

Urologische Nachrichten

04.2019

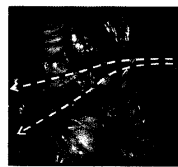
ZEITUNG FÜR DIE UROLOGIE

WWW.URO.DE



G-BA in der Kritik

NRW-Gesundheitsminister **Karl-Josef Laumann** hat auf dem Gesundheitskongress des Westens angekündigt, es sei sein Ziel, die „Machtverhältnisse im G-BA aufzubrechen“. ➤ Seite 4



Harnblase

Neues zum Blasenkrebs vom ersten Verdacht über die Zystektomie bis zur Neoblase und zum richtigen Umgang mit Checkpoint-Inhibitoren. Und: Instillationstherapie bei IC. ➤ Seite 9-18



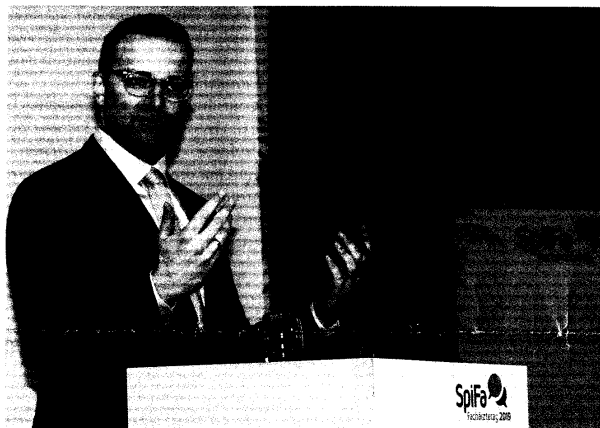
Harnröhrenstrikturen

Urethrotomie und Harnröhrenbougieung sind mit sehr hohen Rezidivraten verbunden. Die offene Harnröhrenplastik, gegebenenfalls mit Mundschleimhaut, ist der Goldstandard. ➤ Seite 19

Jens Spahn, Anwalt der Selbstverwaltung?

Beim **5. SpiFa-Fachärztetag** verteidigte der Bundesgesundheitsminister das Terminservice- und Versorgungsgesetz

BERLIN [ms] Beim 5. Fachärztetag des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands (SpiFa) am 05.04.2019 in Berlin verteidigte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) das im Februar beschlossene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und betonte die Bedeutung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Allein, die Ärzte wollte es ihm nicht so recht glauben.



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn beim 5. SpiFa-Fachkongress.

Der Vorstandsvorsitzende des SpiFa, Dr. Dirk Heinrich, lobte und tadelte in seiner Begrüßungsrede zum Fachärztetag den Bundesgesundheitsminister für dessen Gesetz. „Zum ersten Mal hat der Bundestag ein ‚Facharztgesetz‘ verabschiedet“, sagte Heinrich. Dies sei aus drei Gründen ein Paradigmenwechsel: Erstens erkenne es die Leistungen der Fachärzte an und fördere sie. Zweitens erkenne es den Zusammenhang von Leistung und Vergütung an. Drittens erkenne es die Budgetierung als Problem an und bereite einen Einstieg in den Ausstieg vor. „Das sollten wir Ärzte auch einmal anerkennen“, so Heinrich. Zudem sei das Gesetz „Ausdruck eines Diskurses“, das sei „nicht

selbstverständlich“. Doch nach diesem Lob folgte sogleich die Kritik: „Das TSVG setzt eine lange Reihe von Gesetzen fort, die die Selbstverwaltung einschränken.“ Die Selbstverwaltung ist nach Heinrichs Worten ein Ausgleich dafür, „dass wir Fachärzte eine schwere Aufgabe übernehmen“. Der Staat delegiert ihm zufolge einen

Teil der Daseinsvorsorge an die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche sie an den einzelnen Arzt weitergeben. „Dieser löst das Problem bei jedem einzelnen Patienten.“ Heinrich betonte: „Dies funktioniert nur mit Freiheit und Selbstverwaltung.“ Allerdings bewege sich der Vertragsarzt jeden Tag auf einem schmalen Grat: Auf der

einen Seite liegt die Staatsmedizin, auf der anderen arbeitet er als Kaufmann. Der Arzt muss einerseits die WANZ-Kriterien der Gesetzlichen Krankenkassen („wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“) und andererseits den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen einer selbstständigen Praxis genügen. „Eingriffe in die Selbstverwaltung bringen uns den Absturz in die eine oder andere Richtung.“

„Richtiges und immer wieder zu stärkendes Prinzip“

Die von Heinrich gelobte Anerkennung der Facharztleistung brachte Gesundheitsminister Spahn auch beim SpiFa-Kongress vor: „In einem lebenswichtigen Bereich wie Gesundheit und Pflege muss der Staat funktionieren. Dazu tragen spezialisierte Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Fachwissen und Engagement jeden Tag bei.“ Der freie Beruf des Arztes zeichne sich im Verhältnis zum Patienten durch Diagnose- und Therapiefreiheit aus. „Dieses Verhältnis wollen wir schützen und in keiner Weise tangieren“, gelobte Spahn. Er betonte allerdings, dass

Freiberuflichkeit nicht das Gleiche sei wie Selbstständigkeit, und „mit der Entscheidung, Vertragsarzt zu werden, begibt man sich in ein bestimmtes Regelwerk“. Wenn es zum Beispiel gilt, fachärztliche Leistungen flächendeckend in Deutschland verfügbar zu machen, käme man laut Spahn nicht weit, wenn es völlige Freiheit in der Niederlassung gäbe.

Mit der Entscheidung, Vertragsarzt zu werden, begibt man sich in ein bestimmtes Regelwerk.

Deutlich sprach sich Spahn für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als „richtiges und immer wieder zu stärkendes Prinzip“ aus. Zum einen entlaste die Selbstverwaltung die Politik, da diese nicht mehr für alles direkt verantwortlich sei. Und aus Sicht der

Fortsetzung siehe Seite 3 ➤

Kompakter Überblick über die aktuelle Studienlandschaft

Seit der März-Ausgabe bringen wir Ihnen mit „Kompakt Urologie“ in jeder Ausgabe der Urologischen Nachrichten kompakte Zusammenfassungen der wichtigsten aktuellen Studien aus renommierten internationalen Journals (s. S. 20 ff). Ausgesucht werden die Arbeiten von Prof. Michael Stöckle, Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie der Universität des Saarlandes und ehemaliger Generalsekretär und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Über die Auswahl der Studien hinaus kommentiert der Experte alle zwei Monate die seiner Ansicht nach bedeutendsten Studien und beleuchtet aktuelle Themen des Fachgebietes im internationalen Zusammenhang. (ms) ■

Fünf Tage Urologie in Barcelona

EAU-Kongress in der Mittelmeer-Metropole

BARCELONA [ms] Die katalanische Metropole Barcelona ist voll von Kultur und voll von Touristen – und vom 15. bis 19. März 2019 war sie auch noch voller Urologen. Etwa 10.000 Teilnehmer kamen zum Jahreskongress der European Association of Urology (EAU).

Eröffnet wurde der Kongress mit den bekannten Hymnen aus der Oper „Carmen“ von Georges Bizet. Zwar sind Komponist und Text französisch, doch wenn etwas als typisch spanisch angesehen wird, dann wohl dieses Werk. Dass Barcelona sich mit Spanien kaum noch identifiziert, spielte dabei keine Rolle.

Ehrenmitgliedschaften

Aber beim EAU-Kongress geht es ja auch nicht um Separatismus, sondern



EAU-Generalsekretär Chris Chapple (r.) beglückwünscht Hartwig Huland zur EAU-Ehrenmitgliedschaft.

um eine gemeinsame europäische Urologie. Die wurde bei der Eröffnungsveranstaltung mit zahlreichen Ehrungen ausgiebig zelebriert. Als Ehrenmitglieder wurden Prof. Yury Alyaev, Russland, Prof. Michael Droller, USA, Prof. Hartwig Huland, Deutschland, Prof. Michael Jewett, Kanada und Prof. Jörgen Nordling, Dänemark, in die Gesellschaft aufgenommen. Huland, Gründer der Martini-Klinik in Hamburg, bedankte sich mit den Worten: „Ich rate denjenigen, die eine akademische Laufbahn in der Urologie verfolgen: Lernet von euren Patienten! Was wir von den Patienten, die wir behandeln haben, gelernt haben, kommt der nächsten Patientengeneration zugute.“ ■

➤ Lesen Sie die Berichte auf S. 16-18.

SPECIAL

Harnblase

Was kommt noch auf uns zu?

Aktuelle **Antibiotikaresistenzentwicklungen**

BASEL Die Menschheit steuert auf eine postantibiotische Ära zu. Für uns Europäer bedeutet dieses „Worst-case“-Szenario, in einer Welt zu leben, die mit 1940 vergleichbar ist – nur ohne den Zweiten Weltkrieg und natürlich mit dem ganzen technischen Fortschritt von heute. Bis es soweit ist, wird aber noch viel Zeit vergehen. Antibiotika werden noch für viele Jahre effektiv bleiben. Sie müssen nur richtig eingesetzt werden. Globale Maßnahmen müssen ergriffen werden. Und hier liegt wohl das allergrößte Problem.



Gernot Bonkat

Weltweit sterben jährlich 700.000 Menschen aufgrund von multiresistenten Erregern, davon 50.000 in den USA und Europa. Sollte die Entwicklung der antimikrobiellen Resistenz (AMR) weiter in dem aktuellen Tempo voranschreiten, so ist im Jahr 2050 weltweit mit zehn Millionen Toten pro Jahr durch resistente Keime zu rechnen. Zudem könnten durch Infektionen durch multiresistente Erreger Kosten von bis zu 90 Billionen Euro weltweit entstehen. Diese Zahlen stammen aus einer Studie des Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmens KPMG für den Review on Antimicrobial Resistance. Der Review war eine Kommission im Auftrag der britischen Regierung unter Leitung des Wirtschaftswissenschaftlers Jim O'Neill, tätig von Sommer 2014 bis Sommer 2016. Diese spektakulär wirkenden Schätzungen halten aber nicht alle Experten für belastbar, andere halten sie sogar für maßlos übertrieben. Einig ist man sich jedoch, dass die gegenwärtige Situation sehr ernst ist und dass Gegenmaßnahmen dringend erforderlich sind. Weitreichende Konsequenzen sind zu befürchten, sollte nichts gegen die Ausbreitung resistenter Erreger unternommen werden. AMR fordert auch heute bereits viele Opfer. So sterben 60.000 Neugeborene jedes Jahr in Indien aufgrund von Infektionen mit resistenten Erregern. Im Vergleich dazu sterben in den USA jedes Jahr 57.000 Menschen an urologischen Tumoren (Prostata, Blase, Niere und Hoden).

AMR ist ein weltweites, globales Problem. Viele Menschenleben sind gefährdet. Wie konnte es nur so weit kommen? Nach der Entdeckung des Penicillins, folgender Industrialisierung der Herstellung sowie der Entdeckung weiterer Antibiotikaklassen schien der Kampf gegen Infektionskrankheiten bereits gewonnen. Ein vielfach zitiertes, aber Dr. William H. Stewart Ende der 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts zu Unrecht in den Mund gelegtes Zitat „It is time to close

the book on infectious diseases, and declare the war against pestilence won“ erweist sich als unzutreffend.

Penicillin should only be used if there is a properly diagnosed reason and, if it needs to be used, use the highest possible dose for the shortest time necessary. Otherwise antibiotic resistance will develop.

