

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

## Poster

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2002; 9 (Sonderheft*

*2) (Ausgabe für Österreich)*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://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

## VERTEILUNGSMUSTER VON PROSTATAKARZINOM-FOCI – ANALYSE VON 8062 PROSTATABIOPSIEZYLLINDERN IN EINER VIRTUELLEN PROSTATA

C. Brössner, A. Winterholer, M. Roehlich, E. Dlouhy-Schütz, V. Serra, M. Sonnleithner\*, K. H. Grubmüller\*, K. Pummer\*, E. Schuster<sup>o</sup> for the \*Austrian Urooncology Study Group, <sup>o</sup>IMC University of Vienna and the Austrian Prostate Study Group

**Einleitung:** Das Prostatakarzinom (PC) zeigt eine große anatomische Heterogenität und ist durch Multifokalität gekennzeichnet. Um eine „in vivo“-Landkarte, basierend auf Prostatabiopsien, zu erstellen, analysierten wir das Karzinomverteilungsmuster anhand ultraschallgezielter Prostatabiopsiezyllinder.

**Material & Methoden:** In diese prospektive Multicenterstudie wurden 904 Männer inkludiert. Die Prostatae wurden abhängig vom gebräuchlichen Biopsieschema der jeweiligen Abteilung mit unterschiedlichen Techniken und unterschiedlicher Anzahl an Biopsiezyllindern (6–12) biopsiert. Eine virtuelle Prostata wurde in 20 gleich große Sektoren unterteilt (18 Sektoren in der peripheren Zone (PZ), 2 in der Transitionalen Zone (TZ)) und die jeweiligen „in vivo“-Biopsiezyllinder den entsprechenden Sektoren zugeordnet und der Prozentsatz an Karzinomen errechnet.

**Ergebnisse:** Aus den 904 Prostatae wurden insgesamt 8.062 Biopsiezyllinder gewonnen (mean 8,9 pro Patient). 864 Zylinder davon waren Karzinom-positiv. Jeder der Sektoren aus der peripheren Zone enthielt einen ähnlich hohen Prozentsatz an Prostatakarzinomen (7,9–12,8 %,  $p = 0,39$ ). Es konnte kein höherer Pro-

zentsatz an PC in den lateralen oder apikalen Regionen der Prostata entdeckt werden ( $p = 0,41$ ). Karzinome, die ausschließlich auf die Transitionalzone begrenzt waren, traten in nur 3,6 % der Fälle auf.

**Schlußfolgerung:** Prostatakarzinom-Foci sind relativ gleichmäßig auf die periphere Zone verteilt. Eine Erhöhung der Prostatakarzinomdetektionsrate sollte primär über eine Erhöhung der Biopsiezyllinderzahl führen, die möglichst gleichmäßig auf die PZ zu verteilen sind.

## IST EINE BLASENKAPAZITÄT VON ÜBER 400 ML EIN AUSSCHLUSS FÜR DIE DIAGNOSE DER INTERSTITIELLEN ZYSTITIS?

L. K. Daha, C. R. Riedl, P. F. Engelhardt, H. Pflüger  
Abteilung für Urologie und LBI für Urologie & Andrologie, KH Wien-Lainz

**Einleitung:** Parsons wies als erster die erhöhte urotheliale Permeabilität durch den KCl-Test (PST) (Schmerzen bei Instillation von 40 ml 0,4 molarem KCl) bei Patienten mit interstitieller Zystitis (IC) nach. Die komparative Blasenkapazitätsmessung mit physiologischer Kochsalzlösung und 0,2 molarem KCl ist eine gut verträgliche Alternative zum PST. Nach den NIH-Kriterien ist eine Blasenkapazität von über 400 ml ein Ausschluß für die Diagnose der interstitiellen Zystitis. Ziel dieser Studie war es, die Reaktion von Patienten mit einer Blasenkapazität von über 400 ml auf Instillation von 0,2 molarem KCl zu untersuchen und im Falle einer erhöhten urothelialen Permeabilität die Symptombesserung nach GAG-Substitutionstherapie zu evaluieren.

**Methodik:** Wir untersuchten insgesamt 50 Patienten mit IC-Symptomatik. Die Blasenkapazität wurde zuerst mit physiologischer Kochsalzlösung und anschließend mit 0,2 molarem KCl-Lösung bestimmt. Nach den Kapazitätsmessungen führten wir den PST durch. Nach Zystometrie mit physiologischem Kochsalz wurden die Patienten in 2 Gruppen unterteilt. In der Gruppe 1 waren Patienten mit einer Blasenkapazität von unter 400 ml und in der Gruppe 2 von über 400 ml.

