

Epidemiologie des benignen Prostata-syndroms

Assoziierte Risiken und Versorgungsdaten bei deutschen Männern über 50

Der Terminus „benignes Prostata-syndrom“ (BPS; ICD10-Kodierung: N40) beschreibt prostatabedingte Blasenentleerungsstörungen und umfasst sowohl irritative als auch obstruktive Symptome unterschiedlicher Ausprägung, die durch eine benigne Prosta-taabstruktion (BPO) verursacht werden. Die korrekte Diagnose BPS ist eine Ausschlussdiagnose. Charakteristisch ist der schleichende Beginn der Erkrankung und die große Variati-on der einzelnen Krankheitskompo-nenten wie Symptome („lower urina-ry tract symptoms“, LUTS), benigne Prostatavergrößerung (BPE) und be-nigne Prostataabstruktion (BPO) und deren variabler Beziehung unterein-ander.

Der Arbeitskreis BPH der Akademie der Deutschen Urologen hat in den 1990er-Jahren daher den Terminus des benignen Prostata-syndroms vorgeschlagen, wäh-rend in der angloamerikanischen Litera-tur der früher verwendete Begriff „prosta-tism“ durch den Terminus „LUTS due to BPH“ ersetzt wurde. An der Therapie des BPS beteiligen sich mehrere Fach-gruppen. Außerhalb der Urologie erfolgt aber in der Regel kaum eine dezidierte Diagnostik. Relativ undifferenziert wird von einer benignen Prostatahyperpla-sie (BPH) als Synonym für Blasenentlee-rungsstörungen des älteren Mannes ge-

sprochen. Speziell mit Aufkommen der medikamentösen Therapie der „BPH“ ist die Hemmschwelle für einen fachfremden Therapieversuch stetig gesunken. Falsche Indikationsstellung resultiert aber in In-effektivität und teurer Kaskadentherapie. Bei der Masse der Betroffenen verursacht dies eine enorme Belastung der Ressour-cen. Wie groß die Zahl der Betroffenen tatsächlich ist, soll im Folgenden veranschaulicht werden.

Prävalenz und Inzidenz von LUTS und BPS

Internationale Studien haben über Präva-lenz und Inzidenz von männlicher LUTS im Ausland berichtet. Teilweise variieren die Daten erheblich. Publiizierte Daten aus den größten epidemiologischen Un-tersuchungen (z. B. Olmsted County Sur-vey, ICS-BPH [12, 13], Datenbanken aus den Niederlanden: IPCI, Integrated-Pri-mary-Care-Information-Datenbank [25, 26] und Großbritannien: GPRD, „Gene-ral Practice Research Database“ der Haus-ärzte in Großbritannien [19]) verwenden unterschiedliche Definitionen für BPS, was diese Unterschiede teilweise erklären dürfte. Im „Olmsted County Survey“ bei-spielsweise wurden die Diagnosen der be-treffenden Ärzte und deren Krankenakten übernommen oder die Diagnose aus his-tologischen Untersuchungen nach Prosta-tabiopsie, ebenso wenn eine Quantifi-

zierung von LUTS erfolgte oder die Di-agnose durch digitale rektale Untersu-chung (DRU) oder Harnflussmessungen oder Prostata-volumetrie gestellt wurde, die untersuchte Studienpopulation ist da-her sehr inhomogen.

Die retrospektive Analyse der IPCI-Da-tenbank mit 84.774 Individuen mit einem Follow-up von 141.035 Personenjahren be-inhaltete 2181 inzidente und 5605 präva-lente LUTS-Patienten. Die Inzidenz für LUTS/BPH betrug 15/1000 Männerjah-re mit einem linearen Anstieg, beginnend bei den 45-Jährigen mit 3/1000 Männer-jahre bis auf 38/1000 Männerjahre bei den 75-Jährigen ($r=0,99$). Ebenso kletterte die Prävalenz von 2,7% bei den 45-Jährigen auf 24% bei den über 79-Jährigen. Insgesamt lag die Prävalenz bei 10% [25, 26].

Im „Olmsted County Survey“ zeigt sich ein ambivalenter Verlauf der Inzidenz von LUTS/BPH. Die altersspezifische In-zidenz beträgt in dieser Untersuchung bei 20- bis 39-Jährigen 34,0/100.000, steigt bis zu den 60- bis 69-jährigen Männern auf 2567,8/100.000 und fällt dann wieder ab auf 1108,6/100.000 bei den über 80-jäh-rigen Männern [10, 15, 23]. Die jährliche Inzidenzrate zeigt eine deutliche Zunah-me zu Beginn des Beobachtungszeitraums 1987 und ein Absinken der Inzidenz zum Ende 1997. Die Autoren machen die Ein-führung des PSA-Werts und die gestiege-ne Bekanntheit des Prostatakarzinoms für den Anstieg in den 1990er-Jahren verant-

R. Berges

Epidemiologie des benignen Prostatasyndroms. Assoziierte Risiken und Versorgungsdaten bei deutschen Männern über 50

