

MedReport

27 / 2012

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

26. bis 29. 9. 2012

64. Kongress
der Deutschen
Gesellschaft für
Urologie e.V.

in Leipzig



Wissenschaft, Fortschritt, Leben

Deutschlands Urologen tagen erstmals in Leipzig: Zum 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vom 26. bis 29. September 2012 werden rund 7000 Fachbesucher aus aller Welt im Congress Center Leipzig (CCL) erwartet. Mit einem ganztägigen akademischen Programm-Angebot in englischer Sprache will die DGU den weltweit drittgrößten Urologenkongress auf dem internationalen Wissenschafts-Parkett neu positionieren.

„Englisch ist die Sprache der Wissenschaft. Dem werden wir in Leipzig verstärkt Rechnung tragen“, sagt DGU- und Kongresspräsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller. Renommiertere Gastredner der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU), der Amerikanischen Gesellschaft (AUA), der Internationalen Gesellschaft (SIU) und der Internationalen Kontinenzgesellschaft (ICS) sowie geladene Referenten aus Osteuropa und auch die „European School of Urology“ (ESU) sind in das Programm von „Urology International“ eingebunden.

Die DGU-Jahrestagung deckt in über 100 Einzelveranstaltungen das gesamte Spektrum der Urologie ab und trägt das Motto „Wissenschaft, Fortschritt, Leben“. „Wissenschaft und Forschung sind Garanten des Fortschritts, und gerade auf medizinischem Gebiet ist dieser messbar durch verbesserte Lebensqualität und längeres Leben“, so der Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Bonn. Gute Lebensqualität in fortschreitendem Alter sei in der breiten Bevölkerung nur durch mehr systematische Prophylaxe zu erreichen. Dieser gesellschaftlichen Aufgabe stellt sich die DGU in Leipzig mit einer Präventions-Initiative: „Durch Prävention des Metabolischen Syndroms und Erhalt einer guten Nierenfunktion wird das Leben verlängert, und viele urologische Erkrankungen wie Steinbildung, Impotenz, Tumoren oder Inkontinenz können verhindert werden.“

„Überernährung und mangelnde Bewegung sind die großen medizinischen Herausforderungen unserer westlichen Gesellschaft. Mit dem Wissen, dass das Metabolische Syndrom mit Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen und nicht zuletzt der Induktion von Malignomen unser Leben bedroht, muss auch für uns Urologen der Fortschritt darin bestehen, sinnvolle Konzepte der Primärprävention anzubieten, um Steinleiden, Erektionsstörungen und Probleme der Harninkontinenz auf dem Boden diabetischer und neurodegenerativer Erkrankungen so gering wie möglich zu halten“, so Prof. Müller.

Besonders den Gesundheitsmuffel Mann müsse diese Botschaft erreichen. Konzepte für „Jungensprechstunden“ mit urologischer Betreuung junger Männer und entsprechender Aufklärung werden deshalb in Leipzig diskutiert. Ihr Ziel lautet: Vom Pädiater zum Urologen, der Männer lebenslang begleitet.

Urologische Krebserkrankungen, allen voran das Prostatakarzinom, organerhaltende Nierentumorchirurgie, Andrologie, Urogynäkologie, Kinderurologie sowie Nierentransplantation bilden weitere Programmschwerpunkte. Darunter sind auch einige heiße Eisen wie Qualitätssicherung in der Operativen Medizin sowie bei der Aus- und Weiterbildung und die Priorisierung beziehungsweise Rationierung in der Medizin.

Nachwuchsprogramme wie die Juniorakademie für Medizinstudenten und urologische Assistenzärztinnen und -ärzte sowie das Schülerprojekt „Urologin/Urologe für einen Tag“ werden auf dem 64. DGU-Kongress fortgesetzt. Bewährte Programme der zertifizierten Fort- und Weiterbildung für Kliniker und Niedergelassene Kollegen werden das Programm abrunden.

Weiterhin gibt es wieder eine urologische Stellenbörse. Wie im Vorjahr erwartet die Teilnehmer auch eine Kinderbetreuung vor Ort. Eine DGU-Kongress-App erleichtert unter anderem die persönliche Programmplanung. Traditionell finden im Rahmen der Jahrestagung ein Pflegekongress für die urologischen Assistenz- und Pflegeberufe und ein Patientenforum, in Leipzig zum Volksleiden Inkontinenz, statt. Auf der begleitenden Industrieausstellung werden rund 150 Unternehmen auf 10.000 Quadratmetern Ausstellungsfläche vertreten sein.



© Stephen Coburn - Fotolia.com



© steeschum - Fotolia.com

ALLGEMEINE HINWEISE

26. bis 29. September 2012

64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

TAGUNGSORT

CCL – Congress Center Leipzig
Messe-Allee 1
04356 Leipzig
Tel.: 0341-6780

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller
Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn

KONGRESSORGANISATION

Dr. med. Sebastian Rogenhofer
Dr. med. Timo Strunk

KONGRESSSEKRETARIAT

Sabine Limbeck
Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Tel.: 0228-287142-86, Fax: 0228-582335-97
2012@dgu.de

KONGRESSVERANSTALTER

INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG
Landsberger Straße 155
80687 München
Tel.: 089-548234-56, Fax: 089-548234-44
dgu@interplan.de
www.interplan.de

www.dgu-kongress.de

INHALT



© Stephen Coburn - Fotolia.com

2 Perioperatives Management von Patienten mit Blutverdünnung

Jan Beyer-Westendorf

2 LUTS der Frau – Blase, Beckenboden oder?

Ursula Peschers

3 Roboter-assistierte Nierenteilresektion – die Zukunft

Jörn Kamradt

4 Übersicht über die PREFERE-Studie

Peter Albers

5 Neues aus der Genderforschung Dialyse, NTX und Geschlecht

Sylvia Stracke

6 PCA-Metastasenresektion – eine sinnvolle Option?

Carsten-Henning Ohlmann

7 Nierenteilresektion und GFR Ist die Lebendspende noch vertretbar?

Stefan Siemer

7 Möglichkeiten der Prävention des Prostatakarzinoms

Bernd J. Schmitz-Dräger

8 Prognosemodelle beim Blasenkarzinom

Patrick J. Bastian

8 Impressum

www.medreports.de

Perioperatives Management von Patienten mit Blutverdünnung

Jan Beyer-Westendorf, Dresden



PD Dr. Jan Beyer-Westendorf

In Deutschland werden derzeit etwa 800.000 Patienten mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) antikoaguliert. Durch die Einführung neuer oraler Antikoagulanzen (NOAC), welche einfacher zu handhaben sind und weniger schwere Blutungen verursachen, dürfte die Zahl der antikoagulierten Patienten in den nächsten Monaten weiter steigen, da viele Patienten trotz bestehender Indikation zur Antikoagulation aufgrund der VKA-Probleme bisher oft nicht behandelt wurden.

Allein bei VKA-Patienten erfolgen in Deutschland jährlich 250.000 perioperative Umstellungen der Blutverdünnung (sogenannte „Bridging“-Episoden). Darüber hinaus erhalten über 1 Million Patienten in Deutschland eine dauerhafte Thrombozytenhemmung.

Jeder chirurgische oder interventionelle Eingriff geht mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Blutungsrisiko einher und bei Patienten mit blutverdünnenden Medikamenten stellt sich die Frage, ob Eingriffe trotz der Blutverdünnung durchgeführt werden sollen, die Medikation umgestellt oder gar ganz pausiert werden muss.

Generell gilt, dass diese Entscheidung für jeden Patienten individuell getroffen werden muss, da das Blutungsrisiko (bestimmt durch Anamnese, Art der Blutverdünnung und Art des Eingriffs) gegen das thromboembolische Risiko (bestimmt durch Anamnese, Indikation für die Blutverdünnung, Risikofaktoren für Thromboembolie, Thrombogenität des Eingriffs) abzuwiegen ist. Erfahrungen aus Studien und Registern können helfen Risikogruppen zu definieren, jedoch müssen abgeleitete Empfehlungen auf den einzelnen

Patienten abgestimmt werden, weshalb in der Regel internistische und chirurgische Kollegen gemeinsam an der Risiko-Nutzen-Abwägung beteiligt werden sollten. Während bei Patienten, die z. B. ASS 100 zur Primärprophylaxe einnehmen (also nie einen Myokardinfarkt oder Apoplex hatten) die Blutverdünnung mit geringem Risiko ersatzlos abgesetzt werden kann, sind bei Risikopatienten (stattgehabtes arterielles Ereignis) heute zahlreiche Operationen unter ASS durchzuführen, da potenzielle Blutungen zumeist besser beherrscht werden können als ein akutes arterielles Ereignis. Die oft geübte Praxis, Thrombozytenhemmung durch eine Heparin-Gabe zu überbrücken ist nicht durch Studien- und pharmakologische Daten abgesichert und aus pharmakologischer Sicht wenig sinnvoll, da die Heparine keinen ausreichenden antithrombozytären Effekt aufweisen, jedoch auch das Blutungsrisiko erhöhen. Bei hohem kardiovaskulärem Risiko kann es daher besser sein, die Umstellung von ASS oder Clopidogrel auf einen kurzwirksamen intravenösen Thrombozytenhemmer zu erwägen, welcher nur unmittelbar perioperativ pausiert wird, so dass die Dauer der Unter-

brechung minimiert werden kann.

