

MedReport

24 / 2011

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

14. bis 17. 9. 2011

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

Hamburg



Zukunft sichern – Talente fördern

Joachim Steffens, Eschweiler

Der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. ist die drittgrößte internationale urologische Fachtagung. Rund 7000 Besucher werden in Hamburg erwartet. Das Programm wird wissenschaftlichen und berufspolitischen Ansprüchen gerecht. Neue Erkenntnisse zu Kern-, aber auch zu Randgebieten unseres Faches werden vermittelt.

Im Zentrum des Interesses stehen zunächst die onkologischen Themen. Die Aktualisierung der S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom und die Informationen über die neue PREFERE-Studie beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom dürften von großem Interesse für die Teilnehmer sein. Erstmals ist, industriunabhängig, mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe eine präferenzbasierte, randomisierte Studie geplant, bei der die vier Behandlungsoptionen beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom verglichen werden sollen. Diese Studie erfordert von uns Urologen große Anstrengungen, da für ihr Gelingen 7000 Patienten interdisziplinär und intersektoral akquiriert werden müssen.

Besonders interessant ist darüber hinaus ein AUO-Forum, in dem die adjuvanten Therapieoptionen der häufigsten urologischen Tumoren vorgestellt werden. Die neu verfügbaren medikamentösen Behandlungsregime erfordern eine Differenzial-Indikation und die Beherrschung des Komplikations-Managements. Wenn uroonkologische Leitfunktionen in den Tumorboards kompetent übernommen werden sollen, müssen die Inhalte dieses Forums von allen aktiven Uroonkologen erworben und umgesetzt werden.

Dem seltenen Peniskarzinom ist ein eigenes Forum gewidmet. Hier werden Indikationen und Technik der komplikationsträchtigen Lymphadenektomie ebenso dargestellt wie die operativen Behandlungskonzepte des Primärtumors. Darüber hinaus werden Indikationen und Durchführung der Chemotherapie vermittelt.

Eine SIU-Lecture widmet sich den faszinierenden Möglichkeiten der organerhaltenden Nierentumorchirurgie und weist auf die Notwendigkeit eines Organerhalts hin, da die Lebenserwartung nach Entfernung der Niere auch bei gesunder Gegenseite verkürzt ist. Inderbir Gill aus Los Angeles ist der weltweit erfahrenste Operateur auf dem Gebiet der laparoskopisch-robotischen Nierenchirurgie und wird uns seine Technik der ischämiefreien Nierenteilresektion präsentieren. Diese Technik ist jedoch höchst anspruchsvoll, erfordert großen interdisziplinären und operativen Aufwand und ist einigen wenigen Zentren vorbehalten. Wichtiger als die Art des Zuganges ist der Versuch einer organerhaltenden Operation. Hierauf wird das deutsche Referat gezielt eingehen. Abgerundet wird diese Lecture durch eine Standortbestimmung zu potenziellen Biomarkern des Nierenzellkarzinoms, die künftig möglicherweise individuelle Behandlungsentscheidungen zulassen.

Die rekonstruktiven Möglichkeiten zur Behandlung des fehlenden oder verletzten unteren Harntraktes werden in einem EAU-Forum zur Harnröhrenchirurgie international dargestellt. Die OP-Techniken der plastischen Meatotomie, der End-zu-End-Anastomose und der Mundschleimhaut-Urethroplastik im Kindes- und Erwachsenenalter werden kompetent vermittelt.

Erstmals gibt es Foren, die sich mit dem Risiko- und perioperativen Management beschäftigen. Die alltäglichen Probleme, aber auch die außergewöhnlichen Situationen bei den unterschiedlichen Operationsverfahren und Management-Aufgaben sollen benannt und analysiert werden. Dabei wird einerseits die Herausforderung im Umgang mit risikoreichen Patientengruppen, aber auch die Implementierung neuer Behandlungskonzepte und Leitlinien in den operativen Routinebetrieb erörtert. Andererseits soll aber auch deutlich gemacht werden, dass bereits der junge Stationsarzt Führungsaufgaben übernimmt, für die er nicht ausreichend vorbereitet und ausgebildet wurde. Deshalb werden Inhalte wie Vertrauens- und Wertekultur, Komplikations-Management und Patientensicherheit thematisiert. Auch das Risikomanagement der faszinierenden Roboterchirurgie wird kompetent dargestellt. In diesem Forum findet auch ein medizinisch-betriebswirtschaftliches Streitgespräch statt, in dem erfahrene Klinikdirektoren Pro- und Contra-Standpunkte zu dieser innovativen Technik einnehmen.

Ein weiteres Forum des Kongresses beschäftigt sich mit der Urologie der Frau. Patientinnen mit Harninkontinenz und Senkungszuständen stellen eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Die modernen diagnostischen Verfahren und unterschiedlichen Operationsverfahren mit Einbringen von Netzen und



© JPC-PROD - Fotolia.com

ALLGEMEINE HINWEISE

14. bis 17. September 2011

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

TAGUNGSORT

CCH – Congress Center Hamburg
Am Dammtor / Marseiller Straße
20355 Hamburg

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Joachim Steffens
Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie
St. Antonius-Hospital
Dechant-Deckers-Straße 8
52259 Eschweiler
Tel.: 02403-761261, Fax: 02403-761861
joachim.steffens@sah-eschweiler.de

KONGRESSORGANISATION

Dr. med. Petra Anheuser

KONGRESSSEKRETARIAT

Alexandra Wester
St. Antonius-Hospital
Dechant-Deckers-Straße 8
52249 Eschweiler
Tel.: 02403-761273, Fax: 02403-761861
2011@dgu.de

KONGRESSVERANSTALTER

INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG
Landsberger Straße 155
80687 München
Tel.: 089-548234-20, Fax: 089-548234-44
dgu@interplan.de, www.interplan.de

www.dgu-kongress.de



Hamburg panorama

© Andreas Douvissas - Fotolia.com

Bändern in den weiblichen Beckenboden erfordern eine Standortbestimmung, die interdisziplinär vermittelt wird.

Die Versorgung von Patienten mit Blasenfunktionsstörungen und Querschnittslähmungen wird überwiegend in spezialisierten Zentren vorgenommen. Ein eigenes Forum über die Neurourologie des Erwachsenen informiert über Ursachen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei diesem stiefmütterlich behandelten Symptomenkomplex.

Den Folgen urologischer Eingriffe in der Adoleszenz widmet sich eine weitere Veranstaltung. Seltene Krankheitsbilder wie Harnröhrenklappen, Myelomenigozelen und intersexuelles Genitale werden thematisiert und sollen auf die Folgen kinderurologischer Eingriffe im jungen Erwachsenenalter hinweisen. Nur wer die Langzeitfolgen angeborener Krankheiten des Urogenitalsystems kennt, kann postnatal die richtigen Entscheidungen treffen, um durch wiederherstellende Maßnahmen die Nierenfunktion zu erhalten und die Lebensqualität zu verbessern.

Während die Ursachen der weiblichen Unfruchtbarkeit weitgehend erforscht sind, gibt es noch viele Defizite bei der Ätiologie und Pathogenese der männlichen Infertilität. Ein eigenes Forum widmet sich der Ursachenforschung und den aktuellen Behandlungskonzepten wichtiger andrologischer Sterilitätsfaktoren.

Die Nierentransplantation ist ein wichtiges Teilgebiet der Urologie, welches durch die Lebendspende attraktiver wurde und durch den sogenannten Steinmeier-Effekt ins öffentliche Bewusstsein rückte. Die faszinierenden Möglichkeiten der laparoskopischen Donor-Nephrektomie, der aktuelle Stand über die erfolgreichen Behandlungskonzepte, aber auch die dringend notwendige Novellierung des Organentnahme-Gesetzes werden transparent in einem eigenen Forum dargestellt.

Der kleine Nierentumor fällt meist zufällig im Ultraschall auf und kann durch Bildgebung in seiner Dignität nicht zuverlässig beurteilt werden. In einer gesonderten Veranstaltung wird über die Zuverlässigkeit der Biopsie, die Notwendigkeit einer Behandlung und die modernen neuen perkutanen und laparoskopischen Behandlungsverfahren referiert. In Analogie zum neuen Behandlungskonzept einer Active Surveillance beim Niedrigrisiko-Prostatakarzinom ergibt sich auch beim zufällig entdeckten kleinen Nierentumor die Frage nach der Möglichkeit einer aktiven Überwachung.

