



Der Allgemeinarzt

Der kranke Harntrakt

Urethralyndrom
Therapie der BPH
Harninkontinenz



Therapie des
Typ-2-Diabetes

Homocysteinämie

Moderne Wundauflagen

Mastozytose



www.allgemeinarzt-online.de

- Hausbesuch: Dürfen Sie ablehnen?
- Laborreform zum 1.10. – Was steht fest?
- Aktiver Hausarzt wirbt fürs Radfahren

Therapie der benignen Prostatahyperplasie (BPH):

Medikamente, TURP oder Laser

Dr. med. Vera Seifert: Bericht

Bei Patienten mit benigner Prostatahyperplasie orientiert sich die Therapie an den Symptomen: Wer milde Beschwerden hat, kommt oft mit einem Phytopharmakon gut zurecht. Größere Drüsen, die die Harnröhre massiver einengen, erfordern chemische Wirkstoffe oder eine Operation. Dabei treten in den letzten Jahren zunehmend Lasertechniken in Konkurrenz zur transurethralen Resektion mit dem Elektrokauter. Der Urologe Dr. med. Stephan Neubauer vom Westdeutschen Prostatazentrum Köln gab im Gespräch mit „Der Allgemeinarzt“ Auskunft zum Stellenwert der verschiedenen Methoden.

Die Therapie der BPH zielt immer darauf ab, das einengende Moment der sich vergrößernden Drüse zu beheben, verdeutlichte Neubauer. Die ersten leichten Beschwerden lassen sich oft mit den in der Regel gut verträglichen Phytopharmaka wie Kürbiskern-, Brennnessel- oder Sägepalmextrakten, Beta-Sitosterinen oder Kombinationen dieser Substanzen lindern.

Alphablocker

Bleibt eine Besserung aus, kommen als nächste Therapiestufe chemisch hergestellte Präparate zum Einsatz, nämlich Alphablocker und 5-Alpha-Reduktasehemmer. Das Wirkprinzip der Alphablo-

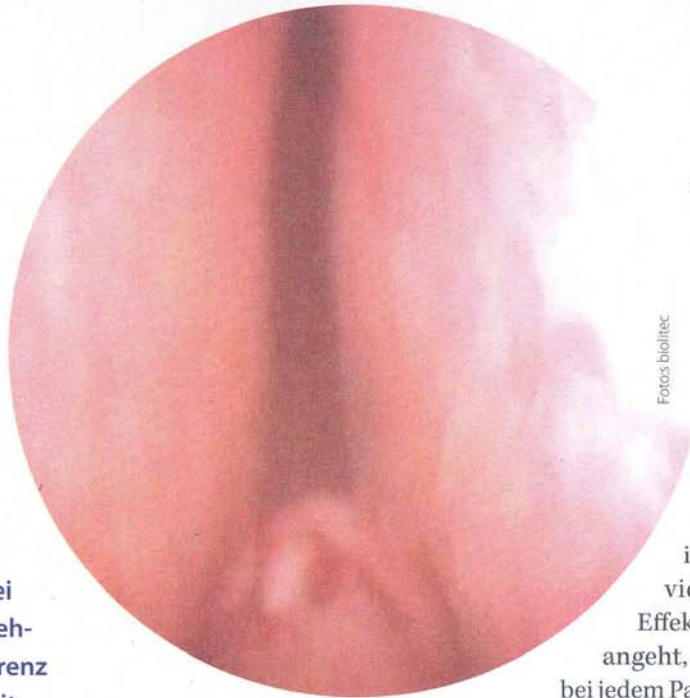


Abb. 1: Endoskopischer Befund einer durch die Prostata verengten Harnröhre (praeoperativ)



Abb. 2: Endoskopischer Befund nach Behandlung mit dem EVOLVE-Laser

cker (Alfuzosin, Terazosin, Tamsulosin) besteht darin, die in der Drüse gelegene Muskulatur zu entspannen. Neubauer hat mit Tamsulosin die besten Erfahrungen gemacht, da es seiner Meinung nach am wirksamsten und das Risiko von Nebenwirkungen am geringsten ist. Allerdings gibt es individuelle Unterschiede, was Effektivität und Verträglichkeit angeht, räumt er ein, so dass man bei jedem Patienten ausprobieren sollte, was für ihn am besten ist. Bei Patienten mit niedrigem Blutdruck sollte man Alpha-Blocker vorsichtig dosieren, da als Nebenwirkung ein Blutdruckabfall vorkommen kann.

5-Alpha-Reduktasehemmer

Die 5-Alpha-Reduktasehemmer (Finasterid, Dutasterid) sollen den Hormonstimulus des Prostatawachstums unterbinden und damit das weitere Wachstum verhindern bzw. die Drüse sogar etwas verkleinern. 5-Alpha-Reduktasehemmer kommen für Patienten mit relativ großer Prostata in Frage. Neubauer ist allerdings eher zurückhaltend mit der Verordnung, da diese Substanzen zum einen öfter Libido und Potenz negativ beeinflussen und zum anderen die oft erreichbare Volumenreduktion nicht immer mit einer Beschwerdelinderung einhergeht.

Fotos: biolitec

Außerdem entziehen die 5-Alpha-Reduktasehemmer der Prostata Wasser, was für eine eventuell später erfolgende Lasertherapie denkbar schlechte Voraussetzungen schafft.

