

Symphysitis pubis als Komplikation nach transurethraler Laservaporisation der Prostata

Simone Brunnschweiler, Rachel Groebli Bolleter, Nina Zeh, Doris Mannhard, Tullio Sulser

Urologische Klinik, UniversitätsSpital Zürich

Fallbeschreibung 1

Der 65-jährige Patient wurde notfallmässig stationär aufgenommen mit bewegungsabhängigen Schmerzen über der Symphyse, die zur sekundären Immobilisation führten und bei Druck auf die Symphyse verstärkt waren. Es bestand ein Status nach GreenLight-Laservaporisation der Prostata vor vier Monaten bei einem katheterpflichtigen Prostataobstruktionssyndrom. Wegen der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Thrombozytenaggregationshemmung bei ausgeprägter koronarer Dreifässerkrankung war das Verfahren der Laserevaporisation gewählt worden. Der postoperative Verlauf war mit zeitgerechter Entfernung des transurethralen Spülkatheters und darauffolgend restharnfreier Spontanmiktion unauffällig. Ein bereits präoperativ nachgewiesener Harnwegsinfekt (*Pseudomonas aeruginosa* und Enterokokken) wurde resistenzgerecht mit Ciproxin und Augmentin behandelt.

Die Bildgebung mittels MRI des Beckens zeigte eine Symphsitis mit mutmasslicher Fistelbildung zwischen Prostata und Symphyse, so dass die Diagnose einer bakteriellen Symphsitis, per continuitatem, postuliert wurde (Abb. 1 ) . Ein Erregernachweis gelang bei durchgeführter *Punctio sicca* der Symphyse leider nicht.

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Es folgte eine interdisziplinäre Besprechung und in primär therapeutischer Absicht die Einlage eines Dauerkatheters und die Fortführung der resistenzgerechten antibiotischen Therapie mit Piperacillin und Ciprofloxacin. Unter dieser Behandlung zeigte sich eine prompte Regredienz sowohl der suprapubischen Schmerzen als auch der initial erhöhten Entzündungsparameter. In der Kontroll-Zystographie und -Zystoskopie konnte kein Fistelgang zwischen der Prostata und der Symphyse nachgewiesen werden, so dass der Dauerkatheter entfernt wurde.

Eine insgesamt dreimonatige, perorale antibiotische Therapie mit Ciprofloxacin 750 mg 1-0-1 wurde durchgeführt. In der anschliessenden klinischen Abschlusskontrolle war der Patient beschwerdefrei, und computertomographisch war der Befund vollständig regredient. Mit diesem erfreulichen Resultat konnten wir die Behandlung abschliessen.

Fallbeschreibung 2

Ein 84-jähriger Patient mit bekannter Blasenhalssklerose und konsekutiv obstruktiver Miktionsituation stellte sich, fünf Monate nach Blasenhalssinzision mittels GreenLight-Laser, mit stärksten bewegungsabhängigen, auf die Symphyse lokalisierten Schmerzen in unserer Ambulanz vor. Mittels MRI des Beckens wurde die Diagnose einer eitrigen Symphsitis mit Verbindung zum Blasenhalss gestellt (Abb. 2  und 3 ). Bei der CT-gesteuerten Punktion der Symphyse konnten 15 ml urinähnliche Flüssigkeit gewonnen werden, in der ein mit Urin vergleichbarer Harnstoffwert und bakteriologisch *Sphingomonas paucimobilis* nachgewiesen werden konnten. In der Urinkultur liess sich der Erreger *Corynebacterium glucuronolyticum* nachweisen.