Alexander Fleming

Bereits 1945 warnte der Nobelpreisträger und Entdecker des Penicillins, Alexander Fleming, vor der Resistenzentwicklung bei unsachgemäßem Einsatz von Antibiotika. Aber es wurde nicht auf ihn gehört. Antibiotika wurden in den letzten Jahrzehnten nicht nur tonnenweise in der Humanmedizin, sondern auch in der Tiermast verwendet. Warum? Antibiotika fungieren als Wachstumsförderer bei Tieren. Das Prinzip ist eine bessere Energieverwertung und die dadurch gewünschte Gewichtszunahme. Um diesen Effekt zu erzielen, sind niedrige Dosen (subinhibitorisch) von Antibiotika notwendig, da nur auf eine Verschiebung innerhalb der Darmflora und die damit verbundenen Stoffwechselprodukte abgezielt wird. Aber genau hier liegt das Problem: die Selektion von Multi-resistenzen durch niedrige Dosen und lange Gabe. Das gleiche System lässt sich aber auch auf den Menschen übertragen, nicht die Mast, sondern die Resistenzentwicklung. Werden zum Beispiel Frauen mit einem unkomplizierten Harnwegsinfekt über mehrere Tage mit einem niedrig dosierten Fluoroquinolon behandelt, kommt es zum gleichen Effekt hinsichtlich der Resistenzentwicklung wie in der Tiermast.

Ende 2015 wurde endgültig die Ära wirklich panresistenter Bakterien ein-

gelaütet. Ein Forscherteam aus China gelang der Nachweis eines neuen Gens namens mcr-1 (Mobilized Colistin Resistance Gene). Dieses Gen vermittelt bei Enterobakterien eine Resistenz gegen Colistin. Colistin ist ein altes Antibiotikum aus den 1950er-Jahren. Aufgrund von schweren Nebenwirkungen (nieren- und neurotoxisch) wurde es nur sehr selten eingesetzt und gilt heute weitläufig als Reserveantibiotikum für schwerwiegende Infektionen mit multiresistenten gramnegativen Erregern, bei denen kein anderes Antibiotikum mehr wirksam ist. Das Gen mcr-1 wurde auf einem Plasmid entdeckt, einem mobilen genetischen Element, das die Übertragung zwischen harmlosen Darmbakterien auf Krankheits-erregere ermöglicht. Dass das mcr-1-Gen erstmalig in China auftrat, ist nicht verwunderlich. So wurde in China noch bis 2017 Colistin flächendeckend bei der Tierzucht eingesetzt – immerhin 8000 Tonnen pro Jahr. Aber es ist eben nicht nur die Tiermast.

In such a case the thoughtless person playing with penicillin treatment is morally responsible for the death of the man who finally succumbs to infection with the penicillin-resistant organism. I hope the evil can be averted.

Alexander Fleming

Das Problem AMR ist vielschichtig. Auch in der Humanmedizin wird nicht sorgsam mit Antibiotika umgegangen. Die Art und Weise, wie Antibiotika vielerorts verschrieben und konsumiert werden, muss sich grundlegend ändern. Hier helfen Aufklärung, Schulung und Leitlinienadhärenz. Aber auch das Bewusstsein der Patienten für die Problematik der Antibiotikaresistenz muss verbessert werden.

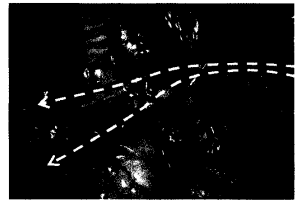
Das Hauptproblem der AMR liegt aber in der Globalisierung. Pharmahersteller aus der ganzen Welt lassen in Hyderabad (Indien) Antibiotika produzieren. Im Musi River, der vergleichbar mit der Elbe in Hamburg als zentraler Fluss durch die Stadt zieht, landen die Abwässer der Pharmaindustrie. Hier finden sich zum Beispiel Moxifloxacin-Konzentrationen,

die 5500-fach über dem erlaubten Grenzwert liegen – wahre Brutstätten für die Entwicklung von Multiresistenzen. Über das Wasser oder die Nahrung gelangen die resistenten Bakterien auf die Haut der dort lebenden Menschen oder siedeln sich in deren Darm an. Und das betrifft eben auch Touristen: 70 Prozent aller Touristen kommen besiedelt mit multiresistenten Darmbakterien aus Indien zurück. So importieren die Europäer für ein exportiertes Problem (Antibiotikaproduktion) multiresistente Mikroorganismen durch Reisen, Flugverkehr und Warentransport zurück. Und irgendwann kommen diese auch bei den kranken Menschen im Krankenhaus an und werden hier zum richtigen Problem.

