

Empfehlung für Patienten nach radikaler Prostatektomie

Mit diesem separaten Merkblatt wollen wir darauf aufmerksam machen, dass wir einige der Empfehlungen, die wir Ihnen, sehr geehrter Herr Patient, mit nach Hause geben, geändert bzw. standardisiert haben.

Wir hoffen, dass Sie mit diesen Empfehlungen einverstanden sind.

1. Postoperative Thromboseprophylaxe

In den aktualisierten interdisziplinären S3-Leitlinien wird empfohlen, die postoperative Thromboseprophylaxe nach radikaler Prostatektomie zu ändern. Empfohlen wird die Fortführung einer Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin (i.A. wenn keine Kontraindikationen bestehen: z.B. Lovenox 40 mg 1 x tgl.) für weitere drei Wochen nach Entlassung der Patienten.

2. Marcoumarpatienten, Plavix und ähnliche Medikamente

Erneuter Beginn der Marcoumartherapie und anderen Blutgerinnungshemmern am Ende der Thromboseprophylaxe mit Lovenox durch den Hausarzt.

3. Empfehlungen zur adjuvanten Strahlentherapie

Wie empfehlen prinzipiell die adjuvante Radiatio nur bei pT3 R1, nicht bei pT2 R1-Tumoren, es sei denn, hier ist der positive Absetzungsrand extrem groß und weist Gleason 4-Anteile auf. Bei pT3 R0-Tumoren würden wir ebenfalls keine adjuvante Radiatio empfehlen.

Bei positivem Lymphknotenstatus ist die Datenlage unklar. Eine Abwägung wird je nach Tumorstadium und R1-Status stattfinden.

Wenn jedoch die Entscheidung für eine Nachbestrahlung hier getroffen werden soll, dann erst in einem erweiterten Feld mit ca. 50 Gy, um dann auf die eigentliche Prostataloge bis zu 64-66 Gy zu ergänzen (Boost).

Für eine begleitende Hormontherapie zu einer solchen adjuvanten Nachbestrahlung gibt es keine eindeutigen Daten, so dass wir darauf verzichten. Wir werden jeden einzelnen Patienten mit einer R1-Situation gemeinsam mit unseren Pathologen in der wöchentlichen Tumorboard-Konferenz besprechen und dann auf dieser Grundlage, aber auch individuell zugeschnitten eine Empfehlung in unserem Arztbrief geben. Wir werden ferner jeden einzelnen Patienten mit einer N1-Situation in unserer wöchentlichen Tumorkonferenz mit den Kollegen der Strahlentherapie besprechen, um die eventuellen individuellen Abweichungen von unserer grundsätzlichen Haltung zu besprechen und dann auch in dem Arztbrief wiederzugeben.

4. Zystogramm

Seit einiger Zeit verzichten wir bei allen Patienten auf das routinemäßige Zystogramm vor Katheterentfernung. Wir haben uns in der Vergangenheit ausschließlich danach gerichtet, dass keine sichtbare Makrohämaturie mehr bestand. Wenn der Urin klar ist, kann der Katheter auch ohne Zystogramm gezogen werden, im Allgemeinen ab dem 7. postoperativen Tag.

5. Therapie der Erektionsfähigkeit

Um die Ergebnisse der postoperativen Erektionsfähigkeit zu verbessern, empfehlen wir in der Phase nach der Operation bei Bedarf die Einnahme eines PDE-5 Inhibitors, wenn von kardialer Seite keine Kontraindikationen bestehen. Konkret sollte mit einer niedrigen Dosierung (z.B. Vardenafil 10 mg, Sildenafil 50 mg oder Tadalafil 10 mg) begonnen werden. Zu beachten ist das Intervall bis zum Wirkstoffspitzenspiegel (1 Stunde bei Sildenafil und Vardenafil, 2 Stunden bei Tadalafil). Sollten sich hierunter keine geschlechtsverkehrsfähigen Erektionen einstellen, wäre eine Dosiserhöhung sinnvoll (z.B. Vardenafil 20 mg, Sildenafil 100 mg oder Tadalafil 20 mg). Sollte sich dann weiterhin kein Erfolg zeigen, wäre der Beginn einer temporären Schwellkörperinjektionstherapie zu erwägen. Andere Therapien wären noch die intraurethrale Gabe von Muse 1000 myg und die Anwendung einer sogenannten Vakuumpumpe.

(Literatur: Montorsi F, Brock G, Lee J, Shapiro J, Van Poppel H, Graefen M, Stief C: Effect of nightly versus on-demand vardenafil on recovery of erectile function in men following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. Eur Urol. 2008 Oct;54(4):924-31)

6. Körperliche Aktivität

Wir empfehlen im Hinblick auf die oft gestellte Frage nach körperlicher Aktivität, dass sportliche Betätigung, Schwimmen, Sauna etc. 4 Wochen postoperativ wieder aufgenommen werden kann. Wir empfehlen, eventuelles Beckenbodentraining / Physiotherapie frühestens ab der 2. Woche postoperativ zu beginnen, dies kann in Einzelfällen auch erst später sein.

7. Nachsorge

Grundsätzlich ist es üblich in den ersten zwei Jahren sich alle drei Monate einer Kontrolle zu unterziehen. Für die weiteren drei Jahre wird das Intervall auf halbjährliche Kontrollen ausgeweitet. Danach wird jährlich eine PSA-Kontrolle + klinischer Untersuchung durchgeführt.

8. PSA-Rezidiv

In den aktuell veröffentlichten S3-Leitlinien wird ein PSA-Wert von 0,2 ng/ml als Grenzwert für das Rezidiv empfohlen. Dieser Empfehlung wollen wir uns nun anschließen

(Diese Empfehlungen sind dem postoperativen Empfehlungsbogen der Martini-Klinik, Hamburg nach empfunden.)