

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Hat die radikale perineale
Prostatektomie im Zeitalter der
Laparoskopie noch einen
Stellenwert?**

Horsch R

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2007; 14 (Sonderheft
6) (Ausgabe für Österreich), 8-9*

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

Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at

R. Horsch

HAT DIE RADIKALE PERINEALE PROSTATEKTOMIE IM ZEITALTER DER LAPAROSKOPIE NOCH EINEN STELLENWERT?

Die radikale perineale Prostatektomie ist die älteste Operationsmethode zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms. In einer prospektiv kontrollierten Studie mit 1600 Patienten soll auf eigene Erfahrungen und Ergebnisse dieser Operationsmethode eingegangen und ein Fazit über die Zukunft dieser Technik gezogen werden.

MATERIAL UND METHODEN

Zwischen August 1995 und August 2006 wurden 1600 Männer in der Urologischen Abteilung am Klinikum Offenburg radikal perineal prostatektomiert. Die Operation wurde von acht Operateuren nach der Young-Technik durchgeführt. Prospektiv wurden die Morbidität, die Urininkontinenz (Pad-Test), die Stuhl-inkontinenz sowie der Verlauf des PSA-Wertes kontrolliert. Die Patienten wurden in zwei Gruppen unterteilt. Die Low-Risk-Gruppe bestand aus 1298 Patienten (81,2 %). Dies waren Patienten, die gemäß den Partin-Tabellen eine geringere Wahrscheinlichkeit als 5 % für Lymphknotenmetastasen hatten. Der Gleason-Score in dieser Gruppe war $< 4 + 3$, der PSA-Wert war $< 10 \mu\text{g/ml}$.

Die Hochrisikogruppe mit 302 Patienten (18,8 %) hatte eine höhere Wahrscheinlichkeit als 5 % für Lymphknotenmetastasen bzw. einen Gleason-Score $> 3 + 4$ oder einen PSA-Wert von über $10 \mu\text{g/ml}$. Bei diesen Männern wurde eine laparoskopische, pelvine Lymphadenektomie der radikalen Prostatektomie vorgeschaltet. Das mittlere Alter der Patienten betrug 65 (41–77) Jahre. Der mittlere PSA-Wert betrug $11,4 \mu\text{g/ml}$ (Low-Risk-Gruppe $8,4 \mu\text{g/ml}$, High-Risk-Gruppe $17,3 \mu\text{g/ml}$). Die Gleason-Summe lag im Mittel bei 6,5.

ERGEBNISSE

Die Operationszeit betrug im Mittel 100 Minuten (50–233 Minuten), der geschätzte Blutverlust 375 ml. Die Transfusionsrate lag in den Jahren 1995–1997 bei 2,6 %. Seit 1998 wurden keine Blutkonserven mehr transfundiert.

Komplikationen

Bei 1,2 % der Männer bestand, vorwiegend in den Armen, postoperativ eine vorübergehende Neuropraxie. Das Rektum wurde bei 2,1 % der Patienten eröffnet. In 0,16 % wurde akzidentell der Harnleiter verletzt. Bei 3,4 % der Patienten entwickelte sich eine oberflächliche Wundinfektion. Eine Anastomosenstriktur trat bei 1,2 % der Männer auf.

Tumorstadien

Der Anteil der Patienten mit einem Tumorstadium pT2 ist in den letzten Jahren auf 74,6 % angestiegen. In den Jahren zuvor (1995 und 1999) hatten 65 % der operierten Männer ein Tumorstadium pT2.

Die Anzahl der Tumorstadien pT3a ist in etwa gleich geblieben: 14,3 % (1995–1999) gegenüber 15 % (2000–2006). Abgenommen haben die lokal fortgeschrittenen Tumorstadien ($> \text{pT3a}$). Hier ist der Anteil von 20,7 % (1995–1999) auf 10,4 % (2000–2006) zurückgegangen.

Harninkontinenz

Bei Entlassung aus der Klinik bzw. nach Durchführung eines Zystogramms nach Katheterentfernung zwischen dem 10. und 14. postoperativen Tag waren 51,2 % der Patienten kontinent. Nach einem Follow-up von einem Jahr benötigten 93 % der Patienten keine Einlagen mehr.

Eine leichte Form der Stuhlkontinenz, die über einen Fragebogen

ermittelt wurde, bestand bei 0,9 % der Patienten.

Margins

Am häufigsten fanden sich positive Margins an den Seitenlappen (9,4 %), gefolgt vom Apex (6,6 %) und der Harnröhre (1,7 %). Am seltensten traten positive Margins am Blasenhalss (0,4 %) auf.

Nerve-Sparing

Ein bilaterales Nerve-Sparing wurde in den Jahren 1995–2003 bei 16,6 % (unilateral 8,9 %) durchgeführt. Seit 2004 ist die Rate der nervschonenden Operationen kontinuierlich angestiegen (44,4 % beidseitig, 19,6 % einseitig).

Die erektile Funktion nach der Operation ist derzeit noch Gegenstand unserer Untersuchungen, wobei insbesondere auf Langzeitbeobachtungen (länger als 1 Jahr) Wert gelegt wird.

PSA-Progress

Die Progressionsrate bei einem mittleren Follow-up von 90 Monaten beträgt für den pT2-Tumor 13,8 %, beziehungsweise 39,1 % für den pT3a-Tumor und 69,2 % für die lokal fortgeschrittenen Tumorstadien.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die radikale perineale Prostatektomie ist, was das onkologische Outcome und das Operationsergebnis angeht, eine sehr sichere Operationsmethode. Die exzellenten Ergebnisse sind durchaus vergleichbar mit denen der radikalen retropubischen und auch laparoskopischen Prostatektomie. Die Technik besticht durch eine geringe perioperative Morbidität. Hervorzuheben sind hier die hohe Rate

der Frühkontinenz und der nur minimale Blutverlust. Bei unseren Patienten waren die letzten 8 Jahre keine Bluttransfusionen notwendig. Die Behandlungskosten liegen mit ca. € 4200,- niedriger als der DRG-Erlös, der in Deutschland bei € 5900,- liegt.

Unter Berücksichtigung dieser positiven Faktoren ist die radikale perineale Prostatektomie auch im Zeitalter

der Laparoskopie eine sehr sichere und insbesondere kostengünstige Operationsmethode. Der Autor ist sich jedoch sicher, daß auch diese Methode die weitere Verbreitung des Roboterassistenten DaVinci nicht verhindern wird, denn die DaVinci-Prostatektomie ist nach Auffassung des Autors die beste Alternative, so daß alle anderen OP-Methoden langfristig einen geringeren Stellenwert haben werden. – Es gilt dann das

Sprichwort : „Das Bessere ist des Guten Feind“.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Reinhold Horsch
Klinik für Urologie/Kinderurologie
Ortenau-Klinikum Offenburg
D-77654 Offenburg, Ebertplatz 12
E-Mail:
Reinhold.Horsch@og.ortenau-
klinikum.de*

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](#)