



Daten zu neuen Therapieansätzen bei urologischen Tumoren wurden dieses Jahr im historischen Dresden präsentiert.

© Wählers PR/DGU

69. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU)

Neues zur Ablation bei Nierentumoren

Werden zukünftig kleinere Nierentumoren eher ablatiert als operiert? Das war eine der Fragen, die auf dem DGU-Jahreskongress 2017 diskutiert wurde. Ein weiteres Thema war etwa die Checkpointblockade bei Urothelkarzinomen.

Für Patienten mit kleinen Nierentumoren sowie bei ausgeprägter Komorbidität oder begrenzter Lebenserwartung werden in Leitlinien thermische Ablationsmethoden wie die Kryoablation und Radiofrequenzablation empfohlen. Bislang nur wenige Daten lägen auch zur Mikrowellen-Ablation vor, sagte Johann Wendler, Magdeburg. Des Weiteren wird der hochintensive, fokussierte Ultraschall (HIFU) erprobt. Dabei werden Temperaturen von über 90° C erreicht – allerdings ist der technische Aufwand dieser Methode hoch. Wendler stellte drei nichtthermische Ablationsverfahren vor, die künftig bedeutsam werden könnten: die stereotaktische Radiatio, die Brachytherapie sowie die irreversible Elektroporation.

Bei der stereotaktischen Bestrahlung werden mit einem Linearbeschleuniger konvergent hohe Strahlendosen von 16–70 Gy in kurzer Zeit appliziert. „Es gibt kein Größenlimit der Tumoren und es lassen sich auch irreguläre Volumina bestrahlen“, erklärte Wendler. In einer kürzlich veröffentlichten Studie war bei T1a/b-Tumoren bei geringer Toxizität eine 100%ige Effektivität beschrieben worden. Gesundes Nierengewebe wird weitgehend geschont.

Besonders für zentral liegende Karzinome ist die Brachytherapie im Afterloading-Verfahren mit ¹⁹²Iridium interessant. Die Strahlenquelle wird über einen endoluminalen Katheter eingebracht. Aufgrund des steilen Dosisabfalls wird gesundes Gewebe geschont. Auch mit diesem Verfahren lassen sich individuelle Volumina ohne Größenlimit bestrahlen. Klinische Studien zur Effektivität und Sicherheit laufen noch.

Bei der irreversiblen Elektroporation wird durch Induktion von Hochstromimpulsen innerhalb von Mikrosekunden eine Koagulationsnekrose erzeugt. Deshalb kann die Behandlung nur in Vollnarkose mit Muskelrelaxation vorgenommen werden. Da es sich um eine ferromagnetische Technologie handelt, ist die Therapie nur unter computertomografischer Kontrolle möglich. Behandelt werden können sicher sphäroide Tumoren einer Größe von maximal 4 cm. Vorteil dieses Verfahrens ist,

dass zentral liegende Raumforderungen ablatiert werden können und die klassischen Schädigungen thermischer Verfahren auf das gesunde Gewebe vermieden werden. Angestrebt wird eine hochfrequente irreversible Elektroporation (HIFIRE), die keine Muskelaktivierung mehr erzeugen würde, somit entfielen die Notwendigkeit einer Vollnarkose. Derzeit liegen nur wenige klinische Daten zu dieser Methodik vor.

Immuntherapeutika beim Urothelkarzinom

Mit Nivolumab, Pembrolizumab und Atezolizumab sind bereits drei Immuntherapeutika zur Behandlung von Urothelkarzinomen zugelassen. Weitere Substanzen aus der Gruppe der Checkpointinhibitoren sind in der Entwicklung.

Man werde in Zukunft zunehmend Wahlmöglichkeiten haben, sagte Gerald Mickisch, Bremen. Mickisch wies jedoch auch darauf hin, dass die Wirkung von Immuntherapeutika relativ langsam einsetze. Insofern bräuchten die Patienten nach wie vor Chemotherapeutika, die beim Parameter progressionsfreies Überleben derzeit noch etwas besser abschneiden.

Grundsätzlich seien Urothelkarzinome Chemotherapie-sensibel, betonte Axel Merseburger, Lübeck. Etwa die Hälfte der muskelinvasiven Urothelkarzinome sei nach zwei bis drei Jahren metastasiert, die 5-Jahres-Überlebensrate liege, je nach Erkrankungsstadium, bei durchschnittlich 35 %. In der Palliativsituation werden mit Gemcitabin/Cisplatin Gesamtüberlebensraten von durchschnittlich 15 Monaten erreicht, mit Gemcitabin/Carboplatin von acht Monaten. Das Problem: Viele der Patienten sind nicht fit genug, um eine Cisplatin-haltige Therapie zu vertragen. Daraus ergebe sich der dringende Bedarf an neuen Substanzen. Merseburger: „Die Immuntherapie wird fester Bestandteil der Therapiesequenz bei metastasiertem Blasenkarzinom werden.“

Thomas Meißner

Bericht von der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie vom 20. bis 23. September 2017 in Dresden