Auch für VKA und NOAC gilt, dass heute zahlreiche Eingriffe mit geringem und mittlerem Blutungsrisiko (Interventionen, Zahnextraktionen, manche Biopsien, manche Implantationen) unter Fortführung der Antikoagulation erfolgen können, da das Blutungsrisiko zumeist beherrschbar und thromboembolische Komplikationen häufig schwerwiegend verlaufen. Ist die orale Antikoagulation jedoch abzusetzen, so bedarf es bei VKA-Patienten zumeist eines Heparin-Bridgings, da aufgrund des langsamen Abklingens und des langsamen Wirkeintritts nach Neubeginn der VKA ein Pausieren zumeist ein Zeitfenster von 2–3 Wochen umfasst. Die neuen oralen Antikoagulanzen (NOAC) bieten hier aufgrund der kurzen Halbwertszeit und des schnellen Wirkeintritts nach Neubeginn ein pharmakologisches Profil, welches vergleichbar zu den niedermolekularen Heparinen ist, weshalb ein Heparin-Bridging bei diesen Substanzen in aller Regel nicht erforderlich ist. Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist der haftungsrechtliche Aspekt. Peri-interventionelle Änderungen der Blutverdünnung sind bei den meisten Patienten

mit einem erhöhten Komplikationsrisiko behaftet: Man setzt aktiv eine indizierte und vor potenziell lebensbedrohlichen Thromboembolien schützende Behandlung um oder ab oder operiert einen blutverdünnenden Patienten mit dem Risiko einer „iatrogenen“ Blutung. Für die Absicherung der beteiligten Ärzte ist es daher essenziell, den Patienten ausführlich aufzuklären und dieses schriftlich zu dokumentieren. Die Aufklärung sollte dabei das Thromboembolie-Risiko bei Ab- oder Umsetzung der Blutverdünnung enthalten sowie die Abschätzung der möglichen Schwere und des Managements potenzieller Blutungen. In dem Aufklärungsgespräch sollte erreicht werden, gemeinsam mit dem Patienten ein Verständnis für diesen „Konflikt“ herzustellen und ihn in die Lage zu versetzen, alternative Behandlungen mit geringeren Thromboembolie- oder Blutungsrisiko oder (gerade bei Elektiv-Operationen) den Verzicht auf die Operation zu erwägen, wenn beide Risiken gemessen an dem zu erzielenden OP-Ergebnis unverträglich hoch sind.

KORRESPONDENZADRESSE

PD Dr. med. Jan Beyer-Westendorf
UniversitätsGefäßzentrum
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
jan.beyer@uniklinikum-dresden.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 28.09.2012
08:30–10:00 Uhr
Saal A1

Operative Urologie

Moderation: Frohneberg, D., Karlsruhe;
Gasser, T., Liestal; Riedmiller,
H., Würzburg

ANKÜNDIGUNG

25. bis 28. September 2013

65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

VERANSTALTUNGSORT
Messe Dresden

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Michael Stöckle
Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrbergerstraße 1
66421 Homburg/Saar



LUTS der Frau – Blase, Beckenboden oder?

Ursula Peschers, München

Beckenbodenfunktionsstörungen sind nicht nur Belastungs- und Dranginkontinenz. Während sich früher die Urogynäkologie bzw. die gynäkologische Urologie auf Diagnostik und Behandlung der Harninkontinenz beschränkt haben, umfasst dieses Gebiet mittlerweile viel mehr. Beckenbodenfunktionsstörungen haben viele Ausprägungen.

Senkungsbeschwerden, sexuelle Funktionsstörungen, anale Inkontinenz, Harninkontinenz, Drangbeschwerden und Schmerzsyndrome gehören dazu. Und auch die Ursachen sind mannigfaltig. Neben reinen „mechanischen“ Schädigungen wie z. B. Geburtsverletzungen spielen auch neurologische Erkrankungen wie z. B. Morbus Parkinson oder eine diabetische Neuropathie eine Rolle. Viele Patientinnen mit Harninkontinenz haben außerdem eine Senkung. Die Senkung kann die Ursache der Inkontinenz sein. Das ist aber nicht zwingend so. In aller Regel sollte aber eine Senkung auch korrigiert werden,

wenn eine operative Behandlung in Erwägung gezogen wird. Senkungsoperationen mit Netzen werden aber mit Recht in den letzten zwei Jahren wegen der hohen Komplikationsraten kontrovers diskutiert. Nicht zu vernachlässigen sind vor allem auch die psychischen Ursachen, die meines Erachtens viel zu wenig Beachtung finden. Vor allem Drangbeschwerden und Schmerzsyndrome haben häufig psychische Ursachen und können Ausdruck einer Somatisierungsstörung sein. Frauen, die körperliche und sexuelle Gewalt erlitten haben, haben häufiger eine überaktive Blase als Frauen, die

keine solchen Erfahrungen machen mussten. Für eine Belastungsinkontinenz gilt das nicht. Bei der Diagnostik der Harninkontinenz und der Harndrangbeschwerden (LUTS; lower urinary tract symptoms) sollte demnach ein umfassende körperliche und psychosomatische Abklärung erfolgen. Dazu gehören die Anamnese (auch mit der Frage nach analen Inkontinenzsymptomen, Dyspareunie, Beckenschmerzen und Senkungsbeschwerden), das Miktionstagebuch, die vaginale Einstellung, um einen Deszensus festzustellen, die Restharnbestimmung und wenn möglich auch eine Bildge-



Prof. Dr. Ursula Peschers

bung, die schnell und strahlungsfrei mit Ultraschall (Perineal- oder Introitussonographie) erfolgen kann. Die Cystoskopie und die Urodynamik sind bei besonderen Fragestellungen, in der Rezidivsituation und vor Operationen hilfreich. Bei komplexeren Fragestellungen ist die interdisziplinäre Abklärung oft hilfreich.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Ursula Peschers
Beckenboden Zentrum München
Denninger Straße 15
81679 München
peschers@bbzmuenchen.de

PROGRAMMHINWEIS

Donnerstag, 27.09.2012
08:30–10:00 Uhr
Saal C

Urologie der Frau

Moderation: Haferkamp, A., Frankfurt;
Schultz-Lampel, D., Villingen-
Schwenningen; Wille, S., Köln

Roboter-assistierte Nierenteilresektion – die Zukunft

Jörn Kamradt, Homburg/Saar



PD Dr. Jörn Kamradt

Seit der Einführung und großzügigen Verwendung der Computer- und Kernspintomographie sowie vor allem des Ultraschalls in der medizinischen Diagnostik hat die Inzidenz kleiner Raumforderungen der Niere deutlich zugenommen. Heutzutage werden die meisten Nierentumoren im frühen Stadium (cT1) als asymptomatischer Zufallsbefund im Rahmen der Bildgebung diagnostiziert („stage shift“) [1].

Ein Anteil von bis zu 20 % gutartiger Tumoren bei diesen kleinen Nierenraumforderungen und vor allem das geringe Risiko für die Entwicklung einer chronischen Niereninsuffizienz, die mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität aufgrund kardiovaskulärer Begleiterkrankungen vergesellschaftet ist, sowie die Möglichkeit von Spätrezidiven in der kontralateralen Niere sind die wichtigsten Argumente, warum bei diesen kleinen Nierentumoren immer eine Teilresektion versucht werden sollte. Aus diesen Gründen gilt für Tumoren <4 cm die organerhaltende Nierenchirurgie in den europäischen Leitlinien als Standard. Die Teilresektion ist aber auch bei größeren Tumoren ohne größere Komplikationen und mit onkologischer Gleichwertigkeit im Vergleich zur Tumornephrektomie möglich [2]. Der niedrigere intraoperative Blutverlust, die geringeren postoperativen Schmerzen und die bessere Kosmetik bei vergleichbaren onkologischen Ergebnissen wie bei offenen Eingriffen sind wesentliche Gründe warum zunehmend minimalinvasive Verfahren wie die Laparoskopie auch in der uro-onkologischen Chirurgie Anwendung finden und auch vom Patienten gefordert werden. In der Nierentumorchirurgie gilt die laparoskopische Tumornephrektomie inzwischen als Gold-Standard für nicht teilresezierbare Nierentumoren. Die laparoskopische Nierenteilresektion wird zwar auch schon seit Jahren durchgeführt, ist jedoch sehr viel anspruchsvoller und schwieriger für den Operateur erlernbar (sehr lange Lernkurve) als die laparoskopische Nierenentfernung. Mit der Prämisse minimal-invasiv zu operieren, werden aus diesem Grund leider nach

wie vor auch viele kleine Tumoren lieber laparoskopisch nephrektomiert als offen teilreseziert [3].

Es sind vor allem drei Probleme, die die laparoskopische Nierenteilresektion erschweren: (1.) Die Teilresektion erfordert meist eine Ischämie der Niere. Die Ischämiezeit sollte so kurz wie möglich gehalten werden, um möglichst wenig das Nierenparenchym dauerhaft zu schädigen, zumindest aber ≤ 20 min. (2.) Für eine suffiziente Blutstillung der Resektionshöhle und ggfs. eine Rekonstruktion des eröffneten Hohlraumsystems sind in der Regel gezielte Nähte erforderlich. (3.) Dorsalseitig oder am Oberpol gelegene Nierentumoren sind konventionell laparoskopisch oft nur sehr schwer erreichbar. Dem erfahrenen Laparoskopiker ist es möglich, diese Einschränkungen mit Geschick zu überwinden und auch schwierigere Nierentumoren mit akzeptablen Ischämiezeiten organerhaltend zu reseziieren. Die Fallzahl, um diese Erfahrung zu erlangen, ist aber hoch und dementsprechend haben weltweit wenige diese Expertise.

2004 wurde die erste Roboter-assistierte laparoskopische Nierenteilresektion publiziert. Die technischen Entwicklungen des Roboter-Systems (z. B. die 3D-Sicht, optische Vergrößerung und volle Beweglichkeit der Instrumente in allen Freiheitsgraden) erleichtern eine Übertragung der Operationsschritte der offenen Nierenteilresektion in einen minimal-invasiven Eingriff und ermöglichen es, die Schwierigkeiten der konventionellen Laparoskopie zu überwinden. Dementsprechend hat dieses Verfahren schnell Anwendung gefunden und Ergebnisse zahlreicher Zentren zeigen, dass die Lernkurve

Single-Port- oder Single-Incision-Eingriffe sind mit dem robotischen System realisierbar und zum Teil schon in der klinischen Anwendung. Diese Entwicklungen werden die Möglichkeiten und Grenzen der Nierenteilresektion zukünftig noch erweitern.

Zweifelsohne ist die Roboter-assistierte Teilresektion das teuerste OP-Verfahren. Hoffentlich werden zukünftig vergleichbare Konkurrenzanbieter den Wettbewerbsdruck für den derzeitigen Monopolisten erhöhen und damit die Preise senken. Die geringen Blutverluste, die schnelle Rehabilitation der Patienten muss bei diesen Kalkulationen allerdings auch berücksichtigt werden. Die organerhaltende Nierenchirurgie ist die Zukunft der operativen Nierentumorthérapie. Für die minimal-invasive Teilresektion der Niere scheint die Anwendung eines Robotersystems die größten Vorteile zu bieten, weshalb dieser Technik die Zukunft gehören wird.

