

Urologische Nachrichten

11-12.2020 ZEITUNG FÜR DIE UROLOGIE

WWW.BIERMANN-MEDIZIN.DE

Arbeitsbedingungen

Arbeitsverdichtung, Personalmangel, schlechte Qualität der Weiterbildung – ein berufspolitisches Webinar der Reihe „Post-DGU“ suchte nach Lösungen. ➤ Seite 3

Prostatakrebs

Ein epigenetischer Proteinkomplex spielt eine wichtige Rolle, wenn Prostatakrebszellen ihre Identität wechseln und so zu einer aggressiven Verlaufsform führen. ➤ Seite 19

Kompakt Urologie

Prof. Michael Stöckle hat die wichtigsten aktuellen Studien zum Thema Inkontinenz herausgesucht, Spannendes gibt es auch zur Uroonkologie und zu COVID-19. ➤ Seite 23-30



SPECIAL

Inkontinenz

Aktueller Stand bei Sphinkterprothesen

Tipps zur Operation und zum Komplikationsmanagement

SCHWELM Zur Behandlung der mittleren bis schweren Belastungsharninkontinenz ist die Implantation eines artifiziellen Sphinkters die Therapie der Wahl. Es existieren auf dem Markt bereits mehrere etablierte Systeme, wobei die Herausforderung sein wird, den passenden Sphinkter für den einzelnen Patienten unter Berücksichtigung der Gewebeeigenschaften, der kognitiven Fähigkeiten, des Lebensstils und den Erwartungen des Patienten an das System zu finden.

Circa fünf Millionen Frauen und Männer aller Altersgruppen leiden in Deutschland an Harninkontinenz; es handelt sich also um eine Volkskrankheit. Harninkontinenz kommt häufiger vor als Bluthochdruck oder Diabetes mellitus und ist die zweithäufigste Ursache für die Einweisung in ein Pflegeheim. Krankenkassen und Pflegeheime geben jährlich über eine Milliarde Euro für Inkontinenzbehandlungen aus.

Etwa 25 Prozent der Betroffenen sind Männer, wobei rund zehn Prozent davon an Belastungsharninkontinenz, überwiegend nach operativen Eingriffen wie der radikalen Prostatektomie bei Prostatakarzinom, leiden. In Deutschland wurden 2019 circa 27.000 radikale Prostatektomien durchgeführt (Quelle: Statistisches Bundesamt) und es ist bekannt, dass zwischen 20 und 25 Prozent der operierten Patienten dauerhaft inkontinent sind und nur zehn Prozent davon operativ behandelt werden! Das ist zu wenig!

Im Consensus-Statement der European Association of Urology (EAU) von 2017 wird der artifizielle Sphinkter als Standardtherapie für moderate bis schwere Belastungsharninkontinenz empfohlen. Prospektive Studien zum Vergleich zwischen artifiziellen Sphinkter und adjustierbaren Schlingen sind wichtig und werden derzeit durchgeführt (z.B. AUSTIN-Studie). Auf dem Markt existieren mehrere Sphinktermodelle: AMS 800 (Boston Scientific, Marlborough, USA), ZSI 375 PF (Zephyr Surgical Implants, Genf, Schweiz) und Victo beziehungsweise Victo+ (Sphinx Medical, Bells Hill, Großbritannien).

Funktionsprinzip der artifiziellen Sphinktere

Bei allen auf dem Markt vorhandenen artifiziellen Sphinktern wird die Harnröhre freipräpariert und eine (oder zwei) Manschetten um diese

gelegt. Die Manschetten haben innen-seitig ein mit Flüssigkeit gefülltes Kissen, das die Harnröhre komprimiert und die Kontinenz herstellt. Optimal ist ein Verschlussdruck in diesem Bereich von circa 60–70 cmWS. Dieser Druck wird durch die Spannung eines mit Flüssigkeit gefüllten Silikonballons, welcher intraperitoneal implantiert wird, erzeugt. Zur Einleitung der Miktions muss der Patient nur noch die Manschetten leerpumpen, was durch die Betätigung einer Pumpe, die im Skrotum implantiert ist, realisiert wird. Durch den Ballon wird die Manschette anschließend langsam wieder gefüllt und die Kontinenz wiederhergestellt. Bei den neueren Modellen ZSI 375 PF und den Victo-Modellen kann eine Justierung der Flüssigkeitsfüllung

und somit eine Justierung des Druckes über einen oder mehrere Ports durchgeführt werden, außerdem sind die Manschetten in ihrem Umfang einstellbar.

