

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Langzeiteffizienz der
medikamentösen BPH-Therapie**

Brössner C, Madersbacher S

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 16-17

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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



C. Brössner, S. Madersbacher et al.

LANGZEITEFFIZIENZ DER MEDIKAMENTÖSEN BPH-THERAPIE

In Österreich leiden etwa 300.000 Männer, die älter als 50 Jahre sind, unter mäßigen und weitere 30.000 unter ausgeprägten, durch eine BPH hervorgerufenen Miktionsbeschwerden (LUTS = lower urinary tract symptoms).

Obwohl viele Männer mit leichten oder mittelschweren Symptomen recht gut ohne Behandlung auskommen, zeigen andere wiederum eine progrediente Symptomatik, so daß eine medikamentöse oder operative Therapie notwendig wird. In der Altersgruppe der 50jährigen Männer wird die Lebenszeitinzidenz von operativen oder medikamentösen Therapien aufgrund einer BPH auf 35 % geschätzt.

PATHOGENESE UND MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DER BPH

Die durch eine BPH hervorgerufene intravesikale Obstruktion setzt sich aus einer statischen und einer dynamischen Komponente zusammen. Die dynamische Komponente wird durch den Tonus der glatten Muskulatur bestimmt. Die Bedeutung der dynamischen Komponente wird dadurch unterstrichen, daß das BPH-Stroma einen höheren Anteil an glatten Muskelzellen aufweist (ca. 60 %) als die nicht hyperplastische Prostata (ca. 40 %). (Angriffspunkt Alpha-Blocker). Die statische Komponente wird wiederum durch das konstant wachsende Adenom bestimmt (Angriffspunkt Reduktase-Hemmer; derzeit am Markt: Dutasterid – Typ I+II Alpha-Reduktase-Hemmer, sowie Finasterid – Typ II Alpha-Reduktase-Hemmer).

Die zentrale Frage in der medikamentösen BPH-Therapie ist wohl, wie die Langzeitergebnisse aussehen, da man mit kurzfristigen Erfolgen nur eine operative Sanierung in Richtung höheres Lebensalter (inklusive mehr Komplikationen) verschiebt.

Zur medikamentösen Therapie von Patienten mit LUTS werden derzeit 4 Gruppen von Präparaten, nämlich die 5-Alpha-Reduktase-Hemmer, die Alpha-Blocker, die Östrogen-Reuptake-Hemmer sowie die Phytopharmaka eingesetzt, die wie oben beschrieben verschiedene Ansatzpunkte in Hinblick auf ihre Wirksamkeit haben. Abbildung 1 zeigt die Ent-

wicklung der Marktpositionen verschiedener BPH-Medikamente in Österreich.

Östrogen-Reuptake-Hemmer

Bezüglich dieser Substanz sind derzeit noch keine WHO-konformen 12 Monatsstudien publiziert.

Alpha-Blocker und Reduktase-Hemmer

Tabelle 1 gibt uns einen Überblick über die Langzeitstudien betreffend Finasterid und Alpha-Blocker. Daraus geht hervor, daß bis auf die MTOPS- (Medical Therapy of Prostatic Symptoms) Studie alle anderen Studien einen Beobachtungszeitraum von maximal 12 Monaten haben. Nur die MTOPS-Studie hat eine Beobachtungszeit von über 5 Jahren, die besonders wichtig erscheint, da die Ergebnisse dieser Studie teilweise im Gegensatz zu den bisherigen 12-Monatsstudien stehen, jedoch der Realität wohl am nächsten kommen dürften. Aus diesem Grund möchte ich mich hier auf die MTOPS-Studie konzentrieren. Die Abbildungen 2–5 zeigen die Ergebnisse dieser Studie.

Die Schlußfolgerungen aus der MTOPS-Studie sind:

- Monotherapie verringert signifikant das BPH-Progressionsrisiko.
- Finasterid und Kombination reduzieren signifikant das Risiko von Retention/TURP.
- Doxazosin verlängert die Zeit bis zu Retention/TURP, hat aber keinen Einfluß auf das Gesamtrisiko.
- Langzeit-Mono- und Kombinations-therapie sind sicher.