LITERATUR

- 1 Chow WH et al. Epidemiology and risk factors for kidney cancer. *Nat Rev Urol* 2010; 7: 245-57.

- 2 MacLennan S et al. Systematic Review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. *Eur Urol* 2012; 61: 972-93.
- 3 Aboussaly R et al. Unintended consequences of laparoscopic surgery on partial nephrectomy for kidney cancer. *J Urol* 2010; 183: 467-72.
- 4 Babbar P, Hemal AK. Robot-assisted partial nephrectomy: current status, techniques, and future directions. *Int Urol Nephrol* 2012; 49: 99-109.

KORRESPONDENZADRESSE

PD Dr. med. Jörn Kamradt
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße 100
66421 Homburg/Saar
joern.kamradt@uniklinikum-saarland.de

PROGRAMMHINWEIS

Mittwoch, 26.09.2012
13:00–14:30 Uhr
Saal 3

**Endourologie
(AK Laparoskopie, Endoskopie
und roboterassistierte
Chirurgie)**

Moderation: Siemer, S., Homburg;
Stolzenburg, J.-U., Leipzig

MEDNEWS

Studienregister der Urologen

Erstes Fachregister in Deutschland mit WHO-Akkreditierung

Seit 2010 betreibt die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) ein nationales Register, in dem urologische Studien aus Deutschland erfasst werden. Jetzt hat das DGU-Studienregister durch eine direkte Anbindung an das offizielle deutsche Primärregister der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Deutsche Register Klinischer Studien (DRKS), eine deutliche Aufwertung erfahren. Als erste medizinische Fachgesellschaft Deutschlands hat die DGU

einen Kooperationsvertrag mit dem DRKS geschlossen. Das neue DGU-Studienregister wird auch beim DGU-Kongress 2012 in Leipzig Thema sein.

Ziel des Registers ist, dass sich Ärzte, Betroffene und potenzielle Studienpartner rasch und übersichtlich über die Studienaktivitäten in der Urologie umfassend informieren können.

Quelle: DGU

Übersicht über die PREFERE-Studie

Peter Albers, Düsseldorf*



Prof. Dr. Peter Albers

Für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom und niedrigem Risiko werden Nutzen und Risiken der vier üblichen Behandlungsstrategien Prostatektomie, perkutane Strahlentherapie, permanente Seed-Implantation und active Surveillance in einer prospektiven randomisierten Studie überprüft. In einem neuartigen Design kann die Präferenz der Patienten weitgehend berücksichtigt werden.

Therapeutisch werden bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem und „frühem intermediären“ Risiko heutzutage im Wesentlichen vier Strategien verfolgt:

- radikale Prostatektomie (RP),
- perkutane Strahlentherapie (RT),
- permanente Seed-Implantation (PSI),
- active Surveillance (Verzicht auf eine unmittelbare Therapie, stattdessen strukturierte Überwachung [AS]).

Es ist unklar, von welcher der in Frage kommenden Behandlungsoptionen der Patient unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen und Komplikationen am meisten profitiert.

Hinzu kommt, dass die deutlich verbesserten Diagnoseverfahren und die Einführung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) als Screening-instrument zu einer Stadienmigration hin zu diesen frühen Tumorstadien geführt haben. Diese sind nach neueren Erkenntnissen prognostisch sehr heterogen und verlangen nach einer differenzierten Therapie, die von einem Verzicht auf eine sofortige Behandlung bis zur sofortigen kurativen Therapie und ggf. adjuvanten Behandlung reichen kann.

Das Ziel der prospektiven Studie ist es, den Nutzen und die Risiken der entsprechenden Therapiemodalitäten relativ zur RP zu evaluieren. Nach dem derzeitigen Erkenntnisstand liegen keine Daten aus prospektiv randomisierten Studien vor, die die Effektivität und das Nebenwirkungsprofil vergleichend untersucht haben. Weltweit existiert nur eine einzige Studie, in der die Behandlungsmodalitäten RP, RT und AS prospektiv geprüft werden (ProtecT-Studie).

Alle großen Leitlinien sind sich jedoch einig, dass beim Niedrig-risiko-Patienten alle vier Optionen primäre Behandlungsoptionen darstellen, deren Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit vergleichbar sind. Die Empfehlungen der internationalen Leitlinien stützen sich auf monozentrische und multizentrische retrospektive Vergleichsstudien zu den unterschiedlichen Therapieformen.

Bei „frühem intermediären“ Risiko existieren solche Empfehlungen bei der PSI und bei der AS nicht. Durch die Konsensempfehlung der Internationalen Gesellschaft für Urologie wurde 2005 u. a. die Grenze zwischen Gleason Muster 3 und 4 schärfer definiert und die Definition des Musters 4 erweitert, was zu einer vermehrten Diagnose des Gleason-4-

Musters führt. Ein wesentlicher Anteil der aktuell mit einem Gleason Score von 7 gradierten Karzinome wären demnach früher als Gleason-6-Tumoren diagnostiziert worden und sind wahrscheinlich teilweise von einer Übertherapie betroffen.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, auch Patienten mit „frühem intermediären“ Risiko, also bei Patienten mit Gleason-Score 7a und ansonsten gleichen Kriterien wie niedriges Risiko (PSA ≤ 10 ng/ml und cT-Kategorie 1c oder 2a) mit in die Studie aufzunehmen, um eine Evaluierung auf höchster Evidenzstufe zu ermöglichen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass eine Referenzpathologie sicherstellt, wirklich nur Patienten mit dem günstigen intermediären Risiko 7a (stratifiziert) zu randomisieren.

Im vorliegenden Projekt sollen die vier Strategien randomisiert verglichen werden. Es wird angenommen, dass mit allen vier Strategien eine vergleichbare therapeutische Effektivität erreicht wird. Diese primäre Arbeitshypothese des gesamten Projekts soll durch konfirmatorische statistische Analysen bestätigt werden. Die Verfahren unterscheiden sich vermutlich jedoch in den jeweiligen Akut- und Spätfolgen. Während bei der RP der Potenzverlust und die Inkontinenz im Vordergrund stehen, können RT und PSI zu chronischen Entzündungen an Blase und Rektum sowie einer erektilen Dysfunktion führen. Demgegenüber kann bei der AS eine erhöhte psychische Belastung bestehen.

Primärer Endpunkt der Studie nach einer mindestens 13-jährigen Nachbeobachtung ist der krankheitsspezifische Tod des Patienten. Die sekundären Zielkriterien umfassen u. a. das

Gesamtüberleben, den ersten PSA-Progress unter erster Hormontherapie, tumorspezifische Ereignisse, die therapieassoziierte Morbidität und die Lebensqualität.

Die Prostatektomie wird als evidenzbasierter Standard angesehen, der aber aufgrund der Invasivität dieser Behandlung gegenüber allen anderen Therapien weniger gut tolerierbar ist. Das primäre Ziel besteht somit darin, die Hypothese der Nichtunterlegenheit (Noninferiority) zu etablieren, welche besagt, dass sich das Risiko, am PCA zu versterben, unter der jeweiligen Vergleichstherapie allenfalls in als irrelevant anzusehendem Ausmaß erhöht.

Die Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1 und 2) stellen sicher, dass nur Patienten behandelt werden, wie es nach den entsprechenden Leitlinien akzeptiert ist. Um möglichst vergleichbare Eingangskriterien zu erhalten, werden alle Stanzbiopsien (entsprechend der S3-Leitlinie mindestens 10) durch ein Panel von Referenzpathologen begutachtet.

In einem Zeitraum von vier Jahren sollen ca. 60(–100) Studienzentren bzw. -verbände, die alle vier Strategien anbieten, 7600 Patienten mit auswertbaren Daten rekrutieren.

Intensive öffentlichkeitswirksame Maßnahmen sollen bei potenziellen Patienten Interesse für die Notwendigkeit dieser klinischen Studie wecken, so dass es dem niedergelassenen Urologen – und auch den Hausärzten – leichter wird, dem Patienten diese Studie zu empfehlen und ihn in eines der Studienzentren zu überweisen.

Im Allgemeinen ist eine klinische Studie, in der für jeden Patienten eine der vier Therapiemodalitäten zufällig ausgewählt wird, aufgrund bestehen-

	Patientenpräferenz	RP	RT	PSI	AS
Teilstudie 1	offen für alle Optionen	X	X	X	X
Teilstudie 2	Ablehnung RP		X	X	X
Teilstudie 3	Ablehnung perkutane RT	X		X	X
Teilstudie 4	Ablehnung PSI	X	X		X
Teilstudie 5	Ablehnung AS	X	X	X	
Teilstudie 6	Ablehnung RP und RT			X	X
Teilstudie 7	Ablehnung RP und PSI		X		X
Teilstudie 8	Ablehnung RP und AS		X	X	
Teilstudie 9	Ablehnung RT und AS	X		X	
Teilstudie 10	Ablehnung RT und PSI	X			X
Teilstudie 11	Ablehnung PSI und AS	X	X		

Abb. 1: Präferenzbasierte Randomisation der PREFERE-Studie

Tab. 1: Einschlusskriterien.

Patienten, die alle nachfolgenden Kriterien erfüllen, können in die Studie eingeschlossen werden:

- neu entdecktes, stanzbiopsisch oder histologisch gesichertes Adenokarzinom der Prostata (Stanzbiopsie nach standardisiertem Protokoll)
- Männer im Alter 18–75 Jahren
- Rekrutierung innerhalb von 3 Mon. nach histologischer Sicherung
- lokal begrenztes Karzinom \leq cT2a, NX bzw. NO M0
- PSA ≤ 10 ng/ml
- Gleason-Score $\leq 7a$ (3+4)
- ECOG-Performance-Status 0 oder 1
- Prostatavolumen ≤ 60 cm³ im transrektalen Ultraschall
- Anteil von tumorbefallenen Stenzen an der Gesamtzahl der entnommenen Stenzen (siehe Stanzprotokoll) $< 30\%$ und größter zusammenhängender Tumorherd ≤ 5 mm;
- IPSS-Score < 18
- Uroflow (Q_{max}): > 15 ml/s

Tab. 2: Ausschlusskriterien.

