



Klinikum Fulda

Prostatazentrum

Therapie- und
Nachsorgeinformationen

Inhalt

• Vorwort	3
• Wir sind für Sie da	4 – 5
• Diagnose	6
• Therapie	7
• Active Surveillance	8
• Operation	8 – 11
• Strahlentherapie	12
• Hormontherapie	13
• Chemotherapie	13
• Therapie nach der Operation	14 – 15
• Entlassung	16
• Nachsorge	17 – 18
• Leben mit der Diagnose	18 – 19
• Wie sind die Heilungschancen	20
• Was kann ich selbst beitragen	20
• Ernährung	21
• Begleittherapie	21
• Die Verantwortungsträger	22 – 23
• Zum Schluss eine Bitte	24
• Anfahrt	25

Willkommen



Prof. Dr. med. T. Kälble

Sehr geehrter Patient!

Mit schätzungsweise 40.700 Neuerkrankungen pro Jahr ist der Prostatakrebs in Deutschland bei Männern einer der häufigsten Tumoren. Bei der Erkrankung Prostatakrebs mit der zunächst verwirrenden Vielzahl möglicher Therapieverfahren und den jeweils daraus resultierenden Konsequenzen ist es für die Betroffenen oft nicht leicht, zum einen die Erkrankung zu akzeptieren und zum anderen eine Entscheidung für eine bestimmte Therapie zu treffen. Wir möchten Sie hierbei ein wenig an die Hand nehmen. Diese Broschüre soll Ihnen helfen, sich über die Erkrankung, Ihre Therapie, den Umgang mit der Erkrankung Prostatakrebs, aber auch über die meist günstige Prognose zu informieren. Sie wird Ihnen Wege aufzeigen, wie Sie trotz der Diagnose Prostatakrebs ein aktives und erfülltes Leben führen können – in der Familie, mit Freunden, im Beruf. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt gezielt über Ihre Ängste, denn das ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Therapie.

Prof. Dr. med. T. Kälble

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie

Wir sind für Sie da!

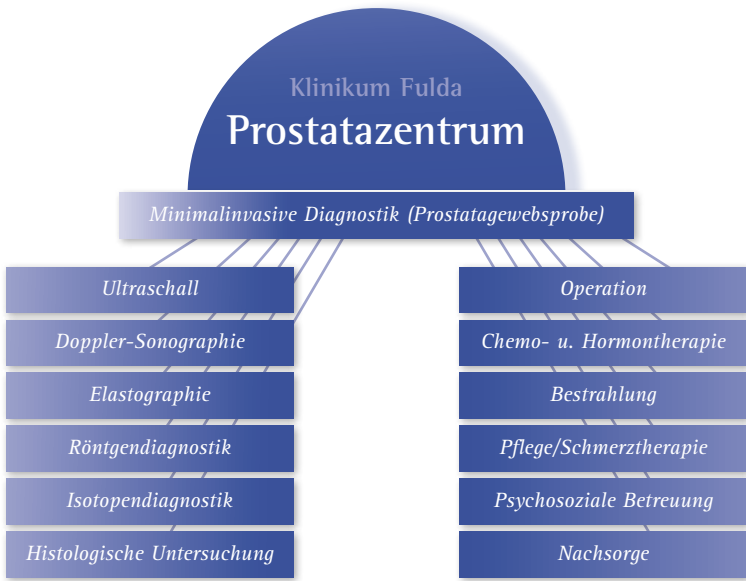


Tägliche Visite in der Klinik für Urologie und Kinderurologie

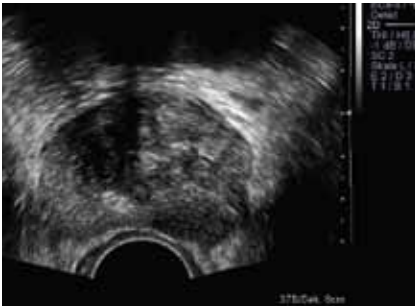
Das Prostatazentrum Klinikum Fulda bietet Ihnen eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller notwendigen Fachbereiche und eine umfassende, an den neuesten internationalen Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie des Prostatakrebses an. Federführende Klinik des Prostatazentrums Klinikum Fulda ist die Klinik für Urologie und Kinderurologie unter der Leitung von Prof. Dr. med. T. Kälble. Die Klinik für Urologie und Kinderurologie arbeitet eng mit den niedergelassenen Urologen zusammen, die primär für die ambulante Diagnostik und Beratung bei Prostatakarzinom zuständig sind. Sowohl in der Privatsprechstunde von Prof. Dr. Kälble als auch in einer speziellen interdisziplinären Sprechstunde für Prostatakrebserkrankungen (alle Urologen sind überweisungsberechtigt) erfolgt zusätzlich eine Beratung, ggf. auch weitere Diagnostik bei schwierigen Fällen oder auch, wenn Sie oder Ihr betreuender Urologe dies wünschen. Diese Sprechstunde erfolgt gemeinsam mit Prof. Dr. med. H. J. Feldmann, Direktor des Instituts für Radioonkologie/Strahlentherapie, und seinen Mitarbeitern, die für die Durchführung einer individuellen und schonenden Strahlentherapie auf höchstem Niveau zuständig sind.