Der bisher im Verborgenen agierenden West-Ost-Kommission wird erstmals eine öffentliche Bühne geboten. Seit vielen Jahren dient dieses Forum der Unterstützung und dem Gedankenaustausch osteuropäischer Urologen. Zur Thematik „Differenzialtherapie des Nierensteines“ stellen drei ausländische Urologen die Probleme bei der Umsetzung moderner Behandlungskonzepte in ihren Ländern vor. Drei deutsche Klinikchefs geben differenzialtherapeutische Entscheidungshilfen zu den bewährten endourologischen und seltenen offenoperativen Therapiemaßnahmen.

Ganz neu im Programm ist die Juniorakademie. In zwei Foren sollen erfahrene Urologen über das Berufsbild in Klinik, Praxis und Forschung informieren und Zukunftsperspektiven skizzieren.

Zielgruppe sind urologische Studenten im praktischen Jahr und junge Assistenten. Diese neue Sektion soll unserem hoffnungsvollen Nachwuchs eine Plattform zum Austausch mit etablierten Urologen und Ideengebern verschaffen. Wenn die Akzeptanz für die Juniorakademie groß genug ist, soll diese neue Sektion künftig jährlich angeboten und unter der Schirmherrschaft der Akademie der Deutschen Urologen und der GeSRU organisiert werden. Ich wünsche Ihnen, dass die Wissensvermittlung über die Kern- und Randgebiete unseres Faches für Sie alle bereichernd und hilfreich sein wird. Nutzen Sie Diskussionsmöglichkeiten mit kompetenten Referenten und Rednern. Erkennen Sie eigene Defizite, schließen Sie Wissenslücken, gründen Sie Netzwerke und entwickeln Sie berufliche Partnerschaften, um das Hauptziel unseres Berufes zu verwirklichen: Den uns anvertrauten kranken Menschen sinnvoll zu helfen!



Prof. Dr. Joachim A. Steffens, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Analyse aus einer Integrierten Datenbank

Sicherheitsprofil und Dosisanpassungen unter einer Therapie mit Sorafenib bei > 4600 Patienten mit Nierenzellkarzinom

Marc-Oliver Grimm, Jena

Das fortgeschrittene Nierenzellkarzinom (NZK) hat sich von einer schlecht zu behandelnden Erkrankung durch die Einführung neuer, zielgerichteter Arzneimittel hin zu einer chronischen Krankheit gewandelt. Die erste dieser zielgerichteten Substanzen war Sorafenib (Nexavar®), zu der inzwischen umfangreiche Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit vorliegen. Eine sogenannte Integrierte Datenbank (IDB) aus 8 firmengesponserten klinischen Studien, die mit Sorafenib beim NZK als Monotherapie durchgeführt wurden, ermöglichte es, umfangreiche Analysen zur Verträglichkeit sowie zu notwendigen Dosismodifikationen während einer Therapie mit Sorafenib durchzuführen.

In die Auswertung flossen Daten von 4684 Patienten aus 6 klinischen Entwicklungsstudien sowie 2 großen Expanded-Access-Studien ein. 71 % der Patienten waren männlich; das mittlere Alter betrug 62 Jahre, wobei 41 % der Patienten älter als 65 Jahre war. 52 % der Patienten war mit Zytokinen vortherapiert worden, und 87 % der Patienten waren nephrektomiert.

Die mediane Therapiedauer betrug 3,9 Monate und reichte von 0–51,2 Monate. Sorafenib wurde größtenteils in der Standarddosis von 800 mg/Tag verabreicht. Über die gesamte Therapiedauer hinweg betrug die mediane Tagesdosis 679 mg. 57 % der Patienten hatten keine Dosisreduktion oder -unterbrechung. Von den Patienten mit einer wegen Nebenwirkungen bedingten Dosisreduktion oder -unterbrechung begannen 51 % der Patienten wieder mit der Standarddosis und 31 % mit der halben Dosis von 400 mg/Tag. Die anderen Patienten wurden mit anderen Dosierungen weiterbehandelt (Abb. 1). Generell waren Dosis-

reduktionen und -unterbrechungen in den ersten 3 Monaten der Behandlung häufiger als später im Verlauf der Therapie, in der sich die Häufigkeit solcher Dosismodifikationen auf einem niedrigen Niveau einpegelte (Abb. 2).

Medikationsbedingte Nebenwirkungen waren überwiegend mild bis moderat ausgeprägt. Die häufigsten Nebenwirkungen von Sorafenib bestehen in Hand-Fuss-Hautreaktionen (HFHR) und Exanthenen, Diarrhö, Fatigue, Hypertonie und Haarausfall. Schwerwiegende Nebenwirkungen sind insgesamt selten und treten vorzugsweise in den ersten 3 Monaten, mit abnehmender Tendenz im weiteren Therapieverlauf auf. So betrug die Häufigkeit schwerwiegender Nebenwirkungen in den ersten 3 Therapiemonaten 9,6 %, in den darauffolgenden 3 Monaten 5,1 %, im dritten 3-Monatsintervall 3,2 %, und im vierten nur 2,7 % (Tab. 1).

Die Ergebnisse der Auswertung der Daten aus dieser IDB sprechen dafür, dass Sorafenib eine akzeptable Verträglichkeit aufweist. Hinweise auf

eine kumulative Toxizität während des ersten Therapiejahres haben sich nicht ergeben. Die Substanz stellt daher eine gute Option in der Therapie des NZK dar.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Marc-Oliver Grimm
Urologische Klinik und Poliklinik
Universitätsklinikum Jena
Lessingstraße 1
07743 Jena
marc-oliver.grimm@med.uni-jena.de

PROGRAMMHINWEIS

Donnerstag, 15. Sept. 2011
14:30–16:00 Uhr, Saal A-2.1

V 12

Nieren- und Nebennierentumoren – Therapie

Moderation: Staehler, M., München;
Rohde, D., Duisburg; Herrmann, E.,
Münster

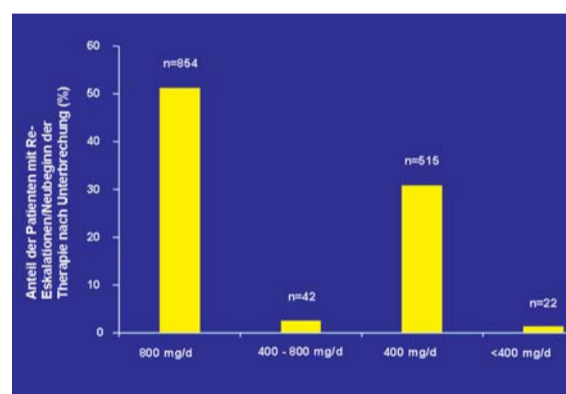


Abb. 1: Re-Eskalationen oder Neubeginn der Therapie von Sorafenib nach Dosisreduktion oder -unterbrechung während des ersten Jahres der Therapie.

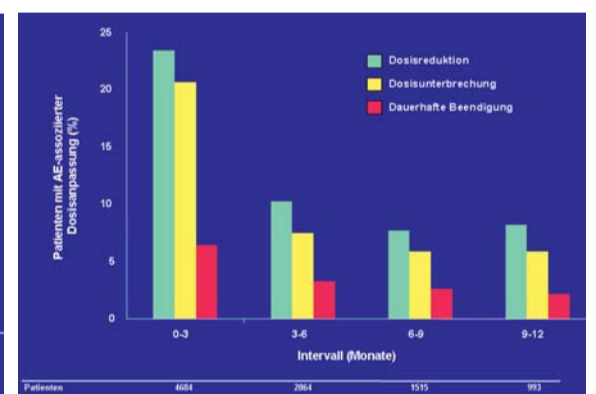


Abb. 2: Inzidenz von Dosisreduktionen, Unterbrechungen oder dauerhafter Beendigung der Therapie durch Drug-Related Adverse Events (DRAE) vom Grad 3 oder 4 je 3-Monatsintervall.

ANKÜNDIGUNG

26. bis 29. September 2012, Congress Center Leipzig

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

KONGRESSPRÄSIDENT

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

Tab.: Prävalenz von Drug-Related Serious Adverse Events (DRSAE) nach Grad in 3-Monatsintervallen*, %.

