

Gutartige Prostatavergrößerung

Benigne Prostatahyperplasie (BPH)
Benignes Prostatasyndrom (BPS)
Lower urinary tract syndrom (LUTS)

Was versteht man unter einer gutartigen Prostatavergrößerung?

Die Prostata des gesunden erwachsenen Mannes wiegt ca. 20 Gramm. Größe und Gewicht bleiben bis zum 45. Lebensjahr in etwa konstant. Die dann bei vielen Männern beginnende Vergrößerung der Prostata, die mit einer Gewichtszunahme bis zum Fünffachen des Ausgangswertes einhergehen kann, ist ein normaler Teil des Alterungsprozesses und muss nicht unbedingt Beschwerden verursachen. Ausgelöst wird der Wachstumsprozess wahrscheinlich durch eine Verschiebung im Hormonhaushalt des alternden Mannes.

Für die gutartige Vergrößerung der Prostata existieren viele Bezeichnungen. Ob Prostatahypertrophie, Adenom oder Altmännerkrankheit.

Da die Prostata von einer derben Haut umgeben ist, kann sich neu entstehendes Gewebe kaum nach außen ausdehnen. Stattdessen drückt es nach innen und verengt die Harnröhre. Wachsen die Prostatazellen ganz in der Nähe der Harnröhre, kommt es schon bald zu einer Verengung mit den typischen Beschwerden beim Wasserlassen, obwohl die Größenzunahme der Drüse vergleichsweise gering sein kann. Vermehrt sich das Drüsengewebe dagegen eher in den Randbereichen der Prostata, wird die Harnröhre nicht oder kaum eingengt. Trotz einer durchaus massiven Volumenzunahme kann der Betroffene lange beschwerdefrei bleiben.

Welche Symptome können auftreten?

Erste Beschwerden werden vom Betroffenen oft erst wahrgenommen, wenn die Harnröhre schon so stark komprimiert ist, dass die Blase erschlafft. Dann kommt es zu typischen Veränderungen beim Urinieren:

- verzögerter Beginn der Entleerung: Die Betroffenen stehen oft minutenlang an der Toilette.
- abgeschwächter Harnstrahl: Der Harn kommt nur portionsweise oder er tröpfelt lange dahin (Pollakisurie).
- das Gefühl einer unvollständig entleerten Blase: Die Betroffenen gehen nach dem Urinieren nochmals auf die Toilette, weil sie unsicher sind, ob sie noch einmal „müssen“.
- Nykturie: häufige nächtliche Toilettengänge. Das ist eine Folge der unvollständigen Blasenentleerung.

- häufige Harnwegsinfektionen.
- Strangurie: Schmerzen beim Urinieren.
- Hämaturie: Wenn der Betroffene pressen muss, um seine Blase zu entleeren, oder bei stark erhöhten Drücken in der Blase können möglicherweise Blasenvenen aufplatzen. Dann gelangt Blut in den Urin, was eine sichtbare Hämaturie erklärt.
- Akuter Harnverhalt: In fortgeschrittenen Fällen ist die Blase unfähig, sich willkürlich zu entleeren.

Was sind die möglichen Folgen?

In Abhängigkeit von der Schwere der Abflussbehinderung werden mehrere Stadien der BPH unterschieden: Im ersten Stadium ist der Beginn der Blasenentleerung verzögert und das Wasserlassen dauert merklich länger. Außerdem tröpfelt Urin nach. Eine weiter wachsende Prostata schränkt die normale Blasenfunktion spürbar ein. Der Patient klagt über ein Restharngefühl und muss insbesondere nachts mehrmals Wasser lassen. Wenn zuviel **Restharn** in der Blase verbleibt, treten gehäuft **Blasenentzündungen** auf. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es zur so genannten **Überlaufinkontinenz**. Dabei kann die überdehnte Blase den Urin nicht mehr halten; ständiges Urintröpfeln ist die Folge. Im Spätstadium kann es zu einem Rückstau des Urins in die Nieren (**Hydronephrose**) kommen, was unbehandelt zum dialysepflichtigen **Nierenversagen** führt.

