

**Interdisziplinäre Tumorkonferenz  
des AGAPLESION Onkologischen Zentrums FDK sowie seiner Mitglieder und  
Kooperationen am Standort Markus Krankenhaus**

Patientin: **Test, FDK**  
Aufnahmenr.: 18715432

geb. am 01.01.1930 **ECOG PS: 0**  
Alter: 95

Ort: **Dr. Otto Löwe- Seminarraum A 143,**  
**Gebäude A, 1. OG**

**Datum: 14.10.2025**

vorgestellt von (Name, Abt.): Oberarzt Dr. med. Urologe, Urologie

Anzahl Vorstellung: 9 **Letzte Vorstellung am: 25.09.2025**

elektiv ☒ **Dringlich elektiv** ☐ **ad-hoc** ☐

OP-Status: **präoperativ** ☐ **postoperativ** ☒ **primär nicht-operativ** ☐

Hausarzt: Dr. med. Hausarzt (wird , wenn hinterlegt automatisch aus Stammdaten  
übernommen)

Facharzt: Dr. med. Facharzt (wird, wenn hinterlegt automatisch aus Stammdaten  
übernommen)

Einweiser:in: Dr. med. Facharzt

Tumordiagnose: **Synchron lymphogen metastasiertes azinäres Adenokarzinom der  
Prostata, ED 04/25**

pT3b, pN1 (2/17), L0, V0, Pn1, R1

Gleason-Score 9=4+5/80%+ 10%, tertiärer Gleason: 3 (10%)

WHO-Gruppe (ISUP): 3

Histologie/ Zytologie: **Befund Pathologie vom 05.06.2025**

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Material/klinische Angaben

TBNA rechter Hilus - z.A. Lymphknotenmetastase bei  
bekanntem Prostatacarcinom /ka/aj

Makroskopischer Befund

60ml rote Flüssigkeit. Aufarbeitung mittels der  
ThinPrep-Methode (randomisierte Zellpräparation nach  
mikrometrisch bestimmter Zellgröße mit spezieller  
Filtermethode). Extraktion der in Flüssigkeit  
befindlichen festen Bestandteile zur gesonderten  
histologischen Untersuchung.

Pathologisch-Anatomische Diagnose

EBUS-TBNA des rechten Lungenhilus mit wenig  
anthrakotischem Lymphknotengewebe.

Kein Nachweis von Tumorzellen.

Dr. med. XXX Pathologe ,

Dr. med. XXX Pathologe ,

Der Befund ist vom Unterzeichner validiert und in  
elektronischer Form auch ohne Unterschrift gültig.

**Befund Pathologie vom 25.06.2025**

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Material/klinische Angaben

1. Ductus deferens rechts, 2. Ductus deferens links, 3.

pelvine LK rechts, 4. pelvine LK links, 5.  
periprostatitisches Fett, 6. Prostata - Prostatacarcinom  
/nk/sg

#### Makroskopischer Befund

1. Ein 10,5 cm langes und bis 0,7 cm durchmessendes Ductus deferens-Präparat. Separate Untersuchung der genannten Strukturen einschließlich der Resektionsränder. Lamellierende Aufarbeitung und Untersuchung an verschiedenen Stellen.
2. Ein 12,5 cm langes und bis 0,7 cm durchmessendes Ductus deferens-Präparat. Separate Untersuchung der genannten Strukturen einschließlich der Resektionsränder. Lamellierende Aufarbeitung und Untersuchung an verschiedenen Stellen.
3. Mehrere zusammen 6:5,5:2 cm große lipomatöse Präparate unter Einschluss von mehreren bis 4 cm großen Lymphknoten.
4. Zahlreiche zusammen 8,5:4,5:2 cm große lipomatöse Präparate unter Einschluss von zahlreichen bis 3 cm großen Lymphknoten.
5. Zwei zusammen 4:3:1,4 cm große lipomatöse Präparate. Vollständige Einbettung des Materials.
6. Ein 82 g schweres, 7:4,5:3,2 cm großes Präparat einer radikalen Prostatektomie mit anhängenden bis 3,5 cm großen Samenblasen und 3 cm langen Anteilen der Samenleiter beidseits. Nach kompletter Einbettung Untersuchung aller Resektionslinien, der Prostatakapsel auf der gesamten Zirkumferenz, des Apex, der Basis, der antero-zentralen, peripheren, zentralen Zone bds., der Absetzungsränder zur Harnblase (rechts/links) und der prostatistischen Urethra sowie der Samenblasen (rechts/links) und der Ductus deferentes auf lückenlosen Stufenschnitten. Präparation von basal nach apikal. Das Präparat wird nachträglich tuschemarkiert: ventral schwarz und dorsal blau.

