlentherapie durchgeführt. Ihr behandelnder Arzt wird Sie in Bezug auf die einzelnen Behandlungsmöglichkeiten vorher ausführlich beraten.

SONDERFALL 3:**Positive (tumorbefallene) chirurgische Absetzungsränder**

Durch die Untersuchung des Operationspräparates lässt sich feststellen, ob mit der radikalen Entfernung der Prostata und der anhängenden Gebilde das Prostatakarzinom ganz aus dem Körper entfernt wurde. Diese so genannte histologische Begutachtung des Operationspräparates wird durch einen Pathologen durchgeführt und nimmt bei entsprechender Sorgfalt mehrere Tage in Anspruch. Durch spezielle Färbungen und mikroskopische Untersuchungen kann die Ausdehnung des Prostatakarzinoms im Operationspräparat bestimmt werden. Sollte das Prostatakarzinom die Prostatakapsel als Organgrenze überschritten haben und die chirurgischen Absetzungsränder erreichen, so ist zu überlegen, ob zur Sicherheit eine zusätzliche örtliche Bestrahlung des Operationsgebietes erfolgen sollte.

Ob das Vorliegen eines positiven chirurgischen Absetzungsrandes Bedeutung für das Wiederauftreten der Erkrankung an dieser Stelle (Tumorrezidiv) oder die weitere Lebenserwartung hat, ist wissenschaftlich noch nicht vollständig geklärt.

Theoretisch besteht die Möglichkeit, dass der Krebs trotz eines so genannten positiven chirurgischen Absetzungsrandes ganz entfernt ist. Es kann jedoch sein, dass im Bereich des Absetzungsrandes noch kleinste Reste des Krebses verblieben sind, die dann durch eine nachfolgende Strahlentherapie zerstört würden. Da Dank moderner Technik die Strahlentherapie mit relativ wenig Nebenwirkungen durchgeführt werden kann, ist die „Sicherheitsnachbestrahlung“ bei positiven Absetzungsrändern und Verdacht auf verbliebenes Krebsgewebe im Operationsgebiet ein sinnvolles Konzept. Eine solche Nachbestrahlung wird ca. acht Wochen nach der Operation begonnen und erfolgt als externe Radiotherapie (Bestrahlung von außen) in mehreren Sitzungen ambulant. Wichtig ist jedoch, dass vor Beginn der lokalen Sicherheitsnachbestrahlung eine ausreichende Kontinenz wiederhergestellt ist, da es andernfalls zu einer neuerlichen Verschlechterung der Funktion des äußeren Schließmuskels kommen kann.

SONDERFALL 4:**Der PSA-Wert sinkt nach der radikalen Operation nicht unter die Nachweisbarkeitsgrenze oder steigt wieder an**

Einige Wochen nach der Operation wird der PSA-Wert im Rahmen der Tumornachsorge im Verlauf bestimmt. Der PSA-Wert sollte bei Tumorfreiheit unter die Nachweisbarkeitsgrenze abfallen, d.h. nicht mehr nachweisbar sein ($PSA < 0,1$ ng/ml). Sinkt der PSA-Wert trotz durchgeführter Operation nicht unter die Nachweisbarkeitsgrenze ab oder steigt der PSA-Wert nach der Operation bei mehreren aufeinander folgenden Messungen wieder an, so ist die frühzeitige Durchführung einer Nachbestrahlung (Salvage Strahlentherapie) möglicherweise sinnvoll.

Anhang: Was bedeutet "systemische Hormonentzugstherapie"?

Leider kann es vorkommen, dass ein Prostatakarzinom als nicht mehr operabel (inoperabel) eingestuft werden muss. Ursachen der Inoperabilität können sein:

- bereits nachweisbare Tochtergeschwülste (Metastasen) in den Lymphknoten (siehe Seite 20: Sonderfall 1) oder in anderen Organen,
- ein lokal so ausgedehnter Befund, dass keine Entfernung im gesunden Gewebereich mehr erwartet werden kann (siehe Seite 20/21: Sonderfall 2).

Für diese Fälle existieren mehrere Therapiemöglichkeiten, deren wichtigster Bestandteil die sog. systemische Hormonentzugstherapie ist.

