

# NÖGU



Ausgabe

# 48

23. Jahrgang 2013

Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie



Martin Praska: „Muttertag“ (2013, 110 x 100 cm, Öl, Acryl / Segeltuch)

**! NEU!**  
Seite 11

## Seltene Tumore in der Urologie

Aus den Arbeitskreisen und dem bvU  
Interview: Dr. Hans Peter Haselsteiner  
Feuilleton

## IMPRESSUM:

### Herausgeber und für den Inhalt verantwortlich:

Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher  
Abteilung für Urologie und Andrologie  
Donauspital – SMZ-Ost  
Langobardenstraße 122, 1220 Wien  
stephan.madersbacher@wienkav.at

Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas  
Abteilung für Urologie  
Hanusch-Krankenhaus  
Heinrich-Collin-Straße 30, 1140 Wien  
eugen.plas@wgkk.at

### Wissenschaftlicher Beirat:

Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl,  
Kaiser Franz Josef Spital, Wien

Prim. Dr. Klaus Jeschke, LKH Klagenfurt

Prim. Dr. Wolfgang Loidl,  
KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald  
KH der Barmherzigen Schwestern Linz

Prim. Univ. Doz. Dr. Michael  
Rauchenwald, Sozialmedizinisches Zentrum  
Ost – Donauspital, Wien

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner, Wien

### Produktion / Marketing:

vermed, Fortbildung in der Medizin G.m.b.H.  
St. Peter-Pfarrweg 34/11/47, 8042 Graz  
Tel.: 0316 / 42 60 82  
Fax: 0316 / 42 60 71  
E-mail: office@vermed.at  
Verantwortlich: Mag. Walter J. Stöckl

ISSN 2307-5597

### Folgenden Firmen sei für die Unterstützung herzlich gedankt:

ASTELLAS Pharma Ges.m.b.H.

ELI LILLY GmbH

G.L. Pharma GmbH

JANSSEN-CILAG Pharma GmbH

MADAUS Ges.m.b.H.

Pharmazeutische Fabrik MONTAVIT Ges.m.b.H.

PFIZER Corporation Austria Ges.m.b.H.

SANDOZ GmbH

TAKEDA Pharma GmbH

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf eine geschlechterspezifisch getrennte Schreibweise (z. B. ÄrztIn, Arzt/Ärztin bzw. Patient/Patientin).

- 4 Editorial
- 8 Die Seite des Präsidenten
- 10 Dank an die Kollegen, die aus dem Vorstand ausschieden
- 11 Ihre Seite – Die Seite des Lesers
- 12 Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie
- 16 Aus dem Arbeitskreis Laparoskopie
- 16 Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung
- 19 Zystektomie Datenbank der ÖGU
- 20 Konstituierende Generalversammlung der Österreichische Gesellschaft für Mann und Gesundheit
- 21 Geschlechtsspezifische Medizin in der Urologie
- 22 Studien
- 24 Aus dem bvU
- 25 Zum Titelbild

### HAUPTTHEMA – Seltene Tumore in der Urologie

- 26 Editorial (A. Ponholzer, Wien)
- 26 Seltene Tumoren des Hodens – Stromatumoren (W. Albrecht, Mistelbach)
- 30 Lymphome im Urogenitaltrakt (I. Schauer, St. Madersbacher, Wien)
- 35 Fallbericht: Epitheloides Angiomyolipom – PECom der Niere (I. Berger, W. Stiglbauer, J. Polak, M. Susani, J. Hofbauer, Wr. Neustadt)

- 39 Fallbericht: Hochdifferenziertes paratestikuläres lipomartiges Liposarkom des Funiculus spermaticus (M. Schmudermaier, A. Nader, E. Plas, Wien)
- 40 Seltene Tumore der Harnblase (M. Scholz, Wien)

### KONGRESSBERICHT

- 42 Bericht von der Fortbildungstagung der ÖGU vom 15.-16. November 2013 in Linz
- 46 39. Gemeinsame Tagung der ÖGU und der Bayerischen Urologenvereinigung

