

### Kasuistik

20.04.2006

- PSA-Bestimmung: 5,2 ng/ml
- Sonographie unauffällig.
- Daraufhin ambulante Punktion (9x) der Prostata ohne Tumornachweis.

05.10.2006

- Kontrolle PSA: 8,1 ng/ml.
- Darauf Anfang Oktober 15x sonographisch gestützte Punktion der Prostata in Vollnarkose ohne Tumornachweis.

Dezember 2006

- Kontrolle PSA: 12,0 ng/ml.

20.12.2006

- Fraktionierte TUR-P mit Nachweis eines Prostatakarzinoms G11b
- (Gleasin-Score: (5+5) = 10

20.02.2007

- Resektion
  - Histologisch: Schlecht differenziertes azinäres Adenokarzinom ohne erkennbare rezigressive Tumorveränderungen.
  - Der Tumor ist auf weniger als die Hälfte des rechten Prostataseitenlappen beschränkt.
  - Die Prostatakapsel wird nicht erreicht.
  - Tumorfremie Samenblasen, tumorfremier *Ductus deferents* und 12 tumorfremie Lymphknoten.
  - Klassifikation: ICD-0-C 61, M 8140/3 Grading nach Helpap IIIA
  - Gleason Score: (5+4)=9 pt2a, pn0 (0/12) L0, V0, R0
  - Regressionsgrad nach Helpap I (10 Punkte, keine Regression)
  - PSA bei stat. Aufnahme am 19.02.2007: 2,8 ng/ml,  
bei Entlassung am 01.03.2007: 0,6 ng/ml
- Weiter Gabe von BK-RiV 2 ml pro Woche bis 5 Wochen nach OP : Schneller, primärer Heilungsverlauf.

*21.03.2007*

- Wiederaufnahme der Arbeit

*05.05.2007*

- PSA >0,03 ng/ml

*20.08.2007*

- PSA >0,03 ng/ml

Nach Rücksprache mit dem Pathologen war am Resektionsgut keine Regression sichtbar, klinisch war der PSA-Wert allerdings von 13,2 auf 2,8 abgesunken (als Folge einer Kombination von BK-RiV und Casodex 50 mg/Tg.)

Meine Schlussfolgerung ist die möglichst frühzeitige Gabe von BK-RiV, also am besten gleich nach Diagnosestellung.