

N



GU

18. Jahrgang 2009, Ausgabe 39

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

INFORMATION

WISSENSCHAFT / SEXUALMEDIZIN

Andrologie Schlagzeilen

Miktionsbeschwerden,
Harninkontinenz und
erektile Dysfunktion nach
radikaler Prostatektomie
und externer Bestrahlung

Auswirkung der Ejaculatio
praecox (E.p.) auf die
Sexualität der Partnerin in
länger dauernden Be-
ziehungen – Konsequenzen
für die Therapie der E.p.

Leitlinien der Europäischen
Gesellschaft für Urologie
(EAU) zum Thema Late-
Onset Hypogonadism
(LOH) 2009

Der Down Syndrom-Mann
in der Urologie

DER INTERESSANTE FALL

Therapie maligner peri-
pherer Nervenscheiden-
tumore (MPNST), Variante
des M. Recklinghausen

FEUILLETON

Der Staat der Blinden

Noch immer oder schon
wieder: Gesundheits-
reform

urologia historica

Neue Erkenntnisse zur
Geschichte der (blinden)
Lithotriptoren



Carl Rotky: „Klapotetz“. Farblinolschnitt, 90 x 90 mm, 1937

HAUPTTHEMA:

Sexualmedizin

INFORMATION

| | |
|--|----|
| Editorial | 4 |
| Zum Titelbild | 6 |
| Die Seite des Präsidenten | 8 |
| Gedanken des Generalsekretärs | 10 |
| Aus dem Berufsverband und der Bundesfachgruppe | 13 |
| Aus dem Arbeitskreis für Blasenfunktionsstörungen | 14 |
| Aus dem Arbeitskreis für Kinderurologie | 22 |
| Aus dem Arbeitskreis für Endourologie und Steinbehandlung | 25 |
| Aus dem Arbeitskreis für Urologische Onkologie (AUO) | 26 |
| Aus der Fortbildungskommission und dem Arbeitskreis Assistenzärzte | 26 |

WISSENSCHAFT – Sexualmedizin

| | |
|--|----|
| Andrologie Schlagzeilen | 28 |
| Miktionsbeschwerden, Harninkontinenz und erektile Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie und externer Bestrahlung | 32 |
| Auswirkungen der Ejaculatio praecox (E.p.) auf die Sexualität der Partnerin in länger dauernden Beziehungen – Konsequenzen für die Therapie der E.p. | 34 |
| Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) zum Thema Late-Onset Hypogonadism (LOH) 2009 | 37 |
| Der Down-Syndrom Mann in der Urologie | 38 |

DER INTERESSANTE FALL

| | |
|---|----|
| Therapie maligner peripherer Nervenscheidentumore (MPNST), Variante des M. Recklinghausen | 41 |
|---|----|

KONGRESSBERICHT

| | |
|--|----|
| Resumée über die 6. Sitzung des „Club der Wiener Urologen“ | 44 |
|--|----|

FEUILLETON

| | |
|--|----|
| Der Staat der Blinden | 46 |
| Noch immer und schon wieder: Gesundheitsreform | 47 |

urologia historica

| | |
|--|----|
| Neue Erkenntnisse zur Geschichte der (blinden) Lithotriptoren | 50 |
| Buchbesprechung: Die Entwicklung der Endoskopie im 19. Jahrhundert | 58 |

TERMINE

59

WISSENSCHAFTLICHES FORTBILDUNGSSYMPOSIUM

| | |
|---------------------------------------|----|
| Aktuelle Aspekte zum Prostatakarzinom | 60 |
|---------------------------------------|----|

PRODUKTE / NEUHEITEN

62

IMPRESSUM:

Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

Prim. Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner
 Urologische Abteilung
 Wilhelminenspital
 Montleartstrasse 37, 1160 Wien
 Tel.: 01 / 49 150-4801
 Fax: 01 / 49 150-4809
 othmar.zechner@wienkav.at

Wissenschaftlicher Beirat:

Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl,
 Kaiser Franz Josef Spital, Wien

Prim. Dr. Klaus Jeschke, LKH Klagenfurt

Prim. Dr. Wolfgang Loidl,
 KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Univ. Prof. Dr. Christian Radmayr,
 Univ. Klinik für Urologie, Innsbruck

Prim. Univ. Doz. Dr. Michael Rauchenwald,
 Sozialmedizinisches Zentrum Ost –
 Donauespital, Wien

Produktion / Marketing:

vermed, Fortbildung in der Medizin G.m.b.H.
 Petrifelderstrasse 11a, 8042 Graz
 Tel.: 0316 / 42 60 82
 Fax: 0316 / 42 60 71
 E-mail: office@vermed.at
 Verantwortlich: Mag. Walter J. Stöckl

Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

- ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.
- CSC Pharmaceuticals Handels-Ges.m.b.H.
- GEBRO Pharma G.m.b.H.
- GENERICON Pharma Ges.m.b.H.
- JANSSEN-CILAG Pharma GmbH
- KWIZDA Pharma GmbH
- LANNACHER Heilmittel GmbH
- MADAUS Ges.m.b.H.
- Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.
- TAKEDA Pharma GmbH

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf eine geschlechterspezifisch getrennte Schreibweise (z. B. ÄrztIn, Arzt/Ärztin bzw. Patient/Patientin).

ALLER GUTEN DINGE SIND 3



TRMA0409 3 - Stand April 2009 - Fachkurzinformation siehe Seite 63

LEUPRORELIN  **Enantone**[®]
LHRHa - Monats-Depot

LEUPRORELIN  **Trenantone**[®]
LHRHa 3 Monats-Depot

LEUPRORELIN  **Sixantone**[®]
LHRHa 3 Monats-Depot



Partner der Urologen



© Foto Baptist

Vor einigen Jahren war das Katharinen-Hospital in Stuttgart, ein hoch renommiertes Spital in einer großen deutschen Stadt, am Rande der Insolvenz. Sämtliche Rettungsversuche unter der Leitung aus dem Umfeld der Institution stammender Personen, vertieften letztlich nur das Dilemma.

Dies wurde schlussendlich dem damaligen Oberbürgermeister der Stadt zu bunt und er beauftragte einen völlig außen stehenden und frei jeglicher Beziehungsgeflechte befindlichen Manager mit der Reorganisation.

Die in der Folge in großer Häufigkeit und mit massiver Urgenz auftretenden Interventionsversuche einzelner Interessensgruppen wie Gewerkschaft und anderen Gruppierungen ließ dieser intelligente und mutige Politiker mit den Verweis auf den befristeten und auf Erfolgsnachweis basierenden Vertrag des Managers kein Ohr.

In wenigen Jahren schrieb diese Institution wieder schwarze Zahlen ohne Reduktion ihres Versorgungsauftrages in der Bevölkerung, wohl aber im Umfang der Verwaltung.

Kreative und engagierte Ärzte waren begeistert und konnten in einem motivierenden Umfeld auf höchstem medizinischen Standard ihre Patienten behandeln und sich außerdem auch wissenschaftlichen Problemen zuwenden, obwohl das Haus keine Universitätsklinik ist.

Ich weiß dies aus berufenem Munde, ob dies allerdings heute auch noch so ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Wäre dies in Österreich auch möglich? Theoretisch schon – aber in der Praxis ...?

Wir erleben derzeit einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, wie er noch niemals stattgefunden hat und wie er bis vor wenigen Jahren noch undenkbar war.

Die ärztliche Tätigkeit wird in Wahrheit als reine Dienstleistung, gleich wie jede andere aufgefasst, die anscheinend nur in ein entsprechend enges Korsett gezwängt

Die ärztliche Tätigkeit wird als reine Dienstleistung aufgefasst, die nur in ein entsprechend enges Korsett gezwängt werden muss, damit die finanziellen Anforderungen nicht aus dem Ruder laufen.

werden muss, damit die finanziellen Anforderungen nicht aus dem Ruder laufen. Folgerichtig ist in diesem Kontext die zunehmende Marginalisierung der Ärzteschaft in der Strategieplanung der Zukunft des Gesundheitssystems zu sehen. Augenscheinlichstes Beispiel dafür war die Vorgehensweise bei der letzten – am grimmigen Widerstand der Ärzteschaft gescheiterten – Gesundheitsreform. Ob dieser „Sieg“ in welchem sich die Kammerfunktionäre sonnen, letztlich nicht nur ein Pyrrhus-Sieg war, wird sich noch herausstellen.

Obwohl die ausverhandelten Vereinbarungen der neuen Reform, soweit sie den Medien zu entnehmen sind, für die niedergelassenen Ärzte durchaus nicht abzulehnen sind, kann man doch substantielle Anstrengungen zu relevanten Einsparungen nicht erkennen.

Wenig einfallsreich wird wieder der vermehrte Einsatz von kostengünstigeren Generika sowie eine Reduktion der Gewinnspanne bei Pharmaprodukten gefordert. Dass damit möglicherweise finanzielle Ressourcen zur Forschung und Entwicklung neuer Präparate entzogen werden, kümmert offensichtlich niemanden.

Der „dicke Brocken“, nämlich die Planung der Spitalsfinanzierung wartet darauf, in Angriff genommen zu werden, und so wie ich die beteiligten Akteure einschätze, werden dabei keine „Rheinnymphen mit Schalmeienklängen“ die Ärzteschaft umschmeicheln.

Wenn in früheren Zeiten, und ich erinnere mich an zahlreiche Kommissionssitzungen in der Errichtungsphase des AKH in Wien, den abstrusesten Vorstellungen der Klinikärzte entsprochen wurde, was nicht zuletzt zur aberwitzigen Kostenexplosion dieses Bauvorhabens – neben bekannten und unbekanntem kriminellen Mächtigkeiten – geführt hat, so wird im Gegensatz dazu in Zukunft auf Befindlichkeiten und berechtigte Argumente der Ärzteschaft wohl wenig Rücksicht genommen werden!

Der Versuch, dieser vorhersehbaren Entwicklung durch

Hyperaktive BLASE:



**-WIRKT IN DER BLASE
UND NICHT IM HIRN!**

**Spasmolyt®
von MADAUS
hilft.**

Die patientenfreundliche
Standardtherapie
der hyperaktiven Blase:
-nicht liquorgängig
**-kein Aktivitätsverlust
im ZNS!**

Kassenfrei!



2x1 Dragée täglich



Spasmolyt-Dragées. Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält: Trospiumchlorid 20 mg. **Wirkstoffgruppe:** Quaternäres Derivat von Nortropin (daher Parasympatholytikum); urologisches Spasmolytikum; G04BD. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung einer Detrusor-Instabilität oder Detrusor-Hypertonie mit den Symptomen Pollakisurie, Harndrang und Dranginkontinenz. **Gegenanzeigen:** Harnretention, Engwinkelglaukom, Tachyarrhythmien, Myasthenia gravis, schwere Colitis Ulcerosa, toxisches Megacolon, dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <10 ml/min/1,73 m²) und Kindern unter 12 Jahren. **Hilfsstoffe:** Saccharose, Weizenstärke, mikrokristalline Cellulose, Talkum, Lactose-Monohydrat, Calciumcarbonat (E 170), Titandioxid (E 171), Stearin-Palmitinsäure, Croscarmellose-Natrium, Povidon, Macrogol 8000, hochdisperses Siliciumdioxid, Eisenoxidhydrat (E 172), Carnaubawachs, Glycerin. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Madaus, Wien. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

www.madaus.at

MADAUS

eine „Wohlfühlkampagne“ mit Radioeinschaltungen wie „Sie drehen sich noch einmal gemütlich im Bett um, während bereits tausende Wiener Spitalsärzte ihren Dienst tun ...“ entgegen zu wirken, ist meines Dafürhaltens wohl keine Erfolg versprechende Strategie der Interessensvertretung, deren Performance keineswegs in ungeteiltem Applaus ihren Widerhall erfährt. Das Feuilleton von Lutz Popper in diesem Heft (ab Seite 47) legt dafür Zeugnis ab.

Es gibt meines Erachtens nur eine, so fürchte ich letztmalige Chance, dieser für die Ärzteschaft so nachteiligen Entwicklung zu begegnen, indem nämlich couragierte Ärzte im Verein mit einer entschlossenen Interessensvertretung der Bevölkerung – denn diese ist der wirkliche Partner und damit der entscheidende Ansprechpartner – klar zu verstehen geben, dass das ärztliche Personal der entscheidende Faktor im Gesundheitswesen ist. Denn ein Patient sucht ein Spital oder eine Ordination nicht auf, um verwaltet oder gepflegt zu werden, sondern er bedarf einer ärztlichen Behandlung zu welcher die entsprechende Pflege unverzichtbar gehört. Der Nutzen des Auseinanderdriftens von ärztlichen und pflegerischen Kon-

zepten zur Abwicklung des hospitalären Dienstbetriebes auf Basis standespolitischer Profilierungstendenzen ist zumindest für mich, insbesondere unter Berücksichtigung der Interessen der Patienten, ebenso wenig erkennbar wie die überdimensionale Aufblähung der Verwaltungsapparate.

Was aber im Umkehrschluss von den Politikern als Vertretung der Steuer zahlenden Bevölkerung von der Ärzteschaft eingefordert werden kann, ist ein verantwortungsvolles Umgehen mit den Ressourcen, d.h. Standardisierung und Spezialisierung und damit Rationalisierung der Diagnose- und Behandlungsabläufe - was bedeutet, dass nicht jede Abteilung und jedes Haus die gesamte Palette anbieten kann und darf. Im Idealfall würde dies in einer drastischen Reduktion der Kosten und in einer substantiellen Steigerung der Versorgungsqualität seinen Niederschlag finden. Leider wird dem die Eitelkeit der Kollegen und so mancher Bürgermeister und Landesrat entgegenstehen – aber träumen und die Wahrheit beim Namen nennen wird man doch wohl noch dürfen ...

O. Zechner

ANKÜNDIGUNG:

NÖGU Nr. 40

Kinderurologie

Zum Titelbild



Carl Rotky (* 1891 in Graz, † 1977 in Grottenhof bei Leibnitz)

Studierte Medizin in Graz und Prag. Ausbildung in Malerei und Grafik bei A. Marussig und C. Damianos in Graz sowie bei A. v. Kubinyi in München.

Studienreisen nach Deutschland, Frankreich, Italien, Jugoslawien und Griechenland.

Zahlreiche Ausstellungen im In- und Ausland (auch Amerika und Australien)

1938 Österreichischer Staatspreis

Silbermedaille der Stadt Graz und Salzburg.

Literarische Werke des Künstlers: Neue Galgenlieder, Traum daraus Gott erwacht, Auferstehung des Menschen, Heimatliches Bilderbuch, Schöne Südsteiermark, u.a.

Literatur: August Trummer. Carl Rotky, Das druckgraphische Werk, mit WVZ, Graz, o.J.

Kontakt: Galerie Schafschetzy, Färbergasse 2, 8010 Graz, Tel.: +43-316 / 82 89 82, www.galerie-schafschetzy.com

Astellas präsentiert:

Eligard® 45 mg

Die ersten in der Grünen Box.

Die ersten mit 6 Monaten Freiheit.*

Eligard® senkt den
Testosteronspiegel ...

... und hält ihn niedrig

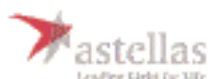
- Optimale Testosteronkontrolle^{1,2,3}
- Die erste 6-Monate-Depotformulierung

Referenz:

1. Cha PK et al. J Urol 2002; 168: 1999-2002
 2. Pardo-Hernandez R et al. Clin Ther 2002; 24:1908-1914
 3. Crawford ED et al. J Urol 2006; 175: 522-526
- *Freiheit von notwendigen Injektionen im 1- bzw. 2-Monatsrhythmus

Bezeichnung des ArzneimitteIs ELIGARD® Depot 7,5 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, ELIGARD® Depot 22,5 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, ELIGARD® Depot 45 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. **Zusammensetzung** (arzneilich wirksamer Bestandteil nach Art und Menge) Eine Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 26,1 mg Leuprorelin (als Acetat). Die verfügbare Menge nach Rekonstitution mit dem Lösungsmittel beträgt 22,5 mg Leuprorelinacetat. Eine Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 9,7 mg Leuprorelin (als Acetat). Die verfügbare Menge nach Rekonstitution mit dem Lösungsmittel beträgt 7,5 mg Leuprorelinacetat. Eine Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 45 mg Leuprorelinacetat, entsprechend 41,7 mg Leuprorelin. **Anwendungsgebiete** Eligard® Depot 7,5 mg bzw. 22,5 mg bzw. 45 mg ist indiziert zur Therapie des hormonabhängigen fortgeschrittenen Prostatakarzinoms. **Gegenanzeigen** Überempfindlichkeit gegenüber Leuprorelinacetat, gegenüber anderen GnRH-Analoga oder einem der sonstigen Bestandteile. Bei Patienten nach Orchidektomie (wie mit anderen GnRH-Agonisten bewirkt

Eligard® nach chirurgischer Kastration keine weitere Senkung des Serum-Testosteronspiegels). Als Monotherapie bei Prostatakarzinompatienten mit Rückenmarkskompression oder Wirbelkörpermetastasen oder Anzeichen von Rückenmarks-Metastasen (siehe auch Abschnitt Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung). Eligard® Depot 7,5 mg bzw. 22,5 mg bzw. 45 mg ist kontraindiziert bei Frauen und Kindern. **Pharmakologische Eigenschaften** Pharmakotherapeutische Gruppe: Gonadotropin-Release-Hormon-Analoga. ATC-Code: L02A E02. **Pharmazeutische Angaben** (Hilfsstoffe) ELIGARD® DEPOT 7,5 MG B2M, 22,5 MG Lösungsmittel (Spritze A): Poly-(DL-lactid-glycolid) N-Methylpyrrolidon Pulver (Spritze B): keine; ELIGARD® Depot 45 mg Lösungsmittel (Spritze A): Poly-(DL-lactid-glycolid) (15:85) N-Methylpyrrolidon; Pulver (Spritze B): keine **NAME UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS** Astellas Pharma Ges.m.b.H., Österreich **Verschreibungspflicht/Apothekerpflicht** Rezept- und apothekerpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **Weitere Angaben zu „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“**, „Wechselwirkungen mit anderen Mitteln“ und „Nebenwirkungen“ sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.



Astellas Pharma Ges.m.b.H.
A-1140 Wien, Linzer Straße 221 E02
Tel: +43 (1) 877 26 68 Fax: +43 (1) 877 16 36
e-mail: office@astellas.com



Die Seite des Präsidenten

N. Schmeller

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist Aufgabe einer wissenschaftlichen Gesellschaft wie der ÖGU, neue Behandlungstechniken zu evaluieren. Leider gibt es in Österreich keine dem englischen *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) vergleichbare Institution, die industrieunabhängig wissenschaftliche Evaluationen erstellt. Immer wieder wird mit den klassischen Werbepraktiken versucht, uns Ärzten neue Behandlungstechniken „zu verkaufen“. Als Beispiel kann die Verbreitung der „DaVinci“ Roboter-Prostatektomie dienen. Die Firma bewirbt diese Technik intensiv mit folgenden Anpreisungen:

smaller incisions – Tatsächlich werden aber meist 6 Schnitte für die Trokare gemacht und einer am OP-Ende erweitert, um das Präparat zu bergen. In Summe messen diese Schnitte zusammen etwa 9,5 cm, eine Schnittlänge, durch die die offene Operation problemlos zu machen ist. Insbesondere ist dann eine gründliche Lymphadenektomie viel leichter durchführbar.

less scarring – In der Regel erfolgt die Roboter-Prostatektomie transperitoneal. Die innere Wundfläche ist also sicher nicht kleiner, sondern größer!

less pain – Durch mehrere wissenschaftliche Vergleiche ist inzwischen zweifelsfrei nachgewiesen, dass diese Behauptung falsch ist.

less blood loss – Die einzige Behauptung, die einem Vergleich standhält – aber nur, wenn man die bevölkerungsbezogenen Durchschnittswerte heranzieht. In der offenen Operation erfahrene Operateure haben heute Blutverlust und Transfusionsrate in einem sehr niedrigen Bereich. So wurde in einer eigenen publizierten Serie von 50 konsekutiven Patienten nur einer transfundiert und in einer zweiten Serie von 50 konsekutiven Patienten lag der Hb-Abfall bei 2,8 g/dl, verglichen mit Mani Menon, dem „Erfinder“ der Roboter-Prostatektomie, der einen Hb-Abfall von 4,4g/dl publiziert hat.

improved cancer control – Der eigentliche Sinn der Operation! Wenn diese Behauptung wahr wäre, wären die hohen Kosten dieser Technik gerechtfertigt. Leider ist das Gegenteil der Fall. Durch

Marketing und vermeintlichen Konkurrenzdruck hat sich die Methode in den USA sehr schnell verbreitet. Viele Ungeübte haben damit begonnen, weil manche „informierte“ Patienten die Roboter-Prostatektomie wünschten und weil den Krankenhäusern suggeriert wurde, die Patienten würden dorthin gehen, wo ein Roboter steht und man glaubte, es sich nicht leisten zu können, sich keinen Roboter zu leisten, insbesondere wenn das Nachbar Krankenhaus schon einen hatte. So entstand ein „Marketingdruck“ und viele Urologen begannen mit dieser Technik – und somit mit der Lernkurve. Das Ergebnis bezüglich „cancer control“ ist im *JCO* publiziert. In einem bevölkerungsbezogenen Vergleich brauchen nach offener Prostatektomie 9,1% eine Zweittherapie (Bestrahlung oder Androgenentzug), nach der MIRP (minimal invasive radical prostatectomy) aber 27,8%. Eine kürzlich veröffentlichte multivariate Analyse ergibt die Nervschonung mit dem DaVinci-Roboter als unabhängigen signifikanten Faktor für positive Schnittränder, sogar bei Urologen, die die „Lernkurve“ schon hinter sich haben.

early return of urinary function – Über die Frühkontinenz, d.h. nach 1 oder 3 Monaten, gibt es fast keine Daten, aber bei der Kontinenz nach 6 oder 12 Monaten zeigen mehrere Arbeiten eine Überlegenheit (höhere Kontinenzrate) der offenen Operation. So hatte Scardino (MSKCC, New York) in einer persönlichen Serie 97% kontinente Patienten nach 15 Monaten, Gouilloneau (einer der erfahrensten Laparoskopieure) in der gleichen Institution zur gleichen Zeit in einer simultanen persönlichen Serie nur 69%, ein erheblicher Unterschied.

improved outcomes for potency – Daten der erektilen Funktion sind sicherlich ganz schwer zu vergleichen, da die Potenz von vielen anderen Faktoren abhängig ist. Eine sehr ausführliche Review, die erst kürzlich auf 26 Seiten die Literatur analysiert (*European Urology* 55 (2009) 1037–1063) hat gezeigt, dass bei Kontinenz und Potenz keine Überlegenheit der Roboter-Prostatektomie nachweisbar ist (... available data were not sufficient to prove the superiority of any surgical approach in terms of functional and oncologic outcomes ...) und das obwohl sich in der Liste der Co-Autoren mit



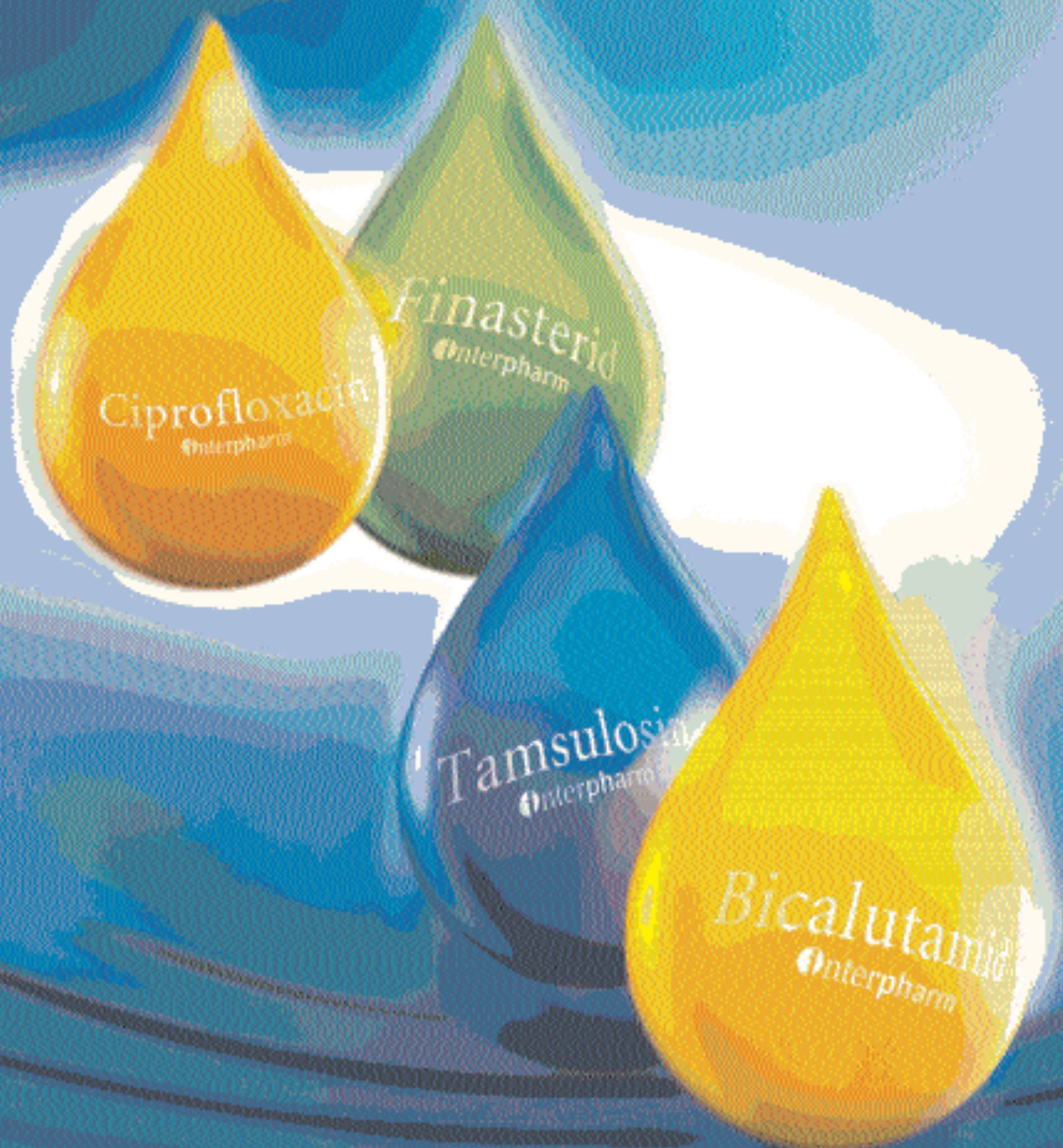
Univ. Prof. Dr. Nikolaus Schmeller

Menon, Gouilloneau, Patel und Rassweiler die international bekanntesten Spezialisten für Roboter und Laparoskopie finden.

Erst kürzlich hat auch die Mayo Clinic in Rochester, Minnesota, ihre Zahlen im *Journal of Urology* publiziert. In 2008 wurden dort mehr als 1.200 radikale Prostatektomien gemacht, davon etwa 500 mit dem Roboter. Es gibt dort keinen Unterschied in den Komplikationen, Katheterzeit, Kontinenzrate, Potenz, positive Schnittränder und der Progressionsrate nach drei Jahren. Die Behauptung, die Patienten hätten nach Roboteroperation eine kürzere Erholungszeit, wird weder durch die Literatur noch durch die Daten der Mayo Clinic gestützt.

Wie werden die etwa 5.000 € zusätzliche Kosten pro Fall für die Robotertechnik gedeckt?

In USA und Deutschland teils durch die Versicherungen, teils durch die Patienten. Manche Krankenträger nehmen auch einen finanziellen Verlust bei den Roboter-Operationen in Kauf und hoffen, dass durch die vermeintliche „Zugkraft“ des Roboters viele andere Patienten ins Haus kommen, durch die dann die Verluste ausgeglichen werden können. In meinem eigenen Haus, das einen komplett ausgelasteten Zentral-OP hat und eine Zuzahlung des Patienten für die Anwendung spezieller Technik (die keinen medizinischen Vorteil hat) nicht in Frage kommt, ist ein Ausgleich der „Roboterverluste“ durch Fallzahlsteigerung oder Patientenzuzahlung unmöglich.



Ciprofloxacin Interpharm

Finasterid Interpharm

Tamsulosin Interpharm

Bicalutamid Interpharm

Zur Behandlung von Infektionen, die durch Ciprofloxacin-empfindliche Erreger hervorgerufen werden

Green Box

Zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie

Green Box

Zur Behandlung der funktionellen Symptome der benignen Prostatahyperplasie

Green Box
(Verschreibung durch Facharzt f. Urologie)

Zur Behandlung des lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms

Green Box

lich. Wir bekommen von der Gebietskrankenkasse bei regulärer Liegezeit derzeit 6.929 LKF-Punkte x 0,62 Euro, also 4.295,98 € für eine radikale Prostatektomie.

Leider übernehmen oft Krankenhasträger und Ärzte die unbewiesenen Anpreisungen der Industrie auf die eigenen Internetseiten oder eigene Presseausendungen und tragen so selbst zu der oft beklagten Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei. Die Patienten haben aufgrund dieser Anpreisungen sehr hohe Erwartungen an die Ergebnisse der Operation und werden oft enttäuscht. Eine kürzlich erschienene Arbeit zu „Satisfaction and Regret after Open Retropubic or Robot-Assisted Laparoscopic Radical

Prostatectomy“ zeigt, dass die Roboter-Prostatektomie 3 bis 4 mal so viele unzufriedene Patienten hat wie die offene Operation. Übertriebene Anpreisung erzeugt natürlich Enttäuschung und das kann sich durchaus zum Schaden des Krankenhasträgers auswirken, insbesondere in kleineren Gemeinden, wo sich schlechte Ergebnisse schnell herumsprechen.

Übertriebene Anpreisung leistet auch der laparoskopischen Technik insgesamt einen Bärendienst. Bei vielen Indikationen sind ja die Vorteile der Laparoskopie evident, z.B. bei der Tumornephrektomie.

Es ist Aufgabe einer wissenschaftlichen Gesellschaft wie der ÖGU, neue Be-

handlungstechniken zu evaluieren. Die „Seite des Präsidenten“ ist dafür nicht der richtige Platz. In unseren Arbeitskreisen ist die Laparoskopie derzeit irgendwo in der Mitte zwischen dem Arbeitskreis urologische Onkologie und dem Arbeitskreis Endourologie und Steinerkrankungen angesiedelt. Ich meine, es wäre Zeit, dass wir auf unserer Hauptversammlung in Linz darüber diskutieren, einen Arbeitskreis Laparoskopie zu gründen.

Für heute verbleibe ich mit den besten Grüßen, Ihr/Euer

*Prof. Nikolaus Schmeller
Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Urologie und
Andrologie*



Gedanken des Generalsekretärs

Rückblick – Ausblick – Kommentare

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das letzte halbe Jahr hat einige Veränderungen in der urologischen Spitallandschaft gebracht. **Dr. Udo Nagele** (Universität Tübingen) wurde zum Nachfolger von **Prim. Univ. Doz. Dr. Jörg Joost** in Hall ernannt. **Prim. Univ. Prof. Dr. Günter Janetschek** ist von Linz nach Salzburg gewechselt, um Vorstand im Landeskrankenhaus und der privaten Paracelsus Medizinischen Universität zu werden. Er folgt unserem Präsidenten **Prim. Univ. Prof. Dr. Nikolaus Schmeller** nach, der schon letztes Jahr im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Salzburg die Nachfolge von **Prim. Univ. Doz. Dr. Gerhard Kunit** angetreten hat. **Dr. Karl Leeb** hat die Leitung der Abteilung im Spital der Elisabethinen in Linz übernommen und **Univ. Doz. Dr. Eugen Plas** (KH Hietzing, Wien) wurde zum Nachfolger von **Prim. Dr. Fridolin Stöger** im Hanuschkrankenhaus Wien bestellt. Ich wünsche allen neuen Primarii glückhaftes Handeln in ihren Funktionen und den Neo-Pensionisten viel Gesundheit und Lebensfreude zum Genießen des nächsten Lebensabschnitts.

Der Primärärztee Arbeitskreis – oder: Das Dornröschenschloss

Vor langer Zeit wurde unter der Leitung von **Prim. Dr. Anton Decristoforo** (Ried im Innkreis) ein Arbeitskreis der Primärärzte gegründet. Nach meiner subjektiven Erinnerung beschäftigte er sich in erster Linie mit Qualitätssicherung und es wurden einige Ergebnisdokumentationen häufiger operativer Eingriffe sowie Verhandlungen mit dem ÖBIG durchgeführt. Die Aktivitäten waren beachtenswert und wurden trotz der damals völlig neuen und zukunftsweisenden Beschäftigung mit Ergebnisqualität auch entsprechend beachtet. Der Erfolg ist in erster Linie der Ambition seines bis 2001 tätigen Leiters zuzuschreiben. Unter seinem Nachfolger **Prof. Janetschek**, der von 2003 bis 2005 auch Präsident der ÖGU war, wurde unter anderem um die Erhaltung der onkologischen Therapie für unser Fach gemeinsam mit dem Vorstand und dem AUO gekämpft. Leider verlieren sich die Aktivitäten des AK ab 2005 und alle bis dahin aktiven Teilnehmer zogen sich wieder auf ihre Abteilungen zurück. Im Gegensatz zum bekannten Märchen fand sich kein Prinz, der Dornröschchen wachgeküsst und wieder Leben ins



Prim. Priv. Doz. Dr. Walter Albrecht

Schloss gebracht hätte. Auch die subtilen Hinweise des damaligen Generalsekretärs **Prim. Univ. Doz. Dr. Michael Rauchenwald** auf den Jahreshauptversammlungen führten nicht zur Rückkehr des Lebens in das nun schon fast vergessene Dornröschenschloss.

Vor sieben Monaten wurde nun **Prim. Univ. Doz. Dr. Claus Riedl** (Baden) zum Leiter dieses Arbeitskreises gewählt. Es ist hoch an der Zeit, das Dornröschenschloss abzureißen und durch ein modernes Bürohaus zu ersetzen, um den an sich vielfältigen Aufgaben eines Primärärztee Arbeitskreises gerecht werden zu können. Die Organisation der Urologie

Aglandin®

Tamsulosin

ret. 0,4 mg Kps.
zu 10 und 30 Stk.

OP II zu 30 Stk.



Damit's wieder läuft ...

im Spitalsbereich kann nur durch jene Urologen bewerkstelligt werden, die aufgrund ihrer Position die entsprechende Erfahrung besitzen. Weder der Vorstand der ÖGU noch das Präsidium des BvU kann diese Aufgaben wahrnehmen. Wann immer die Gesellschaft in der Vergangenheit mit Problemen von außen beschäftigt wurde, konnten sie durch geschlossenes gemeinsames Auftreten erfolgreich gelöst werden. Es liegt an uns Primärärzten, die Strukturen im Spitalsbereich so zu beeinflussen, dass die Geschlossenheit des Fachs gewahrt wird und nicht Teile an andere Gruppen verlorengelangen. „Der Starke ist am mächtigsten allein“ ist eine gefährliche Geisteshaltung. Nur gemeinsame Aktivität der Entscheidungsträger im Spitalsbereich kann eine zeitgemäße Antwort auf die heutigen Anforderungen sein. Reißen wir das Dornröschenschloss nieder und füllen wir das moderne Bürohaus mit Leben und Energie!

Warum ist es wichtig, Mitglied der ÖGU zu sein? (Teil 2)

Habe ich mich in der letzten Ausgabe der NÖGU mit den Vorteilen einer Mitgliedschaft der Assistenten beschäftigt, wende ich mich heute an die Fachärzte. Wie schon erwähnt, kann man die Vorteile der ÖGU-Mitgliedschaft im Wesentlichen in drei Gruppen teilen: 1. Information, 2. Gestaltungsmöglichkeiten, 3. Kommunikation.

Die ÖGU kümmert sich auch um die Ausrichtung der Facharztprüfung, wobei unsere Fachgruppe die einzige ist, bei der der schriftliche Teil der Europäischen Facharztprüfung auch die Österreichische Facharztprüfung ist und somit die Möglich-

keit eröffnet, durch die anschließende Absolvierung des mündlichen Teiles der EBU-Prüfung „Fellow of the European Board of Urology“ (FEBU) zu werden. Bereits ein Drittel unserer Mitglieder darf diesen Titel dem Namen nachstellen, was einen Spitzenwert in Europa darstellt. Fortbildungsdiplome werden ausschließlich für Mitglieder ausgestellt. Eine Reihe von Zeitschriften und Publikationen sowie die Webseite und der Newsletter stehen den Mitgliedern zur Verfügung. Die Teilnahmegebühr bei Veranstaltungen der ÖGU ist für Mitglieder deutlich geringer, es ist also auch wirtschaftlich interessant, Mitglied zu sein. Für alle jene, die den Einsatz nicht scheuen, das Außenbild der Österreichischen Urologie und deren Zukunft mitzugestalten, ist die Mitarbeit in den Arbeitskreisen mit Erstellung von Leitlinien, Teilnahme an Studien aber auch der Möglichkeit einer ständigen aktuellen Weiterbildung gegeben. Die ÖGU ist innerhalb der Österreichischen Ärztekammer mit der Gestaltung des Rasterzeugnisses befasst, das die Ausbildung und die Anwendung des Fachs im Rahmen von Verordnungen des BMfGFJ regelt. In die Diplomfortbildung, Qualitätssicherung und die Mitgestaltung des Strukturplanes für Gesundheit/ÖSG sind wir teilweise eingebunden. Einige Mitglieder sind in Leitlinienkommissionen der EAU, aber auch an der Erarbeitung interkontinentaler Leitlinien, wie z.B. für die Steintherapie und Tumormarker tätig. Die EAU hat die österreichischen Leitlinien für die Prostatabiopsie übernommen. Mitglieder des Vorstandes sind in verschiedenen Gremien der DGU tätig und können dort Einfluss auf die Gestaltung wissenschaftlicher Programme

nehmen, aber auch wichtige österreichische Urologen als Gutachter für die Auswahl von Kongressbeiträgen, als Vorsitzende wissenschaftlicher Sitzungen und für Grundsatzvorträge vorschlagen. Als Mitglied der ÖGU ist man Teil eines großen Netzwerks, das eine Reihe von Vorteilen bietet, die Nichtmitgliedern nicht zugänglich sind. Die Urologen stellen in der österreichischen Ärzteschaft eine relativ kleine Gruppe dar und sollten daher als geschlossene Gemeinschaft auftreten.

Ich habe den Eindruck, dass sich der Kontakt unter unseren Mitgliedern wieder intensiviert und manche Fortbildungsveranstaltungen wirken auf mich wie große Familientreffen, so wie ich sie aus meiner Anfangszeit vor mehr als 20 Jahren kennen gelernt habe, als die ÖGU allerdings nur halb so viele Mitglieder hatte wie heute. Der erfolgreiche Start der Austrian School of Urology hat dazu geführt, dass heuer bereits 14 Aufnahmeansuchen von Assistenten in Ausbildung bei mir eingelangt sind. Das wird zu einer weiteren Verjüngung unserer Gesellschaft führen und ich freue mich schon auf die Aktiven unter ihnen, die zur Mitgestaltung unserer Gesellschaft beitragen werden. Die Aussichten für die Zukunft unserer Gesellschaft sind also sehr positiv!

Herzliche Grüße, Euer

Walter Albrecht
Generalsekretär der ÖGU
02572 3341 9600

walter.albrecht@mistelbach.lknoe.at

www.uro.at



Berufsverband der Österreichischen Urologen

Aus dem Berufsverband und der Bundesfachgruppe

Cave canem! Oder: Wie bissig ist HTA?

W. Kozak

Dem in der täglichen Praxis tätigen Arzt (gemeint sind **alle** patientennah agierenden Gruppen, also Spitalsärzte wie auch Niedergelassene) wird vermutlich in den meisten Fällen der Begriff HTA nicht bekannt sein. Es ist allerdings sehr wohl anzunehmen, dass in naher Zukunft **Health Technology Assessment** (HTA) auf unser ärztliches Tun zunehmend Einfluss nehmen wird.

Als HTA wird die systematische Bewertung von medizinischen Technologien aus dem Gesundheitsbereich bezeichnet. Unter medizinischen Technologien werden sämtliche medizinischen Interventionen wie die Anwendung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten bzw. medizinische und chirurgische Prozeduren oder auch Beratungsleistungen verstanden.

Die Aufgabe von HTA ist es, vorhandenes Wissen zur klinischen Wirksamkeit und zu ökonomischen und organisatorischen Auswirkungen von medizinischen Verfahren zu analysieren, um administrative (Gesundheitswesen, Verteilung von Ressourcen, ökonomische Evaluation) wie klinische Entscheidungen (!!???) zu unterstützen. (Zitiert aus Vorwort des *Ludwig Boltzmann Institutes für HTA*).

Somit ist zwar einerseits klar, dass es sich dabei um ein weiteres Lenkungsinstrument für die politischen Entscheidungsträger handelt. Weit weniger ersichtlich ist andererseits der Nutzen für klinische Entscheidungen, da grundsätzlich davon ausgegangen werden sollte, dass die dafür erforderlichen Grundlagen in der naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung sowie in anderen bereits etablierten Einrichtungen erarbeitet werden.

Aus dem Selbstverständnis des **Ludwig Boltzmann Institutes für HTA** (Leitbild) geht hervor, dass es sich dabei um eine unabhängige, wissenschaftsbasierte Instanz handeln soll, die ohne Vereinnahmung durch Interessensgruppen (Kostenträger, Marktanbieter) Grundlagen für Entscheidungen zu Gunsten eines effizienten und angemessenen Ressourceneinsatzes liefert.

