

PATIENTEN-UNI 3

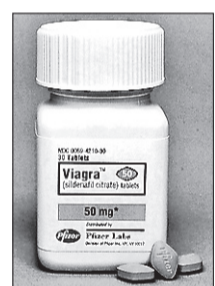


1. Mit Biss: Zähne und Zahnersatz
2. Für Frauen: Gebärmutter und Co.
3. Lebensadern: Die Gefäße
4. Nährstoffsammler: Die Verdauung
5. Erbsache: Die Humangenetik
6. Verwirrspiel: Die kranke Psyche
7. Alles im Blick: Bildgebung
8. Form & Funktion: Plast. Chirurgie
9. Medizin für Männer: Urologie
10. Aus der Natur: Alternative Medizin
11. Bewegt leben: Sport & Gesundheit

Unser Körper ist ein wahres Wunderwerk. Das gilt auch für Bereiche, in denen wir uns weniger gut auskennen wie die Geschlechtsorgane, die Verdauung oder die Psyche. Die wöchentlichen MHH-Veranstaltungen zu diesen Themen sind längst ausgebucht – aber die HAZ begleitet die Vortragsreihe erneut mit einer Serie. Unsere „Patienten-Uni“ widmet sich zehnmals der Gesundheit – und in der 11. Folge dem gesunden Sport.

Hilfe bei schlechtem Stand

Mit dem Alter nimmt nicht der Testosteronspiegel des Mannes ab, sondern auch seine Fähigkeit, eine Erektion ausreichend lange für einen Geschlechtsverkehr aufrechtzuerhalten. Kommt sogar länger als sechs Monate keine Erektion zustande, bezeichnen die Mediziner diesen Zustand als erektiler Dysfunktion (ED). Selten ist dieses Problem vor allem im höheren Alter nicht. „Eine US-Studie hat gezeigt, dass 75 Prozent der über 65-Jährigen eine erektiler Dysfunktion haben“, erklärt Prof. Markus Kuczyk, Direktor der Klinik für Urologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Dabei spielen auch ethnische und soziale Faktoren eine Rolle. Hauptrisikofaktoren für die ED sind jedoch Rauchen, Übergewicht, Diabetes, die regelmäßige Einnahme von Blutdrucksenkern, Alkoholmissbrauch, chronische Bronchitis und auch eine Vergrößerung der Prostata. „Man geht davon aus, dass die Nerven für die Erektionsfähigkeit ebenso wie die Nerven für die Kontrolle des Harndrangs außen an der Prostata verlaufen“, sagt Kuczyk. „Deshalb verbessert man bei der Therapie von Beschwerden beim Wasserlassen auch die Erektionsfähigkeit.“



Viagra-Tabletten. ap

Die am weitesten verbreitete Behandlung der ED sind jedoch Mittel wie Viagra, Cialis und Levitra, die gezielt in den Mechanismus der Erektion eingreifen. Alle diese Medikamente hemmen das Enzym Phosphodiesterase-5 (PDE-5), das im Körper Stickoxid (NO) abbaut. Das NO wiederum stellt die Durchblutung und sorgt so dafür, dass das Blut in die Schwellkörper des Penis fließen kann. Fast 90 Prozent der Männer profitieren von derartigen Medikamenten – denn auch psychisch bedingte Erektionsprobleme werden so gelindert. Allerdings können Viagra & Co. nach bisherigen Erkenntnissen schwere Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislauf-System haben. Gänzlich nebenwirkungsfrei ist dagegen regelmäßiger Sport, der ebenfalls die Durchblutung verbessert und damit die Erektionsfähigkeit erhöhen kann.

Helfen die PDE-5-Hemmer einem Patienten nicht, muss der behandelnde Arzt erneut auf Ursachensuche gehen. So kann die Funktion der Schwellkörper gestört sein oder deren Nerven sind durch eine Krebsoperation zerstört worden. Manche Patienten profitieren dann von einer Prostaglandin-Injektion in den Schwellkörper (SKAT-Therapie). Eine weitere Möglichkeit, ED-Patienten wieder zu einem befriedigenden Lebensleben zu verhelfen, sind sogenannte Vakuumerektionshilfen, die über eine Vakuumpumpe das Blut im Schwellkörper versammeln. In seltenen Fällen setzen die Ärzte auch eine aufblasbare Schwellkörperprothese oder eine Penisprothese ein.

