

oder Bestrahlung, in der Kontrollgruppe, die lediglich aktiv überwacht worden war, waren es 26 %. „Weder die Kontinenz noch die Potenz leiden nennenswert“, so Salomon. Aber: „Wir müssen uns frei machen von dem Denken, dass ein Patient nach fokaler Therapie eine negative Biopsie haben muss.“ Auch mit dieser Methode verbleiben Residualtumoren. Immerhin werden seltener Karzinom-positive Biopsien gesehen als in der Kontrollgruppe: 14 versus 49 %.

Die irreversible Elektroporation (IRE), auch „Nanoknife“ genannt, wird von der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in der Indikation PCA nach wie vor abgelehnt. Berichtet wird über schwere Komplikationen, klinische Studiendaten lägen kaum vor – eine niederländische Multicenterstudie war 2016 angekündigt worden.

Keinen Hehl aus seiner Skepsis in Bezug auf fokale Therapien machte Michael Stöckle, Homburg. Auch Niedrigrisikotumoren könnten prinzipiell irgendwann zu einer potenziell schwerwiegenden Erkrankung führen, so sein Argument. Die fokalen Therapien jedoch würden noch vorhandene Tumorherde „unsichtbar“ machen, etwa wegen der postoperativ ausgeprägten Fibrosierung. Außerdem bräuchten Niedrigrisiko-PCA-Patienten mit einer Lebenserwartung von nicht mehr als 12 bis 15 Jahren wahrscheinlich gar keine Therapie, Patienten mit einer Lebenserwartung von noch 15 bis 20 Jahren dagegen würden früher oder später doch eine „Ganzdrüsenbehandlung“ benötigen, so Stöckle. „Das kann nicht die fokale Therapie sein.“

Alle Referenten beim DGU-Kongress verwiesen auf die S3-Leitlinie zum Prostatakarzinom in der Version vom April 2018. Dort werden fokale Therapien als „hoch experimentell“ einge-

Elektronische Nase

Blasenkarzinom lässt sich erschnüffeln

Mit einer „elektronischen Nase“ lassen sich Urinproben von Blasen-tumor-Patienten verlässlich von gesunden Kontrollen unterscheiden. Das berichteten Hendrik Heers, Marburg, und seine Kollegen. Dabei werden organische Metabolite („volatile organic compounds“, VOC) aus der Luft über erwärmten Urinproben von dem Messgerät angesaugt. Die VOC binden kompetitiv an 32 Polymersensoren, was zu Widerstandsänderungen und elektrischen Signalen führt. Das Ganze funktioniert nach dem Prinzip der Mustererkennung, so Heers.

Die Wissenschaftler hatten je 30 Morgenurinproben von gesunden Probanden sowie von Patienten mit zystoskopisch nachgewiesenem Blasen-tumor vor der geplanten Operation mit dem Multigas-Sensorsystem Cyranose 320™ untersucht. Der histologische Befund nach der Operation war mit den Messungen korreliert worden. Dabei ergab sich eine Sensitivität und Spezifität für die Diagnostik eines Urothelkarzinoms von jeweils 93 %. Allerdings konnten bei der kleinen Kohorte von Patienten keine Rückschlüsse auf die einzelnen Tumormerkmale gezogen werden. Aktuell wird die Methode bei einem größeren Kollektiv validiert.

Thomas Meißner

Bericht vom 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. vom 26. bis 29. September in Dresden

stuf. Patienten sollen damit nur im Rahmen prospektiver Studien behandelt werden.

Thomas Meißner

Bericht vom 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. vom 26. bis 29. September in Dresden

Blasen- und Hodenkrebs: Leitlinien ante portas

Beim Urologie-Kongress in Dresden sind eine Reihe neuer Leitlinien für das Fach vorgestellt worden, darunter ein Update der Empfehlungen zum Blasenkarzinom sowie eine S3-Leitlinie zu Hodentumoren.

Die Checkpointinhibitoren sind nun auch in der Urologie angekommen und führen nach und nach zu einem Paradigmenwechsel in der Systemtherapie. Margitta Retz, München, Leitlinienkoordinatorin der noch jungen S3-Leitlinie zum Blasenkarzinom, gab einen Ausblick auf mögliche Veränderungen der Empfehlungen ab Januar 2019, wenn das Addendum zur Leitlinie veröffentlicht werden soll. Demnach wird es zwar zunächst bei der Erstlinientherapie auf Basis von Cisplatin bleiben. Für Patienten, für die eine Therapie mit Cisplatin ungeeignet ist und die bislang Gemcitabin/Carboplatin erhalten sollten, gibt es jetzt aber Alternativen: nämlich die Substanzen Atezolizumab, ein PD-L1 („programmed cell death-ligand 1“) -Antikörper, und Pembrolizumab, ein PD-1 („programmed cell death protein 1“) -Inhibitor. Bei Ansprechraten von 23 und 24 % sind für diese Substanzen in Phase-II-Studien mediane Gesamtüberlebenszeiten von 15,9 und 11,5 Monaten nachgewiesen worden.

Den Monotherapien mit den beiden Checkpointinhibitoren hatte die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) im Juni keine Zulassung für die Erstlinientherapie erteilt. Laut EMA sei dies nur bei Patienten mit entsprechend hohen PD-L1-Werten

gerechtfertigt. Das heißt, die nähere Charakterisierung der Blasenkarzinome wird in Zukunft eine wichtige Rolle bei Therapieentscheidungen spielen. Der Pathologe muss entweder den Combined Positivity Score (CPS) bestimmen – er bewertet den Anteil PD-L1-positiver Zellen an der Gesamtzahl von Tumorzellen – oder, bei geplanter Therapie mit Atezolizumab, die PD-L1-Expression tumorinfiltrierender Immunzellen im Tumormaterial.

Für die Zweitlinientherapie bei Blasenkarzinom stehen zu nächst drei neue Substanzen zur Verfügung, erklärte Retz: Nivolumab, Pembrolizumab und Atezolizumab.

Erstmals wird es in Kürze außerdem eine deutsche S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bei Keimzelltumoren des Hodens geben. „Wir brauchen diese S3-Leitlinie einfach deshalb, weil es schwierig ist, eindeutige und klare Empfehlungen zu finden“, sagte Leitlinienkoordinatorin Sabine Kliesch, Münster. Im Praxisalltag seien sowohl Über- als auch Untertherapien zu beobachten. Aus letzterem resultierten erhöhte Rezidivraten, bei prinzipiell guter Prognose der Patienten, betonte die Urologin. Die neue Leitlinie werde unter anderem klar machen, wann organerhaltend und wann nicht organerhaltend behandelt werden sollte sowie detaillierte Nachsorgeschemata zur Verfügung stellen.

Thomas Meißner

Bericht vom 70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. vom 26. bis 29. September in Dresden