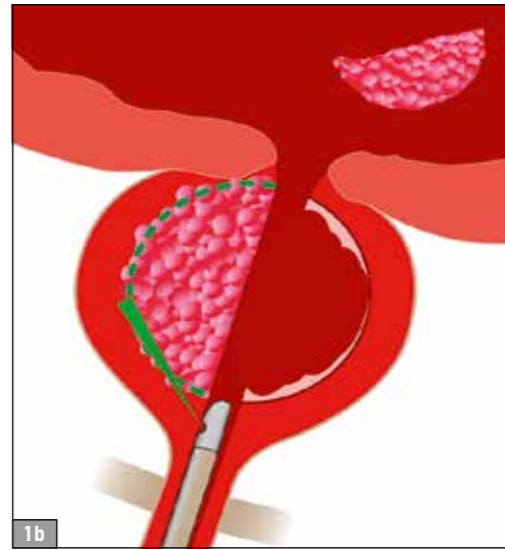
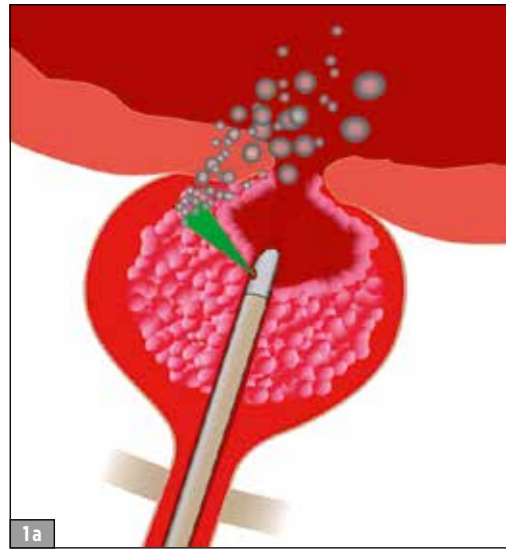


Männergesundheit – Wenn die Blase zu oft drückt

Neues Einsatzgebiet für das Vinci Chirurgiesystem



Transurethrale Prostataverkleinerung (d. h. durch die Harnröhre): Bei der GreenLight Laser-Operation wird das Prostatagewebe samt Blutgefäßen verdampft oder, insbesondere bei großen Prostatadrüsen, ausgeschnitten (1b). In der Regel kann der Patient bereits nach zwei bis drei Tagen wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Das Syndrom der überaktiven Blase, im Volksmund auch Reizblase genannt, findet sich in der Altersgruppe der 40-Jährigen und älteren Männer in 12%-15%. Ursächlich ist zumeist eine Einengung des Blasauslasses, sei es durch ein Prostata-Größenwachstum (benigne Prostatahyperplasie, BPH) oder eine Harnröhrenstriktur. Die durch die Einengung bedingte veränderte Situation der Harnblase führt dazu, dass diese instabil wird und sich schließlich zu einer hyperaktiven Blase entwickelt, die eigenständig kontrahiert (d. h. sich zusammenzieht) auch bei geringsten Füllungsmengen und dadurch ein Harndranggefühl auslöst. Eine andere Gruppe von Männern beklagt zunehmend einen abgeschwächten Harnstrahl, gehäufte Toilettengänge tags und insbesondere nachts, die ihnen dann auch den Schlaf rauben. Imperative Harndrangepisoden, die zum raschen Toilettengang zwingen, sind darüber hinaus kein seltenes Symptom, welches seitens des typischen Prostatikers angegeben wird.

Ab dem 40./45. Lebensjahr legt die Prostata an Größenzunahme deutlich zu, ohne dass wir den genauen Hintergrund dazu kennen. Sind in

der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen ca. 35% - 40% von einer Größenzunahme der Prostata betroffen, so steigt die Inzidenz bis zum 90. Lebensjahr auf 90%. Krankmachende Symptome erleben in etwa ein Drittel bis die Hälfte der Betroffenen mit einer BPH. Die therapeutischen Möglichkeiten sind in der heutigen Zeit vielfältig und zumeist nebenwirkungsarm. Voraussetzung jedoch ist, dass vor der Behandlung eine subtile Diagnostik erfolgt, die in der Regel vom Urologen durchgeführt wird mit körperlicher Untersuchung, transrektaler Sonographie der Prostata zur Größenbestimmung und Beschaffenheit der Vorsteherdrüse sowie dem so wichtigen PSA-Wert (Prostata-spezifisches Antigen), um einerseits die geschilderte Symptomatik verifizieren zu können und andererseits ein Prostatakarzinom auszuschließen. Zeigt sich entweder ein suspekter Tastbefund, ein auffälliger transrektaler Ultraschallbefund bzw. ein erhöhter PSA-Wert, so muss zunächst ein Prostatakarzinom ausgeschlossen werden, wobei dies über eine Probenentnahme aus der Drüse geschieht (Prostatabiopsie), vorzugsweise mittels einer perinealen Fusi-

onsbiopsie nach vorangegangener HistoScanning-Untersuchung und/oder einer MRT-Untersuchung der Prostata. Hierzu haben wir in der letzten Gesundheitsbeilage ausführlich berichtet. Ist ein bösartiges Geschehen ausgeschlossen und die Prostata als mögliche Ursache der geschilderten Symptomatik identifiziert, so ergibt sich im ersten Schritt in aller Regel die Indikation zu einer medikamentösen Therapie.