WEITERE INFOS

In der Region Hannover bieten mehrere Selbsthilfegruppen Informationen zu Prostataerkrankungen und Kontakt mit anderen Betroffenen. Genauere Informationen und Kontaktadressen gibt es bei der **Selbsthilfekontaktstelle KIBIS**, Telefon (05 11) 66 65 67, Internet: www.kibis-hannover.de. Die Selbsthilfegruppe Burgdorf bietet am Mittwoch, 21. Juni, um 18.30 Uhr, eine **Infoveranstaltung zum PSA-Wert** im Nebengebäude des Gymnasiums Burgdorf, Berliner Ring 27, an. Auskünfte zur Veranstaltung erteilt Jürgen Mindermann, Telefon (0 51 36) 73 05.

Weiteres zum Thema unter www.haz.de/Patienten-Uni

Rund um das beste Stück

Der Urologe ist als Facharzt erster Ansprechpartner in Sachen Männlichkeit

VON NICOLA ZELLMER

Herbert Grönemeyer hat es auf den Punkt gebracht. „Wann ist ein Mann ein Mann?“, fragte der Sänger 1984 in seinem Hit „Männer“. Die Antwort ist zumindest teilweise Auslegungssache. Allerdings: Während man über das Aussehen oder Charaktereigenschaften wie Mut, Gewaltbereitschaft und Führungsstärke streiten kann, ist klar, dass das Mannsein ohne eine gewisse biologische Grundausstattung nicht funktioniert. Dazu gehört vor allem „das beste Stück“, also das männliche Glied, ebenso wie eine Reihe weiterer Geschlechtsorgane von den Hoden bis zur Vorsteherdrüse (Prostata) – und natürlich die passende Hormonkollektion.

Als das männliche Hormon schlechthin gilt dabei das hauptsächlich in den Hoden produzierte Testosteron – obwohl auch Frauen geringe Mengen davon ausschütten. Gesteuert wird die Testosteronfreisetzung von einem Gehirnbotenstoff, dem luteinisierenden Hormon (LH). Beim Mann beeinflusst Testosteron die Spermienproduktion, den Körperbau und die Behaarung. Es sorgt außerdem für Dynamik, Aggressivität und sexuelles Verlangen. „Die vorhandene Testosteronmenge ist dabei individuell verschieden“, erklärt Prof. Markus Kuczyk, Direktor der Klinik für Urologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). „Der eine braucht mehr Testosteron und der andere weniger, um die normalen Körperfunktionen aufrecht zu erhalten.“

Sicher ist, dass der Testosteronspiegel etwa ab dem 40. Lebensjahr jährlich um ein bis zwei Prozent sinkt. Während altersbedingte Hormonveränderungen bei Frauen schon lange bekannt sind, rücken diese „Wechseljahre“ auch bei Männern in den Fokus. „Bei einem normalem Testosteronspiegel helfen Hormonpräparate nichts.“

„Bei einem normalem Testosteronspiegel helfen Hormonpräparate nichts.“

des Mannes“ erst seit einiger Zeit verstärkt in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Dabei unterscheiden die Mediziner zum einen die Veränderung des gesamten hormonellen Regelkreises (Partielles endokrines Defizit des alternden Mannes: PEDAM) von den Veränderungen der Geschlechtshormone (Partielles Androgendefizit des alternden Mannes: PADAM). Fehlt etwa Testosteron kann das zu Abgeschlagenheit, Lustlosigkeit und Hitzewallungen führen. Zudem steigt mit dem Alter der Anteil des Fettgewebes, die Brustdrüsen können sich vergrößern (Gynäkomastie) und es kommt zu Libido- und Potenzverlust.