	0–3 Monate (n=4684)		3–6 Monate (n=2864)		6–9 Monate (n=1515)		9–12 Monate (n=993)	
	Grad 1–2	Grad 3–4	Grad 1–2	Grad 3–4	Grad 1–2	Grad 3–4	Grad 1–2	Grad 3–4
Alle DRSAE	2,4	7,2	1,6	3,5	0,7	2,5	0,7	2,0
Hypertonie	0,4	0,6	0,1	0,1	0	0	0	0,1
Exanthem	0,3	0,7	0,3	0	0	0	0	0
Hand-Fuß-Hautreaktion	0,3	0,7	0,2	0,1	0	0	0	0
Diarrhö	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2
Fatigue	0,2	0,6	0,2	0,3	0	0,2	0	0,1
Übelkeit	0,2	0,3	0	<0,1	0	0	0	0,2
Dehydrierung	0,1	0,4	0	0,1	0	0,1	0	0

*DRSAE (Drug-Related Serious Adverse Events), die bei ≥ 0,5 % der Patienten in irgendeinem Intervall auftraten.

DGU-Kongress-App

Die zeitgemäßen Möglichkeiten moderner Kommunikationsgeräte machen sich nun auch die Urologen zunutze: Zum 63. DGU-Kongress wird es erstmals eine spezielle Applikation für Smartphones geben. Die kostenlose „DGU-Kongress-App“ enthält nicht nur das umfangreiche Hauptprogramm der Jahrestagung in digitaler Form, sondern bietet auch eine Vielzahl weiterer nützlicher Funktionen. „Eine der wichtigsten Funktionen der App ist der Pro-

grammplaner: Durch einfaches Anklicken von Veranstaltungen, Vorträgen, Präsentationen, Ausstellern oder anderen Angeboten aus dem Kongressprogramm stellt der Anwender seinen individuellen Kongressplan zusammen“, sagt DGU- und Kongress-Präsident Prof. Dr. Joachim Steffens. Für jeden Termin seien alle entsprechenden Informationen, wie etwa zu Fachgebieten, Referenten und Unternehmen, abrufbar – und auch die räumliche

Orientierung im CCH werde unterstützt und erleichtert. Terminänderungen werden per Kurznachricht mitgeteilt (Push Notification) und im individuellen Kongressplan automatisch aktualisiert, wenn das Smartphone online ist.

Zu den Funktionen der App gehört auch die Übermittlung von Video-streams. Die drei Plena des Kongresses werden mitgeschnitten und etwa eine Stunde nach Ende der Veranstaltungen online gestellt. Für die Nutzung dieses Dienstes ist jedoch ein Passwort notwendig, welches nur

registrierte Kongressteilnehmer erhalten.

„Der Einsatz der DGU-Kongress-App ist eine Premiere für uns. Deshalb belassen wir es zunächst bei den üblichen Hauptfunktionen und reizen nicht alles aus, was heute technisch möglich wäre. So bietet der mobile Kongressplan für das Smartphone eine Fülle nützlicher Funktionen, ohne den Anwender zu überfordern“, sagt DGU-Pressesprecherin Prof. Dr. Sabine Kliesch.

Die „DGU-Kongress-App“ wird es ab 14. August 2011 für folgende der-

zeit gängige Smartphones und Mobilgeräte bzw. Betriebssysteme geben:

- iPhone/iPad: Download über iTunes App Store, Suchbegriff: „DGU“
- BlackBerry: Download über <http://dgu.mobileeventguide.de/blackberry>
- Smartphones mit Android-Betriebssystem: Download über Android Market, Suchbegriff: „DGU“

Quelle: DGU-Kongress Pressestelle

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

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Joachim Steffens

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Rüdiger Zart (-413)
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. 24/35. Jahrgang
Berlin, im September 2011

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

ZKZ 30371

www.medreports.de



Wiederholungsbiopsie 1. vs. 2. vs. ≥ 3. Welcher Marker hat die beste Prostatakarzinom-Vorhersage?

Felix K.-H. Chun et al.*, Hamburg

Vergleich der diagnostischen Fähigkeiten von PSA, %fPSA, PSA Velocity und PCA3 als Prostatakarzinom (PCa)-Risikofaktor in unterschiedlichen Wiederholungsbiopsie-Serien.



Priv.-Doz. Dr. Felix K.-H. Chun

In der Prostata-Wiederholungsbiopsie sind die Prostatakarzinomdetektionsraten sehr unterschiedlich und abhängig von der Wiederholungsbiopsie-Serie (z. B. 1. vs. 2. vs. ≥3.) und des verwendeten Biopsie-Schemas (z. B. 12fach vs. ≥ 20fach Sättigungsbiopsie). Insgesamt beschreibt die aktuelle Literatur PCa-Detektionsraten zwischen 11–41 % im Wiederholungsbiopsie-Setting [1, 2]. Anders formuliert, kann selbst in der ≥ 3. Wiederholungsbiopsie-Serie noch bei einem signifikanten Anteil ein Prostatakarzinom diagnostiziert werden.

Es muss jedoch festgehalten werden, dass die Mehrheit dieser Männer ohne Karzinomnachweis bleibt und somit „umsonst“ einer Wiederholungsbiopsie zugeführt wird. Somit stellen diese in der Regel jungen und gesunden Männer für jeden Urologen eine wirkliche Herausforderung dar. Denn es gilt, folgend den EAU-Richtlinien [4], bei diesen klinisch suspekten Männern einerseits ein PCa auszuschließen und andererseits nicht zu viele den Komorbiditäten einer potenziell „unnötigen“ Wiederholungsbiopsie inklusive der

psychischen Konfrontation mit einer Krebsdiagnose auszusetzen. Erschwerend kommt hinzu, dass die diagnostische Vorhersagekraft der klassischen klinischen Risikofaktoren (wie z. B. digital rektal Untersuchung [DRU], Prostata-spezifisches Antigen [PSA], Ratio zwischen freiem und gesamten PSA [%fPSA], PSA-Dichte [PSAD] oder PSA Anstiegsgeschwindigkeit [PSAV]) mit Zunahme der Wiederholungsbiopsie-Serie abnimmt. Daher ist die klinische Abschätzung des PCa-Risikos in der Wiederholungsbiopsie deutlich schwieriger als in der Erstbiopsie [5]. Konsequenterweise gibt es somit keine Richtlinien der Fachgesellschaften jenseits der 1. Wiederholungsbiopsie [4–6]. Diese Evidenzlücke überlässt somit den Kliniker seiner Eigeneinschätzung und gleichzeitig den Patienten in Zweifel, ob eine weitere diagnostische Abklärung notwendig ist.

Diese Problematik wurde in einer selektierten Patientenkohorte von jungen gesunden Männern (<70 Jahre) mit kompletten klinischen Informationen inklusive PSAV und PCA3, die einer Standard-Wieder-

holungsbiopsie unterzogen wurden, untersucht.

Material und Methoden

Die Studie basiert auf 127 Patienten mit Alter <70 Jahre, auffälligem DRE und/oder persistierend alterspezifisch erhöhtem PSA-Wert (2,5–6,5 ng/ml) und/oder auffälliger Vorhistologie (ASAP/ ≥3 Zylinder mit HGPIN), welche sich einer 12- oder 24-fach Wiederholungsbiopsie der Prostata unterzogen haben. Die PSAV wurde mittels ≥3 Werte über ≥12 Monate errechnet, der PCA3-Score mittels Progensa®-Test bestimmt. Nach Stratifizierung bzgl. Vorbiopsien (1. vs. 2. vs. ≥3.) wurden Spezifität, positiver und negativer prädiktiver Wert und der Anteil an vermiedenen Wiederholungsbiopsien mit PSA bei angenommenen Sensitivitäten (75 %, 85 %, 95 %) verglichen. Zusätzlich wurde die Vorhersagegenauigkeit (AUC) für jede Wiederholungsbiopsie-Serie bestimmt.

Ergebnisse

Insgesamt wurde in 34,6 % (n=44) ein PCa entdeckt. In der 1. Wiederholungsbiopsie war PCA3 mit einer

Tab. 3: ≥3. Wiederholungsbiopsie: ROC-Risikofaktoren-Analyse zur Vorhersage eines Prostatakarzinoms.