Das Institut für Pathologie unter der Leitung von Prof. Dr. med. H. Arps garantiert eine zuverlässige mikroskopische Untersuchung der Gewebe mit den heute modernen Zusatzuntersuchungen. Die evtl. notwendige Chemotherapie erfolgt in der Tumorklinik im Klinikum Fulda unter der Leitung von Prof. Dr. med. H.-G. Höffkes und Prof. Dr. med. H. J. Feldmann mit regelmäßigen Besprechungen des Verlaufs

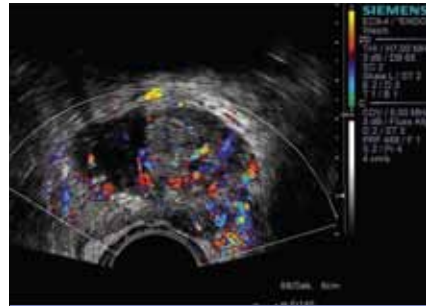
mit der Klinik für Urologie und Kinderurologie (uroonkologische Konferenz). Der Psychosoziale Dienst des Klinikums berät und hilft in allen Belangen, die mit dem sozialen Umfeld zu tun haben. Psychische und therapeutische Hilfestellungen ermöglichen speziell ausgebildete Psychoonkologen der Tumorklinik. Die urologische Klinik garantiert durch die koordinierende Funktion eine optimale Zusammenarbeit aller am Prostatazentrum beteiligten Fachdisziplinen. Erfahrene Operateure mit jeweils mehr als 100, zum Teil ca. 1.000 persönlich durchgeführten radikalen Prostatektomien gewährleisten eine hohe postoperative Kontinenz- bzw. Potenzrate. Die moderne Dokumentation des Krankheitsverlaufs gewährleistet eine lückenlose Informationsweitergabe zur optimalen Betreuung durch andere Fachabteilungen und niedergelassene Ärzte. Alle Tumorerkrankungen werden auf der wöchentlichen Tumorkonferenz von den Ärztinnen und Ärzten aller im Prostatazentrum zusammengeschlossenen Fachdisziplinen erörtert sowie die individuelle Therapieplanung festgelegt. Auf diese Weise ist eine optimale moderne Therapie des Prostatakrebses auf Universitätsniveau gewährleistet. Nachfolgende Grafik zeigt Ihnen die vielfältigen Aufgaben des Prostatazentrums:



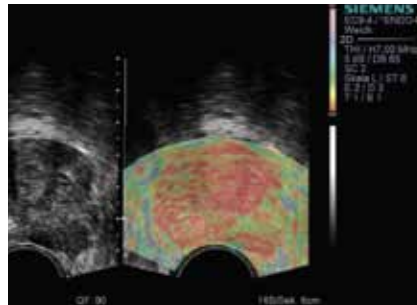
Diagnose



Transrektales Ultraschallbild: Prostatakarzinom im linken Seitenlappen



Farbcodierter Duplexultraschall der gleichen Prostata

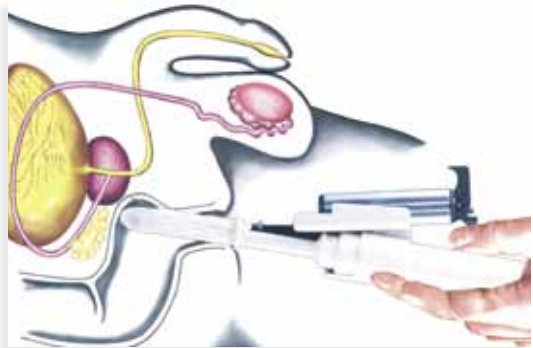


Elastographie der gleichen Prostata

Bei einem bösartigen Tumor wachsen und vermehren sich Zellen in den Drüsengängen der Prostata, sie können in angrenzende Gewebe und Organe einwachsen. Weiterhin können sich Zellen vom Tumorknoten ablösen und vor allen Dingen beim Prostatakrebs in das Lymphsystem und in den Blutkreislauf eindringen. Die Zellen können sich an anderen Teilen des Körpers absiedeln und dort wachsen, d.h. es bilden sich so genannte Metastasen - beim Prostatakrebs insbesondere im Lymphsystem sowie in den Knochen. Da die Heilungschancen beim Prostatakrebs umso besser sind, je eher dieser entdeckt wird, sollte jeder Mann die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. In der Regel verursacht der Prostatakrebs im Frühstadium keine Schmerzen. Bemerkt ein

Mann folgende Veränderungen, sollte er umgehend einen Arzt aufsuchen: deutliche Harnstrahlabschwächung, Blut im Urin. Durch eine digitorektale Untersuchung und eine PSA-Bestimmung in Verbindung mit einem Ultraschall kann die Prostata weiter abgeklärt werden. Neuerdings steht hierzu die hochmoderne Elastographie der Prostata ergänzend zur Verfügung. Die jährliche Vorsorgeuntersuchung ist ab dem 50. Lebensjahr empfohlen. Sollte bei erstgradigen Verwandten (Vater, Bruder) ein Prostatakrebs vorliegen, sollte eine Vorsorgeuntersuchung ab dem 45. Lebensjahr vorgenommen werden. Bei einem auffälligen digitorektalen Tastbefund, einem auffälligen PSA-Wert oder einer auffälligen Sonographie der Prostata sollte durch die Gewinnung von Gewebeproben die weitere Abklärung der Prostata erfolgen. Diese Gewebeprobe ist in aller Regel in Lokalanästhesie ambulant unproblematisch möglich, auf Wunsch des Patienten kann sie auch ebenfalls ambulant in kurzer Vollnarkose stattfinden.

*Ultraschallgesteuerte
Gewebeentnahme
aus der Prostata
in Lokalanästhesie
(Copyright Prostata-
zentrum am UKM)*



Therapie

Bei eindeutigem Nachweis eines bösartigen Tumors im Bereich der Prostata, erfolgt das Festlegen der Therapie. Anhand der vorliegenden Histologie, des PSA-Wertes, der Blasenentleerung, des Allgemeinzustandes und Abwägung der Vorerkrankungen wird für Sie ein individuelles Therapiekonzept erarbeitet. Das Therapiekonzept wird im Rahmen einer interdisziplinären Konferenz zwischen Urologen, Radiologen und Onkologen festgelegt. Aufgrund der interdisziplinären Zusammenarbeit wird für Sie die bestmögliche Therapieform – natürlich unter Berücksichtigung Ihrer eigenen Vorstellungen – „maßgeschneidert“.

