

Thema des Monats: EAU-Kongress 2017

Wegweisende Daten zum Prostatakarzinom

Franz-Günter Runkel

Der EAU-Jahreskongress 2017 war das bisher größte urologische Kongressereignis dieses Jahres und wird das zweitgrößte weltweit nach dem amerikanischen AUA-Kongress im Mai sein. In den Royal Victoria Docks im Osten Londons präsentierten mehr als 1.400 Experten wissenschaftliche Daten und Fortschritte aus der klinischen und translationalen Forschung. Thematisch setzten uroonkologische Themen sowie Fragen der Andrologie und der BPS-Behandlung die Akzente der europäischen Urologentagung.

Bereits während der Eröffnungsveranstaltung wurden für herausragende Leistungen Ehrungen und Preise verliehen. Der ehemalige EAU-Generalsekretär Prof. Per-Anders Abrahamsson aus Malmö in Schweden erhielt den Frans Debruyne Lifetime Achievement Award der EAU. Die Willy-Gregoir-Medaille, höchste EAU-Auszeichnung, ging in diesem Jahr an Prof. Paul Abrams aus Großbritannien. Aus deutscher Sicht erfreulich war die Auszeichnung des Münchner Urologen Prof. Christian Gratzke mit dem Nachwuchspreis der EAU. Gratzke, Leiter des Interdisziplinären Prostatazentrums sowie geschäftsführender Oberarzt der Urologischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Großhadern der Ludwig-Maximilians-Universität München, erhielt in London den EAU Crystal Matula Award.

Aktive Überwachung bleibt wissenschaftlich umstritten

Eine der zentralen Fragen der aktuellen urologischen Onkologie ist die nach der Behandlungsstrategie für frühzeitig erkannte und noch nicht fortgeschrittene Prostatakarzinome. Die EAU-Arbeitsgruppe zur Vorbeugung des Prostatakarzinoms traf sich in London, um eine Position zur Frage der aktiven Überwachung zu erarbeiten. Unter dem Strich blieb das Urteil gespalten. Einerseits berichtete Prof. Freddie Hamdy über die ProtecT-Studie und stellte

fest, dass nur ein Prozent der Niedrigrisiko-Prostatakarzinome nach etwa zehn Jahren Behandlungszeit zum Tod der Patienten geführt habe. Andererseits, so die Arbeitsgruppe, beinhalte die aktive Überwachung auch Risiken, denn das gefährliche Fortschreiten der Erkrankung sowie ihre Metastasierung blieben nicht kalkulierbare mögliche Folgen einer zurückhaltenden Therapie-Strategie. Grundsätzlich, so Prof. Christian Stief, Klinikum Großhadern der LMU München, sei die aktive Überwachung für Niedrigrisiko-Patienten angemessen. Allerdings hätten Active Surveillance-Patienten, die dann am Ende doch invasiv behandelt würden, unter dem Strich eine schlechtere Prognose als Patienten nach sofortiger Therapie ohne Beobachtungsphase.

Mit einem zentralen diagnostischen Aspekt der Behandlung des Prostatakarzinoms befasste sich die PROMIS-Studie, deren Resultate ebenfalls in London vorgestellt wurden. Die Studie verglich die Kombination aus einer multiparametrischen MRT-Untersuchung vor einer Biopsie mit der klassischen initialen Prostata-Biopsie. Der britische Urologe Hashim Ahmed stellte fest, dass mpMRT plus Biopsie rund ein Viertel der PSA-auffälligen Patienten vor einer invasiven Biopsie bewahren konnte. Das mpMRT reduziere die Überdiagnose von Prostatakarzinomen signifikant und sei trotzdem in der Lage, mehr als 90 % der

Männer mit klinisch signifikantem Prostatakarzinom zu identifizieren.

Stärkere Beachtung der Subtypen des Nieren-Ca

In einer Veranstaltung über prognostische Biomarker zum Nierenkarzinom betonten mehrere Referenten die Notwendigkeit, stärker zwischen den Subtypen des klarzelligen (70–75 %), des papillären (10–15 %) und des chromophoben Nierenzellkarzinoms (etwa 5 %) zu unterscheiden. Wegen der hohen Rate ausstreuender Metastasen sei der klarzellige Subtyp am gefährlichsten. Deshalb sei es notwendig, Subtypen-spezifische Biomarker zu definieren, um bessere Entscheidungsgrundlagen für die richtige Therapie-strategie zu erhalten.

Das Blasenkarzinom war Thema der Plenar-Sitzung 3 des EAU-Kongresses. Prof. James Catto aus Großbritannien beschäftigte sich mit der ERAS-Methode zur verbesserten Rekonvaleszenz nach Zystektomie. Das Schlüsselement dieses Ansatzes ist laut Catto die bessere Mobilisierung der oft älteren Patienten nach der Entfernung der Blase. Aber auch präoperativ sollten die Patienten in einen besseren physischen Zustand gebracht werden, damit sie den Eingriff besser verkraften. Catto verwies in London zum Beispiel auf die Möglichkeit, Zystektomie-Patienten präoperativ regelmäßige ein- bis zweistündige Spaziergänge zu verordnen. Postoperativ regte Catto neben der frühzeitigen Mobilisierung unter anderem die Minimierung von Drainagen an. Patienten sollten sich zudem möglichst früh ankleiden, um ihre Aktivitäten zu steigern.