Es ist allerdings die Unabhängigkeit in-

tensiv zu hinterfragen, wenn man die Financiers des Institutes betrachtet, die nahezu zu 100% dem öffentlichen Bereich zuzuordnen sind (**60% Ludwig Boltzmann Gesellschaft** (51% BM f. Wissenschaft u. Forschung, 14% Stadt Wien, 35% Nationalstiftung f. Forschung, Technologie u. Entwicklung – Bund, Ö. Nationalbank, ERP-Fonds); **40% „Partnerschaften“** (BM f. Gesundheit u. Frauen, Krankenanstaltenträger: KAGes, TILAK, AUVA, Private Universitäten: UMIT-Innsbruck, PMU-Salzburg).

Welche Bedeutung haben solche Institute für uns Ärzte, die tagtäglich um das Wohl der Patienten kämpfen? Jene Patienten, die ein Einzelfall mit singulärer Gesundheits- und Sozialanamnese sind und daher von uns nicht als anonyme, statistische Masse wahrgenommen werden.

Institute – wie jenes oben erwähnte – nehmen weltweit in den industrialisierten Gesellschaften zunehmend Einfluss auf Planung und Gestaltung der sozialen Gesundheitssysteme. Die Europäische Kommission etwa hat HTAs gemeinsam mit EBM (evidenzbasierter Medizin) und klinischen Leitlinien als „Best Practice“ Aktivitäten klassifiziert, die zur Förderung der Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung ausschlaggebend sind. Wobei HTA gezielt als Analyse- und Politikinstrument eingesetzt wird.

Anhand von Newslettern, die regelmäßig vom LBI für HTA herausgegeben werden (<http://hta.lbg.ac.at/de/newsletter.php?iMenuID=63>), kann etwa die Meinung zu nicht unwesentlichen urologischen Themen abgelesen werden: Z.B.: HTA-Newsletter März 2009/ Nr. 75: „Neue Biomarker u. Prognosemodelle für das Prostatakarzinom.“ Man gewinnt den Eindruck, dass in diesem Beitrag die Bedeutung und der Zeitpunkt der Beurteilung der PSA-velocity nicht erkannt werden. Außerdem erfolgt bereits bei der Einleitung die verallgemeinernde, undifferenzierte Platitüde zu schwerwiegenden Komplikationen der radikalen Prostatakarzinombehandlung (Inkontinenz, erektile Dysfunktion) *Anm. Autor.*



Dr. Walter Kozak

Bezüglich Screening bzw. Früherkennung des Prostatakarzinoms gibt es von diesem und anderen ähnlichen Instituten (u.a. www.donau-uni.ac.at, www.eufep.at) durchwegs kritische Kommentare, die nahezu immer mit unkritischen Reflexionen über potentielle Komplikationen bei Diagnose und Therapie ein äußerst negatives Stimmungsbild zeichnen.

Man darf gespannt sein, wie die Reaktionen auf die nun erstmals publizierten Daten der „European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)“ von Fritz Schröder ausfallen werden. Nachdem zumeist von diesen Institutionen sehr elektiv nur zum ideologischen Mainstream passende Studien zitiert werden, kann erwartet werden, dass man zu diesem Thema eher die Albertsen-Studie zitieren wird.

Durch den Verweis auf Qualitätssicherung und ethische Aspekte (gleichsam Killerargumente) werden ganz massiv ökonomische Ziele der Auftraggeber verfolgt und damit auch ganz entscheidend in Zukunft die Ressourcenverteilung beeinflusst.

Man gewinnt in diesem Zusammenhang den Eindruck, dass nicht mehr die Resultate aus medizinischer Wissenschaft und Forschung bzw. die medizinische Be-

handlungsethik für die politischen Entscheidungsträger als Maß einer optimalen Behandlungsstrategie gelten, sondern – leider manchmal nicht ganz zu unrecht – diesen bewährten Institutionen die Durchsetzung von Partikularinteressen bzw. Absicherung von Privilegien unterstellt wird.

Umso mehr sollten öffentliche Aussagen von medizinischen Experten auch unter dem Aspekt der bewusst missbräuchlichen Verwendung durch nicht wohlgesonnene Gruppen betrachtet werden.

Beispiele für plakative Aussagen, mit denen man zwar leicht ein Echo in verschiedenen Medien findet, aber der Arbeit zum Wohl unserer Patienten eher schadet, gibt es speziell zum Prostatakarzinom genug.

PSA in Schlagzeilen als schlechtesten Marker zu bezeichnen kommt gut an, die entsprechende Relativierung im Text wird dann vermutlich kaum mehr wahrgenommen.

Ähnlich unverständlich sind etwa Äußerungen jener Experten, die sich zwar mit der radikalen Prostatektomie durch Jahre

hindurch profilierten, dem aktuellen Trend folgend jedoch öffentlich erklären, dass in der Vergangenheit viel zu viele Patienten operiert wurden. Unsicherheit von Patienten bzgl. empfohlener Therapien bzw. eine gewisse Irritation der Zuweiser wird letztlich die Folge sein. Eine Argumentationshilfe gegenüber HTA-Instituten oder der Gesundheit Österreich GmbH (früher ÖBIG) wird das vermutlich nicht sein.

Alle Ärzte im klinischen Alltag wie im wissenschaftlichen Bereich sollten sich daher bei öffentlichen Aussagen sowohl der Außenwirkung als auch der Auswirkung auf das ärztliche Berufsfeld zunehmend bewusst werden.

Nachdem der Einfluss von HTA und anderen „Public Health“ Instrumenten auf die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger ein Faktum ist, wird es in Zukunft auch uns primär patientenorientiert agierenden Ärzten nicht erspart bleiben, sich mit den Denkweisen und Aussagen derartiger Institutionen intensiver auseinanderzusetzen. Nur jenen Kollegen, welche mit den aktuellen Stu-

dienergebnissen vertraut sind, wird es möglich sein, mit entsprechenden Argumenten in den „gesundheitspolitischen Ring“ zu steigen und entsprechend zu kontern.

Gewiss ist dies ein enorm schwieriges und zeitaufwändiges Unterfangen, da unsere „Gegner“ keine Patienten zu behandeln haben und ziemlich stressfrei am Schreibtisch kontemplativ philosophieren können.

Nehmen wir diese Mühen jedoch nicht auf uns, besteht die Gefahr, dass ein Paradigmenwechsel weg von Früherkennung und Prävention, die oftmals minimal invasive Therapien ermöglichen, initiiert wird. Gesundheitsökonomien, Gesundheitssoziologen und ähnliche „Experten“ dürfen uns diesen Rückschritt zur Reparaturmedizin der Vergangenheit nicht aufzwingen!

Dr. Walter Kozak
Vizepräsident des BvU
walter.kozak@gmx.at

www.urologisch.at

Aus dem Arbeitskreis für Blasenfunktionsstörungen

Leitlinie [1] (gekürzte Fassung): Die überaktive Blase

HC. Klingler¹, F. Dietersdorfer², KG. Fink³, M. Fischer⁴, H. Heidler⁵, J. Huber⁶, W. Lüftenegger⁷, H. Madersbacher⁸, Z. Petrovic⁹, J. Pferschy¹⁰, C. Pitzler¹¹, G. Primus¹², A. Schrey⁵, U. Stoces¹³, J. Wachter¹⁴ für den AK Blasenfunktionsstörung der ÖGU

Definition

Die überaktive Blase (ÜAB) beinhaltet die Speichersymptome imperativer Harn-drang, Pollakisurie und Nykturie mit oder ohne Dranginkontinenz. Es darf dabei keine lokale, metabolische, neurologische oder endokrine Pathologie zugrunde liegen (ICS 2002). Das bedeutet, dass anfänglich bei Vorliegen dieser Symptome lediglich die Verdachtsdiagnose „ÜAB“ gestellt werden kann und erst nach Durchführung der Basisdiagnostik daraus eine definitive Diagnose wird.

Univ. Kliniken für Urologie, MU Wien¹, Salzburg³, Innsbruck⁸ und Graz¹²;
Urologische Abteilungen Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach², Allgemeines Krankenhaus Linz⁵, KH Barmherzige Schwestern Ried⁶, Kaiser Franz Josef Spital Wien⁷, Wilhelminenspital Wien⁹, Landeskrankenhaus Klagenfurt¹¹, Donauspital Wien¹⁴; Urologische Ordinationen Wien⁴, Baden¹³ und Murau¹⁰

Ätiologie

Verstärkte Afferentierung bedeutet **vermehrtes Einströmen** von Harn-drangimpulsen über den langen Reflexbogen in das ZNS, welches zu einem Ungleichgewicht zwischen erregenden und hemmenden Reizen führt.

Mangelhafte zentralnervöse Hemmung bedeutet **reguläres Einströmen** von Harn-drangimpulsen über den langen Reflexbogen in das ZNS bei verminderter Hemmfunktion des ZNS, welches zu einem Ungleichgewicht zwischen erregenden und hemmenden Reizen führt.

Blasenwandveränderungen mit der Folge einer Detrusor-Übererregbarkeit und Blasenhypersensitivität werden zunehmend erforscht.

Symptome

Imperativer Harn-drang bedeutet plötzlich ohne Vorwarnung einsetzenden Harn-

drang, der mit der Gefahr des Harnverlustes einhergeht.

Pollakisurie bedeutet ≥ 8 Miktionen/24 Stunden bei normaler Harnmenge (bis 2,8 l/24h).

Nykturie bedeutet das Gewecktwerden durch Harn-drang in der Nacht.

Dranginkontinenz ist der unfreiwillige Harnverlust in Zusammenhang mit imperativem Harn-drang.

Diagnostik bei ÜAB

Erforderliche Untersuchungen = Basisdiagnostik

- Gezielte Befragung
- Gezielte körperliche Untersuchung
- Neuro-urologische Untersuchung inkl. Reithosenbereich
- Harnanalyse – Harnkultur
- Sonographische Restharnbestimmung
- *Miktionstagebuch*: Die Miktionsfrequenz und die Miktionsvolumina

Entspannen – Harndrang unter Kontrolle



gelbe Box
RE2

1 x täglich: **5 mg** zu 10 Stück/30 Stück, RE2; **10 mg** zu 30 Stück, RE2.



werden objektiv erfasst, wobei mindestens über 48 h protokolliert werden muss (Siehe Beispiel).

Empfohlene Untersuchungen = erforderlich bei vorhandener Pathologie (z.B. pathologischer Harnbefund, Restharn) oder nach frustriertem Therapieversuch

- Ergänzende Bildgebung (z.B. Sonographie des Urogenitaltraktes, MCU, u.a.m.)
- Uroflowmetrie
- Endoskopie (ggf. mit Harnröhrenkalibrierung und Harnzytologie)
- Invasive Urodynamik (Standard-, komparativ)

Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

- Ergänzende neurologische Untersuchungen
- Laboruntersuchungen (Blutzucker, BUN, Kreatinin, BB, CRP, PSA, TSH)

Urodynamischer Befund bei ÜAB

Füllungscystometrie

Blasenhypersensitivität: Harndrang bei < 100ml Füllvolumen, imperativer Harndrang

Verminderte Blasenkapazität: Füllvolumen < 250ml (nur bei 50% der ÜAB nachweisbar)

Detrusorhyperaktivität: Phasisch oder terminal (nur bei 50% der ÜAB nachweisbar). Die Verminderte Compliance: < 20 ml/cmH₂O = Low-Compliance Blase.

Druck/Flussmessung

Bei klinischen Verdacht auf eine Blasenentleerungsstörung oder zur Bestätigung einer Obstruktion

Therapie

Konservative Therapie

Verhaltenstherapie: Erstellen und Führen eines Miktionsprotokolles

Miktionstraining: Verlängerung von zu kurzen Miktionsintervallen auf Basis des Miktionsprotokolles (aktive Blasentherapie).

Toilettentraining: Anpassung des Entleerungsrhythmus an die individuelle Blasenkapazität auf Basis des Miktionsprotokolles (passive Blasentherapie).

Physiotherapie: Kontraktionstraining (Beckenboden – Kneifübungen)

Pharmakotherapie = oft Kombinationstherapien.

Antimuskarinika: Oxybutynin, Tolterodin, Propiverin, Solifenacin (Darifenacin),

Name: _____ Datum: _____

Miktionstagebuch

| Uhrzeit | Harnmenge in ml | Harndrang (0 bis 3)* | nass (ja/nein) | Trinkmenge in ml | Vorlagenwechsel |
|-------------|-----------------|----------------------|----------------|------------------|-----------------|
| z.B.: 07.50 | 250 | 2 | ja | 250 | ja |
| | | | | | |
| | | | | | |

z.B.: 1/8=125ml; Tasse=150ml; Suppe=200ml; Glas=250ml

Leidensdruck: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
kein stark

- * **Legende:** 0: Normaler Harndrang
 1: Mild: Unangenehmer Harndrang, der leicht ausgehalten wird. Der Aktivität kann weiter nachgegangen werden.
 2: Mittelmäßig: Unangenehmer Harndrang, der Aktivitäten stört und verkürzt
 3: Stark: Harndrang ist äußerst unangenehm, man muss sofort alle Aktivitäten beenden

© 2008 Arbeitskreis für Blasenfunktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

Trospium-Cl.

Die Wirksamkeit dieser Substanzen ist in etwa gleich, sie unterscheiden sich jedoch im Nebenwirkungsprofil. Die Rate der Mundtrockenheit ist bei oralem Oxybutynin am höchsten, die Obstipation bei Darifenacin. Oxybutynin ist zudem stark liquorgängig und hat in Einzelfällen zu schwerwiegenden zentralnervösen Nebenwirkungen geführt. Es ist daher bei älteren Patienten (>70a) und solchen mit kognitiven Defiziten nicht zu empfehlen.

Das transdermale Oxybutynin weist durch die veränderte Applikationsform vermutlich geringere ZNS-Nebenwirkungen auf.

Östrogene

Alphablocker: Bei verstärkter adrenerger Afferentierung (Rezeptorenschift) wirksam.

Antispastika: Bei Beckenbodenspastik oder Detrusor-Spinkter-Dysfunktion, sekundär bei Detrusorhyperaktivität / Blasenhypersensitivität.

Wiederaufbau der GAG-Schicht: Bei therapierefraktärer ÜAB kann unter der Hypothese einer defekten GAG-Schicht als Ursache eine orale oder topische medikamentöse Therapie versucht werden (Pentosanpolysulfat, Heparin, Chondroitinsulfat, Hyaluronsäure).

Elektrische Neuromodulation: Die Elektrostimulation der afferenten Fasern des N. pudendus kann via Beckenboden (vaginal, anal), transcutan segmental (N.

clitoridis, sakral S2-3), nicht segmental (N. tibialis posterior) oder permanent durch Implantate (siehe operative Therapie) erfolgen.

Die Neuromodulation kann bei Nichtansprechen oder Nichtvertragen einer Therapie mit Antimuskarinika oder auch als Primärtherapie eingesetzt werden. Meist ist eine individuelle Langzeitbehandlung notwendig.

Operative Therapie

Die operative Therapie der Detrusorhyperaktivität ist dann indiziert, wenn konservative Maßnahmen nach adäquater Therapiedauer nicht zum gewünschten Erfolg führen oder infolge intolerabler Nebenwirkungen nicht durchgeführt werden können.

Botulinum A Toxin. Die Blasenwandinfiltration mit Botulinum A Toxin stellt ein minimal invasives Verfahren dar. Das verdünnte Toxin wird in 10-30 Areale der Blasenwand unter Aussparung der Ostien injiziert. Wirkungseintritt innerhalb von 14 Tagen durch Blockade der motorischen Endplatte (efferent) und der C-Fasern (afferent). Off label use!

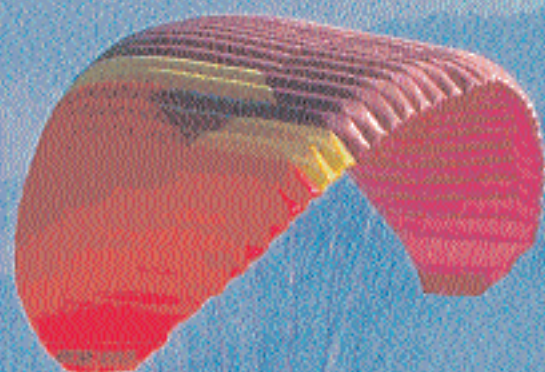
Als Nebenwirkung können gelegentlich Blasenentleerungsstörungen mit der Notwendigkeit des intermittierenden aseptischen Einmalkatheterismus auftreten. Auf die Möglichkeit des Auftretens von Muskelschwäche und dadurch ausgelösten Atem- und Schluckstörungen sollten die Patientinnen/ Patienten auf-

Inkontan

Wirkstoff: Trosipiumchlorid



individuelle Dosierung
nicht liquorgängig
signifikanter Preisvorteil



wieder frei fühlen...



BEI HARNINKONTINENZ – GEZIELT THERAPIEREN

merksam gemacht werden. Erste Anzeichen eines generalisierten Botulismus sind Lidheberschwäche (Ptosis) und Doppelbilder.

Sakrale Neuromodulation. Zur chronischen sakralen Neuromodulation werden uni- oder bilateral Stimulationselektroden in die Sakralforamina S2-S4 eingeführt. Mit einer Teststimulation wird der therapeutische Effekt der sakralen Neuromodulation getestet und geeignete Patienten zur Implantation eines permanenten Neurostimulators identifiziert. Der Wirkmechanismus ist analog der externen Elektrostimulation mit dem Vorteil der größeren Nervennähe sowie der permanenten Modulation.

Blasenaugmentation, Enterocystoplastik, supravasikale Harnableitung. Ultima ratio bei Versagen aller anderen Therapiemaßnahmen und der Leidensdruck des Patienten zu dieser Maßnahme zwingt.

ÜAB und BOO (bladder outlet obstruction)

Die Blasenauslassobstruktion (BOO) ist die allgemeine Bezeichnung für Obstruktion während der Miktion. Bei Männern mit ÜAB findet sich in 57% eine urodynamisch verifizierte BOO, andererseits bei BOO in 50-75% eine ÜAB. Nur bei etwa 50% der Männer ist die Kausalität zwischen BOO und ÜAB offensichtlich.

Dabei spielen die irritativen Symptome gegenüber den obstruktiven Symptomen im Bezug auf den Leidensdruck die dominierende Rolle.

Als Ursachen für die irritativen Symptome bei BOO werden diskutiert:

- Partielle Denervierung mit der Folge der Denervierungshypersensitivität
- Veränderungen im Detrusor myogen oder neurogen durch lokale Expression von Nerve Growth Factor

Bei ÜAB und BOO gilt folgendes therapeutisches Vorgehen:

- **Beseitigung erkennbarer Ursachen (z.B. Obstruktion):** Nach durchgeführter transurethraler Resektion der Prostata kann ein Sistieren der irritativen Symptome zu 50% frühzeitig erwartet werden.
- **Pharmakotherapie mit Antimuscarinika (Anticholinergika) und Alpha-Blocker:**

Die Therapie mit Alpha-Blocker bringt in 35% eine Besserung der Speichersymptome.

Bei Tolterodin fand sich in Studien

zur ÜAB ein unveränderter Uroflow, eine unveränderte Blasenkontraktibilität, insignifikanter Anstieg von Restharn und eine verbesserte Blasenkapazität.

Die Kombinationstherapie von Alpha-Blocker mit Tolterodin zeigte eine Uroflow-Verbesserung, eine Verminderung des Miktionsdruckes sowie eine starke Verbesserung der Lebensqualität (Leidensdruck) im Vergleich zur Therapie mit Alpha-Blockern alleine.

- **Verhaltenstherapie**

All diese Studien lassen jedoch nur den Schluss zu, dass die Symptome der ÜAB erfolgreich behandelt werden können. Um einem Blasenschaden durch die BOO vorzubeugen, muss die Blasenfunktion 6-monatlich überprüft werden (Uroflow + Restharn).

ÜAB und Blasenschmerzsyndrom (vormals Interstitielle Cystitis, IC)

Das Blasenschmerzsyndrom ist definiert als: „Suprapubischer Schmerz in Abhängigkeit von der Blasenfüllung, zusammen mit anderen Symptomen wie erhöhte Miktionsfrequenz tags und nachts in Abwesenheit von Infektion oder anderen Pathologien. „Demzufolge ist das einzige Unterscheidungsmerkmal zur ÜAB der **Schmerz im Blasenbereich. Es ist demnach nicht richtig bei der therapierefraktären ÜAB von einem Blasenschmerzsyndrom zu sprechen!**“

Der pathophysiologische Ursprung des Schmerzes ist unbekannt. Es gibt nur Arbeitshypothesen, keine wissenschaftlich fundierten Angaben.

Da es die Symptome sind, die dieses Krankheitsbild beschreiben, ist die Bezeichnung „Blasen-Schmerzsyndrom“ besser zutreffend als IC. Daher soll dieser Ausdruck nicht mehr verwendet werden.

ÜAB und Alter

Epidemiologie

Die Häufigkeit der ÜAB nimmt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern zu. Bei den über 65-jährigen Männern zeigt die NOBLE-Studie eine Häufigkeit von 22% (mit Dranginkontinenz 10%), bei den Frauen von 38% (mit Dranginkontinenz 19%).

Ätiologie

Im Alter liegen multifaktorielle Ursachen für die ÜAB vor. Diese werden durch die biologische Alterung und Funktionseinschränkungen der Organe, Komorbidität und Multimedikation bedingt, aber es können auch Symptome einer präexistenten ÜAB dadurch nur verstärkt werden.

Die verminderte zentrale Hemmung des Miktionsreflexes führt zur zerebral enthemmten Blase mit den Symptomen der ÜAB mit Harninkontinenz aufgrund einer verspäteten Perzeption des Harndranges und mangelhafter zentralmotorischer Hemmung des Miktionsreflexes. Als suprapontine Läsion führt sie jedoch zu koordinierter Miktion mit Kontraktion des Detrusors bei gleichzeitiger Erschlaffung des Beckenbodens.

Zwischen altersbedingten Veränderungen des ZNS und Defekten bei neurologischen Erkrankungen (zerebral enthemmte Blase) kann keine scharfe Grenze gezogen werden.

Im Alter kommt es weiters zu Detrusorveränderungen mit Abnahme der elastischen Eigenschaften der Blasenwand (abnehmende Blasenkapazität, abnehmende Warnzeit, Übererregbarkeit des Detrusors).

De novo ÜAB

Definition

De novo ÜAB bedeutet das Neuauftreten des Syndroms der überaktiven Blase als direkte Folge eines operativen Eingriffes am unteren Harntrakt (z.B. TUR-Prostata oder -Blase, radikale Prostatektomie, suburethrale Bänder, Brachytherapie).

Pathophysiologie

Irritative und obstruktive Ursachen werden dafür verantwortlich gemacht.

Therapie

Die Therapie richtet sich nach dem vorangegangenen operativen Eingriff, z.B. kann die frühzeitige Durchtrennung eines suburethralen Bandes sinnvoll sein.

Literatur:

[1] HC Klingler, et al. Leitlinie: Die überaktive Blase. J Urol Urogynäkol 2009;16(2):8-13

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Hans Christoph Klingler
Leiter des Arbeitskreises für Blasenfunktionsstörungen
Univ. Klinik für Urologie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
christoph.klingler@meduniwien.ac.at

Leitlinie [1] (gekürzte Fassung): Der intermittierende Katheterismus

HC. Klingler¹, F. Dietersdorfer², KG. Fink³, M. Fischer⁴, H. Heidler⁵, J. Huber⁶, W. Lüftenegger⁷, H. Madersbacher⁸, Z. Petrovic⁹, G. Primus¹⁰, A. Schrey⁵, J. Wachter¹¹ für den AK Blasenfunktionsstörung der ÖGU

Definition

Intermittierender Katheterismus bedeutet regelmäßige komplette Blasenentleerung mit Hilfe eines (transurethralen, mitunter auch über ein kontinentes Bauchstoma eingeführten) Einmalkatheters bei Patienten mit Blasenentleerungsstörung.

Diese Methode hat sich weltweit zur Verhinderung einer Schädigung des oberen Harntraktes, zur Reduktion/Beseitigung der Inkontinenz und des symptomatischen Harnwegsinfektes bewährt und etabliert.

Formen des intermittierenden Katheterismus

Steriler intermittierender Katheterismus

Der sterile intermittierende Katheterismus wurde von Sir Ludwig Guttmann während des 2. Weltkrieges bei Querschnittgelähmten eingeführt.

Dabei wurde die Blase unter sterilen Bedingungen täglich mehrmals bei physiologischen Blasen volumina mittels Einmalkatheter entleert. Dadurch konnten die schwerwiegenden Komplikationen des transurethralen Dauerkatheters bei Patienten mit neurogenen Blasenfunktionsstörungen vermieden werden.

Heute wird diese Form ausschließlich in Krankenhäusern/Intensivstationen zur Verhinderung des Hospitalismus angewandt.

Hygienischer intermittierender Katheterismus

1972 wurde von Lapedes der hygienische intermittierende Einmalkatheterismus (Clean Intermittent Catheterisation = CIC) eingeführt.

Nach hygienischer Reinigung der Hände und des Genitales werden dabei wieder aufbereitete aber nicht sterile Katheter mehrfach verwendet.

Aseptischer intermittierender Katheterismus

Dabei werden im Gegensatz zum hygie-

nischen IK ausschließlich sterile Utensilien (Katheter, Gleitmittel) verwendet, die unter Vermeidung jeglicher Kontamination eingebracht werden.

Diese Form des Katheterismus hat sich in Österreich durchgesetzt. Die Harnwegsinfektrate ist bei Verwendung steriler Utensilien niedriger als beim hygienischen Katheterismus.

Indikation

Eine Indikation besteht bei der chronischen Harnretention (neurogen, myogen, obstructiv).

Weiters wird der IK als Teil eines Behandlungskonzeptes bei neurogener Blasenfunktionsstörung nach Ruhigstellung der Blase durch Antimuscarinika, Botulinumtoxin oder Deafferentierung verwendet.

Der IK ist das Mittel der Wahl zur Pouchentleerung.

Zielsetzung

Nierenerhalt durch regelmäßige restharnfreie Blasenentleerung, Niederdruckreservoirs und Kontinenz zwischen den IK Intervallen. Dazu ist meist die Kombination mit Pharmakotherapie notwendig. Weiters wird eine akzeptable Entleerungsfrequenz, Reduktion von symptomatischen Harnwegsinfekten und Vermeidung von Sekundärkomplikationen angestrebt.

Voraussetzungen

Vorraussetzungen am unteren Harntrakt sind:

- Ausreichende Blasenkapazität (>200ml)
- Niederdruckreservoir (Compliance > 20ml/cmH₂O)
- Kompetenter Harnröhrenverschluss
- Freie Harnröhrenpassage

Erforderliche Fähigkeiten von Seiten des Patienten sind:

- Bereitschaft und Einsicht für diese Therapieform
- Manuelle Fähigkeiten
- Kognitive Fähigkeiten

Weitere Voraussetzungen sind eine den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen angepasste adäquate Versorgung mit Utensilien und die professionelle Einschulung.

Utensilien zum intermittierenden Katheterismus

Katheter

Katheter mit abgerundeten Augen sind zu bevorzugen. Sie müssen steril und die Verpackung leicht zu öffnen sein. Zu weiche Katheter können den Katheterismus erschweren. Die Katheterspitze muss atraumatisch sein, die Form (Tiemann, Nelaton) ist individuell zu wählen. Bei Männern mit BPH ist der Katheterismus mit Tiemann-Spitze leichter durchzuführen.

Gleitmittel

Die Verwendung eines beschichteten Katheters oder die Verwendung eines Gleitmittels ist Voraussetzung für die atraumatische Durchführung des IK. Die Gleitfähigkeit beschichteter Katheter ist weitgehend von der Osmolalität (> 700 mOsm/kg) der Oberfläche abhängig.

Desinfizierende und anästhesierende Zusätze im Gleitmittel sind für manche Patienten vorteilhaft.

Desinfektionsmittel

Schleimhautdesinfektionsmittel sind geeignet eine Keimreduktion am Meatus externus zu erzielen. Bei Unverträglichkeit können auch Wasser und eine pH-neutrale Seife verwendet werden.

Hilfsmittel

Bei Frauen hat sich in der Einschulungsphase ein Spiegel bewährt. Bei Patientinnen mit spastischer Beinlähmung kann ein Beinspreitzer, bei solchen mit eingeschränkter Handfertigkeit ein Labienspreitzer hilfreich sein.

Werden beim intermittierenden Fremdkatheterismus nicht sterile Schutzhandschuhe verwendet, ist auf Latexfreiheit zu achten (z.B.: Latexallergie bei 30-50% aller MMC Patienten!).

Für manche ist es vorteilhaft, wenn der Urin in einen angedockten Harnbeutel abgeleitet wird.

Katheterarten

Verwendet werden beschichtete und nicht beschichtete PVC-Katheter, sowie solche aus Silikon (in Österreich nicht vertrieben). Die Katheter sind für Mann und Frau in unterschiedlichen Längen und

Univ. Kliniken für Urologie, MU Wien¹, Salzburg³, Innsbruck⁸ und Graz¹⁰; Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach², Urologische Ordination Wien⁴, Allgemeines Krankenhaus Linz⁵, KH Barmherzige Schwestern Ried⁶, Kaiser Franz Josef Spital Wien⁷, Urologische Abteilung Wilhelminenspital Wien⁹, Donauspital Wien¹¹

mit unterschiedlichen Spitzen erhältlich. In manchen Krankenhäusern werden selbst zusammengestellte Sets verwendet. Im extramuralen Bereich sind Kathetersets aufgrund der angebotenen Produkte und der durchgeführten Techniken entbehrlich.

Durchführung

Aufgrund der Studienlage gibt es zur Zeit keine „beste“ Technik und keine „besten“ Kathetermaterialien, denn beide hängen weitgehend von individuellen, anatomischen und sozialen Voraussetzungen sowie von ökonomischen Überlegungen ab (*JJ Wyndaele 2007*). Der Patient muss die Möglichkeit haben, die verschiedenen Materialien kennen zu lernen, ggf. zu testen und dann für sich eine Entscheidung zu treffen.

Erlernen der Technik

Die Einschulung erfolgt unter professioneller Anleitung. Ein kurzer stationärer Aufenthalt kann fallweise notwendig sein. Auch Kinder ab etwa dem 6. Lebensjahr können den Selbstkatheterismus erlernen. Die Technik unterscheidet sich nicht von der bei Erwachsenen.

Eine Protokollierung der jeweils gewonnenen Harnmenge ist vor allem in der Einschulungsphase wichtig, sie sollte 400ml beim Erwachsenen nicht überschreiten.

Die Katheterisierungsfrequenz ist der Harnausscheidung anzupassen, ggf. ist ein Katheterismus in der Nacht erforderlich.

Bei normalem Flüssigkeitsumsatz mit einer Harnausscheidung von 1,5l/24h muss 4 mal katheterisiert werden. Diese Katheterismusfrequenz weist auch in Langzeitbeobachtungen eine geringe Infektquote auf. Ist die Harnausscheidung höher (z.B.: nierentransplantierte Patienten), muss entsprechend öfter entleert werden, eine höherer Infektrate ist dadurch nicht gegeben.

Eine Infektprophylaxe als Routinemaßnahme ist im extramuralen Bereich nicht erforderlich, bei entsprechender Gefährdung (z.B.: Diabetes mellitus, neurogen konfigurierte Blase, Immunsuppression) kann sie jedoch notwendig werden. Vor Einsatz entsprechender Medikamente ist die Technik des Katheterismus inklusive der vollständigen Blasenentleerung zu überprüfen.

Ansäuernende Maßnahmen (L-Methionin, verdünnter Essig) oder die Gabe von speziellen Preiselbeerprodukten (Cranberries) können zur Infektprophylaxe beitragen.

Komplikationsmanagement:

Blutung aus der Urethra. Gelegentliches Blut auf der Katheterspitze erfordert keine weiteren Maßnahmen. Klingt eine Blutung aus der Harnröhre nicht ab, ist das Legen eines transurethralen Dauerkatheters für 1-2 Tage notwendig. Die zusätzliche Gabe eines Antibiotikums ist empfehlenswert.

Symptomatischer Harnwegsinfekt. Bei symptomatischem Harnwegsinfekt reicht die Gabe eines Antibiotikums.

Wenn zusätzlich Fieber auftritt, sind das Anlegen einer Harnkultur und das Legen eines Dauerkatheters indiziert. Bei schmerzhafter Urethritis, Prostatitis oder ausgeprägter Epididymitis ist eine suprapubische Harnableitung zweckmäßig.

Spezielle Techniken

Allgemeines

Das Erlernen der Technik erfolgt in 3 Schritten (anatomische Schulung, Durchführung durch das Pflegepersonal, Selbstanwendung unter Aufsicht). Wie lange jede Lernphase dauert hängt von der Geschicklichkeit und der Motivation des Patienten ab.

Zur Vorbereitung ist die übliche Intimhygiene ausreichend.

Die Hände werden vor dem ISK mit Wasser und Seife gereinigt.

In der Einlernphase erfolgt der Katheterismus vorzugsweise in halbsitzender Rückenlage. Später kann der ISK abhängig von den motorischen Fähigkeiten beim Mann im Stehen, bei der Frau im Sitzen oder Stehen auch auf der Toilette durchgeführt werden. Bei sehr spastischen Patienten empfiehlt sich der ISK in Halbseiten- oder Seitenlage mit leicht angezogenen Beinen.

Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus bei der Frau

Die Utensilien müssen gebrauchsfertig und griffbereit vorhanden sein.

Die Hülle des steril verpackten Einmalkatheters wird an beiden Enden geöffnet (Risslinien beachten). Der Katheter wird etwa 6 cm vorne aus der Hülle geschoben und so abgelegt, dass die Sterilität des Katheters gewährleistet bleibt.

Bei Verwendung nichtbeschichteter Katheter kann steriles Gleitmittel auf die Spitze aufgebracht werden.

Die Schamlippen werden gespreizt und nach oben gezogen bis die Harnröhrenöffnung im Spiegel gut sichtbar wird oder die Harnröhre getastet werden

kann. Diese Position wird beibehalten bis der Katheter in die Blase eingeführt ist.

Der Katheter wird dort wo er durch die Hülle geschützt ist angefasst und die freiliegende Katheterspitze langsam und in einem Zug in die Blase eingeführt, bis Harn abfließt.

Zur vollständigen Entleerung empfiehlt es sich einen leichten Druck auf die Blasenregion auszuüben oder zu Husten. Anschließend wird der Katheter langsam entfernt.

Durchführung des intermittierenden (Selbst-)Katheterismus beim Mann

Die Vorbereitung erfolgt analog zum ISK bei der Frau.

Beim Mann muss das Gleitgel gebrauchsfertig zur Harnröhreninstillation vorbereitet werden.

Die Vorhaut wird zurückgeschoben und der Penis zwischen Daumen und Zeigefinger scherenförmig hinter der Glans gefasst. Während des gesamten Katheterismus hält eine Hand das Glied in der geschilderten Art. Die Glans und der Meatus werden gereinigt. Nun wird das Gleitgel in die Harnröhre instilliert und die Harnröhre komprimiert, damit das Gel in der Harnröhre verbleibt und einwirken kann.

Der Katheter wird dort wo er durch die Hülle geschützt ist, angefasst und die freiliegende Katheterspitze langsam eingeführt. Durch das Zusammendrücken des Daumens und des Zeigefingers wird die Harnröhre komprimiert und der Katheter zunächst fixiert, gleichzeitig kann die Hülle des Katheters weiter nach hinten abgestreift werden. Dies erfolgt in Etappen bis zum Beckenboden, wo meist ein leichter Widerstand besteht. Unter sanftem Druck, unterstützt durch tiefes Ein- und Ausatmen wird nun der Katheter vorgeschoben bis Harn abfließt. Zur vollständigen Entleerung empfiehlt es sich einen leichten Druck auf die Bauchdecke auszuüben oder zu Husten. Anschließend wird der Katheter langsam entfernt und die zurückgezogene Vorhaut vorgeschoben.

Spezielle Maßnahmen bei beschichteten Kathetern

Bei beschichteten Kathetern ist das Instillieren von Gleitgel in die Harnröhre überflüssig. Die Aktivierung der hydrophilen Oberfläche erfolgt durch Kontakt mit Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung, welche heute vielfach in der Katheterhülle beige packt sind. Dabei sind die Gebrauchsanweisungen der Her-

Prostata- fest im Griff

Urologie



Gesundheit für alle
Genericon



steller zu berücksichtigen, da bei der Verwendung einer anderen als der empfohlenen Flüssigkeit (z.B. Leitungswasser anstelle von NaCl 0,09%) die Gleiteigenschaft signifikant beeinträchtigt werden kann. Manche Produkte werden daher bereits gebrauchsfertig angeboten.

Katheter mit einem Klebepatch können an einer glatten Fläche griffbereit befestigt werden.

Spezielle Maßnahmen bei Kathetern mit integriertem Gleitmittel

Bei diesen Kathetern ist das Instillieren von Gleitgel in die Harnröhre überflüssig, da der Katheter durch ein integriertes Gleitmitteldotat vorgeschoben und dadurch das Gleitmittel gleichmäßig an der Oberfläche verteilt wird.

Literatur:

[1] Klingler HC, et al. J Urol Urogynäkol 2009; 16(2): 5-7

Korrespondenzadresse:

Univ. Prof. Dr. Hans Christoph Klingler
Leiter des Arbeitskreises für
Blasenfunktionsstörungen
Univ. Klinik für Urologie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
christoph.klingler@meduniwien.ac.at

Aus dem Arbeitskreis für Kinderurologie

Arbeitskreissitzung mit Liveoperationen an der Abteilung für Kinderurologie, KH der Barmherzigen Schwestern Linz

M. Koen, J. Oswald

Die kinderurologische Frühjahressitzung hat am 5. 6. 2009 im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz stattgefunden. Wie zuvor im Herbst 2008 in Innsbruck, wurden am Vormittag kinderurologische Operationen (Uretrocelenpunktion, intravesicale Antirefluxplastik und endoskopische Ostiumunterspritzung) live übertragen. Der Nachmittag war dem **Themenschwerpunkt Phimose** gewidmet. Mag. Thomas Lipschütz von der Israelitischen Kultusgemeinde für Tirol und Vorarlberg hat die Thematik der rituellen Beschneidung aus religiöser und kulturhistorischer Sicht erläutert und den Teilnehmern diesen Aspekt näher gebracht. Das Thema wurde weiter von Arbeitskreismitgliedern bezüglich der aktuellen Therapierichtlinien, der Techniken und Komplikationen sowie der HPV Expression des inneren Präputialblattes und deren Analogie zur HIV Infektion diskutiert, ein historischer Überblick über die Zirkumzision rundete die Vorträge ab.

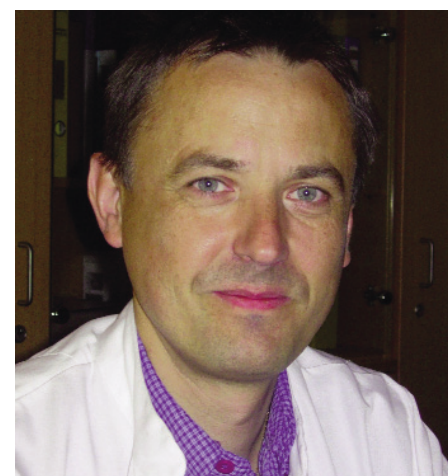
Therapierichtlinien bei Phimose

Der Vortrag hat an Hand der aktuellen kinderurologischen *Richtlinien der EAU* (2009) und der Fachliteratur (*Campbell-Walsh* 9. Edition) die Therapieempfehlungen bei Phimose und mit dieser in Zusammenhang stehenden Symptomen erläutert. Demnach sind die Empfehlungen bei primärer asymptomatischer Phimose in einer Bandbreite von lokaler Corticoidtherapie bis kompletter Zirkumzision variabel. Während die EAU die Alters-

grenze zur Therapie bei 2 Jahren ansetzt, gibt sie die oben genannte Fachliteratur mit 7-8 Jahren an. Bei der symptomatischen (rez. Balanitis) primären Phimose herrscht Einigkeit und es wird in erster Linie die komplette oder auf Wunsch der Eltern die plastische Zirkumzision empfohlen. Bei der durch Balanitis xerotica obliterans sekundär bedingten Phimose wird einheitlich die komplette Zirkumzision bevorzugt. Während das Ballonphänomen von der EAU nicht als Indikation für die Zirkumzision gesehen wird, ist sie in der Fachliteratur sehr wohl als solche interpretiert. Hinsichtlich des Frenulum breve und Präputialverklebungen gibt es in beiden Quellen keine klaren Empfehlungen. Absolute Kontraindikationen für die Zirkumzision sind kongenitale penile Anomalien wie z.B. die Hypospadie. Gerinnungsstörungen, religiöse und kulturelle Faktoren hingegen sind relative Kontraindikationen.

Techniken und Komplikationen der Zirkumzision

Es wird zwischen vorhauterhaltenden Techniken (triple incision, YV-Plastik, laterale Incision) und der kompletten sowie der „sparsamen“ Zirkumzision unterschieden. Während mit den vorhauterhaltenden Methoden Ergebnisse zu erzielen sind, die dem europäischen traditionellen Empfinden entgegenkommt, ist die Rezidivrate bei diesen Methoden höher. Eine Umfrage an 10 urologischen Abteilungen hat eine Prä-



Univ.-Doz. Dr. Josef OSWALD, FEAPU,
Vorsitzender des AK für Kinderurologie

ferenz in Richtung der kompletten Zirkumzision ergeben. Unabhängig von der Operationsmethode werden ein Peniswurzelblock (alternativ Caudalblock), Lupenbrille und die bipolare Koagulation heute als Standard gesehen. Die Komplikationsrate bei Zirkumzision wird in der Literatur mit 0,2-5% angegeben. Man kann akute von nicht akuten oder sekundären Komplikationen unterscheiden. Akute Komplikationen sind Nachblutung, Wundheilungsstörung, Harnverhaltung, Verletzung der Corpora oder der Glans, Amputation, und die Paraphimose bei vorhauterhaltenden Techniken. Die sekundären Komplikationen sind Meatusstenose bei Meatitis, kosmetische Probleme (Rüschchenbildung, überschüssige Haut, Asymmetrie), Rezidivphimose und uretherokutane Fisteln. Die Zirkumzision ist, obwohl sie eine sogenannte „Anfängeroperation“ ist, ein kosmetisch anspruchsvoller Eingriff. Komplikationen können durch exaktes Operieren unter Vergrößerung, durch Freihandtechnik und Vermeiden von Plastikglocken und ausgereiftes postoperatives Management vermieden werden.

