



## Patienteninformation: Prostatakarzinom - genaue Diagnostik mittels MRT

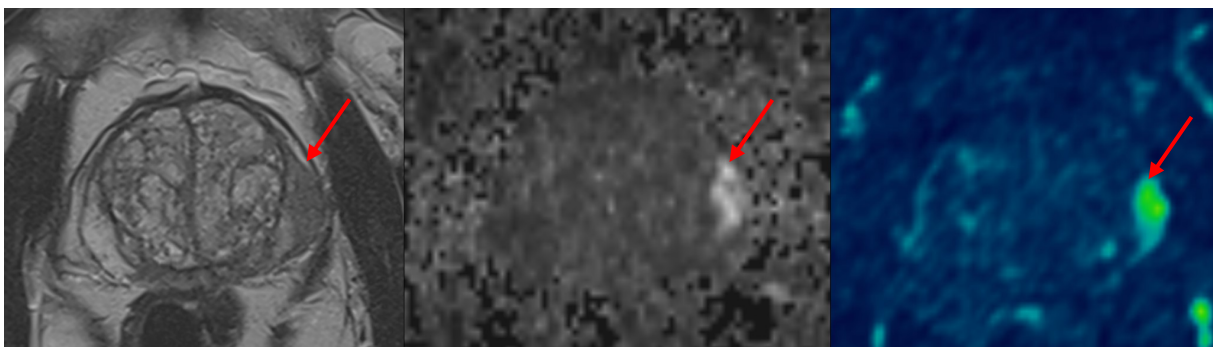
Prostatakrebs (Prostatakarzinom) ist aktuell die häufigste Krebsart bei Männern. Das übliche Vorgehen bei entsprechendem Verdacht ist die Bestimmung des sogenannten „PSA-Werts“ im Blut durch den Urologen. Dieser ist jedoch nicht nur beim Prostatakarzinom erhöht, sondern kann auch bei einer altersüblichen, gutartigen Prostatavergrößerung auffällig sein. Daher führt ein erhöhter PSA-Wert zu einer weiteren Abklärung der Prostata durch den Urologen: zunächst erfolgt eine Abtastung der Prostata, danach ggf. eine Probeentnahme („Biopsie“), bei der durch eine im Enddarm liegende Vorrichtung 6-12 zufällige Gewebezylinder aus unterschiedlichen Arealen der Prostata gewonnen werden. Da hierdurch nur ein geringer Teil (ca. 1/1000) des Gewebes entnommen und untersucht wird, besteht die Gefahr, dass bei kleinen Karzinomen trotz steigenden PSA-Werts die Gewebezylinder aus tumorfreien Arealen stammen und man auch bei mehreren Versuchen keine bösartigen Zellen „erwischt“.

**Die Treffsicherheit bei der Biopsie kann durch eine vorherige multiparametrische Magnetresonanztomographie-Untersuchung (mpMRT) der Prostata entscheidend verbessert werden.**

Die mpMRT der Prostata wird in bequemer Rückenlage durchgeführt. Der Kopf bleibt während der gesamten Untersuchung außerhalb des Geräts. Auf das Becken des Patienten wird eine leichte Prostata-Messspule gelegt. Bei Bedarf werden Medikamente zur Verringerung der Darmbewegung verabreicht (z.B. „Buscopan“).

Man erhält hochauflösende, detailreiche Bilder, auf denen man Tumorteile sehr gut von umgebendem gesunden Prostatagewebe abgrenzen kann. Man beurteilt dabei:

1. Die Form und innere Struktur der Prostata. Tumore zeichnen sich dabei durch eine Störung der Prostataarchitektur aus.
2. Die Zelldichte der Prostata. Tumore haben aufgrund ihres Wachstums eine höhere Zelldichte als gesundes Gewebe.
3. Die Durchblutung der Prostata. Tumore sind besser durchblutet als normales Prostatagewebe. Hierfür ist die Gabe von Kontrastmittel über eine Vene erforderlich.



*Kleines Prostatakarzinom der peripheren Drüse links mit Signalabsenkung in der T2-Wichtung (linkes Bild), erhöhter Zelldichte (Diffusionswichtung, mittleres Bild) und erhöhtem Blutfluss (Perfusionsmessung, rechtes Bild).*



Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 30min. Durch eine standardisierte Auswertung dieser drei Parameter (sog. PI-RADS 2.1 Schema) können behandlungswürdige Prostatakarzinome mit einer Genauigkeit von ca. 90% entdeckt, aber auch, und dies ist genauso wichtig, sicher ausgeschlossen werden. Dem Urologen kann dann genau die Größe und Lage des mutmaßlichen Tumorherds mitgeteilt werden.

Die Verwendung der mpMRT der Prostata senkt die Rate unnötiger Biopsien um 27% und die Erfassung nicht-behandlungswürdiger Tumore um 5%<sup>1</sup>, zugleich werden durch die mpMRT 10% mehr behandlungswürdige Prostatakarzinome gefunden als ohne diese Untersuchung<sup>2</sup>. Damit ist die mpMRT das genaueste Verfahren zur Detektion behandlungswürdiger Prostatakarzinome und senkt gleichzeitig die Anzahl unnötiger Biopsien<sup>3</sup>.

Wenig aggressive, sog. „low-grade“-Karzinome der Prostata können allerdings auch mit der mpMRT übersehen werden, wobei diese Formen meist auch nicht aktiv behandelt werden.

Bei positivem Befund muss zwar weiterhin biopsiert werden, doch kann die Biopsie nun gezielt erfolgen. Ist das mpMRT andererseits unauffällig, so muss auch keine Biopsie erfolgen.

Zudem erlaubt die mpMRT auch eine Beurteilung der Lymphknoten und des Beckens, so dass zusätzlich Aussagen über eine etwaige Streuung des Tumors möglich werden.

Die Kosten einer mpMRT der Prostata werden von Privatkassen in der Regel übernommen. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Untersuchung als individuelle Gesundheitsleistung (iGeL) durchführen zu lassen.

Bei den Gesetzlichen Krankenkassen ist die mpMRT der Prostata leider noch keine Regelleistung, eine Erstattung kann auf Einzelantrag möglich sein.

Sprechen Sie uns bitte einfach an.

**Referenzen:**

1 Lancet, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32401-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32401-1)

2 New England Journal of Medicine, DOI: 10.1056/NEJMoa1801993

3 European Urology, <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.11.023>