Active Surveillance

In bestimmten Situationen, d. h. bei einem sehr frühen Stadium des Prostatakarzinoms mit geringer Tumorlast und einem sehr günstigen, nicht aggressiven Prostatakarzinom (niedriger Gleason-Score), kann es ausreichend sein, zunächst regelmäßige Untersuchungen durchzuführen und den Tumor „aktiv“ zu überwachen (Active Surveillance) ohne Therapie. Dabei ist es wichtig, dass Sie exakt die Untersuchungstermine bei Ihrem Urologen einhalten mit der Notwendigkeit regelmäßiger (meist jährlicher) Wiederholungen der Gewebeprobe aus der Prostata, damit ein Fortschreiten der Erkrankung mit daraus resultierender Therapienotwendigkeit nicht verpasst wird. Gleichzeitig müssen Sie sich im Klaren darüber sein, dass das Wissen um einen sich in Ihrem Körper befindlichen Tumor zu einer nicht unerheblichen psychischen Belastung führen kann. Das Verfahren des Watchful Waiting (ohne Wiederholung der Gewebeprobe) wird häufiger beim älteren Mann angewandt.

Operation

Das Ziel der radikalen Prostatektomie ist es, die ganze Prostata mit der Kapsel, den anliegenden Samenbläschen und den lokalen Lymphknoten zu entfernen. Als Zugangswege die Prostata zu entfernen, gibt es die Möglichkeit des Dammschnittes (perineale radikale Prostatektomie) oder des Unterbauchschnittes zwischen Schambein und Bauchnabel (retropubische radikale Prostatektomie). Der Vorteil des Unterbauchschnittes ist, dass während der Operation gleichzeitig Beckenlymphknoten entfernt und untersucht werden können. Da die bildgebende Diagnostik mit einem beträchtlichen Unsicherheitsfaktor behaftet ist, ist die retropubische radikale Prostatektomie mit Beckenlymphknotenentfernung das einzige Verfahren, mit dem eine exakte Diagnose sowohl bezüglich der lokalen Tumorausdehnung als auch bezüglich der Frage einer Lymphknotenmetastasierung gestellt werden kann. Gleichzeitig können Patienten mit geringer Lymphknotenmetastasierung

durch Entfernung derselben mit einem gewissen Prozentsatz geheilt werden. Andererseits ist bei einem frühen Krebsstadium die Wahrscheinlichkeit eines Lymphknotenbefalls sehr gering, weswegen wir bei älteren Patienten mit einem frühen Prostatakarzinom den operativen Zugang vom Damm anbieten. Von diesem Dammschnitt können die der Prostata benachbarten Lymphknoten in der Regel nicht entfernt und damit histologisch nicht beurteilt werden. Stellt sich bei der perinealen radikalen Prostatektomie unerwartet ein fortgeschrittener Tumor heraus, so können nach der Prostatektomie per Bauchspiegelung (Laparoskopie, „Schlüssellochchirurgie“) die Lymphknoten entfernt werden.

Bei der retropubisch radikalen Prostatektomie werden in einem ersten Schritt die der Prostata benachbarten Lymphknoten aufgesucht und entfernt (pelvine Lymphadenektomie). Je nach Situation wird mit der so genannten Schnellschnittuntersuchung (mikroskopische Untersuchung) während der Operation festgestellt, ob bereits Absiedlungen des Prostatakarzinoms in den Lymphknoten vorhanden sind. Für den Fall, dass man innerhalb der Lymphknoten Tumorzellen findet, kann sich das geplante operative Vorgehen ändern, d.h. die Prostata wird unter Umständen belassen oder es wird auf den Potenzverlust verzichtet. In Fällen mit ausgedehntem Lymphknotenbefall ist es vielfach günstiger, eine Hormontherapie durchzuführen. Gelegentlich sind die befallenen Lymphknoten jedoch die einzigen Tochtergeschwülste, so dass eine Lymphknotenentfernung in Verbindung mit einer radikalen Prostatektomie eine Heilungschance darstellt.

Unabhängig davon, ob die radikale Prostatektomie vom Damm aus oder per Bauchschnitt durchgeführt wird, ist ein weiterer großer Vorteil der Operation die einfachere Therapiekontrolle, da postoperativ der PSA-Wert im Gegensatz zur Strahlentherapie nicht mehr nachweisbar ist. Wenn die Lymphknoten in der Schnellschnittuntersuchung tumorfrei sind, ist von einem auf die Prostata begrenzten Tumorwachstum auszugehen. In diesem Fall schließt sich die Entfernung der Prostata mitsamt ihrer Kapsel und den hinter der Harnblase gelegenen Samenblasen an (radikale Prostatovesikulektomie). Die Samenleiter werden beidseits unterbunden. Liegt dabei anhand der präoperativen Untersuchungen ein frühes organbegrenzt Stadium vor, so wird – wann immer es möglich ist – ein Nerverhalt zum Potenzschutz durchgeführt. Dabei werden ein oder beidseits die eng mit der Prostatakapself verbundenen Gefäßnervenbündel herauspräpariert. Am Ende der

Operation

Operation wird eine neue Verbindung zwischen Blase und Harnröhre hergestellt. Zur Schienung dieser neuen Verbindung erfolgt die Einlage eines Katheters durch die Harnröhre. Im weiteren postoperativen Verlauf erfolgt die Dichtigkeitsprüfung der so genannten Anastomose (Verbindung zwischen Blase und Harnröhre) unter radiologischer Kontrolle. Wenn die Anastomose dicht ist, erfolgt die Entfernung des transurethralen Katheters und die Miktion (das Wasserlassen) wird freigegeben.

