

**Phytotherapeutika bei
irritativer**

**Prostatahyperplasie - Ja
oder Nein?**

Klotz T

Blickpunkt der Mann 2003; 1 (4)

41-42

Homepage:

www.kup.at/dermann

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

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Phytotherapeutika bei irritativer Prostatahyperplasie – Ja oder Nein?

T. Klotz

Phytotherapeutika haben einen hohen Stellenwert in der Behandlung von milden prostatistischen Beschwerden, obwohl der genaue Wirkmechanismus noch unklar ist. Mittlerweile existieren mehrere kontrollierte doppelblinde Studien, die einen Wirkeffekt belegen. Entscheidend ist eine stadienadaptierte Therapie des benignen Prostatasyndroms (BPS). Die stadienadaptierte Therapie muß neben objektiven medizinischen Meßparametern (Restharn, Harnwegsinfekte etc.) die Lebensqualität des Patienten berücksichtigen. Bei nachgewiesener relevanter Obstruktion gilt die transurethrale Resektion (TUR-P) als Standardtherapie.

*Plant extracts or phytomedicines are valid substances in the treatment of the mild benign prostatic syndrome, although the exact mechanisms of action are still unknown. There are several controlled double-blind studies with plant extracts, which have shown improvements in prostatic symptoms. The therapy of benign prostatic hyperplasia has to consider the grade of obstruction (residual volume, urinary tract infections) and the impact on the patients quality of life. In case of a relevant symptomatic obstruction the transurethral resection of the prostate (TUR-P) is the „gold standard“. **Blickpunkt DER MANN 2003; 1 (4): 41–42.***

Lower urinary tract symptoms (LUTS) oder das benigne Prostata-Syndrom (BPS) beschreiben unspezifische Miktionsstörungen, die häufig auf die Prostata zurückzuführen sind. Diese Miktionsstörungen betreffen ca. 60 % aller Männer über dem 70. Lebensjahr und stellen somit die häufigsten urologischen Erkrankungen des Mannes im höheren Lebensalter dar [1]. Die Häufigkeit wird weiter zunehmen, wenn man in Betracht zieht, daß sich der Anteil der über 50jährigen von derzeit 22 % bis zum Jahre 2025 auf über 40 % verdoppeln wird. Neben dem medizinischen entsteht dadurch auch ein ökonomisches Problem [2].

Unterschieden werden muß zwischen einer eindeutigen subvesikalen Obstruktion mit hohem Restharn (> 60 ml), abgeschwächtem Harnstrahl, Balkenblase und möglicherweise sekundärer Abflußstörung der oberen Harnwege und einer weniger ausgeprägt obstruktiven oder irritativen Beschwerdesymptomatik. Die klassische Einteilung beschreibt daher die Stadien I–III. Bei ca. 20–30 % der Patienten liegt eine eindeutige subvesikale Obstruktion (Stadium II–III) vor, die auf eine benigne Prostatahyperplasie zurückzuführen ist. Hier ist eine spezifische medikamentöse und/oder meist operative Behandlung (TUR-P) notwendig, um die Obstruktion zu beseitigen. Die prostataselektiven alpha-Blocker haben vor allem bei der sogenannten dynamischen Obstruktion einen hohen Stellenwert. Auch wenn in den letzten Jahren eine Vielzahl von alternativen Verfahren (Laser, TUNA etc.) vorgestellt und evaluiert wurden, bleibt die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) der „Gold-Standard“, wenn es darum geht, eine eindeutige prostatogene Obstruktion definitiv zu behandeln.

Ein großer Teil der Patienten (ca. 60 %) weist jedoch primär irritative Beschwerden (Stadien I–II) auf und profitiert durch eine TUR-P nicht oder wenig. Diese irritative Beschwerden äußern sich in ausgeprägter Nykturie, Pollakisurie, Harndranggefühl, unspezifische Schmerzen bei Miktion, Restharngefühl und vermehrtem Nachträufeln. An objektivierbaren Befunden liegt eine geringe bis mäßige Einschränkung der Harnstrahlstärke und kein wesentlicher Restharn (< 50 ml)

vor. Eigene Untersuchungen haben gezeigt, daß irritative Miktionsbeschwerden dieser Art einen stark negativen Einfluß auf die Lebensqualität der betroffenen Patienten haben und zudem bei ca. 70 % der Patienten mit Erektionsstörungen einhergehen. Mehr als 50 % der betroffenen Männer klagen, daß die Beschwerden sie in ihren täglichen Aktivitäten stark einschränken.

