

Press release**Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.****Bettina-Cathrin Wahlers**

08/21/2006

<http://idw-online.de/en/news171912>Miscellaneous scientific news/publications, Scientific conferences, Transfer of Science or Research
Medicine, Nutrition / healthcare / nursing
transregional, national**Durchs Schlüsselloch operiert: Die Laparoskopie gehört heute zum modernen Standard in der Urologie****Urologen-Kongress in Hamburg - 105 Jahre Laparoskopie Minimal invasiv statt offen geschnitten - so lautet zunehmend das Motto in deutschen Operationssälen. Mehr als die Hälfte aller urologischen Eingriffe wird mittlerweile laparoskopisch durchgeführt. Trend steigend. Doch Experten mahnen zu Besonnenheit und Objektivität. Nicht alles, was laparoskopisch getan wird, ist auch bedingungslos gut.**

Mit einem Hund fing alles an. Vor 105 Jahren inspizierte der Dresdner Georg Kelling erstmals die Bauchhöhle eines Vierbeiners. Er füllte das Innere mit einem Gas, um die Sicht zu verbessern. Die Grundlage für eine der modernsten Operationstechniken, die Laparoskopie, war gelegt. Heute - gut ein Jahrhundert und viele Innovationen später - hat sich die Laparoskopie neben Endoskopie, offener Operation und Extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL) zum vierten Standbein innerhalb der Urologie entwickelt. Aus den deutschen Operationssälen ist sie nicht mehr wegzudenken.

Deshalb steht sie auch im Mittelpunkt des diesjährigen 58. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 20. bis 23. September 2006 in Hamburg. Dass das Thema zum 100-jährigen Jubiläum der DGU ausgesucht wurde, hat gute Gründe: Nicht nur, weil die Entwicklung seinerzeit von deutschen Experten ausging, nein die Laparoskopie ist auch die ureigene Sache der Urologen. Das Instrument, mit dem Kelling 1901 die Kavität des Hundes untersuchte, war nämlich ein von dem Urologen Maximilian Nitze 1879 erfundenes Zystoskop. Somit ebnete die urologische Endoskopie der Laparoskopie den Weg.

Öffnungen und Höhlen nutzen

Wo früher große Schnitte nötig waren, ersetzen heute je nach Indikation drei bis fünf kleine Löcher in der Bauchdecke den Zugang für den Operateur. Darüber legt der Arzt eine Art hohle Punktionsnadel. Über diese so genannten Trokare werden sowohl Kamera als auch Mikroinstrumente eingeführt. Das Herzstück einer laparoskopischen Operation ist der Bauchspiegel (Laparoskop). Dies ist ein etwa ein Zentimeter dünner und 30 Zentimeter langer Metallstab mit Linsensystem und Beleuchtung. Diese Optik ist mit einer hoch auflösenden Minikamera versehen, welche die Bilder aus dem Körperinneren liefert. Der Arzt operiert ausschließlich am Bildschirm. Der Vergrößerungseffekt der Bauchspiegelung ermöglicht es ihm, wichtige anatomische Strukturen im Detail zu erkennen.

Live dabei auf dem diesjährigen Urologen-Kongress

Wie erfahrene Operateure bei unterschiedlichen Indikationen laparoskopisch vorgehen, wird auf der 58. Jahrestagung der Urologen unter der Leitung von DGU-Präsident Professor Dieter Jocham anschaulich demonstriert. Top-Chirurgen aus der Urologie zeigen in Live-Operationen neueste Techniken, Instrumente und den Fortschritt der modernen Laparoskopie. "Wir werden am Tiermodell Schulungen und Hands-on-Kurse anbieten," berichtet Professor Jens Rassweiler, Vorsitzender des Arbeitskreises operative Techniken. "Die Videoübertragung bietet beim Thema Lernen einen entscheidenden Vorteil. Die Lernkurve bei der Laparoskopie ist zwar lang. Dafür können wir über das

Video-Mentoring zum Beispiel ganz anders assistieren und erklären. Auch im Tagesgeschäft ein Plus: Ich kann die OP auf dem Bildschirm verfolgen und jederzeit in den Operationsaal telefonieren. Bei einer offenen Operation geht das nicht."

Seit 15 Jahren führt der Ärztliche Direktor der Urologischen Klinik, SLK Kliniken Heilbronn, laparoskopische Eingriffe durch. Wie viele es mittlerweile sind, kann er schon gar nicht mehr sagen: "3000, 4000 oder auch 5000 mögen es gewesen sein." Für ihn steht fest: Die Laparoskopie hat sich durchgesetzt und wird dies auch weiterhin tun. "Da gibt es keine Diskussion. Früher war ich noch der Paradiesvogel, der verrückte Sachen gemacht hat, heute hat sich der Wind gedreht. Trotz aller Kontroversen geht der Trend eindeutig zur Laparoskopie. Bei der Niere steht die Laparoskopie beispielsweise längst in den Guidelines."

