

## Aus dem Inhalt

### ► Niere/Nierenzellkarzinom, Urolithiasis und Endourologie

<i>Risiko für Tod und Krankheitsprogression gesenkt</i>	
Rauchstopp lohnt sich auch noch nach der Nierenkrebsdiagnose.....	6
<i>Blasentumor und Benigne Prostatahyperplasie</i>	
Gleichzeitige Resektion ist onkologisch sicher und kann Rezidive verhindern .....	6
<i>Vergleich von Nephrolithotomie und Ureteroskopie bei Nierensteinen von 1–2 cm</i>	
Geringere Reststeinbelastung bei miniaturisierter perkutaner Nephrolithotomie .....	8
<i>Dreifachtherapie bei fortgeschrittenen RCC mit intermediärem oder hohem Risiko</i>	
Kombination verlängert das progressionsfreie Überleben.....	10
<i>Vergleich dreier Operationstechniken mittels „Reverse Systematic Review“</i>	
Robotische radikale Prostatektomie mit überlegenen onkologischen Ergebnissen...	14

### ► Prostatakarzinom

<i>Metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom unter Abirateron/Enzalutamid</i>	
PSMA-positive zirkulierende Tumorzellen zeigen eine schlechte Prognose an .....	4
<i>Bipolare Androgentherapie bei metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom</i>	
Klinische und genetische Determinanten für das PSA-Ansprechen .....	4
<i>Degarelix plus Apalutamid vor Prostatektomie beim Hochrisiko-Prostatakarzinom</i>	
Neoadjuvante Therapie verbessert pathologisches Ansprechen .....	7
<i>Neuroendokrine Differenzierung des Prostatakarzinoms</i>	
Bedeutende Rolle einer microRNA und eines ribosomalen Proteins.....	8
<i>Einfluss einer erweiterten Familienanamnese auf aktive Überwachung bei Prostatakrebs</i>	
Höheres Risiko für Progression bei Verdacht auf erbliches Krebsyndrom.....	10
<i>Patienten mit metastasiertem Prostatakrebs bei Beginn der Androgendeprivation</i>	
Kein Vorteil bei gleichzeitiger Therapie mit Enzalutamid und Abirateron .....	11
<i>Vorbehandeltes metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom</i>	
Lebensqualität unter Radioligandentherapie länger erhalten .....	11
<i>Prostatakarzinome der Gradgruppen 1–3 mit extraprostatischer Ausdehnung</i>	
Prostatektomie kann eine Option sein.....	16

### ► Weitere Themen

<i>Adjuvante Therapie bei nichtmuskelinvasivem Blasenkrebs</i>	
Chemohyperthermie gegenüber normaler Mitomycin-Therapie nicht zu empfehlen..	6
<i>Schlinge oder artifizieller Sphinkter bei Post-Prostatektomie-Harninkontinenz</i>	
Randomisierte Studie zeigt Nichtunterlegenheit der Schlinge für den Mann.....	7
<i>Trimodale Therapie versus radikale Zyktoomie bei muskelinvasivem Blasenkrebs</i>	
Evidenz für Gleichwertigkeit des blasenerhaltenden Verfahrens.....	12

### ► Forschung, Hochschule & Verbände..... 17

### ► Industrie ..... 21

### ► Termine ..... 23

### Editorial

Doch alles für alle?

*Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,*

nachfolgend wieder einmal eine mir lesenswert erscheinende kleine Auswahl wissenschaftlicher Neuerscheinungen, mit Schwerpunkt wie immer auf Arbeiten aus fachübergreifenden Journalen und randomisierte Studien.

Zum Grübeln gebracht hat mich beispielsweise die Arbeit von Chou-eiri et al. (S. 10), die in einer Phase-III-Studie nichtvorbehandelte Patienten mit fortgeschrittenen RCCs im mittleren und hohen Risiko entweder mit Nivolumab und Ipilimumab oder der Dreierkombination aus Cabozantinib, Nivolumab und Ipilimumab behandelt haben. Viel scheint auch viel zu helfen, und das Triplett hat die Zweierkombination geschlagen. Trotzdem sei die Frage erlaubt, ob der Weg in die immer breitere Kombinationstherapie wirklich der Richtige sein kann. Folgen auf die Triplette irgendwann die Quadruplette oder die Pentuplette? Wäre es nicht auch notwendig gewesen, Cabozantinib allein mit Ipilimumab und Nivolumab zu vergleichen? Cabozantinib ist sicher ein effektives Therapeutikum beim mittleren und hohen Risiko, von dem ein relevanter Anteil dieser Patienten profitieren würde, ohne die Nebenwirkungen der Checkpoint-inhibition in Kauf nehmen zu müssen. Auch die Zweierkombination Cabozantinib/Nivolumab ist bekanntermaßen zugelassen.

Einerseits sprechen wir alle immer von der personalisierten Medizin oder der Präzisionsmedizin, aber andererseits versperrt nichts so zuverlässig diesen notwendigen Weg wie immer breitere Kombinationsschemata. Die uro-onkologische Community sollte sich der Tatsache bewusst bleiben, dass die Industrie – vielleicht legitimerweise – kein großes Interesse an einer Individualisierung haben kann. Voraussetzung für Kombinationstherapien ist doch eigentlich ein nachgewiesener additiver oder im besten Fall synergistischer Effekt. Aber ist es in Wahrheit nicht einfach so, dass manche Tumoren eher auf das eine,

Herausgeber:  
Michael Stöckle

die anderen eher auf das andere Medikament ansprechen? Wenn man dann allen alles gibt, wird man in der Gesamtgruppe sicher ein besseres Ergebnis bekommen. Aber ergibt das Sinn, wenn man im Grunde weiß, dass der Effekt im Zweifel eben kein synergistischer ist, sondern die Addition von Subgruppeneffekten, bei denen jeder Patient als Preis dafür auch die Nebenwirkungen der Medikamente in Kauf nimmt, die ihm nicht helfen? Man würde wahrscheinlich gleich gute oder sogar bessere Ergebnisse erzielen, wenn man das Ansprechen voraussagen und jedem einzelnen Patienten die auf dieser Grundlage für ihn optimale Therapie (Mono- oder Kombinationstherapie) verabreichte. Die Frage muss daher erlaubt sein, ob der Trend zu immer umfangreicheren Kombinationstherapien nicht ein konzeptioneller, gesundheitspolitischer und wohl auch ethischer Irrweg ist. Deshalb ist es genauso wichtig, die Biomarkerforschung neben der klinischen Forschung zu forcieren und zu finanzieren. Parallel dazu müssen wir viel besser verstehen, wie die von den verschiedenen Medikamenten angezielten Signalwege miteinander interagieren, um damit die biologische Rationale für Kombinationen kritisch zu prüfen.

Deswegen finde ich Studien wie die von Natani et al. (S. 8) wesentlich visionärer, auch wenn es sich erst um präklinische Daten handelt: Sie

Fortsetzung siehe Seite 3 →

### Seite 5



zum Thema: Versorgung von Patient\*innen mit rezidivierenden Harnsteinen optimieren