**Ergebnisse:** KCl reduzierte die Blasenkapazität in 47/50 (94 %) der Patienten. Die Gruppe 1 beinhaltete 39 Patienten. Die durchschnittliche Blasenkapazität war 249,5 ml unter physiologischer Kochsalzlösung und 153,4 ml unter 0,2 molarem KCl. Die Blasenkapazität unter KCl war im Durchschnitt um 30 % reduziert. Gruppe 2 beinhaltete 11 Patienten mit einer durchschnittlichen Blasenkapazität von 504,4 ml unter physiologischer Kochsalzlösung und 337,1 ml unter 0,2 molarem KCl mit 33 % Reduktion der Kapazität. Die Untersuchung war bei 49/50 Patienten schmerzlos, nur ein Patient berichtete über leichte Schmerzen. Alle Patienten hatten einen positiven PST mit mäßigen bis starken Schmerzen. Nach wöchentlicher intravesikaler Instillationstherapie mit 40 mg Hyaluronsäure über 10 Wochen waren 13/15 Patienten der Gruppe 1 und 8/10 Patienten der Gruppe 2 beschwerdefrei.

**Schlußfolgerung:** Auch bei einer Blasenkapazität von über 400 ml (v.a. bei Zystometrie mit physiologischer Kochsalzlösung) kann eine erhöhte Permeabilität als Frühsymptom einer IC bestehen und mittels der komparativen Blasenkapazitätsmessung nachgewiesen werden. Diese stellt eine schmerzlose Alternative zum PST dar. Eine Reduktion der Blasenkapazität über 30 % ist signifikant für eine erhöhte urotheliale Permeabilität und läßt sich in über 80 % mittels GAG-Substitutionstherapie heilen.

## LAPAROSKOPISCHE THERAPIE GROSSER NIERENZYSTEN

W. Ferber, R. Böhm, F. Bliem,  
P. Schramek  
Krankenhaus der Barmherzigen  
Brüder, Abteilung für Urologie und  
Andrologie Wien

**Einleitung:** Die minimal invasive Behandlung großer symptomatischer Nierenzysten hat zunehmend die offenen Zugänge ersetzt. Es wird nach wie vor kontroversiell diskutiert, welche Technik benutzt werden soll. In der Vergangenheit wurde mit wechselndem Erfolg die ultraschallgezielte perkutane Drainage angewandt, die jedoch mit hoher Rezidivrate verbunden war. Zunehmend wird diese Vorgangsweise durch die laparoskopische Nierenzystenresektion ersetzt.

**Methoden:** In unserem Haus wird der transperitoneale laparoskopische Zugang gewählt. Es werden in der Regel 3 Trokare verwendet, einer fungiert periumbilikal für die Kamera, zwei dienen lateral als Arbeitsports.

**Ergebnisse:** 7 Patienten wurden in den letzten 2 Jahren einer laparoskopischen Nierenzystenresektion unterzogen, wobei der maximale Zystendurchmesser 15 cm betrug. 6 Patienten waren postoperativ schmerzfrei, ein Patient mußte erneut wegen einer konsekutiv aufgetretenen Ureterabgangsstenose behandelt werden. Ein Patient wurde wegen einer Nachblutung offen revidiert. Die durchschnittliche Operationsdauer war 2,5 Stunden, der durchschnittliche Blutverlust betrug 250 ml, kein Patient benötigte Transfusionen. Der Schmerzmittelverbrauch war gering, kein Patient benötigte Morphine, 1 Patient erhielt 1 x eine Infusion mit einem NSAR, ein weiterer benötigte zwei Infusionen, alle anderen drei. Es kam bei

keiner Operation zu einer Nebenverletzung. Es wurde kein Rezidiv beobachtet.

**Diskussion:** Die laparoskopische Nierenzystenresektion ist eine effektive und sichere Therapie der symptomatischen Nierenzyste. Aufgrund kurzer Rekonvaleszenzzeit und Krankenhausaufenthaltsdauer, sowie geringer Rezidivrate geben wir dieser Technik den Vorzug.

## IST DIE ULTRASCHALLGEZIELTE ESWL BEI DER BEHANDLUNG VON TIEFSITZENDEN HARN- LEITERSTEINEN EINE THERAPIE- OPTION GEGENÜBER DER URS?

G. Gallé, H. Augustin,  
Th. Colombo, P. Hebel, G. Hubmer  
Universitäts-Klinik für Urologie,  
Graz

**Einleitung:** Bei der Behandlung tiefsitzender Harnleiterkonkremente favorisieren viele Zentren die URS gegenüber der röntgengezielten ESWL. Aufgrund unserer guten klinischen Erfahrungen mit der ultraschallgezielten ESWL führten wir eine retrospektive, vergleichende Analyse zwischen der URS und der ultraschallgezielten ESWL bei der Behandlung von tiefsitzenden Harnleiterkonkrementen durch.

