

Urologie 2024 · 63:924–930
<https://doi.org/10.1007/s00120-024-02419-y>
 Angenommen: 22. Juli 2024
 Online publiziert: 19. August 2024
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2024

DGU URO EVIDENCE



Topische Kortikosteroide zur Behandlung der kindlichen Phimose

Cem Aksoy¹ · Jennifer Kranz^{2,3,4}

¹ Klinik für Urologie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

² Klinik für Urologie und Kinderurologie, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

³ Universitätsklinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Halle (Saale), Halle (Saale), Deutschland

⁴ UroEvidence@Deutsche Gesellschaft für Urologie, Berlin, Deutschland

Originalpublikation

Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, Peñaloza B, Morel Marambio M, Pantoja T (2024) Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 25; 1(1):CD008973. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008973.pub3>. PMID: 38269441; PMCID: PMC10809033.

Übersetzung

Hintergrund. Dies ist eine aktualisierte Version eines Cochrane Reviews, der erstmals 2014 veröffentlicht wurde. Eine Phimose ist ein Zustand, bei dem die Vorhaut nicht vollständig über die Eichel zurückgezogen werden kann. Eine Phimose wird häufig chirurgisch durch Beschneidung oder Vorhautplastik behandelt. Berichte über nicht-invasive Behandlungen mit topischen Kortikosteroiden, die 4 bis 8 Wochen lang angewendet werden, lassen jedoch auf gute Ergebnisse schließen.

Ziele. Ziel dieses Reviews war die Bewertung der Wirkungen von topischen Kortikosteroiden, die zur Behandlung einer Phimose bei Jungen auf den verengten Teil der Vorhaut aufgetragen werden, im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung.

Suchmethodik. Wir durchsuchten CENTRAL, MEDLINE, Embase, LILACS und ClinicalTrials.gov. Wir überprüften die Referenzlisten der eingeschlossenen Studien und relevanten Übersichten auf zusätzli-

che Studien. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der Sprache der Veröffentlichung. Das Datum der letzten Suche war der 4. Oktober 2023.

Auswahlkriterien. Wir schlossen alle randomisierten kontrollierten Studien (RCT) ein, die die Anwendung eines topischen Kortikosteroids mit Placebo oder keiner Behandlung bei Jungen mit Phimose jeglicher Art oder jeglichem Grad verglichen.

Datensammlung und Datenanalyse. Zwei Autor*innen wählten unabhängig voneinander Studien aus, extrahierten Daten zu den primären und sekundären Endpunkten und bewerteten das Risiko einer Verzerrung der Studien. Für die statistischen Analysen wurde ein Random-effects-Modell verwendet. Die dichotomen Endpunkte wurden als Risikoverhältnisse (RR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) angegeben. Wir setzten uns mit den Autor*innen der Primärpublikationen in Verbindung, um Einzelheiten zum Studiendesign und zu den spezifischen Endpunkten zu erfahren. Wir verwendeten GRADE, um die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für jeden Endpunkt zu bewerten.

Hauptergebnisse. In dieser Aktualisierung wurden 2 neue Studien mit 111 Teilnehmern identifiziert, wodurch sich die Gesamtzahl der eingeschlossenen Studien auf 14 (1459 randomisierte Teilnehmer) erhöhte. Wir stellten fest, dass die Art der untersuchten Kortikosteroide, das Alter

Die Zusammenfassung ist eine Übersetzung des Abstracts der Originalpublikation



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.



der Teilnehmer, der Grad der Phimose, die Art der Phimose und die Behandlungsdauer in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich waren.

Im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung können topische Kortikosteroide die vollständige Beseitigung der Phimose nach 4- bis 8-wöchiger Behandlung verbessern (RR 2,73; 95 %-KI 1,79 bis 4,16; $I^2 = 72\%$; 10 Studien, 834 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Basierend auf 252 vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 436 vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 199 mehr bis 796 mehr).