Follow-up bei Blasentumoren kontrovers diskutiert

Mit der Länge der Follow-up-Zeit bei Niedrigrisiko-Blasentumoren sind natürlich Kostenfragen in der klinischen

Versorgung verbunden. Konkret ging es im Plenum um die Frage, ob solche Karzinome länger als zwölf Monate



Prof. Maximilian Burger, Leiter des DGU-Ressorts Forschungsförderung



Beim Niedrigrisiko-Blasentumor sollten wir am fünfjährigen Follow-up festhalten.



beobachtet werden sollten. DGU-Vorstandsmitglied Prof. Maximilian Burger aus Regensburg ergriff für die EAU-Leitlinien Partei und forderte, an der Zystoskopie-überprüften fünfjährigen Kontrolle dieser Tumoren festzuhalten. Die Zystoskopie sei die schonendste Form der Tumorkontrolle und erlaube es, gefährliche Rezidive sicher auszuschließen, so Burger.

Testosteronsubstitution und Hochrisiko-Tumoren

Neben der Uroonkologie bot auch die Andrologie aktuelle Themen zur Diskussion an. Unter der Überschrift „Heiße Themen aus der Andrologie“ leiteten Prof. Francesco Montorsi und Prof. Hein van Poppel eine Plenarsitzung. Die Testosteron-Ersatztherapie stand oben auf der Agenda. Dr. Peter B. Östergren aus Dänemark stellte fest, dass die Testosteron-Substitution nicht mit einer Zunahme aggressiver Hochrisiko-Tumoren verbunden sei. Allerdings, so Östergren weiter, führe das intensive Monitoring zu mehr entdeckten Niedrigrisiko-Karzinomen. Zudem gebe es nur wenige Studien mit kleinen Fallzahlen zur Unbedenklichkeit der Testosterongaben für Männer, die wegen eines Niedrigrisiko-Prostatakarzinoms behandelt würden. Nicht empfohlen werde die Testosteron-Substitution bei Männern mit unbehandeltem Prostatakarzinom.

Für die Behandlung akuter skrotaler Schmerzen existiert bislang kein therapeutischer Algorithmus. Der niederländische Urologe Dr. Yacov Reisman forderte deshalb in London eine große multizentrische Studie zum Thema Hodenschmerz. David John Ralph aus Großbritannien befasste sich in einem weiteren Vortrag des Andrologie-Plenums mit der Induratio penis plastica (IPP) und stellte fest, dass die Bedeutung der konservativen Therapie mit der Dauer des Priapismus abnehme. Um späte komplizierte Eingriffe und eine Penis-Verkürzung zu vermeiden, empfahl Ralph in Fällen mit längerer Priapismus-Dauer eine frühere Entscheidung zur Operation und zur Implantierung einer Penis-Prothese.

Infertilität scheint erst nach Mikro-TESE sicher erwiesen

Der britische Urologe Majid Shabbir forderte, dass Männer erst nach Erprobung einer Mikro-TESE als definitiv infertil bezeichnet werden. Gegenüber der Standard-TESE sah Shabbir große Vorteile der Mikro-Methode. Die mikrochirurgische Entnahme von Hodengewebe (Mikro-TESE) oder von Nebenhodenflüssigkeit (MESA) zum Versuch der Spermengewinnung seien in Verbindung mit der ICSI-Technik moderne Methoden zur Behandlung der männlichen Infertilität. Man unterscheide die mikrochirurgische epididymale Spermatozoenaspiration (MESA), die testikuläre Spermatozoenextraktion (TESE) und die sogenannte Mikro-TESE. Hier erfolge die Gewinnung von Hodenspermien mit dem Operations-Mikroskop, indem die Areale mit erweiterten Hodenkanälchen aufgesucht würden, wo herdförmig eine Restspermatogenese bestehe. Die Vorteile dieser Technik erläuterte Shabbir in der Andrologie-Sitzung.

Sexuelle Nebenwirkungen der BPS-Kombinationstherapie

Ein weiteres wichtiges Thema des EAU-Jahreskongresses war das Benigne

Prostatasyndrom. Prof. Claus Roehrborn stellte im Rahmen einer Breaking News-Session Resultate einer BPS-



Prof. Claus Roehrborn, Department of Urology, UT Southwestern Medical Center



Es gibt keine Belege für eine andauernde ED unter BPS-Kombinationstherapie.



Studie vor. „Spontane unerwünschte Nebenwirkungen unter der kombinierten Dutasterid-Tamsulosin-Therapie, die sich auf die sexuelle Funktion bezogen, haben sich als ungenau und willkürlich erwiesen und können zur Überschätzung der medikamentösen Wirkung auf die Sexualfunktion führen“, erklärte Roehrborn in London. Als erste Studie verwendete die Roehrborn-Untersuchung einen validierten Fragebogen zu sexuellen Nebenwirkungen der BPS-Kombinationstherapie.

Die GlaxoSmithKline-FDC116115-Studie habe bewiesen, dass es keine Belege für eine nach sechs Monaten unter Therapie andauernde erektile Dysfunktion unter der Kombinationstherapie gibt. Sonstige Auswirkungen auf die Sexualfunktion hätten mit der Verkleinerung des Prostata Volumens und nicht mit der medikamentösen Therapie zu tun. Während die Wirksamkeit der Kombinationstherapie unbestritten ist, sorgen die Kostenfrage und die Frage der Nebenwirkungen immer wieder für Diskussionen. In einer weiteren Sitzung prallten die Vertreter einer extensiven und einer eher sparsamen Urodynamik in der BPS-Diagnostik aufeinander, wobei am Ende der Veranstaltung kein klarer Trend erkennbar war. Die relative Stagnation im Bereich BPS hielt auch in London an.

