„Active Surveillance war gestern“

Eine aktuelle Studie ergab, dass sich mit dem Prostatakrebs-Screening bei 1.000 Männern neun Todesfälle und 14 Palliativpatienten vermeiden lassen, bei insgesamt 73 gewonnenen Lebensjahren. Allerdings verlieren die Patienten qualitätskorrigierte Lebensjahre durch Langzeiteffekte nach Diagnosestellung (siehe dazu auch Literatur kompakt auf S. 56 in dieser Ausgabe).

Aufgrund dieser Ergebnisse plädierte Prof. Maurice Michel, Mannheim, für eine Abkehr von klassischen Screening-Empfehlungen und für eine individualisierte risikoadaptierte Screening-Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten. Unter Zuhilfenahme des validierten Rechners www.prostatecancer-riskcalculator.com könne entschieden werden, ob und wann der Patient zum Re-Screening erscheinen soll. Bei einem Risiko unter 1 %, in den kommenden vier Jahren ein Prostatakarzinom zu entwickeln, reiche es laut Michel, den Patienten in frühestens acht Jahren wieder einzubestellen. Liegt das Risiko unter 5 %, ist ein erneutes Screening nach vier Jahren empfehlenswert.

Ziel dieser Vorgehensweise ist, eine Überdiagnostik und -therapie zu vermeiden, die Tumoraggressivität nicht invasiv zu detektieren sowie physische und psychische Nebenwirkungen zu minimieren. Diesbezüglich könnte auch sinnvoll sein, in Anlehnung an Lawrence et al. bei Gleason-Score 6 nicht von einem Tumor zu sprechen, sondern von „indolenten Läsionen epithelialen Ursprungs“.

Sebastian Lux

Plenum II

Der Urologe als Männerarzt

Die Aufhebung der allgemeinen Wehrpflicht und der damit verbundenen Musterungsuntersuchung hat zur Folge, dass sich die meisten jungen Männer bis zum Auftreten von Beschwerden nicht (mehr) urologisch untersuchen lassen. Dieses „Betreuungsvakuum“ könnten in Zukunft engagierte Urologen mit einer Jungensprechstunde analog zur Mädchensprechstunde der Gynäkologen füllen. Für Themen wie Hodenerkrankungen, Entwicklung der Geschlechtsorgane oder sexuell übertragbare Krankheiten ist der Urologe kompetenter Ansprechpartner. Allerdings müssten bis zur erfolgreichen Etablierung laut Dr. Wolfgang Bühmann, Wenningstedt/Sylt, zuvor noch einige Voraussetzungen erfüllt werden: Um die Schwelle, sich einem Urologen anzuvertrauen, so gering wie möglich zu halten, ist ein umfangreiches Marketingkonzept nötig, das Jugendliche, Eltern, Schulen und die pädiatrischen Kollegen gleichermaßen informiert. Weiter müssten die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt, ein inhaltlich standardisiertes Portfolio entwickelt und die Anreize für den Urologen in den Bereichen Praxismarketing und Vergütung im GKV- und PKV-Bereich berücksichtigt werden.

Der Soziologe Rainer Neutzling, Köln, empfahl Urologen, neben ihrer medizinischen Kompetenz auch sozialpädagogische Fähigkeiten zu erwerben. Diese seien bei Themen wie Masturbieren, Orgasmuskontrolle oder einem als zu kurz empfundenen Penis wichtig.

Sebastian Lux

F 22: „Der junge Mann“

Unfruchtbare Männer: Bloß nicht mit Testosteron behandeln

Immer häufiger lässt sich bei Männern mit eingeschränkter Spermiogenese oder Azoospermie die Ursache identifizieren, berichtete Prof. Hermann Behre, Halle. Drei Ursachen seien besonders häufig: zum einen die Hyperprolaktinämie, die sich mit Dopamin-Agonisten wie Bromocriptin sehr effektiv behandeln lässt. Beim Adrenogenitalsyndrom (AGS) verschwinden unter einer Therapie mit Glukokortikoiden testikuläre Tumore, welche die Spermiereifung beeinträchtigen. Zu guter Letzt gibt es den sekundären Hypogonadismus mit erniedrigten Testosteron-, LH- und FSH-Spiegeln, bei dem sich bei fast allen dieser Patienten durch eine GnRH-Substitution (üblicherweise mit hCG oder rekombinantem FSH) eine Spermatogenese erzielen lässt. Durch Behandlung dieser Erkrankungen können Schwangerschaftsraten von bis zu 80 % erzielt werden, betonte Behre, höher als bei der intrazytoplasmatischen Spermieinjektion (ICSI).

Möglicherweise könnte künftig eine FSH-Therapie verstärkt auch bei Männern mit idiopathischer Infertilität eingesetzt werden. Es gebe Hinweise, dass unter der Therapie das Hodenvolumen und die Spermienqualität zunehmen, berichtete Behre. Laut einem Cochrane-Review wird durch Gabe von GnRH-Analoga die Schwangerschaftsrate signifikant um das Dreifache erhöht, allerdings auf niedrigem Niveau: von rund 6 auf 19 pro 140 Paaren. Derzeit laufen Studien zu einem Gen-Polymorphismus im FSH-Rezeptor mit dem Ziel, Subgruppen von Männern zu identifizieren, bei denen eine GnRH-Substitution besonders wirksam ist. Nach ersten Daten werden bei Paaren mit Infertilität des Mannes, bei dem der FSH-Rezeptor schlecht funktioniert, unter der Therapie Schwangerschaftsraten von bis zu 20 % erzielt, während die Erfolgsraten bei Männern mit gut funktionierendem Rezeptor nur bei 7 % liegen.

Keinesfalls sollten infertile Männer mit Testosteronpräparaten behandelt werden, betonte Behre. Dies kommt allerdings in der Praxis offenbar gar nicht so selten vor. In einer Befragung von knapp 400 US-Urologen aus dem Jahr 2010 gaben 16 % an, bei männlicher Infertilität Testosteronpräparate zu nutzen. Zwar spielt bei der Spermiereifung Testosteron eine Rolle, räumte Behre ein. Allerdings hat eine niedrig dosierte Androgengabe keinen Effekt auf die Testosteronspiegel im Hoden, die rund 100-fach höher sind als im Blut. Im Gegenteil fielen unter intramuskulärer Testosterongabe die Gonadotropinspiegel und die Spermienzahl ab, betonte Behre. Selbst nach Absetzen der Testosteronsubstitution könne es Monate dauern, bis die Ausgangswerte wieder erreicht seien.

Roland Fath

AF 2: „Andrologie“