Patienten, die mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllen, werden nicht in die Studie eingeschlossen:

- unifokales Gleason-6-Karzinom < 1 mm
- Z. n. Op. wegen BPH, z. B. TURP, HIFU, Kryotherapie in der Anamnese
- Z. n. Strahlentherapie des kleinen Beckens
- Lebenserwartung < 10 Jahre
- ASA 4
- Restharn > 50 ml
- im TRUS sichtbarer großer Prostatamittellappen
- floride chronische Darmentzündung im Enddarmbereich
- andere aktive maligne Erkrankung innerhalb der letzten 5 Jahre außer oberflächliches Basaliom oder Carcinoma-in-situ

der Präferenzen schwer durchzuführen. Den Präferenzen der Patienten soll Rechnung getragen werden, indem innerhalb des randomisierten Designs bis zu zwei Strategien abgelehnt werden dürfen. Somit sind 11 randomisierte Teilstudien mit zwei bis vier Armen möglich. Voraussetzung sind eine standardisierte Aufklärung durch ein Informations- und Aufklärungsvideo sowie Schulung der aufklärenden Ärzte, einheitliche Ein- und Ausschlusskriterien, Begutachtung aller Stanzbiopsien durch ein Panel von Referenzpathologen und eine spezielle Auswertstrategie, die alle entsprechend randomisierten Teilstudien inkludiert.

*Weitere Autoren: Peter Albers¹, Michael Stöckle², Heinz Schmidberger³, Meinhard Kieser⁴, Stefan Wellek⁵, Martin Härter⁶, Glen Kristiansen⁷, Roswitha Bussar-Maatz⁸, Thomas Wiegel⁹

¹Urologische Klinik Universitätsklinikum Düsseldorf, ²Klinik f. Urologie und Kinderurologie Universitätsklinikum Homburg/Saar, ³Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universitätsklinikum Mainz, ⁴Institut für Medizinische Biometrie und Informatik der Universität Heidelberg,

⁵Abt. Biostatistik, ZI Mannheim/Universität Heidelberg, Mannheim, ⁶Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ⁷Institut für Pathologie Universitätsklinikum Bonn, ⁸Deutsche Krebsgesellschaft e.V., ⁹Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universitätsklinikum Ulm

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Peter Albers
Urologische Klinik
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
peter.albers@med.uni-duesseldorf.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 29.09.2012
08:30–10:00 Uhr
Saal A2

PREFERE-Studie: Welches ist die beste PCA-Therapie und warum sollte ich teilnehmen?
Moderation: Schmidberger, H., Mainz; Schroeder, A., Neumünster; Stöckle, M., Homburg

Treffpunkt: WestIn Hotel, Gerberstraße 15
Wann: 28.09.2012, 7:00 Uhr
Startgebühr: 20 €

UROLOGEN LASSENS LAUFEN

Startnummernausgabe und Anmeldung am Stand von Takeda Pharma

Das Startgeld wird an „Die Ärzte für Afrika e.V.“ gespendet und von Takeda Pharma verdoppelt. Damit kann dieser gemeinnützige Verein, dessen Schwerpunkt im Bereich der Urologie liegt, die medizinische Versorgung bedürftiger Menschen in Afrika verbessern.

Neues aus der Genderforschung

Dialyse, NTX und Geschlecht

Sylvia Stracke, Greifswald



Priv.-Doz. Dr.
Sylvia Stracke

Sowohl die Prävalenz als auch die Progression der chronischen Niereninsuffizienz ist bei Männern und Frauen unterschiedlich. Für viele Nierenkrankheiten ist die Progressionsrate bei Frauen langsamer als bei Männern. Der „weibliche Schutzfaktor“ bei Nierenkrankheiten wurde für die membranöse Glomerulonephritis, die polyzystische Nierendegeneration, die chronische Niereninsuffizienz unklarer Ätiologie, die fokal sklerosierende Glomerulonephritis und IgA-Nephropathie gezeigt [1].

Auch bei Fortschreiten der Niereninsuffizienz gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede: Dialysepflichtige Frauen erhalten im Vergleich zu dialysepflichtigen Männern häufiger eine Parathyreoidektomie bei sekundärem Hyperparathyreoidismus [2]. Weibliche Geschlechtshormone können protektiv auf Niere und Blutgefäße wirken, z. B. über einen hemmenden Effekt auf die Proliferation des Mesangiums oder der extrazellulären Matrix. So kann Östradiol die TGF- β 1-induzierte Bildung von Kollagen in der Niere inhibieren [3]. Auch Podozyten sind Zielzellen von Geschlechtshormonen: Östradiol kann die Testosteron-induzierte Apoptose von Podozyten verhindern [4].

Obwohl die Progressionsrate der chronischen Niereninsuffizienz bei Frauen langsamer ist und die Mortalität von Frauen in der Allgemeinbevölkerung geringer ist als die von Männern, so ist die Mortalität dialysepflichtiger Frauen mit der dialysepflichtiger Männer vergleichbar

hoch [5]. Die relative Erhöhung der Sterblichkeitsrate (bzw. der nun fehlende Überlebensvorteil) dialysepflichtiger Frauen lässt sich nicht durch vermehrte kardiovaskuläre Ereignisse erklären, sondern vielmehr durch eine erhöhte Sterblichkeit insbesondere jüngerer, dialysepflichtiger Frauen (<45 Jahre) und durch eine Übersterblichkeit von terminal niereninsuffizienten Frauen mit Diabetes mellitus. Als mögliche Gründe hierfür werden eine niedrigere Rate an primären arteriovenösen Fisteln bei Frauen [6], eine kürzere Dialyседauer bei Frauen [7], ein höherer Body-Mass-Index der Frauen ebenso wie mögliche Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung oder in der ärztlichen Aufmerksamkeit gegenüber einer multimodalen therapeutischen Zielerreichung diskutiert [5]. Die genannten Studien werfen erneute Fragen auf: Eine niedrigere Rate an primären Fisteln bei dialysepflichtigen Frauen wird durch kleinere Gefäßdurchmesser und tiefer lie-

gende Gefäße am Unterarm erklärt, so dass bei Frauen der präoperativen sonographischen Untersuchung der Armgefäße eine besondere Bedeutung zukommt [6]. Eine kürzere Dialyседauer bei Frauen wurde in Registerdaten belegt: Weibliches Geschlecht wies eine OR von 1,8 für eine Wochendialyседauer <12 Stunden auf [7]. Aufgrund vieler fehlender Werte wurde das Kt/V in dieser Registerstudie an >26.000 Patienten leider nicht berücksichtigt, so dass nicht ausgeschlossen ist, dass trotz kürzerer Dialyсеzeit das Kt/V möglicherweise besser ist als die Wochendialyседauer impliziert. Allerdings bestätigen auch die DOPPS- und die ANZDT-Daten, dass weibliches Geschlecht ein Prädiktor für eine Dialyседauer von <12 Stunden/Woche ist.

Ein weiterer Erklärungsversuch für die hohe Sterblichkeit insbesondere jüngerer dialysepflichtiger Frauen ist, dass diese den Schutz der weiblichen Geschlechtshormone kürzer genießen konnten als Frauen, die in späte-

rem Lebensalter dialysepflichtig werden.

Denn mit Beginn der Dialyse stellen sich häufig Zyklusunregelmäßigkeiten, Anovulation und vorzeitige Menopause ein. Nur 10–42 % der prämenopausalen, dialysepflichtigen Frauen menstruieren regelmäßig. Schwangerschaften sind insgesamt selten und Frühgeburten sind häufig [8].

Der optimale Zeitpunkt für den Beginn einer Dialyse wurde und wird diskutiert. Bei Frauen und Nicht-Kaukasiern in den USA liegt dieser Zeitpunkt später als für Männer und Kaukasier [9]. Zudem erhalten dialysepflichtige Mädchen und Frauen in jedem Lebensalter seltener ein Nierentransplantat als dialysepflichtige Jungen oder Männer [10]. Die Gründe hierfür sind unklar. Folgende Ursachen werden diskutiert: (1) weniger Forschung bei dialysepflichtigen Frauen und ethnischen Minoritäten, (2) unzureichende Patientenaufklärung, (3) mangelnder Wille sich ärztlich vorzustellen aus kulturellen oder ökonomischen Gründen, (4) geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bewertung der Schwere der Symptome sowohl durch die/den Patienten/in als auch durch die/den Ärzt/in.

LITERATUR

- 1 Neugarten J et al. Effect of gender on the progression of nondiabetic renal disease: a meta-analysis. *J Am Soc Nephrol* 2000; 1: 319-29.
- 2 Malberti F et al. Parathyroidectomy in patients on renal replacement therapy: an epidemiologic study. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 1242-8.
- 3 Blush J et al. Estradiol reverses renal injury in Alb/TGF β 1 transgenic mice. *Kidney Int* 2004; 66: 2148-54.

- 4 Doublier S et al. Testosterone and 17 beta-estradiol have opposite effects on podocyte apoptosis that precedes glomerulosclerosis in female estrogen receptor knockout mice. *Kidney Int* 2011; 79: 404-13.
- 5 Carrero JJ et al. Cardiovascular and non-cardiovascular mortality among men and women starting dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6:1722-30.
- 6 Miller CD et al. Gender differences in outcomes of arteriovenous fistulas in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2003; 63: 346-52.
- 7 Couchoud C et al. From registry data collection to international comparisons: examples of haemodialysis duration and frequency. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24: 217-24.
- 8 Sanefy H. Gender-specific issues in liver and kidney failure and transplantation: a review. *J Women Health* 2005; 14: 617-25.
- 9 Kausz AT et al. Late initiation of dialysis among women and ethnic minorities in the United States. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 2351-7.
- 10 Garg PP et al. Impact of gender on access to the renal transplant waiting list for pediatric and adult patients. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 958-64.

KORRESPONDENZADRESSE

PD Dr. med. Sylvia Stracke
Bereich Nephrologie und Rheumatologie
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A
Zentrum für Innere Medizin
Universitätsmedizin Greifswald
Friedrich-Löffler-Straße 23 a
17475 Greifswald
sylvia.stracke@uni-greifswald.de

PROGRAMMHINWEIS

Mittwoch, 26.09.2012
13:00–14:30 Uhr
Raum 10

**Nierentransplantation
(AK Nierentransplantation)**
Moderation: Engehausen, D. G.,
Erlangen; Giessing, M., Düsseldorf

MEDNEWS

Urologen laden zu Schülerprogramm auf 64. Jahrestagung in Leipzig

„Werde Urologin/Urologe für einen Tag“ Oberstufenschülerinnen und -schüler sind herzlich willkommen: Auch in diesem Jahr öffnet die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) die Pforten ihrer Jahrestagung für den Nachwuchs. Das Schülerprogramm im Rahmen des 64. DGU-Kongresses bietet Medizin zum Anfassen und zeigt Karrierechancen in der Urologie.

