

Dr. med. Jonas Müller-Hübenthal

Facharzt für Diagnostische Radiologie
Facharzt für Nuklearmedizin

PRAXIS im KÖLN TRIANGLE

am Bahnhof Deutz

Ottoplatz 1 · 50679 Köln

Telefon 0221 88 84 80 - 0

Fax 0221 88 84 80 - 20

als angestellte Ärzte tätig:

Dr. med. Alice Paquin

a.paquin@praxis-im-koelntriangle.de

Dr. med. Martin Pixberg

m.pixberg@praxis-im-koelntriangle.de

Dr. medic. (Ru) Ilinca Sacarea

Ärztin in Weiterbildung Nuklearmedizin

i.sacarea@praxis-im-koelntriangle.de

Termine: 0221 88 84 80 - 60

info@praxis-im-koelntriangle.de

Privatsprechstunde: 0221 88 84 80 - 66

privattermin@praxis-im-koelntriangle.de

Abrechnung: 0221 88 84 80 - 41

abrechnung@praxis-im-koelntriangle.de

Schreibbüro: 0221 88 84 80 - 42

schreibbuero@praxis-im-koelntriangle.de

Case Management: 0221 88 84 80 - 43

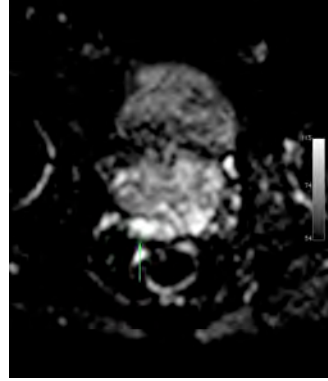
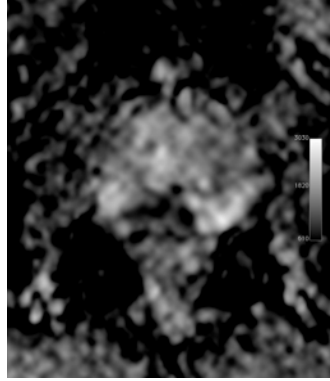
casemanagement@praxis-im-koelntriangle.de

info@praxis-im-koelntriangle.de

www.praxis-im-koelntriangle.de

PRAXIS im KÖLN TRIANGLE

Dr. med. J. Müller-Hübenthal · Ottoplatz 1 · 50679 Köln



Informationsblatt für Überweiser

Multiparametrische MRT der Prostata

Die multiparametrische MRT der Prostata hat sich in den letzten Jahren insbesondere auf europäischer Ebene als wertvolles Instrument zur Früherkennung des Prostatakarzinoms in Ergänzung zur Biopsie etabliert. Die Untersuchungstechnik und die Befundungskriterien wurden standardisiert und analog der Mammographie im sogenannten PIRADS System zusammengefaßt. Hierbei hat sich die Endorektalspule nur für bestimmte Fragestellungen im Rahmen des Staging als erforderlich erwiesen – eine wesentliche Erleichterung für den Patienten. Die Praxis im KölnTriangle nimmt am von der Fa. Curagita aufgelegten Programm „Radiagnostix“ teil, an dem die mMRT der Prostata unter Aufsicht des DKFZ anhand etablierter Qualitätsstandards durchgeführt und qualitätskontrolliert wird.

