

Warum ich mich für die Dreifache Hormonblockade (DHB) entschieden habe

von Ralf-Rainer Damm, Land Angeln
Letzte Aktualisierung: 27. Juli 2011

Vorbemerkung: Dieser Beitrag soll in keiner Weise als konkreter Ratschlag für die Wahl einer bestimmten Therapie nach einer Prostatakrebsdiagnose sein. Er stellt meine ganz persönliche Meinung und den Weg meiner Meinungsbildung dar. Es steht jedem Leser frei, sich seine eigene Meinung zu bilden, und er sei ausdrücklich hierzu aufgefordert.

Seit der Erstfassung dieses Textes vom 8. Februar 2001 habe ich mich natürlich mit dem Thema ständig weiterbeschäftigt und habe weitere Fakten erfahren. Ich sehe bisher nichts, was mich davon überzeugen könnte, dass mein Entschluss falsch war. Ich habe in dieser zweiten Fassung einige textliche Ergänzungen vorgenommen, die mir wichtig erschienen.

Zu allererst, und das kann man nicht oft genug betonen:

Die Entscheidung, zu welcher Behandlung er sich entschließt, muss jeder Erkrankte ganz für sich allein treffen. Niemand kann sie ihm abnehmen. Er sollte sich vor der Entscheidung aller jeweiligen Chancen und Risiken bewusst sein und sich über sie kundig machen.

Dies betrifft in Deutschland jedes Jahr 25.000 weitere Männer. Ich will niemanden in seiner Entscheidung in die eine oder andere Richtung beeinflussen, sondern allenfalls eine Entscheidungshilfe geben, indem ich hier meine Überlegungen darlege und genau so auch mir bekannt gewordene Argumente nenne, die gegen sie sprechen. In diesem Sinne soll dies auch kein flammendes Plädoyer für die DHB werden¹, sondern ein Zusammentragen aller Argumente sein, die mir bekannt sind. Jeder Betroffene muss ganz allein für sich entscheiden, ob er meine Gründe nachvollziehen kann oder lieber mit dem Ratschlag seines Arztes auf der nach dessen Meinung sicheren Seite liegen möchte. Es geht hier um eine Entscheidung, die das gesamte weitere Leben des Erkrankten nachhaltig beeinflussen wird.

**Ich will niemanden zur DHB überreden.
Ob ich sie guten Gewissens empfehlen kann, werde ich erst in Jahren wissen.**

Ganz nebenbei will ich selbst in einigen Jahren noch nachlesen und nachvollziehen können, warum ich mich gegen Ende des Jahres 2000 für die DHB entschieden habe.

Die erste Frage, die jeder für sich beantworten muss, lautet:

1) Will ich darauf vertrauen, dass mein Arzt, in aller Regel ein Urologe, vollkommen sicher weiß, was am besten für mich ist?

Diese grundsätzlich Frage, die jedes weitere Vorgehen festlegt, muss jeder für sich beantworten. Meine Antwort für mich lautete **nein**. Hier wird sicher die Mehrheit der Ärzte empört sein, aber auch ein Arzt geht mal zum Arzt, und dann? Verlässt er sich blind auf die Meinung des ersten Kollegen vom anderen Fach, den er konsultiert? Das müsste er aber, wenn er das gleiche von seinen Patienten erwartet.

Es geht hier aber um **mich** und darum, in welcher Verfassung ich die verbleibenden Jahre meines Lebens verbringen möchte. Nach der Mitteilung, dass ein Prostatakrebs gefunden wurde, dem darauffolgenden Gespräch mit meinem (erstbehandelnden) Urologen ("lassen Sie sich die Prostata entfernen, dann sind Sie den Krebs los und haben eine nur minimal verringerte Lebenserwartung!" – keine Rede von der nicht nur minimal eingeschränkten Lebensqualität, darauf² kam erst auf Nachfrage zögernd die Sprache) – und nach längerer Suche im Internet nach Information, zunächst über Kliniken in der Umgebung, dann aber

1 Nach Fertigstellen des Beitrages fürchte ich fast, dass es das trotzdem geworden ist.

2 Inkontinenz und Impotenz, evtl. Harnröhrenverengung. Die Vorstellung, jeden Abend mit der Sorge schlafen zu gehen, am nächsten Morgen eingenässt aufzuwachen, konnte mich nicht begeistern.

immer mehr zum PK allgemein und alternativen Behandlungsmethoden, verbrachte ich einige mehr oder weniger schlaflose Nächte und ließ mir alle Optionen durch den Kopf gehen. Ich gehe davon aus, dass mein Urologe meinetwegen keine schlaflosen Nächte hatte³. Wenn ich 15 Jahre älter gewesen wäre, hätte ich mich vielleicht zur Prostatektomie durchringen können (zum Zeitpunkt der Biopsie und Diagnose war ich 56 Jahre alt).

Ich will hier keinen Arzt beschuldigen, über Erfolgsaussichten bewusst die Unwahrheit zu sagen, aber kann es nicht sein, dass sich manche Urologen dazu selbst etwas einreden?

Das gilt auf für die zweite Frage, sie lautet:

2) Vertraue ich auf die Aussage der Urologen, dass der Krebs zu Anfang auf die Prostata beschränkt ("lokal") ist und sich erst in fortgeschrittenem Stadium weiter im Körper ausbreitet ("systemisch wird")?

Meine Antwort für mich lautete wiederum **nein**, nachdem ich mir, so gut es ging, ein Bild vom Stand des Wissens gemacht hatte. Die ersten Zweifel kamen mir, als ich von Betroffenen hörte, denen nach günstiger Prognose die Prostata entfernt worden war, und bei denen sich anschließend trotzdem (Knochen-) Krebs oder jedenfalls ein steigender PSA-Wert zeigte.

Zur Beruhigung des Patienten (und möglicherweise auch des Urologen) werden üblicherweise vor dem Eingriff eine Computer-Tomographie (CT) und ein Skelett-Szintigramm gemacht, ersteres, um ein Übergreifen auf andere Organe, vor allem die Samenbläschen und die Lymphknoten in der Nachbarschaft der Prostata, letzteres um ein Übergreifen auf das Skelett auszuschließen bzw. festzustellen. Beides ist recht eindrucksvoll, kann aber kleine Herde ("Mikrometastasen") nicht orten, die sich nach einer Prostataentfernung völlig ungehindert weiterentwickeln können. Die Aussagen darüber, wie groß ein Tumor sein muss, damit er mit diesen bildgebenden Verfahren festgestellt werden kann, liegen zwischen 4 mm (Aussage des Radiologen, sicher nicht pessimistisch) und 7 mm. Man schaue sich auf einem Lineal an, wieviel 4 mm sind!

Wenn sich eine Metastase (oder mehrere) dann darin manifestiert, dass nach der Operation der PSA-Wert nicht bei Null bleiben will, kann der Urologe sinngemäß nichts anderes sagen als "dumm gelaufen" und jetzt mit einer Bestrahlung oder gleich Hormonblockade beginnen. Der Betroffene ist bezüglich seiner Erkrankung nicht besser dran als vorher, aber die durch die Operation eingetretene zusätzliche, teilweise erhebliche Einschränkung der Lebensqualität hat er bis an sein Lebensende. Die Hormonblockade hätte er dann auch gleich haben können. In der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Main lernte ich haufenweise prostatektomierte Männer kennen (ich schätze ihren Anteil in der Gruppe auf 40 %), die ganz selbstverständlich davon erzählten, dass sie nach der Operation in Hormontherapie sind oder waren (evtl. zwischen zwei Zyklen). Nach der reinen Lehre müsste doch das eine das andere nahezu ausschließen, oder? Wenn ich *ohne* Prostata noch eine Hormontherapie brauche, dann kann ich doch auch gleich das Ding drinlassen und mit dieser Therapie anfangen. Nach allem, was ich höre, wird es mir dabei und vor allem danach wesentlich besser gehen.

Nach einer Untersuchung der renommierten Mayo-Klinik in Rochester, Minnesota, an 2.700 Männern, die sich der radikalen Prostatektomie unterzogen hatten, zeigte sich im Anschluss der Krebs bei fast 30 % dieser Männer, und zwar in einem Zeitraum bis nach fünf und mehr Jahren. Die Erhebung ist datiert mit dem 18. August 2000. Nachzulesen unter:

<http://cancerlinksusa.com/prostate/news/081800prostate.htm>

Mein Schluss: Der Krebs kann nur aus Mikrometastasen entstanden sein, die bei der Operation schon vorhanden und durch die bildgebenden Verfahren nicht festgestellt worden waren.

3 Ich bin diesem Urologen für die Erstbehandlung trotzdem sehr dankbar und kann gerechterweise auch nicht erwarten, dass er meinetwegen schlaflose Nächte hatte, sonst könnte er bei hunderten von Patienten überhaupt nicht mehr schlafen. Er gab mir kurz vor den Weihnachtsfeiertagen 2000 eine Trenantone-Injektion aus seinem Bestand und seinen gesamten Vorrat an Flutamid-Musterpackungen. Nur auf Proscar wollte er sich nicht einlassen. Wegen der Feiertage hätte ich andernfalls noch mindestens zwei weitere Wochen mit dem Beginn der Behandlung warten müssen.

