Urologe 2019 · 58:1271

<https://doi.org/10.1007/s00120-019-01047-1>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

T. Knoll¹ · M. Schönthaler² · A. Neisius³

¹ Urologische Klinik, Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Sindelfingen, Deutschland

² Department Chirurgie, Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

³ Abteilung für Urologie und Kinderurologie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Trier, Deutschland

Urolithiasis

Lassen Sie uns mit einem Zitat von K. Taguchi aus dem Jahr 1970 beginnen, publiziert im *Canadian Medical Association Journal*:

The urologist can afford to be supremely complacent in the treatment of patients with urinary calculi. He can ... extract the offending calculus, proudly show the stone to his patient, charge a handsome fee, and rest assured that very few patients or physicians will ever challenge or question his participation ...

Is it not a wonder that every urology meeting is not opened with the invocation: "Hail to ... urinary calculi—may their causes never be found?"

Knapp 50 Jahre später ist vieles geschehen, sollte man meinen. Steinextraktion im Sinne der 1970er-Jahre bedeutet offene Steinchirurgie oder auch die Zeiss-Schlinge. Perkutane Nephrolithotomie (PCNL), extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) und in den letzten 20 Jahren v.a. die Ureterorenoskopie (URS) haben die interventionelle Therapie völlig verändert und minimal-invasiv gemacht. Aber sind die Therapien auch effektiver geworden? Man würde es erwarten, jedoch liegen die publizierten Steinfreiheitsraten von PCNL, ESWL und URS – zumindest, wenn ehrlich berichtet und ordentlich bildgebend erhoben – im Bereich von 50–80 %. Das hat die offene Steinchirurgie, wenn auch invasiver, ebenfalls geleistet.

Was sind aber die Pathomechanismen der idiopathischen Calciumoxalatsteinbildung? Weshalb korrelieren die Ergebnisse der 24-h-Sammelurinuntersuchung oft nicht mit dem tatsächlichen Rezidivrisiko oder überhaupt mit einer Steinbildung? Zusammenhänge mit bei-

spielsweise dem metabolischen Syndrom wurden zwar beschrieben, unklar bleibt trotzdem fast alles. Die effektivste Präventionsmaßnahme für Calciumoxalatsteine ist die Kombination von Alkalizitrat und Thiaziden, ganz unabhängig von einer metabolischen Abklärung, die dann vielleicht auch gar nicht notwendig ist?

Wir können uns entweder wie im obigen Zitat freuen, dass die Harnsteine uns Urologen beschäftigt halten, oder aber doch im guten wissenschaftlichen Sinne zu erforschen versuchen, was dahinter steckt – statt sich immer wiederholende Arbeiten zu publizieren, die auch durch die Flut an systematischen Übersichtsarbeiten nicht besser werden. Hier stehen die Arbeitskreise der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) und der European Association of Urology (EAU) in der Pflicht, aber vielleicht ist dieses Schwerpunktthema des Urologen eine Initialzündung für den ein oder anderen von Ihnen. Bringen Sie sich ein, wir denken es lohnt sich. Und ganz sicher bleiben immer noch eine Menge Steine zur Intervention übrig.

In diesem Sinne, viel Freude beim Lesen,

T. Knoll
M. Schönthaler
A. Neisius

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Knoll

Urologische Klinik, Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Arthur-Gruber-Str. 70,
71065 Sindelfingen,
Deutschland
T.Knoll@
klinikverbund-suedwest.de

Prof. Dr. M. Schönthaler

Department Chirurgie,
Klinik für Urologie,
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Str. 55,
79106 Freiburg, Deutschland
martin.schoenthaler@
uniklinik-freiburg.de

PD Dr. A. Neisius

Abteilung für Urologie und
Kinderurologie, Krankenhaus
der Barmherzigen Brüder
Trier
Nordallee 1, 54292 Trier,
Deutschland
a.neisius@bk-trier.de

Interessenkonflikt. T. Knoll, M. Schönthaler und A. Neisius geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.