Wir stuften die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wegen schwerwiegender methodischer Einschränkungen und wegen schwerwiegender Inkonsistenzen um eine Stufe herab.

Topische Kortikosteroide können auch eine partielle Beseitigung der Phimose nach 4- bis 8-wöchiger Behandlung im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung erhöhen (RR 1,68; 95 %-KI 1,17 bis 2,40; $I^2 = 44\%$; 7 Studien, 745 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz). Ausgehend von 297 partiellen Beseitigungen der Phimose pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 202 mehr partiellen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 50 mehr bis 416 mehr).

Wir stuften die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wegen schwerwiegender methodischer Einschränkungen der Studien und wegen schwerwiegender Inkonsistenzen um eine Stufe herab.

Wir sind uns unsicher, was die Wirkung von topischen Kortikosteroiden im Vergleich zu Placebo auf die Veränderung des Retraktions-Scores angeht (standardisierte mittlere Differenz [SMD] -1,48; 95 %-KI -2,93 bis -0,03; $I^2 \{1 > 91\}\%$; 2 Studien, 177 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Wir stuften die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz um eine Stufe aufgrund schwerwiegender methodischer Einschränkungen der Studien, eine Stufe wegen schwerwiegender Heterogenität und eine Stufe wegen unzureichender Präzision herab.

Im Vergleich zu Placebo können topische Kortikosteroide die langfristige voll-

ständige Beseitigung der Phimose 6 oder mehr Monate nach der Behandlung erhöhen (RR 4,09; 95 %-KI 2,80 bis 5,97; $I^2 = 0\%$; 2 Studien, 280 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Ausgehend von 171 langfristigen vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 528 vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 308 mehr bis 850 mehr).

Wir stuften die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wegen schwerwiegender methodischer Einschränkungen der Studien um eine Stufe und wegen unzureichender Präzision um eine Stufe herab.

Möglicherweise gibt es nur einen geringen oder gar keinen Unterschied im Risiko unerwünschter Wirkungen zwischen topischen Kortikosteroiden und Placebo oder keiner Behandlung (RR 0,28; 95 %-KI 0,03 bis 2,62; $I^2 = 22\%$; 11 Studien, 1091 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Nur 2 der 11 Studien, in denen unerwünschte Wirkungen erfasst wurden, berichteten über unerwünschte Wirkungen; ein Ereignis trat in der Kortikosteroidgruppe und 6 in der Kontrollgruppe auf.

Schlussfolgerung der Autoren. Topische Kortikosteroide können im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung die vollständige und partielle Rückbildung der Phimose verbessern, wenn sie nach 4 bis 8 Wochen der Behandlung beurteilt werden, und sie können die langfristige vollständige Rückbildung der Phimose verbessern, wenn sie 6 oder mehr Monate nach der Behandlung beurteilt werden.

Topische Kortikosteroide haben möglicherweise nur wenige oder gar keine unerwünschten Wirkungen. Unsicher ist, wie sie sich auf den Retraktionsscore auswirken.

Die Evidenz ist insgesamt durch unzureichende Angaben zu den Methoden in den Studien, die große klinische Heterogenität und die mangelnde Präzision der Ergebnisse begrenzt.

Künftige, qualitativ hochwertigere Studien mit langfristiger Nachbeobachtung würden wahrscheinlich unser Verständnis der Wirkungen topischer Kortikoide auf die Phimose bei Jungen verbessern.