Sensitivität	Variablen	PSA (ng/ml)	%fPSA (%)	PSA velocity (ng/ml/y)	PCA3 assay score
75 %	Schwellenwert	8,1	14	2,11	27
	Spezifität (%)	25,9	59,3	55,6	29,6
	positiv prädiktiver Wert (%)	31,0	45,0	42,9	29,6
	negativ prädiktiver Wert (%)	70,0	84,2	83,3	66,7
	falsch positive (%)	20 (74,1)	11 (40,7)	12 (44,4)	19 (70,4)
85 %	Anteil eingesparter Biopsien (%)		45,0	40,0	5,0
	Schwellenwert	7,0	20	1,51	19
	Spezifität (%)	14,8	37,0	40,7	22,2
	positiv prädiktiver Wert (%)	30,3	37,0	38,5	32,3
	negativ prädiktiver Wert (%)	66,7	83,3	84,6	75,0
95 %	falsch positive (%)	23 (85,2)	17 (63,0)	16 (59,3)	21 (77,8)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		26,1	30,4	8,7
	Schwellenwert	5,8	21	0,75	16
	Spezifität (%)	7,4	29,6	22,2	18,5
	positiv prädiktiver Wert (%)	30,6	36,7	34,4	33,3
Sensitivität	negativ prädiktiver Wert (%)	66,7	88,9	85,7	83,3
	falsch positive (%)	25 (92,6)	19 (70,4)	21 (77,8)	22 (81,5)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		24,0	16,0	12,0

PSA = Prostata-spezifisches Antigen, %fPSA = Quotient freies PSA/PSA* 100, DRU = digital rektale Untersuchung, PCA3 = Prostate Cancer Antigen3, AUC = Genauigkeit zur Vorhersage der Wiederholungsbiopsie, PPV = positiv prädiktiver Wert

Vorhersagegenauigkeit von 80 % der beste Einzelmarker und hätte, bei einer angenommenen Sensitivität von 75 %, 72,2 % unnötige Biopsien im Vergleich zu PSA eingespart. In der 2. Wiederholungsbiopsie war %fPSA mit einer Vorhersagegenauigkeit von 82 % der beste Einzelmarker und hätte, bei einer angenommenen Sensitivität von 75 %, 66,7 % unnötiger Biopsien eingespart. In der ≥3. Wiederholungsbiopsie und Sensitivität von 75 % hätten %fPSA, PSAV und PCA3 jeweils 45 %, 40 % und 5 % der Wiederholungsbiopsien eingespart.

Schlussfolgerung

Unsere Ergebnisse zeigen die starke Abhängigkeit der Biopsierisikofaktoren von der Anzahl vorangegangener Biopsie-Serien. PSA war in der gesamten Analyse kein statistisch signifikanter PCa-Risikofaktor. PSAV zeigte sein diagnostisches Potenzial erst in der 2. und 3. Wiederholungsbiopsie. Im Gegensatz dazu war %fPSA in der 2. und ≥3. Wiederholungsbiopsie PSA, PSAV und PCA3 deutlich überlegen. Die Anwendung von PCA3 hätte bis zu 73 % unnötige 1. Wiederholungsbiopsien im Vergleich zu PSA einsparen können, aber bei Patienten mit multiplen Vorbiopsien (≥3) konnte diese Performance nicht gehalten werden.

* Weitere Autoren: Budäus, L.; Augustin, H.; Luger, F.; Gutsch, S.; Gallé, G.; Mannweiler, S.; Graefen, M.; Pummer, K.; Auprich, M., Hamburg, Graz

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. med. Felix K.-H. Chun
Klinik und Poliklinik für Urologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
chun@uke.uni-hamburg.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 16. Sept. 2011
14:30–16:00 Uhr, Saal 8

V 25
Prostatakarzinom – Diagnostik
Moderation: Pelzer, A., Mannheim;
Pummer, K., Graz; von Knobloch, R., Kempten

Tab. 1: 1. Wiederholungsbiopsie: ROC-Risikofaktoren-Analyse zur Vorhersage eines Prostatakarzinoms.

Sensitivität	Variablen	PSA (ng/ml)	%fPSA (%)	PSA velocity (ng/ml/y)	PCA3 assay score
75 %	Schwellenwert	6,5	16	1,06	44
	Spezifität (%)	37,9	72,4	37,9	82,8
	positiv prädiktiver Wert (%)	43,8	63,6	43,8	73,7
	negativ prädiktiver Wert (%)	68,8	80,8	68,8	82,8
	falsch positive (%)	18 (62,1)	8 (27,6)	18 (62,1)	5 (17,2)
85 %	Anteil eingesparter Biopsien (%)		55,6	0	72,7
	Schwellenwert	5,4	18	0,7	34
	Spezifität (%)	17,2	41,1	24,1	58,6
	positiv prädiktiver Wert (%)	40,0	48,5	42,1	57,1
	negativ prädiktiver Wert (%)	62,5	80,0	70,0	85,0
95 %	falsch positive (%)	24 (82,8)	17 (58,6)	22 (75,9)	12 (41,4)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		29,2	8,3	50,0
	Schwellenwert	4,4	23	0,28	17
	Spezifität (%)	6,9	24,1	0	31,0
	positiv prädiktiver Wert (%)	40,0	45,0	38,3	47,7
Sensitivität	negativ prädiktiver Wert (%)	66,7	87,5	0	90,0
	falsch positive (%)	27 (93,1)	22 (75,9)	29 (100)	20 (69,0)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		18,5	+7,4	25,9

PSA = Prostata-spezifisches Antigen, %fPSA = Quotient freies PSA/PSA* 100, DRU = digital rektale Untersuchung, PCA3 = Prostate Cancer Antigen3, AUC = Genauigkeit zur Vorhersage der Wiederholungsbiopsie, PPV = positiv prädiktiver Wert

Tab. 2: 2. Wiederholungsbiopsie: ROC-Risikofaktoren-Analyse zur Vorhersage eines Prostatakarzinoms.

Sensitivität	Variablen	PSA (ng/ml)	%fPSA (%)	PSA velocity (ng/ml/y)	PCA3 assay score
75 %	Schwellenwert	6,9	12	1,2	48
	Spezifität (%)	33,3	77,8	44,4	55,6
	positiv prädiktiver Wert (%)	35,7	62,5	40,0	45,5
	negativ prädiktiver Wert (%)	75,0	87,5	80,0	83,3
	falsch positive (%)	18 (66,7)	6 (22,2)	15 (55,6)	12 (44,4)
85 %	Anteil eingesparter Biopsien (%)		66,7	16,7	33,3
	Schwellenwert	6,6	15	1,1	45
	Spezifität (%)	29,6	59,3	40,7	51,9
	positiv prädiktiver Wert (%)	36,7	50,0	40,7	45,8
	negativ prädiktiver Wert (%)	80,0	88,9	84,6	87,5
95 %	falsch positive (%)	19 (70,4)	11 (40,7)	16 (59,3)	13 (48,1)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		42,1	15,8	31,6
	Schwellenwert	6,1	16	0,75	39
	Spezifität (%)	25,9	48,1	33,3	48,1
	positiv prädiktiver Wert (%)	37,5	46,2	40,0	46,2
Sensitivität	negativ prädiktiver Wert (%)	87,5	92,9	90,0	92,9
	falsch positive (%)	20 (74,1)	14 (51,9)	18 (66,7)	14 (51,9)
	Anteil eingesparter Biopsien (%)		30,0	10,0	30,0

PSA = Prostata spezifisches Antigen, %fPSA = Quotient freies PSA/PSA* 100, DRU = Digital Rektale Untersuchung, PCA3 = Prostate Cancer Antigen3, AUC = Genauigkeit zur Vorhersage der Wiederholungsbiopsie, PPV = Positiv prädiktiver Wert.

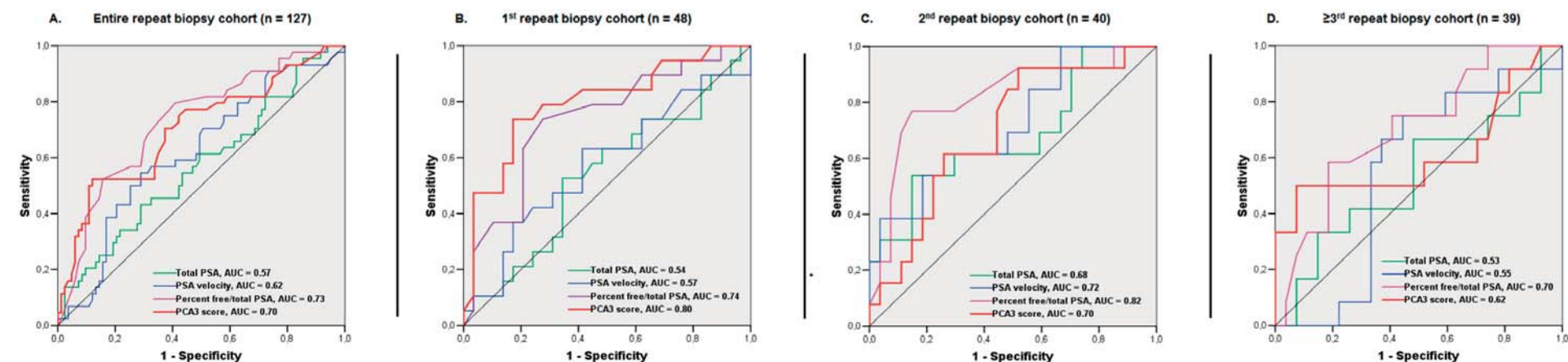


Abb. 1: Graphische Performance-Darstellung der Einzelmarker PSA, PSAV, %fPSA und PCA3 in den unterschiedlichen Wiederholungsbiopsie-Serien.