Phytopräparate

Am Europäischen Urologenkongreß 2002 in Birmingham wurde auch eine 12-Monatsstudie über die Wirksamkeit eines Phytopräparates präsentiert. Dabei wird ein *Serenoa repens*-Präparat mit dem Alpha-Blocker Tamsulosin verglichen. Der IPSS sank um 4,4 in jeder Gruppe, der Q-max-Anstieg war ähnlich in beiden Gruppen: 1,8 vs 1,9 ml/s. Eine ähnlich gute Wirksamkeit beider Substanzen liegt dieser Studie nach vor.

Phyto-Östrogene

Der Nachteil der hier vorgestellten Präparate besteht darin, daß man einmal oder mehrmals täglich eine Tablette

Abbildung 1: Marktanteile BPH-Medikamente in Österreich (1992–1999) (mod. nach Madersbacher et al.)

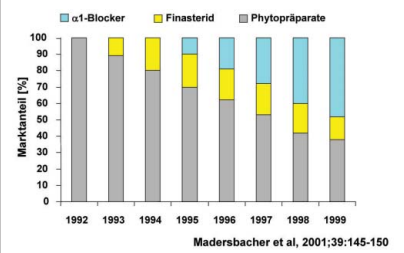


Abbildung 2: MTOPS – invasive Therapie (mod. nach McConnell et al. AUA 2002)

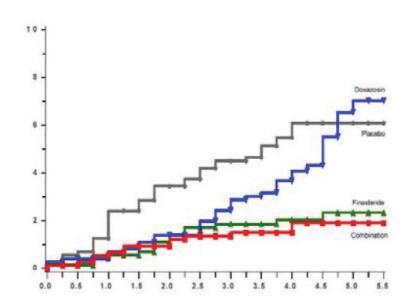


Abbildung 3: MTOPS – Progression (mod. nach McConnell et al. 2002)

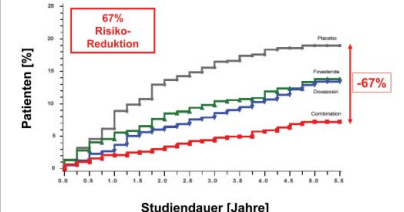


Abbildung 4: MTOPS – Veränderung des Qmax nach 4 Jahren (mod. nach Madersbacher et al.)

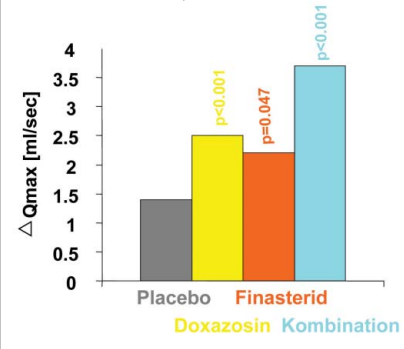
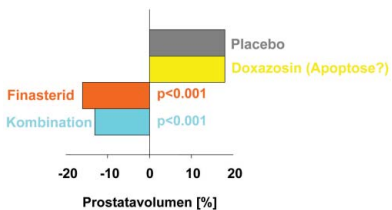


Abbildung 5: MTOPS – Veränderung des Prostatavolumens nach 4 Jahren (mod. nach Madersbacher et al.)



schlucken muß und möglichst nicht darauf vergessen sollte und dies lebenslang. Daß es auch anders gehen kann – nämlich daß man protektive Substanzen mit der täglichen Nahrung zu sich nehmen kann – zeigt uns die asiatische Bevölkerung. Erkrankungen der Prostata (sowohl

Tabelle 1: Kombination Alpha₁-Blocker und Finasterid

Studie	Patienten	Follow-up	Alpha-Blocker
VA, 1996	1.229	12 Monate	Terazosin 10 mg
ALFIN, 1998	1.051	6 Monate	Alfuzosin 2 x 5 mg
PREDICT, 1999	1.095	12 Monate	Doxazosin 8 mg
MTOPS, 2003	3.047	48 Monate	Doxazosin 8 mg

BPH als auch Prostatakarzinome) treten dort um das 10- bis 100fache seltener auf. Wahrscheinlich sind dafür die sogenannten Phyto-Östrogene verantwortlich, die in bestimmten pflanzlichen Nahrungsbestandteilen vorkommen. Welche bestimmten Phyto-Östrogene dies konkret sein dürften, ist derzeit Teil wissenschaftlicher Untersuchungen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Clemens Brössner
Abteilung für Urologie und Andrologie,
Donauspital (SMZ-Ost)
Ludwig Boltzmann Institut für urologische
Onkologie
A-1220 Wien, Langobardenstraße 122
E-mail: Clemens.Broessner@wienkav.at

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](#)