Erst nach meiner Entscheidung für die DHB, und als ich noch auf der Suche nach einem Arzt war, der bereit ist, sie durchzuführen, stieß ich im Internet auf die Partin-Tabellen⁴, und sie beseitigten schlagartig die letzten Zweifel daran, dass meine Entscheidung richtig gewesen war. Mit meinen Werten (bPSA = 12,2 ng/ml, Gleason-Summe 2+3 = 5, klinisches Stadium T2a⁵, dies ist ein vergleichsweise noch recht frühes Stadium), ergeben sich die folgenden Aussagen:

- Wahrscheinlichkeit, dass das Karzinom noch auf die Prostata begrenzt ist: 43 %,
- Wahrscheinlichkeit eines Kapseldurchbruchs: 50 %,
- Wahrscheinlichkeit eines Befalls der Samenblasen: 5 %,
- Wahrscheinlichkeit eines Befalls der Lymphknoten: 2 %.

Mit anderen Worten: Die Urologen stürzen sich auf die Samenblasen und die Lymphknoten, wohl weil sie am leichtesten zugänglich sind, sind happy, wenn sich dort nichts findet, dabei sitzt mit viel höherer Wahrscheinlichkeit der Feind schon ganz woanders.

Ich habe bei meinen ersten beiden Urologen nicht beobachtet, dass sie aus einer Schublade die Partin-Tabellen gezogen hätten, nachdem sie meine Werte erfuhren (soviel auch zu Frage 1 oben). Der dritte tat es zwar auch nicht, aber er wusste, wovon ich sprach, als ich sie erwähnte, und erklärte sich ohne Diskussion zur Durchführung der DHB bereit (er führte sie bereits an anderen Patienten durch) und schien die Partin-Tabellen gut zu kennen, als ich ihm meine Beweggründe für die Entscheidung zur DHB auführte.

Unter <http://www.prostatepointers.org/prostate/partin/partin1form.html> kann man, wenn einem die Partin-Tabellen nicht zugänglich sind, seine Werte eingeben und erhält die vier oben genannten individuellen Aussagen.

Hinzu kommt, dass das Festlegen des Grades der Differenzierung⁶ durch den Pathologen eine subjektive Angelegenheit ist. Ich fand die Aussage eines amerikanischen Pathologen, dass viele seiner Kollegen den Grad zu optimistisch angeben aus Sorge, dass sie, wenn aufgrund ihres Befundes eine Prostatektomie durchgeführt wird, die sich im Nachhinein als unnötig herausstellt, auf Schadenersatz verklagt werden, der sich in USA bekanntlich sofort im Millionen-Dollar-Bereich bewegt. Ob dieses typisch amerikanische Phänomen auch auf Deutschland zutrifft, weiß ich nicht. Angenommen, meine Gleason-Summe wäre 6 und nicht 5, dann wäre die Wahrscheinlichkeit, dass das Karzinom auf die Kapsel beschränkt wäre, nur noch 38 % statt 43 %⁷.

4 Die "Partin-Tabellen" wurden ursprünglich von den Urologen Dr. Alan W. Partin und Patrick C. Walsh entwickelt, wobei sie die gesammelten Daten hunderter Patienten zugrundelegten, die wegen Prostatakrebs behandelt worden waren. Indem sie die drei Dinge miteinander in Zusammenhang setzten, die über die Erkrankung eines Patienten bekannt waren – den PSA-Wert, die Gleason-Summe und die klinische Einstufung – wurden die Tabellen entwickelt, um Männern und ihren Ärzten dabei zu helfen, den definitiven pathologischen Zustand vorherzusagen (sie wurden nach dem Eingriff bestimmt, wenn ein Pathologe die entfernte Prostata auf das Vorhandensein von Prostatakrebs untersucht) und die beste weitere Behandlung festzulegen. Die Tabellen sind später aktualisiert worden, und Daten von drei Institutionen – der Universität von Michigan, des Baylor College of Medicine sowie der urologischen Abteilung des Johns Hopkins Medical Institute – und von 4.133 Männern wurden aufgenommen, die von fast einem Dutzend Chirurgen operiert worden waren. Der Beitrag mit den Tabellen wurde veröffentlicht in *JAMA – The Journal of the American Medical Association* – Band 277, Nr. 18 vom 14. Mai 1997.

Ergänzung vom Juli 2003: Im Jahr 2001 wurden die Partin-Tabellen abermals überarbeitet und modifiziert. Die neuen Tabellen sind zu finden unter http://urology.jhu.edu/Partin_tables/. Dort kann man seine Werte auch direkt in eine Maske eingeben und erhält die vier Wahrscheinlichkeitswerte.

5 Der Pathologe gibt G2a an. T2a ist meine Vermutung. Bei der Biopsie tat der Urologe alle Stanzproben in ein Gefäß, wohl mit dem Gedanken "wenn auch nur einer davon positiv ist, kommt das Ding (die Prostata) sowieso raus." Es ist also nicht mehr festzustellen, aus welchem Bereich der Prostata sie stammten. Zwei von sechs Proben waren positiv, daher meine Vermutung, dass nur ein Lappen befallen war.

6 Der Grad, um den sich die entarteten Zellen von den normalen Prostatazellen unterscheiden.

7 Ergänzung vom Juli 2003: Eine später auf meinen Wunsch erfolgte Zweitbegutachtung bei Prof. Helpap in Singen erbrachte tatsächlich eine Gleason-Summe von 3+3 = 6. In den neuen Partin-Tabellen von 2001 wird aber zwischen den GS 5 und 6 kein Unterschied mehr gemacht. Die Wahr-

Unsere Erkrankung hat bekanntlich viele Gemeinsamkeiten mit dem Brustkrebs der Frauen, z. B. die Hormonabhängigkeit. Ich bin unter der Überschrift "*Plädoyer für eine frühe Anwendung von Bisphosphonaten*" auf das Ergebnis einer Untersuchung an 302 betroffenen Frauen gestoßen, in der bei **allen** von ihnen im Knochenmark Tumor-Einzelzellen als Risikofaktor einer Fernmetastasierung nachweisbar waren. Wurden sie frühzeitig mit Bisphosphonaten (z. B. Ostac®) behandelt, so sank das Risiko, Fernmetastasen auszubilden, gegenüber einer nichtbehandelten Vergleichsgruppe auf die Hälfte. Bei uns Männern dürfte es ähnlich aussehen. Der Leiter dieser Untersuchung führte aus: "Es besteht die Hoffnung, dass wir Mikrometastasen beeinflussen können. Auch beim **Prostata**-, Nieren-, Schilddrüsen und Lungenkarzinom macht das Sinn". Nachzulesen unter:

<http://www.blackwell.de/journale/mr/0010.pdf>

In einer Mitteilung vom 6. April 1999 aus dem Center for Prostate Disease Research (CPDR), einer Abteilung des US-Verteidigungsministeriums, heißt es unter der Überschrift "*Ein Verfahren könnte die Erkennung und Behandlung von Prostatakrebs revolutionieren*":

"Viele Männer mit Prostatakrebs im Anfangsstadium weisen bei CT-Untersuchungen und anderen bestehenden Tests für die Ausbreitung von Prostatakrebs normale Ergebnisse auf. Trotzdem haben diese Männer häufig mikroskopischen Krebs, der gestreut oder sich in andere Teile des Körpers metastasiert hat und mittels gegenwärtiger medizinischer Tests nicht erkannt werden kann".

Es wird dann weiter über ein neuartiges Untersuchungsverfahren berichtet, die "reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT PCR)" (umgekehrte Transcriptase-Polymerase-Kettenreaktion) zum Nachweis von frei im Blut oder im Knochenmark zirkulierenden Krebszellen, die aus der Prostata stammen. Das Verfahren ist (oder war vor zwei Jahren) noch in der Entwicklung. Hoffentlich ist es bald ausgereift und auch hier zu Lande verfügbar. Es würde dann allerdings den Radiologen zu schaffen machen, weil es CT und Skelett-Szintigramm ablösen könnte:

http://www.cpdr.org/rt_pcr.shtml

Viele – wohl die meisten – Urologen halten daran fest, dass der Prostatakrebs zunächst lokal ist, auch wenn er bereits die Lymphknoten und die Samenblasen befallen hat. Als Laie schreckt man davor zurück, dass sich einem eine andere Meinung aufdrängt, als sie die Experten vertreten. Aber hier kann ich nicht anders.

Die dritte Frage könnte vielleicht noch lauten:

3) Glaube ich daran, dass die Dreifache Hormonblockade mir helfen wird?

Hier kann meine ehrliche Antwort für mich nur lauten: Ich weiß es nicht, ich kann es nur hoffen. Statistische Sicherheit (eine Statistik sagt nie etwas über den Einzelfall aus, das gilt auch für die Partin-Tabellen!) wird man erst haben, wenn eine genügende Anzahl von Männern die DHB fünf, zehn und mehr Jahre hinter sich haben. Hier haben wir auf der einen Seite nur die Angaben von Dr. Leibowitz und auf der anderen Seite die Angabe, die auch jeder Urologe kennt, dass der antihormonell (aber nicht mit der DHB!) behandelte Prostatakrebs nach sechs bis zehn Jahren refraktär wird, d. h. auf die Antihormonbehandlung nicht mehr anspricht⁸.

Um es zusammenzufassen, wie aus meiner Sicht unsere Situation ist:

- Wir haben eine ernsthafte Erkrankung, aber keine Möglichkeit, bei irgend jemandem eine nachhaltige Befreiung davon einzuklagen. Unsere Lebenserwartung hat sich mit hoher Wahrscheinlichkeit verringert, damit müssen wir uns abfinden. Mit der Diagnose

scheinlichkeit auf Organbeschränkung wird dort jetzt mit 42 % angegeben.