Am 27. und 28. September 2012 heißt es in Leipzig: „Werde Urologin/Urologe für einen Tag!“. Interessierte Schulen können die kostenfreie Teilnahme über die Kongress-Pressestelle anmelden. Auch Einzelanmeldungen sind möglich.

Was macht ein Urologe? Was ist eine Prostata? Was bedeutet robotergesteuerte Chirurgie? Bereits zum dritten Mal können Schülerinnen und Schüler der gymnasialen Oberstufe auf einem internationalen DGU-Kongress die Welt der Urologie hautnah erleben. Neben theoretischen Vorträgen stehen vor allem praktische Übungen am 27. und 28. September 2012 jeweils zwischen 8.30 und 12.00 Uhr im CCL auf dem Programm. Dafür wird ein umfangreiches medizinisches Equipment vom Ultraschallgerät bis zum OP-Simulator vorgehalten. Die Teilnehmer trainieren chirurgisches Nähen und Knoten an Bananen, dürfen mit echten medizinischen Geräten durchs

Schlüsselloch operieren und Blasensteine endoskopisch entfernen, wobei Gummibärchen als Blasensteine und Paprika als Patienten fungieren.

„Seit der Einführung des Schülertages in Düsseldorf und Hamburg haben wir tolle Erfahrungen mit sehr interessierten jungen Menschen gemacht. Das wollen wir fortsetzen und unser Fachgebiet nun auch erstmals dem Nachwuchs in den neuen Bundesländern vorstellen“, sagt DGU-Präsident und Kongresspräsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller.

Mit ihrer Initiative gegen den Ärztemangel in Deutschland möchten die Urologen das Interesse für ihr Fach fördern, das jungen Medizinern aufgrund der demographischen Entwicklung sehr gute Zukunftsaussichten bietet. Auch die Vielfalt ist groß: „Wir behandeln Kinder, Frauen und Männer jeden Alters. Die Therapie urologischer Krebserkrankungen,

die Transplantationsurologie, die Neurourologie oder etwa die Andrologie stellen höchste Ansprüche an die Urologen, die in der Niederlassung, der Klinik oder in der Forschung tätig sein können“, so Prof. Müller weiter.

Organisation und Durchführung des Schülertages obliegen dem Team von Initiator Dr. med. Dr. phil. Stefan Buntrock. Unterstützt wird er von DGU-Pressesprecherin Prof. Dr. med. Sabine Kliesch und der Vereinigung urologischer Assistenzärzte, GeSRU, die zahlreiche Tutoren zur Betreuung der Schülerinnen und Schüler entsendet.

Das DGU-Schülerprogramm ist, wie in den Vorjahren, ein deutscher Beitrag zur europäischen Woche der Urologie, die alljährlich im Herbst mit verschiedensten Aktionen in zahlreichen Ländern urologische Erkrankungen ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rücken will.

Quelle: DGU-Kongress-Pressestelle

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Freitag, 28. September 2012
16:00–17:00 Uhr
Saal 3

SATELLITENSYMPOSIUM

Kidney Kolleg Kompakt: Aktuelle Therapieoptionen bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom

Moderation: Prof. Dr. Christian Doehn, Lübeck

Operative Therapie des Nierenzellkarzinoms
Prof. Dr. Jan Roigas, Berlin

Radiologische Diagnostik und RECIST
PD Dr. med. Konstantin Holzapfel, München

Therapieoptionen und Patientenprofile
Prof. Dr. Christian Doehn, Lübeck

Mit freundlicher Unterstützung der
Roche Pharma AG



PCA-Metastasenresektion – eine sinnvolle Option?

Carsten-Henning Ohlmann, Homburg/Saar

Die Resektion synchroner oder metachroner Metastasen stellt bei vielen soliden Tumoren wie z. B. dem Nierenzellkarzinom eine Standardtherapie dar, die zur Verbesserung der Prognose der Patienten beiträgt [1]. Im Gegensatz dazu wird die Metastasenresektion vor allem metachroner Metastasen beim Prostatakarzinom (PCA) nicht als Therapieoption angesehen und ist daher in der aktuellen S3-Leitlinie nicht empfohlen [2].

Lediglich die Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Urologie führt die Resektion solitärer Metastasen als experimentelle Therapie an, die erst in prospektiven Studien validiert werden muss [3]. Vor dem Hintergrund, dass Metastasen der Ursprungsort für die Entstehung neuer Metastasen sein können, erscheint die Resektion solitärer oder lokal begrenzter Metastasen sinnvoll [4]. Die Verbesserung der bildgebenden Verfahren wie der Positronen-Emissions-Tomographie (Cholin-PET/CT) ermöglicht jedoch auch in niedrigen PSA-Bereichen ab 1 ng/ml eine Lokalisation des Tumorrezidivs im Falle eines PSA-Progress [5]. Daher hat die Nachfrage nach einer Metastasenresektion, etwa von metachronen Lymphknoten- oder viszeralen Metastasen, auch von Seite der Patienten im klinischen Alltag deutlich zugenommen und in der Literatur mehrten sich Berichte über die erfolgreiche Durchführung von Metastasenresektionen beim Prostatakarzinom.

Salvage-Lymphadenektomie

Die Salvage Lymphadenektomie bezeichnet die Resektion von isolierten Lymphknotenmetastasen nach primär kurativer Therapie (Prostatektomie, Radiatio), die meist lokoregionär im kleinen Becken oder auch retroperitoneal gelegen sind. Derzeit stellt die Cholin-PET/CT-Untersuchung die Methode der Wahl zur der Lokalisationsdiagnostik eines PSA-Rezidivs. Die Sensitivität zur Detektion von Lymphknotenmetastasen wird mit einem Spannweite von 38 % bis 98 % beschrieben [5], wobei verschiedene Faktoren wie der PSA-Wert, die PSA-Verdopplungszeit, die histopathologischen Befunde der Prostatektomie sowie eine vorangegangene Radiatio die diagnostische Wertigkeit der Untersuchung beeinflussen. Bei Patienten nach radikaler Prostatektomie wird die Cholin-PET/CT ab einem PSA-Wert von

Tab. 1: Ergebnisse der Salvage-Lymphadenektomie mit Anteil der Patienten mit Metastasenachweis sowie PSA-Ansprechen. ¹jeglicher PSA-Abfall, falls nicht anders definiert; ²ein Patient mit benigner Histologie zeigte PSA-Abfall; ³PSA-Abfall auf <0,2 ng/ml innerhalb von 40 d postoperativ; ⁴nicht berichtet.

Autor	N	Bildgebung	Anzahl Pat mit positiver Histologie	PSA-Ansprechen ¹
[7]	10	Cholin-PET/CT	7/10	70 %
[8]	8	Cholin-PET/CT	6/8	75 %
[9]	72	Cholin-PET/CT	60/72	83,3 %
[10]	13	Cholin-PET/CT	9/13	69,2 %
[11]	6	Cholin-PET/CT	6/6	100 %

1–2 ng/ml empfohlen [6], wobei die Sensitivität der Cholin-PET/CT-Untersuchung ab einem PSA-Wert von 2 ng/ml deutlich zunimmt [5]. Die Datenlage zur Salvage-Lymphadenektomie ist begrenzt und umfasst vor allem retrospektive Serien mit kleinen Fallzahlen (Tab. 1) und beschränkt sich auf Serien nach radikaler Prostatektomie. Der Anteil von Patienten, bei denen bei positiven Cholin-PET/CT-Befunden histologisch Metastasen eines Adenokarzinoms der Prostata nachgewiesen werden konnte, liegt je nach Publikation zwischen 70–100 % und kann als positiver prädiktiver Wert der Cholin-PET/CT-Untersuchung gewertet werden [7–11]. Die größte und einzige prospektive Serie umfasst 72 Patienten mit einem PSA-Rezidiv und positiven Cholin-PET/CT-Befund nach radikaler Prostatektomie [9]. Bei 41/72 (56,9 %) der Patienten zeigte sich nach erfolgter Salvage-Lymphadenektomie ein PSA-Abfall auf <0,2 ng/ml innerhalb von 40 Tagen postoperativ. Allerdings ist zu beachten, dass bei 55,5 % der Patienten präoperativ und bei 65,5 % der Patienten postoperativ eine antihormonelle Therapie durchgeführt wurde. Bei 13/41 (31,7 %) Patienten mit einem postoperativen PSA-Ansprechen erfolgte eine adjuvante antihormonelle Therapie, die ebenfalls zum PSA-Abfall beigetragen haben dürfte. In der Subgruppe der Patienten, die keine weitere antihormonelle Therapie erhalten haben

und einen PSA-Abfall <0,2 ng/ml zeigten, lag die biochemische Rezidivfreiheits-Rate nach 1 Jahr bei 55,2 % und nach 5 Jahren bei 10,3 %. Diese Patienten profitierten von der Salvage-Lymphadenektomie zumindest dahingehend, dass von der Einleitung oder Fortführung einer antihormonellen Therapie bis zum erneuten Progress abgesehen werden konnte. Allerdings werden in der Arbeit weder Daten zum tumorspezifischen Überleben noch zum Gesamtüberleben berichtet, so dass eine Aussage über den Einfluss der Salvage-Lymphadenektomie auf das Überleben der Patienten nicht möglich ist.

