

Blasenentleerungsstörungen als Folge benigner Prostatahyperplasie

Symptome - Diagnostik - Therapie

Herbert Bliemeister

Die alten Anatomen taufte Organe gern nach ihrer Lage im Körper: die unmittelbar vor der Blase liegende Vorsteherdrüse heißt lateinisch „Prostata“. Dieser Name bewahrt die historische Vorstellung, die Prostata sei für die Erektion zuständig.



Das kastanienförmige Drüsen- und Muskelgewebe der Prostata misst beim jungen Mann 20 – 25 ml Volumen. Die Außendrüse ist durch den Enddarm tastbar, die Innendrüse umfasst die prostatistische (blasennahe) Harnröhre. Ihr zentraler Ausführungsgang mündet von unten her in diese ein. Sie nimmt beim Orgasmus das Ejakulat auf. Dieses mischt sich aus:

- 1) den Samenzellen, die im Hoden produziert werden, im Nebenhoden ausreifen und den Ausführungsgang der Prostata durch die Samenleiter erreichen,
- 2) dem Sekret der Samenbläschen, das den Samenzellen Energie liefert,
- 3) dem alkalischen Prostatasekret, das von der Prostatadrüse selbst produziert wird und schließlich
- 4) dem PSA.

Beim Orgasmus verkürzen sich die Muskeln der Prostata, und stoßen das Ejakulat in die prostatistische Harnröhre aus. Der innere Blasenschließmuskel versperrt dem Ejakulat reflektorisch den (Rück-)Weg in die Blase.

Benigne Prostatahyperplasie bedingt Blasenentleerungsstörungen

Im Lebensverlauf wuchert – u. a. durch verringerte Testosteron Produktion – die Innendrüse der Prostata. Diese gutartige (benigne) Prostata Wucherung (Hyperplasie) wird BPH, oder auch Prostata Adenom, genannt. Die BPH komprimiert die Harnröhre, wodurch der Harnstrahl schwächer wird und tröpfelt: Mann muss Nachts öfter Wasser lassen (Nykturie). Gegen den steigenden Widerstand der BPH presst der Blasenmuskel immer stärker an, um Urin zu entleeren. Dabei auftretende Symptome sind Blasenentleerungsstörungen (BES). In Deutschland leiden über 30 % der Männer (4,9 Millionen Menschen) über 50 Jahren an BES wegen BPH.

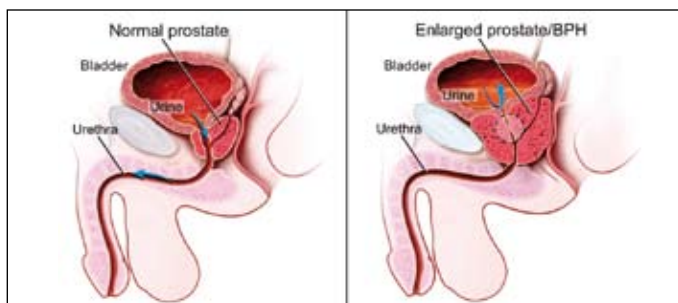


Abb. 1: Schematische Darstellung der benignen Prostatahyperplasie

Die klassischen Symptome bei Blasenentleerungsstörungen treten irritativ und obstruktiv auf. Irritative und obstruktive BES-Symptome kommen dabei meist gemischt vor; gerade die irritativen Symptome werden als quälend empfunden.

| Obstruktiv | Irritativ |
|------------------------------|--------------------------|
| schwacher Harnstrahl | erhöhte Miktionsfrequenz |
| verzögerte Miktions | vermehrter Harndrang |
| unvollständige Entleerung | imperativer Harndrang |
| Nachträufeln | imperativer Harndrang |
| intermittierender Harnstrahl | |

Tab. 1: Symptome der benignen Prostatahyperplasie

Die subjektive Symptomatik kann der sogenannte „I-PPS“, der Internationale Prostata-Symptom-Score, diagnostisch quantifizieren; als Therapiekontrolle eingesetzt kann er die Behandlungserfolge messen.

Diagnostische Abklärung von BES und BPH

Für die unter Männern als *Hafenrundfahrt* bezeichnete, notorische rektale Tastuntersuchung der Prostata erkennt der Autor dieser Zeilen keine Indikation: dem Untersucher ist sie unangenehm und dem Untersuchten liefert sie keine zielführenden Hinweise. Weder lässt sich verlässlich Größe und/oder obstruktive Wirkung der BPH bestimmen, noch lässt sich frühzeitig Prostatakrebs erkennen.