Wie sehr jemand vom schleichenden Testosteronverlust betroffen ist, ist individuell ebenso verschieden wie der Testosteronspiegel selbst. „Deshalb ist es sinnlos, nur die Laborwerte zu messen“, sagt Kuczyk. „Entscheidend sind allein die Symptome.“ Meist leiden Männer mit eher hohem Testosteronspiegel besonders unter dem altersbedingten Hormonabfall. Ihnen kann daher eine Ersatztherapie mit Testosteron helfen. Dabei wird das fehlende Hormon als Gel über die Haut aufgetragen oder mit einer Depotinjektion wieder zugeführt. „Bei Patienten mit normalem oder nur gering erniedrigtem Testosteronspiegel sind dadurch aber keine Verbesserungen zu erwarten“, betont Kuczyk und rügt die breite Werbung für Testosteron als Anti-Aging-Mittel in den Medien.

Eine weitere Wirkung des Testosterons betrifft die Prostata. Das etwa walnussgroße Organ liegt hinter dem Schambein und umschließt dort die Harnröhre. In ihm sind zahlreiche Drüsen vereint, die durch Testosteron angeregt Prostatasekret produzieren. Dieses Sekret wird zur Samenflüssigkeit zugefügt. Es sorgt dafür, dass das Ejakulat flüssig bleibt, gibt ihm seine milchige Farbe und ernährt die Spermien. Doch auch die Prostata verändert sich mit dem Alter. So hat jeder dritte Mann über 50 Jahre eine gutartige vergrößerte Prostata, bei den über 60-Jährigen ist es bereits jeder zweite. Bei diesem meist als benigne Prostatahyperplasie (BPH) bezeichneten Phänomen kann die Prostata im Laufe der Zeit die Harnröhre immer mehr abdrücken. Im schlimmsten Fall kann sich der Harn sogar bis zu den Nieren zurückstauen und ein Nierenversagen verursachen.

Noch viel dramatischer als die BPH ist allerdings der Prostatakrebs – mit 58 000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland der häufigste bösartige Tumor des Mannes. Noch immer sterben daran jährlich 11 000 Patienten.

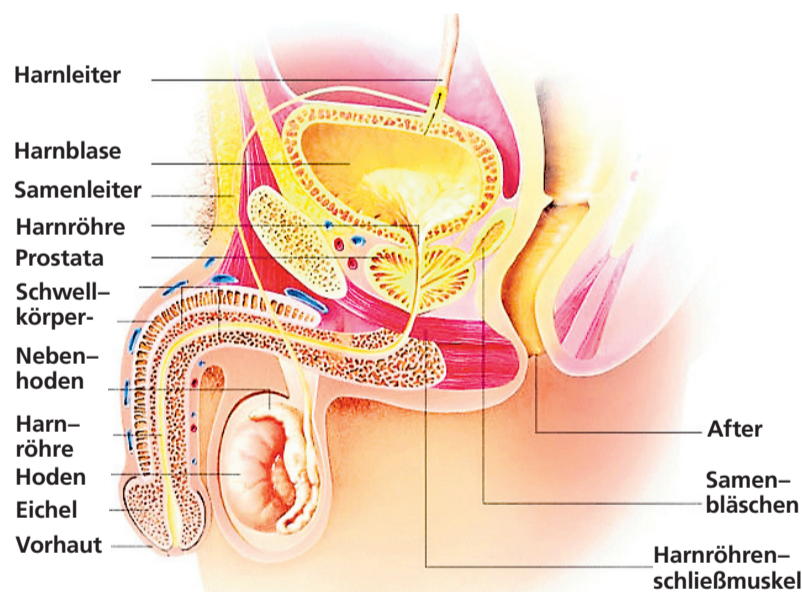
Anfangs wächst der Tumor in der Prostata völlig ohne Symptome, erst in fortgeschrittenen Stadien macht er sich durch Blasenentleerungsstörungen, Knochenschmerzen, später auch durch Gewichtsverlust und Blutarmut bemerkbar. Dann ist es für eine erfolgreiche Behandlung aber in der Regel zu spät. Um Männer mit Prostatakrebs rechtzeitig zu erkennen, setzen die Urologen daher auf den sogenannten PSA-Test, mit dem das prostata-spezifische Antigen (PSA) gemessen wird.