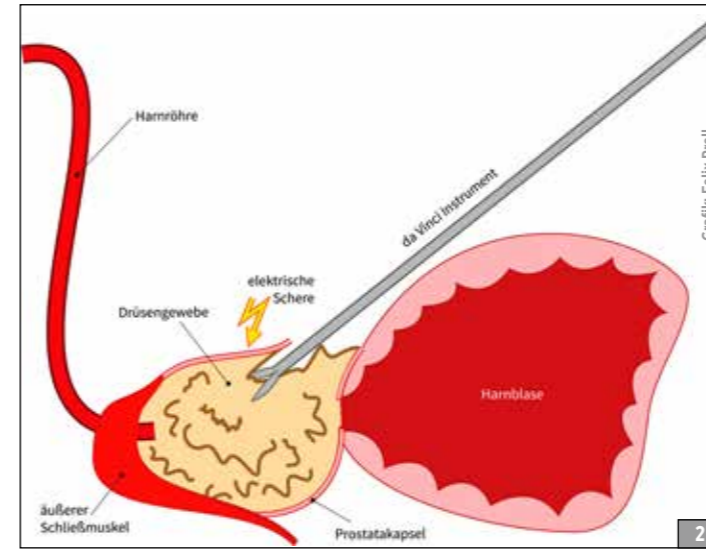
Medikamentöse Therapie

Mit Alpha-Rezeptor-Blockern, Hormonpräparaten und pflanzlichen Wirkstoffen wie beispielsweise aus der Sägezahn- Palmenfrucht, Brennnesselwurzel, oder Kürbissamen und Roggenpollen lassen sich Symptome lindern (und eine Operation in vielen Fällen hinausögern). Das Wirkprinzip der genannten Substanzen ist stets sehr ähnlich in Bezug auf Blasen- und Prostata bzw. Prostata- und Prostata- kapsel. Während die eine Substanzgruppe auf die Erschlaffung des Blasen- muskels und der Prostata- kapsel zielt um so den Widerstand, den die Blase überwinden muss, zu reduzieren, kann mithilfe des 5alpha-Reduktasehemmers eine Größenre-

duktion des Drüsengewebes der Prostata erreicht werden. Dieser Prozess ist jedoch langwierig, wird allerdings zunehmend in Form eines Kombinationspräparates mit der Blasauslass-Erniedrigung oder -Reduktion kombiniert. Bleibt trotz verbesserter Blasenentleerung ein nicht unterdrückbarer Harndrang oder die überaktive Blase bestehen und sind die Restharmengen tolerabel, die in der Blase nach der Entleerung zurückbleiben, kann zusätzlich ein blasenberuhigendes Präparat (Anticholinergikum) oder gar Botulinumtoxin als Ultima Ratio zum Einsatz gelangen. Diese Entscheidung kann jedoch nur der Urologe treffen.

Operative Therapie

Reicht der medikamentöse Therapieansatz nicht mehr aus, so muss die vergrößerte Prostata operativ verkleinert werden. Grundsätzlich werden zwei OP-Verfahren unterschieden, die sich durch den Zugangsweg unterscheiden: 1. Ein transurethrales Vorgehen, d. h. die Prostataverkleinerung durch die Harnröhre. 2. Die Prostataadenomektomie, früher offen chirurgisch durchgeführt, heute minimalinvasiv mit dem da Vinci Chirurgiesystem.



Da Vinci Prostataadenomektomie (dVPAE): Die urologische Universitätsklinik in Kiel führt die „große Prostataoperation“ inzwischen roboterassistiert mit dem da Vinci-Chirurgiesystem durch. Bei diesem schonenden Verfahren wird das vergrößerte Prostata-Drüsengewebe ohne Bauchschnitt und nur durch in den Körper eingebrachte Trokare minimalinvasiv entfernt.

1. Transurethrale Operationsverfahren

Die Transurethrale Resektion (TUR-P/bipolare TUR-P) wird auch Schlingen- oder Hobeloperation genannt und gilt als Standard-Operation der BPH. Dabei wird mit einer Elektroschlinge das wuchernde Prostatagewebe abgetragen. Dies geschieht mono- oder bipolar, je nach Beschaffenheit der Prostata. Das Gewebe kann anschließend feingeweblich untersucht werden. Die OP ist mit einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt verbunden.

