

Die Therapie des Prostatakarzinoms nach Transplantation: Indikation zur perinealen Prostatektomie

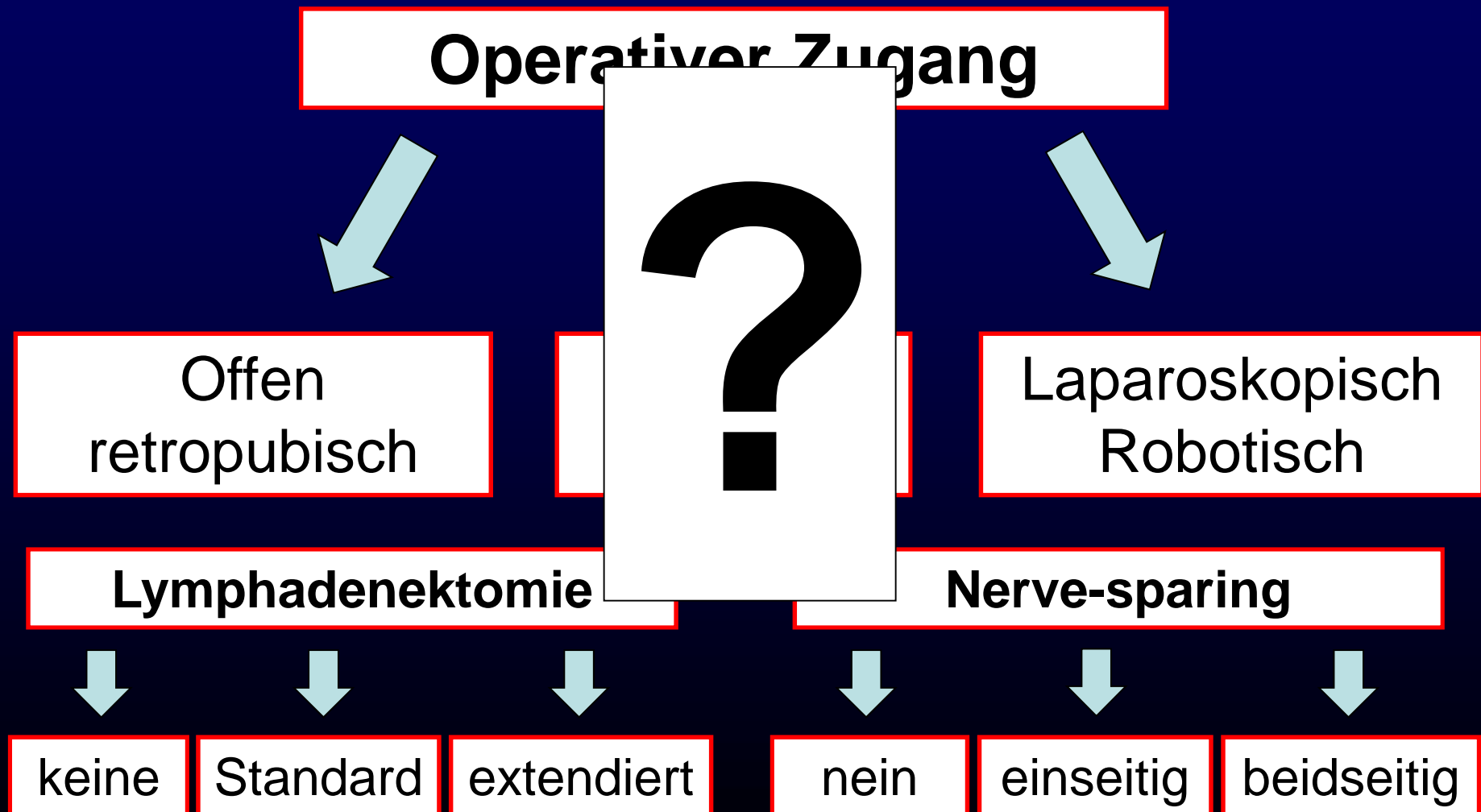
Dr. Mohamed Kamal Gheith

Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsmedizin Mainz

Problemstellung:

Welcher Zugang sollte gewählt werden, wenn die Indikation zur operativen Therapie des Prostatakarzinoms gegeben ist?

