

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**BPH: Von den Phytos zum
risikoadaptierten Management**

Madersbacher S

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2007; 14 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 12-13

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

BPH: VON DEN PHYTOS ZUM RISIKOADAPTIERTEN MANAGEMENT

Seit 15 Jahren, insbesondere mit der Einführung der α 1-Blocker und der 5 α -Reduktase-Inhibitoren (5ARIs), hat der medikamentöse Ansatz zur Behandlung von Miktionsbeschwerden bei benigner Prostatavergrößerung (BPE) und BPE-bedingter Obstruktion (BPO) einen fixen Stellenwert als First-line-Therapie. Dies läßt sich u. a. eindrucksvoll an den Verkaufszahlen der BPH-Präparate in Österreich nachweisen, diese Zahlen entsprechen der Situation in den anderen Industriestaaten. In den vergangenen 15 Jahren kam es zu einer jährlichen 20%-Umsatzsteigerung von BPH-Präparaten, das Verhältnis der einzelnen Präparategruppen zueinander veränderte sich jedoch dramatisch (Abb. 1). 1992 standen lediglich Phytopräparate zur Verfügung, in weiterer Folge kam es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Marktanteile der Phytopräparate und zum Siegeszug der α 1-Blocker, 5ARIs erreichen heute einen Marktanteil von 15–20 %.

Von der **WHO-BPH-Konsensuskonferenz** wurden Kriterien festgesetzt, nach denen klinische Studien zur Überprüfung von BPH-Präparaten durchgeführt werden sollten:

prospektiv, randomisiert gegen Placebo oder Standardtherapie (α 1-Blocker, 5ARI), Studiendauer 12 Monate. Nur Studien, die diese Kriterien erfüllen, ermöglichen heute eine verlässliche Aussage.

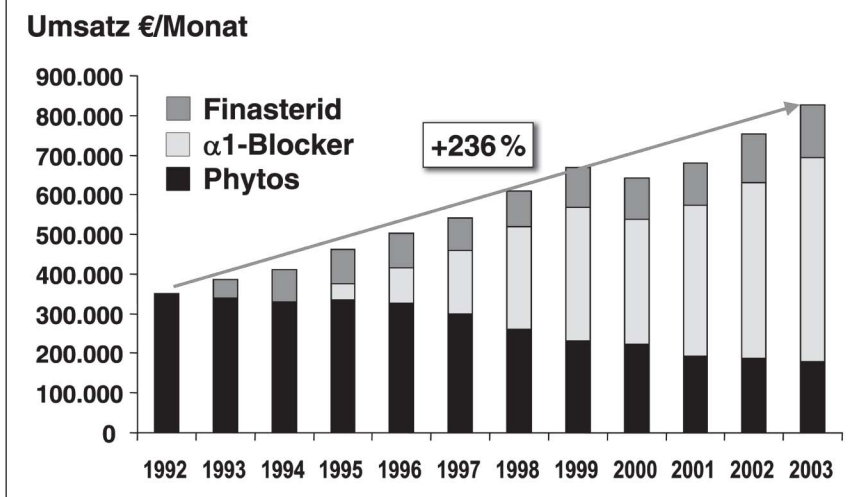
Die ältesten, jedoch auch umstrittensten Präparate zur Therapie von Männern mit LUTS bei BPE/BPO sind **Phytopharmaka** (bis 1992 die einzigen breit eingesetzten BPH-Präparate). Eine Reihe von Wirkmechanismen wurde postuliert, keiner konnte konklusiv in vivo nachgewiesen werden. Obwohl weit über 100 Studien publiziert wurden, entsprechen nur 5 den o. a. Standards. Letztendlich erlauben diese 5 Studien keine konklusiven Schlußfolgerungen, sodaß der definitive Wirknachweis von Phytopräparaten nach wie vor aussteht. Aus diesem Grund werden diese Präparate derzeit von keiner BPH-Leitlinie uneingeschränkt empfohlen. Dennoch werden Phytos nach wie vor sehr breit eingesetzt. Auf Grund der Datenlage sollten diese nur bei mäßig symptomatischen Patienten ohne relevante Obstruktion und geringem Progressionsrisiko eingesetzt werden.

Mehrere **α 1-Rezeptorblocker** sind in Österreich am Markt. Für alle Präparate liegen prospektive, placebo-kontrollierte Studien vor, die deren Wirksamkeit nachweisen. Es konnten eine 15- bis 25%ige Verbesserung der maximalen Harnflußrate (1,5–3,0 ml/sec), eine 30- bis 40%ige Reduktion der Symptome und eine etwa 50%-Verringerung des Restharns nachgewiesen werden. Das Prostatavolumen wird nicht beeinflusst. In zwei Langzeitstudien über 2 bzw. 4,5 Jahre (ALTESS, MTOPS) konnte gezeigt werden, daß α 1-Rezeptorblocker keinen relevanten Einfluß auf das Risiko für eine akute Harnverhaltung oder die Notwendigkeit einer Prostateoperation haben.

Die größte und längste Studienerfahrung (für Finasterid bis zu 10 Jahren) liegt für die beiden **5ARIs Dutasterid und Finasterid** vor. Soweit derzeit beurteilbar, ist die klinische Effizienz beider Präparate vergleichbar. 5ARIs induzieren langfristig eine 20- bis 30%ige Reduktion des Prostatavolumens, eine Verbesserung der maximalen Harnflußrate um 1,5–2,0 ml/sec und eine Verringerung der Symptome. Im Gegensatz zu α 1-Blockern, die innerhalb Stunden bis Tagen wirken, wirken 5ARIs verzögert, d. h. erst nach 3–6 Monaten. Der PSA-Wert im Serum wird bei beiden Präparaten um etwa 50 % reduziert. Unter einer Langzeitmedikation senkt sich das Risiko für eine Harnverhaltung bzw. Prostateoperation im Vergleich zu Placebo um die Hälfte, diese Präparate sind demnach in der Lage, in den natürlichen Verlauf der Erkrankung einzuschreiten.