### IN MEMORIAM

- 47 Wirkl. Hofrat Univ. Doz. Dr. Walter Kuber

### IM BRENNPUNKT

- 48 Gesundheitsökonomie und Wissenschaft aus der Sicht des Wirtschaftskapitäns Dr. Hans Peter Haselsteiner

### FEUILLETON

- 51 Lust und Frust im Ärztemantel (O. Zechner)
- 55 Berufe heute (H. Lipsky)

### 57 TERMINE

### 58 PRODUKTE / NEUHEITEN

# Die Nr. 1 ...



... bei überaktiver Blase! \*

URV-030413

## Tropium von Madaus ist die meistverordnete Therapie Österreichs \*

Spasmolyt® 2 x 20 mg, flexible Therapie  
Urivesc® 1 x täglich, Dauertherapie

\* IMS 2013





# Editorial

## Liebe Leserinnen, liebe Leser

Zu Beginn möchten wir uns vor allem bei Herrn **Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner** bedanken, der diese Ausgabe wieder durch einen seiner kritischen Feuilletons sowie ein Interview mit Dr. Hans Peter Haselsteiner, einem der führenden Industriellen und Philanthropen unseres Landes, bereichert. Wir haben entschieden, diese Serie von Interviews mit Persönlichkeiten, die keinen direkten Bezug zur Medizin haben fortzusetzen.

Des Weiteren gilt unser Dank Herrn **PD Dr. Anton Ponholzer** für die Übernahme der Herausgeberschaft des Hauptthemas dieser Ausgabe „Seltene Tumore in der Urologie“ sowie allen Autoren für Ihre Zeit und Engagement.

Wir möchten in diesem Editorial auch einige Gedanken zu zwei Vorträgen der Linzer Fortbildungsveranstaltung 2013, nämlich jenen von Herrn **Dr. Clemens Heßler** „Was erwarte ich von meinem Chef“ und den Ehrenvortrag von Herrn **Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl** „Arztberuf in der Zukunft: Job oder Berufung“ aufgreifen.

Es besteht kein Zweifel, dass sich die Medizin im Allgemeinen und das gesellschaftspolitische Umfeld dramatisch ändern. Die zunehmend schlechter werdenden finanziellen Rahmenbedingungen (Finanzkrise, Defizite öffentlicher Haushalte) mit Konsequenzen in allen Bereichen der Medizin, gesetzliche Vorschriften (Arbeitszeit/Ruhezeit), nahezu unerträgliche Zunahme der Bürokratie, angedachte und – zum Teil – schon umge-

setzte neue Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich (Versorgungszentren), Strukturdiskussionen im stationären Bereich (Zentralisierung, Fallzahldiskussion) und vieles mehr werden zu tiefgreifenden Veränderungen der Medizin und des Arztberufes in den nächsten Jahren führen.

Tiefgreifend verändert hat sich bereits der Anspruch der sich gegenwärtig in Ausbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen an den Arztberuf. Die Generation Y („freudige und sinnbehaftete Arbeit“) sieht zunehmend die Work-Life Balance als zentrales Lebensziel und findet sich damit zum Teil im Gegensatz zur Generation X („gelebt, um zu arbeiten“) oder den Babyboomers, welche an den Abteilungen die Positionen der erfahrenen Oberärzte oder Primärärzte inne haben. Dieser Work-Life Balance liegen viele verständliche Forderungen an den Arztberuf zu Grunde, wie Konzentration auf die Arbeit am Patienten, Verantwortung übertragen zu bekommen, wenig Bürokratie, angemessene Arbeitszeiten, adäquate Bezahlung, Vereinbarkeit von Arbeit und Familie, Förderung im klinischen und chirurgischen Bereich, standardisierte Ausbildung, Möglichkeit und Förderung der Fortbildung ..., um die wichtigsten Punkte zu nennen.