Transurethrale Resektion

Die operative Standardtherapie ist heute nach wie vor die transurethrale Resektion der Prostata (TURP) mit einer Elektroschlinge, die im Rahmen einer Blasenspiegelung mittels Resektoskop eingeführt wird. Was diese Methode angeht, sind die Komplikationen, insbesondere die Blutungsraten in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, so Neubauer. Denn die modernen TUR-Geräte können nicht mehr nur schneiden, sondern das Gewebe auch koagulieren.

Laser-Verfahren

Früher kam es bei der TURP häufiger zu massiveren Blutungen, so dass man nach Alternativen suchte, gewebeschonender und auch schneller zu entfernen. Folge: Der Laser betrat die Bühne. Bei den Lasern der ersten Generation, die mit geringer Energie arbeiteten (interstitielle Laserkoagulation), ließ sich zwar Gewebe zerstören, aber es war hinterher nicht vollständig verschwunden, erklär-



Infos zum LIFE-Diodenlaser

Die sogenannte LIFE™-Lasertherapie mit dem EVOLVE®-Laser der Firma biolitec für Patienten mit benigner Prostatahyperplasie (BPH) steht seit Januar 2008 zur Verfügung und wird derzeit an mehreren Kliniken in Deutschland angeboten. Eine entsprechende Liste kann auf unserer Homepage abgerufen werden (www.allgemeinarzt-online, Menüpunkt: Leserservice). Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen in vielen Fällen in vollem Umfang übernommen.



Mit dem Diodenlaser lässt sich mehr Prostata-Gewebe pro Zeiteinheit entfernen und es kommt zu keinem Blutverlust.

Dr. med. Stephan Neubauer

te Neubauer. Nach dem Eingriff kam es zu Entzündungen und Schwellungen und der Körper musste das nekrotische Gewebe erst allmählich abbauen. Daher dauerte es eine Weile, bis der Patient einen Effekt spürte.

Vor fünf bis sechs Jahren kam dann der Greenlight-Laser auf den Markt, der tatsächlich Gewebe verdampfen konnte, allerdings bei einer Energie von nur 80 Watt. Das heißt, die Eindringtiefe war relativ gering, so dass sich nur relativ wenig Gewebe pro Zeiteinheit entfernen ließ. Bei größeren Drüsen dauerte der Eingriff entsprechend lange. Der Lithium-Laser, das Nachfolgegerät derselben Firma, leistet 120 Watt, d. h. man kommt etwas tiefer, kann also mehr Gewebe pro Zeiteinheit entfernen.

Hochleistungslaser ist effektiver

Die jüngste Entwicklung auf dem Gebiet der Lasertechnologie, mit der auch Neubauer seit Anfang des Jahres arbeitet, ist ein Diodenlaser. Das Gerät EVOLVE® 150 der Firma biolitec bringt es auf 150 Watt und ist damit derzeit der leistungsstärkste Laser, der zur Therapie der BPH zur Verfügung steht.

Mit diesem Gerät lässt sich in der gleichen Zeit mehr Gewebe abtragen als mit dem Greenlight-Laser, so die Erfahrung des Urologen. Die mit dem neueren Gerät behandelten Patienten müssen daher nicht so schnell mit einem Rezidiv, das einen erneuten Eingriff erforderlich machen könnte, rechnen. Allerdings ist aufgrund der stärkeren Eindringtiefe der „Power-Laser“ ein Gerät, das man nicht unbedingt einem in puncto Laser noch gänzlich unerfahrenen Urologen in die Hand drücken sollte. Wer nicht damit umgehen kann, schießt auch schnell mal übers Ziel hinaus, so Neubauer.

Was sind nun für den Patienten die Vorteile des neuen Diodenlasers? Zum einen gibt es kaum Blutverlust, so dass auch Patienten unter Antikoagulation einem Eingriff unterzogen werden können. Was die TURP angeht, wäre man da vorsichtiger. Zum anderen lassen sich glattere Resektionshöhlen schaffen, so dass der Patient nicht, wie es beim Greenlight-Laser der Fall war, nach drei bis fünf Wochen den Abgang von Zellabfall bemerkt. Insbesondere Patienten mit großen Drüsen, bei denen relativ viel Gewebe weggenommen werden soll, würde Neubauer den Eingriff mit dem Diodenlaser empfehlen. Ob die Ergebnisse tatsächlich besser sind als bei der TURP oder älteren Lasertypen, könne man derzeit aufgrund der noch geringen Fallzahlen allerdings noch nicht sagen.

Welche Methode für wen?

Die Frage, welchen Patienten man nun welche Methode ans Herz legen sollte, ist schwierig zu beantworten, meinte Neubauer. Generell gilt, dass der behandelnde Urologe die Methode wählen sollte, die er am besten beherrscht.

Bei Laser-Eingriffen kann man in der Regel mit einer kürzeren Liegezeit rechnen, schon allein dadurch, dass keine Spülungen notwendig sind. Allerdings braucht der Patient heutzutage auch bei der TURP meist nicht länger als drei Tage im Krankenhaus bleiben. Und antikoagulierten Patienten sollte man aufgrund der minimalen Blutungsgefahr auf jeden Fall einen Lasereingriff empfehlen. ■