Seit die Harnstrahlmessung als Leistung bei den Krankenkassen nicht mehr erstattungsfähig abzurechnen ist, werden BES vorwiegend mittels Ultraschall abgeklärt. Zuerst wird dabei die gefüllte Blase geschallt, um Größe und Wachstum (endovesical) der BPH, das Füllungsvolumen der Blase und die Dicke des Blasenmuskels mit ggf. vorhandenen Aussackungen (Divertikel) zu beurteilen. Nach Entleerung der Blase wird sonografisch das Restharnvolumen vermessen, welches direkt das obstruktive (urodynamische) Potential der BPH repräsentiert.

Zusätzlich wird die Ultraschallkontrolle der Nieren wichtig, weil chronische BES unbemerkt zu Harnrückstau mit Weitstellung von Harnleiter und Niere führen können. Dauerhafte Druckerhöhung im Nierenbeckenkelchsystem schädigt die Nierenfunktion irreversibel. Transrektaler Ultraschall (TRUS) bildet Organstruktur und Volumen der BPH deutlicher ab, als die suprapubisch (oberhalb des Schambeins) durchgeführte Sonografie. Eine Blasen Spiegelung ist nicht routinemäßig erforderlich.

Konservative Behandlung von BES und BPH

Die Standardbehandlung erfolgt abhängig vom Untersuchungsbefund symptomorientiert. Irritative Symptome (siehe Tab. 1) sind medikamentös oft schwer beherrschbar: ihre Therapie kann sehr komplex sein und erfordert eine einfühlsame individuelle Beratung. Liegen asymptomatische (keine Infekte!) Restharmengen (< 80/100 ml) vor, beginnt die prinzipiell nebenwirkungsfreie Therapie mit Phytopharmaka.

Pflanzenarten und -teile, die häufig zur Herstellung von Phytopharmaka verwendet werden

- südafrikanisches Sternengras (Hypoxis rooperi)
- Brennesselwurzel (Urtica spp.)
- Sago-Palmenfrüchte (Sabal serrulata)
- Kürbissamen (Cucurbita pepo)
- Afrikanische Pflaume (Pygeum africana)
- Zitterpappel (Populus tremula)
- Roter Sonnenhut (Echinacea purpurea)
- Roggenpollen (Secale cereale)

Liegen dagegen relevante Restharmengen (> 100 ml) vor, oder entwickeln sich solche unter Behandlung mit Phytopharmaka, wird die obstruktive Symptomatik behandlungsbedürftig. Gefahr droht hier akut bzw. subakut durch wiederkehrende urogenitale bzw. genitale Infekte auf dem Boden chronischer Restharnbildung. Hier sind Alphablocker indiziert: sie reduzieren mit dem Muskeltonus der Innendrüse den Widerstand in der Harnröhre, wodurch der Harnabfluss freier wird.

Nebenwirkungen der Alphablocker beruhen vorwiegend auf ihrer blutdrucksenkenden Wirkung, eine retrograde Ejakulation tritt gelegentlich auf. Die Kombination von Alphablocker und 5 Alpha Reduktasehemmer (Dutasterid) ist teuer, nebenwirkungsreich (Gefahr der Impotenz, Libidoverminderung, Ejakulationsstörungen, Brustdrüsenanschwellung usw.) und senkt künstlich den PSA Wert.

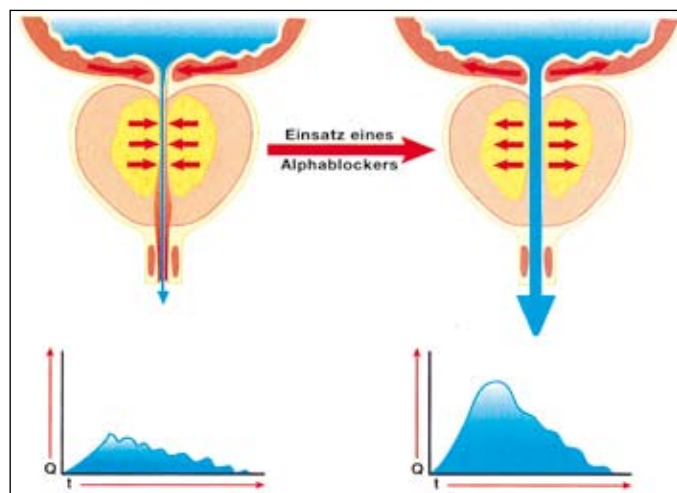


Abb. 2: Die Wirkung von Alpha-Adrenozeptorblocker bei BPH

Die Halbwertszeit beträgt 3–5 Wochen. In jüngster Zeit werden immer häufiger 5 Alpha Reduktasehemmer (Finasterid) verordnet. Die Halbwertszeit beträgt hier 6–8 Stunden.

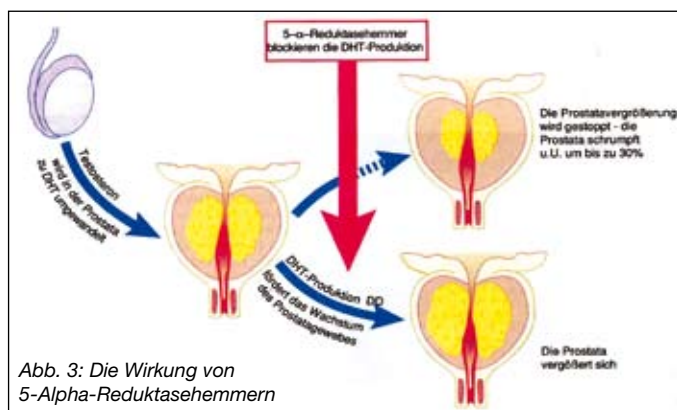


Abb. 3: Die Wirkung von 5-Alpha-Reduktasehemmern

Finasterid lässt das Volumen der BPH (7–13 ml in 12 Monaten) schrumpfen, und verbessert den Harnabfluss. Seine biochemische Interaktion mit Testosteron in der Prostatazelle erklärt die Nebenwirkungen (Impotenz, Libidoverminderung, Ejakulationsstörungen, Schmerzen der Hoden, Brustdrüsen- und Gesichtsschwellung, Nesselsucht usw.). Weil es den PSA Wert absenkt, wird dies Mittel als Chemoprophylaxe gegen PK beworben.

Achtung: In Kenntnis der Tumorbiologie von Prostatakrebs ist ganz entschieden davor zu warnen! Zwar verringert diese hormonelle Manipulation die Gefahr an einem „harmlosen“ Prostatakrebs zu erkranken – erhöht aber gleichzeitig das Risiko, am tödlichen Prostatakrebs zu versterben.

(Vgl. hierzu: Bliemeister: PSA-Screening und die Folgen. In: Die Naturheilkunde, Ausgabe 03/2010, FKO S.3ff, nähere Informationen: www.prostatakrebsonline.de)

Harnverhaltung

Dies ist meist die Folge chronischer Restharnbildung mit (Überlauf-) Inkontinenz, wobei Urin, den die überfüllte Blase nicht mehr speichern kann, beständig ausläuft. Dabei besteht das Gefühl imperativen Harndranges (Dranginkontinenz). Endlich kann es zum Harnverhalt kommen. Dieser tritt als urologischer Notfall auch unvermittelt auf und wird, je länger er dauert, von heftigen Schmerzen begleitet.

Therapie der Wahl ist die unverzügliche Entlastung der Harnblase. Misslingt die Einlage eines Katheters durch die Harnröhre, wird die Blase durch einen Punktionkatheter (Cystofix) oberhalb des Schambeins drainiert. Alle Erfahrung zeigt, dass auf konservative Behandlung nach dem ersten Harnverhalt stets ein zweiter folgt. Bei Narkosefähigkeit sollte eine operative Therapie geplant werden.

Operative Behandlung der BPH

Operative Behandlungen sollen den durch die BPH pathologisch erhöhten Blasenauflasswiderstand verringern. Sie wird notwendig nach Harnverhaltung, und falls unter konservativer Behandlung immer wieder Harnwegsinfekte und/oder ansteigende Restharmengen auftreten. Auch Blasensteine, die bei chronisch-infiziertem Restharn wachsen, werden operativ beseitigt. Das operative Verfahren richtet sich im wesentlichen am Volumen der BPH aus.

TUR-P:

Ist das Kürzel für die transurethrale Resektion der Prostata. Sie ist die klassische operative BPH Therapie und gilt für die BPH bis etwa 80 ccm Volumen weltweit als Goldstandard.

Adenomektomie:

Aus methodischen Gründen werden BPH's über 80 ccm Volumen offen operiert: die Blase wird über einen Zugang oberhalb des Schambeins (Kaiserschnitt) eröffnet, und die BPH mit dem Finger wie das Fruchtfleisch einer Orange von der Prostatakapself abgehält. Auch Blasensteine werden offen operiert.