**Material und Methode:** An unserer Klinik wurden in einem Zeitraum von 24 Monaten 241 Patienten mit distalen Harnleitersteinen mittels URS (55 Patienten) oder ESWL (186 Patienten) behandelt. Indikation für eine primäre URS bestand bei einer Steinposition von mehr als 4 cm Entfernung über dem Harnleiterostium. Eine sekundäre URS war nach vorangegangenen frustrierten ESWL-Behandlungen angezeigt. Die

ESWL wurde ultraschallgezielt mit dem Dornier Lithotripter DoLi S in Rückenposition bei gut gefüllter Blase durchgeführt. Der maximale Beobachtungszeitraum betrug 3 Monate.

**Ergebnisse:** Eine primäre URS wurde bei 36, eine sekundäre URS bei 19 Patienten durchgeführt. Die Steingröße betrug zwischen 2 und 16 mm. Steinfreiheit konnte in 93 % der Fälle erreicht werden. 85 % der ESWL-Behandlungen konnten ambulant durchgeführt werden. Im Mittel waren 1,2 Behandlungen mit einer Rate von 1 bis 4 notwendig. Durchschnittlich wurden 3657 Stoßwellen pro Sitzung verabreicht. Steinfreiheit konnte in 90,3 % der Fälle erreicht werden.

**Schlußfolgerung:** Aufgrund der hohen Erfolgsrate, der hervorragenden Patiententoleranz, sowie der Einfachheit der Methode stellt die ultraschallgezielte ESWL bei der Behandlung von tiefsitzenden Harnleitersteinen eine gute Therapieoption gegenüber der URS dar.

## LAPAROSKOPISCHE NEPHROPEXIE: THERAPIE DER WAHL BEI SYMPTOMATISCHER NEPHROPTOSE

H. Gallistl, E. Plas, L. K. Daha,  
C. R. Riedl\*, W. A. Hübner\*\*,  
H. Pflüger  
Abt. f. Urologie, LBI f. Urologie &  
Andrologie, KH Lainz Wien,  
\*Urolog. Abt., KH Baden,  
\*\*Urolog. Abt., KH Korneuburg

Die Erfolge der laparoskopischen Nephropexie etablierten diese Methode als Therapie der Wahl bei symptomatischer Nephroptose. Anhand des bislang größten Patientenkollektivs berichten wir über unsere

Erfahrungen in einem Beobachtungszeitraum von 1992 bis 2002.

Bei 35 Patientinnen mit symptomatischer Nephroptose wurde die Indikation zur laparoskopischen Nephropexie gestellt. In allen Fällen wurde präoperativ ein iv.-Urogramm und eine Isotopennephrographie (Tc99) im Sitzen und Liegen durchgeführt. Alle Patientinnen waren symptomatisch und zeigten eine Beeinträchtigung der renalen Perfusion im Sitzen. Bei 30 Patientinnen erfolgte die transperitoneale laparoskopische Pexie mittels alloplastischem Netzwerk, bei 5 Patientinnen wurde mittels laparoskopisch eingesetztem Prolene-Band die Niere fixiert. Wir untersuchten die Resultate der laparoskopischen Nephropexie und berichteten über die 5-Jahres-Ergebnisse.

Bei 35 Patientinnen wurde die Indikation zur laparoskopischen Pexie gestellt, das Durchschnittsalter war 33 Jahre. In allen Fällen lag eine rechtsseitige Nephroptose vor. 98 % der Patientinnen hatten Flankenschmerzen, 2 % rezidivierende Harnwegsinfekte. Bei 6 Patientinnen erfolgte die Nephropexie mit einem resorbierbaren Mesh (Vicryl®). Bei 24 Patientinnen wurde die Niere mittels nicht-resorbierbarem Mesh (Prolene®) an der lateralen Bauchwand fixiert. Bei den übrigen 5 Patientinnen wurde die Fixation der Niere mittels Prolene-Band durchgeführt, wobei bisher kein Rezidiv aufgetreten ist. Der Vorteil der Fixation mittels Prolene-Band bestand in einer Reduktion der Operationsdauer. Nach einer Beobachtungszeit von mindestens 5 Jahren waren 80 % beschwerdefrei, 2 Patienten hatten intermittierende Flankenschmerzen, in 2 Fällen traten symptomatische Rezidive auf, die offen chirurgisch pexiert wurden. Ansonsten traten keine weiteren Komplikationen auf.

Die Nierenzintigraphie mindestens 5 Jahre postoperativ ergab eine Verbesserung der Seitenfunktion in 9/10 Fällen, in einem Fall kam es zu keiner Änderung der renalen Funktion im Sitzen und Liegen.

