

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**UROcyclicum Aktuell**

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2013; 20 (Sonderheft*

*2) (Ausgabe für Österreich), 2-4*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre  
ertragreiche grüne Oase in  
Ihrem Zuhause oder in Ihrer  
Praxis**

**Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



## Inkontinenz, Neurogene Blase, BPH

S. Madersbacher

### ■ Verbessert eine Urodynamik vor einer Operation bei Belastungsinkontinenz das Operationsergebnis?

- Nager CW, Brubaker L, Litman HJ, et al.; Urinary Incontinence Treatment Network. A randomized trial of urodynamic testing before stress-incontinence surgery. *N Engl J Med* 2012; 366: 1987–97.
- Sirls LT, Richter HE, Litman HJ, et al.; Urinary Incontinence Treatment Network. The effect of urodynamic testing on clinical diagnosis, treatment plan and outcomes in women undergoing stress urinary incontinence surgery. *J Urol* 2013; 189: 204–9.

Im Jahr 2012 wurden aufgrund der relativ hohen Kosten einer urodynamischen Untersuchung, der Morbidität und der fraglichen klinischen Relevanz bezüglich der weiteren Therapieentscheidung zwei große Analysen zu diesem Thema publiziert:

**Nager et al.** inkludierten in eine Studie 630 Frauen, welche eine relativ detaillierte Basisuntersuchung mit diversen Inkontinenzfragebögen durchliefen und u. a. folgende Einschlusskriterien erfüllen mussten: RH < 150 ml, negativer Harnbefund, positiver klinischer Stresstest sowie der Wunsch, die Harninkontinenz operativ sanieren zu lassen. Nach dieser „Selektion“ wurden die Patientinnen in zwei Arme randomisiert und anschließend operiert. 12 Monate postoperativ zeigte sich in beiden Studienarmen eine idente Erfolgsrate hinsichtlich Kontinenz und auch für eine Reihe weiterer sekundärer Studienendpunkte konnte kein Unterschied zwischen beiden Armen gezeigt werden.

Wie häufig eine urodynamische Untersuchung im Vergleich zur nicht-urodynamischen Evaluation die Diagnose und damit den weiteren Behandlungsplan verändert, wurde in einer Analyse von **Sirls et al.** untersucht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass der zuvor festgesetzte Behandlungsplan nach einer durchgeführten urodynamischen Untersuchung nur kaum verändert wurde: Bei 1,4 % wurde die Operationsindikation widerlegt, bei 4,4 % wurde die Operationsmethode geändert und bei weiteren 6,8 % wurde die Implantationstechnik des suburethralen Bandes modifiziert. Bezüglich des Gesamtergebnisses der Inkontinenzoperationen konnten keine signifikanten Unterschiede verzeichnet werden, allerdings erhielten Frauen nach einer urodynamischen Untersuchung 3× häufiger zusätzlich eine Behandlung für eine ebenso bestehende Dranginkontinenz.

Basierend auf diesen Analysen zur Wertigkeit der präoperativen urodynamischen Untersuchung bei Frauen mit „unkomplizierter“ Belastungsharninkontinenz, sprich ohne Voroperationen, ohne neurogene Begleiterkrankung sowie ohne Drangkomponente, muss die Notwendigkeit, diese invasive Untersuchung vor einer chirurgischen Intervention durchzuführen, überdacht werden.

## Infektionen, Pelvic Pain

C. Fischer

### ■ Prophylaxe der Prostatitis nach PE

- Loeb S, Carter HB, Berndt SI, et al. Complications after prostate biopsy: data from SEER-Medicare. *J Urol* 2012; 186: 1830–4.
- Wagenlehner FM, van Oostrum E, Tenke P, et al.; GPIU investigators. Infective complications after prostate biopsy: outcome of the Global Prevalence Study of Infections in Urology (GPIU) 2010 and 2011, a prospective multinational multicentre prostate biopsy study. *Eur Urol* 2013; 63: 521–7.
- Taylor AK, Zembower TR, Nadler RB, et al. Targeted antimicrobial prophylaxis using rectal swab cultures in men undergoing transrectal ultrasound guided prostate biopsy is associated with reduced incidence of postoperative infectious complications and cost of care. *J Urol* 2012; 187: 1275–9.