Um den Schweregrad der Symptome einer gutartigen Prostatavergrößerung zu beurteilen, wurde der so genannte **Internationale Prostata-Symptomenscore (IPSS)** entwickelt. Letztlich handelt es sich um einen Fragebogen, der das Ausmaß der Abflussstörung messbar und vergleichbar macht

Insgesamt sieben Fragen führen in ihrer Summe zu Punktwerten, die die Notwendigkeit therapeutischen Handelns zu erkennen helfen.

Welche Untersuchungen sind notwendig?

Der Nachweis einer gutartigen Vergrößerung der Prostata wird stets die digital-rektale Untersuchung des Organs einschließen. Um den Grad einer eventuellen Harnabflussbehinderung exakt zu bestimmen, sind weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich. Genannt sei die Harnstrahlmessung (**Uroflowmetrie**), welche die beim Wasserlassen erreichte Urinmenge pro Sekunde misst. **Die Uro-Sonographie**, also die Ultraschalluntersuchung von Nieren, Blase und Prostata, macht nicht nur die tatsächliche Größe der Vorsteherdrüse sichtbar, sondern kann auch Steinbildungen und Tumore im Urogenitaltrakt aufspüren.

Muss eine BPH in jedem Fall behandelt werden und wenn ja, wie?

Ob die im Zusammenhang mit der gutartigen Vergrößerung der Prostata auftretenden Beschwerden **medikamentös** oder **operativ** behandelt werden, hängt einerseits von den objektiv erhobenen Befunden und andererseits vom individuellen Leidensdruck des Patienten ab. Sind die Beschwerden gering (IPSS bis 7 Punkte), besteht noch keine Behandlungsnotwendigkeit. Es reichen jährliche Kontrolluntersuchungen aus.

- **Die medikamentöse Behandlung**

Phytotherapeutika (Pflanzenextrakte) haben einen entzündungshemmenden und abschwellenden Effekt. Sie wirken Ödemen und Blutstauungen entgegen. Daraus ergeben sich Verbesserungen hauptsächlich der Reizsymptomatik des BPH-Syndroms. Obwohl die Wirkmechanismen vieler pflanzlicher Präparate wissenschaftlich nicht belegt sind und manche einem Placebo nicht überlegen sind, stellen sie in einem frühen Stadium doch eine wirksame therapeutische Möglichkeit dar.

Die medikamentöse Therapie stützt sich heute im Wesentlichen auf zwei Arzneimittelgruppen.

Die so genannten **Alpha-Blocker** (exakt: Alpha-1-Rezeptorenblocker) reduzieren die Muskelspannung in der Prostata und am Blasenhal. Harnabflussstörungen werden nachweislich verbessert. Moderne Alpha-Blocker wirken bevorzugt im Urogenitalsystem und sind besser verträglich.

In eine andere Kategorie gehören die **5-Alpha-Reduktase-Hemmer**. Sie greifen in den Stoffwechsel der männlichen Geschlechtshormone ein und reduzieren das Volumen der vergrößerten Drüse.

Die forschende Arzneimittelindustrie ist ständig auf der Suche nach neuen Medikamenten, die die BPH-Beschwerden lindern können. Auch unsere Klinik beteiligt sich an Klinischen Arzneimittelprüfungen. Falls Sie dazu weitere Informationen wünschen informieren Sie sich bitte über unser „UCM-Studienhaus“.

- **Die Prostataoperation**

Wann muss operiert werden?

- Wenn es zu einer Harnstauung über die Blase hinaus kommt (obere Harnwegsstauung),
- bei ausbleibender Fähigkeit der Blase, den Harnstau zu kompensieren (dekompensierte Blase) oder
- bei eingetretener Überlaufinkontinenz.

Wann sollte operiert werden?