Die laparoskopische Nephropexie ist eine minimal invasive Methode mit sehr guten Langzeiterfolgen. Nach entsprechender präoperativer Abklärung mittels iv.-Urogramm und Nierenzintigraphie im Sitzen und Liegen ist sie die Technik der Wahl zur Behandlung der symptomatischen Nephroptose. Die Modifikation durch Verwendung eines Prolene-Bandes zeigte vergleichbar gute Ergebnisse bei kürzerer Operationsdauer.

## ERGEBNISSE DER ERSTEN 100 RADIKALEN PERINEALEN PROSTATEKTOMIEN

*Therese Gründler, F. Bliem, R. Böhm, P. Schramek  
Abteilung für Urologie und Andrologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien*

**Fragestellung:** Durch die Renaissance der radikalen Prostatektomie mit perinealem Zugang (RPP) sind die Ergebnisse dieser Operationsmethode auch in der sogenannten Lernkurve von Interesse.

**Material und Methode:** Von März 1997 bis Ende 2000 wurde bei 100 Patienten (von Jänner 2001 bis Juli 2002 bei weiteren 65 Patienten) mit bioptisch verifiziertem Karzinom, unter Einhaltung der Einschlusskriterien, eine RPP durchgeführt. Bei diesen Patienten wurde keine Staging-Lymphadenektomie durchgeführt,

die Operationsmethode entsprach weitgehend der in der „Aktuellen Urologie“ beschriebenen Technik.

**Ergebnisse:** Das mittlere Alter der Patienten betrug zum Operationszeitpunkt 61,77 Jahre, die Operationsdauer bei den ersten 10 Operationen 3,28 Stunden, bei den 10 letzten 2,8 Stunden im Mittel. Der Dauerkatheter wurde um den 10. postoperativen Tag entfernt. Die Wundheilung war bei 96 % p.p. An Komplikationen gab es 4 Rektumläsionen, 1 recto-vesikale Fistel und in einem Fall war eine vorübergehende Stent-Einlage nötig. Alle Komplikationen heilten ohne Folgen aus. An histologischen Ergebnissen zeigten sich bei 1 Patienten ein pT0 Tumor, bei 72 Patienten ein pT2, R0, bei 5 Patienten ein pT2, R1, bei 15 Patienten ein pT3, R0, bei 6 Patienten ein pT3, R1 und unerwarteterweise ein pT4, R1-Tumor. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 27 Monaten waren 63 Patienten kontinent, 24 wiesen eine Streßinkontinenz Grad I und 13 Patienten Grad II auf. Stuhlschmierer bzw. -inkontinenz wurde nicht beobachtet. 2 Patienten gaben Spontanerektionen an, 15 Patienten gelingt mit Hilfe von Sildenafil, 25 Patienten mit SKAT, eine für den Geschlechtsverkehr zufriedenstellende Erektion. Der PSA-Verlauf zeigte bei 77 Patienten (ohne adjuvante Therapie) einen Wert von max. 0,3 ng/ml.

**Schlußfolgerung:** Unter Berücksichtigung von Einschlusskriterien ist die RPP an unserer Abteilung aufgrund der geringeren Morbidität ein Routineeingriff und zur chirurgischen Behandlung des Prostatakarzinoms die Methode der 1. Wahl. Sind die Einschlusskriterien nicht gegeben, z. B. Prostatavolumen über 50 ml, führen wir eine radikale retropubische oder laparoskopische Prostatektomie durch.

## DIE NEPHROPEXIE MIT PROLENE-BAND

W. Hübner, H. Pflüger\*, G. Velev, C. Riedl\*\*, E. Plas\*, L. Daha\*  
Urologische Abteilung der Krankenhäuser Korneuburg, \*Wien-Lainz, \*\*Baden

**Einleitung:** Symptomatische Nephropose ist eine seltene Erkrankung. Die offene Nephropexie kann signifikante Morbidität verursachen. Die laparoskopische Pexie ist heute als gering invasive Therapie akzeptiert. Die laparoskopisch durchgeführte Stützung der Niere mit einem Prolene-Band wird an unserer Abteilung seit zwei Jahren praktiziert.

**Material und Methode:** Wir haben im Zeitraum von 1999 bis Juni 2002 10 Patientinnen mit einer Nephropose behandelt (9mal rechts, 1mal links). Die Ptose wurde durch Ultraschall-Ausscheidungsurographie und Funktionsnephrogramm (im Liegen und im Sitzen) gesichert. Alle Patientinnen litten präoperativ unter intermittierenden Flankenschmerzen.

