



Aktuelle und relevante Studien,
ausgewählt vom Journal Club der
urologischen Klinik am AKH Wien



FOTO: FELICITAS MATERN

Univ.-Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat
Universitätsklinik für Urologie,
Medizinische Universität Wien,
Comprehensive Cancer Center



Infizierte Penisprothese – The Rules



Vorgestellt von Dr. Julian Vesper,
Medizinische Universität Wien – AKH Wien
*Mellon MJ et al., The Mulcahy
salvage: past and present innovations.*
J Sex Med (suppl.) 2015; 12:432–436

Infektionen von Penisprothesen sind ein erhebliches klinisches Problem. Die Infektion erfolgt bei der Implantation, üblicherweise durch einen *Streptococcus epidermidis* (80 % der Infektionen). Infektionen dieser Art sind meist indolent, ohne Symptome oder chronische bzw. intermittierende Schmerzen. Die Bakterien wachsen in Mikrokolonien auf der Oberfläche des Implantates, aber nicht auf dem Gewebe des Patienten. Sie sind umgeben von einer Schicht mukösen Biolayers, welcher für Antibiotika undurchdringlich ist. Die Bakterien könnten mit ihrem verhältnismäßig langsamen Metabolismus vermutlich die Ursache für den sukzessiven Abbau des Silikons sein, was zur Perforation und somit zur Fehlfunktion der aufblasbaren Penisprothese (IPP) führt. Tatsächlich sind 80 % der IPP

mit mechanischen Fehlfunktionen durch einen *S. epidermidis* verunreinigt. Nachdem dies kein Problem für semi-rigide Prothesen ist, haben diese ein niedrigeres Risiko für klinische Infektionen.

Glücklicherweise können infizierte Prothesen erfolgreich entfernt und direkt durch ein neues Implantat ersetzt werden, sofern man sich an folgende Regeln hält: Nach Entfernung des infizierten Implantats ist das Innere der Implantatkapsel mit Vancomycin sanft auszuspülen. Bevor das neue Implantat eingesetzt wird, ist ein Wechsel der Einmalhandschuhe notwendig, da diese Bakterien nach Hautkontakt weitergeben. Beim Einführen des neuen Implantates ist Vorsicht geboten und zu vermeiden, dass das Implantat oder die Hände in Hautkontakt kommen – hierfür Schwämme verwenden. Nach Beendigung wird die Wunde erneut mit Vancomycin gespült. Um eine Bakterienkontamination zu verhindern, werden die Nähte für den Verschluss der Corpora nicht berührt. Um das Risiko einer Neuinfektion zu minimieren, sollte idealerweise ein semi-rigides Implantat verwendet werden. Insgesamt gibt es mit dieser Wechselmethode eine etwa 90%ige Erfolgsquote. Der Wechsel eines mit Pilzen oder *Pseudomonas* infizierten Implantats wird grundsätzlich nicht empfohlen.

Kaliumsensitivitätstest: diagnostisches Hilfsmittel bei interstitieller Zystitis



Vorgestellt von Dr.
Julia Eschböck-Zsutty,
Medizinische Universität Wien –
AKH Wien
*Jiang YH et al., Revisiting the role
of potassium sensitivity testing and
cystoscopic hydrodistention for the
diagnosis of interstitial cystitis. PLoS One 2016;*
11:e0151692

Die Autoren verglichen den Kaliumsensitivitätstest (KST) mit zystoskopischer Hydrodistension der Blase bei 214 Probanden und stellten fest, dass der KST der sensitivere Indikator für interstitielle Zystitis (IC) ist. Da die Autoren auch schon in frühe-

ren Studien nachweisen konnten, dass der KST bei 81 % der Patienten mit IC positiv ausfiel, unterstützen sie den Einsatz dieses Tests als diagnostisches Mittel für IC. Der KST wurde entwickelt, um wissenschaftlich belegen zu können, dass ein Epithelleak, verursacht durch eine defekte GAG-Schicht, ursächlich für IC verantwortlich ist. In der Literatur finden sich 40 Berichte mit über 3.500 Probanden, bei denen ein KST durchgeführt wurde. Bei 81 % der Patienten mit IC fand sich ein positives Ergebnis, bei gesunden Probanden zeigte sich bei 98,7 % der Fälle ein negatives Ergebnis. Dieser Test ist mit einer Sensitivität von 81 % und einer Spezifität von 98,3 % bestens geeignet, um ein „undichtes“ Blasenepithel nachzuweisen. Es wäre an der Zeit, ihn erneut als diagnostisches Hilfsmittel einzusetzen.

FOTO: CHRISTIAN MÜLLER - FOTOLIA