Eine Beübung des Schließmuskels erfolgt unter krankengymnastischer Anleitung während des stationären Aufenthaltes. Der verbliebene willkürliche Schließmuskel muss in aller Regel erst durch entsprechendes Training gestärkt werden. Dies erfolgt in der anschließenden Rehabilitationseinrichtung (Reha). Viele Patienten sind jedoch sofort, die meisten nach 1 bis 3 Monaten, wieder in der Lage ihren Urin zu halten. Von einer anhaltenden schwerwiegenden Urinhalteschwäche (Inkontinenz) sind in der Regel weniger als 5 % der Patienten betroffen. Bei fortbestehender therapieresistenter schwerer Inkontinenz kann operativ ein künstlicher Schließmuskel implantiert werden, der in aller Regel die Inkontinenz sicher beseitigt. Die Einpflanzung eines künstlichen Schließmuskels ist jedoch nur selten notwendig und erfolgt in aller Regel frühestens ein Jahr nach der radikalen Prostatektomie. Bei milden Formen der Inkontinenz kann neuerdings mit Erfolg minimalinvasiv ein Kontinenzbändchen („male sling“), ähnlich wie das TVT bei der Frau, eingesetzt werden.

Sind nach der beidseits potenterhaltenden radikalen Prostatektomie 50–60 % der Männer in der Lage, ohne Hilfsmittel Geschlechtsverkehr auszuüben, so geht die spontane Fähigkeit zur Gliedversteifung bei der radikalen Prostatektomie ohne Potenterhalt meist verloren. Die Gliedversteifung wird bei sexueller Stimulation durch Blutgefäße und Erektionsnerven reguliert, die an beiden Seiten unmittelbar hinter der Prostata verlaufen und in den Penis bzw. den Schwellkörper ziehen. Das Gefäßnervenbündel steuert den für die Versteifung von Penis und Schwellkörper notwendigen Bluteinstrom. Das Gefäßnervenbündel kann bei der radikalen Operation verletzt werden oder es wird aus Gründen der notwendigen radikalen Tumorentfernung bewusst mit entfernt, da die bösartige Prostatageschwulst vollständig entfernt werden soll. Bei der Erhaltung der Erektionsnerven kann nach der Operation bis zum Auftreten von Spontanerektionen durchaus ein Zeitraum von einem Jahr vergehen, wengleich einige Patienten auch direkt nach der

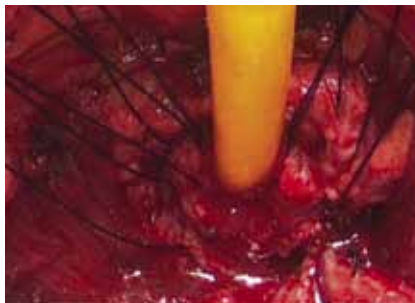
Operation ihre Potenz behalten. Im Falle fehlender Spontanerektionen, z.B. nach der Operation ohne Nerverhalt, ist dennoch mit gewissen Hilfsmitteln (SKAT, Vakuumpumpe, Penisprothese) sicher wieder Geschlechtsverkehr möglich, so dass letzten Endes nach radikaler Prostatektomie eine sehr gute Lebensqualität resultiert. So sind laut einer aktuellen Befragung 70 % unserer Patienten mit dem Ergebnis der potenziertenden radikalen Prostatektomie zufrieden oder sehr zufrieden, 99 % der Patienten würden sich erneut operieren lassen.



*Beckengefäße und -nerven nach
Lymphknotenentfernung*



Übergang Prostata zur Harnröhre



*Vorgelegte Fäden am Harnröhrenstumpf
(mit eingelegtem Katheter)
nach Entfernung der Prostata*

Strahlentherapie

Eine weitere kurative (heilende) Therapieform ist die Strahlentherapie, welche unter der Leitung von Prof. Dr. med. Feldmann im Institut für Strahlentherapie durchgeführt wird.

Das Prinzip der Strahlentherapie beruht auf der zellzerstörenden Wirkung energiereicher Strahlen. Die Strahlen können entweder durch eine äußere Strahlenquelle (so genannte externe Radiotherapie) oder durch einen in die Prostata eingebrachten Strahlenkörper (Brachytherapie der Prostata) angewandt werden. Bei der Bestrahlung von innen werden kleine Nadeln unter Ultraschallkontrolle in die Prostata eingeführt und die Strahlenquellen in der Prostata abgeworfen. Der Vorteil der Brachytherapie ist die einmalige Behandlung, wohingegen die externe Radiatio ambulant an 5 Tagen pro Woche über einen Zeitraum von 6 bis 8 Wochen erfolgt.

Durch die modernen Verfahrensweisen ist die Strahlentherapie für den Patienten nur wenig belastend. Es kommt nur sehr selten zu einer Inkontinenz, allerdings bei ca. der Hälfte der Fälle zu einer Störung der Erektionsfähigkeit, die in aller Regel erst nach 1 bis 2 Jahren auftritt. Als Nebenwirkung beider Methoden kann es selten zu Strahlenschäden am Enddarm und der Blase kommen, die sich als Blutung und/oder Durchfälle oder durch eine Reizblasensymptomatik bis hin zur seltenen Schrumpfbilase bemerkbar machen. Der Vorteil der Strahlentherapie ist die Tatsache einer nicht notwendigen Operation. Der Nachteil ist, dass ohne Operation in ca. einem Drittel das Tumorstadium unterschätzt wird und keine Informationen über einen evtl. Lymphknotenbefall vorliegen. Gleichzeitig sind sowohl die Brachytherapie als auch die Radiatio allein nur bei frühen Stadien ausreichend, bei fortgeschrittenem Stadium ist zusätzlich zumindest für mehrere Monate ein Entzug des männlichen Sexualhormons notwendig. Zur Verbesserung der Stadieneinteilung kann vor einer Strahlentherapie eine Entfernung der Lymphknoten evtl. durch Bauchspiegelung (laparoskopische Schlüssellochchirurgie) notwendig werden.

Hormontherapie

Sollte sich in der präoperativen Diagnostik zeigen, dass der Prostatakrebs die Prostata bereits verlassen hat (Metastasierung), z. B. in den Lymphknoten oder in den Knochen, ist eine so genannte systemische Hormonentzugstherapie indiziert. Das männliche Geschlechtshormon beeinflusst das Wachstum der Prostata und auch das des Prostatakrebses. 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. Jedoch sind nicht alle Prostatakarzinomzellen hormonsensibel.

