

Diagnose von Prostatitis und Prostatakarzinom

Da die beiden Erkrankungen Prostatitis und Prostatakarzinom den Patienten ganz unterschiedlich bedrohen, ist ihre konsequente Differenzialdiagnostik zwingend geboten.

von Volkmar Lent, Friedrich Baumbusch und Pia Rumler-Detzel

Prostatitis und Prostatakarzinom sind häufige Erkrankungen, die vielfach gleichzeitig vorkommen und ähnliche Symptome haben können. Hierzu gehören erhöhte Werte des prostataspezifischen Antigens sowie Verhärtungen und Unregelmäßigkeiten der Prostataoberfläche. Zu unterscheiden sind beide Erkrankungen dadurch, dass bei der Prostatitis erhöhte PSA-Werte spontan oder unter geeigneter Antibiotikatherapie (Gyrase-Hemmer) allmählich abfallen, beim Prostatakarzinom dagegen kontinuierlich ansteigen, sowie durch den bioptischen Nachweis. Da beide Erkrankungen den Patienten ganz unterschiedlich bedrohen, ist ihre konsequente Differenzialdiagnostik zwingend geboten.

Der Sachverhalt

Bei dem 64-jährigen Antragsteller wurde im März von seiner Allgemeinärztin ein PSA-Wert von 24,7 ng/ml („normal“ bis 4,0 ng/ml) festgestellt. Der Antragsgegner, ein Urologe, tastete eine verdächtige Prostata und führte eine Sextanten-Stanzbiopsie durch. Bei der histologischen Untersuchung fand sich in allen Prostatastanzen eine mittel- bis hochgradige, chronisch unspezifische, teilweise auch granulierende Prostatitis. In einer Prostatastanze zeigte sich zudem neben einer kribriformen Epithelhyperplasie eine intraepitheliale Neoplasie (PIN Grad III). Aus diesem Grunde empfahlen die Pathologen eine bioptische Kontrolle.

In der Folgezeit wurde der Patient von dem Urologen bei mehr als 20 Praxisbesuchen (von April bis Juli des Folgejahres) wegen Potenzstörungen und dysurischen Beschwerden klinisch untersucht und me-

dikamentös behandelt. Eine Behandlung der Prostatitis mit einem Gyrase-Hemmer und eine Kontrolle des PSA-Wertes sind aus der Dokumentation nicht ersichtlich. Für die Behandlungsdaten 1.4. und 28.5. ist vermerkt, dass mit dem Antragsteller über die Notwendigkeit einer PSA-Kontrolle gesprochen worden sei.

Danach wurden laut Karteintrag eine PSA-Bestimmung oder eine Prostatabiopsie nicht mehr erörtert, bis am 6.7. bei einer Besprechung der zunehmenden Restharmengen neben der angezeigten Prostataresektion auch eine Prostatabiopsie erwähnt wurde. Dazu kam es jedoch nicht.

Nach einer Untersuchung am 19.8., bei der wegen eines hohen Restharns von 300 ml zu einer Prostataresektion geraten worden war, erfolgte im September die Feststellung eines fortgeschrittenen Prostatakarzinoms mit Einwachsen in das umgebende Fettgewebe, in die Harnblasenhinterwand, in die Rektumvorderwand, in den Beckenknochen und die Beckenlymphknoten. Das prostataspezifische Antigen lag > 100 ng/ml. Nach bioptischer Sicherung eines gering differenzierten Adenokarzinoms wurde als palliative Maßnahme eine plastische Orchidektomie durchgeführt und neben einer Bisphosphonat-Gabe eine Strahlentherapie eingeleitet. Hierunter ließen die Symptome nach. Der PSA-Wert fiel im März des folgenden Jahres auf 2,5 ng/ml.

Gutachterliche Beurteilung

Die Gutachterkommission hat einen als schwerwiegend zu bezeichnenden Behandlungsfehler festgestellt. Dieser liege zum einen in der Nichtbeachtung der Empfehlung des Pathologen zu einer bioptischen Kontrolle eines tumorverdächtigen Befundes und zum anderen in der Unterlassung zeitgerechter Kontrollen eines hochpathologischen PSA-Wertes über nahezu 17 Monate.

Zwar habe der Urologe ursprünglich selbst den Verdacht eines Prostatakarzinoms gehegt, diesen aber über mehr als ein Jahr vollständig „vergessen“, weil der Patient ihm andere Symptome wie eine

erektile Dysfunktion, eine Blasenentleerungsstörung u. ä. vorgetragen und er diese Beschwerden behandelt habe. Dies entschuldige aber nicht, dass er der Empfehlung der Pathologen nicht gefolgt sei und die eigene Differenzialdiagnostik nebst Behandlungskontrolle nicht ordnungsgemäß zu Ende geführt habe.

War schon der hohe PSA-Wert von 24,7 ng/ml untypisch für eine chronische Entzündung, so schloss deren Bestehen ein gleichzeitig vorhandenes Karzinom keineswegs aus, weil Entzündungsprozesse häufige Begleiterscheinungen gut- und bösartiger Wucherungen der Prostata sind. Bei dem Antragsteller hätte deshalb die Notwendigkeit bestanden, die vermutete Entzündung mit einem geeigneten Antibiotikum zu behandeln und den Erfolg durch den Rückgang des PSA-Wertes zu kontrollieren. Beides ist jedoch laut Dokumentation nicht geschehen.

Damit wurde die erste naheliegende Möglichkeit zur Differenzialdiagnose versäumt. Im Falle eines Fortbestehens der PSA-Erhöhung hätte die Prostatabiopsie kurzfristig wiederholt werden müssen und sehr wahrscheinlich die Karzinomdiagnose gesichert werden können.

Dass der Urologe dies alles unterlassen hat, verstieß nach Auffassung der Gutachterkommission gegen gesicherte und bewährte wissenschaftliche Erkenntnisse, praktische Erfahrungen und gebotene Sorgfaltspflichten. Das Versäumnis war deshalb schwerwiegend fehlerhaft mit der Folge, dass die Prognose des Patienten verschlechtert wurde.

Ergänzende Literatur

- 1) Lent, Baumbusch, Weber: Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Bestimmung des prostataspezifischen Antigens, Urologe (2005) Urologe 12, 1458 ff; MedWelt 9/2006, 400 ff.
- 2) Mielke (Haftungs)Rechtliche Aspekte der PSA-Bestimmung, Urologe (2006) 6, 756 ff.

Professor Dr. med. Volkmar Lent ist korrespondierendes, **Professor Dr. med. Friedrich Baumbusch** korrespondierendes und zugleich Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Vorsitzende RichterIn am Oberlandesgericht a. D. **Dr. jur. Pia Rumler-Detzel** ist Stellvertretende Vorsitzende der Kommission.