



Hämospemie beim jungen Mann

Hemospermia in Young Men

Frage

Muss bei einem jungen, 25 Jahre alten Mann, der – ohne andere Beschwerden – über eine einmalige Episode von Hämospemie berichtet, eine diagnostische Abklärung erfolgen?

Antwort

Nein. Außer einer gezielten Anamnese und einer körperlichen Untersuchung (inklusive Inspektion und Palpation der Geschlechtsorgane und rektale digitale Palpation der Prostata) sind in diesem Fall keine weiteren diagnostischen Untersuchungen oder Behandlungen notwendig, außer der Versicherung des Patienten über die Harmlosigkeit der Störung.

Question

A young 25 year old man reported a single episode of hemospermia without any other symptoms. Should this be followed by further diagnostic evaluations?

Answer

No. Besides a targeted history and physical examination (including inspection and palpation of genitals and digital rectal examination of the prostate) there is no necessity for further diagnostic tests or treatments, except to assure the patient on the harmlessness of the condition.

Hintergrund

Die Hämospemie (oder Hämatospermie; Blut in der Samenflüssigkeit), wird von den Betroffenen oft als alarmierendes Zeichen empfunden und kann bei jüngeren Männern Ängste von Fruchtbarkeits- oder Sexualstörungen und bei älteren Männern Ängste vor einer zugrunde liegenden bösartigen Erkrankung auslösen.

Nach Literaturangaben scheint die Hämatospermie am häufigsten im 30. bis 40. Lebensjahr vorzukommen – in diesem Alter ist die zugrunde liegende Störung meist harmlos und selbstlimitierend. Andererseits können gut behandelbare Störungen (Infektionen) die Ursache sein, oder aber in einer geringen, aber nicht zu vernachlässigenden Anzahl der Fälle tatsächlich ein maligner Tumor oder eine schwerwiegende systemische Erkrankung der Störung zugrunde liegen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, zwischen den harmlosen und jenen Fällen zu unterscheiden, die einer vollständigen Abklärung mittels entsprechender Stufendiagnostik bedürfen.

Blut in der Samenflüssigkeit kann von der Urethra, den periurethralen Drüsen, den bulbourethralen Drüsen, der Harnblase, der Prostata, den Samenbläschen, dem Ductus deferens, den Nebenhoden oder den Hoden stammen.

Von den eruierten Ursachen nehmen die Infektionen mit 40 % den größten Teil ein; diese weisen jedoch zumeist noch andere Symptome auf, wodurch sie leicht diagnostizierbar sind. Den restlichen Anteil bilden sonstige entzündliche Erkrankungen (interstitielle Zystitis, nichteitrig Prostatitis und Samenbläschenentzündungen), Tumoren (Prostata, Hoden, Nebenhoden, Samenbläschen, Blase, Harnröhre), iatrogene Ursachen (allen voran Prostatabiopsie, aber auch transurethrale Eingriffe, Strahlentherapie) sowie seltener systemische Erkrankungen (Blutgerinnungsstörungen, schwere Leberstörungen, Amyloidosen), strukturelle Fehlbildungen (angeborene Missbildungen, Steinbildung im unteren Harntrakt, erworbene Strikturen) oder vaskuläre Ursachen (Hämangiome, Teleangiectasien, arteriovenöse Fisteln).

Bei der Anamnese können zur Ursachenfindung beitragen: Ausschluss einer Pseudo-Hämospemie (Hämaturie oder Blut vom Sexualpartner), iatrogene Traumen oder traumatische Sexualpraktiken, abgelaufene Geschlechtskrankheiten, Sexualkontakte, Reiseanamnese (Endemiegebiete für Schistosomiasis) und evtl. vorhandene Miktionsbeschwerden, Schmerzen, bekannte Systemerkrankungen, gerinnungshemmende Medikation.

Bei der körperlichen Untersuchung sollte neben einer aufmerksamen Inspektion und Palpation von Unterbauch, Genitalien und Lymphdrüsenstationen auch die rektale Untersuchung erfolgen.

Weiterführende diagnostische Möglichkeiten in der Stufendiagnostik beinhalten mikrobiologische Untersuchungen von Harn und Harnröhrenabstrichen (Keimnachweis in der Samenflüssigkeit rührt meist von Kontamination her), PSA-Bestimmung im Blut, Urethrozystoskopie, skrotaler Ultraschall, transrektaler Ultraschall, Prostatabiopsie, Computertomografie und Magnetresonananz des kleinen Beckens.

Suchbegriffe / Suchfrage (PICO = Population, Intervention, Comparison, Outcome)

Hemospermia, hematospermia, Hämospemie, Hämatospermie

Suchstrategie

Es wurden die internationalen Leitlinienendatenbanken sowie die Sekundärdatenbanken *Cochrane Library*, *Clinical Evidence* und *Uptodate* durchsucht. Primärliteratur wurde nicht durchsucht.

