

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Diagnostik des Prostatakarzinoms
im niedergelassenen Bereich**

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2015; 22 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 3-4

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



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



Diagnostik des Prostatakarzinoms im niedergelassenen Bereich

Zusammengefasst von Dr. Claudia Uhler

■ Einleitung

Zentrale Elemente der Diagnostik des Prostatakarzinoms sind digital-rektale Untersuchung, PSA-Wert-Bestimmung und Prostatabiopsie [1, 2]. Die transrektale Ultraschalluntersuchung kann gemäß den deutschen S3-Leitlinien als ergänzende bildgebende Diagnostik eingesetzt werden, wenn sie den geltenden Qualitätsanforderungen genügt. Weitere bildgebende Verfahren sind vor der Durchführung einer Prostatabiopsie nicht empfohlen [1].

■ Indikation und Durchführung der Prostatabiopsie

Die Prostatabiopsie ist die verlässlichste Methode, um ein Prostatakarzinom zu identifizieren, und einer der häufigsten invasiven Eingriffe in der niedergelassenen urologischen Ordination.

Indikation (Tab. 1) [1, 3]

Ein suspekter rektaler Tastbefund stellt in Kombination mit einem erhöhten PSA-Wert eine Indikation für eine Prostatabiopsie dar [1]. Bei 18 % aller Patienten, bei denen ein Prostatakarzinom diagnostiziert wird, wird der Tumor aufgrund eines suspekten digital-rektalen Befundes unabhängig vom PSA-Wert gefunden [4].

Ein erhöhter PSA-Wert ist durch zweimalige Bestimmung zu verifizieren (Normalwerte siehe Tab. 2). Zu beachten ist, dass die Prostatakarzinom-Entdeckungsrate bei PSA 2,5–4 ng/ml bei nur 15–27 % liegt [5].

Bei erhöhtem PSA-Wert werden biologisches Alter, Begleiterkrankungen und therapeutische Konsequenzen in die Entscheidung zur weiterführenden Diagnostik und zur Prostatabiopsie einbezogen [2].

Vorbereitung

- Aufklärung: Mindestens 24 Stunden vor der Biopsie muss der Patient über den potenziellen Nutzen sowie die Risiken und Konsequenzen einer Prostatabiopsie ärztlich aufgeklärt werden [1]. Die Verwendung von Compliance-Aufklärungsbögen ist sinnvoll.
- Antibiotische Therapie: Am Abend vor der Biopsie wird mit der antibiotischen Abdeckung vorzugsweise mit einem Gyrasehemmer begonnen. Die antibiotische Therapie wird vor der Punktion und über weitere 4 Tage (2× täglich) fortgesetzt.
- Zu beachten ist, dass eine Antibiotikagabe innerhalb von 6 Monaten vor einer Prostatabiopsie das Risiko für eine Pros-

Tabelle 1: Indikationen zur primären Prostatabiopsie. Nach [1, 3].

- Karzinomverdächtiger digital-rektaler Prostatabefund
- Kontrollierter Serum-PSA-Wert ≥ 4 ng/ml bei der Früherkennungsuntersuchung unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren
- Auffälliger Serum-PSA-Anstieg bei gleichem Bestimmungsverfahren
- Kontrollierter Serum-PSA-Wert > 2 bis < 4 ng/ml bei jüngeren Männern

Tabelle 2: PSA-Werte gesunder Männer. Aus [5].

Alter (Jahre)	PSA (ng/ml)
40–49	0,0–2,5
50–59	bis 3,5
60–69	bis 4,5
70–79	bis 6,5

tatitis um das 3-Fache und für eine Sepsis um das 3–4-Fache erhöht [5].

Durchführung

Die Biopsie erfolgt unter Lokalanästhesie. Üblicher Standard ist die Applikation von Mepivacain (1 Ampulle Mepinaest® 1 % oder 2 %) rechts und links in kleinen Depots in die Rektalschleimhaut, in Kombination mit einem periprostatiscen Nervenblock. Die Stanzbiopsie soll unter transrektal-sonographischer Kontrolle durchgeführt werden. Die Erstbiopsie umfasst üblicherweise die Entnahme von 12 Gewebezylindern (6 rechts, 6 links), so weit wie möglich lateral und dorsal. Die Transitionalzone wird ausgespart. Palpatorisch auffällige Areale können zusätzlich palpatorisch gezielt biopsiert werden [1]. Die Biopsate werden in einem Glas mit Formaldehyd gelagert. Das Dokumentationsschema für die Prostatabiopsie ist in Tabelle 3 dargestellt [3].

Nachbetreuung

Es hat sich bewährt, den Patienten nach erfolgter Prostatabiopsie in der Ordination nachzubeobachten. Vor Entlassung sollte eine Inspektion des äußeren Genitales auf Blutabgänge erfolgen bzw. eine makroskopische Harnuntersuchung durchgeführt werden. Stärkere Blutabgänge aus dem Mastdarmbereich können durch rektale Einführung eines hämostyptischen Schwammes (z. B. Spongostan® Anal) gestillt werden. Mit dem Patienten wird ein Termin zur Besprechung des histologischen Befundes vereinbart. Die Antibiose wird, wie oben beschrieben, noch bis zum vierten Tag fortgesetzt.

