

Verzögerte Diagnose des Prostatakarzinoms

Information des Patienten über die Möglichkeit der Früherkennung durch PSA-Test und weiterführende Diagnostik bei verdächtigem Wert – Folge 28 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Volkmar Lent**

Das Prostatakarzinom ist nach dem Lungenkrebs die zweithäufigste Krebstodesursache und der am häufigsten diagnostizierte bösartige Tumor des Mannes. Eine Verhärtung der Prostata, total oder herdförmig, kann verschiedene Ursachen haben. Am häufigsten handelt es sich um ein Prostatakarzinom, seltener um eine granulomatöse oder unspezifische Prostatitis, um eine Tuberkulose oder um Prostatostase.

Im frühzeitigen, organbegrenzten Tumorstadium, wenn noch keine Lymphknoten- oder Fernmetastasen bestehen, ist das Prostatakarzinom durch Operation oder Strahlentherapie heilbar. Voraussetzung für eine kurative Therapie ist daher die Früherkennung. Eine Hilfe bietet hier – neben der digital-rektalen Untersuchung – vor allem die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA). Es ist ein Sekretionsprodukt der Prostata, das mit hoher Empfindlichkeit ein Prostatakarzinom in einem frühen Stadium anzeigen kann. Hierbei gelten derzeit Werte bis 4 ng/ml als normal, Werte von 4 - 10 ng/ml als verdächtig und Werte von über 10 ng/ml als Hinweis auf ein Karzinom. Besonders verdächtig ist ein Anstieg des PSA-Wertes innerhalb einer kurzen Zeitspanne. Die Diagnose eines Prostatakarzinoms kann jedoch nur durch eine Gewebeentnahme aus der Prostata gestellt werden.

Bei PSA-Werten von über 4 ng/ml bzw. über 10 ng/ml wird in mehr als 25 % bzw. 50 % der Fälle in der Gewebebiopsie der Prostata ein Karzinom gefunden. Wegen der Heilbarkeit des Prostatakarzinoms im Frühstadium ist eine Aufklärung über die Bedeutung des PSA-Tests notwendig. Eine allgemeine Screening-Untersuchung ist derzeit noch umstritten (*Näheres dazu Deutsches Ärzteblatt, Heft 24 vom 11.06.2004, im Internet verfügbar unter www.aerzteblatt.de*). Wenn ein verdächtiger PSA-Wert gefunden wird, muss eine weiterführende Diagnostik erfolgen.

Die Gutachterkommission hat sich in den letzten Jahren in einer Reihe von Fällen mit Versäumnissen bei der Diagnose befassen müssen. Beschuldigt waren Urologen, Internisten und Ärzte für Allgemeinmedizin.

Beispielhaft werden zwei – auf das Wesentliche beschränkte – Sachverhalte geschildert, bei denen die urologische und die internistische Fachdisziplin betroffen waren.

Fehlerhaftes Vorgehen eines Urologen

Der 44-jährige Patient suchte am 16. Februar den beschuldigten Urologen wegen zunehmender Beschwerden beim Wasserlassen auf. Bei der rektalen Untersuchung stellte der Arzt einen steinharten und druckschmerzhaften rechten Prostatalappen fest. Eine Röntgen-

aufnahme des Bauchraumes zeigte ein unauffälliges Skelettsystem ohne Hinweis auf ein Harnsteinleiden. Das PSA im Blutserum ergab einen Wert von 45 ng/ml. Unter der Verdachtsdiagnose einer granulomatösen Prostatitis leitete der Arzt eine antibiotische Behandlung ein.

Bei der nächsten Vorstellung am 10. März besprach der Arzt – nach den Krankenunterlagen – mit dem Patienten zwar die Frage einer biopischen Abklärung. Eine entsprechende Maßnahme wurde aber nicht getroffen. Bei der erneuten Untersuchung am 24. Juli war der rechte Prostatalappen nach wie vor steinhart, aber nicht mehr schmerzhaft. Es erfolgte eine erneute antibiotische Behandlung. Die Kontrolle des PSA am 3. August ergab 39 ng/ml. Weitere Vorstellungen im August und September fanden wegen hämorrhoidaler Beschwerden statt.

Bei der erneuten Kontrolle am 12. Oktober war der PSA-Wert auf 58 ng/ml und am 27. November auf 128 ng/ml angestiegen.

Nachdem der Patient Mitte Dezember über Schmerzen in der Leiste klagte und die Prostata extrem schmerzhaft war, wies der Arzt den Patienten „wegen granulomatöser Prostatitis und zum Ausschluss eines Karzinoms“ in eine urologische Klinik ein. Dort ergab die feingewebliche Untersuchung der Stanzzyylinder ein bereits beide Prostatalappen einbeziehendes, teils mittel-

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein. Professor Dr. med. Volkmar Lent ist Chefarzt der Abteilung für Urologie am St. Nikolaus-Stiftshospital in Andernach und korrespondierendes Mitglied für das Gebiet Urologie der Gutachterkommission.

gradig, teils gut differenziertes hellzelliges Adenokarzinom der Prostata. Eine weitere Untersuchung im Januar durch eine Skelettszintigraphie zeigte herdförmige Aktivitätsmehrebelegungen im Sinne disseminierter Metastasen im Bereich der linken Schulter, der Rippen, der Wirbelsäule und der Beckenknochen. Nach einer plastischen Orchidektomie wurde zusätzlich eine medikamentöse Androgenblockade eingeleitet. Der PSA-Wert war am 4. Mai auf 4,1 ng/ml und am 24. August auf 2,3 ng/ml gefallen. Über den weiteren Verlauf hat die Kommission keine Feststellungen getroffen.