Neben all diesen Problemen kommt hinzu, dass die Bakterien bestens auf die Wunderwaffe Antibiotika vorbereitet waren. Selbst vor Beginn der weltweiten Produktion von Penicillin im Jahr 1943 wusste man bereits von Penicillinresistenzen. Für diese Resistenz ist eine gewisse „genetic diversity“ notwendig, die sich mit Sicherheit nicht innerhalb der wenigen Jahre seit der Entdeckung des Penicillins entwickeln konnte. Im Gegenteil, heute geht man davon aus, dass die Entwicklung bakterieller Resistenz gegen Antibiotika ein natürlicher Prozess ist, der bereits vor Tausenden von Jahren und mehr in Gang gesetzt wurde, ganz ohne Zutun des Menschen. Als man vor wenigen Jahren in den Anden eine noch gut erhaltene mehrer Hundert Jahre alte Mumie fand, untersuchte man diese eingehend. Der Kolonrahmen war noch komplett mit Stuhl gefüllt. Hier fand man Gensequenzen für Betaactamasen, Penicillin-bindende Proteine sowie Resistenzgene gegen Chloramphenicol, Aminoglycoside, Fluorchinolone und Vancomycin. Aber auch im Permafrostboden Alaskas fanden sich in 30.000 Jahre alten Proben Resistenzgene gegen Penicillin, Tetracycline und sogar gegen Vancomycin. AMR ist also ein altes phylogenetisches und ökologisches Phänomen. AMR hat sich evolutionär erfolgreich erprobt. Auch die Entwicklung neuer Antibiotika wird das Problem der Resistenzentwicklung daher nicht dauerhaft lösen – vor allem nicht, wenn diese inadäquat eingesetzt werden.

■ Autor:

PD Dr. med. Gernot Bonkat
alta uro AG
Merian Iselin Klinik
Basel/Schweiz
E-mail: bonkat@alta-uro.com



Special Aus dem Inhalt

Checkpointinhibitoren

Checkpointinhibitoren stellen durch ihre vergleichsweise hohen Ansprechraten nach einer vorangegangenen Chemotherapie eine hervorragende Therapieoption für Patienten mit fortgeschrittenem Urothelkarzinom dar. Das Nebenwirkungsprofil stellt allerdings weiterhin eine große Herausforderung für die behandelnden Ärzte dar. ➤ Seite 10

Interstitielle Zystitis

Neben der Änderung der Lebensführung und der oralen Medikation gehören intravesikale Therapieformen zu den weniger invasiven Behandlungsformen vor operativer Neuromodulation oder Zystektomie. ➤ Seite 11

Neoblase – Inkontinenz

Inkontinenz und Entleerungsstörungen nach Neoblase: Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei weiblichen Patienten ➤ Seite 12

Neoblase – Operationstechnik

Grundsätzliche Überlegungen und Vorstellung der geeigneten Techniken der roboterassistierten intrakorporalen Neoblasenanlage ➤ Seite 13

Urothelkarzinom

Adjuvante Chemotherapie nach radikaler Zystektomie in Abhängigkeit vom histologischen Subtyp ➤ Seite 14

V. a. Harnblasenkarzinom

Wie viel präoperative Diagnostik ist vor Erstresektion eines harnblasenkarzinomverdächtigen Befundes notwendig? ➤ Seite 14