#### Mikroskopischer Befund

1. und 2. Beiderseits im Querschnitt getroffene, muskelstarke Hohlorgane mit dreischichtiger muskulärer Wandung und sternförmigem Lumen, das von Zylinderepithel ausgekleidet wird. Keine Atypien oder entzündliche Infiltrate.
3. Acht Lymphknoten mit intakter zonaler Gliederung und Sinushistiozytose ohne Nachweis von Tumorzellen.
4. Zwei Lymphknoten mit Infiltraten der unter 6. beschriebenen Tumorzellen mit extrakapsulärem Wachstumsmuster. Die übrigen 7 Lymphknoten mit regelrechter Architektur.
5. Reifes Fettgewebe ohne Nachweis von Tumorzellen.
6. Es finden sich in beiden Prostataseitenlappen Infiltrate atypischer azinärer Epithelverbände mit hellem Zytoplasma, vergrößerten Zellkernen und prominenten Nukleolen bei überwiegend fusionierendem, teilweise kleintubulärem und einzellzelligem Wachstumsmuster mit Nachweis von Perineuralscheideninfiltration, Infiltration des periprostatistischen Fettgewebe und der Samenblasen. Die Tumorzellen sind apikal links über eine Strecke von 7 mm randbildend.

Pathologisch-Anatomische Diagnose

1. und 2. Im vollständigen Querschnitt erfasste Resektate vom Ductus deferens bds.
3. Acht tumorfreie pelvine Lymphknoten rechts (0/8).
4. Zwei bis zu 10 mm großen kapselüberschreitende Lymphknotenmetastasen in neun pelvinen Lymphknoten links (2/9).
5. Tumorfreies periprostatitisches Fettgewebe.
6. Radikales Prostatektomiepräparat mit einem apikal links über eine Strecke von 7mm randbildenden, in beiden Prostataseitenlappen nachweisbaren azinären Adenocarcinom der Prostata mit Perineuralscheideninfiltration, Infiltration des periprostatischen Weichgewebe und der Samenblasen.

Klassifikation des Tumors am OP-Präparat (TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017)

pT3b pN1 (2/17), L0, V0, Pn1, R1  
Gleason Score 9=4+5/80%+ 10%, tertiäre Gleason: 3 ( 10%)  
WHO-Gruppe (ISUP): 3  
Tumorzusammenfassung rechts: 25cm , links: 30ccm

ICD-O: C61.9 M8140/3

Die gesetzlich vorgeschriebene Meldung an das Krebsregister Hessen wurde von uns vorgenommen.  
Bitte machen Sie den Patienten auf sein Widerspruchsrecht aufmerksam.

Dr. med. XXX Pathologe ,

Dr. med. XXX Pathologe ,

Der Befund ist vom Unterzeichner validiert und in elektronischer Form auch ohne Unterschrift gültig.

**Tumoranamnese / Klinischer  
Befund / Endoskopien:**

Vorstellung zur daVinci RPx mit extensiver Lymphadenektomie in unserem Hause.

Synchron lymphogen metastasiertes azinäres Adenocarcinom der Prostata nach PSMA PET CT vom 28.05.25

- ED 04/25
- Gleason: 9
- iPSA: 6,6 ng/ml, aktuell 39,67ng/dl
- ISUP: 5
- D'Amico: high risk

**Empfehlung der Tumorkonferenz vom 10.06.25:** Radiatio der Prostata mit den Lymphabflusswegen und begleitender ADT für 2-3 Jahre versus radikale Prostatektomie mit Lymphadenektomie und hoher Wahrscheinlichkeit einer anschließenden adjuvanten Radiotherapie der Prostata mit den LAW und begleitender ADT in kurativer Intention.

Bei Herrn Test wurde im April dieses Jahres ein azinäres Adenokarzinom der Prostata gesichert. Im Rahmen des Stagings wurde eine PSMA-PET-CT-Untersuchung veranlasst. Hierbei zeigte sich neben am Primarius noch eine

erhöhte Intensität am rechtshilären Lymphknoten. Vor Einleitung der Prostata-Therapie sollte eine histologische Sicherung der Lymphknoten erfolgen. Wir nahmen Herrn Test hierzu stationär auf.

Am 04.06.2025 führten wir eine starre und flexible Bronchoskopie durch. Endobronchial zeigten sich keine Auffälligkeiten. Im endobronchialen Ultraschall konnten hilär auf Höhe des Oberlappenabgangs mehrere normal große Lymphknoten dargestellt werden. Es erfolgte eine transbronchiale Nadelaspiration. Zum Zeitpunkt der Entlassung stand die endgültige histologische Begutachtung noch aus. Diese werden die Kollegen der Urologie mit Herrn Test besprechen.

**Pathologisch-Anatomische Diagnose vom 05.06.2025**

EBUS-TBNA des rechten Lungenhilus mit wenig anthrakotischem Lymphknotengewebe.

Kein Nachweis von Tumorzellen.

Urologe: Dr. med. Urologe (Facharzt)

ECOG: 0

Allergien: Pollen, Nüsse

**Staging (Datum):**

**PSMA PET-CT am 28.05.25 (externe Nuklearmedizin):**

Beurteilung: Intensiv PSMA-exprimierendes Tumorgewebe in beiden Prostatalappen, deutlich linksbetont mit breitem Kontakt zur vorderen Rektumwand im mittleren Drittel (Rektumwandinfiltration möglich) sowie Ausdehnung bis Samenblasen bds. (Samenblaseninfiltration möglich). Nachweis multifokaler Lymphknotenmetastasierung paravesikal rechts ventral, iliakal extern links und iliakal commun rechts.