Komplikationen und Management

Bei circa fünf Prozent kann ein postoperativer Harnverhalt, trotz deaktiviertem Sphinkter, entstehen, der primär mit einer Dauerkatheteranlage (10 oder 12 Charrière) therapiert werden muss. Falls die Miktions nach einem bis zwei Tagen nicht in Gang kommt, muss eine Revision durchgeführt werden und es müssen eine oder zwei größere Manschetten eingesetzt werden (AMS 800), oder die Manschette muss justiert werden.

Trotz intraoperativ korrekter Pumpenlage im Skrotum kann es früh postoperativ bewegungsbedingt zur Pumpendislokation in die Inguinalregion (AMS 800 und Victo) kommen, wo die Pumpe nicht mehr zu tasten

ist. Zur Vermeidung dieser Situation müssen eine tägliche Überprüfung der Pumpenlage früh postoperativ und gegebenenfalls eine Lagekorrektur durch manuelles Ziehen nach distal durchgeführt werden.

Manchmal kann die Pumpe, trotz korrekter Lage und abgeschlossener Wundheilung, nicht aktiviert werden, weil sich nicht genug Restflüssigkeit im Pumpballon befindet (AMS 800). Ein seitliches Drücken oder ein Drücken auf die Hinterseite der Pumpe in Höhe des Deaktivierungsknopfes löst das Problem.

Aufgrund des chronischen Druckes der Manschette auf die Harnröhre kommt es im Laufe von einem bis drei Jahren bei 15 bis 25 Prozent der Fälle zur Harnröhrenatrophie, was sich in

Form einer zunehmenden Inkontinenz bemerkbar macht. Bei steigendem Leidensdruck muss beim AMS 800 ein Wechsel zu kleineren Manschetten durchgeführt werden; bei den anderen Sphinktermodellen müssen der Druck oder die Manschetten justiert werden.

Die Harnröhrenarrosion mit einer Inzidenz von circa acht Prozent ist eine schwerwiegende Komplikation, die mit einer Dysurie, Wiederauftreten der Inkontinenz und oft mit einer Sphinkterinfektion einhergeht. Die frühe postoperative Arrosion entsteht durch unbemerkte intraoperative Harnröhrenverletzungen oder durch die Wahl von zu kleinen oder zu eng geschnallten Manschetten. In 40 Prozent der Fälle wird die Harnröhrenarrosion iatrogen durch unsachgemäßen Katheterismus anlässlich von operativen Eingriffen in anderen Fachgebieten verursacht. Nach Dauerkatheter-Anlage heilt ein kleiner Defekt normalerweise ab, ein großer Defekt zieht eine Operation nach sich.

Bei etwa fünf Prozent der Primärimplantationen muss mit einer Sphinkterinfektion gerechnet werden. Klinische Zeichen können lokale Entzündungszeichen, Schmerz, Schwellung, fixierte druckdolente Pumpe, Fieber oder Perforation von Kompo-

nenten durch die Haut sein. Bei gesicherter Infektion ist ein konservativer antibiotischer Therapieversuch sinnlos, die vollständige Explantation der gesamten Prothese ist erforderlich. Eine partielle Explantation führt fast nie zum Erfolg. Ein neuer Sphinkter kann frühestens drei Monate später eingesetzt werden.

Ergebnisse der artifiziellen Sphinktere

Die Erfolgsrate (0–1 Vorlage) ist mit 75 bis 95 Prozent höher als bei allen anderen operativen Verfahren. Die Patientenzufriedenheit korreliert mit der postoperativ erreichten Kontinenz und nicht mit der Anzahl an Revisionen.

► Autor:

Dr. med. Fahad Rudi Abdunnur
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Helios Klinikum Schwelm
E-Mail: rudi.abdunnur@helios-gesundheit.de

Special Inhalt

Extragenitale Inkontinenz

Kasuistik: Lebenslange extragenitale Inkontinenz durch vaginal endenden Ureter duplex bei einer 38-Jährigen

► Seite 10

Post-Prostatektomie-Inkontinenz I

Eine aktuelle Studie zeigt Hinweise auf ein Versorgungsdefizit in Deutschland, was die Behandlung von Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie betrifft.

