

Die Prostata

Ein kleines Organ im Mittelpunkt der Männergesundheit

Urologie konkret

PSA - Zauberformel für eine gesunde Prostata

- 4 *Gesichter aus der Urologischen Klinik*
- 4 *Prostatakrebs und Inkontinenz*
- 6 *Ernährung und Prostatakrebs*

- 7 *Gastbeitrag der Klinik Quellental*
- 8 *Therapeuten am EVK bilden sich fort*
- 8 *Große Urologen: Carl Erich Alken*

PSA - Zauberformel für eine gesunde Prostata

Ein erhöhter Wert deutet auf eine Erkrankung der Vorsteherdrüse hin



**Liebe Patientin,
lieber Patient,**

Kaum ein Organ im männlichen Organismus ist so klein und unscheinbar, kann aber trotzdem erhebliche Gesundheitsprobleme bereiten. Am Blasenausgang angesiedelt und etwa tischtennisballgroß wächst die Prostata in den männlichen Wechseljahren unter dem Einfluss der sich ändernden Hormone und kann zu erheblichen Problemen beim Wasserlassen führen. Beschwerden wie häufiges und erschwertes Wasserlassen oder eine Reizblase quälen den zumeist älteren Mann. Entzündungen der Prostata sind typisch für den jüngeren Mann. Schließlich ist Prostatakrebs die häufigste Krebsart des Mannes über 65 - noch vor Dickdarm- und Lungenkrebs.

Damit steht die Prostata im Mittelpunkt der Männergesundheit. In der Vorsorge nimmt die Abtastung des Organs und die (leider im Zusammenhang mit der Vorsorge nicht durch die Kassen bezahlte) Bestimmung des PSA-Wertes breiten Raum ein. Die Prostata ist Schwerpunkt dieser Ausgabe der UroNews.

Ihr Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie

Was ist PSA? Wie hoch darf dieser Wert sein? Sollte ich ihn bestimmen lassen? Warum muss ich die Bestimmung in der Vorsorge bezahlen? Welche Kosten kommen auf mich zu? Obwohl der PSA-Wert in aller Munde ist, stellt sich das Wissen um diese „Zauberformel“ beschränkt dar. Damit will dieser Artikel aufräumen.

Was ist das PSA?

PSA ist das prostataspezifische Antigen. Es handelt sich um ein Ferment, das in den Prostatadrüsen gebildet wird und eine wichtige Rolle für die Funktion des männlichen Samens spielt. Die Prostata ist die sogenannte Vorsteherdrüse und befindet sich am Blasenausgang. Sie umschließt die männliche Harnröhre. (Siehe Abb. auf der Titelseite: Sie zeigt Prostata, Harnröhre und Harnblase. Die Prostata ist mit einem Kreis markiert.)

Aufgabe des PSAs in der gesunden Prostata

Im Samenerguss befinden sich nicht nur die eigentlichen Samenzellen, sondern auch eine Vielzahl von Sekreten aus Prostata, Samenbläschen und Nebenhoden. Dem Prostatasekret kommt die Aufgabe zu, das natürlicherweise saure Scheidenmilieu zu puffern und damit für die Samenzellen den Weg zu der weiblichen Eizelle passierbar zu machen.

Eine weitere Aufgabe übernimmt an dieser Stelle das prostataspezifische Antigen: Es verflüssigt den Samener-

guss. Dieser hat anfangs eine gelatinöse Konsistenz und wird nach einigen Minuten flüssig. Dieser für die Fruchtbarkeit wichtige Vorgang wird vom prostataspezifischen Antigen bewerkstelligt. Bildungsort sind die Zellen der Prostatadrüsen. Diese lagern sich girlandenförmig an den Hohlräumen an, die das Prostatasekret bei dem Samenerguss in die Harnröhre leiten (Abb. 1).



Abb. 1: Histologie der normalen Prostata

Warum ist der PSA-Wert bei Prostataerkrankungen erhöht?

Da jede Prostata-Drüsenzelle mit ihren Zellwänden gegenüber dem übrigen Prostatagewebe abgeschottet ist, gelangt nur wenig PSA in das Blut – der PSA-Wert ist normal. Kommt es zu Erkrankungen der Prostata, die die Abschottung der Prostatazellen gegen das umgebende Bindegewebe löchrig machen, steigt die PSA-Konzentration im Blut. Zu diesen Erkrankungen können Entzündungen der Prostata, Eingriffe an dem Organ oder auch der Prostatakrebs gehören. Damit ist das PSA nicht beweisend für einen Prostatakrebs, sondern nur hinweisend auf Prostataerkrankungen. Es ist die Aufgabe des Arztes, mit weiteren

Untersuchungen zu klären, was für eine Prostataerkrankung vorliegt.

