

UroGramm

4

Aktuelles aus der Klinik für Urologie und Urologische Onkologie



**Liebe Kolleginnen
und Kollegen,
liebe Leserinnen und
Leser,**

mit der neuen Auflage
möchten wir Sie über Ver-
änderungen in unserer
Abteilung und innovative
Diagnostik informieren,

aber auch weiterführende fachliche Informatio-
nen an die Hand geben. Neben der Inbetrieb-
nahme zweier neuer volldigitaler Röntgensy-
steme zur minimal-invasiven Steintherapie
freuen wir uns zusammen mit unseren Patienten
besonders über die Einweihung der neuen
urologischen Station 16 mit modernen, kom-
fortablen Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern.
Gerne nehmen wir Ihre Anmerkungen oder
auch kritischen Kommentare entgegen.

Ihr Markus A. Kuczyk

THEMENÜBERSICHT

Die neue Endourologie der Klinik	2
Organerhaltende Nierenchirurgie: Entwicklung und Indikationsspektrum	4
Neuigkeiten aus der Klinik	6
Klinische Studien	7
Es ist vollbracht: Umzug auf die vollsanierte Station 16	8
Zielgerichtete Prostatastanzbiopsie zur Diagnose des Prostatakarzinoms durch optimiertes Analyseverfahren – C-TRUS ANNA an der MHH	10
Endo PAT-2000 – ein innovatives Diagnoseverfahren zur nichtinvasiven Messung der Endothelfunktion	11
Wichtige Kontaktinformationen	12



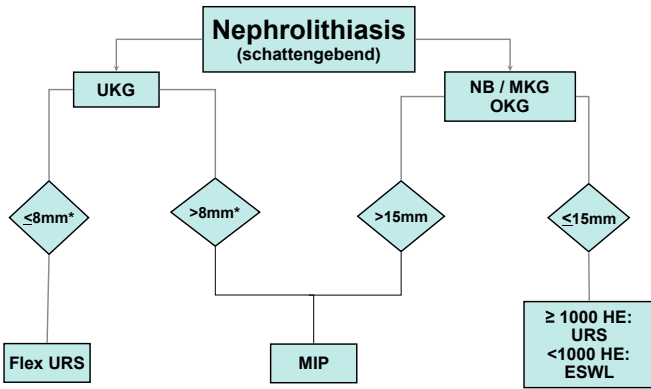
DIE NEUE ENDOUROLOGIE DER KLINIK



Geschafft – Nach mehreren Monaten konnte die Renovierung der Urologischen Poliklinik erfolgreich abgeschlossen werden. Sämtliche endourologische Eingriffsräume präsentieren sich nun in einem völlig neuen, zeitgemäßen Gewand. Nicht nur räumlich sondern auch technisch ist die Endourologie nun zukunftsweisend: Drei modernste Endoskopieeinheiten (Storz), Photodynamische Diagnostik (PDD), zwei voll-digitale interventionelle Röntgensysteme (Philips Eleva), ein Stosswellengenerator neuester Generation mit radiologischer und sonographischer Ortung (Storz Medical, Modulith SLK), Laser zur Prostatabehandlung (Revolix 120 Watt, LisaLaser) – um einige Beispiele zu nennen.

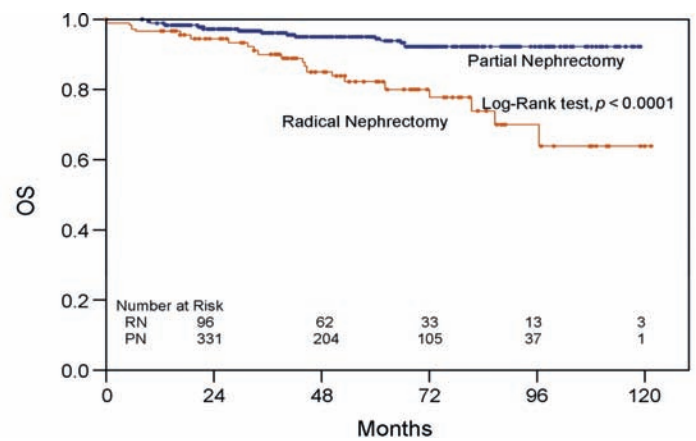
Mit dem Hannoveraner Steinkonzept steht ein erprobter Algorithmus zur Therapie aller Steinarten zur Verfügung. Zentrale Elemente dieses Konzeptes sind die moderne ESWL, die semirigide und flexible Ureterorenoskopie sowie die MIP, die minimalinvasive perkutane Nephrolitholapaxie. Es stehen verschiedene Verfahren zur Lithotripsie im Rahmen dieser Eingriffe zur Verfügung, wie die Laserlithotripsie (CALCULASE II 20W Holmium Laser, Storz) oder die ballistische Lithotripsie (Swiss LithoClast®, EMS).