► Seite 10

Artifizielle Sphinktere I

Geschichte der artifiziellen Sphinktere von der Penisklemme aus Leder bis zum App-gesteuerten Implantat

► Seite 12

Artifizielle Sphinktere II

Weiterentwicklung der artifiziellen Sphinktere zur Behandlung der Postprostatektomieinkontinenz am Beispiel des ZSI Zephyr 375

► Seite 12

Idiopathische überaktive Blase

Frühzeitige und anhaltende Symptomverbesserung mit Onabotulinumtoxin A (GRACE-Studie)

► Seite 13

Dranginkontinenz

Der DGU-Kongress stellte die Frage: Was wurde aus CESA/VASA?

► Seite 13

Post-Prostatektomie-Inkontinenz II

Aktueller Stand suburethraler Schlingen beim Mann

► Seite 14

Urogynäkologie

Heftige Kritik an den Leitlinien zu Inkontinenz und Descensus

► Seite 15

Markt mit Tabu

Der Umgang mit Inkontinenz ändert sich erst ganz allmählich.

► Seite 16

KOMPAKT UROLOGIE

Herausgeber: Professor Michael Stöckle

**Die wichtigsten
aktuellen Studien
kompakt
zusammengefasst**

Selektive Klemmung der Nierenarterie bei robotergestützter partieller Nephrektomie bei Patienten mit Einzelniere Gleichwertig und sicher im Vergleich zum vollständigen Klemmen

NEW YORK/NEWARK (Biermann) – In einer großen Kohorte von Patienten mit einer einzelnen Niere, die sich einer roboterunterstützten partiellen Nephrektomie (RAPN) unterzogen, führte die selektive Klemmung der Nierenarterie zu ähnlichen intraoperativen und postoperativen Ergebnissen im Vergleich zur vollständigen Klemmung und bedeutete kein zusätzliches Schadensrisiko.

Urologen aus den USA werteten zum Vergleich der beiden Methoden retrospektive und prospektive Datenbanken von 2006 bis 2019 an mehreren Institutionen aus. Patienten mit einer einzelnen Niere wurden identifiziert und stratifiziert, basierend darauf, ob eine selektive oder vollständige Klemmung der Nierenarterie durchgeführt wurde. Beide Grup-

pen wurden hinsichtlich Demografie, Risikofaktoren, intraoperativen Komplikationen und postoperativen Ergebnissen unter Verwendung von Chi-Quadrat-Tests, exakten Fisher-Tests, T-Tests und Mann-Whitney-U-Tests analysiert.

Die ursprüngliche Kohorte bestand aus 4112 Patienten, von denen 72 eine RAPN bei einer Einzelniere erhalten hatten (51 mit vollständiger Klemmung und 21 mit selektiver Klemmung). Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Demografie, der Tumorgöße, der eGFR oder der Warmischämiezeit (WIT) zwischen den Gruppen. Die intraoperativen Ergebnisse, einschließlich des geschätzten Blutverlusts, der Operationszeit und der intraoperativen Komplikationen, waren in beiden

Gruppen ähnlich. Die kurz- und langfristige postoperative prozentuale Veränderung der eGFR, die Häufigkeit akuten Nierenversagens (AKI) und die Häufigkeit neu aufgetretener chronischer Nierenerkrankungen (CKD) unterschieden sich zwischen den beiden Techniken ebenfalls nicht signifikant.

Die selektive Klemmung war also im Vergleich zur vollständigen Klemmung nicht unterlegen. Jedoch schien sie auch keinen funktionellen Vorteil gegenüber dem vollständigen Klemmen zu bieten, da kein Unterschied in der Häufigkeit von AKI, CKD oder der Änderung der eGFR beobachtet wurde. Die Autoren vermuten, dass die kurze WIT in beiden Gruppen (<15 min) möglicherweise die Identifizierung von Vorteilen des

selektiven Klemmens verhindert hat. Eine ähnliche Studie, in der Fälle mit längerer WIT analysiert werden, könnte alle vorteilhaften Auswirkungen einer selektiven Klemmung aufklären, hoffen die Mediziner. (ms) ▲