PSA ist ein Eiweiß, das fast ausschließlich von der Vorsteherdrüse gebildet wird und in geringen Mengen auch im Blut vorhanden ist. Und mit steigendem PSA-Gehalt im Blut nimmt auch die Wahrscheinlichkeit zu, dass der betreffende Mann Prostatakrebs hat. Bislang bieten die Krankenkassen diesen Test jedoch nicht als Regelleistung an. Während Männern ab 45 Jahren eine Tastuntersuchung und ein Test auf Blut im Stuhl zusteht, muss der PSA-Test mit 25 bis 40 Euro aus eigener Tasche bezahlt werden. Tatsächlich ist der Test derzeit nicht unumstritten: So müssen 1410 Männer untersucht werden, um einen vor dem Tod durch Prostatakrebs zu retten. Außerdem können erhöhte Werte auch andere Ursachen haben, sodass immer wieder Teilnehmer zu weiteren Untersuchungen gebeten werden, die sich im Nachhinein als unnötig herausstellen. „Eine neue europäische Studie weist jetzt aber eindeutig darauf hin, dass der PSA-Test das Langzeitüberleben positiv beeinflusst“, berichtet Kuczyk.

Für die sogenannte ERSPC-Studie waren insgesamt 182 000 Männer beobachtet worden. Ein Teil davon hatte regelmäßig an PSA-Tests teilgenommen. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass die Wahrscheinlichkeit durch ein Prostatakarzinom zu versterben, bei diesen Männern um 20 Prozent niedriger lag als in einer nicht getesteten Kontrollgruppe. Tatsächlich sei der Unterschied sogar noch höher, bemerkt die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) dazu in einer Stellungnahme: „Auch ein nennenswerter Teil der Kontrollgruppe hat sich screenen lassen.“ Als noch bedeutender schätzen die Experten diesen Effekt bei der gleichzeitigen veröffentlichten amerikanischen PLCO-Studie ein, weil der PSA-Test in den USA sehr populär ist. Obwohl die US-Studie keinen nennenswerten Effekt durch den Test nachweisen konnte geht die DGU daher davon aus, dass dieser dennoch vorhanden, aber wegen der systematischen Probleme nicht darstellbar ist.



Ein Abguss des berühmten David von Michelangelo aus dem Museum der bildenden Künste in Leipzig. dpa



Wenn die Prostata immer weiter wächst

Die gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse trifft viele Männer – sie macht aber nicht immer Beschwerden

VON NICOLA ZELLMER

Normalerweise ist die Prostata des Mannes etwa so groß wie eine Kastanie oder Walnuss – mit individuellen Unterschieden. Bei den meisten Männern vergrößert sich mit dem Alter werden aber auch das Drüsenorgan, das das Sekret für die Samenflüssigkeit liefert. Statistisch haben sogar 60 Prozent der Männer über 60 Jahre eine vergrößerte Prostata (benigne Prostatahyperplasie: BPH). Die meisten Betroffenen merken davon im Alltag gar nichts. Bei jedem Dritten stellen sich jedoch nach und nach Beschwerden beim Wasserlassen ein.

„Nehmen Sie beispielsweise einen 63 Jahre alten Vertreter, der seinen Arbeitstag im Auto verbringt“, sagt Prof. Markus Kuczyk, Direktor der Klinik für Urologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). „Für ihn ist es eine große Belastung, wenn er alle halbe Stunde eine Raststätte anfahren muss, weil er Harndrang hat.“ Die zugrundeliegenden Symptome wie ein abgeschwächter Harnstrahl, eine verlängerte Blasenentleerungszeit oder eine unkomplette Blasenentleerung fassen Fachleute heute unter dem Begriff LUTS (für: Symptome des unteren Harntrakts) zusammen. „Solche Symptome können auf eine vergrößerte Prostata zurückzuführen sein“, sagt Kuczyk. „Es gibt jedoch auch andere mögliche Ursachen. Entscheidend ist daher die Diagnose.“