Zusammenfassend präsentiert sich die Klinik nun als exzellent ausgestattetes universitäres endourologisches Schwerpunktzentrum. Für nahezu alle Indikationen stehen modernste Therapieoptionen zur Verfügung.



* Aufgrund der geringen Morbidität 2 mm unterhalb der Empfehlung des Arbeitskreises Harnsteine der Akademie der Deutschen Urologen und des Arbeitskreises Endourologie und Steinerkrankung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie





Prof. Dr. med.
Markus A. Kuczyk

Kontaktinformation:

Mail: kuczyk.markus@mh-hannover.de

Tel: 0511-532-3650

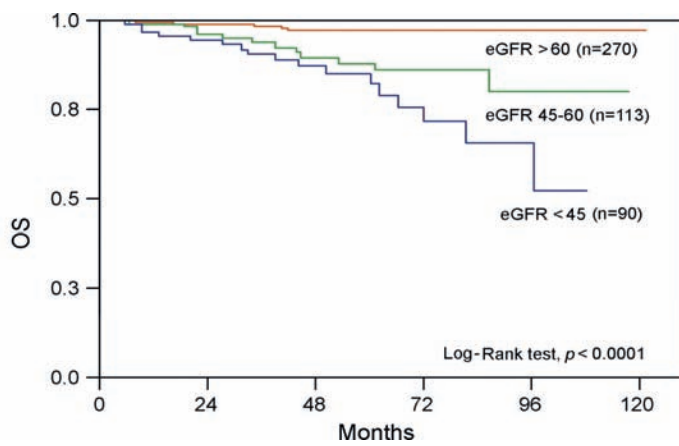
Fax: 0511-532-5634

ORGANERHALTENDE NIERENCHIRURGIE: ENTWICKLUNG UND INDIKATIONSSPEKTRUM

Das Konzept der organerhaltenden Behandlung von Nierenzellkarzinomen wurde in den 70er Jahren von der Cleveland-Klinik für die zunächst imperative Indikation vorgestellt. So berichteten Novick et al. (1) im Jahre 1977 über 17 Patienten mit Einzelniere, die über einen Zeitraum von 20 Jahren einer Nierenteilresektion zugeführt worden waren. Während in 88 % der Fälle ein organerhaltendes Vorgehen mit Resektion des Primärtumors gelang, verstarben 3 (17 %) Patienten im weiteren Verlauf an einer Tumorprogression. Eine Folgeserie berichtete im Jahre 1984 über 23 Patienten mit Einzelniere nach Tumornephrektomie, die zwischen 1956 und 1980 einer Nierenteilresektion zugeführt worden waren (2). Vor dem Hintergrund einer karzinomspezifischen 5-Jahres-Überlebensrate (5-JÜR) von 70 % erschien das onkologische Langzeitergebnis mit dem nach radikaler Nephrektomie vergleichbar.

Lerner et al. (3) stellten dann 1996 eine Serie von 185 bzw. 209 mittels Teilresektion oder Tumornephrektomie behandelten Patienten vor, wobei beide Gruppen ähnliche Charakteristika aufwiesen. Bei einem für die Gesamtgruppe in Relation zum jeweiligen Behandlungsansatz vergleichbaren gesamt- und progressions-freien Langzeitüberleben fand sich für Patienten mit größeren Primärtumoren (> 4 cm) ein nach Tumornephrektomie dennoch günstigerer onkologischer Langzeitverlauf. Auch aufgrund dieser Beobachtung eines im Vergleich beider Gruppen (Partialresektion versus Nephrektomie) bei Beachtung einer Obergrenze von 4 cm für den maximalen Tumordurchmesser fehlenden prognostischen Unterschiedes wurde dieser Cut-off hinsichtlich der Indikationsstellung für ein organerhaltendes Vorgehen in die klinische Routine implementiert. Den bis 2007 verfügbaren Serien, die über ein zwischen dem organerhaltenden und radikal chirurgischen Vorgehen vergleichbares 5-JÜR bei elektiver Indikation berichteten, lag die Obergrenze von 4 cm für den maximalen Durchmesser der mittels Teilresektion behandelten Primärtumore zugrunde.

Auf die Rechtfertigung der Bemühungen, im Rahmen der operativen Primärtherapie ein organerhaltendes Konzept mit möglichst extensivem Erhalt funktionstüchtigen Nierenparenchyms zu verfolgen, wurde zeitgleich hingewiesen. Butler et al. (3) verglichen die postoperative Nierenfunktion von 88 bzw. 42 Patienten, die zwischen 1975 und 1992 bei Primärtumoren <4cm einer Tumornephrektomie oder Nierenteilresektion zugeführt worden waren. Fanden sich nach Teilresektion keine Unterschiede hinsichtlich des Kreatinin-Wertes im prä- und postoperativen Vergleich, waren die Serumwerte für Kreatinin nach Nephrektomie signifikant erhöht.



Sterbewahrscheinlichkeit in Relation zur
postoperativen Nierenfunktion (7)

05

Die Tatsache, dass die Autoren vor allem das für beide Gruppen nach 5 Jahren vergleichbare tumorspezifische Langzeitüberleben betonten, weist dabei auf die prinzipielle Problematik hin, dass dem rein onkologischen Langzeitverlauf und den sich aus der Einschränkung der Nierenfunktion ergebenden funktionellen Konsequenzen zu geringe Beachtung geschenkt wurde. In einer von Huang et al. (4) vorgestellten Serie wurden Gesamtüberleben bzw. kardiovaskuläre Morbidität/Mortalität von 2991 mittels partieller (556 Pat.) oder radikaler Nephrektomie behandelten Patienten miteinander verglichen. War die radikale Nephrektomie mit einer höheren Gesamtsterblichkeit (HR 1,38 ; $p < 0,01$) und einem 1,4-fach höheren Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse korreliert, so bestand keine Assoziation des operativen Ansatzes mit dem Zeitintervall bis zum ersten kardiovaskulären Ereignis bzw. der kardiovaskulären Mortalität. Zini et al. (5) berichteten für 9809 mittels Nephrektomie (7611 Pat.) bzw. Partialresektion therapierte Patienten über eine 1,23-fach erhöhte Mortalität nach radikal operativem Vorgehen. Das Risiko, nicht karzinomassoziiert zu versterben, fand sich dabei 5 und 10 Jahre nach Primärtherapie um 4,6 % bzw. 4,5 % gesteigert. Weight et al. (7) berichteten über 499 Patienten, für die die histologische Aufarbeitung des Operationspräparates nach Nephrektomie (111 Pat.) oder Nierenteilresektion eine überraschenderweise benigne Differenzierung ergab. Bei einem 5-Jü von 95 % bzw. 83 % für partiell resezierte bzw. radikal nephrektomierte Patienten war der radikal operative Ansatz in der multivariaten statistischen Auswertung mit einer 2,5-fach erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit verbunden.

Zusätzlich erwies sich die postoperativ bestimmte glomeruläre Filtrationsrate (GFR) als unabhängiger Prognosefaktor für das Gesamtüberleben und das Sterberisiko aufgrund kardiovaskulärer Ereignisse.

Dies führte zu einer intensivierten Diskussion, ob ein organerhaltendes Vorgehen aus onkologischer Sicht nicht auch bei einer von Tumorgöße über 4 cm sicher zur Anwendung gebracht werden kann. Hintergrund hierfür ist u.a. die Be-