Autoren: Badani KK et al.
Korrespondenz: Pankti D. Kothari, Rutgers New Jersey Medical School, 185 South Orange Avenue, Newark, NJ/USA; pk435@njms.rutgers.edu
Studie: Selective clamping during robot-assisted partial nephrectomy in patients with a solitary kidney: is it safe and does it help?
Quelle: BJU Int 2020 Jun;125(6):893-897.
Web: doi.org/10.1111/hju.15043

BJUI

Roboterassistierte rekonstruktive Beckenbodenoperation mit abdominal platziertem Netzimplantat Geringe Langzeit-Netzerosionsrate

AMERSFOORT (Biermann) – In einer prospektiven Beobachtungskohortenstudie aus den Niederlanden erwies sich die Langzeitrate der Mesh-Erosion nach einer roboterassistierten rekonstruktiven Beckenbodenoperation mit abdominal platziertem Netzimplantat als gering.

Alle konsekutiven Patientinnen, bei denen 2011 und 2012 eine robotergestützte laparoskopische Sakrokolpopexie oder Sakrokolporektomie durchgeführt wurde, wurden in die Studie aufgenommen. Das primäre Ergebnis war die Netzerosion. Eine prä- und postoperative Bewertung (6 Wochen, 1 Jahr, 5 Jahre) mit einer klinischen Untersuchung und

einem Fragebogen bezüglich der Symptome des Beckenbodens wurden durchgeführt. Netzbedingte Komplikationen wurden unter Verwendung eines transparenten Vaginalspekulums, einer Proktoskopie und einer digitalen Vaginal- und Rektaluntersuchung bewertet. Kaplan-Meier-Schätzungen wurden für die Netzerosion berechnet. Eine Überprüfung der Literatur zur Netzexposition nach minimalinvasiver Sakrokolpopexie wurde durchgeführt (≥12 Monate Follow-up).

96 der 130 Patientinnen in der Studie (73,8 %) wurden klinisch untersucht. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 48,1 Monate

(Bereich 36,0–62,1). Es wurden 3 Netzerosionen diagnostiziert (3,1 %; Kaplan-Meier 4,9 % [95 %-KI 0–11,0]): eine Blasenerosion, für die eine Netzresektion und eine Omentaltapflaster-Interposition durchgeführt wurde, und 2 asymptomatische Vaginalerosionen (nach 42,7 und 42,3 Monaten), von denen eine mit Östrogencreme behandelt wurde. Zusätzlich antworteten 22 Patientinnen ausschließlich per Fragebogen und/oder Telefon; keine Patientin meldete Beschwerden im Zusammenhang mit dem Mesh. In der Literatur, die hauptsächlich auf retrospektiven Studien basiert, wurde eine mittlere Mesh-Erosions-

rate von 1,9 % (Bereich 0–13,3%) beschrieben. (ms) ▲

Autoren: van Zanten F et al.
Korrespondenz: Femke van Zanten, Meander Medical Center, Amersfoort, Niederlande; f.van.zanten@meandermc.nl
Studie: Long-term mesh erosion rate following abdominal robotic reconstructive pelvic floor surgery: a prospective study and overview of the literature
Quelle: Int Urogynecol J 2020 Jul;31(7):1423-1433.
Web: doi.org/10.1007/s00192-019-03990-1

Diskussion zu Netz-Komplikationen in der Urogynäkologie

Auch Teil der Nicht-Urogynäkologen weiß Bescheid

BURSA/LONDON (Biermann) – In den letzten Jahren wurde viel über Netzkomplikationen in der Urogynäkologie diskutiert. Das Bewusstsein anderer Ärzte, die keine Urogynäkologen sind, war jedoch bisher unbekannt. Ziel einer Umfragestudie war es, den Bekanntheitsgrad von Diskussionen zu Netzkomplikationen bei Ärzten zu bestimmen, deren Spezialgebiet nicht Urologie oder Gynäkologie ist.

Die Autoren um Adnan Orhan vom Uludag University Hospital, Bursa, Türkei, luden alle Ärzte mit Ausnahme von Gynäkologen und

Urologen zu ihrer Befragung ein. Die befragten Ärzte wurden in 4 Gruppen eingeteilt: King's College Hospital (London, Großbritannien), Universitätsklinikum Uludag, die USA und die gesamte Welt. Das primäre Ergebnis war das Bewusstsein für die Netzdiskussion in der Urogynäkologie, und das sekundäre Ergebnis war das Bewusstsein für die Diskussion über Netze in den sozialen Medien.