- 8 Die Herren Doktoren und Professoren vergleichen hier Äpfel mit Birnen, und das darf man ihnen als Akademikern nicht durchgehen lassen. Sie beziehen ihre Erfahrung mit der Hormonblockade aus dem Szenario, dass ein Patient am Ende seiner Prostatakrebslaufbahn, wenn Operation und Bestrahlung versagt haben, mit einer (ein- oder zweifachen) Hormonblockade als letztem Mittel behandelt wird, und zwar zeitlich unbegrenzt, bis der Krebs refraktär wird und auf den Testosteronenzug nicht mehr anspricht. Das DHB-Protokoll ist aber eine Ersttherapie, verwendet drei Mittel und ist zeitlich auf in der Regel 13 Monate begrenzt (dieser Wert ist kein Dogma, es darf auch mehr sein, aber nicht mehr als zwei Jahre).

"Prostatakrebs!" werden wir unwiderruflich von der Insel der Seligen verstoßen, und es gibt nach dem derzeitigen Stand der Medizin für die wenigsten von uns eine Rückkehr zu ihr, auch nicht mit der sofortigen Entfernung der Prostata. Die Angst vor einem Wiederaufflackern des Krebses wird uns begleiten bis an das Ende unserer Tage. Je früher wir nach der Diagnose diese Tatsache als unabänderlich akzeptieren, desto eher und nüchterner können wir uns mit den uns verbliebenen Optionen auseinandersetzen.

- Es gibt die vier klassischen Therapien, die uns unsere deutschen Urologen anbieten, und die hier zu Lande anerkannt sind: Radikale Prostatektomie (RP), Antihormonbehandlung (einfach mit LH-RH-Agonist oder zweifach mit z. B. zusätzlich Flutamid oder Casodex, wovon der zweite Urologe, zu dem ich ging, schon meinte, es sei ein Overkill⁹, Strahlentherapie [extern oder intern (Brachytherapie) durch Seeds], die auch nur lokal wirkt und sich nach allem, was ich weiß, in der Erfolgsquote mit der RP in etwa die Waage hält, und "schaun wer mal" (vornehm und neudeutsch: watchful waiting).
- Keine dieser Therapien entfernt den Krebs zuverlässig aus unseren Körpern. Ob die jeweils angewandte erfolgreich war, weiß man erst nach Jahren.
- Es gibt eine weitere Therapie, die ein Arzt im fernen Kalifornien – Dr. Bob Leibowitz – Anfang der 90er Jahre versuchsweise an seinen Patienten begann, indem er die Antihormontherapie auf eine bestimmte Zeitdauer (13 Monate) begrenzte [hier zu Lande und auch in anderen Ländern macht man es anscheinend etwa drei bis sechs Monate lang als Vorbereitung auf eine RP ("neoadjuvant"), lebenslang mit der Erfahrung, dass unter ihr der Krebs nach einiger Zeit refraktär wird, oder intermittierend (Behandlung und Behandlungspausen wechseln sich ab)] und zusätzlich Proscar einsetzte, das auch nach der eigentlichen Therapie für den Rest des Lebens eingenommen wird (Leibowitz: "Ich habe darüber hinaus ohne Nachweis hierfür spekuliert, dass es vorteilhaft sein könnte, zusätzlich Proscar einzusetzen") [die Meinung meines bereits erwähnten zweiten Urologen zur zusätzlichen Einnahme von Proscar: "Mistelextrakt oder Kamillentee bewirkt dasselbe" (nämlich gar nichts)¹⁰]. Wenn der positive Effekt von Proscar zutrifft, dann handelt es sich hier um einen bisher nicht erklärbaren Synergie- (Verstärkungs-) Effekt¹¹. Man kann die DHB getrost als modifizierte intermittierende Antihormon- (Antiandrogen-) therapie bezeichnen.
- Dr. Leibowitz berichtet über erstaunliche Erfolge, die wir in unserer Situation natürlich gerne glauben möchten¹². Sein gedanklicher Ansatz, den Krebs mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln schlagartig zu attackieren und ihn möglichst auszuhungern, bevor er weiß, wie ihm geschieht und mutieren kann, erscheint mir jedenfalls plausibel. Ich will nicht mit meinem Krebs darüber diskutieren, wie weit jeder von uns beiden mit seinen Mitteln zu gehen bereit ist, sondern ich will ihn loswerden, und zwar so gründlich und so

9 Eine österreichische Studie gibt ihm scheinbar Recht, danach verbessert die Gabe von Flutamid zusätzlich zu einem LH-RH-Agonisten die Überlebensrate nur um 3 %, aber wie waren die Ausgangssituationen der Patienten? War es eine Erst- oder eine Drittbehandlung?

10 Dieser Arzt war deutlich ungehalten, als *ich*, ein medizinischer Laie, der sich im Internet irgendetwas angelesen hatte, *ihm*, einem promovierten Onkologen und Urologen, sagen wollte, wie ich behandelt zu werden wünschte. Wenn sein Einfühlungsvermögen in jemanden, der sich aus heiterem Himmel mit einer lebensbedrohenden Krankheit konfrontiert sah und verzweifelt einen Ausweg aus ihr suchte, so stark gewesen wäre wie sein Standesstolz, hätten sich unsere Wege vielleicht nicht so schnell getrennt. Er hatte von der DHB und Dr. Leibowitz noch nichts gehört, sah aber auch keine Notwendigkeit, auch nur einen Blick in die von mir mitgebrachte Dokumentation zu werfen. Er wusste schon alles, es gab für ihn nichts hinzuzulernen (mein subjektiver, sicher nicht unvoreingenommener Eindruck). Ich führe hier aber dennoch einige seiner Argumente an, um möglichst objektiv alles darzulegen, was ich für und wider die DHB gehört, gelesen, und mir selbst überlegt habe.

11 Wie ich höre, läuft in USA eine breitangelegte Studie an 11.000 Männern über die Wirkung von Finasterol (dem Wirkstoff von Proscar®) bei Prostatakrebs. Da scheint wohl doch etwas zu sein.

12 Ebenso gerne möchten wir aber auch den Beteuerungen unserer Urologen glauben, dass man nur die Prostata zu entfernen braucht, um Ruhe vor dem Krebs zu haben, so wie man aus einer Bombe nur den Zünder auszubauen braucht, um das hochgefährliche Ding völlig harmlos werden zu lassen. Es bedarf einiger Nervenstärke, um diese scheinbar simple Lösung unseres Problems erst einmal in Zweifel zu ziehen und sich einzugestehen, dass es eine simple Lösung überhaupt nicht gibt.

schnell wie möglich.

Ärzte mögen über meine Naivität lächeln. Ich für mein Teil halte dagegen die Vorstellung der Ärzte von der Prostata als einem Tresor für – Entschuldigung – naiv, in dem der Krebs gut verwahrt ist, und den man nur am Stück auszubauen braucht, um den Krebs aus dem Körper zu entfernen. Zu viel von dem, was ich seit meiner Diagnose erfahren habe, spricht dagegen, dass es so sei.

- Es gibt in Deutschland bereits Betroffene¹³, die die DHB haben durchführen lassen oder noch in ihr sind, und es gibt eine wachsende Anzahl (auch namhafter) Ärzte, die sie aus mehr oder weniger Überzeugung mitmachen. Da die Behandlung bei allen diesen Patienten erst kurze Zeit zurückliegt, kann man über die Langzeitprognose noch gar nichts sagen. Über die Langzeitprognose der klassischen Therapieformen könnte man das, wenn es ehrliche Statistiken gäbe. Eine (die der renommierten Mayo-Klinik) habe ich genannt.
- Auch die DHB verspricht nicht, den Krebs total aus dem Körper vertreiben zu können, sie kann aber, so hoffe ich, für längere Zeit ein erträgliches Gleichgewicht zwischen Erkrankung und Lebensqualität herstellen.

Das Thema "ehrliche Statistiken" ist komplexer, als es vielleicht erscheinen mag. In einem Schreiben an Dr. Patrick C. Walsh, den Chefarzt und Leiter des Brady Urological Institute beim Johns Hopkins Medical Institute in Baltimore¹⁴ vom 15. August 1994

http://www.prostatepointers.org/leibowitz/letter_walsh.html

legte Dr. Leibowitz (der für sich, nicht unwidersprochen, in Anspruch nimmt, der Vater der DHB zu sein) seine gesamten Überlegungen dar, die ihn dazu führten, die klassischen Therapien ganz aufzugeben und nur noch auf die DHB zu setzen, und einem Nachtrag dazu

http://www.prostatepointers.org/leibowitz/addend_walsh.html

geht er auf Erfolgsstatistiken von Dr. Walsh ein. Darin weist er darauf hin, dass Dr. Walsh die zu operierenden Patienten sorgfältig aussuchte: 96 % der Patienten hatten eine Gleason-Summe unter 7, 78 % einen PSA-Wert von unter 10 ng/ml, nur ein Prostatalappen durfte befallen sein (letzteres ist eine Interpretation von Dr. Leibowitz, da von Dr. Walsh wohl keine klaren Angaben hierzu vorlagen). Dr. Walsh reklamierte in einer Schrift (einer Statistik!), die mir nicht vorliegt, offensichtlich einen hohen Heilungserfolg¹⁵ durch RP. Dr. Leibowitz hat anscheinend nicht eindeutig herauslesen können, wie groß der Heilungserfolg wirklich war, und wie er definiert war.

Wenn es zutrifft, dass am höchst renommierten Johns Hopkins Hospital Patienten mit einem PSA-Spiegel von höher als 10 ng/ml kaum noch operiert werden, dann heißt dies doch nichts anderes, als dass die erfahrenen Chirurgen/Urologen dort mehr oder weniger stillschweigend davon ausgehen, dass sich bei Patienten mit einem höheren Wert mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit bereits Mikrometastasen gebildet haben und eine Operation nichts mehr bringt¹⁶.

