

Es ist Alexander T.* nicht nur lästig, sondern auch peinlich. Das geht nun schon seit über einem Jahr so und wird ständig schlimmer. Es ist das typische Männerleiden, über das auch er zeitlebens seine Witzchen gemacht hat. Aber es selbst zu haben, ist dann doch etwas ganz anderes. Ja, er braucht auf der Toilette beim Wasserlassen immer länger, er muss regelrecht pressen, und ja, er hat immer häufiger gelbe Urinspuren in der Unterhose, weil er seine Blase einfach nicht mehr vollkommen entleert bekommt und so manchmal etwas Urin nachträufelt. Seine Freunde am Stammtisch sind stets etwas verlegen bei dem Thema, aber es scheint ihnen viel weniger auszumachen. Sie sind zwar alle um die 65 Jahre alt, aber er ist der einzige Witwer, seit seine Frau vor 3 Jahren an Brustkrebs gestorben ist. Es war eine schwere Zeit, die er hinter sich gebracht hat, aber bei aller Trauer und dem großen Verlust für ihn ist es doch langsam an der Zeit, sich nach einer anderen Partnerin umzusehen. Das Leben geht schließlich weiter, und ihm fehlen die

Nähe und die Zärtlichkeit. Tatsächlich ist das sein Hauptproblem, auch wenn seine Freunde das kaum nachvollziehen können. Manche von ihnen sind sicherlich auch ganz glücklich mit ihren Frauen, aber Gedanken um ihre Unterhosen machen sie sich dabei schon lange nicht mehr. Er hingegen hat vor kurzem Anna, eine sehr nette Frau in seinem Alter kennengelernt. Da entwickelt sich vielleicht etwas.

Er hat schon alles mögliche an Tees, Kapseln und Kräutern versucht, was angeblich gegen das „Männerleiden Nummer 1“ helfen soll. Aber statt dessen wird es immer schlimmer. Er muss nun auch nachts regelmäßig zur Toilette, und sein Harnstrahl wird auch immer schwächer. Es ist so, als drehe ihm jemand ganz allmählich den „Hahn“ zu.

Den Weg zum Arzt findet Alexander T. schließlich, weil sich die Situation akut verschlimmert und er jetzt plötzlich Schmerzen beim Wasserlassen hat. *Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Die Ursachen der Entstehung eines Prostataadenoms sind unklar. Favorisiert wird die Vorstellung einer hormonellen Umstellung im höheren Lebensalter mit entsprechenden Folgen für das Wachstum des Prostata-Drüsengewebes.

Die Größe des Adenoms ist nicht gleichbedeutend mit dem Ausmaß der Symptome. Patienten mit einer leichten Vergrößerung können starke Beschwerden haben und umgekehrt. Eine Rolle spielt dabei auch der Anpassungsvorgang des Körpers an die Hypertrophie. Bei zunehmender Verengung der Harnröhre hypertrophiert der M. detrusor der Blase und die Blasenwand verdickt sich, da sie vermehrt gegen den hohen Druck vor der Stenose arbeiten muss. Auch eine Restharnbildung ist möglich, die wiederum den Boden für aufsteigende bakterielle Infekte bereitet. Die Vergrößerung der Prostata durch ein Adenom kann also nicht nur zu einer Einengung der Harnröhre mit Beschwerden bei der Miktion wie Nachträufeln führen, sondern erzeugt in der Folge auch ein größeres Risiko für Blasen- und Niereninfektionen bis hin zur schweren Nierenschädigung mit Nierenversagen durch aufsteigende Infektionen bei Restharn.

Vom Prostataadenom differenzialdiagnostisch abzugrenzen ist das Prostatakarzinom. Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor des Mannes. Verschiedene Einflussfaktoren werden für die Entstehung verantwortlich gemacht, doch wie bei vielen anderen Krebsarten auch konnte man einen einzelnen auslösenden Faktor bislang nicht identifizieren, sofern es einen solchen überhaupt gibt. Da das Karzinom in den Seitenabschnitten der Prostata wächst, führt es erst spät zu einer Einengung der Harnröhre. Dafür ist es jedoch mit einer guten Chance bei der rektalen Untersuchung durch einen erfahrenen Arzt zumindest als abzuklärender Verdachtsbefund zu entdecken.