Der zunehmende Mediziner-mangel in weiten Teilen Österreichs hat dazu geführt, dass junge Kollegen durchaus selbstbewusst diese Forderungen artikulieren und Arbeitsplätze (auch häufig im Ausland) suchen, die diesen Ansprüchen eher gerecht werden. Hier müssen rasch substantielle Veränderungen in der Ausbildung und den Rahmenbedingungen erfolgen.



**Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher**

Foto: Wilke



**Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas**

*Der zunehmende Mediziner-mangel hat dazu geführt, dass junge Kollegen durchaus selbstbewusst ihre Forderungen artikulieren und Arbeitsplätze suchen, die ihren Ansprüchen eher gerecht werden. Hier müssen rasch substantielle Veränderungen in der Ausbildung und den Rahmenbedingungen erfolgen.*



Astellas präsentiert:

Eligard® 45 mg

Die ersten in der Grünen Box.

Die ersten mit 6 Monaten Freiheit.\*

Eligard® senkt den  
Testosteronspiegel ...

... und hält ihn niedrig

- Optimale Testosteronkontrolle<sup>1,2,3</sup>
- Die erste 6-Monate-Depotformulierung

Referenz:

1. Chu FR et al. J Urol 2002; 168: 1199-1203

2. Peco-Ramirez R et al. Clin Ther 2002; 24:1002-1014

3. Crawford ED et al. J Urol 2000; 175: 533-536

\*Freiheit von notwendigen Injektionen im 1.- bzw. 3.-Monatsintervall

**1. Bezeichnung:** Eligard Depot 7,5 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, Eligard Depot 22,5 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung, Eligard Depot 45 mg - Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. **2. Zusammensetzung (arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge):** 1 Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 7,5 mg Leuprorelinacetat, entsprechend 6,96 mg Leuprorelin. 1 Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 22,5 mg Leuprorelin-acetat, entsprechend 20,87 mg Leuprorelin. 1 Fertigspritze mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung enthält 45 mg Leuprorelinacetat, entsprechend 41,7 mg Leuprorelin. **3. Anwendungsgebiete:** Eligard Depot 7,5 ist für die Behandlung des hormonabhängigen, fortgeschrittenen Prostatakarzinoms indiziert. **4. Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelinacetat, andere GnRH-Agonisten oder einen der sonstigen Bestandteile. Orchiektomierte Patienten. (Wie bei anderen GnRH-Agonisten führt Eligard Depot im Falle einer chirurgischen Kastration nicht zu einem weiteren Absinken des Serumtestosterons.) Als alleinige Behandlung bei Prostatakarzinom-Patienten mit Rückenmarkskompression oder Anzeichen

von Metastasen im Rückenmark. Eligard Depot ist bei Frauen und Kindern kontraindiziert.

**5. Pharmakologische Eigenschaften:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC-Code: L02A E02. **6. Pharmazeutische Angaben (Hilfsstoffe):** 6.1 Liste der sonstigen Bestandteile: Eligard 25mg: Lösungsmittel (Spritze A): Poly(DL-lactid-glycolid) (50:50), N-Methylpyrrolidon, Pulver (Spritze B): Keine. Eligard 22,5mg: Lösungsmittel (Spritze A): Poly(DL-lactid-glycolid) (75:25), N-Methylpyrrolidon, Pulver (Spritze B): Keine. Eligard 45mg: Lösungsmittel (Spritze A): Poly(DL-lactid-glycolid) (85:15), N-Methylpyrrolidon, Pulver (Spritze B): Keine. **7. Pharmazeutischer Unternehmer:** Astellas Pharma Ges.m.b.H., Linzer Straße 221/02, A-1140 Wien, Tel.: +43-1-877 26 68, Fax: +43-1-877 16 36, E-Mail: office@at.astellas.com. **8. Verschreibungspflicht/Apothekspflicht:** Rezept- und apothekspflichtig, wiederholte Abgabe verboten. Stand der Information: 01/2013. „Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.“

 **astellas**  
Leading Light for Life

Astellas Pharma Ges.m.b.H.  
A-1140 Wien, Linzer Straße 221 E02  
Tel.: +43 (1) 877 26 68 Fax: +43 (1) 877 16 36  
e-mail: office@at.astellas.com

**eligard®**  
leuprorelin-acetate

Die Implementierung neuer Medizinuniversitäten wird dieses Problem nicht lösen können.

