

# Zwischen Zuversicht

Die Erfahrungen  
des Arztes **Michael  
de Ridder** mit  
der Früherkennung  
und Behandlung  
seines Prostata-  
karzinoms





## Michael de Ridder

Der 66-jährige Internist war viele Jahre Chefarzt an einer Berliner Klinik. 2011 erschien sein viel diskutiertes Buch „Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin“.

RETO KLAR

# und Panik

**ICH WOLLTE** Bescheid wissen – und zwar unbedingt. Ich wollte eine Diagnose erzwingen – auf Biegen und Brechen. Ich wollte den möglichen, nicht mehr beherrschbaren Auswirkungen einer Krankheit zuvorkommen, von der ich wusste, dass sie mich irgendwann im fortgeschrittenen Alter vermutlich befallen und niederringen würde: Prostatakrebs.

Schließlich ist der Hauptrisikofaktor neben dem Alter die familiäre Belastung. Zwei Onkel hatten den Krebs, mein Vater starb mit 74 Jahren daran. Jahrelang hatte ein Orthopäde damals meinen kränkelnden Vater wegen „degenerativer Wirbelsäulenbeschwerden“ behandelt.

Ein Klinikaufenthalt wegen einer Nierenerkrankung brachte dann per Zufall die Erklärung für das angebliche Rückgratleiden: Die Computertomografie zeigte Metastasen bis hinauf in die Brustwirbelsäule, herrührend von einem Prostatakarzinom.

Für eine Heilung war es viel zu spät. Zwei Jahre später starb mein Vater nach einem quälenden Kranklager, dem Operation, Strahlen- und Chemotherapie vorausgegangen waren.

35 Jahre später ging es um mich selbst. Lächelnd stand mein Operateur an meinem Bett und teilte mir freudestrahlend mit, dass ich Glück gehabt hätte: Mein Prostatakrebs habe die Organgrenzen noch nicht überschritten. Operativ habe er das Organ und mit ihm den Krebs vollständig entfernen können, und auch die Lymphknoten seien frei von Tumorgewebe. Damit sei es so gut wie sicher, dass ich geheilt sei.

Natürlich war ich froh und erleichtert – aber stimmte diese Auskunft? War ich wirklich geheilt? Mein Freund Siegfried B., 70, kämpfte gerade mit einem Lokalrezidiv seines vorgeblich geheilten Krebses. Vor zehn Jahren hatte er sich nach einem dem meinen vergleichbaren Befund einer operativen Entfernung der Prostata unterzogen. Und jetzt dieses Martyrium: 42 Bestrahlungen innerhalb von drei Monaten, Strahlenkolitis, Durchfall, Blasenentzündung, Übelkeit. Von Heilung keine Spur.

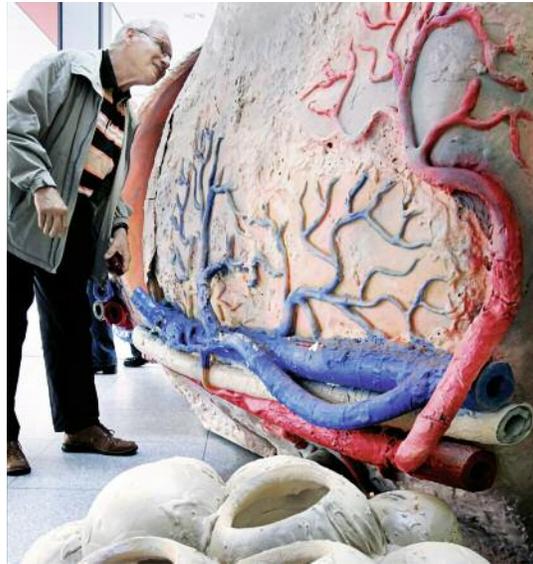
Ich stellte mich neben mein Bett und sah an mir hinunter auf die frische Operationsnaht, auf Blasenkateter und Drainagen, die Harn und Wundsekrete in verschiedene, am Gürtel meines Bademantels hängende Plastikbeutel ableiteten, Beutel, deren Füllungszustand eine Schwester jeden Tag penibel protokollierte. Mein Selbstwertgefühl war schwer angeschlagen, ja, ich war mir selbst auf eine gewisse Weise peinlich: War ich jetzt ein alter Mann, der sich wie Hunderttausende andere „Prostatiker“ mit häufigem Harndrang, undichter Blase, Vorlagen in der Unterwäsche und Impotenz herumzuquälen hatte? Sollte das für den Rest meines Lebens mein Schicksal sein – die Fortsetzung eines vor 15 Jahren begonnen Leidensweges?