Kommentar

Das Präputium entsteht aus dem Aufeinanderdrtreffen des äußeren (Ektoderm) und des mittleren (Mesoderm) Keimblattes und dient als verschiebbliche Hautduplikatur bei der Erektion als Reservefalte und verfügt über spezielle Schutz- und Sensibilitätsfunktionen. Das innere Vorhautblatt und die Oberfläche der Glans penis sind während der Embryogenese fest miteinander verbunden. Ihre Separation beginnt intrauterin, ist jedoch bis zur Geburt nur selten abgeschlossen. Folglich sind bei 96 % aller Jungen bei der Geburt das Präputium und die Glans penis noch fest miteinander verbunden. Die Lösung dieser Verklebungen ist ein spontaner Prozess, der sich zeitlich individuell sehr unterschiedlich vollzieht [1]. Reifungsprozesse führen zur Auflösung dieser physiologischen Vorhautsynechie und -enge. Mit 7 Jahren kann etwa die Hälfte der Jungen das Präputium zumindest weitgehend zurückziehen. Im Alter von 10 Jahren sind es etwa zwei Drittel. Im Alter von 13 Jahren ist bei 8 % der Jungen noch mit einer entwicklungsbedingten Vorhautenge zu rechnen [1].

Unter einer Vorhautenge (Phimose; von altgriech. „phimós“ = „Maulkorb, Knebel“) versteht man die Unmöglichkeit der atraumatischen Retraktion des Präputiums über die Glans penis. Da diese im Säuglings- und Kleinkindesalter ein physiologischer Zustand ist, wird dementsprechend von einer „physiologischen Phimose“ gesprochen [1]. Die Pathologie kann also nicht über das Vorliegen einer Enge per se definiert werden, sondern nur durch das Vorliegen meist sekundärer Störungen mit akuten bzw. mit unmittelbar drohenden Beschwerden mit Krankheitswert (z.B. nach Aufnahme sexueller Aktivität; [1]).

Die AWMF-S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen“, im Jahr 2021 von der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) herausgegeben, befasst sich mit der medizinischen Indikation zur Behandlung einer Vorhautverengung sowie mit den verschiedenen Behandlungsmodalitäten [2]. Insbesondere werden hierbei mögliche Komplikationen physischer wie psychischer Natur bis hin zu einer möglichen problematischen Auswirkung auf die psychosexuelle

Entwicklung und die Identitätsbildung der Jungen berücksichtigt.

Ziel der Behandlung soll die Beschwerdefreiheit (vor Abschluss der Pubertät) und die freie Zurückstreifbarkeit (nach Abschluss der Pubertät) sein. Dabei soll die zugrundeliegende Pathologie kuriert und das Präputium, wenn möglich, erhalten werden. Besteht eine asymptomatische Phimose bis zum Abschluss der Pubertät (primär) oder entsteht die Phimose sekundär, häufig als Folge von lokalen Entzündungen oder traumatischen Retraktionsversuchen mit dementsprechender Ausbildung eines narbigen Schnürringes, ist die Indikation zur Behandlung gegeben. In den meisten Fällen ist die konservative Salbenbehandlung ausreichend. Die topische Behandlung soll mit einer kortikoidhaltigen Salbe 1–2 × täglich über 4 Wochen vorgenommen werden, wobei belastbare Evidenz u.a. für den Einsatz von Betamethason 0,05 % und 0,1 %, Mometason-Furoat 0,05 %, Fluticason-Propionat 0,05 % und Clobetasol-Propionat 0,05 % vorliegt [3].

Bei Erfolglosigkeit soll die operative Therapie erfolgen. Die allgemeine Komplikationsrate der Zirkumzision ist nämlich höher als erwartet, sie beträgt ca. 2–10 %. In einem qualifizierten kinderchirurgischen Zentrum beläuft sie sich auf immerhin 5,1 % [4]. Vor diesem Hintergrund ist die Operationsindikation streng zu stellen. Ende des 19. Jahrhunderts wurde von jüdischen Beschneidern bereits auf die Notwendigkeit einer „zweiten Beschneidung“ zur Beseitigung einer häufigen Meatusstenose hingewiesen [5].

Ziel dieses aktualisierten, erstmals im Jahr 2014 publizierten Cochrane Reviews [6] ist es, die Wirkung von topischen Kortikosteroiden zur Behandlung der kindlichen Phimose im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung zu bewerten.