Pro & Contra

Eine saubere Technik, weniger Blutverlust, ein besseres kosmetisches Ergebnis und ein geringeres postoperatives Trauma sprechen für die Laparoskopie. Auch PD Dr. Christian Doehn gerät ins Schwärmen, wenn er von dieser Technik redet. Der leitende Oberarzt an der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck fasst die Vorzüge zusammen: "Bei einem laparoskopischen Eingriff sind die Schmerzen halb so groß, der Schmerzmittelverbrauch halb so hoch und der Klinikaufenthalt halb so lang." Dennoch bleibt der 41-Jährige objektiv. "Ich sehe die Thematik nicht unreflektiert. Denn es gibt keine vergleichenden Studien, so genannte Phase-III Studien, zwischen laparoskopischen und offenen OPs, die eindeutige Vorteile nachweisen." Doch auch ohne relevante Daten sehe er etwa bei der Nephrektomie die Präferenz klar bei der Laparoskopie. "Den Patienten geht es eindeutig besser." Sein Kollege Professor Paolo Fornara sieht das ähnlich: "Die Laparoskopie erweitert die operativen Möglichkeiten. Wir konzentrieren uns auf das Zielorgan und schaffen es dort zu arbeiten, ohne unnötige Schäden am Gewebe durch den operativen Zugang hinzunehmen."

Stecker-, Schlüsselloch- oder Knopflochchirurgie

Steckerlchirurgie (in Anlehnung an den bayerischen Steckerlfisch, Anm. d. Red.) nennt Fornara liebevoll, was andere als Video-, Schlüssel- oder Knopflochchirurgie bezeichnen.

Paolo Fornara ist einer der großen Verfechter und Befürworter der Laparoskopie: "Das heißt aber nicht, dass ich ein total unkritischer Anbeter der Methode bin. Nicht alles, was laparoskopisch machbar ist, ist gleichzeitig auch gut. Wir müssen diesen Einsatz klug abwägen," sagt der 50-Jährige. Ziel müsse immer sein, den Vorteil des laparoskopischen Eingriffes nachzuweisen und den für den Patienten besten Weg zu beschreiten. Bei aller Begeisterung müsse man ehrlich, ernst und korrekt mit der Technik umgehen.

Etwa 4000 laparoskopische Eingriffe hat der Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg seit 1992 durchgeführt. Bereits 1994 führte Fornara als erster weltweit in Lübeck eine bilaterale Nephrektomie bei einem Transplantationspatienten laparoskopisch durch. Was heute zum Standard gehört, wurde noch vor ein paar Jahren milde belächelt. Fornara erinnert sich: "Früher galten wir als Rebellen. Mit uns wollte niemand sprechen. Als junge dynamische Ärzte, die neue Techniken vorantreiben wollten, galten wir als revolutionär."

Kritische Töne

Eher skeptisch betrachtet Professor Manfred Wirth, Direktor der Urologie an der Universitätsklinik Dresden die Laparoskopie: "Ich sehe große Fragezeichen, weil bislang in prospektiv randomisierten Studien eher Nachteile für die konventionelle Laparoskopie ohne Roboterassistenz gegenüber der offenen Operation gezeigt wurden. Nur bei der Tumornephrektomie erscheint mir die Laparoskopie günstig. Bei der Blase hingegen gibt es überhaupt keinen Vorteil. Bei der radikalen Prostatektomie wird über viele positive Studien berichtet, es gibt jedoch auch neue Daten aus den USA und Europa mit schlechteren Ergebnissen. Möglicherweise wird die so genannte "Roboter-Chirurgie" hier die Zukunft sein."

Als Hauptbedenken werden in der Diskussion um die Laparoskopie auch ökonomische Gründe, die lange Lernphase, die hohen Investitionen und der Mangel an wissenschaftlichen Daten angeführt. So das Ergebnis einer Umfrage aus dem Jahr 2002. Dieselbe Erhebung zeigt aber auch, dass die Laparoskopie auf dem Vormarsch ist: An einigen Zentren werden mittlerweile mehr als die Hälfte aller urologischen operativen Eingriffe laparoskopisch durchgeführt. Der Rest plant, die Laparoskopie einzuführen. Eine Studie des Arbeitskreises operative Techniken unter Leitung von Prof. Rassweiler belegt, dass beispielsweise die laparoskopische Prostatektomie an vielen deutschen Kliniken bereits Standard ist. So wurden im Zeitraum 1999 bis 2004 im deutschsprachigen Raum 5824 Patienten in 18 Zentren von 50 Operateuren laparoskopisch radikal prostatektomiert.

Blick zurück

Dieser Aufschwung ist neu, und erst seit den späten 90er Jahren in dieser Form zu beobachten. Denn die Geschichte der Laparoskopie ist eine sehr wechselvolle. Geschmäht, bewundert, verdammt und wiederbelebt, erlebte die Laparoskopie seit ihrer Einführung ein stetes Auf und Ab. "Erst geboren und schon fast tot, dann Ende der 90er die Renaissance," resümiert Fornara. "Als 1991 die erste Niere von Professor Ralph Clayman laparoskopisch entfernt wurde, entfesselte dies Interesse und Unglauben zugleich." Dann folgte 1992 die erste radikale Prostatektomie mit dem Laparoskop durch William Schüssler. 1994 setzte ein regelrechter Boom ein, der aber völlig unkontrolliert war und 1996 bis 1999 drohte der Laparoskopie bereits das Aus. Grund: Man war der Meinung, in der Urologie spiele Technik keine Rolle. Ende der 90er fand dann ein Umdenken statt.