Enuresis nocturna

rasch und effizient therapieren

Nocutil®-Tabletten Die kostengünstigste Desmopressin-Therapie

Neu in der
hellgelben Box!



trocken

echt cool!



trockene Nacht - toller Tag

Die Zirkumzision – Historischer Überblick

Sie ist die am häufigsten durchgeführte Operation. Die ältesten Überlieferungen sind auf die Naturvölker Nord bzw. Ostafrikas zurückzuführen. Beeindruckt von nubischen Kriegerern und Händlern wurde sie von ägyptischen Priestern und im Anschluss von Juden übernommen. Die älteste bildliche Darstellung stammt aus dem Jahre 2420 v. Chr. von einer ägyptischen Grabtafel. Als Motiv für diesen Eingriff wird neben einer Kennzeichnung (Mal), auch eine Zeichensetzung für den Eintritt in die Männerwelt angenommen. Dr. Samuel Tissot aus der Schweiz bezeichnet die Zirkumzision in seinen aus 1766 stammenden Werken als Kur für die Masturbation und jugendliche Rebellion, im viktorianischen England des 18. Jahrhunderts war es die diesbezügliche „Heilmethode“ besonders in der Oberklasse. Sie wurde schließlich durch das Britische Imperium nach Amerika, Kanada, Australien, Neuseeland und Indien verbreitet. Die neonatale Zirkumzision im 19. Jahrhundert wurde in der USA immer mehr etabliert, sie erreichte in den 70er Jahren mit ca. 70% einen vorläufigen Höhepunkt. 2001 wurde in Schweden die Zirkumzision ohne medizinische Indikation bei Kindern unter 2 Monaten per Gesetz verboten.

HPV Expression des inneren Präputialblattes: Analogie zur HIV Expression?

Die breite Diskussion über den Zusammenhang von viral bedingten Geschlechtskrankungen (STD) und dem Präputium begann 1999, als die „London School of Hygiene and Tropical Medicine“ (LSHTM) eine systematische Rezension über die Zusammenhänge von HIV Infektionen und der Zirkumzision erhob. Anhand von nicht weniger als 28 Studien konnte gezeigt werden, dass weniger als die Hälfte der zirkumzidierten Männer im Vergleich zu nicht zirkumzidierten Männern dem Risiko einer HIV Infektion ausgesetzt waren. Ein Update dieses Reviews wurde 2002 durchgeführt, die dabei ausgewerteten 38 Studien bestätigten diese Ergebnisse. Graphisch kann dies im Vergleich der Inzidenz von HIV und der Inzidenz der nicht zirkumzidierten männlichen Bevölkerung in Afrika dargestellt werden, diese 2 „Inzidenzregionen“ überschneiden sich signifikant. Die potentielle Reduktion der HIV Infektion nach Zirkumzision wurde durch mehrere große prospektive randomisierte Studien bestätigt und führte letztend-



Grabrelief Sakkara, Beschneidungsszene. Erste bildliche Darstellung eines chirurgischen Eingriffs (6. Dynastie)

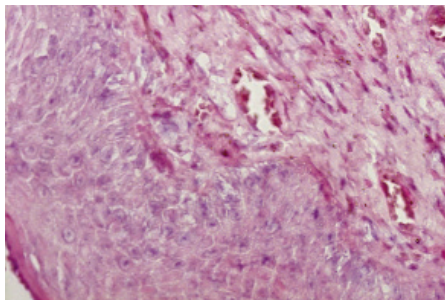
lich auch zur Empfehlung der prophylaktischen Zirkumzision in Hochrisikoländern für HIV Infektionen. (*Safe, Voluntary, Informed Male Circumcision – an Opportunity for HIV Risk Reduction, 2007; UNAIDS*) [1,2].

Die Transmission des HIV Virus erfolgt über die Penetration von Epithelgewebe, dies kann prinzipiell an jeder Schleimhaut stattfinden, so auch im Bereich des schwach oder nicht vorhandenen inneren Präputialblattes [3]. Entsprechend dem lokalen Infektionsrisiko findet sich in dieser Mucosa eine hohe Konzentration von CD4p T-Zellen, Langerhans Zellen und Makrophagen. Der Gesamtanteil dieser Zellen beträgt 22, 11 bzw. 2%, im Vergleich zur Penis-schafthaut (2, 1 und 0,7%) und Zervikal-mukosa (6, 2 bzw 1%) sind sie somit deutlich erhöht [4]. Das HIV Virus bindet über CD4 und Lectin Rezeptoren an dendritische Zellen in der Schleimhaut, diese primär der Abwehr dienenden dendritischen Zellen werden somit zum „Trojanischen Pferd“ der HIV Infektion [5]. Diese Langerhans Zellen empfangen mit ihren dendritischen Ausläufern (über C-Type Lectine) das Virus und präsentieren es aktivierten Lymphozyten in der Submucosa, bereits 2 Tage nach der Schleimhautexposition ist das Virus im Lymphknoten detektierbar.

Könnte nun ein ähnlicher Übertragungsmechanismus für die „virale Infektion“ mit onkogenen HPV Viren der Zervix verantwortlich sein? Es besteht heute kein Zweifel mehr, dass Infektionen mit verschiedenen onkogenen HPV Typen (Typ 16, 18 etc.) das Zervixkarzinom verursachen und dieses als Endpunkt einer sexuell übertragbaren Erkrankung definiert werden kann. Das Zervixkarzinom ist der weltweit zweithäufigste Tumor bei Frauen mit etwa 500.000 Neudagnosen und 250.000 Todesfällen im Jahre 2007 [6]. Wenngleich die hohe Rate an Zervikalinfektionen mit einer Inzidenz von 80% eine spontane Clearance

mit der Entwicklung von Antikörpern innerhalb weniger Monate impliziert, ist das Schicksal einer einmal stattgefundenen HPV Infektion unklar. Trotz natürlicher Clearance oder Langzeitsuppression einer Infektion kann es, beeinflusst durch verschiedene Co-Faktoren, zu einer Reinfektion, Reexpression von onkogenen HPV Viren oder zur Karzinomentwicklung kommen [7]. Interessanterweise sind nun 92% der Frauen mit einem Zervixkarzinom HPV-positiv aber nur 18% der Partner, dies hängt zum einen mit der geringen Sensitivität der (Abstrich-) Methode zusammen, die low risk Infektionen wie episomale d.h. außerhalb der DNA liegende „stumme“ Infektionen nicht erfassen, zum anderen mit der Tatsache, dass die Lokaldiagnostik von Vorläuferveränderungen am inneren Vorhautblatt bisher insufficient erfolgte [8]. Eine penile HPV Infektion mit der Integration der onkogenen HPV DNA führt jedoch zu einem 4-fach erhöhten Risiko einer zervikalen HPV Infektion, dies erklärt den klinischen Zusammenhang zwischen dem Zirkumzisionsstatus und der Inzidenz des Zervixkarzinoms, die penile HPV Infektion beträgt bei Nichtzirkumzidierten 20%, bei Zirkumzidierten 5% [9]. Bereinigt man die vielfältigen Co-Faktoren welche zur Entwicklung eines Zervixkarzinoms führen (Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, Anzahl der Geschlechtspartner im bisherigen Leben, Anzahl der Geburten etc.) senkt die Beschneidung das Risiko für eine penile HPV Infektion um 63% [10]. Die immunologische Grundlage dieses „männlichen Faktors“ in der Übertragung des HPV Virus scheint in der Virusreaktion von antigenpräsentierenden dendritischen Zellen des inneren Vorhautblattes zu liegen. Eine wesentliche Viruseigenschaft, sowohl von HPV als auch HIV, scheint in der Fähigkeit der Virusreplikation ohne Induktion eines Zelltodes zu liegen („escape from degradation“). Dieser Mechanismus führt zu einer fehlenden oder partiellen Aktivierung der Langerhans Zellen im Sinne einer immunologischen Toleranz [11]. Ein zweiter Mechanismus diese Antigen präsentierenden Zellen zu hemmen, besteht in der Expression von HPV E6 und E7 in den basalen Zellschichten [12].

Um eine Reduktion der HPV assoziierten Erkrankungen, insbesondere des Zervixkarzinoms zu erreichen, sind nicht nur weiterführende Vakzinationsstudien an männlichen Kindern und Jugendlichen nötig, sondern auch eine vermehrte Aufklärung über eine genitale HPV Besiedelung bei beiden Geschlechtern [13]. Nur



HPV pos. Zellen (integriert und episomal) des inneren Präputialblattes (in situ Hybridisierung, 200 fach)

dann kann langfristig eine Eradikation dieses Virus über globale Vakzinierungsprogramme unter Einbeziehung beider Geschlechter erreicht werden.

Referenzen:

[1] Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643–656
 [2] WHO, London School of Hygiene and Tropical

Medicine, UNAIDS (2007) Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. Geneva, *World Health Organization*
 [3] McCoombe SG, Short RV. Potential HIV-1 target cells in the human penis. *AIDS* 2006; 20:1491–1495
 [4] Patterson BK, Landy A, Siegel JN, Flener Z, Pessis D, et al. Susceptibility to human immunodeficiency virus-1 infection of human foreskin and cervical tissue grown in explant culture. *Am J Pathol* 2002; 161: 867–873
 [5] Alanis MC, Lucidi RS. Neonatal circumcision: A review of the world's oldest and most controversial operation. *Obstet Gynecol Surv* 2004; 59:379–395
 [6] WHO. Initiative for Vaccine Research (IVR). Human papillomavirus. 2007. http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index3.html
 [7] Ho G. et al.; *N Engl J Med*. 1998; 338: 423-28
 [8] Bleeker MCG et al. Flat penile lesions: The infectious „invisible“ link in the transmission of human papilloma virus. *Int J Cancer* 2006; 119: 2505-2512
 [9] Castellsague X et al.; Male circumcision, penile human papillomavirus infection and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*. 2002; 346: 1105-12
 [10] Adami HO, Trichopoulos D. Cervical cancer and the elusive male factor. *N Engl J Med* 2002; 346: 1160-1

[11] Stanley M; *Vaccine*. 2006; 24: 16-22
 [12] Bousarghin I et al.; *J Gen Virol*. 2005; 86: 1297-305
 [13] Nielsen A et al.; *Eur J Cancer Prev*. 2009; 18: 236-9

OA Dr. M. Koen, FEAPU
 Abteilung für Kinderurologie,
 Krankenhaus Barmherzige
 Schwestern Linz
 Seilerstätte 4, 4010 Linz
 mark.koen@bhs.at

Univ. Doz. Dr. J. Oswald, FEAPU
 Abteilung für Urologie/Kinderurologie
 Medizinuniversität Innsbruck
 Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
 josef.oswald@uki.at

Die nächste kinderurologische Arbeitskreissitzung findet am 2. Oktober 2009 in Graz statt. Gastgeber ist der Kinderradiologe Prof. Dr. Michael Riccabona.

Aus dem Arbeitskreis für Endourologie und Steinbehandlung

Ch. Türk

Die neuen „Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis“ sind nach mehrjähriger Arbeit fertiggestellt und werden im Rahmen des Bayrisch-Österreichischen Urologenkongresses erstmals in Österreich vorgestellt. Zusätzlich hat freundlicherweise eine pharmazeutische Firma eine Druckversion zur Verteilung hergestellt.

Diese Leitlinien sind in mehrfacher Hinsicht „etwas andere Leitlinien“:

- Es entstand eine multinationale deutschsprachige Leitlinie in Zusammenarbeit mit dem Deutschen AK Harnsteine, und der Akademie der Deutschen Urologen.
- Konsensuskonferenzen und eine Delphi-Konferenz zusammen mit Teilnehmern der Kinder-Nephrologie, Humanbiologie, Ökotrophologie, Biochemie und der medizintechni-

schen Industrie wurden abgehalten.

- Die getroffenen Aussagen gründen sich auf einer umfassenden Literaturrecherche, die nach Evidence-based-medicine-Kriterien (EBM) kategorisiert wurden.
- Der ausführliche Teil der metabolischen Harnsteinabklärung und Harnsteinmetaphylaxe trägt der deutlich zunehmenden Inzidenz der Urolithiasis Rechnung
- Zahlreiche Tabellen und Algorithmen sollen die Orientierung und praktische Nutzung der ausführlichen Leitlinien erleichtern

Eine weitere Zusammenarbeit unseres Arbeitskreises entstand neuerlich auf Initiative des **Arbeitskreises Assistenten in Ausbildung**, der eine Fortbildungsveranstaltung in Bad Aussee im Rahmen der Austrian School of Urology am letzten



OA Dr. Christian Türk, Vorsitzender des AK Endourologie und Steinbehandlung

Wochenende im Juni organisiert hat. Das Schwerpunktthema Urolithiasis wird dort an Hand von Vorträgen, Case studies und EBU-Lehrinhalten bearbeitet.

OA Dr. Christian Türk
 Vorsitzender des AK Endourologie und Steinbehandlung
 Urologische Abteilung
 Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien
 christian.tuerk@wienkav.at



A·U·O

Aus dem Arbeitskreis für Urologische Onkologie (AUO)

F. Stoiber

Die Entsendung 4-5 neuer junger Mitarbeiter der jeweiligen Abteilungsleiter zur Aufnahme in den Arbeitskreis dokumentiert einerseits ein großes Vertrauen und andererseits die Erwartung in eine weiterhin substanzielle und konstruktive Behandlung des onkologischen Themenbereichs. Es ist vor allem die zunehmende Diskussionsfreudigkeit junger Kollegen, die unsere Arbeit fruchtbar und innovativ gestaltet.

Ein Hauptthema des letzten Jahres war die Erstellung einiger neuer Leitlinien (Chemotherapie der uro-onkologischen Entitäten, Hodentumornachsorge, sog. Targettherapie des Nierenzellkarzinoms) und die Überarbeitung bereits bestehender Leitlinien (Prostata-, Hoden-, Blasen-, Penis- und Nierenkarzinom).

Der Abschluss dieser Diskussion wird in der Sommersitzung in Pörschach stattfinden, um dann rasch in die gedruckte und elektronische Publikation zu gehen.

Weiters war die Konzepterstellung und Realisierung eines prospektiven Studienprotokolls für die pelvine Lymphadenektomie im Rahmen der radikalen Prosta-

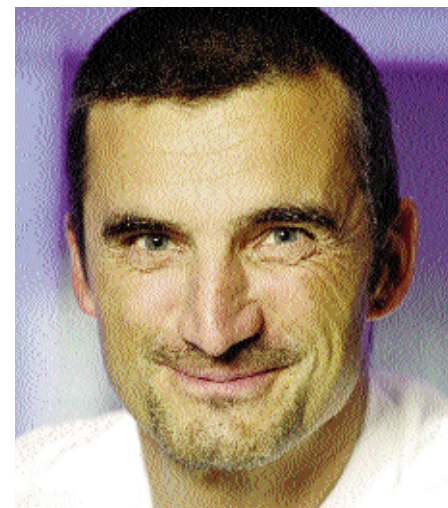
tektomie beim Prostatakarzinom mit Gleason-Score 6 ein Schwerpunkt.

Letztendlich konnte Anfang März mit der Rekrutierung begonnen werden, an der Kliniken aus ganz Österreich beteiligt sind. Wir hoffen, dass in einem Jahr die geplante Fallzahl erreicht wird, um ehe baldigst entsprechende Aussagen machen zu können.

Weiters erfordert die Betreuung laufender Studien (TIN-, Imucothel und TOPAS Studie) immer wieder eine konzertierte Anstrengung und Motivation aller beteiligten Zentren.

Fort- und Meinungsbildung der Mitarbeiter durch Gastvorträge runden die insgesamt 3-4 jährlichen Sitzungen ab, wobei die gemeinsame Jännertagung mit dem Arbeitskreis Prostata zum allseits geschätzten Jour fixe geworden ist: Dieses Jahr konnte Prof. Arnulf Stenzl gewonnen werden, der die teils vielversprechenden, aber oft unüberschaubaren diagnostischen Möglichkeiten des Prostatakarzinoms ins rechte Licht gerückt hat.

Ein herzliches Dankeschön für seine langjährige und konstruktive Mitarbeit



OA Dr. Franz Stoiber, Vorsitzender des AUO

gebührt Karl Scheiber, der seinen Platz einem seiner jungen Kollegen zur Verfügung stellt.

Abschließend möchte ich an alle Kollegen appellieren, weiterhin aktiv Patienten für die jeweiligen Studien zu rekrutieren, um weiterhin den Ansprüchen und Erwartungen gerecht werden zu können.

OA Dr. Franz Stoiber
Vorsitzender des AUO
Abteilung für Urologie

KH der Barmherzigen Schwestern Linz
franz.stoiber@bhs.at

Aus der Fortbildungskommission und dem Arbeitskreis für Assistenzärzte

AUSTRIAN SCHOOL OF UROLOGY

Eine Ausbildungsinitiative der Österreichischen Gesellschaft für Urologie

M. Marszalek

Mit der Einführung der Facharztprüfung sind die Anforderungen an das theoretische Grundlagenwissen deutlich gestiegen. Trotz des Engagements aller Ausbildungsverantwortlichen sowie der langjährig im Fach tätigen Kollegen ist die Vermittlung dieser Grundlagen durch arbeitsrechtliche Vorgaben wie auch durch die steigende Arbeitsbelastung immer mehr beeinträchtigt. Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2008 von der Fortbildungskommission und dem Arbeitskreis Assistenzärzte der ÖGU die

Austrian School of Urology gegründet, mit dem Ziel, eine kontinuierliche und optimale Vorbereitung auf die Facharztprüfung zu gewährleisten. In einem 4 jährigen Curriculum sollen mit jährlich wechselndem Themenschwerpunkt theoretisches Wissen wie auch Grundfertigkeiten der urologischen Chirurgie und Intervention vermittelt werden und diese Veranstaltung somit als Qualitätssiegel der Österreichischen Gesellschaft für Urologie die Basis für die extramurale Ausbildung der Assistenzärzte bilden.

Ebenso soll dadurch die Kommunikation und Vernetzung unter den Assistenzärzten wie auch deren Intergration in die ÖGU gefördert werden. Besonderes Augenmerk wird auf die abwechslungsreiche Programmgestaltung gelegt: EAU- bzw. ÖGU-Guidelines-konforme Vorträge wechseln sich mit Hands-On Training und Falldiskussion in Kleingruppen ab. Als Abschluss jeder Einheit dient ein Quiz in Anlehnung an die EBU Fragen zur prüfungsorientierten Wiederholung des Lerninhaltes sowie zur Vorbereitung auf das



Hands-on Training in Kleingruppen



State of the art lecture „BPH“



Charity Lauf „Austria for Eritrea“

EBU Inservice Assessment beziehungsweise die Facharztprüfung selbst.

Der ÖGU Vorstand hat beschlossen diese Veranstaltung für österreichische Assistenzärzte ohne Teilnahmegebühr anzubieten. Die Finanzierung der Kosten von ca. 700 Euro pro Teilnehmer erfolgt einerseits über die Fortbildungskommission der ÖGU, andererseits über einen Förderkreis an Sponsoren im Sinne eines „Educational Grant“.

Nach knapp 1½ Jahren Vorbereitungsarbeit war es nun schließlich soweit: Knapp 40 Teilnehmer aus ganz Österreich (rund die Hälfte aller Assistenzärzte) besuchten am letzten Juniwochenende die erste Veranstaltung der Austrian School of Urology in Bad Aussee. Thema des ersten Moduls des 4 jährigen Curriculums war Nephrolithiasis, insbesondere mit dazugehöriger Material- und Gerätekunde, einem oftmals stiefmütterlich in den Hintergrund gedrängten Bereich des endourologischen Operationsalltages. Weitere Themen waren Nierentransplantation und BPH. An Hand des bereitgestellten Übungsmaterials konnten zum Beispiel die Vielfalt und die spezifischen Eigenheiten verschiedener Ureterstents und -katheter, Führungsdrähte, Nephrostomien, Ureterorenoskope und Cystosowie Resektoskope anschaulich gemacht werden und auch gleich am Operationsphantom getestet werden. Wünschenswert wäre, wenn dadurch auch das Interesse für die von mehreren Kliniken regelmäßig angebotenen und deutlich umfangreicheren Operationstechnikkurse geweckt werden konnte.



Spendenübergabe an Prim. Univ. Doz. Dr. M. Riccabona

Die dreitägige Veranstaltung war geprägt von einem wohl abwechslungsreichen, jedoch auch intensiven Programm, abgerundet von einem professionellen Präsentationstraining, das im Rahmen eines Career Development Programmes von einem der Sponsoren für eine Kleingruppe zur Verfügung gestellt wurde. Zu guter letzt spielte auch der Wettergott mit und bescherte gutes Wetter für einen Charity Lauf zugunsten des Projektes „Austria for Eritrea“ von Prim. Univ. Doz. Dr. M. Riccabona – wir konnten eine Spende von 1.500€ übergeben.

An dieser Stelle dürfen wir uns bei all jenen bedanken, die zum Gelingen dieser Veranstaltung, sei es in der Vorbereitung und Organisation oder auch durch Ihre persönlich Mitwirkung vor Ort

als Vortragender oder Teilnehmer, beigetragen haben. Die Themen des nächstjährigen Modul 2 sind „Funktionelle Urologie, Rekonstruktive Urologie und Infektiologie“ mit Hands-on Training zu Urodynamik, Bandchirurgie und Nahttechniken – wir freuen uns auf ein Wiedersehen in Bad Aussee 2010.

Information:

www.asu.or.at
stephan.hruby@asu.or.at
martin.marszalek@asu.or.at

Korrespondenz:

Dr. Martin Marszalek
 Abteilung für Urologie
 Landeskrankenhaus Klagenfurt
 St. Veiterstrasse 47
 9020 Klagenfurt
martin.marszalek@wienkav.at

Andrologie Schlagzeilen

F. Wimpissinger

Die Andrologie, die gerade im niedergelassenen Bereich der Urologie einen hohen Stellenwert einnimmt, ist einer der wissenschaftlich aktivsten Teilbereiche unseres Faches. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in der großen Zahl publizierter Arbeiten und dem hohen Impact Faktor andrologischer und sexualmedizinischer Journale wider. Im Folgenden gebe ich einen kurzen Überblick über Neues und Trends der andrologischen Forschung.

Ejaculatio praecox

Die Ejaculatio praecox (EP) ist die häufigste Sexualektionsstörung des Mannes. Die Einführung von Dapoxetin (Priligy®) im Mai 2009 – als erstes für diese Indikation zugelassenes Medikament – war für die urologische Praxis eine wichtige Erweiterung des therapeutischen Spektrums. Die Wissenschaft ist auf dem Gebiet der EP bereits einige Schritte weiter. Vor dem Hintergrund des gestörten Serotonin Stoffwechsels bei organisch bedingter (lebenslanger) EP wurden zuletzt Veränderungen eines Serotonin Transporter Gens am Chromosom 17 untersucht. Dabei korrelierten Polymorphismen des Gens mit einer erhöhten EP Inzidenz [1,2].

Aus therapeutischer Sicht erwarten wir Daten einer breiteren Anwendung von Dapoxetin und weitere Erkenntnisse zu Physiologie und Biochemie der Ejakulation, um neue Therapieansätze zu finden. Tramadol, dessen Wirkungsweise im Rahmen der EP noch unklar ist, zeigte hohe Effektivität in der Verlängerung der intravaginalen Ejakulationslatenzzeit (IELT) [3]. Umstritten bleibt dabei allerdings das Nebenwirkungs- und Suchtpotenzial dieses Opioids in der Anwendung bei sonst gesunden Männern [4].

Männliche Infertilität

Der männliche Faktor infertiler Paare hat derartig viele Aspekte, dass es schwer ist, für die Zukunft relevante Arbeiten aus der Flut an Publikationen über Ejakulatparameter, Hormonspiegel, Hodenvolumen oder Genanalysen zu filtern.

Die nicht-obstruktive Azoospermie und das OAT Syndrom, meist verbunden mit niedrigem Hodenvolumen, bleiben ätiologisch auch heute in der Regel unklar. Erste Studien zum Einfluss der Lebens-

weise der Mutter auf die Fertilität männlicher Nachkommen bringen jedoch bereits interessante Hinweise. Im Rahmen einer dänischen Kohorte von Schwangerschaften mit 5.109 Söhnen konnte ein Zusammenhang zwischen Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und verminderter Spermatozoenkonzentration ihrer Söhne hergestellt werden [5].

Ebenfalls aus Dänemark kommen zuletzt Daten, die einen Zusammenhang zwischen schlechter Samenqualität und Übergewicht infertiler Männer unterstützen [6,7]. Mit steigendem body mass index (BMI) fanden sich – möglicherweise ursächlich – niedrigere Testosteron- und Inhibin-B Spiegel. Inwieweit nun eine Gewichtsreduktion zur Optimierung des Ejakulates führen könnte, bleibt jedoch offen. Aus dem Bereich Lebensstil und Diät kommen auch Daten, die zeigen, dass eine Ernährung mit hohem Anteil an Sojaprodukten zu einer verminderten Spermatozoenzahl führen kann [8].

Eine Arbeitsgruppe aus Wien konnte aktuell zeigen, dass eine Leukozytospemie – die immer wieder viele Fragen aufwirft – in fast der Hälfte der Fälle spontan verschwindet [9]. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf das Management unserer Patienten, sondern muss auch in zukünftigen Studien zu diesem Thema berücksichtigt werden.

Aus urologischer Sicht doppelt interessant sind Ergebnisse einer Untersuchung zum Einfluss assistierter Reproduktionstechniken (IVF, ICSI) auf mögliche Fehlbildungen derartig gezeugter Kinder [10]. Dabei war unter IVF- und ICSI-Kindern lediglich die Rate an Hypospadien signifikant erhöht, gegenüber natürlich gezeugten Knaben. Abgesehen davon hatten weder die Entnahmestelle der Spermatozoen (testikulär, epididymal), noch die Art der Reproduktionstechnik (IVF, ICSI) einen Einfluss auf die Rate an Malformationen.

Testosteron Substitution

Die Angst vor der „Induktion“ eines Prostatakarzinoms durch Substitution von Androgenen bei late onset hypogonadism (LOH) ist mittlerweile unbegründet [11].

Kommt es unter Testosterontherapie zu

einem PSA Anstieg, so kann das Risiko eines Prostatakarzinoms als Ursache für die PSA Erhöhung anhand der PSA Dynamik abgeschätzt werden [12]. Steigt das PSA innerhalb von 4 Wochen um mehr als 25%, so ist das Prostatakarzinomrisiko deutlich erhöht (benigne Biopsien bei PSA Anstieg um ca. 10%). Mehr Informationen zum LOH finden Sie in Doz. Ponzolers Artikel „Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie zum Thema Late-Onset Hypogonadism – Eine kritische Betrachtung“ dieser Ausgabe (ab Seite 37).

Erektile Dysfunktion (ED)

Entgegen ersten Hinweisen, dass die Einnahme von PDE-5-Hemmern schon nach kurzer Therapiezeit durch eine Verbesserung der Endothelfunktion erfolgreich abgesetzt werden können, zeigte sich in großen Studien der letzten Zeit vermehrt, dass die Erektionsfunktion, auch nach chronischer PDE-5-H-Einnahme, nach Absetzen der Medikation wieder deutlich nachlässt [13].

Untersuchungen zur Erektionsfunktion nach nerve sparing radikaler Prostatektomie (nsRPE) füllen mittlerweile zahlreiche Journals, Bücher und laufend Kongressprogramme. Der chirurgisch tätige Urologe sieht die klinische Relevanz vieler dieser Studien durch einen Faktor gestört: den Patienten. Das multifaktorielle Zusammenspiel von Nerven- und Gefäßstatus, Anatomie, Co-Morbidität und unzähligen weiteren Aspekten beeinflussen jeden operierten Patienten in ganz individueller Weise. Umso interessanter bleiben daher gut geplante Laborstudien wie das Johns Hopkins Tiermodell, an welchem die biochemischen Vorgänge der „penilen Rehabilitation“ nach kavernoösem Nervenstrauma untersucht wurden [14]. Durch entsprechende protektive Therapie konnte der oxidative Stress im kavernoösen Gewebe deutlich reduziert werden. In diesem Zusammenhang konnte nun auch gezeigt werden, dass die on-demand Einnahme eines PDE-5-Hemmers nach nsRPE ebenso effektiv ist, wie eine chronische (tägliche) Dosierung [15].

Induratio penis plastica (IPP)

Die konservative Therapie der IPP (Peyronie's disease) ist auch heute kaum



Die erste orale Bedarfsmedikation
mit Zulassung für die Behandlung
von VORZEITIGEM SAMENERGUSS

**MORE CONTROL
MORE TIME**

effektiv und neue Substanzen lassen weiter auf sich warten. Aktuellere Studien zur konservativen Therapie der IPP – mit durchwegs enttäuschenden Ergebnissen – können unsere klinische Praxis jedoch dahingehend beeinflussen, dass auf kostspielige und langwierige Behandlungen verzichtet werden kann. Interessant bleiben Untersuchungen zur Ätiologie dieser weitgehend unklaren Erkrankung. Als ursächlich werden penile (Mikro)Traumen mit lokal pathologischer Entzündungsreaktion und Fibrose angesehen. Der oxidative Stress in der aktiven IPP-Läsion wird durch zahlreiche – mittlerweile teilweise bekannte – Zytokine mediiert. Dazu gehören unter anderem TGF-beta, Fibroblast growth factor und Plasminogen Aktivator Inhibitor Typ 1. Das damit verbundene Zellinfiltrat beinhaltet CD3-positive T-Lymphozyten und CD20-positive B-Lymphozyten, sowie tryptasepositive Mastzellen.

PDE-5-Hemmer – mit offensichtlich prophylaktischer Wirkung durch einen positiven Einfluss auf die lokal überschießende entzündlich/fibrotische Komponente der Erkrankung – könnten zukünftig auch bei IPP Patienten breiter zum Einsatz kommen [16].

Die Chirurgie des chronischen Stadiums der IPP folgt weiter bekannten Standards und beinhaltet Plikaturverfahren, Patches oder Penisprothesen – je nach Ausmaß der Erkrankung.

Penisextender, wie sie bisher nur aus fragwürdigen Kreisen zur vermeintlichen Penisverlängerung zum Einsatz kamen, werden neuerdings in der rekonstruktiven Urologie – unter anderem auch prä- oder postoperativ – eingesetzt [17,18].

Weibliche Sexualfunktion

Aus andrologischer Sicht interessant, wurde zuletzt vermehrt der Einfluss männlicher Sexualfunktionsstörungen auf die Sexualität der Partnerin studiert. Sowohl ED, als auch Ejaculatio praecox, haben weitreichende Folgen für Partnerschaft und Sexualleben – ein Umstand, der zukünftig mehr in klinische Praxis und Studiendesign einfließen wird [19,20]. Dieser Problematik widmet sich auch Dr. Bragagna in ihrem Artikel „Auswirkungen der Ejaculatio praecox auf die Sexualität der Partnerin in länger dauernden Beziehungen – Konsequenzen für die Therapie“ in dieser Ausgabe ab Seite 34.

Der Zusammenhang zwischen Belastungsinkontinenz bzw. deren Therapie und Sexualfunktion ist heute sicher zu wenig bekannt. Zwei Studien untersuchten nun

den Einfluss des transvaginalen (TVT) gegenüber transobturatorischen Bandes (TOT) auf die Sexualfunktion operierter Frauen [21,22]. Die chirurgische Therapie der Belastungsinkontinenz konnte die Sexualfunktion sowohl positiv (ca. 30%), als auch negativ (10-20%) beeinflussen. Die Technik – transvaginal oder transobturatorisch – hatte dabei keinen Einfluss auf die postoperative Sexualfunktion.

Aus einer türkischen Pilotstudie ergeben sich erste Hinweise, dass das Vorliegen eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms auch bei Frauen einen negativen Einfluss auf die Sexualfunktion hat [23].

*Dr. Florian Wimpissinger, FEBU
Urologische Abteilung
Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien
(Vorstand: Prim. Univ. Prof. Dr.
Walter Stackl)
Juchgasse 25
1030 Wien
florian.wimpissinger@gmx.at*

Literatur

- [1] Janssen PK, Bakker SC, Réthelyi J, Zwinderman AH, Touw DJ, Olivier B, Waldinger MD. Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med.* 2009 Jan;6(1):276-84.
- [2] Safarinejad MR. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran. *J Urol.* 2009 Jun;181(6):2656-61. Epub 2009 Apr 16.
- [3] Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA. Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med.* 2008 Jan;5(1):188-93
- [4] Palmer NR. Tramadol for premature ejaculation. *J Sex Med.* 2009 Jan;6(1):299
- [5] Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Storgaard L, Toft G, Olsen J, Bonde JP. Is prenatal exposure to tobacco smoking a cause of poor semen quality? A follow-up study. *Am J Epidemiol.* 2007 Jun 15;165(12):1372-9
- [6] Aggerholm AS, Thulstrup AM, Toft G, Ramlau-Hansen CH, Bonde JP. Is overweight a risk factor for reduced semen quality and altered serum sex hormone profile? *Fertil Steril.* 2008 Sep;90(3):619-26
- [7] Nguyen RH, Wilcox AJ, Skjaerven R, Baird DD. Men's body mass index and infertility. *Hum Reprod.* 2007 Sep;22(9):2488-93
- [8] Chavarro JE, Toth TL, Sadio SM, Hauser R. Soy food and isoflavone intake in relation to semen quality parameters among men from an infertility clinic. *Hum Reprod.* 2008 Nov;23(11):2584-90
- [9] Lackner JE, Lakovic E, Waldhör T, Schatzl G, Marberger M. Spontaneous variation of leukocytospermia in asymptomatic infertile males. *Fertil Steril.* 2008 Nov;90(5):1757-60
- [10] Fedder J, Gabrielsen A, Humaidan P, Erb K, Ernst E, Loft A. Malformation rate and sex ratio in 412 children conceived with epididymal or testicular sperm. *Hum Reprod.* 2007 Apr;22(4):1080-5
- [11] Coward RM, Simhan J, Carson CC. Prostate-spe-

cific antigen changes and prostate cancer in hypogonadal men treated with testosterone replacement therapy. *BJU Int.* 2009 May;103(9):1179-83

[12] Svatek RS, Shulman MJ, Benaim EA, Rogers TE, Margulis V. Change in prostate specific antigen following androgen stimulation is an independent predictor of prostate cancer diagnosis. *J Urol.* 2008 Jun;179(6):2192-5; discussion 2195-6

[13] Zumbé J, Porst H, Sommer F, Grohmann W, Beneke M, Ulbrich E. Comparable efficacy of on-demand versus on-demand vardenafil in men with mild-to-moderate erectile dysfunction: findings of the RESTORE study. *Eur Urol.* 2008 Jul;54(1):204-10

[14] Lagoda G, Jin L, Lehrfeld TJ, Liu T, Burnett AL. FK506 and sildenafil promote erectile function recovery after cavernous nerve injury through antioxidative mechanisms. *J Sex Med.* 2007 Jul;4(4 Pt 1):908-16

[15] Montorsi F, Brock G, Lee J, Shapiro J, Van Poppel H, Graefen M, Stief C. Effect of nightly versus on-demand vardenafil on recovery of erectile function in men following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2008 Oct;54(4):924-31.

[16] Ferrini MG, Kovanez I, Nolzaco G, Rajfer J, Gonzalez-Cadavid NF. Effects of long-term vardenafil treatment on the development of fibrotic plaques in a rat model of Peyronie's disease. *BJU Int.* 2006 Mar;97(3):625-33

[17] Gontero P, Di Marco M., Giubilei G., Bartoletti R., Pappagallo G., Tizzani A., Mondaini N. Use of penile extender device in the treatment of penile curvature as a result of Peyronie's disease. Results of a phase II prospective study. *J Sex Med.* 2009 Feb;6(2): 558-66.

[18] Levine LA, Newell M, Taylor FL. Penile traction therapy for treatment of Peyronie's disease: a single-center pilot study. *J Sex Med.* 2008 Jun;5(6):1468-73

[19] Chevret-Méasson M, Lavallée E, Troy S, Arnaud B, Oudin S, Cuzin B. Improvement in quality of sexual life in female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate: findings of the Index of Sexual Life (ISL) in a couple study. *J Sex Med.* 2009 Mar;6(3):761-9

[20] Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, McNulty P, Rothman M, Jamieson C. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med.* 2005 May;2(3):358-67.

[21] Sentilhes L, Berthier A, Loisel C, Descamps P, Marpeau L, Grise P. Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension-free vaginal versus transobturator tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009 Apr;20(4):393-9.

[22] Elzevier HW, Putter H, Delaere KP, Venema PL, Lycklama à Nijeholt AA, Pelger RC. Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: transobturator suburethral tape vs. tension-free vaginal tape obturator. *J Sex Med.* 2008 Feb;5(2):400-6

[23] Onem K, Erol B, Sanli O, Kadioglu P, Yalin AS, Canik U, Cuhadaroglu C, Kadioglu A. Is sexual dysfunction in women with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome associated with the severity of the disease? A pilot study. *J Sex Med.* 2008 Nov;5(11):2600-9

NEU
In der Green-Box

UNIDROX® KLÄRT EINFACH ZWEIMALIG!



BLASE KLAR

1 Stk. zur Behandlung von
akuten unkomplizierten Infektionen
UND

10 Stk. bei komplizierten Infektionen
der unteren Harnwege.

Breitbandantibiotikum: 1 Stk. & 10 Stk.
10 Stk.-Packung in der **GREENBOX***



1x TÄGLICH REICHT!

ESSE
ERSTES
ERNOLLS GMBH

Fachinformation siehe Seite 49

* Nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit abgeleiteten Erregern.

ADWAM 05.2000

Miktionsbeschwerden, Harninkontinenz und erektile Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie und externer Bestrahlung

Ergebnisse einer Patientenbefragung in Österreich

A. Ponholzer, St. Madersbacher

Einleitung

Aufgrund der hohen Anzahl betroffener Patienten und der Vielzahl möglicher Therapieoptionen ist das Prostata-Karzinom (PCa) eine besondere Herausforderung in der urologischen Onkologie. Während hierbei bislang vor allem Aspekte wie Heilungsrate, Rezidivwahrscheinlichkeit und Langzeitüberleben im Vordergrund standen, rücken nun immer mehr Fragen der behandlungsassoziierten Morbidität in den Mittelpunkt des Interesses von Arzt und Patient.

Ausschlaggebend sind hierfür der Mangel an klinischen Studien über den klaren onkologischen Vergleich der unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten sowie die Vielzahl bekannter Neben- und Folgewirkungen von Erkrankung und Therapie, die Therapeuten und Betroffene zu meist über viele Jahre begleiten. Hauptaspekte in der Therapie des PCa sind zweifelsohne Auswirkungen auf Harnkontinenz, erektile Funktion und Miktion.

Um die Morbidität im Vergleich der verbreiteten primären Therapieoptionen beim PCa – der radikalen Prostatektomie (RPE) und der externen Radiatio (ER) – zu evaluieren, wurde daher im Jahre 2003 eine österreichweite Studie unter der Organisation des Berufsverbandes der Urologen (Vorsitzender: Dr. Gerhard Struhal) durchgeführt.

Studienbedingungen

Innerhalb eines Zeitraumes von 6 Monaten ab Studienbeginn wurden konsekutiv Männer in Nachsorge ihres zumindest vor 6 Monaten behandelten PCa mittels eigens erarbeiteten Fragebogens untersucht. Die Primärtherapie wurde an insgesamt 28 verschiedenen Abteilungen in Österreich im Zeitraum 1993-2003 durchgeführt, 19 niedergelassene Urologen waren mit Nachsorge und der Patientenbefragung im Rahmen der Studie befasst.

Der Fragebogen wurde nach Einverständnis im Rahmen einer Routinekon-

trolle vom Patienten anonym ausgefüllt und umfasste neben onkologischen Daten (z.B. Therapiezeitpunkt, PSA zur Diagnose, PSA aktuell) und Fragen zur Demographie (z.B. Alter), validierte Instrumente zur Evaluierung von Miktion, Harnkontinenz und erektiler Funktion (Bristol-LUTS, IIEF-5, SF-36).

Zur statistischen Vergleichbarkeit wurde zur Gruppe der Männer nach ER eine RPE-Gruppe in Bezug auf Alter, PSA zur Diagnose, PSA aktuell und Zeitintervall seit Therapie gematcht. Alle p-Werte beziehen sich auf jene matched-pair Analyse und wurden entweder mittels Chi-Quadrat-Test oder ANOVA-Analyse ermittelt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 552 Männer, 432 nach RPE und 120 nach ER untersucht. In der vorliegenden Analyse wurden jedoch Patienten, die (neo)adjuvant einer Bestrahlung oder Hormontherapie zugeführt wurden exkludiert, so dass 364 RPE und 82 ER Patienten zur Auswertung gelangten, welche jeweils ausschließlich operiert oder bestrahlt wurden.