Aufgrund der Klinik und der Bildgebung war von einer urethro-symphysealen Fistel mit Extravasation des Urins bei erhöhtem Druck während der Miktion auszugehen, obschon zystoskopisch und zystographisch die Bestätigung eines Fistelgangs fehlte. Nach konsiliarischer Rücksprache mit den Kollegen der Infektiologie und der Rheumatologie wurde eine antibiotische Therapie mittels Bactrim forte begonnen und bei erhöhten Restharmengen ein transurethraler Katheter eingelegt. Es folgte eine dreimonatige, konsequente Urinableitung mittels transurethralen Dauerkatheters. Das Verlaufs-MRI des Beckens zeigte regrediente Zeichen der Symphsitis und regrediente entzündliche Veränderungen in der umgebenden Muskulatur. Weder eine Fistel noch ein Abszess konnte nachgewiesen werden. Klinisch präsentierte

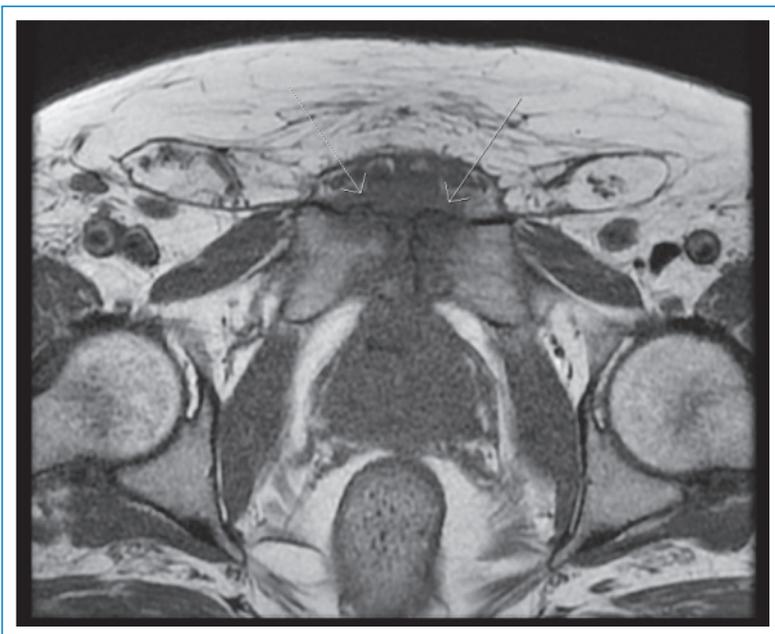


Abbildung 1
MRI, axiale Schnittenebene: T2-hyperintense Signalalterationen der Symphyse mit Kontrastmittelanreicherung und wenig Flüssigkeit im Gelenkspalt.

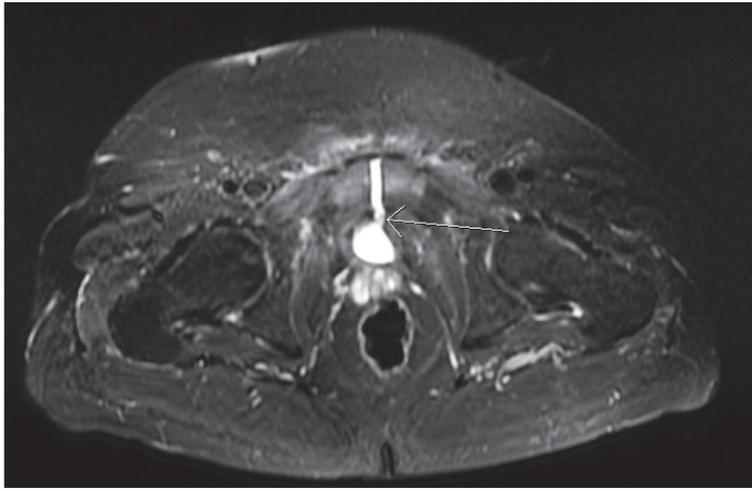


Abbildung 2
MRI, axiale Schnittebene, T2-gewichtet: posterior an den Symphysenspalt angrenzende Flüssigkeitsstrasse mit möglichem Kontakt zur erweiterten Urethra.

