



- ▶ In der Diagnostik des benignen Prostatasyndroms (BPS) ist die sonografische Detrusordickenmessung bzw. die sonografische Messung der intravesikalen prostatistischen Protrusion **neu in der Basisdiagnostik** empfohlen.
- ▶ Eine **medikamentöse Therapie** kann primär dann eingesetzt werden, wenn keine klinische relevante Obstruktion vorliegt oder der Patientenwunsch trotz relevanter Obstruktion besteht.
- ▶ **Bei der operativen Therapie** zeichnen sich invasive Verfahren durch eine hohe Evidenz aus. Zudem existiert eine Vielzahl minimalinvasiver Verfahren. Die Wahl des OP-Verfahrens ist u. a. abhängig von Prostatavolumen, Antikoagulation und Wunsch nach Erhalt der Ejakulation.

BPH-Update 2023

Miktionsbeschwerden infolge einer gutartigen Prostatavergrößerung stellen eines der häufigsten Krankheitsbilder der Urologie dar. Auch wenn die Grundzüge von Diagnostik und Therapie, die durch Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften abgebildet werden, in den letzten Jahren keine grundlegenden Veränderungen erfahren haben, zeigen sich in den aktuellen Leitlinien Neuerungen bzw. Anpassungen. Der folgende Beitrag fasst die relevantesten Informationen zu Diagnostik, medikamentöser sowie operativer Therapie zusammen.

Begrifflichkeiten

Bezüglich der Begrifflichkeiten sollte der Terminus „benigne Prostatohyperplasie“ nicht mehr als Beschreibung des Krankheitsbildes verwendet werden, da es sich bekanntermaßen um eine histologische Veränderung handelt. Die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) verwendet den Begriff der nicht-neurogenen männlichen Symptome des unteren Harntraktes (LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms). Die Symptome des unteren Harntraktes werden hierbei in Speicher-, Entleerungs- und Postmiktions-symptome eingeteilt. Symptome des unteren Harntraktes können durch eine Vielzahl von Ursachen ausgelöst sein, am häufigsten ist die Obstruktion des unteren Harntraktes infolge einer gutartigen Prostatavergrößerung. Der Begriff

des benignen Prostatasyndroms (BPS) ist ein nur im deutschsprachigen Raum verwendeter Begriff, der eine Konstellation beschreibt, in der LUTS infolge einer Blasenauflassobstruktion bei gutartiger Prostatavergrößerung bestehen.

Aktualisierte S2e-Leitlinie

Die aktuellen Leitlinien der EAU sowie die aktualisierte S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) wurden im Frühjahr 2023 publiziert. Bezüglich der Diagnostik des BPS differenziert die aktuelle DGU-Leitlinie eine Basisdiagnostik sowie eine erweiterte Diagnostik.

Zur Basisdiagnostik zählen:

- Anamnese
- IPSS
- körperliche Untersuchung
- Urinanalyse
- PSA
- Restharnbestimmung
- Sonografie Harnblase/Prostata
- Sonografie oberer Harntrakt
- sonografische Messung der intravesikalen prostatistischen Protrusion
- sonografische Messung der Detrusordicke

Zur erweiterten Diagnostik zählen:

- Blasentagebuch
- Uroflowmetrie
- Labor mit Kreatininbestimmung
- Druck-Fluss-Messung



Priv.-Doz. Dr. med. Malte Rieken
alta uro AG, Basel, Schweiz

- Endoskopie
- nichtinvasive Tests und deren Kombination zum Nachweis einer BOO
- Nomogramme

Neue Empfehlung in der DGU-Leitlinie:

Neu in der aktuellen DGU-Leitlinie ist die Empfehlung, dass entweder eine sonografische Messung der intravesikalen prostatistischen Protrusion oder eine sonografische Messung der Detrusordicke als Screeninguntersuchung in der Basisdiagnostik für die Beurteilung der Blasenauflassobstruktion verwendet werden sollte. Eine intravesikale prostatistische Protrusion von > 10 mm bzw. eine Detrusordicke > 2 mm sind ein deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer klinisch relevanten Obstruktion.

Der Begriff der klinisch relevanten Obstruktion hat in der aktualisierten Leitlinie einen prominenten Stellenwert erhalten, da in dieser Befundkonstellation eine relative Indikation zur operativen Therapie besteht.

Medikamentöse Therapie

Bezüglich der medikamentösen Therapie ergeben sich in aktuellen Leitlinien kei-

ne relevanten Veränderungen. Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass keine der aktuell verfügbaren Substanzen einen relevanten Einfluss auf die Blasenauflassobstruktion hat. Daher ist eine medikamentöse Therapie primär Patienten mit störender Symptomatik, jedoch ohne Anhaltspunkte für klinisch relevante Obstruktion vorbehalten.

Operative Therapie

Bezüglich der operativen Therapie besteht bei folgenden Konstellationen eine absolute Operationsindikation:

- rezidivierender Harnverhalt
- rezidivierende Harnwegsinfektion mit/oder Prostata oder Nebenhodeninfektionen
- rezidivierende Makrohämaturie aus Prostatagefäßen
- Blasensteine
- Blasenpseudodivertikel
- Dilatation des oberen Harntraktes, Einschränkung der Nierenfunktion

OP-Methode: Zur operativen Therapie stehen verschiedene «klassische» sowie minimalinvasive Therapien zur Verfügung. Entscheidende Kriterien in der Wahl des operativen Verfahrens sind:

- Prostatavolumen
- Narkosefähigkeit
- Einnahme oraler Antikoagulanzen/

Thrombozytenaggregationshemmer
• Wunsch nach Ejakulationserhalt

Die monopolare transurethrale Resektion der Prostata gilt weiterhin als das Referenzverfahren in der interventionellen Therapie des BPS. Sie zeichnet sich durch eine Langzeiteffektivität und eine hohe Anwendungszahl aus und wird bei einem Prostatavolumen bis 80 ml zur Therapie empfohlen. Eine vergleichbare Empfehlung gilt für die bipolare transurethrale Resektion der Prostata, die sich durch eine geringere perioperative Morbidität auszeichnet. Die offene Adenomenukleation gilt trotz hoher Invasivität weiterhin als wichtiges Operationsverfahren und kann bei sehr großen Prostatavolumina angeboten werden. Als volumenunabhängiges Verfahren mit hoher Evidenz ist die transurethrale Enukleation der Prostata wie beispielsweise die Holmium-Laser-Enukleation der Prostata ebenfalls als Therapie der Wahl empfohlen. Die Laservaporisation der Prostata mit dem Grünlicht-Laser ist bei Patienten mit einem Prostatavolumen bis 80 ml in erfahrenen Zentren eine evidenzbasierte Alternative zur TUR-P. Als neueres Verfahren kann die Wasserstrahlablation der Prostata (Aquablation) Patienten mit einer Prostatagröße bis 80 ml in erfahrenen Zentren als Alternative zur TUR-P angeboten werden.

Bei den minimalinvasiven Verfahren

zeichnet sich UroLift durch eine Verbesserung der Lebensqualität aus. Die Verbesserungen sind der TUR-P jedoch unterlegen. Somit ist das Verfahren in erfahrenen Zentren als ejakulationsschonende Alternative in Erwägung zu ziehen. Die Wasserdampfablation der Prostata (Rezüm) kann eine Therapieoption des BPS bei Patienten mit Wunsch nach Ejakulationserhalt sein. Hinsichtlich der Prostata-Arterien-Embolisation konnten Wirksamkeit und Sicherheit im kurz- und mittelfristigen Verlauf gezeigt werden. Das Verfahren geht mit signifikant geringeren Komplikationen als die TUR-P einher, die Verbesserung von Miktionsparametern ist der TUR-P jedoch unterlegen. Daher sollte die Prostata-Arterien-Embolisation bei Patienten in Erwägung gezogen werden, die ein minimalinvasives Verfahren wünschen und bereit sind, eine unterlegene Verbesserung von objektiven Miktionsparametern zu akzeptieren.

FAZIT

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit den aktuellen Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie bei Patienten mit LUTS/BPS eine individualisierte Therapieentscheidung möglich ist und somit auf die Wünsche und Erwartungen der Patienten an die Therapie in hohem Maß eingegangen werden kann. ■