**Operationsmethode:** Rückenlagerung der Patientin. Platzierung eines 10 mm Nabelports nach Insufflation über Veress-Nadel bis 18 cm H<sub>2</sub>O. Eingehen mit der Kamera. Anschließend werden zwei weitere 10 mm Ports am Rippenbogenrand in der vorderen Axillarlinie und im Unterbauch pararektal gesetzt. Dann wird die Pat. in Linksseitenlage gedreht: Freipräparieren der Niere und Inzision der Gerot'schen Faszie. Unter laparoskopischer Kontrolle wird über die kaudale Port-Inzision mit der Nadel des Suspensionsbesteckes das Band um den Unterpol gelegt und paravertebral ausgestochen. Anschließend analoges Vorgehen oberhalb der Niere, so daß das Band die

Niere umfaßt und es an die dorsale Leibeswand fixiert. Rekonstruktion des Peritoneums, wo auch das Band mitgefaßt wird.

**Ergebnisse:** Die Operationsdauer betrug 0,6 bis 1,4 Stunden (Durchschnitt 65 Min). Die postoperative Phase war bei allen Patientinnen komplikationslos. Die funktionellen Ergebnisse wurden mittels postoperativem Isotopen-Nephrogramm gesichert. Wir fanden eine durchschnittliche Funktionsverbesserung um 4 % der betroffenen Niere, alle Patientinnen waren postoperativ klinisch beschwerdefrei. Dies entspricht den Ergebnissen früherer laparoskopischer Verfahren.

**Zusammenfassung:** Die laparoskopische Nephropexie mit Prolene-Band zeigt die gleichen guten Ergebnisse wie frühere laparoskopische Verfahren bei deutlich vereinfachtem und verkürztem Eingriff.

## NIERENTUMORCHIRURGIE AN DER UROLOGIE, LKH KLAGENFURT 11/1997 BIS 8/2002

K. Jeschke, J. Wakonig, M. Winzely, L. Schellander, J. Bugelnig, K. Henning †  
Landeskrankenhaus Klagenfurt, Urologische Abteilung

**Einleitung:** Im Jahre 1997 wurde an unserer Abteilung erstmals ein Nierentumor mittels minimal invasiver Methode operiert. Seither ist der Anteil laparoskopischer Operationen kontinuierlich angestiegen. Die minimal invasive Technik hat sich bei der operativen Therapie von Nierentumoren zu einem Standardverfahren entwickelt.

**Material und Methode:** 1998 lag der laparoskopische Anteil der Tumornephrektomien bei 31 % und bereits 2001 bei 73,5 %. 2001 wurden außerdem 60 % der organerhaltenden Nierentumorresektionen laparoskopisch durchgeführt. Im Jahr 2001 wurden bei insgesamt 91 Patientinnen mit einem Nierentumor 68 Patientinnen mittels minimal invasiver Technik operiert (61 laparoskopische Tumornephrektomien und 7 laparoskopische Nierentumorresektionen). Von 4 Patientinnen mit Vena cava-Tumorzapfen wurden 2 thorakoabdominal und 2 transperitoneal operiert. 19 Patientinnen wurden mittels Schnittoperation saniert. Indikation für die laparoskopische Tumornephrektomie: alle T1 und T2-Tumoren. Indikation für die laparoskopische Nierentumorresektion: Periphere, gut resektable Tumoren bis ca. 3,5 cm, seit 2001 in warmer Ischämie.

**Ergebnisse:** Die OP-Zeiten, Komplikationen, sowie durchschnittliche postoperative Aufenthaltsdauer liegen bei der Schnittoperation unter dem internationalen Durchschnitt. Die durchschnittliche OP-Zeit bei der laparoskopischen Tumornephrektomie liegt bei 116 Minuten, Transfusionsrate 5 %, Komplikationsrate 4 % (Milzläsion, Cavablutung, Nachblutung, Darmläsion). Postoperative Aufenthaltsdauer: 5 Tage. Bei der laparoskopischen Nierentumorresektion liegt die durchschnittliche OP-Zeit bei 115 Minuten, Transfusionsrate 12 %, Komplikationsrate 12 % (Nachblutung, Harnfistel).

**Zusammenfassung:** Die Indikation für die Schnitt-Operation wird an unserer Abteilung lediglich bei sehr großen Tumoren, Nierentumoren mit Cavazapfen und Nierentumoren bei Einzelniere gestellt. Alle anderen Tumoren werden laparoskopisch operiert.