Zusammenfassung

Miktionsymptome bei benigner Prostatahyperplasie werden in Deutschland als benignes Prostatasyndrom (BPS) bezeichnet. Dies reflektiert die Variationsbreite von Symptomstärke, Prostatavolumen und Miktionsparametern. Das BPS ist eine Ausschlussdiagnose und eine progrediente Erkrankung. Das Risiko für eine Progression erhöht sich durch Alter, Symptomstärke, Prostatavolumen und Obstruktionsgrad. Prävalenzen aus einer repräsentativen Untersuchung in Deutschland (Herner BPS-Studie) lassen extrapolieren, dass unter 11.674.900 Männern über 50 Jahre 3,23 Mio. eine benigne Prostatavergrößerung („benign prostatic enlargement“, BPE; Prostatavolumen, PV >25 ml) aufweisen. Ein PV >40 ml, d. h. ein BPS mit hohem Progressionsrisiko, haben 1,5 Mio. Männer mit behandlungsbedürftigen Symptomen des unteren Harntrakts („lower urinary tract symp-

toms“, LUTS; IPSS >7); 2,08 Mio. zeigen eine obstruktive Blasenentleerungsstörung (definiert als Qmax <10 ml/s). 30% der Männer mit therapiebedürftigen Symptomen (IPSS >7) erhalten Medikamente, weitere 20% erhielten diese mindestens einmal, und 10% nahmen sie auch ohne signifikante Symptomatik ein. Basierend auf publizierten Progressionsparametern erleiden 18,5% deutscher Männer über 50 eine symptomatische Progression (IPSS >4), Harnverhaltung wird bei 2,4% in 5 Jahren erwartet. Die Gesamtprogression (symptomatisch, Operation oder Harnverhaltung) beträgt 27% in 5 Jahren. Dies zeigt, dass das BPS als Volkskrankheit eingestuft werden muss.

Schlüsselwörter

Benignes Prostatasyndrom · LUTS · BPH · Epidemiologie · Risiken

Epidemiology of benign prostatic syndrome. Associated risks and management data in German men over age 50

Abstract

In Germany, the condition of lower urinary tract symptoms (LUTS)/benign prostatic hypertrophy (BPH) is referred to as benign prostatic syndrome (BPS), reflecting the vast variation and interdependency of symptom severity, prostate volume, and micturition parameters. BPS is a progredient disease with distinguished risk factors for progression: age, symptom severity, prostate volume, and degree of obstruction. Therapy in Germany is provided by general practitioners and urologists. From a representative survey in Germany (the Herner BPS study), it can be calculated that among 11,674,900 men over 50 years of age, 3,230,000 have an enlarged prostate (benign prostatic enlargement, with prostate volume >25 ml). Moreover, 1,500,000 men with significant symptoms [International Prostate Symptom Score (IPSS) >7] have a prostate volume >40 ml, representing BPS with a high risk of progression,

and 2,080,000 men show signs of obstruction (defined as Qmax <10 ml/s). Thirty percent of men with significant symptoms (IPSS >7) are treated medically, and an additional 20% have been prescribed medication for LUTS at least once. Ten percent of men in Germany are treated without evidence of symptoms. Based on published parameters of progression, 18.5% of men over 50 years of age will experience symptomatic progression (IPSS increase above four score points). Overall progression (symptomatic, surgery, or urinary retention) was 27% in 5 years. These findings show that BPS is a disease with substantial future effects on the German health-care system.

Keywords

Benign prostatic syndrome · LUTS · BPH · Epidemiology · Risks

wortlich, aber auch die gestiegenen Arztbesuche wegen LUTS nach Einführung medikamentöser und/oder minimalinvasiver Therapieverfahren. Gleichmaßen wurde der Rückgang der Inzidenz u. a. mit der genaueren Differenzierung zwischen dem eigentlichen BPS und LUTS anderer Ursache, aber auch mit dem Rückgang der TUR-P-Zahlen in den USA nach Einführung der medikamentösen Therapie erklärt [10, 15, 23].

Natürlicher Verlauf und Risiken zur Progression

Epidemiologische Untersuchungen und Medikamentenstudien legen nahe, dass LUTS/BPS eine progrediente Erkrankung ist. Risikoparameter für eine Progression sind neben dem Alter vornehmlich Prostatavolumen, Grad der Harnstrahlabschwächung, Restharnvolumen und Symptomstärke [1, 2, 20, 24].

Daten zum natürlichen Verlauf stammen entweder aus longitudinalen Kohortenstudien [16, 17] oder aus gut dokumentierten placebokontrollierten Medikamentenstudien mit Beobachtungszeiträumen von bis zu 5 Jahren [14]. Da Letztere definierte Ein- und Ausschlusskriterien beinhalten, kommen Daten aus diesen Untersuchungen dem eigentlichen Krankheitsbild BPS am nächsten. Unter den Kohortenstudien zählt der „Olmsted County Survey“ [16] zu den größten Untersuchungen zum Thema mit initial 2115 Männern, die seit 1990 beobachtet werden. Analysen aus dem 9-Jahres-Follow-up zeigten eine Zunahme von LUTS bei 5,7% der Betroffenen pro Jahr, definiert als IPSS-Zunahme von mehr als 4 Punkten. Eine Progression zur akuten Harnverhaltung wurde bei 0,6% der Betroffenen pro Jahr beobachtet [17, 18]. Im „Olmsted County Survey“ hatten Männer mit höherem Alter und schlechtem Harnstrahl (Qmax) einen 8-fachen bzw. 4-fachen Anstieg im Risiko, einen Harnverhalt zu erleiden [17]. Männer mit einem IPSS >7 und einem PV >30 ml hatten ein 3-fach erhöhtes Risiko.

