

**Inhalt**

► **Schwerpunkt: Niere**

• **Nierentumoren**

Klinikvolumen beeinflusst Outcome der roboterassistierten partiellen Nephrektomie .....Seite 3

mRCC: Nephrektomie zusätzlich zu Sunitinib ohne Vorteil .....Seite 3

Besseres funktionelles Outcome bei roboterassistierter partieller Nephrektomie .....Seite 4

Regelmäßige Biopsien vermindern Übertherapie bei Nierentumoren .....Seite 4

Aktive Überwachung lokalisierter Nierentumoren ist sicher .....Seite 8

Zusammenhang des RCC-spezifischen Überlebens mit der Nierenfunktion .....Seite 8

Aktive Überwachung als Option bei indolenten malignen Tumoren .....Seite 8

USA: Niedergelassene biopsieren kleine Nierentumoren seltener .....Seite 11

Metastasektomie bei RCC: Subtypen helfen bei Patientenauswahl .....Seite 12

Wegen geringer Komplexität könnte bei kleinen Nierentumoren eine einzelne Biopsie reichen .....Seite 12

Gen-Assay kann Patienten identifizieren, die sich für adjuvantes Sunitinib bei Hochrisiko-RCC eignen .....Seite 12

• **Weitere Themen**

Roboterassistierte Nierentransplantation: Ein sicheres Verfahren .....Seite 11

Antibiotika-Prophylaxe vor Nephrolithotomie ohne Vorteil .....Seite 11

► **Prostatakarzinom**

Vorteil für Enzalutamid bei nicht metastasiertem CRPC .....Seite 2

Patienten mit bestimmten Keimbahnmutationen profitieren besonders von Hormontherapien gegen mCRPC .....Seite 3

EAU-Statement zur Therapie lokalisierter Prostatakarzinome .....Seite 3

Radionuklidtherapie mit Lu-177 zeigt hohe Ansprechraten und Schmerzreduktion bei progredientem mCRPC .....Seite 6

Aggressive Biopsie-Strategie sinnvoll bei Verdacht auf Prostatakrebs bei Männern unter 50 Jahren ab einem PSA von 1,5 ng/l .....Seite 6

Langfristige Outcomes bei verzögerter Prostatektomie nachteilig .....Seite 8

Lokal fortgeschrittener und metastasierter Prostatakrebs: Kein Überlebensvorteil bei lokaler aggressiver Therapie .....Seite 10

Phase-II-Studie zu Olaparib und Abirateron bei mCRPC: Kombitherapie mit Nebenwirkungen .....Seite 11

Stereotaktische ablativ Strahlentherapie bei oligometastasiertem Prostatakrebs sicher und wirksam .....Seite 14

► **Blasenkrebs/Zystektomie**

Roboter-Zystektomie gegenüber offenem Verfahren nicht unterlegen ...Seite 2

Patienten mit Blasenkrebs und okkulten Lymphknotenmetastasen haben unter neoadjuvanter Chemotherapie eine schlechte Prognose .....Seite 7

Keine Unterschiede in der Mortalität bei offener gegenüber roboterassistierter radikaler Zystektomie .....Seite 12

► **Hodentumoren**

Hodentumorthherapie mit Platin oder Bestrahlung erhöht Risiko für sekundäre solide Krebsformen .....Seite 7

Serum-miRNA kann lebensfähiges Tumorrestgewebe nach Therapie von nicht seminomatösen Keimzelltumoren vorhersagen .....Seite 10

► **Interstitielle Zystitis/Blasenschmerzsyndrom**

Certolizumab Pegol reduziert Symptome bei Frauen mit IC/BPS .....Seite 6

Signifikante Unterschiede bei entzündlichen Urinmarkern zwischen Interstitieller Zystitis und Überaktiver Blase .....Seite 7

► **Weitere Themen**

Unvollständige Angaben von Industrie-Zahlungen bei Leitlinien-Autoren in der Urologie .....Seite 4

Benigne Prostatahyperplasie: Prostataarterienembolisation bleibt TURP im Ergebnis unterlegen .....Seite 4

Beziehung zwischen Schlafstörungen und LUTS .....Seite 10

► **Industrie** ..... Seite 14

Editorial

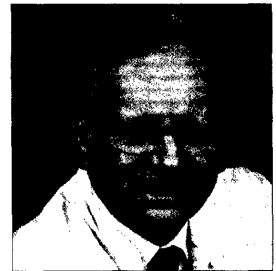
**Siegeszug der Robotik unaufhaltsam  
Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,**

nachfolgend wieder einmal eine kleine Auswahl aus der Flut höchst spannender wissenschaftlicher Neuerscheinungen. Zwei Themenkomplexe sind mir durch die Häufung entsprechender Publikationen aufgefallen, nämlich die Robotik und der kleine Nierentumor.