- bei ein- oder mehrfach vorkommendem Harnverhalt
- bei medikamentös nicht beeinflussbaren Blasenentleerungsstörungen oder bei stark erniedrigten Uroflow-Werten
- nach wiederholter Nebenhodenentzündung

Welche Operationsmethode kommt in Frage?

- **TUR-Prostata**

Standardoperationsverfahren bei Prostatavergrößerungen bis ca. 80 ccm ist die so genannte transurethrale Prostataresektion (**TUR-P**), umgangssprachlich auch Prostata „Hobelung“ genannt.

Mit Hilfe eines Operationsblasenspiegels, der durch die Harnröhre bis zur Prostata vorgeschoben wird, schneidet der Operateur mit einer stromführenden Schneideschlinge Prostatagewebe aus, das dann über den Schaft des Instruments herausgespült wird. Trotz technisch-medizinischer Weiterentwicklungen, insbesondere der operativen Laserverfahren, ist die TUR-P-Methode bei der chirurgischen Behandlung der BPH weiterhin das Verfahren der Wahl.

Wir führen in unserer Klinik dieses Operationsverfahren in sehr hohen Fallzahlen üblicherweise in einer schonenden Rückenmarksnarkose (Spinalanästhesie) durch. Durch das sehr hohe Operationsaufkommen und durch unsere erfahrenen Fachärzte ist die Rate schwerwiegender Komplikationen (z.B. transfusionspflichtige Nachblutung, Einschwemmungssyndrom) bei uns sehr niedrig. Der durchschnittliche stationäre Aufenthalt beträgt nur ca. 5 Tage.

- **Laserablative Verfahren**

Als minimalinvasive Alternative bieten wir auch eine Prostatagewebeabtragung mittels moderner Laserverfahren an.

Beim Greenlight-Laser wird Licht zur Entfernung von Prostatagewebe verwendet. Durch einen transurethralen Zugang zur Prostata wird das grüne Licht des Lasers von den Blutgefäßen und blutreichem Gewebe absorbiert. Diese Licht-Absorption führt zu einer plötzlichen explosionsartigen Aufnahme von Energie und das bestrahlte Gewebe verdampft, ohne dass Blut austritt. Mediziner sprechen hier von der „Photoselektiven Vaporisation der Prostata (PVP)“.

Der Greenlight-Laser kann daher als Licht-Skalpell“ in der Hand des Operateurs gesehen werden. Sofort nach dem unblutigen Verdampfen des Gewebes ist der Urin-Ablauf wieder frei, es entsteht ein kräftige Harnstrahl, und die Harnblase kann wieder ungehindert entleert werden. Die Behandlung ist praktisch unblutig, und der Patient kann schon nach einem ein- bis zweitägigen stationären Aufenthalt die Klinik wieder verlassen.

Ein relativer Nachteil dieser Methode ist die fehlende Möglichkeit, durch die OP Prostatagewebe für eine feingewebliche Untersuchung zu gewinnen. Die Chance, damit einen möglicherweise versteckten Tumor der Prostata zu entdecken, kann damit nicht genutzt werden. Ausserdem wird mit dem Greenlight-Laser weniger Gewebe als bei einer TUR-P entfernt. Daher kann die Laserbehandlung bei sehr stark vergrößerten Drüsen zu schlechteren Ergebnissen führen als eine vergleichbare Therapie durch die TUR-P.

Die Prostataoperation über einen Bauchschnitt (suprapubische Prostataadenomenukleation)

Sie ist notwendig, wenn

- die vergrößerte Prostata ein bestimmtes Gewicht (80 bis 100 Gramm) überschritten hat,
- gleichzeitig große Blasensteine vorliegen, wenn zusätzlich noch große Blasendivertikel in gleicher Sitzung abgetragen werden müssen..Wir führen diese Schnittoperation üblicherweise in Vollnarkose durch. Die durchschnittliche Operationszeit beträgt knapp 60 Minuten. Der stationäre Aufenthalt beträgt ca. 8 Tage. Falls gleichzeitig ein Leistenbruch besteht, kann dieser in der gleichen Narkose ebenfalls operiert werden.