Möglichkeiten der radikalen Prostatektomie



Vorgehen bei Prostatakarzinom nach Nierentransplantation: Mainzer Konzept

Operativer Zugang

Offen
retropubisch

Offen
perineal

Laparoskopisch
Robotisch

Lymphadenektomie

keine

Standard

extendiert

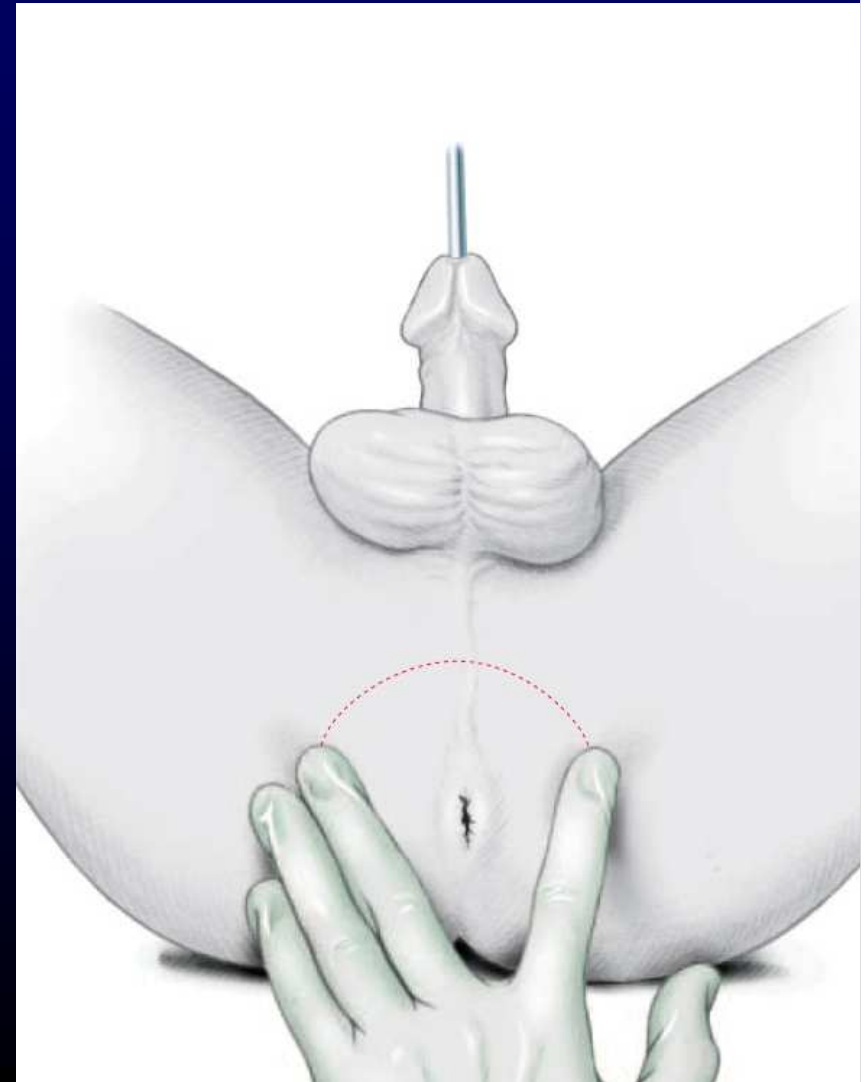
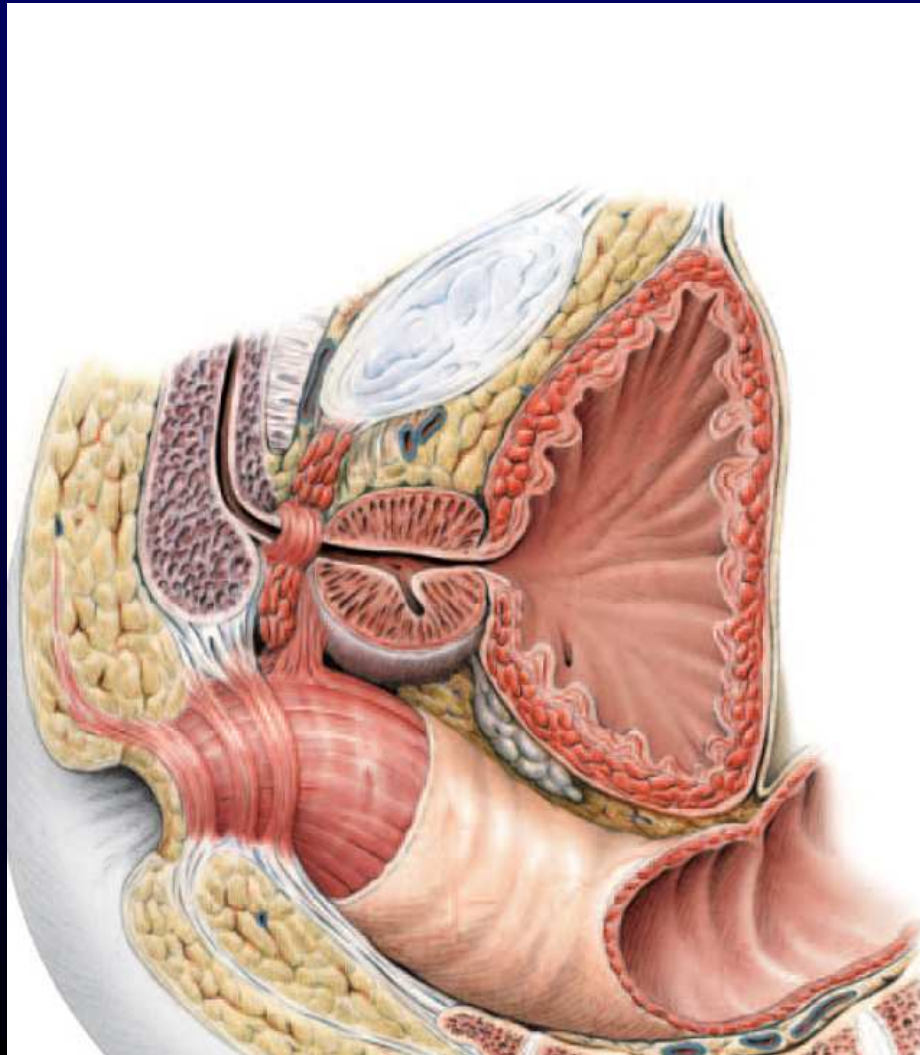
Nerve-sparing