Treten nach einer Prostatabiopsie Fieber (0,8 %) und Schüttelfrost auf, ist eine sofortige Hospitalisierung indiziert. Häufige Komplikationen nach Prostatabiopsie sind Hämatospermie (37,4 %) und Blutungen aus Urethra und Blase (> 1 Tag: 14,5 %). Zu den seltenen Komplikationen zählen neben Fie-

Nach einem Vortrag von Dr. Walter Hauser, Facharzt für Urologie, Salzburg, im Rahmen des Takeda UROcyclicum 2014, 17.–19. Oktober 2014, St. Wolfgang

Tabelle 3: Dokumentationsschema für die Prostatabiopsie. Nach [3].

	Lokalisation	Abkürzung
1.	Links lateral apikal	LLA
2.	Links lateral medial	LLM
3.	Links lateral basal	LLB
4.	Links mittig medial	LMM
5.	Links mittig basal	LMB
6.	Rechts lateral apikal	RLA
7.	Rechts lateral medial	RLM
8.	Rechts lateral basal	RLB
9.	Rechts mittig medial	RMM
10.	Rechts mittig basal	RMB

ber Urosepsis (0,3 %), rektale Blutungen (< 2 Tage: 2,2 %, > 2 Tage: 0,7 %), Harnverhalten (0,2 %), Prostatitis (1,0 %) und Epididymitis (0,7 %) [2]. Die Einnahme von niedrigen Dosen Aspirin ist nicht mehr absolut kontraindiziert [2].

Indikationen für eine Rebiopsie

Bei Rebiopsien wird eine höhere Zahl von Stanzbiopsaten bis hin zur Saturationsbiopsie mit 24 Stanzen unter Einbeziehung der Transitionalzone entnommen. Ab PSA 15–20 ng/ml ist auch eine Samenblasenbiopsie indiziert (20–25 % der Karzinome) [5]. Durch eine ultraschallgestützte, perineale 3D-Prostata-Stanzbiopsie über ein Template (Raster-Schablone) kann sowohl die Detektionsrate erhöht als auch das Scoring verbessert werden.

Die Indikationen zur Wiederholung der Biopsie sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Das Vorgehen bei weiterem PSA-Anstieg bei negativer Histologie und negativem Tastbefund ist im Wandel. Mit modernen 3-Tesla-Magnetresonanztomographen (3T-MR) kann die Prostata heute deutlich besser beurteilt werden und es gelingt, etwaige suspektere Areale besser aufzuspüren als bisher. Entsprechend kann gemäß Leitlinienempfehlung vor einer Zweitbiopsie eine Abklärung anhand einer Magnetresonanztomographie-Untersuchung (MRT) erfolgen und im Anschluss daran kann eine Rebiopsie durchgeführt oder darauf verzichtet werden [1, 2].

Derzeit ist die Zweitbiopsie im niedergelassenen Bereich nicht durchführbar, denn die Kosten für die Software einer gezielten MR-ultraschallfusionierten Biopsie übersteigen die Honorarie

Tabelle 4: Indikationen zur Rebiopsie. Nach [1, 2].

- Ausgedehnter High-Grade-PIN bei Nachweis in mindestens 4 Gewebeprobe[n] [1] bzw. in Kombination mit einem karzinomverdächtigen digital-rektalen Prostatabefund oder einem suspekten PSA-Wert bzw. PSA-Verlauf [2]
- Atypical Small Acinar Proliferation (ASAP) [1, 2]
- Suspekter PSA-Wert bzw. PSA-Verlauf und karzinomverdächtiger digital-rektaler Prostatabefund [2]
- Bei weiterem PSA-Anstieg bei negativer Histologie und negativem Tastbefund kann auf Basis einer MRT-Untersuchung über die Indikation zu Rebiopsie entschieden werden [1].

derzeit durch die Kassen bei Weitem. Diese Eingriffe sind derzeit Spitalern vorbehalten.

Zukunftsaussichten

Aktuell stellt sich die Frage, ob man bei weiterer Verbesserung der Kernspintomographiegeräte bereits vor der Erstbiopsie eine Kernspintomographie durchführen sollte und ob schon bei der Erstbiopsie eine deutlich höhere Anzahl an Prostatastanzen sinnvoll wäre.

Literatur:

1. AWMF-Leitlinie 2014 „Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, AWMF-Register-Nummer 043/0220L. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/043-0220L.html> [gesehen: Februar 2015].
2. Mottet N, Bastian PJ, Bellmunt J, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer 2014. <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/> [gesehen: Februar 2015].
3. Machtens S, Roosen A, Stief CG, et al. [Prostate biopsy. Update for indication, procedure, and future developments]. *Urologe A* 2014; 53: 1046–51.
4. Richey JP, Catalona WJ, Ahmann FR, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. *Urology* 1993; 42: 365–74.
5. Höfl W, Loidl W, Rauchenwald M, et al. Prostatabiopsie – Leitlinie des Arbeitskreises für Urologische Onkologie AVO der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie. *J Urol Urogynäkol* 2008; 15 (4): 7–13.

Korrespondenzadresse:

Dr. Walter Hauser
A-5020 Salzburg,
Paris-Lodron-Straße 17/1. Stock
E-Mail: w.hauser@medway.at



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](#)