

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

KLOTZ T, SOMMER F

Urologische Probleme des alternden Mannes

Journal für Menopause 2001; 8 (2) (Ausgabe für Schweiz), 35-38

Journal für Menopause 2001; 8 (2) (Ausgabe für Deutschland)

35-38

Journal für Menopause 2001; 8 (2) (Ausgabe für Österreich)

35-38

Homepage:

www.kup.at/menopause

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

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

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

UROLOGISCHE PROBLEME DES ALTERNDEN MANNES

Urologic problems of the aging male

Summary

Many studies exist which indicate a better state of health in women than in men. Only one of the indicators is the shorter life expectancy for men of more than 6 years. It is surprising, that little effort has been made to highlight the aging male and his state of health as a central theme of our health care systems. In this short article we show some urologic problems of the aging male, e.g. benign and malignant prostatic diseases and erectile dysfunction. There are many important medical devel-

opments which are able to improve the male state of health. Care of the elderly has to be made a public issue, embracing not only medical problems but also quality of life and selfawareness. The wide range of urologic problems in the aging male shows the complexity of this area. Sex-specific research and an interdisciplinary approach will be necessary not only to improve the male state of health but also to benefit both sexes.

Key words: *men's health, aging male, prostate, erectile dysfunction*

ZUSAMMENFASSUNG

Viele Untersuchungen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand von Männern im Vergleich zu Frauen nach. Die kürzere Lebenserwartung von über 6 Jahren ist nur ein Indikator dieser Tatsache. Es verwundert, wie wenig diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zum Nachteil vor allem des alternden Mannes ein Thema in der Gesundheitsversorgung darstellen. In diesem Zusammenhang stellen wir einige ausgewählte urologische Probleme des alternden Mannes wie die benigne Prostatohyperplasie, das Prostatakarzinom und die erektile Dysfunktion kurz dar. Viele neue Entwicklungen lassen bei diesen Erkrankungen eine Verbesserung der männlichen Gesundheit erwarten. Hierzu ist es auch notwendig, daß die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen ein öffentliches Anliegen wird, welches neben medizinischen Problemen auch Fragen zur Lebensqualität einschließt. Die Breite von unterschiedlichen urologischen Problemen zeigt die Komplexität bei der Versorgung alternder Männer. Eine geschlechtsspezifische, fachübergreifende For-

schung ist notwendig. Hiervon profitieren nicht nur alternde Männer, sondern beide Geschlechter.

EINLEITUNG

Die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung haben in den Industrienationen bei deutlich gesteigerter Lebenserwartung zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Der Erhalt einer hohen Lebensqualität und die Verzögerung des natürlichen Verfalls der biologischen Körperfunktionen stehen im Mittelpunkt aller Anstrengungen. Die Beschäftigung mit dem „alternden Mann“ und seinen Bedürfnissen stellt zur Zeit gesellschaftliches und wissenschaftliches Neuland dar. Die Vereinten Nationen erwarten im Jahre 2050 einen Anteil der älteren Weltbevölkerung von ca. 15 %. In den westlichen Industrienationen beträgt der Anteil der über 65jährigen schon heute über 18 %. Es besteht daher aus demographischen Gründen die gesellschaftliche Notwendigkeit, die Gesundheitsversorgung an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. Männer könnten durch diesen

Wandel besonders profitieren. Die Beschäftigung mit den Problemen des alternden Mannes wird beiden Geschlechtern nützen, wenn man bedenkt, daß die Beschäftigung mit Fragen zur Frauengesundheit ebenfalls positive Auswirkungen auf Männer hatte [1, 2].

Der Urologe als „Männerarzt“ sieht sich speziell beim alternden Mann mit einer Vielzahl von Erkrankungen konfrontiert. In den nachfolgenden Abschnitten soll schlaglichtartig auf zwei epidemiologisch besonders relevante Krankheitsbilder näher eingegangen werden: auf die Prostataerkrankungen und die erektile Dysfunktion.

PROSTATAERKRANKUNGEN

Die Prostata ist eines der Schlüsselorgane und „wunden“ Punkte für den alternden Mann. Alle Erkrankungen der Prostata sind nicht nur epidemiologisch relevant, sondern beeinflussen in hohem Maße die männliche Lebensqualität. Die Verbindungen zur hormonellen Situation, Fertilität und Sexualfunktion sind sehr eng, so daß die Symptomatik vielgestaltig ist und über das Organ weit hinausreicht. Unterschieden werden muß primär zwischen der gutartigen Prostatohyperplasie und dem Prostatakarzinom.