Die beiden größten Medikamentenstudien zum BPS, „Proscar Long-Term Efficacy and Safety Study“ (PLESS; [9]) und die NIH-Studie „Medical Therapy of Prostatic Symptoms“ (MTOPS; [21]) wur-

Hier steht eine Anzeige.



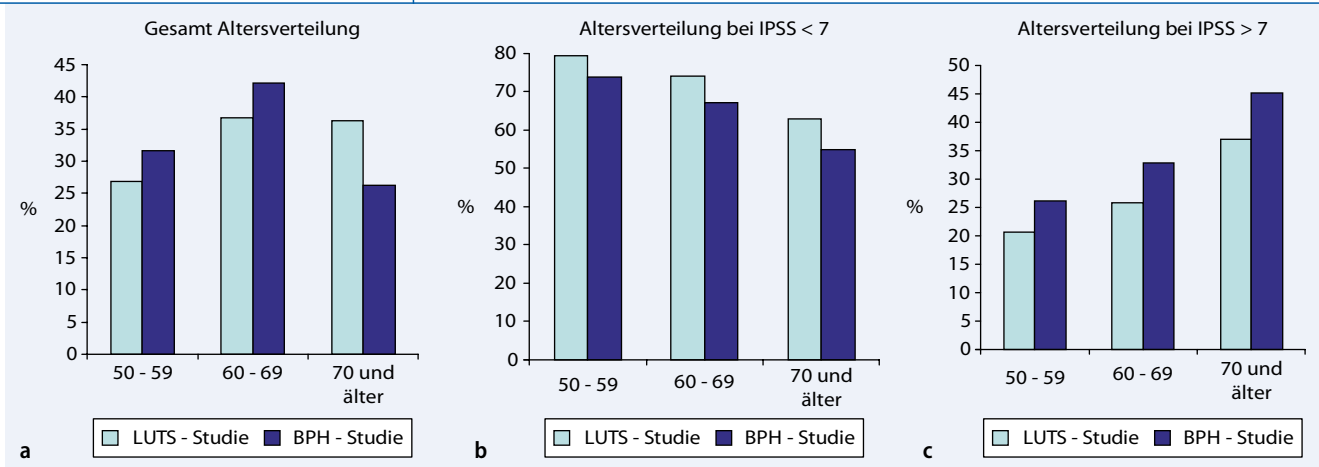


Abb. 1 ▲ **a** Altersverteilung zwischen den Probanden in der klinischen Untersuchung und denen aus der ursprünglichen LUTS-Studie. Wesentliche Verschiebungen ergaben sich nicht, sodass auch die Daten aus der klinischen Untersuchung als repräsentativ gewertet werden können. **b, c** Altersverteilung von Probanden ohne (**b**) und mit (**c**) behandlungsbedürftiger LUTS aus beiden Untersuchungen

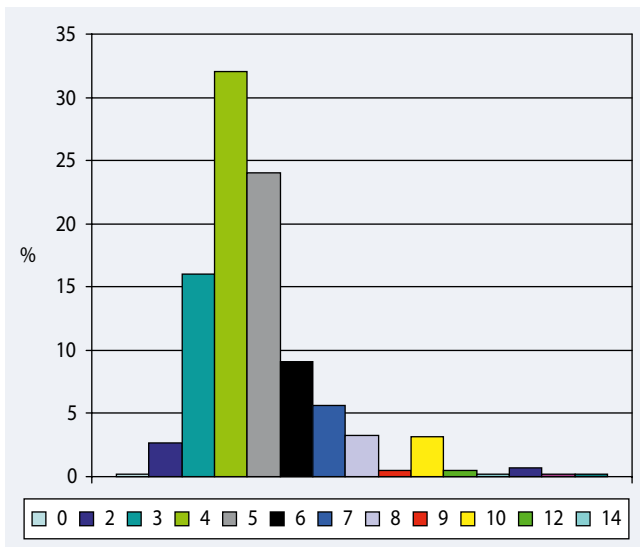


Abb. 2 ◀ Angaben der Probanden aus Herne über die Frequenz der Blasenentleerung am Tage

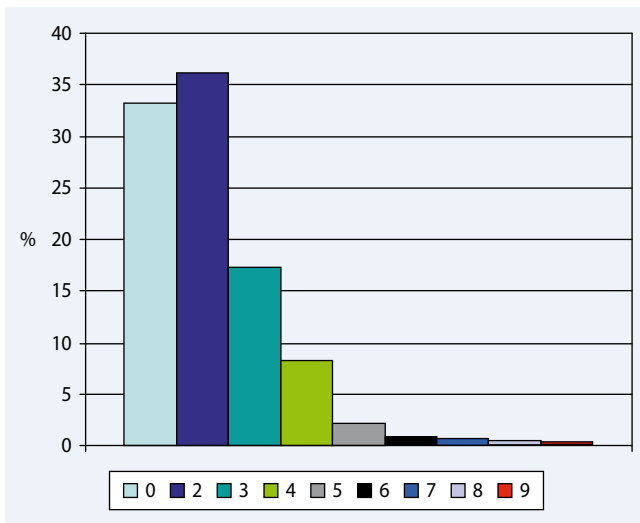


Abb. 3 ◀ Angaben der Probanden aus Herne über die Frequenz der Blasenentleerung nachts

den speziell auf die Kalkulation von Risikoparametern ausgerichtet: In PLESS wurden LUTS/BPH-Patienten randomisiert und über 4 Jahre verblindet beobachtet, davon erhielten 1516 Männer ein Placebo. In MTOPS waren dies 737 von 3047 Männern über 5 Jahre.