RPE-Patienten waren tendenziell jünger und hatten niedrigere PSA-Werte zur Diagnosestellung. 89,4% der Patienten nach RPE und 72,2% nach ER hatten zur Diagnose einen PSA-Wert unter 20 ng/ml, Daten des klinischen TU-Stadiums wurden nicht erfragt. Das durchschnittliche Zeitintervall zwischen Primärtherapie und Befragung betrug 3,3 Jahre nach RPE und 4,4 Jahre nach EBRT.

Harnkontinenz

Harninkontinenz, definiert als jeglicher unfreiwilliger Harnverlust während der letzten 4 Wochen wurde von 45,6% nach RPE und 18,8% nach ER berichtet, wobei bei den betroffenen Männern nach RPE der tägliche Harnverlust mit 67% doppelt so häufig angegeben wurde als nach ER (32%). Immerhin 11% der Befragten nach RPE gaben einen permanenten Harnverlust an, während dies nach ER nicht vorkam (0%). 9,5% der

Männer nach RPE benützten eine Vorlage (pro Tag), 18,1% zwei Vorlagen und 16,9% drei oder mehr Vorlagen, bei Betroffenen nach ER betragen die vergleichbaren Anteile 2,5%, 12,5% und 4,8%.

60% nach RPE und 40% nach ER berichteten eine mittelgradige bis schwere Einschränkung ihrer Lebensqualität bezogen auf die behandlungsbezogene Harninkontinenz.

Harntraktsymptomatik (lower urinary tract symptoms; LUTS)

Drangsymptomatik wurde als stärker ausgeprägt nach ER (73%) als nach RPE (58%) berichtet. Eine Miktionsfrequenz mit stündlichem Toilettengang wurde von 2,6% nach RPE und 6,3% ER angegeben. Nykturie war ebenfalls nach ER etwas höher angegeben (48,2%) als nach RPE (35,6%). Immerhin schienen LUTS sowohl Patienten nach RPE als auch nach ER nicht wesentlich in der Lebensqualität zu beeinträchtigen. Jeweils 80% wären sehr zufrieden bis zufrieden, würden sich diesbezügliche Beschwerden im weiteren Leben nicht mehr verändern.

Sexualität

Beide Primärtherapien zeigten signifikant negative Auswirkungen auf die Sexualfunktion, eine Verschlechterung durch die Therapie wurde von 94,4% nach RPE und 84,1% nach ER angegeben (Tab. 2). Der IIEF-5 Score war mit 11,9 nach RPE und 10,4 nach ER vergleichbar. Insgesamt fast die Hälfte der Patienten nach Therapie gab an, bereits eine Therapie für die erektile Funktion (PDE5-Inhibitoren, SKAT) verwendet zu haben (52% nach RPE, 40% nach ER).

In der matched-pair Analyse trat ein signifikanter Unterschied auf, 72% nach RPE und 57% nach ER gaben an, dass das Sexualleben „deutlich schlechter“ nach Therapie sei.

Lebensqualität

Insgesamt werteten Männer nach erfolgreicher RPE ihren allgemeinen Gesundheits-

HARTMANN

PAUL HARTMANN Ges.m.b.H.
2355 Wiener Neudorf



Blasenschwäche? Na und!

Mit **MoliMed**. for men ist Mann sicher!

www.at.hartmann.info

MoliMed. for men – die Innovation für Männer mit Blasenschwäche!

Mit **MoliMed**. for men hat Hartmann, der Spezialist für Medizin- und Hygieneprodukte, zwei innovative Produkte speziell für Männer mit Inkontinenz entwickelt.



MoliMed. for men active bietet maximalen Schutz und umfassende Bewegungsfreiheit durch die männergerechte Taschenform.



MoliMed. for men protect verleiht optimalen Sitz durch die speziell für Männer entwickelte V-Form und das neuartige Bündchensystem garantiert höchste Auslaufsicherheit.

Das sind nur einige der Vorteile, die Sie mit **MoliMed**. for men Ihren Patienten mit Inkontinenz bieten können.



**GRATIS
BESTELLEN**

Bestellen Sie jetzt das kostenlose Informationspaket für Ihre Patienten!

PER FAX AN: 02236 / 646 30-88

Ja, Ich bestelle GRATIS

Infopakete „Inkontinenz bei Männern“ (Art.Nr. 085490/7)

- 10 (gewünschte Anzahl bitte ankreuzen)
- 20
- 30

Inhalt pro Infopaket:

- ✓ 1 Informationsbroschüre „Inkontinenz bei Männern“
- ✓ 2 Musterbeutel **MoliMed**. for men
- ✓ 1 Informationsbroschüre Inkontinenz
Mit freundlicher Unterstützung von:

Bitte schicken Sie mir zusätzlich

- 1 Poster im DIN A2 Format (Art.Nr. 085490/4)
- 1 Poster-Display im DIN A1 Format mit Rückenstütze
(Art.Nr. 085490/3)

- 25 Informationsbroschüren „Inkontinenz bei Männern“
(Art.Nr. 085490/6)

Arzt (Name / Vorname)

Straße / Nr.

PLZ / Ort

E-Mail

Datum / Unterschrift

Stempel

Selbstverständlich können Sie auch per Post bestellen: PAUL HARTMANN GmbH, IZ NÖ Süd, Straße 3, Postfach 110, 2355 Wiener Neudorf
Tel. 02236/64 630-0, Fax -88, E-Mail: office@at.hartmann.info, Internet: www.at.hartmann.info. Die Aktion gilt solange der Vorrat reicht.
Die Bestellung erfolgt unter Berücksichtigung der allgemeinen Geschäftsbedingungen der PAUL HARTMANN GmbH.
Angebot vorbehaltlich Änderungen, Druck- und Satzfehler.



zustand höher ein als nach ER. In einer multivariaten Analyse stellten sich Harninkontinenz und Nykturie als einzig unabhängig signifikante Faktoren mit Einfluss auf die selbstberichtete Lebensqualität und Gesundheitsstatus heraus. Männer ohne Harnverlust waren 2,8 (95%CI: 1,9-4,2) mal häufiger bereit, Männer ohne Nykturie (maximal 1 Toilettgang/Nacht) waren gleich 5,2 (95% CI: 2,6-10,8) mal häufiger bereit, eine gute Lebensqualität zu berichten. Erektile Funktion, Alter oder aktuelles PSA waren in dieser Analyse ohne signifikanten Einfluss.

Diskussion

Die therapiebedingte Morbidität bei Patienten mit PCa gerät ohne Zweifel immer stärker in den Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses. Hierbei sind die Ergebnisse großer Single-Center Studien einerseits aufgrund unterschiedlicher Definitionen, Fragebögen oder Messmethoden oft nur unzureichend vergleichbar, andererseits besteht in der alltäglichen Praxis oft ein Ungleichgewicht zwischen den Berichten aus Sicht der behandelnden Operateure oder Therapeuten sowie der betroffenen Patienten.

Große RPE-Serien berichten so etwa Kontinenzraten zwischen 85-90%, während rein patientenorientierte Befragungen lediglich 21-55% kontinente Patienten auswiesen.

Bezüglich erektiler Dysfunktion sind die patientenorientierten Befragungen mit Potenzraten bis maximal 30% der operierten Männer ohne Folgetherapie (PDE5-Inhibitor, SKAT) ebenfalls deutlich unter den Ergebnissen großer single-center Studien mit Potenserhaltungsraten zwi-

schen 55-70% nach nerve-sparing RPE.

Im Lichte dieser Schwierigkeit an Vergleichbarkeit großer Serien und vor allem im direkten Vergleich zwischen den allgemein angebotenen Primärtherapien, RPE und ER, sind die angeführten Ergebnisse unserer Untersuchung mit einheitlichen Definitionen und rein patientenausgefüllten Fragebögen zu sehen.

Schlussfolgerung

Sowohl die radikale Prostatektomie, als auch die primär externe Radiatio des Prostatakarzinoms haben deutliche Auswirkungen auf den unteren Harntrakt, die Harnkontinenz und die sexuelle Funktion. Während nach RPE signifikant häufiger Harnverlust und die negative Auswirkung auf die erektile Funktion berichtet werden, zeigt die ER eine stärkere Wirkung auf LUTS.

Die wesentlichsten Faktoren der behandlungsassoziierten Morbidität mit Auswirkung auf Lebensqualität und Gesundheitsempfinden sind hierbei Harninkontinenz und Nykturie. Insgesamt ist jedoch die Patientenzufriedenheit mit jeweils über 80% an Männern, die sehr bis überwiegend zufrieden sind mit ihrer Therapie in beiden Therapiemodalitäten hoch.

*Priv. Doz. Dr. Anton Ponholzer
Abteilung für Urologie und Andrologie
SMZ-Ost/Donauspital
Langobardenstrasse 122
1220 Wien
anton.ponholzer@wienkav.at*

Literatur

McCammon KA, Kolm P, Main B, Schellhammer PF. Comparative quality-of-life analysis after radical prostatectomy or external beam radiation for localized prostate cancer. *Urology* 1999; 54: 509-16

Penson DF, Litwin MS, Aaronson NK. Health related quality of life in men with prostate cancer. *J Urol* 2003; 169: 1653-61

Fowler FJ, Barry MJ, Lu-Yao G, Wasson J, Roman A, Wennberg J. Effect of radical prostatectomy for prostate cancer on patient quality of life: results from a medicare survey. *Urology* 1995; 45: 1007-15

Johnstone PAS, Gray C, Powell CR. Quality of life in T1-3N0 prostate cancer patients with radiation therapy with minimum 10-year follow-up. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 46: 833-8

Lilleby W, Fossa SD, Woehre HR, Olsen DR. Long-term morbidity and quality of life in patients with localized prostate cancer undergoing definitive radiotherapy or radical prostatectomy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999; 43: 735-43

Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, Albertsen PC, Harland LC, Potosky AL. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA* 2000; 19: 283: 354-60

Litwin MS, Hays RD, Fink A, Ganz PA, Leake B, Leach GE, Brook RH. Quality-of-life outcomes in men treated for localized prostate cancer. *JAMA* 1995; 273: 129-35

Lim AJ, Brandon AH, Fiedler J, Brickman AL, Boyer CI, Raub WA Jr, Soloway MS. Quality of life: radical prostatectomy versus radiation therapy for prostate cancer. *J Urol* 1995; 154: 1420-5

Shrader-Bogen CL, Kjellberg JL, McPherson CP, Murray CL. Quality of life and treatment outcomes: prostate carcinoma patients' perspectives after prostatectomy or radiation therapy. *Cancer* 1997; 79: 1977-86

Davis JW, Kuban DA, Lynch DF, Schellhammer PF. Quality of life after treatment for localized prostate cancer: differences based on treatment modality. *J Urol* 2001; 166: 947-52

Madalinska JB, Essink-Bot ML, deKoning HJ, Kirkels WJ, van der Maas PJ, Schröder F. Health-related quality of life effects of radical prostatectomy and primary radiotherapy for screen-detected or clinically diagnosed localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1619-28

Litwin MS, Flanders Sc, Pasta DJ, Stoddard ML, Lubeck DP, Henning JM. Sexual function and bother after radical prostatectomy or radiation for prostate cancer: multivariate quality-of-life analysis from CaPSURE. *Urology* 1999; 54: 503-8

Auswirkung der Ejaculatio praecox (E.p.) auf die Sexualität der Partnerin in länger dauernden Beziehungen – Konsequenzen für die Therapie der E.p.

E. Bragagna

Durch die mögliche medikamentöse Therapie der Ejaculatio praecox seit dem 1. Mai 2009 und der starken medialen Präsenz des Themas wird an uns Ärzte ein Druck weitergegeben, der bisher beim Betroffenen selbst endete. Ein meist

jahrelang bestehendes Problem ist zu lösen, schnell und mit einfachen Mitteln – nämlich mit der Einnahme einer Tablette kurz vor dem Geschlechtsverkehr.

Gerade weil die meisten von uns im Umgang mit dem Thema E.p. nicht geübt

sind, ist es ratsam, sich vor dem Zücken des Rezeptblockes einen Überblick über die Thematik zu erarbeiten, um dann die passenden Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie zu schaffen.

Einteilung der Ejaculatio praecox und Therapieempfehlungen nach M. Waldinger, 2008

1. Die primäre E.p.
2. Die erworbene E.p.
3. Die natürliche Variable
4. E.p.-ähnliches Ejakulationsproblem

1) Die primäre E.p.

Definition der primären E.p.

Vorzeitige Ejakulation

- Bei fast jedem GV
- Bei (fast) jeder Frau
- Ab dem ersten GV
- Meistens innerhalb von 30-60 sec. (90%)
- Bzw. innerhalb 1-2 min. (10%)
- Keine oder fehlende Ejakulationskontrolle

Therapieempfehlung: Medikation

2) Die erworbene E.p.

- Nach einer Phase mit normaler Sexualreaktion
- Entweder plötzlicher oder schleicher Beginn des Kontrollverlustes über die Ejakulation
- Verminderte Fähigkeit den Ejakulationszeitpunkt hinauszuzögern

Ursachen:

- Prostatitis
- Erektile Dysfunktion
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- Psychische oder partnerschaftliche Probleme

Therapieempfehlung: Behandlung der Grunderkrankung oder Sexual-/Partnertherapie

3) Die natürliche Variable

Die natürliche Variable wird ...

- ... unregelmäßig, nur zufällig und situationsabhängig erlebt
- ... nicht als wirklich pathologisch eingestuft, sondern als eine normale Variante der Sexualität.
- Die Fähigkeit die Ejakulation hinauszuzögern ist vermindert oder kann fehlen.
- In der Folge kommt es zu einer Verkürzung der Ejakulationszeit auf ca. 1,5 Minuten.

Therapieempfehlung: Verhaltenstherapie. Ich persönlich verschreibe in diesem Fall auch ein Medikament, um den Patienten erstmalig zu entlasten und begleite ihn wie von Waldinger empfohlen mit einer stützenden Beratung.

4) E.p.-ähnliches Ejakulationsproblem

Die Betroffenen klagen über eine vorzeitige Ejakulation, obwohl die Ejakulationszeit im Normalbereich zwischen 3-6 Minuten liegt oder sogar sehr lange ist, nämlich zwischen 5-25 Minuten. Subjektiv haben sie den Eindruck im gewünschten Moment die Ejakulation nicht hinauszögern zu können.

Therapieempfehlung: Psychotherapie

Wenn wir **Prävalenzdaten** der E.p. von ca. 30% [1] lesen, dann sind darin alle Gruppen der Ejakulationsprobleme subsumiert, auch die, die eine vollkommen ausreichende intravaginale Latenzzeit (IELT) aufweisen, aber nach Einschätzung des Patienten zu früh ejakulieren (meist meinen sie, bevor die Frau ihren Orgasmus hatte).

In Österreich leiden ca. 135.000 Männer stark unter dem Problem (6%), 30.000 leiden unter der Extremform ante portas (1%) [2].

Wer sich also mit diesem Thema beschäftigt, sollte sich bewusst sein, in welche psychische Situation der Patient beim GV durch das Symptom gerät.

Situation des Patienten beim Sexualakt

Er weiß, dass seine Partnerin, um zu ihrem Orgasmus zu gelangen, folgende physiologische Sexualreaktion durchlaufen muss und dafür Zeit braucht: Nach einer Phase der Einstimmung und dem Erregungsanstieg genießt sie, meist nach Eindringen des Penis in die Vagina noch die

Plateauphase während der sie entweder durch intravaginale und/oder klitorale Stimulation ihre Erregung bis zum Orgasmus steigern kann.

Er selbst ist sich bewusst, dass sein Körper kaum in der Lage ist, sexuelle Erregung zeitlich so zu steuern, dass er selbst entscheiden kann, wann er sich seinem Höhepunkt hingeben kann (Abb. 1).

Seine Lösungsstrategie: Er versucht krampfhaft Zeit zu schinden.

Strategien gegen kurze IELT [3]:

- >50% verzichten auf ein Vorspiel (um nicht zu stark erregt zu werden)
- 30% häufiger Geschlechtsverkehr (das 2. Mal dauert länger)
- 25% Ablenkung (Gedanken an nicht erregende Situationen)
- 14% Alkohol

Mit Ausnahme des Alkohols erwiesen sich jedoch alle Strategien als nicht zielführend. Ganz im Gegenteil verhindern diese doch, dass sich die Sexualpartner ganz auf einander einlassen, sexuelle Erregung bei beiden ansteigen kann und die Partnerin das Gefühl von Zuwendung erlebt.

Für den Körper der Frau „ergibt es keinen Sinn“, sich der sexuellen Erregung hinzugeben, denn bevor ihr Körper überhaupt so weit wäre, diese genießen zu können, ejakuliert der Mann meistens schon, wendet sich leider sehr oft beschämt oder frustriert von der Frau ab und lässt diese mit ihren Gefühlen alleine zurück.

Sexualität bedeutet also für den Mann mit E.p. meist Anspannung:

- Er fixiert sich nur noch auf die IELT

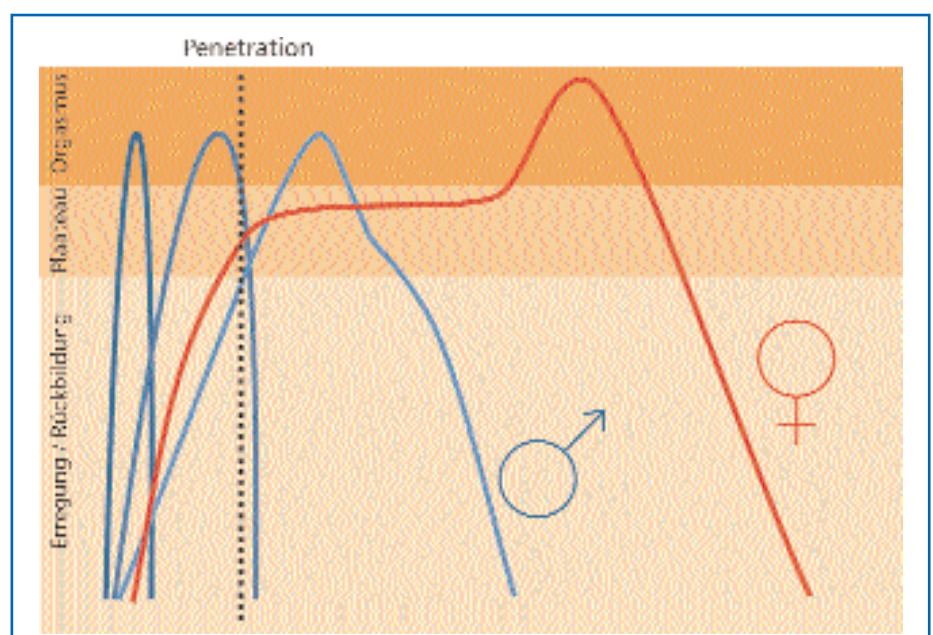


Abb. 1: Erregungsverlauf von Mann (E.p.) und Frau

- Er startet Eigentherapieversuche zu Verlängerung der IELT
- Sexualität findet unter Anspannung statt
- Er schränkt meist sein sexuelles Verhaltensrepertoire ein
- Er deutet jede Veränderung im Sexualverhalten der Frau als sein Versagen

Tatsächlich hat die E.p. eine Auswirkung auf die Sexualität der Frau.

Nur noch 38% der Frauen von Männern mit E.p. sind sexuell zufrieden, im Vergleich dazu sind es 90% der Frauen von nicht Betroffenen [4].

Der Einfluss der E.p. auf die Sexualität der Partnerin geht sogar so weit, dass ein Großteil von ihnen reaktiv eine Sexualstörung entwickeln [3,5].

Frau von Partner mit E.p.

- Reaktive Lustlosigkeit: 53%
- Reaktive Erregungsstörung: 44%

Dieselbe Frau vorher ohne Partner mit E.p.

- Lustlosigkeit: 3%
- Erregungsstörung: 22%

Ein nicht unerheblicher Teil der Männer mit E.p. entwickelt in der Not selbst reaktiv Sexualstörungen [3,5].

- Reaktive Lustlosigkeit: 17%
- Reaktive Erektionsstörung: 22%

Bei diesen Störungsformen ist es also wichtig zu erfragen, ob nicht eine andere Sexualstörung der Grund für das präsentierte Symptom darstellt.

Auswirkung der E.p. auf die sexuelle Beziehung und Partnerschaft [6,7,8,9]

Sexualität bedeutet für beide meistens Anspannung und Frustration. Beide beginnen Intimität zu meiden und nicht selten ist die Beziehung durch die Störung bedroht.

Viele Männer, die Sie in Ihrer Praxis aufsuchen werden, haben schon etliche Arztbesuche wegen dieses Problems hinter sich. Kaum einer kann eine erfolgreiche Therapie nachweisen und sie werden jetzt, da es die neue Wunderpille gibt,

eine enorme Erwartung an Sie als „Erlöser“ aus dieser jahrelang bestehenden Frustration haben.

Sie haben also einen Patienten vor sich mit einer enormen Erwartungshaltung an Sie und an das Medikament, das Sie ihm verschreiben werden.

Wenn Sie dem Patienten eine unnötige Frustration ersparen wollen, klären Sie noch bevor Sie das Rezept schreiben, folgende Situation:

Sie werden zwar dem Patienten zu einer Verlängerung der IELT um das 3-4,5-fache verhelfen, was ihm das sicher gut tun wird, aber vergessen Sie dabei vor allem nicht zu erheben, wie die sexuelle Situation des Paares aussieht. Fragen Sie nach, wie es der Partnerin mit dem Problem geht und wie er mit ihrer Reaktion zurecht kommt. Welche Lösungsstrategien hat er bisher angewandt und welche Therapien mit welchem Erfolg?

Therapie der primären E.p. braucht Zeit und eine kurze Begleitung.

Es zeigt sich nämlich, dass für die Partnerinnen in Beziehungen, in welchen die E.p. schon lange ein Thema ist, die Verlängerung der IELT allein nicht gleich zu einer Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit führt. Es fällt der Frau zunächst schwer, sich auf die neue Sexualität einzulassen, denn durch das reduzierte sexuelle Verhaltenrepertoire ihres Partners und seiner Unfähigkeit, sich sinnlich auf seine Partnerin einzulassen, braucht sie manchmal zu Beginn korrigierende und aufmunternde Gespräche mit dem behandelnden Arzt. Er ist oft der Erste, mit dem sie offen reden, dem sie ihre Verzweiflung und ihre Sehnsucht nach einer unbeschwerten Sinnlichkeit mitteilen kann.

Nur 25% der Partnerinnen [3] schafften es bei Therapiestart während des ersten Sexualkontaktes, sich erneut auf ihren Partner sinnlich einzulassen. Die Mehrheit brauchte einige Folgebesuche, um sich an die (eigentlich ersehnte) neue Situation zu gewöhnen. Das wiederum irritiert den Patienten meist sehr und würde auch in viel Fällen zu Therapieabbrüchen

führen. Kurze „Folgegespräche“ trugen aber dazu bei, dass die Paare nicht gleich wieder in das alte Muster von Versagensgefühlen und Frust zurückfiel, sondern konstruktiv acht gaben, was förderlich und was störend für ihre Sexualität ist.

Daraus ergibt sich folgende Empfehlung bei der Verschreibung der Medikation gegen die E.p.

- Durch Verschreibung des Medikamentes ein sicheres Grundgefühl schaffen.
- Partnerin in die Therapie mit einbeziehen, auch wenn nur erfragt wird, wie es der Partnerin mit dem Problem geht und was sie sich denn von der Therapie erwünscht
- Typisches Sexualverhalten erfragen: Vorspiel, GV, Nachspiel
- Gute Strategien im Umgang mit versetzten Orgasmen entwickeln (sollte er früher als seine Partnerin zum Orgasmus kommen, was auch bei Männern mit „normaler IELT“ sehr häufig ist)
- Änderung des Sexualverhaltens nach chronischer E.p. erfordert Zeit
- Einladung zu 3-5 Folgegesprächen zur Therapieoptimierung

Verlängerte IELT ist ein wichtiger TEIL-ASPEKT der Therapie der Ejaculatio praecox.

Parallel zur Medikation ist aber das Paar aus der Unsicherheit in die Sicherheit zu begleiten.

*Dr. Elia Bragagna
Leiterin der Akademie für Sexuelle
Gesundheit (AfSG)
Billrothstrasse 75A/1/2
1190 Wien
www.afsg.at*

Literaturhinweise:

- [1] Waldinger MD, Premature ejaculation: state of the art, Urol Clin North Am 2007; 43:591 – 599
- [2] PEPA (Premature ejaculation perceptions and attitudes) Study, 2004
- [3] E. Bragagna, 2008
- [4] Patrick DL, Althof SE et al, J Sex Med 2005
- [5] Axel Fugl Meyer 2007
- [6] Symonds T et., J Sex Marit Ther, 2003
- [7] Byers ES and Grenier G, Arch Sex Behav, 2003
- [8] Mc Cabe MP, J Sex Marit Ther, 1997
- [9] Althof et al, J Clin Psychait, 1995

Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) zum Thema Late-Onset Hypogonadism (LOH) 2009

Eine kritische Betrachtung

A. Ponholzer, St. Madersbacher

Zweifellos ist es heutzutage sinnvoll, zentrale Themen unserer täglichen Arbeit von methodisch seriös arbeitenden Fachleuten in Form von Leitlinien aufzuarbeiten und regelmäßig zu aktualisieren. Aufgrund der zahlreichen Publikationen zu vielfältigen Fragestellungen ist es oft nicht möglich, alle nötigen Kenntnisse selbst zu recherchieren und zu prüfen und daher besser, offiziell akzeptierte Gremien mit dieser heiklen Aufgabe zu betrauen. Gerade in onkologischen Fragestellungen tritt diese Notwendigkeit besonders stark zutage, aber auch Themen wie das „Klimakterium virile“, heute als late-onset hypogonadism (LOH) bezeichnet, das uns seit Jahren treu begleitet, werden von der urologischen Gemeinschaft wohlwollend angenommen.

So ist es umso erfreulicher, dass im heurigen Jahr 2009 eine aktualisierte Ausgabe der EAU-Guidelines zum Thema LOH publiziert wurde, da die bisherigen Leitlinien zu diesem Thema vor allem durch geringe Qualität auffielen. Die letzte Version aus dem Jahre 2005 umfasste lediglich 15 Absätze auf 2½ Seiten, und das ohne jegliche Angabe zu Literatur oder Evidenzlevels. Zur Indikation einer Therapie mit Testosteron, der wohl zentralen Frage in dieser Thematik, hieß es frei übersetzt: „Eine klare Indikation, basierend auf einem klinischen Bild gemeinsam mit einem niedrigen Testosteronspiegel, sollte vor dem Beginn einer Substitution existieren“. Interessant erscheint noch der relativierende Zusatz: „Langzeitdaten über den Effekt von Testosteronsubstitution in der älteren Population sind eingeschränkt und Daten bezüglich des kardiovaskulären oder prostatabezogenen Risikos unständig. Schlüsselfragen über funktionelle Vorteile zur Verzögerung der Gebrechlichkeit beim älteren Mann sind nicht verfügbar“ [1].

Die neuen Leitlinien schaffen auf den ersten Blick Abhilfe, sind sie doch formuliert, gegliedert, mit Literaturstellen und einer Evidenzklassifizierung ausgestattet. Sie sind darüber hinaus so prominent besetzt in ihrem Autorenpanel, dass sie gleichzeitig fünffach ver-

öffentlicht wurden, nämlich als Guidelines der ISA, ISSAM, EAA, EAU und ASA [2].

LOH (auch als altersassoziiertes TDS [Testosterone Deficiency Syndrome] bezeichnet) ist nun definiert als „klinisches und biochemisches Syndrom, vergesellschaftet mit fortgeschrittenem Alter und charakterisiert von Symptomen (von/und) einem Defizit im Testosteronhaushalt“. Interessant ist hierbei neben der wiederum etwas vagen Formulierung der Definition die angeführte Referenz zur Entität LOH: sie bezieht sich nämlich vier Mal auf die eigene Publikation aus dem Jahre 2005. Die möglichen Effekte werden diesmal präzisiert: „Langzeitdaten über den Effekt von Testosteronbehandlung in einer älteren Population sind hauptsächlich auf die Körperzusammensetzung und die Knochendichte konzentriert“. Noch deutlicher als in der Version von 2005 wird nun die Effizienz relativiert: „Schlüsselfragen über den Effekt von Testosteron auf funktionale Effekte, die physische oder mentale Gebrechlichkeit des älteren Mannes verzögern oder die Lebensqualität verbessern sind derzeit nicht erhältlich“.

Besonders auffällig ist die Tatsache, dass in einer Leitlinie zum Thema der **Diagnose und Behandlung von LOH keinerlei Evidenz zur Kernfrage aufscheint, nämlich ob eine Substitution mit Testosteron explizit sinnvoll ist und kontrolliert überprüft wurde**.

In dieses Bild passt auch die Angabe der Autoren, dass zwar LOH durch eine spezifische Symptomatik definiert ist, bisher publizierte Fragebögen (AMS, ADAM) jedoch, obwohl sie eigens auf LOH zugeschnitten wurden, gleichzeitig wegen mangelnder Spezifität abgelehnt werden.

Bezüglich der verschiedenen (vermeintlichen?) Symptome des LOH sei erwähnt, dass es oftmals für uns Urologen nahe liegt, diese mit den Nebenwirkungen der Testosteronzugstherapie zu assoziieren, was einen unzulässigen Umkehrschluss darstellt. Zusätzlich ist es natürlich auch für den Laien verlockend, Testosteron per se wie kaum einen ande-

ren Begriff mit „Männlichkeit“ schlechthin gleichzusetzten, was ebenfalls mehr Mythos als Wissenschaft darstellt.

Als deutlich positiver Aspekt muss angemerkt werden, dass in den aktuellen Leitlinien eine korrekte und umfassende Übersicht zu den nachgewiesenen Effekten von Testosteron zu finden ist. So sind speziell somatische Parameter, wie etwa Muskelmasse und Muskelkraft, Knochendichte und etwa das rote Blutbild durch Testosteronsubstitution nachweislich beeinflussbar und die Literatur diesbezüglich gut aufgearbeitet.

Auch die Notwendigkeit, die Therapie mit dem Patienten eingehend zu besprechen und engmaschig, auch bezüglich eventuell ausbleibender Effekte zu monitrieren, wurde von den Autoren gut begründet.

Es bleiben jedoch wesentlichen Fragen nicht endgültig beantwortet:

- 1) Die Symptomatik des LOH ist nicht ausreichend quantifizierbar. Angeführte Beschwerden wie zum Beispiel das Leitsymptom des Libidomangels sind nicht definiert und werfen für den Kliniker durchaus weitere Fragen auf, als eine hilfreiche, wissenschaftlich begründete Richtschnur zu Diagnose des LOH anzubieten.
- 2) Die zentrale Frage, weswegen eine Leitlinie zur Therapie des LOH überhaupt nötig ist bleibt ebenso zu diskutieren: Ist es wissenschaftlich evident, dass ein Mann, der unter LOH leidet, von einer Testosteronzufuhr nachhaltig profitiert?

Detailfragen, wie z.B. ob es sinnvoll sein kann, andere Formen von Testosteron – etwa freies Testosteron – zu messen oder wie lange man substituieren soll bleiben offen.

Auch wenn an den folgenden Arbeiten Kritik berechtigt erscheint (wurden wirklich Männer behandelt, die deutlich erniedrigte Testosteronwerte hatten und wurde wirklich wirksam substituiert?), so gibt es doch aus der aktuellen Literatur prominent publizierte Studien, die in den Leitlinien keine Erwähnung finden und

keine sinnvollen Effekte der Substitution feststellen:

Eine kleine, kontrollierte Studie (87 Männer) über 2 Jahre, die im New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde schloss: „Weder DHEA, noch niedrig dosiertes Testosteron hat bei älteren Probanden physiologisch relevante Effekte auf die Körperzusammensetzung, die physische Leistungsfähigkeit oder die Lebensqualität“ [3].

Analog dazu die Quintessenz einer ebenfalls kontrollierten holländischen Untersuchung an 237 Männern über 6 Monate: „Die Testosteronsubstitution an älteren Männern mit leicht erniedrigtem Testosteron über 6 Monate hatte keinen Einfluss auf den funktionellen Status oder die kognitive Leistung, erhöhte die fettfreie Körpermasse und hatte wechselseitige metabolische Effekte“ [4].

Im Zweifelsfall stellt sich die grundsätzliche Frage, ob man nicht vorläufig vorsichtig mit der Indikation zur Substitution sein sollte und weitere Daten notwendig erscheinen. Schließlich war es auch bei der über Jahrzehnte gepriesenen Hormonersatztherapie der Frau (selbst-

verständlich nicht unmittelbar vergleichbare Situation) notwendig, sehr lange und sehr genau zu evaluieren, bis ein realistisches Bild der Risiken und Nutzen zutage treten konnte [5].

Wenn es auch aus der Sicht der Autoren dieses kritischen, aber nicht ablehnenden Kommentars zur aktuellen Leitlinie LOH nach derzeitigem Konsens erlaubt ist, Männer nach eingehender Ab- und Aufklärung mit Testosteron zu behandeln, so wären detailliertere Ergebnisse bezüglich folgender Fragestellungen jedenfalls sehr zu begrüßen:

- 1) Ist LOH eindeutig eine eigenständige Krankheitsentität?
- 2) Ist bei einer definierten Population eine Substitution mit Testosteron wirklich langfristig klinisch sinnvoll?
- 3) Wenn eine Substitution durchgeführt werden soll, wie lange sollte diese erfolgen (lebenslang?)?

*Priv. Doz. Dr. Anton Ponholzer
Abteilung für Urologie und Andrologie
SMZ-Ost/Donauspital
Langobardenstrasse 122
1220 Wien*

Literatur

- [1] Wang C, Nieschlag E, Swerdloff R, et al. Investigation, treatment, and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA, and ASA recommendations. *Eur Urol* 2009; 55: 121-30.
- [2] Nieschlag E, Swerdloff R, Behre HM, et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. ISA, ISSAM, and EAU recommendations. *Eur Urol* 2005; 48: 1-4
- [3] Nair KS, Rizza RA, O'Brien P, et al. DHEA in elderly women and DHEA or testosterone in elderly men. *N Engl J Med* 2006; 355: 1647-59.
- [4] Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ, Nakhai Pour HR, et al. Effect of testosterone supplementation on functional mobility, cognition, and other parameters in older men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; 299: 39-52.
- [5] Rossouw JE, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33

Der Down Syndrom-Mann in der Urologie

F. Wimpissinger

Die Trisomie 21 ist die häufigste bei Neugeborenen vorkommende Chromosomenaberration. Die Bezeichnung Down Syndrom (DS) geht auf den Britischen Neurologen John Langdon H. Down zurück, der 1866 erstmals Patienten mit geistiger Retardierung anhand von spezifischen Merkmalen klassifizierte [1]. Jérôme Lejeune (F) erkannte 1959, dass eine Trisomie Ursache der Erkrankung ist. In 95% handelt es sich dabei um eine sogenannte freie Trisomie des Chromosoms 21 [2]. Die Prävalenz liegt bei Lebendgeburten – geographisch unterschiedlich – zwischen 1:500 und 1:1000 [3]. Weithin bekannt ist der Risikofaktor des Alters der Mutter mit steigender Inzidenz ab dem 35. Lebensjahr [4]. Heute kommt es bei jüngeren Müttern häufiger zur Geburt eines Kindes mit DS. Dies liegt zum einen an der höheren Fertilität jüngerer Mütter, zum anderen

an den bei älteren Müttern routinemäßig durchgeführten Screening-Untersuchungen, die bei entsprechender Diagnose mitunter zur Interruptio führen – ein Umstand, der durchaus kontroversiell zu sehen ist.

Zu den häufigen Merkmalen des DS gehören neben geistiger Retardierung und dem typischen Erscheinungsbild (siehe auch Tab. 1):

- Herzfehler
- Augenerkrankungen
- Hypakusis
- Schlafapnoesyndrom
- Gastrointestinale Atresien
- Schilddrüsenfunktionsstörungen.

DS Menschen neigen weiters zu hämatologischen – teilweise onkologischen – Erkrankungen. Hämatologisch findet sich – neben einem typischerweise erhöhten Erythrozytenvolumen (MCV) – in 10% die sogenannte transient myeloproliferative

disorder (TMD) mit Panzytopenie, Hepatosplenomegalie und zirkulierenden unreifen Leukozyten [5]. Diese für das DS typische Veränderung verschwindet meist spontan nach dem 3. Lebensmonat, kann jedoch – lebensbedrohlich – persistieren, und stellt allgemein ein Risiko für leukämische Erkrankungen dar. Sowohl lymphoide, als auch myeloide Leukämien sind charakteristischerweise bei DS Kindern häufiger, als in nicht-DS Kindern [5]. Ansonsten kommen solide Tumore bei DS Menschen seltener vor – mit der entscheidenden Ausnahme der Keimzelltumore (siehe unten).

Die Prävalenz urologischer Erkrankungen ist im Allgemeinen vergleichsweise wenig bekannt – ebenso, wie die Notwendigkeit eines frühen urologischen Screenings.

Tab. 1: Charakteristika und deren Häufigkeit beim Down Syndrom

| | Häufigkeit (%) |
|--|----------------|
| Brachycephalie | 63-98 |
| Quere Lidspalte | 70-98 |
| Größerer Abstand zw. erster und zweiter Zehe | 44-97 |
| Hyperflexibilität | 47-92 |
| HNO Erkrankungen | 28-91 |
| Zungenprotrusion, schmaler Gaumen | 32-89 |
| Muskuläre Hypotonie | 21-85 |
| Irisflecken des Auges (Brushfield spots) | 35-78 |
| Kurze, flache Hände | 38-75 |
| Kongenitale Herzfehler | 40-50 |
| Transiente Myelodysplasie (TMD) | 10 |
| Duodenalatresie | 5-8 |

Oberer Harntrakt

Eindeutig erhöht ist bei DS Kindern die Inzidenz renaler Hypoplasien, sowie glomerulärer Mikrozysten [6]. Obstruktive Uropathien, zystische Dysplasien und Glomerulonephritiden kommen etwas häufiger vor, als im genetisch gesunden pädiatrischen Kollektiv [7,8].

Blase und Urethra

Eine höhere Inzidenz an Blasenentleerungsstörungen wird diskutiert – eindeutige Zahlen fehlen jedoch [9]. Aus unserem eigenen Patientengut ergibt sich der Hinweis, dass eine verzögerte Reifung des Kontinenzmechanismus (inkl. Sensibilität) und eine muskuläre Hypotonie mögliche Faktoren sind. Schwere Fälle sogenannter nicht-neurogener neurogener Blasen (Hinmann Allen Syndrom) wurden berichtet [9]. Harnröhrenklappen bei DS Knaben wurden beschrieben, die genaue (und evtl. erhöhte) Inzidenz bleibt jedoch bis dato unklar [10].

Penis

Gegenüber einer „normalen Inzidenz“ von 0,4% ist die Hypospadie mit fast 10% bei DS Knaben deutlich häufiger [11]. Die Inzidenz der Phimose ist zwar nicht erhöht, die gezielte Untersuchung der Kinder und Aufklärung der Eltern sind jedoch umso wichtiger – nicht zuletzt, da der Down Knabe diesbezüglich seltener über Beschwerden klagt.

Testes

Hodenerkrankungen stehen unumstritten im Mittelpunkt urologischer Proble-

me des Down Syndroms. Im Vordergrund steht hier der mit bis zu 27% häufige Maldescensus testis [12]. Der Kryptorchismus sollte auch bei DS Patienten so früh wie möglich – kinderurologischen Leitlinien folgend – operiert werden [13]. Hormonell besteht bei DS Männern fast immer ein hypergonadotroper Hypogonadismus mit durchwegs normalen Testosteronwerten und meist gut ausgeprägten sekundären Geschlechtsmerkmalen.

Weiters ist die Hodentumor-Inzidenz deutlich erhöht [14,15,16]. Als ursächlich werden dafür die hohe Kryptorchismus-Rate sowie lebenslang erhöhte Gonadotropinspiegel angesehen. Die Problematik spricht außerdem für eine Korrelation zwischen genetischen Faktoren und Hodentumor-Genese. Histologisch findet sich bei Down Syndrom Patienten mit Hodentumoren gehäuft ein Seminom, die Prognose ist allgemein schlechter, als bei Männern mit normalem Karyotyp [17,18].

Ultrasonographisch fanden sich in einer Studie mit 92 DS Knaben eine erhöhte Inzidenz an testikulärer Mikrolithiasis (29%) – dies jedoch ohne Zusammenhang mit echter Hodenpathologie [19].

Fertilität

Gerade seitens der Eltern von DS Kindern kommt spätestens ab Eintritt in die Pubertät die Frage nach der Fertilität. Bei DS Frauen findet sich durchwegs eine normale Oogenese. Die Fertilität ist meist eingeschränkt [20]. Publiziert sind jedoch mindestens 50 Fälle von Kindern von Down Syndrom Frauen – ein Groß-

teil dieser Kinder mit normalem Chromosomensatz.

Die Fertilität von Down Syndrom Männern ist praktisch immer eingeschränkt (nicht-obstruktive Azoospermie) [21]. Dennoch gibt es wenige publizierte Fälle von Down Syndrom Männern, die Vater wurden [22,23]. Eine Kontrazeption ist somit bei beiden Geschlechtern immer zu empfehlen, sobald soziale Kontakte geknüpft werden.

Hormonell finden sich bei DS Männern im Serum durchwegs normale Testosteron- und FSH-Werte, das luteinisierende Hormon (LH) ist jedoch meist erhöht [24,25]. In diesem Zusammenhang ist auch die verminderte Knochendichte der DS Männer zu erwähnen, offensichtlich Folge des relativen Hypogonadismus und des verminderten Muskeltonus.

