

## Radikale Prostatektomie: Welche Faktoren entscheiden über die Kontinenz?

Ob ein Patient in der Frühphase nach radikaler Prostatektomie inkontinent wird, hängt entscheidend davon ab, welches Verfahren bei der OP eingesetzt wird. So stehen die Chancen auf ein Leben ohne Vorlage bei blasenhalserhaltender Technik deutlich besser als nach Blasenhalsexzision. Anders als vermutet, scheint das Alter kaum eine Rolle für die Prognose zu spielen, sehr wohl dagegen die sexuelle Funktion vor dem Eingriff.

Unmittelbar nach einer radikalen Prostatektomie sind die meisten Patienten zunächst inkontinent. Die Schließfunktion stellt sich im Mittel nach 4,5 Monaten wieder ein, nach einem Jahr können 95 % der Patienten das Wasser wieder vollständig halten. Italienische Forscher haben nun den Einfluss verschiedener operativer Techniken sowie patientenspezifischer Faktoren wie Alter und erektile Funktion auf die frühe postoperative Kontinenz untersucht. Hierzu erfassten sie den Kontinenzstatus von 1.972 prostatektomierten Männern, deren Blasenfunktion präoperativ voll intakt war. Diese wurden einen Monat nach dem Eingriff in drei Gruppen eingeteilt: vollständig kontinente Patienten (Gruppe A), Patienten mit minimaler Stressinkontinenz, die maximal eine Vorlage pro Tag benötigten (Gruppe B) sowie

Patienten mit ausgeprägter Harninkontinenz, die täglich mehrerer Vorlagen bedurften (Gruppe C).

Zum Untersuchungszeitpunkt waren nur 32,7 % der Patienten vollständig kontinent. 41,1 % benötigten maximal eine Vorlage, 26,3 % mehr als eine Vorlage täglich. Im Vergleich der OP-Verfahren schien ein nervenschonender Eingriff das Ergebnis gegenüber dem nicht nervenerhaltenden Verfahren nicht maßgeblich zu verbessern: Nach Ersterem hatten 40 % der Patienten ihre Kontinenz bereits im ersten Monat wiedererlangt, 39 % waren minimal, 21 % deutlich harninkontinent. Nach nicht nervenschonender Prozedur lagen die Raten bei 26 %, 43 % und 31 % ( $p = 0,895$  in der multivariaten Analyse). Dagegen war der Benefit einer blasenhalserhaltenden OP gegenüber dem nicht

erhaltenden Verfahren signifikant: Im ersten Fall konnten 36 % der voll kontinenten Gruppe A zugeordnet werden, im zweiten nur 16 % ( $p = 0,003$ ).

Auch die präoperative erektile Funktion, gemessen mittels IIEF (International Index of Erectile Function), war ein entscheidender Einflussfaktor ( $p = 0,040$ ), ebenso wie die Eingriffsdauer (je kürzer, desto besser;  $p = 0,007$ ) und der Katheterdurchmesser (je dünner desto besser;  $p = 0,046$ ). Dagegen ließ das Alter des Patienten keinen Rückschluss auf ein frühes Wiedererlangen der postoperativen Kontinenz zu.

**Fazit:** Bei der radikalen Prostatektomie kann die Wahl eines Verfahrens mit Blasenhalserhalt signifikant dazu beitragen, dass die Patienten innerhalb eines Monats nach dem Eingriff wieder kontinent sind. Dagegen scheint es kaum eine Rolle zu spielen, ob nervenschonend oder nicht nervenschonend operiert wird. Im Gegensatz zum Alter des Patienten ist die präoperative erektile Funktion ein guter prognostischer Faktor für das frühe Wiedererlangen der Kontinenz. *Dr. Elke Oberhofer*

Gacci M. et al. Factors predicting continence recovery 1 month after radical prostatectomy. Results of a multicenter survey. *Int J Urol* 2011; 18: 700–8

## Unverheiratete Krebspatienten sterben früher

Wirkt sich eine Ehe positiv auf die Lebenserwartung aus? Anhand von Daten aus einem norwegischen Krebsregister kann diese Frage bejaht werden.



© Scott Griesel/panthermedia.net

Warum korreliert die Krebssterblichkeit mit dem Familienstand?

Hat sich die Überlebensrate Krebskranker in den letzten 40 Jahren verändert, und wenn ja, wie? Diese Frage stellten sich norwegische Forscher. In ihre Überlegungen bezogen sie den Familienstand mit ein. Ausgewertet wurden die Daten von 440.000 Krebskranken. Diese waren in den Jahren von 1970–2007 an Krebs erkrankt. Das Erkrankungsalter reichte von 30 bis zu 89 Jahren. Mit Zeit-Risiko-Regressionsmodellen konnten mehr als 200.000 Krebstote analysiert werden. Dabei konnte zwischen verheirateten, unverheirateten, geschiedenen, getrennt lebenden oder verwitweten Menschen unterschieden werden.

Demnach haben Unverheiratete ein höheres Sterblichkeitsrisiko – unabhängig von Alter, Bildung, Lage des Tumors, dem Zeitpunkt seiner Diagnose und dem Krebsstadium. Die Sterbequote für ledige Männer im Vergleich mit Verheirateten stieg von 18 % auf 35 %. Bei den ledigen Frauen nahm die Sterberate auf 22 % zu, von 17 % bei den Verheirateten.

**Kommentar:** Eine Ehe schützt offenbar in guten wie in schlechten Zeiten. Krebskranke Ehepartner überleben länger. Eine Erklärung gibt es dafür nicht. Möglich wäre, dass der Verheiratete zum Zeitpunkt der Diagnose in einer besseren körperlichen Verfassung ist und auf die Behandlung besser anspricht. *Prof. Kurt Malberg*

Kravdal H et al. Changes over time in the effect of marital status on cancer survival. *BMC Public Health* 2011; 11: 804