Damals, es war im August 1997, hatte ich mich erstmals unter den Schirm der urologischen Vorsorge begeben. Einige innere Widerstände musste ich zuvor überwinden, hielt ich mich doch als Arzt, wie so viele meiner Kollegen, wider besseres Wissen insgeheim für unverletzlich und wich der Patientenrolle nur allzu gern aus. Andererseits war gerade mir als Mediziner absolut bewusst, wie sehr Krankheit und Gesundheit von der persönlichen Lebensgestaltung abhängen: Achtsamkeit sich selbst gegenüber und ein besonnener Umgang mit Gefahren und Risiken haben einen weitreichenden Einfluss auf Lebenszeit und Lebensqualität.

**DER TASTBEFUND** meiner Prostata ergibt nichts Auffälliges. Der PSA-Wert liegt bei 0,8. Mit den Worten „Kein Grund zur Sorge, kommen Sie in einem Jahr wieder zur Kontrolluntersuchung“ entlässt mich mein Urologe. Ich bin, fürs Erste, beruhigt.

Gleichzeitig fange ich an, mich selbst kundig zu machen, recherchiere und lese

viel über diesen häufigsten aller männlichen Tumore. Das also sind die Fakten: Erstens hat jeder dritte über 70-jährige Mann ein „schlafendes“ Prostatakarzinom. Zweitens ist die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA), die Urologen zur Früherkennung anbieten, unspezifisch, ergo: nicht aussagekräftig. Der Wert kann auch bei Entzündungen oder gutartiger Vergrößerung des Organs erhöht sein; bei drei von vier Männern mit einem erhöhten



### Lernen am Modell

Die Prostata, eine kastaniengroße Drüse, produziert einen Teil des Spermias.

PSA-Wert wird in einer anschließenden feingeweblichen Untersuchung der Prostata kein Krebs gefunden. Drittens aber, die gute Nachricht: Mehr als die Hälfte aller Männer, bei denen ein Krebs der Vorstehdrüse diagnostiziert wird, stirbt nicht an ihm, sondern mit ihm. Ihr Krebs ist zwar „bösaartig“, jedoch entwickelt er sich so langsam und damit „gutartig“, dass sein Träger an einer anderen Todesursache verstirbt.

Damit ist das zentrale Dilemma der gegenwärtigen Diagnostik des Prostatakarzinoms umrissen: Es gibt bisher keine verlässliche Methode, den Grad seiner Bösaartigkeit, also seine Wachstumsgeschwindigkeit zu bestimmen. Niemand kann sagen, wann man es mit einem „Haustierkrebs“, wie Professor Julius Hackethal ihn vor Jahrzehnten nannte, zu tun hat und wann mit einem aggressiven „Raubtierkrebs“ – noch wann der eine möglicherweise in den anderen übergeht.

Oftmals reicht es deshalb aus, diesen Tumor nur zu überwachen („active surveillance“). Jährlich lasse ich nun mein PSA bestimmen. 2004 liegt es bei 2,5: Ein Wert, bei dem mancher Arzt schon die Indikation zur Biopsie stellt, von der mir ein befreundeter Urologe jedoch abrät. Angst und quälende Ungewissheit halten Einzug in mein Leben, und ich erinnere mich einer alttestamentarischen Weisheit, die sich mir schon so häufig in meinem ärztlichen Beruf aufdrängte: „Denn wer das Wissen mehrt, mehrt auch die Leiden.“

In den folgenden Jahren mehrten sich die Zeichen, dass sich in meiner Prostata tatsächlich ein Tumor ausbreitet: Das PSA steigt 2006 auf 3,6, während die PSA-Verdopplungszeit, einer von mehreren Indikatoren für ein Karzinom, sich zusehends verkürzt. Auch die rektale Tastuntersuchung lässt meinen Urologen die Stirn runzeln: „Links, da fühle ich einen derben Bezirk – gefällt mir nicht.“ Besorgt und mit dem kollegialen Rat, mich einer Biopsie zu unterziehen, verlasse ich seine Praxis. Wenige Wochen später suche ich zwecks Entnahme einer Gewebeprobe eine Klinikambulanz auf.

Dr. P., ein erfahrener Urologe, stanzt aus meiner Prostata ultraschallgesteuert transrektal – durch den Darm – zwölf Gewebeprobe. Befund des Pathologen: negativ! Mir fällt ein Stein von der Seele, er hingegen dämpft meine Freude: „Kontrollbiopsie in einem Jahr.“ Die Angst schwelt weiter.

In den kommenden Jahren folgen weitere PSA-Kontrollen und Gewebeentnahmen, mein PSA steigt stetig an, 2010 beträgt der Wert 7,5. Doch die sich anschließende Biopsie zeigt wieder: kein Krebs. Das ist ungewöhnlich und bedarf einer Erklärung, die mir indes versagt bleibt: Denn auch eine gutartige Vergrößerung oder Entzündung der Prostata liegt bei mir nicht vor.

2011 ergibt eine weitere Biopsie bei einem PSA von 9,8 in einer von zwölf Gewebestücken den Befund einer „High-Grade PIN“. Das ist eine Gewebeveränderung, aus der in 50 Prozent der Fälle später ein Karzinom hervorgeht. Lakonische Empfehlung des Pathologen: Kontrolle in einem Jahr.

Ich bin verzweifelt, zumal auch unter meinen Ärzten ob der Diskrepanz zwischen steigendem PSA und den feingeweblichen Befunden Ratlosigkeit einkehrt. Die

definitive Diagnose eines Tumors in meiner Prostata sehe ich mittlerweile geradezu herbei, weil die Ungewissheit mich zermürbt. Ernsthaft beschäftigt mich die Vorstellung, mir auch ohne Tumornachweis mein „Schicksalsorgan“ herausoperieren zu lassen. Ob ein Urologe diesem Plan folgen würde?

**IMMER NOCH HOFFE ICH**, Gewissheit gewinnen zu können. Ich spreche mit Prof. W., dem in Deutschland führenden Vertreter der „active surveillance“ beim Prostatakrebs, einem entschiedenen Kritiker des unter Urologen allzu verbreiteten forschen operativen Vorgehens. Auf sein Anraten unterziehe ich mich dem gerade von einem amerikanischen Hersteller auf den Markt gebrachten „Progensa-Test“.

Der Test analysiert aus dem Harn gewonnene Prostatazellen molekulargenetisch. Ergebnis: Es besteht bei mir eine mittlere Wahrscheinlichkeit für ein Prostatakarzinom. Prof. W. hält das Testergebnis für „falsch-positiv“, zu deutsch: falsch. Nachts liege ich grübelnd wach.

Dr. P. entnimmt bei einem 2012 auf 14,7 gestiegenen PSA erneut Proben aus meiner Prostata. Nach insgesamt mehr als 50 entnommenen Gewebszylindern dürfte meine Vorsteherdrüse mittlerweile einem Schweizer Käse ähneln. „Bei diesem PSA-Wert gehen manche Kollegen ja schon auf Metastasensuche“, sagt Dr. P. beiläufig. Er ahnt nicht, welche Bestürzung er damit in mir auslöst. Metastasen? Ohne Krebsnachweis? Ja, bin ich denn ein Kuriosum, der weiße Rabe der Urologie? Denn wieder ist der Gewebefund, den ich sofort Prof. W. mitteile, negativ. „Vergessen Sie Ihr PSA! Nie mehr eine Biopsie!“, ist W.s ebenso süffisanter wie wohlmeinender Kommentar.

Ich bin sprachlos, fühle mich einen Moment lang wie erlöst und doch verloren zwischen allen Fronten.

Ein Verdacht keimt in mir auf: Kann es sein, dass Dr. P., ein erfahrener und handwerklich versierter Urologe, den krebsigen Bezirk in meiner Prostata mit seiner Biopsienadel verfehlt hat? Meine Vermutung ist begründet: Aufgrund seiner Form und Lage ist ein gewisser Bezirk des Organs – der sogenannte Apex – mittels einer allein ultraschallgesteuerten Biopsie über den

Darm manchmal nur schwer oder gar nicht zugänglich. Kombiniert man hingegen Ultraschall mit einer Magnetresonanztomografie und wählt für die Biopsie den sogenannten perinealen Zugang, über den Damm statt über den Darm, so ist damit das derzeitige Maximum der diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft.

