

“Männerleiden“

Urologie in der Hausarztpraxis

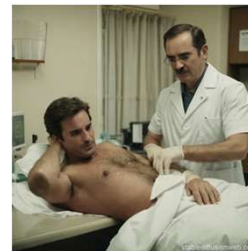
Anne Reif, FÄ für Urologie/medikamentöse Tumorthherapie
Halle/Saale 17.01.2025

Ziele&Inhalt

Häufige urologische Beratungsanlässe, “red flags” wahrnehmen und adäquat reagieren

- Prostata (BPH, Prostatakarzinom, Prostatitis)
- Harnwege (Infekte, Urolithiasis, Karzinom)
- Penis (Phimose, Balanoposthitis, erektile Dysfunktion, Karzinom)
- Hoden (Hydrozele, Epididymitis, Torsion, Karzinom)
- Niere (Zysten, Tumor)
- (Immuntherapie)

→ was der KI einfällt zu: “Männerleiden”, Urologie in der Hausarztpraxis→



Benigne Prostatahyperplasie:

Begriffsklärung, Prävalenz

- BPH $\neq$ Symptomatik
- Unterscheidung BPH, BPS, BOO, LUTS....
- Prävalenz grob(!) 50% der 50-jährigen, 60% der 60-jährigen...

Benigne Prostatahyperplasie

Symptomatik

- Was ist „normal“?

→ 2-3h Miktionspausen, kontinent, keine/selten Nykturie

→ ggf. Objektivierung mit IPSS/Miktionstagebuch

IPSS-Score

[1] – die Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen

	Niemals	Seltener als in einem von fünf Fällen	Seltener als in der Hälfte der Fälle	Ungefähr in der Hälfte der Fälle	In mehr als der Hälfte aller Fälle	Fast immer
Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert war?	0	1	2	3	4	5
Wie oft mussten Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?	0	1	2	3	4	5
Wie oft mussten Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen (Harndottern)?	0	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?	0	1	2	3	4	5
Wie oft hatten Sie einen schwachen Strahl beim Wasserlassen?	0	1	2	3	4	5
Wie oft mussten Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?	0	1	2	3	4	5
Wie oft sind Sie im Durchschnitt nachts aufgestanden, um Wasser zu lassen?	Niemals 0	Einmal 1	Zweimal 2	Dreimal 3	Viermal 4	Fünfmal oder mehr 5

Bewertung

0-7 Punkte **milde** Symptomatik
 7-19 Punkte **mittlere** Symptomatik
 20-35 Punkte **schwere** Symptomatik

Miktionsprotokoll



Name: _____ Vorname: _____ Geboren: _____ Blatt Nr. _____

Zeit	Trinkmenge in ml	Urinmenge in ml	Urinmenge in ml	Harndrang		Schmerzen		Urinverlust Bewertungsskala
				ja	nein	ja	nein	
01-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
02-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
03-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
04-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
05-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
06-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
07-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
08-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
09-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
10-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
11-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
12-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
13-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
14-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
15-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
16-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
17-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
18-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
19-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
20-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
21-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
22-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
23-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	
24-00 Uhr				☐	☐	☐	☐	

Bewertungsskala Inkontinenz/Urinverlust 1=wenige Tropfen 2=gering (feuchte Unterwäsche) 3=erheblich (Kleidungswechsel erforderlich)

Folgende Inkontinenzprodukte/Hilfsmittel wurden eingesetzt

Produktkapazität	Produktnahme	Ausreichende Kapazität	
		ja	nein
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Benigne Prostatahyperplasie

Wer wird therapiert?

- Diagnostik: DRU, PSA, Sono (Restharn?, Prostatavolumen?)
- drohende Folgeerkrankungen (Restharn→Infekte/Stauung/Divertikel)
- Therapie bei Leidensdruck (IPSS>7), initial auch Lebensstiländerung probieren (Trinkmenge, Miktionstraining)

Benigne Prostatahyperplasie

Therapiemöglichkeiten und NW

“nur“ Leidensdruck:

Medikamentöse Therapie: Tamsulosin, Finasterid, Tadalafil 5mg

Cave: Hypotonie/Schwindel, retrograde Ejakulation; “post-Finasterid-Syndrom”; Regress

Unzureichende Wirkung Medikation:

operative subvesikale Desobstruktion (TUR-P, HoLEP...)