Gutachtliche Beurteilung

Nach dem Untersuchungsergebnis vom 16. Februar mit einem steinharten rechten Prostatalappen und einem PSA-Wert von 45 ng/ml war eine weitere diagnostische Abklärung dringend angezeigt. Ohne weiteres von einer granulomatösen Prostatitis auszugehen mit der Folge einer antibiotischen Behandlung war schwerwiegend fehlerhaft. Der beschuldigte Arzt hat möglicherweise eine Biopsie erwogen – eine Ablehnung durch den Patienten ist nicht dokumentiert –, jedoch nicht veranlasst. Dies ist erst nach zehn Monaten geschehen. Für die zeitliche Verzögerung und damit für die Verschlechterung der Prognose hat die Kommission den Urologen verantwortlich gemacht. Sie hat allerdings nicht feststellen können, ob zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung im Februar noch eine kurative Therapie möglich gewesen wäre, da nach dem Untersuchungsergebnis eine damals schon eingetretene Metastasierung des Prostatakarzinoms anzunehmen war.

Verzögerte Diagnose eines Internisten

Bei dem 60-jährigen Patienten wurde im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung am 7. April ein PSA-Wert von 52,9 ng/ml ermittelt.

Der dem beschuldigten Internisten als dem behandelnden Arzt zugesandte Befundbericht enthielt den Hinweis, daß die deutlich erhöhte PSA-Konzentration diagnoseweisend sei und bis zum Beweis des Gegenteils für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms spreche. Der Befund wurde, ohne dass Weiteres veranlasst wurde, zu den Krankenunterlagen genommen.

Ende November stellte sich der Patient wegen einer Miktionsstörung bei dem Internisten vor, der eine gutartige Prostatahyperplasie diagnostizierte und ein pflanzliches Arzneimittel (Talso uno) verordnete, zugleich aber eine PSA-Bestimmung veranlasste. Diese ergab am 4. Dezember einen PSA-Wert von 62,2 ng/ml. Es wurde ein Alpha-1-Rezeptorblocker verordnet. Auch nach einer Wiedervorstellung im April des nächsten Jahres erfolgte keine diagnostische Maßnahme; der Arzt verordnete erneut Talso uno. Als der Patient im August wiederum u. a. über Miktionsbeschwerden klagte, stellte der Arzt nach umfangreicher Untersuchung außer einer nunmehr deutlich vergrößerten Prostata mit zapfenförmiger Protrusion in die Harnblasenlichtung keinen wesentlichen Krankheitsbefund fest. Er veranlasste jedoch eine Kontrolle des PSA, die einen Wert von 104 ng/ml ergab. Danach erfolgte die Einweisung in eine urologische Klinik.

Die in der Klinik vorgenommene transrektale Ultraschalluntersuchung ergab eine verdächtige Prostata mit inhomogenen Strukturen und dilatierten Samenblasen. Die Prostatastanzbiopsie hatte das Ergebnis eines mittelgradig differenzierten Adenokarzinoms der Prostata in beiden Seitenlappen. Durch eine Ganzkörperknochenszintigraphie wurden Mehranreicherungen im Bereich mehrerer Halswirbelkörper, in einigen Rippen und besonders im 5. Brustwirbelkörper festgestellt. Es erfolgte eine komplette medikamentöse Androgenblockade. Bis Dezember fiel der PSA-Wert bis auf

0,87 ng/ml. Eine Indikation zur transurethralen Prostataresektion ergab sich nicht.

Am 1. März des folgenden Jahres wurde die Ganzkörperknochenszintigraphie wiederholt, die eine erhebliche Befundbesserung ergab. Über den weiteren Krankheitsverlauf wurden keine Feststellungen getroffen.

Gutachtliche Beurteilung

Auch hier ist von einem eindeutigen Behandlungsfehler auszugehen. Der Einwand des beschuldigten Arztes, ihm seien aufgrund organisatorischer Mängel die PSA-Werte vom 7. April (52,9 ng/ml) und 4. Dezember (62,2 ng/ml) nicht zur Kenntnis gebracht worden, kann ihn nach Auffassung der Kommission nicht entlasten. Er ist für die Diagnoseverzögerung von insgesamt 16 Monaten uneingeschränkt verantwortlich. Bereits der PSA-Wert vom 7. April hätte zu weiteren Diagnosemaßnahmen führen müssen, erst recht der ansteigende Wert vom 4. Dezember, dessen Bestimmung er selbst veranlasst hatte.

Der Gesundheitsschaden des Patienten liegt in der Verschlechterung der Prognose. Nach Auffassung der Kommission wäre allerdings schon früher eine radikale Entfernung des Karzinoms nicht mehr möglich gewesen, da ein PSA-Wert von 52,9 ng/ml für ein bereits fortgeschrittenes Stadium mit Metastasenbildung spricht. Die bei dem Patienten bisher erfolgreiche Androgenblockade hätte jedoch weit früher einsetzen können.

Ärztliche Körperschaften im Internet

www.aekno.de

Ärztekammer Nordrhein

www.kvno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de

Deutsches Ärztenetz