obachtung, dass die Breite des Absetzungsrandes nicht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Lokalrezidiv assoziiert ist, zum anderen ein solches auch bei positivem Absetzungsrand in nur 20 – 30 % der Fälle beobachtet wird. Zur Therapie lokaler Rezidive aber kann aufgrund der fehlenden Korrelation mit einem eventuell erhöhten Risiko für eine systemische Disseminierung eine erneute kurative Lokaltherapie erfolgen, ohne den Patienten zu gefährden (7–11). Dieses Postulat wird durch Serien bestätigt, die ein nach Kryotherapie und Radiofrequenzablation im Vergleich mit der Partialresektion ein sehr hohes Risiko für die Entwicklung eines Lokalrezidivs berichten, ohne dass dies die Prognose des einzelnen Patienten aufgrund der fehlenden Korrelation mit einem erhöhten Risiko für systemische Disseminierung beeinflusst (12). Nachdem aktuelle Arbeiten unter Einschluss großer Patientenkollektive die sich aus dem Vorliegen eines positiven Absetzungsrand im Rahmen der partiellen Nephrektomie möglicherweise ergebenden negativen klinischen Konsequenzen weiter relativieren (6), wurde die mit der partiellen Nephrektomie auch bei Vorliegen eines Tumors im Stadium T1b assoziierte onkologische Sicherheit wiederholt bestätigt (13–18).

Zusammenfassend haben neue Erkenntnisse zu den funktionell bedingten, mit der Nephrektomie gegenüber der Partialresektion verbundenen negativen klinischen Auswirkungen dazu geführt, das organerhaltende Vorgehen für alle Nierenzellkarzinome im Stadium T1, also bis zu einem Tumordurchmesser von 7 cm, in der jüngsten Version der EAU -Therapieleitlinien als therapeutischen Standard anzugeben. Wird die Nierenteilresektion im Stadium T1b als technisch nicht durchführbar bewertet und zugunsten einer geplanten laparoskopischen oder offenen Nephrektomie verlassen, sollten Patient und niedergelassener Kollege darauf dringen, die Durchführbarkeit des organerhaltenden Vorgehens von einem Zentrum im Sinne einer Zweitmeinung bewerten zu lassen.

(1-18) Referenzen auf Anfrage vom Autor des Artikels

PD Dr. med. M. Oelke,
Stellv. KlinikdirektorDr. med. Mario Kramer
AssistenzarztPD Dr. med. E. Waldkirch,
Oberarzt

NEUIGKEITEN AUS DER KLINIK

- Best published paper 2010 European Urology
 - Herr Dr. Kramer und Kollegen haben auf der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Urologie (EAU) im März 2011 in Wien für ihre Arbeit mit dem Titel „HYAL-1 hyaluronidase: a potential prognostic indicator for progression to muscle invasion and recurrence in bladder cancer.“ den o.g. Preis in der Rubrik „residents corner“ erhalten. (Eur Urol 2010;57:86-94.)

■ Habilitationen

- Herr PD Dr. Oelke und Herr PD Dr. Tezval konnten im Februar 2011 den Abschluss ihres Habilitationsverfahrens feiern. Herr PD Dr. Waldkirch beendete im März 2011 sein Habilitationsverfahren.

■ Promotionen

- Im Frühjahr 2011 haben Frau Dr. med. Sandra Waalkes und Herr Dr. med. Mario Kramer erfolgreich promoviert.

■ EBU-Zertifizierung

- Seit Oktober 2010 ist die Klinik für Urologie und Urologische Onkologie als Aus- und Fortbildungsklinik des European Board of Urology (EBU) zertifiziert.

■ Wir begrüßen neue Kollegen

- Seit August 2010 verstärken Frau Dr. Labenski und Frau Vasconcelos tatkräftig das Team der Klinik. Frau Dr. Labenski hat ihr Studium an der MHH absolviert. Frau Vasconcelos war in Rio de Janeiro, Brasilien neben ihrer Tätigkeit als Allgemeinärztin im Bereich der klinisch-urologischen Forschung mit Schwerpunkten in der Kinderurologie und Uroonkologie tätig.

- Frau Dr. Peters ist seit April 2010 neues Mitglied des Teams. Sie hat nach Abschluss ihres Studiums zunächst in der Neurochirurgie in Bonn gearbeitet bevor sie nach Hannover in die Urologie wechselte.

■ Oberärzte

- Herr PD Dr. Tezval und Herr Dr. Imkamp sind seit Februar 2011 Oberärzte.

PD Dr. med. H. Tezval,
OberarztDr. med. Florian Imkamp,
Oberarzt

■ Fachärzte

- Fachärzte Herr Dr. med. C. von Klot und Herr Dr. med. G. Kedia haben im Frühjahr 2011 die Facharztprüfung erfolgreich absolviert.

Dr. med. C. von Klot,
FacharztDr. med. G. Kedia,
Facharzt



Chemoraum

AKTUELLE STUDIENÜBERSICHT

Onkologische Studien

■ Prostata-CA

Erstlinien Therapie

- **PCa ohne Fernmetastasen**
 - **MDV 3100:** Phase-II-Studie. Patienten mit hormonnaiven Prostatakarcinom. Alle Patienten bekommen oral MDV 3100. (Start Juli 2011)
- **HRCa mit Fernmetastasen**
 - **Oncogenex:** Phase-III-Studie, die in der First-Line Standardtherapie mit Docetaxel/ Prednisolon gegen eine Kombination aus Docetaxel/ Prednisolon und Custirsen (OGX-011) bei met. HRPC behandelt werden (1:1).
 - **Prevail:** Phase-III-Studie. Für chemotherapie-naive Patienten mit progressiven metastasierendem Prostatakrebs, bei denen die Androgen entzugstherapie erfolglos war. Prüfmedikament: oral MDV 3100. (Start Juni 2011)
 - **Orteronel C21004:** Phase- III-Studie für Patienten mit met. HRPC. Prüfmedikament/ Prednisolon vs. Placebo/ Prednisolon, mit Orteronel (1:1).(Start Juni 2011)

Zweitlinien Therapie

- **Orteronel C21005:** Phase- III-Studie für met. HRPC Patienten mit Therapieversagen nach mindestens 6 Zyklen Doxetaxel/Prednisolon, mit Orteronel vs. Prednisolon/Placebo (2:1). (Start Juni 2011)

■ Nierenzellkarzinom

Erstlinien Therapie

- **Nierenzellkarzinom ohne Metastasen**
 - **Protect-Studie:** Phase- III-in der adjuvanten Therapie des lokalen oder lokal fortgeschrittenen

Nierenzellkarzinoms im direkten Anschluss nach Nephrektomie, mit Pazopanib/ Placebo. Der Studieneinschluss sollte vor der Nephrektomie erfolgen.

■ Nierenzellkarzinom mit Metastasen

- **RCC Switch-Studie,** IIT-Studie, Sorafenib vs. Sunitinib, Sunitinib vs. Sorafenib.

■ Erektile Dysfunktion

- **Lilly-ED-Studie (Phase IV):** bei Männern bis 65 Jahre, die eine nerverhaltende rad. Prostatektomie erhalten, Tadalafil vs. Placebo (2:1).



Frau Marina Akkermann,
Study nurse



Frau Heike Böker,
Study nurse

Kontaktinformation klinische Studien:

Telefon: 0511-532-3665

Email: Akkermann.Marina@mh-hannover.de
Böker.Heike@mh-hannover.de
Bergen.Nadja@mh-hannover.de

Notfalltelefon: 0176-15327044

ES IST VOLLBRACHT: UMZUG AUF DIE VOLLSANIERTE STATION 16

Über viele Jahre war die Klinik für Urologie und Urologische Onkologie auf der Station 13 beheimatet. Diese Station im Charme der späten 70er Jahre wies eine Vielzahl von Nachteilen auf, die mit dem Wachstum und der Neuausrichtung der Klinik nicht vereinbar waren: 4- und 6-Bettzimmer, zwei Duschen für 35 Patienten, unhaltbare hygienische Zustände.

Nach einer mehrjährigen Planungs- und Bauphase konnte für die Klinik Anfang April ein bedeutender Schritt, der Umzug auf die sanierte Station 16 vollzogen werden. Diese kernsanierte Station verfügt über insgesamt 28 Betten in kleinen Zimmern. Jedes Zimmer ist mit einer eigenen modernen Nasszelle mit Dusche und WC ausgestattet. Den Patienten steht modernste Unterhaltungs- und Kommunikationstechnik am Bett zur Verfügung. Die Arbeits- und Funktionsräume wurden den neusten Anforderungen angepasst, die Designsprache der Möblierung und die Farbgebung der Station entsprechen dem medizinischen Standard, der hier vorgehalten wird. Zusammenfassend ist nun die Klinik für Urologie und Urologische Onkologie in diesen Räumlichkeiten wettbewerbsfähig und für die künftige Weiterentwicklung gerüstet. Die Bilder dieser Seite demonstrieren eindrucksvoll diesen Fortschritt. Wir freuen uns künftig Patienten und deren Angehörige in dieser schönen Umgebung begrüßen zu dürfen.