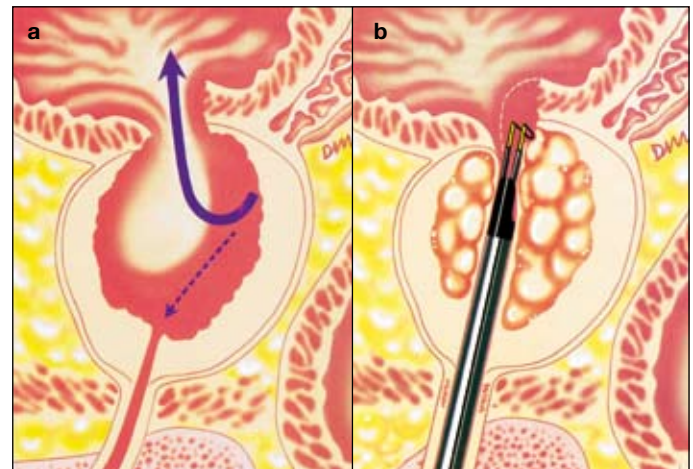


Abb. 4: a) Retrograde Ejakulation, b) Transurethrale Resektion der Prostata

Greenlight-Laser:

Senden Licht von 532 nm (Nanometer, Milliardstel Meter) Wellenlänge aus, das von Blutgefäßen und blutreichem Gewebe absorbiert wird. Die Laserwirkung hängt von Wellenlänge, Leistungsdichte (pro bestrahlter Fläche) und der Bestrahlungszeit ab. Die plötzliche Energieaufnahme lässt bestrahltes Gewebe ohne Blutaustritt verdampfen (vaporisieren). Für BPH's bis 60ccm Volumen gilt Grünlichtlasertherapie als geeignet, Gewebe zur mikroskopischen Untersuchung wird dabei nicht gewonnen.

HoLep-Laser:

Erzeugen Licht von 2140 nm Wellenlänge, das aufgrund seiner Energiedichte Gewebe schneidet: postoperative Begutachtung des entfernten Gewebes wird möglich. Dies Verfahren ist für BPH Volumina > 80ccm geeignet.

Transurethrale Mikrowellentherapie (TUMT):

Durch Mikrowellen (900–1300 MHz) wird das Prostatagewebe auf 70 Celsius erhitzt, gleichzeitig wird die Harnröhrenschleimhaut durch einen speziellen Katheter auf unter 44 Celsius gekühlt. Die BPH wird verkleinert, die BES reduziert.

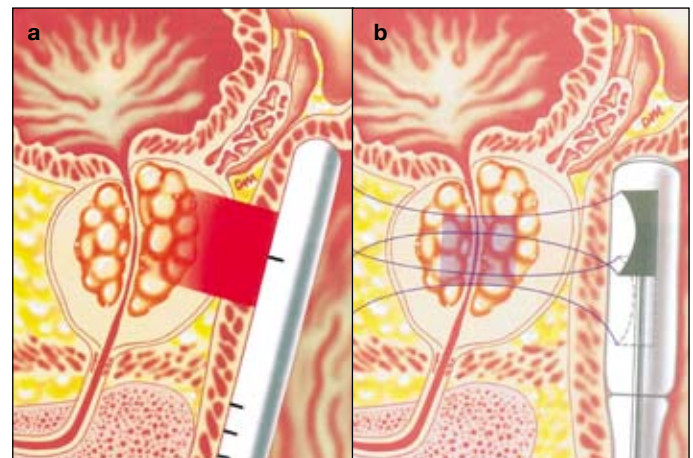


Abb. 5: a) Transrektale Hyperthermie, b) Fokussierter Hoch-frequenz-Ultraschall

Transurethrale Nadelablation (TUNA):

Nadelsonden werden unter Sicht (TRUS-Kontrolle) in die BPH eingeführt, durch Mikrowellen (500 kHz) wird deren Hitzeabtötung erreicht. Postoperativ treten gehäuft Harnverhaltungen (in 13 % bis 40 %) auf.

Empirische Gewichtung der operativen Verfahren

Als Standardverfahren sind TUR-P/Adenomektomie weltweit etabliert. Wenn der postoperativ eingelegte Harnröhrenkatheter entfernt ist, sind kurz bis mittelfristig (4–8 Wochen) irritative Symptome zu erwarten; retrograde Ejakulationen sind unvermeidlich. Über diese und weitere Nebenwirkungen wird präoperativ aufgeklärt. Erektionsprobleme sind keine üblichen postoperativen Folgen. Wegen der geringen Effektivität und postoperativer Harnverhalte ist die Mikrowellentherapie/Nadelablation nicht angeraten.

Empirisch ist die HoLep-Therapie uneingeschränkt empfehlenswert: das Verfahren ist nebenwirkungsarm und patientenfreundlich, verbessert deutlich die BES und die Krankenhaus Liegezeit beträgt wenige Tage.

Autor:

Dr. med. Herbert Bliemeister, Facharzt für Urologie und Praktischer Arzt

Gutenbergstr. 5, 22952 Lütjensee

E-Mail: praxis.bliemeister@gmx.de

www.prostatakrebsonline.de

Literatur:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)