In einer großen SEER-Analyse wurde die Häufigkeit infektiologischer Komplikationen nach TRUS-PP untersucht. An 17.472 Männern nach TRUS-PP und einer Vergleichsgruppe von 134.977 Fällen ohne durchgeführte TRUS-PP wurde für den Zeitraum von 1991–2007 die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit nach 30 Tagen analysiert. Es errechnete sich eine 2,65-fach höhere Wahrscheinlichkeit für eine Hospitalisierung für Patienten nach einer TRUS-PP im Vergleich zur Kontrollgruppe. Diese Wahrscheinlichkeit nahm im oben genannten Beobachtungszeitraum zu – v. a. ab dem Jahr 2005 kam es zu einem signifikanten Anstieg infektiologischer Komplikationen nach einer TRUS-PP. Zurzeit kommt aufgrund infektiologischer Ursachen auf 24 Biopsien 1 stationäre Behandlungsbedürftigkeit. Als Erklärung für diese Beobachtung wird die zunehmende Resistenz gegen Fluorchinolone gesehen; dies erklärt auch, warum die prophylaktische Gabe von Fluorchinolonen vor einer TRUS-PP nicht mehr ratsam zu sein scheint. Weiters kann man auch davon ausgehen, dass bei etwa 1/5 der Männer Fluorchinolone-resistente Keime im Stuhl vorliegen. Diese hohe Resistenzrate erklärt sich dadurch, dass schon eine einzelne Gabe von Ciprofloxacin 500 mg zu einer Resistenz führen kann. Was bedeutet dies für unsere tägliche Arbeit? Wir sollten Männer vor einer geplanten TRUS-PP genau nach ihrer Antibiotika-Anamnese befragen – sollten sie in den letzten 6 Monaten ein Fluorchinolone erhalten haben, sollte die Prophylaxe mit einer anderen Substanz (z. B. Cephalosporin) erfolgen. Alternativ kann man auf das Ergebnis eines Rektalabstriches warten und anschließend eine antibiogrammgerechte Prophylaxe verordnen.

**Taylor et al.** untersuchten bei 112 Patienten Darmabstriche vor einer geplanten TRUS-PP. Hierbei zeigten sich bei 20 % der untersuchten Männer resistente Bakterien. Diese Patienten erhielten anschließend eine testgerechte antibiotische Therapie und es traten keine weiteren Infekte auf. Die kleine Patientenzahl dieser Arbeit ist sicherlich ein Kritikpunkt, jedoch zeigt uns diese Analyse, welchen Stellenwert ein Rektalabstrich in unserer täglichen Praxis haben kann.

## Andrologie

H. Sperling

### ■ Prämatüre Ejakulation/Ejaculatio praecox

- Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, et al.; Tramadol ODT Study Group. A randomized double-blind, placebo-controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of the tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. *Eur Urol* 2012; 61: 736–43.
- Giuliano FA. Tramadol for the treatment of premature ejaculation. *Eur Urol* 2012; 61: 744–5.

Eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Multicenterstudie von **Bar-Or et al.** stellte zur Evaluation der Wirkung von Tramadol bei Ejaculatio praecox eine Untersuchung an mehr als 600 Männern im Alter von 18–65 Jahren an 63 Zentren Europas vor. Das Ziel dieser Arbeit war, Placebo gegen Tramadol 62 mg und 89 mg zu testen. Die Therapie mit Tramadol zeigte eine signifikante Verbesserung der Ejaculatio praecox, wobei die Zunahme mit 2,4-fach für 62 mg Tramadol und 2,5-fach für 89 mg Tramadol beinahe gleich war. Aufgrund dieser Ergebnisse werden folgende Schlüsse gezogen: Eine On-demand-Applikation von Tramadol 62 mg *per os* ist eine effektive Behandlungsmöglichkeit der Ejaculatio praecox und stellt somit eine Alternative zu Dapoxetin dar.

Weiters wird in dieser Arbeit der Vorteil der ODT („orally disintegrating or dispersable tablet“) im Vergleich zu Tramadol als Tropfen beschrieben – mit dem Minzgeschmack der ODT lässt sich im Vergleich zum bitteren Geschmack der Tramadol-Tropfen eine höhere Akzeptanz bezüglich Einnahme der Medikation erzielen.

## Urothelkarzinom

J. Gschwend

### ■ Bildgebende Diagnostik – Narrow Band Imaging

- Cauberg EC, Kloen S, Visser M, et al. Narrow band imaging cystoscopy improves the detection of non-muscle-invasive bladder cancer. *Urology* 2010; 76: 658–63.
- Naselli A, Intorini C, Timossi L, et al. A randomized prospective trial to assess the impact of transurethral resection in narrow band imaging modality on non-muscle-invasive bladder cancer recurrence. *Eur Urol* 2012; 61: 908–13.

