

Zusammenfassung der wie folgt aufgeführten Fragen an Leiter Urologischer Kliniken. Die Anfrage erfolgte per eMail an 40 Institute und Kliniken, von denen 18 eine Antwort abgaben, die weiter unten aufgeführt sind.

Sehr geehrter Herr Prof.

im Arbeitskreis innovative Therapie zur Bekämpfung des Prostatakarzinoms im Forum des BPS, dem ich angehöre, sollen Fragen zwischen den Standard-Leitlinien der DGU und weiteren Verlautbarungen aus der Wissenschaft sondiert werden, um Neubetroffenen Wege aufzeigen zu können, ihrer Situation entsprechend die bestmögliche Therapie zusammen mit ihrem Arzt zu finden.

Einen Teil dieser Recherchen führt uns zu gegensätzlichen Auffassungen über die Einbeziehung der Ploidie in einzuschlagende Therapieschemata.

Dieser Umstand veranlasst uns, Sie, verehrter Herr Prof. . . . , folgende Fragen nach der unten aufgeführten Voraussetzung zu stellen:

Anamnestische und stanzbiotisch-, pathologische Ergebnisse weisen das Prostata-Ca nach. Lebensalter und Allgemeinzustand des Patienten sind Bestandteil Ihrer Therapieplanung.

* Wann erachten Sie die Einbeziehung der Ploidie der Tumorzellen bei Ihrer Vorgehensweise als wichtig?

* Welche therapeutischen Schlüsse ergeben sich aus den verschiedenen Ploidiestadien

Für Ihre Mühe vorab herzlichen Dank
Mit freundlichen Grüßen

Heribert Reinartz
Am Mergelsberg 23
40629 Düsseldorf
Tel. 0211 292346

<http://forum.prostatakrebs-bps.de/>

Lfd.-Nr	Anschrift	Antwortschreiben
1.	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der Technischen Universität Dresden Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen Fetscherstr. 74, 01307 Dresden	Sehr geehrter Herr Reinartz, die Ploidie ist heute keine Methode mehr zur Risikobeurteilung eines Prostatakarzinoms. Mit freundlichen Grüßen Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wirth Klinikdirektor Klinik und Poliklinik für Urologie

<p>2.</p>	<p>Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg Baldingerstraße D-35043 Marburg</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz, bezüglich der Fragen zur Ploidie von Tumorzellen zur Therapieplanung beim Prostatakarzinom verhalten wir uns in der Klinik folgendermaßen:</p> <p>Wir führen die Ploidie der Tumorzellen nicht als Prognoseparameter, da das Prostatakarzinom ein sehr heterogenes Karzinom ist und die Ploidie aus der Biopsie nicht unbedingt den wahren Malignitätsgrad des Tumors darstellen kann. Es handelt sich ja um Randumbiopsien, wobei es bei 70% aller Patienten nach radikaler Prostatektomie es zu einem Upstaging des Tumors kommen kann. Downstaging findet in 15 - 20% laut Literatur statt. Die Ploidie korreliert sehr eng mit dem Gleason Grading, so dass wir glauben, dass derzeit keine Zusatzinformation aus der Ploidie zu schließen ist. Die Ploidie ist sicherlich ein Prognoseparameter des Prostatakarzinoms, jedoch eng mit anderen Prognoseparametern verknüpft, so dass der Differentialtherapie unseres Erachtens nach keine anderen Entscheidungen getroffen würden als aus der Summe von Gleason Score, Alter des Patienten, Allgemeinzustand, T-Stadium und dem PSA-Wert.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen aus Marburg,</p> <p>R. Hofmann</p>
<p>3.</p>	<p>Markus-Krankenhaus Wilhelm-Epstein-Str. 2 60431 Frankfurt a. M.</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz,</p> <p>vielen Dank für Ihre Anfrage vom 05.04.08 bezüglich der Beachtung von Ploidie-Befunden zur Therapie des Prostatakarzinoms. Zusätzlich zum Gleason Score gibt die Ploidie der Tumorzellen einen Anhalt für die Aggressivität des Tumors. In der Regel ist der Gleason-Score aussagekräftig genug und auch hinsichtlich Nomogrammen und Prognosetabellen der wesentliche Aggressivitätsmarker. Bei Differenzen zwischen PSA-Höhe, klinischem Befund und Gleason Score kann jedoch der Ploidie-Grad im Einzelfall weiterhelfen. Hierbei ist jedoch auch zu beachten, dass eine Prostatabiopsie nicht repräsentativ für die Tumorveränderung im gesamten Organ sein muss, dies bezieht sich leider auch auf die Ploidie.</p> <p>Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p>