Benigne Prostatohyperplasie

Die benigne Prostatohyperplasie (BPH) stellt durch ihre Häufigkeit ein gesundheitspolitisches und sozioökonomisches Problem dar, welches sich durch die Überalterung der Gesellschaft weiter verstärken wird. Um die Jahrhundertwende, vor der Etablierung der urologisch-chirurgischen Verfahren, mußte ein beträchtlicher Teil der Patienten mit durchaus lebensbedrohenden Komplikationen (Nierenversagen, Anurie, Sepsis) rechnen. Heutzutage ist die gutartige Prostatavergrößerung für die Mortali-

tät und Lebenserwartung nahezu bedeutungslos. 70 % aller Männer über dem 60. Lebensjahr weisen eine symptomatische Prostatavergrößerung auf, wobei die Hälfte der Betroffenen im Laufe des weiteren Lebens einer konservativen und/oder operativen Therapie zugeführt wird [3]. Die Genese der BPH bleibt weiter unklar, eine Diskussion der verschiedenen Theorien würde Lehrbücher füllen. Eindeutig belegt ist die Beteiligung von Umweltfaktoren und vor allem der Ernährung vor dem Hintergrund einer genetischen Disposition [4]. Die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) gilt unverändert als operativer „Goldstandard“, an dem sich alle neuen Verfahren messen lassen müssen. In Deutschland werden jährlich ca. 110.000 bis 140.000 TUR-P (etwa 600 Millionen DM) vorgenommen. Im allgemeinen ist das Ergebnis nach der TUR-P abhängig vom Schweregrad der präoperativen Symptome. Patienten mit ausgeprägten obstructiven Miktionsbeschwerden einschließlich eines Harnverhaltens können in 90 % mit einem sehr guten subjektiven und objektiven Ergebnis rechnen. Patienten mit mildereren Beschwerden erfahren lediglich in 75 % langfristig eine positive Änderung der Blasenentleerung [5]. Dies zeigt, daß die medikamentöse Therapie mit z. B. Alphablockern einen hohen Stellenwert bei der Therapie der BPH hat. Wichtig ist die Frage nach dem Einfluß einer Prostataresektion auf die Sexualfunktion des Patienten. Von einigen Untersuchern wurde schon vor einigen Jahren ein negativer Einfluß auf Potenz und Libido beschrieben [6]. Unklar ist, ob diese Beeinflussung der Sexualfunktion nicht zum größten Teil auf

die altersbedingte Degeneration der glatten Muskulatur im Schwellkörper zurückzuführen ist. Sicherer Begleit-effekt einer effektiven TUR-P ist eine retrograde Ejakulation aufgrund der meist notwendigen Resektion des Sphincter internus am Blasenhalss zur Beseitigung der subvesikalen Obstruktion. In den letzten Jahren ist sowohl bei Urologen als auch bei den Patienten ein Wandel bezüglich der operativen Therapie der BPH eingetreten. Konservative bzw. alternative Verfahren (Laser, fokussierter Ultraschall etc.) treten in den Vordergrund. Für die Zukunft wird die Entscheidung, ob und welche ablative oder konservative Therapie anzuwenden ist, von den Beschwerden und dem lokalen Befund abhängen. Die Tendenz zur patientenbezogenen Individualisierung der Therapie ist zu begrüßen, stellt aber die Behandler in Zeiten einer Ökonomisierung der Medizin vor fast unlösbare Aufgaben.

Prostatakarzinom

Streng von der Prostatahyperplasie zu unterscheiden ist das Prostatakarzinom. Es stellt mit dem Bronchialkarzinom den häufigsten männlichen bösartigen Tumor dar. Nach neueren Statistiken liegt es in den USA bereits an erster Stelle. Zur Zeit steht es in Deutschland mit deutlich steigender Tendenz in der Gesamtstatistik der männlichen Todesursachen an 8. bis 10. Stelle und bei den Malignomen an 2. Stelle. Der Häufigkeitsgipfel liegt in der 7. und 8. Lebensdekade, vor dem 4. Lebensjahrzehnt kommt es praktisch nicht vor. Interessant sind die Morbiditätsunterschiede in unterschiedlichen Populationen bzw. Volksgruppen (Tabelle 1).