## ERFAHRUNGEN MIT DER EXTRAKORPORALEN NIEREN- TUMORRESEKTION MIT AUTO- TRANSPLANTATION

H. Meixl, K. Henning †, P. Petritsch\*,  
W. Wandschneider\*\*  
Urologische Abteilung, Landeskrankenhaus  
Klagenfurt, \*Urologische  
Universitätsklinik Graz, \*\*Abteilung  
für Herz- und Thoraxchirurgie, LKH  
Klagenfurt

**Grundlagen:** Die Indikation zur extrakorporalen Nierentumorresektion mit Autotransplantation ist selten zu stellen (große zentrale Nierentumoren und Tumoren mit großflächiger Beteiligung des Nierenbeckens bei Einzelniere bzw. eingeschränkter Nierenfunktion der kontralateralen Niere). Wir berichten über 4 Patienten mit extrakorporaler Nierentumorresektion und Autotransplantation. Die Operationen erfolgten in Kooperation mit der Urologischen Universitätsklinik Graz (2 Fälle) und der Abteilung für Herz- und Thoraxchirurgie, LKH Klagenfurt (2 Fälle).

**Methode:** Über einen transperitonealen Zugang werden die Nierengefäße präpariert und die tumortragende Niere extrafaszial freipräpariert. Nach Ausklemmen und Absetzen der Nierengefäße, sowie Durchtrennung des Harnleiters am Nierenbecken, wird die Tumorresektion in kalter Ischämie auf der Werkbank durchgeführt. Die Niere wird auf Eis gepackt und mit gekühlter Eurocollinslösung perfundiert. Zur Perfusion wird eine Biomedicus-Pumpe verwendet. Der Perfusionsdruck beträgt 80 mmHg, der Flow 150 ml/min. Nach Tumorresektion wird zur Hämostase die Parenchymresektionsfläche mit Fibrinkleber und hämostyptischem Kollagenvlies versorgt. Unter Verzicht auf Parenchymnähte erfolgt zum Teil eine Adaptation der Parenchymflächen mit

Vicrylnetz. Die Autotransplantation erfolgt ipsilateral mit Anastomose der Nierengefäße an die Beckengefäße. Der Harnleiter wird im Sinne einer Nierenbeckenplastik nach Anderson-Hynes an das Nierenbecken angeschlossen.

**Krankengut:** Die erste extrakorporale Nierentumorresektion mit Autotransplantation erfolgte 1994 bei einem Patienten mit bilateralem Nierentumor (OP: simultane bilaterale Nierentumorresektion rechts mit in situ-Perfusion, links mit extrakorporaler Nierentumorresektion und Autotransplantation). Bis dato kein Lokalrezidiv, keine Fernmetastasierung, Serum-Kreatinin 0,97.

1997 Nierentumorresektion bei zentralem Tumorrezidiv nach auswärtiger Tumorresektion an der Einzelniere; massive Fibrosierung der Nierengefäße. Komplikation: Thrombosierung der Nierenvene; Sekundärnephrektomie am 1. postoperativen Tag. Bislang Hämodialyse.

2001 extrakorporale Nierentumorresektion bei 2 Patienten mit zentralen Nierentumoren bei Einzelniere. In beiden Fällen postoperativ ausgezeichnete Nierenfunktion mit einem Serum-Kreatinin von 1,6 mg/dl bzw. 1,7 mg/dl.

**Schlußfolgerung:** Unsere Erfahrungen zeigen, daß bei kritischem Einsatz die extrakorporale Nierentumorresektion mit Autotransplantation eine ausgezeichnete Methode darstellt, um die in solchen Fällen notwendigen langen Ischämiezeiten (in unserem Krankengut bis zu 90 min.) ohne Funktionsverluste der Niere durchführen zu können. Damit kann den Patienten die Hämodialyse erspart werden und eine unvergleichlich höhere Lebensqualität erhalten bleiben. Schwere Gefäßpathologien limitieren die Methode.

## ERGEBNISSE NACH NIERENTEIL- RESEKTION BEI 123 PATIENTEN

A. Ponholzer, U. Racz, M. Röhlich,  
U. Maier  
Abteilung für Urologie und  
Andrologie, Donauespital Wien

**Einleitung und Fragestellung:** Die Nierenteilresektion ist als sichere und immer öfter ausgeübte Methode zur operativen Sanierung bei Nierentumoren bis 4 cm anzusehen. Sowohl bezüglich der Langzeitergebnisse als auch bei der Rezidivrate zeigen jüngste Studien eine Vergleichbarkeit zur totalen Nephrektomie. Wir berichten über unsere Erfahrung bei 123 Patienten im Zeitraum Februar 1996 bis Juli 2002 an der Abteilung für Urologie/ Donauespital.

**Material und Methode:** Retrospektiv wurden alle Patienten unserer Abteilung, bei denen im genannten Zeitraum eine Nierenteilresektion durchgeführt wurde, evaluiert. Neben der Histologie, Lokalisation, Größe und der präoperativ-bildgebenden Diagnostik wurden auch postoperative Komplikationen sowie die bisherigen Langzeitergebnisse der einzelnen Fälle evaluiert.

