

Achtung: Gefährliche Infektionen nach Prostatabiopsien

«Der wichtigste Risikofaktor sind fluorchinolonresistente Keime im Darm»

Sterben in Europa wirklich jedes Jahr mindestens 1000 Männer an den Folgen von Prostatabiopsien? Wie kann man diese unerfreuliche Situation verbessern? Wir sprachen mit Prof. Dr. Florian Wagenlehner von der urologischen Abteilung am Universitätsklinikum Giessen.

CongressSelection: Herr Professor Wagenlehner, die Prostatabiopsie gilt als sicheres Verfahren. Sind Zwischenfälle häufiger, als das den meisten Urologen – und wohl auch den meisten Patienten – bewusst ist?

Prof. Dr. Florian Wagenlehner: Wir wissen, dass das Risiko, nach einer transrektalen Prostatabiopsie eine Sepsis zu entwickeln, ansteigt. Das zeigen Daten aus vorwiegend retrospektiven, mittlerweile aber auch bereits einigen prospektiven Studien. Gegenwärtig entwickeln 3 bis 4 Prozent der Patienten trotz Antibiotikaprophylaxe eine fieberhafte Infektion. Diese Patienten müssen in der Regel in ein Krankenhaus aufgenommen werden. In wenigen Fällen entwickelt sich eine schwere Sepsis, die im schlimmsten Fall letal verläuft.

Weiss man, wie häufig solche letalen Verläufe sind?

Aus den grossen Studien kann man Mortalitätsraten errechnen, die bei 1 Promille, nach neuesten Arbeiten sogar bei 2 Promille liegen. Das heisst, wenn man 1000 Patienten stanzt, muss man zumindest mit 1 Todesfall rechnen.

Das ergibt dann europaweit eine erschreckend hohe Zahl ...

Angesichts der extrem häufigen Prostatabiopsien – in Europa reden wir da mittlerweile von 1 Million pro Jahr – kommt man da schon auf beeindruckende Zahlen. Wir schätzen, dass es in Europa jedes Jahr rund 30 000 bis 40 000 solcher fieberhaften Infektionen gibt und dementsprechend rund 1000 Todesfälle in Folge von Prostatastanziopsien. Damit geraten wir in die paradoxe Situation, dass die Diagnostik langsam ge-

fährlicher wird als die Therapie. Denn die radikale Prostatektomie ist eine bestens etablierte Standardprozedur, deren Mortalität ebenfalls bei rund 1 Promille liegt.

Kennen wir Risikofaktoren? Können wir vorhersagen, wer besonders gefährdet für infektiöse Komplikationen ist?

Mittlerweile ist es gelungen, eine Reihe von Risikofaktoren zu identifizieren. Das Bild ist nicht durch alle Studien ganz konstant, aber

wir können schon Aussagen treffen. So wissen wir zum Beispiel, dass Diabetes mellitus ein Risikofaktor für Komplikationen nach einer Prostatabiopsie ist. Das überrascht nicht besonders, da Diabetiker generell gefährdeter sind, infektiöse Komplikationen beziehungsweise eine Sepsis zu entwickeln.

Ein höheres Risiko hat man aber auch bei Männern mit grosser Prostata oder mit Harnwegsinfektionen oder Blasen-

steinen in der Anamnese gefunden. Auch eine asymptomatische Bakteriurie stellt einen Risikofaktor dar. Das bedeutet, dass man vor einer Stanzbiopsie den Urin immer auf Bakterien untersuchen sollte. Leider geschieht das nach den verfügbaren Daten viel zu selten – nur etwa bei 30 Prozent der Patienten.

Die Patienten müssen ja eine Antibiotikaprophylaxe bekommen. Bietet die keinen ausreichend sicheren Schutz, oder wird sie nicht immer gegeben?

Darauf wollte ich gerade kommen. Die Prophylaxe mit Fluorchinolonen steht in den Leitlinien und wird heute flächendeckend eingehalten. Der mit Abstand wichtigste Risikofaktor für infektiöse Komplikationen im Gefolge einer transrektalen Prostatastanziopsie sind aber fluorchinolonresistente Keime im Rektum des Patienten. Diese können vor allem die schweren Komplikationen verursachen.

1000 iatrogene Todesfälle pro Jahr sind eine erschreckende Zahl. Was kann man denn tun, um die Situation zu verbessern?

Man sollte versuchen, die Männer mit den fluorchinolonresistenten Keimen im Darm zu identifizieren. Das kann man zunächst auf dem Weg der Anamnese beginnen. Eine The-

rapie mit Fluorchinolonen im Jahr vor der geplanten Biopsie ist ein deutlicher Hinweis. Man sollte die Männer auch fragen, ob sie sich in Ländern aufgehalten haben, wo solche Resistenzen häufiger vorkommen. Das sind zum Beispiel Indien und Pakistan, wo diese Erreger extrem häufig sind und auch den Darm von Reisenden besiedeln können. Sicherer ist die Resistenztestung. Das heisst, man macht einen rektalen Abstrich und spaltet diesen auf einem Selektionsagar aus, der Fluorchinolone enthält. Wenn die Bakterien auf diesem Nährboden wachsen, liegen Resistenzen vor. Man kann dann weitere Untersuchungen vornehmen und zu einer sehr genauen Resistenztestung kommen, auf deren Basis sich eine individuelle Antibiotikaprophylaxe ermitteln lässt. Diese Strategie wurde in ersten Studien untersucht und hat sich als wirksam erwiesen.

Der Aufwand ist doch sehr hoch. Ist das im klinischen Alltag überhaupt realisierbar?

Es ist tatsächlich fraglich, ob sich dieses Verfahren bei einem so häufigen Eingriff in die klinische Routine implementieren lässt. Daher arbeiten wir auch an anderen Strategien, wie zum Beispiel dem empirischen Einsatz anderer Antibiotika, die noch Aktivität bei fluorchinolonresistenten Erregern haben.

Was wären denn die Kandidaten?

Leider ist die Datenlage da sehr dünn. In Frage kommen Zephalosporine, unter Umständen Breitspektrumpenicilline oder eventuell auch ein Antibiotikum mit ganz anderem Wirkmechanismus, nämlich Fosfomycin. Allerdings ist noch nicht ausreichend Evidenz vorhanden, um hier eine Empfehlung zu geben.

Wäre es nicht sinnvoll, die Rate der Biopsien insgesamt zu senken? Und wie könnte man das machen?

Hier setzen wir grosse Hoffnungen in die Bildgebung. Vor allem die MRT hat als multiparametrische MRT hier hohes Potenzial. Es geht zum einen darum, Patienten zu identifizieren, die eine Stanzbiopsie benötigen, in einem weiteren Schritt aber auch darum, jene Karzinome zu finden, bei denen die Diagnose therapeutische Konsequenzen haben sollte. Es gibt ja viele Prostatakarzinome, die den Patienten nicht umbringen. Diese muss man von den Hochrisikokarzinomen unterscheiden.

Das Gespräch führte Reno Barth.



Florian Wagenlehner