Salvage-Metastasenresektion

Die Datenlage zur Resektion von viszeralen Metastasen nach primär kurativer Therapie umfasst lediglich Fallberichte (Tab. 2). In den aufgeführten Fallberichten handelt es sich in der überwiegenden Mehrheit der Fälle um die Resektion solitärer Organmetastasen nach radikaler Prostatektomie. Lediglich in einem Fallbericht wird von einem Patienten nach perkutaner Radiatio der Prostata berichtet [12]. Publikationen über eine Salvage-Resektion ossärer Metastasen sind nicht publiziert. Die Aussagekraft der Fallberichte wird durch verschiedene Aspekte limitiert. Zum einen ist das Follow-up der Fallberichte sehr variabel (1 Monat bis 12 Jahre), was die Interpretation der onkologischen Effektivität ein-

schränkt. Zudem wurden bei einem Teil der Patienten adjuvante Therapien (antihormonelle Therapie, Chemotherapie) durchgeführt, so dass der alleinige Effekt der Metastasenresektion bei diesen Patienten nicht beurteilbar ist. Ob die Kombination aus Salvage-Resektion plus Hormon- oder Chemotherapie zu einem verbesserten Überleben im Vergleich zur alleinigen Salvage-Resektion führt, kann ebenfalls nicht beantwortet werden. Zum anderen unterscheidet sich das Metastasierungsmuster der berichteten Patienten mit Organmetastasen in Abwesenheit von ossären Metastasen grundlegend von der Mehrheit der Prostatakarzinom-Patienten, die vornehmlich ossäre Metastasen entwickeln. Daher muss hier postuliert werden, dass sich die Biologie dieser Prostatakarzinome von denen mit primär ossärer Metastasierung unterscheidet. Ob sich der Verlauf und die Prognose von Patienten mit einem derartigen Metastasierungsmuster von denen mit klassischem Metastasierungsmuster unterscheidet, kann anhand der Datenlage nicht beantwortet werden.

Fazit für die Praxis

Aufgrund der spärlichen Datenlage kann weder für die Salvage-Lymphadenektomie noch für die Resektion viszeraler Metastasen eine Empfehlung ausgesprochen werden. Die Salvage-Lymphadenektomie und die Resektion solitärer oder lokal begrenzter Organmetastasen stellt in ausgesuchten Fällen eine Therapieoption dar, die zumindest die Einleitung einer antihormonellen oder zytostatischen Therapie aufschieben kann, ohne jedoch den onkologischen Nutzen einschätzen zu können. Der Einsatz der Salvage-Chirurgie wird daher im Einzelfall mit dem Patienten zu entscheiden sein, der über den experimentellen Charakter des Therapieansatzes informiert werden muss.

LITERATUR

- Ljungberg B et al. EAU guidelines on renal cell carcinoma: the 2010 update. Eur Urol 2010; 58: 398-406.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.: Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. http://www.urologenportal.de/fileadmin/MDb/PDF/S3_LL_PCa_110331_Version103.pdf
- Mottet N et al. EAU guidelines on prostate cancer. Part II: Treatment of advanced, relapsing, and castration-resistant prostate cancer. Eur Urol 2011; 59: 572-83.
- Saitoh H et al. Metastatic patterns of prostatic cancer. Correlation between sites and number of organs involved. Cancer 1984; 54: 3078-84.

- Picchio M et al. The role of choline positron emission tomography/computed tomography in the management of patients with prostate-specific antigen progression after radical treatment of prostate cancer. Eur Urol 2011; 59: 51-60.
- Heidenreich A et al. Guidelines on prostate cancer. http://www.uroweb.org/gls/pdf/08_Prostate_Cancer%20September%202022nd%202011.pdf
- Schilling D et al. Histological verification of ¹¹C-choline-positron emission/computed tomography-positive lymph nodes in patients with biochemical failure after treatment for localized prostate cancer. BJU Int 2008; 102: 446-51.
- Martini T et al. The Role of C-Choline-PET/CT-Guided Secondary Lymphadenectomy in Patients with PSA Failure after Radical Prostatectomy: Lessons Learned from Eight Cases. Adv Urol 2012; 2012: 601572.
- Rigatti P et al. Pelvic/retroperitoneal salvage lymph node dissection for patients treated with radical prostatectomy with biochemical recurrence and nodal recurrence detected by [¹¹C]choline positron emission tomography/computed tomography. Eur Urol 2011; 60: 935-43.
- Rinnab L et al. [¹¹C]choline PET/CT in prostate cancer patients with biochemical recurrence after radical prostatectomy. World J Urol 2009; 27: 619-25.
- Winter A et al. First results of [¹¹C]choline PET/CT-guided secondary lymph node surgery in patients with PSA failure and single lymph node recurrence after radical retroperitoneal prostatectomy. Urol Int 2010; 84: 418-23.
- Khandani AH et al. Simultaneous FDG PET+/Glut1+ lung and FDG PET-/Glut1-subcarinal lymph node metastases from prostate cancer. Ann Nucl Med 2009; 23: 595-7.
- Goto T et al. Solitary pulmonary metastasis from prostate sarcomatoid cancer. World J Surg Oncol 2010; 8: 101.
- Smith CP et al. Solitary pulmonary metastasis from prostate cancer. J Urol 1999; 162: 2102.
- Kohli M et al. Metastectomy for isolated bilateral adrenal metastases in hormone-refractory prostate cancer. Clin Adv Hematol Oncol 2006; 4: 754-5; discussion 756-7.
- Chao DH et al. Biochemical remission after resection of prostate cancer lung metastasis. Urology 2004; 63: 584-5.
- Pruthi RS et al. Androgen-independent prostate cancer treated with resection of the solitary metastatic site. Urol Int 2007; 79: 371-3.
- Menchini-Fabris F et al. Testicular metastasis as isolated recurrence after radical prostatectomy. A first case. Int J Impot Res 2007; 19: 108-9.
- Kwon SY et al. Solitary testicular metastasis of prostate cancer mimicking primary testicular cancer. Korean J Urol 2011; 52: 718-20.
- Boyer BP, Boyer MJ. An elusive tumor in a man who has evidence of prostate cancer metastasis. JAAPA 2009; 22: 22, 24-5.
- Bromberg WD et al. Isolated pulmonary metastases from carcinoma of the prostate: a case report and deoxyribonucleic acid analysis using flow cytometry. J Urol 1989; 141: 137-9.
- Maeda T et al. Distant metastasis of prostate cancer: early detection of recurrent tumor with dual-phase carbon-11 choline positron emission tomography/computed tomography in two cases. Jpn J Clin Oncol 2006; 36: 598-601.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. C-H. Ohlmann
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universität des Saarlandes
Kirrbergerstraße 1
66424 Homburg/Saar
carsten.ohlmann@uniklinikum-saarland.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 28.09.2012
14:30–16:00 Uhr
Saal E

Prostatakarzinom II
Moderation: Burchardt, M., Greifswald;
Schmeller, N., Salzburg; Schmid,
H.-P., St. Gallen

Tab. 2: Fallberichte zur Salvage-Metastasenresektion. ¹HT = Hormontherapie; ²n.r.: nicht berichtet; ³RPE = retroperitoneale Prostatektomie; ⁴CT = Computertomographie; ⁵Orchiektomie erfolgte 8 Monate nach der Lungenteilresektion.

Autor	Erstbehandlung	Bildgebung	Lokalisation	Histologie	PSA prä-Op (ng/ml)	PSA post-Op (ng/ml)	Weitere Therapie	Rezidiv	Follow-up
[13]	HT1/Exenteration	FDG-PET	Lunge	Sarcomatoides PCA	n.r. ²	n.r.	Chemotherapie	nein	10 Monate
[14]	RPE ³	CT ⁴	Lunge	Adenokarzinom	2.1	<0.1	keine	nein	1 Monat
[15]	RPE	CT	Nebennieren	Adenokarzinom	113	0.1	HT	nein	18 Monate
[16]	RPE	CT	Lunge	Adenokarzinom	0.4	0.05	keine	nein	12 Jahre
[17]	RPE	CT	Lunge	Adenokarzinom	1.9	nicht messbar	HT	nein	3 Jahre
[18]	RPE	Ultraschall	Hoden	Adenokarzinom	nicht messbar	nicht messbar	keine	nein	12 Monate
[19]	RPE	Ultraschall	Hoden	Adenokarzinom	0.347	0.03	HT	nein	1 Monat
[20]	RPE	CT	Lunge	Adenokarzinom	10.56	0.07	HT	ja	11 Monate
[12]	Radiatio	CT	Lunge	Adenokarzinom	8.5	0.2	keine	n.r.	n.r.
[21]	RPE	CT	Lunge	Adenokarzinom	n.r.	n.r.	Orchiektomie ⁵	nein	20 Monate
[22]	RPE	CT	Lunge	Adenokarzinom	4	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.

Nierenteilresektion und GFR

Ist die Lebendspende noch vertretbar?

Stefan Siemer, Homburg/Saar

2011 waren nach Angaben von Eurotransplant über 16.000 potenzielle Nierenempfänger gelistet, nur 3633 Nierentransplantationen konnten realisiert werden. Diese enorme Diskrepanz verdeutlicht, warum der Lebendnierenspende ein so hoher Stellenwert eingeräumt wird.

Während in Deutschland der Anteil an Lebendspenden lediglich bei ca. 15–20 % liegt, werden in anderen Ländern wie Ägypten, Syrien oder Jordanien ausschließlich Nieren nach Lebendspende transplantiert [1]. Der sogenannte Organmangel führt zudem zu einem zunehmenden Organhandel und Transplantations-tourismus, der in der Deklaration von Istanbul 2008 scharf angegriffen wurde. Hieraus resultierten internationale Richtlinien für die Lebendspende, die jedoch in unterschiedlichen Ländern nicht berücksichtigt werden [2].

Aus Sicht der Nierenempfänger ist die Lebendspende, bezogen auf das Langzeitüberleben, die günstigste Therapieoption. Deutlich kürzer ist das Überleben nach einer Leichen-nierenspende. Am ungünstigsten ist das Langzeitüberleben bei Dauer-dialyse [3].

In der Nierentumor-chirurgie hat sich in den letzten Jahren die organerhaltende Nierenoperation immer stär-

ker durchgesetzt, da das Gesamtüberleben der Patienten umso günstiger war, je weniger Nierengewebe entfernt wurde. Zusammenfassend wird dies in der Arbeit von Weight et al. [4] vorgestellt, in der Patienten mit benignen Tumoren nach Teilresektion ein signifikant günstigeres Überleben als nach Nephrektomie hatten. Das Fazit bei der Nierentumor-chirurgie lautet heute somit: Je weniger Nierengewebe entfernt wird, umso günstiger ist das Gesamtüberleben. Werden diese Ergebnisse auf die Transplantationsmedizin übertragen, muss man sich kritisch fragen, ob eine Lebendnierenspende heute noch vertretbar ist.

