

STIEFS SPRECHSTUNDE

Leser fragen – Experten antworten



Prof. Christian Stief

Liebe Leserinnen und Leser, als Chefarzt im Münchner Klinikum Großhadern erlebe ich täglich, wie wichtig medizinische Aufklärung ist. Doch im hektischen Alltag von Klinik und Praxis bleiben manchmal Fragen offen. Und: Geht es um ein „Tabuthema“, trauen sich Patienten häufig gar nicht erst nachzufragen. Meine Kollegen und ich wollen Ihnen daher Antworten geben – und das künftig in noch mehr Fachbereichen. Dazu erweitern wir unser Team heute um vier Experten, die wir Ihnen auf dieser Seite vorstellen. Wenn Sie also eine Frage zu einem medizinischen Thema haben, zögern Sie bitte nicht und schicken uns diese zu! Bitte fassen Sie Ihr Anliegen in wenigen Sätzen zusammen und geben möglichst Ihr Alter an. Schicken Sie uns keine Krankenakten zu. Die Antworten werden auf dieser Seite anonymisiert veröffentlicht – aber nicht persönlich zugeschickt.

Haben Sie Fragen an unsere Ärzte? Schreiben Sie uns! Per Mail: [mitarbeit.wissenschaft@merkur.de](mailto:mitarbeit.wissenschaft@merkur.de)  
 Per Post: Münchner Merkur, Redaktion Gesundheit, Paul-Heysel-Straße 2-4, 80336 München

HORMONSTÖRUNGEN



Von der Schilddrüse bis zu den Nebennieren

Dr. Roland Weber  
 Facharzt für Innere Medizin,  
 Diabetologie u. Endokrinologie

Dr. Roland Weber ist Oberarzt für Endokrinologie am RoMed Klinikum in Rosenheim. Er ist also Experte für alle Erkrankungen der Hormondrüsen. Wissen und Erfahrung auf diesem Gebiet bringt er auch im interdisziplinären Schilddrüsenzentrums Rosenheim ein. Er beantwortet aber nicht nur Fragen zur Schilddrüse, sondern zu allen Hormondrüsen, etwa auch zur Hypophyse, also zur Hirnanhangsdrüse, und zu den Nebennieren.

CHRONISCHE SCHMERZEN

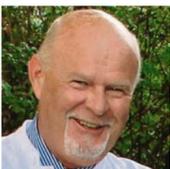


Schmerztherapie von Kopf bis Fuß

Dr. Ariane Burtscher  
 Fachärztin für Chirurgie, mit Zusatz  
 Schmerztherapie/Palliativmedizin

Dr. Ariane Burtscher ist Chefärztin in der Schön Klinik Harthausen in Bad Aibling. Dort leitet sie das Zentrum für Schmerztherapie. Zu ihren Schwerpunkten gehören u. a. die Chirurgie, multimodale Schmerztherapie sowie die Sucht- und Palliativmedizin. Sie beantwortet zum Beispiel Fragen zu chronischen Schmerzen an der Wirbelsäule, rheumatischen Erkrankungen und zum Fibromyalgie-Syndrom sowie zu Kopf- und Nervenschmerzen.

ALTERSMEDIZIN



Von Sturzprophylaxe bis Wechselwirkungen

Dr. Richard Bednarek  
 Facharzt für Innere Medizin  
 Zusatz Klinische Geriatrie

Dr. Richard Bednarek ist Ärztlicher Leiter der Abteilung für Akutgeriatrie an der RoMed Klinik Bad Aibling. Er hat viel Erfahrung mit den Bedürfnissen älterer Patienten, die oft an mehreren Erkrankungen zugleich leiden und viele Medikamente einnehmen. Er hilft weiter, wenn das zu Problemen führt – gibt aber auch Tipps, wie Senioren Stürze vermeiden können und nach einer Operation schnell wieder auf die Beine kommen.