Metastasiertes Nierenzellkarzinom

Neoadjuvante und adjuvante Behandlung

Markus A. Kuczyk, Hannover



Prof. Dr. Markus A. Kuczyk

Die Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms mit Targeted-Therapeutika ist fest in die klinische Routine integriert, jedoch bleiben substanzielle Fragen, die Behandlung dieses Tumors betreffend, ungeklärt. Aktuelle Problemstellungen thematisieren so beispielsweise die Wertigkeit der zytoreduktiven Nephrektomie in der TKI-Ära, aber auch die einer neoadjuvanten bzw. adjuvanten Behandlung in Ergänzung zur Resektion des Primärtumors bei stattgehabter Metastasierung oder bei auf die Niere begrenztem, aber extensiverem Tumorwachstum mit/ohne regionale Lymphadenopathie.

Neoadjuvante Therapie mit Targeted-Therapeutika

Der Terminus der „neoadjuvanten“ Behandlung sollte in Verbindung mit Targeted-Therapeutika einer klinischen Situation vorbehalten werden, die darauf abzielt, die Resektabilität lokal fortgeschrittener Nierenzellkarzinome ohne Nachweis einer Fernmetastasierung durch eine Größenreduktion des Primärtumors oder regionaler Lymphknotenmetastasen zu verbessern. Auf die Praktikabilität eines solchen „Downsizing“ mit der sich erst hieraus ergebenden Möglichkeit einer Komplettresektion des Lokalbefundes wurde in Fallberichten und meist sehr kleinen Serien für Patienten mit Kavathrombus, ausgedehnten regionalen Lymphknotenmetastasen oder aufgrund ihrer lokalen Ausdehnung als irresektabel bewerteten Primärtumoren hingewiesen.

Cowey berichtete in einer der größten Serien über 30 Patienten, die einer neoadjuvanten Therapie mit Sorafenib zugeführt worden waren. Nach einem Kurs (mediane Dauer: 33 Tage) wurde dabei eine Größenreduktion des Primärtumors um im Median 9,6 % beobachtet (PR/SD in 27/2 Fällen). Im Anschluss an die systemische Behandlung konnten alle Patienten der definitiven operativen Therapie zugeführt werden.

Hellenthal führte 20 über 18 Monate rekrutierte Patienten mit einem

durch Biopsie verifizierten klarzelligem Nierenzellkarzinom einer neoadjuvanten Behandlung mit Sunitinib (37,5 mg) zu. Die beobachtete Grad-3/4-Toxizität (30 %) umfasste vor allem gastrointestinale und hämatologische Nebenwirkungen. Bei einer für 17/20 Patienten beobachteten Reduzierung des Tumordurchmessers um durchschnittlich 11,8 (11–27) % steigerte die Vorbehandlung mit Sunitinib nicht die perioperative Komplikationsrate. Im Gefolge der Sunitinib-induzierten Größenreduktion erfolgte in 8 Fällen (Tumorstadium T1b) eine laparoskopische Partialresektion.

Silberstein stellte 12 Patienten mit klarzelligem Karzinom vor, die zwischen 2006 und 2009 vor einer partiellen Nephrektomie aus imperativer Indikation mit 2 Zyklen Sunitinib therapiert worden waren (durchschnittlicher Tumordurchmesser vor Behandlung: 7,1 cm). Alle Patienten erfuhren unter Sunitinib eine Größenreduktion des Primärtumors um durchschnittlich 1,5 cm (21,1 %). Im Gefolge konnten alle Patienten einer partiellen Nephrektomie zugeführt werden, wobei in 4 Fällen die simultane Resektion metastatischer Läsionen erfolgte. Bei einer warmen Ischämiezeit von 22,5 Minuten musste keiner der Patienten postoperativ dialysiert werden.

Obwohl sich somit für die Mehrzahl der mit einem TKI vorbehandelten

Patienten eine Reduktion des maximalen Tumordurchmessers nach neoadjuvanter Therapie mit einem TKI beobachten lässt, bleibt die klinische Wertigkeit dieses Ansatzes vor Nephrektomie unter Berücksichtigung der doch limitierten Größenregression der Primärtumoren fraglich. Interessant ist demgegenüber der Versuch, über einen neoadjuvanten Ansatz bei imperativ intentioniertem Organ-erhaltenden Vorgehen einen möglichst weitgehenden Erhalt funktionsfähigen Nierengewebes zu gewährleisten.

Zytoreduktive Nephrektomie

Die prinzipielle Rechtfertigung zur zytoreduktiven Nephrektomie beim metastasierten Nierenzellkarzinom ergibt sich aus der SWOG-Studie 8949 und der EORTC-Studie 30947, die im Rahmen einer Interferon-Therapie auf einen Überlebensvorteil für nephrektomierte gegenüber nicht mittels Nephrektomie behandelten Patienten hinwies (OS 13,6 vs. 7,8 Monate für Patienten mit und ohne Nephrektomie). Es stellt sich nun die Frage, ob dieser aus der operativen Behandlung resultierende Benefit auch in Verbindung mit einer Targeted-Therapie reproduziert werden kann, wobei die diesbezüglich zur Verfügung stehenden Daten als eher rudimentär einzuschätzen sind. Einen ersten Hinweis auf einen sich aus der zytoreduktiven Nephrektomie ergebenden klinischen Vorteil lieferte eine retrospektive Subgruppenanalyse aus dem Expanded-Access-Programm für Sunitinib. Das mediane Langzeitüberleben Zytokin-naiver, metastasierter Patienten war nach zytoreduktiver Nephrektomie im Vergleich mit nicht zusätzlich operativ, sondern nur mit Sunitinib therapierten Patienten um 7,9 Monate verlängert (19 vs. 11,1

Monate mit und ohne Nephrektomie) ($p < 0,01$). In einer retrospektiven Analyse von Choueiri, die 314 Patienten mit metastasiertem NCC einschloss, fand sich ein für nephrektomierte Patienten ($n=201$) ebenfalls signifikant besseres Langzeitüberleben (19,8 vs. 9,4 Monate) ($p < 0,01$). Da die Wertigkeit der zytoreduktiven Nephrektomie in Verbindung mit einer Targeted-Therapie bisher nicht im Rahmen eines prospektiv randomisierten Ansatzes untersucht wurde, wird dringend das Ergebnis der prospektiv randomisierten CARMENA-Studie erwartet, die auf die Beantwortung dieser Frage abzielt. Zwischenzeitlich gilt die zytoreduktive Nephrektomie aber nach wie vor als therapeutischer Standard. Eine weitere, derzeit unbeantwortete Frage ist die nach der klinischen Effektivität einer der zytoreduktiven Nephrektomie vorausgehenden Targeted-Therapie. Diesem Ansatz liegt die Vorstellung zugrunde, die Operation durch eine Tumorgößenreduktion zu erleichtern und darüber hinaus trotz Systemtherapie rasch progrediente Patienten identifizieren zu können, die von der Nephrektomie nicht zu profitieren versprechen. Weitere dieses Konzept stützende Argumente umfassen die Verhinderung einer schnellen Tumorprogression während der postoperativen Erholungsphase, sowie die Möglichkeit einer Systembehandlung solcher Patienten, die postoperativ aufgrund Operations-induzierter Morbidität nicht mehr therapiefähig sind. Bisher wurde der sich aus einer Therapie mit Bevacizumab vor zytoreduktiver Nephrektomie evtl. ergebende klinische Nutzen unter Einschluss erst weniger Patienten ($n=50$) untersucht, wobei sich ein solcher nicht belegen ließ (Jonasch et al. 2009). Die noch rekrutierende, prospektiv randomisierte EORTC-Studie 30073 (SURTIME) verfolgt die beschriebene Fragestellung, indem die eingeschlossenen Patienten vor oder nach Therapie mit 3 Kursen Sunitinib einer zytoreduktiven Nephrektomie zugeführt werden.

