

Datum:



Patient:

Geb. am:

Wohnhaft in:



Prostatatektomie-Zentrum



Zertifiziertes
Prostatatektomiezentrum



Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum



Bescheinigung ZUR VORLAGE BEI DER KRANKENKASSE

Oben genannter Patient hat sich einer nervenerhaltenden radikalen Prostatektomie bei Prostatakarzinom unterzogen. Postoperativ ist bei Patienten, die einen derartigen Eingriff erhalten haben, eine adjuvante Therapie zum Erhalt der Schwellkörpermuskulatur zwingend erforderlich, um die Möglichkeit einer wiederkehrenden Spontanerektions-entwicklung zu gewährleisten und der Schrumpfung des Penis infolge Schwellkörperatrophie entgegenzuwirken. Zu diesem Zweck ist ein Trainings- und Aufbauprogramm für das erektile Gewebe erforderlich, wie auf dem beiliegenden Schema dargestellt.

Besuchen Sie uns im Internet!

www.urologie-kiel.de

www.facebook.com/urologiekiel

www.youtube.com/urologiekiel

Allein das Operationstrauma an sich und im Speziellen die Nervenpräparation, wenngleich mit Lupenbrille und subtil durchgeführt, bedingen eine temporär gestörte Nervenleitung zum Penis, wodurch die notwendige Oxygenierung des glattmuskulären penilen Schwellkörpers ausbleibt, die einen temporären Verlust der Erektionsfähigkeit bedingt, der zu einer dauerhaften Impotenz führen kann. Wurden die Nervenfasern erhalten, kann durch den regelmäßigen Einsatz eines PDE-5-Hemmers (z.B. Sildenafil, Vardenafil, Tadalafil) die Erektion rehabilitiert werden. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kann zu einem späteren Zeitpunkt, wenn Nervenfasern und Schwellkörpergewebe sich wieder regeneriert haben, auf diese unterstützende Therapie verzichtet werden.



Bei dieser Art der Erektionsstörung handelt es sich um eine organische Ursache, da der Patient vor dem Eingriff nachweislich regelhafte Erektionen hatte, wie die präoperative Evaluation der Erektionsfähigkeit mittels des international anerkannten validierten Fragebogens IIEF-5 (international Index of Erectile Function) belegt wurde. Eine Schwellkörperathropie im Sinne einer degenerativen Myo- oder Angiopathie ist auszuschließen.

Ich verweise auch auf die einschlägigen Original- und Übersichtsarbeiten: *Briganti et al. Potency after Radical Prostatectomy: From New Techniques to Better Results. EAU - EBU update series 4: 33–45, 2006. Montorsi et al. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. Eur Urol 45 (2004): 123-33*, sowie auf ausgewählte aktuelle Arbeiten aus der eigenen Klinik: *Bannowsky et al.. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy: Improvement with nightly low-dose sildenafil. BJU Int. 18 (Feb 2008) [Epub ahead of print]. Jünemann KP. Rehabilitation of Erectile Function after Radical Prostatectomy. In: Stolzenburg, Gettman, Liatsikos (Eds.): Endoscopic Extraperitoneal Radical Prostatectomy. Berlin Heidelberg New York 2007. pp. 187-195. Bannowsky et al. Improved recovery of erectile function with nightly low-dose sildenafil – 18 months follow-up after nerve-sparing radical prostatectomy. J Urol 177 (2007), No. 4 Suppl. Abstract #1172. Bannowsky et al. Nocturnal Tumescence: A Parameter for Postoperative Erectile Integrity After Nerve Sparing Radical Prostatectomy. J Urol 175 (2006): 2214-2217. Bannowsky et al. Recovery of erectile function after nerve-sparing radical prostatectomy – improvement with nightly low dose sildenafil. J Urol 175 (2006), No. 4 Suppl., Abstract # 1325.*

Für weitere Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. med. K.-P. Jünemann
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie