

Pressekonferenz

PROBASE: Große deutsche Studie zum Prostatakrebs-Screening

Freitag, den 27. September 2013, 09.30 bis 10.30 Uhr
Jahreskongress des Deutschen Gesellschaft für Urologie
Messe Dresden, Messering 5, 01067 Dresden

PROBASE

Die Deutsche Prostatakrebs Screening Studie

gefördert durch



HINTERGRUNDINFORMATION

Diagnose des Prostatakarzinoms

Um Prostatakrebs festzustellen, gelten derzeit folgende Untersuchungen als Standard:

Bei der Tastuntersuchung (**digital-rektale Untersuchung**) tastet der Arzt die Prostata vom Enddarm aus mit dem Finger ab. Er gewinnt dadurch Erkenntnisse zur Größe der Prostata, zu ihrer Form, zur Schmerzempfindlichkeit, zur Beschaffenheit oder ob Knoten oder Verhärtungen vorhanden sind.

Das **prostataspezifische Antigen (PSA)** ist ein Eiweiß, das in den Schleimhautzellen der Prostata gebildet wird und zwar nur dort. Es leitet die Verflüssigung der Samen vor dem Samenerguss ein und erhöht die Beweglichkeit der Spermien. Die Bestimmung des PSA-Wertes erfolgt durch einen Bluttest. Im Krebsgewebe ist das prostataspezifische Antigen zehnmal höher konzentriert als im gesunden Prostatagewebe. Ein erhöhter PSA-Wert deutet auf eine Veränderung der Prostata hin. Eine Krebserkrankung kann, muss aber nicht die Ursache für eine Erhöhung des PSA-Wertes sein.

Ergänzend zur Tastuntersuchung kann eine Ultraschalluntersuchung vom Darm aus (**transrektaler Ultraschall**) durchgeführt werden. Sie ist nicht zuverlässiger als die Tastuntersuchung, daher wird sie nur ergänzend empfohlen. Mit einer Ultraschalluntersuchung können jedoch Größe, Lage und Ausdehnung des Tumors genauer bestimmt werden als bei einer Tastuntersuchung.

Wenn nach der Tastuntersuchung oder der Bestimmung des PSA-Wertes ein Verdacht auf einen Prostatakrebs besteht, werden Gewebeproben (**Biopsien**) aus der Prostata entnommen und untersucht. Dazu wird eine dünne Hohlnadel über den Enddarm an verschiedenen Stellen in die Prostata eingestochen. Dort werden 10 bis 12 Gewebeproben entnommen. Damit der Arzt sieht, wo das Gewebe entnommen wird, erfolgt eine bildliche Darstellung durch Ultraschall. Der Eingriff wird unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Um Infektionen zu vermeiden, erhalten die Patienten vor der Gewebeentnahme ein Antibiotikum.

Risikogruppen

Wurde ein Prostatakarzinom festgestellt, versucht der Arzt einzuschätzen, wie aggressiv der Tumor ist und, damit verbunden, wie hoch das Risiko ist, dass dieser wachsen oder sich in andere Organe ausbreiten könnte. Hierbei werden neben dem PSA-Wert das Tumorstadium und der Gleason-Score berücksichtigt.

Studienleitung

Urologische Universitätsklinik Düsseldorf
Univ.-Prof. Dr. Peter Albers
Tel.: (0211) 8108239
probase@med.uni-duesseldorf.de

**Deutsches Krebsforschungszentrum
Heidelberg**
Prof. Dr. Nikolaus Becker
Tel.: (06221) 424220
n.becker@dkfz.de

Studienzentren

Urologische Universitätsklinik Düsseldorf
Prof. Dr. Peter Albers
Dr. Christian Arsov
Tel.: (0211) 8108239
probase@med.uni-duesseldorf.de

Urologische Universitätsklinik Hannover
Prof. Dr. Markus Kuczyk
Dr. Florian Imkamp
Tel.: (0511) 532-5847
probase@mh-hannover.de

Urologische Universitätsklinik Heidelberg
Prof. Dr. Markus Hohenfellner
Priv.-Doz. Dr. Boris Hadaschik
Tel.: (06221) 566321
probase@med.uni-heidelberg.de

**Urologische Klinik der
Techn. Universität München**
Prof. Dr. Jürgen Gschwend
Priv.-Doz. Dr. Kathleen Herkommer
Tel.: (089) 41409822
probase@lrz.tu-muenchen.de

Projektmanagement

Urologische Universitätsklinik Bonn
Prof. Dr. Roswitha Siener
Tel.: (0228) 28719034
Roswitha.Siener@ukb.uni-bonn.de

Referenzpathologie

**Institut für Pathologie
Universitätsklinikum Bonn**
Prof. Dr. Glen Kristiansen
Tel.: (0228) 28715375
glen.kristiansen@ukb.uni-bonn.de

Referenzradiologie

**Institut für Diagnostische und
Interventionelle Radiologie
Universitätsklinikum Düsseldorf**
Prof. Dr. Gerald Antoch
Tel.: (0211) 8117752
antoch@med.uni-duesseldorf.de

Pressekontakt

dkg-web.gmbh
Dr. Daniela Christmann
Tel.: (030) 810316301
daniela.christmann@dkg-web.de

Beim Tumorstadium spielt eine Rolle, wie groß der Tumor ist, ob Lymphknoten befallen sind und ob der Tumor sich im Körper ausgebreitet (Metastasen gebildet) hat. Unterschieden werden, mit zunehmender räumlicher Ausbreitung der Erkrankung im Körper, das lokal begrenzte, das lokal fortgeschrittene und das fortgeschrittene bzw. metastasierte Prostatakarzinom.

Der Gleason-Score ist ein Maß für die Bösartigkeit eines Prostatakarzinoms. Er wird von einem Pathologen durch mikroskopische Betrachtung des Tumors bestimmt. Prostatakrebs zeigt im Gewebe unterschiedliche Wachstumsmuster. Zur Bestimmung des Gleason-Scores wertet der Pathologe aus, welches Wachstumsmuster am häufigsten und welches am zweithäufigsten vorkommt. Für diese beiden Wachstumsmuster werden Gradeinteilungen angegeben. Der Gleason-Score ist die Summe beider Gradeinteilungen und reicht von dem für die Vorhersage der weiteren Entwicklung der Erkrankung (Prognose) günstigsten Wert $3 + 3 = 6$ bis zu dem für die Prognose ungünstigsten Wert: $5 + 5 = 10$. Das häufigste Zellmuster wird immer zuerst angeben.

Basierend auf dem PSA-Wert, dem Tumorstadium und dem Gleason-Score erfolgt eine Einstufung in „niedriges Risiko“, „mittleres Risiko“ und „hohes Risiko“, von der die nachfolgende Therapie abhängt.

Quelle: In Anlehnung an www.prefere.de

Kontakt:

Univ. Prof. Dr. Peter Albers
Direktor der Urologischen Klinik
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
Tel.: (0211) 811 811 0
urologie@uni-duesseldorf.de

Pressekontakt:

Dr. Daniela Christmann
dkg-web.gmbh
presse/public relations
Str. des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Tel.: (030) 810 316 301
daniela.christmann@dkg-web.de

Mitarbeit: Kirsten Herkenrath
Tel.: (0177) 8232223
kirsten.herkenrath@dkg-web.de