

Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie in Dresden

Die diesjährige Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Urologie fand am 15. November unter der Tagungspräsidentschaft von Prof. Dr. Wirth, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, in Dresden statt.

Neben Referenten verschiedener Klinika aus Sachsen waren als prominente Gastredner von außerhalb Sachsens Prof. Dr. Altwein, Chefarzt am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in München und ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie, und Prof. Dr. Weißbach, Euromed Clinic Fürth und ehemaliger Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft, nach Dresden gekommen.

Der thematische Schwerpunkt der wissenschaftlichen Fortbildungstagung lag auf uroonkologischen Themen. PD Dr. Hakenberg, Dresden, referierte über die Möglichkeiten und Ergebnisse potenterhaltender Radikaloperationen beim lokalisierten Prostatakarzinom sowie über Möglichkeiten der Förderung der Regeneration der Potenzfunktion. Während in der Frühphase der postoperativen Rehabilitation die Mehrzahl der Patienten impotent sein wird, ist eine Regeneration der Potenzfunktion nach einseitiger, besonders aber nach beidseitiger Erhaltung der neurovaskulären cavernösen Nervenbündel in bis zu mehr als 60 % der Fälle möglich. Eine solche Regeneration der Potenz nach radikaler Prostatektomie ist aber direkt alterskorreliert und in jüngeren Jahren günstiger jedoch mit zunehmendem Alter geringer ausgeprägt. Die Ergebnisse von Nervinterponaten nach Resektion der neurovaskulären Bündel sind klinisch bislang nicht eindeutig geklärt, jedoch gibt es hierzu vielversprechende tierexperimentelle Untersuchungen. Die Ergebnisse der Nervenregeneration könnte hiernach zukünftig durch neurotrophe Faktoren und kultivierte Schwann'sche Zellen verbessert werden. Eine frühzeitige erektionsfördernde postoperative Behandlung mittels intrakavernöser oder oraler erektionsinduzierender Medikation durch Phosphodiesterase-5-Hemmer kann durch die Vermeidung von langanhaltender relativer Hypoxie der Schwellkörper die Regeneration der Potenzfunktion deutlich fördern, wie in Untersuchungen zu Sildenafil und Vardenafil gezeigt werden konnte.

Prof. Dr. Altwein referierte über die Möglichkeiten einer medikamentösen Prophylaxe von Prostataerkrankungen. Die Behandlung mit Finasterid hat in einer grossen placebo-

kontrollierten Multicenter-Studie zur Therapie der benignen Prostatahyperplasie eine signifikant niedrigere Anzahl von neu entdeckten Prostatakarzinomen im Behandlungsarm gezeigt. Gleichzeitig hat die gleiche Studie jedoch bei weniger entdeckten Prostatakarzinomen einen schlechteren Differenzierungsgrad dieser Prostatakarzinome im Finasteridarm im Vergleich zur Placebogruppe ergeben. Eine Behandlungsempfehlung allein zur Prophylaxe eines potentiellen Prostatakarzinoms könne laut Prof. Dr. Altwein aus dieser Studie nicht abgeleitet werden. Andere Behandlungsstudien zur BPH haben eine deutliche Verminderung des Progressionsrisikos der BPH zu operationspflichtigen Interventionen, Harnverhalt oder deutlicher Symptomenzunahme unter Kombinationstherapie mit dem Alphablocker Doxazosin und Finasterid nachgewiesen. Da auch hier jedoch das absolute Risiko dieser Progressionskriterien relativ gering sei, könne auch daraus keine allgemeine Empfehlung zur prophylaktischen Therapie einer BPH gegeben werden.

Prof. Dr. Weißbach sprach zum Thema des „Off-label“ Gebrauchs von Arzneimitteln beim Prostatakarzinom. Dabei verwies er nachdrücklich auf den Unterschied zwischen „Standard“ als definiert durch Leitlinien und gedeckt durch die Leistungspflicht der Kostenträger und „Stand des Wissens“. Letztere gehe sehr oft weit über das hinaus, was anerkannter und durch Empfehlungen abgedeckter Standard – besonders in der onkologischen Therapie – sei. Der „Off-Label“-Gebrauch, definiert als Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsberei-

ches, sei daher in der Krebsbehandlung fast mehr die Regel als Ausnahme geworden. Dazu würde die Politik der Arzneimittelproduzenten wesentlich beitragen, in dem diese zunehmend eine Zulassung für sehr eng begrenzte Indikationsbereiche oder Einzelindikationen erwirken, um schnell eine Marktzulassung zu erreichen. Der durch zahlreiche klinische Studien dann rasch erweiterte „Stand des Wissens“ mit der nachgewiesenen guten Wirksamkeit auch außerhalb des engen Zulassungsbereiches führe dann zwangsläufig zur Off-label-Anwendung, was naturgemäß auch zu Schwierigkeiten mit Kostenträgern führen könne. Für die Patienten sei jedoch eine Anwendung gemäß dem „Stand des Wissens“ notwendig und nicht nur nach „Standard“.