In dieses Cochrane Review wurden ausschließlich randomisierte, kontrollierte Studien inkludiert, die Jungen von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr einschlossen, bei denen jeglicher Grad einer ärztlich diagnostizierten Phimose vorlag und bei denen der behandelnde Arzt eine aktive Therapie in Betracht zog. Nicht berücksichtigt wurden hierbei allerdings die Art der Phimose (physiologisch vs. pathologisch, angeboren vs. erworben) sowie

die Ausprägung selbiger. Ausgeschlossen wurden vorbehandelte Jungen (z.B. nach Präputioplastik, Zirkumzision, topischer Kortikoidbehandlung) sowie Jungen mit einer nicht retrahierbaren Vorhaut aufgrund balanopreputialer Adhäsionen ohne Schnürring.

Geeignete Interventionen umfassten die Anwendung einer Kortikosteroidsalbe (jeglicher Art, Konzentration und Dauer) auf den verengten Teil der Vorhaut; als geeignete Vergleichsgruppen wurden Placebosalben oder keine Behandlung angesehen. Begleitinterventionen, wie beispielsweise das sanfte manuelle Zurückziehen der Vorhaut, wurden als Kointerventionen betrachtet und mussten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ähnlich angewendet werden, um einen fairen Vergleich ermöglichen zu können.

Primärer Endpunkt war die vollständige Beseitigung der Phimose (dichotomes Ergebnis, bewertet unmittelbar nach dem Behandlungszeitraum anhand des minimalen klinisch relevanten Unterschieds [MCID, „minimal clinical important difference“]), welcher mit 5 % beziffert wurde. Sekundäre Endpunkte waren die partielle Beseitigung der Phimose (dichotomes Ergebnis, bewertet unmittelbar nach dem Behandlungszeitraum, MCID: 5 % absoluter Unterschied), die Veränderung des Retraktionscores (kontinuierliches Ergebnis; definiert als der Unterschied im Durchschnittswert vor der Behandlung im Vergleich zum Durchschnittswert nach der Behandlung, bewertet durch die klinische Beurteilung eines Arztes, MCID: standardisierte mittlere Differenz [SMD] von 0,3), die langfristige vollständige Beseitigung der Phimose (dichotomes Ergebnis; bewertet mindestens 6 Monate nach Abschluss der Behandlung; MCID: 5 % absoluter Unterschied) sowie lokale oder systemische Nebenwirkungen (Reizung, lokale Infektion, Hautschäden, Cushing-Syndrom) im Zusammenhang mit der Anwendung von topischen Kortikosteroiden auf die Vorhaut (dichotomes Ergebnis; jedes selbstberichtete lokale oder systemische unerwünschte Ereignis, bewertet unmittelbar nach dem Behandlungszeitraum, MCID: 5 % absoluter Unterschied).

Es wurden keine Limitationen bezüglich der Sprache noch des Publikationsstatus vorgenommen.

Die systematische Literatursuche ergab 3526 Datensätze. Nach der Entfernung von Duplikaten wurden 724 Datensätze gesichtet, von denen 696 ausgeschlossen wurden. Während der Volltextbewertung der 28 potenziell geeigneten Studien wurden letztlich 14 Studien mit insgesamt 1459 Jungen, die zwischen 18 Tagen und 17 Jahren alt waren, für das systematische Review inkludiert. Im Vergleich zu dem Cochrane Review aus dem Jahr 2014 [5] konnten somit 2 neue Studien mit insgesamt 111 Teilnehmern identifiziert werden.

Die Studien wurden in insgesamt 11 Ländern durchgeführt: Türkei ($n=2$), China ($n=2$), Brasilien ($n=2$), Italien ($n=1$), Jugoslawien ($n=1$), Ungarn ($n=1$), Südkorea ($n=1$), Kanada ($n=1$), Schweden ($n=1$), Kolumbien ($n=1$) und Mexiko ($n=1$).