PHYSIOTHERAPIE



Von Kinesio-Taping bis funktionellem Training

Michael Foros  
 ist staatl. examin. Physiotherapeut  
 und B. A. Physiotherapy (NL)

Michael Foros leitet das Team der Physiotherapie am RoMed Klinikum Rosenheim. Sein Wissen gibt er u. a. als Dozent am Institut für Gesundheit und Soziales (IGS) weiter. Seine Schwerpunkte als Therapeut liegen v. a. in der physiotherapeutischen Behandlung von Patienten nach einem Schlaganfall und mit Rückenschmerzen. Unser Experte beantwortet auch Fragen zu Kinesio-Taping, Kieferbeschwerden (CMD) und funktionellem Training.

BEOBSACHTEN ODER BEHANDELN

Prostatatakrebs: Eine Therapie für alle?

Muss es bei Prostatatakrebs immer eine Operation oder Bestrahlung sein? Nein! Wachsende Tumore langsam und sind wenig aggressiv, reichen bei manchen Patienten regelmäßige Kontrollen. Oder: Therapien, die den Krebs bekämpfen, aber die Prostata erhalten – die wichtigsten Fakten.

VON ANDREA EPPNER

Etwa 60 700 Männer wird es heuer treffen: So viele werden hierzulande erstmals die Diagnose Prostatatakrebs erhalten, sagt eine Prognose des Robert-Koch-Instituts. Nach dem ersten Schock haben Betroffene viele Fragen – zum Beispiel: Muss die Prostata jetzt komplett herausoperiert werden? Werde ich zu denen gehören, die danach das Wasser nicht mehr halten können oder gar impotent werden?

Viele haben von den möglichen Komplikationen gehört, zu denen eine Operation oder Bestrahlung führen können. Weniger bekannt sind alternative Therapieansätze, die solche Risiken verringern. „Sie kommen aber nur für bestimmte Patienten infrage“, sagt Dr. Michael Chaloupka, Arzt an der Urologischen Klinik und Poliklinik am Klinikum der Universität München in Großhadern.

■ **Warum werden manche Männer impotent oder inkontinent, wenn die Prostata entfernt oder bestrahlt wurde?**

Die Prostata, auch Vorsteherdrüse genannt, liegt in einem sensiblen Bereich. Das kastanienfarbene Organ, das die Harnröhre umschließt, befindet sich nämlich „im unteren Bereich des Beckens“, erklärt Urologe Chaloupka. Hier verlaufen aber auch Nerven, die für eine Erektion wichtig sind. Sie können durch die Behandlung verletzt werden. Die Prostata selbst ist vor allem für die Reifung der Spermien und die Produktion der Samenflüssigkeit zuständig. Sie hat aber noch eine wichtige Funktion: Durch ihre Lage stützt sie die Blase von unten – und hilft so, das Wasser zu halten. Wurde die Prostata entfernt, muss der Beckenboden diese Aufgabe allein übernehmen. Mit gezielten Übungen und nach einer Umgewöhnungsphase schafft er das meist auch.

■ **Klappt das bei jedem?**

Leider nein. Global gesehen würden etwa fünf bis zehn Prozent der Patienten nach einer „radikalen Prostatektomie“ inkontinent, sagt Chaloupka. Gemeint ist die Entfernung der Prostata mitsamt Kapsel, Samenbläschen und benachbarten Lymphknoten. Die Zahlen sind aber Durchschnittswerte. Viele Faktoren entscheiden darüber, wie hoch das Risiko im Einzelfall wirklich ist, etwa: Lage und Größe des Tumors und – ganz wichtig – die Erfahrung des Operateurs. Gleiches gilt für die zweite Sorge vieler Männer, nämlich nach dem Eingriff impotent zu werden. Eine solche „erektil Dysfunktion“ treffe im Schnitt 30 bis 70 Prozent der Behandelten weltweit, sagt Chaloupka.