13 Anfang 2001 wird die Zahl 120 genannt, bis Juli 2003 haben sich 236 Patienten diesbezüglich „geoutet“, ich denke, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt.

14 Dr. Walsh entwickelte die "nerverhaltende Operationstechnik" und war Mitautor der bereits erwähnten "Partin-Tabellen". Seine Veröffentlichungen weisen ihn als ausgesprochenen Gegner jedweder Antihormontherapie aus. Er ist Chirurg.

15 auch was unter "Heilungserfolg" zu verstehen ist, wird kontrovers diskutiert. Überleben bei akzeptabler Lebensqualität nach fünf, zehn, fünfzehn Jahren?

16 In dem Artikel vom Mai 1997 in JAMA, in dem die "Partin-Tabellen" vorgestellt wurden und an dem Dr. Walsh ja Mitautor war, heißt es wörtlich: "Zur Zeit wird bei annähernd 60 % der Männer, bei denen Prostatakrebs neu diagnostiziert worden ist, aufgrund unserer gegenwärtigen Einstufungsmodalitäten angenommen, dass die Erkrankung auf das Organ begrenzt ist. Leider zeigt sich zum Zeitpunkt des Eingriffs und abschließender pathologischer Analyse bei weniger als 50 % dieser Männer, dass ihre Erkrankung auf das Organ begrenzt ist".

Mir wird aus diesem Text allerdings nicht ganz klar, ob es 50 % aller betroffenen Männer oder 50 % dieser 60 %, also 30 % aller betroffenen Männer, sind. Ich verstehe "diese Männer" aber als letzteres, was heißen würde, dass bei nur 30 % aller frisch diagnostizierten Männer der Krebsbefall noch auf die Prostata beschränkt ist. Da gemäß den Tabellen das Risiko eines Befalls der Samenblasen und der Lymphknoten minimal ist, muss der Krebs woanders abgeblieben sein.

Ein weiteres Argument, das Dr. Leibowitz hier vorbringt, ist folgendes: Man weiß aus Autopsien an Verstorbenen (z. B. im Koreakrieg Gefallenen und Unfallopfern), dass etwa 30 % aller zwischen 30 und 40 Jahre alten Männer bereits Krebszellen in der Prostata aufweisen. Bis der Krebs erkannt wird, sind diese Männer Mitte 50 bis 60 Jahre alt oder noch älter. Das bedeutet aber nichts anderes, als dass in ihnen der Krebs *bis zu einem Vierteljahrhundert* Zeit gehabt hat, sich im Körper weitere warme Plätze zu suchen, und allenfalls vom Immunsystem in Schach gehalten wurde. Dies noch als Nachtrag zur Antwort auf die zweite Frage.

Mein Verdacht: Es gibt Urologen (sicher nicht alle!), die nahezu alles operieren, was ihnen als Prostatakrebs unter das Messer kommt, sich sich aber bezüglich der Erfolgsaussichten auf Statistiken wie die von Dr. Walsh berufen, der sich mit Bedacht aussucht, wen er noch operiert.

Der hier zitierte Brief von Dr. Leibowitz und der Nachtrag dazu sind anscheinend bisher leider nicht ins Deutsche übersetzt worden.

*Ich weiß nur eins: Wenn ich jetzt die RP hätte machen lassen und in einigen Jahren zwar ohne Prostata, dafür aber mit Metastasen und den Folgen der RP dasitzen würde, dann würde ich es für den Rest meines Lebens bereuen, nicht die DHB gemacht zu haben. Ich bin mir aber auch vollkommen im klaren darüber, dass es mir umgekehrt passieren kann, in einigen Jahren **mit Prostata und Metastasen** dazusitzen. Dann habe ich bis dahin jedenfalls eine höhere Lebensqualität gehabt. Aus diesem Dilemma sehe ich derzeit keinen Ausweg.*

Hier nachstehend der Versuch einer möglichst objektiven Zusammenfassung, was es an Argumenten für und gegen die DHB gibt. Für beides können gerne weitere Beiträge eingebracht werden, die ich unvoreingenommen nachtragen (aber möglicherweise kommentieren) werde¹⁷. Besonders würden die Selbsthilfegruppe und ich uns über Beiträge von Urologen und Onkologen – Fürsprecher wie Skeptiker – freuen.

Argumente für die DHB

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
Die DHT ist nichts vollkommen Neues, sondern eine modifizierte Form der Antihormon- (Antiandrogen-) Therapie, die eine anerkannte Behandlungsform vor einer radikalen Prostatektomie und/oder bei Vorliegen von Metastasen nach ihr ist. Das Abweichende (die Modifikation) besteht in dem Zeitplan (13 Monate anstelle von drei bis sechs Monaten, lebenslang bzw. einem unbestimmten Zeitplan bei der intermittierenden Hormonblockade) und dem Verabreichen von drei Medikamenten anstelle von einem oder zweien, wobei das dritte (Proscar) lebenslang als Erhaltungstherapie weiter eingenommen wird.	
Die bisher (durch Dr. Leibowitz) bekannt gewordenen Ergebnisse sind günstiger als alles, was von anderen Therapien bekannt ist.	
Außer dem "Schau wer mal" hat die DHB die geringsten Nebenwirkungen aller gängigen Therapien.	Die offensichtlichsten Nebenwirkungen sind Libido- und Potenzverlust für etwa 18 Monate. Durch die Medikamente können weitere Nebenwirkungen hinzukommen, siehe die jeweilige Packungsbeilage ¹⁸ . Dafür soll der Wirkstoff von Proscar, Finasterol, den Haarwuchs fördern (schwacher Trost, wenn man PK hat).

Dr. Walsh hat offensichtlich für sich die Konsequenz aus der Untersuchung gezogen und operiert nur noch Fälle mit guter Erfolgsaussicht, sprich PSA nicht höher als 10 ng/ml, GS nicht höher als 6.

17 Siehe meine E-Mail-Adresse am Ende des Beitrags.

18 Die einzigen, die ich bisher (nach zwei Monaten Behandlung mit Trenantone, Flutamid und Proscar) bei mir festgestellt habe sind gelegentliche, hauptsächlich nächtliche, Magenbeschwerden, die ich aber durch bewusste Ernährung (z. B. kein Schwarzbrot mehr, stattdessen abends nur helles

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
Verursacht der Volkswirtschaft geringere Kosten als die Prostatektomie mit anschließender Rehabilitation und ggf. lebenslanger Nachbehandlung.	Als Kosten für die Operation wurden mir 20.000,- DM genannt. Ich weiß nicht, ob das stimmt. Hinzu kommt wohl zumindest teilweise Erwerbsunfähigkeit. Auch hier weiß ich nicht, in welchem Umfang dies zutrifft.
Nicht nur Dr. Leibowitz ist darauf gestoßen, dass Proscar möglicherweise einen günstigen Einfluss auf Prostatakrebs hat.	Unter http://www.ehealthnetworks.com/prostateCA/research/flutamide_proscar.htm wird auf eine klinische Untersuchung hingewiesen, die Aufschluss darüber geben soll, ob die gemeinsame Gabe von Flutamid und Proscar einen positiven Einfluss auf Prostatakrebs hat. Auch die Drs. Strum und Scholz ¹⁹ haben die Beobachtung gemacht, dass Proscar anscheinend günstig wirkt und regen weitere Untersuchungen dazu an. Ganz ist die Sache also wohl nicht von der Hand zu weisen.
<i>Platzhalter für weitere Argumente.</i>	

Argumente gegen die DHB

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
Die Langzeitwirkung der DHB ist nicht bewiesen. Es liegen keine klinischen Studien vor.	Es liegen tatsächlich nur die Ergebnisse von Dr. Leibowitz mit 120 Patienten seit etwa 1990 vor. Dr. L. hat inzwischen anhand seiner Patientenkartei eine Statistik verfassen lassen, die Anfang Februar 2001 ins Internet gestellt wurde. Die Drs. Strum und Scholz wenden die DHB auch an, <i>sagen aber, dass sie keine so günstigen Ergebnisse erzielen wie Dr. Leibowitz.</i> Ergebnisse klinischer Studien werden so lange nicht vorliegen, wie sie niemand durchführt. Bis dahin können wir heute Betroffenen aber nicht warten. Wer sich heute zur DHB entschließt, ist bewusst oder unbewusst ein Versuchskaninchen.
Es gibt kaum deutsche Urologen, die die DHB durchführen.	Wegen der nicht vorliegenden klinischen Studien ist die DHB keine anerkannte Therapie (warum eigentlich nicht, wenn sie im Grunde eine modifizierte intermittierende Antiandrogentherapie ist?). Manche Krankenkassen erkennen die Behandlung deshalb nicht an und zahlen keine oder nur eingeschränkte Leistungen. Manche Urologen haben anscheinend Sorge, dass sie von ihren Patienten im Nachhinein wegen mangelnder Aufklärung verklagt werden, wenn die DHB nicht den erhofften Erfolg brachte. Diese Sorge sollte durch eine einfache schriftliche Erklärung des Patienten eigentlich ausgeräumt werden können. Es gibt aber auch in Deutschland namhafte Ärzte, die auf Wunsch die DHB durchführen, und es werden immer mehr, wie an den Meldungen weiterer Betroffener abzulesen ist, die sich zur DHB entschlossen haben. <i>Platzhalter für weitere Kommentare insbesondere von Urologen und Onkologen.</i>

Brot oder Brötchen und danach ein paar Stücke kandierten Ingwer) niedrig halten bzw. ganz unterdrücken kann. Bei anderen Patienten kann vor allem wohl Flutamid Durchfälle bewirken. Wahrscheinlich spielt die körperliche Gesamtverfassung des Betroffenen eine wichtige Rolle.