**Ergebnisse:** Bei 123 Patienten wurden von 02/1996 bis 07/2002 125 Nierenteilresektionen vorgenommen. Das durchschnittliche Alter betrug 61 Jahre, die mittlere TU-Größe 3,8 cm. 82 der 104 soliden Tumoren waren Nierenzellkarzinome (pT1, G1-4: 71; pT2, G2 und G3: 10; pT3, G2: 1), 4 von 20 (20 %) zystischen Tumoren waren Nierenzellkarzinome. Bei 2 Patienten mußte bei Nachblutung eine Nephrektomie durchgeführt werden. Bisher konnte bei keinem der Patienten ein Lokalrezidiv festgestellt werden, bei 1 Patientin stellten sich in der Nachsorge eine Metastasierung dar (St. p. Teilresektion links; Lymphknoten-

metastase bei tumorfreier operierter Niere 6 Monate nach Erstoperation).

**Diskussion und Zusammenfassung:** Sowohl vom onkologischen Standpunkt als auch von Seiten der postoperativen Komplikationsrate erscheint in unserer Serie die Nierenteilresektion als anzustrebende und sichere Methode zur Therapie des Nierentumors. Es konnte 22 von 104 Patienten (21,15 %) bei solidem TU mit gutartiger Histologie der vollständige Organverlust erspart werden.

## DER PRO-ACT-SPHINKTER BEI DER THERAPIE DER POST-PROSTATEKTOMIE-INKONTINENZ: ERFAHRUNGEN NACH 2 JAHREN

O. M. Schlarp, W. A. Hübner  
Urologische Abteilung,  
KH Korneuburg

**Einleitung und Fragestellung:** Belastungsincontinenz nach einer radikalen Prostatektomie wird in der Literatur in einer Häufung zwischen 5 bis 20 % der Fälle angegeben. Therapieoptionen sind hauptsächlich die Implantation eines hydraulischen Sphinkters oder der Einsatz sogenannter „bulky agents“. Wir präsentieren eine ganz neue Therapieform auf diesem Gebiet: Der Pro ACT-Sphinkter, entwickelt von Uromedica, wurde im Jahre 1999 eingeführt. Das Pro-ACT-System beinhaltet 2 periurethral implantierte Ballons, die über einen perinealen Zugang im Bereich des Blasenhalbes plziert werden. Das Ballonvolumen kann ohne großen Aufwand jederzeit nach der Implantation über ein Conduit und einen Port, der subkutan in einem Skrotalfach plziert ist, adjustiert werden. Wir berichten über die Langzeitdaten der Patienten, was

Kontinenz und Patientenzufriedenheit anbelangt.

**Material und Methode:** Wir evaluieren die medizinischen Daten von 42 Patienten (Durchschnittsalter: 68 Jahre), die den Pro-ACT-Sphinkter aufgrund einer Post-Prostatektomie-Inkontinenz zwischen September 1999 und Juli 2002 erhielten. Der mittlere Beobachtungszeitraum betrug 11 Monate (Range 1 Monat bis 2 Jahre). Die Resultate von Zystometrie, Valsalva leak point pressure-Messung und eines Quality of life-Fragebogens (Elli Lilly 1996) wurden ausgewertet (Durchschnitt 11 Monate). Primäroperationen waren 27 rRPE, 10 pRPE, 1 LSK-RPE, 3 TUR/P, 1 x radikale Zystoprostatektomie. 15 Patienten (36 %) hatten zuvor sog. „bulky agents“ erhalten und 9 Patienten hatten eine Blasenhalbschlitzung oder Sachse-Urethrotomie vor der Pro-ACT-Implantation.

**Ergebnisse:** Nach 0–15 Adjustierungen (durchschnittlich 4 x) waren 11 (26 %) Patienten „trocken“, 13 (32 %) benutzten 1 „Sicherheitsvorlage“, 12 (28 %) waren in ihrem Beschwerdebild verbessert, 6 (14 %) zeigten keine Verbesserung. Die Anzahl der Vorlagen sank von durchschn. 3,45 auf durchschn. 0,17 (= 60 % Verbesserung). Der Valsalva-leak-point pressure stieg von durchschn. 27 (2–85) auf durchschn. 60 (5–250) cm H<sub>2</sub>O. Komplikationen waren: 7 x Intraoperative Blasenperforation, 9 x postoperative Ballonrupturen, 5 x Ballondislokation. Der Quality of life Score der Fragebögen stieg von durchschn. 53 (23–89) auf durchschn. 84 nach 1 Jahr (45–108).

**Diskussion und Zusammenfassung:** Der Pro-ACT-Sphinkter wird von unseren Patienten gut angenommen. Therapieversager zeigen sich innerhalb der ersten 5 Monate, die Resultate verbessern sich mit der Zeit. Zusammenfassend bietet der Pro-ACT-Sphinkter Männern, die an einer Post-Prostatektomie-Inkontinenz leiden, eine Möglichkeit, von diesem

Leiden kuriert, oder zumindest im Beschwerdeausmaß deutlich gebessert zu werden. Zudem ist der operative Aufwand ein wesentlich geringerer. Wir sind der Meinung, mit diesem zusätzlichen therapeutischen Armamentarium einen wesentlichen Beitrag in der Therapie der Post-Prostatektomie-Inkontinenz leisten zu können.

## LAPAROSKOPISCHE RADIKALE PROSTATEKTOMIE – DIE ERSTEN 25 FÄLLE

A. Weberndorfer  
Urologische Abteilung,  
Krankenhaus Vöcklabruck

**Einleitung und Fragestellung:** Einführung einer neuen Op-Technik (laparoskopische radikale Prostatektomie) inkl. Ausrüstung an einer mittleren urologischen Abteilung im Vergleich zur standardisierten, offenen, retropubischen, radikalen Prostatektomie.

**Material und Methode:** Bis einschließlich 30. Juli 2002 wurden 25 Patienten radikal laparoskopisch prostatektomiert. Port-setting: 12 mm Port am Nabel, je ein 5 mm Port zwischen Symphyse und Nabel, im linken Mittelbauch und zwei 5 mm Ports im rechten Mittelbauch, Kameraführung über sprachgesteuerten Roboter, transperitonealer Zugang. 1. Schritt: Mobilisierung der Samenblasen über Douglas, 2. Schritt: ventrale Inzision des Peritoneums und pelvine LA beidseits, 3. Schritt: Inzision der endopelvinen Faszie beidseits, Ligatur des ventralen Venenbündels mit doppelter Umstechung, 4. Schritt: Präparation des Blasenhalbes und Absetzen der prostatichen Urethra von der Blase, 5. Schritt: schrittweises Absetzen der Prostatapeifer, 6. Schritt: Absetzen der Prostata von der Urethra und

Einbringen des Präparates in einen Organsack, 7. Schritt: fortlaufende Anastomose von Blase zu Urethra und Auffüllen der Blase zur Anastomosenkontrolle, 8. Schritt: Bergen des Präparates über eine Erweiterung der Nabelinzision.

Ergebnisse: 22 Patienten erfolgreich laparoskopisch prostatektomiert, drei Konversionen (Pat. 2: „Staging-Fehler“, intraoperativ zeigte sich eine erhebliche Infiltration des Ca in den linken Prostatapfeiler, Pat. 19: deutlich adipöser Patient, großer Mittellappen der Prostata und intraoperativer Defekt am Aesop-Roboter, Pat. 21 Z.n. Beckenfraktur und Symphyse-Ruptur mit erheblichen narbigen Veränderungen im kleinen Becken). Durchschnittliche Op-Zeit 330 Mi-

nuten (270–410). Geringer Blutverlust, keine Blutkonserven nötig. Dauerkatheterverweildauer 3–5 Tage, postoperativer stationärer Aufenthalt 8–9 Tage, verbesserte Frühkontinenz, Ergebnisse bzgl. Potenz noch nicht erfaßt. Bis auf Patient 2 („staging-Fehler“) bisher noch kein positiver Schnittrand, 24 von 25 Patienten haben einen lokoregionären Tumor. Laparoskopisch bedingte Komplikationen: Eröffnung der Blase am Blasenscheitel mit laparoskopischer Korrektur, Anastomosenrevision am 1. postoperativen Tag bei Anastomosendehiszenz und disloziertem Katheter, andere Komplikationen: Platzbauch bei Pat. 19.

Zusammenfassung: Die Operationstechnik der laparoskopischen radika-

len Prostatektomie ist auch an einer mittleren urologischen Abteilung erlernbar und etablierbar. Es liegt nicht an der Größe der Institution, sondern vielmehr am Engagement und Bemühen der beteiligten Personen (Ärzte, Pflegepersonal etc.) und an den technischen Mitteln (z. B. Kamera-Roboter). Die laparoskopische radikale Prostatektomie führt zwar zu einem erhöhten Aufwand für das Team, jedoch zu einem deutlichen Benefit für den Patienten, vor allem bezüglich der unmittelbaren postoperativen Phase (Schmerzen, Mobilität etc.), bei vergleichbaren bis besseren Resultaten (bessere laparoskopische Präparation aufgrund der besseren Darstellung der Strukturen) im Vergleich zum retropubischen Zugang.



# 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](#)