Dr. Inga Peters

Kontaktinformation:

Dr. Inga Peters

Mail: peters.inga@
mh-hannover.deC-TRUS Sprechstunde
Terminvereinbarung unter:
Gesetzlich Versicherte**Tel.:** 0511-532-3647
(Frau Wollmann)Privat Versicherte
Tel.: 0511-532-5847
(Frau Linde)

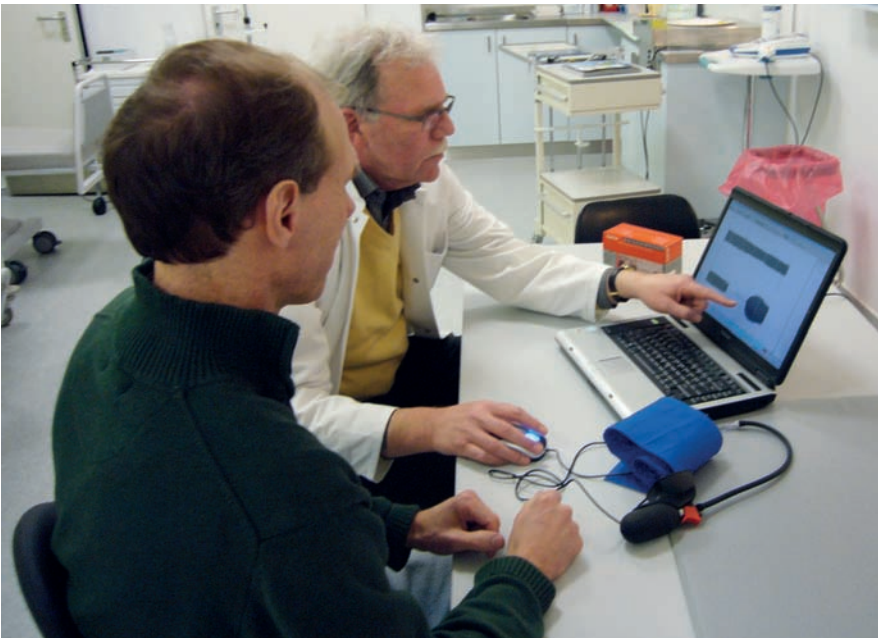
ZIELGERICHTETE PROSTATASTANZBIOPSIE ZUR DIAGNOSE DES PROSTATAKARZINOMS DURCH OPTIMIERTES ANALYSEVERFAHREN – C-TRUS ANNA AN DER MHH

Das Diagnoseverfahren C-TRUS ANNA wurde von Herrn Prof. Dr. med. Tillmann Loch, Chefarzt der Urologie in der Ev.-Luth. Diakonissenanstalt in Flensburg entwickelt. Es ermöglicht eine präzisere Diagnostik des Prostatakarzinoms durch eine spezielle computer-gestützte Analyse von transrektalen Ultraschallbildern der Prostata und im Nachfolgenden eine „gezielte“ Probeentnahme aus den markierten und auffälligen Läsionen der Prostata. ANNA steht für „artifizielles neuronale Netzwerkanalyse“ und basiert auf einer großen Reihe von histopathologisch gesicherten Vergleichen zwischen Ultraschallbildern und Prostatapräparaten nach radikaler Prostatektomie. Diese komplexen Daten werden bei der Verarbeitung der Ultraschallbilder herangezogen und das System projiziert seine Auswertungen mit roten Markierungen auf die vorliegenden Aufnahmen. Nun ist eine gezielte Prostatastanzbiopsie durch den behandelnden Arzt problemlos möglich. Die signifikante Erhöhung der Treffsicherheit konnte in mehreren Studien belegt werden.

