

Uro-Onkologische Sprechstunde

CIO (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter3)
Telefon: 0221 478-42583
E-Mail: onko-anmeldung@uk-koeln.de
Prof. Dr. Pia Paffenholz
Dienstag 08:00 – 15:00 Uhr

Privat- und Zweitmeinungssprechstunde

DTZ (Gebäude 18a, Ebene 1)
Telefon: 0221 478-82077

› Privat, Uro-Onkologie und Zweitmeinung

Prof. Dr. Axel Heidenreich
Montag 09:00 – 15:30 Uhr

› Uro-Onkologie und Zweitmeinung

Prof. Dr. David Pfister
Mittwoch 11:30 – 15:30 Uhr

Poliklinik Urologie

DTZ (Gebäude 18a, Ebene 1)
Telefon: 0221 478-82094

Patienten in stationärer onkologischer Versorgung

Station 17.2, Ebene 17
Case-Management
Telefon: 0221 478-89487

Patienten mit Chemotherapie oder Immuntherapie

CIO (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter3)
Telefon: 0221 478-42583
E-Mail: onko-anmeldung@uk-koeln.de

Behandlung im Rahmen klinischer Studien

CIO (Gebäude 70, Ebene 1, Cluster 2, Raum 1.020)
Telefon: 0221 478-82112
E-Mail: urologie-studienkoordination@uk-koeln.de

Im Notfall

Außerhalb der regulären Öffnungszeiten wenden Sie sich bitte an den urologischen Dienstarzt über die zentrale Notaufnahme, Ebene 01
Telefon: 0221 478-0

Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie



» Kontakt

Ansprechpartner

Prof. Dr. Dr. h.c. Axel Heidenreich
Prof. Dr. David Pfister
Prof. Dr. Pia Paffenholz

Adresse

- › Poliklinik für Urologie: DTZ (Gebäude 18a, Ebene 1)
- › Station Urologie: Bettenhaus (Gebäude 9, Ebene 17)
- › Uro-Onkologische Sprechstunde und Chemotherapie:
CIO (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter 3) Cluster 2

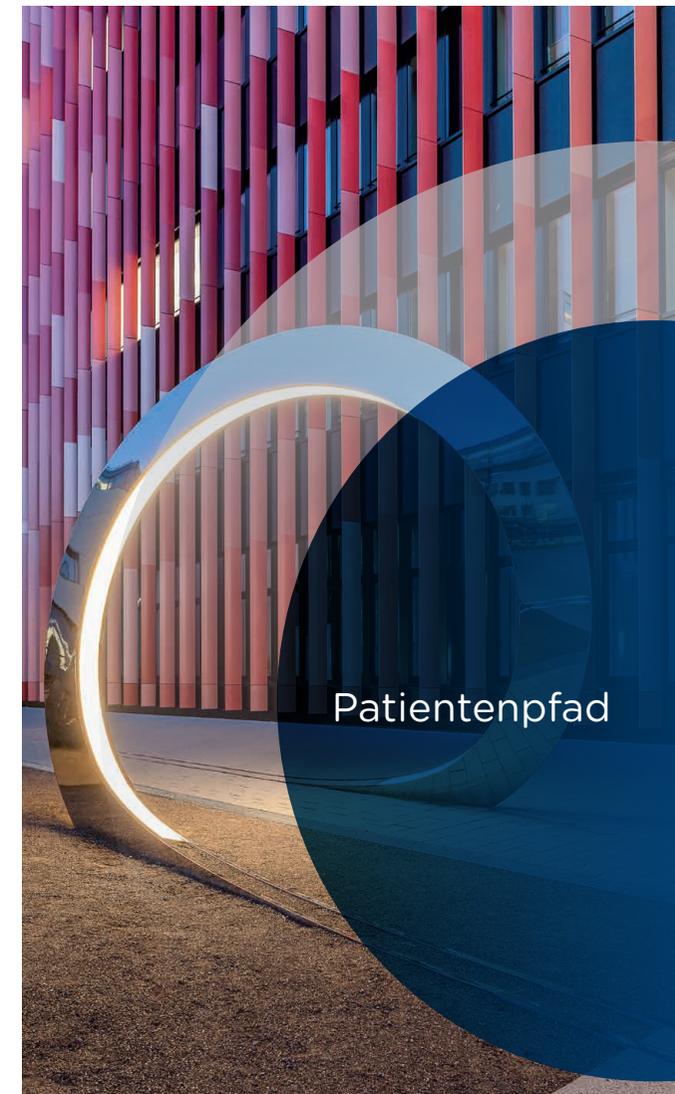


Das **Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)** ist das gemeinsame Krebszentrum der Unikliniken Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf.
krebszentrum-cio.de | cio.uk-koeln.de



**UNIKLINIK
KÖLN**

Prostatakrebs



Centrum für Integrierte Onkologie
Aachen Bonn Köln Düsseldorf

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

das Prostatakarzinom ist die häufigste maligne Erkrankung des Mannes mit einer Zahl von 64.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Die Frage der Sinnhaftigkeit zur Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung bzgl. der Detektion eines Prostatakarzinoms ist längst geklärt, dennoch sind wir mit einer hohen Rate an tumorassoziierten Komplikationen und Todesfällen konfrontiert.

Unser Ziel ist es mit modernsten Diagnose- und Therapieverfahren eine optimale Betreuung und Behandlung aller urologischen Patienten zu erreichen. Hierzu zählt auch innovative Therapien innerhalb von Studien anbieten zu können.

