

Urologie 2025 · 64:1313–1317  
<https://doi.org/10.1007/s00120-025-02718-y>  
 Angenommen: 13. Oktober 2025  
 Online publiziert: 6. November 2025  
 © The Author(s), under exclusive licence to  
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2025

DGU URO EVIDENCE



# Erstlinientherapie beim fortgeschrittenen nicht-klarzelligen Nierenzellkarzinom

Fabian Frank<sup>1</sup> · Laura Bellut<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Urologische und Kinderurologische Klinik, Uniklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

<sup>2</sup> UroEvidence, Deutsche Gesellschaft für Urologie, Berlin, Deutschland

## Originalpublikation

Petrelli F, Verri E, Ghidini A, Vavassori I, Lonati V, Nolè F, Dottorini L (2025) First-Line Therapy For Advanced Non-Clear Cell Renal Cell Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Oncol. Sep 1;11(9):1064–1071.

## Übersetzung

**Bedeutung.** Die Behandlung von nicht-klarzelligen Nierenzellkarzinomen (nccRCC) stellt aufgrund ihrer Heterogenität und begrenzten Repräsentation in klinischen Studien eine erhebliche Herausforderung dar. Das Verständnis über Vorteile einer Kombination aus Immuntherapie und zielgerichteter Therapie für diese Subtypen ist entscheidend für die Verbesserung der Behandlungsergebnisse.

**Ziele.** Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Erstlinienimmuntherapiekombinationen und zielgerichteter Therapien bei der Behandlung des metastasierten nccRCC.

**Datenquellen.** Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Embase und Cochrane Library vom Beginn bis zum 31. Dezember 2024 unter Verwendung relevanter Schlüsselwörter und medizinischer Fachbegriffe durchgeführt.

**Auswahlkriterien.** Es wurden Studien eingeschlossen, die Patienten mit nccRCC untersuchten, über Immun-Checkpoint-Inhibitoren-Therapie (IO) berichteten und die

Daten zur objektiven Ansprechrate (ORR), zum progressionsfreien Überleben (PFS), zum Gesamtüberleben (OS) und zur Krankheitskontrollrate (DCR) lieferten.

**Datensammlung und Analyse.** Zwei unabhängige Gutachter extrahierten die Daten, wobei Diskrepanzen von einem dritten Experten geklärt wurden. Die Qualität der Beobachtungsstudien wurde anhand der Newcastle-Ottawa-Skala bewertet. Es wurde eine Random-effects-Metaanalyse durchgeführt und die Heterogenität wurde anhand der I<sup>2</sup>-Statistik bewertet.

**Endpunkte.** Die primären Endpunkte von Interesse waren ORR, PFS, OS und DCR.

**Ergebnisse.** Die Analyse umfasste 23 Studien zu verschiedenen Subtypen des nccRCC. Die gepoolten Ergebnisse zeigten eine ORR von 26,6 % und eine DCR von 57,8 % für nccRCC-Behandlungen. Das mediane PFS betrug 6,59 Monate und die mediane OS 21,11 Monate. IO zeigten eine signifikante Wirksamkeit bei nccRCC und wiesen eine ausgeprägte klinische Aktivität bei verschiedenen Subtypen auf. Obwohl die Monotherapie mit IO wirksam war, führten Kombinationstherapien zu überlegeneren klinischen Ergebnissen.

**Schlussfolgerung und Relevanz.** Diese systematische Überprüfung und Metaanalyse ergab, dass IO, insbesondere in Kombination mit zielgerichteten Therapien, eine vielversprechende Wirksamkeit bei der Behandlung von metastasiertem nccRCC zeigten. Diese Ergebnisse