19 Die Drs. Strum und Scholz gründeten das Prostate Cancer Research Institute in Los Angeles. Sie sind wie Dr. Leibowitz Onkologen (Fachärzte für Krebserkrankungen), keine Urologen.

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
<p>Die meisten deutschen Urologen kennen die DHB überhaupt nicht, manche derer, die sie kennen, bezeichnen sie rundheraus als Quatsch.</p>	<p>Sie sollten nach meiner Meinung anfangen, sich mit der DHB auseinanderzusetzen, denn die Zeiten des uninformierten, uneingeschränkt arztgläubigen Patienten werden mit der immer stärkeren Verbreitung des Zugangs zum Internet bald vorbei sein (für mich kommt das in der Wirkung der Bibelübersetzung durch Martin Luther gleich, die die katholische Kirche in arge Bedrängnis brachte, weil das einfache Volk erstmals selbst nachlesen konnte, was wirklich in der Bibel steht und was nicht).</p> <p>Die deutschen Urologen sollten sich eine Meinung zur DHB bilden, wie immer diese dann ausfällt, denn das Thema kommt auf sie zu, es sei denn, die DHB stellt sich in einigen Jahren tatsächlich als Flop heraus, was leider im Bereich des Möglichen liegt.</p> <p>Zum Thema Quatsch: Es ist noch nicht lange her, dass der Einsatz von Antibiotika zur Behandlung von Zwölffingerdarm- und Magengeschwüren als Quatsch bezeichnet wurde. Es brauchte nahezu zwanzig Jahre, bis anerkannt wurde, dass diese Erkrankungen meistens durch ein Bakterium (<i>Helicobacter pylori</i>) verursacht wird, das sich im sauren Magenmilieu wohl fühlt. Letzteres wurde bis dato für unmöglich gehalten. Im Jahr 2005 wurden die beiden Entdecker des Bakteriums, Barry Marshall und Robin Warren, mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet...</p> <p><i>Platzhalter für weitere Kommentare. insbesondere von Urologen und Onkologen.</i></p>
<p>Bei einer Antihormonbehandlung wird nach sechs bis zehn Jahren der Tumor unweigerlich refraktär und spricht auf eine weitere Behandlung kaum noch oder gar nicht mehr an.</p>	<p>Das ist sicher die größte Sorge, die jeder hat, der mit der DHB beginnt, und man wird erst in Jahren wissen, wie berechtigt oder unberechtigt diese Sorge ist. Laut Dr. Leibowitz bewirkt die Erhaltungstherapie mit Proscar, dass dieser Effekt nicht oder nur sehr stark verzögert eintritt. Das nebenstehende Argument bezieht sich aber auf die Einfach- und die Zweifachhormonblockade, und zwar bei ununterbrochener Anwendung über Jahre.</p>
<p>Es gibt als Beweis für die Wirksamkeit der DHB nur die Angaben von Dr. Leibowitz. Der will sich nur wichtig machen und Patienten anlocken.</p>	<p><i>Platzhalter für Kommentare hierzu, vorzugsweise von Patienten des Dr. Leibowitz. Was ist Ihr Eindruck von ihm? Wenn Sie die DHB hinter sich haben, was können Sie aussagen?</i></p>

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
<p>Der Hersteller von Proscar gibt sogar an, dass es nicht gegen Prostatakrebs, sondern nur gegen die gutartige Prostatavergrößerung einzusetzen ist. Wenn es tatsächlich ein Mittel gegen den PK wäre, würde der Hersteller sich das dann winkende Millionengeschäft nicht entgehen lassen.</p>	<p>Solange kein klinischer Nachweis für die Wirksamkeit der DHB vorliegt, kann der Hersteller wohl nichts anderes angeben. Proscar allein wirkt sicher nicht gegen den PK. Nach der Theorie für die DHB hat Proscar zusammen mit den anderen Medikamenten aber einen Synergieeffekt, den bisher niemand erklären kann. Einen ähnlichen – anerkannten – Effekt gibt es z. B. bei der Behandlung der HIV-Infektion. Es gibt kein Mittel gegen Aids, aber die kombinierte Gabe von, ich glaube, vier Medikamenten bringt eine deutliche Lindernung.</p> <p>Nachtrag von 2005: Inzwischen hat eine umfangreiche Studie an mehreren tausend Männern eine signifikante prophylaktische Wirkung von Proscar gegen Prostatakrebs ergeben: Die Inzidenz war bei Männern, die vorbeugend Proscar einnahmen, um 25 % niedriger als bei Männern im Placebo-Arm. So ganz wirkungslos kann Proscar also nicht sein.</p>
<p>Es gibt auch in USA Ärzte, die die Ergebnisse von Dr. Leibowitz in Zweifel ziehen.</p>	<p>Man sollte deren Argumente kennen und betrachten (geschieht hier nicht). Einige habe ich unter http://www.cooleyville.com/cancer/caleibo.htm und http://www.cooleyville.com/cancer/caboshb.htm gefunden²⁰. Am stärksten wird seine in sich wohl etwas widersprüchliche Dokumentation²¹ angegriffen, die wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalte. Es ist nach meiner Ansicht zu berücksichtigen, dass er seine Dokumentation über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren erstellt und wohl nicht immer nachgeschaut hat, was er früher geschrieben hat. Der Weg zu dem, was er heute als beste Medikamentation vertritt, war wohl auch nicht ganz geradlinig.</p> <p>Kein anderer Arzt aber bezichtigt ihn meines Wissens, ein Scharlatan zu sein²².</p> <p>Dr. Fernand Labrie, Wissenschaftlicher Leiter am Centre Hospitalier de l'Université Laval in Québec, Kanada, andererseits, der seit den 80er Jahren Behandlungen mit Hormonblockade durchführt, einer der ersten auf diesem Gebiet war und offensichtlich eine in Nordamerika anerkannte und häufig zitierte Autorität dazu ist, nimmt Dr. Leibowitz' Ergebnisse ernst (es gibt dazu ein Schreiben von ihm an Dr. L.).</p>

20 Diese Diskussion beginnt mit der Behauptung, dass die Drs. Strum und Scholz ehemalige Patienten von Dr. Leibowitz behandeln mussten, bei denen die DHB fehlgeschlagen war (steigende PSA-Werte nach einiger Zeit). Diese Behauptung wird von Dr. Strum später ausdrücklich zurückgezogen. Die meisten der Beiträge sind leider undatiert. Der gesamte Text wurde am 30. März 2000 zuletzt aktualisiert, wie nur aus dem HTML-Quelltext hervorgeht, und steht inzwischen (August 2004) im Internet nicht mehr zur Verfügung, die Seite wurde entfernt.

Dr. Strum und Dr. Leibowitz respektieren einander und ihre jeweilige Arbeit, sind aber so unterschiedliche Charaktere, dass zwischen ihnen einfach die Chemie nicht stimmt

21 In deutscher Übersetzung zu beziehen von Herrn Christian Ligensa (ligensa@rz-online.de) und vom Verfasser.

22 Diese Aussage muss ich revidieren, von zwei Ärzten weiß ich inzwischen, dass sie es getan haben, der eine ein Professor in Recklinghausen, der einen Patienten nur mit größtem Widerstreben nach der DHB behandelte und dabei meinte, Dr. Leibowitz sei ein Scharlatan. Zwei Jahre später bezeichnete er ihn schon als Pionier. Der zweite ist ein stockkonservativer Professor in Frankfurt, der in einem Vortrag die DHB als Scharlatanerei und PSA-Kosmetik bezeichnete, weil durch die 5-alpha-Reduktasehemmung nur der PSA-Wert halbiert werde. Anscheinend hält er seine urologischen Kollegen für nicht fähig, eine Zahl mit zwei zu multiplizieren.

Argument (von mir oder anderen)	Kommentar dazu (von mir oder anderen)
Die Medikamente sind sehr teuer.	Was ist mir meine Gesundheit bzw. meine unter den gegebenen Umständen noch höchstmögliche Lebensqualität wert? Die Medikamente kosten seit dem 1.1.2004 in Deutschland: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trenantone: 518,12 € für eine 12-Wochen-Depotspritze, ➤ Flutamid: 36,40 € für 84 Tabletten (reicht für vier Wochen), ➤ Casodex: 1407,98 € (!) für 90 Tabletten (reicht für ebenso viele Tage), ➤ Proscar: 135,48 € für 100 Tabletten à 5 mg(reicht für ebenso viele Tage). Das macht etwa 23,17 €/Tag bei der Verwendung von Casodex 150 mg ²³ , was ich heute empfehlen würde, 8,82 € bei der Verwendung von Flutamid. Meine (private) Krankenkasse erstattet diese (letzteren) Kosten (zu den höheren Preisen von 2000-2003), mit Casodex habe ich es nicht versucht.
Während der DHB hat der Krebs noch einige Monate Gelegenheit, sich im Körper weiter auszubreiten, bis der Testosteronspiegel "auf Kastrationsniveau" heruntergefahren ist.	Die Gelegenheit dazu hat er schon seit bis zu 25 Jahren. Alle Untersuchungen mit neoadjuvanter Hormonblockade ²⁴ von drei bis sechs Monaten [Drs. Strum und Scholz führen in einer Abhandlung vom September 1995 (http://www.prostate-cancer.org/education/andepv/neoadj.html) eine Reihe von ihnen auf] stellten eine signifikante Reduzierung der Tumorbelastung nach dieser Zeit fest. Bei keiner wurde beobachtet, dass sich der Krebs weiter ausgebreitet hätte ²⁵ .
<i>Platzhalter für weitere Argumente.</i>	

Weitere interessante DHB-bezogene Internet-Seiten (leider in Englisch, da es auf Deutsch meinens Wissens im Internet von Fachseite noch keine Beiträge zu dem Thema gibt):

(diese Liste ist im Entstehen und wird weitergeführt)

<http://www.prostatepointers.org/prostate/strum/earlypc1.html#important>

von Drs. Stephen B. Strum und Mark Scholz, Onkologen und Urologen in Los Angeles und mit Dr. Leibowitz in Kontakt und kritischem Dialog. Auf ihrer Internet-Seite fand ich auch den ehrlichen Satz "zu oft verhindert die Voreingenommenheit des behandelnden Arztes eine klare und ehrliche Darstellung dem Patienten gegenüber", der Frage 2 oben betrifft.