Gesichert scheint weiterhin ein jährlicher Inzidenzanstieg von 3–8 % zu sein [8]. Nach obigen Daten müssen genetische und umweltspezifische (Ernährung) Faktoren eine wichtige ätiologische Rolle spielen, die jedoch noch weitgehend unbekannt ist. Gesichert ist eine hohe hormonelle Abhängigkeit der Prostatakarzinomzelle. So entwickeln Eunuchen kein Prostatakarzinom, wenn man von einzelnen Fallberichten absieht. Im Rahmen der Therapie beim fortgeschrittenen oder metastasierten Prostatakarzinom wird die Hormonabhängigkeit durch einen medikamentösen oder operativen Hormonentzug ausgenützt. Allerdings handelt es sich dann um eine palliative Maßnahme, deren Einfluß auf die Überlebenszeit nicht belegt ist.

Ähnlich wie das Bronchialkarzinom zeigt das Prostatakarzinom keine Frühsymptomatik. Nicht selten stellen z. B. durch Wirbelsäulenmetastasen ausgelöste Rückenschmerzen das erste Symptom dar. Allerdings können im Gegensatz zum Bronchialkarzinom Vorsorgeuntersuchungen (rektale Palpation und Tumormarker) einen Teil der klinisch okkulten Karzinome aufdecken, zumal die Wachstumszeit des Prostatakarzinoms extrem langsam ist (Tumorzellverdopplungszeit ca. 3–5 Jahre). In Autopsieuntersuchungen fand sich in über 30 % aller Männer über 60 Jahre ein okkultes Karzinom. Die 10-Jahres-Überlebensraten schwanken je nach Stadium zwischen 20–80 %. Dies bedeutet, daß das Prostatakarzinom eine sehr hohe Prävalenz bei relativ niedriger Mortalität aufweist. Die diagnostische Problematik besteht in der rechtzeitigen Differenzierung höhermaligner von niedrigmalignen Tumoren. Seit ca. 10 Jahren ist in der Prostatakarzinomvorsorge wie auch in der Therapienachsorge ein sehr effektiver Tumormarker (prostataspezifisches Antigen = PSA) etabliert. Aus der Höhe dieses Tumormarkers (Normbereich < 4 ng/ml) und dem zeitlichen Verlauf lassen sich Rückschlüs-

Tabelle 1: Prävalenzraten des klinisch manifesten Prostatakarzinoms in verschiedenen Populationen; nach [7]

Prävalenz des manifesten Karzinoms	Fälle pro 100.000 Männer
Bundesrepublik Deutschland	28,5
Weißer US-Amerikaner	41,0
Schwarzer US-Amerikaner	72,0
Japan	3,4

se auf die Wachstumstendenz eines Tumors im Individualfall ziehen.

Therapiedomäne der lokalisierten, noch nicht metastasierten Karzinome ist die radikale Operation mit kurativer Zielsetzung. Sie darf vor allem bei jüngeren Patienten (< 65 Jahre) als Standard angesehen werden, zumal die Option der Radiatio noch erhalten bleibt (Stufentherapie). In den letzten Jahren gewinnt die interstitielle Radiatio rasant an Stellenwert [9]. Hier liegen allerdings noch keine Langzeitergebnisse und spezifischen Überlebensraten (> 10 Jahre) vor. Erschwerend ist eine Vielzahl von technischen Modifikationen, was die Auswertung und Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen fast unmöglich macht. Auch die perkutane Radiatio hat durch technische Verbesserungen an Bedeutung, vor allem bei älteren Patienten, zugenommen. Eine alleinige Hormonenzugstherapie kommt bei lokalisiertem Karzinom, operablen Patienten und einer Lebenserwartung von über 10 Jahren nur in Ausnahmefällen bzw. bei limitierenden Begleiterkrankungen in Frage.

Es handelt sich bei der Radikaloperation um einen relativ großen Eingriff mit einer therapiebedingten Begleitmorbidität (ca. 20–30 %) und -mortalität (< 5 %). Die Nebenwirkungen der strahlentherapeutischen Verfahren sind ebenfalls erheblich und treten über Jahre zeitverzögert auf, was die Evaluation zusätzlich erschwert.

Die Hormonabhängigkeit des Prostatakarzinoms wird beim metastasierten Tumor therapeutisch ausgenutzt. So kommt es nach Entzug der männlichen Hormone durch chirurgische oder medikamentöse Kastration auch beim fortgeschrittenen bzw. metastasierten Prostatakarzinom in ca. 80 % der Fälle zu einer temporären, sehr effektiven Remission für mehrere Monate bis Jahre bei guter Lebensqualität. Die

Nebenwirkungen sind dennoch vor allem bei jüngeren Männern erheblich. Sie betreffen primär die Sexualfunktionen, die Psyche und den Knochenstoffwechsel.