Die multiparametrische MRT der Prostata integriert neben hochaufgelösten anatomischen Aufnahmen der Prostataloge in T2-Wichtung in allen drei Raumebenen funktionelle Informationen u.a. über Zelldichte, Gefäßversorgung und Gefäßwandpermeabilität in die Auswertung. Hierzu werden dünne diffusionsgewichtete Aufnahmen in sogenannter b0, b150, b450 und b900-Wichtung angefertigt. Aus diesen läßt sich sowohl ein ADC-map als Übersichtskarte erstellen als auch der ADC-Wert (Ein Diffusionskoeffizient, für den ein Grenzwert zwischen benigne und maligne existiert) quantitativ berechnen. Darüber hinaus werden kontrastmitteldynamische Aufnahmen der Prostata mit einer Schichtdicke von 1mm und einer zeitlichen Auflösung von 7 s über 5 min angefertigt (ca. 2.000 Einzelaufnahmen) und von den Nativaufnahmen ohne Kontrastmittel subtrahiert. Aus den Subtraktionsaufnahmen läßt sich über dem tumorverdächtigen Bezirk eine quantitative Auswertung mit Zeitintensitätskurve erstellen. MR-Spektroskopie (nichtinvasive Messung des Citrat- und Cholingehaltes des Prostatagewebes) und MR-Elastographie (Messung des Elastizitätsmoduls, auch sonographisch möglich: Histoscanning®) führen wir nicht durch.

Bankverbindung: Bensberger Bank BLZ 370 621 24

Konto Inhaber Dr. J. Müller-Hübenthal Kto.Nr. 969 00 18

BIC GENO DE 31 BGL IBAN DE 2037 0621 2400 0969 0018

Institutionskennzeichen: IK = 270501803

Indikationen zur multiparametrischen MRT der Prostata sind:

1. Früherkennung bzw. Tumorsuche bei negativer oder nicht gewünschter Biopsie. Auch die Biopsie kann sich irren (20% primär falsch negativ). In einer aktuellen Untersuchung (Scheidler et al. RöFo 2012) konnten bei TRUS- und DRE- negativen Patienten mit persistierend erhöhtem PSA Spiegel mit der multiparametrischen MRT in der Hälfte der Fälle klinisch relevante Karzinome (>Gleason 6) identifiziert werden. Ein verdächtiger Befund („führende intraprostatistische Läsion“) muß durch eine dann ggf. MRT-gestützte gezielte Biopsie bestätigt werden.
2. Ausbreitungsdiagnostik bei bioptisch gesichertem Tumor. Hierbei kann die Frage des kapselüberschreitenden Wachstums, der Samenblaseninfiltration, der Invasion des neurovaskulären Bündels etc. beantwortet werden. Auch die mögliche Diskrepanz zwischen kleinem Biopsiebefund/Tastbefund und hohem PSA-Spiegel kann geklärt werden. Zur Biopsie sollte ein Abstand von 4-6 Wochen eingehalten werden.
3. Rezidivdiagnostik bei primär erfolgreicher Therapie zur Frage des Lokalrezidivs: Grundsätzlich kann die multiparametrische MRT in dieser Situation rezidivverdächtige Läsionen nachweisen. Aufgrund der höheren Spezifität sowie der Frage einer systemischen Manifestation empfehlen wir in dieser Situation die F18-Cholin-PET/CT.

In Ergänzung zur multiparametrischen MRT der Prostata für den Lokalbefund kann als Ganzkörperuntersuchung im Primärstaging (eine entsprechende Hochrisikosituation vorausgesetzt) aber auch beim biochemischen Rezidiv sowohl eine Ganzkörper-MRT als auch eine F18-Cholin-PET/CT durchgeführt werden. Während die Cholin-PET/CT sensitiver für kleine Lymphknotenmetastasen und spezifischer bei Skelettherden ist, kann die GK-MRT insbesondere bei Vorliegen einer stoffwechselarmen kleinherdigen multifokalen oder disseminierten Skelettmetastasierung ihre Überlegenheit ausspielen. Die Ganzkörperdiffusionswichtung kann m.E. nicht in einem ausreichenden Maße zwischen physiologischen und metastatisch befallenen Lymphknoten unterscheiden.

Alle genannten Untersuchungen können nicht auf Krankenschein erbracht werden.

Bildbeispiele:

T2 Wichtung Anatomie	DWI b2000	ADC Map ADC= 0,63	DCE Quantifizierte Auswertung