Mäßige PSMA-Expression in einem Lymphknoten am rechten Lungenhilus bei deutlich flauerer PSMA-Speicherung in kontralateralen links hilären Lymphknoten sowie vereinzelt mediastinal, aufgrund der Lokalisation wäre eher eine unspezifische/ reaktive Genese der Speicherung rechts hilär denkbar, wobei aufgrund der Intensität eine Lymphknotenfilia formal nicht auszuschließen ist, ggf. weitere Abklärung mittel EBUS-TBNA empfohlen.

Geringe PSMA-Expression in der 5. und 7. Rippe links lateral; Intensität der Speicherung ist nicht ausreichend zur Diagnose der ossären Filiae, in erster Linie posttraumatischer/ benignen Genese, klinische Korrelation empfohlen (Z.n. Sturz?).

**endgültiger Radiologiebefund vom 30.09.2025 (Übernahme des Befundes aus Orbis)**

MRT der Prostata

**Befund und Beurteilung:**

1. Zustand nach radikaler Prostatovesikulektomie. In der Prostataloge spindelförmig dilatierte Urethra bis 2 cm. Kein Nachweis einer Urin-Leckage. Verbliebenes Tumorrestgewebe ist nicht erkennbar. Für den R1- Befund findet sich kein Korrelat.
2. Beidseits parailiakal zarte narbige Veränderungen nach Lymphadenektomie. Pelvin und inguinal keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten.
3. Übrige Beckenorgane, Beckenskelett und pelvine Bauchdecke unauffällig.

**Tumormarker:**

**Tumormarker und Hormone:**

Prostata-spez. Antigen: \* **39.670**↑ [03.06.2025 15:57] ug/l (-3.100)

ECLIA-Methode [03.06.2025 15:57], Freies PSA: 3.60 [03.06.2025 15:57] ug/l, Quot.fPSA/PSA: **<0.100**↓ [03.06.2025 15:57] (0.250-)

**Staging-klinisch:** cT 1c-4 N 1 M 0 UICC-Stadium

**Staging-path.:** pT 3b N 1 (2/17) M 1 UICC-Stadium IV

**Andere Klassifikationen:**  
(IMDC): -

**Prostatakarzinom:** ☐ hormonsensibel ☐ kastrationsresistent

**Risikofaktoren:** ☐ high volume nach Chared ☐ high risk nach Latitude

**Nierenzellkarzinom:**

Fragebogen zur Risikoeinschätzung einer erblichen Nierentumor-Erkrankung

☐ geplant ☐ ausgefüllt

**Relevante**

**Nebendiagnosen:** Diabetes mellitus II  
arterielle Hypertonie  
Sinustachykardie (kardiale autonome Neuropahtie)  
Psoriasisarthritis  
Z.n. Leistenhernie im Kindesalter rechts

**Familienanamnese:** Positiv ☒ Negativ ☐ Vater Prostata-CA

**Bisherige Therapie:** Z.n. Prostatastanzbiopsie am 10.04.2025 (extern)  
Z.n. daVinci assistierter radikalen Prostatektomie mit Lymphadenektomie am 20.06.2025

**Fragestellung:** Adjuvante Radiatio der Prostata mit Lymphabflusswegen nach Erhalt der Kontinenz?  
Zudem begleitender ADT bei hohen Progressionsrisiko?  
**kurativ** ☒ **palliativ** ☐

**Empfehlung:**

Adjuvante Radiatio der Prostata mit den Lymphabflusswegen nach Erhalt der Kontinenz.  
Zudem kann eine begleitende ADT bei erhöhten Progressionsrisiko zur Radiatio erfolgen

- ☐ humangenetische Beratung
- ☐ osteoprotektive Therapie
- ☐ palliativmed. Anbindung
- ☒ Studienempfehlung Prostata-CA Studie
- ☒ Therapie gemäß Leitlinie

**Leitung der Konferenz**  
T. TEST\_PSY  
Assistenzarzt

**Allgemein/Viszeral Chirurgie**

**Pathologie**  
Pathologe

**Onkologie**  
T. TEST\_PSY  
Assistenzarzt

**Radiologie**  
T. TEST\_PSY  
Assistenzarzt

**Strahlentherapie**  
T. TEST\_PSY  
Assistenzarzt

**Gastroenterologie**

**Gynäkologie**

**Urologie**  
T. TEST\_PSY  
Assistenzarzt

**Psychoonkologie**

**Palliativmedizin**  
O. TEST  
EDV

**Thoraxchirurgie**

Plastische Chirurgie

Orthopädie

Pneumologie

Nuklearmedizin

externe Nuklearmedizin zur Demons  
Dr. med. Nuklearmediziner