



Buer, 24.07.2023

## Protokoll

### des 7. Treffens der Prostata SHG Gelsenkirchen-Buer im Jahre 2023 am 04.07.2023 im Bergmannsheil

Vorsitz: R. Stritzke

Protokoll: R. Stritzke

Anwesende: 19 Personen

Versammlung Beginn: 18:00 Uhr

| Versammlung Ende: 19:32 Uhr

Herr Dr. Stritzke eröffnete die Sitzung und übergab nach einleitenden Bemerkungen das Wort an Dr. Vazdautheanu, Oberarzt an der Klinik für Urologie, der zum Thema „Moderne Therapie des benignen Prostatasyndroms“ referierte.

Mit dem **benignen Prostatasyndrom** oder der **benigne Prostatahyperplasie (BPH)** wird eine rein histologische Volumenzunahme der Prostata bezeichnet. Dies verursacht bei betroffenen Patienten unterschiedliche Symptome des unteren Harntraktes.

Die erste Kategorie sind Speicherstörungen wie Pollakisurie (erhöhte Miktionsfrequenz), Nykturie (nächtliches Wasserlassen), Harndrang und Harninkontinenz.

Die zweite Kategorie sind Entleerungsstörungen wie

- verminderter, intermittierender Harnstrahl
- Dysurie (verzögertes, erschwertes, schmerzhaftes Wasserlassen)
- Restharnvolumen
- Notwendigkeit der Bauchpresse bei Miktion
- terminales Träufeln
- Postmiktionsbeschwerden
- stetiges Tröpfeln bei Überlaufinkontinenz
- Gefühl der unvollständigen Entleerung.

Verlauf und Schweregrad dieser Symptome können sehr unterschiedlich sein. Ist eine vergrößerte Prostata der Auslöser dieser Beschwerden, wird von einem benignen Prostatasyndrom (BPS) gesprochen. Dies betrifft vor allem ältere Männer. Durchschnittlich leiden 50 % der über 60-jährigen und 80 % der über 80-jährigen Männer an einem benignen Prostatasyndrom. Daher gilt das BPS als eine der häufigsten Erkrankungen des Mannes und zählt zu den Volkskrankheiten.

### Diagnostisches Vorgehen

Zu den ältesten und einfachsten Untersuchungen zählt die digital rektale Untersuchung (DRU), um die Prostatagröße und -konsistenz zu erfassen. Das physiologische Volumen beträgt bei altersspezifisch ansteigenden Durchschnittswerten circa 25 ml. Bei jedem Patienten mit BPS sollte zudem eine laborchemische Untersuchung des Urins erfolgen.

Der breite Einsatz der Ultraschalldiagnostik in der Urologie ermöglicht neben der Überprüfung der Morphologie des oberen Harntraktes auch die quantitative Erfassung des Restharns. Untersuchungen zeigten, dass hohe Restharmengen mit einer signifikant schnelleren Verschlechterung der BPS-Beschwerden einhergingen. Anhand der nichtinvasiven Uroflowmetrie (Harnstrahlmessung) lassen sich funktionelle Parameter wie Miktionsvolumina, die maximale Harnflussrate sowie der Verlauf der Miktionsflusskurve untersuchen.

Eine besondere Bedeutung besitzt die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA). Der PSA-Wert korreliert – wenn nicht durch andere pathologische Prozesse beeinflusst – mit dem Prostatavolumen und ist ein starker Prädiktor für das Prostatawachstum.

## Konservative und medikamentöse Therapieoptionen

Ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung bezüglich des therapeutischen Vorgehens ist zunächst das subjektiv empfundene Leid des Patienten. Bei gering ausgeprägtem Leidensdruck kann initial mittels „watchful waiting“ der natürliche Verlauf des BPS verfolgt werden. Zusätzlich kann den Patienten eine Beratung hinsichtlich Verhaltens- und Ernährungsmodifikation angeboten werden. Folgende Vorschläge zur Änderung des Lebensstils können eine positive Auswirkung auf die BPH- bedingten Symptome haben:

- Meiden von Alkohol und Koffein
- eine zeitlich an den Alltag angepasste Flüssigkeitsaufnahme
- kontinuierliches Monitoring der Symptomatik
- Entspannungsübungen, Ablenkungsmechanismen
- Anpassung der übrigen Medikation (vor allem Diuretika).