In PLESS wurden Männer mit LUTS/BPH und vergrößerter Prostata (mittleres Prostataavolumen, PV: 55 ml; mittleres PSA: 2,8 ng/ml) über 4 Jahre beobachtet. Nach 4 Jahren hatten 7% dieser Männer (Placeboarm) einen akuten Harnverhalt erlitten, der bei 4% als spontan klassifiziert wurde (LUTS/BPH als einziger Faktor) und bei 3% im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff, bestimmten Medikamenten oder Harnwegsinfekten auftrat. Im Beobachtungszeitraum wurden zudem 10% der Männer im Placeboarm an der Prostata operiert. Das Risiko einer Harnverhaltung oder einer Operation stieg mit dem PV oder PSA-Wert an. Den größten Vorhersagewert für das Auftreten eines Harnverhalts hatten in dieser Studie die Faktoren PV >40 ml, PSA >2 ng/ml oder hoher IPSS (obstruktiver Subscore; [22]). Ein hoher irritativer Subscore war zudem mit einer höheren Op.-Wahrscheinlichkeit assoziiert [22].

In MTOPS wurden 3047 Männer mit LUTS/BPH mit einem mittleren PV von 36 ml und einem mittleren PSA von 2,4 ng/ml über 4–6 Jahre beobachtet. Der primäre Endpunkt der Untersuchung war eine „klinische Progression“, definiert entweder als symptomatischer Progress (be-

stätigter IPSS-Anstieg ≥ 4) oder das Auftreten eines akuten Harnverhalts oder Inkontinenz (nicht näher definiert) oder rezidivierende Harnwegsinfekte/Urosepsis oder das Auftreten einer Niereninsuffizienz [21]. In MTOPS war der Verlauf bei 17% der Probanden im Placeboarm innerhalb von 5 Jahren progredient, wobei 80% einen symptomatischen Progress erlitten. Nach 4 Jahren Follow-up erlitten 2,4% von 737 der Patienten unter Placebotherapie einen spontanen Harnverhalt, und 5% wurden operiert. Ein großes PV oder ein hoher PSA-Wert, ein niedriger Harnstrahl und Restharn waren assoziiert mit Harnverhalt oder Op.-Wahrscheinlichkeit [11].

BPS in Deutschland

In Deutschland wurden Daten zum BPS in der „Herner LUTS/BPS-Studie“ zusammengefasst, einer repräsentativen prospektiven Longitudinalbeobachtung einer altersstratifizierten Stichprobe über 50-jähriger Männer, die einen wiederkehrenden Fragebogenteil zur subjektiven Einschätzung der Symptomatik (LUTS-Studie) und eine klinische Untersuchung nach den Leitlinien zur Diagnostik des BPS beinhaltete (BPS-Studie). Die wichtigsten Kenngrößen für das BPS in Deutschland lassen sich nach dieser Untersuchung wie folgt charakterisieren:

LUTS

Die Zunahme von behandlungsbedürftiger LUTS (definiert als IPSS > 7) in den unterschiedlichen Alterstufen zeigt **Abb. 1**. Bei über 70-jährigen Probanden sind bis zu 40% betroffen. Diese IPSS-Score-Daten wurden durch Angaben im direkten Interview bestätigt: 32,5% der Männer gaben im Interview (unabhängig vom jeweiligen IPSS) an, unter Miktionsbeschwerden zu leiden [3, 5, 7, 8].

Über die Miktionsfrequenzen in der männlichen Bevölkerung am Tage und in der Nacht informieren **Abb. 2 und 3**. Nykturie ist das häufigste Einzelsymptom im IPSS, auch im Interview dominiert dieses Symptom. Nur 33,3% der Probanden gaben an, nachts nicht mindestens einmal die Toilette aufzusuchen. Nächtliches Wasserlassen scheint also in

Abb. 4 ▶ Verteilung des medianen Prostatavolumens in der Gesamtgruppe (TRUS-Volumen, bei Ablehnung der TRUS wurde das Prostatavolumen transabdominal bestimmt)

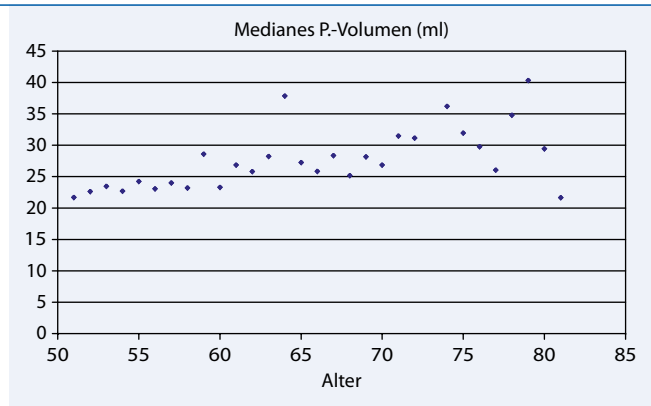


Abb. 5 ▶ Verteilung der kumulativen Häufigkeit für die PSA-Werte in der Gesamtgruppe