Eine zurzeit von der gesetzlichen Krankenkasse i.d.R. nicht bezahlte Untersuchung ist die Bestimmung des PSA-Wertes im Blut. Dieser verfügt aber nur durch die Beobachtung seiner Veränderung bei mehrfachen Bestimmungen in längeren Zeitintervallen über eine Aussagekraft. Erst dann kann man von einem malignen Prozess an der Prostata ausgehen. Der Vorteil dieses Wertes besteht jedoch darin, dass er Veränderungen bereits zu einem Zeitpunkt aufzeigen kann, an dem noch kein positiver rektaler Tastbefund möglich ist.

Fall: „Wir müssen ausschließen, dass es sich um eine bösartige Wucherung handelt“, erklärt ihm der Hausarzt, „dazu sind leider noch einige Untersuchungen notwendig, aber dann haben Sie auch Gewissheit.“ Will er wirklich Gewissheit haben? Bisher stört ihn nur, dass es mit dem Wasserlassen nicht mehr so recht klappt und er das Gefühl des „Verschmutzseins“ nicht los wird. So fühlt er sich einfach nicht bereit, eine neue Partnerschaft einzugehen.

„Operieren müssen wir in jedem Fall“, sagt dann der Arzt in der Klinik, wo die ganzen Untersuchungen durchgeführt werden, „ganz gleich, ob es gutartig oder bösartig ist.“ Alexander T. macht sich große Sorgen. Vielleicht wird er seiner Frau schon bald nachfolgen müssen, dabei hat er noch so viel vor. Außerdem hat er schon davon gehört, dass manche Männer nach der Operation inkontinent sind – eine Katastrophe.

Wie kann geholfen werden? Für Kürbiskerne und Roggenpollen konnte in klinischen Studien leider keine Wirkung beim Prostataadenom belegt werden. Eine medikamentöse Behandlung von leichten Fällen wird mit antiandrogener Substanzen durchgeführt.

In schwereren Fällen von Obstruktion wird die operative Behandlung nötig. Absolute Indikationen zur Operation sind wiederholte Harnverhalte und Harnwegsinfekte sowie Blutungen aus der Prostata. In anderen Fällen ist der individuelle Leidensdruck des Patienten wichtig.

Transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P). Das immer noch erfolgreichste Verfahren zur Behandlung des Prostataadenoms (oder palliativ beim Prostatakarzinom) ist die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P), auch wenn inzwischen zahlreiche andere Verfahren mit dem Ziel eines schonenden und ambulant durchzuführenden OP-Verfahrens getestet wurden. Hier nimmt vor allem die Behandlung mit Laser an Bedeutung zu. Bei der TUR wird die Prostata mit einer Schlinge entfernt, die an einem langen starren Stab in die Harnröhre eingeführt wird. Der Operateur hat über eine Optik Sicht. Die mit einer Schlinge herausgeschnittenen Gewebereste werden durch eine Spülung entfernt. Es wird jedoch nur das Prostatagewebe entfernt, die umhüllende Kapsel bleibt erhalten. Die Operation ist mit dem Aushöhlen einer Frucht durch ein kleines Loch vergleichbar, wobei die Schale jedoch intakt bleibt. Auch nach der erfolgreichen Operation bleiben immer Reste von Prostatagewebe erhalten, sodass diese Patienten weiterhin die Vorsorgeuntersuchung wegen eines Prostatakarzinoms durchführen lassen sollten.

Eine wichtige Komplikation der TUR-P ist die sog. retrograde (rückwärtige) Ejakulation, bei der Samenflüssigkeit in die Blase gelangt. Das führt nicht selten zur Zeugungsunfähigkeit. Abgesehen davon wird dieser Umstand von den Betroffenen jedoch nicht als störend erlebt. Libido, Erektion und Orgasmusfähigkeit bleiben erhalten.

Während oder nach einer TUR-P kann ein TUR-Syndrom entstehen, wenn Spülflüssigkeit über eröffnete Gefäße in den Blutkreislauf gelangt. Dadurch sind Elektrolytverschiebungen und eine deutliche Kreislaufbelastung mit der Gefahr des Schocks oder des Lungenödems möglich. Die Operation wird in diesem Fall sofort abgebrochen und der Patient intensivmedizinisch betreut. Dort kann dann der Elektrolyt-, Säure-Basen- und Wasserhaushalt stabilisiert werden.

Fall: Er hat Glück. Die Histologie zeigt nur gutartiges Gewebe, wenngleich die Wucherung sehr beeinträchtigend ist. Und so folgen auf die Erleichterung, dass es sich nicht um einen Krebs handelt, sogleich die Sorgen wegen der Operation selbst und ihren möglichen Folgen und Risiken. Doch die Mediziner versuchen, ihn zu beruhigen. Auf seine Sexualität wird die Operation höchst wahrscheinlich keinerlei Auswirkungen haben, eventuell auf seine Fruchtbarkeit, aber darüber macht sich Alexander T. keine Gedanken – solche Pläne verfolgt er nicht mehr.