		Prof.Dr. med. M. Sohn Chefarzt der Urol.Klinik
4.	Klinikum Bremen-Mitte gGmbH Urologische Klinik Transplantationszentrum Sekretariat: Maren Lieberum St.-Jürgen-Str. 1 28177 Bremen	Telecom Dr. Melchior/Reinartz 09.04.2008 17:00 Uhr Die Ploidie wird von den Pathologen seit geraumer Zeit nicht mehr angeboten, ist auch bei Kenntnis von Alter, Volumen der Prostata, PSA-Verlauf, GS, der Anzahl der pos. Stanzeln nicht erforderlich. Die Ploidie ist allenfalls bei GS 3+4 und 4+3 für die Therapie von Bedeutung, weil bei dieser Konstellation GS und Ploidie nicht immer korreliert. Priv.-Doz. Dr. med. Sebastian Melchior
5.	Klinikum Kassel GmbH Mönchebergstr. 41-43 34125 Kassel	Sehr geehrter Herr Reinartz, vielen Dank für die Anfrage. Ich selbst sehe die Ploidie sehr kritisch, ich habe damit selbst vor 15 Jahren gearbeitet (siehe pubmed). Es ist grundsätzlich "eine alte Methode". Wir selbst haben Gen-Expressions-Untersuchungen durchgeführt, die m. E. in der Zukunft eine bessere Vorhersage ermöglichen werden. An diesen Dingen werde ich als Ordinarius in Düsseldorf weiter arbeiten. Ich werde ab August 2008 an der Universitätsklinik in Düsseldorf beginnen und vielleicht können wir uns dann ja auch persönlich einmal austauschen. Es gibt sicher eine BPS Regionalgruppe in D, denn ich brauche zum Aufbau z. B. auch eines PCA Zentrums Ihre Aktive Mithilfe. Besten Gruß, Prof. Dr. med. Peter Albers Direktor der Klinik für Urologie
6.	Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH Steinbrinkstr. 96 a 46145 Oberhausen	Sehr geehrter Herr Reinartz, die Ploidie spricht z. Z. in unserer Therapieplanung keine Rolle. Mit freundlichen Grüßen Prof. Dr. G. Hutschenreiter Chefarzt der Urologischen Klinik
7.	Klinikum Augsburg Postfach 10 19 20 86009 Augsburg	S. g. Herr Reinartz! Die Urologische Klinik in Augsburg ist gerade in das Thema Prostata-Karzinom sehr stark eingebunden. Auch deswegen halten wir chronisch "die Nase in den Wind", um aussichtsreiche

		<p>Neuentwicklungen möglichst frühzeitig (für den Patienten) einsetzen zu können. Aber: Dies gilt nicht für die Ploidie, die im übrigen so neu ja nicht ist.</p> <p>Für manche Kliniker ist -leider immer noch- neu, was besonders wichtig ist im Fall der Prostatovesikulektomie. -die Sentinel-Lymphadenektomie. Sie ist Standard bei Mamma-Ca. und sollte es möglichst bald auch werden beim PCA.</p> <p>Dieses in Augsburg für das PCA entwickelte Verfahren wird seit 1998 hier (ca. 2500 Mal) -und inzwischen auch national und international- durchgeführt. Nebenbei relativiert es die Sinnhaftigkeit so mancher PCA-Alternativ-Therapie-"Angebote", die ja leider auf die Kontrolle des LK-Status komplett verzichten und damit im Einzelfall riskant werden können.</p> <p>Ihr Arbeitskreis hat ein neues lohnendes Thema.</p> <p>Gruß Prof. Dr. med. Rolf Harzmann Leiter Urologische Klinik</p>
8.	<p>HELIOS Klinikum Krefeld</p> <p>Priv. Doz. Dr. med. Martin Friedrich</p> <p>Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie</p> <p>Lutherplatz 40 - 47805 Krefeld</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz, vielen Dank für Ihre Anfrage und für Ihr Interesse an unserer Arbeit. Wie Sie richtig beschreiben, sind neben dem PSA-Wert anamnestische und stanzbiotisch-, pathologische Daten die wichtigsten Parameter für die Therapieplanung. Je nach Situation kommen dann noch bildgebende Faktoren dazu.</p> <p>Neuere Parameter sind sicher interessant und mögen für die individuelle Beratung des Patienten immer noch eine zusätzliche und nicht zu unterschätzende Rolle spielen aber eine definitive Therapieempfehlung mache ich davon nicht abhängig. Hier verlasse ich mich eher auf intern und extern validierte Nomogramme, wie wir sie in meiner alten Arbeitsgruppe in Hamburg Eppendorf etabliert haben.</p> <p>Für Rückfragen auch gerne im persönlichen Gespräch stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung,</p> <p>mit freundlichen Grüßen, Martin Friedrich</p>
9.	<p>Universitätsklinikum Bonn Sigmund-Freud-Strasse 25</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz, die Ploidie beim Prostatakarzinom hat im Moment</p>