Normwerte für PSA

Der Normwert für das PSA wird heutzutage mit 4,0 ng/ml angegeben. Die Abkürzung „ng“ steht für Nanogramm oder 10^{-9} Gramm. In letzter Zeit mehrten sich die Stimmen, die diesen einen starren Wert für alle Männer zwischen 20 und 100 Jahre als nicht zielführend ansehen. So schlägt der amerikanische Urologe Joseph E. Oesterling vor, PSA-Grenzwerte altersabhängig anzugeben: für Männer von 40 bis 50 Jahren 2,5, von 50 bis 60 Jahren 3,5, von 60 bis 70 Jahren 4,5 und von 70 bis 80 Jahren 6,5.

PSA in der Vorsorge

Der PSA-Wert ist in der Krebsvorsorge des Mannes der zentrale Dreh- und Angelpunkt. Der Grund liegt darin, dass ein Prostatakrebs erst dann bei der Abtastung zu erkennen ist oder sich durch Beschwerden bemerkbar macht, wenn ein weit fortgeschrittenes Stadium vorliegt. Heilbare Frühstadien lassen sich nur durch einen erhöhten PSA-Wert diagnostizieren.

Leider bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung die PSA-Bestimmung im Rahmen der Vorsorge nicht, nur die rektale Abtastung wird übernommen. So muss der Patient, der eine komplette Vorsorgeuntersuchung wünscht, den PSA-Test bezahlen. Hier ist mit Kosten um die 20 Euro zu rechnen. Aussagen, dass Vorsorge mehr schadet als

nutzt oder dass der Prostatakrebs ein sogenannter „Haus-tierkrebs“ - also eher harmlos - sei, sind mit Vorsicht zu genießen. Das Prostatakarzinom ist nicht nur die häufigste Krebserkrankung des älteren Mannes, sondern auch die dritthäufigste Todesursache. Diese Tatsache wird von den „Haus-tierkrebs-Protagonisten“ gerne verschwiegen.

Was tut der Arzt bei erhöhtem PSA-Wert?

Zunächst wird überprüft, ob eine Prostataentzündung vorliegt. Dies geschieht durch Ultraschall, Urin- und weitere Laboruntersuchungen. Eventuell wird der Samen auf Bakterien untersucht. Liegen Hinweise auf eine akute oder chronische Entzündung vor, wird antibiotisch, das heißt mit Medikamenten gegen Bakterien, behandelt. Gelingt es dadurch, den PSA-Wert wieder zu normalisieren, sind außer Kontrolluntersuchun-

gen keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Liegen im Ultraschall oder bei der Abtastung Verdachtsmomente auf eine bösartige Erkrankung vor, wird diese mit einer Gewebeprobe abgeklärt. Solche Verdachtsmomente sind Verhärtungen oder eine asymmetrische Entwicklung der Prostata zu einer Seite hin oder „dunkle“ Gebiete im Ultraschall an der Stelle der Prostata, die dem Darm anliegt (Abb. 2). In Zweifelsfällen bieten spezielle PSA-Werte wie zum Beispiel das „freie“ PSA in der Zusammenschau die Chance, abzuschätzen, ob eine eher gutartige oder bösartige Prostataerkrankung vorliegt.

Wie funktioniert eine Prostatabiopsie?

Eine Prostatabiopsie ist ein kleiner Eingriff, bei dem in örtlicher Betäubung mit einer hauchdünnen Nadel Gewebszylinder aus der Prostata ent-



Abb.3: Prostata-Biopsienadeln mit Federmechanismus

nommen werden. Heutzutage werden dabei Federmechanismen zum Nadelvortrieb benutzt – damit ist der Eingriff nicht mehr schmerzhaft (Abb. 3).

Üblicherweise werden sechs bis zwölf Proben entnommen. Diese Zahl erklärt sich aus dem Charakter der Biopsie als Stichprobe. Sechs kleine Gewebszylinder aus einem mandarinengroßen bis apfelgroßen Organ können naturgemäß nicht die Gesamtheit der Prostata abbilden. Je mehr Proben desto höher die Treffergenauigkeit.

Die entnommenen Gewebszylinder sind einem Drittel eines Streichholzes nicht unähnlich. Sie werden durch einen Pathologen im Mikroskop untersucht und dabei in hauchdünne Scheiben geschnitten. Zusätzlich werden Gewebsveränderungen, die auf eine bösartige Umwandlung der Prostata hinweisen, mit speziellen Farbstoffen angefärbt (Abb. 4).

Gibt es Komplikationen bei einer Biopsie?