■ **Wer braucht auf jeden Fall eine OP oder Bestrahlung – und wer nicht?**

Wächst der Tumor schnell, ist er aggressiv oder hat er sich bereits über das Organ hinaus ausgebreitet, ist die Sache klar: Betroffene kommen um eine Operation oder Bestrahlung nicht herum. Doch: Immer öfter werden bei Männern sogenannte Niedrigrisikokarzinome entdeckt. Diese wachsen langsam, oft nur in einer Hälfte



Gemeinsam gegen den Krebs: Die jungen Männer auf dem Foto tragen hellblaue Schleifen, als Zeichen ihrer Solidarität mit Patienten, die an einem Prostatatakarzinom erkrankt sind – diese haben heute viele Therapieoptionen. PANTHERMEDIA

der Prostata – und haben „nur eine sehr geringe Tendenz, Metastasen zu bilden“, sagt Chaloupka. Diesen Patienten bringen OP oder Bestrahlung also wahrscheinlich nur einen geringen Extra-Nutzen – bei gleichbleibend hohen Risiken.

■ **Was erwartet Patienten, die eine „aktive Überwachung“ bevorzugen?**

Eine Alternative für Patienten mit Niedrigrisikokarzinomen kann die „aktive Überwachung“ sein. Bei dieser Methode wird der Krebs vorerst nicht behandelt, erklärt Chaloupka. Der Patient muss aber regelmäßig zu Kontrollen – damit man rechtzeitig handeln kann, wenn doch noch eine Behandlung nötig wird. Zur aktiven Überwachung gehören anfangs wiederholt „Biopsien“, es werden also Gewebeproben entnommen und untersucht. Hinzu kommt die „digital-rektale“ Untersuchung, die auch bei der Früherkennung zum Einsatz kommt. Dabei tastet der Urologe die Prostata vom Enddarm aus mit dem Finger ab. Teil drei der aktiven Überwachung sind regelmäßige Kontrollen des „PSA-Werts“: Es wird also die Konzentration des „prostataspezifischen Antigens“ (PSA) im Blut gemessen. Dabei handelt es sich um ein Eiweiß, das von der Prostata gebildet wird. Ein Anstieg des PSA-Wertes kann daher ein erster Hinweis sein, dass jetzt vielleicht doch eine Behandlung nötig ist. Doch gera-



de die Ungewissheit ist für manche Patienten kaum zu ertragen. „Die Unsicherheit jedes Mal ist schwierig“, sagt Chaloupka. Viele entscheiden sich irgendwann doch noch für eine OP oder Bestrahlung.

■ **Gibt es keinen Mittelweg in der Behandlung?**

Doch! Eine gute Lösung für Patienten mit Niedrigrisikokarzinomen können „fokale Therapien“ sein, von denen es eine ganze Reihe gibt. Gemeinsam ist ihnen: Statt die gesamte Prostata zu entfernen oder zu bestrahlen, bekämpft man den Krebs gezielter. Meist reicht es, nur einen Tumorherd innerhalb des Organs zu zerstören – oder eine Hälfte der Prostata zu behandeln. Der Vorteil: „Sie stellen eine Möglichkeit dar, den Krebs wirklich zu bekämpfen“, erklärt Chaloupka. „Im Vergleich zu Operation und Bestrahlung haben sie dabei aber deutlich weniger Nebenwirkungen.“ Konkret heißt das: Im Schnitt werden unter

Vor der Therapie steht die Aufklärung: „Das ist das A und O“, sagt Dr. Michael Chaloupka. Unser Experte ist Arzt an der Urologischen Klinik und Poliklinik des Klinikums der Universität in München – Großhadern. Er findet: Gut informierte Patienten haben es leichter, zusammen mit ihrem Arzt die für sie am besten geeignete Therapie zu finden. FOTO: KLINIKUM

geht alternativ aber auch mit großer Kälte: Bei der Kryotherapie, einem anderen, vor allem in den USA häufig genutzten Verfahren, kommen bestimmte Gase zum Einsatz, die das Tumorgewebe auf etwa minus 50 Grad kühlen – und so kaputt machen.