Prof. Markus Kuczyk erklärt, warum Urologen bei BPH auch auf Krebs testen. Burkert

Wenn der Harn nur noch tröpfelt und die Toilettengänge immer häufiger werden, kommen die betroffenen Männer früher oder später zum Urologen. Der klärt zunächst per Ultraschall, ob Restharn in der Blase verbleibt. Ist das nicht der Fall, kann den Betroffenen oft schon durch Medikamente wie Alpha-Blocker, die den Beckenboden entspannen, oder Parasympatolytika, die den Blasenmuskel ruhigstellen, helfen. Restharn in der Blase ist jedoch ein Hinweis auf eine

Auslassstörung, die beispielsweise von einer vergrößerten Prostata verursacht sein kann, die die Harnwege abdrückt. Um das abzuklären, ist eine sogenannte urodynamische Messung nötig. Dabei geht der Urologe mit einem dünnen Messkatheter in die Blase, füllt diese dann auf und misst, ob die Blase stabil bleibt oder ob es zu einem spontanen Zusammenziehen der Blasenwand kommt. An der MHH ist auch eine Methode zur Ultraschallmessung der Blasenwanddicke

entwickelt worden. „Eine verdickte Blasenwand weist auf eine Auslassstörung hin“, erklärt Kuczyk. Die versucht der Urologe zunächst mit Medikamenten zu bessern. Nur wenn die nach drei bis fünf Monaten nicht helfen und andere Ursachen ausscheiden, rät Kuczyk zu einer Prostataoperation. „Wenn man ohne ausreichende Diagnose operiert, kann man den Patienten massiven Schaden zufügen“, erklärt er. Dazu gehört vor allem eine dauerhafte Inkontinenz der Blase.

Bei der Operation schälen die MHH-Ärzte das Prostatagewebe in den meisten Fällen mit einer Elektroschlinge oder mit einem speziellen Thuliumlaser aus seiner Bindegewebskapsel. Das Gewebe wird dann verdampft oder abgesaugt. „Die Kapsel sollte man möglichst nicht verletzen, weil dort die Nerven für die Kontinenz und die Erektionsfähigkeit verlaufen“, sagt Kuczyk. Bei einer offenen Operation ist das oft schwierig, weil im kleinen Becken sehr wenig Platz ist. Mit dem Thuliumlaser können die Ärzte aber heute sogar sehr große Prostaten operieren, und auch der Blutverlust ist geringer als mit anderen Methoden. „Außerdem können wir eine Gewebeprobe nehmen, um Prostatakrebs auszuschließen“, erklärt Kuczyk. Die Zufriedenheit mit der Operation ist seiner Erfahrung nach bei den Patienten hoch. „Die Blasenprobleme sind behoben, und die Erektionsfähigkeit bleibt in bis zu 95 Prozent der Fälle erhalten“, sagt er.

NACHGEFRAGT



Das Prostatakarzinom ist der häufigste bösartige Tumor beim Mann. Wie man ihn behandelt, erklärt Prof. **MARKUS KUCZYK**,

Direktor der Klinik für Urologie der MHH.

Besser früh behandeln

Wonach richtet sich die Behandlung? Vor allem danach, wie fortgeschritten der Tumor bereits ist. Wir unterscheiden drei Arten von Prostatakarzinomen, die durch den „Gleason-Wert“ eingeteilt werden. Der liegt zwischen null und zehn und bewertet die Ähnlichkeit der Krebszellen mit gesundem Gewebe. Gut differenzierte Tumoren mit einem Gleason-Wert unter sieben ähneln normalen Prostatazellen. Ein Wert von sieben beschreibt mittelmäßig differenzierte Tumoren. Und ein Wert zwischen sieben und zehn steht für schlecht differenzierte, also „unreife“ Zellen. Letzteres ist typisch für Krebszellen mit aggressivem Wachstumsverhalten.

Was heißt diese Einteilung für Betroffene?