nein

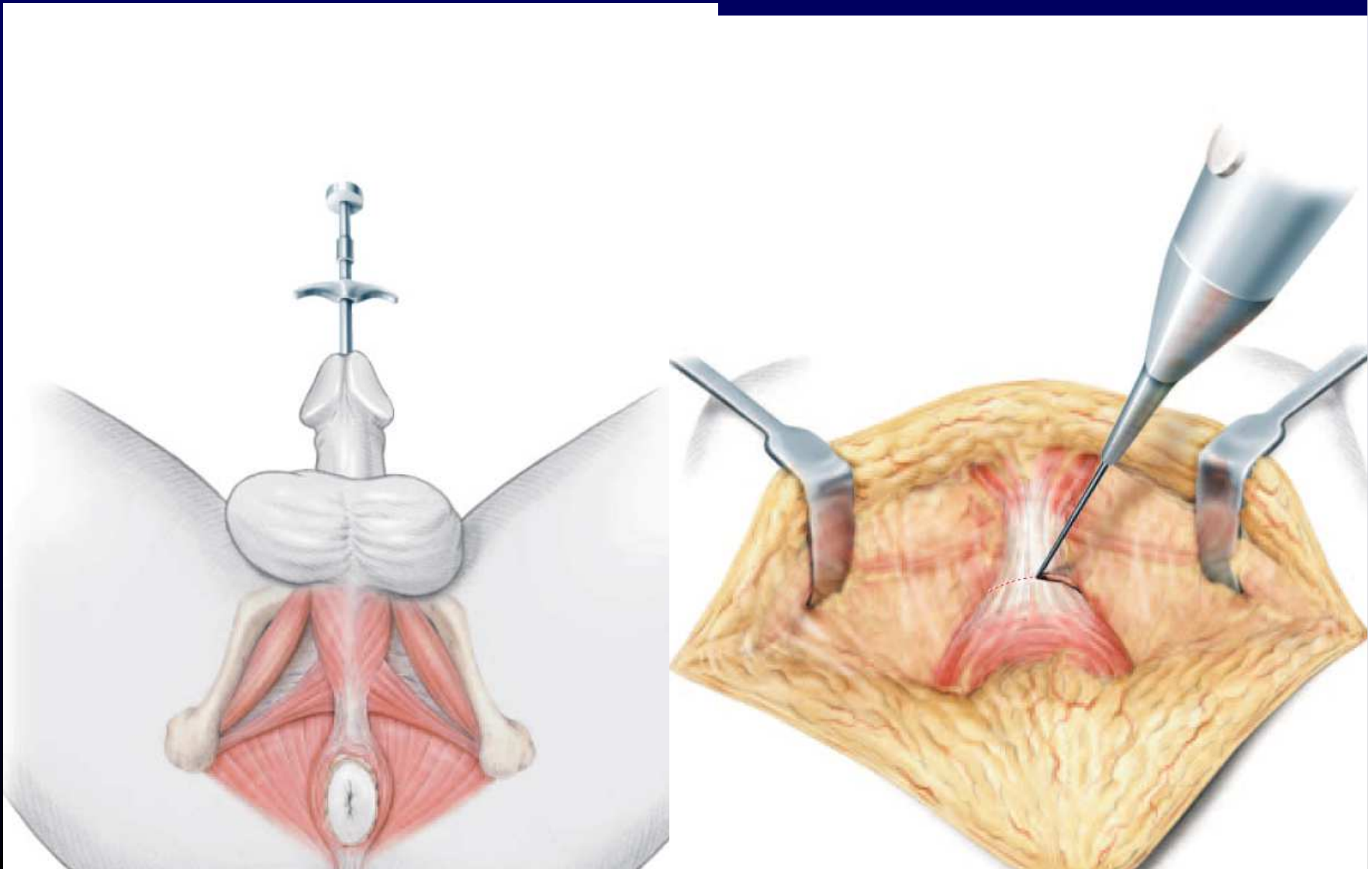
einseitig

beidseitig

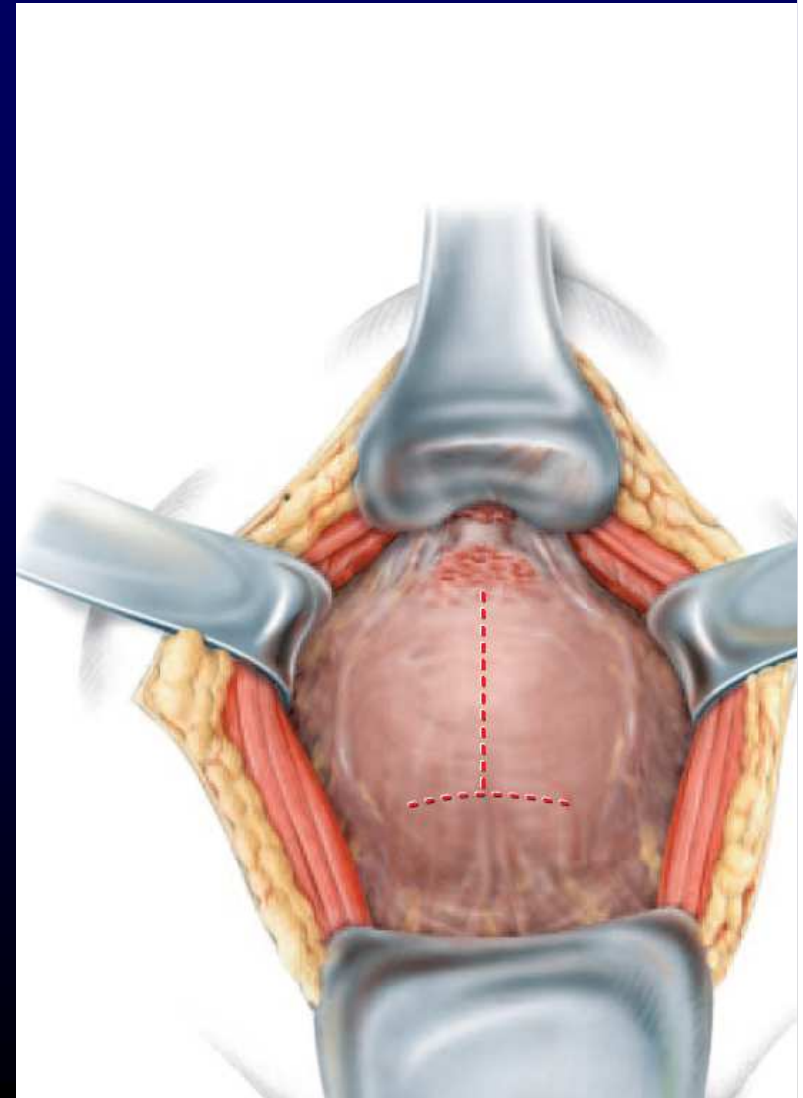
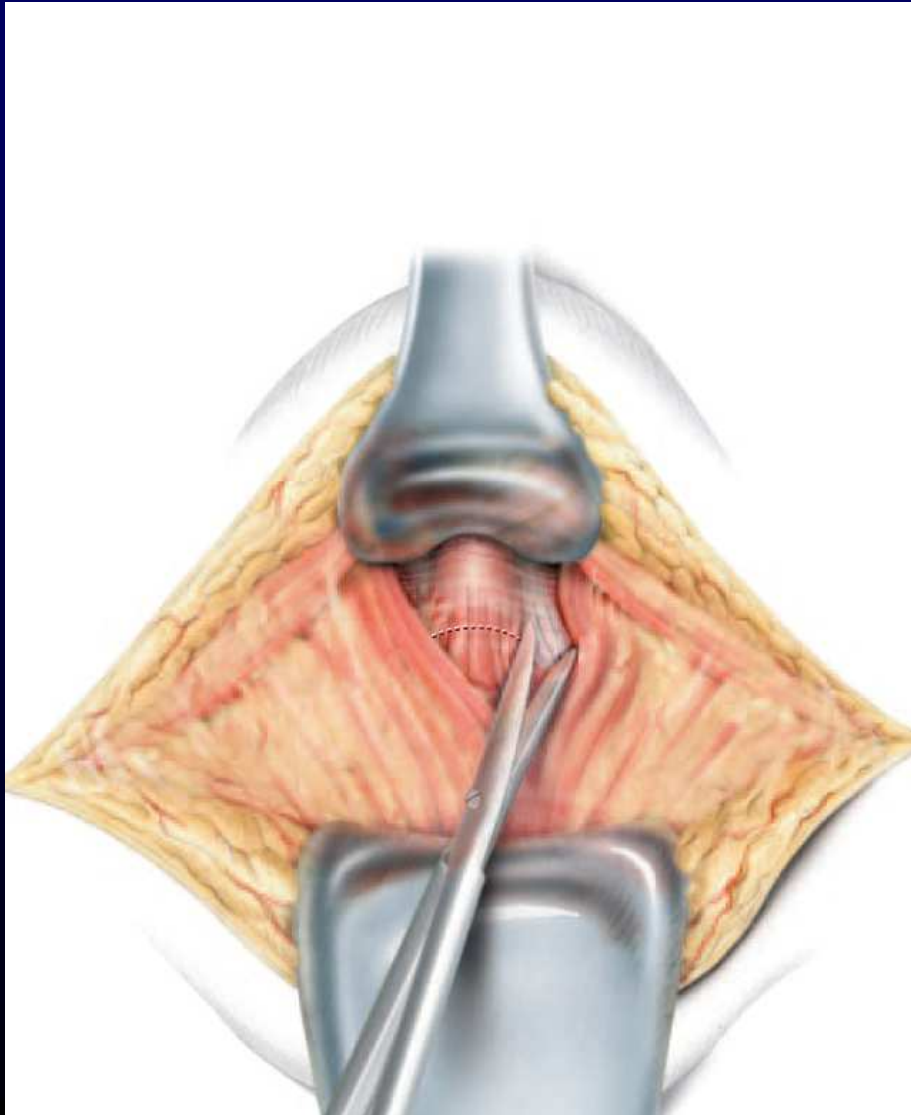
Perineale radikale Prostatektomie:



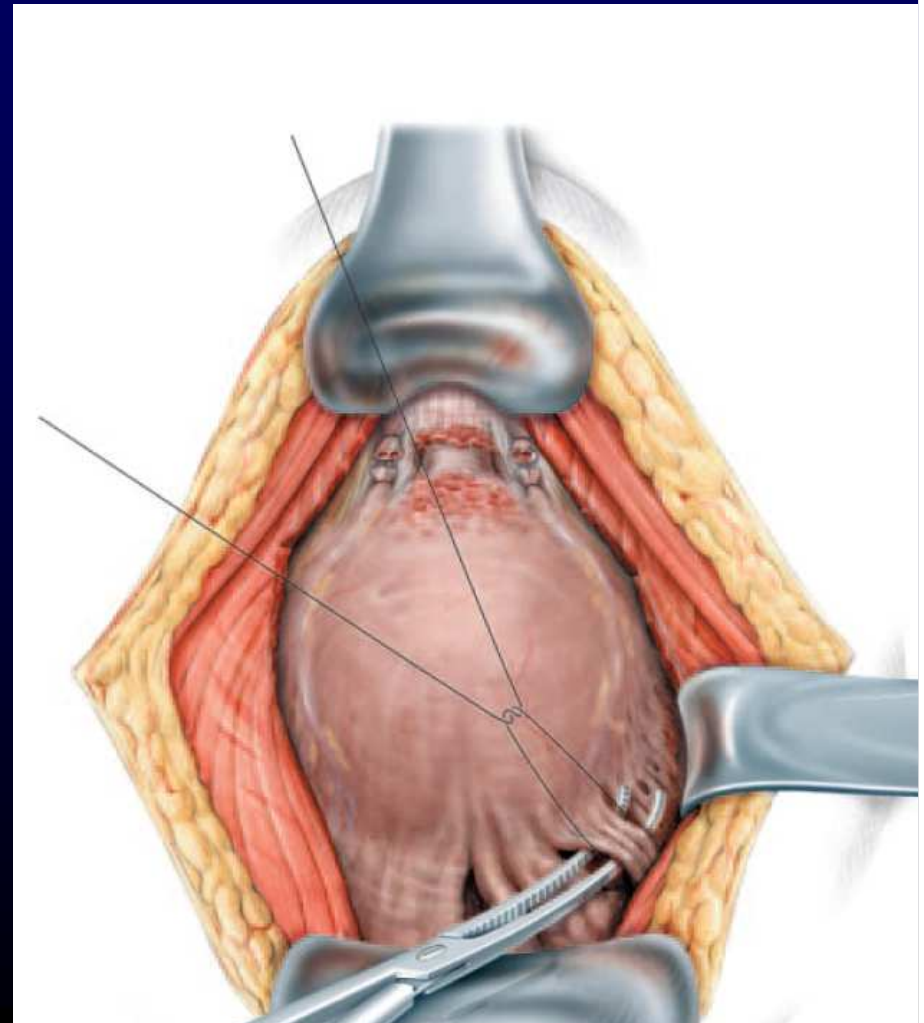
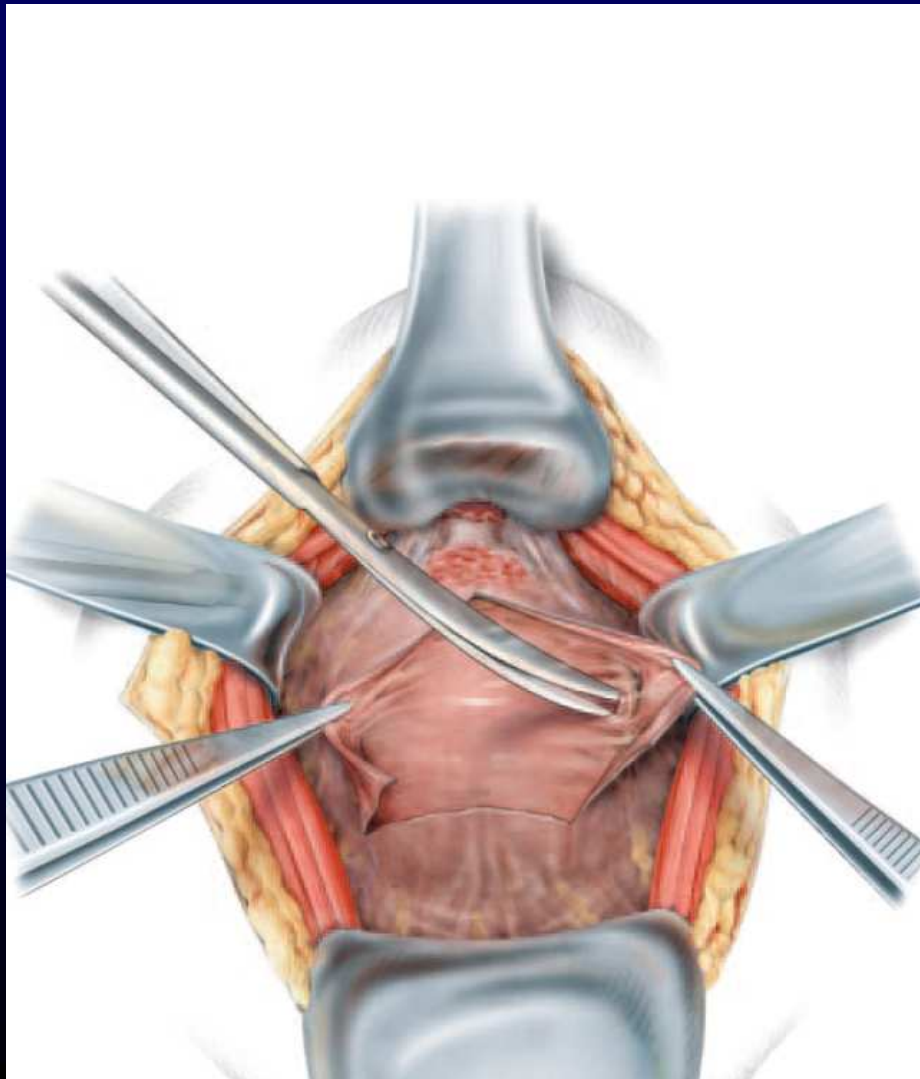
Perineale radikale Prostatektomie:



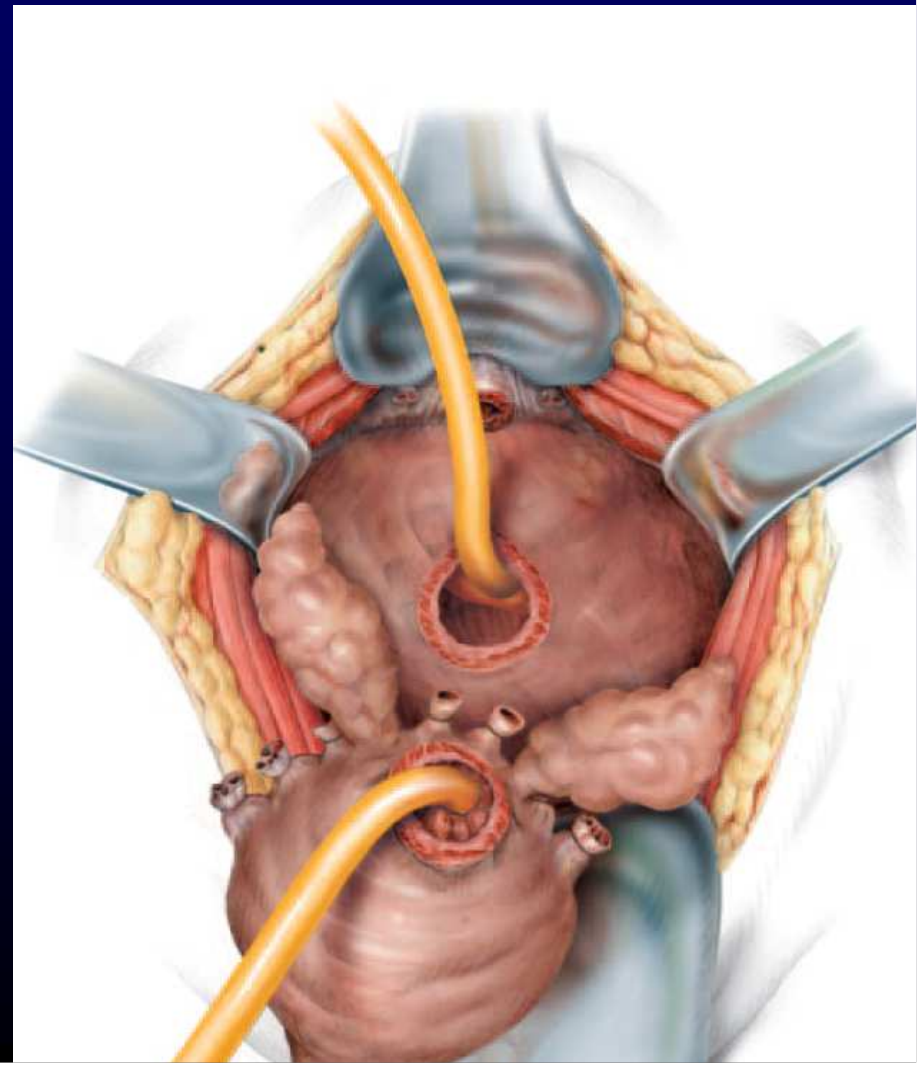
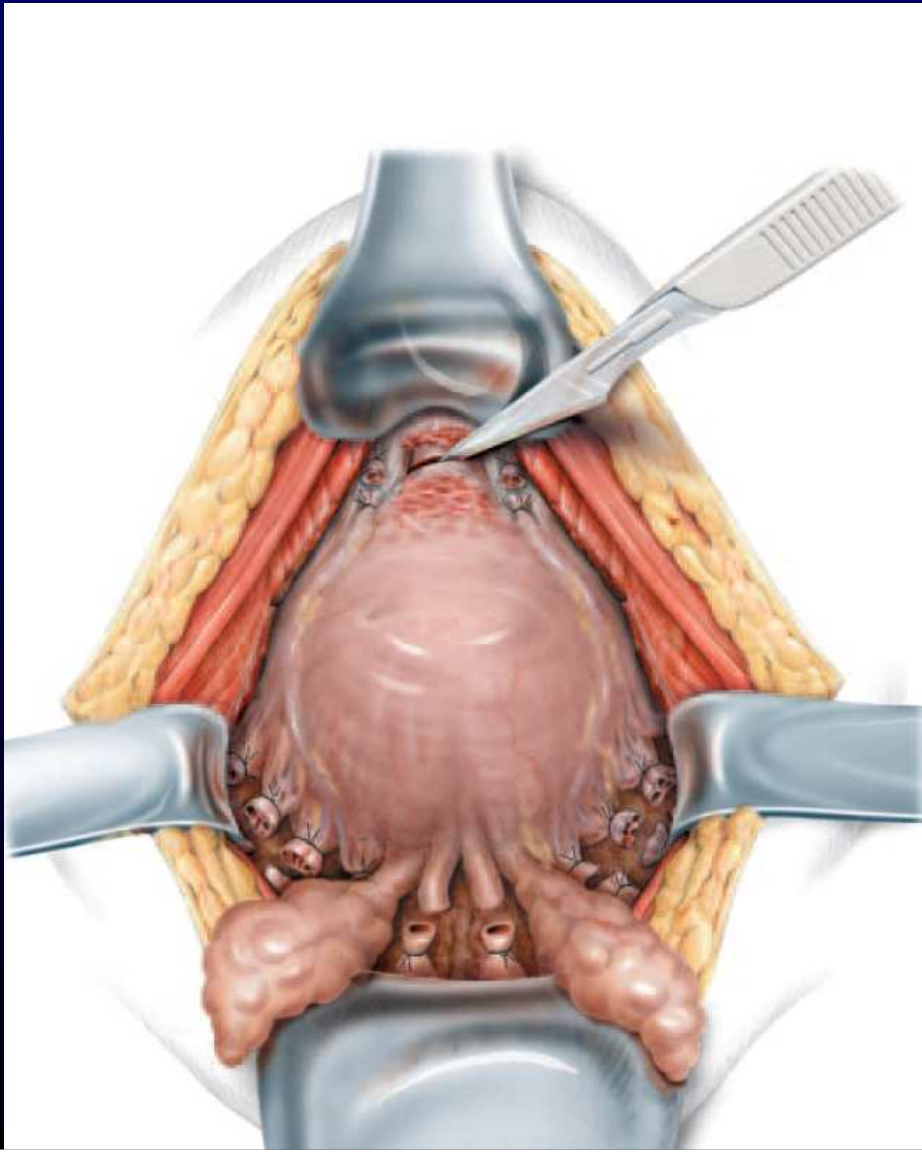
Perineale radikale Prostatektomie:



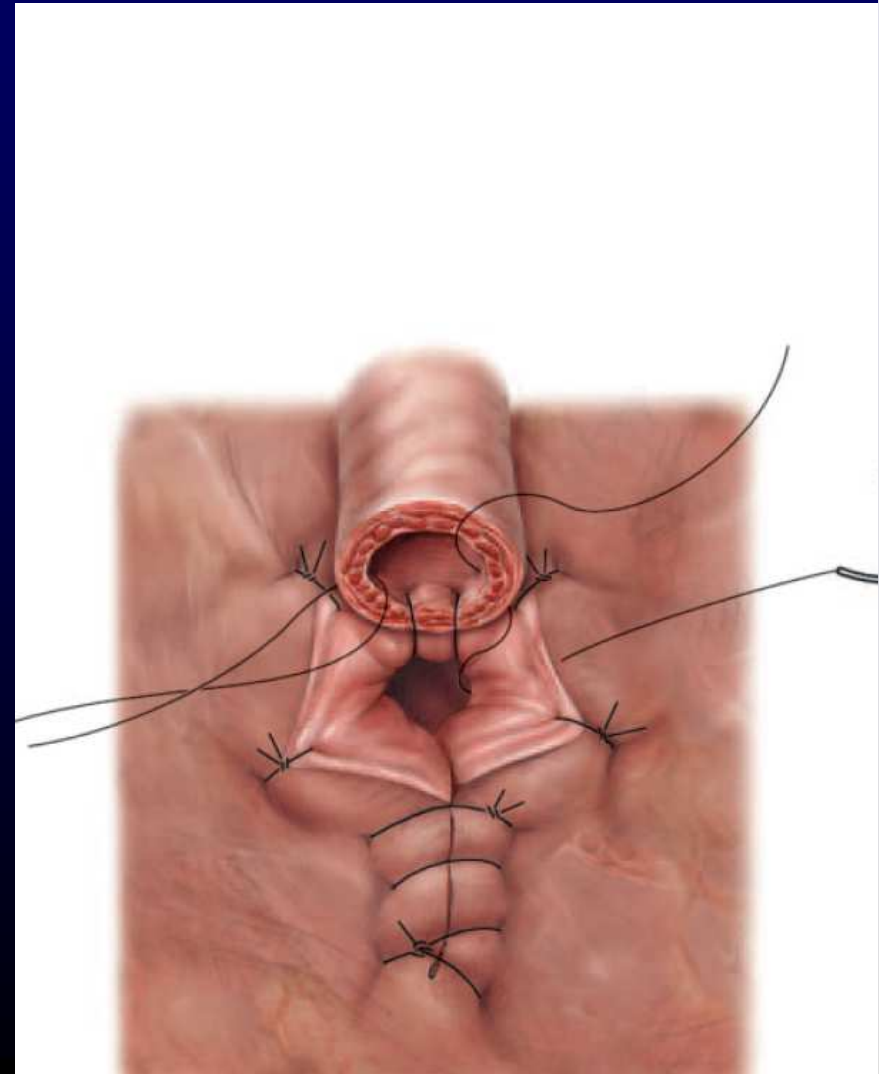
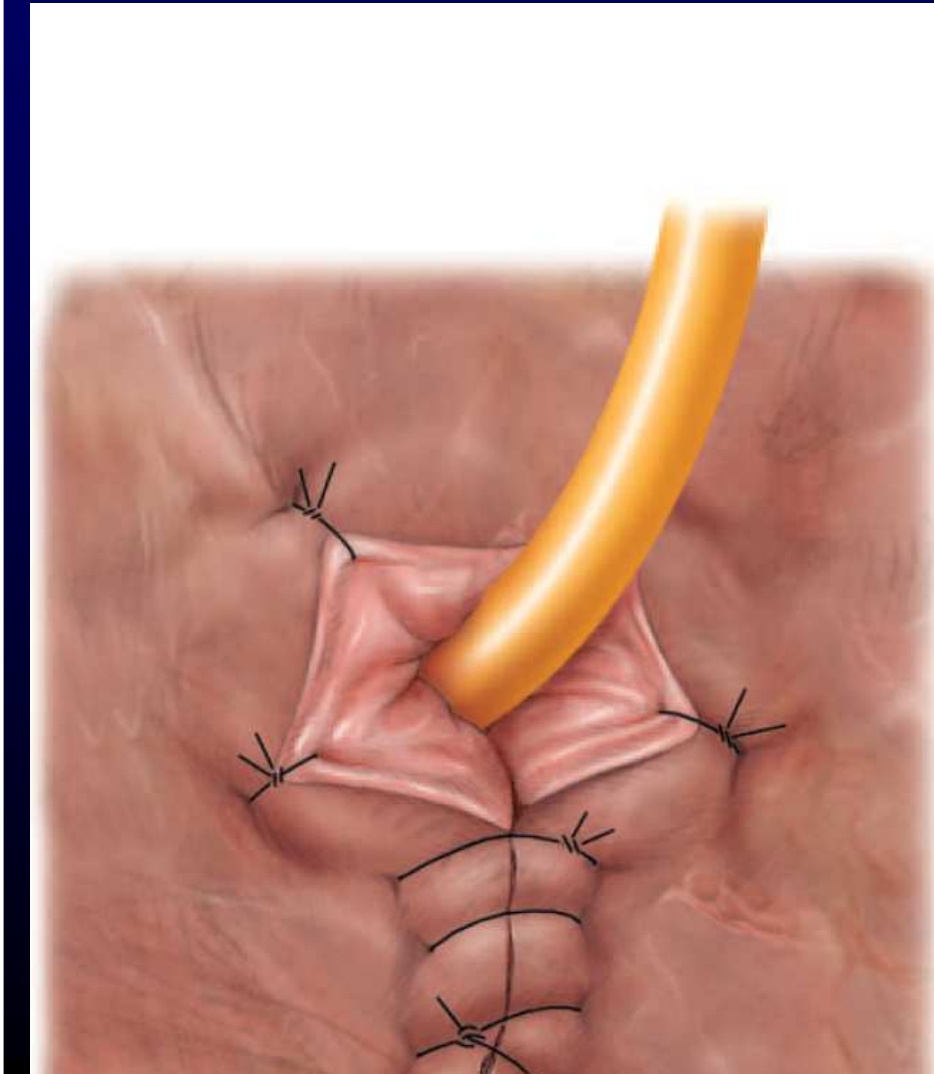
Perineale radikale Prostatektomie:



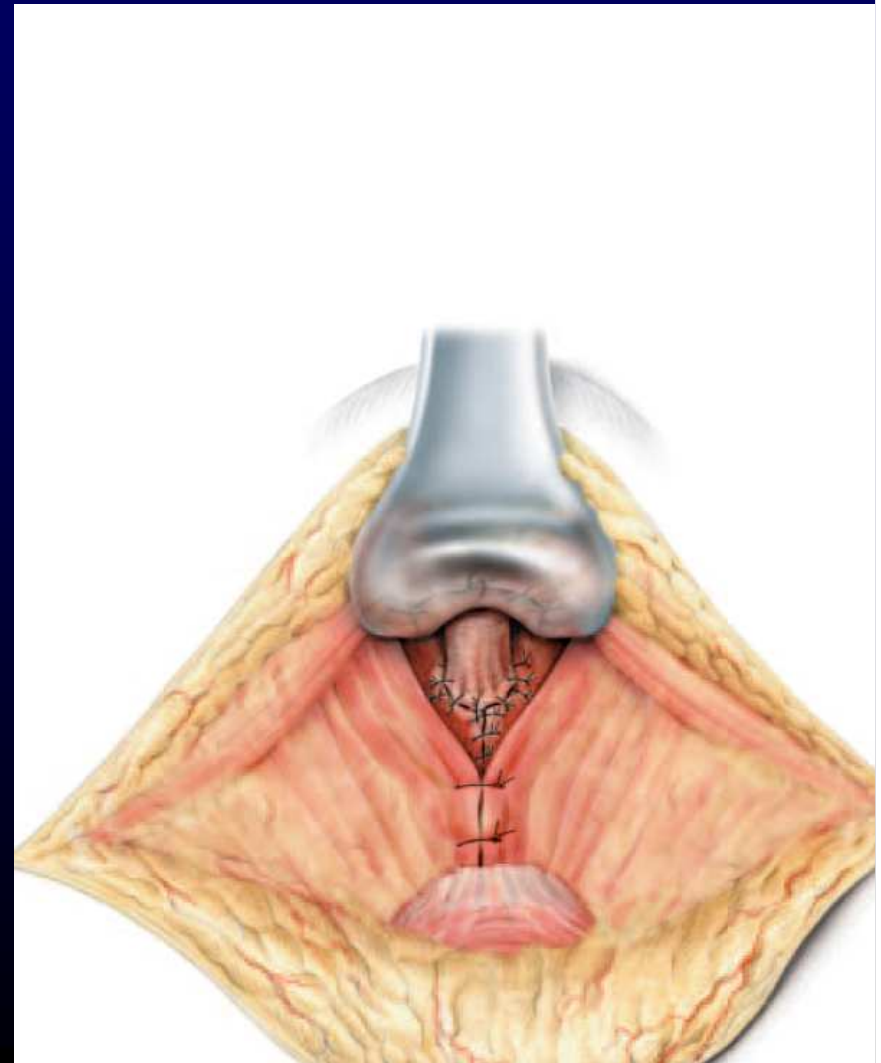
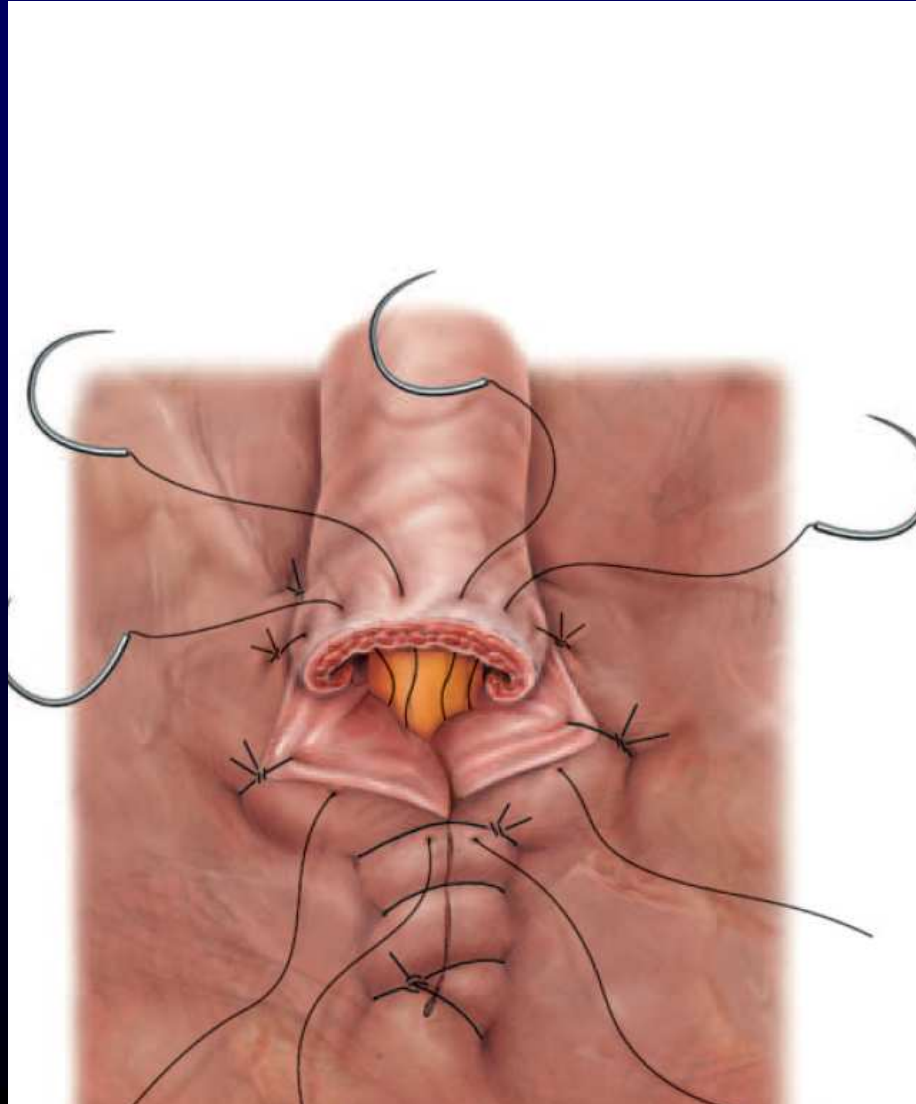
Perineale radikale Prostatektomie:



Perineale radikale Prostatektomie:



Perineale radikale Prostatektomie:



♂61 Jahre, Z.n. Nierentranspl. re. 2000 bei
Nephrosklerose

2003: PSA 14.5, T1c, Gleason 6, 5/12 bds.

**Perineale RPx
keine PLND
kein nerve-sparing**



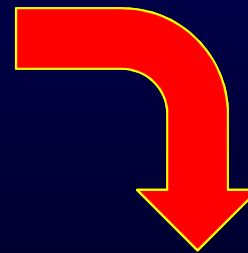
**Histologie Prostatektomiepräparat:
pT2c, Gleason 3+5=8, pR0**

♂62 Jahre, Z.n. Nierentranspl. re. 2000 bei Nephrosklerose

2003: PSA 14.5, T1c, Gleason 6, 5/12 bds.

Weiterer Verlauf:

- PSA-Progress auf 0.3ng/ml nach 5 Jahren
- 2008 Nephrektomie links bei lymphogen metastasiertem RCC



2010 † (mRCC)

♂ 65 Jahre, Z.n. Nierentranspl. re. 1993
bei Zystennieren

2004: PSA 5.2, T1c, Gleason 4, 5/9 bds.

**Perineale RPx
keine PLND
kein nerve-sparing**



**Histologie Prostatektomiepräparat:
pT2c, Gleason 3+3=6, pR0**

♂ 65 Jahre, Z.n. Nierentranspl. re. 1993 bei Zystennieren

2004: PSA 5.2, T1c, Gleason 4, 5/9 bds.

Weiterer Verlauf:

- 5 Jahre post-OP PSA <0.01
- 1/2010 Proximale Harnleiterenge des Transplantats mit Harntransportstörung
- 1/2010 DJ-Einlage für 4 Wochen
- Frustranter Auslassversuch
- Boari-Hitch 6/2010

*„Nach Nierentransplantation
steht der mögliche Benefit einer
PLND gegen das Risiko einer
Harnleiterverletzung“*

Literaturübersicht:

Radikale retropubische Prostatektomie am häufigsten beschriebener Zugang (ca. 31 beschriebene Fälle)

Vorteile:

- Etablierte Technik, „Goldstandard“ in der operativen Therapie des PCa

Nachteile:

- Hohe Gefahr der Transplantatschädigung durch den Retraktor
- Gefahr der Harnleiterverletzung
- Schwierige Lymphadenektomie
- Re-Transplantation deutlich erschwert

Literaturübersicht:

Radikale perineale Prostatektomie am zweithäufigsten beschriebener Zugang (ca. 19 beschriebene Fälle)

Vorteile:

- Minimales Risiko der Transplantatschädigung und des Ureters
- Re-Transplantation nicht erschwert

Nachteile:

- Früher Standard-Technik, heute jedoch zunehmend verdrängt durch laparoskopische Zugänge
- Keine Lymphadenektomie möglich (cave: High Risk PCa)

Literaturübersicht:

Radikale laparoskopische Prostatektomie beschrieben
(kaum Literatur vorhanden, insgesamt 16 Patienten)

Vorteile:

- Theoretisch „minimalinvasiver“ Zugang mit Möglichkeit der Lymphadenektomie und des Nerverhaltes
- In der Literatur jedoch meistens ohne Lymphadenektomie und ohne Nerverhalt durchgeführt (16 Fälle / 1 mit PLND und n.s.)

Nachteile:

- Hohe Rate an Rektumverletzungen (2 / 9 Patienten)
- Präoperative Harnleiterschienung empfohlen

Literaturübersicht:

Radikale robotische Prostatektomie beschrieben (kaum Literatur vorhanden, insgesamt 12 Patienten)

Vorteile:

- Theoretisch entsprechend des laparoskopischen Zugangs
- Durchführbarkeit der Lymphadenektomie und des Nerverhaltes häufiger beschrieben im Vergleich zur laparoskopischen Prostatektomie (jeweils in > 50% der beschriebenen Fälle)

Nachteile:

- Bisher keine spezifischen Nachteile
- Kleine Patientenzahl!

Schlussfolgerung:

- Der Schutz des Transplantats hat die höchste Priorität bei RPx nach Nierentransplantation
- Der perineale Zugang reduziert die Gefahr einer Nieren- oder Harnleiterschädigung auf ein Minimum.
- Der Stellenwert der robotischen Prostatektomie nach Nierentransplantation muss zukünftig definiert werden