



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

## Das Mikrobiom und der Urogenitaltrakt



**Vorgestellt von Dr. Julia Eschböck-Zsutty**  
Medizinische Universität Wien, AKH Wien

*Brubaker L and Wolfe AJ, The new world of the urinary microbiota in women. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:644–649*  
*Scott VC et al., Intracellular bacterial communities: a potential etiology for*

*chronic lower urinary tract symptoms. Urology 2015; 86:425–431*

Diese beiden Artikel handeln von einem momentan sehr populären Thema: dem Mikrobiom. Das menschliche Mikrobiom besteht aus einer Lebensgemeinschaft von symbiotischen und pathogenen Bakterien. Auch bei sehr geringen Titern werden diese über ihre 16S-rRNA identifiziert. Der Begriff ist vorwiegend für die Haut und den Gastrointestinaltrakt von Bedeutung; weniger für den Urogenitaltrakt. Die beiden Artikel deu-

ten jedoch an, dass die Symptome des unteren Harntrakts und die Unterbauchschmerzen bei Frauen in Beziehung zu niedrigen Titern verschiedenster Bakteriengattungen stehen. Bei den meisten Frauen (auch asymptomatischen) kommt es zu Plattenepithelmetaplasien im Trigonumbereich. Da es sich auch hierbei um Haut mit einer dementsprechenden Flora handelt, können kleinste Titer verschiedenster Arten von symbiotischen Organismen nachgewiesen werden. Diese Bakterien vermehren sich nur schlecht in Urin und haben keinen klinischen Effekt auf die Blase. Es handelt sich um eine veraltete Hypothese, dass Bakterien für Erkrankungen wie interstitielle Zystitis verantwortlich sind. Patienten mit interstitieller Zystitis werden seit über 50 Jahren mit verschiedensten Antibiotika behandelt, ohne wesentliche Effekte. Fazit: Nur weil uns mittlerweile Technologien zugänglich sind, die auch niedrigste Titer von Bakterien nachweisen können, heißt das noch lange nicht, dass sich daraus eine klinische Relevanz ergibt.

## Abrupter Rauchstopp gegen Rückfall besser als Ausschleichen



**Vorgestellt von Dr. Julian Vesper**  
Medizinische Universität Wien,  
AKH Wien

*Lindson-Hawley N et al., Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Noninferiority Trial. Ann Intern Med 2016 May 3rd; 164(9):585–92*

Laut dieser randomisierten, kontrollierten Nichtunterlegenheitsstudie sind Raucher, die abrupt mit dem Rauchen aufhören, weniger gefährdet, nach 6 Monaten wieder zu rauchen, verglichen mit Rauchern, die schrittweise aufhören. Kliniker sollten Raucher darauf hinweisen, dass ein sofortiges Stoppen erfolgreicher ist als ein langsames Ausschleichen lassen, so die Schlussfolgerung der Wissenschaftler. Gleichzeitig müssen bessere Methoden entwickelt werden, um Raucher zu unterstützen, die ein langsames Aufhören bevorzugen.

## Antibiotikaphylaxe bei ureterskopischer Lithotripsie

**Vorgestellt von Dr. Julian Vesper**

*Lo CW et al., Effectiveness of prophylactic antibiotics against post-ureteroscopic lithotripsy infections: systematic review and meta-analysis. Surg Infect (Larchmt) 2015; 16:415–420*

In dieser Meta-Analyse von 4 Studien wurde ein Vergleich an 500 Patienten gezogen, die bei ureterskopischer Lithotripsie (URL) entweder eine Einzeldosis eines prophylaktischen Antibiotikums oder keine antibiotische Prophylaxe erhielten. Geprüft wurden die Ergebnisse der Urinalysen und die Inzidenz von fieberhaften Harnwegsinfekten (fUTI). Die Antibiose reduzierte im Vergleich zu keiner Medikation die Leukozytenzahl und Bakteriendichte der Urinalyse. Die Bakteriurie-Rate war bei 0–6 % in der Antibiose-Gruppe gegenüber 11–21 % in der unbehandelten Gruppe. Die Inzidenz der fUTI wurde durch eine Antibiotika-Prophylaxe nicht gesenkt. Allerdings waren die Infektionsraten mit 1,3–5,9 % generell niedrig. Fazit: Eine Antibiotikaphylaxe bei URL führt zu keiner signifikanten Reduzierung von klinischen Infektionen nach dem Eingriff.