Komplikationen sind bei einer sachgemäß durchgeführten Prostatabiopsie selten. Alle blutverdünnenden Medikamente wie Aspirin oder

Marcumar müssen abgesetzt bzw. ausreichend lange pausiert sein. Kurz vor und drei Tage nach der Untersuchung wird ein Antibiotikum gegeben, um Entzündungen und Fieber vorzubeugen. Selten - im Bereich von wenigen Prozent - können Blutungen aus dem Darm oder der Harnröhre bzw. der Blase auftreten. Diese sind in aller Regel harmlos und müssen nur selten behandelt werden. Anhaltend können Blutbeimengungen im Samenerguss sein, die zu meist harmlos sind.

Das prostataspezifische Antigen ist in der Erkennung von Frühstadien des Prostatakarzinoms unverzichtbar. Damit - und nur durch die um den PSA-Wert bereicherte Vorsorge - gelingt es, dem häufigsten Karzinom des älteren Mannes, das in der Liste der Todesursachen an dritter Stelle steht, seinen Schrecken zu nehmen. •



Abb. 2: Rektaler Ultraschall (karzinomverdächtiges Areal am unteren Rand der Prostata)

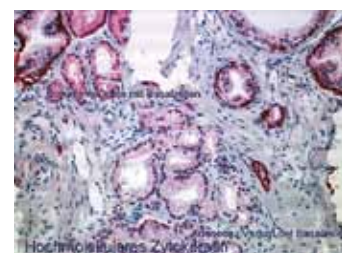


Abb. 4: Gewebsuntersuchung eines Prostatakarzinoms

„Es gibt exzellente Behandlungsaussichten“

Interview mit Dr. Andreas Wiedemann zum Thema **Prostatakrebs und Inkontinenz**

Gesichter aus der Urologischen Klinik



Melanie Heese ist eine Mitarbeiterin der Urologie, die die meisten Patienten nicht zu Gesicht bekommen werden, weil sie während ihrer Arbeit einen Mundschutz trägt. Geboren in Steinfeld wird sie nach ihrer Schullaufbahn in einem Mädchengymnasium in Vechta seit August 2008 als Operationstechnische Assistentin (OTA) in der Ausbildung im urologischen OP eingesetzt.

OTAs sind OP-Schwestern, die in eigenen Schulen speziell dafür ausgebildet werden. Entgegen der klassischen Laufbahn einer OP-Schwester, die nach „normalem“ Examen eine Weiterbildung absolviert, werden OTAs von Anfang an für die Assistenz bei Eingriffen ausgebildet. In NRW gibt es OTA-Schulen in Wuppertal (die Melanie Heese besucht), Bochum und Recklinghausen. Die Urologie des Ev. Krankenhauses Witten unterhält gute Beziehungen zu den OTA-Schulen. So erklären Dr. Friederike Winter, Dr. Igor Sonak und Dr. Andreas Wiedemann als Referenten künftigen OTAs Ablauf und Tricks urologischer Eingriffe. •

Wie wird heutzutage ein Prostatakrebs entdeckt?

Der häufigste Krebs des Mannes über 65 kann heute im Rahmen der erweiterten Vorsorge mit rektaler Abtastung, Bestimmung des sogenannten PSA-Wertes und dem Ultraschall häufig in Frühstadien entdeckt werden. Dabei ist die Blutentnahme und das PSA (prostataspezifisches Antigen) zwar nicht in der Vorsorge der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, die vom Patienten mit rund 20 Euro zu bezahlende Untersuchung ist allerdings besonders sinnvoll für eine Früherkennung. Die Behandlung eines früh entdeckten Prostatakarzinoms ist dann mit exzellenten Erfolgsaussichten verknüpft.

Welche Behandlungsmethoden stehen zur Verfügung?

In erster Linie ist das die Operation. Hier wird die Prostata zusammen mit den Samenbläschen und den Lymphknoten entfernt. Dies geht heute sogar minimalinvasiv endoskopisch. Das heißt, die Prostata wird über eine in den Bauch eingesetzte Kamera operiert, eine Öffnung der Bauchhöhle wie früher ist nicht mehr erforderlich. Der Patient hat weniger Schmerzen, ist früher fit und kann das Krankenhaus früher verlassen. Eine Bluttransfusion - wie bei der offenen Operation bei bis zu einem Viertel der Patienten notwendig - kommt nur noch in absoluten Ausnahmefällen vor. Die Vergrößerung der Kamera erlaubt es dem Operateur außerdem, besonders schonend und exakt zu operieren (Abb. 1).

Ist das Prostatakarzinom

über die Prostata kapsel hinausgewachsen, muss zusätzlich bestrahlt werden. Kann ein Patient nicht operiert werden, ist eine Bestrahlung auch ohne Operation möglich. Dabei können die Strahlen von außen über die Haut eingebracht werden oder über sogenannte „Seeds“. Dies sind ultrakurz strahlende Metallstifte, die per Ultraschall in die Prostata eingesetzt werden und eine hohe Strahlendosis in die Prostata transportieren.

