

► **Schwerpunkt: Prostatakarzinom**

Adjuvante Bestrahlung bei Prostatektomie entbehrlich ..... Seite 3  
 Abirateron verlängert Überleben bei hormonsensitivem PCa ..... Seite 4  
 Abirateron verlängert Überleben bei nicht vorbehandeltem PCa ..... Seite 4  
 Gallium-68-PSMA-PET beeinflusst Bestrahlungsplanung ..... Seite 6  
 PSA-Flare unter Abirateron kein Grund zur Beunruhigung ..... Seite 6  
 Überleben in Krebsregistern kann Selektionsverzerrung unterliegen .. Seite 6  
 Gleason-Score 8 und 9-10: Neues Grading-System bestätigt ..... Seite 7  
 Kohortenstudie zu Vasektomie und Prostatakrebs-Risiko ..... Seite 7  
 Prostatakarzinom bei Transgender: Risiko exogenes Östrogen? ..... Seite 7  
 EGFR in mCRPC-CTC Hinweis auf schlechtes Outcome ..... Seite 8  
 Unter Hormonersatztherapie weniger aggressive Tumore ..... Seite 8  
 CTC erhöhen Genauigkeit der mCRPC-Prognose ..... Seite 8  
 CTC-Verfahren sollten Ort der AR-V7-Expression berücksichtigen .... Seite 10  
 Negativer Biopsiebefund: Bewährte Diagnoseverfahren reichen ..... Seite 10  
 Lungenfunktion bei steiler Trendelenburg-Lagerung beachten ..... Seite 10  
 Androgendeprivation: LHRH-Agonist schlägt Orchiektomie ..... Seite 11  
 Intraduktales Karzinom als Hochrisikoerkrankung werten ..... Seite 11  
 Neoadjuvantes Degarelix vor Prostatektomie ..... Seite 12  
 Intermittierende Androgendeprivationstherapie weniger toxisch ..... Seite 13  
 Biopsie: Warum und wo werden Tumorherde übersehen? ..... Seite 13  
 Knochenmarkaspirate liefern Hinweis auf Progression ..... Seite 14  
 Keimzellmutationen geben Hinweise auf schlechteres Überleben ..... Seite 14  
 Mikro-RNA bei Docetaxel-Resistenz überexprimiert ..... Seite 14

► **Weitere onkologische Themen**

Bei Krebsüberlebenden weniger Lebendgeburten des ersten Kindes..... Seite 4  
 Primarius und Metastasen: Heterogenität beim Nierenzellkarzinom ... Seite 7  
 Progression von Blasenkrebs: Urinanalyse kann Rezidive aufdecken .. Seite 8  
 Faktoren für frühes Versagen nach roboterassistierter Zystektomie .. Seite 12  
 Liquid Biopsy bei Blasenkrebs: Mutationen zeigen Progression ..... Seite 13

► **Urogynäkologie und Inkontinenz**

Suburethrale Schlingen: Alter hat keinen Einfluss auf Erfolg ..... Seite 5  
 Solifenacin ohne Nebenwirkungen auf die Augen ..... Seite 11  
 Mid-Urethral-Schlingen auch langfristig sicher ..... Seite 11  
 Roboterassistierte Operation vesikovaginaler Fisteln ..... Seite 12

► **Endourologie**

Radiofrequenzablation der Niere im Tierversuch ..... Seite 13

*Liebe Leserinnen und Leser,*

*Anfang Juni 2017 sind im „New England Journal of Medicine“ zwei randomisierte Studien erschienen (LATITUDE und STAMPEDE, Fizazi et al., James et al., S. 4), welche die alleinige Hormonentzugstherapie mit der Kombination aus Abirateron und Prednison/Prednisolon plus Standardhormontherapie bei hormonnaiven Prostatakarzinomen vergleichen haben. Beide Studien zeigen in sehr guter Übereinstimmung bei Patienten mit metastasierten Tumoren nicht nur eine signifikante Verlängerung des progressionsfreien Überlebens, sondern sogar des Gesamtüberlebens: Bei LATITUDE beispielsweise lag das mediane radiographische progressionsfreie Überleben in der Kontrollgruppe bei 14,8 Monaten, in der Abirateron-Gruppe bei 33 Monaten. Das mediane Gesamtüberleben betrug 34,7 Monate in der Kontrollgruppe und ist in der Abiraterongruppe noch nicht erreicht.*

*Bei STAMPEDE waren zusätzlich auch Patienten mit nicht metastasierten Tumoren eingeschlossen worden: In dieser Subgruppe zeigte sich ebenfalls eine deutliche und signifikante Verbesserung des progressionsfreien Überlebens, beim Endpunkt Gesamtüberleben sieht man in dieser Subgruppe bei Nachbeobachtungszeiten bis 50 Monate einen Trend zugunsten der kombiniert behandelten Patientengruppe.*

*Seit 2014 wissen wir ja bereits, dass auch die Chemo-Hormon-Therapie der Standard-Hormontherapie bei der Behandlung des neu entdeckten metastasierten Prostatakarzinoms überlegen ist. Somit gibt es nun zwei neue Standards, die naturgemäß noch nicht direkt miteinander verglichen werden konnten, sodass man dem betroffenen Patienten in naher Zukunft beide Möglichkeiten anbieten müssen. Eine entsprechende gemeinsame Empfehlung des Arbeitskreises Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO), formuliert von Prof. Carsten Ohlmann, wurde bereits veröffentlicht ([www.auo-online.de](http://www.auo-online.de)). Es*