Dr. Ebermayer von der Bavaria-Klinik in Kreischa berichtete über Ergebnisse der stationären Frührehabilitation von radikal prostatektomierten Männern aufgrund einer Untersuchung von 451 Patienten. Die Patienten wurden dabei aus praktisch allen sächsischen Kliniken nach Kreischa zur Rehabilitation eingewiesen. Er verglich dabei die Frühergebnisse der verschiedenen Operationsmethoden, nämlich die der offenen retropubischen Operation, dem zahlenmäßig in Deutschland überwiegend angewandten Standardverfahren, mit denen der perinealen radikalen Prostatektomie und der oft als minimal invasiv bezeichneten laparoskopischen Prostatektomie. Dabei zeigte sich im Patientengut der Bavaria-Klinik ein insgesamt eindeutig und deutlich besseres Abschneiden der offenen retropubischen radikalen Prostatektomie sowohl im Vergleich zur perinealen Operation wie auch zur laparosko-

pischen Variante. Die Rate an R1-Resektionen (nicht-tumorfrem Absetzungsrand) betrug für die retropubische Operation 6%, für die laparoskopische 8% und für die perineale Operation 21%. Die Frühkontinenzrate war am schlechtesten bei der perinealen Operation, gefolgt von der laparoskopischen Operation und am besten bei der retropubischen Prostatektomie. Die Rate an Wundheilungsstörungen betrug für die retropubische und für die laparoskopische Operation jeweils 4%, für die perineale jedoch 37%. Überraschend war auch der ermittelte Analgetikabedarf in der Phase der Anschlussheilbehandlung; dieser lag bei der offenen Standardoperation mit 3% am niedrigsten, deutlich höher nach laparoskopischer Prostatektomie (23%) und am höchsten mit 30% nach perinealer Prostatektomie. Ebenfalls zeigten diese Zahlen bessere Ergebnisse größerer Kliniken mit höherer Operationsfrequenz der radikalen Prostatektomie im Vergleich zu Kliniken mit kleinerer diesbezüglicher Fallzahl. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, dass diese Ergebnisse für Fachleute nicht überraschend seien, diese Zahlen ein jedoch deutlich anderes Bild ergäben, als vielfach in der Presse dargestellt. PD Dr. Steinbach, Dresden-Friedrichstadt, sprach über Stand und Ergebnisse der organerhaltenden Nierenteilresektion. Galt bis vor wenigen Jahren die radikale Tumornephrektomie als Standard der Therapie des lokalisierten Nierenzellkarzinoms, so hat sich aus der Notwendigkeit der Teilresektion aufgrund der sogenannten imperativen Indikation bei Einzelniere heute die Sichtweise deutlich gewandelt. Die publizierten größeren Serien zur Komplikationsrate und Nachsorge des durch Teilresektion organerhaltend operierten Nierenzellkarzinoms haben übereinstimmend gute Ergebnisse auch nach elektiver Indikation bei kleinen Nierentumoren unter 4 cm im Durchmesser ergeben. Das Langzeitüberleben wie auch die Rezidivrate unterscheiden sich nicht von denen von radikal tumornephrektomierten Patienten, wenn die Tumorgöße als limitierendes Indikationskriterium beachtet wird. Eine Einschränkung ist jedoch möglicherweise bei entdifferenzierten Tumoren zu beachten.

PD Dr. Manseck, Urologische Universitätsklinik Dresden, referierte über Stand und Indikationen der laparoskopischen Operationsverfahren beim Nierenzellkarzinom und stellte eigene Ergebnisse dar. Während die Indikation und Technik sowohl der transperitonealen laparoskopischen als auch der retroperitoneos-

kopischen Technik zwar bislang wenig standardisiert seien, seien beide prinzipiell zur radikalen Tumornephrektomie gut geeignet, wenn die Tumorgöße 8 bis 10 cm nicht überschreite und eine Tumorthromboseextension in die Vena cava auszuschließen sei. Der retroperitoneoskopische Zugang biete jedoch die Vorteile eines Ein-Höhlen-Eingriffs und vermeide intraabdominale Verwachsungen als mögliche Folgen. Der Stellenwert einer laparoskopischen Nierenteilresektion, obwohl technisch mit deutlichem Mehraufwand möglich, sei in seiner Wertigkeit noch zu recht umstritten, da eine R0-Resektion weniger sicher garantiert werden könne als bei einer offenen Nierenteilresektion, welche damit weiterhin als Standard anzusehen sei.

