

Chirurgische Behandlung der Potenzschwäche in Kiel



Betroffene sollten sich ausführlich von ihrem Urologen beraten lassen.

Anfang Dezember findet bereits zum 6. Mal in Kiel ein internationales chirurgisches Symposium zur Behandlung der erektilen Dysfunktion (ED) des Mannes statt. Veranstalter sind, wie in den Vorjahren, die urologische Universitätsklinik in Kiel unter der Leitung von Professor Dr. Jünemann und das Zentrum für Klinische Anatomie der CAU unter Leitung von Professor Dr. Wedel. Die urologische Universitätsklinik, Campus Kiel hat eine weltweit anerkannte Expertise im Bereich der chirurgischen Behandlung der Erektile Dysfunktion. Seit 2012 wurden auf Initiative von PD Dr. D. Osmonov, dem Leiter des Bereichs Andrologie, in Kiel Implantationschirurgen aus 15 Ländern ausgebildet. In der Welt der Sexualmedizin ist Kiel zunächst als „implanter's city“ und dann erst als „sailing city“ bekannt.



Abbildung 1

Abbildung 1: Prof. Steven K. Wilson (USA), weltweit führender Experte auf dem Gebiet urologischer Implantatchirurgie, und Oberarzt PD Dr. Osmonov (rechts) operieren im Zentrum für Klinische Anatomie.

Mortui vivos docent (Die Toten lehren die Lebenden)

Ein guter Chirurg muss über hervorragende Kenntnisse der Anatomie des menschlichen Körpers verfügen. In dieser Hinsicht bietet Kiel besondere Voraussetzungen, denn die Christian-Albrechts-Universität hat ein Zentrum für klinische Anatomie, die erste institutionalisierte Einrichtung

dieser Art in Deutschland. Theoretische Anatomie und praktische Chirurgie finden hier zueinander. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen von Anatomen und Klinikern erlauben zweifelsfrei chirurgische Eingriffe nicht nur qualitativ besser durchzuführen, sondern die Operationsmethoden weiterzuentwickeln und schonender für Patienten zu gestalten.

Das Tabu-Thema

Das Thema Impotenz ist nach wie vor mit einem Tabu belegt. Häufig setzt ein Verdrängungsprozess bei den Männern ein, nach aktueller Studienlage lassen sich nur 20% der Betroffenen behandeln. Gleichzeitig gilt jedoch eine erfüllte und zufriedene Sexualität als wichtige Komponente für

Lebensqualität und Wohlbefinden, auch für ältere Männer. Betroffene, die keinen ärztlichen Rat einholen, können in eine Abwärts Spirale mit belastenden psychischen und sozialen Folgen geraten (vgl. Abb. 2).

Lösung der Problematik

Bei den ersten Problemen mit der Erektion können die Betroffenen sich über ihren Hausarzt bei einem niedergelassenen Urologen vorstellen. Die Diagnostik und darauffolgende Behandlung einer Potenzschwäche ist im Rahmen einer Praxis gut und sicher durchführbar. Die Vorstellung sollte nach Möglichkeit immer mit dem Partner/Partnerin erfolgen.

Ausblick

Die medikamentöse Behandlung der erektilen Dysfunktion ist effektiv und gut verträglich. Bei Versagen der Behandlung in Tablettenform gibt es zahlreiche Konzepte bzw. Behandlungsmöglichkeiten der örtlich oder systemisch wirkenden Therapie. Wenn trotz maximaler Behandlung weiterhin Probleme bestehen, kann eine chirurgische Behandlung der erektilen Dysfunktion in Erwägung gezogen werden. Diese Behandlungsform ist seit den 70-er Jahren bekannt, führt zu großer Zufriedenheit des behandelten Patienten und wird stets weiterentwickelt, wie anfangs beschrieben auch in Kiel. LITERATUR BEIM VERFASSER PD DR. OSMONOV

Abbildung 2: Viele Männer schämen sich, mit dem Arzt über ihre Erektionsstörung zu sprechen, oder stehen Therapiemöglichkeiten skeptisch gegenüber. Wiederholte Potenzstörungen können aber gravierende Folgen für den Betroffenen haben, die bis in die Isolation oder Depression führen.

Chronische sexuelle Dysfunktionen und ihre Folgen am Beispiel der ED

Abbildung 2



Rekonstruktive Urologie



Roboterassistiertes Operieren auch bei wiederherstellenden und korrigierenden Operationsverfahren

Urologen operieren nicht nur Krebsgeschwüre oder therapieren Nierensteine. Ein weiteres, sehr anspruchsvolles Feld ist die sog. „Rekonstruktive Urologie“, das bedeutet die Anwendung von wiederherstellenden bzw. korrigierenden Operationsverfahren bei Alt und Jung. Prof. Nauemann, leitender Oberarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, erklärt dies im Gespräch.