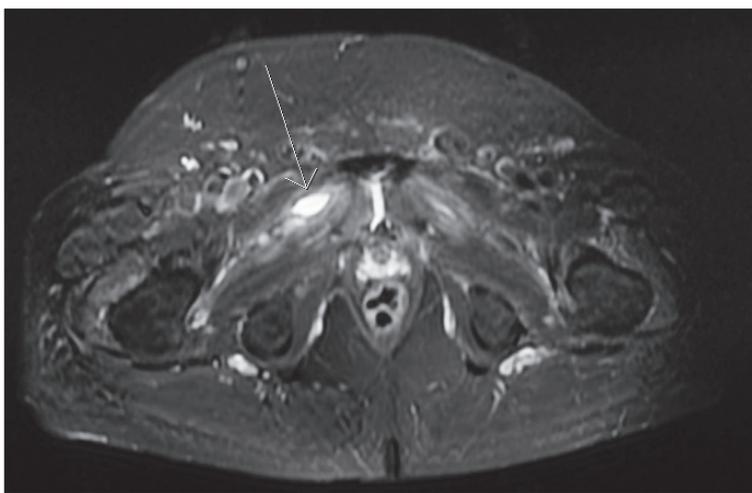


Abbildung 3
MRI, axiale Schnittebene, T2-gewichtet: Flüssigkeitsansammlungen mit peripherer Kontrastmittelaufnahme in den Adduktoren rechts.

sich der Patient in verbessertem Allgemeinzustand mit deutlich regredienten bewegungsabhängigen Schmerzen.

Kommentar

Eine postoperativ auftretende Symphysisitis pubis ist eine schmerzhaft, bakterielle Entzündung des Os pubis und angrenzender Strukturen. Das Krankheitsbild mit verzögertem, aggraviertem und belastungsabhängigem

Schmerz im Bereich des Unterbauchs und der Hüfte ist primär oft nicht eindeutig einer urologischen Ursache zuzuordnen. In den beschriebenen zwei Fällen war die Diagnosestellung erst nach ausführlicher Diagnostik möglich.

Die Bildung von urethro-symphysealen Fisteln mit konsekutiver Symphysisitis pubis nach transurethralen Eingriffen wird in der Literatur in lediglich fünf einzelnen Fällen beschrieben. In zwei Fällen wurde durch konservative Massnahmen eine Heilung erzielt [1], in anderen zwei Fällen musste eine chirurgische Sanierung mit Osteotomie, Fistelexzision und Omentuminterposition durchgeführt werden [3, 4]. Die aktuellste Publikation beschreibt erstmals eine Osteitis pubis als Komplikation einer GreenLight-Laservaporisation der Prostata, jedoch noch ohne weitere Informationen zum Outcome [2].

Ätiologisch ist eine iatrogene Perforation der Prostatakapsel mit postoperativer Urinextravasation sehr wahrscheinlich. In unseren zwei Fällen wurde zur transurethralen Resektion der Prostata die Technik der GreenLight-Laservaporisation eingesetzt. In beiden Fällen wurde bei 12 Uhr Steinschnittlage zusätzlich eine Blasenhalssinzision durchgeführt. Es bleibt abzuwarten, ob in Zukunft nach transurethralen Lasereingriffen vermehrt urethro-symphyseale Fisteln als Komplikation nachgewiesen werden können.

Fazit

Es handelt sich bei der Symphysisitis pubis um eine zwar seltene, aber folgenschwere postoperative Komplikation der transurethralen Resektion der Prostata. Die Diagnostik ist insofern erschwert, als dass die typischen Symptome erst mit einer gewissen Latenz postoperativ auftreten und somit nicht unmittelbar mit einer urologischen Ursache in Verbindung gebracht werden.

Korrespondenz:

Dr. med. Simone Brunnschweiler
Urologische Klinik UniversitätsSpital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich
simoneandrea@yahoo.com

Literatur

- 1 Laroche F, Perrot S, Menkes CJ. [Pubic symphysisitis secondary to fistula. Physiopathological hypothesis]. *Presse Med.* 1995;24(20):939–40.
- 2 Harriman D, Mayson B, Leone EF A rare but serious complication of GreenLight HPS photoselective vaporization of the prostate: Prostatic capsular perforation with bilateral thigh urinomas and osteitis pubis. *Can Urol Assoc J.* 2013;7(1–2):E105–7.
- 3 Kats E, Venema P, Kropman RF. A rare complication after endoscopic resection of the prostate: osteitis pubis due to a prostate-symphysis fistula. *J Urol.* 1997;157(2):624.
- 4 Gillitzer R, et al. Prostatosymphyseal fistula after transurethral resection of the prostate. *J Urol.* 2001;166(3):1001–2.