

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Der schwierige Fall: Radikale
Prostatektomie - State-of-the-Art
Surgery**

Shariat SF

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2012; 19 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 15

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Radikale Prostatektomie – State-of-the-Art Surgery

S. F. Shariat

Die radikale Prostatektomie war die erste Therapie für Prostatakrebs und wird seit mehr als 100 Jahren durchgeführt. Sie stellt eine technisch anspruchsvolle Operation dar und hat sich seither von keiner anderen Therapieform ersetzen lassen. Die radikale Prostatektomie ist der Goldstandard, nicht zuletzt weil die Hormontherapie und die Chemotherapie nie kurativer Art sind und eine Radiotherapie sowie auch andere physikalische Energieformen Krebszellen nicht vollständig zu eradizieren vermögen. Ein idealer Kandidat für eine radikale Prostatektomie ist gesund und ohne jegliche Komorbiditäten, die den Patienten einem inakzeptablen Risiko aussetzen würden. Seine Lebenswahrscheinlichkeit sollte mehr als 10 Jahre betragen und der Tumor sollte vorzugsweise biologisch signifikant und zum anderen vollständig resezierbar sein.

Der wichtigste Vorteil der radikalen Prostatektomie ist, vorausgesetzt sie wird technisch gekonnt durchgeführt, dass sie die Möglichkeit einer Kuration mit minimalem Kollateralschaden des umliegenden Gewebes bietet. Des Weiteren ist durch die pathologische Aufarbeitung auch ein exaktes Tumor-Staging möglich. Weitere Vorteile der radikalen Prostatektomie sind die einfachere Identifizierung eines Therapieversagens und der heutzutage deutlich verbesserte postoperative Verlauf. Die potenziellen Nachteile der radikalen Prostatektomie sind zum einen der erforderliche Krankenhausaufenthalt und die längere Rekonvaleszenz, zum anderen eine mögliche inkomplette Tumorsektion, wenn die Operation entweder nicht ordnungsmäßig durchgeführt wurde oder der Tumor nicht auf die Prostata-drüse beschränkt ist, sowie das Risiko einer erektilen Dysfunktion und Harninkontinenz.

Das primäre Ziel der radikalen Prostatektomie ist die komplette Entfernung des Krebses. Die Durchführung einer pelvinen Lymphadenektomie wird bei Patienten mit einer Intermediate- oder High-Risk-Konstellation empfohlen. Bei Patienten mit einer Low-Risk-Konstellation für eine lymphogene Metastasierung ist die Lymphadenektomie optional. Obwohl ich persönlich der Meinung bin, dass durch eine extendierte pelvine Lymphadenektomie ein besseres Outcome erzielt werden kann, ist der zwingende Beweis hierfür ausstehend, zudem eine ausführlichere Lymphadenektomie auch ein erhöhtes Risiko für Komplikationen bedingt.

Die Harninkontinenzrate nach radikaler Prostatektomie ist generell akzeptabel und variiert je nach Erfahrung und Können des Chirurgen. Bei so genannten High-Volume-Chirurgen liegt die Rate einer vollständigen Kontinenz bei über 90 %. Das Wiedererlangen der Kontinenz ist altersabhängig. Der Schlüssel für einen erfolgreichen Erhalt der Kontinenz liegt in der sorgfältigen Präparation und der konsekutiven Vermeidung einer Schädigung des externen Schließmuskels. Der Chirurg sollte eine komplett wasserdichte, spannungsfreie Anastomose zwischen Blasenhalshals und Urethra anstreben. Der Erhalt des Blasenhalshals ist für die Erzielung einer guten Kontinenz nicht erforderlich. Bei Patienten mit einem High-Volume- oder High-Grade-Tumor mit Beteiligung der Prostatabasis kann ein Erhalt des Blasenhalshals das Risiko eines positiven Resektionsrandes erhöhen.

Eine sorgfältige Präparation mit Erhalt des neurovaskulären Bündels ist ebenfalls erforderlich. Die nerverhaltende Prostatektomie beinhaltet zunächst eine Identifizierung des neurovaskulären Bündels

und ein anschließendes Abpräparieren entlang der posterolateralen Oberfläche der Prostata-drüse. Die Verwendung von mono- oder bipolarem Strom oder des „Harmonic Scalpel“ kann irreversible Schäden des neurovaskulären Bündels verursachen.

Das Wiedererlangen der erektilen Funktion nach der radikalen retropubischen Prostatektomie korreliert mit dem Alter des Patienten, dem präoperativen Potenzstatus, dem Ausmaß der Nerverhaltung (Qualität) und in welcher Ära die Operation durchgeführt wurde. In den meisten Fällen zumindest sind die Erektionen nicht so gut wie präoperativ beschrieben. Bei den meisten Patienten ist mit einer Rückkehr einer Teilerektion normalerweise 3–6 Monate nach der Operation zu rechnen, welche sich allerdings noch bis zu 3 Jahre und länger verbessern kann. Patienten sollten zur Erektionsverbesserung postoperativ ermutigt werden, die supportive Medikation mit PDE-5-Inhibitoren, intraurethrale Zäpfchen, intrakavernöse Injektionen oder Vakuum-Pumpen auszuprobieren. Rehabilitations-Programme, die entweder die intrakavernöse Injektionstherapie oder PDE-5-Inhibitoren verwenden, können die Rekonvaleszenz und Rückkehr der Erektionen potenziell beschleunigen und den Anteil der Männer erhöhen, die eine Erektion wiedererlangen.

Korrespondenzadresse:

Shahrokh F. Shariat, M.D.
Weill Medical College of Cornell
University
525 East 68th Street, Starr 900
New York, NY 10065
E-Mail: sfshariat@gmail.com,
sfs2002@med.cornell.edu

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)