	<p>53105 Bonn</p>	<p>keinen Einfluß auf die therapeutischen Konzepte bei uns und wird auch routinemäßig von den Pathologen nicht gemacht.</p> <p>Mit freundlichem Gruß Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie</p>
<p>10.</p>	<p>Professor and Chairman Department of Urology Ludwig Maximilians- Universität München Marchioninstr. 15 D - 81377 München</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz!</p> <p>m M nach ist die Ploidie 'Medizin von vor 10 (oder besser 15 bis 20) Jahren', d h damals hat man die sehr groben (im Vergleich zu heute) Veränderungen der Chromosomen als möglichen Anhalt für Prognoseparameter des PCa genommen. Das genügt heute nicht mehr. Das Problem ist, daß wir bei den Veränderungen der Erbinformation auch heute noch an der Oberfläche kratzen und erst wenig verstehen. Un damit sind auch die modereren Genloci-Untersuchungen m M nach (noch?) wertlos. Einer der wenigen deutsche Experten: PD Dr Bastian: patrick.bastian@med.uni-muenchen.de</p> <p>Viele Grüße Prof. Dr. Christian G. Stief</p>
<p>11.</p>	<p>Universitätsklinikum Tübingen</p> <p>Klinik für Urologie</p> <p>Hopp-Seyler-Str. 3</p> <p>D-72076 Tübingen</p>	<p>DNA Ploidie Prostatakarzinom</p> <p>Sehr geehrter Herr Reinartz, gerne beantworten wir Ihr E-mail vom 05.04.2008.</p> <p>Wie Sie schon bemerkten, beziehen wir derzeit in die Entscheidung zur Biopsie und dann im weiteren zur Therapie folgende Faktoren routinemäßig ein: Patientenanamnese, Höhe des PSA-Wertes, ggf. PSA-Ratio, den klinischen Untersuchungsbefund, den pathologischen Untersuchungsbefund (Gleason-Score, Anzeichen positiver Stanzten mit prozentualem Anteil des betroffenen Gewebes) und Bildgebung mit ein. Ebenso müssen Lebensalter und Allgemeinzustand der Pat, berücksichtigt werden.</p> <p>In unserer Klinik spielt die DNA-Ploidie im Rahmen der Therapieentscheidung keine Rolle. In eigenen Untersuchungen konnten wir zeigen, dass Tumoren sowohl diploid als auch tetraploid sein können. Ein geringer Anteil der Tumoren ist aneuploid. Lediglich letzteres Pleudiestadium korreliert mit einer schlechteren Prognose der</p>