Für diese Untersuchung kommen insbesondere Patienten infrage, bei denen eine oder mehrere negative Stanzbiopsien bei bleibender PSA – Erhöhung im Vorfeld erfolgten. In der ersten Sitzung wird ein transrektaler Ultraschall durchgeführt. Diese Bilder werden online an den ANNA C-TRUS Zentralserver zur Analyse weitergeleitet. Anhand der ausgewerteten und markierten Bilder können wir nun eine gezielte Biopsie (12fach) durchführen. Die Auswertung der Ergebnisse und die Planung des weiteren Procederes erfolgt dann über den behandelnden niedergelassenen Kollegen oder auch gerne in unserer C-TRUS-ANNA Sprechstunde.

Gerne beraten wir Patienten in unserer C-TRUS ANNA Sprechstunde. Dazu bitten wir um Terminvereinbarung in unserer Urologischen Poliklinik mit dem Hinweis: C-TRUS-ANNA. Weitere Informationen finden Sie auch im Internet unter: www.anna-ctrus.de oder auf unserer Homepage: www.prostatazentrumhannover.de.

ENDO PAT-2000 – EIN INNOVATIVES DIAGNOSE- VERFAHREN ZUR NICHTINVASIVEN MESSUNG DER ENDOTHELFUNKTION



Bei der Diagnostik und Therapie einer Erektionsschwäche (erektilen Dysfunktion, ED) spielen insbesondere kardiovaskuläre Risikofaktoren eine Rolle. Ein Zusammenhang zwischen dem Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis (z.B. Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt) und einer bestehenden ED ist zwischenzeitlich etabliert. Die ED gilt als früher Indikator und unabhängiger Risikofaktor für zukünftige kardiovaskuläre Ereignisse. Aus diesem Grund empfiehlt das Princeton Consensus Panel die Untersuchung des kardiovaskulären Risikoprofils bei Patienten mit einer Erektionsschwäche. Der Urologie der MHH steht seit August 2010 das Endo-PAT 2000 der Firma Itamar Medical zur Messung der Endothelfunktion zur Verfügung. Die endotheliale Dysfunktion spielt eine wesentliche Rolle in der Pathophysiologie der ED und gilt als reversible Vorstufe der Atherosklerose. Im Rahmen der Messung der Endothelfunktion kann eine zusätzliche Abschätzung des kardiovaskulären Risikos erfolgen. Bei Patienten mit einer Erektionsschwäche, kardiovaskulären Risikofaktoren (z.B. Framingham Risk Score, Laborwerte) und einer endothelialen Dysfunktion sollte eine weitere kardiologische Abklärung erfolgen.

WICHTIGE ADRESSEN UND TELEFONNUMMERN IN DER KLINIK FÜR UROLOGIE UND UROLOGISCHE ONKOLOGIE

Sekretariat Prof. M. A. Kuczyk

Frau P. Linde, Frau S. Riesmeier

Tel.: +49-511-532-5847

Fax: +49-511-532-5634

E-Mail:

linde.petra@mh-hannover.de

Kliniksekretariat

Frau V. Niemeyer

Tel.: +49-511-532-6673

Fax: +49-511-532-3481

E-Mail:

niemeyer.verena@mh-hannover.de

Urologische Poliklinik

Frau A. Wollmann und Frau A. Jahns

Tel.: +49-511-532-3647

Fax: +49-511-532-8601

E-Mail:

anmeldung.urologie@mh-hannover.de

Allgemeine Sprechstunde

Montag - OP - Tag 8.30 - 13.00

Dienstag - Donnerstag 8.30 - 14.00

Freitag 8.30 - 13.00

Andrologie- und Fertilität-Sprechstunde

Montag 13.00 - 15.00

Onkologie- und PCA-Sprechstunde

Mittwoch 9.00 - 15.00

Inkontinenz Sprechstunde

Donnerstag 9.00 - 12.30

Urodynamik - Tage

Mo/ Di/ Mi/ 7.30 - 15.00

ggf. Freitag bis 12.00

Notfalltelefon

In dringenden Notfällen erreichen Sie uns
24 Stunden am Tag unter:

Tel.: +49-176-15327044

Adresse der Klinik:

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Urologie und Urologische Onkologie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

IMPRESSUM

Schriftleitung:

Florian Imkamp

Verantwortlich für den Inhalt:

Markus A. Kuczyk

Layout und Druck:

MHH, Digitale Medien

Ausgabe Juli 2011