Zystektomie

Die roboterassistierte Zystektomie beim Blasenkarzinom: aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen ➤ Seite 15

Blieben Sie auf dem Laufenden mit unseren wöchentlichen E-Mail-Newslettern. Schicken Sie eine Mail an ms@biermann.net oder loggen Sie sich ein unter www.uro.de

KOMPAKT UROLOGIE



Herausgeber: Professor Michael Stöckle

Die wichtigsten
aktuellen
Studien
kompakt
zusammengefasst

Roboter-Nierentransplantation

Für erfahrene Chirurgen relativ leicht erlernbar

DETROIT (Biermann) – Einer aktuellen Publikation zufolge ist die Lernkurve (LC) für die roboterassistierte Nierentransplantation (robotic kidney transplantation, RKT) kurz, wobei sich die Fertigkeit des Operateurs bis zu den ersten 20–25 Fällen verbessert. Das Verfahren sei für Chirurgen mit Erfahrung in der offenen Transplantation und Roboterchirurgie aus anderen Bereichen reproduzierbar, und die Ergebnisse und Komplikationsraten bei einer Neuaufnahme der Technik seien mit den Referenzdaten vergleichbar.

Für ihre Untersuchung nutzten die Autoren aus Indien, der Türkei und den USA eine Methode mit der Bezeichnung LC cumulative sumation (CUSUM). Damit kann die Anzahl der Fälle beschrieben wer-

den, die benötigt werden, bis ein Chirurg, der die Technik neu erlernt, Kompetenz auf diesem Gebiet erreicht.

Ahlatwat und Kollegen untersuchten die Ergebnisse bei 33 Patienten, die sich in einem Zentrum, das dieses Verfahren kürzlich eingeführt hatte, einer RKT nach der Methode des Vattikuti Urology Institute in Detroit, MI/USA, unterzogen (Studiengruppe). Die Anastomosezeiten und kurzzeitigen funktionellen Ergebnisse wurden mit denen aus einem etablierten RKT-Programm (Referenzgruppe) verglichen. Die LCs wurden mittels CUSUM-Analyse mit Zielwerten aus der Referenzgruppe bewertet. Die mittlere Zeit an der Operationskonsole, die Zeit der Wiedererwärmung (RWT) und die Zeiten bis zur arteriellen,

venösen und ureterovesikalen Anastomosenanlage, jeweils mit Standardabweichung, betrug für die Studiengruppe $187 \pm 34,6$ Minuten, $58,03 \pm 17,81$ Minuten, $19,36 \pm 5,91$ Minuten, $21,97 \pm 6,78$ Minuten bzw. $22,55 \pm 4,24$ Minuten. Damit waren sie deutlich länger als in der Referenzgruppe (für alle $p < 0,001$). Die mittlere Serumkreatinkonzentration bei Entlassung und einen Monat später betrug, jeweils mit Standardabweichung, in der Studiengruppe $1,43 \pm 0,57$ mg/dl bzw. $1,23 \pm 0,35$ mg/dl. Diese Werte ähnelten denen in der Referenzgruppe ($p = 0,074$ bei Entlassung und $p = 0,163$ nach einem Monat). Die LC war kurz: Innerhalb von 9 Fällen konnte Befähigung (competence) erreicht werden, innerhalb von 16 Fällen wurde die Technik

beherrscht (proficiency), und nach 21 Fällen wurde Meisterschaft (mastery) erlangt. Die längeren Anastomosezeiten während der LC hatten keinen Einfluss auf die Transplantatfunktion. (ms/jh) ▲

Autoren: Ahlatwat RK et al.

Korrespondenz: Sohrab Arora, MCh, Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Hospital, Detroit; sarora3@hfhs.org

Studie: Learning Curves and Timing of Surgical Trials: Robotic Kidney Transplantation with Regional Hypothermia

Quelle: J Endourol 2018;32(12):1160–1165.