Die Robotik scheint ihre Jugendjahre hinter sich gelassen zu haben und kann für fast jede onkologische Indikation Vorteile gegenüber der herkömmlichen Schnittoperation dokumentieren. Bei keinem urologischen Tumor erweist sich die roboterassistierte Operation bezüglich der Tumorkontrolle als unterlegen, wodurch die Vorteile im perioperativen und im Bereich der funktionellen Ergebnisse an Entscheidungsrelevanz für diesen Zugangsweg gewinnen.

Chang et al. beispielsweise können bei einer sehr großen Zahl organerhaltender Nierentumoroperationen weitgehend identische onkologische Ergebnisse für offen, laparoskopisch und roboterassistiert operierte Patienten zeigen (S. 4). Bezüglich der Erhaltung der Nierenfunktion finden sich dagegen die besten Ergebnisse bei den roboterassistiert operierten Patienten. Peyronnet et al. haben den Einfluss des Fallzahlauftkommens auf die Qualität der roboterassistierten Nierenteilresektion analysiert (S. 3). Je höher das Fallzahlauftkommen, desto höher die Wahrscheinlichkeit, ein perfektes Operationsergebnis abzuliefern („trifecta“). Das Fallzahlauftkommen der jeweiligen Abteilung scheint dabei wichtiger zu sein als die Operationsfrequenz des einzelnen Operateurs.

Für die roboterassistierte Zystektomie zeigen Bochner et al. in einer prospektiv-randomisierten Studie, dass sich die Heilungswahrscheinlichkeit nicht von der der offen operierten Vergleichsgruppe unterscheidet, dass man in beiden Gruppen aber durchaus unterschiedliche Formen der Tumorprogression findet, die weiter untersucht werden müssen (S. 12). Aufgrund dieser atypischen Progressionsformen hatten wir über mehrere Jahre hinweg in der eigenen Abteilung die Indikation zur roboterassistierten Zystektomie nur noch mit Zurückhaltung gestellt. Da man inzwischen davon ausgehen kann, dass diese speziellen Progressionsmuster nicht zu einer schlechteren Heilungswahrscheinlichkeit führen, sind wir mit der Indikationsstellung zur roboterassistierten Zystektomie



Herausgeber: Michael Stöckle

mit intrakorporaler Harnableitung wieder deutlich liberaler geworden.

In einer weiteren randomisierten Studie finden auch Parekh et al. keine onkologische Unterlegenheit der roboterassistierten Zystektomie gegenüber der offenen Variante (S. 2). Selbst für einen komplexen Eingriff wie die roboterassistierte Lebendspende-Nierentransplantation können inzwischen bei fast 150 Patienten geringe Komplikationsraten und gute Transplantatfunktionen nach 12 Monaten gezeigt werden (Territo et al., S. 11). Bei der Nierentransplantation stehen wir Urologen unter starkem Wettbewerbsdruck. Unsere Pionierrolle bei einer so disruptiven Technologie wie der Robotik sollten wir dementsprechend gerade auf diesem Gebiet nicht ungenutzt lassen.

Ein anderes vielfältig beleuchtetes Themengebiet ist der kleine Nierentumor. Insbesondere die Frage einer präoperativen Biopsie ist hochaktuell: Die Biopsie soll Patienten vor einer Übertherapie schützen, weil gerade beim kleinen Nierentumor die Rate benigner Befunde höher ist als bei großen Nierentumoren (Richard et al., S. 4). Die aktive Beobachtung solcher Tumoren ist ein anderes, viel diskutiertes Thema und Bhindi et al. weisen darauf hin, dass selbst der Nachweis eines malignen Tumors die aktive Beobachtung keinesfalls ausschließt, dass aber eine Minorität solcher Tumoren durchaus auch eine aggressive Histologie zeigt (S. 8). Auch solche Überlegungen befeuern natürlich den Ruf nach der prätherapeutischen Biopsie.

Und Macintosh et al. können bei mehr als 400 Patienten bereits zeigen, dass eine aktive Beobachtungsstrategie bei kleinen Nierentumoren kein

Fortsetzung siehe Seite 2 ----->