

Editorial

Zum sechsten Mal fand heuer das **Urologie-Update-Seminar** am 22. und 23. Februar 2013 in Düsseldorf statt, kurz „Uro Update“.

Unter der wissenschaftlichen Patronanz von Prof. Dr. Peter Albers, Universitätsklinikum Düsseldorf, Prof. Dr. Markus Hohenfellner, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, und Prof. Dr. Markus Kuczyk, Medizinische Hochschule Hannover, wurden zwei spannende Kongresstage mit 14 Teilseminaren geboten.

Auch dieses Jahr sicherten sich die deutschen Kollegen, wiederum mit Univ.-Prof. Dr. Stephan Madersbacher, Thema „Inkontinenz, Neurogene Blase, BPH“, einen österreichischen Beitrag.

Das Interesse war unter den deutschen wie österreichischen Teilnehmern, unter denen sich – mit Unterstützung von Takeda Pharma GesmbH – auch 10 Assistenzärzte aus Österreich befanden, wie jedes Jahr ungebrochen hoch; die Rheinterrasse als Veranstaltungsort war bis zum letzten Platz gefüllt.

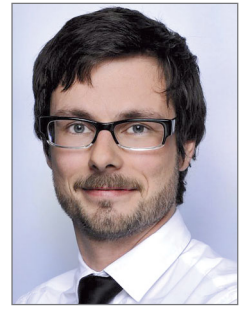
Natürlich gibt es nicht in jedem Teilbereich der Urologie jedes Jahr große Umbrüche. Der komprimierte Überblick über die aktuellen Publikationen des vergangenen Jahres in Zusammenschau mit vorhandenem Wissen, die zum überwiegenden Teil didaktisch gut gemachten Vorträge und das noch ausführlichere Handbuch als Ergänzung lohnen die Anwesenheit.

Im Folgenden möchten wir einige interessante Entwicklungen hervorheben, ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit.

Mein Dank gilt unserer geschätzten Kollegin **Dr. Nicole Kraischits** aus dem KH der Barmherzigen Brüder Wien, die uns diese Zusammenstellung zur Verfügung stellt!

Dr. Clemens Heßler

*Vorsitzender AK der urologischen Assistenzärzte der ÖGU
LK Mistelbach-Gänserndorf, NÖ
clemens.hessler@gmx.at
www.youngurology.at*



Dr. Clemens Heßler

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 Fluorchinolon-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 Fluorchinolon 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, Introini 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 Schnittrand 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 Schnittränder nach einer radikalen Prostatektomie ist in zahlreichen Studien gut untersucht. Obwohl es naheliegt, dass auch der Tumorgrad im Bereich des positiven Schnittrandes 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 Schnittrand wurden einem systematischen, zentralen Review unterzogen, bei dem folgende Parameter erhoben wurden: unifokaler vs. multifokaler positiver Schnittrand, Kapseleinschnitt vs. echte extraprostatistische Ausdehnung, Länge des positiven Schnittrandes (in mm), Lokalisation und schließlich das Gleason-Score-Muster am positiven Schnittrand.

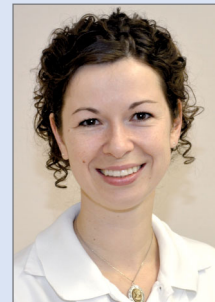
Diese multivariate Analyse zeigte schließlich, dass eine Samenblaseninfiltration und der Gleason-Grad am Schnitt-

rand unabhängige Prädiktoren des biochemischen Erkrankungsprozesses waren. Aus diesem Grund ist eine Substratifizierung Schnitttrand-positiver Fälle dringend notwendig, da v. a. hochgradige Tumoranteile (Gleason-Score-4- und -5-Anteile) am Schnitttrand die Prognose weiter verschlechtern, während sich hingegen ein positiver Schnitttrand mit einem Gleason Score 3 praktisch kaum von einem negativen Schnitttrand 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



**Effektive Therapie
durch Studien belegt**



**Innovative Galenik
mit nur 1 ml Flüssigkeit**



**Fast schmerzfreie Applikation
und gute lokale Verträglichkeit**

Trenantone®
LHRHa 3 Monats-Depot

Sixantone®
LHRHa 6-Monats-Depot

Fachkurzinformation

SIXANTONE® – Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Zweikammerspritze mit 352,9 mg Retardmikrokapseln und 1 ml Suspensionsmittel enthält: 30,0 mg Leuporelin (als Leuporelinacetat), entsprechend 28,58 mg Leuporelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/ Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, D-Mannitol. Suspensionsmittel: D-Mannitol, Carmellose-Natrium, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure. **Anwendungsgebiete:** Zur palliativen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuporelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen der sonstigen Bestandteile; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; nach chirurgischer Kastration; Frauen, Kinder und Jugendliche. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Juli 2012.

TRENANTONE® – Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Zweikammerspritze mit 130 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 11,25 mg Leuporelinacetat, entsprechend 10,72 mg Leuporelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Polymilchsäure, Mannitol. Lösungsmittel: Carmellose-Natrium, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Trenantone wird angewendet bei Erwachsenen. **Bei Männern:** Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Bei Frauen:** Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuporelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; intraarterielle Injektion. **Bei Männern:** Nach chirurgischer Kastration bewirkt Trenantone keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. **Bei Frauen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC-Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Juli 2012. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., EURO PLAZA, Gebäude F, Technologiestraße 5, A-1120 Wien.

Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. [0712]

Impressum

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Franz Fischl
c/o Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klin. Abt. f. gynäkolog. Endokrinologie
und Sterilitätsbehandlung
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: franz.fischl@meduniwien.ac.at

Medieninhaber, Verleger, Produktion, Anzeigen, Vertrieb:

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10
Tel. 02231/61258-0, Fax DW 10
Internet: www.kup.at/urologie

Lektorat:

Krause & Pachernegg GmbH,
Mag. Stefanie Bachl

Layout:

Krause & Pachernegg GmbH,
Dr. Th. Haunold, M. Hegedüs

Druck:

Bernsteiner Print Company GmbH
A-1220 Wien, Rautenweg 10

Verlags- und Erscheinungsort:

3003 Gablitz

Erscheinungsweise:

4 × im Jahr

Bezug:

Jahresabonnement Euro 36,- bei mind. 4 Ausgaben (im Ausland zuzügl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft: Euro 10,-

Grundlegende Richtung:

Fachzeitschrift zur Information und Weiterbildung. Veröffentlichung von wissenschaftlichen Originalarbeiten sowie einschlägigen Berichten aus dem In- und Ausland.

Urheberrecht:

Mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mithilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk-

und Fernsehsendungen, in Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benützt werden dürfen.

Für Angaben über Dosierungshinweise und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Redaktion übernimmt keine Haftung für unaufgefordert eingesandte Manuskripte.

Geschlechterbezeichnung: Zur leichteren Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.