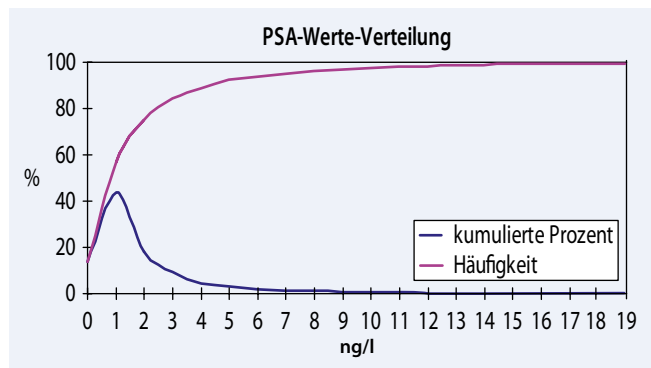


Abb. 6 ▶ Mittlerer Qmax (ml/s) bei Probanden mit und ohne signifikante LUTS (IPSS \leq oder > 7 Punkte)

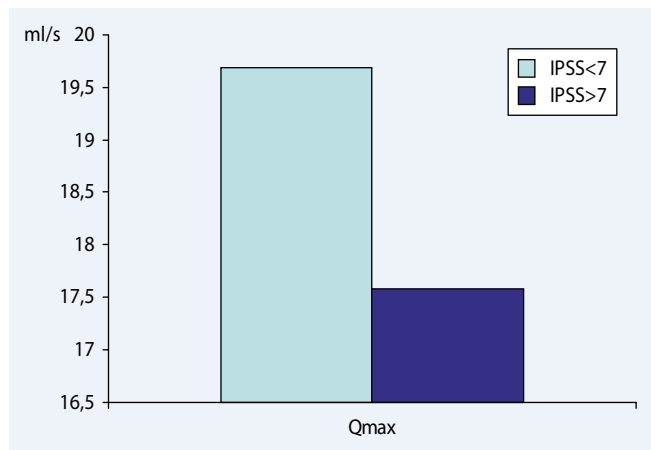
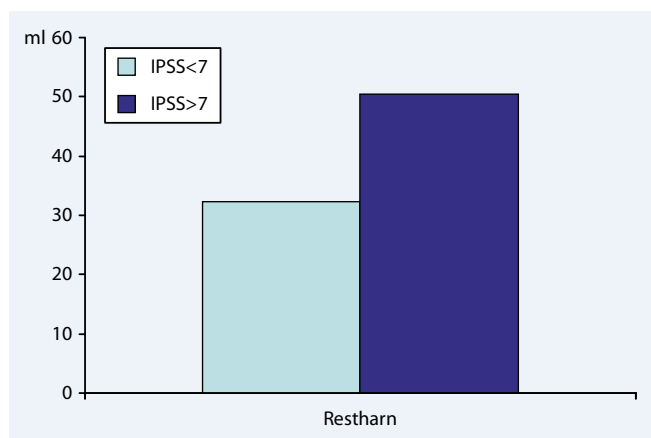


Abb. 7 ▶ Mittlerer Restharn (ml) bei Probanden mit und ohne signifikante LUTS (IPSS \leq oder > 7 Punkte)



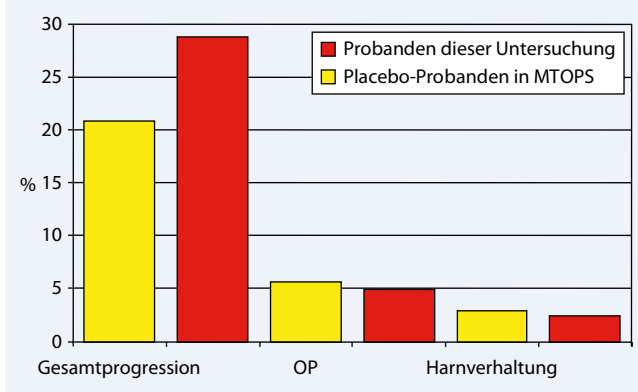


Abb. 8 Vergleich der Progressionsparameter Gesamtprogression, operative Intervention (OP) oder akute Harnverhaltung in MTOPS (gelb) verglichen mit den Probanden aus Herne (rot)

dieser Altersklasse eher die Regel als die Ausnahme zu sein. „Urgency“ gaben im Interview 17,2% der Probanden an, einen abgeschwächten Harnstrahl hatten 54,7% der Probanden beobachtet, über Inkontinenz (ohne nähere Klassifikation) berichteten 7% der Befragten [3, 5, 7, 8].

DRU

Bei 4,2% der Probanden fand sich ein abklärungsbedürftiger Tastbefund. Diese Probanden wurden an ihre jeweiligen Urologen verwiesen, dort wurde weitere Diagnostik durchgeführt. Das Prostatavolumen wurde durch DRU bei 22,4% als normal, bei 70,2% als vergrößert und bei 5% als stark vergrößert eingestuft.

Prostatavolumen

Der Mittelwert für das PV liegt bei etwa 30 ml (gemessen durch transrektalen Ultraschall, TRUS (95%-Konfidenzintervall: 29–31 ml, Median 27 ml). Die Verteilung des medianen Prostatavolumens in der Gesamtpopulation in Abhängigkeit vom Lebensalter ist in **Abb. 4** dargestellt.

PSA

Der mittlere PSA-Wert betrug 2,39 ng/ml (Standardabweichung 6,41 ng/ml), der mediane PSA-Wert betrug 1 ng/ml (95%-Konfidenzintervall: 2–2,71 ng/ml). Über die kumulative Häufigkeitsverteilung der PSA-Werte in der Gesamtgruppe informiert **Abb. 5**.