		<p>Patienten. Bei der Durchsicht der relevanten Literatur finden sich sowohl Evidenz, die für eine Korrelation mit der Ploidie und dem Verlauf nach einer kurativen Therapie spricht, als auch einige Studien, die keine Korrelationen finden konnten.</p> <p>Die unterschiedlichen Aussagen der einzelnen Studien können auf die Probleme der Evaluation der Ploidie zurückgeführt werden. Zum einen können sog. Sampling-Errors bei der Biopsie entstehen. Aufgrund der Heterogenität des Tumors können unterschiedlich ausgeprägte Tumorareale getroffen werden. Ebenso bestehen Unterschiede in der Technik der Evaluation.</p> <p>In unserer Erfahrung stehen uns mit dem Gleason-Score, dem Tumorigradung und dem PSA-Wert aussagekräftigere Instrumente als die Ploidie zur Abschätzung des weiteren Tumorverlaufes zur Verfügung.</p> <p>Wir hoffen Ihnen mit diesen Angaben weiter geholfen zu haben. Als weiterführende Literatur können wir Ihnen die Übersichtsarbeit von Monti-Roni, R. et al., BJU INT 2006 und Adolphsson, J, et al. EUR Urol 2007 empfehlen.</p> <p>Wir hoffen, Ihnen mit diesen Angaben gedient zu haben und verbleiben mit freundlichen Grüßen</p> <p>Prof. Dr.med. A. Stenzl Ärztl.Dir.d.Klinik f. Urologie Oberarzt d. Klinik Dr. med. D. Schilling</p>
12.	<p>Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie</p> <p>Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</p> <p>Ernst-Grube-Str. 40</p> <p>06120 Halle</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz,</p> <p>sehr begrüße ich Ihre Aktivitäten im Arbeitskreis „Innovative Therapie zur Bekämpfung des Prostatakarzinoms“ im Forum des BPS, wo Sie auch Fragen zu den Standardlinien der DGU sondieren in der Absicht Neubetroffenen Wege der Therapieoptionen zu empfehlen.</p> <p>Zu Ihrer Frage, welchen Stellenwert die Ploidie des Tumors auf die einzuschlagende Therapie hat, ist festzustellen, dass auf internationaler Ebene sehr intensiv an sogenannten molekularen Bio-Markern zur Prognoseabschätzung geforscht wird, die bei den urogenitalen Tumoren, speziell auch beim Prostatakarzinom eine Rolle spielen, unter</p>

		<p>anderem auch zur Ploidie.</p> <p>Die Forschungsarbeiten beschränken sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt und haben rein experimentellen Charakter, d. h. es stehen Ergebnisse aus dem Labor, speziell auch von Tierversuchen, zur Verfügung, die aber einen eindeutigen Schluss zur Wertigkeit der Ploidie zwecks Prognoseverhalten beim Prostatakarzinom in der klinischen Praxis nicht zulassen und wissenschaftlich, z. T. kontrovers, diskutiert werden.</p> <p>Zu klinischen Daten existieren dazu weltweit keine validen Daten. Die Ploidie findet demzufolge weder in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie zur Behandlung des Prostatakarzinoms Berücksichtigung, noch in den entsprechenden aktuellen Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaft für Urologie so auch nicht in den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie.</p> <p>Für Rückfragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen i. A. Prof. Dr. Med. H. Heynemann Stellv. Direktor der Klinik</p>
13.	<p>Städt. Klinikum Karlsruhe gGmbH Geschäftsführer: Dipl.-Volkswirt Peter Schäfer, Moltkestraße 90, 76133 Karlsruhe</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz,</p> <p>vielen Dank für die Anfrage bezüglich der Einbeziehung der Ploidie des Prostatacarcinoms bei der Therapiefindung.</p> <p>Weiterhin stehen wir trotz Tumormarker und besser werdender Bildgebung vor dem Dilemma, das genaue pathologische Stadium ohne Operation beim Prostatacarcinom nicht exakt festlegen zu können. Diesbezüglich ist die Suche nach weiteren Markern zur Einschätzung der Tumorbiologie von Nöten. Bereits seit den 80iger Jahren wird die Ploidie der Carcinomzellen untersucht und versucht, festzustellen, welchen Einfluss die Ploidie auf das Tumorverhalten hat und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind.</p> <p>Die Tumoreinschätzung erfolgt aktuell mittels digital-rektaler Untersuchung, transrektalem Ultraschall, dem präoperativen PSA-Wert, Gleason-Score, Differenzierungsgrad und</p>