Dr. Zacharias, Universitätsklinikum Halle, sprach über die Möglichkeiten und Ergebnisse der Chemotherapie beim fortgeschrittenen Blasenkarzinom. Die Ergebnisse der adjuvanten konventionellen Chemotherapie beim Lymphknotenpositiven Blasenkarzinom mit dem MVEC- oder MVAC-Schema sind mit deutlichen chemotherapiespezifischen Nebenwirkungen behaftet und verlängern das Überleben der Patienten nicht. Positiver zu bewerten sind die Anwendung der Taxane und anderer neuerer Substanzen, die bei erheblich geringerer Toxizität bei Patienten mit Organmetastasen wirksam sind. Die Entwicklung anderer, neuer Substanzen ist in der klinischen Erprobung, lässt aber positive Entwicklungen erwarten.

Dr. Schalenberg, Universitätsklinikum Leipzig, referierte über moderne Verfahren der Harnableitung nach radikaler Zystektomie. Die Ileumneoblase nach Hautmann sei beim Mann und auch bei der Frau zum Standard einer möglichen kontinenten Harnableitung geworden. Die Harnableitungsverfahren mittels kontinenter, katheterisierbarer Pouchbildung sei ebenso möglich, werde aber vergleichsweise selten angewandt. Aufgrund des Alters und der Komorbidität der Patienten sei nach wie vor eine inkontinente Harnableitung über ein Dünndarm- oder Dickdarmsconduit eine vielfach gewählte und bessere Alternative für ältere Menschen. Zu einem nicht onkologischen Thema sprach Dr. Leike, Universitätsklinikum Dresden, über die Möglichkeiten und Grenzen der perkutanen endoskopischen Nierensteintherapie (perkutane Nephrolitholapaxie, PNL). Die Technik dieser früher als minimal-invasiv betrachteten Methode habe sich durch die Geräteentwicklung nur geringfügig verändert,

jedoch sei mit der Lasertechnik die Anwendung hochenergetischer Energieverfahren zur Steinerztrümmerung möglich. Kritische Punkte dieser Operation seien die richtige Indikationsstellung, die Wahl der Kelchgruppe für den Zugang und eine sichere Punktions- und Bougierungstechnik. Die Steinfreiheitsraten nach der PNL liegen zwischen 85 und 90%. Sekundäreingriffe zur Entfernung kleiner Reststeine nach PNL seien vergleichsweise wenig belastend.

PD Dr. Janitzky, Heidenau, referierte über die Therapie des unteren Harnleitersteins mittel ESWL oder Ureterskopie. Beide Methoden seien effektiv, die Indikation abhängig von der Steingröße und anatomischen Gegebenheiten. Bei gleichen Ausgangsbedingungen ist die Steinfreiheit sicherer und rascher mit ureterskopischer Stein Entfernung zu erreichen bei geringfügig höherer Komplikationsrate. Die Definition eines Standards sei hier jedoch durch die Fachgesellschaften noch nicht erfolgt.

Dr. Böhm, Dresden, berichtete über die Erfahrungen in der Praxis mit den neuen Therapieverfahren zur erektilen Dysfunktion. Die drei zugelassenen Phosphodiesterasehemmer Sildenafil, Vardenafil und Tadalafil unterscheiden sich in der Wirkungsweise nicht wesentlich, es bestünden jedoch Unterschiede in der Wirksamkeit wie auch der Wirkdauer, auch in Abhängigkeit von der therapierten Patientengruppe. Alle drei Medikamente würden von Patienten gut angenommen, die Präferenz richte sich prinzipiell nach den persönlichen Umständen und Vorstellungen der Patienten.

Abschließend gab es eine Rundtischdiskussion zu uroonkologischen Problemfällen mit den Teilnehmern PD Dr. Barth, Aue, Prof. Dr. Dorschner, Leipzig, Dr. Lammert, Görlitz, Dr. Raßler, Leipzig, PD Dr. Steinbach, Dresden, Prof. Dr. Wirth, Dresden und Dr. Wittig, Chemnitz. Von den Teilnehmern wurde dabei eine breites Spektrum an uroonkologischen Kasuistiken mit speziellen Fragestellungen vorgestellt und diskutiert. Es schloss sich dabei eine breite Diskussion an.

Fast erwartungsgemäß wurde aufgrund des dicht gepackten wissenschaftlichen Programms der Zeitrahmen auch aufgrund der angeregten Diskussion etwas überzogen. Die Fortbildungsveranstaltung wurde von mehr als 120 Urologen aus Kliniken und Praxen Sachsens besucht.

Prof. Dr. Manfred Wirth, Dresden