Wenn die Tumorzellen gut bis mittelmäßig differenziert sind und der PSA-Wert unter zehn liegt, ist die Wahrscheinlichkeit extrem hoch, dass der Tumor sich noch allein auf die Prostata beschränkt. Damit steigen die Behandlungschancen. Wenn der Gleason-Wert und der PSA-Wert steigen, steigt leider auch das Risiko für Absiedelungen des Tumors in die Beckenlymphknoten oder in andere Körperregionen.

Wie behandeln Sie lokale Tumoren?

Die Therapie der Wahl ist die radikale Prostatektomie, also die komplette Entfernung der Prostata und Samenblase. In der MHH bieten wir den Eingriff als offene Operation oder laparoskopisch an. Als Alternative kommt in manchen Fällen eine Bestrahlung durch eine externe Strahlenquelle oder durch in die Prostata eingebrachte radioaktive Körnchen (Seeds) infrage. Ist der Tumor bereits deutlich über die Prostata hinausgewachsen, kann er durch eine Operation oft nicht komplett entfernt werden. Wir setzen dann auf eine externe Bestrahlung des Primärtumors und auf eine Hormontherapie.

Wie funktioniert diese Hormontherapie?

Die Hormontherapie ist eigentlich eine Antihormontherapie. Dabei erhalten die Patienten hormonähnliche Substanzen (LHRH-Analoga) gespritzt. Diese bewirken im Gehirn eine Dauerstimulation der Hypophyse, die dadurch betäubt wird und aufhört, die Bildung von Testosteron im Hoden zu stimulieren. Der Nachteil ist, dass es bei dieser Behandlung zunächst zu einem kurzzeitigen Anstieg des Testosterons kommt, der das Tumorwachstum fördern kann. Um dieses zu verhindern, erhielten die Patienten bisher zu Anfang eine begleitende Tablettenbehandlung, um die Testosteronwirkung auf die Krebszellen zu unterdrücken. Dieses kann durch ein neues Medikament umgangen werden.

Hilft die Hormontherapie denn immer?

Leider nein. Bei zwei Dritteln der Patienten wächst der Tumor nach etwa 50 Monaten trotz der Hormontherapie weiter. Dann setzen wir in Abhängigkeit von der Situation des einzelnen Patienten und vom jeweiligen Tumorstadium eine Chemotherapie ein. Das Prostatakarzinom wächst zwar sehr langsam und ist dadurch für Zellgifte weniger empfindlich. Trotzdem können wir den Patienten meist mit der Chemotherapie helfen, und ein Teil der Patienten überlebt für Jahre.

Aber die Chancen sind besser, wenn der Tumor schnell entdeckt wird?

Auf jeden Fall. Deshalb raten wir allen Männern über 45 Jahren zur Krebsvorsorge. Auch der PSA-Test ist sinnvoll. Studien haben gezeigt, dass ein PSA-Wert von weniger als zehn mit einer etwa 80-prozentigen Wahrscheinlichkeit verbunden ist, dass der Tumor noch begrenzt und somit heilbar ist. Neben den Vorsorgeuntersuchungen kann jeder Mann aber auch über seinen Lebensstil sein Risiko für einen Prostatakarzinom steuern: Regelmäßiger Sport und eine fettarme, mediterrane Ernährung senken das Erkrankungsrisiko.

Interview: Nicola Zellmer

GLOSSAR

5-alpha-Reduktase: Dieses Enzym wird von der Prostata gebildet und sorgt dafür, dass das männliche Sexualhormon Testosteron in seine biologisch aktive Form überführt wird, das sogenannte Dihydrotestosteron.

Transurethrale Schlingenresektion (TUR-P): Klassische Methode zur Entfernung der Prostata mit einer Elektroschlinge, die durch die Harnröhre hindurch in das Becken eingeführt wird.

Greenlight-Laser: Operationslaser im Grünlichtbereich, mit dem das Prostatagewebe durch Verdampfen entfernt wird.
Thulium-Laser: Dieser Laser ist ein Dauerstrichlaser, der das Gewebe sowohl schneiden als auch verdampfen kann.