Sexualität

Durch die heute erfolgreich praktizierte frühe Integration der Menschen mit Down Syndrom in Schule, Wohngemeinschaften und Beruf, rückt die zwischenmenschliche Beziehung (bewusst) in den Vordergrund. Die Aufklärung der Down Syndrom Kinder über Anatomie und Sexualität (inkl. Masturbation und Verhütung) ist von zentraler Bedeutung – vielmehr als dies sonst praktiziert wird [26]. Durch den unterschiedlichen Grad der geistigen Retardierung – bei gleichzeitig oft normaler Libido – müssen Verhaltensregeln und Grenzen genau definiert werden. Hier gilt es den richtigen Weg zwischen Aufklärung und Verbot zu finden.

Neben international etablierten Screeninguntersuchungen bei Down Syndrom Kindern (Blutbild, Schilddrüse, Augen, Herzecho, HNO, etc.) [27] können aus urologischer Sicht folgende Empfehlungen gegeben werden:

1. Frühe urologische Untersuchung mit Schwerpunkt Hodenlage
2. Ultraschall der Nieren und Blase einmal im ersten Lebensjahr
3. Aufklärung der Eltern über Hodentumorrisiko (und Selbstuntersuchung)

Abschließend empfiehlt sich die Konzentration von Patienten mit Down Syndrom an Zentren mit Spezialambulanzen, um interdisziplinär die optimale Versorgung anzubieten (Pädiater, Nuklearmediziner, Ophthalmologen, Psychologen etc.). Im Umfeld derartiger Institutionen etablieren sich oft ebenso erfolgreich Selbsthilfegruppen. Bei zunehmender Lebenserwartung von Menschen mit Down Syndrom erwarten uns auch in Zukunft

weiter neue Fragestellungen – aus urologischer Sicht wäre hier an die Harninkontinenz im Alter, Niereninsuffizienz oder möglicherweise erhöhte PSA-Werte bei DS Männern zu denken.

*Dr. Florian Wimpissinger, FEBU
Urologische Abteilung
Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien
(Vorstand: Prim. Univ. Prof. Dr.
Walter Stackl)
Juchgasse 25
1030 Wien
florian.wimpissinger@gmx.at*

*Urologische Down Syndrom Ambulanz:
Tel. 01 / 711 65-94886*

Literatur

- [1] Down JL. Observations on an ethnic classification of idiots. London Hospital Clinical Lecture Reports. (1866) 3, 259-262
- [2] Lejeune J, Gauthier M, Turpin R. Etudes des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, 248 (16.3.1959) 1721-22
- [3] Baird PA, Sadovnick AD. Life tables for Down syndrome. Hum Genet. 1989
- [4] Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM. Chromosomal abnormality rates at amniocentesis and in live-born infants. JAMA. 1983 Apr 15; 249(15):2034-8.
- [5] Dixon N, Kishnani PS, Zimmerman S. Clinical manifestations of hematologic and oncologic disorders in patients with Down syndrome. Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2006 Aug 15;142C(3): 149-57.
- [6] Mercer ES, Broecker B, Smith EA, Kirsch AJ, Scherz HC, A Massad C. Urological manifestations of Down syndrome. J Urol. 2004 Mar;171(3):1250-3.
- [7] Ariel I et al. The urinary system in Down syndrome: a study of 124 autopsy cases. Pediatr Pathol. 1991
- [8] Lo A et al. Renal disease in Down syndrome: autopsy study with emphasis on glomerular lesions. Am J Kidney Dis. 1998
- [9] Handel LN et al. Males with Down's syndrome and nonneurogenic neurogenic bladder. J Urol. 2003
- [10] Kupferman JC, Stewart CL, Kaskel FJ, Fine RN. Posterior urethral valves in patients with Down syndrome. Pediatr Nephrol. 1996 Apr;10(2):143-6.
- [11] Lang DJ et al. Hypospadias and urethral abnormalities in Down syndrome. Clin Pediatr 1987
- [12] Chew G, Hutson JM. Incidence of cryptorchidism and ascending testes in trisomy 21: a 10 year retrospective review. Pediatr Surg Int. 2004 Oct; 20(10):744-7.
- [13] Thompson IM, Thompson DD. Male fertility and the undescended testis in Down syndrome. How to counsel parents. Postgrad Med. 1988 Oct;84(5):299, 302-3.
- [14] Suzuki K et al. Testicular tumor in Down syndrome. Int J Urol. 2005
- [15] Satgé D, Sasco AJ, Curé H, Leduc B, Sommelet D, Vekemans MJ. An excess of testicular germ cell tumors in Down's syndrome: three case reports and a review of the literature. Cancer. 1997 Sep 1;80(5):929-35.
- [16] Dieckmann KP, Rube C, Henke RP. Association of Down's syndrome and testicular cancer. J Urol. 1997 May;157(5):1701-4.
- [17] Roberge D, Souhami L, Laplante M. Testicular seminoma and Down's syndrome. Can J Urol. 2001 Feb;8(1):1203-6.
- [18] Hsiung Stripp DC, Vaughn D, Van Arsdalen K, Whittington R. Three cases of advanced seminoma and Down's syndrome: a possible association. Am J Clin Oncol. 2003 Apr;26(2):197-9.
- [19] Vachon L, Fareau GE, Wilson MG, Chan LS. Testicular microlithiasis in patients with Down syndrome. J Pediatr. 2006 Aug;149(2):233-6.
- [20] Hsiang YH, Berkovitz GD, Bland GL, Migeon CJ, Warren AC. Gonadal function in patients with Down syndrome. Am J Med Genet. 1987 Jun;27(2): 449-58.
- [21] Zuhlke C, Thies U, Bräulke I, Reis A, Schirren C. Down syndrome and male fertility: PCR-derived fingerprinting, serological and andrological investigations. Clin Genet. 1994 Oct;46(4):324-6.
- [22] Pradhan M et al. Fertility in men with Down syndrome: a case report. Fertil Steril. 2006
- [23] Sheridan R, Llerena J Jr, Matkins S, Debenham P, Cawood A, Bobrow M. Fertility in a male with trisomy 21. J Med Genet. 1989 May;26(5):294-8.
- [24] Hsiang YH, Berkovitz GD, Bland GL, Migeon CJ, Warren AC. Gonadal function in patients with Down syndrome. Am J Med Genet. 1987 Jun;27(2): 449-58.
- [25] Sakadamis A, Angelopoulou N, Matziari C, Papametiou V, Souftas V. Bone mass, gonadal function and biochemical assessment in young men with trisomy 21. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Jan 10;100(2):208-12.
- [26] La Grutta S, Lo Baido R, Cali A, Sarno I, Trombini E, Roccella M. People with Down's syndrome: adolescence and the journey towards adulthood. Minerva Pediatr. 2009 Jun;61(3):305-21.
- [27] Davidson MA. Primary care for children and adolescents with Down syndrome. Pediatr Clin North Am. 2008 Oct;55(5):1099-111

Therapie maligner peripherer Nervenscheidentumore (MPNST), Variante des M. Recklinghausen

L. Müller¹⁾, G.W. Hagmüller²⁾, P. Ritschl³⁾, O. Zechner¹⁾

An der urologischen Abteilung des Wilhelminenspitals wurde im November 1995, vor 13 ½ Jahren, ein 30 Jahre alter Patient mit einer Raumforderung im kleinen Becken vorstellig. Der Patient litt an Müdigkeit und muskelkaterartigen Beschwerden im linken Oberschenkel. Er wies ansonsten eine vollkommen unauffällige Anamnese auf.

Eine Computertomographie verifiziert eine 10 mal 8 cm messende RF im kleinen Becken links, die Blase, Prostata und Samenblasen verdrängend, kaudal dem Os coccygis, dorsal dem Os Sacrum anliegend (Abb. 1).

Es wurde eine radikale Tumorexstirpation durchgeführt. Die histologische Aufarbeitung erbrachte einen malignen peripheren Nervenscheidentumor, GIII mit plexiformen Anteilen – nach der alten Nomenklatur ein Neurofibrosarkom. Aufgrund der anatomischen Nähe zum N. Ischiadicus musste der Patient mit Stützkrücken bei Fibularis- und Tibialisparese mobilisiert werden, konnte aber nach drei Wochen in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden.

Nach drei Monaten wurde der Patient mit einem Serom im kleinen Becken wieder vorstellig. Nach Punktion purulenten Exsudates konnte eine solide Komponente ausgemacht werden – ein Rezidiv (Abb. 2).

Aufgrund der lokal fortgeschrittenen Situation, Infiltration durch das Foramen obduratorius unter den M. Gluteus maximus, wurde nach sorgfältiger Planung mit den Orthopäden eine interdisziplinäre

re Tumorexstirpation durchgeführt.

Es handelte sich um ein Rezidiv vom N. Ischiadicus ausgehend, welches im Gesunden reseziert werden konnte. Nach 4 Wochen konnte der Patient mit einer Vorfußparese links entlassen werden.

13 Jahre später wurde der Patient im Jänner 2009 in unserer Ambulanz wieder vorstellig. Aktuelle Magnetresonanzbilder zeigten eine Raumforderung mit 7 mal 7 cm im DM rechts retroperitoneal am M. Psoas aufliegend und die gesamte V. Cava komprimierend. Weiters konnte eine Raumforderung etwas weiter kaudal innerhalb des M. Psoas mit 3 mal 1,5cm im Durchmesser, sowie ein 5 mal 4 cm messender Tumor im Bereich der rechten Lungenspitze nachgewiesen werden (Abb. 3, 4).

In der Folge führten wir auch diesmal eine interdisziplinäre Sanierung im Sinne einer retroperitonealen Tumorexstirpation mit Implantation eines Dacron-Interponats als Ersatz im Bereiche der komplett resezierten V. Cava durch (Abb. 5).

Die histologische Aufarbeitung ergab erneut einen MPNST und ein Neurofibrom.

Bei multiplen, protrahiert auftretenden Neurofibromen bzw. Neurofibrosarkomen liegt der Schluss nahe, dass es sich um eine Systemerkrankung handelt. Wir konnten bei unserem Patienten eine Neurofibromatose (M. Recklinghausen) diagnostizieren. Anamnestisch gab er an, häufig an kutanen Neurofibromen zu leiden, er hatte einige Cafe-au-lait Flecken

und axilläre Frecklings. Auch in seiner Familie ist dieses Krankheitsbild existent. Zwei Wochen nach der Operation konnte der Patienten in sehr gutem Allgemeinzustand entlassen werden.

Der Patient wird nun neben dem routinemäßigen Tumornachsorgeprogramm maligner Weichteiltumore zwecks Kontrolle der häufigen Angiopathien beim M. Recklinghausen auch regelmäßig internistisch begutachtet.

Bezüglich der Raumforderung an der rechten Lungenspitze wurde er im Intervall von den Thoraxchirurgen operiert.

Diskussion

MPNST sind mit einer **Inzidenz** von 0,001% zur Gesamtbevölkerung sehr seltene Tumore. Sie machen ca. 10% aller Weichteiltumore aus. Weichteiltumore besitzen eine Häufigkeit von ca. 6.000 Fällen/Jahr in den USA. Von diesen seltenen Tumoren sind wiederum lediglich ca. 20% mit dem Vorkommen im kleinen Becken bzw. im Retroperitoneum für den Urologen relevant.

Bei Erstdiagnose sind bei ca. 17% der Patienten bereits Fernmetastasen vorhanden. Sie können in der Lunge, der Leber, im Hirn, den Knochen oder den Lymphknoten vorkommen.

Risikofaktoren für die Entwicklung eines

- 1) Urologische Abteilung, Wilhelminenspital
- 2) Gefäßchirurgische Abteilung, Wilhelminenspital
- 3) Orthopädisches Krankenhaus Gersthof



Abb. 1: CT transversal Schnitt, RF kleines Becken, Erstbefund

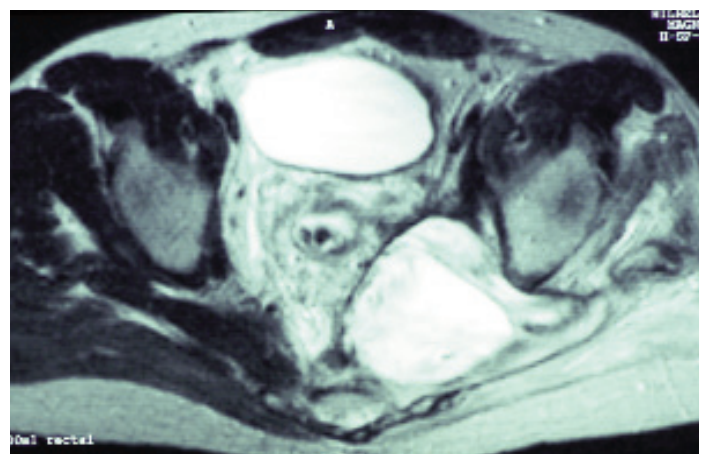


Abb. 2: CT transversal Schnitt, Rezidiv

Der interessante Fall



Abb. 3: MRT frontal Schnitt, große retroperitoneale RF, die V. cava komprimierend

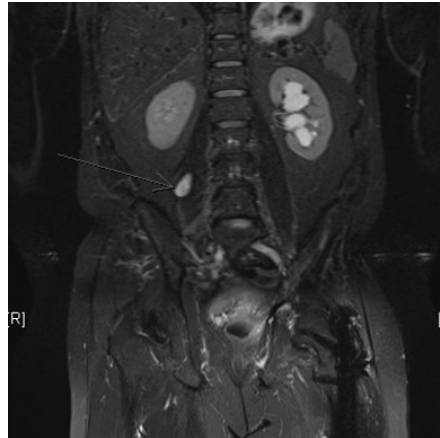


Abb. 4: MRT frontal Schnitt, kleine kaudale RF innerhalb des M. psoas

50% der Todesursachen machen trotz der häufig vorkommenden MPNST Vasculopathien aus (Bluthochdruck, Cerebralarterienstenosen oder -blutungen).

Die Therapie beschränkt sich auf regelmäßige Kontrollen bei Fachärzten für Augenheilkunde, Innere Medizin und Orthopädie zur optimalen Vorsorge bzw. Einstellung der genannten Krankheitsbilder.

Die **Symptomatik** dieser malignen Weichteiltumore, der MPNST, ist äußerst unterschiedlich. Sie variiert je nach Lage und Organbeteiligung.

Begonnen bei Sensibilitätsstörungen, motorischer Schwäche bzw. Ausfällen, Schmerzen oder Schwellungen im Bereich der unteren Extremitäten bei Raumforderung im kleinen Becken, über Flankenschmerzen, Druckgefühle oder neurologische Defizite bei Raumforderung im Retroperitoneum.

Somit baut die **Diagnostik** wesentlich auf einer sorgfältigen **Anamnese** und einem genau durchgeführten neurologischen und urologischen **körperlichen Status** auf.

Der Untersucher sollte anamnestisch auf Stoffwechselerkrankungen, wie zum Beispiel den Diabetes mellitus mit bekannten peripheren Neuropathien, sowie auf eine positive Familienanamnese peri-

MPNST sind zum größten Teil unbekannt. Bekannt ist, dass 10% der erkrankten Patienten im durchschnittlichen Zeitraum von 15 Jahren eine **Strahlentherapie** wegen anderer Erkrankungen erhielten.

Eine vererbte Krankheit, die mit Ausbildung multipler Neurofibrosarkome einhergeht, ist die **Neurofibromatose Typ I**, der Morbus Recklinghausen.

Beim **M. Recklinghausen** handelt es sich um eine autosomal dominant vererbte komplexe neurokutane Erkrankung. Sie besitzt eine Prävalenz von 1/4.000.

Die Diagnose wird an Hand der Klinik gestellt. Erfüllt ein Patient zwei der in der Folge aufgezählten sieben Kriterien, leidet er an der Neurofibromatose Typ I: Cafe au lait Flecken (bräunliche scharf begrenzte Hauteffloreszenzen), zwei oder mehr kutane Neurofibrome, Irisknötchen, orthopädische Fehlbildungen wie Skoliose oder ein dysplastisches Os Sphenoidale, Optikusgliome, axilläre oder inguinale Frecklings, Lern-, Leistungs- oder Verhaltensstörungen oder einen Verwandten ersten Grades mit obigen Kriterien (**Abb. 6**).

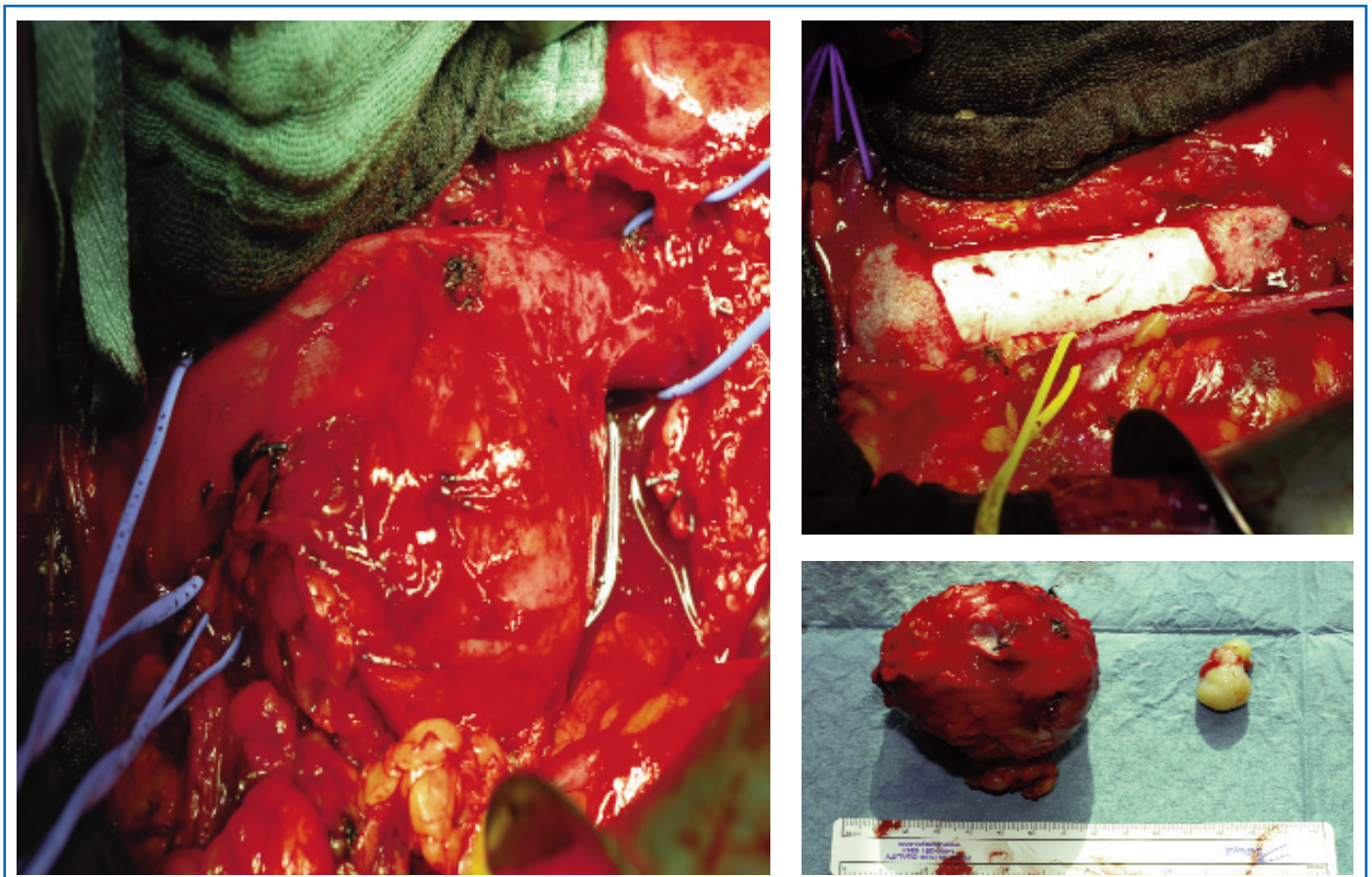


Abb. 5: Operationssitus

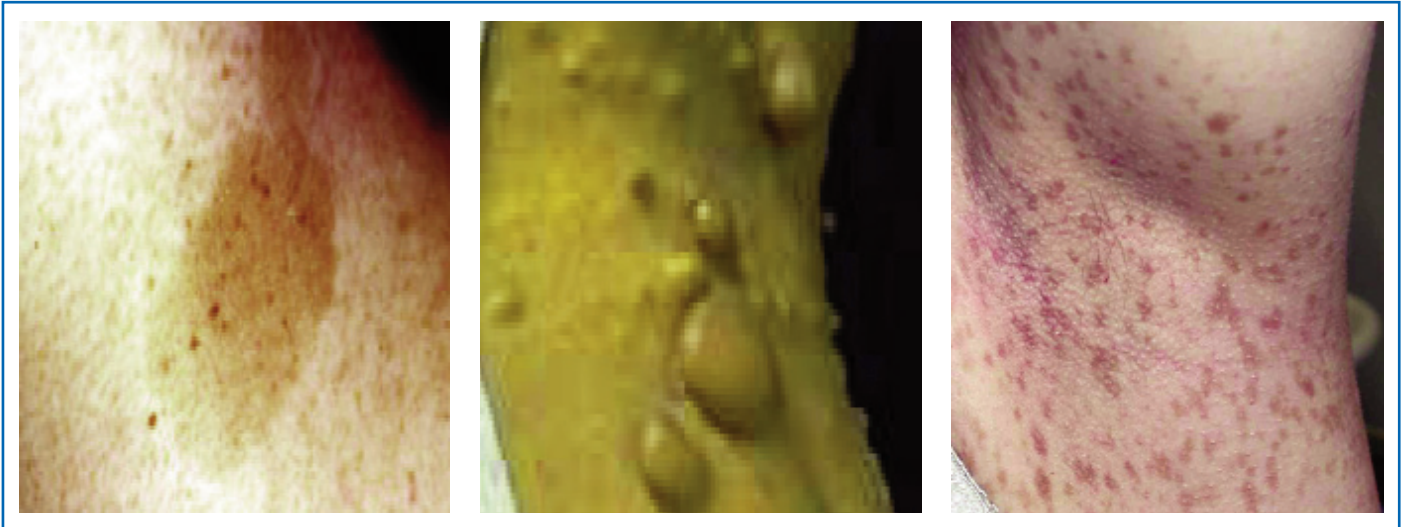


Abb. 6 (von links nach rechts): Café-au-lait Flecken, kutane Neurofibrome, axilläre Frecklings

pherer Nervenerkrankungen, und auf eine genaue Medikamentenanamnese eingehen.

Neben einem vom Neurologen durchgeführten Status (Sensibilität, Motorik), darf auch nie auf einen kompletten urologischen Status vergessen werden. Differenzialdiagnostisch soll und muss bei retroperitonealen Raumforderungen immer auch an ein metastatisches Geschehen eines Hodentumors gedacht werden.

Es handelt sich bei einem Drittel der Raumforderungen im Retroperitoneum um sekundärblastomatische Läsionen, wobei bei systemischem Geschehen die Therapien vollkommen unterschiedlich sind. SBL von Hodentumoren und Lymphome werden häufig primär konservativ behandelt, während maligne Weichteiltumore unbedingt radikal exstipiert gehören.

Somit ist in unklaren Fällen auch eine **Biopsie** ratsam bzw. indiziert. Wobei hier sowohl offene, Feinnadel-, als auch die Stanzbiopsien je nach Größe und Lokalisation zu Anwendung kommen.

Goldstandard der Diagnostik ist zum momentanen Zeitpunkt jedoch klar die **Bildgebung**, wobei hier die MRT und die CT mit und ohne KM je nach Lokalisation und Fragestellung zum Einsatz kommen.

Weichteiltumore lassen sich sehr schön in einer T1, hypointensen, bzw. für den Kontrast in einer T2, hyperintensen Gewichtung mittels MRT zur perfekten

Abgrenzung zu umliegenden Organen darstellen.

Die aktuelle **Therapie** der Wahl ist eine weite **chirurgische Resektion**, optimal mit Resektionsrändern von mehr als 2cm. Bei guter interdisziplinärer Planung und Durchführung lassen sich laut Literatur Kompletresektionen bei bis zu 70% der Patienten durchführen.

Auf Grund der dennoch sehr hohen Rezidivrate mit bis zu 60% hat sich die **Radiatio** mit verschiedensten Techniken, im neoadjuvanten Setting zum Downstaging großer Raumforderungen, sowie intraoperativ bei mikroskopischen positiven Schnittändern oder im adjuvanten Setting bei inkompletter Resektion durchgesetzt. Es wird in der Literatur bei Strahlendosen von 40-60Gy mit der neoadjuvanten Therapie eine Senkung der Rezidive beschrieben, wobei diesbezüglich nur wenige Studien vorliegen.

Beim systemisch-metastasierten Krankheitsbild findet die **Chemotherapie** Anwendung. Es werden mit Doxorubicin- und Ifosfamid-hältigen Präparaten Ansprechraten von 20-25% erreicht. Aufgrund der sehr dünnen Datenlage wird die Chemotherapie momentan rein palliativ angewandt, wobei Studien im adjuvanten Setting vielversprechende Ergebnisse geliefert haben. Hoffentlich können die Zahlen in der Zukunft bestätigt werden.

Die **5-Jahres-Überlebensrate** beträgt zwischen 10 und 50%. Signifikante Verschlechterung erfährt sie bei Tumoren

über 5cm Größe, bei entdifferenzierten Tumoren (GII-III), bei positiven Resektionsrändern, bei Patienten mit Metastasen und bei Patienten mit Neurofibromatose Typ I.

Die **TU-Nachsorge** ist vom Grading abhängig:

Low grade: Körperlicher Status / Becken-, Abdomen-, Thorax-CT alle 6 Mo für 2-3/a, dann 1/a;

High grade: Körperlicher Status / Becken-, Abdomen-, Thorax-CT alle 3Mo für 3 Jahre, dann alle 6 Mo für 2a, dann 1/a;

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass MPNST sehr seltene aber sehr aggressive und schnell wachsende Raumforderungen sind.

Die fächerübergreifende Planung und operative Sanierung ist für die Prognose von entscheidender Bedeutung. Aufgrund der dennoch sehr hohen Rezidivrate mit bis zu 60% ist die engmaschige Tumornachsorge unumgänglich.

Bei multiplem Auftreten von MPNST ist an die Neurofibromatose Typ I (M. Recklinghausen) zu denken und aufgrund der vielen möglichen Co-Morbiditäten umgehenst abzuklären.

Literatur beim Verfasser

Dr. Lukas Müller
Urologische Abteilung
Wilhelminenspital
Montleartstrasse 37
1160 Wien
lukas.mueller@wienkav.at

Resumée über die 6. Sitzung des „Club der Wiener Urologen“

S. Wildhofen



Bereits zum 6. Mal fand am 24. 3. 2009 eine Sitzung des Club der Wiener Urologen statt. Diesmal allerdings nicht – wie fast schon gewohnt im Hörsaal der Gesellschaft für Ärzte – sondern im Hörsaal des Institutes für Geschichte der Medizin, im Josephinum.

Da **D. Pernkopf**, KH Hietzing, krankheitsbedingt seinen Vortrag **„Uroflow Nomogramm revidiert – der Perzentilenrechner“** nicht halten konnte, machte **T. Klätte**, AKH Wien den Anfang mit **„Besteht ein Zusammenhang zwischen Fettstoffwechsel und Prostatakarzinom?“**. Risikofaktoren für die Entwicklung des Prostatakarzinoms wurden und werden ja oftmals diskutiert. So auch der Einfluss der Ernährung, Adipositas, Statineinnahme, Bodymass Index, Androgene oder Genpolymorphismen. Dr. Klätte stellte eine Arbeit vor, in der 375 konsekutive Patienten mit einem Prostatakarzinom, die durch eine radikale Prostatektomie behandelt wurden, hinsichtlich des Einflusses des BMI, Cholesterin, Triglyzeride und Cytochrom P17 Polymorphismen, auf die Aggressivität des Tumors untersucht wurden. Die genannten Risikofaktoren konnten nicht mit dem PSA, dem T-Stadium und dem Gleason Score assoziiert werden.

M. Rutkowski, Donauespital, stellte die Frage, **„Wie oft ist eine radikale Prostatektomie oder Brachytherapie nicht angezeigt, wenn man eine 10 Jahres Überlebensrate berücksichtigt?“**. Das Problem der Übertherapie beim lokoregionären Prostatakarzinom ist allseits bekannt und wird immer wieder heftig diskutiert. Einer Studie von Mohamat und Madersbacher, im *J. Urology 2007* waren 44% der radikal prostatektomierten Patienten in Österreich zwischen 65 und über 74 Jahre alt. M. Rutkowski präsentierte eine konsekutive Serie von Patienten, die zwischen 2006 und 2008 eine radikale Prostatektomie oder eine Brachytherapie erhielten. Bei wie vielen Patienten war der Eingriff basierend auf der errechneten Lebenserwartung, die mittels Charlson Comorbidity Index berechnet wurde, nicht angezeigt? Es stellte sich heraus, dass bei 10% der radikal prostatektomierten und bei 30% der mit Brachytherapie behandelten Patienten keine

Indikation zur kurativen Therapie angezeigt war. Daher sollte man zur Objektivierung der klinischen Einschätzung im Zweifelsfall den Charlson Comorbidity Index oder äquivalente Tools heranziehen.

C. Hasenzagl, KH Wr. Neustadt, sprach über die **„Klassifikation und Therapie der Urosepsis 2009“**. Ende vorletzten Jahres hat sich ein dramatischer Fall einer Urosepsis ereignet, der leider letal ausging. So wurde auf das richtige Vorgehen und die aktuellen Diagnosekriterien und Leitlinien einer Urosepsis eingegangen. Erstmaßnahmen sollten sein: kreislaufstabilisierende Maßnahmen, Antibiose, Focusdrainage bzw. Entlastung und/oder Beseitigung des Sepsisherdes und eventuell unterstützende Maßnahmen (Beatmung, Hämodialyse, etc.). Es sollte der minimalste, notwendige Eingriff z.B. percutane Nephrostomie, anstelle einer primär offenen Drainage angestrebt werden. Eine größere chirurgische Intervention sollte nur dann zur Anwendung kommen, wenn der geringere Eingriff inadäquat erscheint oder Symptome einer Urosepsis nach Primärintervention bestehen bleiben.

J. Seweryn, KH Barmherzige Brüder, Wien, präsentierte **„Der interessante Fall – Zystische Raumforderung im kleinen Becken“**. Im Juni 2007 wurde bei einem damals 67 jährigen Patienten im Rahmen einer urologischen Routineuntersuchung eine perivesikale zirka 3x5 cm große zystische Raumforderung festgestellt, wobei der Patient diesbezüglich beschwerdefrei war. In weiterer Folge wurden eine Computertomographie und eine Magnetresonanz durchgeführt. Differentialdiagnostisch dachte man an einen kalten Abszess, eine Samenblasenretentionszyste oder ein Müllergang Residuum. Die Läsion wurde CT gezielt punktiert, es ergab sich kein Hinweis auf Malignität, der Inhalt war lediglich Schleim. Fast zwei Jahre später wurde der Patient erneut vorstellig, diesmal klagte er über schmerzhafte Stuhleerung und Pollakisurie. Der urologische Status war weitgehend unauffällig, die vorbekannte Raumforderung hat an Größe zugenommen. Man entschloss sich zur diagnostischen Laparoskopie. Dabei zeigten sich Adhäsionen am Coe-

calpol und eine in den Appendix übergehende riesige Zyste, die dann auch exstipiert wurde. Histologisches Ergebnis: Appendix mit lymphofollikulärer Hyperplasie und Mukozele.

Dieses Krankheitsbild ist extrem selten und in 25% ein asymptomatischer Zufallsbefund, meist bei > 50jährigen.

L. Müller, Wilhelminenspital, berichtete über einen außergewöhnlichen Fall: **„Therapie des malignen Nervenscheidentumors – Variante des Morbus Recklinghausen“**. Im November 1995 wurde ein Patient mit einer großen Raumforderung im kleinen Becken, dem Os sacrum und Os coccygis anliegend, auf der urologischen Abteilung des Wilhelminenspitals operiert. Es handelte sich um einen malignen peripheren Nervenscheidentumor, G3 – Neurofibrosarkom. Wenige Monate danach kam es zu einem Rezidiv, dass zuerst mittels Radiochemotherapie behandelt und in weiterer Folge R0 reseziert wurde. Obwohl laut Literaturangaben eine über 50%ige Rezidivwahrscheinlichkeit und nur eine 10-50%ige 5-Jahres Überlebenswahrscheinlichkeit besteht, blieb der Patient 13 Jahre lang tumorfrei. Erst im Jänner 2009 trat erneut eine Raumforderung retroperitoneal zwischen Musculus psoas und Vena cava inferior sowie eine kleinere im Bereich des rechten Lungenoberlappens apikal, auf. Daraufhin wurde eine Tumorexstirpation mit Cavaresektion und Dacronprotheseninterponat in einem multidisziplinären Setting mit Gefäßchirurgen durchgeführt.

Die Inzidenz solcher Tumore beträgt 0,0001% in der Gesamtbevölkerung und nur 20% davon sind aufgrund ihrer Lokalisation urologisch relevant. Sie zeigen eine sehr hohe Rezidivrate und sind in bis zu 17% bei Erstdiagnose bereits metastasiert. Therapien sind eine radikale Resektion mit mindestens 2 cm Resektionsrändern, die Radiatio (40-60 Gy) – am besten im neoadjuvanten Setting – sowie die Chemotherapie (Doxorubicin, Ifosfamid) mit Ansprechraten von 20-25%.

Bei multiplem Auftreten solcher Tumore – insbesondere beim gleichzeitigen Vorliegen anderer der 8 bekannten Diagnose-

kriterien für Morbus Recklinghausen – ist an eine Neurofibromatose zu denken. In 10% dieser Krankheit kommt es zu malignen peripheren Nervenscheidentumoren.

Zuletzt erhielten wir noch eine aktuelle Information von C. Machold und B. Böhmendorfer, KH Hietzing, über „**Protonenpumpenhemmer – saures Aufstossen? Überlegungen aus Sicht von Arzt und Apotheker**“. Bereits 71% aller hospitalisierten Patienten erhalten eine säuresupprimierende Therapie. 25-70% aller Patienten nehmen Protonen-

pumpenhemmer ohne adäquate Indikation. Die richtigen Einsatzgebiete dafür sind: GERD (gastro esophageale reflux disease) - Akut und Langzeittherapie – sowie die Rezidivprophylaxe, Ulcus duodeni und ventriculi, Eradikation des Helicobacter pylori, Stressulcusprophylaxe und das Zollinger Ellison Syndrom. Als NSAR Ulcusprophylaxe sind die PPI nur bei Risikopatienten indiziert. Das sind Patienten über 65, positive Ulcusanamnese, gleichzeitige Gabe von Glukocorticoiden und /oder Acetylsalicylsäure und/oder Antikoagulation.

In Zusammenhang mit der Säuresuppression konnte in den letzten Jahren eine deutlich steigende Inzidenz von Clostridien difficile beobachtet werden.

Nach allen gelungenen Vorträgen hatten Interessierte noch die Möglichkeit, von Doz. Skopec durch das **Nitze-Leiter-Museum** geführt zu werden. Im Anschluss war noch Zeit, bei einem Glas Bier oder Wein und Brötchen mit Kollegen zu plaudern.

Dr. Sonja Wildhofen
Urologische Abteilung
Wilhelminenspital der Stadt Wien

Fachinformation von Seite 15

1. Bezeichnung des Arzneimittels: Vesicare 5 mg – Filmtabletten. Vesicare 10 mg – Filmtabletten. **2. Zusammensetzung (arzneilich wirksamer Bestandteil nach Art und Menge):** Jede Vesicare 5 mg Filmtablette enthält 5 mg Solifenacin succinat, entsprechend 3,8 mg Solifenacin bzw. jede Vesicare 10 mg Filmtablette enthält 10 mg Solifenacin succinat, entsprechend 7,5 mg Solifenacin. **3. Anwendungsgebiete:** Symptomatische Therapie der Dranginkontinenz und/oder der erhöhten Miktionsfrequenz und eines erhöhten Harndrangs, wie sie bei Patienten mit einer überaktiven Blase auftreten können. **4. Gegenanzeigen:** Solifenacin darf nicht angewendet werden bei Patienten mit Harnverhalten, einer schweren gastrointestinalen Erkrankung (einschließlich eines toxischen Megakolons), einer Myasthenia gravis oder einem Engwinkelglaukom sowie bei Patienten, die ein Risiko für diese Erkrankungen aufweisen. Ferner bei: • Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder gegenüber einem der Hilfsstoffe. • Hämodialyse-Patienten. • Patienten mit einer schweren Leberfunktionsstörung. • Patienten mit einer schweren Niereninsuffizienz oder einer mittelschweren Leberfunktionsstörung, wenn gleichzeitig eine Behandlung mit einem starken CYP3A4-Inhibitor, z. B. Ketoconazol erfolgt. **5. Pharmakologische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologische Spasmolytika; ATC-Code: G04B D08. **6. Pharmazeutische Angaben (Hilfsstoffe):** Tablettenkern: Maisstärke, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Magnesiumstearat. Filmüberzug: Macrogol 8000, Talkum, Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxid gelb (E172) bei Vesicare 5 mg und Eisenoxid rot (E172) bei Vesicare 10mg. **7. Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Ges.m.b.H., Österreich. **8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

Fachinformation von Seite 23

Nocutil® 0,2 mg - Tabletten. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 0,2 mg Desmopressin Acetat entsprechend 0,178 mg Desmopressin. *Sonstige Bestandteile:* Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Povidon, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete:** • Zur Behandlung der Enuresis nocturna (ab einem Alter von 5 Jahren) nach Ausschluss organischer Ursachen. - im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes (wie z.B. bei Versagen anderer nicht-medikamentöser Therapiemaßnahmen). - verursacht durch nächtlichen ADH-Mangel. • Zur Behandlung des Vasopressin-sensitiven zentralen Diabetes insipidus. • Zur Behandlung der Nykturie verbunden mit nächtlicher Polyurie bei Erwachsenen (bei einer Urinproduktion in der Nacht, welche die Blasenkapazität überschreitet). **Gegenanzeigen:** Desmopressin-Tabletten sind nicht zur Anwendung an Säuglingen und Kleinkindern bestimmt. Desmopressin darf nicht angewendet werden bei: - Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - primärer und psychogener Polydipsie oder Polydipsie bei Alkoholikern. - Herzinsuffizienz und anderen Erkrankungen, die eine Behandlung mit Diuretika erfordern. - Hyponatriämie. - mäßig starken bis schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min). - Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antidiuretika. ATC Code: H01BA02 – Vasopressin und Analoga. **Packungsgrößen:** 15, 60 Tabletten. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Kassenstatus:** Kassenfrei, Yellow Box, REZ. **Zulassungsinhaber:** Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn. **Stand der Information:** Dezember 2008. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fachinformation von Seite 29

Bezeichnung des Arzneimittels: PRILIGY 30 mg Filmtabletten, PRILIGY 60 mg Filmtabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält Dapoxetinhydrochlorid entsprechend 30 mg oder 60 mg Dapoxetin. *Sonstige Bestandteile:* Jede Tablette enthält 45,875 mg oder 91,75 mg Lactose. Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat. Tablettenfilm: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Titandioxid, Triacetin, Eisenoxid schwarz, Eisenoxid gelb. **Anwendungsgebiete:** PRILIGY ist für die Behandlung von vorzeitiger Ejakulation (Ejaculatio praecox, EP) bei Männern zwischen 18 und 64 Jahren indiziert. Die folgenden Bedingungen wurden in den klinischen Studien zu EP erfüllt: eine intravaginale Latenzzeit bis zur Ejakulation (IELT) von weniger als zwei Minuten; und persistierende oder rezidivierende Ejakulation bei minimaler sexueller Stimulation vor, während oder kurz nach der Penetration und eher, als der Patient dies wünscht; und deutlicher persönlicher Leidensdruck oder zwischenmenschliche Probleme als Folge der EP; und unzureichende Kontrolle über die Ejakulation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Bekannte kardiale Vorerkrankungen, wie: Herzinsuffizienz (NYHA Klasse II-IV), Leitungsanomalien (AV-Block zweiten oder dritten Grades oder Sick-Sinus-Syndrom), die nicht mit einem permanenten Herzschrittmacher behandelt werden, bekannte ischämische Herzerkrankung, bekannte Herzklappenerkrankung. Eine gleichzeitige Behandlung mit Monoaminoxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit einem MAO-Hemmer. Ebenso soll ein MAO-Hemmer nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit Thioridazin oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit Thioridazin. Ebenso soll Thioridazin nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern [selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), trizyklische Antidepressiva (TCA)] oder anderen Arzneimitteln/pflanzlichen Produkten mit serotoninerger Wirkung [z.B. L-Tryptophan, Triptane, Tramadol, Linezolid, Lithium, Johanniskraut (*Hypericum perforatum*)] oder Anwendung innerhalb von 14 Tagen nach Absetzen der Behandlung mit diesen Arzneimitteln/pflanzlichen Produkten. Ebenso sollen diese Arzneimittel/pflanzlichen Produkte nicht innerhalb von 7 Tagen nach Absetzen von Priligy verabreicht werden. Eine gleichzeitige Behandlung mit starken CYP3A4-Hemmern wie z.B. Ketoconazol, Itraconazol, Ritonavir, Saquinavir, Telithromycin, Nefazodon, Nelfinavir, Atazanavir, etc. Mäßige und schwere Leberfunktionsstörung. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag Pharma GmbH, 1232 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **ATC-Code:** G04BX. **Stand der Information:** Dezember 2008. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Der Staat der Blinden

O. Zechner

Im Roman des bekannten Schriftstellers José Saramago. „Die Stadt der Blinden“, verliert plötzlich und nahezu gleichzeitig die gesamte Bevölkerung das Augenlicht.