Cave: OP-Risiken

Relevante Harnretention:

Katheterableitung (transurethral vs. Suprapubisch)

Dauerlösung vs. Auslassversuche

Benigne Prostatahyperplasie



und abwendbar gefährlicher Verlauf

- Neue Inkontinenz/Zeichen der Überlaufblase/Harnstauung/progrediente Niereninsuffizienz/wiederkehrende Infekte, Nykturie (andere Ursachen?)
- Urosepsis, Nierenversagen

Prostatakarzinom

Prävalenz, Früherkennung, Symptome

- Häufigste Krebserkrankung des Mannes, familiäre Häufung, Hauptrisikofaktor: Alter
- Urologische Früherkennung ab dem 45.LJ, Lebenserwartung mind. 10a
 - GKV vs. Igel vs. Leitlinie
- Keine spezifischen Symptome
 - Männer mit B-Symptomatik: DRU/PSA

Prostatakarzinom

Diagnostik und Therapie

- Diagnose: mpMRT, Prostatapunktion
- Diagnostik- stadienabhängig:
Bildgebung Abdomen/Thorax/Knochenszintigraphie/PET
- Therapie kurativ
 - Operation
 - Radiatio
 - (aktive Überwachung)
- Therapie palliativ
 - Hormonentzug
 - Chemotherapie
 - Kombinationstherapien (Hormonentzug, NHA, Chemo, Osteoprotektion)
 - “watchful waiting”: symptomorientiert

Prostatakarzinom

Therapienebenwirkungen

- OP: Inkontinenz (Verbesserung im 1. Jahr postoperativ), erektile Dysfunktion

- Radiatio: Miktionsstörungen, Diarrhoe

- Palliativ:

Hormonentzug: Osteoporose, Herz-/Kreislaufkompl., Demenz

Chemo: Neutropenie (selten), gastrointest. NW, Nägel, Schleimhäute

NHA: Hautveränderungen, Transaminase, Sturzrisiko

Osteoprotektion: Kiefernekrose

Prostatitis

Formen, Symptome/Diagnostik, Therapie

- Akute bakterielle Prostatitis

- hoch-fieberhaft, dysurische Beschwerden, Druck im Dammbereich,

-  DRU stark schmerzhaft (ggf.) Fluktuationen

- DRU, Urin-MIBI, PSA, Restharnsono

- Ciprofloxacin, Ibu, Movicol, Tamsulosin, suprapubische Harnableitung, ggf. OP

- Chronische abakterielle Prostatitis

- schleichend, eher unangenehm als stark schmerzhaft, kein Fieber

- DRU, Urin-MIBI, PSA, Restharnsono

- pflanzliche Präparate (Pollstimol, Prosturo), gezielte Entspannung, Tamsulosin, ggf. einmalig Antibiotikum

Harnwege

Infekte

DEGAM Leitlinie Brennen beim Wasserlassen

AWMF-Register-Nr. 053-001
Kurzversion

Achtung: Leitlinie ist abgelaufen

Ursachen

Harnwegsinfektion (HWI); Pyelonephritis, Urethritis, Kolpitis, Prostatitis

Abwendbar gefährliche Verläufe

- Entstehung einer Pyelonephritis/Sepsis insbesondere bei geriatrischen Patienten,
- Schwangere: bereits bei asymptomatischer Bakteriurie erhöhte Gefahr einer Pyelonephritis
- Kinder: bei fieberhaften Harnwegsinfektionen Gefahr bleibender Nierenparenchymschäden
- Fertilitätsstörung
 - bei Frauen durch Urethritis (Chlamydieninfektion), Kolpitis mit stummer Adnexitis
 - bei Männern durch chronische Prostatitis

