

Transperineale Biopsie unter Lokalanästhesie?

Gegen eine breite Anwendung der transperinealen Prostatabiopsie spricht die notwendige Vollnarkose. Ein neues System ermöglicht den Eingriff auch unter Lokalanästhesie – mit ähnlich guten Resultaten und tolerierbaren Schmerzen.

Bei der Untersuchung auf ein Prostatakarzinom (PCA) reduziert die transperineale Prostatabiopsie („transperineal template biopsy“, TPTB) das Urosepsis-Risiko und erhöht die PCA-Detektionsrate im Vergleich zur via transrektalen ultraschallkontrollierten Stanzbiopsie.

Gegen die breitere TPTB-Anwendung sprach bislang die notwendige Vollnarkose. Inzwischen gibt es aber Systeme, die eine TPTB unter Lokalanästhesie (LA) ermöglichen. Ein solches System (PrecisionPoint™ Transperineal Access System [PPTAS], Corbin Clinical Resources) wurde nun in einer prospektiven Kohortenstudie getestet. Die Resultate wurden mit denen der TPTB unter Vollnarkose verglichen. Tumordetektions- und Komplikationsraten unterschieden sich dabei nicht wesentlich.

Für die Studie wurden Männer ausgewählt, die sich einer TPTB unterziehen mussten. Nach ärztlicher Beratung konnten sie sich für Vollnarkose oder LA entscheiden. Für die Studie wurden für jede Gruppe 40 Teilnehmer akquiriert. Alle Patienten bekamen periprozedural Tamulosin, zudem wurden Antibiotika angeboten. Dieses Angebot lehnte die Hälfte der PPTAS-Patienten ab.

Am stärksten waren die Schmerzen in der PPTAS-Gruppe beim Einbringen der Lidocainlösung zur LA (5/10 auf einer 10-Punkte-Analogskala). Direkt vor dem Verlassen der Klinik hatten Männer nach der Vollnarkose aber etwas stärkere Schmerzen als diejenigen mit LA (1,5 vs. 0,5 Punkte). Dies war auch noch einen Tag später der Fall (1 vs. 0 Punkte).

Männer mit Vollnarkose kehrten im Schnitt nach vier Tagen zur Arbeit zurück, solche mit LA nach zwei Tagen. Eine akute Harnretention trat bei zwei Männern nach konventioneller TPTB und bei einem nach PPTAS auf, eine Harnwegsinfektion bei keinem mit Vollnarkose, aber bei zwei mit LA. Die gesamte Prozedur dauerte inklusive Aufwachraum mit Vollnarkose 93 Minuten, mit LA nur 54 Minuten.

Fazit: In einer prospektiven Pilotstudie waren Tumordetektions- und Komplikationsraten für eine TPTB unter LA ähnlich gut wie bei einem Eingriff mit Vollnarkose. Der Eingriff ist offenbar auch unter LA sicher, effektiv und wird von den meisten Männern toleriert. Die Untersuchung war allerdings nicht randomisiert, bei zwei Patienten mit LA kam es zu Harnwegsinfekten.

Thomas Müller

Hogan D et al. Local versus general anesthesia transperineal prostate biopsy: Tolerability, cancer detection, and complications. *BJUI Compass*. 2021; <https://doi.org/10.1002/bco2.106>

Harnblasenläsion: Blickdiagnose reicht oft nicht

Werden bei einer TUR-P Veränderungen der Blaseschleimhaut festgestellt, sollten diese nie ignoriert werden – vor allem nicht bei bestimmten Gruppen.

In einer retrospektiven Fallserie wurde untersucht, wie häufig im Rahmen einer transurethralen Prostataresektion (TUR-P) auffällige Befunde der Blase erhoben werden. Dazu werteten sie die Daten von 513 Patienten (Durchschnittsalter 70,8 Jahre) aus, die sich zwischen 2012 und 2017 in einer Klinik dem Eingriff unterzogen hatten. 9,6% der Betroffenen litten unter rezidivierenden Harnwegsinfekten (HWI), 8,6% unter Blasensteinen und 38,2% trugen zum Zeitpunkt der TUR-P einen Dauerkatheter. Bei 7,8% war zuvor ein Prostatakarzinom diagnostiziert worden. 5,4% der Operierten waren Raucher und 16,6% Exraucher.

Bei 21,2% der Patienten wurden während der TUR-P Inzidentalome der Harnblase festgestellt (55% am Blasenfundus, 16,5% an den Seitenwänden und 10,1% am Trigonum vesicae).

Makroskopisch zeigte sich am häufigsten ein bullöses Ödem (67,9%), gefolgt von einer papillären Läsion (14,7%). Bei 90 der 109 Patienten mit intraoperativer Läsionsdiagnose wurde eine feingewebliche Untersuchung vorgenommen. 61 der entdeckten Veränderungen stellten sich in der histopathologischen Analyse als chronische Zystitis heraus, 13 als nicht maligne Veränderungen und 16 als maligne Läsionen (12 Low-Grade- und 2 High-Grade-Urethelkarzinome, 2 Adenokarzinome). Bei fünf der 57 Patienten, bei denen zunächst ein bullöses Ödem beschrieben wurde, fanden sich maligne Tumoren. Bei 12,7% des untersuchten TUR-P-Materials ergab sich ein Adenokarzinom der Prostata. Bei elf von 27 Läsionen, bei denen Malignität vermutet worden war, bestätigte sich diese in der Histopathologie.

Veränderungen der Blasenmukosa lagen vor allem bei Älteren mit langfristigem Dauerblasenkatheter sowie bei Patienten mit rezidivierenden HWI vor. Ein besonderes Risiko ist offenbar das Rauchen: Bei Rauchern und Exrauchern wurden die visuell festgestellten Veränderungen 5,2- respektive 3,7-mal häufiger als Blasenkarzinom klassifiziert als bei Nie-Rauchern.

Fazit: In der Studie zeigte sich neben Dauerblasenkatheterisierung und Alter vor allem Rauchen als Risikofaktor für gefährliche Blaseschleimhautveränderungen. Wegen der geringen Übereinstimmung von Blickdiagnose und pathologischem Befund sollten dem Resümee der Studie zufolge zufällig entdeckte Blasenläsionen vor allem bei Risikopatienten immer biopsiert oder reseziert werden – selbst wenn sie zunächst harmlos erscheinen. Dr. Christine Starostzik

De Cunto Romero R et al. Bladder lesions as incidental findings during transurethral resection of the prostate: prevalence, diagnosis, and pathological findings. *World J Urol* 2021; 39: 1955-60