

Prostatakarzinom: Offene Prostatektomie ist besser als der Roboter

Bei Männern mit einem Prostatakarzinom ist die offene Prostatektomie immer noch das beste Operationsverfahren. Sie ist den sogenannten minimalinvasiven endoskopischen Verfahren und der robotergestützten Operation vorzuziehen. Das hat der Berner Urologe Professor Urs Studer in Barcelona deutlich gemacht.



Prof. Urs Studer, Bern

Die offene Prostatektomie liefert laut Studer «optimale Ergebnisse bei geringen Kosten». Der Operateur habe eine gute Sicht auf das Operationsfeld, er erhalte ein haptisches Feedback und könne rasch erkennen und reagieren, wenn Gefässe oder der Darm verletzt wurden. Zudem sei die Operation viel schneller zu erlernen als endoskopische Verfahren, auch weniger erfahrene Operateure erzielten gute Ergebnisse. Die Patienten profitierten von einer kurzen Narkosezeit. Zudem könnte bei der offenen Prostatektomie ohne unangemessene Risiken bei Bedarf eine ausgedehnte Lymphknotendissektion vorgenommen werden. Nicht zuletzt seien die funktionellen Ergeb-

nisse, etwa hinsichtlich der Kontinenzhaltung, mit dem klassischen Operationsverfahren besser.

Demgegenüber sei die Handhabung der laparoskopischen oder robotergestützten Verfahren schwer zu erlernen, die Kosten seien hoch, und überdies gebe es keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse, dass

die neueren Techniken den Krebs besser unter Kontrolle bringen oder Inkontinenz und Impotenz besser zu verhindern vermögen.

Als verfahrensbedingte Probleme der laparoskopischen und robotergestützten radikalen Zysto-Prostatektomie nannte Studer den schlechteren operativen Zugang und die geringere Bewegungsfreiheit. Verletzungen von grossen Gefässen und Darm könnten für den Patienten gefährlich werden. «Wir haben mehr als einen Todesfall in der Schweiz nach einem Robotereingriff», mahnte Studer. Auch die Ergebnisse an erfahrenen Zentren zeigten, dass die Komplikationsrate bei der

minimalinvasiven Prostatektomie signifikant höher liege als bei der offenen Prostatektomie. Aktuelle Studien aus Australien und den USA kämen zu dem Ergebnis, dass Inkontinenz und erektile Dysfunktion häufiger zu erwarten sind. Dasselbe gilt auch für die Zystektomie bei Blasenkrebs. Die Langzeitwirksamkeit der neuen Techniken sei noch nicht bewiesen, meinte der Berner Urologe unter Hinweis auf eine Review im «Journal of Urology» (J Urol 183: 862–869, 2010). Mit den modernen Verfahren sei eine nervenschonende Zystektomie nur schwer möglich. Es sei zu befürchten, dass es gehäuft zu Ureterischämien komme. «Ich befürchte, dass es vermehrt Strikturen geben wird. Wir gehen zurück in die Sechzigerjahre!» Als weiteren Nachteil nannte er, dass die laparoskopische Lymphknotenentfernung technisch anspruchsvoll sei und mehr Zeit in Anspruch nehme. Studien hätten gezeigt, dass weniger Lymphknoten entfernt werden als bei offenem Zugang. «Das ist nicht gut für unsere Patienten», mahnte Studer.

UB

BPH: seltener Spitaleinweisungen unter Kombinationstherapie

Die Behandlung mit einem Alpha-1-Blocker und einem 5-alpha-Reduktasehemmer lindert die Symptome einer benignen Prostatahyperplasie (BPH). Darüber hinaus ist diese Kombination geeignet, das Fortschreiten der BPH mit ihren möglichen Komplikationen zu bremsen und ist hierbei der Monotherapie überlegen. Das hat die CombAT-Studie gezeigt, bei der knapp 5000 Männer über vier Jahre mit Dutasterid und/oder Tamsulosin behandelt wurden. Die Patienten wiesen ein

Prostatavolumen von mehr als 30 cm³ auf, waren also echte Risikopatienten, da die Progression von LUTS (lower urinary tract symptoms) mit zunehmender Prostatagrösse stark ansteigt.

Anlässlich der EAU-Jahrestagung in Barcelona zeigte die Urologin María Montlleó González, Barcelona, eine neue Auswertung der 4-Jahres-Daten. Demnach müssten Patienten unter der Kombination deutlich seltener und kürzer hospitalisiert werden, sei es, weil sie sich einer Pro-

stataoperation unterziehen oder weil sie wegen eines akuten Harnverhalts behandelt werden müssen. Die Hospitalisationsrate konnte gegenüber der Tamsulosinmonotherapie um 74 Prozent gesenkt werden, gegenüber der Dutasteridmonotherapie um 33 Prozent. Auch die Zahl der ausserplanmässigen Visiten beim Hausarzt oder Urologen fiel unter den Kombinationsbehandlungen um 60 respektive 14 Prozent geringer aus.

UB