Gibt es Nebenwirkungen?

Alle Behandlungsverfahren haben zwei Hauptkomplikationen: Inkontinenz und Impotenz. Während die Impotenz oder „Erektile Dysfunktion“ in dem zur Debatte stehenden Alter häufig als nicht sehr belastend empfunden wird, stellt eine Inkontinenz fast immer eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität dar. Der Beckenboden mit dem äußeren Schließmuskel liegt in enger Nachbarschaft zur Prostata. Wird er bei der

Operation geschwächt, verliert der Patient Urin beim Husten und Lachen sowie beim Wechsel der Körperlage im Bett. Dies wird Belastungsinkontinenz genannt.

Ein Teil der operierten und besonders auch bestrahlten Patienten entwickelt eine überaktive Blase. Damit ist häufiges Wasserlassen, starker Harndrang oder Urinverlust mit Harndrang gemeint. Dieses Krankheitsbild wird englisch „OAB“ (overactive bladder) genannt. Auf Deutsch könnte man es vielleicht auch mit „Reizblase“ übersetzen.

Wenn ein Patient an solchen Folgeerscheinungen leidet – muss er sich damit abfinden?

Auf keinen Fall. Bei der Inkontinenz nach Bestrahlung oder Operation gibt es exzellente Behandlungsaussichten. Grundvoraussetzung ist die Feststellung der exakten Inkontinenzform. Die Entscheidung, ob eine Belastungsinkontinenz, eine



Abb. 1: Laparoskopische Prostataentfernung

überaktive Blase oder eine Mischform vorliegt, wird anhand eines sogenannten Blasentagebuchs getroffen. Dabei protokolliert der Patient, wie oft er zur Toilette geht, bei welchen Gelegenheiten er Urin verliert und wie viel Vorlagen er braucht. Ggf. werden das Blasenverhalten und der Schließmuskeldruck in der sogenannten urodynamischen Messung computergestützt vermessen. Vor Operationen wird in aller Regel auch gespiegelt oder geröntgt.

Kann man denn eine Harninkontinenz operieren?

Natürlich – nach Ausschöpfen aller anderen Möglichkeiten wie Tabletteneinnahme, Beckenbodengymnastik oder Elektrostimulation des Schließmuskels können heutzutage alle Inkontinenzformen – übrigens bei Mann und Frau – auch operativ beeinflusst werden. So kann bei der Belastungsinkontinenz seit langem schon sehr effektiv die Harnröhre mit Kunststoffbändern gestützt werden. Der von der Scheide aus durchgeführte Eingriff ist wenig belastend und führt zu Erfolgsquoten von rund 90 Prozent. Dieses Verfahren wird seit kurzem auch beim Mann mit einer Belastungsinkontinenz nach Operation angewandt (Abb. 2). Bei der überaktiven Blase beginnt sich – wenn Medikamente versagen – die Botulinum-Toxin-Injektion in den Blasenmuskel auf breiterer Front durchzusetzen. Dabei wird in den Blasenmuskel ein schwächendes Medikament, das ursprünglich in der Schönheitschirurgie zur Faltenbehandlung angewandt wurde, während einer Blasespiegelung in Narkose in

den Blasenmuskel injiziert (Abb. 3). Das Verfahren wird aber nur empfohlen, wenn orale Medikamente versagen. Dies ist eher selten der Fall.

Welche Medikamente helfen bei der überaktiven Blase und mit welchen Nebenwirkungen muss der Patient rechnen?

Alle Medikamente gehören zur Gruppe der Anticholinergika. Sie dämpfen den Blasenmuskel und dadurch auch den Harndrang und das häufige Wasserlassen, unter dem die Patienten leiden. Die Erfolgsquoten sind sehr gut – zu den Nebenwirkungen, die ein Teil der Patienten verspürt, gehören in erster Linie Mundtrockenheit und Verstopfung. Diese Begleiterscheinungen sind aber fast nie so stark, dass Patienten die Behandlung deswegen abbrechen. Sie helfen sich eher mit Hausmitteln (sauren Drops, Stuhlregulierung mit Trockenpflaumen, Milchsücker oder Weizenkleie). Ein Teil der Anticholinergika kann besonders bei alten oder neurologisch vorerkrankten Patienten Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsmangel bis hin zu Vergesslichkeit hervorrufen. Einen Vorteil bietet hier die Substanz Trosipiumchlorid, die aus Gründen der Molekülstruktur erst gar nicht



Abb. 2: Inkontinenzschlinge für den Mann (mit freundlicher Genehmigung der Fa. Brauni/Äskulap)

in das menschliche Gehirn gelangen kann.