Wie sieht das Langzeitüberleben für die Nierenspender aus, die freiwillig ein gesundes Organ zur Verfügung stellen?

Im Gegensatz zu Nierentumor-patienten stellen potenzielle Nierenspender ein positiv selektiertes Patientenkollektiv dar. Strenge Auswahlkriterien als auch psychologi-

sche und ethische Fragestellungen müssen positiv beantwortet werden, bevor ein Patient zu einem möglichen Spender wird. In zahlreichen Arbeiten wird das Langzeitüberleben der Nierenspender nahezu unverändert zur Normalbevölkerung dargestellt. Als Beispiel sei die Arbeit von C. Fournier von 2012 genannt [5]. Bis zu 45 Jahren nach Nierenspende kann kein Überlebensunterschied zur Allgemeinbevölkerung festgestellt werden. Ein solcher Vergleich ist, meiner Meinung nach, jedoch nach nicht zulässig, da Lebendspender hoch selektioniert sind und das Überleben somit nicht mit der Allgemeinbevölkerung verglichen werden darf. Hier-auf weisen auch Segev et al. [6] hin, und vergleichen das Überleben mit einer gematchten Kohorte (Diabetes, Nierenerkrankungen, Herzerkrankungen, Hypertonie u. a.). In den ersten 90 Tagen nach Transplantation ist das Überleben nach Lebendspende signifikant ungünstiger. Dies kann durch die postoperative Morta-



Prof. Dr. Stefan Siemer

litätsrate von 3,1/10.000 Spendern erklärt werden. Nach 12 Monaten ist die Überlebensrate jedoch in beiden Gruppen identisch. Auch im weiteren Verlauf werden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. In weiteren Arbeiten wird auf einen geringen Abfall der eGFR im Verlauf hingewiesen, die meisten Arbeiten sehen aber keine signifikante Zunahme an einer chronischen Nierenerkrankung. Tumoren werden meist seltener nach Lebendspende festgestellt, mit Ausnahme von Prostatakarzinomen. Dies kann nicht alleine durch eine erhöhte Anzahl an Untersuchungen erklärt werden [5, 7, 8]. Die exzellenten Langzeitüberlebensdaten nach Nierenlebendspende führten dazu, dass auch bei höherem Risiko wie Alter, Hypertonie, erhöhter Body-Mass-Index, aber auch bei ABO-Inkompatibilität u. a. eine Lebendspende empfohlen wird. Zur Verbesserung der Lebensqualität der Spender wird zudem in zunehmendem Maße die minimal-invasive Organentnahme propagiert, die in den USA Standard ist [9, 10]. An unserem Zentrum erfolgt die Lebendspendenentnahme seit einigen Jahren Roboter-unterstützt, mit einer hohen Patientenakzeptanz ohne Verlust an Organqualität. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei Patienten zur Lebendnierenspende um ein unterschiedliches Patientenkollektiv verglichen mit Nierentumorpatienten handelt. Auch wenn die Literatur sich über das exzellente Langzeitüberleben nahezu einig ist, Forderungen

nach einer strukturierten und langfristigen Nachbeobachtung der Spender (vergleichbar mit den Empfängern) sind absolut gerechtfertigt und sollten möglichst bald umgesetzt werden.

LITERATUR

- 1 Delmonico et al. Lancet 2011; 378: 1414.
- 2 Danovitch et al. Nature Review 2008; 8: 358.
- 3 Schulz et al. Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 543.
- 4 Weight et al. Eur Urol 2010; 58: 293.
- 5 Fournier et al. Transplant Internat 2012; 25: 385.
- 6 Segev et al. JAMA 2010; 303: 959.
- 7 Lentine et al. Transplantation 2012; 94: 139.
- 8 Chu et al. Nephrology 2012; 17: 85.
- 9 Yazawa et al. Clin Exp Nephrol 2011; 15: 514.
- 10 Segev et al. Nat Rev Nephrol; 8: 332.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Stefan Siemer
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrbergerstraße
66421 Homburg/Saar
stefan.siemer@uniklinikum-saarland.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 28.09.2012
13:00–14:30 Uhr
Raum 10

**Nierentransplantation /
Nephrologie /
Niereninsuffizienz**

Moderation: Fornara, P., Halle; Grimm, M.-O., Jena; Hugo, C., Dresden

Möglichkeiten der Prävention des Prostatakarzinoms

Bernd J. Schmitz-Dräger, Fürth

Die sogenannte „Reparaturmedizin“ stößt seit Jahren zunehmend an ihre Grenzen. Zum einen wirkt sich der medizinische Fortschritt in der Behandlung fortgeschrittener Tumoren kaum mehr messbar auf die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung aus. Darüber hinaus sind mit neuen Therapieverfahren regelmäßig hohe Kosten verbunden. Durch die Prävention von Erkrankungen könnten aber sowohl krankheitsbedingte als auch die therapiebezogene Morbidität und Mortalität gesenkt werden. Insbesondere für das Prostatakarzinom (PCA) mit seiner hohen Prävalenz, gravierenden Konsequenzen durch eine Behandlung und hohen Behandlungskosten erscheinen präventive Maßnahmen sinnvoll.

Zunehmend ergeben sich klinische und experimentelle Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen chronischen Entzündungen der Prostata und dem Auftreten eines Prostatakarzinoms, ohne dass ein kausaler Zusammenhang ermittelt werden konnte. Bislang existieren jedoch keine überzeugenden Konzepte in Hinblick auf eine Früherkennung oder Behandlung der chronischen Prostatitis.

In den vergangenen 10 Jahren hat sich die Bewertung der Rolle von Vitaminen und Spurenelementen in der Primärprävention des Prostatakarzinoms (PCA) gravierend verändert. Es ist bislang nicht gelungen, den Nachweis für die Wirksamkeit einer Einzelsubstanz zu erbringen.

Insbesondere der Konsum von Vitamin E könnte sogar eine Risikoerhöhung bewirken. Entsprechende Empfehlungen sollten daher heute nicht mehr gegeben werden. Es bleibt sogar zu diskutieren, ob weitere aufwändige Interventionsstudien in diese Richtung sinnvoll sind.

Auch der Zusammenhang zwischen einem metabolischen Syndrom und dem Nachweis eines Prostatakarzinoms ist weiterhin umstritten. Für einige Komponenten wie z. B. den Diabetes mellitus scheint sich eine Risiko-Reduktion zu ergeben, während andere Konditionen wie Fettstoffwechselstörungen möglicherweise das Risiko erhöhen. Nachdem das zum metabolischen Syndrom gehörende Übergewicht jedoch zu

einem verminderten PSA-Wert führt, könnten die Beobachtungen aber auch auf eine verzögerte Diagnostik zurückzuführen sein. Dennoch dürften Lifestyle-Modifikationen nach wie vor sinnvoll sein: Es gibt weiterhin gute Hinweise darauf, dass maßvolle Ernährung, eine Reduktion des Verzehrs von Milchprodukten, eine asiatische oder mediterrane Ernährung neben Effekten auf den allgemeinen Gesundheitszustand auch der Entstehung von Prostatakrebs vorbeugt. Hier sollte auch der Schwerpunkt weiterer epidemiologischer Studien liegen. Es darf daher durchaus von einem Paradigmenwechsel in der Prävention des PCA gesprochen werden. Epidemiologische Studien weisen



Prof. Dr. Bernd J. Schmitz-Dräger

darauf hin, dass die Einnahme von Statinen das Prostatakarzinomrisiko senkt. Allerdings ist die Datenlage teilweise widersprüchlich und berücksichtigt nicht, dass die Einnahme von Statinen den PSA-Wert um etwa 10 % absenkt.

Demgegenüber ist die Datenlage für die Chemoprävention mit 5 α -Reduktasehemmern eindeutig: Sowohl die Einnahme von Finasterid als auch von Dutasterid korreliert mit einem um etwa 25 % verminderten Nachweis eines PCA. Dieser Effekt ist für alle Risikogruppen nachweisbar. Number-needed-to-treat-Analysen zeigen, dass zwischen 14 und 17 Patienten behandelt werden müssen, um eine Tumorerkrankung zu vermeiden. Dennoch bleibt die Umsetzung dieser Ergebnisse in die urologische Praxis Gegenstand einer breiten, kontrovers geführten Diskussion. Der Autor möchte aber darauf hinweisen, dass gerade die aktuelle Situation in Diagnostik und Therapie des PCA gewichtige Argumente für eine Chemoprävention liefert. Eine Bewertung der Sinnhaftigkeit sollte sich in erster Linie an den vorliegenden Fakten/Evidenzen sowie dem Wohl des Patienten und weniger an emotionalen Statements orientieren. Zweifelsfrei müssen evtl. Empfehlungen die ökonomische Dimension berücksichtigen, andererseits aber darf das Fehlen einer Zulassung keinesfalls zu einem „Denkverbot“ führen.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Bernd J. Schmitz-Dräger
Urologie, EuromedClinic
Europa-Allee 1
90763 Fürth
bsd@euromed.de

PROGRAMMHINWEIS

Mittwoch, 26.09.2012
13:00–14:30 Uhr
Saal D

Onkologie II – Update Nr. 2 (AK Onkologie)

Moderation: Miller, K., Berlin; Wirth, M., Dresden

INFO

**Das umfangreiche
MedReport-Archiv
im Internet:
www.medreports.de**



Prognosemodelle beim Blasenkarzinom

Patrick J. Bastian, München

Das Urothelkarzinom der Harnblase stellt eine Herausforderung in der individuellen Therapieplanung für den Patienten und seinen behandelnden Urologen dar. Es handelt sich histopathologisch um einen heterogenen Tumor und die Diagnostik sowie die daraus resultierende Risikoeinstufung ist schwierig.

Entsprechend der Leitlinien der Europäischen Fachgesellschaft für Urologie (EAU) sind die Indikationen zur radikalen Zystektomie aufgezeichnet. Diese besteht bei muskelinvasivem Urothelkarzinom, aber eben auch bei nicht muskelinvasiven Karzinomen mit hohem Risiko der Tumorprogression – trotz Versuch der organerhaltenden Therapie. Aufgrund der Datenlage ist derzeit aber noch unklar, ob die weitere operative Therapie und die daraus resultierenden multimodalen Ansätze verbessert werden können.