Ätiologie und Diagnostik

Die Ätiologie dieser irritativen Beschwerden wie auch der benignen Prostatahyperplasie ist letztendlich nicht vollständig geklärt. Neben chronisch entzündlichen Prostataveränderungen werden altersbedingte nervale Dysregulationen diskutiert. Unstrittig ist, daß die Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung zu einem Anstieg der Patienten mit irritativen Miktionsstörungen geführt hat. Eine Möglichkeit, diese Symptome objektiv zu erfassen und zu dokumentieren, stellt der „International Prostate Symptom Score“ (IPS-Score) dar. Die weitere Basisdiagnostik umfaßt die rektal-digitale Palpation, den Urinstatus, die Sonographie des oberen Harntraktes, des Restharns, die Bestimmung der Retentionswerte und des PSA-Wertes. Diese sind unabhängig in Hinblick auf die Detektion eines Prostatakarzinoms. Differentialdiagnostisch müssen andere, die Miktion behindernde Ursachen (z. B. Harnröhrenstriktur, neurogene Störungen) ausgeschlossen werden. Hierbei werden Uroflowmetrie, mehrmalige Restharnbestimmungen, in bestimmten Fällen eine urodynamische Untersuchung und ggf. eine retrograde Harnröhrendarstellung (UCG) durchgeführt.

Stellenwert der Phytotherapeutika

Die multifaktorielle Genese des Krankheitsbildes kommt u. a. in epidemiologischen Daten zum Ausdruck. Japaner und Chinesen leiden wesentlich seltener an prostatogenen Miktionsstörungen als Nordamerikaner. Dies ist bei Einwanderern in die USA schon nach einer Generation wieder ausgeglichen. Ursache dieses Unterschieds ist die Ernährung mit einem hohem Anteil von Phytoöstrogenen bei Asiaten. Die Behandlung der benignen Prostatahyperplasie mit Phytopharmaka hat in Deutschland eine lange Tradition und wird von den

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. med. T. Klotz, MPH, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden, Söllnerstraße 16, D-92637 Weiden; E-mail: klotz@klinikum-weiden.de

Patienten akzeptiert. Ein Blick auf die Umsätze der medikamentösen BPH-Therapie zeigt, daß bislang ca. 60–80 % der Umsätze mit Phytotherapeutika erzielt werden. Zur Therapie der symptomatischen BPH werden überwiegend Extrakte aus *Hypoxis rooperi* (Beta-Sitosterin), Brennesselwurzeln, Sägepalmenfrüchten, Kürbissamen oder Roggenpollen eingesetzt (Abb. 1). Da es sich bei Pflanzenextrakten um komplexe Vielstoffgemische handelt, ist die Identifizierung der Wirksubstanz(en) deutlich erschwert, zumal die therapeutische Wirksamkeit auch durch die synergistische Wirkung verschiedener Substanzen bedingt sein kann. Dies macht die Evaluierung der Wirksamkeit weitaus schwieriger als bei chemisch definierten synthetischen Medikamenten. Hier liegen die Gründe, warum vor allem im anglo-amerikanischen Raum die Phytotherapeutika zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie in Wissenschaft und Klinik bisher vernachlässigt wurden. In den letzten Jahren deutete sich allerdings eine Trendwende an.

Wirkung der Phytotherapeutika

Bei den Phytopharmaka sind folgende Wirkmechanismen denkbar: prostatotrope Wirkung durch Beeinflussung des endokrinen Stoffwechsels, direkte hormonelle Wirkung auf die Prostata (z. B. 5 α -Reduktase-Hemmung), antiphlogistische Wirkung, antiödematöse Wirkung auf die Prostata und muskulotrope Wirkung auf die Harnblase. Es konnte gezeigt werden, daß einige Phytoöstrogene die Östrogenrezeptoren in der Prostata besetzen und das Wachstum der Drüse hemmen [3, 4]. Die therapeutische Wirksamkeit der genannten Pflanzenextrakte in bezug auf symptomatische Beschwerden und pathologische Befunde im Zusammenhang mit der BPH wurde in mehreren kontrollierten klinischen Studien nachgewiesen.