Bedeutung der Geschlechtshormone beim Prostatakarzinom

Als Hormone werden Botenstoffe bezeichnet, die in vielfältiger Weise in alle Körperfunktionen eingreifen. Sie werden von bestimmten Organen gebildet und unterliegen einem Steuerungsmechanismus, der sich entweder direkt aus der Funktion eines Organs im Sinne einer Rückkopplung oder im Zusammenspiel mit einem übergeordneten Kontrollzentrum ergibt. Auch die Geschlechtsentwicklung und die Funktion der Prostata werden hormonell gesteuert. Übergeordnetes Kontrollzentrum ist das Zwischenhirn bzw. die Hirnanhangdrüse (Hypophyse), die stimulierende Hormone für die Geschlechtsdrüsen abgibt. Auf diese Weise erfolgt unter anderem eine Stimulation der Hoden, die dann das männliche Geschlechtshormon Testosteron produzieren, welches wiederum das Prostatawachstum bzw. das Wachstum der Prostatakarzinomzellen beeinflusst. Für das Verständnis der verschiedenen Therapiemöglichkeiten des Prostatakarzinoms ist das Wissen um diesen Regelkreislauf wichtig, da er auf unterschiedlichen Wegen beeinflusst werden kann (Abbildung 12).

Das männliche Geschlechtshormon Testosteron beeinflusst das Wachstum der Prostata und auch das des Prostatakarzinoms. Hierdurch besteht die Möglichkeit, ein weiteres Fortschreiten von Prostatawucherungen durch einen Eingriff in den Hormonhaushalt zu verlangsamen. Diese Entdeckung wurde bereits vor rund 60 Jahren gemacht und wurde später mit der Verleihung des Nobelpreises an Charles Huggins gewürdigt.

Hormonentzugstherapie des Prostatakarzinoms

Um den Stellenwert der Hormonentzugstherapie auch im Vergleich zu den anderen Verfahren werten zu können, ist es wichtig zu verstehen, dass man leider nicht alle Prostatakrebszellen durch einen Entzug des männlichen Geschlechtshormons Testosteron abtöten kann.

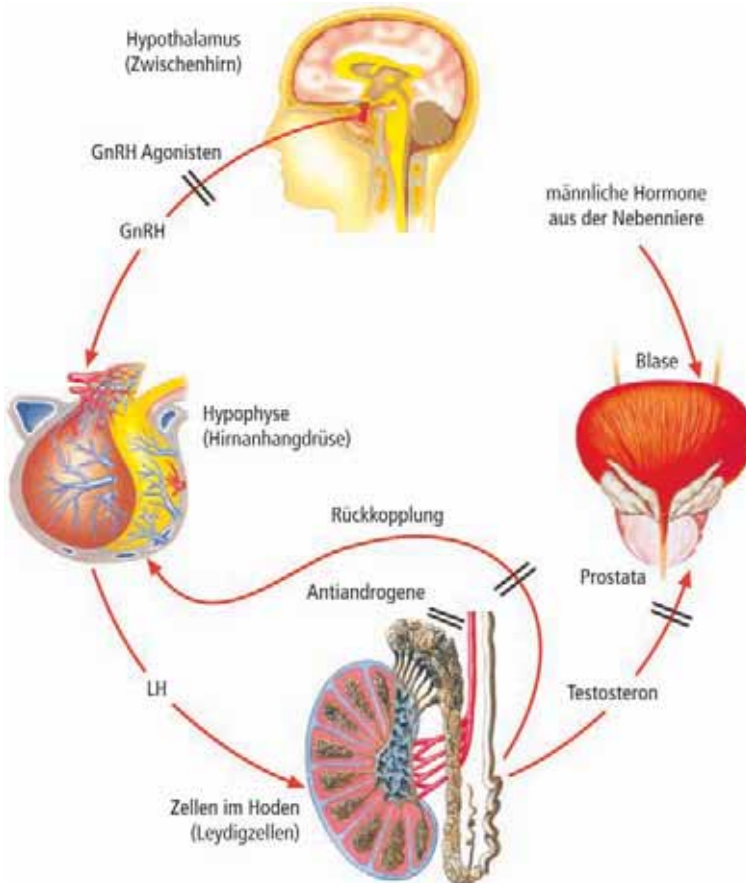


Abb. 12

Der das Wachstum hemmende oder den Tumor zurückdrängende Effekt kann zwar sehr lange anhalten, ist aber leider nicht dauerhaft garantiert. Ursache hierfür ist, dass sich (1) die Zellen der Prostata bzw. des Prostatakarzinoms dem Hormonentzug anpassen und dann hormonunabhängig weiterwachsen oder (2) nur diejenigen Prostatakrebszellen übrig bleiben, die von Anfang an hormontaub waren oder hormontaub geworden sind und dann später zu einem Voranschreiten des Tumors führen. Trotzdem ist die Hormonentzugstherapie insgesamt als eine höchst effektive Behandlungsmöglichkeit einzuschätzen.

