

Viel Innovation, (noch) wenig Evidenz

Minimalinvasive Therapieverfahren beim benignen Prostatasyndrom

Die benigne Prostatahyperplasie mit resultierenden Miktionsstörungen («lower urinary tract symptoms» [LUTS]) wird auch als benignes Prostatasyndrom (BPS) bezeichnet. Es ist wegen seiner Häufigkeit und Bedeutsamkeit in der klinischen Praxis eine der wichtigsten Krankheitsentitäten an der Schnittstelle zwischen Grundversorgung und Urologie. Medikamentöse Therapieansätze bei BPS/LUTS umfassen Phytotherapeutika, $\alpha 1$ -Rezeptor-Antagonisten, 5- α -Reduktase-Hemmer, Antimuskarinika, $\beta 3$ -Agonisten und Phosphodiesterase-5-Hemmer. Absolute Indikationen für eine interventionelle Therapie sind rezidivierende Harnverhalte und Harnwegsinfekte, Blasensteine und postrenale Niereninsuffizienz. Relative Indikationen für einen Eingriff sind oft abhängig von der Lebensqualität des Patienten und vielfach ein Ermessensentscheid. Das Referenzverfahren für Drüsen mit einem Volumen von 30–80 cm³ ist die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P), eine der weltweit am häufigsten durchgeführten Operationen.

In den letzten Jahren sind eine Reihe von minimalinvasiven Therapien (MIT) eingeführt worden. MIT werden der Kategorie Medizinprodukte («medical devices») zugeordnet, und Medizinprodukte unterliegen weitaus weniger strikten Zulassungsbestimmungen als Medikamente. Daraus resultiert oft ein Einsatz im klinischen Alltag, bevor eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz erhoben werden konnte. Der interdisziplinären Autorengruppe um Oliver Dudeck ist es in ihrem Übersichtsartikel in dieser Ausgabe des *Swiss Medical Forum* [1] hervorragend gelungen, diese MIT mit ihren Vor- und Nachteilen sachlich darzustellen und dadurch ein breites Publikum anzusprechen. Besonders positiv hervorzuheben ist der Abgleich mit den international wichtigsten Leitlinien sowie die Tabelle, welche diesen Übersichtsartikel präzise zusammenfasst.

Zwei dieser erwähnten Verfahren verdienen einen erweiterten Kommentar: die Aquablation und die Prostataarterienembolisation (PAE). Im Gegensatz zum Nitinol-Stent, zum

Prostata-Harnröhrenlift, zur Wasserdampf-Ablation und der PAE kann die Aquablation nicht als MIT bezeichnet werden. Narkose, Hospitalisationsdauer, pflegerischer Aufwand, Rekonvaleszenz und Komplikationen sind praktisch identisch mit der TUR-P. Das zeigen auch unsere eigenen Erfahrungen mit über 120 solcher Aquablation-Eingriffe. Dieses Verfahren benötigt am Ende der Prozedur auch noch zusätzlich das TUR-P-Instrumentarium für eine punktuelle Blutstillung im Bereich des Blasenhalsses. Vorteil gegenüber einer TUR-P ist der mögliche Erhalt der Ejakulation. Die Aquablation würde besser als «innovatives resektives Verfahren» und eben nicht als «minimalinvasives Verfahren» bezeichnet.

Die PAE wird ausführlich und klar dargestellt, und sie weist unbestreitbare Vorteile auf: Durchführung in Lokalanästhesie, ambulant möglich, volle Antikoagulation erlaubt, keine Rekonvaleszenz, grössere Wahrscheinlichkeit der Erhaltung der Ejakulation und weniger Nebenwirkungen als bei einer TUR-P. Und: Bei ungenügendem Ansprechen sind weiterhin alle Verfahren uneingeschränkt anwendbar. Genereller Nachteil im Vergleich zur TUR-P ist die geringere Effektivität bezüglich Desobstruktion, was sich in relativ hohen Reinterventionsraten widerspiegelt. In einer prospektiven randomisierten Studie «Prostatic Artery Embolisation Versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia» benötigten 10 von 48 Patienten (21%) nach PAE innerhalb der ersten zwei Jahre wegen ungenügenden Resultates eine TUR-P [2]. Kaum als Nachteil zu bezeichnen ist hingegen die Strahlenexposition bei der PAE, die in etwa zwei bis drei Computertomographien des Abdomens entspricht [3]. Zumstein und Mitarbeiter haben das spätere Krebsodesrisiko aufgrund der Strahlenexposition anhand der Monte-Carlo-Methode simuliert. Für einen 66-jährigen Mann beträgt das Risiko, später an Krebs zu versterben, 0,12% [3]. Diese Rate ist niedriger als die der Mortalität einer TUR-P, die in den ersten drei postoperativen Monaten bei 0,7% liegt.

Weitere Studien werden benötigt, insbesondere auch mit Langzeitdaten, um schliesslich zu zeigen, welche dieser MIT den Test der Zeit bestehen werden. Auch nicht wissenschaftliche Faktoren können eine Rolle spielen. So wird der Prostata-Harnröhrenlift zwar in den Leitlinien empfohlen, aber in der Praxis praktisch nie eingesetzt, weil unter anderem die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Nicht alle MIT kommen für einen bestimmten Patienten infrage, aber für jeden Patienten lässt sich eine am besten passende MIT finden, sofern diese eine sinnvolle Option für den jeweiligen Patienten darstellt.

Korrespondenz

Prof. Dr. Hans-Peter Schmid
Klinik für Urologie, Institut für Medizin
Universität St. Gallen
Rorschacherstrasse 95
CH-9007 St. Gallen
hans-peter.schmid[at]kssg.ch

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Dudeck O, Szabo L, Zantl N, Baumgartner M. Benigne Prostatahyperplasie: neue minimalinvasive Verfahren. *Swiss Med Forum*. 2022;22(39):642–646.
- 2 Abt D, Müllhaupt G, Hechelhammer L, Markart S, Güsewell S, Schmid H-P, et al. Prostatic artery embolisation versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: 2-yr outcomes of a randomised, open-label, single-centre trial. *Eur Urol*. 2021;80:34–42.
- 3 Zumstein V, Binder J, Güsewell S, Betschart P, Pratinis M, Müllhaupt G, et al. Radiation exposure during prostatic artery embolisation: A systematic review and calculation of associated risks. *Eur Urol Focus*. 2021;7:608–11.



Prof. Dr. med. Hans-Peter Schmid
Klinik für Urologie, Institut für Medizin,
Universität St. Gallen, St. Gallen



Dr. med. Gautier Müllhaupt
Klinik für Urologie, Spital Thun, Thun