Lange Zeit war „fordern“ eine Einbahnstraße an die Auszubildenden, mit meist wenig „fördern“. Das Pendel schlägt nun zurück.

Wir sind der Meinung, dass auch in Zeiten wie diesen, Forderungen an den Ausbildungsassistenten gestellt werden dürfen und müssen. Zu diesen zählen Teamgeist, Enthusiasmus, Leistungsbereitschaft sowie Interesse an der Fort- und Weiterbildung. Unser Fach wird in Zukunft – auch diesen Aspekt hat Prof. Hörtl betont – nur überleben können, wenn wir uns auch der klinischen Forschung verschreiben. Jungen Ärzten kann heute – bei guter klinischer Förderung – zugemutet werden, sich auch in der Freizeit wissenschaftlichen Fragestellungen zu widmen. Fordern und Fördern dürfen keine Einbahnstraßen sein, weder in die eine noch in die andere Richtung. Es ist immer ein Geben und Nehmen, wovon beide Partner profitieren – Einbahnen geben keinen Richtungsspielraum und schränken Entwicklungen der Förderer als auch Forderer ein. Kooperation statt Konfrontation werden auch in unseren Breiten erwartet und den „Standort“ Urologie und seine zahlreichen assoziierten Bereiche in Hinkunft positiv vorantreiben.

Ein wichtiger Bestandteil unserer Gesellschaft ist die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Mitglieder der ÖGU. Kritisch zu hinterfragen ist die Bildung verschiedenster neuer Gesellschaften und Gruppierungen, deren Inhalte nicht klar definiert sind und sich möglicherweise als Parallelveranstaltung zu den Kernthemen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und

***Kritisch zu hinterfragen ist die Bildung verschiedenster neuer Gesellschaften und Gruppierungen, deren Inhalte unseres Erachtens noch nicht klar definiert sind und sich möglicherweise als Parallelveranstaltung zu den Kernthemen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie entwickeln könnten.***

Andrologie entwickeln könnten. Gerade in diesen „rauen Zeiten“ sollte das Motto sein, enger zusammenzurücken als zahlreiche kleine Plattformen zu eröffnen. Eine homogene Gruppe bietet in allen Diskussionen weniger Angriffsfläche als viele kleine Splittervereine, wo gerade „Verhandlungspartner“ wie Politik, Ökonomen, Kammern etc. mit großer Freude diese Entwicklungen beobachten, um dann mit hoher Schlagkraft Druck auszuüben. Der gute alte Schulterschluss muss die Prämisse der kommenden Jahre in der Urologischen Gesellschaft sein, auch wenn dies für

alle schmerzliche Kompromisse erfordert. Die Arbeitswelt ist wohl nicht anders als jene, die wir privat erleben und auch hier sind Konfrontation, Kommunikation und Diskurs von zentraler Bedeutung.

Aus diesem Grund möchten wir an alle Mitglieder der ÖGU appellieren, den neu gewählten Vorstand der ÖGU – jeder in seinem Bereich – zu unterstützen mit dem Ziel, unser schönes Fach in diesen schwierigen Zeiten der Umbrüche zu stärken. Hier sind vor allem die Klinikvorstände, Abteilungsleiter und der Berufsverband Österreichischer Urologen gefordert, gemeinsame Projekte zu entwickeln und zu fördern (wie zum Beispiel die Zystektomie-Datenbank der ÖGU oder die Datenbanken der Quapu). Solche Projekte sind auch aus berufspolitischer Sicht wichtig. Klar ist aber, dass jeder Beitrag wichtig ist und wir auf Ihre Ideen und Vorschläge angewiesen sind, um unsere Disziplin auch in Zukunft gut durch rauhe Winter oder superheiße Sommer zu bringen.