Adjuvante Therapie

Für frühere adjuvante, im Wesentlichen Zytokin-basierte Systemtherapien konnte bei lokal fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom im Gefolge der Nephrektomie kein Vorteil gegenüber einem abwartenden Vorgehen aufgezeigt werden. Die Wertigkeit einer adjuvanten Behandlung mit Targeted-Therapeutika wird

nach operativer Therapie lokal fortgeschrittener oder lymphonodal positiver Karzinome derzeit in mehreren klinischen Studien untersucht, wobei die Ergebnisse ausstehen.

Fazit für die Praxis

- Die neoadjuvante Therapie ist derzeit kein klinisch etabliertes Konzept. Insbesondere die Verbesserung der Resektabilität renaler Läsionen bei imperativer Indikation bedarf dabei weiterer Evaluation.
- Die Wirksamkeit einer Vorbehandlung mit Targeted-Therapeutika vor zytoreduktiver Nephrektomie wird derzeit untersucht, stellt aber ebenfalls kein klinisch etabliertes Konzept dar.
- Bisherige Daten geben zwar Hinweise auf eine durch die zytoreduktive Nephrektomie in Verbindung mit einer Targeted-Therapie induzierte Verbesserung der klinischen Prognose, jedoch steht eine prospektiv randomisierte Untersuchung nicht zur Verfügung. Bis zum Vorliegen der Ergebnisse der CARMENA-Studie gilt die zytoreduktive Nephrektomie in der metastasierten Situation nach wie vor als Standard.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. med. Markus A. Kuczyk
Klinik für Urologie und Urologische Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
kuczyk.markus@mh-hannover.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 16. Sept. 2011
10:00–12:00 Uhr, Saal 1

PLENUM II Adjuvante Therapie bei urologischen Tumoren

Moderation: Wirth, M., Dresden;
Pummer, K., Graz; Schmid, H.-P., St. Gallen

Niere
Kuczyk, M., Hannover

Blase
Stenzl, A., Tübingen

Prostata
Graefen, M., Hamburg

Hoden
Albers, P., Düsseldorf

Urologie hat Zukunft

Daran lässt der demografische Wandel in Deutschland keinen Zweifel, denn mit dem Anteil älterer Menschen steigt sowohl die Zahl der Patienten mit urologischen Erkrankungen, die vermehrt in höherem Alter auftreten, als auch die Bedeutung der Fachdisziplin.

Auf der 63. Jahrestagung der DGU in Hamburg betonten die Urologen deshalb ihren breiten Versorgungsauf-

trag und starten ein neues nachhaltiges Konzept zur Nachwuchsförderung. „Zukunftssicherung durch Talentförderung und Ausbau der uro-onkologischen Kompetenz“: So lauten die Leitgedanken des weltweit drittgrößten Urologen-Kongresses unter der Leitung von DGU-Präsident Professor Dr. Joachim Steffens aus Eschweiler. Sie prägen das Programm mit zahlreichen

Neuerungen. „Die neugeschaffene ‚Juniorakademie‘ ist unsere Antwort auf den Nachwuchsmangel“, sagt Professor Steffens. „Studenten und junge Ärzte kommen hier mit Wissenschaftlern und erfahrenen Kollegen aus Klinik und Praxis zusammen, die konkrete Handlungsanweisungen und Möglichkeiten zur Qualifizierung darstellen. Diese Partnerschaft soll den Berufseinstieg in unser Fach erleichtern.“ Juniorakademie bedeutet auch Managementtraining für Urologen. „Das

klings ungewöhnlich, aber wir können von der Wirtschaft lernen, denn heute müssen wir nicht nur als Ärzte, sondern auch als erfahrene Führungspersonlichkeiten mit Managementqualitäten überzeugen. Darauf müssen sich junge Kollegen ebenfalls vorbereiten.“

An den Nachwuchs von übermorgen wendet sich das DGU-Schülerprogramm „Werde Urologe für einen Tag“. Dabei haben Hamburger Schülerinnen und Schüler die Möglichkeit, das kleine 1x1 der Urologie ken-

nenzulernen, inklusive Operieren am Simulator.

Für die ganz Kleinen wird es in Hamburg erstmals eine Kinderbetreuung geben, die jungen Urologinnen/Urologen mit Kind die Kongressteilnahme erleichtert. „Wir dürfen Familienfreundlichkeit im Medizinerberuf nicht nur fordern, sondern müssen sie leben“, so Kongress-Präsident Prof. Dr. Steffens. Die neue „Jobbörse“ erlaubt einen unkomplizierten Blick auf den urologischen Stellenmarkt.

Muskelinvasives Harnblasenkarzinom

Die neuen ICUD-Leitlinien zur adjuvanten Therapie

Georgios Gakis und Arnulf Stenzl, Tübingen



Dr. Georgios Gakis Prof. Dr. Arnulf Stenzl

Zur Verbesserung der Prognose von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Harnblasenkarzinom ist der adjuvante Therapieansatz in einer Vielzahl von klinischen Studien untersucht worden. Dieser Kurztitel gibt einen Überblick über die aktuellen Leitlinienempfehlungen der International Consultation on Urological Diseases (ICUD) zur adjuvanten Therapie beim muskulinvasiven Harnblasenkarzinom anhand der vorliegenden Evidenzlevel (LE) und Empfehlungsgrade (GR).

Adjuvante Chemotherapie im lokal fortgeschrittenen Stadium

Der Stellenwert der adjuvanten Chemotherapie beim lokal fortgeschrittenen Harnblasenkarzinom wird heutzutage kontrovers diskutiert. Eine der wichtigsten Ursachen hierfür ist, dass die 5-Jahres-Überlebensraten nach radikaler Zystektomie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Tumorstadium ($\geq pT3aN0$ bzw. $pN+$) trotz extendierter Lymphadenektomie bei lediglich 47 % bzw. 34 % liegen [10] und lediglich etwa 50 % der Patienten nach radikaler Zystektomie aufgrund ihres postoperativen Allgemeinzustandes und der Nierenfunktion für eine cisplatinbasierte Chemotherapie in Frage kommen [11]. Beim Betrachten der aktuellen Datenlage ist jedoch festzustellen, dass im Gegensatz zum neoadjuvanten Ansatz der prognostische Vorteil einer adjuvanten Chemotherapie in Metaanalysen nicht abschließend bestätigt werden konnte. Die initial vielversprechenden Daten einer Metaanalyse von Ruggieri et al. zeigten eine signifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens (OS) und des rezidivfreien Überlebens (RFS) nach adjuvanter Chemotherapie (OS Risk Ratio (RR), 0,74; 95 % CI, 0,62–0,88 [$p=0,001$] und RFS (RR, 0,65; CI 0,54–0,78, [$p<0,001$]) [8]. Die in der Folge durchgeführten vier Phase-III-Studien (Spanish Oncology Genitourinary Group SOGUG 99/01 [6], CALGB-90104 [2], Italian Multicentric [1] und EORTC 30994 [12]) mussten jedoch allesamt frühzeitig wegen Rekrutierungsschwierigkeiten geschlossen werden.

Aufgrund dieser methodischen und statistischen Einschränkungen für die vorliegende Evidenz nach radikaler Zystektomie in der Hochrisikokonstellation ($\geq pT3$ bzw. $pN+$) kann auch weiterhin eine adjuvante Chemotherapie nur im Rahmen klinischer Studien empfohlen werden, wobei eine ausreichend gute Nierenfunktion ($GFR>60$ ml/min) und ein guter Allgemeinzustand (ECOG-Performance-Status ≤ 1) wichtige Voraussetzungen sind (LE 2a, GR B).