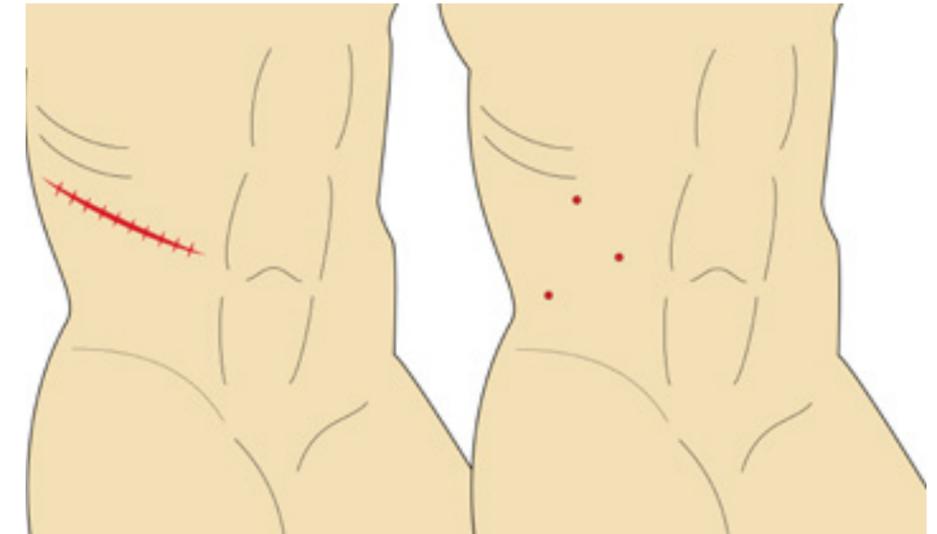
Was genau versteht man unter dem Begriff „rekonstruktive Urologie“?

„Rekonstruiert“ wird das, was im Bereich des Harn- oder Genitaltraktes von der Natur nicht ganz richtig angelegt worden ist oder was im Rahmen einer früheren Operation oder Bestrahlung in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die Patienten sind meist jung, oftmals Kinder! Dem langfristigen Erfolg einer rekonstruktiven Operation kommt eine enorme Bedeutung zu, die Patienten haben ja noch viel Lebenszeit vor sich. Außerdem möchte man diesen Patienten nur sehr ungern eine große Operationsnarbe zumuten.

Daher wird die schonende Schlüssellochchirurgie, in Kiel auch die roboterassistierte Chirurgie, zunehmend bei wiederherstellenden Eingriffen eingesetzt.

Insbesondere im Bereich der Therapie des Prostatakrebses, des Nierenkrebses und Blasenkrebses hat das roboterassistierte Operieren inzwischen die offenen und auch die klassisch laparoskopischen Techniken am UKSH in Kiel fast vollständig verdrängt. Welche Vorteile bietet das „da-Vinci-System“ gegenüber der klassischen Schlüssellochtechnik?

Bei der roboterassistierten Chirurgie werden über kleine Hautschnitte von 5-10 mm Länge eine Kamera und die Zugangshülsen (Trokare) für die Operationsinstrumente in das Operationsfeld eingebracht – wie bei der herkömmlichen Schlüssellochchirurgie auch. Das Prinzip der intelligenten, „roboterassistierten“ Fernsteuerung der Kamera und der Operationsinstrumente durch den Chirurgen ist jedoch revolutionär. Bei der Operation sitzt der Chirurg entspannt an einer Steuerkonsole, etwas entfernt vom Operationstisch. Über je eine Kontrolleinheit pro Hand steuert er die Operationsinstrumente und Kamera nach dem „Master-Slave-Prinzip“. Die Bewegungen der Hände und Finger werden dabei in Echtzeit und zitterfrei auf die Instrumente übertragen. Dabei hat er zu jedem Zeitpunkt die volle Kontrolle über das Gerät. Entfernt er sich von der Steuerkonsole, steht alles still.



Zugang zum oberen Harntrakt per Schnitt-OP (links) bzw. per Schlüssellochchirurgie (rechts).

ABBILDUNG: ©FELIX PRELL

Warum nun auch der Einsatz der roboterassistierten Chirurgie bei rekonstruktiven Eingriffen?

Das „da Vinci“-System spielt hier seine Vorteile eindeutig und eindrucksvoll aus, wie die 10-fache Vergrößerung des Operationsfeldes, die dreidimensionale Sicht und die überlegene Bewegungsfreiheit der abwinkelbaren Instrumente im Körper. Überall da, wo viel genäht werden muss, ist das „da Vinci“-Operationssystem der klassischen Schlüssellochchirurgie deutlich überlegen. Wir setzen es daher mit nun fast 5-jähriger Erfahrung, wann immer möglich, auch im Bereich der rekonstruktiven Operationen mit großem Erfolg ein.

Wo liegen die Grenzen dieses Vorgehens?

Die „da Vinci“ roboterassistierte Schlüssellochchirurgie wird ständig weiterentwickelt. Schon heute realisieren wir Eingriffe, deren Durchführbarkeit wir uns vor wenigen Jahren nicht hätten erträumen lassen. Aktuell bestehen Einschränkungen noch bei mehrfach voroperierten Patienten oder Kleinkindern, aber wir bezweifeln, dass diese Grenzen noch lange Bestand haben werden. Lediglich die spezielle Lagerung bei manchen Eingriffen kann eine minimalinvasive OP unmöglich machen.

Wiederherstellende oder korrigierende Operationen mit dem da Vinci-System

Eingriff	Fachbegriff der Operation	Krankheitsbild
Harnleiter-/Nierenbeckenrekonstruktion	Nierenbeckenplastik nach Anderson-Hynes	angeborene Fehlbildung
Harnleiterneueinpflanzung in der Blase	Harnleiterneuimplantation mit Psoas-Hitch-Technik oder mit Boari-Lappen	erworbene Verletzung oder angeborene Fehlbildung
Operative Verlagerung des Harnleiters im Bereich der Blase	Lich-Grégoire-Operation	angeborener Rückfluss von Urin in die Niere
Hebungs-Operationen von Blase und/oder Harnröhre	Sakrokolpopexie und Kolporraphie	erworbene senkungsbedingte Harninkontinenz der Frau
Fisteloperation	Fistelexzision	z.B. erworbene Blasen-Scheiden-Fistel
Verlagerung des Harnleiters in den Bauchraum	Ureterolyse und Intraperitonealisierung	erworbene retroperitoneale Fibrose (Morbus Ormond)