Kann auch die Belastungsinkontinenz mit Medikamenten behandelt werden? Dann müsste doch viel weniger operiert werden?

Dem ist leider nicht so. Es gibt zwar ein für die Behandlung der Belastungsinkontinenz von Frauen zugelassenes Medikament aus der Gruppe der Antidepressiva, es darf aber offiziell Männern nicht gegeben werden. Auch bei Frauen ist die Anwendung nicht ganz unproblematisch. Die Substanz mit dem Namen Duloxetin führt manchmal zu Übelkeit, sie reduziert die Inkontinenz, selten verschwinden die Beschwerden ganz. So ist die Frequenz von Inkontinenzoperationen nicht gesunken. Viele Patientinnen wollen nicht ein Leben lang Tabletten schlucken, wenn es eine effektive, nicht belastende operative Lösung gibt.

Ist Beckenbodengymnastik in jedem Falle gut?

Im Prinzip ja. Sie sollte allerdings unter Anleitung eines Physiotherapeuten erlernt werden. Der Versuch, von einer Broschüre oder einem Video Beckenbodengymnastik zu vermitteln, führt nach meinen Erfahrungen nur dazu, dass mit dem Bauch oder dem Gesäß, nicht aber mit dem Beckenboden geübt wird. Nachteil der Beckenbodengymnastik ist, dass sie ständig fortgeführt werden muss. Hört der Patient mit dem Üben auf, verliert sich der positive Effekt wieder.

Welcher Patient hat ein besonderes Risiko, eine Inkontinenz zu erleiden?



Abb. 3: Botulinum-Toxin-Injektion

Das sind nicht nur bestrahlte oder operierte Patienten, sondern auch neurologisch Kranke, Hochbetagte und – das wissen wir seit kurzem – Diabetiker. Diese haben, wie wir selbst in der „Wittener Diabetes-Erhebung“ an über 4000 Diabetikern untersucht haben, ein doppelt so hohes Risiko, Harntraktbeschwerden zu bekommen als gleichaltrige gesunde Menschen. Besonders traurig: Über 70 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer mit Diabetes geben an, regelmäßig Vorlagen zu verwenden. Das sind also Patienten, die aus Scham sich lieber selbst mehr schlecht als recht versorgen, als sich ihrem Arzt zu offenbaren. Ihnen entgeht damit eine Behandlungschance.

Was würden Sie also einem Betroffenen raten?

Wenn er noch nicht in Behandlung ist, unbedingt dem Hausarzt, Gynäkologen, Urologen oder einfach dem behandelnden Arzt das Problem schildern. Er wird dann die richtigen Maßnahmen einleiten. Wird bereits behandelt, sollte der Betroffene regelmäßig trinken („dursten ist keine Lösung“) und Behandlungstermine wahrnehmen. Harntreibende Medikamente sollten mit dem Hausarzt besprochen und wo immer möglich auf schonende Präparate umgestellt werden. Grundsätzlich gilt, dass sich eine Gewichtsabnahme und milde sportliche Betätigung günstig auswirken. •

Ein Prosit für die Prostata

Durch Essen und Trinken lässt sich das Risiko einer bösartigen Erkrankung beeinflussen

Prostatakrebs ist die häufigste bösartige Erkrankung des älteren Mannes. Die Entstehung ist kompliziert und noch nicht in allen Einzelheiten bekannt. Die Ernährung scheint neben einer genetischen Veranlagung einer der Faktoren zu sein, die zu den regionalen Unterschieden in der Häufigkeit der Erkrankung in verschiedenen Ländern bzw. unter bestimmten Bevölkerungsgruppen führt. So ist Prostatakrebs unter Schwarzen besonders häufig, bei Chinesen und Japanern besonders selten. In westlichen Ländern ist Prostatakrebs bei „Kauasiern“ - wie die Bevölkerungsgruppe, zu der wir zählen, offiziell genannt wird - im Vergleich eher häufig.

Im Folgenden werden Nahrungsbestandteile vorgestellt, bei denen in der wissenschaftlichen Literatur ein günstiger Einfluss auf das Prostatakarzinom in der Diskussion ist.

Obst und Gemüse

Die darin enthaltenen „Antioxidantien“ sind sogenannte sekundäre Pflanzenstoffe, die schädliche Einflüsse auf unser Erbgut durch aggressive Stoffe - die Radikale - fernhalten können. Freie Radikale muss man sich als Abfallprodukte unseres Stoffwechsels vorstellen, die gerne mit unserem Erbgut reagieren, es verändern und damit eine Entartung auslösen können. Die in Obst enthaltenen Antioxidantien sind „Radikalfänger“, die solche Radikale unschädlich machen können.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt für einen Erwachsenen, fünf Mal am Tag eine Portion Obst so groß wie die eigene Faust zu



Rotwein reduziert das Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken.

essen, da die Antioxidantien nicht gespeichert werden können. Viele der in Obst oder Gemüse enthaltenen Vitamine wirken in gleicher Weise und können vom Körper ebenfalls nicht gespeichert werden.