Aus der Therapieplanung des Prostatakarzinoms sind uns Urologen die Nomogramme zur Verbesserung der Risikoeinschätzung gut bekannt. Erstmals wurden solche Nomogramme im Jahr 2006 auch beim Urothelkarzinom der Harnblase zur verbesserten Vorhersage des Überlebens oder der Wahrscheinlichkeit eines lokal fortgeschrittenen Tumors publiziert. Es handelt sich hierbei um eine Serie von knapp 900 Patienten, die an drei US-Kliniken operativ therapiert wurden. Die Daten flossen

auch in einen internationalen Ansatz ein, in dem die Normogramme validiert wurden.

Es ist bekannt, dass amerikanische Daten nicht unbedingt die Versorgungsrealität in Deutschland widerspiegeln. Aus diesem Grund wurde seit 2007 eine deutsche Zystektomie-Datenbank aufgebaut, um Fragestellungen zur Risikoeinschätzung zu bearbeiten. In diesen Arbeiten haben wir Unterschiede im Karzinom-spezifischen Überleben aufgrund des Alters, Geschlechtes aber auch des Tumorstadiums aufzeigen können. Ferner zeigen diese Daten, dass die amerikanischen Nomogramme zur Vorhersage des lokal fortgeschrittenen Urothelkarzinoms nicht auf die deutsche Situation zu übertragen sind. Andererseits konnten die Daten zur Vorhersage der unterschiedlichen Überlebensparameter in der deutschen Kohorte validiert werden. Einen weiteren Ansatz zur Risikostratifizierung bieten die artifiziellen neuronalen Netzwerke. Hierbei handelt es sich um ein computerbasiertes Netzwerk, mit welchem unter-

schiedliche Endpunkte vorhergesagt werden können. Die Genauigkeit dieser Berechnungen scheint derzeit vielversprechend und sie ist den konventionellen Modellen in Teilbereichen überlegen.

Verschiedene Arbeiten zum Status der Lymphadenektomie bzw. des Lymphknotenbefalls legen die Bedeutung des genauen Stagings im lymphknotennegativen Patienten, aber auch den potenziell therapeutischen Benefit der Lymphadenektomie bei lymphknotenpositivem Patienten dar. Auch ist die Ausdehnung der Lymphknotenmetastase innerhalb des Lymphknotens von einer wichtigen prognostischen Bedeutung. Interessant ist auch, dass man durch die Vorhersage des karzinomspezifischen Überlebens nach 2 bzw. 3 Jahren, die Gesamt mortalität der Patienten prognostizieren kann. Dies ist bei der individuellen Therapieberatung hilfreich, um dem Patienten ein individuelles Therapiekonzept anbieten zu können.

Amerikanische Daten zeigen, dass die Addition immunhistochemischer

Marker die Vorhersagegenauigkeit der Nomogramme in allen Stadien des Urothelkarzinoms der Harnblase verbessern kann. Ob dies auch auf deutsche Daten übertragen werden kann, muss noch mit Daten untermauert werden.

Zur Beantwortung der ausstehenden Fragen ist eine Reihe von Untersuchungen erforderlich. Eine prospektive, multizentrische Studie in Deutschland steht aus und wird versuchen unklare Aspekte weiter aufzuarbeiten, um so die individuelle Therapieplanung zu verbessern.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Patrick J. Bastian
Urologische Klinik
Klinikum der Universität München
Ludwig-Maximilians-Universität
Marchioninistraße 15
81377 München
patrick.bastian@med.uni-muenchen.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 28.09.2012
08:30–10:00 Uhr
Saal 3

Blasenkarzinom

Moderation: Höftl, W., Wien; Jocham, D., Lübeck; Stöckle, M., Homburg/Saar

eröffnet.“ Jüngste Ergebnisse wird der Leipziger Urologe auf dem 64. DGU-Kongress vorstellen, darunter ein klinisch anwendbares diagnostisches Tool, das die Frühdiagnostik der IC und Differentialdiagnostik zur überaktiven Blase unterstützen soll. Sein Fazit: „Nach wie vor gilt die IC als eine der am schwierigsten zu therapierenden Erkrankungen. Für mich steht die IC in einer Kategorie von Erkrankungen wie die Multiple Sklerose, die Rheumatoidarthritis oder der Morbus Crohn. Auch bei diesen Erkrankungen sind Pathomechanismen noch nicht endgültig geklärt. Im Unterschied zur IC werden aber in den dortigen Fachdisziplinen seit Jahren schon eine sehr intensive Diskussion geführt und Forschungsaktivitäten vorangetrieben. Nicht nur die Therapeuten, sondern auch die Industrie und die Kostenträger sind hier ganz intensiv einbezogen.“ Entsprechendes Engagement für die IC sei wünschenswert, so der Appell von Dr. Schwalenberg und DGU-Präsident Prof. Müller.

Quelle: DGU

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 28.09.2012
13:30–15:00 Uhr
Saal 2

VORTRAGSSITZUNG

Infektionen/Entzündungen
Moderation: Hofmann, R., Marburg; Piechota, H.-J., Minden; Schneede, P., Memmingen

MEDNEWS

Neue Forschungsergebnisse auf dem 64. Urologen-Kongress in Leipzig: Interstitielle Cystitis – unheilbar und oft unerkannt

Patienten, die an einer chronischen, nicht bakteriellen, interstitiellen Entzündung der Harnblasenwand (IC) erkrankt sind, stehen unter enormem Leidensdruck. Schmerz und Harndrang mit bis zu 60 Toilettengängen tags und nachts führen nicht selten in die soziale Isolation und in die Erwerbsunfähigkeit. Die Erkrankung ist schwer zu diagnostizieren und wird oft, wenn überhaupt, erst nach Jahren erkannt.

Die Ursachen der IC sind weitgehend unbekannt, Heilung ist bisher nicht möglich. Mit neuen Forschungsansätzen, die auf dem 64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) vorgestellt werden, suchen Urologen nach einer frühen Diagnose und ursachenbezogenen Therapiekonzepten.

„Selbst unter Medizinern ist die Interstitielle Cystitis noch zu wenig bekannt“, sagt DGU- und Kongresspräsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. Stefan C. Müller. Bis zu 25.000 Fälle soll es in Deutschland, nach Schätzungen des Fördervereins Interstitielle Cystitis (ICA-Deutschland e.V.) geben. „Die Dunkelziffer ist hoch, da die Differenzierung zwischen einer beginnenden IC und dem Krankheitsbild der überaktiven Blase schwierig ist“, sagt Prof. Müller. Bleibt die Erkrankung aber unerkannt und unzureichend behandelt, drohen den Betroffenen ein jahrelanges Martyrium und die operative Entfernung der Harnblase. Umfassende IC-Diagnostik ist aufwendig und ruht, nach Dr. Thilo Schwalenberg, auf drei Säulen. „Neben der Erfassung der klinischen Symptome gehören eine Blasenpiegelung mit einer Gewebeentnahme zur mikroskopischen Untersuchung und die Mole-

kulardiagnostik spezifischer Zellproteine dazu, denn die IC ist eine Endorganerkrankung, die Veränderungen in allen Schichten der Harnblasenwand hervorrufen kann und dort Spuren auf zellulärer Ebene hinterlässt.“

Heutige Therapien können ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern und Symptome lindern. Dazu zählen vornehmlich Schmerztherapie und Blasenpflüngen, sogenannte Blaseninstillationen, mit Medikamenten zur Wiederherstellung der defekten Blasen Schutzschicht (GAG-Schicht). Heilung ist nicht möglich, da weder die Mechanismen der Krankheitsentstehung noch deren Ursache hinreichend erforscht sind. „Wir verstehen den Krankheitsprozess der IC vorrangig als einen initial vorliegenden Immun- und Barriere defekt im Gewebe der ableitenden Harnwege, insbesondere in der Schleimhaut, dem Urothel. Eine Störung der Gewebeintegrität verändert das Bindungsverhalten der Oberflächenproteine und führt letztendlich zu einer chronischen Entzündung, die dann alle Schichten der Blasenwand betrifft“, sagt Dr. Schwalenberg. Die jahrelange wissenschaftliche Diskussion um die Terminologie, welche die

IC auf europäischer Ebene zuletzt als Blaseschmerz-Syndrom einordnete, kritisiert der Leipziger Urologe. „Der Begriff Schmerzsyndrom führt weg von der Entstehung einer Erkrankung mit Verletzungen und Umbauvorgängen im Urothel, die es gezielt zu therapieren gilt. Mit dieser Terminologie werden nicht nur Wege zu einer kausalen Therapie erschwert, wir versäumen es auch als Urologen, die frühen Formen der IC zu diagnostizieren. Nicht die Schmerzbehandlung steht am Anfang, sondern die differenzierte Untersuchung des erkrankten Gewebes der Blase.“ Infolge der neuen Nomenklatur werden teure GAG-Instillate zur Blasenpflüngen kaum noch von den Kostenträgern erstattet, was die prekäre Situation der Betroffenen zusätzlich erschwert.

Auf der Suche nach einer ursachenbezogenen Therapie untersucht Dr. Schwalenberg aktuell die Rolle des Schwangerschaftshormons hCG, da beobachtet wurde, dass sich die Symptomatik einer IC bei Schwangeren bessert: „Wir konnten geschlechtsunabhängig signifikant erhöhtes hCG bei IC-Patienten nachweisen, was auf einen Schutz- oder Reparaturmechanismus hinweist und eine neue therapeutische Perspektive

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND VERLAG

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@wiley.com
www.blackwell.de

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Rüdiger Zart
ruediger.zart@wiley.com

ANZEIGENLEITUNG

Rita Mattutat (-430)
rita.mattutat@wiley.com

SONDERDRUCKE

Barbara Beyer (-467)
barbara.beyer@wiley.com

VERLAGSREPRÄSENTANZ

Kerstin Kaminsky
Bornfelsgasse 13
65589 Hadamar
Tel.: 06433 / 94 90 935
Fax: 06433 / 94 90 936
kerstin.kaminsky@t-online.de

PRODUKTION

Schröders Agentur, Berlin
www.schroeders-agentur.de

z.Zt. gültige
Anzeigenpreisliste 25/2011

Einzelpreis: € 7,- zzgl. Mwst.
Abonnement: € 238,- zzgl. Mwst.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 27/36. Jahrgang
Berlin, im September 2012

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

ZKZ 30371

www.medreports.de

 **WILEY-BLACKWELL**