Eine medikamentöse Therapie sollte in Betracht gezogen werden, wenn es der Leidensdruck des Patienten erfordert oder das initial angewandte „watchful waiting“ nicht zu einer zufriedenstellenden Besserung der Symptomatik geführt hat. Die Wahl des Medikaments richtet sich nach der vorliegenden Symptomatik.

Bei vorrangigen Speicherstörungen stehen Muskarin-Rezeptor-Antagonisten und beta-3-Rezeptor-Agonisten zur Verfügung. Muskarin-Rezeptor-Antagonisten hemmen die M3-Rezeptor-vermittelte Kontraktion des Detrusormuskels der Harnblase. Bei verstärkten Entleerungsstörungen sollte ein Therapieabbruch erwogen werden. Eine starke Empfehlung besteht für Patienten mit vorrangigen Speicherstörungen und einem Restharnvolumen von unter 150 ml. Der beta-3-Rezeptor-Agonist Mirabegron vermittelt direkt über den Rezeptor eine Relaxation des Detrusormuskels ausschließlich in der Speicherphase. Somit werden Miktionsfrequenz, Drang, Inkontinenz und Nykturie verbessert.

Im Rahmen der Behandlung der Entleerungsstörungen können Alpha-1-Rezeptor-Inhibitoren (Alpha-Blocker), Phosphodiesterase(PDE)-5-Inhibitoren oder 5-alpha-Reduktase-Inhibitoren zur Therapie erwogen werden.

Alpha-Blocker wie Terazosin, Doxazosin, Alfuzosin, Tamsulosin und Silodosin wirken über die Hemmung der Noradrenalin-vermittelten Kontraktion der glatten Muskelzellen der Prostata und des Harnblasenauslasses, wodurch der Gewebstonus reduziert wird.

Bei vorrangigen Entleerungsstörungen, einem Prostatavolumen > 40 ml und dem Wunsch nach einer Langzeittherapie können 5-alpha-Reduktase-Inhibitoren (Finasterid, Dutasterid) verabreicht werden. Jedoch erfolgt der Wirkeintritt über Monate hinweg, weshalb sich das Medikament nur zur Langzeittherapie eignet.

### Operative Therapie

Eine invasive Therapie sollte erwogen werden, wenn die medikamentöse Therapie nicht zu einer ausreichenden Symptomlinderung führt oder ein Patient diese ablehnt.

#### *Konventionelle operative Verfahren*

Als Goldstandard haben sich die transurethrale Resektion der Prostata (TURP) sowie suprapubische Enukleationsverfahren in der Praxis etabliert. Während die TURP meist bei kleineren und mittelgroßen Prostatavolumina (bis 80 ml) angewendet wird, werden große Adenome offen chirurgisch enukleiert. Diese Operation („Adenomenukleation“ [AE]) hat jedoch aufgrund der immer stärker verbreiteten transurethralen Enukleationstechniken (endoskopische Enukleation der Prostata [EEP]) stark an Bedeutung verloren. Ein diesbezüglich besseres Profil bieten transurethrale Enukleationsverfahren wie HoLEP (Holmiumlaser-Enukleation der Prostata), ThuLEP (Thuliumlaser-Enukleation der Prostata) oder BipoleP (Bipolare Enukleation der Prostata).

Die Verdampfung der Prostata durch Verwendung bestimmter Laserverfahren – Grünlicht-Laser, Plasmavaporisation der Prostata (PVP) – wird aktuell weniger häufig durchgeführt.

#### *Neuere operative Verfahren*

In den letzten Jahren wurden im Bereich der operativen Therapie einige neue Technologien entwickelt, um den Patienten eine effektive Therapie mit einer ambulanten vollnarkosefreien Behandlung, kurzen Erholungszeiten, minimalen Morbiditätsraten, Erhalt der Sexualfunktion und hoher Sicherheit zu ermöglichen.

Die Aquablation – Wasserstrahlablation (AquaBeam) – basiert auf der robotisch durchgeführten Hydrodissektion des Prostatagewebes, wobei kollagene Strukturen (Blutgefäße, Kapsel) geschont werden. Unter transrektaler Ultraschallkontrolle wird das Adenomgewebe innerhalb durch den Operateur definierter Grenzen und ohne Erzeugung thermischer Energie entfernt. Das funktionelle Ergebnis ist nach zwei Jahren vergleichbar mit dem einer TURP und weist ein geringeres Risiko für Störungen der Sexualfunktion auf.

Nach zahlreichen Fragen aus der Zuhörerschaft schloss Herr Dr. Stritzke die Sitzung um 19:32 Uhr.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Stritzke', located in the lower right quadrant of the page.