Zu betonen ist, dass die untersuchten Arten von Kortikosteroiden, das Alter der Teilnehmer, der Grad der Phimose, der Phimosetyp und die Behandlungsdauer erheblich zwischen den Studien variierten.

Zu den in den Interventionsgruppen verwendeten Kortikosteroiden zählen Betamethason in 5 Studien, Mometason-Furoat in 3 Studien, Hydrocortison in 2 Studien, Beclometasondipropionat in einer Studie, Hydrocortisonbutyrat in einer Studie, Triamcinolon in einer Studie sowie Clobetasol-Propionat in einer weiteren Studie.

Neben den unterschiedlichen Kortikosteroiden war auch die Behandlungsdauer variabel: 4 Wochen in 7 Studien, 5 Wochen in einer Studie, 6 Wochen in einer Studie und 8 Wochen in 5 Studien.

Als Kontrollintervention verwendeten 9 Studien eine wässrige Creme, 4 Studien Vaseline und lediglich eine Studie fokussierte nur das manuelle Zurückziehen und Hygiene. Anzumerken ist, dass 12 der insgesamt 14 eingeschlossenen Studien das manuelle Zurückziehen der Vorhaut als Kointervention in beiden Gruppen implementierten. Eine Studie verwendete das manuelle Zurückziehen der Vorhaut nur in der Kontrollgruppe und eine weitere Studie verwendete überhaupt kein manuelles Zurückstreifen der Vorhaut.

Auch ist zu bemerken, dass das Erheben des primären Endpunktes in den inklu-

dierten Studien sehr unterschiedlich war: 5 Studien maßen ihren primären Endpunkt nach 4 Wochen, 2 nach 5 Wochen, eine nach 6 Wochen und 5 nach 8 Wochen. Zwei Studien maßen ihre Ergebnisse auf einer längeren Zeitskala; durchschnittlich 20 Monate in einer Studie und 10,5 Monate in der anderen Studie.

Bezogen auf den primären Endpunkt „vollständige Beseitigung der Phimose, bewertet unmittelbar nach dem Behandlungszeitraum“ ergibt sich, dass im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung topische Kortikosteroide die vollständige Beseitigung der Phimose nach 4- bis 8-wöchiger Behandlung verbessern können (RR 2,73; 95 %-KI 1,79 bis 4,16; I² = 72 %; 10 Studien, 834 Teilnehmer, Evidenz geringer Qualität). Die Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Beseitigung in der Kontrollgruppe betrug 25,2 %. Basierend auf 252 vollständigen Auflösungen Beseitigungen pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 436 vollständigen Auflösungen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 199 mehr bis 796 mehr). Bezogen auf den sekundären Endpunkt „partielle Beseitigung der Phimose, bewertet unmittelbar nach dem Behandlungszeitraum“ ergibt sich, dass im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung topische Kortikosteroide die partielle Beseitigung der Phimose erhöhen können (RR 1,68; 95 %-KI 1,17 bis 2,40; I² = 44 %, Evidenz geringer Qualität). Die Wahrscheinlichkeit für eine partielle Beseitigung in der Kontrollgruppe betrug 29,7 %. Ausgehend von 297 partiellen Beseitigungen der Phimose pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 202 mehr partiellen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 50 mehr bis 416 mehr).

Insgesamt berichteten 4 der 14 inkludierten Studien über Veränderungen im Retraktionsscore, dies allerdings unter Verwendung unterschiedlicher Messskalen: Kikiros-Bewertungsskala, Kabaya-Klassifizierung, Meulis-Bewertungsskala für Vorhautengen bei Balanitis xerotica obliterans sowie eine eigene Bewertungsskala.