Miktionsparameter

Der Mittelwert für den maximalen Harnstrahl (Qmax) betrug in der gesamt-

en Population unbereinigt 15,7±10,1 ml/s (Median 13 ml/s, 95%-Konfidenzintervall: 15,18–16,23 ml/s), bei einem mittleren Miktionsvolumen von 275 ml (Median 229 ml, 95%-Konfidenzintervall 265–285 ml). Restharnwerte betragen im Mittel 35 ml (Median 9 ml, 95%-Konfidenzintervall 31–39 ml). Es besteht ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verteilung des mittleren und maximalen Harnstrahls sowie der Restharnmenge bei symptomatischen (IPSS >7) bzw. asymptomatischen Männern (IPSS ≤7, **Abb. 6, 7**; [3, 5, 7, 8]).

Basierend auf den Bevölkerungszahlen im Jahr 2000 und den genannten Daten haben unter 11.674.900 deutschen Männern über 50 Lebensjahren 3.230.000 eine BPE (PV >25 ml). 1.500.000 Männer mit behandlungsbedürftiger LUTS (IPSS >7) haben ein Prostatavolumen >40 ml und damit ein BPS mit hohem Progressionsrisiko. 2.080.000 Männer leiden wahrscheinlich unter einer Obstruktion (Qmax <10 ml/s).

BPS-Progression und Risiken

Die in MTOPS definierten Progressionsparameter wurden auf die Probanden dieser Untersuchung angewandt [11]. Eine symptomatische Progression (IPSS >4 Punkte) wurde in 18,5% der Fälle, eine Progression zur Operation in 4,7% und eine Progression zur Harnverhaltung in 2,4% innerhalb von 5 Jahren beobachtet. Die Gesamtprogression betrug 27%. Diese Daten bestätigen die Ergebnisse aus MOTPS (**Abb. 8**; [6]). Der Verlauf war bei 72% der Probanden aus Herne symptomatisch progredient (gegenüber 78% in MTOPS), 9% davon erlitten eine akute Harnverhaltung (12% in MTOPS).

In **Tab. 1** ist die multivariate Analyse (Alter, Prostatavolumen, Restharn, Qmax, PSA) für das Risiko einer operativen Intervention dargestellt, in **Tab. 2** für das Risiko einer akuten Harnverhaltung. Allein der Parameter Alter scheint mit diesen Risiken zu korrelieren. Die multivariate Analyse für das Risiko einer symptomatischen Progression zeigt **Tab. 3**. Mit diesem Risiko korrelierten signifikant neben dem Alter das Restharnvolumen und der maximale Harnstrahl. Im Unterschied zu MTOPS zeigte sich weder für PV noch PSA eine signifikante Korrelation. Dies wird den unterschiedlichen Populationen (Patienten/Probanden) zugeschrieben [6].

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Zu Beginn der Untersuchung im Jahr 2000 hatten beispielsweise von 5103 befragten Männern 12,4% einen Arzt wegen LUTS aufgesucht. Hochgerechnet auf ganz Deutschland sind das somit 1.400.988 Männer pro Quartal oder 5.603.952 im Jahr. Davon besuchten 2/3 oder 3.735.968 deswegen einen Urologen. 45% der Probanden aus der Herne Untersuchung berichteten, es habe ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass die Prostata vergrößert sei. Extrapoliert auf Deutschland erhielten 688.819 Männer deswegen eine medikamentöse Therapie von ihrem Hausarzt, 817.234 wurden deswegen vom Hausarzt zum Urologen überwiesen, 490.346 vom Hausarzt deswegen ins Krankenhaus eingewiesen. Diese Daten belegen, dass ein substanzieller Teil der BPS-Patienten weder vom Urologen gesehen noch primär behandelt wird [3, 4].

Es besteht eine deutliche Beziehung zwischen Symptomausprägung und der Konsultation beider Arztgruppen (Urologen und Hausärzte), wobei Urologen bei stärkerer LUTS und stärkerem Leidensdruck häufiger konsultiert wurden. Demographische Entwicklungen lassen eine Zunahme der Betroffenen erwarten und unterstreichen die Bedeutung des BPS für die urologische Versorgung in Deutschland [3, 6].

Tab. 1 Multivariatanalyse für das Risiko einer operativen Intervention. Eingeschlossen in die Analyse wurden neben dem Alter das Prostatavolumen (TRUS_VOL), Restharn (RH), maximaler Harnstrahl (UF_QMAX) und Gesamt-PSA (T_PSA)

Variablen in der Gleichung						
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Exp(B)
Schritt 1 ^a						
Alter	0,118	0,023	25,984	1	0,000	1,125
TRUS_VOL	-0,003	0,012	0,049	1	0,824	0,997
RH	0,001	0,002	0,382	1	0,536	1,001
UF_QMAX	0,001	0,017	0,003	1	0,956	1,001
T_PSA	0,041	0,086	0,229	1	0,633	1,042
Konstante	-10,315	1,648	39,163	1	0,000	0,000

^a In Schritt 1 eingegebene Variablen: Alter, TRUS_VOL, RH, UF_QMAX, T_PSA

Tab. 2 Multivariatanalyse für das Risiko einer akuten Harnverhaltung

Variablen in der Gleichung						
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Exp(B)
Schritt 1 ^a						
Alter	0,039	0,038	1,058	1	0,304	1,040
TRUS_VOL	-0,004	0,023	0,038	1	0,845	0,996
RH	-0,005	0,006	0,663	1	0,415	0,995
UF_QMAX	0,032	0,026	1,570	1	0,210	1,033
T_PSA	0,110	0,154	0,514	1	0,473	1,117
Konstante	-6,764	2,640	6,565	1	0,010	0,001

^a In Schritt 1 eingegebene Variablen: Alter, TRUS_VOL, RH, UF_QMAX, T_PSA:

TRUS_VOL Prostatavolumen, RH Restharn, UF_QMAX maximaler Harnstrahl, T_PSA Gesamt-PSA.