Nach einigen Jahren der Hormontherapie vermehren sich die hormonunempfindlichen Zellen als Grund für ein Fortschreiten der Erkrankung. In solchen Fällen kann durch eine Modifikation der Hormontherapie (komplette Androgenblockade), d.h. durch zusätzliche Gabe eines Antiandrogens, die antihormonelle Therapie erneut wirksam werden.

Chemotherapie

Sollte im weiteren Verlauf jedoch der Prostatakrebs weiter voranschreiten, ist eine Chemotherapie der nächste therapeutische Schritt. Die Chemotherapie wird unter der Leitung von Prof. Dr. med. Höffkes ambulant am MVZ der Tumorklinik durchgeführt.

Glücklicherweise stehen heutzutage gut verträgliche Chemotherapeutika zur Behandlung des hormonunempfindlichen Prostatakrebses zur Verfügung.

Therapie nach der Operation

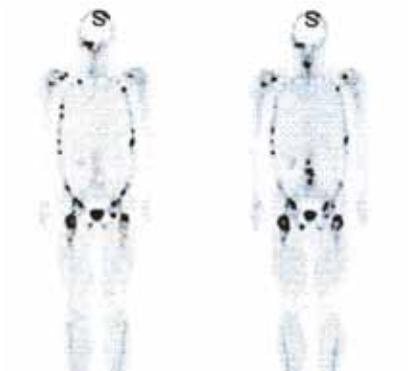
Mit der Operation ist die Behandlung Ihrer Prostataerkrankung noch nicht abgeschlossen. Es sind ggf. weitere unterstützende Therapiemaßnahmen notwendig, deren Art sich nach den Untersuchungsergebnissen am Tumorgewebe richtet. Aus dem bei der Operation entnommenen Gewebe wird das individuelle Tumorstadium durch die Pathologen bestimmt. Dies sind zum einen der Lymphknotenstatus, d.h. die Information, ob und wie viele Lymphknoten befallen sind, und zum anderen die Frage der lokalen Tumorausdehnung innerhalb der Prostata. Alles zusammen ergibt eine Tumorklassifikation, ausgedrückt durch die TNM-Klassifikation. Zum anderen wird der Bösartigkeitsgrad des Prostatakrebses anhand des Gleason-Musters bestimmt. Bei aggressiven Tumoren (Gleason-Score > 6) oder hohen PSA-Werten (> 10 µg/l) geben weitere Untersuchungen Auskunft über mögliche Absiedlungen (Metastasen) außerhalb der Prostata.

Zum Einsatz können kommen:

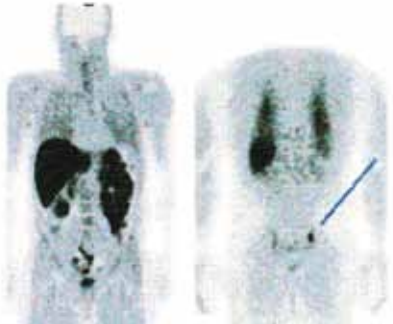
- Knochenszintigraphie
- Computertomographie oder Kernspintomographie
- Cholin-PET (Positronen-Emissions-Tomographie)
- Operative Entfernung von Lymphknoten zur mikroskopischen Untersuchung (z.B. nach perinealer radikaler Prostatektomie oder vor Strahlentherapie)

Diese Untersuchungen können erfreulicherweise meist das Vorhandensein von Tochtergeschwülsten ausschließen. Wenn alle Befunde einschließlich der intraoperativen Befunde vorliegen, werden diese in unserer wöchentlichen Tumorkonferenz im Rahmen des Prostatazentrums besprochen und eine weitere individuelle Therapie festgelegt. Alle Fachleute die an der Diagnosestellung, der Operation, den

weiteren Untersuchungen und Therapiemaßnahmen beteiligt sind, besprechen die Befunde miteinander. Die Therapie ist somit ganz speziell auf Ihre Situation und die bei Ihnen vorliegende Tumoreigenart abgestimmt. Sollte die weitere Therapie über die PSA-gesteuerte Nachsorge hinausgehen, so wird von uns während des stationären Aufenthaltes ein definitives Therapiekonzept festgelegt, welches Sie dann zusammen mit Ihrem einweisenden Urologen besprechen können, der Sie dann nach abgeschlossener Reha-Maßnahme entsprechend betreut.



Knochenszintigraphie bei Knochenmetastasen (schwarze Flecken)



Cholin-PET bei isolierter Lymphknotenmetastase (Pfeil)

Entlassung

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus werden Sie noch einen gewissen Wundschmerz verspüren, der Sie in Ihrer Aktivität und Beweglichkeit etwas hemmen kann. Die postoperativen Schmerzen nach der Prostataoperation sind aber in der Regel gering und gut beherrschbar. Die Bewegungsübungen, die Ihnen die Krankengymnastin zur raschen Wiedererlangung der Kontinenz gezeigt hat, sollten auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Anschlussheilbehandlung beibehalten werden. Sie können in der Regel wieder allen Tätigkeiten nachgehen. Die herabgesetzte Sensibilität der Haut im Operationsgebiet bessert sich im Laufe der Zeit. Es kann teilweise eine Minderung des Empfindens in bestimmten Bereichen zurückbleiben. Nach Abschluss der Primärbehandlung (Operation, Strahlentherapie intern/extern, Chemotherapie) Ihrer Prostataerkrankung schließt sich in der Regel die Rehabilitationsmaßnahme an. Unsere Mitarbeiter/-innen vom Psychosozialen Dienst werden Sie noch während des stationären Aufenthaltes darüber informieren und Ihnen bei der Antragstellung und Organisation behilflich sein.