Im März 2013 entschlief ich mich, von diesem neuen Verfahren Gebrauch zu machen. Es wird bisher nur von wenigen Zen-



## Einblick in den Körper

Für eine Ausstellung in der Uni-Klinik Halle wurde ein mehrere Meter großes Prostata-Modell gebaut.

tren angeboten. 30 Gewebeproben werden mir in Vollnarkose in der Uni-Klinik H. entnommen. In zweien findet sich Krebsgewebe mittlerer Bösartigkeit. Endlich! An die Stelle quälender Ungewissheit tritt die lang ersehnte diagnostische Klarheit. Ich bin erleichtert. Die Klinik empfiehlt mir die operative Entfernung meiner Prostata, alternativ eine Bestrahlung.

Ich neige zur Operation, Prof. W. hingegen beharrt auf seiner Überzeugung, noch zuzuwarten. Er rät mir zu einer DNA-Analyse der gewonnenen Gewebeproben. Sie soll zusätzliche Informationen über den Bösartigkeitsgrad des Tumors und damit über seine Behandlungsbedürftigkeit liefern. Dem stimme ich zu. Meine Tumorzellen werden auf einer Skala von I bis IV dem Malignitätsgrad II zugeordnet: Weder „signifikant“ (kurzfristig operationsbedürftig) noch „insignifikant“ (Zuwarten sinnvoll), erklärt mir der Pathologe.

Prof. W. hingegen legt sich mir gegenüber fest: „Dieser Krebs bedroht nicht Ihr Leben, dabei bleibe ich.“

Bohrende Zweifel. Schlaflosigkeit. Der Horrortrip will kein Ende nehmen. Zu weiterem Abwarten kann ich mich nicht durchringen – tue ich doch seit 15 Jahren nichts anderes. Was sonst bleibt: Intensitätsmodulierte Strahlentherapie? Langwierig und nebenwirkungsreich, der Tumor verbleibt im Körper. Protonentherapie? Nutzen unbewiesen. Brachytherapie? Mit der Implantation radioaktiver Teilchen in meine Prostata kann ich mich nicht anfreunden.

Mein Bauch spricht zunehmend eine eindeutige Sprache: „Raus mit dem Ding!“ Vor der OP muss ich mich noch einem Knochenszintigramm unterziehen, denn es könnte ja sein, dass mein Krebs schon gestreut hat. In dem Fall käme eine Operation, jedenfalls eine kurative, also heilende, gar nicht erst infrage. Die 14 Tage bis zum Termin bei einem Nuklearmediziner überstehe ich gerade noch. Die wahre Marter ist die Wartezeit bis zur Befunderöffnung. Endlich, in all meinem Unglück, ein leiser Freudenschrei: Meine Knochen sind frei von Metastasen. Einer Operation steht nichts mehr im Wege.

Würde ich mich – rückschauend auf 15 Jahre Angst und Bangen – noch einmal für die Früherkennung meines Tumors entscheiden? Bei allen Vorbehalten und Bedenken lautet meine Antwort: ja. Denn ich gehöre zu einer Risikogruppe (ein Verwandter ersten Grades starb am Prostatakarzinom), und das bedeutet: Die Wahrscheinlichkeit, an einem Prostatakrebs zu erkranken, ist erhöht. Die Aussicht auf Heilung durch Stahl oder Strahl ist exzellent – vorausgesetzt, der Tumor wird früh genug erkannt und behandelt.

Hingegen sollten Männer, die keiner Risikogruppe angehören, erst nach umfassender Aufklärung und reiflicher Überlegung ihre Entscheidung für oder gegen eine Vorsorgeuntersuchung einschließlich einer PSA-Bestimmung treffen. Viel hängt für sie auch davon ab, mit welchen Unwägbarkeiten sie bereit sind zu leben. Als Arzt und Patient weiß ich, wie schwer der Weg zu einer Entscheidung sein kann: Es genügt nicht, die medizinischen Möglichkeiten und die statistischen Chancen und Risiken zu kennen. Es kommt auch auf das persönliche Bauchgefühl an. ■