Tab. 3 Multivariatanalyse für das Risiko einer symptomatischen Progression

Variablen in der Gleichung						
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Signifikanz	Exp(B)
Schritt 1 ^a						
Alter	0,034	0,015	4,864	1	0,027	1,034
TRUS_VOL	-0,008	0,009	0,802	1	0,370	0,992
RH	0,003	0,001	5,686	1	0,017	1,003
UF_QMAX	-0,028	0,013	4,855	1	0,028	0,972
T_PSA	0,024	0,066	0,133	1	0,715	1,024
Konstante	-3,065	1,056	8,428	1	0,004	0,047

^a In Schritt 1 eingegebene Variablen: Alter, TRUS_VOL, RH, UF_QMAX, T_PSA:

TRUS_VOL Prostatavolumen, RH Restharn, UF_QMAX maximaler Harnstrahl, T_PSA Gesamt-PSA.

Fazit

Das benigne Prostatasyndrom (BPS) bezeichnet Miktionsbeschwerden auf dem Boden einer benignen Prostatahyperplasie mit einer großen Variationsbreite von Symptomausprägung, Prostatavergrößerung und Blasenentleerungsparametern. Die Therapie dieser progredienten Erkrankung übernehmen in Deutschland mehrere Fachgruppen, jedoch nicht immer mit der erforderlichen genauen Diagnostik. Die hier vorgestellten epidemiologischen Kennzahlen zeigen, dass das BPS und dessen Folgen im Ausmaß und

der Bedeutung für das Gesundheitssystem als Volkskrankheit eingestuft werden müssen.

Korrespondenzadresse

Dr. R. Berges
Urologische Abteilung, PAN-Klinik
Zeppelinstraße 1, 50667 Köln
r.berges@pan-klinik.org

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Berges R (2004) The impact of treatment on lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH) progression. Eur Urol Suppl 3: 12–17
- Berges R (2003) Impact of therapy used in clinical practice on lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH) disease progression. Eur Urol Suppl 2: 19–24
- Berges R, Kühne K, Cubick G et al. (2001) Prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) related to benign prostatic enlargement (BPE) and their impact on health care seeking. J Urol 165: 266
- Berges R, Kühne K, Cubick G et al. (2002) Prävalenz von prostatabedingten Miktionsbeschwerden bei Deutschen Männern im Alter über 50 Lebensjahre. Die Herner LUTS-Studie. Urologe A Suppl 1: 47A
- Berges R, Pientka L, Höfner K et al. (2001) Male lower urinary tract symptoms and related health care seeking in Germany. Eur Urol 39: 682–687
- Berges R, Pientka L, Höfner K, Senge T (2006) MT-OPS Risikoprofile angewandt auf die Deutsche Bevölkerung unter Berücksichtigung aktueller epidemiologischer Daten der Herner BPH-Studie. Vortrag auf dem 58. Kongress der Dtsch. Ges. f. Urol., 20.–23.09.06, Hamburg
- Berges R, Pientka L, Höfner K et al. (2000) Herne LUTS Study: Health care seeking behaviour among men aged 50 to 80 with Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) in Germany. J Urol 163: 251
- Berges R, Spiegel T, Senge T (2002) Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach radikaler Prostatektomie und Behandlungszufriedenheit in der Langzeitnachsorge. Urologe B 42: 106–108
- Bruskewitz R, Girman CJ, Fowler J et al. (1999) Effect of finasteride on bother and other health-related quality of life aspects associated with benign prostatic hyperplasia. PLESS Study Group. Proscar Long-term Efficacy and Safety Study. Urology 54: 670–678
- Chung WS, Nehra A, Jacobson DJ et al. (2004) Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction in community-dwelling men. Mayo Clin Proc 79: 745–749
- Crawford ED, Wilson SS, McConnell JD et al. (2006) Baseline factors as predictors of clinical progression of benign prostatic hyperplasia in men treated with placebo. J Urol 175: 1422–1426; discussion 1426–1427
- Donovan JL, Abrams P, Peters TJ et al. (1996) The ICS-‘BPH’ Study: the psychometric validity and reliability of the ICSmale questionnaire. Br J Urol 77: 554–562
- Donovan JL, Brookes ST, De La Rosette JJ et al. (1999) The responsiveness of the ICSmale questionnaire to outcome: evidence from the ICS-‘BPH’ study. BJU Int 83: 243–248
- Emberton M (2006) Definition of at-risk patients: dynamic variables. BJU Int (Suppl 2) 97: 12–15; discussion 21–22
- Fitzpatrick JM (2006) The natural history of benign prostatic hyperplasia. BJU Int (Suppl 2) 97: 3–6; discussion 21–22
- Jacobsen SJ, Guess HA, Panser L et al. (1993) A population-based study of health care-seeking behavior for treatment of urinary symptoms. The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. Arch Fam Med 2: 729–735