Die Maßnahmen der Anschlussheilbehandlung sind wichtig zur Bewältigung des Krankheitsgeschehens, vor allem aber zur Intensivierung des Kontinenztrainings. Die Anschlussheilbehandlung dient in der Regel dazu, den Erholungs- und Genesungsprozess zu beschleunigen. Dafür gibt es speziell eingerichtete Nachsorgekliniken, in denen Sie wieder zu Kräften kommen können und in denen ganz gezielt auf Ihre Situation eingegangen wird. Dort wird Ihnen auch Hilfestellung gegeben im Umgang mit den zunächst am Anfang zum Teil unvermeidbaren körperlichen Folgeerscheinungen der Krebsbehandlung wie Harninkontinenz oder Impotenz sowie bei der Bewältigung psychischer oder sozialer Probleme.

Nachsorge

Nach Abschluss der Ersttherapie des Prostatakrebses sollten Sie regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen durchführen lassen. Die Tumornachsorge hat folgende Aufgaben:

1. Ein Wiederauftreten der Krebserkrankung rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln
2. Begleiterkrankungen festzustellen, zu behandeln und ggf. zu lindern
3. Dem Patienten bei seinen psychischen, physischen und sozialen Problemen behilflich zu sein

Ein wichtiger Bestandteil in der Nachsorge sind die ärztlichen Untersuchungen. In den ersten zwei Jahren finden Sie in Abständen von etwa drei Monaten statt. Die regelmäßige Kontrolle gibt die Sicherheit, dass gegen eine erneute Tumorbildung, aber auch gegen mögliche Begleit- und Folgeerkrankungen wie Knochenschmerzen, Störungen beim Wasserlassen, Schwellungen der Unterschenkel, Thrombosen usw. schnell eingeschritten wird. Nebenwirkungen sind medikamentös meist gut zu behandeln. Diese Untersuchungen werden in aller Regel von dem Urologen durchgeführt, der Sie zur Operation eingewiesen hat. Im weiteren Verlauf werden die Zeitspannen zwischen den einzelnen Untersuchungen immer länger. Wie häufig der Arzt seinen Patienten sehen möchte, hängt von der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf ab. Oft ist nur eine Untersuchung pro Jahr erforderlich.

Folgende Untersuchungen können im Rahmen der Nachsorge durchgeführt werden:

1. Umfassende körperliche Untersuchung inklusive Tastuntersuchung
2. Blutuntersuchung einschließlich Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Wert)
3. Gewebeentnahme (Prostatabiopsie)
4. Ultraschalluntersuchungen
5. Röntgen- und computertomographische Untersuchungen
6. Skelettszintigraphie

Beim fortgeschrittenen Prostatakarzinom dient die Nachsorge in erster Linie der Erkennung bzw. Vermeidung von Komplikationen, z.B. durch Knochenmetastasen oder durch Druck des Tumors auf umgebende Organe und Gewebe. Bei Knochenschmerzen sollte auch außerhalb der Nachsorgetermine unbedingt Ihr behandelnder Urologe aufgesucht werden, der diese Schmerzen weiter abklärt und durch moderne Medikamente gut behandeln kann. Das Prostatakarzinom bildet nämlich im fortgeschrittenen Stadium häufig Metastasen im Skelett, die solche Beschwerden verursachen könnten. Neben den Schmerzen besteht auch die Gefahr von Knochenbrüchen, die im Bereich der Wirbelsäule zu Lähmungen führen können. Eine Strahlenbehandlung kann dieser Komplikation effektiv entgegenwirken. Bereits während Ihres stationären Aufenthaltes besteht die Möglichkeit, sich mit Fragen und Problemen an Ihren behandelnden Stationsarzt oder an spezielle Fachkräfte zu wenden.

Leben mit der Diagnose

Die Diagnose Prostatakrebs kann Ihr Leben und das Leben Ihrer Angehörigen verändern. Verwirrende Emotionen machen es schwer, mit dieser Veränderung fertig zu werden. Angst, Wut und Niedergeschlagenheit charakterisieren die Stimmungslage. Die Ängste z.B. um einen Arbeitsplatz, die Sorge vor einer Veränderung der Beziehung zum Partner, vor allem auch im Bereich des Sexuallebens sowie die Sorge „Bin ich denn auf Dauer geheilt?“ begleiten die nächsten Monate und Jahre. Für viele Patienten ist es außerordentlich hilfreich, mit anderen Menschen über ihre Probleme und Ängste zu sprechen: Tun Sie dies! Sprechen Sie mit Ihrer Familie, mit Ihrem Partner, mit den Menschen an Ihrer Arbeitsstelle, mit Ihrem Arzt oder mit uns, Telefon: (06 61) 84-59 60.

Wir vermitteln auch gerne Kontakte zu einzelnen Betroffenen. Weitere Anlaufstellen können auch Selbsthilfegruppen sein, hier finden Sie oft eine verständnisvolle und tragende Atmosphäre. Ansprechpartner im Raum Hessen:

- **Hessische Krebsgesellschaft e. V.**
Niederlassung Bad Soden-Salmünster
Telefon: (0 60 56) 9 14 20
www.krebsberatung-hessen.de
- **Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. (BPS)**
Alte Straße 4, 30989 Gerden
Telefon: (0 51 08) 92 66 46
prostatakrebs-shg-fulda@t-online.de
- **BPS-Zweigstelle Fulda**
Ansprechpartner: Herr Hans Lehmann,
Telefon: (0 66 57) 6 09 57 10
prostata-shg.nhf@t-online.de
- **Selbsthilfe Prostatakrebs Neuhof**
Görlitzerstr. 5, 36119 Neuhof
Ansprechpartner: Herr Manfred Letsche
Telefon: (0 66 55) 7 45 50
- **Deutsche Krebsgesellschaft e. V.**
Hanauer Landstraße 194, 60314 Frankfurt/Main
Telefon: (0 69) 63 00 63-0
www.deutsche-krebsgesellschaft.de

Wie sind die Heilungschancen?