Web: dx.doi.org/10.1089/end.2017.10697



Große Nierentumoren

Die chirurgische Vorgehensweise hat keinen Einfluss auf den Randstatus

NEW YORK (Biermann) – In jüngster Zeit wurde die chirurgische Vorgehensweise mit dem Auftreten von einem positiven Absetzrand (positive surgical margin, PSM) nach einer partiellen Nephrektomie (PN) für kleine (<4 cm) Nierentumoren in Verbindung gebracht. Der Einfluss des chirurgischen Vorgehens auf den Randstatus für große (>4 cm) Tumoren ist aber weiterhin unklar, berichten US-amerikanische und kanadische Mediziner. Wie sie in ihrer aktuell im „Journal of Endourology“ veröffentlichten Studie berichten, sei die chirurgische Vorgehensweise bei großen, nicht exophytischen Nierentumoren nicht mit einem erhöhten Risiko für PSM verbunden. Darüber hinaus war die Größenzunahme von

T_{1b} auf T_{2a} ebenfalls nicht mit einem erhöhten Risiko für PSM assoziiert. Diese Daten legen nahe, dass das chirurgische Vorgehen mehr auf den Umgang des Chirurgen mit einem individuellen Tumor ausgerichtet sein sollte als auf die Größe des Tumors allein, betonen die Autoren.

Die Wissenschaftler identifizierten mit Hilfe der Nationalen Krebsdatenbank (NCDB) 7495 Patienten, die wegen eines zwischen 2010 und 2013 diagnostizierten Nierenzellkarzinoms der Stadien pT_{1b} und pT_{2a} eine PN erhielten. Auch Konversionen zu offen chirurgischen Operationen wurden in die Analyse einbezogen. Als primären Endpunkt untersuchten die Forscher den chirurgischen Randstatus. Außerdem untersuchten sie

Faktoren, die mit einem PSM verbunden sind und bewerteten den Einfluss auf das Gesamtüberleben (OS).

Von den 7495 Patienten hatten 504 (6,7%) einen PSM. Bei der multivariablen Analyse war das chirurgische Vorgehen (laparoskopisch oder robotergestützt vs. offen) nicht signifikant mit dem chirurgischen Randstatus verbunden ($p = 0,12$ bzw. $p = 0,44$). Das Tumorstadium (T_{2a} vs. T_{1b}) zeigte ebenfalls keine signifikante Assoziation ($p = 0,18$). Eine multivariablen Analyse mit dem klinischen Staging zeigte, dass das chirurgische Vorgehen ($p = 0,28$ bzw. $p = 0,54$), das Tumorstadium ($p = 0,78$) und die Umwandlung in eine offene Operation ($p = 0,98$) keinen signifikanten Zusammenhang mit einem

PSM hatten. Die Propensity-Score-Analyse zeigte, dass ein PSM nicht signifikant mit dem OS assoziiert war (Hazard Ratio 0,95; 95%-Konfidenzintervall 0,47–1,92; $p = 0,88$). (jh/ms) ▲

Autoren: Ayangbesan A et al.

Korrespondenz: Douglas S. Scherr, Department of Urology, Presbyterian Hospital, New York;

dss2001@med.cornell.edu

Studie: Surgical Approach Does Not Impact Margin Status After Partial

Nephrectomy for Large Renal Masses

Quelle: J Endourol 2019;33(1):50–60.

Web: dx.doi.org/10.1089/end.2018.10144



Multiparametrische Magnetresonanztomographie bei Prostatakrebs

PIRADS-Score ist mit ungünstigen Pathologieergebnissen verbunden

NEW YORK (Biermann) – Das Prostate Imaging Reporting and Data System (PIRADS) ist ein strukturiertes Befundungsschema für die multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata. Mediziner aus den USA und Kanada fanden nun in ihrer aktuellen Studie heraus, dass der PIRADS-Score mit ungünstigen Pathologieergebnissen, einem erhöhten Metastasierungsrisiko und differenzieller Aktivierung genomischer Signalwege verbunden ist.