Die Zusammenfassung ist eine Übersetzung des Abstracts der Originalpublikation.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

| <b>Tab. 1</b> Unterteilung der Nierentumoren nach WHO 2022, übersetzt aus EAU Guidelines [2] |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nierentumoren</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Klarzellige Nierentumoren                                                                    | Klarzellige RCC<br>multilokuläre zystische Nierenneoplasie mit niedrigem malignem Potenzial                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Papilläre Nierentumoren                                                                      | Papilläre Adenome,<br>papilläre RCC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Onkozytäre und chromophobe Nierentumoren                                                     | Onkozytom der Niere,<br>chromophobe RCC,<br>andere onkozytäre Nierentumore                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sammelrohrtumoren                                                                            | Sammelrohrkarzinom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Andere Nierentumoren                                                                         | Klarzelliger papillärer Nierentumor,<br>muzinöse tubuläre spindelzellige Karzinome,<br>tubulozystisches RCC,<br>RCC in Verbindung mit erworbener zystischer Nierenerkrankung,<br>eosinophiles solides und zystisches (ESC) RCC,<br>RCC NOS („not otherwise specified“)                                                                                  |
| Molekular definierte Nierentumoren                                                           | RCC mit TFE3-Rearrangement,<br>RCC mit TFEB-Veränderung (RCC mit TFEB-Translokation und RCC mit TFEB-Amplifikation),<br>ELOC (ehemals TCEB 1)-mutierte RCC,<br>FH (Fumarathydratase)-defiziente RCC,<br>SDHB (Succinat-dehydrogenase)-defiziente RCC-<br>ALK (anaplastische Lymphomkinase)-rearrangierte RCC-<br>SMARCB1-defiziente medulläre Karzinome |
| RCC Nierenzellkarzinom                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

sprechen für ihre Integration in Behandlungsrichtlinien und unterstreichen die Bedeutung personalisierter Behandlungsstrategien. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten sich auf Langzeitergebnisse, Sicherheitsprofile und die Identifizierung von Biomarkern konzentrieren, um die Patientenauswahl zu optimieren und die Ergebnisse zu verbessern.

## Kommentar

**Hintergrund.** Nierenzellkarzinome (RCC) machen den Großteil aller malignen Nierentumore aus, wobei etwa 75 % klarzellige Nierenzellkarzinome (ccRCC) sind. Die wichtigsten Risikofaktoren sind Rauchen, Bluthochdruck und Übergewicht, daneben scheinen Bewegungsmangel und Niereninsuffizienz die Entwicklung von malignen Nierentumoren zu begünstigen. Ein kleiner Teil von etwa 4 % ist durch erbliche Syndrome wie das von Hippel-Lindau-Syndrom bedingt. Gut die Hälfte der Erkrankungen wird im lokalisierten Stadium diagnostiziert, etwa 10 % sind bei Erstdiagnose bereits im UICC-Stadium IV. In Deutschland werden pro Jahr knapp 15.000 Nierenzellkarzinome neu diagnostiziert, wobei das Verhältnis Mann zu Frau 2:1 beträgt [1].

Bei den nicht-klarzelligen Nierenzellkarzinomen (nccRCC) handelt es sich um einen Überbegriff unter den verschiedenen histologischen Untergruppen zusammengefasst werden. Die WHO-Klassifikation von 2022 hat einige substantielle Rekategorisierungen und neue Entitäten eingeführt. Insgesamt werden 21 Subtypen klassifiziert. Neben der histopathologischen Einteilungen gibt es nun vermehrt molekular definierte Subtypen. Die beiden häufigsten Subtypen der nccRCC sind das papilläre RCC (10–15 %) und das chromophobe RCC (5 %), viele der weiteren Entitäten haben <1 % Anteil. Eine Übersicht der verschiedenen Subtypen nach WHO 2022 findet sich in **Tab. 1**. Die pathologische Diagnose ist aufgrund der Seltenheit oft schwierig und eine Referenzpathologie sinnvoll.

**Bewertung der Metaanalyse.** Ziel dieser Metaanalyse war es, die Wirksamkeit verschiedener Erstlinien-Immuntherapie-Kombinationen und zielgerichteter Therapien bei der Behandlung von metastasiertem nccRCC zu bewerten. Primäre Endpunkte waren die ORR, das PFS, das OS und die DCR. Die Endpunkte der Arbeit sind sinnvoll definiert und decken die relevanten onkologischen Ereignisse ab. Zur

Bewertung der Evidenz verwendeten Petrelli et al. folgende Bewertungssysteme: GRADE bewertet die Qualität der Evidenz und Empfehlungen, PRISMA die Qualität der Berichterstattung und NOS die methodische Qualität nicht-randomisierter Studien.