Adjuvante Radiotherapie im lokal fortgeschrittenen Stadium

Die Durchführung einer postoperativen Radiotherapie bietet ähnlich zur adjuvanten Chemotherapie den Vorteil, dass Risikopatienten anhand definierter pathologischer Risikofaktoren (lymphonodale Metastasierung, positiver Resektionsrand)

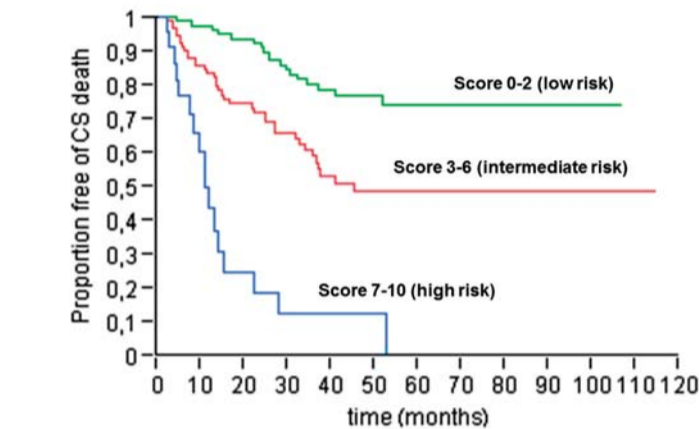


Abb. 1: Der TNR-C-Score: Krebspezifisches Überleben von Patienten nach radikaler Zystektomie bei invasiven Harnblasenkarzinom aufgeteilt nach Risikogruppen (low risk, intermediate risk, high-risk) [3].

Parameter	Score
R1 vs. R0	4 vs. 0
$\geq pT3a$ vs. $\leq pT2b$	3 vs. 0
Lymphknotendichte ≥ 9 % ≤ 8 %	2 vs. 0
CRP $>0,5$ mg/dl vs. $\leq 0,5$ mg/dl	1 vs. 0

identifiziert werden können. Ein bedeutender Nachteil einer postoperativen Bestrahlung stellen zwei dosislimitierende Strukturen im kleinen Becken dar. Diese sind einerseits der Darm und die orthotope Neoblase (mit der Gefahr von strahlenbedingten Neoblasenperforationen) und andererseits die uretero-/urethrintestinalen Anastomosen. Die Rate an letalen Dünndarmobstruktionen wurde in einzelnen Serien mit bis zu 10 % angegeben [13]. Es existieren derzeit keine prospektiv, randomisierten klinischen Studien zum Stellenwert der adjuvanten Radiotherapie beim muskulinvasiven Harnblasenkarzinom. Die einzige prospektive Studie hierzu wurde bisher nur bei Patienten mit muskulinvasiven, bilharzioseassoziierten Harnblasenkarzinom durchgeführt [15]. In dieser Studie wurden 236 Zystektomiepatienten mit T3-T4-Blasenkarzinom eingeschlossen und in drei Behandlungsarme randomisiert (75 Patienten mit dreifacher täglicher Fraktionierung von 1,25 Gy mit dreistündlichen Pausenintervall vs. 78 Patienten mit konventioneller postoperativer Bestrahlung zu je 50 Gy über 5 Wochen vs. 83 Patienten mit alleiniger Zystektomie). Es konnte jedoch lediglich bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem, lymphonodal negativem Tumorstadium ($\geq pT3aN0$) eine Verbesserung des krebsspezifischen Überlebens nachgewiesen werden.

Zusammenfassung

Aufgrund der vorliegenden Datenlage kann die Durchführung einer adjuvanten Chemotherapie lediglich im Rahmen klinischer Studien aus-

gewickelt worden ist und als erstes Prognosemodell einen leicht in der klinischen Routine zu bestimmenden, serologischen Marker für das krebspezifische Überleben nach Zystektomie berücksichtigt [3]. Diesbezüglich konnte für eine Vielzahl anderer Malignomentitäten gezeigt werden (Nierenzellkarzinom, Prostatakarzinom, Colonkarzinom, Zervixkarzinom, Mamma- und Bronchialkarzinom), dass der präoperative CRP-Wert ein unabhängiger Risikofaktor für das Überleben nach radikalchirurgischer Therapie darstellt [4, 5, 7, 9, 14]. In diesem neuartigen Prognosemodell konnte die prognostische Aussagekraft etablierter pathologischer Risikovariablen wie lokales Tumorstadium, Lymphknotendichte und Resektionsstatus durch Hinzufügen des Serum-CRP-Wertes als kontinuierliche Variable signifikant erhöht werden (Konkordanzindex: 0,788, +4,9 %, $p=0,01$). Der präoperative Serum-CRP-Wert könnte somit zukünftig als Parameter zu einer Verbesserung der Voraussage eines lokal fortgeschrittenen Stadiums bei der Zystektomie führen und die klinische Bedeutung von prädiktiven und prognostischen Nomogrammen zum invasiven Harnblasenkarzinom weiter verbessern.

LITERATUR

- Cognetti F et al. J Clin Oncol, ASCO Annual Meeting Proceedings 2008; (Chicago, IL: Abstr 5023).
- Bajorin DF. 2001, CALGB-90104.
- Gakis G et al. BJU Int. 2011 Apr 20. doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10234.x.
- McArdle PA et al. Urol Int 2006; 77(2): 127-9.
- Michigan A et al. Mol Diagn Ther 2011, doi: 10.2165/11534900-000000000-00000.
- Paz-Ares LG et al. J Clin Oncol, ASCO Annual Meeting Proceedings 2010; (Chicago, IL: Abstr LBA4518).
- Polterauer S et al. Anticancer Res 2011, 31(6): 2259-64.
- Ruggieri EM et al. Cancer 2006, 106(4): 783-8.
- Siemes C et al. J Clin Oncol 2006, 24(33): 5216-22.
- Stenzl JP et al. J Clin Oncol 2001, 19(3): 666-75.
- Stenzl A et al. Eur Urol 2011, 59(6): 1009-18.
- Sternberg CN et al. 2001. EORTC 30994.
- Tomic R et al. Scand J Urol Nephrol 1997, 31(2): 149-53.
- van de Poll MC et al. Int J Colorectal Dis 2011, 26(8): 1067-73.
- Zaghloul MS et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1992; 23(3): 511-7.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Georgios Gakis
Prof. Dr. med. Arnulf Stenzl
Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Tübingen
Eberhard-Karls Universität Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen
georgios.gakis@med.uni-tuebingen.de

ANKÜNDIGUNG

30. November bis 3. Dezember 2011, Congress Center Leipzig

DIVI Kongress 2011

11. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Gerhard Jorch
Universitätskinderklinik, 39120 Magdeburg

www.divi2011.de

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Donnerstag, 15. September 2011
12:00–13:00 Uhr
Saal E

LUNCH-SYMPOSIUM

„Mann-oh-Mann: Keine L.U.T.S. auf OAB?“
Urologen kontrovers im Dialog

Moderation: Prof. Dr. med. Klaus Höfner

Podiumsdiskussionsteilnehmer 1

Priv.-Doz. Dr. Maximilian Burger, Regensburg

Podiumsdiskussionsteilnehmer 2

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Hampel, Mainz

Podiumsdiskussionsteilnehmer 3

Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Oelke, Hannover

Podiumsdiskussionsteilnehmer 4

Prof. Dr. med. Dirk Schultheiss, Gießen

Mit freundlicher Unterstützung der
Astellas Pharma GmbH



Orale Spätmorbidität nach Mundschleimhaut-Urethroplastik

Michael Staszczak et al.*, Eschweiler

Vor ca. 30 Jahren (1992) beschrieben Bürger et al. erstmals die Technik der Mundschleimhaut-Urethroplastik zur Therapie langstreckiger Harnröhrenengen. Heute ist dies eine allgemein akzeptierte Methode, nicht zuletzt Dank zahlreicher Studien vor allem im Hinblick auf Indikationsstellung, Operationstechnik und Rezidivwahrscheinlichkeit. Jedoch gibt es nur vereinzelt prospektive Daten zur oralen Spätmorbidität. Dies wurde zum Anlass genommen, eine prospektive Studie durchzuführen, um einen Beitrag zur Schließung dieser Wissenslücke zu leisten.

Zwischen 1996 und 2010 wurden insgesamt 56 Patienten prospektiv untersucht. Hierbei handelte es sich um 31 Erwachsene mit einem Altersdurchschnitt von 57 Jahren und um 25 Kinder mit einem Altersdurchschnitt von 14 Jahren. Intraoperativ wurden Transplantatlängen zwischen 2,5 cm und 21 cm verwendet. Die durchschnittliche Transplantatlänge betrug 4,2 cm.

