

Die Forderung nach kritischer Überprüfung und statistischer Absicherung diagnostischer und therapeutischer Massnahmen wirft in jeder Fachdisziplin immer wieder die Frage auf, inwieweit es – dank klinischer Studien und nachfolgender Implementierung von Leitlinien – zu einer verbesserten Patientenversorgung gekommen ist. Antworten werden exemplarisch in den drei Schwerpunktbeiträgen dieser Ausgabe zum Nierenzell- und Blasenkarzinom gegeben.

Bedeutung urologischer Tumore

An grösseren urologischen Kliniken sind bis zu 40 Prozent aller stationären Patienten wegen eines Tumorleidens hospitalisiert. Das **Prostatakarzinom** ist der häufigste maligne Tumor des Mannes und weist einige Parallelen zum Mammakarzinom der Frau auf. Prostatakrebs stand in der Ausgabe 4/2004 im Fokus.

Das lokalisierte **Nierenzellkarzinom** ist nach wie vor eine Domäne der operativen Behandlung. Dem Urologen stellen sich in erster Linie operationstechnische Fragen:



stellt eine wichtige tumorprophylaktische Massnahme dar. Bei der Therapie des Peniskarzinoms besteht eine Herausforderung darin, möglichst schonende operative Verfahren anzuwenden (Organerhaltung, modifizierte inguinale Lymphadenektomie) und gleichzeitig die insgesamt guten Heilungschancen nicht zu kompromittieren. Chemotherapie kann ein Ansprechen beim metastasierten Tumorleiden induzieren, dieses ist im Allgemeinen aber nur partiell und von kurzer Dauer. Wegen der Seltenheit des Peniskarzinoms ist es in Europa schwierig, Phase-II- und -III-Studien zu initiieren.

Evidenzbasiertes Handeln gefordert

Nephrektomie oder nephronsparende Nierenteilresektion? Offene, retroperitoneoskopische oder laparoskopische Technik? Erprobung minimalinvasiver Therapieverfahren wie Kryotherapie oder Radiofrequenzablation? Im metastasierten Stadium kann eine Operation indiziert sein, wenn lokale Symptome (Schmerzen, Hämaturie) bestehen oder wenn eine systemische Immuntherapie angeschlossen wird.

Das **Harnblasenkarzinom** ist der sechsthäufigste maligne Tumor. Die grosse Mehrzahl der Fälle ist auf das Urothel begrenzt und kann durch transurethrale Resektion und intravesikale Installationstherapie kontrolliert werden. Bei muskelinvasiven Tumoren und allgemeiner Operabilität des Patienten ist die radikale Zystektomie Standard. Radiotherapie und (neo-)adjuvante Chemotherapie spielen hier nur eine marginale Rolle. Bei sorgfältiger Indikationsstellung und Nachsorge hat sich die kontinente Harnableitung mittels orthotoper Ersatzblase aus Ileum etabliert. Dank neuer Kombinationen (Gemcitabine/Cisplatin) und Substanzen (Taxane) werden mit der systemischen Chemotherapie des metastasierten Urothelkarzinoms Fortschritte erzielt.

Hodentumore sind insgesamt selten (1–2% aller männlichen Malignome), stellen bei jüngeren Männern zwischen 20 und 40 Jahren aber die häufigste bösartige Tumorentität dar. Sie sind das Paradebeispiel dafür, dass durch konsequente Durchführung von prospektiven randomisierten Studien und interdisziplinären Therapiemodalitäten echte medizinische Fortschritte erzielt werden können. Entsprechend zeichnen sich die Leitlinien zum Hodenkarzinom durch einen hohen Standard und durch hohe Akzeptanz aus (1).

In Europa sehr selten sind **Peniskarzinome** mit einer Inzidenz von rund 0,5 pro 100 000 Männer. Die Zirkumzision

Forderung nach mehr klinischen Studien

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) hat kürzlich eine Reorganisation erfahren. Die urologischen Tumoren wurden dabei von einer Projekt- in eine Arbeitsgruppe zurückgestuft, was den Nachteil hat, dass die finanzielle Unterstützung schwieriger wird. Generell werden klinische Studien zunehmend durch unnötige Bürokratie und unrealistische Versicherungsaufgaben erschwert. Dabei ist es klar erwiesen, dass Studienpatienten medizinisch besser betreut sind und dass nur so Fortschritte erzielt werden können.

Gut akzeptierte Leitlinien

Idealerweise basieren Leitlinien auf Studien mit hohem Evidenzgrad und sind im Konsensus erarbeitet. In der Realität ist die notwendige Datenlage bei urologischen Tumoren aber noch zu dünn. Trotzdem erfreuen sich die europäischen Leitlinien zu urologischen Tumoren (2, 3, 4) einer guten Akzeptanz. Sie werden in wissenschaftlichen Arbeiten zitiert und werden vor allem in Osteuropa zur Weiterbildung des Nachwuchses herangezogen.

Prof. Dr. med. Hans-Peter Schmid
Chefarzt Klinik für Urologie
Kantonsspital St. Gallen

Referenzen:

1. Pilar, Laguna, M. et al.: EAU guidelines on testicular cancer. Eur. Urol. 2001; 40: 102–110.
2. Mickisch, G. et al.: Guidelines on renal cell cancer. Eur. Urol. 2001; 40: 252–255.
3. Oosterlinck, W. et al.: Guidelines on bladder cancer. Eur. Urol. 2002; 41: 105–112.
4. Aus, G. et al.: EAU guidelines on prostate cancer. Eur. Urol. 2001; 40: 97–101.