Als Kollegen möchten wir im Verbund mit Ihnen eine Behandlung auf höchstem Niveau anbieten, so wie es in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bereits gelebt wird, und als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. h. c. Axel Heidenreich
Klinikdirektor und Leiter des Prostatakrebszentrums

Ihr persönliches Nachsorgeschema

Nach radikaler Prostatektomie oder TULSA-PRO®

- › **Im ersten Jahr, nach drei, sechs und zwölf Monaten**
PSA-Kontrolle und körperliche Untersuchung inklusive rektaler Untersuchung
- › **Im zweiten und dritten Jahr alle sechs Monate**
PSA-Kontrolle und körperliche Untersuchung inklusive rektaler Untersuchung
- › **Ab dem vierten Jahr jährlich**
PSA-Kontrolle und körperliche Untersuchung inklusive rektaler Untersuchung

PSA im postoperativen Intervall

Im Falle einer Dynamik des PSA-Wertes empfehlen wir eine Vorstellung in unserer Sprechstunde.

PSA-Persistenz in der ersten Kontrolle

Indikation zu einer intensiveren Diagnostik mit PSMA-PET. Hierdurch kann eine atypische Metastasierung abgebildet werden. Als Folge kann eine Metastasen gerichtete Therapie durch eine Strahlentherapie oder eine Operation als individuelles Vorgehen diskutiert werden.

PSA Anstieg aus dem Null Bereich

Berücksichtigt werden muss der Zeitpunkt und das Tumorstadium. Ein lokales Rezidiv sollte frühzeitig bereits bei Werten von unter 0,2ng/ml als eigentliche Definition eines lokalen Rezidivs mit einer sogenannten frühen salvage Radiotherapie in Kombination mit einer Hormontherapie über 6 Monate behandelt werden. Ein PSMA-PET hat in dieser Konstellation keinen Stellenwert, da es das lokale Rezidiv bei den niedrigen Werten nicht abbilden kann. Die Diagnostik nach Ausschöpfen der lokalen Maßnahmen mit radikaler Prostatektomie und Radiotherapie mit erneutem PSA Anstieg aus dem Null Bereich ist die Domäne des PSMA-PETS. Um eine gute diagnostische Sicherheit ohne negativen Einfluss auf die Tumorkontrolle zu haben sollte der PSA-Wert vor Einleitung des PET´s zwischen 0,5 und 1ng/ml liegen.

Nach perkutaner Strahlentherapie

Die Nachsorgeintervalle nach Strahlentherapie entsprechen den Untersuchungen nach radikaler Prostatektomie oder TULSA PRO. Die Definition eines Rezidivs ist bei einem PSA-Wert von 2 plus dem tiefsten Wert nach Radiotherapie vorliegend. Wir konnten zeigen, dass ein PSMA-PET ein lokales Rezidiv und lokoregionäre Lymphknotenmetastasen sehr gut abbilden kann, so dass dies die Bildgebung der Wahl darstellt. Bei isoliertem lokalem Rezidiv können in unserem interdisziplinären Tumorboard verschiedene lokale Therapieoptionen, operative Resektion, HIFU oder Brachytherapie, diskutiert werden.

Unter active surveillance

- › selektierte Patienten sollen unter aktiver Überwachung beobachtet werden: 3 monatliche Kontrollen mit rektaler Untersuchung und PSA Bestimmung über 2 Jahre

- › ab dem 2 Jahr folgen halbjährliche Kontrollen
- › idealerweise wird bereits ein multiparameterisches MRT vor initialer Stanzbiopsie durchgeführt. In der aktiven Überwachung wird dann eine erneute Bildgebung und Biopsie nach 12-18 Monaten sowie 36 Monaten empfohlen. Ohne MRT muss dieses in der aktiven Überwachung nachgeholt werden und eine Bestätigungsbiopsie nach 6 Monaten erfolgen.
- › Folgebiopsien sind im weiteren Verlauf alle 3 Jahre vorgesehen
- › Im Falle einer PSA Dynamik mit einem Anstieg auf >10ng/ml oder einem Progress in einer Stanzbiopsie durch Zunahme der positiven Stanzzyylinder und oder einer Erhöhung des Gleason-Grades (ISUP) bitten wir um Vorstellung in der Sprechstunde.

Bei lokal fortgeschrittenem oder an wenigen Stellen (oligo) metastasiertem Prostatakarzinom

Die Standardtherapie des metastasierten Prostatakarzinoms ist eine kombinierte Hormontherapie oder eine Kombination aus Androgenentzug und einer Chemotherapie. Die lokale Therapie mit einer Radiotherapie oder einer Prostatektomie geht mit einer verbesserten Langzeittumorkontrolle einher und verbessert das Überleben. Gerne können wir die Konzepte in der Sprechstunde erörtern. PSA und Testosteronkontrollen sind alle 3 Monate erforderlich

Bei metastasiertem oder kastrationsresistentem Prostatakarzinom

PSA- und Testosteronkontrollen alle 3 Monate. Auch bei unauffälligen PSA-Werten sollte eine Bildgebung mittels CT-Thorax und Abdomen einmal jährlich erfolgen. Mit dieser Maßnahme sollen atypische Verläufe mit einem Metastasenprogress ohne PSA-Dynamik herausgefiltert werden. Dieses Phänomen tritt in bis zu 12% der Fälle auf. Ein PSMA-PET dient in diesem Erkrankungsstadium vornehmlich in der Planung einer PSMA-Radioligandentherapie.

Im Falle eines Progresses kann jederzeit eine Vorstellung in der Sprechstunde erfolgen, um auch eine potentielle Teilnahme an laufenden klinischen Studien zu ermöglichen.