Unter

<http://www.vix.com/menmag/menmag/bartonpc.htm>

berichtete Bruce C. Barton aus USA, der die von Dr. Leibowitz betreute DHB seit Januar 1999 hinter sich hat, über seine Vor- und Behandlungsgeschichte. Ganz zum Schluss schreibt er: "Ich bin entschlossen ... täglich aufs Neue meine Dankbarkeit für die vielen

23 Casodex 150 mg kann nicht mehr verschrieben werden, da die Zulassung hierfür nicht erneuert worden ist. Der Arzt kann nur noch 50-mg-Tabletten auf Kassenrezept verschreiben, die anderen 100 mg muss er auf Privatrezept verschreiben, und der gesetzlich versicherte Patient muss sie selbst zahlen. Die 90-Tabletten-Packung kostet 588,37 €, d. h. auf den Patienten kommen für das Casodex tägliche Kosten von $2 \times 588,37 \text{ €} / 90 = 13,08 \text{ €}$ zu + 1,35 € für das Proscar, wenn er es selbst zahlen muss, zusammen also 14,43 €.

24 Hormonblockade *vor der Prostatektomie*, um die Tumorbelastung zur Zeit des Eingriffs zu verringern. Dies ist nicht das Ziel der DHB, sondern sie will die Prostatektomie gänzlich unnötig machen.

25 In der gleichen Abhandlung vergleichen sie die Behandlung von Brustkrebs und Prostatakrebs und schreiben u. a.: "Im Fall der Bustoperation entfernt der Chirurg so viel von der Brust, wie erforderlich ist, um den Tumor zu entfernen. Brustkrebs ist nur selten so groß, dass adjuvante Behandlung vor dem Eingriff erforderlich ist. Dies gilt für den Prostatakrebs nicht, da zwischen der Prostata und den umgebenden Organen praktisch kein Platz ist. Der Urologe hat praktisch keinen zusätzlichen Raum um die Prostata herum, die ohnehin nur so groß ist wie eine Walnuss. Den Krebs zu entfernen, wenn der Krebs sich über die Drüse hinaus ausgebreitet hat, ist unmöglich, es sei denn, er entfernt die Blase oder das Rektum oder beide."

Geschenke in meinem Leben auszudrücken, von denen das nicht unbedeutendste ist, zur richtigen Behandlung zur rechten Zeit geführt worden zu sein". Die Seite ist leider nicht mehr verfügbar. Unter der angegebenen E-Mail-Adresse, an die man an ihn Anfragen zu seiner Erfahrung schicken können soll, sendet das Netz eine Fehlermeldung zurück ("unbekannte Adresse").

Nachtrag vom 19. März 2001:

Zwölf Wochen nach Beginn der Behandlung, davon der erste Monat mit "nur" zweifacher Hormonblockade, ist mein PSA-Spiegel von anfänglich 12,2 ng/ml auf 0,011 ng/ml gefallen. Ich bin mehr denn je davon überzeugt, den richtigen Weg eingeschlagen zu haben.

Ich lese derzeit das Buch "Von Mann zu Mann - Ich hatte Prostatakrebs" von Michael Korda, erschienen im Lübbe-Verlag, Bergisch-Gladbach, 14,90 DM, auf das ich durch Zufall stieß. Korda (Amerikaner) wurde im November 1994 von dem hier mehrfach erwähnten Dr. Patrick C. Walsh operiert und erzählt in dem Buch seine gesamte Krankheitsgeschichte. Die Partin-Tabellen gab es damals noch nicht – die Erstfassung war wohl im Entstehen, wird aber im Buch nicht erwähnt –, und Dr. Leibowitz' DHB steckte in den Kinderschuhen, kommt also auch nicht vor. Die Antihormontherapie wird am Rande erwähnt, spielt aber in dem Buch keine Rolle. Dafür fällt immer wieder der Satz: "...das hatte mir vorher niemand gesagt."

Ich bin der Meinung, dass jeder, der sich zur Operation entschließt, vorher als Pflichtlektüre dieses Buch lesen sollte, damit er klar weiß, was auf ihn zukommt. Ich möchte es jedenfalls nicht durchmachen.

Nachtrag vom 20. Juli 2003 – meine Erfahrungen:

Ich beendete die DHB im März 2002, also vor nunmehr 15 Monaten. Ebenso lange habe ich sie durchgeführt. Die von Dr. Leibowitz genannten 13 Monate sind auch ihm zufolge nur ein Richtwert. Wichtiger sind seine Angaben, dass der PSA-Wert mindestens neun Monate lang unmessbar sein soll, weil erst nach dieser Zeit alle hormonabhängigen Prostatakrebszellen abgestorben sind, und nicht länger als zwei Jahre, weil sich dann Osteoporose einstellen kann. Die 15 Monate habe ich gewählt, um auf der "sicheren Seite" zu liegen.

Wie waren und sind nun meine Erfahrungen mit der DHB? In einem Satz gesagt: *Es war sicher keine schöne Zeit, aber ich würde es wieder so machen*, ganz einfach, weil die DHB bisher gewirkt hat, und weil sich an meinen Gründe gegen die radikale Prostatatektomie und eine der Arten der Bestrahlung nichts geändert hat.

Zunächst zu den verspürten Nebenwirkungen durch die Medikamente, hauptsächlich den LHRH-Agonisten Trenantone/Enantone und das Antiandrogen Flutamid, und sie waren mannigfaltig. Ein Spaziergang war die DHB nicht, aber nach spätestens etwa sechs Monaten hatten sie sich alle gelegt. Ich glaube aber, dass es mich überdurchschnittlich stark gebeutelt hat, die meisten derer, die in den PK-Diskussionsforen von ihren Erfahrungen berichteten, scheinen besser weggekommen zu sein. Hier eine möglicherweise unvollständige Liste:

- Ansteigen der Leberwerte bis auf: GPT 42 U/l (Richtwert 5-19 U/l), GOT 21 U/l (Richtwert 5-15 U/l), Triglyzeride 335 mg/dl (Richtwert 74-172 mg/dl). Dies ist auf das leberunfreundliche Flutamid zurückzuführen. Ich würde heute das allerdings wesentlich teurere Casodex (1 x 150 mg täglich) wählen, das die Leber nicht so stark belasten soll.
- Magenprobleme (ebenfalls durch das Flutamid verursacht). Ich konnte nichts Saures mehr essen, auch kein Schwarz- oder Roggenbrot, von meinen geliebten Gewürzgerichten gar nicht zu reden, und hatte trotzdem gelegentlich nachts saures Aufstoßen ("Reflux"), was wegen der Gefahr eines dadurch ausgelösten Speiseröhrenkrebses nicht auf die leichte Schulter genommen werden darf (sofort aufstehen und reichlich Wasser trinken!).
- Gewichtszunahme (ca. 5 kg) bei gleichzeitigem Abbau der Muskelmasse. Ich gehe seit dem Ende der DHB regelmäßig in ein Fitnesscenter, um meine Muskeln wieder aufzubauen bzw. sie jetzt in guter Form zu halten. Ich würde das jetzt jedem gleich von Beginn der DHB an empfehlen.
- Brustwachstum (nicht sehr stark), hat sich durch die Fitnessübungen weitgehend zurückgebildet.

- Hitzewellen, besonders nachts, aber im Vergleich zu den Erfahrungen einiger anderer, die mehrmals nachts den Schlafanzug wechseln mussten, wohl noch moderat. Hier soll gering dosiertes Östrogen helfen.
- Schlafstörungen, die mich wirklich fertig machten (Wachliegen bis 2, 3 Uhr), mit entsprechender Müdigkeit am nächsten Tag.
- Potenz- und Libidoverlust.
- Schrumpfen der Hoden auf Haselnusskerngröße. Mein Arzt meinte, dass sie damit im Vergleich zu denen anderer DHB-Patienten "noch eine gute Konsistenz" hätten.
- Ödeme im rechten Bein und Fuß, wobei die Schwellungen im Fuß dermaßen auf einige Nerven drückten, dass ich ständige Beschwerden hatten und kaum noch laufen konnte (mein Orthopäde kam nach einiger Zeit darauf, mir Lymphdrainage-Massagen zu verschreiben, was sehr half). Dies waren die für mich schlimmsten Nebenwirkungen. Sie werden im Beipackzettel von Trenantone als "selten zu beobachten" genannt.
- Zu diesen Schmerzen kamen starke Schmerzen in beiden Knie- und Knöchelgelenken, die meine Mobilität noch weiter einschränkten.

Und schließlich

- eine allgemeine Rundum-Klapprigkeit mit starker Müdigkeit tagsüber.

Weniger gravierende oder sogar positive Nebenwirkungen, die ich nur der Vollständigkeit halber aufzähle, waren:

- Der Körperschweiß wurde geruchlos,
- die Haut wurde trocken, was ich bei einer sonst ein wenig fettigen Gesichtshaut als angenehm empfand,
- der Bartwuchs halbierte sich in etwa, die Behaarung an Brust, Bauch und Achselhöhlen verschwand, die Schambehaarung wurde dünner.