Die Autor*innen des vorliegenden Cochrane Reviews stuften die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz um eine Stufe aufgrund schwerwiegender methodischer

Einschränkungen der Studien, eine Stufe wegen schwerwiegender Heterogenität und eine Stufe wegen unzureichender Präzision herab. Daher bleibt unklar, was die Wirkung von topischen Kortikosteroiden im Vergleich zu Placebo auf die Veränderung des Retraktionsscores betrifft (standardisierte mittlere Differenz [SMD] –1,48; 95 %-KI –2,93 bis –0,03; I² {1 > 91 %; 2 Studien, 177 Teilnehmer).

Sechs Studien untersuchten mit einer Nachbeobachtungszeit von mindestens 6 Monaten den sekundären Endpunkt „langfristige vollständige Beseitigung der Phimose“. Allerdings konnte in 4 Studien dieser Endpunkt nicht abschließend bewertet werden, da die randomisierte Intervention nicht bis zum Ende der Nachbeobachtung aufrechterhalten wurde. Nach dem Behandlungszeitraum erhielten alle Jungen, bei denen die zugewiesene Behandlung erfolglos war, Kortikosteroide oder wurden beschnitten. Nur 2 Studien mit insgesamt 280 Jungen hielten die randomisierte Intervention bis zum Ende der Nachbeobachtung aufrecht und wurden in eine Metaanalyse inkludiert. Im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung können topische Kortikosteroide die langfristige vollständige Beseitigung der Phimose erhöhen (RR 4,09; 95 %-KI 2,80 bis 5,97; I² = 0 %; Evidenz geringer Qualität). Die Wahrscheinlichkeit für eine vollständige Beseitigung in der Kontrollgruppe betrug 17,1 %. Ausgehend von 171 langfristigen vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen in der Kontrollgruppe entspricht dies 528 vollständigen Beseitigungen pro 1000 Jungen (95 %-KI 308 mehr bis 850 mehr).

Eine vordefinierte Subgruppenanalyse zur vollständigen Beseitigung der Phimose, basierend auf dem Alter (<3 Jahre vs. ≥3 Jahre), legte nahe, dass topische Kortikosteroide bei jüngeren Jungen möglicherweise effektiver sind. Subgruppenanalysen basierend auf der Behandlungsdauer und der Potenz der Kortikosteroide deuteten auf keinen Subgruppeneffekt hin.

Nur 2 der 11 Studien, in denen unerwünschte Wirkungen erfasst wurden, berichteten über unerwünschte Wirkungen; ein Ereignis trat in der Kortikosteroidgruppe (Teleangiektasie sowie Kontaktekzem) und 6 in der Kontrollgruppe (Teleangiektasien, Lazerationen und Entzündungen)

auf. Möglicherweise gibt es nur einen geringen oder gar keinen Unterschied im Risiko unerwünschter Wirkungen zwischen topischen Kortikosteroiden und Placebo oder keiner Behandlung (RR 0,28; 95 %-KI 0,03 bis 2,62; I² = 22 %; 11 Studien, 1091 Teilnehmer; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Fazit für die Praxis

- Diese systematische Übersichtsarbeit umfasst eine heterogene Kohorte von Jungen mit einer breiten Altersspanne (18 Tage bis 17 Jahre), unterschiedlichen Typen und Schweregraden der Phimose und Kortikosteroiden unterschiedlicher Potenz und Anwendungsdauer. Dies trägt zu einem hohen Maß an Heterogenität bei, erhöht jedoch andererseits die Übertragbarkeit der Ergebnisse.
- Im Vergleich zu Placebo oder keiner Behandlung können topische Kortikosteroide die Wahrscheinlichkeit sowohl der vollständigen als auch der partiellen Beseitigung der Phimose erhöhen, wenn sie nach 4 bis 8 Wochen Behandlung bewertet werden und sie können die langfristige vollständige Beseitigung der Phimose verbessern, wenn sie 6 oder mehr Monate nach der Behandlung beurteilt werden.
- Unerwünschte Effekte scheinen selten, nicht schwerwiegend und ähnlich denen zu sein, die bei Placebo beobachtet werden.