		<p>präoperativer Bildgebung. Vollständige Sicherheit bezüglich des tatsächlichen pathologischen Stadiums sind trotz der mannigfaltigen Untersuchungen jedoch nicht zu erzielen.</p> <p>Bezüglich der Wertigkeit der Ploidie bei der präoperativen Planung gibt es in der Literatur verschiedene Angaben. 1999 veröffentlichten Brinker et al im Journal of Urology ein Paper mit der Frage, ob die Ploidie des Prostatacarcinoms, welches mittels Nadelbiopsie diagnostiziert wurde, das Tumorstadium der radikalen Prostatektomie voraussagen konnte.</p> <p>Diesbezüglich wurden die Daten von 159 Patienten aufgearbeitet. Brinker konnte nachweisen, daß der mittels Nadelbiopsie nachgewiesene Gleason Score eine höhere Voraussagewahrscheinlichkeit auf das tatsächliche Tumorstadium hatte als die Ploidie.</p> <p>Nur bei unklarem Gleason Score konnte die Ploidie als Zusatzinformation hilfreich sein. So konnte z.B. gezeigt werden, daß aneuploide Prostatacarcinome ein aggressiveres Wachstumverhalten aufweisen als diploide oder tetraploide Carcinome.</p> <p>Beim klinisch lokalisierten Prostatacarcinom konnten Milcent et al 2007 eine Arbeit veröffentlichen, in der sie zeigen konnten, daß der Nachweis aneuploider Prostatacarcinomzellen ein erhöhtes Risiko für ein lokal fortgeschrittenes Carcinom darstellten.</p> <p>Diese Tatsache entspricht letzten Endes den Ergebnissen des gängigen Gleason- Gratings. Hierbei ist ein höherer Gleason Score (Gleason 7 - 10) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines lokal fortgeschrittenen Carcinomes vergesellschaftet.</p> <p>Diesbezüglich ist festzustellen, daß der Ploidie der Carcinomzellen kein höherer Informationsstellenwert beizumessen ist als dem Gleason-Grading.</p> <p>Bei unklaren Gleason-Befunden ist die Ploidie als zusätzlicher Marker evtl. hilfreich, bei der Therapieplanung ist dies sicherlich aber kein Standardverfahren. Abweichende Daten konnte</p>
--	--	--

		<p>Abaza R. 2006 im Journal of Urology veröffentlichen, wobei er in den Resektaten von Patienten mit inzidentell nachgewiesenem Prostatacarcinom keinen Zusammenhang des Auftretens aneuploiden Gewebes mit Progression oder Überleben bezüglich des Prostatacarcinoms nachweisen konnte. Hier wurde nur der Gleason Score als relevanter Prädiktor nachgewiesen. Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, daß es sich um ein sehr geringes</p> <p>Patientengut von nur 44 Patienten handelte. Bezüglich des Verlaufs nach radikaler Prostatektomie im klinischen Stadium pT3</p> <p>untersuchten Hawkins und Zinke im Jahr 1995 an 894 Patienten den weiteren Verlauf. Sie konnte zeigen, daß die Tumorerkrankung im Patientengut mit aneuploiden Carcinomzellen bezüglich prostatacarcinomspezifischem Überleben als auch Carcinomprogression aggressiver verlief als bei tetraploiden Carcinomen respektive diploiden Carcinomen.</p> <p>Diese Feststellung hatte dann auch Einfluss auf die weitere adjuvante Therapie. Bereits 1995 konnten die Kollegen nachweisen, daß bei einem PSA-Progress von über 0,2 ng/ml die adjuvante Hormontherapie der adjuvanten Radiatio insbesondere bei nicht diploiden Carcinomen überlegen war.</p> <p>Im European Urology aus dem Jahr 2007 veröffentlichten Adolfsen et al die Daten von Prostatacarcinompatienten, welche klinisch ein lokalisiertes Stadium hatten und mittels Watch full waiting „nicht“ therapiert wurden. Eine Therapie wurde erst bei Carcinomprogression eingeschlagen. Die Kollegen konnten feststellen, daß außer Alter und Morbidität auch die Ploidie des</p> <p>Carcinomgewebes Einfluß hatte auf das tumorspezifische Überleben. Tetraploide als auch aneuploide Carcinome zeigten ein aggressiveres Wachstumsmuster mit höherer Progressionswahrscheinlichkeit und höherer carcinomspezifischer Mortalität. In einer weiteren Arbeit bezüglich des out comes vom Patienten nach therapeutischer Radiatio konnten Pollak 2003</p>
--	--	---