Dieser Vergleich drängt sich mir auf, wenn ich die Diskussion um die – in verlässlicher Regelmäßigkeit scheiternde – Gesundheitsreform betrachte.

Bezeichnend für die verquere Sicht, auf welcher Basis der Diskurs geführt wird, war für mich die Wortspende eines namhaften Funktionärs der Allgemeinen Unfallversicherung, in der er das Scheitern der geplanten Reform im Gefolge der Koalitionsauflösung beklagte, obwohl die geplanten Maßnahmen – Verschärfung der Arbeitsbedingungen für niedergelassenen Ärzte, Reduktion der Medikamentenkosten und Finanzierungszuschuss vom Staat für die maroden Kassen in substantieller Höhe – als Schritt in die richtige Richtung angesehen wurde, eine Richtung, in welche wohl die allermeisten Kassenfunktionäre hoffnungsvoll und zuversichtlich blicken.

Als jemand, der sich der **historischen** Bedeutung und der Meriten dieser Versicherungsanstalt vollkommen bewusst ist, scheint es mir doch symptomatisch für den fundamental falschen Zugang, aus dem die Argumentation geführt wird: gerade in unserer Zeit der allgemeinen **Versicherungspflicht** hat sich die Notwendigkeit einer eigenen Unfallversicherung meines Erachtens überlebt. Die Aufgaben dieser Institution könnten also friktionsfrei von den anderen Krankenkassen übernommen werden und für die in der Regel hervorragend geführten und exzellent arbeitenden Unfallspitäler müsste eben ein anderer, öffentlicher Träger gefunden werden. Denn die überwiegende Mehrzahl der in diesen Häusern behandelten Patienten sind ohnehin Opfer von Verkehrs- oder Freizeitunfällen.

Abgesehen davon verfügt die AUVA offenbar über ansehnlich disponibles Kapital, da diese eigentlich für die Versorgung verunfallter Bürger berufene Institution, freihändig 92 Millionen Euro am freien Geldmarkt „verzocken“ konnte, wie Presse und „profil“ berichteten.

Es wird wohl ein Zufall sein, dass der Betrag, der vom Finanzminister zur teilweisen Abdeckung der Verluste der

Kassen allein für dieses Jahr an den Hauptverband überwiesen werden sollte, in etwa in der selben Höhe angesiedelt ist. In diesem Zusammenhang ist natürlich auch das Faktum zu hinterfragen, dass die Wiener GKK ein öffentliches Akutspital betreibt, welches naturgemäß in unserem Gesundheitssystem mit einem substantiellen Defizit vergesellschaftet ist. Gleichzeitig stetig mit der Zahlungsunfähigkeit zu drohen, von der öffentlichen Hand urgierend Geld zu fordern, allerdings nicht die entsprechenden Konsequenzen zu ziehen, widerspricht den primitivsten kaufmännischen Prinzipien.

*Gerade in unserer Zeit
der allgemeinen
Versicherungspflicht hat
sich die Notwendigkeit
einer eigenen Unfall-
versicherung meines
Erachtens überlebt*

Wo hier das „bestellte Haus“ sein sollte, das der scheidende Obmann übergibt, kann von Durchschnittsbürgern, die regelmäßig ihre Bankschulden bedienen müssen, wohl nicht erkannt werden.

Mit einem solchen, zugegebenermaßen mutigen Schritt der Auflösung einer (besser mehrerer) Versicherungsanstalten ließen sich zweifelsfrei substantielle Mittel im Administrationsbereich einsparen. Ebenso sollte eine Zusammenlegung aller Gebietskrankenkassen einen nachhaltigen Einsparungseffekt bewirken. Dies wäre allerdings nicht so sicher, wenn nach demselben Prinzip, wie bei der Fusion der Pensionsversicherungsanstalten verfahren würde, welche angeblich in einer Personalvermehrung ihren Ausdruck fand! „Österreich ist nun offenbar anders!“

Unumgängliche Voraussetzung für eine tiefgreifende und tatsächlich effiziente Reform wäre es, wenn diese Vorhaben von intelligenten, kreativen und visionären, vor allem aber **mutigen** Politikern in Angriff genommen würden und nicht die Lösungsvorschläge von Akteuren aus

dem System aufgegriffen würden! Warum sollten in diesem sensiblen Bereich andere Voraussetzungen gelten, als in den übrigen Gebieten unserer Gesellschaft? Grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Sanierung ist zweifellos die Beurteilung von außen, durch emotionell völlig unbeteiligte und weisungsfreie Experten. Sanierungsvorschläge aus dem System heraus suchen die zu behebenden Fehler immer bei dem jeweils anderen und niemals bei sich selbst. Dieses Faktum wurde bereits hundertfach, nicht zuletzt anlässlich des letzten, gescheiterten, Reformversuchs bewiesen, wo eine Reform ohne Beiziehung der Ärzteschaft und über deren Kopf hinweg geplant wurde. Der Konflikt war vorprogrammiert und die Interessenvertretung reagierte grimmig, massiv, allerdings mit überschaubarer eigener Kreativität.

Es wäre unseriös und weltfremd, die Notwendigkeit von Einsparungen, auch auf Seiten der Ärzteschaft zu leugnen. Es muss dabei allerdings auch das Umfeld, in dem die ärztliche Tätigkeit verrichtet wird, beurteilt und nachhaltig verbessert werden.

Die Bevölkerung wird regelmäßig über vermeintliche und tatsächliche Fortschritte der modernen Medizin unterrichtet und fordert diese auf Basis unseres auf dem Solidaritätsprinzip fußenden Systems für jedes Individuum ein. Was der Mehrzahl der Menschen allerdings nicht bewusst ist, ist der fulminante Anstieg des dafür notwendigen finanziellen Aufwandes!

Ebenso unbekannt ist den meisten Menschen und potentiellen „Konsumenten“ unseres Gesundheitssystems, dass die Ärzteschaft mit einem ständig wachsenden administrativen und bürokratischen Aufwand, sowie einer unverhältnismäßig steigenden juristischen Bedrohung konfrontiert ist.

Der Einsatz der EDV, vor Jahren als visionäres Instrument zur Vereinfachung der administrativen Manipulationen und der Dokumentation des Krankheitsverlaufes gepriesen, hat sich zu einem Arbeitszeit verschlingenden Moloch mit bescheidener Kapazität zur raschen und leicht verfügbaren Informationsquelle für z.B. wissenschaftliche Auswertungen entwickelt.

Wenn für die Abwicklung eines operier-

ten Patienten derzeit 4 (vier!) in Zukunft vielleicht sogar 5 EDV-Systeme benützt werden müssen, so kann dies beim besten Willen nicht als Fortschritt bezeichnet werden, vielmehr ist dies als Bankrotterklärung kreativer Intentionen aufzufassen.

Der dadurch verursachte zeitliche Mehraufwand muss von der gleichen personellen Kapazität erbracht werden, wobei eine Reduzierung der medizinischen Leistung weder erwünscht noch von der ethischen Grundeinstellung echter Ärzte in Frage kommt.

Die Organe, in denen die Entscheidungs-

gen getroffen werden, sind in der Mehrzahl von Personen besetzt, die entweder niemals die Ebenen der wirklichen Patientenbetreuung durchschritten und ihre Mühsale erfahren haben, bzw. von solchen, deren Praxiserfahrungen schon lange zurückliegen und von der Scheinwelt des Daseins als Funktionär überstrahlt werden.

Die evidente Marginalisierung der Ärzteschaft in der Entscheidungsfindung zu Reformen im Gesundheitswesen ist nicht nur eine eminente Gefahr für diesen Berufsstand sondern wird letztlich nicht ohne Auswirkungen auf die Patientenbetreuung bleiben.

Sollten jedoch mutige und weitblickende Politiker erkennen, dass grundlegende und zukunftssträchtige Reformen nur mit Hilfe praxiserfahrener Ärzte und außerhalb des Systems befindlicher und damit ressentimentfreier Experten möglich sind, so könnte tatsächlich die Vision einer kreativen und auch kostenrelevanten Wandlung dieses mit vielen Meriten ausgestatteten, aber deutlich in die Jahre gekommenen Systems Wirklichkeit werden.

Aber wieso sollte, wie am Ende von Saramago's Roman die Bevölkerung plötzlich wieder sehend werden?

Noch immer und schon wieder: Gesundheitsreform

L.E. Popper

Da schrieb ein österreichischer Journalist einer sonst eher seriösen Tageszeitung: „Den Ärzten ist ihr Hemd näher als der Patient – ein interessantes Sittenbild“. Und man musste dann schon aufmerksam weiter lesen um herauszufinden, dass er die Aussage eines Funktionärs der Ärztekammer manipulierte. Der hatte nämlich während der vorjährigen Protestaktionen der Ärzteschaft den banalen und in diesem Zusammenhang wohl wirklich unpassenden Stehsatz von sich gegeben: „Das Hemd ist uns näher als der Rock“.

So oder wie unter dem aktuellen Buchtitel „Korrumpierte Medizin“, kann journalistische Aufarbeitung des ernst zu nehmenden Themas Gesundheitspolitik auch aussehen. Aber es ist wirklich zu wichtig, als dass man es über persönliche Aversionen auf tiefem Niveau transportieren sollte. Auch wenn die traditionelle Spannung Journalismus/Medizin einen gewissen Reiz hat, will ich versuchen, bei der Sache zu bleiben.

Mit vielem in unserem Gesundheitssystem bin auch ich nicht glücklich und meine Standesvertretung geht mir schon seit Jahren den falschen Weg. Ich glaube nämlich, dass Letztere zu einem Gutteil mit schuld ist an den Attacken gegen das Medizinsystem, die uns mit naturgesetzlicher Regelmäßigkeit widerfahren. Schuld etwa durch die Trägheit, mit der sie in den letzten Jahren versäumt hat, auf die aktuellen gesundheitspolitischen

Debatten zu reagieren. Zu viele Beteiligte in allen erdenklichen – oft zu vielen – Funktionen, hatten vor allem ihr persönliches Interesse im Sinn.

Solange es uns selbst gut geht, interessiert uns der Kollege nebenan halt nicht wirklich. Wir richten es uns zu gerne mit unseren Gegenspielern in Politik und Sozialversicherungen. So lange, bis wir merken, dass der Kollateralschaden, der vermeintlich ja sowieso nur den Kollegen neben uns trifft, immer auch unser Schaden ist. Ich denke da primär an die von uns widerstandslos hingenommene Themenführerschaft Fachfremder bei Gesundheitsfonds und Gesundheitswesengesetzen der letzten Jahre.

Es läuft ja schon lange so, dass wir Ärzte aus medizinisch wichtigen, namentlich fast allen gesundheitspolitischen Entscheidungen heraus gehalten werden, dass wir uns heraus halten lassen.

Solange es uns selbst gut geht, interessiert uns der Kollege nebenan halt nicht wirklich. Wir richten es uns zu gerne mit unseren Gegenspielern in Politik und Sozialversicherungen.

Funktionäre und Ökonomen aus diversen Berufsbereichen haben in der Medizin das Sagen. Und wir Ärzte als jene, die letztlich die Folgen oft absurder Entscheidungen auszubaden haben, sehen einfach nur zu, so lange uns nicht ein persönlicher, soll heißen wirtschaftlicher, Nachteil erwächst.

Ärztliche Solidarität – gibt es die noch?

Unter Solidarität meine ich explizit nicht das Eintreten einer Standesvertretung für jene, die etwas angestellt haben. Ich meine insbesondere nicht die oft unkritische, reflektori-sche Bereitschaft, Kollegen zu decken, die uns allen durch ihr Verhalten Schaden zugefügt haben. Jener Minderheit, der die ethischen Grundsätze der Medizin offenbar fremd sind, jenen paar Ärzten, denen das Verständnis für ihre Patienten abgeht, die vielleicht gar ihre Vertragspartner linken, darf eine Standesvertretung nie und nimmer zur Seite stehen!

Aber – verhalten wir uns selbst immer angemessen im Umgang mit unseren Patienten? Sind wir uns wirklich immer dessen bewusst, dass diese in einer emotionalen Ausnahmesituation unsere Hilfe suchen? Oder: treffen wir bei der Wahl unserer Standesvertreter immer auch die moralisch beste Entscheidung? Und wenn ja, geben wir den von uns Gewählten dann überhaupt die Chance, diese

ihre besten Eigenschaften auszuspielen? Also: sind wir nicht alle mehr oder weniger schuld?

Die Gesundheitsreform 2008 sollte, in der beruhigenden Gewissheit unserer Uneinigkeit, von der österreichischen Nebenregierung Wirtschafts- plus Gewerkschaftslobby, unter Ausschluss der Ärzteschaft, verhandelt und entschieden werden. Es sitzen in diesen Gremien natürlich nicht nur die Sozialpartner; nein, schon auch Ärzte. Aber, sind es die Richtigen? Sie, die sogenannten Gesundheitsökonom, welche die tägliche Praxis, ob intra- oder extramural, nur aus den Lehrbüchern kennen, die sie selbst geschrieben haben? Fachfremde, die meinen, genug von eh allem zu verstehen?

An deren Stelle gehören jene, die Tag um Tag mit all den Problemen, Barrieren und Strukturmängeln konfrontiert sind, denen sich unsere Kranken gegenüber sehen. In solchen Arbeitsgruppen muss vor allem eine geeinte, starke und gleichberechtigte Ständevertretung sitzen. Die hat es aber bisher, wie gesagt, eher laufen lassen – solange es den Funktionären selbst halbwegs gut ging. Und immer wieder, wenn es brennt, nur als reflexgesteuerte Abwehrorganisation gegen alle Angriffe aufzutreten, die gegen die Ärzteschaft artikuliert werden, ist eben der falsche Weg.

Wir dürfen das gesundheitspolitische Feld keinesfalls jenen Kollegen überlassen, denen die Medizin hauptsächlich Mittel zur Einkommensoptimierung ist. Wir müssen uns von jenen distanzieren, die sich elitär gebärden, jene maßregeln, die das Desinteresse an ihren Patienten gar nicht zu verbergen suchen; und wir müssen jene zur Ordnung rufen, die aus deren Not Profit ziehen. Nur dann können wir wieder Respekt erwarten, wie er der Ärzteschaft einst entgegengebracht wurde.

Durch unser Berufsbild und unseren Eid sind wir gefordert, uns an höchsten ethischen Normen zu orientieren. Das haben wir in der Theorie alle einmal eingetrichtert bekommen und als junge, idealistische Studenten in der Regel sehr ernst genommen. Wir müssen eine Zunft sein, die sich täglich selbstkritisch hinterfragt und permanent auf dem Weg ist, sich und die Welt zu verbessern. Humanitäre Geisteshaltung ist das Grundgerüst jeden ärztlichen Handelns. Wer dazu nicht willens oder nicht imstande ist, kann nicht Arzt sein.

Hinter dem vordergründig ökonomischen Argument zu den Rezepturen steckt unter anderem der Generalverdacht, wir alle würden uns zu sehr in Abhängigkeit der Pharmaindustrie begeben. Wenn ein Flugzeug voll Ärzten zu einer Veranstaltung, die man genauso gut vor Ort abhalten könnte, nach Paris, Orlando oder Buenos Aires geflogen wird, sind derartige Zweifel sogar zu verstehen. Nur – was wäre anders, wenn die künftigen Fluggäste die Apotheker wären?

Sozialversicherung versus Ärzte

Natürlich haben wir auch zur Kenntnis zu nehmen, dass sich alles mit der Zeit ändert, dass man an Geliebtem, Gewohntem, Althergebrachtem nicht um jeden Preis festhalten kann und muss. Ob man aber über die Rezeptur von Wirksubstanzen und die Entscheidung Dritter darüber, welche Form und Farbe das Medikament dann hat, genau so gute Heilerfolge erzielen kann, wie wenn der Arzt seines Vertrauens dem Patienten erklärt, was er wann einnehmen sollte? Schon durch die wechselnden Namen und Verpackungen wäre ein hilloses Durcheinander angerichtet. Das kann sich nur ein Gesundheitsökonom ausgedacht haben, der selbst noch nicht Patient gewesen ist und der schon gar nicht weiß, wie wichtig es ist, das richtige, weil bekannte und erkannte Mittel zur rechten Zeit zu schlucken.

Ob es für unsere Patienten lustig wäre, von wechselnden Apotheken oder Pharmazeuten alle paar Wochen eine neue Formen- und Farbenpalette angeboten zu bekommen, darf bezweifelt werden. Selbst der ausgebildete Mediziner kann

die Vielfalt der Darreichungsformen ein und derselben Substanz nicht überschauen. Ganz abgesehen davon, dass es den Kassen keinen Cent bringen kann, es also nicht nur therapeutischer, sondern auch ökonomischer Unfug ist.

Unter den etwa fünfzig Lipidsenkern in dem für uns Ärzte verbindlichen Spezialitätenverzeichnis gibt es ungefähr fünfzehn(!) verschiedene Anbieter des Simvastatin 20mg – mit Preisen von zehn bis dreiundzwanzig Euro! Wie gibt es das bei angeblich gleicher Wirksamkeit aller Generika? Wieso lässt das eigentlich die Sozialversicherung zu? Dort wäre doch schon der erste wirksame Ansatz für Sparmaßnahmen. Warum spart der Hauptverband nicht? Oder spielt es doch eine Rolle, welcher Patient was nimmt?

Hinter dem falschen, vordergründig ökonomischen Argument zu den Rezepturen steckt natürlich unter anderem der Generalverdacht unserer Vertragspartner, wir alle würden uns zu sehr in Abhängigkeit der Pharmaindustrie begeben. Man unterstellt uns Ärzten gerne pauschal, unwirtschaftlich zu handeln, uns nicht um die finanziellen Sorgen des Hauptverbandes zu kümmern. Wenn andererseits ein Flugzeug voll Ärzten zu einer Informationsveranstaltung, die man genauso gut vor Ort abhalten könnte, nach Paris, Orlando oder Buenos Aires geflogen wird, sind derartige Zweifel sogar zu verstehen. Nur – was wäre anders, wenn die künftigen Fluggäste die Apotheker wären?

Wenn aber, wie überlegt wurde, Ärzte in der freien Praxis einen Kassenvertrag nur mehr auf fünf Jahre begrenzt bekommen sollen, so dürfen das unsere Patienten getrost als gefährliche Drohung auffassen. Denn das diene wohl ausschließlich dazu, uns Ärzte in patientengefährdende Abhängigkeit von der Sozialverwaltung zu zwingen. Künftig vielleicht in einer neoliberalen Holding, die uns endgültig nach Belieben und bis zum Bankrott, vor allem dem der Patienten, durch teure Sparprogramme treiben könnte.

Wir Mediziner müssen erkennen und uns damit auseinandersetzen, dass wir nicht in einem hermetischen Privilegienstadt leben, sondern größte öffentliche Aufmerksamkeit genießen. Was uns ja manchmal auch sehr passt. Wir stehen unter dauernder Beobachtung seitens der nichtmedizinischen Welt, die schon vieles von dem nicht versteht, was durchaus rechtens und in Ordnung ist. Umso mehr sollten wir allem ausweichen und entgegentreten, das auch nur den Anschein von Verschleierung und Gemauschel haben könnte. Und elitäre

Überheblichkeit steht uns schon überhaupt nicht an.

Ein Muss: Standesvertretung neu!

Es sollte unser erstes Ziel sein, so rasch wie möglich eine erneuerte Standesorganisation zu gestalten. Das glaube ich zutiefst. Eine, die den Auftrag hat und ernst nimmt, gesellschaftliche und strenge berufliche Regeln vorzugeben, diese zu überwachen und deren Missachtung zu sanktionieren. Wenn wir das nicht tun, dann werden das weiterhin und zunehmend andere für uns tun. Unsere sowieso täglich abnehmende ärztliche Restautonomie wäre bald ganz dahin.

Standesvertretungen sind keine Verteidigungs- und Beschwichtigungsorganisationen für Schlitzohren, sondern sie haben erste Bewahrer ärztlichen Geistes

zu sein. Mit Rücksicht auf die Mehrzahl der ernsthaften, anständigen und seriösen Ärzte, haben sie dafür zu sorgen, dass unsere ‚Schwarzen Schafe‘, egal ob in Krankenanstalten, freien Praxen oder in irgendwelchen anderen Funktionen, nicht den gesamten Stand in Misskredit bringen.

Wir sollten auch darüber nachdenken, ob ein Streik der Ärzteschaft vor einem solchen grundlegenden Umdenken und vor dem Umgestalten unserer Strukturen nicht der falsche Weg ist. Erst wenn unsere Vertragspartner es gegenüber einer strukturell und moralisch erneuerten Standesvertretung ablehnen sollten, mit dieser das Gespräch zu suchen, erst dann wäre die rechte Zeit gekommen, an Kampfmaßnahmen zu denken. Die Patienten haben wir allemal an unserer Seite, wenn wir uns an ihre Seite stellen!

Und wenn wir schon oft hören, es wür-

den den Patienten auf der Suche nach der optimalen ärztlichen Betreuung manchmal von uns Ärzten auch unbillige organisatorische Hindernisse in den Weg gelegt, mein diesbezügliches Credo: „Auch unbeabsichtigte, von uns als schicksalhaft hingestellte Desorganisation, die allenthalben im Medizinbetrieb vorkommt, etwa übertrieben lange unkommentierte(!) Wartezeit, ist ein Zeichen mangelnden Respekts gegenüber den Menschen, denen wir uns hippokratisch verpflichtet haben“.

Und endlich – ohne eine Spitalsreform, die diesen Namen auch verdient, wird eigentlich alles, was wir heute zur Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens diskutieren, zum puren Geschwätz.

wirkl. HR Prim. a.D. Dr. Lutz E. Popper
Facharzt für Urologie
Kantgasse 7, 7400 Oberwart
l.popper@aon.at

Fachinformation von Seite 31

UNIDROX® 600 mg-Filmtabletten, 1 und 10 Stück. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 600 mg Prulifloxacin. **Anwendungsgebiete:** Unidrox ist zur Behandlung von durch empfindliche Erreger verursachte Infektionen bei folgenden Indikationen geeignet: • Akute unkomplizierte Infektionen der unteren Harnwege (einfache Zystitis) • Komplizierte Infektionen der unteren Harnwege • Akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis. Bei der Auswahl der antibiotischen Behandlung von Infektionskrankheiten beim Patienten, sollte das lokale Empfindlichkeitsmuster von Antibiotika berücksichtigt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder gegen andere, verwandte Antibiotika des Chinolon Typs oder einen der sonstigen Bestandteile. Kinder vor der Pubertät oder Jugendliche unter 18 Jahren mit nicht abgeschlossener Skelettentwicklung. Patienten, in deren Anamnese Sehnenerkrankungen vorkommen, die mit der Verabreichung von Chinolonen verbunden sind. Schwangerschaft und Stillzeit. **Sonstige Bestandteile:** Kern: Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Povidon, hochdisperses Siliziumdioxid, Magnesiumstearat. **Hülle:** Hypromellose, Propylenglycol, Talkum, Titandioxid (E 171), Eisenoxid (E 172). **Zulassungsinhaber:** A.C.R.A.F. S.p.A., Viale Amelia, Rom, Italien. Rp, apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten (NR). ATC-Code: J01MA17. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Fachinformation von Seite 21

Bicalutamid Genericon 50 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 50 mg Bicalutamid. Sonstige Bestandteile: Lactose- Monohydrat (59 mg). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms in Kombination mit einem LHRH-Agonisten (Arzneimittel, die den Androgenspiegel im Körper senken) oder nach einer chirurgischen Kastration. **Gegenanzeigen:** Bicalutamid-Filmtabletten sind bei Frauen und Kindern kontraindiziert. Patienten, bei denen bei Applikation von Bicalutamid-Filmtabletten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile aufgetreten sind, darf das Präparat nicht verabreicht werden. Die gleichzeitige Anwendung von Terfenadin, Astemizol oder Cisaprid mit Bicalutamid ist kontraindiziert. **Schwangerschaft und Stillperiode:** Bicalutamid-Filmtabletten sind bei Frauen kontraindiziert und dürfen Schwangeren und stillenden Müttern nicht verabreicht werden. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, OP zu 30 Stk.

Bicalutamid Genericon 150 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält: 150 mg Bicalutamid. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat (177 mg). **Anwendungsgebiete:** Bicalutamid-Filmtabletten 150 mg sind angezeigt entweder als alleinige Therapie oder adjuvant zu radikaler Prostatektomie oder Strahlentherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom und hohem Progressionsrisiko. **Gegenanzeigen:** Bicalutamid-Filmtabletten sind bei Frauen und Kindern kontraindiziert. Patienten, bei denen Überempfindlichkeitsreaktionen gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile aufgetreten sind, dürfen Bicalutamid-Filmtabletten nicht verabreicht werden. Die gleichzeitige Anwendung von Terfenadin, Astemizol oder Cisaprid mit Bicalutamid ist kontraindiziert. **Schwangerschaft und Stillperiode:** Bicalutamid ist bei Frauen kontraindiziert und darf Schwangeren und stillenden Müttern nicht verabreicht werden. Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten, OP zu 30 Stk.

Finasterid Genericon 5 mg Filmtabletten. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Filmtablette enthält: 5 mg Finasterid. **Darreichungsform:** Filmtabletten. **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostata-Hyperplasie (BPH). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, Frauen, Kinder. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Finasterid ist kontraindiziert und darf von Frauen generell nicht eingenommen werden. Finasterid ist in der Schwangerschaft sowie bei vermuteter Schwangerschaft kontraindiziert, da 5- α -Reduktase-Hemmer die Umwandlung von Testosteron zu DHT hemmen und deshalb Anomalitäten der fetalen äußeren männlichen Geschlechtsorgane auftreten können, falls das Präparat während der Schwangerschaft eingenommen wird. Es ist nicht bekannt, ob Finasterid in die Muttermilch ausgeschieden wird. Art und Inhalt des Behältnisses: Blisterpackung (PVC/PPVDC-Aluminium) zu 30 Stück. Rezept- und apothekenpflichtig.

Tamsu Genericon retard 0,4 mg Kapseln. Z.Nr.: 1-26380 **Zusammensetzung** (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge): 1 Kapsel enthält 0,4 mg Tamsulosin in Form von Tamsulosinhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung funktioneller Symptome der benignen Prostatahyperplasie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil des Arzneimittels, orthostatische Hypotonie in der Anamnese, schwere Leberinsuffizienz. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Aufgrund der Indikation entfallen die Angaben. Tamsu Genericon retard 0,4 mg-Kapseln. Rezept- und apothekenpflichtig, OP zu 10 und 30 Stück.

Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Gewöhnungseffekten und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der „Austria Codex-Fachinformation“ zu entnehmen.

Prostata fest im Griff mit Genericon. Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., Hafnerstraße 211, A - 8054 Graz, genericon@genericon.at, www.genericon.at

Neue Erkenntnisse zur Geschichte der (blinden) Lithotriptoren

Der Beitrag Englands zur Lithotripsie*

PP. Figdor

Es schien uns wichtig, diesen Artikel zu schreiben, weil neuere Untersuchungen in unserem Archiv gezeigt haben, dass wir anscheinend einen wesentlichen Teil der Entwicklung der Lithotripsie bisher vernachlässigt haben. Es geht um jenen beachtlichen Teil, den die in England erfundenen Geräte für die Weiterentwicklung der Lithotripsie beigetragen haben. Wie wir auf diesen Fehler aufmerksam wurden, ist leicht zu beantworten. Es hängt – zu einem wesentlichen Teil – mit „Beschwerdebrieffen“ des Londoner Instrumentenmachers **John Weiss** (1773-1843) zusammen.

Sehr früh bei der Errichtung unseres Archivs hatten wir uns nicht nur um urologische Beiträge aus der Zeitschrift *The Lancet* bemüht, weil in dieser sehr liberalen medizinischen Zeitschrift über Misszustände in Spitälern und Operationssälen berichtet und auf ernste Behandlungsfehler von Ärzten hingewiesen wurde. Auf diese Weise war es auch heute noch möglich, einen Einblick in das „medizinische Geschehen“ im frühen 19. Jahrhundert – etwa in London – zu erhalten. An *The Lancet* wandte sich daher auch der aus Lübeck stammende Instrumentenmacher John (Johann Jakob Daniel) Weiss (London, 62 Strand) in mehreren offenen Briefen, weil seine Erfindungen auf dem Gebiet der Lithotripsie von Ärzten benützt wurden, um „neue“, eigene Lithotriptoren herzustellen und zu publizieren, ohne den wirklichen Erfinder zu zitieren (Nicht vergessen werden sollte auch der finanzielle Verlust für Weiss, der durch ein solches Vorgehen entstand!). Wir werden darauf später noch zurückkommen. Nur so viel darf man bereits jetzt festhalten: Schon auf Grund der von ihm hergestellten Lithotriptoren könnte man John Weiss zu Recht als den „Charrière von London“ bezeichnen.

Wer sich mit der Geschichte der Medizin (insbesondere der Urologie) des 19. Jahrhunderts beschäftigt, kommt schwer an dem Thema „Lithotripsie“ vorbei, denn nur allzu lange hatte der „Krieg“ zwischen den Anhängern der (perinealen, lateralen) Lithotomie und jenen der

Lithotripsie gedauert – in Frankreich sogar bis 1849. Der große Einsatz der Chirurgen für die Lithotomia lateralis war vielleicht in ihrer Angst begründet, durch dieses neue Verfahren (die Lithotripsie) einen der Standardeingriffe der damaligen Chirurgie zu verlieren. Dies ist ja letztlich, gut 20 Jahre nach Ende dieses Streits in Frankreich, auch tatsächlich eingetreten. Was wir jedoch so gar nicht verstehen können, ist der Streit der „Meister der Lithotripsie“ gegeneinander in Paris, der fast zur gleichen Zeit stattgefunden hatte.

Es steht dabei vorerst nicht zur Debatte, ob alle diese „Meister“ bereits als Urologen zu bezeichnen sind, oder zumindest manche von ihnen weiterhin Chirurgen geblieben waren, jedoch ausgestattet mit einem besonderem Interesse für die Erkrankungen des Harn- und Geschlechtstrakts. War es demnach dann doch eine Kontroverse von Urologen untereinander, oder doch wieder der alte Streit der Chirurgen gegen die „Urologen“? Es gab jedoch – so weit man diese beiden Gruppen von Ärzten damals bereits scharf trennen konnte – ganz sicher auch Streit zwischen Urologen, der sachlich nicht begründet war, eher das Ziel hatte, den „Gegner“ persönlich zu treffen, im Ganzen recht unerfreulichen und überflüssig.

So ist uns von „Meister“ **Jean-Zulema Amussat** (1796-1856) nicht bekannt, ob er einer dieser (streitenden) „Gruppierung“ überhaupt angehörte. Vielleicht war Amussat doch noch zu sehr ein (angesehener) Chirurg, sodass anzunehmen ist, dass Amussat diese überflüssige „Diskussion“ wohl kaum interessiert haben mag. Es steht aber außer Streit, dass es zu Beginn der klinischen Lithotripsie – insbesondere in Paris – „Angriffe“ der damals befreundeten „Meister“ **Baron Charles Louis Stanislas Heurteloup** (1793-1864) und **Jean Jacques Joseph Leroy d’Etiolles** (1798-1860) gab, die eindeutig gegen den „Meister“ **Jean Civiale** (1792-1867) gerichtet waren. Das Niveau dieses Streites jener „Meister der Lithotripsie“ in Paris war – wie gesagt – recht unerfreulich, und letztendlich wurde diese Kontroverse dann noch in London weitergeführt!

Einige Bemerkungen zur dieser Situation

in England in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Bei der Bearbeitung dieses Themas hatte man das Gefühl, dass der (ursprüngliche) Streit „Lithotomie versus Lithotripsie“ in England bei weitem weniger heftig war als in Paris. Es scheint fast so, dass der „Zorn“ mancher Chirurgen sich mehr gegen das „Hospital for Stone“ richtete als gegen die Lithotripsie selbst. Es fühlten sich Chirurgen mehr durch das „Hospital for Stone“ zurückgesetzt, weil man in diesem „Spezialkrankenhaus“ auf eigene, wesentlich niedrigere, Mortalitätsraten bei Blasensteinpapatienten hinweisen konnte, und darauf in Publikationen hinwies (Diese erwähnt niedrigen Mortalitätsraten waren unter anderem auch darin begründet, dass die Lithotripsie im „Hospital for Stone“ sehr häufig verwendet wurde!).

Was wir aber immer mehr erkannten, war, dass namhafte englische Chirurgen, auch bekannte Lithotomisten, der Lithotripsie gegenüber eigentlich recht aufgeschlossen waren. Dies vielleicht auch deshalb, weil es offensichtlich gerade von englischen Chirurgen als besonders schrecklich empfunden wurde, was ein Patient während der Lithotomie so alles zu erleiden hatte, bei einem Eingriff ohne Narkose, demnach bei vollem Bewusstsein, gefesselt an den Operationstisch, einem so schrecklichen Eingriff ausgesetzt zu sein! In diesem Zusammenhang wurde gelegentlich sogar Wort „Folter“ benutzt! Eine auch nur einigermaßen ähnliche Stellungnahme fanden wir weder in der Wiener noch in der Pariser Chirurgie, zumindest nicht so deutlich hervorgehoben wie in London!

Vielleicht hatte dies zur Folge, dass nicht nur (sogar bedeutende) Chirurgen in London versuchten, die Lithotripsie selbst auszuführen, sondern dass eine so bekannte Persönlichkeit wie **Baron Sir Astley Paston Cooper** (London, 1768-1841) eine Reise nach Paris antrat, um 1829 den Dubliner **William B. Costello** (1800-1867), den Assistenten, Mitarbeiter und Freund von Civiale, zu bewegen nach Großbritannien zurückzukehren, um (endlich) auch in London einen wirklichen qualifizierten Fachmann auf dem Gebiet der Lithotripsie zu haben.

Abbildungen: Michael Carl Figdor

*) Dieses Referat wurde dem Londoner Chirurgen und Urologen William Coulson (1802-1877) gewidmet.

Doch dies brachte – wie bereits erwähnt – auch einiges „Unerfreuliches“ nach England. Es gab mehrere Aufenthalte des Baron Charles Louis Stanislas Heurteloup in England; er hatte wiederholt in London Lithotripsien ausgeführt. Der Baron versammelte bald Freunde um sich; des Barons Paladin in England dürfte **David Owen Edwards** (1801-1878) gewesen sein. Andererseits verteidigte Costello selbstverständlich seinen Freund Civiale auch in London und wurde daher oft selbst Ziel von Angriffen. So stand nichts mehr im Wege, den Streit Heurteloup gemeinsam mit Leroy d’Etiolles gegen Civiale auf englischen Boden fortzusetzen!

Obwohl das alles natürlich nicht sehr „wünschenswert“ war, wirkte sich dies für unsere Untersuchungen recht positiv aus. So erfuhren wir nicht nur wie (angeblich) miserabel die gegnerischen Lithotriptoren funktionierten, und wie ausgezeichnet und effektiv man mit den eigenen Instrumenten (oder der eigenen „Partei“) arbeiten konnte, sondern wir erhielten dadurch – gleichsam als „Zugabe“ – eine Vielzahl wichtiger Daten über Instrumente und ihr „Baujahr, was sehr hilfreich war, um sich hinsichtlich der Beurteilung der Entwicklung der Lithotripsie einigermaßen zurecht zu finden.

Unser bisheriges Bild von der Entwicklung der Lithotripsie

Wir sprechen daher jetzt über jenes „Bild“, das wir bislang von der Entwicklung der Lithotripsie hatten und wollen später zeigen, was sich alles an diesem Bild – für uns – inzwischen geändert hat. Nicht zur Debatte steht selbstverständlich das Datum, an dem Patienten das erste Mal mit einer Lithotripsie behandelt wurden, denn dies ist gut datiert und außerdem gibt es darüber ausführliche Berichte.

In einer Sitzung des Institut de France (der Akademie der Wissenschaften) in Paris, und zwar am 22. März 1824 trug Baron Percy (der berühmte französische Militärarzt **Pierre Francois Percy**, 1754-1825) eine Veröffentlichung von **Dr. Jean Civiale** (1792-1867) vor mit dem Titel: „*Eine neue Methode um Steine in der Blase, ohne Verwendung der Lithotomie, zu zerstören*“

In *The Lancet* heißt es nun weiter:

„... uns allen war bewusst, welche große Fortschritte sich aus einem solchen Vorschlag erschließen ließen, aber bis jetzt hatte noch niemand ein Instrument erfunden, mit dem man dies mit Erfolg erreichen konnte.“

Jedoch im Juli 1818 hat Dr. Civiale dem Innenminister die Beschreibung eines Instruments vorgelegt, das in der Lage wäre, Steine in der Blase zu zerstören. Diese Unterlagen wurden unmittelbar an die Medizinische Fakultät in Paris weiter geleitet.

Doch wie genial auch immer diese Erfindung sein mag, so wäre es doch wichtig zu sehen, wie sich dieses Instrument bei der Behandlung von Patienten verhält. Nun hatte Civiale die Möglichkeit dies zu erproben, und zwar an drei Patienten mit Blasensteinen, die den Wunsch geäußert hatten, dass dieses Instrument an ihnen erprobt werde.“

Civiale’s Lithotripsien waren erfolgreich. Diese Eingriffe wurden ausgeführt in Anwesenheit von **Dominique Jean Larrey** (1766-1842), **Giraudey, Charles Emmanuel Sedillot** (1804-1883), **Francois Magendie** (1783-1855), **Etienne Renaud Augustin Serres** (1787-1868), **Aumont** und anderen.

Gebräuchliche Methoden zum Zerschneiden der Steine

Die „Perforation“, das „Zerbohren“ der Blasensteine

Die „Perforation“ war auch zeitlich die erste Methode, Steine zu „zerbrechen“, und dieses Verfahren wurde auch von Civiale 1824 benützt. 1829 erreichte die „Perforation“ vielleicht ihren Höhepunkt im Instrument von **Joseph Jean Antoine Rigal** (Gaillac, 1797-1865), der großen Wert darauf legte, den Stein so intensiv zu zerbohren, dass die äußere Hülle des Steins, „*wie eine Eierschale zerbrach*“. Außerdem wurde – anders als beim ersten Lithotriptor von Civiale zum Antrieb des Bohrers nicht mehr eine Art Geigenbogen verwendet – sondern bereits mit einer für damalige Verhältnisse relativ modernen „Bohrmaschine“ gearbeitet. Die „Perforation“ war sicherlich das eleganteste der drei Verfahren, denn es kam kaum zu einer Belastung des Patienten und des Lithotriptors. Aber es dauerte wahrscheinlich relativ lange, bis so ein Stein richtig zerbohrt war. Dennoch wurde – wie bisher angenommen – in den meisten Ländern Europas 8 Jahre lang lediglich auf diese Weise lithotriptiert; das erwähnte zweite Verfahren, die Perkussion, wurde erst 1832 „erfunden“.

Die „Perkussion“, oder das Arbeiten mit „Hammer und Meisel“

Das zeitlich zweite Verfahren (dies galt für die meisten Länder Europas) war wahrscheinlich das sehr effektive, relativ rasch durchführbare Verfahren der

„Perkussion“. Doch diese Methode war für den Patienten belastend. Es waren Schutzvorrichtungen für den Patienten nötig. Außerdem war die „Perkussion“ sehr „Material-belastend“. Dieses Verfahren aus 1832 wurde in erster Linie mit Baron Charles L. St. Heurteloup in Zusammenhang gebracht (Aber wie wir derzeit wissen, war der Lithotriptor, der die Belastung von „Hammer und Meisel“ aushalten würde sicher nicht von Heurteloup erfunden worden!)

Die „Kompression“, „by force of the screw“

Beim dritten Verfahren wurde der Stein durch den Druck zerbrochen, der von einer Schraubenmutter auf einer Gewindestange erzeugt wurde („*by force of the screw*“). Dieses Verfahren ist selbstverständlich materialbelastend, aber für den Patienten sehr schonend. Mit den ersten dieser Instrumente (um 1834) konnte man sicher sehr zügig arbeiten, wahrscheinlich dauerte der Eingriff nicht viel länger als mit der „Perkussion“. Unsere frühere Ansicht war, dass die Kompression in Frankreich und in England um 1834 eingeführt wurde. In Paris könnte dies der Urologe **Pierre Salomon Ségalas** (1792-1875) gewesen sein; immerhin hat er 1835 von der Akademie einen Preis für einen solchen „neuen“ Lithotriptor erhalten. Ungefähr zur gleichen Zeit (um 1834) fand – wie bisher angenommen – auch die „Erfindung des Lithotriptors mit Kompression“ in England statt. Der Erfinder – so haben auch wir bisher angenommen – könnte **William Fergusson** (1808-1877) gewesen sein, der damals noch in Edinburg tätige tätig war.

Die modernen Instrumente – die nach 1860 gebauten Lithotriptoren – ließen durch den Einbau der sogenannten „Schlösser“ (handle) ein besonders rasches Arbeiten (Einfangen, Fixieren und Zerdrücken des Blasensteins) zu; doch dies wird später noch genauer besprochen.

Zum Bau der Lithotriptoren

Die ersten Lithotriptoren hatten an ihrem distalen Ende die bekannten Körbe aus Stahlfedern („*three-sprunged instruments*“) (Abb. 1a), mit denen die Steine in der Blase „eingefangen“ wurden.