Diagnostik

Anamnese

Beschwerden

- Dysurie
- Pollakisurie
- Vaginaler Ausfluss
- Allgemeinsymptome
- Fieber, Flankenschmerz

Komplizierende Harnwegsinfektion bei

- Männer, Kinder, Schwangere
- Harnabflussstörungen (funktionell/organisch)
- Z.n. OP an den Harnwegen
- Dauerkatheter
- chronisch renaler Erkrankung/ Immunsuppression

Körperliche Untersuchung

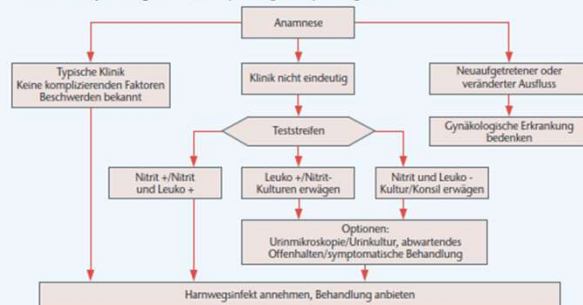
Nicht notwendig bei

- offensichtlich unkompliziertem Infekt
- Fehlen von Allgemeinsymptomen/Fieber B

Immer bei

- eingeschränkter Kommunikation B
- Vorliegen komplizierender Faktoren B
- Flankenschmerz/Fieber B

Stärke der Empfehlung: A stark, B Empfehlung, C Empfehlung offen



Screening

Kein Screening und keine Behandlung einer asymptomatischen Bakteriurie (ausgenommen Risikogruppen z. B. Schwangere s. Langfassung) A

Weitere Untersuchungen

- Nicht notwendig bei unkomplizierten, auch rezidivierenden Infekten B
- Sonographie: im Einzelfall sinnvoll zum Ausschluss einer Obstruktion oder Urolithiasis, zum Restharnnachweis. B, Empfohlen bei Pyelonephritis

Überweisung empfohlen bei

- Männern mit rezidivierenden Infekten oder V. a. Pyelonephritis B
- Unklarer Diagnose B
- Kleinkinder/Säuglinge mit fieberhaftem HWI B

Therapie

bei unkomplizierter HWI (Erwachsene)

- Ggf. symptomatische Therapie z. B. Ibuprofen 400 mg
- Ggf. Antibiotische Behandlung A anbieten, z. B.: Trimethoprim 2 x 100-200 mg für 3 Tage
- Pivmecillinam 2-3 x 400 mg 3 Tage
- Nitrofurantoin ret 2 x 100 mg für (3)-5 Tage
- Nitroxolin 3 x 250 mg 5 Tage
- Fosfomycin 1 x 3000 mg

bei rezidivierender unkompl. HWI (Erwachsene)

- Innerhalb von 14 Tagen (Option abhängig von den Beschwerden)
- Wechsel auf ein anderes Erstwahlantibiotikum B
- Anlegen einer Urinkultur und danach gezielter Antibiotikumswechsel B
- Wechsel auf ein Reserveantibiotikum B
- Neuinfektion (> 14 T.) wie Erstinfektion behandeln, ggf. Wechsel auf anderes Erstwahlantibiotikum
- bei > 2 Infekten/Jahr
 - Überprüfen der Diagnose
 - Ggf. Langzeitprophylaxe anbieten
 - Stand-by Medikation anbieten
 - Urinkultur
 - Ggf. gyn. Untersuchung
 - Ggf. Postkoitale Prophylaxe TMP 1 x 100 mg
 - Ggf. weitere Optionen (s. Langfassung)
 - Alle B

Therapie bei komplizierten Harnwegsinfektionen

Schwangere

- ABU (Asymptomatische Bakteriurie) ggf. Screening Behandlung nach Kulturergebnis A
- HWI: Behandlung nach Kultur, z. B. Fosfomycin, Pivmecillinam, Cephalosporine (Gruppe 2/3). KEINE Chinolone!, Therapieerfolg kontrollieren.

Männer

Kultur anlegen, Pivmecillinam o. Nitrofurantoin (s. Langfassung), Sono bei V.a. Obstruktion B, keine routinemäßige urologische Diagnostik B

Patienten mit Urinkatheter

Keine Behandlung einer ABU, Antibiotika nur bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines HWI Diagnostische Kriterien s. Langfassung, Behandlung 7 T. TMP 2 x 100-200 oder Nitrofurantoin 2 x 100, Kultur aus neuem Katheter abnehmen

Kinder

Rasche Abklärung bei fieberhaftem HWI (> 38.5°), Urinkultur anlegen, Sonographie z. Ausschluss Obstruktion, Nierenparenchymveränderung, Keine routinemäßige Abklärung auf VUR. TMP/Nitrofurantoin 5-7T.

Pyelonephritis (Erwachsene)

Anlegen einer Kultur, Sonographie, z. B.: Ciprofloxacin 2 x 500-750 mg für 7 T., Cefpodoxim 2 x 200 mg 10d A, bei Schwangeren, Kindern ggf. Einweisung, sonst meist ambulante Behandlung möglich



Urologische Leitlinie hierzu in der
"Kurzversion": 100 Seiten...

Harnwege

Infekte-was oft nicht klappt...

- Kompliziert vs. unkompliziert vs. asymptomatisch
- Mittelstrahluriningewinnung Pat. erklären/hinterfragen
- Rezidivprophylaxe besprechen
- Fosfomycin (wann noch sinnvoll, Einnahmemodalitäten)
- Pyelonephritisdiagnostik
- Vorbefunde/Vortherapien mitteilen

Harnwege

Urolithiasis

- Prävalenz Urolithiasis 5%, Männer>Frauen, Risiko: bekannte Steinanamnese, metabolisches Syndrom, familiäre Häufung, Katheter und andere "Fremdkörper" oder Abflusshindernisse
- Symptomatik Nierenstein: meist keine, evtl. rez. Infekte
- Symptomatik Harnleiterstein: einseitiger kolikartiger Schmerz: je nach Steinlokalisierung Flanke/Unterbauch/Hoden/Vagina, Übelkeit/Erbrechen, gesteigerte Miktionsfrequenz, immer Mikro- selten Makrohämaturie
- Symptomatik Blasenstein: rez. Infekte, dysurische Beschwerden (Drangsymptomatik, abgeschwächter Harnstrahl)

Harnwege

Urolithiasis: Diagnostik, ambulante Therapie

- Diagnostik: Mittelstrahlurin, ggf. MIBI, Sono (Harntransportstörung? Konkrement?), Labor: kl. BB, Krea, CRP
- Therapie:
 - Nierenstein: ambulante urologische Vorstellung, gerne mit CT-Abdomen-nativ
 - Harnleiterstein: wenn ambulant zu führen: Tamsulosin (off-label-use!), Analgesie, Trinkmengenerhöhung, engmaschige Verlaufskontrolle
 - Blasenstein: ambulante urologische Vorstellung



Einweisung via NFA: Fieber! geriatrische/multimorbide Pat., vorbestehende NI

Harnwege

Urolithiasis: stationäre Therapie

- Steinsanierung oft “langwierig” mit langen AU-Zeiten
- Nierenstein: nicht jeder Stein muss (sofort) entfernt werden
- Harnleiterstein: oft zweizeit: initial “nur” Harnableitung (DJ-Katheter, Nephrostomie), Steinsanierung im Abstand von ca. 4 Wochen, AU zwingend bei “körperlicher” Arbeit; DJ-Beschwerden: Tamsulosin>Spasmex, Trinkmenge!
- Blasenstein: oft zweizeitig: initial Steinentfernung, nachfolgend subvesikale Desobstruktion; bei DK-Dauerversorgten mit häufigen Katheterokklusionen Zystoskopie erwägen!

