

Blitzdiagnose der Proteinurie mittels Urinstix

Bei urologischen Patienten wird doppelt so häufig eine Proteinurie festgestellt wie in anderen Fachrichtungen. US-Autoren fordern für diese Patienten deshalb ein Proteinscreening.

Wie stark die Urinbefunde urologischer Patienten von denen ambulanter Patienten anderer Fachrichtungen abweichen, haben Adam Bezinque und Kollegen untersucht, indem sie drei Patientengruppen in einer Querschnittstudie verglichen haben: 20.334 ambulante Patienten nicht urologischer Praxen, 5.023 ambulante urologische Patienten und 1.016 Patienten mit Nierenkarzinom. Entsprechend der KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)-Leitlinie wurde die Proteinurie folgendermaßen kategorisiert: A1: < 30 mg bzw. negativ oder (+), A2: 20–300 mg, A3: > 300 mg.

In den USA wird der Urinstix wegen unzureichender Sensitivität und Spezifität sowie falsch positiver Befunde nicht als kosteneffektives Screeningelement

auf Proteinurie in der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Die selektive jährliche Testung von Angehörigen verschiedener Hochrisikogruppen per Schnelltest hat sich aber offenbar bewährt. Bezinque und Kollegen meinen, dass urologische Patienten zu diesen Risikogruppen gehören sollten.

In ihrer retrospektiven Analyse fand sich bei 8,6 % der Allgemeinarztpatienten, bei denen eine Urinuntersuchung per Teststreifen durchgeführt wurde, eine Proteinurie (A2: 8,2 %; A3: 0,4 %). Deutlich häufiger trat diese bei ambulanten urologischen Patienten auf (A2: 16,0 %; A3: 2,5 %), am häufigsten aber bei Patienten mit Nierenkrebs (A2: 17,9 %; A3: 3,8 %). Verglichen mit anderen Fachrichtungen war auch der Anteil schwerer Proteinurien (A3 bzw. > 300 mg) bei den

urologischen Patienten signifikant höher (2,5 % vs. 0,4 %).

Während alle Testfelder des Stix bei 67,6 % der nicht urologischen Patienten unauffällig blieben, war dies nur bei 57,4 % der urologischen Patienten der Fall. Auch unter dem Mikroskop ließen die Urinproben Letzterer mehr Besonderheiten erkennen: Beispielsweise wurde bei insgesamt 20,9 % (vs. 10,7 %) eine Hämaturie diagnostiziert.

Fazit: Bezinque et al. erscheint der Teststreifen in der urologischen Versorgung als sinnvolles Screeningelement auf Proteinurie sowie weitere Abnormitäten. Bei über 56 % der urologischen Patienten wurde auf diese Weise mindestens eine Besonderheit entdeckt. Um eine chronische Nierenerkrankung frühzeitig zu erkennen, empfehlen sie deshalb den routinemäßigen Einsatz des Urinstix auch in der Urologie. *Dr. Christine Starostzik*

Bezinque A, et al. Prevalence of proteinuria and other abnormalities in urinalysis performed in the urology clinic. *Urology*. 2017; doi: 10.1016/j.urology.2017.02.011.

Nach Prostatektomie: Verkürzter Penis wird wieder länger

Nach einer radikalen Prostatektomie ist die Penislänge verkürzt – aber nur vorübergehend, wie japanische Urologen herausgefunden haben. Den Grund dafür können sie magnetresonanztomografisch belegen.

Zu den Beschwerden, über die Männer mit lokalisiertem Prostatakarzinom nach einer radikalen Prostatektomie klagen, gehört auch ein verkürzter Penis. Mehr als die Hälfte der zum Zwecke einer einschlägigen Studie befragten Männer hatte sich in diese Richtung geäußert. Ergebnisse einer Studie von Yoshifumi Kadono und Kollegen geben diesen Männern nun Hoffnung.

Zwei Jahre lang nahmen die japanischen Mediziner bei 102 Männern nach radikaler Prostataentfernung ohne Androgendeprivation oder Radiatio regelmäßig zehntelmillimetergenau Maß. Die Operation verkürzte zwar den Penis, doch nach einem Jahr war die ursprüngliche Länge wieder erreicht.

Das Maßnehmen erfolgte im flakziden Zustand und in maximaler Streckung, abgenommen wurde die Strecke vom pubopenilen Übergang bis zum distalen Ende der Glans. Der Zustand vor der Operation ergab im Mittel eine Länge von 117,2 mm. Zehn Tage nach der Operation war mit 97,3 mm der Tiefpunkt erreicht. Danach ging es wieder aufwärts. Nach zwölf Monaten erreichten die Messwerte im Schnitt 116,3 mm, was statistisch keinen Unterschied mehr zur Ausgangslänge bedeutete. Auch in den weiteren Messungen nach 18 und 24 Monaten blieb das alte Maß erhalten.

Den Grund für die Verkürzung nach der Operation wollen Kadono et al. auf den MRT-Aufnahmen erkannt haben,

die präoperativ, etwa drei Tage nach Ziehen des Katheters und nach einem Jahr angefertigt worden waren. In den Aufnahmen bestimmten die Forscher jeweils den Abstand zwischen dem distalen Ende der Pars membranacea der Urethra am Bulbus des Penis und dem Beckenausgang. Dieser Abstand ist nach Entfernung der Prostata und Anlage der urethrovessikal Anastomose verkürzt, der penile Bulbus wird in Richtung Blase gezogen, membranöse Harnröhre und urogenitales Diaphragma werden nach proximal angehoben. Ein Jahr später ist der alte Abstand dann aber wiederhergestellt und der Penisbulbus fast in die ursprüngliche Position zurückgekehrt.

Fazit: Die japanischen Forscher vermuten, dass die Gewebestrukturen, welche die Blase nach proximal ziehen, mit der Zeit etwas nachgeben.

Dr. Robert Bublak

Kadono Y, et al. Changes in penile length after radical prostatectomy: investigation of the underlying anatomical mechanism. *BJU Int*. 2017; doi: 10.1111/bju.13777.