Beim Einführen des Instruments war der gerade, am distalen Ende offene Metallkatheter ganz nach vorne geschoben, um die Stahlfedern zur Gänze im Katheter verschwinden zu lassen. War die Spitze des Instruments in der Blase angelangt, wurde der Tubus (Metallkatheter)

zurück bzw. nach proximal geschoben und damit lag der Korb aus Metallfedern frei und die Federn konnten sich im Blasenlumen (wie eine Blume) entfalten. War der Blasenstein einmal im Korb eingefangen, wurde der Tubus wieder nach distal geschoben (bzw. die Stahlfedern wieder ein Stück in den Metallkatheter zurückgezogen). Dadurch wurde der Stein für die nun folgende Lithotripsie fixiert. Man wird einsehen, dass diese Art der Fixierung der Steine für die Lithotripsie nur für die „Perforation“ reichte. Für die „Gewalteinwirkung“ im Rahmen einer „Perkussion“ oder „Kompression“ waren die Stahlfedern nicht geeignet. Sie waren schon allein dafür zu schwach, den Stein gegen die Wucht eines „Hammer-schlags“ festzuhalten!

Für die beiden letztgenannten Verfahren benötigte man Instrumente mit zwei sehr stabilen Schnäbeln (man könnte auch von einem „gespaltene Schnabel“ sprechen). Wir werden etwas weiter unten nochmals zur Konstruktion dieser Lithotriptoren zurückkommen. Jetzt nur so viel: Ein solcher Lithotriptor bestand aus zwei Teilen: Aus einem unteren, nicht beweglichen, sogenannten „weiblichen Teil“, in dem der zweite (obere), der „männliche Teil“ nach vor und rückwärts geschoben werden konnte. (Darum sprach man auch von *„beaked sliding instruments“*, verschiebbaren Instrumenten mit Schnabel) (Abb. 1b).

Wurde der „männliche Teil“ nach proximal bewegt, so war in dem „gespaltenen Schnabel“ bzw. den beiden Schnabelhälften („weiblich“ und „männlich“) ein Raum entstanden zum Einfangen des Steines. War dies erfolgt, dann wurde der „männliche Teil“ wieder etwas nach vorne, distal geschoben, um den Stein gut festzuhalten. Zur endgültigen Fixierung des Steins (für die Zertrümmerung) gab es eine eigene Vorrichtung im rückwärtigen, proximalen Abschnitt des „weiblichen Teils“. Dies war ein Kubus aus Metall mit einem Gewinde und einer Schraube (Abb. 4, Markierung D), durch den der bewegliche „männliche Teil“ verlief. Mit der erwähnten Schraube erfolgte die endgültige Fixierung des beweglichen Teils.

Wir sprechen bereits jetzt über diese Thematik, weil es auch in unserem früheren, jetzt nicht mehr ganz gültigen Bild der Entwicklung der Lithotriptoren bereits solche stabilere Instrumente mit Schnäbeln gab (für die „Perkussion“ und „Kompression“), Instrumente, von denen auch wir angenommen hatten, dass sie erst um die Mitte der 30er Jahre des 19. Jahrhunderts entstanden sind.

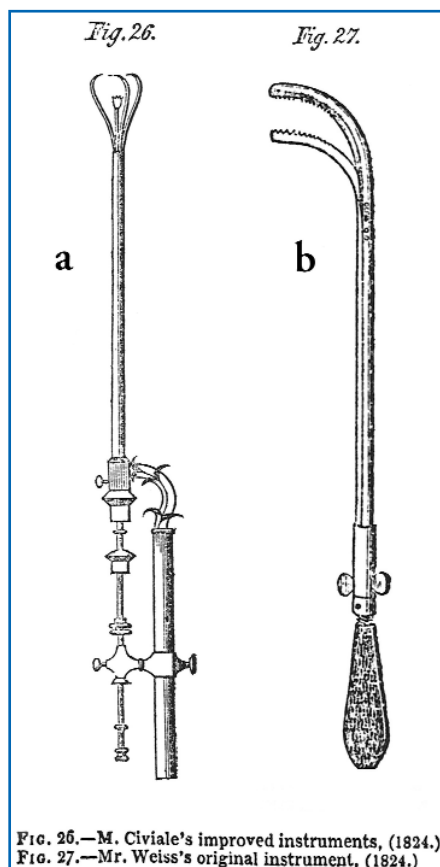


Fig. 26.—M. Civiale's improved instruments, (1824.)
Fig. 27.—Mr. Weiss's original instrument, (1824.)

Abb. 1: **Gegenüberstellung der Lithotriptoren (Coulson's Publikation, 1852).**

1a. (Fig. 26): Jean Civiale's Instrument für die „Perforation“ (1824). Am distalen Ende des Instruments erkennt man den „Korb mit den drei Stahlfedern und den Kopf des Bohrers.“

1b. (Fig. 27): Erster Weiss'scher Lithotriptor für „Kompression“. Ein „sliding Instrument“ mit „geteiltem Schnabel“.

Bei diesen „stabileren Instrumenten“ heben wir den (gespaltenen) Schnabel des Lithotriptors besonders hervor, um auf den Unterschied zu den ersten Lithotriptoren (die für die „Perforation“) hinzuweisen. Diese hatten die Form eines geraden distal offenen Katheters. Das war bei diesen Geräten nötig, um sowohl den „Stahlfeder-Korb“, wie auch die langen Bohrer verwenden zu können. Zu Beginn der Lithotripsie fand man diese geraden distal offenen Katheter etwas ungewöhnlich. Man stellte sogar die Frage, ob überhaupt jemand mit solchen („ungewöhnlichen“) Kathetern würde arbeiten können, bis man relativ bald erfasste, dass es „schon immer“ solche Katheter gegeben hatte. Jedoch zumeist wurden Metallkatheter mit einer Krümmung, einem Schnabel, an ihrem distalen Ende verwendet, und ganz besonders natürlich so geformte Steinsonden! Zu dieser „gewohnten Form“ eines Instruments, das man durch die Harnröhre

in die Blase einschiebt, ist man mit den („stabileren“) Lithotriptoren (für die „Perkussion“ bzw. „Kompression“) wieder zurückgekehrt! („Beaked instrument, „Lithotriptor mit Schnabel“).

Auch die Erwähnung des Kubus war wichtig, weil aus diesem metallenen Gebilde sich später (in den 60er Jahren) die so wichtigen „Schlösser“ der „modernen“ Lithotriptoren entwickelt haben, was in Paris und in London fast zur gleichen Zeit erfolgte.

Unser neues Bild der Entwicklung der Lithotripsie

Die Entwicklung der Lithotripsie scheint – nach neuen Untersuchungen – jedoch anders erfolgt zu sein, als vorhin geschildert. Dass wir unsere Ansicht betreffend der Lithotripsie ändern mussten, lag zu einem Teil auch am Inhalt der „offenen Briefe“, die John Weiss an die Zeitschrift *The Lancet* gerichtet hatte, worauf wir bereits am Anfang dieses Artikels hingewiesen haben. Man kann daraus auf eine sehr frühe und wichtige Aktivität auf dem Gebiet der Lithotripsie in London schließen, die bis in die frühen 20er Jahre des 19. Jahrhunderts zurückreicht.

Wir möchten versuchen, vorerst nicht so sehr auf die Beschwerden, die Weiss *The Lancet* vorgetragen hatte, einzugehen, sondern mehr den zeitlichen Ablauf der Entwicklung der Lithotripsie in England hier kurz zusammenfassen.

Bereits **im Jahr 1821** hatte John Weiss für Sir Astley Cooper (und andere namhafte Chirurgen Londons wie etwa Sir Benjamin Collins Brodie, 1783-1862, oder George James Guthrie, 1785-1856) ein Instrument konstruiert, mit dem man **Blasensteine ohne Lithotomie entfernen konnte**. Es handelte sich dabei um eine Art schlanker Steinzange, mit der man – und nicht nur bei der Frau! – (kleinere) Blasensteine durch die Harnröhre extrahiert hat. Bei dem erwähnten Instrument wurde das gleiche Ziel angestrebt wie bei der Lithotripsie, nämlich, möglichst von der Anwendung einer Lithotomie wegzukommen. Aber diese „Steinzange“ hat an sich nichts mit der Lithotripsie zu tun.

Warum wir dieses Instrument dennoch hier besprechen, liegt vor allem daran, dass es in seinem Aussehen die Konstruktion, der in England gebauten Lithotriptoren (und zwar jene mit „einem gespaltenen Schnabel“, einem „beaked sliding instrument“) vorwegnimmt (Abb. 2a). Man sollte sich nicht davon stören lassen, dass das Instrument aus 1821 eine (auffallend schlanke) Steinzange ist, deren

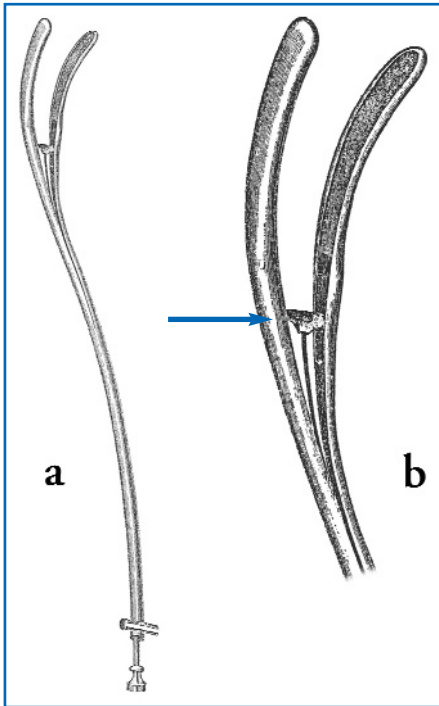


Abb. 2: Steinzange von Sir Astley Cooper und John Weiss (1821). Diese Steinzange (links) ermöglichte die Entfernung von (kleinen) Blasensteinen durch die Harnröhre; es handelt sich dabei um eine modifizierte Projektilzange. In Detail (rechts) erkennt man (markiert mit Pfeil) das Element zum Spreizen der beiden distalen Enden der Zange.

Stahlfedern (gespaltene Spitze bzw. Schnabel) am distalen Ende des Instruments durch einen recht einfachen Mechanismus (Abb. 2b) gespreizt und wieder geschlossen werden konnte, um den Stein zu fassen, um ihn dann – durch die Harnröhre – extrahieren zu können.

Die erwähnte Steinzange könnte man sich auch als eine Steinsonde vorstellen, die der Länge nach (wie eine Baguette) durchgeschnitten war. Aus der unteren Hälfte ist der **nicht-bewegliche**, sogenannte, „weibliche Teil“ entstanden, während aus der oberen Hälfte der **bewegliche „männliche Teil“** des Lithotriptors hervorging, eben der Konstruktionsplan eines „sliding instruments“ Der Unterschied zwischen der Weiss'schen **Steinzange** und den frühen Weiss'schen Lithotriptoren ist der, dass bei den **Lithotriptoren die beiden Hälften eine unterschiedliche Funktion** haben. (Bei Stein- oder Projektilzangen, beim „Stahlfederkorb“ von Civiale's Lithotriptor und ähnlichen Geräten erfüllen die „distalen Teile“ stets die gleiche Funktion).

Wir glauben nun die Ursache zu kennen, warum – und zwar bereits **im Jahr 1824** – John Weiss keine Stahlfederkörbe an seinen Instrumenten mehr verwendete,

sondern bereits zu so einem frühen Zeitpunkt Lithotriptoren mit dem „gespaltenen Schnabel“ – wahrscheinlich nach Art des Instruments aus 1821 – hergestellt hat:

In einer Biographie von George James Guthrie aus 1850 wird erwähnt, dass John Weiss 1824 für Guthrie (wahrscheinlich) den **ersten „englischen“ Lithotriptor** baute (es ist anzunehmen, dass es sich bei dem Instrument um eine Kopie des Civiale'schen „Perforators“ handelt) und zwar für den **ersten Versuch einer Lithotripsie in England**, im York Hospital. Das Instrument mit den drei Stahlfedern („a three-pronged instrument“) ließ sich gut einführen, und der Stein war rasch gefangen; der Stein entglitt jedoch. Man versuchte den Stein nochmals zu fassen, aber ...

... „the instrument was found to be wide open, and immovable! Every one was struck with horror. Mr. Weiss, senior, since dead, sat down in a faint: he thought he had been accessory to killing a man. The late Captain Kater, F.R.S., who was present, with a great many others, held up their hands in great alarm. Mr. Guthrie alone preserved that coolness, that presence of mind, for which he was always been remarkable. He had previously considered and calculated upon all the difficulties he might encounter, of which this was one. It was evident the instrument was fixed, and could not be closed nor withdrawn: something was in the joint or sheath, and how to disentangle it! The calculation had been made: Mr. Guthrie forced the instrument open to its utmost extent, apparently increasing the obstacle to its withdrawal, but thereby relieving it from a fold of the neck of the bladder, which had caught, when it closed, and was withdrawn.“

Der Patient, ein Soldat, wurde 14 Tage später lithotomiert.

Es gibt mehrere Gründe, warum wir diese kleine Geschichte hier wiedergegeben haben:

Zum Ersten erfährt man daraus, dass bereits 1824 (im Jahr, in dem Civiale in Paris seine erste Patienten lithotriptierte) – offensichtlich ein ähnlicher Lithotriptor, wie ihn Civiale verwendete, in England gebaut worden war und mit diesem Instrument Guthrie den **ersten Versuch einer Lithotripsie in England** machte. Dieser Eingriff konnte leider – unserer Meinung nach – durch ein Missgeschick (durch das Einklemmen von Blasen-

schleimhaut im Lithotriptor), nicht zu Ende geführt werden konnte. Zweitens ist es verständlich, dass nach diesem vor allem für John Weiss so schrecklichen Erlebnis, dieser kein besonderes Interesse mehr an der Herstellung von Civiale'schen „Stahlfederkörben“ haben würde. John Weiss wählte, drittens, einen anderen Weg für den Bau eines Lithotriptors, und zwar ein Instrument mit einem „gespaltenen Schnabel“, mit dem die Steine durch Verschiebung eines der beiden Schnabelteile gefasst werden konnte, ein „(beaked) **sliding instrument**“ (vielleicht aus der Erfahrung mit der Steinzange aus 1821!). 1824 gab es – so weit uns bekannt – auf dem Kontinent noch kein – auch nur halbwegs ähnliches Instrument. Es ist ganz offensichtlich, dass es sich bei diesem Lithotriptor um eine **Erfindung von Weiss aus dem Jahr 1824** handelt! Damit wurden nicht nur die wenig geliebten „Stahlfederkörbe“ vermieden, sondern – viertens – und dies war besonders wichtig, konnte Weiss jetzt mit seinem (neuen) Instrument für das Zerschneiden der Steine auch die „Perkussion“ und die „Kompression“ verwenden. Weiss wählte **bereits 1824** das beste aller drei Verfahren, die „Kompression“. (Erst ungefähr zehn Jahre später gibt es auch im übrigen Europa („stabilere“) Instrumente, die geeignet waren für die „Kompression“. Ein Instrument mit „Perkussion“ gab es, so weit ersichtlich, erst **1832**.)

In den Jahren 1833 und 1834 waren weitere wesentlich verbesserte, „Lithotriptoren für Kompression“ (bzw. für „Perkussion“ und „Kompression“) von der Fa. Weiss in mehreren Modellen (Abb. 3) veröffentlicht worden. Dazu sollte man sich erinnern, dass erste Instrumente, die mit „Kompression“ arbeiteten – in unserer alten Vorstellung, Bild der Entwicklung der Lithotripsie – erst 1834 in Edinburgh (W. Fergusson) und in Paris (P. S. Ségalas) erstmals aufgetaucht sind.

Es steht demnach fest, dass J. Weiss bereits im **Jahr 1824** bei der Lithotripsie keine „Körbe mit Stahlfedern“ mehr benötigte, sondern die Steine mit den **Schnäbeln seines Lithotriptors** fasste und für die Steinertrümmerung festhielt. Außerdem arbeitet er bereits 10 Jahre früher (als wir bisher angenommen hatten) mit „**Kompression**“ („force of the screw“). Auf diese Weise war die Lithotripsie viel einfacher geworden. Dies alles wurde durch Schreiben von Sir Benjamin Collins Brodie bestätigt.

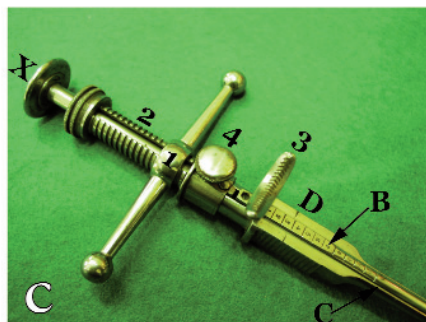


Abb. 3: Weiss'scher Lithotriptor aus dem Jahr 1833/34. „Sliding Instrument“ mit „gespaltenem Schnabel“ für „Kompression“ (vielleicht auch für „Perkussion“)
 3a. Gesamtansicht von oben. Das Instrument (distaler Schnabel) nur wenig geöffnet.
 3b. Detail: Blick von der Seite: Markierung D: bereits moderneres „kubisches Metallgebilde“ (unbeweglicher, „weiblicher“ Teil). 1: Schraubenmutter mit großen Griffen. 2: Gewindestange (beweglicher, „männlicher“ Teil). 3: Griff für das Verschieben des freigegebenen „männlichen“ Teils. 4: Rohrstück mit Schraube (Kupplungsstück zwischen Gewindestange und Rest des „männlichen Teils“?). X: Möglicher Einsatz auch für „Perkussion“(?) (Die Aufgabe des Mechanismus für die „Kompression“ war es, den beweglichen („männlichen“) Teil nach distal (nach abwärts) zu schieben, um damit die Distanz zwischen den beiden Schnäbeln (den beiden Teilen des „gespaltenen Schnabels“) zu verkleinern und durch Erhöhung des Drucks auf den Stein, diesen zu zerbrechen.)
 3c. Detail: Blick von oben. Markierung B: Verschiebbarer, „männlicher“ Teil des Lithotriptors, der nach oben hin Zahlen (für die Größe des Steins bzw. die Distanz zwischen den beiden Schnäbeln) aufweist. B liegt in C und D. C: Proximales Stück des nicht-beweglichen, „weiblichen“ Teils. D: Das „kubische Metallgebilde“. Bei diesem Lithotriptor von Weiss liegt B nach oben hin in diesem Abschnitt frei, ist daher sichtbar dargestellt. 1: Schraubenmutter mit großen Griffen. 2: Gewindestange. 3: Griff für das Verschieben des freigegebenen „männlichen“ Teils. 4: Rohrstück mit Schraube (Kupplungsstück zwischen Gewindestange und Rest des „männlichen Teils“?). X: Möglicher Einsatz für „Perkussion“(?)

So schreibt Brodie im ersten Teil seines Briefes an John Weiss:

„As nearly as I can recollect it must be between nine and ten years since you first showed me an instrument which you has made for the purpose of crushing calculi in the cavity of the bladder by means of a screw. Since then you have from time to time shown me various other Instruments intended for the same operation; but they have been all founded on the same principle, and, in fact have been only modifications and improvements of your original invention ...“

Dass wir den Namen „Weiss“ früher weniger berücksichtigt hatten, lag vielleicht daran, dass wir uns erst in den letzten Jahren mit dem Instrumentenmacher John Weiss eingehender beschäftigt haben. Jedoch bereits 1852 hatte der bekannte Chirurg (und Urologe) William Coulson (1780-1848) aus dem St. Mary's Hospital

in London in seinen Vorlesungen über die Therapie der Blasensteine einige Abbildungen von Weiss'schen Instrumenten gezeigt. Unter anderem gibt es in Abb. 1 den Lithotriptor von Jean Civiale (Abb.1a) mit dem Korb mit Stahlfedern aus 1824 neben dem Instrument von John Weiss (Abb. 1b) mit dem „geteilten Schnabel“ (gleichfalls aus 1824) dargestellt. Bemerkenswert ist vielleicht, dass sogar der berühmte Chirurg und angesehene Lithotomist Robert Liston (1794-1847), der sicherlich keine großer Anhänger der Lithotripsie war, meinte den Lithotriptor von John Weiss besonders hervorheben zu müssen. Vielleicht darf man noch für England erwähnen, dass es dort, wo man bereits Instrumente mit „Kompression“ zur Verfügung hatte, Ärzte gab, die das Arbeiten mit der „Perkussion“ nicht mehr sehr schätzten. Auch das Jahr 1832 scheint uns wichtig. In diesem Jahr berichtet Costello über

seinen neuen Lithotriptor und zwar für „Perkussion“ (demnach für „Hammer und Meisel“). Dieses Instrument war von John Weiss gebaut worden (Abb. 4).

Es ist ein typischer Weiss'scher Lithotriptor mit dem „geteilten Schnabel“, und zeigt sehr deutlich einen verschiebbaren „oberen Teil“ sowie das „viereckigem, kubischem Gebilde“ im unteren („weiblichen“) Teil zur Fixierung des „männlichen“ Teils. Demnach eine Weiterentwicklung des Weiss'sche Instrument aus 1824, jedoch ausgerichtet lediglich für „Perkussion“.

V. Ivánchich (ein Anhänger von Baron

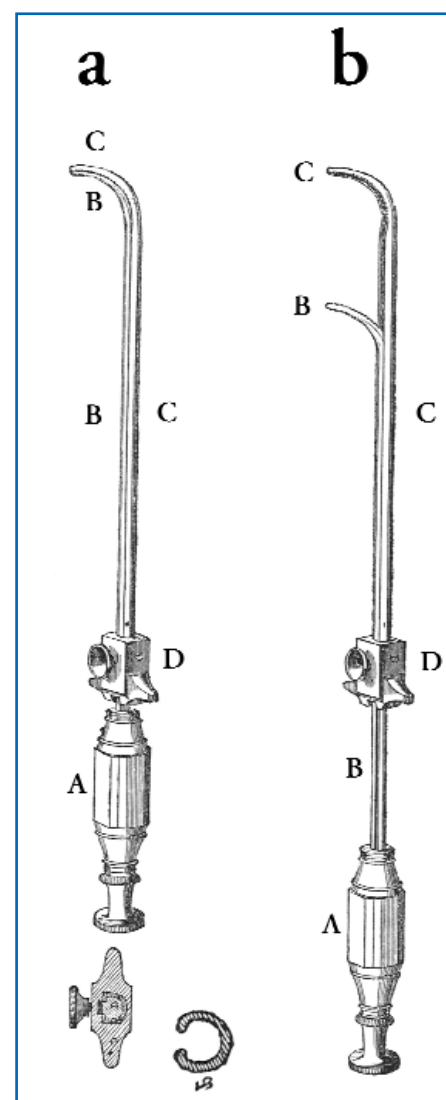


Abb. 4: William B. Costello's „sliding Instrument“ mit „geteiltem Schnabel“ für „Perkussion“, gebaut von John WEISS 1832. Der Lithotriptor geschlossen (4a) und geöffnet (4b). Markierung A: Handgriff für „Perkussion“, B: der obere, bewegliche, „männliche“ Teil des Lithotriptors. C: der untere, unbewegliche „weibliche“ Teil des Lithotriptors. D: „kubischer Metallkörper“ (ein Teil von C) mit Schraube (zur endgültigen Fixierung von B)

Charles Heurteloup) berichtete, „dass dieser 1832 ein „Perkussionsgerät“ herausgebracht hatte, das die Lithotripsie grundlegend verändern würde“. Dieses Instrument sieht dem neuen Lithotriptor von Costello aus 1832 äußerlich sehr ähnlich. Dazu muss jedoch bemerkt werden, dass William Coulson schwerwiegende Mängel am originalen Heurteloup'schen Instrument beschrieben hat, und dabei erwähnt:

„... Baron Heurteloup's original instrument was extremely imperfect; and I have no hesitation in affirming, that, without the essential modification which it subsequently received, it could never held its place, and the system of percussion must have been abandoned as impracticable These fatal defects were soon corrected by Dr. Costello who modified the instrument in the way I now show you ...“

Doch selbst wenn Costello seinen „Perkussions-Lithotriptor“ etwas später auf den Markt gebracht hätte, wäre – nach Coulson's Aussage – Costello's Instrument zumindest das erste brauchbare „Heurteloup'sche Perkussion-Gerät“ gewesen. Hinzugefügt darf werden, dass dieses Instrument nicht nur nach dem Prinzip der Weiss'schen Lithotriptoren aus 1824 entworfen sondern auch von Weiss selbst gebaut wurde. Wie auch immer: Heurteloup erwähnte das Weiss'sche Gerät aus 1824 mit keinem Wort. Aber was kann man schon gegen einen „Meister“ wie den Baron unternehmen!

Vielleicht darf man hier noch eine Bemerkung von Charles Aston Key (1794-1849) hinzufügen, der vor William Coulson der angesehenste Lithotriptist in London war:

„... I have always given Mr. Weiss credit for **being the inventor of the lithotrite at present in use**, as the various instruments now employed are founded upon one **constructed by Mr. Weiss long before Baron Heurteloup employed percussion**, and I regret that justice has not been done to Mr. Weiss by those who have availed themselves of his invention...I have examined all the lithotrites in use and have found none so efficient, made with so much exactness, and so safe, as Mr. Weiss's.“

John Weiss jedoch war **vom Jahr 1834** enttäuscht, denn neben Heurteloup, der – de facto – das Weiss'sche Instrument für seinen Perkussions-Lithotriptor verwendet hatte, gab es noch andere, die ganz offensichtlich seine Instrumente ko-

pierten. So erwähnt John Weiss in einem offenen Brief in *The Lancet*, dass etwa William Fergusson einen Lithotriptor, ein „sliding instrument“ mit Kompression, bauen ließ.

Fergusson war 1834 noch in Edinburgh und trat dort – damals noch – als sehr aktiver Lithotriptist auf. Weiss sah in diesem Instrument – offensichtlich zu recht – eine Kopie des typischen Weiss'schen Instruments aus 1824, bzw. dessen Nachfolgegeräte aus 1833 und 1834. Dies alles erfolgte wieder ohne Weiss zu erwähnen. Fergusson „rechtfertigt“ sich damit, dass sein Lithotriptor ein Gerät von besonderer Qualität wäre, und erwähnt nebenbei, dass er zwei Monate später einen ähnlichen Lithotriptor von Charrière gesehen habe. Es wird demnach der Lithotriptor aus Paris sehr wohl zitiert, obwohl das erwähnte Pariser Instrument (ein „sliding instrument“ mit Kompression) erst zehn Jahre nach dem in England gebauten Weiss'schen Instrument (1824) vorgestellt worden war. (Auch Ségalas' „sliding instrument“ wurde erst 1835 von der Pariser Akademie mit einem Preis bedacht!). Fergusson veröffentlichte in *The Lancet* – offensichtlich zu seiner Rechtfertigung – auch noch einen Brief des berühmten Chirurgen Robert Liston (1794-1847):

„Edinburgh, 99, George street, Feb. 6, 1834. Dear Sir, – I have made trial of the percuteur (?), modified as you describe; although I do not think lithotripty very generally applicable, I have no hesitation on saying, that after having used on the living body nearly all the instruments which have been invented and recommended for breaking down calculi in the bladder, the instrument in question appears both safer and more efficient than any I have yet seen. I am your most obedient servant.“

To W. Fergusson, Esq.
Robt. Liston.

Dieses Schreiben ist insofern interessant, als dieser doch so bekannte Lithotomist Robert Liston in einer seiner Vorlesungen im St. George's Hospital (1836) die Weiss'schen Lithotriptoren so besonders gelobt hatte. In seiner Vorlesung wurde erwähnt, dass es gar nicht so selten zu einem (operativ sehr unangenehmen) Verbiegen des Schnabels und zur Verstopfung des Instruments (durch Fragmente) kam:

„... Mr. Liston, after showing this operation on the subject, further stating, that the risk of bending or breaking was much obviated by the

ingenious adaptation of a dynamometer to what is known as Mr. Weiss's Screw Lithotrite and that very ingenious and persevering artist, who is now appeared had **first given the idea of and constructed the curved crushing instrument** (“beaked sliding instrument”), which is found by experience to be both the **safest and most efficient**, has now so fashioned his instruments that they could not possibly be clogged“

Coulson hat 1852 alle drei genannten Instrumente (den Weiss'schen, den Fergusson'schen und den Charrière'schen Lithotriptor) in seinen Fig. 42 bis 44 (Abb. 5a-c) nebeneinander dargestellt.

1834 gab es dann noch einen Mr. L'Estrange, einen Dentisten und Mitglied des Royal College of Surgeons in Dublin, der einen „eigenen“ „Screw Lithotrite“ den Chirurgen von London und Dublin sowie der East India Company angeboten hatte.

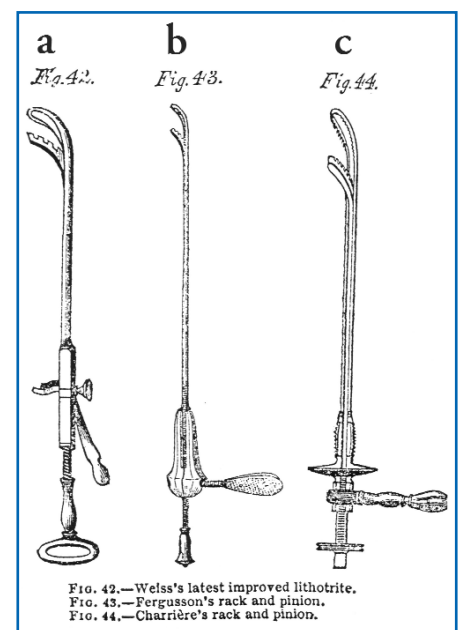


Abb. 5: **Drei Lithotriptoren für „Kompression“.** (Coulson's Publikation, 1852)

5a. (Fig. 42): Lithotriptor von John Weiss (vor 1852); „Kompression“ erzeugt durch eine Gewindestange (threaded rod, vis sans fin) und Mutter.

5b. (Fig. 43): Lithotriptor von (Sir) William Fergusson, 1834; „Kompression“ erzeugt durch eine Zahnstange und Zahngetriebe (rack and pinion).

5c. (Fig. 44): Lithotriptor von Joseph F. B. (Benoit) Charrière, 1834; „Kompression“ erzeugt durch eine Zahnstange und Zahngetriebe („rack and pinion“). (Wir meinen, dass die „Kompression“ mit einer Gewindestange und Mutter, Weiss, vom Kraftaufwand des Arztes günstiger ist als mit der Verwendung einer Zahnstange und Zahngetriebe.)

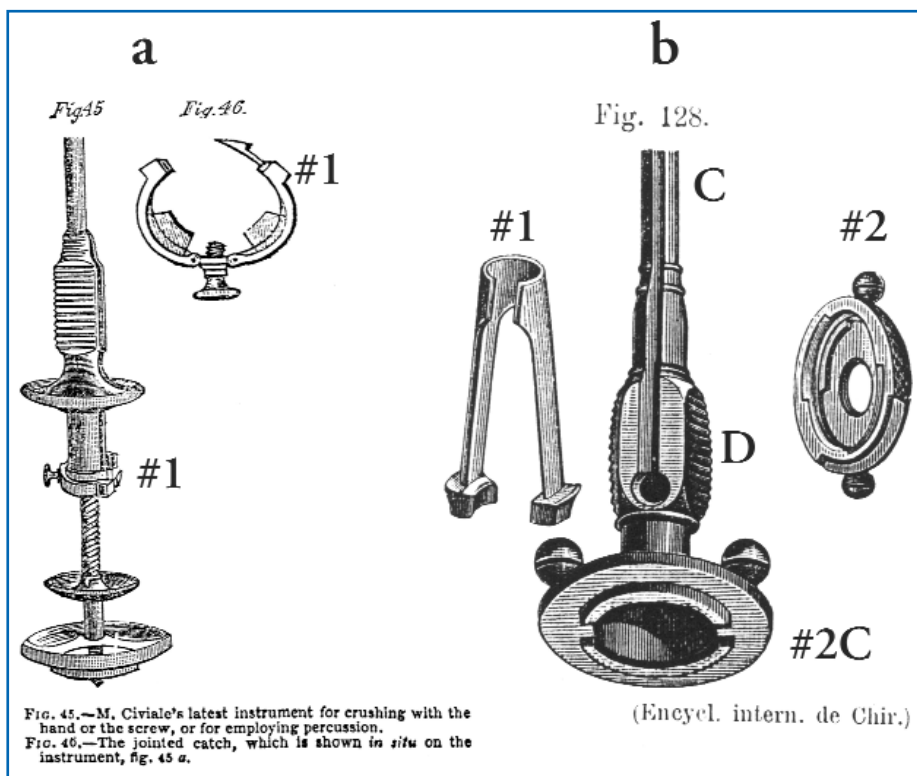


Abb. 6: Zum Mechanismus der „Automatik“ der Schösser der „modernen Lithotriptoren“.

6a: (Fig. 46): Aus der Arbeit von William Coulson aus 1852 ein früher (wichtiger) Teil dieser Automatik eines französischen Schlosses, den Coulson mit „jointed catch“ (#1) bezeichnet.

6b (Fig. 128): Diese Abbildung ist aus dem Robert Ultzmann-Moritz Schustler'schen Buch (1890). Diese Konstruktion sieht etwas „fortschrittlicher“ aus, und man kann sich davon eine Vorstellung machen, was eine „federnde, gebrochene Schraube“ (#1) oder eine „écrou brisé“ (a1) sein könnte. Nur das Schalten durch Drehen von (#2) entspricht nicht ganz den typischen französischen oder englischen Schlosses; es erinnert ein wenig an den Mechanismus des amerikanischen Schlosses (in Abb. 7).

#1: „jointed catch“ bzw. „federnde, gebrochene Schraube“ bzw. „écrou brisé“

#2: drehbarer Schaltungsteil (bzw. -Deckel), um B zu fixieren oder frei zu geben.

#2C: proximaler Teil von D bzw. von C, der mit #2 verbunden wird.

Schon die Überschrift, die *The Lancet* für den Brief von Weiss wählte, ist in ihrer Aussage klar. „Its invention by Mr. Weiss, and Piracy by Mr. L'Estrange“. Außerdem folgt eine dem entsprechende Erklärung von *The Lancet*:

„As plagiarisms are but too common in our profession, to the great injury of able and industrious authors and inventors ... the attempt which has been made by a Mr. L'Estrange, of Dublin, to foist on the profession a clumsy alteration of an instrument invented by Mr. Weiss, as an improved piece of inventive workmanship and skill. Having seen both instruments we feel no hesitation in declaring that the instrument of Mr. L'Estrange is clumsy, heavy, and complicated, while that of Mr. Weiss is rendered really beautiful by its simplicity, lightness, and power.“

In einem Schreiben vom 7. Oktober 1831 spricht Sir B. C. Brodie über das

Weiss'sche Instrument, und dass es ungefähr neun bis zehn Jahre her ist, dass Weiss ihm das erste Mal ein Instrument gezeigt hat, das Steine in der Blase „by means of a screw“ zerdrücken sollte.

„I have not the smallest doubt but the credit of having first contrived an instrument for crushing calculi in the bladder by means of a screw belongs to yourself, and although some ingenious persons have followed you in the path which you opened, I do not believe that there are any instruments now made which are so well adapted to this operation as those invented by yourself.“

Wie erwähnt gab es in den Jahren **1832 bis 1834** bereits sehr weit fortgeschrittene Lithotriptoren der Fa. J. Weiss. Vor allem sind Veränderungen im Bereich des „kubischen Gebildes“ zu erwähnen, das sich allmählich den „Schössern“ der späteren („modernen“) Lithotriptoren

näherte. Bei den Modellen aus 1833 und 1834 benötigt dieser Bereich noch zwei „Schaltelemente“, und zwar einen Schieber für den „beweglichen Teil“ und die Schraube für die Fixierung des „männlichen“ (beweglichen) Teils am „weiblichen“ (nicht beweglichen) Teil (Abb. 3, 3a, 3b)

Mit den Abbildungen Fig. 45 und 46 in der Publikation von Coulson als Teil „jointed catch“ sowie der „federnden gebrochenen Schraube“ im Buch von Robert Ultzmann (1842-1889) als Abb. 128 (Abb. 6) beginnt bereits ein neues Kapitel in der Entwicklung der Lithotripsie; Ernest Desnos (1852-1925) spricht in seinem Buch aus 1890 von einer „écrou brisé“. Es war der Einbau der unterschiedlichen „Schösser“ in die Lithotriptoren, welche die Anwendung der Lithotripsie so wesentlich erleichterten.

Denn mit der Bewegung **nur eines Hebels** (im „**französischen Schloss**“) oder dem Verschieben nur eines Knopfes (beim „**englischen Schloss**“) bzw. dem Drehen eines breiteren Ringes am proximalen Ende eines „**amerikanischen Schlosses**“ (beim Lithotriptor von Henry Jacob Bigelow, 1818-1890) wurde entweder der männliche, bewegliche Teil des Lithotriptors zum Suchen und Fassen der Steine freigegeben oder der bewegliche Teil und der Stein fixiert und die „Kompression“ in Gang gesetzt. Coulson schreibt einen solchen Lithotriptor Civiale zu, zumeist wird aber in diesen Zusammenhang mit Charrière genannt (Abb. 7).

Ich weiß nicht, ob es so ohne weiteres richtig ist zu sagen, dass man mit diesen neuen („modernen“) Lithotriptoren wieder in die „Geburtsstadt der Lithotripsie“, nach Paris zurück gekehrt war. Vielmehr scheint es so, dass von diesem Zeitpunkt an in vielen Orten in Europa praktisch nur dieser eine Typus des Lithotriptors gebaut wurde, mit oft sehr unterschiedlichem „Antriebsrad der Kompression“ oder recht verschiedenen „Schnäbeln und – wie genannt – mit recht differenteren „Schössern“. Um diese (im Prinzip einheitliche) Gruppe von Lithotriptoren besser zusammenfassen zu können, haben wir diese Geräte als die „modernen Lithotriptoren“ bezeichnet. Damit wäre aber der Abschnitt über das „Neue Bild in der Entwicklung der Lithotripsie“ eigentlich abgeschlossen. Denn die Periode, die wir jetzt als die der „**modernen Lithotriptoren**“ bezeichnet haben, hat es auch in unserem früheren, dem „alten Bild über die Entwicklung der Lithotripsie“ gegeben.

Schwierigkeiten ergaben sich lediglich mit

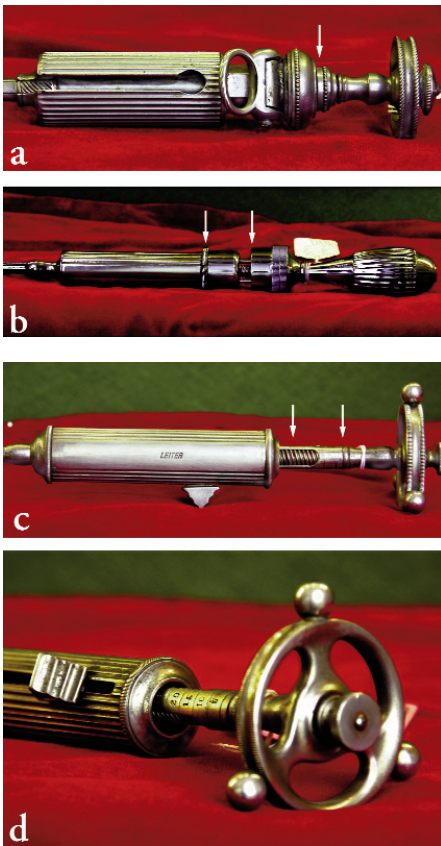


Abb. 7: Beispiele von „Schlössern“ der „modernen Lithotriptoren:

7a: Französisches Schloss eines Lithotriptors des Pariser Instrumentenmachers Adolphe Collin (1831-1923); des Nachfolgers von Charrière. Man erkennt an einem mit Pfeil markierten Teil des Schlosses, dass die Schnäbel nicht geöffnet sind.

7b: Amerikanisches Schloss eines Lithotriptors erdacht vom Bostoner Chirurgen Jacob Bigelow (1787-1879). Man erkennt (siehe Markierung mit zwei Pfeilen), dass die Schnäbel etwas geöffnet sein müssen. Bemerkenswert ist außerdem, dass der Deckel des Schlosses am Drehknopf für die „Perkussion“ befestigt ist. Das bewirkt, dass sich der Deckel mit dem Schieben des beweglichen, „männlichen“ Teils nach proximal gleichfalls vom Schloss entfernt.

7c: Englischsches Schloss eines Lithotriptors des Wiener Instrumentenmachers Josef Leiter (1830-1892). Man erkennt (siehe Markierung mit zwei Pfeilen), dass die Schnäbel etwas geöffnet sein müssen.

7d: Detail aus 7c mit Blick von rückwärts sowie von oben seitlich. Darstellung des „Maßstabs“ aus dem rückwärtigen (proximalen) Bereich der Gewindestange vom „männlichen Teil“; die Distanz der geöffneten Schnäbel bzw. der Durchmesser des Blasensteins würde hier ungefähr 20 mm betragen. Das Rad zum Hineindreihen der Gewindestange hat drei Kugeln.

dem Begriff „Schloss“ in der französischen und englischen Sprache (bzw. in den entsprechenden Publikationen), weil wir dort wohl die Funktion dieses Bereichs beim Lithotriptor ausführlich beschrieben fanden, aber nicht die dem „Schloss“ entsprechende Bezeichnung. Da die meisten Lithotriptoren des 19. Jahrhunderts – in erster Linie – in Paris und London erfunden wurden, muss es dort wohl einen Begriff gegeben haben, der zu dem deutschen Wort „Schloss“ führte. Sir Henry Thompson spricht von „handle“ und Ernest Desnos (1852-1925) aus der Guyon’schen Klinik von „poignée“, aber beides sagt zu wenig aus. Es wurde mir mitgeteilt, dass man in den USA für den Begriff „Schloss“ das Wort „lock“ verwendet. Dies würde uns schon besser passen; vielleicht hat man im Französischen etwa das Wort „serrure“ verwendet? Es ist dies die Stelle im Bereich des „weiblichen Teils“, an der – nach „Schließen des Schlosses“ – der sonst bewegliche „männliche Teil“ fixiert wird, d.h. nur mehr durch Drehen der Schraube an der Gewindestange (der „Kompression“ des „männlichen Teils“) bewegt werden konnte. Damit wurde die „Kompression“ zum Zerbrechen des Konkrements aktiviert.