Es wurden 23 Studien mit insgesamt 1470 Teilnehmern in die Analyse der Metaanalyse eingeschlossen. Sieben Studien waren einarmige Phase-II-Studien, zwei waren Phase-IIIb/IV-Studien, eine war eine beobachtende Kohortenstudie und 13 waren retrospektive Serien. Die Suchstrategie ist wohl durchdacht und im Supplement 1 nachvollziehbar einsehbar. Mit 23 eingeschlossenen Studien ist die Arbeit von adäquater Größe. Dass die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien retrospektiv (und nicht randomisiert kontrolliert) sind, schwächt die Aussagekraft der Metaanalyse. Die Dauer der Nachbeobachtung, Alter, ECOG oder Lebensqualität unter der Therapie waren ebenfalls kein Einschlusskriterium. Somit entfiel auch eine Metaregression zur Prüfung, ob z.B. Alter der Patienten oder Studiendauer systematisch mit den Effektgrößen wie dem OS zusammenhängen.

Zur statistischen Analyse wurden die Mittelwerte für ORR, PFS, OS und DCR für jede Untergruppe berechnet. Innerhalb dieser sind die histopathologischen Untergruppen aufgeführt. Für jede Gruppe ist die medikamentöse Therapie benannt. So fassen Petrelli et al. für die einzelnen histopathologischen Gruppen folgendes Ergebnis zusammen:

- Papilläres RCC: Nivolumab plus Cabozantinib und Pembrolizumab plus Axitinib zeigen die besten Ergebnisse. Der Grad der Sicherheit ist moderat.
- Chromophobes RCC: Lenvatinib und Everolimus zeigen eine vielversprechende Wirksamkeit mit einer ORR von 44 %. Pembrolizumab in Kombination mit Lenvatinib zeigte eine moderate Aktivität mit einer ORR von 28 %. TKI-Monotherapien erbrachten nur einen minimalen klinischen Nutzen mit einer ORR von nur 5 % und einer PFS von 3 Monaten. Der Grad der Sicherheit ist gering.
- Nicht klassifiziertes RCC: IO-TKI-Kombinationen stellen den wirksamsten Ansatz dar. Nivolumab plus Ipilimumab

Stand 09/2025



## Medikamentöse Therapie

### Nebenwirkungen

IO: Pruritus, Pneumonitis, Myokarditis, Adrenatitis  
TKI: Hypertension, Geschmacksstörung, Stomatitis, Dyspepsie, Zytopenie, Hand-Fuß-Syndrom, GI Fistel, Wundheilungsstörungen  
IO und TKI: Rash, Diarrhoe, Hepatitis, Hypothyreose  
mTOR: Blutbildveränderungen, Stoffwechselstörungen (Fette, Zucker), Schleimhautentzündungen, GI Beschwerden, Hautveränderungen und Atemwegsprobleme.

HIF2A-Inhibitoren: Anämie, Hypoxie, Fatigue, Dyspnoe, Schwindelgefühl und Übelkeit  
VEGF-Antikörper: Bluthochdruck, Fatigue, Durchfall, Proteinurie, Wundheilungsstörungen und ein erhöhtes Risiko für Thromboembolien und Blutungen

[www.ambora.org](http://www.ambora.org)  
[www.drugs.com](http://www.drugs.com)

Abb. 1 ▲ Übersicht über die verschiedenen Medikamentenklassen. Erstellt mit Canva, Visual Suite 2.0 am 12.09.2025

zeigte eine moderate Wirksamkeit, die sich in einer PFS von 7,1 Monaten widerspiegelte, wobei die OS-Daten noch nicht ausgereift sind. Der Grad der Sicherheit ist moderat.

- Translokationsassoziiertes RCC: Die Kombinationstherapie mit Nivolumab plus Ipilimumab hat einen moderaten Nutzen gezeigt, mit einem PFS von 7,1 Monaten und unausgereiften OS-Daten. Die Monotherapie mit Nivolumab oder Pembrolizumab zeigte eine mäßige Wirksamkeit, die sich in einer ORR von etwa 20 %, einer PFS von 4,9 Monaten und einer OS von 21,7 Monaten widerspiegelte. Der Grad der Sicherheit ist gering.
- Sammelrohrkarzinom: Nivolumab plus Ipilimumab hat begrenzte, aber vielversprechende Ergebnisse gezeigt und eine PFS von 7,1 Monaten und unreife OS-Daten erzielt. Bei der

Nivolumab-Monotherapie fehlten substanzielle Belege und sie schien nur einen minimalen Nutzen zu bieten. Die TKI-Monotherapie liefert bescheidene Ergebnisse mit einer ORR von 10 %, einer PFS von 3 Monaten und einer OS von 12 Monaten. Der Grad der Sicherheit ist sehr gering.

Auch wenn IO (mit oder ohne TKI) bei nccRCC zu besseren Ergebnissen führen, bleiben diese insgesamt hinter den bei ccRCC erreichten Ansprechraten und Überlebensvorteilen zurück. Das Metastasierungspotenzial variiert deutlich zwischen nccRCC-Subtypen: Chromophobe RCC zeigen meist ein geringes Risiko und indolenten Verlauf, unklassifizierte RCC ein heterogenes Verhalten, während Sammelrohr und translokationsassoziierte RCC typischerweise aggressiv mit hoher Metastasierungsrate verlaufen. Hier muss an-

gemerkt werden, dass die neue WHO-Einteilung der RCC mit TFE3-Rearrangement bzw. RCC mit TFEB-Veränderungen noch keine Anwendung findet. Die Autoren beschreiben potenzielle Ursachen in der Variabilität bei der Erhebung der onkologischen Endpunkte bei den gepoolten Analysen der einzelnen Untergruppen.

Petrelli et al. schlussfolgern, dass weitere Studien mit klinisch randomisierten Studien mit hoher Einschlussquote nötig sind. Zusammengefasst ist die Metaanalyse als qualitativ hochwertig einzustufen und bringt einen relevanten Erkenntnisgewinn.

Zwei Wochen nach der Erstveröffentlichung kam es zum Erratum: F. Petrelli hat transparent dargelegt, dass 15 von 23 Referenzen falsch angegeben wurden, was auf Verwechslungen bei der Literatursuche und ein Copy-paste-Versehen zurückzuführen war. Die inhaltlichen Ergebnis-

| <b>Tab. 2</b> Interdisziplinäre Leitlinien zur Behandlung des fortgeschrittenen und nicht resektablen, metastasierten nicht-klarzelligen Nierenzellkarzinoms [2, 4–6]. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Leitlinie</b>                                                                                                                                                       | <b>Relevante Empfehlungen (teilweise übersetzt und leicht gekürzt)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| S3 Leitlinie                                                                                                                                                           | <p>Für die nccRCC gibt es keine entitätsbezogenen Standards.</p> <p>Die nccRCC sollen außerhalb von Studien mit einer IO/IO- oder IO/TKI-Kombination analog zu den ccRCC behandelt werden.</p> <p>Im Falle einer Monotherapie sollten bei metastasiertem nccRCC TKI-Inhibitoren, präferenziell Sunitinib, eingesetzt werden.</p> <p>mTOR-Inhibitoren können beim chromophoben NCC als Alternative eingesetzt werden.</p> <p>Tyrosinkinase-Inhibitoren können beim nccRCC eingesetzt werden.</p> <p>Metastasierte RCC mit sarkomatoidem Anteil sollen analog der ccRCC mit einer IO/IO- oder IO/TKI-Kombination behandelt werden.</p>                                                                                                                                                                                                         |
| EAU Guideline                                                                                                                                                          | <p>Cabozantinib sollte Patienten mit pRCC angeboten werden.</p> <p>Bieten Sie Patienten mit pRCC Lenvatinib plus Pembrolizumab oder Nivolumab plus Cabozantinib an.</p> <p>Bieten Sie Sunitinib Patienten mit anderen Subtypen des nccRCC als dem papillären RCC an.</p> <p>Bieten Sie Patienten mit nccRCC-Subtypen Lenvatinib plus Pembrolizumab an.</p> <p>Bieten Sie Cabozantinib und Nivolumab Patienten mit anderen nccRCC-Subtypen als chromophoben RCC an.</p> <p>Bieten Sie Nivolumab plus Ipilimumab bei Patienten mit nccRCC an.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ESMO Guideline                                                                                                                                                         | <p><b>Papilläre RCC</b></p> <p><i>Bevorzugt:</i></p> <p>Cabozantinib</p> <p><i>Alternative Monotherapie:</i></p> <p>Sunitinib</p> <p>Pembrolizumab</p> <p><i>Alternative Kombinationstherapie:</i></p> <p>Lenvatinib + Pembrolizumab</p> <p>Cabozantinib + Nivolumab</p> <p><b>Nicht papilläre nccRCC</b></p> <p><i>Studien</i></p> <p><i>Chromophobe RCC:</i></p> <p>Sunitinib</p> <p>Pazopanib</p> <p>Lenvatinib + Everolimus</p> <p>Everolimus</p> <p>Lenvatinib + Pembrolizumab</p> <p><i>Sammelrohr und medulläre RCC:</i></p> <p>Cisplatin-basierte Chemotherapie</p> <p>Sunitinib</p> <p>Pazopanib</p> <p>Cabozantinib</p> <p><i>Sarkomatoid (prädominant):</i></p> <p>Ipilimumab + Nivolumab</p> <p>Axitinib + Pembrolizumab</p> <p>Cabozantinib + Nivolumab</p> <p>Lenvatinib + Pembrolizumab</p> <p>Sunitinib</p> <p>Pazopanip</p> |
| NCCN Guideline                                                                                                                                                         | <p>In Alphabetischer Reihenfolge</p> <p><i>Bevorzugt:</i></p> <p>Studien</p> <p>Cabozantinib</p> <p>Cabozantinib plus Nivolumab</p> <p>Lenvatinib plus Pembrolizumab</p> <p><i>Weitere Empfehlungen:</i></p> <p>Erlotinib plus Bevacizumab bei papillärem RCC inklusive hereditäre Leiomyomatose und HLRCC-assoziierten RCC</p> <p>Everolimus plus Lenvatinib</p> <p>Nivolumab</p> <p>Pembrolizumab</p> <p>Sunitinib</p> <p><i>Unter bestimmten Bedingungen</i></p> <p>Axitinib</p> <p>Everolimus</p> <p>Everolimus plus Bevacizumab</p> <p>Ipilimumab plus Nivolumab</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| nccRCC nicht-klarzelliges Nierenzellkarzinom                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

se und Schlussfolgerungen bleiben davon unberührt, die Referenzen sollen nachträglich korrigiert werden und eine zusätzliche Klarstellung zur Einbeziehung einer Studie ergänzen [3].

**Wahl der Medikation.** Es ist schwierig, eine einheitliche Therapieempfehlung für metastasiertes nccRCC zu geben, weil es eine sehr heterogene Gruppe von Tumoren ist, die sich nicht nur mikroskopisch, sondern auch biologisch stark voneinander unterscheidet. Dadurch kann ein Medikament, das bei einem Subtyp wirkt, bei einem anderen völlig ineffektiv sein, da hier eine andere biologische Zielstruktur gewählt werden muss. ■ **Abb. 1** zeigt diese für das nccRCC auf inklusive Nebenwirkungen. Die meisten großen klinischen Studien zu zielgerichteten Therapien (z. B. VEGF-TKIs, mTOR-Inhibitoren) und zu Immun-Checkpoint-Inhibitoren (z. B. Nivolumab, Ipilimumab, Pembrolizumab) wurden fast ausschließlich bei klarzelligem RCC durchgeführt. nccRCC-Patient:innen wurden meist ausgeschlossen oder stellen nur sehr kleine Subgruppen dar. Aufgrund dieser Seltenheit ist es sehr schwer, große Studienpopulationen zu rekrutieren. Die einzelnen Therapieempfehlungen der verschiedenen Leitlinien sind in ■ **Tab. 2** aufgeführt.

