



*„Warum werden Kompetenzen ausgelagert, wenn sie ins eigene Fach integriert werden könnten?“*

**Prof. Dr. med. Michael Seitz**  
UroClinic Bogenhausen, München

## Bildgebung – quo vadis?

Vor allem Meilensteine in der Bildgebung machten die Urologie im 19. und 20. Jahrhundert zu einem innovativen und abwechslungsreichen Fachgebiet. Die Innovationen beim Harnsteinleiden etwa markieren eine beispiellose Erfolgsgeschichte: Nach Einführung der Röntgenstrahlen 1895 dauerte es keine 15 Jahre, bis die retrograde Pyelografie entwickelt wurde, weitere 20 Jahre später konnte die intravenöse Pyelographie als Routineuntersuchung in das urologische Diagnose-Armamentarium integriert werden. In den 1970er-Jahren wurde die B-Bild-Sonografie vorgestellt, bereits 1977 war der erste diagnostische Ultraschallgenerator verfügbar. Nach klinischer Einführung der perkutanen Nephrolithotriaxie, der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie Anfang der 1980er-Jahre und später der flexiblen Ureterorenoskopie lagen Diagnostik und Therapie ausschließlich in urologischer Hand.

Ähnliches gibt es bei der Prostata zu berichten: Während zunächst die operative Therapie des Prostatakarzinoms (PCA) im Vordergrund stand, kam später die Adenomenukleation dazu und wurde bald um die transurethrale Prostatektomie ergänzt. Diagnostisch wurden die Befunde durch urologische Bildgebungsverfahren wie Ausscheidungs- und Zystourethrographie untermauert. Mit dem transrektalen Ultraschall (TRUS) wurde in den 1980er-Jahren dann die TRUS-gesteuerte Biopsie etabliert.

Die Beispiele zeigen eindrücklich, dass die Neuerungen nicht nur von innovativen Urologen stammen, sondern die bildgebende Diagnostik und Therapie auch in der Hand der Urologen lag. Betrachtet man die Beiträge in dieser Ausgabe von URO-NEWS, so scheint, dass dies seit Beginn des 21. Jahrhunderts anders ist: Beim Artikel zum kontrastmittelverstärkten Ultraschall (CEUS), um zystische Raumforderungen zu differenzieren, darf durchaus die Frage aufkommen, warum diese Technik nicht dort gelehrt und angewendet wird, wo die Patienten primär vorgestellt werden – also in der Urologie. Warum werden Kompetenzen ausgelagert, wenn sie ins eigene Fach integriert werden könnten? Schwächt das nicht das

Ansehen des Faches und reduziert das diagnostische Spektrum? Meine Erfahrung hat gezeigt, dass die CEUS-Technik beim TRUS zur Diagnostik des PCA eingesetzt werden kann. Die dabei verwendeten „microbubbles“ können ins Kapillarbett der Prostata eindringen. So ist es möglich, noduläre Gefäßirregularitäten von normalem, radiärem Perfusionsmuster zu unterscheiden und in Echtzeit zu biopsieren. Die „microbubbles“ können zur superselektiven Darstellung tumorsuspekter Areale zudem mit Antikörpern gegen Oberflächenmarker gekoppelt werden. Alternativ stehen 29-MHz-Ultraschallsysteme zur TRUS-gesteuerten, transperinealen Prostatabiopsie bereit, die eine bessere räumliche Auflösung als moderne MRT-Generatoren haben und eine gute urologische Alternative zum mpMRT der Prostata sind.

Der heute weit verbreitete Mechanismus, bei jeder diagnostischen Schwierigkeit nach einer schnittbildgebenden Diagnostik zu rufen, kann für die Urologie negative Folgen haben: Oft werden primär urologische Patienten inzwischen vom Hausarzt direkt zum (interventionellen) Radiologen überwiesen. Hier gilt es, Mut und Selbstbewusstsein zu beweisen, damit eine Kernkompetenz der urologischen Bildgebung in urologischer Hand bleibt.

Auf der anderen Seite sind wir Urologen selbstverständlich offen für moderne innovative Bildgebungsmodalitäten aus Nuklearmedizin und Radiologie. Kein diagnostisches Medium hat die Ausbreitungsdiagnostik beim PCA zuletzt deutlicher verbessert als die PSMA-PET/CT. Welchen Benefit die daraus entstandenen therapeutischen Möglichkeiten wie Ligandentherapie und „radio-guided surgery“ klinisch erreichen, wird die Zukunft zeigen.

Herzlich, Ihr