In der Studie wurden Auswirkungen von mehreren Faktoren untersucht. Ein Beispiel hierfür ist die Resektionsstelle der Mundschleimhaut. In 31 Fällen wurde Lippenschleimhaut und in den übrigen 25 Fällen wurde Wangenschleimhaut verwendet. Ein weiteres Untersuchungskriterium war die Art des Wundverschlusses. Ein primärer Wundverschluss wurde

bei 38 Patienten durchgeführt, bei weiteren 18 Patienten wurde eine sekundäre Wundheilung abgewartet. Je nach Operationszeitpunkt variierte dementsprechend der Beobachtungszeitraum. Patienten, welche 1996 operiert wurden, wiesen demnach einen Beobachtungszeitraum von 14 Jahren auf, während Patienten, welche in den Folgejahren operiert wurden, einen entsprechend kürzeren Beobachtungszeitraum haben. Mit eingeschlossen in die Studie wurden alle Patienten, deren Operationsdatum mindestens ein Jahr vor Beendigung der Studie im Jahr 2010 lag. Demnach betrug der mittlere Beobachtungszeitraum sieben Jahre.

Während der Nachsorge wurde alle Patienten klinisch untersucht und

beantworteten einen Fragebogen nach jeweils 12, 36 und 84 Monaten. Dieser Fragebogen enthielt zehn Fragen, welche in 2 Fragenkomplexe aufgeteilt werden konnten. Zum einen wurden neurosensorische Auffälligkeiten wie z. B. Wangentaubheit, Veränderungen beim Speichelfluss oder Übelkeit erfragt. Zum anderen sollten Angaben zu motorisch-mimischen Auffälligkeiten wie zum Beispiel Schluckbeschwerden, Sprachschwierigkeiten oder Probleme beim Lächeln gemacht werden.

Ergebnisse

Die Auswertung der klinischen Untersuchungen und der Angaben der Patientenfragebögen ergab folgende Ergebnisse: Sämtliche orale Akutbeschwerden waren spätestens



Dr. Michael Staszczak

nach drei Wochen nicht mehr nachweisbar. Nach 84 Monaten bestanden bei 7 von 56 Patienten neurosensorische Beschwerden, vor allem im Sinne von Mundtaubheitssymptomen. Dies entspricht 10,2 %.

Sowohl bei der Art des Wundverschlusses als auch bei der Verwendung von Wangen- oder Lippenschleimhaut ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Schwerwiegende Folgen wie beispielsweise eine Nervus-buccalis-Parese oder eine Parotisgangstenose wurden nicht beobachtet. Letzteres trat auch nicht in dem einzigen Fall ein, bei dem es zu einer akzidentellen Parotisausführungsgang-Resektion kam. Unser Fazit ist, dass die Mundschleimhautentnahme mit Primärverschluss eine gut tolerierte Technik mit geringer Spätmorbidität ist. Jedoch sollte jede präoperative Patientenaufklärung eine Information über ein 10%iges Risiko einer oralen Missempfindung beinhalten.

* Weitere Autoren: Anheuser, P.; Steffens, J., Eschweiler

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. med. Michael Staszczak
Prof. Dr. med. Joachim Steffens
Klinik für Urologie und Kinderurologie
St. Antonius-Hospital
Dechant-Deckers-Straße 8
52259 Eschweiler
joachim.steffens@sah-eschweiler.de

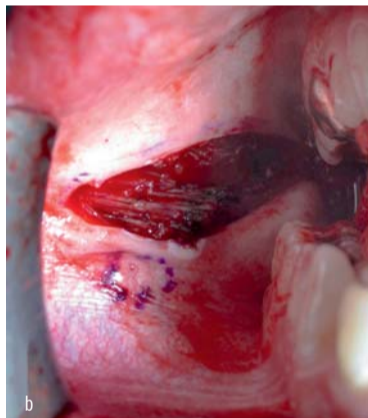
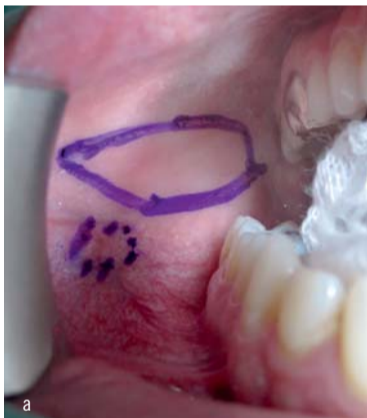


Abb. 1: Mundschleimhaut-Resektion: eingezeichnetes Resektionsareal (a), Resektion abgeschlossen (b), Naht (c), 5. postoperativer Tag (d).

AKTUELLES AUS DER INDUSTRIE

Astellas Pharma erneut Hauptsponsor der Veranstaltungsreihe „Oncoforum Urology“

Praxisrelevante Erkenntnisse für Uro-Onkologen

Das „Oncoforum Urology“ von Astellas Pharma startet in die nächste Runde: Wie im vergangenen Jahr finden auch in 2011 Veranstaltungen in Berlin, München und Köln statt. Den Start machte das Oncoforum in Berlin am 27. August 2011, gefolgt von München am 22. Oktober 2011 und Köln am 19. November 2011. Bei allen drei Foren stehen neueste Erkenntnisse zur Diagnostik urogenitaler Karzinome im Fokus.

Das Oncoforum verfolgt das Ziel, praxisrelevante Erkenntnisse internationaler urologischer und onkologischer Kongresse auszuwerten und diese den teilnehmenden onkologisch tätigen Urologen zusammengefasst zu präsentieren.

Urogenitale Karzinome sind Schwerpunktthema der drei Oncoforen: Experten diskutieren unter neuesten medizinischen Gesichtspunkten über Harnblasen- und Nierenzellkarzinome, Hodentumoren/Peniskarzinome und Prostatakarzinome. Dabei werden neben der Therapie auch das Screening, die Diagnostik und die

Biopsie beleuchtet.

„Onkologisch tätige Urologen sind rasanten Fortschritten auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie ausgesetzt“, so Privatdozent Dr. Patrick Bastian, wissenschaftlicher Leiter des Oncoforums in München. „Der Praxisalltag gibt es nicht her, alle internationalen Kongresse zu besuchen. Insofern ist das Oncoforum eine gute Möglichkeit, mit wenig Zeitaufwand über die bedeutendsten uro-onkologischen Ergebnisse informiert zu werden“, so Bastian weiter. Dieser Meinung ist auch Prof. Dr. Axel Heidenreich, wissenschaftlicher

Leiter des Oncoforums in Köln. Heidenreich weiter: „Auch in diesem Jahr waren wieder Oncoforum-Reporter auf den wichtigsten internationalen Kongressen unterwegs, um für unsere Teilnehmer die wichtigsten und neuesten Erkenntnisse zu sammeln und auszuwerten.“ Das Oncoforum fand 2009 erstmalig statt, Informationen zu den einzelnen Veranstaltungen und zur Anmeldung erhalten Interessierte auf der Internetseite des Oncoforum unter www.oncoforum.org.

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 16. Sept. 2011
08:30–10:00 Uhr, Saal 7

V 15

Operationstechniken – Rekonstruktive Eingriffe

Moderation: Fechner, G., Bonn; Fisch, M., Hamburg; Frohneberg, D., Karlsruhe

ANKÜNDIGUNG

6. bis 8. Oktober 2011
in Regensburg

20. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft e.V.

TAGUNGSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Hans J. Schlitt
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
Universitätsklinikum Regensburg

Prof. Dr. Bernhard Banas
Klinik und Poliklinik f. Innere Medizin II
Universitätsklinikum Regensburg

VERANSTALTER

Deutsche Transplantationsgesellschaft e.V., DTG Geschäftsstelle
Marion Schlauderer
Universitätsklinikum Regensburg
Klinik und Poliklinik f. Innere Medizin II
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Tel.: +49-941-944-7324
dtg.sekretariat
@klinik.uni-regensburg.de

TAGUNGSORGANISATION

K.I.T. Congress Incentives GmbH
Münzgasse 2
01067 Dresden
Tel.: +49-351-496-7540
info@kitdresden.de

www.dtg2011.de

VERANSTALTUNGSHINWEIS

Freitag, 16. September 2011
12:00–13:00 Uhr
Saal E

LUNCH-SYMPOSIUM

Behandlung des Prostatakarzinoms im Visier: Standards und Perspektiven

Moderation: Prof. Dr. med. Christian G. Stief, München

What biomarkers will change treatment options in the future?

Prof. Dr. Jack A. Schalken, Nijmegen

Hormontherapie – Aktuell wie selten zuvor

Prof. Dr. med. Johannes M. Wolff, Viersen

Perspektiven bei der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms

Prof. Dr. med. Axel Heidenreich, Aachen

Mit freundlicher Unterstützung der
Astellas Pharma GmbH

