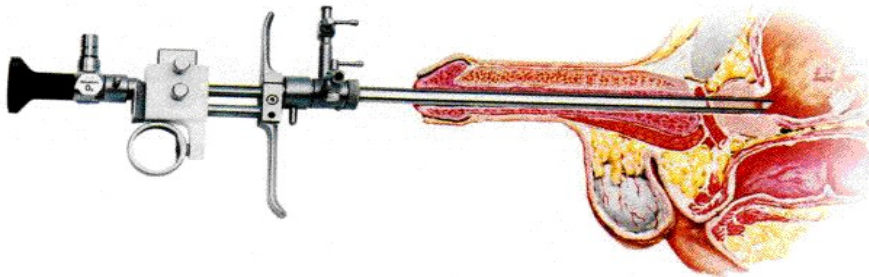


Laser bei BPH: Alles im "grünen Bereich"?

Minimal-invasive Eingriffe liegen auch bei der Therapie der benignen Prostatahyperplasie im Trend. Schweizer Kollegen zufolge kann sich der Greenlight-Laser durchaus mit der TURP messen.

- Die benigne Prostatahyperplasie (BPH) zählt zu den häufigsten urologischen Erkrankungen des alternden Mannes. Ab dem 50. Lebensjahr ist jeder Zweite und ab dem 80. Lebensjahr nahezu jeder Mann betroffen. Lassen sich die Beschwerden medikamentös nicht in den Griff bekommen, gilt die konventionelle transurethrale Elektresektion der Prostata (TUR-P) als operativer Goldstandard.



Obwohl die funktionellen Ergebnisse durchaus zufriedenstellend sind, lassen Risiken wie peri- und postoperative Blutungen oder das TUR-Syndrom nach Alternativen suchen.

"Besonders vielversprechend ist der Greenlight-Laser", urteilt Dr. Robin

Ruszat vom Urologischen Universitätsspital Basel, das im Jahre 2002 als eines der ersten europäischen Zentren die photoselektive Vaporisation etabliert hat (Abb. 1, S. 34).

Mithilfe eines Kalium-Titanyl-Phosphat (KTP)-Kristalls wird bei diesem Verfahren das emittierte Laserlicht auf eine Wellenlänge von 532 nm gebracht, die sich im sichtbaren grünen Lichtspektrum befindet. Damit wird hyperplastisches Prostatagewebe nahezu blutungsfrei "verdampft" und die Oberfläche koaguliert, ohne dass tiefer liegende Strukturen geschädigt werden. Auch die Gefahr von Gewebedemen oder Nekrosen besteht nicht, wie dies bei der Neodymium-YAG-Laser-Prostatek-

tomie der Fall ist.

In Basel konnten bereits über 450 Patienten mit dieser Technik erfolgreich behandelt werden.

"41 Prozent waren zum Zeitpunkt der Operation sogar älter als 75 Jahre", berichtet Ruszat. Das mittlere Prostatavolumen lag bei 57 ml (10 bis 180 ml).

Die Operationsdauer betrug median 67 Minuten. Im Durchschnitt wurde der Dauerkatheter nach 1,7 Tagen entfernt und die Patienten nach 3,3 Tagen aus der Klinik entlassen.

"Während eines Nachbeobachtungszeitraumes von mittlerweile bis zu 36 Monaten zeigten sich signifikante und anhaltende Verbesserungen sowohl der objektiven als auch der subjektiven Miktionsparameter", meint Ruszat (Abb. 2, S. 34): Die maximale Harnflussrate stieg um rund 160 Prozent und das Restharnvolumen sank um etwa 80 Prozent.

Der Internationale Prostata-Symptomen-Score (IPSS) verbesserte sich um 68 bis 69 Prozent.

Wie eine Zwei-Zentren-Studie in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital Baden ergab, kann sich der Greenlight-Laser durchaus mit der konventionellen TUR-P messen: Die funktionellen Ein-Jahres-Ergebnisse sowie die aufgetretenen postoperativen Komplikationsraten waren vergleichbar, die perioperative Sicherheit erwies sich bei der Greenlight-Laservaporisation deutlich überlegen.

Auch große Prostatavolumen lassen sich vaporisieren

"Auch bei großen Prostataadenomen bietet die Laservaporisation eine sichere und effektive Alternative", betont Ruszat. Eine TURP ist hier meist mit einem erhöhten perioperativen Risiko verbunden, in der Regel wird offen operiert. Doch bei den mehr als 50 Patienten mit einem Prostatavolumen von über 80 ml, die in Basel mit dem Greenlight-Laser behandelt wurden, war die Komplikationsrate gegenüber Patienten mit einem kleineren Prostatavolumen nicht erhöht.

Abbildung 1: Intraoperative Bilder einer Greenlight-Laser-Operation. Erkennbar sind Vaporisationsblasen sowie eine offene Prostataloge am Ende der Operation.