Untersuchungen zur Langzeiteffektivität sind für Phytopharmaka ebenso zu fordern wie für synthetische BPH-Therapeutika. So liegen für den Sabal-Extrakt Ergebnisse einer über 3 Jahre geführten prospektiven, multizentrischen Studie vor. Dabei erhöhte sich die maximale Harnflußrate im Mittel um ca. 6 ml/s. Das Restharnvolumen wurde um 50 % gesenkt. Entscheidend für den Therapieerfolg ist jedoch die Verbesserung der Lebensqualität, die sich in den mit über 80 %

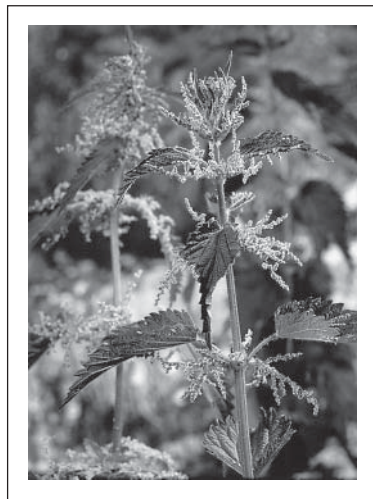


Abbildung 1: Brenneselextrakt in der Phytotherapie bei BPS

guten bzw. sehr guten Wirksamkeitsurteilen von Arzt und Patient widerspiegelt. Hervorzuheben ist darüber hinaus die geringe Nebenwirkungsrate [3–5]. Weniger als 2 % der Patienten brachen die Studie wegen unerwünschter Ereignisse vorzeitig ab. Eine weitere Langzeitstudie über 1 Jahr bestätigt die guten Resultate bezüglich Symptomatik, Uroflow und Restharn und dokumentiert darüber hinaus ein um 13 % gesenktes Prostatavolumen. In kontrollierten Studien mit kürzeren Beobachtungszeiträumen konnte auch für Brennessel-extrakte und Blütenpollen eine Wirkung belegt werden.

Insgesamt zeigt sich für Phytopharmaka eine gute Wirksamkeit bei LUTS bei keinen oder sehr geringen Nebenwirkungen. Die Lebensqualität der Patienten bessert sich erheblich.

Zusammenfassung

Die heute zur Verfügung stehenden Therapieoptionen ermöglichen eine stadienadaptierte und auf den Patienten abgestimmte Behandlung von LUTS/BPS. Dies zwingt den behandelnden Arzt zu einer exakten Diagnostik und Kontrolle der eingeleiteten Therapiemaßnahmen. Die Therapie richtet sich dabei vor allem nach den Symptomen und dem Allgemeinzustand des Patienten. Ein Therapieversuch mit Phytopharmaka ist besonders bei irritativen Beschwerden gerechtfertigt. Ein relativ geringer Teil von Patienten weist eine eindeutige prostatogene Obstruktion auf und muß direkt einer operativen Intervention zugeführt werden. Bei der Mehrzahl der Patienten ist eine medikamentöse stadienadaptierte Behandlung wirksam, die zur völligen Beschwerdefreiheit des Patienten führen kann. Hier kommt den Phytopharmaka in der medikamentösen Behandlungskaskade (Abb. 2) eine Rolle zu. Sie weisen ein hervorragendes Kosten-Nutzen-Verhältnis auf und werden von den Patienten akzeptiert.

Literatur:

1. Jochem D, Miller K. Praxis der Urologie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York, 2002.
2. Klotz T. Der frühe Tod des starken Geschlechts. Cuvillier-Verlag, Göttingen, 1998.
3. Schilcher H. Gibt es eine rationale Therapie zur symptomatischen Behandlung der benignen Prostatahyperplasie mittels Phytopharmaka? Erläutert am Beispiel der Prostatamittel aus *Serenoa repens* (Sabal fructus). Wien Med Wochenschr 1999; 149: 236–40.
4. Weisser H, Behnke B, Helpap B, Bach D, Krieg M. Enzyme activities in tissue of human benign prostatic hyperplasia after three months' treatment with the Sabal serrulata extract IDS 89 (Strogen) or placebo. Eur Urol 1997; 31: 97–101.
5. Sokeland J. Combined sabal and urtica extract compared with finasteride in men with benign prostatic hyperplasia: analysis of prostate volume and therapeutic outcome. BJU Int 2000; 86: 439–42.

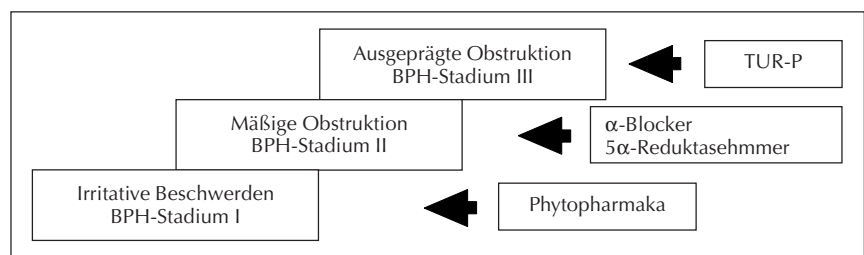


Abbildung 2: Stufenorientierte BPH-Therapie

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](#)