Ergebnisse

- Bei jungen Männern, die erstens jünger als 40 Jahre alt sind, zweitens keine weiteren Beschwerden haben, drittens anamnestisch keine Risikofaktoren aufweisen (bekannte urogenitale Missbildung, bekannte Neoplasie, bekannte Blutgerinnungsstörung) und viertens bei denen die Hämospermie nicht wiederholt auftritt, ist die Hämospermie harmlos. Diese Patienten brauchen nach der Anamnese und einer körperlichen Untersuchung (wie oben beschrieben) keine diagnostische Abklärung und keine Behandlung außer der Versicherung über die Harmlosigkeit der Störung [1–4].
- Bei jungen Männern (vor dem 40. Lj.), die Beschwerden der unteren Harnwege haben, handelt es sich meist um Harnwegsinfekte oder sexuell übertragbare Infektionen. Die Abklärung kann sich in diesen Fällen auf die Suche nach solchen Infektionen (in erster Linie Gonokokken und Chlamydien) mit evtl. folgender Behandlung beschränken [1, 4].
- Falls der Patient eine entsprechende Reiseanamnese aufweist, sollte man auch an die Schistosomiasis (Bilharziose) des Urogenitaltrakts denken und eine mikroskopische Urin- und Samenanalyse auf Schistosomen veranlassen [4, 5].
- Bei älteren Männern (über dem 40. Lj.) tritt die Hämospermie am häufigsten nach Prostatabiopsien oder transurethralen Eingriffen auf, und in einem solchen Fall bedarf sie keiner weiteren Abklärung [1].
- Ältere Männer über dem 40. Lj. sollten nach Meinung mehrerer Autoren [1, 3] auch bei erstmaliger Hämospermie zumindest einer Abklärung auf Prostatakarzinom unterzogen werden mit rektaler digitaler Untersuchung der Prostata und der Bestimmung des PSA im Blut. Hämospermie ist bei Männern über dem 40. Lj. mit einem größeren Risiko für Prostatakarzinom assoziiert (Odds Ratio 1,73) [6].
- Im Fall einer persistierenden Hämospermie (d.h. über 1–2 Monate) ist eine weitergehende Abklärung mittels bildgebender Diagnostik bei Männern jeden Alters indiziert [3, 4].

- Mittels nichtinvasiver bildgebender Diagnostik (in erster Linie transrektale Ultraschalluntersuchung der Prostata und in zweiter Linie MRI des kleinen Beckens) findet man in 82–95 % der Fälle die Ursache für eine persistierende Hämospermie: neben gutartigen oder bösartigen Geschwülsten im kleinen Becken auch Verkalkungen oder Steine in Prostata, Samenbläschen oder Samenleitern; Zysten; Erweiterungen oder angeborene Defekte von Samenbläschen oder Samenleitern; Entzündungen von Prostata, Samenbläschen oder Samenleitern [3].
- Eine invasive Diagnostik wie Zystoskopie, Kontrastmittelaufnahmen (z.B. Vasografie) oder Biopsien von Prostata, Harnblase, Samenbläschen, Hoden oder Nebenhoden sind selten notwendig und sollen in begründeten Fällen von einem Facharzt für Urologie indiziert werden [4].
- Auch bei genauer Diagnose der Ursache einer Hämospermie ergeben sich für die meisten Patienten keinerlei therapeutische Konsequenzen, da die Veränderungen nicht gravierend sind [4].

Kommentar

Die Literatur über die Hämospermie ist spärlich und die Evidenz basiert größtenteils auf Expertenmeinungen. Die Experten sind sich einig, dass gelegentliche Hämospermie ohne Beschwerden bei jüngeren Männern eine harmlose Störung darstellt, die keiner besonderen

Abklärung bedarf. Hämospermie mit Beschwerden der unteren Harnwege ist bei jüngeren Männern meist Zeichen einer Infektion, die leicht diagnostiziert und therapiert werden kann.

Nur anhaltend rezidivierende Hämospermie soll auch bei jüngeren Männern abgeklärt werden, da sie Zeichen einer anatomischen Veränderung (wenn auch selten therapiebedürftig) oder aber einer Blutgerinnungsstörung (Knochenmark- oder Lebererkrankungen) sein kann.

Bei älteren Männern tritt die Hämospermie viel seltener auf als bei jüngeren Männern und ist im größten Teil der Fälle die direkte Folge einer Prostatabiopsie – eine Abklärung erübrigt sich dabei verständlicherweise. Nicht-biopsierte ältere Männer sollen auch bei einmaliger Hämospermie auf Prostatakarzinom untersucht werden, da eine (schwache) Risikoerhöhung für ein Prostatakarzinom zu bestehen scheint. Auch bei fehlendem Verdacht auf Prostatakarzinom sollte – vor allem bei rezidivierender Hämospermie über mehr als 1–2 Monate – eine Vorstellung beim Urologen in Erwägung gezogen werden, da mittels transrektalem Ultraschall (oder sonst MRI) nichtinvasiv fast immer eine zugrundeliegende Ursache diagnostiziert werden kann, deren Behandlungsnotwendigkeit es zu beurteilen gilt.

August 2012

Simon Kostner für das EBM-Team
Südtiroler Akademie für
Allgemeinmedizin SAKAM, Bozen

Literatur

1. Stefanovic KB, Gregg PC, Soung M. Evaluation and treatment of hematospermia. *Am Fam Physician*. 2009; 80: 1421–7
2. Ahmad I, Krishna NS. Hematospermia. *J Urol* 2007; 177:1613–8
3. Torigian DA, Ramchandani P, Casalino DD, et al. Expert panel on urologic imaging. ACR Appropriateness Criteria® hematospermia. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2010
4. Barry D Weiss BD, Richie JP. Hematospermia. Uptodate. Literature review current through: Feb 2012. Last updated: Jul 19, 2011. Available on: www.uptodate.com (Letzter Aufruf 21.04.2012)
5. Schwartz E, Pick N, Shazberg G, Potasman I. Hematospermia due to schistosome infection in travelers: diagnostic and treatment challenges. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 1420–4
6. Han M, Brannigan RE, Antenor JAV, Roehl KA, Catalona WJ. Association of hematospermia with prostate cancer. *J Urol* 2004; 172: 2189–92