Die gravierenden Nebenwirkungen ließen mich nach zehn Monaten DHB beruflich das Handtuch werfen, und da ich die Möglichkeit sah, vorzeitig in den Ruhestand zu treten, tat ich dies, zumal ich nicht weiß, wie lange es mir noch gut gehen wird, und ob mich die Erkrankung nicht irgendwann einholt.

Heute fühle ich mich wieder wohl, keine der oben genannten Nebenwirkungen ist mir erhalten geblieben.

Interessant dürfte jetzt der PSA-Verlauf sein, das Maß für die Nachhaltigkeit der Therapie. Nachstehend der bisherige Verlauf. Ich beabsichtige, ihn immer wieder zu aktualisieren:

März 2002 (Ausklingen der letzten Enantone-Injektion): <0,01 ng/ml

Juni 2002: <0,01 ng/ml (letztmalig im unmessbaren Bereich)

Sept 2002: 0,42 ng/ml

Dez. 2002: 1,14 ng/ml

Jan. 2003: 1,28 ng/ml

Feb. 2003: 2,11 ng/ml.

Die bisherigen Verläufe ergeben bei halblogarithmischer Darstellung eine annähernd gerade Linie. Der nächste Wert im März hätte nach Extrapolation im Bereich von 6 ng/ml liegen müssen. Stattdessen:

März 2003: 1,91 ng/ml

Apr. 2003: 1,54 ng/ml.

Hier erkennt man den auch von Dr. Leibowitz bei seinen Patienten festgestellten "Achterbahnverlauf" des PSA, auf den ich mich jetzt einstellen muss, und der (auch beim behandelnden Arzt, der in Deutschland in der Regel noch keine große Erfahrung mit der DHB hat) einigermaßen starke Nerven verlangt.

- Juli 2003: Dies bestätigte sich sofort: Der PSA-Wert stieg auf 2,83 ng/ml. Es blieb weiter spannend.
- Aug. 2003: Leichte Entwarnung, neuer Wert 2,66 ng/ml.
- Nov. 2003: Erneuter Anstieg auf 4,15 ng/ml.
- Jan. 2004: Und wieder ein deutlicher Rückgang auf 2,40 ng/ml, weniger als ein halbes Jahr zuvor. Berg- und Talbahn!
- März 2004: Leichter Wiederanstieg auf 3,01 ng/ml, aber immer noch um $\frac{1}{4}$ niedriger als im November.
- Mai 2004: Weiterer leichter Anstieg auf 3,85 ng/ml, immer noch weniger als im November, alle drei Phosphatasen im grünen Bereich.
- Sept. 2004: 4,85 ng/ml, alle drei Phosphatasen weiterhin im grünen Bereich. Mein Arzt, der noch mehr DHB-Patienten betreut, meint, dass sich mein PSA wahrscheinlich zwischen 4 und 5 ng/ml einpendeln werde, (noch) kein Grund zur Besorgnis bestehe und dass ich in einem Vierteljahr (dem normalen Zyklus) wiederkommen solle.
- Ende Nov. 04: 5,22 ng/ml. Erstmals habe ich auch die Tumormarker CEA, CGA und NSE bestimmen lassen. CEA ist im Normalbereich, für CGA wurde mir aus irgendeinem Grunde kein Wert geliefert, und das NSE ist erhöht und in der Gauzone (17,7 ng/ml, Referenzbereich <12,5 ng/ml). Möglicherweise liegt hier ein Behandlungsfehler der Blutprobe vor; für diese Messung muss sie innerhalb von $1\frac{1}{2}$ Stunden verarbeitet werden. Die Phosphatasen sind im Normalbereich. Das NSE müssen mein Arzt und ich also im Auge behalten, und langsam müssen wir uns über eine weitergehende Behandlung Gedanken machen.
- März 2005: 5,91 ng/ml. Am 14. März war ich zu einer Konsultation bei Dr. Tucker (Praxispartner von Dr. Leibowitz) in Los Angeles. Er vermutet, dass bei mir kein mittleres, sondern ein höheres Risiko vorliegt und dass bei meiner Biopsie Krebsanteile mit höherem Gleason-Grad nicht erfasst wurden. Er rät zu 2 x 200 mg Celebrex, Leukine und lycopinhaltiger Ernährung und schließt einen künftigen zweiten DHB-Zyklus nicht aus, wobei er offen lässt, welches Antiandrogen er dann einsetzen würde (vermutlich Ketoconazol/Nizoral®). Zum Ausschließen einer Prostatitis (Prostataentzündung) rät er zu einer zweiwöchigen Therapie mit einem Antibiotikum. Er habe es häufiger erlebt, dass sich nach einer DHB und wenn der Körper wieder Testosteron produziert, eine Prostatitis einstellt.
Der bei Dr. Tucker gemessene PSA-Wert beträgt 6,17 ng/ml.
Leukine (GM-CSF) ist unerschwinglich, die Wochenration kostet 935,- €.
Da mein Urologe bis Mitte April in Urlaub ist, muss die Beratung mit ihm und ggf. Umsetzung des Therapievorschlags warten.
- April 2005: Ein richtiger Schreck: Vor Beginn der Antibiotikumkur will der Urologe den Ist-Stand des PSA wissen: 7,37 ng/ml!
- Mai 2005: Habe eine dreiwöchige Therapie mit dem Antibiotikum Cyprohexal hinter mir. Neuer PSA-Wert: 6,11 ng/ml, also seit März nahezu unverändert, aber wenigstens deutlich weniger als im April. Ich verzichte zunächst auf Celebrex und will im August wieder messen lassen. Die Kurve des PSA-Anstiegs verläuft immer flacher, was ich als günstiges Zeichen dafür deute, dass ich so etwas wie ein Plateau erreiche.
- August 2005: Die PSA-Messung Anfang des Monats bringt eine erfreuliche Überraschung: 4,058 ng/ml, ein Rückgang um $\frac{1}{3}$ gegenüber dem Mai-Wert! Ich will nicht zu früh jubeln (man soll nie eine Entscheidung aufgrund nur *einer* PSA-Messung treffen!) und bin gespannt auf die nächste Messung.
- Nov. 2005: Sie ergibt 5,43 ng/ml, kaum mehr als zwölf Monate zuvor. Man kann diesen Verlauf wohl als klassischen Achterbahnverlauf betrachten, wie von Dr. Lei-

bowitz vorhergesagt. Mein Arzt bezeichnet mich als Vorzeigepatienten für die DHB und erzählt mir, dass es nicht bei allen seinen DHB-Patienten so gut verlaufe (manche verlören die Nerven und ließen sich z. B. doch bestrahlen), er aber überraschend gute Ergebnisse bei Patienten sähe, bei denen er es nicht erwartet hätte (mit vorangegangener lokaler Therapie und Progression).

- Feb. 2006: Eine Enttäuschung – PSA = 7,10 ng/ml; immerhin immer noch weniger als im April 2005. Die Über-alles-PSA-Verdoppelungszeit seit Ende der DHB (Dezember 2002, als das PSA wieder messbar geworden war) beträgt 435 Tage, eigentlich ein guter Wert.
- Mai 2006: Nach der Enttäuschung der Schreck – PSA = 10,13 ng/ml. 14 Tage später bin ich zur Nachkontrolle beim Urologen ("fasse nie einen Beschluss aufgrund nur eines PSA-Wertes!"). Ergebnis: 8,28 ng/ml, und damit bin ich wieder bei einer PSA-Verdoppelungszeit von 438 Tagen, gemittelt über den Zeitraum seit Dezember 2002. Mein Urologe spricht von Bestrahlung [IMRT + HDR ("Afterloading"), LDR ("Seeds")] kommt bei einem T2b nicht in Betracht. Ich bin noch nicht überzeugt. Wahrscheinlich im September werde ich zusammen mit zwei, drei anderen PK-Patienten wieder zu Dr. Tucker fliegen und ihn dann wieder zu meinem Fall konsultieren.
- Aug. 2006 Am 18. lasse ich mir wieder Blut abnehmen. Ergebnis: 6,85 ng/ml. Damit beträgt die Über-alles-Verdoppelungszeit jetzt 520 Tage.
- Sept. 2006 Am 7. abermalige PSA-Messung, Ergebnis: 8,56 ng/ml. Das passt zu den 8,28 ng/ml im Mai. Die 10,13 und die 6,85 ng/ml waren wohl Ausreißer nach oben und nach unten (im zweiten Fall hatte mein Blut wegen Ferien im Labor mindestens zehn Tage im Gefrierfach gelegen).
Am 26.9. habe ich einen Termin bei Dr. Tucker in seiner im Aufbau begriffenen neuen Praxis im Camden Medical Centre in *Singapur*, wo er nun "mindestens einige Jahre" bleiben und eine onkologische Praxis nach westlichem Standard aufbauen wird. Er meint, angesichts der Tatsache, dass ich die DHB vor nunmehr 54 Monaten beendete und meinen Anfangs-PSA-Wert von 12,2 ng/ml noch nicht wieder erreicht habe, hätte ich mich gut geschlagen ("you have done well so far"), und es bestünde noch kein Anlass, eine erneute Therapie einzuleiten. Ich denke, dass ich in etwa einem halben Jahr, also ~Mai 2007, wieder bei meinem Ausgangswert sein werde. Dr. Tucker empfiehlt mir einmal wieder eine eMRT und – erstmals – ein Farb-Doppler-Ultraschall machen zu lassen, um die aktuelle lokale Situation zu kennen. Mit diesem Wissen könne man dann über die nächsten Schritte nachdenken.
- Jan. 2008 Aus Zeitgründen muss dieser Nachtrag kurz ausfallen. Seit dem 1. März 2007 befinde ich mich in der zweiten DHB-Runde, nachdem mein PSA-Wert im Februar 2007 bei 12,79 ng/ml und damit etwa wieder beim Ausgangswert angekommen war. Etwa seit August 2007 liegt mein PSA-Wert unter 0,07 ng/ml (dies ist der unterste Wert, den mein hiesiges Labor bestimmen kann). Trotz 150 mg Casodex (in der ersten Runde: Flutamid) liegen meine Blutwerte alle im grünen Bereich. Ich nehme bisher die Nebenwirkungen des Androgenentzugs wesentlich weniger wahr als im ersten Durchgang. Zu Dr. Tucker besteht seit meinem Besuch im September 2006 kein Kontakt mehr. Meine Mails blieben unbeantwortet.
- April 2010 Seit meinem letzten Eintrag hier sind schon mehr als zwei Jahre vergangen, und einiges ist seitdem geschehen.
Der im März 2007 begonnene zweite DHB-Zyklus wurde bis zum April 2008 fortgeführt, in der letzten Phase wegen Umzugs unter der Betreuung durch einen anderen Arzt. Der PSA-Wert blieb bei vierteljährlichen Messungen unmessbar bis zum Dezember 2008. Im Dezember 2008 betrug er 0,15 ng/ml, und er stieg von da an kontinuierlich mit einer mittleren PSAVZ von anfänglich etwa 30, nach dem August 2009 etwa 60 Tagen. Im Dezember 2009 lag mein PSA-Wert bei 9,7 ng/ml bei einer PSAVZ von immer noch 60 Tagen. Ich konnte mir ausrechnen, dass ich im Januar 2010 bei etwa 13

und im im Februar bei nahe 20 ng/ml sein würde. Damit hatte die Therapiepause bis zum Erreichen des initialen PSA-Wertes weniger als zwei Jahre gedauert. Ein weiterer DHB-Zyklus mit noch kürzerer anschließender Pausenzeit kam für mich nicht mehr in Frage, es musste etwas Radikaleres geschehen.

Bereits Ende September 2009 war ich zu Prof. Barentsz nach Nijmegen gefahren zu einer Bestimmung des Lymphknoten-Status mit MRT und USPIO (Sinerem®). Das Ergebnis war kein Nachweis auf Lymphknotenbefall bis auf einen etwas unklaren Knoten, bei dem aber auf "eher nicht befallen" getippt wurde. Kein Hinweis auf Knochenmetastasen im Becken – die Alkalische Phosphatase war auch immer im grünen Bereich um 70 ng/ml gewesen –, kein Hinweis auf Samenblasenbefall. Damit hatte ich die zu dieser Zeit bestmögliche Diagnostik zum Bestimmen des Tumorstadiums machen lassen. Es gab keinen Hinweis darauf, dass der Tumor bereits metastasiert hatte. Dies war meine vielleicht letzte Chance, die Krankheit ganz loszuwerden.

Zwischen Weihnachten und Silvester 2009 schrieb ich das Rinecker Proton Therapy Center ([RPTC](#)) in München und das St.-Antonius-Hospital ([Prostatazentrum Nordwest](#)) in Gronau/Westf. an, fügte alle aktuellen Befunde bei und bat um die jeweilige Meinung. Gronau (Chefarzt Dr. Witt) antwortete sehr rasch und ging dabei auf meine Fragen ein, das RPTC erst, nachdem man nach dem 6. Januar aus dem Skiurlaub zurück war. Von meinen Fragen, z. B. auch zu den zu erwartenden Kosten, beantwortete das RPTC keine einzige, sondern man forderte mich auf, zu einem Gespräch nach München zu kommen (ca. 925 km).

In Gronau bekam ich einen Termin zu einer Radikalen Prostatektomie mit dem "roboterassistierten" da-Vinci-Verfahren für Ende Januar, den ich aus privaten Gründen um eine Woche verschob. Anfang Januar ließ ich mir von meinem Urologen noch ein Ein-Monats-LHRH-Analogon spritzen, um bis zur OP den Tumorprogress zu stoppen.

Am 1. Februar 2010 fuhr ich nach Gronau. Am 2. Februar wurde dort eine 14-Stanzen-Biopsie durchgeführt (die erste und letzte war im November 2000 gemacht worden) und am selben Tag auch eine Skelettszintigraphie (die letzte war im Frühjahr 2007 geschehen). Die Biopsie ergab weiterhin einen GS 3 + 3, eine Stanze wies eine Perineuralscheideninvasion auf, leider ein Risikofaktor. Die Skelettszintigraphie war o. B.

Am 3. Februar um 12:10 Uhr wurde ich in den OP-Saal geschoben, dann ging für mich das Licht aus. Irgendwann (um 15, 16 Uhr herum?) kam ich im Aufwachraum mit etwas Übelkeit wieder zu mir, etwas später wurde ich wieder in mein Zimmer geschoben, wo ich erneut wieder zu mir kam, aber natürlich noch stark benommen war. Beschwerden hatte ich sonst kaum, nur beim Bewegen spürte ich die vier kleinen und einen größeren Bauchschnitt, und ich war vom Aufgepumptwerden für die OP noch stark aufgebläht. Wie angekündigt tat mir an diesem und an den beiden Folgetagen eine Schulter etwas weh und auch der Blähbauch verschwand.

Am Tag nach der OP konnte ich bereits das Bett verlassen und auf dem Gang vor dem Zimmer auf und ab gehen (draußen lag noch Schnee und es war kalt). Die Beweglichkeit wurde von Tag zu Tag besser und die (geringen) Beschwerden ließen nach.

Die pathologische Untersuchung des Präparats bestätigte den Gleason Score 3 + 3, die Schnittträger, die Samenblasen und die entnommenen ca. zehn Lymphknoten waren alle frei.

Am 8. Februar, also am 5. Tag nach der OP, wurde nach einer röntgenüberwachten Dichtigkeitsprüfung der Anostomose der Katheter gezogen. Ich war vom ersten Moment an kontinent, trug aber vorsichtshalber noch einige Tage und Nächte Vorlagen. Ich nahm an dem im Hause angebotenen Schließmuskeltraining teil.

Mein Befinden war so, dass ich absolut keine Notwendigkeit für eine Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung nach dem Krankenhausaufenthalt sah

und folglich darauf verzichtete.

Am 9. Februar wurde ich nach Hause entlassen und stellte mich bald darauf meinem Urologen vor, der die Nachbetreuung übernahm. Die Wunden verheilten gut, die Kontinenz war immer gegeben, ich hatte volle Beweglichkeit.

Am 31. März wurde mir erstmals nach der OP Blut für eine PSA-Bestimmung abgenommen. Das Ergebnis werde ich, weil mein Urologe anschließend zwei Wochen Urlaub macht, erst ab dem 19. April erfahren.

Was hat mir also die DHB gebracht? Sie hat mich neun Jahre lang bei guter Lebensqualität (bis auf die Zeiten des akuten Testosteronentzugs) über die Runden gebracht, bis ein Operationsverfahren (da Vinci) und ein mit diesem Verfahren sehr erfahrener Arzt (Dr. Witt mit über 1.000 Eingriffen) verfügbar waren, die eine sehr schonende Operation versprachen, wobei es auch über neun Jahre nach der Krebsdiagnose noch keinen Hinweis auf eine Metastasierung gab. Hätte es einen gegeben (bis auf den Perineuralscheidenbefall), dann hätte ich anders überlegen müssen.

Dies ist **meine** Krankengeschichte. Ich betrachte sie nicht als Modellfall für Behandlungsstrategien Anderer.

- April 2010 Ich bekam meinen ersten postoperativen PSA-Wert: <0,07 ng/ml. 0,07 ng/ml stellt die Messgrenze für das hiesige Labor dar. Bis auf weiteres wird vierteljährlich gemessen.
- Juli 2010 Die erste Folgemessung. Gleicher PSA-Wert. Körperlich geht es mir hervorragend, ich bin wieder voll belastbar und gehe wieder regelmäßig zur "Muckibude". Seit dem Katheterziehen am 8. Februar bin ich absolut kontinent.
- Sept. 2010 PSA-Wert weiterhin <0,07 ng/ml.
- Juli 2011 PSA-Wert weiterhin <0,07 ng/ml. Keine Probleme.

Verfasser:

Ing. (grad.) Ralf-Rainer Damm

E-Mail: kisp-beratung@t-online.de

Aktualisierungen:

1. Fassung: 14. Februar 2001
2. Fassung: 19. März 2001
3. Fassung: 25. Juli 2003
4. Fassung: 7. August 2003
5. Fassung: 27. August 2003
6. Fassung: 26. Dezember 2003
7. Fassung: 26. Januar 2004
8. Fassung: 27. März 2004
9. Fassung: 1. Juni 2004
10. Fassung: 16. September 2004
11. Fassung: 25. September 2004
12. Fassung: 12. Dezember 2004
13. Fassung: 12. April 2005
14. Fassung: 16. Juni 2005
15. Fassung: 16. September 2005
16. Fassung: 5. Dezember 2005
17. Fassung: 10. Februar 2006
18. Fassung: 3. Juni 2006
19. Fassung: 5. September 2006
20. Fassung: 2. Oktober 2006
21. Fassung: 11. Januar 2008
22. Fassung: 4. April 2010
23. Fassung: 22. April 2010
24. Fassung: 6. August 2010
25. Fassung: 17. Oktober 2010
26. Fassung: 27. Juli 2011