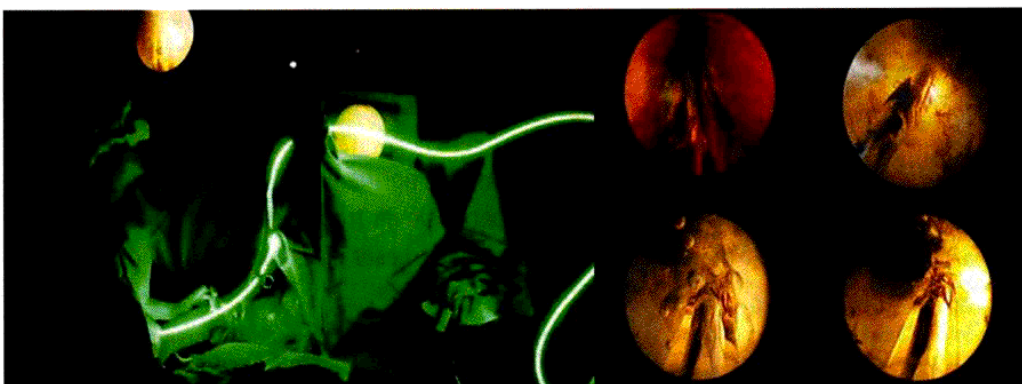
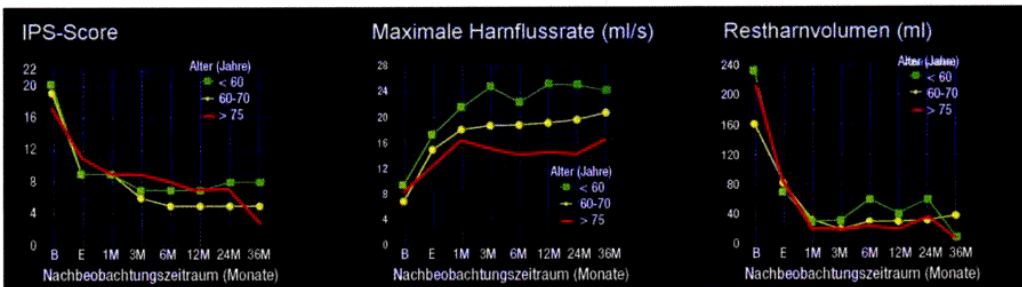


Abbildung 2: Verlauf von maximaler Harnflussrate, IPSS und Restharnvolumen bei Beginn (B), Entlassung (E) sowie nach 1, 3, 6, 12, 24 und 36 Monaten.



Da die Laservaporisation keine histologischen Gewebeuntersuchungen möglich macht, muss ein Prostatakarzinom jedoch in jedem Fall vor dem Eingriff sicher ausgeschlossen werden.

Hier sieht Dr. Walter Ohlig den Vorteil des Holmium-Lasers, der in der Urologischen Klinik Frankfurt-Höchst die transurethrale Prostataresektion vollständig ersetzt hat: Bei der Holmium-Laser-Enukleation der Prostata (HOLEP) wird ebenfalls blutleer - abgetragenes Gewebe in der Blase zerhäckselt und kann nach der Absaugung oder Ausscheidung histologisch untersucht werden.

Das Verfahren kann auch bei großen Prostatae angewendet werden. Gleichzeitig vorliegende Harnröhren-Strikturen können

geschlitzt und Blasen- ebenso wie Ureter- oder Nierensteine gefahrlos trypsiniert werden. Die Lernkurve bei der HOLEP sei allerdings anspruchsvoll, räumt Ohlig ein.

*Angelika Baner-Delto
"Laser in der Urologie", 47.
Jahrestagung der Südwestdeutschen
Gesellschaft für Urologie, Frankfurt,
2006*



Dr. Frank
Schiefelbein,
Würzburg

Nachgefragt bei Dr. **Frank Schiefelbein**, **Chefarzt Urologie an der Missionsärztlichen Klinik Würzburg**

Unter Antikoagulation ist Laservaporisation Therapie der Wahl

Sie operieren auch Patienten unter Antikoagulation mit dem KTP-Laser? Rund 40 Prozent der Patienten, bei denen wir eine KTP-Laservaporisation der Prostata vornehmen, stehen wegen kardiovaskulärer Erkrankungen unter Antikoagulation mit einem Cumarinderivat oder ASS. Solche Patienten hätte man früher nicht zu operieren gewagt.

Kommt es zu Komplikationen?

Obwohl wir die Antikoagulation penoperativ weder absetzen noch

die Dosierung reduzieren, traten bei unseren Patienten bislang keine relevanten Blutungen oder Nachblutungen auf,

Viele Patienten bevorzugen einen minimal-invasiven Lasereingriff. Wie sind Ihre Erfahrungen?

Schon bald nach der Laservaporisation bessert sich der Harnfluss und der Restharn ist reduziert. Die Patienten müssen kürzer einen Katheter erdulden und können die Klinik in der Regel früher verlassen als bei anderen Operationsverfahren. Wir haben über die objektiven Parameter hinaus auch die subjektiven Beschwerden unserer Patienten mit dem IPSS ermittelt und die Patientenzufrie-

denheit erfragt: Bereits bis zur Entlassung aus der Klinik sinkt der IPSS um knapp 40 Prozent und

nach sechs Monaten um weitere 9,5 Prozent.

Würden Ihre Patienten ein zweites Mal diese Methode wählen?

86 Prozent unserer Patienten gaben an, sie würden sich erneut für eine Laservaporisation entscheiden. Der wichtigste Grund für eine ablehnende Haltung war eine persistierende oder rezidivierende Dysurie mit Urge-Symptomatik.

Wird die Laservaporisation die TURP ablösen?

Die TURP ist nach wie vor das operative Standardverfahren bei der BPH. Für die innovativen Lasertechniken bleiben noch Langzeitergebnisse abzuwarten. Die Laservaporisation erfordert einen erfahrenen Operateur. Das Verfahren ist aufwendig, die Operation dauert durchschnittlich rund eine Stunde. Zudem ist der Eingriff kostenintensiv. Für multimorbide Risikopatienten, insbesondere unter antikoagulativer Therapie, wird sich der KTP-Laser jedoch zunehmend etablieren. *abel*