Grüner Tee

Der im grünen Tee enthaltene Stoff Epigallocatechingallat EGCG scheint der entscheidende Inhaltsstoff zu sein, der neben vielen anderen Faktoren wie eiweißarme Ernährung - die reich an Gemüse und Ballaststoffen ist - verantwortlich ist für die geringe Häufigkeit von Prostatakrebs in asiatischen Ländern.

Rotwein

Rotwein ist ein Cocktail aus bis zu 150 verschiedenen chemisch definierten Substanzen. Sogenannte Flavonoide und Polyphenole senken das Prostatakrebsrisiko. Dieser Zusammenhang wurde von US-Forschern sogar auf eine Risikoreduktion um sechs Prozent pro Glas getrunkenen Rotwein bis zu einer Menge von vier Gläsern pro Woche beziffert.

Auch für das Herz-Kreis-

lauf-System ist der mäßige Genuss von Rotwein günstig. Vermutlich wirkt der im Rotwein enthaltene Alkohol leicht blutverdünnend und senkt die Rate an Herzinfarkten, Thrombosen und Embolien. Nicht vergessen werden darf bei allen diesen Überlegungen, dass Alkohol auch ein Lebergift ist. Positive Wirkungen auf das Herz sind nur bei maßvollem Konsum zu erzielen.

Tomaten, rosa Grapefruit

Der Stoff, der Tomaten rot und rosa Grapefruit rosa färbt, ist Lykopen. Lykopen verringert nicht nur das Risiko, an Prostatakrebs zu erkranken, sondern führt im Labor sogar zu einem Absterben von Prostatakrebszellen. Der regelmäßige Genuss von Tomatensaucen ist mit einer 35-prozentigen Risikoreduktion verbunden, an einem fortgeschrittenen Prostatakrebs zu erkranken.

Grantapfelsaft

Die in Deutschland nahezu unbekanntes Granatapfelfrucht ist ein Cocktail aus krebshemmenden Substanzen. So können die darin enthaltenen Tannine und Anthocyanine bei einem schon ausgebrochenen Krebs zumindest im Tiermodell zu einem Absinken des PSA-Wertes und damit einer Wachstumshemmung des Prostatakrebses führen.

Pflanzenöle, Nüsse, Kakaoprodukte

Der gemeinsame Nenner dieser Nahrungsmittel ist Vitamin E. Genauso wie Vitamin C ist es ein „Radikalfänger“, schützt also unser Erbgut vor den Angriffen der

Stoffwechselgifte und beugt damit einer Entartung vor.

Selen

Selen ist ein vergessenes Spurenelement. Es wird als „Motor“ für viele Fermente gebraucht, die den Körper vor Entzündungen und Entartung schützen. So ist ein Zusammenhang zwischen normalen Selenkonzentrationen im Blut und einer geringen Krebshäufigkeit bewiesen. Patienten, die während einer Chemotherapie oder Bestrahlung Selen in hoher Konzentration erhalten, geht es besser.

Selen kommt natürlicherweise in Ackerböden vor und geht über die Getreidekörner in die Nahrung über. In Deutschland herrscht Selenmangel, das heißt eine ausreichende Zufuhr über die Nahrung ist nahezu nicht möglich. Übrigens wird Selen seit Jahren der Tiernahrung zugesetzt, um die gesundheitsfördernde Wirkung auf Mastvieh auszunutzen.

Vitamin D

Der als Vitamin D bekannte Wirkstoff Cholecalciferol kann die Wahrscheinlichkeit, an einem Prostatakrebs zu erkranken, auf ein Drittel reduzieren. Vitamin D wird unter Einfluss des Sonnenlichts in der Haut produziert und in der Niere aktiviert. Ausgedehnte Sonnenbäder sind dafür jedoch nicht notwendig. Vermutlich reicht der Kontakt des Gesichtes und der Hände über zehn Minuten am Tag, um ausreichende Mengen zu produzieren. Zu viel Sonnenlicht und vor allem wiederholte Sonnenbrände bergen das Risiko des schwarzen Hautkrebses und sollten unbedingt vermieden werden. •

Gastbeitrag: Eine Reha-Klinik stellt sich vor - Klinik Quellental in Bad Wildungen-Reinhardshausen

Rehabilitation an der Heilquelle

Nach radikalen urologischen Eingriffen – zum Beispiel bei einer Tumorerkrankung – sind weitere Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich. Häufig erfolgt die sogenannte Anschlussheilbehandlung an einer Reha-Klinik. Die Urologie des Evangelischen Krankenhauses Witten arbeitet dabei mit der Klinik Quellental in Bad Wildungen-Reinhardshausen zusammen.