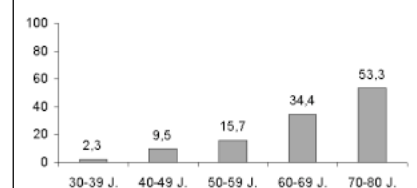
Die fast immer eintretenden Begleiterscheinungen einer Prostatakarzinomtherapie werden individuell sehr unterschiedlich bewertet. Im Gegensatz zu anderen Tumoren betreffen diese „Nebenwirkungen“ typisch männliche Aktivitäten bzw. männliches Selbstverständnis. Somit reicht die subjektive Bewertung von Begleiterscheinungen (z. B. Impotenz) von „für mich unerheblich“ bis zu „völlig inakzeptabel“. Dies beeinflusst auch die Akzeptanz von Vorsorgeuntersuchungen (z. B. rektale Untersuchung) bei Männern. Sicher ist, daß das Prostatakarzinom als der am meisten relevante Tumor des Mannes weiter an Bedeutung, sowohl diagnostisch als auch therapeutisch, zunehmen wird.

EREKTILE DYSFUNKTION

Die erektile Dysfunktion ist definiert als Unfähigkeit, einen befriedigenden Geschlechtsverkehr aufgrund mangelnder Gliedsteife durchführen zu können. Potenzstörungen stellen die häufigsten männlichen Sexualstörungen dar und sind von den männlichen Orgasmusstörungen zu unterscheiden. Die erektile Dysfunktion spielt zwar für die geschlechtsspezifischen Sterblichkeitsunterschiede keine Rolle, sie ist jedoch ein spezifisch männliches Krankheitssymptom mit sozialer, psychosozialer und medizinischer Problematik. Etwa 50 % aller Männer erleben während ihres Lebens transitorische Episoden einer erektilen Dysfunktion, und ca. 25 % der älteren Männer leiden unter einer andauernden Potenzstörung. Abbildung 1 veranschaulicht die Häufigkeit der permanenten erektilen Dysfunktion.

Die ernsthafte öffentliche, wissenschaftliche und professionelle Resonanz gegenüber Potenzproblemen ist z. B. im Vergleich zu weiblichen Orgasmus-, Menstruations- oder Wechseljahrsbeschwerden deutlich geringer [10]. Erst in den letzten Jahren wurde dieser spezifisch männlichen Erkrankung mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Mittlerweile hat sich aufgrund der grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnisse eine urologische Stufendiagnostik mit konservativen Therapiemöglichkeiten etabliert. Für eine erektile Dysfunktion (ED) wurden lange Zeit in ca. 80 % der Fälle primär psychologische Ursachen, wie „Feindseligkeit“ gegenüber dem weiblichen Geschlecht, sublimierte „frühkindliche Ängste“, „Versagensängste“ etc., verantwortlich gemacht. Mit Einführung einer multidisziplinären Diagnostik seit ca. 10 Jahren hat sich dies entscheidend gewandelt. Mittlerweile lassen sich in 85 % der Fälle mehrere Ursachen und in über 60 % der Fälle primär organische Ursachen nachweisen. Die erektile Dysfunktion des höheren Erwachsenenalters ist ein häufiges Organsymptom, welches mit den chronisch-degenerativen Erkrankungen der Industrienationen verknüpft ist. So weisen ca. 30–50 % der männlichen Diabetiker eine ED auf. Weiterhin dominieren in ca. der Hälfte der Fälle von sekundärer ED bei älteren Männern Gefäßschäden

Abbildung 1: Prozentualer Anteil von Männern mit erektiler Dysfunktion in verschiedenen Altersklassen (Kölner 8000-Umfrage). Gesamtprävalenz der ED in den Altersklassen zwischen 30 und 80 Jahre ca. 15 %.



Privatdozent Dr. med. Theodor Klotz

Geboren 1962 in München. Von 1981 bis 1988 Studium der Medizin, Mathematik und Philosophie in Bochum und Köln. Von 1988 bis 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Urologie und Klinik für Chirurgie der Universität Köln. Von 1995 bis 1997 Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, 1997 Master of Public Health. Von 1996 bis 1998 Oberarzt für Urologie am Kantonsspital Münsterlingen, Schweiz. Seit 1998 Oberarzt an der Klinik für Urologie der Universität Köln. November 1999 Habilitation und Erteilung der Venia legendi.