Was tut die Pflege bei Prostaadenom? Viele Pflegeempfänger haben unausgesprochene Ängste vor den möglichen Komplikationen des Eingriffes. Ein sensibles Begleiten und Schaffen von Gesprächsmöglichkeiten von Seiten der Pflege kann hier unterstützend wirken. Die postoperative Überwachung ist nach dem eher routinemäßigen Eingriff sehr speziell und anspruchsvoll. Nach der Resektion der Prostata bleibt ein Hohlraum zurück, da die Kapsel nicht mit entfernt wird. Es werden anschließend Medikamente gegeben, die den Wundschluss in dem Hohlraum unterstützen sollen, gleichzeitig aber die Bildung von Koageln im Hohlraum begünstigen können. Da es dennoch aus der Kapsel und den Resten an Prostatagewebe weiterbluten kann, wird zusätzlich ein sog. Tamponadenkatheter gelegt, der die Kapselwand von innen komprimiert, um die Blutung zu stillen. Zusätzlich wird die Blase kontinuierlich mit steriler Flüssigkeit gespült, was oft über den gleichen Katheter (Dreilumenkatheter) möglich ist. Das austretende Blut soll dadurch möglichst stark verdünnt werden, damit sich keine Blutkoagel bilden. Solche Koagel können nicht nur den Spülkatheter, sondern die Blase selbst verstopfen und eine Blasen tamponade entstehen lassen. Der Harn, das Blut und die Spülflüssigkeit stauen sich dann in der Blase und u.U. auch bis in die Nieren zurück, wobei gleichzeitig ein unerträglicher Blasendruck entsteht. Gleichzeitig dehnt der Druck die Wunde weiter auf, was neuerliche Blutungen provoziert. Entscheidend ist hier die sorgfältige, engmaschige Kontrolle der Blasen spülung. Wenn alle Methoden versagen, müssen eventuelle Koagel manuell über eine sterile Blasen spülung oder notfalls über ein Zystoskop entfernt werden. Die gesamte Wundheilung ohne ständiges Nachblutungsrisiko ist erst nach 6–8 Wochen vorüber. Solange sind die Belastbarkeit durch körperliche Erschütterungen, Sport, Arbeiten, Temperaturschwankungen, starkes Pressen und auch der

Geschlechtsverkehr eingeschränkt. Eine Obstipationsprophylaxe ist wichtig, um starkes Pressen zu vermeiden.

Zu den möglichen frühen postoperativen Komplikationen, auf die die Pflege achten muss, gehören Nachblutungen, Nebenhodenentzündung (Epididymitis) und Lungenembolien. Später können sich als Folge der Operation Harninkontinenz, Verwachsungen der Harnröhre (Strikturen) oder chronische Harnwegsinfekte einstellen.

Die Ein- und Ausfuhrkontrolle mit gleichzeitiger Kontrolle der Urinmenge ist wichtig, um frühzeitig Nierenfunktionsstörungen erkennen zu können. Auch die regelmäßige Katheterpflege ist meist notwendig, da es neben dem Katheter oft zu Sekretbildungen und damit zur Gefahr aufsteigender Infektionen kommt.

Ist keine Spülung mehr notwendig, wird meist ein Zweilumenkatheter gelegt. Danach wird nicht selten ein Kontinenztraining nötig, da der Sphinkter durch den doch sehr dicken Katheter recht aufgeweitet ist. Außerdem haben die Patienten meist schon längere Zeit eine hypertrophierte Blase, die sich zunächst zurückbilden muss. Sollte eine postoperative Inkontinenz vorliegen, kann auch über ein Beckenbodentraining nachgedacht werden.

Fall: Während der ganzen Heilungszeit hat Alexander T. Beschwerden beim Wasserlassen, doch er versucht, sich darüber keine Sorgen zu machen. Schließlich hat man ihm das so prophezeit. Und solange er um eine Nachresektion herumkommt, die einen Teil der Betroffenen nach einigen Jahren erwartet, will er sich nicht beklagen.

Anna hat er noch näher kennen gelernt nach einer Weile werden sie ein Paar. Von seinen früheren Beschwerden bekommt sie nichts mehr mit, und wenn er jetzt vor Freude strahlend am Stammtisch sitzt, geraten seine Freunde ins Grübeln und fragen sich, ob sie vielleicht auch einmal zum Arzt gehen sollten.