Zum Abschluss möchten wir im Namen aller Mitglieder der ÖGU Herrn **Prim. PD Dr. Walter Albrecht** für seine 12-jährige intensive Tätigkeit als Generalsekretär unserer Gesellschaft danken. Sein Engagement war und ist ein wichtiger Bestandteil der ÖGU sowie ein wesentlicher Beitrag, zur Präsentation auf dem medizinischen Parkett.

**Auf diesem Wege möchten wir allen Lesern ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein erfolgreiches Jahr 2014 wünschen.**

**St. Madersbacher  
E. Plas**



# OAB – UNENDLICHES LEIDEN?



## **DIE VISION – WELTEN ENTFERNT ...**

Neue Therapieansätze scheinen Lichtjahre entfernt ...

**Glauben Sie an die Innovation?**

 **astellas**  
Leading Light for Life



Antrittsrede im Rahmen der Fortbildungstagung  
am 15. 11. 2013 in Linz

## Urologie im Umfeld der prognostizierten Dauerkrise

Dem in der Medizin und von Medizinern meistunterschätzten Fachgebiet „Urologie“ – unserer Urologie – stellt sich in Zeiten wie diesen mehrfacher Widerstand entgegen.

An allen Ecken und Rändern wird versucht, unsere Kompetenz zu beschneiden. Leuchtendes Beispiel stellt die rein intravesikal vorgenommene Injektionstherapie mit Botox dar. Nach jahrelangem Abgeben von Erfahrung im Gebiet der Gynäkourologie reden wir selbst nur mehr von der Urogynäkologie. Die Folgen sind leicht erklärbar. Das brache Feld ist leicht überrannt. Gynäkologen führen urodynamische Untersuchungen durch, schreiben Gerichtsgutachten, machen Zystoskopien. Eine rein intravesikale Therapie mit Botox ist die logische Folge. Es wird jedoch nicht bedacht, welche kollaterale Problematik übersehen wurde. Das Nichterkennen eines symptomatischen Carcinoma in situ mag nur als ein Beispiel gelten. Die Frage, warum Frauen beim Harnblasenkarzinom eine schlechtere Prognose aufweisen, können wir zumindest teilweise mit diesen Wilderermachenschaften erklären.

Wer versorgt die Nachblutung, wer sorgt für die Erlernung des Selbstkatheterismus beim posttherapeutischen Harnverhalten?

Man hat den Eindruck, dass verschiedene Kollegen zu wenig Arbeit haben und unbedacht Patienten in Gefahr bringen.

Ähnlich verfahren sogenannte Endokrinologie-Chirurgen, die uns Urologen die Kompetenz im Bereich der Nebenniere streitig machen wollen. Die Abklärung, die Chirurgie und die Nachsorge von Nebennierenraumforderungen stehen in der Facharztausbildung festgeschrieben, sie muss von Urologen betrieben und gelebt werden.

Auch das retroperitoneale Sarkom wird immer wieder als Streitpunkt angesehen.

Die Kinderchirurgen operieren ohne Stan-

dards in unserem Feld. Die Kinderurologie muss wieder interessant gemacht werden für unsere Abteilungen und unsere Praxen.

Es wird nicht nur am Randgebiet unserer Urologie gesägt, eine neue Einflussnahme auf unsere soeben fertiggestellten Rasterzeugnisse wird versucht.

Der Präsident des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger möchte eine Verringerung der Machtverhältnisse der Ärztekammer erreichen, um die Inhalte der Ausbildung unserer Ärzte steuern zu können. Zuerst das System totsparen, dann die Ärzte so arbeiten lassen, nicht wie die wissenschaftlichen Gesellschaften und die Kammer es vorschreiben.

