tienten aufgrund mindestens eines Ausschlusskriteriums „nicht studientauglich“ seien. Von den aktuell prospektiv im RCC-Register rekrutierten 1.193 Patienten haben 732 entweder einen niedrigen Karnofsky-Performanceindex (< 80 %), einen niedrigen Hämoglobin-Ausgangswert (< unterer Normalwertgrenze) oder eine nicht klarzellige Histologie. Ihr medianes Gesamtüberleben beträgt 17,9 Monate nach Beginn der Erstlinientherapie. Nur 44 % der Patienten aus dem RCC-Register kämen als Studienteilnehmer infrage.

Bei der Diskussion individueller Therapieoptionen muss nach Ansicht von Goebell berücksichtigt werden, dass die „nicht für Studien geeigneten“ Patienten – mehr als die Hälfte der in der täglichen Praxis behandelten – auch beim Gesamtüberleben mit 12,8 versus 26,0 Monaten deutlich schlechter abschneiden.

Ute Ayazpoor

Urothelkarzinom: Umwelteinflüssen auf der Spur

Für das Urothelkarzinom sind einige Faktoren bekannt, die das Erkrankungsrisiko erhöhen, etwa die Exposition gegenüber biogenen Aminen, Nitraten oder Nitrit-Verbindungen und Arsen. Nun stellte Maximilian Brandt, Frankfurt am Main, neue Daten vor [Brandt MPJK et al. DGU. 2015; Abstr V02.1]. Auf der Grundlage der von 2003 bis 2010 neu diagnostizierten Urothelkarzinome wurden regionale Inzidenzen berechnet und den regionalen Nitrat-, Nitrit- und Arsen-Werten im Grundwasser gegenübergestellt. Bei den 171.086 ausgewerteten Fällen von Urothelkarzinomen zeigten sich Cluster mit einer signifikant höheren Inzidenz ($p < 0,0002$). In der multivariablen Analyse konnte nachgewiesen werden, dass alle drei Faktoren unabhängig voneinander signifikant mit der Inzidenz des Urothelkarzinoms assoziiert sind. Zwar werden Nitrat-, Nitrit- und Arsen-Werte im Trinkwasser kontrolliert, dennoch können sie über die Nahrung in den menschlichen Kreislauf gelangen und damit ein Baustein in der Tumorgenese sein.

Doris Berger

Berichte vom 67. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 23. bis 26. September 2015 in Hamburg

Ein Blick in die DGU-Kongresszeitung

Hodentumoren: Aktualisierte EAU-Guideline im Blick

In Europa werden etwa 97 % der Patienten mit Hodentumoren abhängig von Tumorstadium und Tumorpathologie geheilt, wie Achim Lusch und Peter Albers, Düsseldorf, in der Kongresszeitung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) geschrieben haben. Orientierung bei der Therapie bietet die aktualisierte Leitlinie der EAU (European Association of Urology) [Albers P et al. Eur Urol. 2015 Aug 18. (Epub ahead of print)]. Die Aktualisierungen betrafen insbesondere die Therapie des Seminoms und des Nichtseminoms im klinischen Stadium I (CS I) sowie die Nachsorge. So soll beispielsweise bei der Therapie des Seminoms im klinischen Stadium I nach Ablatio testis die adjuvante Strahlentherapie bei jungen Patienten nicht mehr empfohlen werden. Bei der Therapie des Nichtseminoms im klinischen Stadium I soll Patienten ohne Gefäßinvasion aufgrund des geringen Rezidivrisikos nur noch eine aktive Überwachung empfohlen werden.

Komorbiditäten beim Prostatakarzinom beachten

Komorbiditäten müssen bei der Therapieplanung mehr Beachtung finden, hat Theodor Klotz, Weiden in der Oberpfalz, gefordert. Zwar würden die Möglichkeiten der medikamentösen Tumorthherapie beim metastasierten, kastrationsrefraktären Prostatakarzinom (mCRPC) immer vielfältiger, schrieb Klotz, man müsse sich aber die Frage stellen, welche Faktoren bei den meist hochbetagten urologischen Tumorpatienten die Therapieentscheidung beeinflussen. Schon die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom von 2014 verweise auf die Bedeutung eines geriatrischen Assessments. Für Klotz stellt das geriatrische Assessment zukünftig in der uroonkologischen Therapie, gerade bei neuen, komplexen medikamentösen Therapiealgorithmen, eine wichtige Entscheidungshilfe dar.

Durch ein standardisiertes geriatrisches Assessment ließen sich letztlich drei Gruppen von Patienten darstellen:

- Gruppe 1 („go go“): unabhängig in Alltagsaktivitäten (ADL, „activities of daily living“), keine schweren Begleiterkrankungen, alle Möglichkeiten der medikamentösen Tumorthherapie,

© viviamo/istock

- Gruppe 2 („low go“): Unterstützung benötigt in mind. einer der Domänen der IADL („instrumental activities of daily living“), maximal zwei Begleiterkrankungen, eventuell Dosisadaptation der medikamentösen Tumorthherapie,
- Gruppe 3 („no go“): Abhängigkeit in mehreren ADL, drei oder mehr schwere Begleiterkrankungen, geriatrische Syndrome, Demenz.

Nach Klotz wäre für Gruppe 3 die Konsequenz, dass eine komplexe medikamentöse Tumorthherapie und/oder Chemotherapie nur eingeschränkt indiziert sei. Das Hauptaugenmerk für diese Patientengruppe würde auf die Supportion und palliative Begleitung gerichtet.

Funktions- und Organerhalt beim Blasenkarzinom

Die kombinierte Radiochemotherapie ist nach Frederik Wenz, Mannheim, ein wichtiger Baustein der multimodalen Therapie zur organ- und funktionserhaltenden Behandlung bei Harnblasenkarzinom. Dabei sei die Radiochemotherapie nicht als Alternative zur interventionellen urologischen Versorgung eines Harnblasenkarzinoms, sondern als adjuvante bzw. postoperative Therapie nach transurethraler Resektion (TUR) als Alternative zur Zystektomie zu sehen. Nachdem der Tumor im Rahmen einer TUR möglichst komplett (R0) reseziert wurde, sollte nach etwa zwei bis sechs Wochen eine Radiotherapie oder Radiochemotherapie mit ca. 50–60 Gy in konventioneller Fraktionierung durchgeführt werden, empfahl er. Bei kurativer Intention sei eine simultane Chemotherapie grundsätzlich indiziert. So habe eine erste randomisierte Studie (Radiotherapie mit und ohne Cisplatin) für die kombinierte Radiochemotherapie einen signifikanten Vorteil hinsichtlich lokaler Kontrolle gezeigt sowie einen Trend zu besseren Überlebensraten. Nach dem Erlanger Protokoll erhielten Patienten 5-mal 25 mg/m² KO Cisplatin an Tag 1–5 der ersten und der fünften Radiotherapiewoche, erläuterte der Urologe.

Doris Berger