

Urologie: Im Zwange der minimalen Invasivität

Daniel K. Ackermann, Hanspeter Brütsch, Werner W. Hochreiter

Es ist unbestrittenes Ziel jeder medizinischen Spezialität, die Therapien bei zumindest ebenbürtigen Heilungsraten komfortabler und risikoärmer zu gestalten. Anhand einiger typischer urologischer Erkrankungen soll diese Entwicklung im Jahre 2004 dargestellt werden.

Therapie der benignen Prostatahyperplasie (BPH)

Neben den medikamentösen Möglichkeiten stehen zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie verschiedene interventionelle und zum Teil minimal invasive Therapien zur Verfügung. Unter der Vielzahl der alternativen Methoden haben sich in den letzten Jahren vor allem Laserbehandlungen und die auf Hitze basierenden Thermotherapien endgültig etabliert. Die transurethrale Enukleation der Prostata mit dem Holmium-Laser zeigt im Vergleich zur konventionellen Elektroresektion (TURP) äquivalente Resultate; das Blutungsrisiko ist jedoch erheblich geringer und ermöglicht somit auch die Behandlung unter laufender oraler Antikoagulation. Eine weitere schonende und blutarme Therapie ist die Vaporisation von Prostatagewebe mit dem «high power»-KTP-Laser. Der in den 90er Jahren hoch gepriesene Nd:YAG-Laser ist für die Behandlung der BPH als obsolet zu betrachten.

Die transurethrale Mikrowellenthermotherapie (TUMT) und die transurethrale Nadelablation der Prostata (TUNA) basieren auf dem Erhitzen des Gewebes durch Mikrowellen- (TUMT) beziehungsweise Radiofrequenzenergie (TUNA) auf Temperaturen über 55 °C, was zu einer Koagulationsnekrose des Gewebes führt. Zwar kommt es bei diesen Behandlungen zu einem initialen Anschwellen der Prostata (häufig mit der Notwendigkeit der vorübergehenden Harnableitung mittels transurethralem beziehungsweise suprapubischem Katheter); im Laufe von Tagen bis wenigen Wochen führt die Volumenreduktion des Organs aber zu einer Abnahme des infravesikalen Hindernisses mit Erleichterung der Spontanmiktions. TUMT und TUNA sind minimal invasiv und können häufig in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Es mehren sich die Hinweise, dass diese zwei Modalitäten mit ihrem Wirkungsprofil eher die medikamentöse als die operative Therapie der BPH konkurrenzieren.

Therapie des lokalisierten Prostatakarzinoms

Weltweit wird die offene, retropubische, radikale Prostatektomie mit Abstand am häufigsten durchgeführt. Es besteht kein Zweifel, dass die Prostata auch laparoskopisch entfernt werden kann. Ob die Invasivität aber so entscheidend geringer ist, muss im Zeitalter, wo die Devise «grosser Chirurg – grosser Schnitt» nicht mehr gilt, noch gezeigt werden. Als deutlich weniger invasive Methode bietet sich die Brachytherapie an, die allerdings nur bei ausgewählten Fällen angewandt werden kann. Das operative Trauma ist bei diesem Verfahren unbestritten kleiner, und die Rekonvaleszenz dauert wenige Tage. Im Langzeitverlauf zeigen verschiedene Studien, dass die Lebensqualität sowohl nach Operation als auch nach externer Bestrahlung oder Brachytherapie mehrheitlich gut ist. Die Beschwerdebilder nach den verschiedenen Therapieverfahren unterscheiden sich aber deutlich [1]. So stehen nach der Operation die erektile Dysfunktion und die Stressharninkontinenz im Vordergrund, nach der Brachytherapie mehr die irritative und obstruktive Miktionsproblematik. Die Wahl des Therapieverfahrens muss somit mit dem Patienten unter Berücksichtigung des Tumortyps und der individuellen Gewichtung der möglichen Therapiefolgen getroffen werden.

Therapie der weiblichen Stressinkontinenz

Die Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz mittels suburethraler Schlinge hat seit der Publikation der neu adaptierten Methode durch Ulmsten 1996 eine markante Wandlung erlebt. Die Schlingenverfahren gehörten zwar seit langem zum Repertoire der operativ tätigen Urologen und Urogynäkologen. Die etwas tieferen Heilungserfolge der Schlingeneingriffe nach Stamey, Pereyra und Raz hatten die offenen, erfolgreichen Therapien, insbesondere die Kolposuspension analog Burch, begünstigt. Doch nun, 8 Jahre nach der ersten publizierten Serie, ist das TVT («tensionfree vaginal tape») in der Therapie der stressbedingten weiblichen Inkontinenz nicht mehr wegzudenken. Bis heute sind weltweit über 350 000 Eingriffe durchgeführt worden. Die zu Beginn vorhandene Skepsis ist inzwischen einer diskret beunruhigenden Euphorie gewi-

chen. Die aktuell publizierten 7Jahresergebnisse zeigen erfreuliche Heilungsraten von 81%. Der Eingriff hat allerdings, dies im Kontrast zur Simplizität, eine erhebliche kumulative Komplikationsrate von 25 bis 30%. Dabei ist die intraoperative Blasenperforation mit 5 bis 8% am häufigsten. Todesfälle infolge von Gefäss- und Darmverletzungen sind beschrieben worden. Glücklicherweise sind aber die meisten Komplikationen leichter Art, selbstlimitierend oder einfach zu behandeln. Die Entwicklung zeigt, dass zunehmend Patientinnen operiert werden, die 15 Jahre früher bei gleicher Symptomatik konservativ betreut worden wären. Die Hemmschwelle zur Operationseinwilligung ist durch die verkürzte Operationsdauer und die kurze Hospitalisationszeit massiv gesunken. In neuerer Zeit wird die transobturatorische Einlage der suburethralen Schlinge (TVT-O oder TOT) immer häufiger angewandt. Ursprünglich vom Urologen Delorme beschrieben [2], zeigt diese Methode erheblich reduzierte Gesamtkomplikationsraten (zwischen 0 und 5%), ohne den beim TVT gewohnten Erfolg zu missen. Blasenperforationen sind, genauso wie grössere Blutungen,

durch die laterale (transobturatorische) Einlage der Schlinge beinahe ausgeschlossen, da die kritische Passage durch das kleine Becken entfällt. Die Zystoskopie, wie beim TVT üblich, kann deshalb entfallen, und die Operationszeit verkürzt sich weiter. Die Methode ist sehr vielversprechend und dürfte, wenn die Langzeitstudien die guten Frühresultate bestätigen, das TVT als Therapie der Wahl verdrängen.

Therapie der erektilen Dysfunktion

80 bis 90% der Patienten mit erektiler Dysfunktion benötigen dank der guten Wirksamkeit der oralen Medikamente keine invasive Therapie mehr. Mit der Einführung zweier zusätzlicher Phosphodiesterasehemmer (PDE-5-Hemmer) [3] hat vor allem das Werbevolumen und in der Folge das öffentliche Bewusstsein für dieses lange Zeit tabuisierte Leiden zugenommen. Ob der Leidensdruck der Betroffenen aber im Jahre 2004 gelindert werden konnte, ist bei der Abfassung dieses Manuskripts noch nicht beantwortet.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Daniel K. Ackermann
Urologie
Hirslanden Klinik Aarau
CH-5001 Aarau
daniel.ackermann@smile.ch

Literatur

- 1 Henderson A, Laing RW, Langley SEM. Quality of life following treatment for early prostate cancer: does low dose rate (LDR) brachytherapy offer a better outcome? A review. *Eur Urol* 2004;45:134-41.
- 2 Delorme E. La bandelette transobturatrice: un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire de la femme. *Prog Urol* 2001;11:1306-13.

- 3 Porst H. Erektile Dysfunktion. Neue Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der PDE-5-Inhibitoren. *Urologe A* 2004;43:820-8.

Urologie: l'urologie sous la contrainte de traitements le moins invasif possible

Daniel K. Ackermann, Hanspeter Brüttsch, Werner W. Hochreiter

Un objectif incontesté de toute spécialité médicale est, à taux de guérison au moins égal, de modeler les traitements de manière plus confortable et avec moins de risque. A propos de quelques affections urologiques typiques, nous présentons ci-dessous le développement de cet objectif au cours de l'année 2004.

Traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)

A côté des possibilités médicamenteuses, on dispose, pour la prise en charge de l'hyperplasie de la prostate, de divers traitements interventionnels et en partie invasifs à minima. Parmi les nombreuses méthodes alternatives, ce sont surtout les traitements par laser et les thérapies basées sur l'application de chaleur qui se sont définitivement imposés au cours des dernières années. L'énucléation transurétrale de la prostate au laser Holmium a des résultats équivalents à ceux de l'électrorésection conventionnelle (TURP), mais le risque d'hémorragie est nettement plus faible, permettant d'appliquer le traitement même sans interrompre une anticoagulation orale en cours. La vaporisation de tissu prostatique au laser high-power KTP permet aussi d'épargner les tissus et d'éviter les saignements. Le laser Nd:YAG, très prisé dans les années 90, est aujourd'hui obsolète pour le traitement de l'HBP.

La thérapie transurétrale par micro-ondes (TUMT) et l'ablation de la prostate par aiguille transurétrale (TUNA) sont basées sur l'échauffement du tissu par des micro-ondes (TUMT), respectivement par l'énergie de radiofréquence (TUNA), jusqu'à des températures de plus de 55 °C, entraînant une nécrose tissulaire de coagulation. Certes, ces traitements impliquent une tuméfaction initiale de la prostate (avec la nécessité fréquente d'un cathétérisme de décharge urinaire sus-pubien ou transurétral temporaire), mais en l'espace de plusieurs jours à quelques semaines, la réduction de volume de l'organe entraîne une diminution de l'obstacle infravésical avec facilitation de la miction spontanée. La TUMT et la TUNA sont invasives à minima et peuvent souvent être effectuées sous anesthésie locale. Avec leur profil d'action, il semble que ces deux modalités concurrencent le traitement médicamenteux plutôt que le traitement opératoire de l'HBP.

Traitement du carcinome de la prostate localisé

Le plus souvent, partout dans le monde, c'est avec retenue qu'on pratique la prostatectomie radicale rétropubienne à ciel ouvert. Sans aucun doute, la prostate peut aussi être réséquée par voie laparoscopique. Mais à notre époque où la devise «à grand chirurgien, grande cicatrice» n'a plus cours, il reste encore à démontrer que la méthode laparoscopique est vraiment moins invasive. La brachythérapie est une méthode nettement moins invasive, mais elle ne peut être utilisée que dans des cas sélectionnés. Avec cette méthode, le traumatisme opératoire est incontestablement plus petit et la convalescence ne dure que quelques jours. Diverses études montrent que la qualité de vie à long terme est majoritairement bonne aussi bien après l'opération qu'après irradiation externe ou brachythérapie. Mais les troubles résiduels sont nettement différents selon les procédés de traitement [1]. Ainsi après l'opération, ce sont la dysfonction érectile et l'incontinence urinaire de stress qui sont au premier plan, tandis qu'après la brachythérapie c'est plutôt la problématique mictionnelle irritative et obstructive. Le choix du procédé thérapeutique doit donc être fait avec le patient, en tenant compte du type de tumeur et de la pondération individuelle des possibles conséquences du traitement.

Traitement de l'incontinence de stress de la femme

Depuis la publication de la méthode nouvellement adaptée par Ulmsten en 1996, le traitement de l'incontinence de stress de la femme par anse sous-urétrale a subi une transformation marquée. Les procédés de haubanage par anse appartiennent certes depuis longtemps au répertoire des urologues et urogynécologues opérateurs. Les succès thérapeutiques un peu inférieurs des interventions de haubanage par anse selon Stamey, Pereyra et Raz favorisèrent les traitements à ciel ouvert plus favorables, surtout la colposuspension selon Burch. Pourtant maintenant, 8 ans après la première série publiée, on ne peut plus écarter le TVP (Tensionfree Vaginal Tape) dans le traitement de l'incontinence de stress chez la femme. Jusqu'à maintenant, on a pratiqué plus de 350 000 interventions de ce type

dans le monde. Le scepticisme qui prévalait au début a depuis lors cédé le pas à une euphorie presque inquiétante. Les résultats actuellement publiés, qui recouvrent une période de pratique de 7 ans, montrent des taux de guérison réjouissants: 81%. Mais l'envers du décor, qui contraste avec la simplicité de l'intervention, est l'important taux cumulatif de complications: 25 à 30%. Parmi ces complications, la plus fréquente (5-8%) est la perforation per-opératoire de la vessie. On a décrit des cas de décès consécutifs à des perforations de vaisseaux ou de l'intestin. Heureusement, la plupart des complications sont cependant de nature bénigne, autolimitées ou faciles à traiter. L'évolution montre qu'on opère un nombre croissant de patientes qui, pour la même symptomatologie, avaient reçu 15 ans auparavant un traitement conservateur. L'accord pour l'intervention est d'autant plus facilement acquis du fait des courtes durées d'opération et d'hospitalisation. Ces derniers temps, on applique de plus en plus fréquemment la technique transobturatrice pour la pose d'anse sous-urétrale (TVT-O ou TOT). Décrite à l'origine par l'urologue Delorme [2], cette méthode a des taux globaux de complications nettement réduits (entre 0 et 5%), sans être pour autant privée du taux de succès lié au TVT. Les perforations de

vessie tout comme les hémorragies sont presque exclues grâce à l'introduction latérale (trans-obturatrice) de l'anse, car le passage critique à travers le petit bassin est éliminé. On peut donc se passer de la cystoscopie usuelle dans le TVT et le temps opératoire est d'autant raccourci. La méthode est très prometteuse et au cas où les études à long terme confirmeraient les bons résultats initiaux, elle pourrait remplacer le TVT comme traitement de choix.

Traitement de la dysfonction érectile

Grâce à la bonne efficacité des médicaments per os, 80 à 90% des patients atteints de dysfonction érectile n'ont plus besoin de traitement invasif. Avec l'introduction de deux inhibiteurs de la phosphodiesterase supplémentaires [3], la publicité et donc aussi la prise de conscience publique de ce trouble longtemps tabou a augmenté. Mais au moment de rédiger ce manuscrit, il n'est pas encore possible de dire si en 2004, la souffrance liée à ce trouble a pu être réduite chez les personnes concernées.

Traduction Dr B. Croisier

Correspondance:
Prof. Dr Daniel K. Ackermann
Urologie
Hirslanden Klinik Aarau
CH-5001 Aarau
daniel.ackermann@smile.ch

Références

- 1 Henderson A, Laing RW, Langley SEM. Quality of life following treatment for early prostate cancer: does low dose rate (LDR) brachytherapy offer a better outcome? A review. *Eur Urol* 2004;45:134-41.
- 2 Delorme E. La bandelette transobturatrice: un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire de la femme. *Prog Urol* 2001;11:1306-13.

- 3 Porst H. Erektile Dysfunktion. Neue Medikamente unter besonderer Berücksichtigung der PDE-5-Inhibitoren. *Urologe A* 2004;43:820-8.