Harnwege

Urothelkarzinom

- Prävalenz: Männer: Platz 4, Frauen: Platz 14, Risikofaktoren: Rauchen, (Maler/Lackierer)
- Symptomatik: (schmerzlose) Makrohämaturie, (persistierende Mikrohämaturie: Diagnostik bei Risikofaktoren → >40, Raucher)
- Diagnostik: Sono, Urethrozystoskopie, Bildgebung oberer Harntrakt
- Therapie: TUR-B, je nach Patho: engmaschige Nachsorge, intravesikale Therapien, Zystektomie, ggf. adjuvant/neoadjuvant/palliativ: Chemo/Immuntherapie
- Einweisung via NFA: “kräftige” Hämaturie (Koagel), Harnstauung

Penis

Balanoposthitis, Phimose, Karzinom

- Diabetiker urologisch anbinden
- Bei Balanoposthitis Versuch mit Nystalocal, Gentamicin o.ä, Erfolgskontrolle!
- Phimose: physiologisch im Kindesalter, im Kiga-Alter ggf. Salbentherapie, Zirkumzision bei fehlender Symptomatik (keine Infekte, kein Hinweis auf Lichen) frühestens im Schulalter;  beim Erwachsenen: Zirkumzision (plastisch vs. radikal), Paraphimose!
-  (auch kleine) Hautveränderungen im Bereich von Glans oder Präputium, die nicht auf Salbe reagieren, sind karzinomverdächtig!
- Peniskarzinome meist HPV-assoziiert

Penis

erektile Dysfunktion

- Prävalenz (grob!): 50% der 50-jährigen, 60% der 60-jährigen...
- Riskofaktoren: Alter, Diabetes mell., Herz-/Kreislauferkrankungen und deren Medikation
  → ED als Warnzeichen
- häufig Mischung aus organ. und psychogener Ätiologie
- Therapie: außer Penispumpe reine Privatleistung
- Beginn mit PDE-5-Hemmern: “kurzwirksam“ wie zB. Sildenafil100mg vs. “langwirksam“ Tadalafil20mg, NW: hypotone RR-Dysregulation, Kopfschmerzen,
 Nitrate =Kontraindikation
- parallel, falls noch nicht bekannt, Ausschluss kardiovask. Erkrankungen.
- Bei fehlender Wirkung (verschiedener, ggf. kombinierter) PDE-5-Hemmer: SKAT, dann Schwellkörperprothese

Hoden

Epididymitis, Torsion

- Epididymitis: beginnend als Harnwegsinfekt, dann progrediente, einseitige Hodenschmerzen und –schwellung, Skrotum gerötet, Nebenhoden stark tastempfindlich, Fieber,

Diagnostik: Urinstatus und MIBI, Sono: Restharn? Nebenhoden-Abszess?

Therapie: lokale Kühlung, Hochlagerung, (iv)-Antibiose

- Hodentorsion: eher Jugendliche/junge Männer, schlagartiger Beginn, oft mit Übelkeit/Erbrechen

Diagnostik: möglichst wenig zeitintensiv...

Therapie: Notfall!! Vd.a. reicht für Einweisung via NFA; Hodenfreilegung, Orchidopexie wenn noch möglich, ggf. Orchidopexie Gegenseite im Intervall

Hoden

Hydrozele, Karzinom

- Hydrozele: langsam voranschreitende, einseitige oder beidseitige, schmerzlose(!) "Hodenschwellung", bspw. Nach Infektion, oft aber unklarer Genese

Diagnostik: Sono

Therapie: bei Leidensdruck: OP



- Hodentumor: relativ schnell wachsende, derbe, schmerzlose Verhärtung des Hodens, später B-Symptomatik; Risikofaktoren: fam. Häufung, Maldescensus

Diagnostik: Sono, Tumormarker, Krea/TSH

Therapie: Ablatio testis, ggf. Chemo

Niere

Zysten

- Prävalenz: ca 20%, häufig Zufallsbefunde, sehr (!) selten symptomatisch
- Sonografisch mitunter schwer von “Harnstauung” abzugrenzen, MRT oder CT zur (Bosniak-)Klassifizierung
- Bosniak-1&2- Zysten müssen nicht nachverfolgt werden
- Ab Bosniak-2F urologische Anbindung sinnvoll
- Therapie: bei Malignitätskriterien: OP; bei Symptomatik: Punktion/Sklerosierung

Nieren

Tumore

Prävalenz: Männer: Platz 6, Frauen: Platz 9

■ Symptomatik: Trias: Makrohämaturie, Flankenschmerz, tastbarer Tumor (selten), häufiger Zufallsbefund in Abdomen-Bildgebung, später B-Symptomatik

Therapie: OP, ggf. (adjuvante/palliative) Immuntherapie

Immuntherapie

(nicht nur urologisch...)