Insgesamt fehlen robuste Daten, und die Zulassungsbehörden geben oft keine spezifischen Empfehlungen. Dieses Paper von Petrelli soll evidenzbasierte Daten liefern. Ein möglicher Beitrag zur Verbesserung der Evidenzlage kann durch Registerstudien, wie die CARAT- und VERSUS-Studie, geleistet werden.

#### Fazit für die Praxis

- Immun-Checkpoint-Therapien spielen, auch in Kombination mit TKI, eine entscheidende Rolle bei der Erstlinientherapie des nicht klarzelligen Nierenzellkarzinoms.
- Vor Beginn einer systemischen Therapie sollte zwingend eine histologische Sicherung mit Bestimmung des Subtyps des Nierenzellkarzinoms erfolgen.
- Biomarker zur Optimierung der Patientenauswahl und Verbesserung der Ergebnisse fehlen.
- Falls möglich sollte ein Einschluss in eine klinische Studie erfolgen.

- Die Evaluation von Sequenztherapien ist ein essenzieller Aspekt zukünftiger Studien.

#### Korrespondenzadresse

##### Dr. med. Laura Bellut

Urologische und Kinderurologische Klinik,  
Uniklinikum Erlangen  
Krankenhausstr. 12, 91052 Erlangen,  
Deutschland  
laura.bellut@uk-erlangen.de

#### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Frank und L. Bellut geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

#### Literatur

1. RKI (2024) Nierenkrebs. In: Krebs in Deutschland. Robert Koch Institut – Zentrum für Krebsregisterdaten,
2. Bex A, Bedke J, et al. (2025) EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Congress, Madrid 2025
3. Petrelli F (2025) Inaccurate references in systematic review of therapy for advanced non-clear cell renal cell carcinoma. JAMA Oncol
4. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF) (2024) S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms, Langversion 5.0, 2024, AWMF-Registernummer: 043-017OL
5. Nccn (2025) NCCN Guidelines Version 1.2026 Kidney Cancer. National Comprehensive Cancer Network
6. Powles T, Albiges L, Bex A et al (2024) Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 35:692–706

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

#### Weitere Leseempfehlungen\*:

Qin P, Cao X, Ni H, et al. Efficacy of Different Acupuncture Therapies for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Network Meta-Analysis. J Pain Res. 2025 Jul 17;18:3653–3673.

Fazit: Acupuncture therapies, especially long-needle acupuncture, are more effective than usual treatment for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome, providing comprehensive symptom relief, pain reduction, and functional improvement, with long-needle acupuncture emerging as the most robust intervention.

- Schwerpunkt: Surgery - Urology
- Relevanz für die Praxis: ■■■■■□□
- Ist das neu?: ■■■■■□□

Ippolito GM, Crescenze IM, Sitto H, et al. Vaginal lasers for treating stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Jul 25;7(7):CD013643.

Fazit: Vaginal lasers may have little to no effect on stress urinary incontinence as measured by both clinical assessment and patient-reported outcome measures in the short term (less than one year) compared to sham or control treatments or topical treatments, but the evidence is very uncertain. In the medium term, while the evidence is very uncertain, there may be more continent women among those who received vaginal laser compared to those who received sham; however, there may be little to no difference between groups in patient-reported incontinence. There were no major adverse events associated with any intervention or comparator. Future studies that incorporate more medium- and long-term data, data stratified by type of incontinence (stress, mixed, or urgency) and by symptom severity or patient comorbidities will improve the quality of evidence.

- Schwerpunkt: Surgery - Urology
- Relevanz für die Praxis: ■■■■■□□
- Ist das neu?: ■■■■■□□

\*Empfohlen von: EvidenceUpdates (BMJ und McMaster University)