Erfreulicherweise haben sich die Heilungschancen bei Prostatakrebs in den letzten Jahren deutlich verbessert. Durch die intensive Nachbehandlung bei individueller Primäroperation wird heute die Mehrzahl der Patienten auf Dauer geheilt. Selbst wenn später Metastasen auftreten sollten, ist meist ein Leben ohne Schmerzen und ohne wesentliche Beeinträchtigung über Jahre möglich. Ihr betreuender Urologe und unsere Fachkompetenz am Prostatazentrum können Ihnen auch in dieser Situation gut helfen. Wir sind jederzeit für Sie da. Ihr betreuender Arzt wird Sie dann in unsere Tumorsprechstunde überweisen.

Was kann ich selbst beitragen?

Werden Sie aktiv sofern es Ihnen möglich ist und ziehen Sie sich jetzt nicht zurück. Nehmen Sie eine sportliche Tätigkeit auf und tun Sie, was Sie schon immer tun wollten. Wenden Sie sich Dingen zu, die Ihnen Freude bereiten und die Sie genießen können. Sollten Sie noch berufstätig sein, versuchen Sie weiter im Berufsleben zu bleiben. Nach einer kurzen Erholungsphase, in der Sie die Nebenwirkungen der Therapie überwinden, sind Sie wieder voll leistungsfähig. Nur in seltenen Fällen wird es notwendig sein, die berufliche Tätigkeit umzustrukturieren. Pflegen Sie Ihren Körper. Die Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie haben Ihre Körperlichkeit beeinträchtigt, Ihnen vielleicht sogar die Freude an Ihrem Körper genommen. Bewusste Wahrnehmung und sanfte Pflege stellen die Harmonie wieder her. Körperpflegeprodukte leisten hier gute Dienste.

Ernährung

Offensichtlich ist die Ernährung ein wesentlicher Risikofaktor für Entstehen und Fortschreiten des Prostatakarzinoms. In experimentellen Untersuchungen und epidemiologischen Studien konnten bis heute eine Reihe verschiedener Nahrungsbestandteile identifiziert werden, deren Mangel in Verbindung mit der Entscheidung eines Prostatakarzinoms diskutiert wird. Zu diesen Substanzen zählen vor allem sekundäre Pflanzenstoffe wie Flavone, Isoflavone und Leukopin, aber auch das Spurenelement Selen. Insbesondere Raucher scheinen von der präventiven Einnahme von Vitamin E zu profitieren. Demgegenüber gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass ein hoher Anteil tierischer Fette in der Ernährung das Prostatakarzinomrisiko erhöht. Vor allem gesättigte Fette scheinen wegen ihres oxidativen Potenzials ein Risikofaktor darzustellen. Diese meist aus Fallkontrollstudien oder Kohortenstudien gewonnenen Hinweise werden derzeit in großen interventionellen Untersuchungen überprüft. Allgemein kann man feststellen: Sie dürfen grundsätzlich alles essen und trinken. Das Entscheidende ist, dies in Maßen zu tun. Dann ergeben sich daraus keine nachteiligen Wirkungen auf Ihre Erkrankung. Wenn Sie Fragen bezüglich einer optimalen Ernährung haben, wenden Sie sich an uns. Wir vermitteln gerne ein Gespräch mit unserer Ernährungsberaterin, die Ihnen Informationen und Anleitungen zu einer gesunden Ernährung geben kann.

Begleittherapie

Viele Patienten haben das Bedürfnis, zusätzlich eine begleitende medikamentöse Maßnahme zu ergreifen. Zu den derzeit empfohlenen Substanzen gehören z.B. Echinacin, Mistel, Vitamin C und Vitamin E, Carotinoide sowie der Radikalfänger Selen in niedriger Dosierung. Um eine Störung der Wirksamkeit der Medikamente untereinander zu verhindern, sollte eine gleichzeitige Einnahme dieser Mittel vermieden werden. Der eindeutige wissenschaftliche Beweis, dass durch die Einnahme dieser Substanzen eine verbesserte Heilungsrate erzielt werden kann, ist allerdings nicht erbracht. Besprechen Sie sich mit Ihrem Hausarzt oder Urologen.

Verantwortungsträger Prostatazentrum



Prof. Dr. T. Kälble

- *Direktor der Klinik für Urologie & Kinderurologie*
- *Studium in Ulm, London und Karlsruhe*
- *1986–1995 Facharzt Ausbildung und Oberarzt an der urologischen Universitätsklinik Heidelberg*
- *1995 Leitender Oberarzt und 1997 Kommissarischer Direktor an der urologischen Universitätsklinik Marburg*
- *1992 Habilitation im Fach Urologie an der Universität Heidelberg*
- *1997 außerplanmäßiger Professor für Urologie an der Universität Marburg*
- *Seit Februar 1999 am Klinikum Fulda*



Prof. Dr. H. J. Feldmann

- *Direktor des Instituts für Radioonkologie/ Strahlentherapie sowie der Tumorklinik*
- *Apl. Professor für Radioonkologie der Technischen Universität München*
- *1986–1993 Weiterbildung zum Arzt für Radioonkologie und Habilitation an der Universität Essen*
- *1994–2000 leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Radioonkologie der Technischen Universität München*
- *Seit Juni 2000 am Klinikum Fulda*



Prof. Dr. H.-G. Höffkes

- *Direktor der Tumorklinik*
- *Geschäftsführer MVZ Osthessen*
- *Studium in Frankfurt, Ausbildung an der Uniklinik Frankfurt am Main und am Westdeutschen Tumorzentrum in Essen*
- *Leitender Oberarzt der Uniklinik Magdeburg*
- *2003 außerplanmäßige Professur der Universität Marburg*
- *Seit April 1999 am Klinikum Fulda; Teamleiter der Tumorklinik zusammen mit Prof. Feldmann (Radioonkologie)*



Prof. Dr. H. Arps

- *Direktor des Instituts für Pathologie*
- *Studium an der Universität Hamburg*
- *Fachausbildung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bei Prof. Dr. Gerhard Seifert, anschließend Oberarzt*
- *C3-Professur an der Universität Hamburg*
- *Seit April 1993 am Klinikum Fulda*