Daten der größten, randomisierten Studie zur **Kombinationstherapie** (α 1-Blocker/5ARI) (MTOPS) zeigen, daß eine Kombination mit einem α 1-Blocker (Doxazosin) und Finasterid zu den besten Langzeitergebnissen führt. Diese naturgemäß teure Therapie sollte jedoch nur nach eingehender Abklärung des Patienten von einem Facharzt für Urologie und Andrologie verschrieben werden.

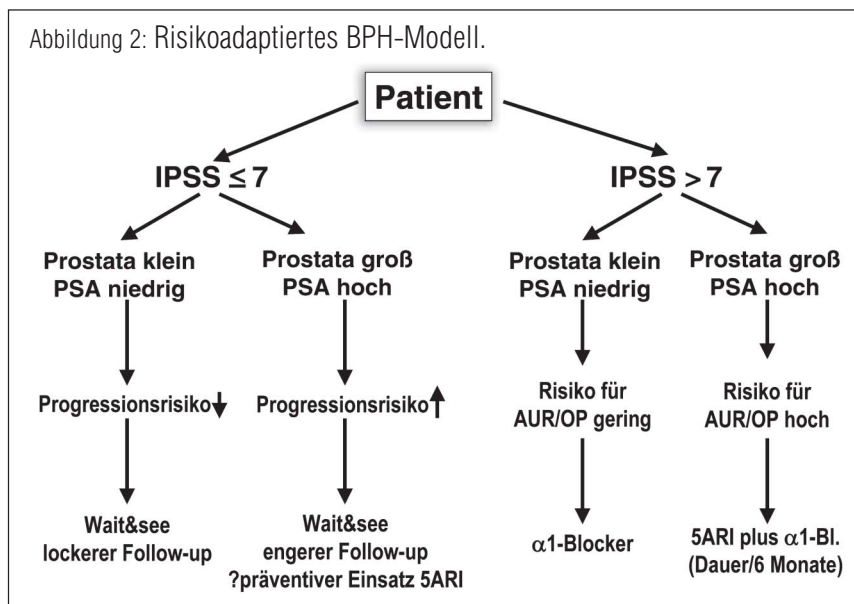
Abbildung 1: Umsätze (in Euro/Monat) von BPH-Präparaten in Österreich 1992–2003.



Der α 1-Blocker kann nach 6–12 Monaten bei einem Großteil der Patienten sicher abgesetzt werden.

Der **ideale Zeitpunkt zum Start einer medikamentösen Therapie ist umstritten**. Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, daß eine frühe medikamentöse Therapie langfristig zu besseren Ergebnissen führt (VA-TURP-WW Studie, PLESS). Pharmakoökonomische Aspekte sprechen hingegen gegen einen frühen und breiten Einsatz dieser Präparate in einem eher präventiven Setting. Zeigt sich im weiteren Verlauf, daß der Patient auf eine medikamentöse Therapie nicht zufriedenstellend anspricht und vor allem Restharn (> 100 ml) aufbaut, sollte der Patient umgehend zu einer Prostatektomie (ggf. minimal-invasive Therapie) zugewiesen werden. Die **Kombination von α 1-Blocker und Anticholinergikum** bei Männern mit BPO und Symptomen der überaktiven Harnblase wird derzeit intensiv untersucht. Die präliminären vorliegenden Daten suggerieren, daß es sich dabei um einen effizienten und – bei sorgfältig selektionierten Patienten – auch um einen sicheren Ansatz handelt.

Abbildung 2 stellt einen von **Prof. C. Roehrborn et al.** etablierten **risikoadaptierten Algorithmus** zum sinnvollen und ökonomischen Einsatz der medikamentösen BPH-Therapie vor. Dieser Algorithmus basiert auf dem heutigen Verständnis der Pathogenese, den BPO-Progressionsfaktoren sowie dem differenzierten Effekt von α 1-Blockern und 5ARIs auf Symptome und Progression.



Patienten mit geringen Symptomen (z.B. IPSS < 8) sollten primär kontrolliert werden, wobei sich die Intensität der Nachkontrollen nach dem Progressionsrisiko richten sollte. Der präventive Einsatz von 5ARI bei gering symptomatischen Patienten mit hohem Progressionsrisiko ist zwar durchaus interessant und auch durch einige Studien (PCPT) belegt, jedoch nicht generell anerkannt. Der ideale Einsatz für α 1-Blocker sind symptomatische Patienten mit geringem Progressionsrisiko, 5ARIs sollten symptomatischen Patienten mit höherem Progressionsrisiko vorbehalten bleiben. Erste Daten der CombAT-Studie zeigen, daß ein 5ARI (Dutasterid) bereits nach 12 Monaten

einem α 1-Blocker (Tamsulosin), was die Besserung der Symptome betrifft, überlegen ist. Dieser Unterschied zu den früheren direkten Vergleichsstudien (VA, Predict, MTOPS) erklärt sich durch die Patientenselektion. In die CombAT-Studie wurden nur Patienten mit einem höheren Progressionsrisiko inkludiert.

Korrespondenzadresse:
Univ.-Doz. Dr. Stephan
Madersbacher, FEBU
Abteilung für Urologie und
Andrologie
Donauspital
A-1220 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail:
stephan.madersbacher@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](#)