		<p>im Journal of Clinical Oncology zeigen, daß das Ansprechen auf eine Salvage Hormontherapie nach therapeutischer Radiatio bei PSA-Progress bei nicht diploiden Carcinompatienten geringer war und somit das Überleben im Vergleich reduziert war. Herr Pollak geht diesbezüglich von einem geringeren Ansprechen der nicht diploiden Zellen auf die adjuvante Hormontherapie aus.</p> <p>Nach Durchsicht der Daten lässt sich somit sagen, daß erstens die Therapieplanung weiterhin von den gängigen Tumormarkern PSA wie auch dem Gleason Score, Grading und dem klinischen Befund sowie der Bildgebung abhängig ist. Bei unklarem Gleason-Befund kann die Ploidie als zusätzlicher Marker bezüglich der bei der Therapieplanung mit einbezogen werden.</p> <p>Zweitens muß man bei aneuploiden Zellen genauso wie bei höheren Gleason Scores bei PSA-Progress nach primär kurativ intendierter Therapie von einer schlechteren Ansprechrate oder kürzeren Ansprechrate der Salvage Hormontherapie ausgehen.</p> <p>Da uns jedoch keine alternativen Therapieschemata zur Verfügung stehen, spielt es in der weiteren Therapieplanung postoperativ oder nach Radiatio keine entscheidende Rolle.</p> <p>Die Therapieplanung sowohl initial als auch adjuvant würde sich primär nicht an der Ploidie von Tumorzellen orientieren. Somit kommt der Ploidie letzten Endes nur die Bedeutung eines zusätzlichen Werkzeuges bei unklarem Befund zu. Entscheidenden Einfluss auf die weitere Planung hat diese nicht.</p> <p>Ich hoffe, ich konnte Ihnen mit obigen Angaben dienen und verbleibe</p> <p>mit freundlichen Grüßen Prof. Dr. D. Frohneberg Direktor der Urologischen Klinik</p>
14.	Unser geschätzter Urologe fs	<p>Bei Gleason 3+3, 3+4, 4+3 könnte aus meiner Sicht eine Ploidie zusätzliche Informationen geben - bei 4+4 bis 5+5 ist die Agressivität so hoch, dass ich keinen Profit in de Ploidie sehe.</p> <p>Einige Pathologen machen die P. regelmässig mit</p>

		<p>/z.B. Prof. Richter in Hannover.</p> <p>Wird der Wunsch nach Bestimmung bei Primärdiagnostik mit geäußert - wird diese in aller Regel auch auf Kassenleistung durchgeführt.</p> <p>Gruss fs</p>
15.	<p>Prof. Dr. med. J. M. Wolff</p> <p>Caritas-Krankenhaus</p> <p>Uhlandstr. 7</p> <p>97980 Bad Mergentheim</p>	<p>Telefonisch am 14.04.2008 um 11:00 Uhr</p> <p>Prof. Wolf führt aus, dass die Ploidie in der Beurteilung von Therapieentscheidungen keine Rolle mehr spielt, weil inzwischen immunologische Marker zur Untermauerung des Gleasen Score bessere Fundamente zur Therapiewahl darstellen. Er stützt sich dabei auf die Aussagen seiner Hauspathologen aber auch des Chefpathologen des UKE Hamburg, Prof. Sauter.</p> <p>Prof. Dr. med. J. M. Wolff</p>
16:	<p>Klinik für Urologie</p> <p>an der RWTH Aachen</p> <p>Pauwelsstraße 30</p> <p>52074 Aachen</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz,</p> <p>die Ploidie zytometrisch kann mit Bildanalyseverfahren bestimmt werden. Diese Verfahren sind aufwendig und werden nur vereinzelt und auf Anforderung durchgeführt. Die Ploidiebestimmung ist an aktuellen und größeren homogen behandelten Patientengut nicht untersucht. Dementsprechend spielt sie in der Therapieplanung keine Rolle.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen Professor Dr. med. G. Jakse</p>
17.	<p>Klinik und Poliklinik für Urologie</p> <p>Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK-SH), Campus Lübeck</p> <p>Ratzeburger Allee 160</p> <p>23538 Lübeck</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz,</p> <p>ich möchte Ihre Anfrage an Herrn Professor Jocham wie folgt beantworten:</p> <p>Die Ploidie hat keinen Stellenwert bei der Therapieplanung des Prostatakarzinoms.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen. C. Doehn Priv.-Doz. Dr. med. Christian Doehn Leitender Oberarzt – Stellvertretender Klinikdirektor</p>
18.	<p>Urologische Klinik</p> <p>Universitätsklinikum</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz, die Ploidie spielt bei der Beurteilung des</p>