Vielfältiger Einsatz

Heute wird die Laparoskopie bei vielen urologischen Eingriffen angewandt; einige Indikationen sind bereits etabliert, etwa die Nierenbeckenplastik bei Harnleiterabgangsstenosen oder die Nierentumorenukleation oder -excision mit Nierenerhalt oder -teilentfernung. Auch bei benignen und malignen Erkrankungen der Nebenniere setzen Urologen das Laparoskop ein. Vergleicht man die Urologie mit anderen Fachgebieten, zeigt sich schnell: In der Urologie gibt es viele Indikationen, aber jeweils wenig Fälle. In anderen Fachrichtungen ist es genau umgekehrt. "Deshalb ist bei uns auch die Lernkurve so langsam," erklärt Fornara. "Der Chirurg lernt es schnell. Der Urologe braucht länger, weil er so viele unterschiedliche Indikationen mit jeweils wenigen Fällen hat. Oder aber, weil er, wie bei der radikalen Prostatektomie, gleich mit einer technisch extrem anspruchsvollen OP anfangen muss. Dafür haben wir es aber in der Urologie geschafft, einen sehr komplizierten Eingriff mit einem hohen onkologischen Anspruch und zwei wichtigen funktionellen Zielen, dem Erhalt von Kontinenz und Potenz, zu realisieren. Dieser laparoskopische Eingriff ist die Königsdisziplin."

Roboterassistierte Alternative

Eine neue Entwicklung nimmt die Laparoskopie derzeit durch die Einführung Roboter assistierter Eingriffe mit dem Laparoskop. Dreidimensionale Sicht, kein menschliches Zittern, 360 Grad bewegliche Instrumentenfreiheit und eine höhere Präzision schlagen als Vorteile zu Buche. Professor Rassweiler gibt auf der anderen Seite zu bedenken, dass es überhaupt kein taktiles Feedback mehr gibt und man nicht mehr am Patienten sei. In Amerika werden bereits etwa 30 Prozent aller radikalen Prostatektomien laparoskopisch mit Robotern durchgeführt.

Für Deutschland sieht Professor Rassweiler den Roboter-Boom eher gebremst: "Wir sind nicht so technikverliebt wie die Amerikaner. Außerdem werden die hohen Anschaffungskosten - ein Gerät kostet um die 1,5 Millionen Euro - einen massenhaften Einsatz limitieren. Wir haben im Moment elf Geräte. Die Amis bereits 400. Man kann diese Zahlen aber auch anders deuten: Die Europäer sind einfach geschickter. Wir brauchen den Roboter nicht."

Als Fazit bleibt die Tatsache, dass die Laparoskopie das operative Spektrum erweitert und bereichert. Für jeden Patienten lässt sich jetzt bei einer Indikation eine breite Palette an operativen Techniken anwenden. Fornara ist überzeugt: "Für das Nierenzellkarzinom und für die Nebennierentumoren wird die Laparoskopie zum Golden Standard. Dort wird es dann, ähnlich wie bei der ESWL, eine Revolution geben. Insbesondere dann, wenn der von einigen Zentren wie Cleveland und Halle nachgewiesene onkologische Vorteil für laparoskopisch operierte Patienten durch weitere Daten belegt wird."

Auf dem diesjährigen Urologen-Kongress ist die Laparoskopie u.a. Gegenstand folgender Veranstaltungen im CCH und im European Surgical Institute (Norderstedt):

Donnerstag, 21. September 2006: 10:30 - 12:00 Uhr, Saal 13/14, Seminar "Operative Techniken"- technische Variationen in Laparoskopie und Endourologie

Freitag, 22. September 2006: 14:00 - 17:00 Uhr im European Surgical Institute, "Laparoskopische radikale Prostatektomie an Modellen"

In diesem Workshop wird unter Anleitung erfahrener Operateure die laparoskopische Prostatektomie an Modellen durchgeführt.

Zusätzlich finden zwei weitere Workshops im European Surgical Institute statt. Diese beschäftigen sich mit Nahttechniken; hier sollen an Modellen verschiedene Nahttechniken (Darmnaht, Anastomosennaht etc.) geübt werden.

Akkreditierung für Journalisten, die vom 20.- 23. September im Congress Center Hamburg den 58. Urologenkongress besuchen möchten:

<http://www.dgu-kongress.de/index.php?id=56>

Weitere Informationen:
DGU-Kongress-Pressestelle

Bettina-C. Wahlers & Sabine M.Glimm
Stremelkamp 17
21149 Hamburg
Tel.: 040 - 79 14 05 60
Mobil: 0170 - 48 27 28 7
Fax: 040 - 79 14 00 27
Mail: info@wahlers-pr.de

URL for press release: <http://www.dgu-kongress.de>

URL for press release: <http://www.urologenportal.de>