Im Rahmen des Narrow Band Imaging (NBI) wird die Blasen-schleimhaut mit Licht enger Bandbreite im Blau- und Grünlichtbereich (415 nm und 540 nm) untersucht. Diese Untersuchungstechnik nutzt einerseits aus, dass diese Wellenlängen stark von Hämoglobin absorbiert werden, und andererseits, dass Licht längerer Wellenlänge in tiefere Gewebeschichten eindringen kann. Dadurch kommt es zu einer Kontrastverstärkung

zwischen Mikrovaskulatur und Schleimhautoberfläche, die Tumoren potenziell leichter erkennen lässt.

Eine prospektive Arbeit an 95 Patienten von **Cauberg et al.** konnte zeigen, dass die Narrow-Band-Zystoskopie gegenüber der Weißlichtzystoskopie (WLZ) die Detektionsrate eines Blasenkarzinoms signifikant verbessern kann. Die Detektionsrate des NBI betrug 94,7 % vs. 79,2 % bei WLZ; es zeigte sich jedoch auch eine höhere Falsch-Positiv-Rate bei NBI: 31,6 % vs. 24,5 % bei WLZ.

Das NBI kann nicht nur zur Zystoskopie, sondern auch im Rahmen einer transurethralen Resektion genutzt werden. Die Arbeitsgruppe um **Naselli et al.** randomisierte Patienten mit Verdacht auf Blasen-tumor prospektiv in zwei Gruppen – eine Gruppe, die unter Weißlicht, und eine weitere, die mithilfe des NBI reseziert wurde. Folgende Patienten wurden von der Studie ausgeschlossen: Patienten mit einem muskelinvasiven Tumor, bei denen kein Tumor festgestellt wurde oder bei denen keine Follow-up-Informationen vorhanden waren. Nach einem Jahr zeigte sich eine signifikante Reduktion der Rezidivrate bei denjenigen Patienten, die mithilfe des NBI operiert wurden (33 % bei 76 Patienten mit NBI vs. 51 % bei 72 Patienten mit WLZ). Hinsichtlich Operationsdauer und Komplikationsrate bestanden keine wesentlichen Unterschiede.

Auch wenn diese Daten vielversprechend zu sein scheinen, sind sicherlich weitere multizentrische, prospektive, vergleichende Studien notwendig, um den Stellenwert dieses neuen Verfahrens genauer beurteilen zu können.

## Pathologie

G. Kristiansen

### ■ Diagnostische Bedeutung des Gleason-Grades am positiven Schnitttrand eines Prostatektomiepräparates

- Savdie R, Horvath LG, Benito RP, et al. High Gleason grade carcinoma at a positive surgical margin predicts biochemical failure after radical prostatectomy and may guide adjuvant radiotherapy. *BJU Int* 2012; 109: 1794–800.

Der prognostische Wert positiver Schnitttränder nach einer radikalen Prostatektomie ist in zahlreichen Studien gut untersucht. Obwohl es naheliegt, dass auch der Tumorgrad im Bereich des positiven Schnitttrandes einen prognostischen Wert trägt, ist dies bislang kaum untersucht. Genau dieser Fragestellung widmet sich die folgende Untersuchung von **Savdie et al.**

285 Prostatektomiepatienten mit positivem Schnitttrand wurden einem systematischen, zentralen Review unterzogen, bei dem folgende Parameter erhoben wurden: unifokaler vs. multifokaler positiver Schnitttrand, Kapseleinschnitt vs. echte extraprostatiche Ausdehnung, Länge des positiven Schnitttrandes (in mm), Lokalisation und schließlich das Gleason-Score-Muster am positiven Schnitttrand.

Diese multivariate Analyse zeigte schließlich, dass eine Samenblaseninfiltration und der Gleason-Grad am Schnitt-

rand unabhängige Prädiktoren des biochemischen Erkrankungsprozesses waren. Aus diesem Grund ist eine Substratifizierung Schnittrand-positiver Fälle dringend notwendig, da v. a. hochgradige Tumoranteile (Gleason-Score-4- und -5-Anteile) am Schnittrand die Prognose weiter verschlechtern, während sich hingegen ein positiver Schnittrand mit einem Gleason Score 3 praktisch kaum von einem negativen Schnittrand unterscheidet. Dies ist für uns eine wesentliche Erkenntnis, die bei der Planung einer adjuvanten Therapie eine unmittelbare Bedeutung haben kann.

**Literatur:**

Liegt bei der Verfasserin auf.

**Dr. Nicole Kraischits**  
*Abteilung für Urologie und  
Andrologie  
KH der Barmherzigen Brüder,  
Wien*



# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)