Moderne Steintherapie

Zwischen Individualisierung und Guidelines

Kaum ein anderes Gebiet der Urologie hat sich in den vergangenen Jahren so stark gewandelt wie das der Steine. Nach Einführung der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) in die Harnsteintherapie der 1980er Jahre galt das Kapitel als abgeschlossen. Steine, egal ob in der Niere oder im Harnleiter, konnten zertrümmert werden, mehrfach, ohne Narben und bei Rezidiven immer wieder. Die offen-operative Steinchirurgie trat mehr und mehr in den Hintergrund wie auch die Harnsteinmetaphylaxe, die nicht selten ganz vergessen wurde. In dessen machte in den 1990er Jahren die epidemiologische Entwicklung der Urolithiasis mit steigenden Prävalenz- und Inzidenzwerten bei gleichzeitigem Anstieg der Behandlungszahlen in den Kliniken der westlichen Industrienationen zunehmend nachdenklich. Waren wesentliche Aspekte übersehen worden? Sollte die Metabolik der Harnsteine doch ernst genommen und eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden? In einigen Arbeiten war sogar von einem „Stein-Boom“ die Rede.

Aus dem Wunsch heraus, den aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Stand der Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe von Harnsteinen für die Urologen in Klinik und Praxis zu beschreiben, wurde 1997 die erste Leitlinie „Harnsteine“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) publiziert. Die Leitlinie gab einen prägnanten Überblick zur damaligen Expertenmeinung in Sachen Harnsteine. Explizite Empfehlungen, wie sie die modernen Leitlinien aussprechen, waren in den vier Teildokumenten (Diagnostik, Indikation, Techniken, Metaphylaxe) der damaligen Leitlinie nicht formuliert worden.

2008 erschien die zweite Harnsteinleitlinie der DGU. Das Dokument war umfassend in allen Teilbereichen – Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe, formulierte klare Handlungsempfehlungen und schlug erstmals Algorithmen zur interventionellen Steintherapie und metabolischen Diagnostik vor. Aus heutiger Sicht wurde die Evidenzgrundlage durch Literatur (aber auch immer noch reichlich Expertenmeinung) geschaffen.

» „Steinleitfaden“ für klinisch tätige und niedergelassene Urologen

Vergangenen Herbst wurde nun die dritte DGU-Harnsteinleitlinie, jetzt als S2k-Leitlinie, publiziert. Ein gutes und umfassendes Dokument, dem man das transparente, strukturierte und systematische Erarbeiten der Evidenzlage anmerkt und das sich durch klar formulierte Empfehlungen auszeichnet. Es ist eine moderne Leitlinie, die den Vergleich mit den EAU- („European Association of Urology“), AUA- („American Urological Association“) oder CUA-Guidelines („Canadian Urological Association“) nicht zu scheuen braucht. Der aktuelle Stand der Literatur wurde sorgfältig bewertet, Unnötiges oder Veraltetes gestrichen und anschließend für alle ausgesprochenen Empfehlungen konsentiert. Herausgekommen ist ein hilfreicher „Steinleitfaden“ für klinisch tätige, aber auch niedergelassene Urologen.

Die nachfolgenden Beiträge skizzieren nun jeweils in einem Teilgebiet Wege zwischen Guidelines und Individualisierung. Die Festlegung eines individuel-

len Therapiekonzepts ergibt sich dabei aus der Integration der externen Evidenz (Leitlinien), den individuellen Eigenschaften und Präferenzen des Patienten und nicht zuletzt der Verfügbarkeit von Technologien und den Fähigkeiten des Behandlers. Wie die vergleichende Betrachtung der vier Harnsteinleitlinien von DGU, EAU, AUA und CUA zeigt, führt der weltweit gleiche Wissensstand in Sachen Urolithiasis nicht automatisch zu einer Homogenität der Leitlinienempfehlungen. Unterschiede in der Ressourcenverfügbarkeit, in nationalen Gesundheitssystemen oder fachspezifischen Traditionen bedingen z. T. eine andere Lesart der objektiven Datenlage, wodurch sich andersartige Empfehlungen ergeben können.

Unserer Auffassung nach besteht der Zweck einer Leitlinie darin, eine möglichst objektive und solide Grundlage für die Beratung unserer Patienten nach aktuellem Stand des Wissens bereitzustellen. Sie soll Orientierung bei der Auswahl des geeigneten Diagnostik- oder Therapieverfahrens geben. Entscheidend ist das fundierte und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Gespräch. Am Ende bleibt es jedoch immer die Entscheidung des Patienten, welchen Empfehlungen er sich anschließen möchte.

Ihr

PD Dr. Martin Schönthaler

Ihr

Dr. Michael Straub

Korrespondenzadresse

PD Dr. M. Schoenthaler

Klinik für Urologie,
Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg, Deutschland
martin.schoenthaler@uniklinik-
freiburg.de

Dr. M. Straub

Klinik und Poliklinik für
Urologie, Klinikum rechts
der Isar der Technischen
Universität München
München, Deutschland
michael.straub@tum.de

Interessenkonflikt. M. Schönthaler und M. Straub geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.