

Pragmatismus statt Evidenz

Thrombosegefahr nach Prostatektomie

— Die minimal-invasive Chirurgie ist im Grunde eine Erfindung der Urologen. Doch obwohl beispielsweise die transurethrale Resektion seit Jahrzehnten als Standardtherapie der benignen Prostatahyperplasie (BPH) gilt, sind einige ihrer möglichen Komplikationen, etwa die venöse Thromboembolie, noch wenig erforscht.

Ein schwedisches Forscherteam hat nach Studien zum Thema „Venöse Thromboembolie nach BPH-Chirurgie“ gesucht. Gestoßen sind sie auf eine überschaubare Sammlung medizinischer Antiquitäten, überwiegend aus den 1970er- und frühen 1980er-Jahren. Die Situation erscheint bizarr, gelten doch zumindest die offenen Eingriffe in der Urologie als ebenso riskant wie andere Operationen im Abdominal- oder Beckenbereich.

Was die Prävention von Thromben und Embolien bei transurethralen Resektionen der Prostata (TURP), der urologischen Domäne schlechthin, betrifft, ist die Datenlage vollends mager: zur Heparinprophylaxe bei TURP fanden die Forscher nur eine einzige Studie aus dem Jahr 1983. Klar ist zwar, dass die Gefahr tiefer Venenthrombosen nach offener Operation zwei- bis viermal größer ist als nach TURP. Doch wie es um dieses Problem bei den modernen Verfahren wie Laser-, Radiofrequenz- oder Hitzeablation bestellt ist, weiß niemand, weil es hierzu schlicht keine Untersuchungen gibt.

Die Autoren empfehlen mangels Evidenz, pragmatisch vorzugehen. Anzustreben ist die frühe Mobilisation der Patienten, wie dies aus generellen Empfehlungen von Fachgesellschaften anderer Disziplinen folgt. Bei zusätzlichen Risikofaktoren wie Thrombophilie, vorangegangene Thrombosen oder maligne Erkrankungen sollte pharmakologisch vorgebeugt werden.

Dr. Robert Bublak

Positionspapier vorgelegt

Sorge um Zukunft der urologischen Onkologie

— Die Urologen sehen die künftige Versorgung der urologischen Krebspatienten in Gefahr. In einem gemeinsamen Positionspapier beziehen die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU), der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU) und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) Stellung zur Situation der Urologischen Onkologie. Darin heißt es, man sehe „mit Sorge Fehlentwicklungen im Bereich der Bedarfsplanung und der Fachorientierung bei den urologischen Krebserkrankungen“. Um auch künftig eine gute Versorgung von Patienten mit malignen Erkrankungen des Urogenitaltraktes zu gewährleisten, fordern die Urologen zusammenfassend eine Neudefinition der Onkologievereinbarung, einen fachlich und inhaltlich sinnvollen Umgang mit Mindestmengen und eine Neudefinition der uro-onkologischen Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung. In dem Positionspapier wird die inhaltliche und fachliche Kompetenz der Urologen für die Diagnose, Therapie und Nachsorge der urogenitalen Malignome betont. DGU-Präsident Prof. Joachim Steffens hält einen interdisziplinären Ansatz in der uro-onkologischen Patientenversorgung für sinnvoll, stellt aber auch klar, dass die Federführung von der Urologie als „zuständigem“ Organfach übernommen werden sollte. Auch die Übernahme der Leitungsfunktion in onkologischen Zentren durch allgemein tätige Hämatonkologen sieht er kritisch.

nach Informationen von BDU, DGU und AUO

Erhöhte Mortalität

Rauchen macht Prostatakrebs noch aggressiver

— An einem Prostatakarzinom erkrankte Männer, die rauchen, haben nicht nur ein erhöhtes Risiko für einen kardiovaskulär bedingten Tod. Auch ihre Krebserkrankung ist öfter todbringend als bei Nichtrauchern. Außerdem treten bei ihnen häufiger Prostatakarzinomrezidive auf, wie Daten einer prospektiven Studie belegen [Kenfield SA et al. JAMA 2011; 305: 2548–55].

An der Studie beteiligten sich 5.366 Männer, bei denen zwischen 1986 und 2006 ein Prostatakarzinom diagnostiziert worden war. In der Nachbeobachtungszeit von im Mittel acht Jahren starben 1.639 Männer, davon 524 (32%) als Folge des Prostatakrebs. Bei Rauchern gab es im Vergleich zu Nichtrauchern mehr prostatakarzinomspezifische Todesfälle (15,3 vs. 9,6 pro 1.000 Personenjahre) und mehr Prostatakarzinomrezidive (38,2 vs. 26,4 pro 1.000 Personenjahre). Die Gesamtmortalität der Raucher war sogar fast doppelt so hoch (53,0 vs. 27,2 pro 1.000 Personenjahre). Zudem hatten Raucher im Vergleich zu Nichtrauchern höhere Tumorstadien und -differenzierungsgrade.

Die Studie ergab auch, dass sich ein Nikotinentzug lohnt: Bei Exrauchern, die vor mehr als zehn Jahren aufgehört hatten, waren

Mortalität und Rezidivrisiko des Prostatakarzinoms ähnlich niedrig wie bei Nierauchern. Als Ursache für die beschleunigte Tumorprogression bei Rauchern vermuten die Studienautoren unter anderem Tabakkomponenten wie Nitrosamine und Cadmium, die als Karzinogene wirken, und eine durch Nikotin induzierte Tumorangiogenese.

Dr. Beate Schumacher



© Peter Ramsey / istockphoto.com

Rauchende Prostatakarzinompatienten haben eine düstere Prognose.