Forschungsschwerpunkte: geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand, medizinisches Qualitätsmanagement, Gesundheitssystemanalyse, Sexualität und Alter, interzelluläre Mediatoren in der Urologie.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. T. Klotz, MPH
Klinikum Weiden, Klinik für Urologie und Kinderurologie
D-92637 Weiden, Söllnerstraße 16

im Sinne einer Arteriosklerose und einer arterio-venösen Schwellkörperinsuffizienz [11]. Obwohl die erektile Dysfunktion in keiner direkten Beziehung zur Sterblichkeit von Männern steht, darf ihr Einfluß auf den männlichen Gesundheitszustand nicht übersehen werden. Es erscheint überflüssig zu betonen, daß nur wenige Erkrankungen im gleichen Maße am männlichen Selbstwertgefühl nagen. Zudem sind in einer Partnerschaft immer zwei Menschen von diesem Problem betroffen. Dies läßt sich belegen, da ca. die Hälfte der männlichen Patienten von ihrer Partnerin zu einer ärztlichen Konsultation bei erektiler Dysfunktion gedrängt wird [9, 10]. Bis vor wenigen Jahren standen zur effektiven Behandlung nur die Injektionstherapie mit vasoaktiven Substanzen (z. B. Prostaglandin) und aufwendige operative Verfahren (Prothetik) zur Verfügung. Mit den Phosphodiesterase V-Inhibitoren (Viagra®) existiert seit ca. 3

Jahren eine nichtinvasive und in über 60 % wirksame Therapiemöglichkeit. Hier sind weitere Entwicklungen in den nächsten Jahren zu erwarten, so daß die Behandlung der erektilen Dysfunktion einen zunehmenden Stellenwert in der urologischen Diagnostik und Therapie bekommt.

AUSBLICK

Wir stehen in der Altersmedizin vor einer neuen Ära in der pharmakomedizintechnischen Entwicklung. Immer mehr wird es möglich, degenerative Alterungsprozesse, die früher als selbstverständlich hingenommen wurden, medikamentös, operativ oder apparativ zu beeinflussen. Die dargestellten Entwicklungen in der Urologie belegen dies eindrucksvoll. Dem alternden Mann wird

glücklicherweise seit einigen Jahren mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei tritt immer mehr die Lebensqualität in den Vordergrund. Es bleibt zu hoffen, daß in Zeiten einer Rationalisierung der Medizin diese positive Entwicklung anhält. Der Trend zur weiteren Unterteilung in Spezialbereiche mit eigener differenzierter Diagnostik und Therapie ist ungebrochen und wird in den nächsten Jahren die Urologie vielseitiger, aber auch komplizierter machen.

Literatur:

1. Lunenfeld B. Aging male. The Aging Male 1998; 1: 1–7.
2. Klotz T, Hurrelmann K. Adapting the health-care system to the needs of the aging male. The Aging Male 1998; 1: 20–7.
3. Almer FM, Altwein JE. Transurethrale Prostataresektion: Steht ein Wandel in der Therapie der benignen Prostatahyperplasie bevor? Akt Urol 1994; 25: 256–8.
4. Altwein JE. Gibt es eine Anti-Aging Diät? In: Jocham D et al (eds). Aging male. Verlag Kilian, Marburg, 2000; 120–31.
5. Klotz T, Vorreuther R, Engelmann U. Aktuelle Trends der klinischen Urologie. Zentralbl Chir 1995; 120: 426–34.
6. Libman E, Fichten CS, Creti, L, Weinstein N, Amsel R, Brender W. Transurethral prostatectomy: differential effects of age category and presurgery sexual functioning on prostatectomy sexual adjustment. J Behav Med 1989; 12: 469–85.
7. Altwein JE. Urologie. Enke-Verlag, Stuttgart, 1993.
8. Trinkler FB. Screening des Prostatakarzinoms. Therap Umschau 1995; 6: 393–8.
9. Blasko JC, Grimm PD, Sylvester JE, Badiozamani KR, Hoak D, Cavanagh W. Palladium-103 brachytherapy for prostate carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 46: 839–50.
10. Klotz T (Hrsg). Der frühe Tod des starken Geschlechts. Cuvillier-Verlag, Göttingen, 1998.
11. Porst H. Manual der Impotenz. Uni-Med Verlag, Bremen, 2000.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

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](#)