

BPH: Wird zu spät operiert?

Wann sind Medikamente sinnvoll, wann ist eine chirurgische Therapie angezeigt?

Die Frage, wie lange Männer mit einer benignen Prostatahyperplasie (BPH) medikamentös behandelt werden können und wann eine Operation zu empfehlen ist, wird unter Experten nicht immer übereinstimmend beantwortet. Die Urologieprofessoren François Desgrandchamps, Paris, und A. Patel, London, diskutierten über das Für und Wider der beiden Therapieoptionen.

Uwe Beise

Während die medikamentöse Therapie der BPH seit einiger Zeit boomt, sinkt die Zahl der operativen Eingriffe an vielen Zentren. Der Urologe François Desgrandchamps kritisierte diese Entwicklung. Immer mehr Patienten kämen erst zur Operation, wenn akute Komplikationen eingetreten seien. Er plädierte für ein Umdenken zugunsten einer frühen Operationsindikation. Um dies plausibel zu machen, rückte er die Vorzüge der transurethralen Prostatektomie ins Licht. Die Operation sei nachgerade eine «logische» Behandlungsform, denn die meisten Patienten mit benigner Prostatahyperplasie hätten eben obstruktive Symptome, und diese liessen sich unbestreitbar mit keiner anderen Behandlungsform so effektiv und nachhaltig beseitigen wie mit einer Operation – und dies bei sehr hoher Sicherheit. Durch die

Tabelle:

Operationen sind indiziert:

- bei Männern unter 70 Jahren
- bei einer Lebenserwartung über 10 Jahre
- bei schweren obstruktiven Symptomen ohne Detrusorschwäche
- wenn Fertilität keine Rolle spielt
- wenn BPH-Komplikationen eingetreten sind
- bei Krankheitsprogression unter medikamentöser Therapie
- bei Arzneimittelunverträglichkeit

Operation verbessere sich der Symptomscore (IPSS) erfahrungs- und studienmässig um etwa 10 Punkte, der Harnfluss (Q_{max}) steige um etwa 6 ml/s. Weniger als 10 Prozent der Patienten müssten nachoperiert werden, unter 5 Prozent betrage heute die perioperative Morbidität. Besonders bei Patienten, die ein hohes Risiko für ein medikamentöses Therapieversagen aufweisen, sollte die Indikation zur Operation sehr früh gestellt werden. Damit könnten dem Patienten mitunter einige Jahre des Leidens erspart bleiben, meinte Desgrandchamps.

«Ein langes Zuwarten erhöht die Operationsrisiken»

Langes Zuwarten erschwere den operativen Eingriff, da das Prostatawachstum eben weiter fortgeschritten sei: «Ein grosses Prostatavolumen bedeutet längere Operationszeit, mithin auch ein erhöhtes Operationsrisiko.» Das heisst: Die postoperative Morbidität steigt, Bluttransfusionen werden öfter notwendig.

Mit Blick auf die Erektionsfähigkeit sagte Desgrandchamps: «Die Operation kann die Erektionsfähigkeit verbessern, sie kann allerdings auch eine erektile Dysfunktion hervorrufen. Das Risiko hierfür beträgt etwa 20 Prozent. Das ist nicht so weit entfernt von den 12 Prozent, die unter Medikamenten eine Erektionschwäche aufweisen.»

Als weiteren Vorteil des chirurgischen Eingriffs nannte der Pariser Urologe die Möglichkeit, ein eventuell vorhandenes Prostatakarzinom zu entdecken. Dann sei die Operation auf lange Sicht auch kostengünstiger als die medikamentöse Behandlung – zumindest über einen Vergleichszeitraum von bis zu acht Jahren. Über Zahlen lässt sich trefflich streiten, und das gilt allzumal, wenn es um Kosten-Nutzen-Berechnungen geht. So wunderte es nicht, dass Desgrandchamps' Gegenspieler, der Londoner Urologe A. Patel, Zahlen auf die Leinwand projizierte, die zu anderen Schlussfolgerungen führten. Demnach rechnet sich die Operation im Vergleich zur medikamentösen Therapie nur bei Patienten mit schwerer Symptomatik, und das auch erst nach einem Zeitraum von zehn Jahren. Im Übrigen, fügte er hinzu, gebe es Strategien, die Kosten der konservativen

Therapie zu beeinflussen. So sei es ratsam, Alphablocker nach acht Wochen ohne Therapieerfolg abzusetzen und das Präparat zu wechseln. Bei Männern, die gut auf die Medikamente ansprechen, könnte die Therapie nach ein bis zwei Jahren versuchsweise abgesetzt werden. Neuere Studien hätten Hinweise darauf geliefert, dass Therapieeffekte nach dem Absetzen noch eine ganze Weile fortbestehen können. So könnten Kosten gespart werden.