Der Facharztmangel und der Ärztemangel überhaupt werden damit sicher nicht behoben.

Der Hauptverband sollte sich lieber mit dem weltweit einzigartigen Phänomen der Doppelzulassung beschäftigen. Wird ein neues Onkologicum, das noch dazu auch in Österreich getestet worden ist, eingeführt und zugelassen, wird es von der lokalen GKK in den meisten Fällen trotz genauer Einhaltung der geforderten Kriterien nicht bewilligt!

Dieses in der Medizin „bipolare Störung“ genannte Phänomen gibt Anlass für Anstrengungen unsererseits.

Diese Anstrengungen können nur in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband – dem Bindeglied zur Ärztekammer – unternommen und erfolgreich sein. Ich bitte daher um eine weiter enge Kooperation.

Vereint mit den Versicherungsträgern vernichten nun einige Internisten die Wertigkeit des PSA. Ob dahinter die Absicht besteht, mehr systemische Therapie im fortgeschrittenen Stadium von nicht früherkannten Männern einsetzen zu können, ist eine vage aber



Prim. Dr. Wolfgang Loidl

schreckliche Vorstellung. Tatsache ist, dass wir das PSA wieder mit mehr Intelligenz einsetzen müssen.

Schlussendlich steht das Wort „Fortbildung“ am Schluss meiner Ausführungen. Neue Antikorruptionsgesetze greifen zunehmend auf die Fortbildung auch unserer Gruppe über. Reinen Firmengetriggerten Vorträgen und Veranstaltungen werden keine DRG-Punkte mehr zukommen können. Jedem Vortrag eines Mitgliedes der ÖGU müssen Daten von Verbindungen (Honorare etc.) zu Firmen vorrausgehen. Dies ist international Standard und muss auch in Österreich als solcher eingeführt werden. Nur eine bereinigte Fortbildung wird unser Wissen erweitern. Läuterung von uns allen tut not. Wissen ist unser größter Schatz.

Die Genomics werden uns in immer schnelleren Zeiträumen Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie wichtiger urologischer Erkrankungen bringen, von denen wir jetzt nur träumen können.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, ich werde versuchen mit Dynamik diese Herausforderungen anzugehen. Viel Schwung darf ich von meinem Vorgänger mitnehmen. Ich werde mich auf die junge Riege der Ordinarii stützen dürfen und auf Stimmen, denen ich in der Vergangenheit immer wieder zuhören durfte.

Vielen herzlichen Dank

Prim. Dr. Wolfgang Loidl

Präsident der Österreichischen  
Gesellschaft für Urologie und  
Andrologie

# Weil für ED-Patienten die genussvollsten Momente auch die kostbarsten sind.



Für ED-Patienten ist Cialis® etwas Besonderes: Ein Head-to-Head-Vergleich<sup>1</sup> zwischen den drei verfügbaren PDE-5-Inhibitoren hat gezeigt: **Mehr als die Hälfte der Patienten gibt Cialis® den Vorzug!**



1. Tórná JR et al., J Sex Med 2006; 3:601-609

## Dank an die Kollegen, die aus dem Vorstand der ÖGU ausscheiden

W. Loidl

Drei renommierte Kollegen scheidern mit November 2013 aus dem Vorstand der österreichischen Gesellschaft für Urologie aus.

**Prim Dr. Klaus Jeschke** führte die Gesellschaft als Präsident von 2009 bis 2011. Sein Kongress in Klagenfurt 2011 war ein großer Erfolg und brachte viele Kollegen aus Bayern und Österreich in sein schönes Kärnten trotz Golf GTI Treffen und regnerischem Wetter. Viele solide Daten zum Nierenzellkarzinom ragten aus dem reichhaltigen Programm heraus.

Klaus Jeschke sei gedankt für seinen Einsatz besonders bei den Beziehungen zu unseren östlichen Nachbarn. Wir wünschen uns weiter seine nachhaltige Unterstützung in unserer Arbeit im Vorstand.