1231 Ärzte haben auf die Umfrage geantwortet. Bewusstsein für die aktuellen Probleme mit den Netzen zeigten unter den befragten Ärzten

15,8% im King's College Hospital, 15,4% im Universitätsklinikum Uludag, 26,9% in den USA und 16,2% in der gesamten Welt. Das Social-Media-Bewusstsein für Probleme mit Netzen betrug 20,8% im King's College Hospital, 20,3% im Universitätsklinikum Uludag, 32,8% in den USA und 20,6% in der gesamten Welt. Der Gruppenwert der USA war statistisch signifikant höher als der der anderen Gruppen.

„Soziale Medien können das Denken von Ärzten in kontroversen akademischen Fragen beeinflussen“, lautet das Fazit der Autoren. (ms) ▲

Autoren: Orhan A et al.
Korrespondenz: Adnan Orhan, Department of Obstetrics and Gynecology, Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery Unit, Uludag University Hospital, Bursa, Türkei; adnanorhan@uludag.edu.tr
Studie: Social media awareness among non-urogynecologists regarding the current mesh discussions in urogynecology: a survey study
Quelle: Int Urogynecol J 2020 Jun;31(6):1231-1243.
Web: doi.org/10.1007/s00192-020-04242-3

Kompakt Urologie Inhalt

- **Inkontinenz**
Desmopressin bei Nykturie
Erfolg mit Schmelztablette..... S. 24
Urogenitalfisteln bei der Frau
Erfolg mit Laparoskopie S. 26
Vesikovaginale Fisteln nach Radiatio
Herausforderung bleibt..... S. 26
Persistierende OAB bei LUTS
Mirabegron-Zusatztherapie S. 26
Vaginalprolapsoperation
Besser keine Schlinge zusätzlich ...S. 27
Erneuter künstlicher Sphinkter
Risiko vorherige Bestrahlung S. 28
- **Nierentumoren**
Robotische partielle Nephrektomie
Selektive Arterienklemmung..... S. 23
Atezolizumab/Bevacizumab bei mRCC
Geringere Therapiebelastung..... S. 24
Histologische Subtypen
Verschiedene Wachstumsraten.....S. 25
Fumarathydratase bei HLRCC
Häufigkeit von Mutationen.....S. 27
Robotische Thrombektomie Stufe III-IV
Riskant, aber machbarS. 27
Robotische partielle Nephrektomie
Weniger akutes Nierenversagen... S. 28
Option bei cT2a-Nierentumoren
Partielle Roboter-Nephrektomie... S. 29
MET-gesteuertes papilläres RCC
Savolitinib macht Hoffnung..... S. 29
- **Prostatakrebs**
Minimalinvasive Prostatektomie
Risikofaktoren für KonversionS. 25
Mortalität bei biochemischem Rezidiv
Konkurrierende Risiken..... S. 26
Biochemisches Rezidiv
Rolle der microRNA 196a..... S. 26
Gleason-Grad-Gruppe 5
Hochrisiko-Cluster entdeckt S. 29
De novo oligometastatisches PCA
Prognostische Faktoren S. 29
Docetaxel-Resistenz bei CRPC
Rolle der natürlichen Killerzellen. S. 30
Thromboembolie nach Prostatektomie
Prophylaxe ohne Einfluss..... S. 30
- **Urothelkarzinom/Blasenkrebs**
Cisplatin-ungeeignete Patienten
Pembrolizumab in der Erstlinie... S. 23
Intrakorporale Harnableitung
Mehr Komplikationen.....S. 25
Plasmazytoid-Variante
Nachteilige Merkmale S. 28
Erhaltungs- nach Chemotherapie
Erfolg mit Pembrolizumab S. 28
- **Weitere Themen**
Opiode bei Urolithiasis
Anhaltender Kosum bei 9% S. 24
Blasendometriose
Laparoskopische Teilzystektomie...S. 25
Nierentransplantatempfänger
COVID-19 verläuft schwererS. 27
COVID-19 unter Checkpointinhibitoren
Mortalität nicht erhöht.....S. 27
- **Industrie**..... S. 30