Bad Wildungen ist seit 1906 ein urologisches Heilbad von europäischem Rang. Gegründet wurde es aufgrund verschiedener Heilquellen schon im 17. Jahrhundert. Daraus entwickelte sich in der Stadt am Nationalpark Edersee in Nordhessen ein traditionelles urologisches Zentrum für Rehabilitationsmedizin. Reinhardshausen mit zirka 1100 Einwohnern, an dessen Ortsrand die Klinik Quellental liegt, war bis 1940 ein unabhängiges Heilbad.

Die Klinik Quellental hat 241 Einzelzimmer mit Fernseher, Selbstwähltelefon, Kühlschrank, Dusche/WC und zumeist Balkon. Auch behindertengerechte und Doppelzimmer stehen zur Verfügung, daneben Internetzugänge, eine Cafeteria, eine Kreativwerkstatt, ein Großbildfernseher und eine große Dachterasse mit tollem Ausblick. Schwerpunkt der Klinik ist die Rehabilitation nach urologisch-onkologischer Primärtherapie, insbesondere nach radikalen urologischen Eingriffen.

Das Konzept umfasst eine ganzheitliche Betreuung, ausgerichtet auf die persönlichen Bedürfnisse der Patienten, mit einem breit gefächerten individuellen Behandlungsangebot. Schwerpunkt ist die



Die Klinik Quellental in Bad Wildungen-Reinhardshausen.

Harninkontinenz, besonders nach radikalen Beckenoperationen, da dadurch die Lebensqualität der Patienten am stärksten beeinträchtigt werden kann. Bei erektiler Dysfunktion werden die Patienten mit der Handhabung der möglichen Hilfsmittel vertraut gemacht. Patienten nach Zystektomie – der Entfernung der Blase – werden im Umgang mit ihrer Harnableitung geschult. Die Selbstversorgung eines künstlichen Ausgangs, das Legen eines Katheters durch den Patienten selbst oder der Umgang mit der Neoblase werden eingeübt und bis zur Sicherheit des Patienten überwacht. Auch onkologische Behandlungen mit Hormon- und Chemotherapien werden hier begonnen oder fortgesetzt.

Die Klinik Quellental fühlte sich einer evidenzbasierten Medizin bereits verpflichtet, als dieser Begriff noch gar nicht gebräuchlich war. Die Entwicklung von der Beckenbodengymnastik hin zum spezifischen Kontinenztraining, zum Beispiel nach radikaler

Prostatektomie, wurde in der Klinik Quellental erstmals konzipiert und kontinuierlich fortgeführt. Die Berücksichtigung neuer Erkenntnisse zur Anatomie und Physiologie des Harnblasenverschlusses führte zu differenzierten Behandlungsstrategien.

Für viele Patienten ist die Diagnose einer Krebserkrankung ein tiefer Einschnitt in ihr Leben. Psychoonkologische Mitbetreuung hat die seelische Entlastung und Verarbeitung der Krankheit zum Ziel. Fachspezifische Informationsvorträge ergänzen das Wissen über die jeweiligen Tumore, deren Behandlung, die Vor- und die Nachsorge sowie die Risikofaktoren. Ebenfalls in Vorträgen und speziellen Einzelberatungen werden Aspekte der gesunden Lebensführung vermittelt – mit dem Schwerpunkt der gesunden Ernährung bei Krebserkrankungen.

Chefarzt Prof. Dr. Ullrich Otto leitet ein Team aus acht weiteren Urologen und je einem Facharzt für Rehabilitationsmedizin, Innere Medizin,

Gynäkologie, Allgemeinmedizin und Orthopädie. Das Ärzteteam wird unterstützt von vier psychoonkologisch geschulten Psychotherapeuten, einem urologisch geschulten Pflegeteam mit freundlichen Krankenschwestern und -pflegern sowie 15 Krankengymnasten. Sie behandeln einfühlsam mit osteopathischen Techniken in Einzel- und Gruppentherapie, unterstützt durch Wärmeanwendungen, medizinischen Bädern, Massagen, Gymnastik, Ultraschall- und Elektrotherapie sowie videoendoskopischem Biofeedback-Sphinktertraining.

Zum Wohlfühlen trägt eine gute Küche mit Diätberatung bei. Die Sozialarbeiterin schafft die Voraussetzungen für die Reintegration in den gesellschaftlichen Alltag und, wenn erforderlich, in das Berufsleben. So werden auch häusliche Pflege oder die Versorgung mit Hilfsmitteln am Heimatort frühzeitig organisiert. Der hauseigene Fahrdienst sorgt bei Bedarf für Hin- und Rückreise. •

Impressum

Herausgeber

Klinik für Urologie
Evangelisches Krankenhaus
Witten gGmbH
Pferdebachstraße 27
58455 Witten

Geschäftsführer

Jörg Friedrich

Redaktion / Kontakt

Dr. Andreas Wiedemann,
Chefarzt Klinik für Urologie
Tel.: 02302/175-2521
kbrinkmann-neumann@
diakonie-ruhr.de

Jens-Martin Gorny,
Öffentlichkeitsreferat
Tel.: 02302/175-2228
jm.gorny@diakonie-ruhr.de

Therapeuten bilden sich über Inkontinenz und ihre Behandlung fort

Bei einer Fortbildung mit Referent Philip Grosemans (vorne, 3.v.l.) haben sich das Team der Physikalischen Therapie sowie Therapeuten der Geriatrie des Evangelischen Krankenhauses Witten mit physiotherapeutischen Behandlungsformen bei Inkontinenz beschäftigt. Dr. Janusz Machura (2.v.r.), Oberarzt der Klinik für Urologie, freut sich, dass die Therapeuten dazu beitragen, eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten, die unter Inkontinenz leiden, sicherzustellen.



Große Urologen (2): Carl Erich Alken

Der Beckenbauer der deutschen Urologie

In der Gründerzeit der Urologie in den Nachkriegsjahren war es Prof. Dr. Carl Erich Alken, der die Urologie als eigenständiges Fach in Deutschland etablierte und den internationalen Ruf wiederherstellte. Die deutsche Urologie lag nach dem Zweiten Weltkrieg darnieder, die internationalen Kontakte waren abgerissen, führende Urologen hatten wegen des Antisemitismus des Dritten Reiches ihre Positionen verlassen müssen.

Nach der Rückkehr aus dem Kriegsdienst begann Alken 1946, eine urologische Klinik im Landeskrankenhaus Homburg/Saar aufzubauen. Aus dieser Klinik wurde unter der französischen Besetzung die medizinische Hochschule des Saargebiets mit einem urologischen Lehrstuhl. Mit dem Wiederanschluss des Saarlandes im Jahr 1957 hatte die Bundesrepublik damit ihren ersten Lehrstuhl für Urologie mit Alken als Leiter.

1962 rief Carl Erich Alken die Zeitschrift „Der Urologe“ ins Leben - bis heute die wichtigste Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Die endgültige



Carl Erich Alken

Durchsetzung der Urologie als Lehr- und Prüfungsfach in der Approbationsordnung ging auf ihn zurück. Erst damit war die Etablierung und Gleichberechtigung der Urologie als Spezialfach in Deutschland abgeschlossen.

Auch die Einführung der Prostata Vorsorgeuntersuchung im Jahr 1961 (und deren Kostenübernahme durch die Kassen) ist das Verdienst Carl Erich Alkens.

Eine Erfindung von Alken wird heute noch tagtäglich in der Urologie verwendet: das sterile Gleitmittel vor Katheteranlagen, Blasenspiegelungen oder Harnröhrendehnungen. Ursprünglich wurden Katheter und Spiegelungsinstrumente vor der Einführung des steril verpackten Gleitmittels lediglich mit Gleitmittel bestrichen. Das Gleitmittel befand sich in sogenannten

Katheterhörnchen. Dabei handelte es sich um vasenartigen Glasgefäße mit einer Wandhalterung und einem Blechdeckel, die meistens offen standen und in die Katheter oder Instrumente getunkt wurden – Zustände, die heute unvorstellbar sind. Abgesehen von der Ineffektivität auf Grund der Abstreifung des Gleitmittels in der Harnröhre war das Verfahren hygienisch mehr als bedenklich.

Carl Erich Alken hatte nun die entscheidende Idee: das Gleitmittel sollte nicht nur auf die Katheterspitze oder die Spitze eines Instrumentes gelangen, sondern die gesamte Harnröhre sollte benetzt werden. Alken perfektionierte das Gleitmittel, indem er sowohl desinfizierende Wirkstoffe gegen Bakterien als auch ein Lokalanästhetikum zufügte, um die Harnröhrenschleimhaut zu betäuben und die Manipulation angenehmer zu gestalten. Das Ganze wurde in sterile Einmalspritzen abfüllt und ist aus der modernen Urologie nicht mehr wegzudenken. So profitieren auch noch 40 Jahre nach der Erfindung urologische Patienten von Carl Erich Alkens Idee. •