Korrespondenzadresse



PD Dr. med. habil. Jennifer Kranz, FEBU, MHBA

Klinik für Urologie und Kinderurologie, Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, Deutschland
jkranz@ukaachen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Aksoy und J. Kranz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Abstracts zum 76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Als Online Sonderheft mit einem Vorwort von DGU-Präsident Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend

Für den 76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. wurden zu 42 Themengebieten über 500 Abstracts eingereicht. Der Bewerbungsprozess bezog auch internationale Beiträge ein. Die Einreichung war ab März 2024 möglich und schloss einen bewährten Begutachtungsprozess von Fachgutachterinnen und Fachgutachtern an. Die diesjährige Annahmequote lag bei 64,6%.

Die Abstracts des diesjährigen Kongresses finden Sie zum Download als PDF oder E-Paper unter folgendem Link:

<https://link.springer.com/journal/120/volumes-and-issues/63-2/supplement>

Oder scannen Sie einfach den QR-Code und informieren sich direkt auf Ihrem Smartphone oder Tablet.



Für diejenigen, welche die Abstracts als gedrucktes Heft in der Hand halten möchten, liegen Exemplare am DGU-Stand aus.



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. Stehr et al S2k Leitlinie „Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen“
2. Heidepriem NH, Stehr M Aktualisierte Handlungsempfehlung zur S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen“. Monatsschr Kinderheilkd. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01901-9>
3. Heidepriem NH, Stehr M Erratum zu: Aktualisierte Handlungsempfehlung zur S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose bei Kindern und Jugendlichen“. Monatsschr Kinderheilkd. <https://doi.org/10.1007/s00112-024-01974-0>
4. Thorup J, Thorup SC, Ifaoui IB (2013) Complication rate after circumcision in a paediatric surgical setting should not be neglected. Dan Med J 60(8):A4681
5. Mastin WM (1881) Infantile circumcision a cause of contraction of the external urethral meatus. Ann Anat Surg 4:123–128
6. Moreno G, Corbalán J, Peñaloza B, Pantoja T (2014) Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev 2014(9):CD8973

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

1. Dahm P, Ergun O, Uhlig A, et al. Cyto-reductive nephrectomy in metastatic renal cell carcinoma. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jun 7;6(6):CD013773.

Fazit: Cyto-reductive nephrectomy (CN) plus systemic anticancer therapy (SACT) in the form of interferon immunotherapy versus SACT in the form of interferon immunotherapy alone probably increases time to death from any cause. However, we are very uncertain about the effect of CN plus SACT in the form of tyrosine kinase inhibitor (TKI) therapy versus SACT in the form of TKI therapy alone on time to death from any cause. Immediate CN versus deferred CN may decrease time to death from any cause. We found no quality of life data for any of these three comparisons. We also found no evidence to inform any other comparisons, in particular those involving newer immunotherapy agents (programmed death receptor 1 [PD-1]/programmed death ligand 1 [PD-L1] immune checkpoint inhibitors), which have become the backbone of SACT for metastatic renal cell carcinoma. There is an urgent need for RCTs that explore the role of CN in the context of contemporary forms of systemic immunotherapy.

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

2. El-Taji O, Taktak S, Jones C, et al. Cardiovascular Events and Androgen Receptor Signaling Inhibitors in Advanced Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Oncol. 2024 Jun 6:e241549.

Fazit: This systematic review and meta-analysis found that the addition of androgen receptor signaling inhibitors to traditional androgen deprivation therapy was associated with increased risk of Cardiovascular events across the prostate cancer disease spectrum. These results suggest that patients with prostate cancer should be advised about and monitored for the potential of increased risk of Cardiovascular events with initiation of androgen receptor signaling inhibitors therapy alongside conventional hormonal therapy.

- Schwerpunkt: Oncology - Genitourinary
- Relevanz für die Praxis: ■■■■■■□
- Ist das neu?: ■■■■■■□

*Empfohlen von: EvidenceUpdates (BMJ und McMaster University)