TABELLE 1

Therapiebedingte Nebenwirkungen bei ≥ 2 % der Patienten (adaptiert nach [2]*)

therapiebedingte Nebenwirkungen	Nivolumab plus Ipilimumab (n = 313)		Nivolumab (n = 313)		Ipilimumab (n = 311)	
	alle Grade	Grad 3/4	alle Grade	Grad 3/4	alle Grade	Grad 3/4
alle Organsysteme	300 (96 %)	184 (59 %)	270 (86 %)	67 (21 %)	268 (86 %)	86 (28 %)
Haut (Exanthem, Pruritus, Vitiligo)	193 (62 %)	20 (6 %)	144 (46 %)	7 (2 %)	173 (56 %)	9 (3 %)
Gastrointestinaltrakt	150 (48 %)	47 (15 %)	70 (22 %)	11 (4 %)	117 (38 %)	36 (12 %)
Diarrhö	142 (45 %)	29 (9 %)	67 (21 %)	9 (3 %)	105 (34 %)	18 (6 %)
Kolitis	40 (13 %)	26 (8 %)	7 (2 %)	3 (1 %)	35 (11 %)	24 (8 %)
Leber (Transaminasenerhöhungen)	102 (33 %)	62 (20 %)	25 (8 %)	9 (3 %)	23 (7 %)	5 (2 %)
endokrine Organe	106 (34 %)	20 (6 %)	54 (17 %)	5 (2 %)	36 (12 %)	8 (3 %)
Hypothyreose	53 (17 %)	1 (< 1 %)	33 (11 %)	0	14 (5 %)	0
Hyperthyreose	35 (11 %)	3 (1 %)	14 (4 %)	0	3 (1 %)	0
Adrenalitis	11 (4 %)	6 (2 %)	4 (1 %)	2 (1 %)	4 (1 %)	1 (< 1 %)
Hypophysitis	23 (7 %)	5 (2 %)	2 (1 %)	1 (< 1 %)	12 (4 %)	5 (2 %)
Pankreas (Lipase-, Amylaseerhöhungen)	70 (22 %)	43 (14 %)	47 (15 %)	20 (6 %)	33 (11 %)	16 (5 %)
Lunge (Pneumonitis)	24 (8 %)	3 (1 %)	6 (2 %)	1 (< 1 %)	6 (2 %)	1 (< 1 %)
Niere (v. a. Kreatininerhöhung, Nephritis)	22 (7 %)	6 (2 %)	4 (1 %)	1 (< 1 %)	5 (2 %)	1 (< 1 %)
Hypersensitivitäts-, Infusionsreaktion	13 (4 %)	0	14 (4 %)	1 (< 1 %)	8 (3 %)	1 (< 1 %)

* Nebenwirkungsraten und Spektrum der Nebenwirkungen unter Therapie mit Pembrolizumab sind denen von Nivolumab vergleichbar. Zu Pembrolizumab liegt aber keine dreiarmlige Studie vor, die die Nebenwirkungsinzidenzen bei den drei Therapiemodalitäten vergleicht.

Beispielhaft Nivo, Ipi, Quelle: dt. Ärzteblatt 08/19

Immuntherapie

(nicht nur urologisch...)



- “banale“ Erkrankung vs. beginnende schwere NW, auch Monate nach Abschluss der Therapie möglich
- Patientenpass? Therapiebuch?
- Patienten sensibilisieren
- Im Zweifel: Rücksprache

Fertsch.



Noch Fragen?