Transrektale Biopsie: Erreger zunehmend Chinolon-resistent

Immer öfter kommt es bei transrektalen Prostatabiopsien trotz Antibiotikaphylaxe zu infektiösen Komplikationen. In der noch unveröffentlichten ESIU-Prostatabiopsiestudie 2010/2011 mit Daten von 521 Patienten aus 85 Zentren weltweit lag die Rate symptomatischer Harnwegsinfektionen (HWI) bei 5,2 % und fieberhafter HWI bei 3,5 %. 3,1 % der Patienten mussten wegen einer Infektionskomplikation stationär behandelt werden. „Die neuen Zahlen sind erschreckend“, sagte Prof. Wolfgang Weidner, Gießen.

Praktisch alle Patienten hatten eine Antibiotikaphylaxe erhalten, 93 % auf Basis von Fluorchinolonen. Dies verdeutlicht das Hauptproblem: die Zunahme Chinolon-resistenter Keime in der Fäkalflora, etwa von *E. coli* mit einem Anteil von bis zu 20 %.

Es gebe bereits neue Überlegungen zur perioperativen Prophylaxe bei Prostatabiopsien, so Weidner. Demnach sollten Patienten mit einer Vortherapie mit Fluorchinolonen in den letzten sechs Monaten primär keine Chinolonprophylaxe erhalten. Erwogen werde auch der gezielte Einsatz von Antibiotika nach einem Rektalabstrich oder eine routinemäßige Rektalspülung vor dem Eingriff zur Keimeradikation. Letzte Option: Bei Verdacht auf Chinolon-resistente Erreger sollte statt transrektaler Biopsie die früher praktizierte perineale Biopsie gewählt werden.

Roland Fath

AF 12: „Infektiologie“

TIN: Biopsie, Therapie oder Abwarten?

Bei nur etwa 5 % aller Patienten mit Hodentumor findet sich im kontralateralen Hoden eine testikuläre intraepitheliale Neoplasie (TIN), die sich allerdings nach sieben Jahren in 70 % der Fälle zu einem invasiven Tumor entwickelt. Prof. Hans-Ulrich Schmelz, Koblenz, riet trotz der geringen TIN-Inzidenz und angesichts der Tatsache, dass 48,8 % der TIN-Patienten keine Risikofaktoren haben, alle Patienten unter 50 Jahren kontralateral zu biopsieren. Die geringe Komplikationsrate (ca. 2,8 %), die sehr geringe Revisionsrate (< 0,5 %) und die fast 100 %ige Spezifität einer Doppelbiopsie rechtfertigen eine generelle Gewebeuntersuchung, um das Risiko besser einschätzen zu können.

Lässt sich eine TIN nachweisen, stellt sich die Frage, ob bereits die TIN oder erst der metachrone Tumor therapiert werden soll. Eine TIN lässt sich mit einer Radiotherapie (16–20 Gy) normalerweise gut behandeln (97 % der TIN-Zellen werden zerstört). Allerdings werden Testosteronproduktion und Fertilität beeinträchtigt. Schmelz präsentierte Daten, die für eine verzögerte Therapie sprechen: Wenn der metachrone Tumor rechtzeitig erkannt wird (bevor Metastasen entstehen), sind weder Gesamtüberleben, Fertilität noch Testosteronproduktion schlechter als bei einer primären Radiatio der TIN. Besonders Patienten mit Kinderwunsch sollte daher bei entsprechendem Hormonstatus eine verzögerte Therapie nahegelegt werden.

Sebastian Lux

F 9: „Hodentumor – Kontroversen“

Interviews auf springermedizin.de

Brauchen Männer einen Männerarzt?

Für Frauen ist es selbstverständlich, gesundheitliche Probleme oder das Thema Verhütung mit ihrem Frauenarzt zu besprechen. Warum das für Männer nicht gilt und was Urologen von den Gynäkologen lernen können, erklärt Dr. Wolfgang Bühhmann.

► www.springermedizin.de/3537776

Die richtige Strategie beim Prostatakarzinom

Wann ist Active Surveillance sinnvoll, wann muss eine weiterführende Diagnostik eingeleitet oder sogar radikal therapiert werden? Diese und andere Fragen beantwortet Prof. Lothar Weißbach anhand von sechs Fallbeispielen.

► www.springermedizin.de/3537656

Kongress-Highlights

Was waren die Highlights der 64. Jahrestagung der DGU in Leipzig? springermedizin.de hat einige Kongressbesucher, darunter Prof. Bernd Schmitz-Dräger, nach ihren persönlichen Höhepunkten befragt. Nicht alle Teilnehmer konnten sich auf ein Thema einigen.

► www.springermedizin.de/3541414