■ **Gibt es denn noch andere Verfahren?**

Eine ganze Menge sogar! So lässt sich zerstörerische Hitze auch mit einem Infrarotlaser erzeugen, der in den Tumorherd eingeführt wird. Eine weitere Methode: die „Elektroporation“. Hier bekämpft man den Tumor mit kurzen Starkstromimpulsen. Bei der „vaskulären photodynamischen Therapie“ wiederum bekommt der Patient zuerst eine Substanz gespritzt, die die Zellen lichtempfindlich macht. Die Substanz muss aber erst aktiviert werden, um den Tumor zu zerstören. Das geschieht durch Lichtfasern, die punktgenau im Tumorherd platziert werden. Daneben gibt es noch die „Brachytherapie“, eine Art Bestrahlung von innen: Hierzu werden „Seeds“, kleine radioaktiv strahlende Teilchen, im Tumor platziert. Patienten müssen aber nicht fürchten, zu Gefahr für ihre Mitmenschen zu werden: Die Reichweite der Strahlung ist sehr gering und hält auch nur eine Zeit lang an.

■ **Wie geht es nach der Behandlung weiter?**

Die Nachsorge bei fokalen Therapien ist bislang nicht klar geregelt. „Darüber muss man Patienten genau aufklären“, sagt Chaloupka. Auf jeden Fall müssen sie sich auf eine Biopsie jeweils nach sechs und zwölf Monaten einstellen. Ob danach noch weitere Gewebeproben nötig sind, hängt vom Ergebnis der ersten Untersuchungen ab. Zu den Biopsien kommen regelmäßige PSA-Tests: Anders als nach einer Operation bildet das verbliebene gesunde Prostatagewebe weiter PSA. Entscheidender als der absolute Wert ist daher der Verlauf; kritisch wäre also ein starker Anstieg. Generell gilt: Welches Therapiekonzept am besten passt, darüber beraten sich Arzt und Patient gemeinsam. „Die Aufklärung ist das A und O“, sagt Chaloupka. Nur wer Vor- und Nachteile der infrage kommenden Verfahren kennt, kann entscheiden, welche Aspekte ihm besonders wichtig sind.

Krebsinformationstag: Orientierungshilfe im Therapie-Dschungel

Worauf kommt es bei der Behandlung von Prostatatakrebs an? Unter anderem dazu können sich Interessierte beim Krebsinformationstag in München informieren. Er findet am Samstag, 22. September, von 9 bis 17.30 Uhr im Hörsaalbereich der Fakultät für Chemie und Pharmazie (Haus F, Buttenandtstraße 5-13, 81377 München) statt. Veranstalter sind der Verein Lebensmut, das LMU-Klinikum und die Bayerische Krebsgesellschaft.

Im Zentrum des Infotages stehen viele Vorträge zu verschiedenen Krebsarten. Diese werden jeweils von Experten und Betroffenen gemeinsam gestaltet, Fragen sind ausdrücklich erwünscht!

Zum Thema „Prostatatakrebs im Frühstadium“ sprechen Prof. Christian Stief, Direktor der Urologischen Klinik des Klinikums der LMU München, sowie Prof. Claus Belka, Direktor der LMU-Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie (11.45 Uhr, Buchner-Hörsaal). Der Therapie von „Prostatatakrebs im fortgeschrittenen Stadium“ widmet sich ein Vortrag mit PD Dr. Matthias Heck von der Urologischen Klinik am Klinikum rechts der Isar und Dr. Vera Wenter von der LMU-Klinik für Nuklearmedizin (10 Uhr, Buchner-Hörsaal).

Besucher können sich zudem an vielen Ständen und in Podiumsdiskussionen informieren – oder an Workshops teilnehmen. Das vollständige Programm hierzu finden Sie im Internet unter: [www.krebsinfotag-muenchen.de](http://www.krebsinfotag-muenchen.de)



Anmeldung bitte bis 18. September per Post an: Klinikum der Universität München, Campus Großhadern, c/o lebensmut e. V., Stichwort: Krebs-Informationstag, Marchioninstraße 15, 81366 München. Per Telefon: 089/4400-74918. Per E-Mail: [info@krebinfo-tag-muenchen.de](mailto:info@krebinfo-tag-muenchen.de). Sie erhalten keine schriftliche Bestätigung! Die Veranstaltung ist kostenlos. Der Verein freut sich über jede Spende: lebensmut e. V., Stadtparkasse München, IBAN DE51 7015 0000 1003 8272 25, Stichwort: Krebs-Informationstag 2018