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten, die Hormonentzugstherapie durchzuführen:

- operative Entfernung (Ausschälung) des hormonproduzierenden Hodengewebes,
- medikamentöse Hemmung der Bildung stimulierender Hormone (Hirnanhangdrüse),
- medikamentöse Hemmung der Hormonwirkung.

Die operative Entfernung des Hodengewebes als Produktionsstätte des männlichen Geschlechtshormones (Testosteron) ist ein kurzer und fast immer komplikationsloser Eingriff. Hierbei wird das hormonproduzierende Hodengewebe ausgeschält. Da die Hodenhüllen und die Nebenhoden belassen werden, ist äußerlich ein Unterschied kaum feststellbar. Trotzdem empfinden einige Patienten das Gefühl, nach der Operation "kastriert" zu sein, seelisch als problematisch.

Alternativ zur operativen Entfernung des Hodengewebes kann man jedoch auch eine medikamentöse Hormonentzugstherapie durchführen. Dieses ist auf zwei unterschiedlichen Wegen möglich. (1) Die am häufigsten eingesetzte Methode ist, regelmäßig (einmal im Monat oder alle drei Monate) Medikamente in das Unterhautfettgewebe zu spritzen, die zu einer Blockierung der hodenstimulierenden Hormone der Hirnanhangdrüse führen, so dass kein Testosteron mehr in den Hoden produziert wird. Die Wirkung dieser in der Fachsprache als GnRH-Agonisten bezeichneten Substanzen ist mit derjenigen der operativen Hodengewebeentfernung vollkommen identisch. (2) Eine andere Möglichkeit ist die Gabe von Substanzen, die die Wirkung des im Hoden und auch in der Nebennierenrinde gebildeten männlichen Geschlechtshormons blockieren. Diese so genannten Antiandrogene besetzen die Anheftungsstelle des Testosterons an der Zelle, so dass das Geschlechtshormon nicht mehr in die Zelle aufgenommen werden kann und somit wirkungslos bleibt.

Diese Wirkstoffe sind in Tablettenform verfügbar. Ob die alleinige Gabe dieser Antiandrogene derjenigen des operativen oder medikamentösen Hormonentzuges durch die so genannten GnRH-Agonisten gleichwertig ist, ist letztlich noch ungeklärt. Bei der Kombination von GnRH-Agonisten und Antiandrogen spricht man von „kompletter“ Androgenblockade. Derzeitiger Standard ist die medikamentöse Therapie mit den GnRH-Agonisten.

Nebenwirkungen der Hormonentzugstherapie

Normalerweise führt die Hormonentzugstherapie beim Mann zu Nebenwirkungen, die durch den Verlust der durch das männliche Geschlechtshormon stimulierten Körperfunktionen erklärt werden können. Es kommt zu nachlassendem Bartwuchs, einer Verminderung des Geschlechtstriebes, zum Verlust der Erektion, Hitzewallungen, einer in einigen Fällen schmerzhaften Brustschwellung und einer langsamen Knochenentkalkung. Trotzdem dürfen diese Nebenwirkungen in Anbetracht des gesicherten Effektes auf das Prostatakarzinom nicht überbewertet werden.

Die Tumornachsorge

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus findet die Tumornachsorge durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen bei Ihrem Urologen statt. Diese Nachsorgeuntersuchungen werden individuell geplant und können in Aufwand und Umfang wechseln. In Abhängigkeit vom Erkrankungsstadium und von einer möglicherweise bestehenden Beschwerdesymptomatik können verschiedene Untersuchungen zur Nachsorge gehören (körperliche Untersuchung, Tastuntersuchung, Kontrolle der Blutwerte [z. B. PSA], Ultraschalluntersuchung, Röntgenuntersuchung, Skelettszintigraphie etc.).



Schlusswort

Wir hoffen, dass Ihnen die in diesem Leitfaden enthaltenden Informationen eine Hilfe sind und wünschen Ihnen eine schnelle Genesung und alles Gute für die Zukunft.

Die in diesem Leitfaden enthaltenen Informationen und weitere Hinweise zum Thema können Sie im Internet unter

<http://www.klinikum.uni-muenster.de/institute/urologie>

oder

<http://www.prostata.de>

jederzeit abrufen.

(Stand bei Druckerstellung: Januar 2006)



Takeda Pharma

Mit freundlicher Unterstützung von
Takeda Pharma GmbH
Viktoriaallee 3 – 5
D-52066 Aachen
Internet: www.takeda.de
www.prostata.de

Art.-Nr.: 66950464

AVISO Verlagsgesellschaft mbH