Die Mediziner um Ashutosh Tewari von der urologischen Abtei-

lung der Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA, analysierten retrospektiv die Aufzeichnungen von 206 Patienten, die sich zwischen 2013 und 2017 einer radikalen Prostatektomie unterzogen hatten. Für alle Patienten waren RNA-Expressionsdaten verfügbar, die auf der endgültigen Pathologieprobe beruhten. Diese Probe entstammte einer Stelle in der Prostata, die einer Läsionsstelle in der mpMRT entsprach. Analysiert wurde dann der Zusammenhang zwischen dem PIRADS-Score und ungünstigen

pathologischen Merkmalen. Außerdem führten die Experten eine differenzierte transkriptomische Analyse zwischen den PIRADS-Gruppen durch. Faktoren, die mit ungünstigen Pathologiebefunden verbunden waren, wurden mit einem multivariablen logistischen Regressionsmodell analysiert.

Läsionsgröße ($p = 0,03$), PIRADS-Score ($p = 0,02$) und extraprostatatische Ausdehnung ($p = 0,01$) waren signifikant mit dem Decipher®-Score verbunden. Die multivariablen Analyse ergab, dass der PIRADS-Score (3 als

Referenz; Odds Ratio [OR] 8,1; 95%-Konfidenzintervall [KI] 1,2–57,5; $p = 0,04$), die Gleason-Grade-Gruppe (3 als Referenz; OR 5,6; 95%-KI 1,5–21,1; $p = 0,01$) und das prostataspezifische Antigen (OR 1,103; 95%-KI 1,011–1,203) Risikofaktoren für ungünstige Pathologiebefunde waren. Der Unterschied zwischen PIRADS 4 und 5 erreichte keine Signifikanz (OR 1,9; 95%-KI 0,8–4,5; $p = 0,12$). Die Signalwege PI3K-AKT-mTOR, WNT-β und E2F waren jedoch in Fällen mit PIRADS 5 aktiver als in PIRADS-4-Fällen. (jh/ms) ▲

Autoren: Beksac AT et al.

Korrespondenz: Ashutosh Tewari,

Department of Urology, Icahn School of

Medicine at Mount Sinai, New York,

USA; ash.tewari@mountsinai.org

Studie: Multiparametric Magnetic

Resonance Imaging Features Identify

Aggressive Prostate Cancer at the

Phenotypic and Transcriptomic Level

Quelle: J Urol 2018;200(6):1241–1249.

Web: dx.doi.org/10.1016/

j.juro.2018.06.041



Kompakt Urologie Inhalt

► Prostatakarzinom

mpMRT	
PIRADS-Score ist mit ungünstigen Pathologieergebnissen verbunden.....	Seite 20
mCRPC	
Steroidwechsel verlängert Ansprechen auf Abirateron	Seite 21
Karzinomwachstum	
Entzündungszellen erhöhen die Mortalität.....	Seite 21
Aktive Überwachung mit MRT	
Kein Upgrading durch zusätzliche Biopsien.....	Seite 21
Lokalisiertes hochgradiges PCA	
Überlebensvorteil durch Operation gegenüber Bestrahlung	Seite 22
Vitamin-D-Spiegel	
Keine Assoziation mit aggressivem Prostatakarzinom	Seite 22
Externe Betrachtung	
Gefahr von Harnblasenkrebs erhöht.....	Seite 22

► Nierenchirurgie

Roboter-Nierentransplantation	
Für erfahrene Chirurgen leicht erlernbar	Seite 20
Große Nierentumoren	
Chirurgische Vorgehensweise ohne Einfluss auf den Randstatus	Seite 20
mRCC	
Targeted Therapies plus Immunologie bald neuer Standard?.....	Seite 21
Lokoregionäres Rezidiv	
Laparoskopische radikale Nephrektomie nicht für alle geeignet.....	Seite 22
Zystische Nierentumoren	
Kein höheres Rezidivrisiko bei Zystenruptur.....	Seite 22

► Industrie

► Termine.....

Seite 23

Seite 24