Medikamente sind gut und langfristig wirksam

Ins Zentrum seines Plädoyers gegen eine (frühzeitige) Operation rückte Patel weniger die Kostenfrage als vielmehr die Erfahrung, dass die verfügbaren BPH-Medikamente gute und langfristige Therapieerfolge versprechen. Er verwies dabei auf die Bewertungen, wie sie in den aktuellen EAU-Richtlinien dargelegt sind: Mit der Kombination aus einem Alpharezeptorenblocker und einem 5-alpha-Reduktase-Hemmer (5-ARI) lässt sich die Krankheitsprogression verlangsamen und das Risiko für Komplikationen wie Harnretention sowie die Notwendigkeit eines

operativen Eingriffs um etwa 50 Prozent senken. Dabei sind Alphablocker für den raschen symptomlindernden Effekt verantwortlich, während die 5-ARI den natürlichen Verlauf der BPH langfristig beeinflussen, in erster Linie bei Patienten mit grosser Prostata. Patel sprach hier in Abgrenzung zur operativen Gewebresektion von «medical debulking».

Desgrandchamps zweifelte die Resultate der Therapiestudien nicht an, er wartete mit einem prinzipiellen Einwand auf: «Warum geben wir uns damit zufrieden, die Symptome zu lindern und die Progression zu verlangsamen, wenn wir die Möglichkeit haben, die BPH definitiv zu heilen?» Patel entgegnete darauf nur, die Tatsache, dass immer weniger BPH-Patienten operiert würden, spreche für sich eine deutliche Sprache. Im Übrigen sah er sich aufgefordert, auch die Erfolge der TUR-P etwas zu relativieren. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die grosse Zahl betagter Männer, die neben obstruktiven Miktionsstörungen (auch) unter den Symptomen einer überaktiven Blase bei herabgesetzter Detrusoraktivität leiden, etwa im Gefolge neurologischer Erkrankungen wie Morbus Parkinson. Gerade bei dieser Patientengruppe versage die TUR-P aber überdurchschnittlich häufig. Medikamentöse Therapien sollten deshalb nach Möglichkeit den Vorzug erhalten. Desgrandchamps blieb bei seiner Haltung: «Wir sollten die obstruktiven Symptome durch eine Operation beseitigen und dann medikamentös die Blasenfunktion beeinflussen.»

So sehr die beiden Urologen auch konträr argumentierten, die Kontroverse wirkte letztlich doch ein wenig inszeniert – mit dem Ziel, den Kongressteilnehmern im vollbesetzten Auditorium noch einmal die Vor- und Nachteile von medikamentöser und operativer Therapie ins Bewusstsein zu bringen. Als Patel zum Schluss seine Argumente für einen operativen Eingriff (siehe Tabelle) nannte, da jedenfalls schienen die Unterschiede zu seinem Kontrahenten nicht mehr ganz so gross zu sein. ♦

Uwe Beise

Wie verläuft eine BPH?

Heute herrscht Einigkeit unter den Fachleuten darüber, dass die benigne Prostatahyperplasie grundsätzlich eine fortschreitende Erkrankung ist. So vergrössert sich die Prostata, nach den Daten der grossen populationsbasierten Olmsted County Study, jährlich durchschnittlich um 1,9 Prozent. Etwa 2 Prozent der Patienten erlitten in dieser prospektiven Untersuchung innert 4 Jahren eine akute Harnretention. Auch die Symptome (LUTS) verschlimmern sich mit der Zeit, wengleich länger dauernde Remissionsphasen bei etwa jedem vierten Patienten vorkommen. Nur in einer Langzeitstudie ist bisher die Entwicklung der Urodynamik untersucht worden. Demnach sinkt die – üblicherweise auch in der urologischen Praxis bestimmte – Harnflussrate (Q_{max}) um durchschnittlich 2 Prozent pro Jahr, abhängig übrigens vom Ausgangswert, vom Alter, der Schwere der Symptomatik und der Grösse der Prostata. Heute kann man Patienten mit einem hohen Risiko für eine Krankheitsprogression recht gut identifizieren.

Die Hauptparameter sind: hohes Alter, schwere Symptomatik, hohes Restharnvolumen, grosse Prostata und hohe PSA-Werte.