GreenLight Laser-Operation

Diese Operation ist ein alternatives Verfahren, bei dem ein grüner Lichtstrahl durch ein Endoskop in die Harnröhre eingeführt wird und das Prostatagewebe samt Blutgefäßen verdampft wird (Vaporisation, siehe Abb. 1a). Der Arzt

trägt so Gewebewucherungen schichtweise ab und kann ihre Entfernung am Bildschirm millimetergenau kontrollieren. Im Vergleich zu früher angewendeten Laserverfahren werden dabei keine Gewebereste zurückgelassen. Seit Einführung des KTP-Lasers ist inzwischen auch ein Ausschneiden des gewucherten Gewebes möglich (Enukleation, siehe Abb. 1b). Dieses Verfahren ist insbesondere für große Prostatadrüsen geeignet. Es ermöglicht zudem, dass Proben entnommen und auf Tumorgewebe hin untersucht werden können. Die Operation mit dem GreenLight Laser ist besonders geeignet für Risikopatienten, da der Eingriff nahezu blutungsfrei verläuft. In der Regel kann der Patient bereits nach zwei bis drei Tagen wieder aus

Symptome bei gutartiger Prostatavergrößerung:

- erschwertes Wasserlassen
- häufige nächtliche Toilettengänge
- plötzlicher unkontrollierter Harndrang
- schwacher Harnstrahl
- Nachträufeln
- Startschwierigkeiten beim Wasserlassen
- Restharngefühl

dem Krankenhaus entlassen werden.

2. Da Vinci Prostataadenomektomie (dVPAE)

Hat die Prostata ein Größenzunahme erreicht, das jenseits der 100 ml-Grenze liegt, so scheiden die meisten der vorgenannten durch die Harnröhre geführten endoskopischen OP-Verfahren aus. Dabei ist die Zeitdauer des Eingriffes zumeist der limitierende Faktor, der gegen ein transurethrales Vorgehen spricht. In Fällen sehr großer Vorsteherdrüsen wird weltweit die offene Prostataadenomektomie (PAE) eingesetzt, die im Volksmund auch „große Prostataoperation“ genannt wird. Sie wird über einen Bauchschnitt ausgeführt, wobei das Prostatagewebe unter Belassung der Prostatakapsel mit dem Zeigefinger ausgeschält wird. Durch das „blinde“ Enukleieren (Entfernen des Prostata-Drüsengewebes) mit dem Finger ist das Blutungsrisiko bei dieser Operation stets mit zu berücksichtigen. In Kiel wird deshalb seit Jahren schon das OP-Verfahren nach Millin angewendet, welches eine kontrollierte Blutstillung erlaubt. Seit letztem Jahr wurde die OP-Methode völlig umgestellt auf das neue roboterassistierte Chirurgiesystem da Vinci, womit ohne Bauchschnitt und nur durch in den Körper eingebrachte Trokare das vergrößerte Prostata-Drüsengewebe minimalinvasiv entfernt wird (siehe Abb. 2). Der besondere Vorteil dieser ausgesprochen schonenden OP-Methode liegt auf der Hand: Maximale Vergrößerung und somit frühzeitige Erkennung von kleinsten Blutgefäßen zwischen Prostatakapsel und zu entfernendem Drüsengewebe; optimale Blutstillung unter Sicht während des operativen Eingriffes; geringes Blutungsrisiko und dadurch bedingt sehr kurzer stationärer Aufenthalt, und schließlich Reduzierung möglicher Wundheilungsstörungen auf nahezu 0%.

Die da Vinci Prostataadenomektomie wird deutschland- und weltweit nur an wenigen Zentren, die roboterassistierte Chirurgie ausüben, durchgeführt, weshalb wir stolz sind, auch diese OP-Methode in Kiel etabliert zu haben. Es ist ein weiterer Baustein auf dem Weg hin zu einer schnitt-OP-freien Chirurgie der Zukunft.



Prof. Dr. K.-P. Jünemann
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie



Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel

Prof. Dr. K.-P. Jünemann
Arnold-Heller-Str. 3,
Haus 18, 24105 Kiel

www.urologie-kiel.de
www.youtube.com/urologiekiel
www.facebook.com/urologiekiel

Vorzimmer des Direktors (Frau Graf):
Tel.: ++49/0431-500 24801
Fax: ++49/0431-500 24804

Anmeldung zu den Sprechstunden
Tel.: ++49/0431-500 24821
OP-Termine (Frau Prien):
Tel.: ++49/0431-500 24820

Kurt-Semm-Zentrum für laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie (Frau Berwanger):
Tel.: ++49/0431-500 24807
Fax: ++49/0431-500 24804