	Düsseldorf Gebäude 13.72 Moorenstraße 5 D-40225 Düsseldorf	Prostatakarzinoms keine Rolle mehr. Mit freundlichen Grüßen Dr. med. Volker Müller-Mattheis kommissarischer Direktor
Die Antworten erfolgten per eMail, telefonisch oder in Briefform		
<p align="center">Eine weitere, gezielte Anfrage zu biochemischen Markern für Routineuntersuchungen wurde an Prof. Huland, dem Leiter eines der größten Prostatazentren, dem UKE Hamburg gerichtet.</p>		
<p>Sehr geehrter Herr Professor Huland,</p> <p>im Arbeitskreis "Innovative Therapie zur Bekämpfung des Prostatakarzinoms (PCa) im Forum des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.", dem ich angehöre, möchten wir den Neubetroffenen alle Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie aufzeigen, die zum Standard gehören, aber auch Weiterentwicklungen als mögliche Option einer sanfteren Therapie an die Hand geben. Wir wollen in diesem Zusammenhang Sie , verehrter Herr Professor ansprechen, weil ihre Klinik über das größt mögliche Patientengut verfügt und das pathologische Institut des UKE die diagnostischen Leistungen erbringen kann. Wir stellen Ihnen unsere Frage auch, im Bewusstsein, dass nicht alle Kliniken in Deutschland ihre hervorragenden operativen Ergebnisse vorweisen können.</p> <p>Vor allem ältere Patienten, die sich mit einer radikalen Therapie wegen möglicher Inkontinenz und Impotenz schwer tun und deren stanzbiopische Ergebnisse ein aktive Surveillance zulassen, fühlen sich mit der Regeldiagnostik oft unsicher.</p> <p>Hierzu unsere Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inwieweit können immunologische Marker die Einschätzung der prognostischen Entwicklung des Prostatakarzinoms verfeinern, um dem Betroffenen und dem Arzt mehr Sicherheit für den rechtzeitigen Beginn invasiver, therapeutischer Maßnahmen zu geben. Dabei interessiert in besonderem Maße, welche Marker das heute schon leisten können. * Gehören diese Untersuchungen in den genannten Fällen zur klinischen Routine und können sie als Kassenleistung abgerechnet werden? <p>Für Ihre Mühe vorab herzlichen Dank Mit freundlichen Grüßen</p> <p>Heribert Reinartz Am Mergelsberg 23 40629 Düsseldorf Tel. 0211 292346 http://forum.prostatakrebs-bps.de/</p>		

<p>1.</p>	<p>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Körperschaft des öffentlichen Rechts Gerichtsstand: Hamburg</p> <p>Vorstandsmitglieder: Prof. Dr. Jörg F. Debatin (Vorsitzender) Dr. Alexander Kirstein Ricarda Klein Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus</p>	<p>Sehr geehrter Herr Reinartz. Vorab eine Antwort von mir- ich habe aber auch meinen Mitarbeiter Dr. Schlomm gebeten, Ihnen aus seiner Sicht ebenso zu antworten. Sie stellen eine wirklich wichtige Frage nach den sog. Host Faktoten, die in der Abwehr von PCa wichtig sind und auch meßbar sind. Ich bin überzeugt, daß es solche giebt , die wir aber noch nicht kennen. Demnach wird auch von den Kassen diesbezüglich nichts erstattet. Daß Umwelt , Ernährung bewiesenermaßen eine Rolle spielt ,wissen Sie und ist immer noch beim Vergleich Asiaten zu Hause, Asiaten nach Auswanderung in die USA und Vergleich mit nativen US Bürgern ablesbar. Tut mir Leid , daß ich nichts positives dazu beitragen kann. Wenn im Mai in Orlando beim AUA etwas auftaucht werde ich mich melden.</p> <p>Gruß Huland</p>
<p>Eine weitere, klärende Stellungnahme, die von Herrn Dr. Schlomm erstellt werden soll steht noch aus.</p>		