Prof. Dr. Ch. Manke

- *Direktor der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie*
- *Studium an der Universität Freiburg*
- *Fachausbildung an den Universitätskliniken München und Regensburg*
- *1998–2001 Oberarzt für Radiologie am Uniklinikum Regensburg*
- *2001 Habilitation*
- *Seit Juli 2001 am Klinikum Fulda*



Priv.-Doz. Dr. A. Hertel

- *Direktor der Klinik für Diagnostische und Therapeutische Nuklearmedizin*
- *1988–2000 Wissenschaftlicher Assistent, Assistenzarzt, Funktionsoberarzt, Oberarzt, Leitender Oberarzt und Kommissarischer Direktor der Klinik für Nuklearmedizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main*
- *1995 Anerkennung als Facharzt für Nuklearmedizin*
- *1998 Habilitation und Erteilung der Venia Legendi als Privatdozent für Nuklearmedizin*
- *Seit Mai 2000 am Klinikum Fulda*

Zum Schluss eine Bitte

Gehen Sie bitte regelmäßig zu Ihren Nachsorgeuntersuchungen. Äußern Sie Ihre Kritik an uns und/oder Ihre Zufriedenheit mit uns. Nur wenn wir Ihre Sorgen kennen, können wir auf sie eingehen, die Dinge, die nicht zu Ihrer Zufriedenheit sind, abstellen und die Qualität unserer Bemühungen verbessern. Wir wünschen Ihnen, dass durch die Ersttherapie die Erkrankung vollständig ausgeheilt wird. Ärzte und Mitarbeiter des Prostatazentrums Klinikum Fulda sind jederzeit bemüht, für Patienten und deren Angehörige eine individuelle Lösung zu finden. Wenn Sie Fragen oder Wünsche haben, nehmen Sie doch einfach Kontakt zu uns auf – Telefon (06 61) 84-59 51.



*Pflegeteam der Klinik
für Urologie und Kinderurologie*



*OP-Team der Klinik für Urologie
und Kinderurologie*



*Ärzte- & Ambulanzteam der Klinik
für Urologie und Kinderurologie*

Anfahrt Klinikum Fulda

• Anreise mit dem Auto

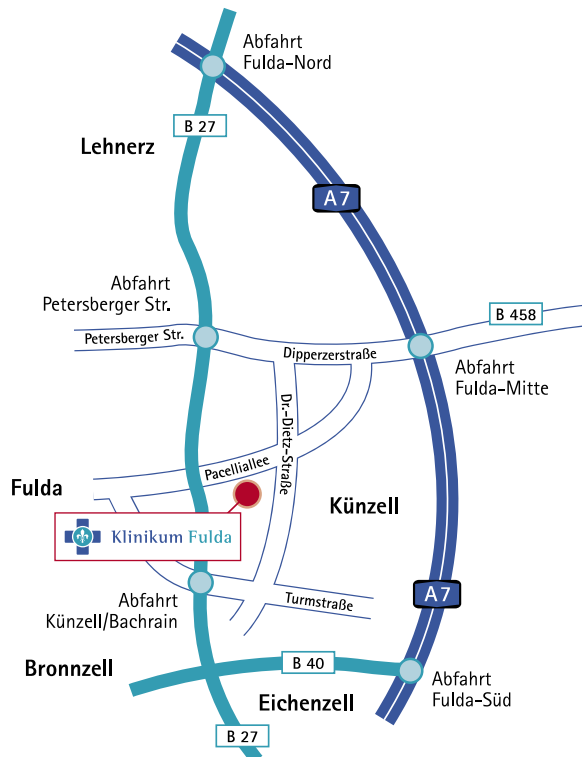
- Von Süden: A 7, Abfahrt Fulda Süd, B 27 Richtung Fulda, Abfahrt Künzell/Bachrain, dann rechts Richtung Fulda Innenstadt, bei der 2. Ampelanlage rechts in die Michael-Henkel-Straße (Klinikum Fulda ist ausgeschildert).
- Von der A 66: auf die B 40 bis Fulda, Abfahrt Fulda auf die B 27, Abfahrt Künzell/Bachrain (dann wie oben).
- Von Norden: A 7, Abfahrt Fulda Nord, B 27 Richtung Künzell, Abfahrt Künzell/ Bachrain, an der Tankstelle links Richtung Fulda Innenstadt, nächste Ampelanlage rechts in die Michael-Henkel-Straße (Klinikum Fulda ist ausgeschildert).

• Anreise mit dem Zug (z.B. ICE)

Vor dem Bahnhof Fulda vom ZOB (Zentraler Omnibusbahnhof) aus mit den Buslinien 1, 2 und 9.

• Anreise mit dem Bus

Buslinien 1, 2 und 9. Die Haltestelle ist direkt vor dem Klinikum Fulda. Die Busse fahren im 10-Minuten-Rhythmus.



Impressum

Herausgeber

Klinikum Fulda gAG, Pacelliallee 4, 36043 Fulda
Telefon: (06 61) 84-0, Telefax: (06 61) 84-50 13
info@klinikum-fulda.de, www.klinikum-fulda.de

Redation

B. Froese, Marketing

Text

Prof. Dr. med. T. Kälble, Dr. med. B. Alt,
Dr. med. D. Kaminski

Fotos

Klinikum Fulda, Prostatazentrum am UKM

Gestaltung

Greb & Friends

Juni 2010

Kontaktdaten

Prostatazentrum

Telefon: (06 61) 84-59 51

Telefax: (06 61) 84-59 52

E-Mail: prostatazentrum@klinikum-fulda.de



Klinikum Fulda

Klinikum Fulda gAG | Pacelliallee 4 | 36043 Fulda

Telefon: (06 61) 84-0 | Telefax: (06 61) 84-50 13

info@klinikum-fulda.de | www.klinikum-fulda.de