Antikörper beugt Knochenkomplikationen bei Prostatakarzinom vor

— 60–75 % aller Patienten mit Prostatakarzinom (PCa) entwickeln Knochenmetastasen, die zu schwerwiegenden skelettbezogenen Ereignissen (SRE) führen können, erklärte Prof. Christian Wülfing, Hamburg. Das Spektrum reicht von pathologischen Frakturen über Rückenmarkskompressionen bis zur Querschnittslähmung. Die Folge: starke Schmerzen und erhebliche Einbußen der Mobilität und Lebensqualität. Diese Knochenverlustsituation verschärfe sich zusätzlich unter der häufig durchgeführten anti-androgenen Therapie. Da sich SRE darüber hinaus ungünstig auf die Prognose auswirken, rät Wülfing, den Knochen bei uroonko-

logischen Erkrankungen stärker in den Fokus zu stellen.

Mit Denosumab (XGEVA®) steht eine vielversprechende Therapieoption in der Supportivbehandlung von Knochenmetastasen zur Verfügung. Der Antikörper, der einmal monatlich subkutan appliziert wird, hemmt einen wichtigen Signalweg des Knochenstoffwechsels: Durch spezifische Bindung an den RANK-Liganden, einen Osteoklastenstimulator, wird die Reifung knochenabbauender Zellen gestoppt. In den Zulassungsstudien schnitt der Antikörper hinsichtlich des SRE-Risikos deutlich besser ab als der bisherige Therapiestandard Zoledronsäure. Überlegen

zeigte er sich auch bei der Schmerzprogression: Die Patienten mussten seltener oder erst später auf höher dosierte Opioide umsteigen.

Die leitliniengerechte Substitution von Kalzium (500 mg) und Vitamin D (400 IE) ist bei einer Behandlung mit Denosumab obligat, betonte PD Dr. Andreas Blana, Fürth. Er empfiehlt eine engmaschige Kontrolle des Kalziumspiegels vor und in den ersten Tagen der Therapie, um drohende Hypokalzämien in den Griff zu bekommen. Dr. Martina-Jasmin Utzt

State of the art „Osteoprotektion beim Prostatakarzinom – the past, the present and the future“ im Rahmen des 64. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Leipzig, 27. September 2012; Veranstalter: Amgen, München

Antibiotikatherapie bei Zystitis auch in der Postmenopause

— In der Postmenopause steigt die Anfälligkeit für Harnwegsinfektionen (HWI). Dies kann auf die abnehmende Östrogen-Produktion und die damit einhergehende Atrophie der Vaginalschleimhaut, eine verminderte Kolonisation mit Lactobazillen und einer zunehmenden Besiedelung mit Enterobakterien und Anaerobiern zurückgeführt werden. Auch die altersabhängige Verringerung der Nierenfunktion und eine höhere Prävalenz für Inkontinenz begünstigen das Auftreten von HWI. Häufigster Erreger einer unkomplizierten Zystitis bei prä- und postmenopausalen Frauen ist *Escherichia coli*.

Wie die empirische antibakterielle Therapie aussehen sollte, wurde in nationalen und internationalen Leitlinien zusammengefasst: Mittel der Wahl für die unkomplizierte Zystitis der Frau ist Fosfomycin-Trometamol (Monuril® 3000 Granulat). Dieses Antibiotikum hat eine langanhaltende Wirkstoffkonzentration im Urin, ist gegen relevante Uropathogene wirksam und hat eine sehr gute Resistenzsituation. Laut einer Veröffentlichung der Paul Ehrlich Gesellschaft anlässlich der Tagung der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID) 2012 haben in Deutschland *E. coli* aus Urinisolaten eine Resistenzrate von nur 1,2 %. Darüber hinaus ist die Gefahr mikrobiologischer Kollateralschäden für Fosfomycin gering. Mit einer Einmalgabe von Monuril® 3000 werden klinische und bakteriologische Ergebnisse erzielt, die denen längerer Therapieregime entsprechen, wie eine aktuelle Metaanalyse im Vergleich zu Fluorchinolonen, Cephalosporinen, Nitrofurantoin oder Trimethoprim mit und ohne Sulfamethoxazol in verschiedenen Dosierungen und unterschiedlicher Therapie-dauer belegt. Monuril® 3000 kann bei einer akuten unkomplizierten HWI bei Frauen ab zwölf Jahren eingesetzt werden.

Nach Informationen von Pierre Fabre, Freiburg

Bei infravesikaler Obstruktion und OAB hilft Kombitherapie

— „Die subvesikale Obstruktion und die überaktive Blase werden durch die Definitionen der Fachgesellschaften künstlich zu streng voneinander getrennten Krankheitsbildern erhoben“, so Dr. med. Andreas Wiedemann, Witten/Herdecke. Dieses „Schubladendenken“ sei aber bei überlappender Symptomatik wenig hilfreich. Es führt vielmehr dazu, dass die eingeleitete Behandlung – oft eine transurethrale Prostataresektion – die Symptomatik nicht bessert sowie unzufriedene Patienten und frustrierte Ärzte hinterlässt.

Für die tägliche Praxis empfahl Wiedemann daher eine klinisch orientierte Definition in Form eines Schnittmengenmodells mit gleichwertigen, einander überlappenden Symptomenkomplexen aus benigner Prostatavergrößerung, benigner Prostataobstruktion und Symptomen des unteren Harntraktes (LUTS) sowie überaktiver Blase (OAB). Grundsätzlich ist eine Differenzialdiagnose nötig, bei der Harnfluss- und Restharnmessungen gegebenenfalls durch eine urodynamische Druckflussmessung ergänzt werden. Die differenzierte Therapie richtet sich dann nach dem Schwerpunkt der Symptomatik. Ist eine Kombinationstherapie bei Männern mit subvesikaler Obstruktion ohne signifikanten Restharn und OAB indiziert, sieht Wiedemann den schnell wirkenden Alpha-Blocker Tamsulosin mit günstigem Nebenwirkungsprofil (BPS-Komponente) und das titrierbare, nicht ZNS-gängige und metabolisch unbedenkliche quartäre Amin Trosipiumchlorid (Spasmex®) als Partner der Wahl.

Ute Ayazpoor

16. Bamberger Gespräche 2012: „Zukünftige Herausforderungen“, Bamberg, 8. September 2012, Veranstalter: Dr. Pfleger, Bamberg