Bevor wir mit einigen kürzeren Bemerkungen dieses Referat abschließen, möchten wir noch einmal zu dem am Anfang

des Referats von uns angestrebten Ziel zurückkehren, der Darstellung der Bedeutung der Tätigkeit in England für die Entwicklung der Lithotripsie. Diese kann nun tatsächlich als beachtlich bezeichnet werden. Immerhin führten die Lithotriptoren, die John Weiss 1824 baute, letztendlich zu dem, was wir die „modernen Lithotriptoren mit ihren verschiedenen Schlössern“ bezeichnen. Auch möchte ich hier erklären, warum diese Arbeit dem Chirurgen und namhaften Urologen des St. Mary’s Hospital in London William Coulson (1802-1877) gewidmet wurde.

Als ich für diese Publikation bei Coulson noch einiges über Baron Heurteloup erfahren wollte, bin ich außer auf Coulson’s Kritik an den ersten Perkussionsinstrumenten des Baron Heurteloup (aus 1832) und den Verbesserungen dieses Verfahrens und Instrumenten durch Costello in London (was schon etwas früher besprochen wurde) auf einige sehr bemerkenswerte Zeilen gestoßen. Es heißt nämlich dann auf einmal:

„... and here I must enter into a few details which enable me to do justice to English surgery on a point that has been forgotten or intentionally overlooked ...“.

Vielleicht kann man hier auch die weiter oben erwähnte Bemerkung von Charles Aston Key nochmals anführen:

„... and I regret that justice has not been done to Mr. Weiss ...“.

Es gab demnach wahrscheinlich in England auch Chirurgen (und englische Instrumentenmacher), die sich auf dem Gebiet der Lithotripsie von Pariser Meistern vielleicht „etwas überfahren“ fühlten. Wir sind daher froh, dass wir mit unserem Hinweis auf die Bedeutung des englischen Beitrags zur Lithotripsie vielleicht einiges richtig stellen konnten, wenn auch erst nach 150 Jahren!

Wir waren daher schon etwas überrascht, dass man um 1860 in der Firma John Weiss & Söhne von den berühmten Weiss’schen Lithotriptoren nur mehr als von den „alten Weiss’schen Instrumenten“ sprach. Die weiter oben erwähnten neueren („modernen“) Lithotriptoren wurden 1860 von der Firma Weiss (in London) in erster Linie mit den Aktivitäten der Firma Charrière (in Paris) in Zusammenhang gebracht. Man wies jedoch darauf hin, dass man in der eigenen Werkstatt ein wesentlich stabileres, daher sicheres Gerät gebaut hatte, den neuen Lithotriptor von H. Thompson. Der erwähnte Lithotriptor wurde von Sir Henry Thompson an der Royal Medical & Chirurgical Society in London in der wissenschaftlichen Sitzung von Dienstag den 27. Jänner 1863 vorgestellt. Damals sprach H. Thompson über „Lithotrites of a new construction“ und stellte die neuen Instrumente „on behalf of Messrs. Weiss and Sons“ vor. Was H. Thompson von den „modernen“ Lithotriptoren erwartete war, dass man rasch arbeiten konnte und es sollten „vibration and concussion“ auf ein Minimum reduziert sein. Daher wurden die älteren „Screw instruments“ letztendlich vom Charrière’schen Lithotriptor ersetzt. H. Thompson erwähnte die Verbesserung, die Mr. Coxeter auf der „Internationalen Ausstellung“ gezeigt hatte:

„... and finally demonstrated the action of the Weiss’s new instrument as uniting all these characters given above with the greatest strength The apparatus is exceedingly simple, at the same time strong, and not liable to get out of order.“

Robert Ultzmann hat wie viele unserer großen Vorgänger diesen Lithotriptor gerne verwendet. Auch ich hatte nach 1952 noch das Glück – gelegentlich anstatt einer Sectio alta – mit einem ähnlichen

„modernen“ Instrument mit einem „englischen Schloss“ zu lithotriptieren.

Drei abschließende Bemerkungen

Es wurde die Frage über die Verwendung von „optischen Lithotriptoren“ gestellt. Meine Stellungnahme dazu kann nur eine persönliche sein: Ginge es um die Entfernung eines Fremdkörpers in der Blase, oder um ein kleines, nicht zu hartes Konkrement oder Steinfragment, so gab es handliche „optische Lithotriptoren“, die dafür geeignet waren. Diese Instrumente haben aber nicht die „Widerstandskraft“ eines „blinden Lithotriptors“. Es gibt aber „optische Lithotriptoren“, die dies fertig gebracht hätten, einen Blasenstein üblicher Größe zu zerkleinern. In Hans und Matthias Reuter's Buch „Geschichte der Endoskopie“ ist eine größere Anzahl dieser „optischen Lithotriptoren“ abgebildet. Jedoch die meisten solcher Instrumente, die mir zur Verfügung standen, waren von so dickem Kaliber und so schlecht beweglich, dass ich sicher gerne zu den viel schlankeren und längeren Instrumenten der

„blinden Lithotripsie“ zurückgekehrte wäre. Jetzt ist dies sicherlich nur eine historisch theoretische Frage, denn längst gibt es schonendere Verfahren, Steine aus der Blase zu entfernen.

Die zweite Feststellung ist die, dass Sir Henry Thompson empfohlen hatte, Blasensteine möglichst früh mit Lithotripsie zu entfernen, was die Mortalitätsrate beträchtlich verringerte und letztendlich in Europa die Lithotripsie **zur Standardtherapie in der Blasensteinchirurgie** des 19. Jahrhunderts (und einem Teil des 20. Jahrhunderts) gemacht hatte. Mit dem Verschwinden des „schrecklichen“ Eingriffs der perinealen Lithotomie (eventuell noch ohne Narkose) und der vielen Komplikationen des Seitenschnitts, liebten sich die Patienten – mit der Lithotripsie – viel früher operieren, und es wurden damit die sekundären „Störungen“ der oberen Harnwege beträchtlich vermindert. Dass Asepsis und Antisepsis (im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts) eine routinemäßig und leicht durchführbare Sectio alta ermöglichten, war ein weiterer Segen. Es konnten sehr große Steine, die gelegentlich Schwierigkeiten bei der Lithotripsie bereitet hätten, jetzt

leicht mit einer Sectio alta entfernt werden. Nicht zu vergessen ist, dass so große Blasensteine kaum mittels perinealen Seitenschnitts zu entfernen waren, ohne den Patienten ernstlich zu gefährden.

Die dritte Feststellung kann hier nicht mehr ausreichend abgehandelt werden. Es geht um die Bezeichnung des in Bayrischen Diensten gestandenen **Franz von Paula Gruithuisen** (1774-1852) als „Erfinder der Lithotripsie“. Diese Feststellung halte ich als ein Produkt, hervorgegangen aus dem „Streit der Meister der Lithotripsie miteinander“ in Paris. Jean Civiale war der Erste, der Patienten erfolgreich lithotripsierte, dem infolge die Möglichkeit geboten wurde, die erste urologische Abteilung – weltweit – zu errichten, und der durch die Akademie der Wissenschaften in Paris zum Erfinder der Lithotripsie erklärt wurde. Um dies genau zu begründen fehlt der nötige Platz in dieser bereits jetzt schon sehr umfangreichen Publikation.

Univ. Doz. Dr. Peter P. Figdor
Urologisches Archiv Wien der ÖGU
Floridsdorfer Hauptstraße 1, 1210 Wien
ppfigdor.uroarchiv@gmx.at

Buchbesprechung

„Die Entwicklung der Endoskopie im 19. Jahrhundert“ von P.P. Figdor

Der Archivar der ÖGU hat in Nachfolge zu seinem beeindruckenden Werk über Philipp BOZZINI ein 3-bändiges Oeuvre über die Entwicklung eines der Herzthemen unseres Faches, der Endoskopie, vollendet.

Diese nun insgesamt 5 Bände umfassende Darstellung des mühseligen, aber auch genialen Werdens unseres unverzichtbaren Instrumentariums steht wohl konkurrenzlos in der Fachliteratur dar. Nicht nur für arrivierte und erfahrene Kollegen ist es eine faszinierende Lektüre mit beeindruckenden Abbildungen in überragender Qualität, sondern es stünde auch den jungen Kollegen gut

an, sich darüber zu informieren, sofern sie sich wirklich mit diesem Fach und seiner Faszination identifizieren, welche langer und schwieriger, manchmal mit Niederlagen und Unzugänglichkeiten gespickter, aber letztlich doch von Genialität und subtilster Handwerkskunst überstrahlter Weg es war, bis es soweit kommen konnte, dass sie nun diese eleganten und zarten Instrumente in ihren Händen halten dürfen.

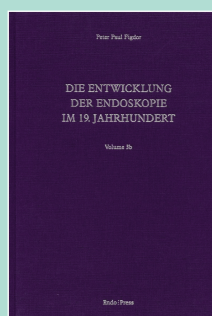
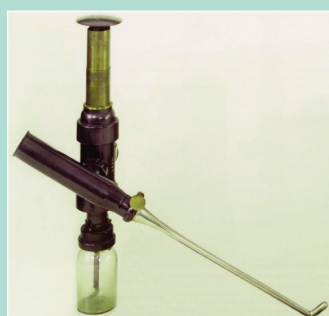
Man kann Kollegen Figdor nur gratulieren und sich in Respekt verneigen, dass er dieses bleibende Werk geschaffen hat.

Obwohl unser Archivar durchaus rüstig

und geistig voll auf der Höhe ist, sollte die Gesellschaft sich doch Gedanken über einen Mitarbeiter und potentiellen Nachfolger machen. Es wäre wirklich schade, wenn diese nun so verdienstvoll aufgebaute Tradition keine adäquate Fortsetzung erführe.

Dies gilt auch für die Zukunft des Nitzleiter-Museums, das einen Schatz darstellt, der offenbar von der Mehrzahl der Gesellschaftsmitglieder in keiner entsprechenden Weise erkannt und gewürdigt wird. Die Zukunft dieses Juwels sollte ebenfalls unter der Schirmherrschaft unserer Gesellschaft gesichert sein.

OZ



Peter Paul Figdor
Die Entwicklung der Endoskopie im 19. Jahrhundert
Endo Press

43. Alpenländisches Urologensymposium



Urologie im Grenzbereich

17. – 20. März 2010
Kongresszentrum
Bad Hofgastein

www.urologensymposium2010.at

Wissenschaftliches Programm:

Erfahrungen und Überlegungen sowie Pitfalls von Operationen im Grenzbereich

- Urologische Onkologie
- Rekonstruktive Urologie
- Kinderurologie
- Interdisziplinäre Operationen
- Fertilitätsbehandlung

Wissenschaftliche Beiträge:

Anmeldungen wissenschaftlicher Beiträge ab 1. 10. 2009 an abstract@urologensymposium2010.at. Die Richtlinien für die Abstracteinsreichung finden Sie auf der Tagungshomepage.

Wissenschaftliche Organisation:

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner
Urologische Abteilung
Wilhelminenspital
Montleartstraße 37, 1160 Wien

OA Dr. Andreas Floth
(Tagungssekretär)
Urologische Abteilung
Wilhelminenspital
Montleartstraße 37, 1160 Wien

Tagungsbüro:

IFC – Ilona Fuchs Congress
Tel.: 01 / 602 25 48
congress@chello.at

Tagungshomepage:

www.urologensymposium2010.at

Aufruf zur Teilnahme am Symposium

Die Entwicklung der Endoskopie und ihre Anwendungen

gemeinsame Veranstaltung der Internationalen Nitze-Leiter-Forschungsgesellschaft für Endoskopie und dem

Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Universität Wien

am 30. Oktober 2009 in Wien

Vortragsanmeldungen bis 3. August 2009 unter helmut.groeger@meduniwien.ac.at
Redezeit maximal 20 Minuten

Manfred Skopec
Helmut Gröger

Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Universität Wien

Internationale Nitze-Leiter-Forschungsgesellschaft für Endoskopie

1090 Wien, Währinger Straße 25
+43-1 / 4277 63404
+43-664 / 213 47 45

16.-19. September 2009, Berlin, D

61. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie.
www.dgu-kongress.de

9.-11. Oktober 2009, Wien

WCMH 6th World Congress on Men's Health & Gender
www.wcmh.info

23.-24. Oktober 2009, Laibach, SLO

9th EAU Central European Meeting
<http://cem.uroweb.org>

5.-8. November 2009, Los Angeles, USA

World Congress in Urological Research
www.sbur.org

6.-7. November 2009, Linz

Fortbildungstagung der ÖGU mit Jahreshauptversammlung 2009
www.uro.at

12.-14. November 2009, München, D

1st Symposium „Urological Research“ of the German Association of Urology
<http://uro.klinikum.uni-muenchen.de>

13.-14. November 2009, Mannheim, D

21. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e. V. und 69. Seminar AK Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau
www.kontinenz-gesellschaft.de

4.-5. Dezember 2009, Homburg, D

Deutsches Robotisches Urologie Symposium
www.uroweb.org

Aktuelle Aspekte zum Prostatakarzinom

Wissenschaftliches Fortbildungssymposium 2009

Unter dem Vorsitz von Univ. Prof. Dr. Ch. Kratzik wurde das Krankheitsbild des Prostatakarzinoms näher beleuchtet. Die wissenschaftliche Diskussion behandelte die Themen „Operation oder Bestrahlung“, „Die Nachsorge von Prostatakarzinom-Patienten in der Ordination“ und „Inkontinenzmanagement im niedergelassenen Bereich“.

Operation oder Bestrahlung?

Der Workshop von **Univ. Prof. Dr. K. Pummer** und **Univ. Prof. Dr. F. Sedlmayer** diskutierte Kriterien für die Therapieentscheidung Operation versus Bestrahlung. Pummer wies eingangs auf die Wichtigkeit der primären Risikostratifizierung hin. Ein PSA-Wert unter 10 ng/ml, ein Gleasonscore von 2-6 und ein lokalisierter Tumor definieren low-risk-Patienten. Bei diesen Patienten fließen in die Überlegung vor allem die unterschiedlichen Nebenwirkungsprofile der Therapiemöglichkeiten und der Patientenwunsch ein, da das Outcome beider Therapieoptionen vergleichbar und sehr gut ist. Im Gegensatz dazu sollten high-risk-Patienten mit einem PSA > 20 ng/ml und/oder einem Gleasonscore 8-10 und/oder einem Tumorstadium \geq T2c eher einer radikalen Prostatektomie zugeführt werden. So zeigen einige Studien an Hochrisikopatienten ein tendenziell höheres biochemisch rezidivfreies, krankheitsspezifisches oder Gesamtüberleben 5 beziehungsweise 7 Jahre nach einer radikalen Prostatektomie (Mian 2002, Manoharan 2003, Valicenti 1999, Morgan 1993, van Ouden 1998) als nach Bestrahlung (King 2004, Pilepich 1997, Hanks 2003, Bolla 2002). Bei Versagen der Primärtherapie scheinen bestrahlte Patienten tendenziell früher Metastasen zu entwickeln als operierte Patienten, wiewohl die Daten aus der Literatur schwer vergleichbar sind. Ein Blick auf die Nebenwirkungen zeigt, dass Patienten in gleichem Ausmaß an erektiler Dysfunktion leiden. Die Kontinenzraten sind wohl nach Strahlentherapie etwas besser, bei jedoch hoher Darmtoxizität. Abschließend weist Pummer auf die Bedeutung von hochspezialisierten Zentren hin, da nur diese einen entsprechenden Therapieerfolg garantieren können.

Im Vergleich dazu präsentierte **Univ. Prof. Dr. F. Sedlmayer** Daten einer prospektiv randomisierten Studie (Akakura 2006) an Patienten mit T2b-T3N0M0 Tumoren, die nach einem medianen Follow-Up von 102 Monaten keinen signifikanten Unterschied im biochemisch-rezidivfreien, krankheitsspezifischen oder Gesamtüberleben nach radikaler Prostatektomie oder Bestrahlung (lediglich 60-70Gy) und neo-/adjuvanter Hormonthera-

pie zeigten. Im Weiteren verwies er auf die Notwendigkeit der entsprechend hohen Bestrahlungsdosis. Daten von Kupelian 2005 demonstrierten ein signifikant besseres Outcome für Patienten mit einer Bestrahlungsdosis >72Gy versus <72Gy. In vergleichbarer Weise profitierten Patienten mit einem PSA-Wert >10ng/ml von 78Gy versus 70Gy (Kuban 2008). Der Kombination aus Strahlentherapie und Hormonsuppression ist insbesondere bei Risikopatienten mit Tumorstadien \geq T2b, einem Gleasonscore \geq 7 und einem Ausgangs-PSA-Wert >20ng/ml der Vorzug zu geben. Die Dauer der Hormonsuppression sollte den Risikofaktoren entsprechend angepasst werden, wobei es für die adjuvante Hormonsuppression im Ausmaß von bis zu 3 Jahren überzeugende Daten gibt (Bolla 2002).

Nachsorge von Prostatakarzinom-Patienten

Der Patient von heute hat ein Interesse und ein Recht auf Information über seine Erkrankung, die auch sehr nachdrücklich im Rahmen der Prostatakarzinomnachsorge eingefordert wird. Im Zentrum des Nachsorgemanagements steht somit die Aufklärung über den Stand der Erkrankung und die entsprechenden Therapieoptionen, die frühzeitige Erkennung eines Rezidivs, und im klinischen Bereich die Erfassung und Auswertung der Daten zur Verbesserung zukünftiger Therapien. **Univ. Prof. Dr. W. Hörtl** betonte in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit des PSA-Werts auch als Nachsorgeparameter. Die erste postoperative Messung sollte frühestens nach 6 Wochen erfolgen. Weiters ist der PSA-Wert im ersten Jahr nach 3, 6, 9 und 12 Monaten, im zweiten bis fünften Jahr halbjährlich und danach einmal pro Jahr abzunehmen. Nach der Bestrahlung eines bis dato unbehandelten Prostatakarzinoms, mit/ohne adjuvante hormonsuppressive Therapie ist der PSA-Wert 6-monatlich zu kontrollieren. Im Vergleich dazu ist nach Bestrahlung eines biochemischen Rezidivs der PSA-Wert aus folgender pragmatischer Sicht sofort zu bestimmen: bei Persistenz des PSA-Werts handelt es sich mit Sicherheit um ein systemisches Geschehen, das einer sofort-

tigen hormonsuppressiven Therapie bedarf. Zusätzliche Untersuchungen sind lediglich in ausgewählten Fällen und bei erforderlichen Änderungen des Therapiekonzepts durchzuführen. Die Bestrahlung eines Lokalrezidivs sollte unbedingt vor Erreichen des PSA-Werts von 1 ng/ml erfolgen. Beim systemischen Progress ist die Hormontherapie Mittel der Wahl.

Univ. Doz. Dr. W. Albrecht erörterte die Nachsorge bei Prostatakarzinom-Patienten unter einer Hormontherapie. Bei der Interpretation des PSA-Verlaufs ist es wichtig, immer die gleichen Kits zu benutzen, die Verwendung hypersensitiver Kits ist seines Erachtens nicht erforderlich. Der PSA-Wert sollte 3 und 6 Monate nach Therapiebeginn kontrolliert werden, in Folge in einem Abstand von drei bis sechs Monaten. Gleichzeitig sind zusätzlich zur Anamnese eine digital-rectale Untersuchung und eine sorgfältige Überprüfung etwaiger Symptome vorzunehmen. Bei M1-Patienten sind regelmäßig Hämoglobin, Kreatinin und die alkalische Phosphatase zu bestimmen. Die europäischen Leitlinien dokumentieren für die Chemotherapie beim hormonrefraktären Prostatakarzinom einen signifikanten Überlebensvorteil für M1-Patienten unter Docetaxel 75mg/m² alle 3 Wochen und empfehlen die Gabe

von Docetaxel oder Mitoxantron und Prednisolon oder Hydrocortison für Patienten mit Knochenmetastasen. Komplikationen des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms sind die Anämie, Frakturen, Rückenmarkskompressionen und eine Hydronephrose aufgrund der lokalen Ausbreitung mit anschließender Obstruktion der harnableitenden Strukturen. Die Gabe von Bisphosphonaten zur Vermeidung ossärer Komplikationen ist ebenso wie die begleitende Therapie mit Analgetika, Cortison, Radiotherapie und Radionukliden bei entsprechender Skelettbeteiligung frühzeitig einzuleiten. Die Therapie der Hydronephrose umfasst Corticosteroide, innere Schienung (JJ-Stent), perkutane Nephrostomie, Dekompressionsoperationen, Ureter-Neuimplantationen oder eine Bestrahlung.

Management der Harninkontinenz

Univ. Doz. Dr. S. Madersbacher und **Univ. Prof. Dr. G. Schatzl** diskutierten anhand von zahlreichen Fallbeispielen die Problematik der Harninkontinenz. Derzeit sind etwa eine Million ÖsterreicherInnen betroffen, bis 2035 rechnet man mit einem Anstieg auf 1,8 Millionen. 85% der Betroffenen sind Frauen. Die exakte Diagnosestellung ist relativ einfach und

eine notwendige Basis für die weitere Therapie. Die Basisdiagnostik der Harninkontinenz umfasst eine Anamnese, eine klinische Untersuchung, eine Urinanalyse, eine Ultraschalluntersuchung mit Restharnkontrolle, gegebenenfalls eine Uroflowmetrie, eine Abklärung der oberen Harnwege und ein Miktionsprotokoll über ein bis zwei Tage. Durch die Basisdiagnostik lässt sich in 85% der Fälle das Beschwerdebild abklären, so dass das Vorhandensein beziehungsweise das Nicht-Vorhandensein einer Harninkontinenz festgestellt und eine Differenzierung zwischen Dranginkontinenz (Syndrom der überaktiven Blase) und Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) vorgenommen werden kann. Die therapeutischen Maßnahmen der Dranginkontinenz, die bei Männern unter anderem auf eine infravesikale Obstruktion zurückzuführen ist, reichen von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen über eine medikamentöse Therapie mit lokaler Applikation von Östrogenen und Anticholinergika per os, bis hin zur nicht-invasiven Neuromodulation und interventionellen Verfahren wie der Injektion von Botulinum-A, der sakralen Neuromodulation, der Blasenaugmentation oder dem Einsetzen eines artefiziellen Sphinkters.



Internationales Fortbildungssymposium

Takeda UROcyclicum 2009

Termin: 9.-11. Oktober 2009

Ort: Kitzbühel

**Nähere Informationen erhalten Sie direkt bei
Takeda Pharma**

Tel.: 01 / 524 40 64-43 (Fr. Gabriele Mück)

Neue Option in der Antibiotikatherapie

Ab sofort steht ein neues Breitbandantibiotikum zur Verfügung: **Unidrox® 600mg Tabletten** (Wirkstoff Prulifloxacin) sind als Singleshot-Therapie (1 Stk. Packung) bei akuten unkomplizierten Infektionen der unteren Harnwege indiziert; die Packung zu 10 Stk. dient zur Behandlung von komplizierten Harnwegsinfekten sowie zur Behandlung einer akuten Exazerbation einer chronischen Bronchitis (AECB).

Das Pro-Drug Prulifloxacin wird rasch resorbiert und in den wirksamen Metaboliten Ulifloxacin umgewandelt. Durch die lange Halbwertszeit von 10 Stunden ist eine Einmalgabe pro Tag ausreichend. Unidrox® 600mg zeichnet sich durch eine bessere Bakterienpenetration und eine längere postantibiotische Wirkung im Vergleich zu den Referenz-Fluorchinolonen aus. Die durchschnittliche Gewebekonzentration in Lunge und Niere des wirksamen Metaboliten Ulifloxacin liegt 5mal höhere als im Plasma.



Unidrox® 600mg 1 Stk. EUR 13,70 AVP (no box)
 Unidrox® 600mg 10 Stk. Green Box des Erstattungskodex

Weitere Informationen:
 Mag. (FH) Monika Cochlar
 CSC Pharmaceuticals, Gewerbestr. 18-20
 2102 Bisamberg
 Tel. 02262/606-241
 Email: m.cochlar@csc-pharma.com

Sixantone® – Flexible Lösung in der Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms!

Seit 1. März 2009 ist Sixantone®, das LHRHa 6-Monats-Depot von Takeda Pharma, in der ‚Grünen Box‘ verfügbar!

Sixantone® bietet in der Therapie des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms mehr Flexibilität für Patienten mit stabilem PSA Verlauf und gesicherter Compliance und somit den Urologen einen zusätzlichen Vorteil in der Patientenführung. Gleichzeitig ist Sixantone® vergleichbar effektiv und verträglich wie das bewährte Leuprorelin 3-Monats-Depot Trenantone®.

Die innovative Mikrosphären Galenik mit der klinisch geprüften Leuprorelin-Dosierung von 30 mg zeigt über 6 Monate einen konstanten Wirkstoffspiegel. Die innovative Zweikammerspritze mit der ultradünnen Nadel sorgt auch bei Sixantone® mit nur 1 ml Flüssigkeit für die gewohnte einfache, zeitsparende und patientenfreundliche Handhabung.



Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Lothar Pittrow unter 01/424 40 64-524 DW gerne zur Verfügung.

Fachinformation von Seite 3

Enantone® Monats-Depot-Zweikammerspritze. Zusammensetzung: 1 Zweikammerspritze enthält 3,75 mg Leuprorelinacetat. Hilfsstoffe: Retardmikrokapseln: Poly(glycolsäure, milchsäure), Mannitol und Gelatine. Suspensionsmittel: Carboxymethylcellulose-Na, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. Anwendungsgebiete: • Männer: zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. • Kinder: idiopathische oder neurogene gonadotropinabhängige Pubertas praecox vera. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polyglykol-, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates; intraarterielle Injektion. Männer: nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms; chirurgische Kastration. Mädchen mit Pubertas praecox vera: Schwangerschaft und Stillzeit; nicht abgeklärte vaginale Blutungen. Pharmakologisch-therapeutische Gruppe: GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. Abgabe: NR, Rezept- und apothekenpflichtig. Packungsgröße: 1 Zweikammerspritze. Stand der Information: Juli 2005. Zulassungsinhaber: Takeda Pharma GmbH, 1070 Wien, Seidengasse 33-35, Tel. 01/524 40 64, Fax: 01/524 40 66. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Trenantone®-Zweikammerspritze Zusammensetzung: 1 Zweikammerspritze enthält 11,25 mg Leuprorelinacetat als 3-Monatsdepot. Hilfsstoffe: Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, Mannitol. Suspensionsmittel: Carboxymethylcellulose-Natrium, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure. Anwendungsgebiete: Bei Männern: Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. Bei Frauen: Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates; intraarterielle Injektion. Nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Prostatakarzinoms. Bei Männern: chirurgische Kastration. Bei Frauen: Schwangerschaft und Stillzeit. Pharmakologisch-therapeutische Gruppe: GnRH-Analoga, ATC-Code L02AE02. Abgabe: NR, Rezept- und apothekenpflichtig. Packungsgröße: 1 Zweikammerspritze. Stand der Information: Juli 2005. Zulassungsinhaber: Takeda Pharma GmbH, 1070 Wien, Seidengasse 33-35, Tel. 01/524 40 64, Fax: 01/524 40 66. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung sind der öffentlichen Fachinformation zu entnehmen.

Sixantone®-Zweikammerspritze. Zusammensetzung: 1 Zweikammerspritze enthält 30,0 mg Leuprorelinacetat als 6-Monatsdepot. Hilfsstoffe: Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, D-Mannitol. Suspensionsmittel: D-Mannitol, Carmellose-Natrium, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure. Anwendungsgebiete: Zur palliativen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen der sonstigen Bestandteile; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; chirurgische Kastration; Frauen, Kinder und Jugendliche. Pharmakotherapeutische Gruppe: Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC Code L02AE02. Abgabe: NR, Rezept- und apothekenpflichtig. Packungsgröße: 1 Zweikammerspritze. Stand der Information: Mai 2008. Zulassungsinhaber: Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1070 Wien, Seidengasse 33-35, Tel. 01/524 40 64, Fax: 01/524 40 66. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen zur sicheren Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachinformation von Seite 9

Bicalutamid „Interpharm“ 50 mg/150 mg-Filtabletten. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Filtablette enthält 50 mg/150 mg Bicalutamid. Sonstige Bestandteile: 60,44 mg/181,32 mg Lactose-Monohydrat. Die vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt „Liste der sonstigen Bestandteile“. **Anwendungsgebiete: 50 mg:** Behandlung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms in Kombination mit einem LHRH-Analogen oder nach einer chirurgischen Kastration. **150 mg:** - lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom (T3-T4, alle N, M0; T1-T2, N+, M0) als unmittelbare Therapie entweder allein oder als Adjuvans zur Behandlung durch radikale Prostatektomie oder Strahlentherapie. - Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem, nicht-metastasiertem Prostatakarzinom, bei denen eine chirurgische Kastration oder eine andere medizinische Intervention nicht als geeignet oder akzeptabel erachtet werden. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeitsreaktionen gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. - Frauen, Kinder und Jugendliche. - gleichzeitige Anwendung von Terfenadin, Astemizol oder Cisaprid mit Bicalutamid „In-terpharm“. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon, Crospovidon, Natriumdodecylsulfat. *Filmschicht:* Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Macrogol (PEG 4000), Titandioxid (E 171). **Inhaber der Zulassung:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Wirkstoffgruppe:** Antiandrogene. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 11/2007

Ciprofloxacin „Interpharm“ 250 mg-Filtabletten. **Ciprofloxacin „Interpharm“ 500 mg-Filtabletten.** **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** Eine Filtablette Ciprofloxacin „Interpharm“ 250 mg enthält: Ciprofloxacin 250 mg als Ciprofloxacinhydrochlorid. Eine Filtablette Ciprofloxacin „Interpharm“ 500 mg enthält: Ciprofloxacin 500 mg als Ciprofloxacinhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung folgender Infektionen, die durch Ciprofloxacin-empfindliche Erreger hervorgerufen werden: • Infektionen der oberen und unteren Harnwege, z.B. akute, unkomplizierte Cystitis, komplizierte Infektionen und Pyelonephritis. • Schwere Haut- und Weichteilinfektionen verursacht durch gram-negative Bakterien. • Osteomyelitis verursacht durch gram-negative Bakterien. • Schwere systemische Infektionen verursacht durch gram-negative Bakterien, z.B. Septikämie, Infektionen bei immunsuppressiven Patienten. • Schwere bakterielle Enteritis. • Infektionen der Geschlechtsorgane inkl. akuter unkomplizierter Gonorrhoe, chronische Prostatitis. • Infektionen der Atemwege inkl. einer Pneumonie verursacht durch aerobe gram-negative Bakterien. Bei der Behandlung von Pneumokokken-Pneumonien im ambulanten Bereich ist Ciprofloxacin nicht das Mittel der Wahl. **Kinder und Jugendliche:** Akute, durch Pseudomonas aeruginosa verursachte pulmonale Exazerbation einer zystischen Fibrose bei Kindern und Jugendlichen (5 – 17 Jahre). Ciprofloxacin ist nicht für andere Indikationen in dieser Altersgruppe bestimmt. Die offiziellen Richtlinien über die geeignete Verwendung von antibakteriellen Wirkstoffen sind zu berücksichtigen. **Gegenanzeigen:** Ciprofloxacin ist kontraindiziert bei: • Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Ciprofloxacin, anderen Chinolonen oder anderen Inhaltsstoffen. • Patienten, bei denen in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit der Gabe von Fluorochinolonen Sehnerkrankungen. • Schwangerschaft und Stillzeit. • Kindern und heranwachsenden Jugendlichen außer bei der Behandlung von akuten Exazerbationen einer zystischen Fibrose bei Kindern von 5 – 17 Jahren. • Kinder unter 5 Jahren. **Hilfsstoffe:** *Tablettenkern:* Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Magnesiumstearat, Talkum, kolloidales wasserfreies, Siliciumdioxid, Natriumstärkeglykolat (Typ A), Film: Hypromellose, Titandioxid (E 171), Macrogol 400, Talkum. **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Wirkstoffgruppe:** Antibiotikum. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Finasterid „Interpharm“ 5 mg-Filtabletten. **Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** 1 Filtablette enthält 5 mg Finasterid. **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostata-Hyperplasie (BPH). **Gegenanzeigen:** *Finasterid „Interpharm“* darf nicht eingenommen werden bei Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile sowie von Frauen und Kindern. **Hilfsstoffe:** *Tablettenkern:* Natriumdodecylsulfat, Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, vorverkleisterte Stärke, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat. *Tablettenüberzug:* Sepifilm 002 (Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Macrogolstearat). **Name oder Firma und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Testosteron-5- α -Reduktasehemmer. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Stand: 3/2007

Bezeichnung: Tamsulosin „Interpharm“ retard-Kapseln. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält Tamsulosin Hydrochlorid 0,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der funktionellen Symptome der benignen Prostatahyperplasie (BPH). **Gegenanzeigen:** Die Einnahme von Tamsulosin „Interpharm“ retard-Kapseln ist kontraindiziert bei: • Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil des Arzneimittels; • orthostatischer Hypotonie in der Anamnese; • schwerer Leberinsuffizienz. **Liste der sonstigen Bestandteile:** *Kapselinhalt:* Mikrokristalline Zellulose, Eudragit L (Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer 1:1, Polysorbat 80, Natriumdodecylsulfat), Triethylcitrat, Talk. *Kapselunterteil:* Eisenoxid rot (E 172), Eisenoxid gelb (E 172), Titandioxid (E 171), Gelatine. *Kapseloberteil:* Indigocarmin (E 132), Eisenoxid schwarz (E 172), Eisenoxid gelb (E 172), Titandioxid (E 171), Gelatine. **Druckfarbe:** Schellack, Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **Inhaber der Zulassung:** Interpharm ProduktionsgmbH, 1160 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Wirkstoffgruppe:** Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten. Die Informationen zu den Abschnitten *Warnhinweise, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen* sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Stand der Information:** 11/2006

Fachinformation von Seite 11

Anwendungsgebiete: Behandlung von Symptomen des unteren Harntraktes (LUTS) bei der benignen Prostatahyperplasie (BPH). **Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält 0,4 mg Tamsulosin hydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** *Kapselinhalt:* Mikrokristalline Cellulose; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer; Polysorbat 80; Natriumdodecylsulfat; Triethylcitrat; Talkum. *Kapselhülle:* Gelatine; Indigotin (E 132); Titandioxid (E 171); Gelbes Eisenoxid (E 172); Rotes Eisenoxid (E 172); Schwarzes Eisenoxid (E 172). **Druckfarbe:** Schellack; Schwarzes Eisenoxid (E 172); Propylenglycol. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Tamsulosin, einschließlich Arzneimittel-induziertes Angioödem oder einen der sonstigen Bestandteile; Anamnestic bekannte orthostatische Hypotonie; Schwere Leberinsuffizienz. **Wirkstoffe:** *Pharmakotherapeutische Gruppe:* Tamsulosin ist ein Alpha1A-Adrenorezeptorantagonist und wird nur zur Behandlung von Prostatabeschwerden angewendet. **ATC-Code:** G04CA02 **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 10 und 30 Stück. **Pharmazeutischer Unternehmer:** LANNACHER HEILMITTEL Ges.m.b.H., 8502 Lannach. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation!**

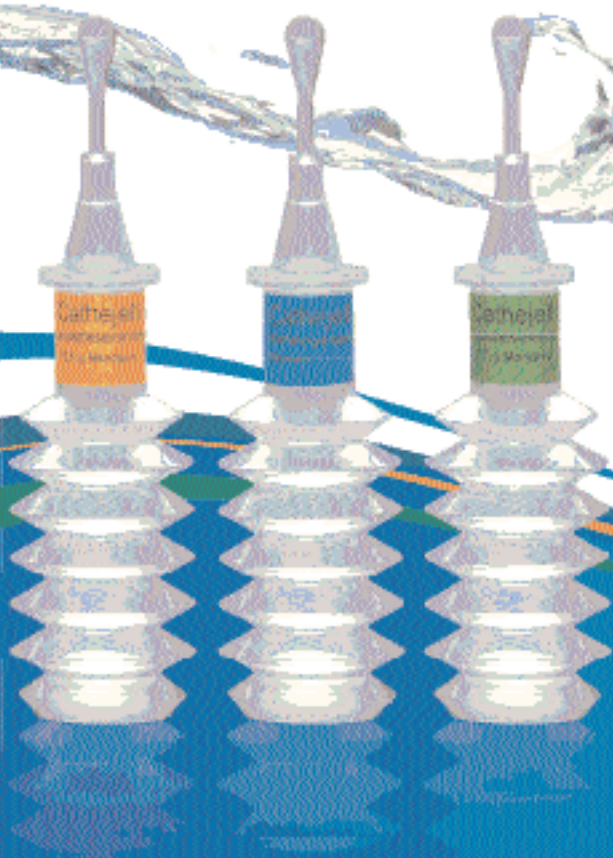
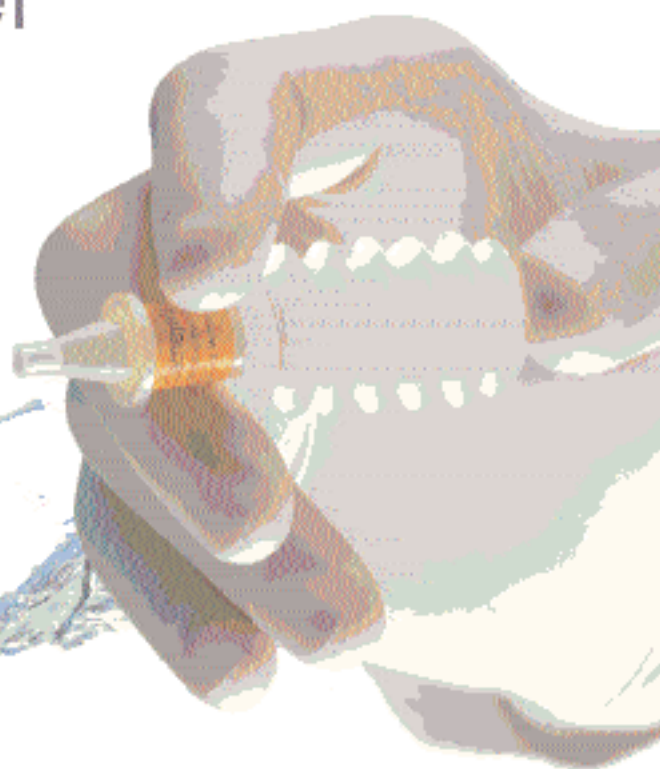
Fachkurzinformation von Seite 17

Inkontan Filtabletten. Zulassungsinhaber und Hersteller: Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6060 Absam/Tirol. **Zusammensetzung:** 1 Filtablette enthält 15 mg Trosipiumchlorid (1 Filtablette enthält 30 mg Trosipiumchlorid). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Detrusorinstabilität oder Detrusorhyperreflexie mit den Symptomen häufiges Harmlassen, Harndrang und unfreiwilliger Harnabgang mit oder ohne Harndrang. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates, Harnverhaltung, Engwinkelglaukom, Tachyarrhythmien, Myasthenia gravis, schwere Colitis ulcerosa, toxisches Megacolon, dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatininclearance unter 10ml/min/1,73 m²), Kinder unter 12 Jahre. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen/Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Cathejell

steriles Gleitgel

- ✓ Erleichterung von Eingriffen
- ✓ Schutz vor Verletzungen
- ✓ Reduktion des Infektionsrisikos
- ✓ Linderung von Schmerzen
- ✓ Einfaches Handling



Montavit

Schutz und sanfte Instillation

Cathejell mit Lidocain – anästhetisierendes Gel (sterile Einzelgabeform)

Zusammensetzung und Hersteller: Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6060 Abers/Tirol **Anwendungsgebiete:** Cathejell mit Lidocain ist ein Kathetergleitmittel mit lokalanästhetisierender und desinfizierender Wirkung zur Instillation in die Harnröhre vor dem Einführen eines Katheters oder anderer medizinischer Instrumente. **Zusammensetzung:** 1 g Gel enthält 20 mg Lidocainhydrochlorid und 0,5 mg Chlorhexidinhydrochlorid. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, Überempfindlichkeit gegen andere Lokalanästhetika vom Amid-Typ, Kinder unter 2 Jahren, Bulbospongioser Reflux, Schwere Herzhautblut-, ausgeprägte Bradykardie, AV-Block, kardio-gener oder hypovolämischer Schock. **ATC-Code:** N01BB02. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig.

Cathejell 0 – Kathetergelgelatorteil (Medizinprodukt)

Hersteller: Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6060 Abers/Tirol **Anwendungsgebiete:** Zur Instillation in die Harnröhre vor der Einführung eines Katheters oder anderer Instrumente. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten 0,05 g Chlorhexidinhydrochlorid. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile des Präparates.

Weitere Angaben zu Wechselwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der weltweiten Fachinformation zu entnehmen.

Cathejell – anästhetisierendes Gel (sterile Einzelgabeform)

Zusammensetzung und Hersteller: Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6060 Abers/Tirol **Anwendungsgebiete:** Cathejell – anästhetisierendes Gel ist ein Kathetergleitmittel mit lokalanästhetisierender und desinfizierender Wirkung zur Instillation in die Harnröhre vor Katheterisierungen, Endoskopien oder Dystroskopien. **Zusammensetzung:** 10 g Gel enthalten 0,1 g Diphenhydraminhydrochlorid und 0,005 g Chlorhexidinhydrochlorid. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, Schwangerschaft, Stillzeit, Säuglinge, Neugeborene und Kinder unter 2 Jahren. **ATC-Code:** G04BX. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig.