



scheint sich die frühe Sildenafil-Gabe nach Prostatektomie positiv auszuwirken.

In der Studie wurden 120 Prostatakarzinompatienten mit präoperativ schwacher erektiler Dysfunktion (IIEF [International Index of Erectile Function]-Wert  $\geq 17$ ) in 2 Gruppen randomisiert. Beide Gruppen erhielten postoperativ Sildenafil (2-mal wöchentlich 100 mg): Gruppe 1 beginnend nach dem Ziehen des Blasenkatheters (8–14 Tage nach der Operation), Gruppe 2 erst 3 Monate nach der Prostatektomie. Nach 3-monatiger Therapie konnten die Männer auf eine Bedarfsmedikation umsteigen.

In Gruppe 1 wuchs der Anteil der Patienten, die ihre Erektionsfähigkeit wiedererlangten, während der ersten 9 Monate nach dem Eingriff stetig. Nach 12 Monaten waren 41,4% wieder auf dem präoperativen IIEF-5-Stand. Mit der verzögerten Sildenafil-Gabe gelang dies nur bei 17,7% der Männer. Neben diesem signifikanten Vorteil der frühen Gabe nahm in beiden Gruppen während der 1-jährigen Nachbeobachtungszeit der durchschnittliche IIEF-5-Score zu. Dabei lagen die Männer in der Gruppe mit frühem Sildenafil zwar durchweg vorne. Signifikant war die Differenz aber nur nach 3 Monaten (8,9 vs. 4,1 Punkte).

**Fazit:** Die Wissenschaftler um Jung Ki Jo ziehen den Schluss, dass die frühe Einnahme von Sildenafil nach einer Prostatektomie die kavernöse endotheliale Struktur und Funktion bewahrt. Die Förderung der Oxygenation könnte ihrer Meinung nach strukturelle Veränderungen an der kavernösen glatten Muskulatur während der Zeit der Neuropraxie im Corpus cavernosum verhindern. *Robert Bublak*

Jo JK et al. Effect of starting penile rehabilitation with sildenafil immediately after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy on erectile function recovery: a prospective randomized trial. *J Urol.* 2018;199(6):1600-6

## Tumordiagnostik: Blut im Urin – Welche Patienten benötigen weitere Abklärung?

Jeder 10. Patient mit Hämaturie leidet an einem Karzinom des oberen Harntraktes. So das Ergebnis einer prospektiven Beobachtungsstudie zur Bedeutung einer weiterführenden Mikrohämaturiediagnostik.

Wie nach einem Harnbefund mit Mikro- oder Makrohämaturie weiter verfahren werden soll, darüber gehen die Meinungen in verschiedenen nationalen Leitlinien auseinander, insbesondere was die Altersgrenzen betrifft, ab der Untersuchungen zur Abklärung eines Tumors empfohlen werden (**Kasten 1**). Im Rahmen der prospektiven Beobachtungsstudie DETECT 1 haben englische Forscher die Häufigkeit von Karzinomen des Harntraktes bei 3.556 Patienten mit Hämaturie untersucht. Bei allen Patienten wurden eine Zystoskopie sowie eine bildgebende Untersuchung des oberen Harntraktes durchgeführt. Bei insgesamt 10% wurde ein Karzinom des Harntraktes nachgewiesen. Davon betrafen 8% die Blase, 1% die Niere, 0,7% waren Übergangszellkarzinome (TCC) und bei 0,3% handelte es sich um ein Prostatakarzinom.

Bei Patienten mit Makrohämaturie wurde häufiger eine Krebsdiagnose gestellt als bei Patienten, bei denen eine Mikrohämaturie vorlag (13,8 vs. 3,1%). Unter den Patienten, die durch Makrohämaturie aufgefallen waren, fanden sich 49,6% High-Risk-Karzinome und 15,4%

wurden als muskelinvasiver Blasenkarzinome (MIBC) klassifiziert.

3,5% der Patienten mit Makrohämaturie und Krebsdiagnose waren jünger als 45 Jahre, 1% der Krebspatienten mit Mikrohämaturie war unter 60. Letzteres entspricht dem Alter, ab dem beispielsweise in der NICE-Leitlinie eine Abklärung bei nicht sichtbarem Blut im Urin empfohlen wird. Alle TCC der oberen Harnwege und 83,8% der Nierenparenchymkarzinome waren durch Makrohämaturie aufgefallen. Als unabhängige Risikofaktoren erwiesen sich darüber hinaus das Alter, männliches Geschlecht sowie eine Rauchervergangenheit.

Blasenkarzinome, die bei Patienten mit Mikrohämaturie diagnostiziert wurden, waren zu 59,4% High-Risk-Tumoren, 31,3% davon muskelinvasiv.

**Fazit:** Die Ergebnisse, so die Forscher, sprächen dafür, dass eine Makrohämaturie unabhängig vom Alter weiter abgeklärt werden sollte. Eine Altersgrenze wie in der NICE-Leitlinie führe dazu, dass etliche Krebserkrankungen übersehen würden. Obwohl bei Personen mit

### Kasten 1: DEGAM-S1-Empfehlung

Die derzeit aktuelle DEGAM-S1-Handlungsempfehlung zur nicht-sichtbaren Hämaturie lautet: Nicht sichtbare Hämaturien rechtfertigen nur im höheren Alter und/oder bei zusätzlichen Risikofaktoren eine abgestufte, standardisierte Diagnostik ([www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-028k\\_S1\\_Nicht\\_sichtbare\\_Hämaturie\\_2013-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-028k_S1_Nicht_sichtbare_Hämaturie_2013-10.pdf)).

Mikrohämaturie ein geringes Risiko für ein Karzinom des Harntraktes bestehe, würden auch hier Krebserkrankungen vor dem häufig empfohlenen Alter von 60 Jahren für weitere Untersuchungen entdeckt.

Hätte man dagegen die Altersschwelle der US-Leitlinie der American Urological Association (AUA) von 35 Jahren als Handlungsempfehlung gewählt, wären alle Tumoren diagnostiziert worden. Bei einer Mikrohämaturie empfehlen die Forscher, die Patientenpräferenzen zu beachten, wenn die Frage nach weiteren Tests ansteht. Zudem könnte eine europäische Leitlinie nach Ansicht von Wei Tan und Kollegen die Unsicherheiten zum weiteren Management bei Hämaturie-Patienten deutlich verbessern.

*Christine Starostzik*

Tan WS et al. Who Should Be Investigated for Haematuria? Results of a Contemporary Prospective Observational Study of 3556 Patients. *Eur Urol.* 2018;74(1):10-4