17. Jacobsen SJ, Jacobsen DJ, Girman CJ et al. (2003) Acute urinary retention in community-dwelling men: 9-year follow-up of the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *J Urol Suppl* 169: 365 (Abstr. 1364)
18. Lieber MM, Jacobsen DJ, Girman CJ et al. (2003) Incidence of lower urinary tract symptom progression in community-dwelling men: 9-year follow-up of the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *J Urol Suppl* 169: 366 (Abstr. 1369)
19. Logie J, Clifford GM, Farmer RD (2005) Incidence, prevalence and management of lower urinary tract symptoms in men in the UK. *BJU Int* 95: 557–562
20. Lowe FC, Batista J, Berges R et al. (2005) Risk factors for disease progression in patients with lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): a systematic analysis of expert opinion. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 8: 206–209
21. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM et al. (2003) The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 349: 2387–2398
22. Roehrborn CG, McConnell JD, Lieber MM et al. (1999) Serum prostate-specific antigen concentration is a powerful predictor of acute urinary retention and need for surgery in men with clinical benign prostatic hyperplasia. *PLESS Study Group. Urology* 53: 473–480
23. Sarma AV, Wei JT, Jacobson DJ et al. (2003) Comparison of lower urinary tract symptom severity and associated bother between community-dwelling black and white men: the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status and the Flint Men's Health Study. *Urology* 61: 1086–1091
24. Speakman M, Batista J, Berges R et al. (2005) Integrating risk profiles for disease progression in the treatment choice for patients with lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: a combined analysis of external evidence and clinical expertise. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 8: 369–374
25. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS et al. (2002) Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care—the triumph project. *Eur Urol* 42: 323–328
26. Verhamme KM, Dieleman JP, Van Wijk MA et al. (2005) Low incidence of acute urinary retention in the general male population: the triumph project. *Eur Urol* 47: 494–498

HAROW-Studie startet

Neue Erkenntnisse zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms

Die demographische Entwicklung, die Verbreitung von Früherkennungsuntersuchungen und die höhere Zahl entnommener Biopsien werden in den nächsten Jahren die PCa-Inzidenz weiter zunehmen lassen. Der bereits bestehende Trend wird sich fortsetzen, indem vor allem lokal begrenzte, gut differenzierte Tumoren diagnostiziert werden. Betroffene machen ihre gestiegenen Ansprüche an die Lebensqualität geltend. Trotzdem wird ihnen häufig der Weg in eine Einbahnstraße gewiesen, deren Mündung das Schild „Radikale Prostatektomie“ trägt. Diese Straße trägt einige Schlaglöcher: 30 Prozent PSA-Rezidive, Harninkontinenz und Erektionsstörung. Beflügelt wird der Operations-Enthusiasmus durch nervschonende und laparoskopische Techniken sowie den Einsatz des Da Vinci-Systems. Fortschritt darf aber nicht blind machen. Deshalb sollte die Kaskade „Umfassende Diagnostik – kurze Patienteninformation – rasche Einweisung zur radikalen Prostatektomie“ zunächst entschleunigt und die Einbahnstraße durch einen Kreisverkehr ersetzt werden. Die davon abgehende und für ihn richtige Straße wählt der Verkehrsteilnehmer, der gut beraten ist über seine Lebenserwartung und die Biologie des Tumors.

HAROW berücksichtigt als erste deutschlandweite urologische Versorgungsstudie zum lokal begrenzten PCa die Operation als eine von fünf Möglichkeiten (Hormontherapie, Active Surveillance, Radiotherapie, Operation, Watchfull Waiting).

Besonders für die defensiven Strategien ist es wichtig, die Betroffenen sorgfältig aufzuklären, die Tumorbilogie und den Verlauf zu erfassen bzw. zu kontrollieren. Die als nicht-interventionelle Beobachtungsstudie konzipierte HAROW-Studie wird in den nächsten fünf Jahren bei 5.000 Patienten die Versorgungssituation abbilden, indem neben dem Tumorverlauf Daten zur Lebensqualität und zur Gesundheitsökonomie erfasst werden. Initiiert wird HAROW von der gemeinnützigen Stiftung Männergesundheit, die wissenschaftliche Betreuung erfolgt durch Professor Lothar Weißbach. Die Ergebnisse

der HAROW-Studie sollen Urologen mehr Sicherheit bei der individuellen Behandlung und Beratung geben, um ihnen eine größere Orientierung an der Lebensqualität des Patienten und an der Tumorbilogie zu ermöglichen. Durch die finanzielle Unterstützung der GAZPROM Germania GmbH ist die HAROW-Studie darüber hinaus unabhängig von der pharmazeutischen Industrie und Medizintechnik. Zum Auftakt der HAROW-Studie veranstalten die Stiftung Männergesundheit, der Berufsverband der Deutschen Urologen, der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe und der Dachverband der Prostatazentren Deutschlands am 22. Februar 2008 im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin ein wissenschaftliches Symposium. Alle Urologen können an der Studie teilnehmen und sind zu diesem Symposium eingeladen.

Für weitere Informationen oder Anmeldung zum Symposium kontaktieren Sie bitte die Stiftung Männergesundheit unter Telefon 030 / 27593859, per E-Mail:

harow@stiftung-maennergesundheit.de
oder Internet *www.harow.de*