**Prim. Dr. Eckhart Breinl** war viele Jahre Vorsitzender der Ausbildungskommission. Die Durchführung und Überwachung der Facharztprüfung und die Erstellung des neuen Rasterzeugnisses waren nur zwei große Arbeitsbereiche, die von Eckhart Breinl mit viel Energie und persönlichem Einsatz erfüllt wurden.

Seine Stimme im Vorstand wurde gerne gehört, weil seine Argumente immer wohl überlegt und praxisnahe gewählt waren. Wir hoffen, dass wir auf seinen Rat auch in Zukunft hoffen dürfen.

**Prim. Priv. Doz. Dr. Walter Albrecht** war so viele Jahre im Vorstand der Gesellschaft, dass dieser ohne ihn schwer vorstellbar ist. Seine Verdienste sind nicht leicht zusammenzufassen. Die vielen Aufgaben, die ihm zugefallen sind bzw. die er übernommen hat sind vielen von uns völlig unbekannt. Walter Albrecht hat diese „Missionen“ nicht nur erfüllt, sondern auch mit persönlicher Hingabe erledigt. Er reiste unzählige Male zu unseren deutschen Kollegen, um an der Programmkommission der DGU oder den Sitzungen des AWUF (Industrie für Kongresssponsoring) teilzunehmen. Er vertrat uns in schwierigen Zeiten im Dachverband onkologisch tätiger Nichtonkologen (DONKO) und, und, und ...

Die gefürchteten Hauptversammlungen der ÖGU wurden durch ihn gestrafft und so ein Forum für die wesentlichen Informationen unserer Mitglieder geschaffen. Walter Albrecht wird seinen Platz in der Gesellschaft weiter ausfüllen, seine Stimme wird weiter gehört werden, seine Expertise werden wir zukünftig für unseren Fortschritt dringend benötigen.

Der Vorstand und die Mitglieder der Gesellschaft bedanken sich herzlich für die intensive Arbeit, die Walter Albrecht geleistet hat.

## ANKÜNDIGUNG: Hauptthema NÖGU Nr. 49 (Juni 2014)

# Infektionen in der Urologie

Fachinformation zu Seite 3

**Spasmolyt 20 mg - Dragées. Zusammensetzung:** Jede überzogene Tablette enthält 20 mg Trospiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum, ATC Code G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase (z.B. idiopathische oder neurologische Blasenstörung, Detrusorhyperreflexie). **Gegenanzeigen:** Trospiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastrointestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trospiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** **Tablettenkern:** Weizenstärke, Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Povidon, Croscarmellose-Natrium, Stearinsäure, Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum; **Tablettenmantel:** Saccharose, Carmellose-Natrium, Talkum, Hochdisperses Siliciumdioxid, Calciumcarbonat (E 170), Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Eisenoxidhydrat gelb (E 172), Gebleichtes Wachs, Carnaubawachs. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MAD AUS GmbH, Wien. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

**Urivesc 60 mg Retardkapseln. Zusammensetzung:** Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trospiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum; G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **Gegenanzeigen:** Trospiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trospiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** **Kapselinhalt:** Saccharose, Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Ammoniumhydroxid, mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Polysorbat 80, Triethylcitrat, Talkum; **Kapselhülle:** Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172); **Druckertinte:** Schellack (20% verestert), Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MAD AUS GmbH 51101 Köln, D. **Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**



## Ihre Seite – Die Seite des Lesers

Hier wünschen wir uns Ihre Beiträge.

Schicken Sie uns Bemerkenswertes, Skurriles, Lustiges, Gefundenes.

[office@vermed.at](mailto:office@vermed.at)

... zum Beispiel



Quelle: Volker Lange: „Kongrässlich“, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2004

Aus dem Arbeitskreis Kinderurologie

## Varikozele beim Jugendlichen

T. Alber, J. Oswald



OA Dr. Thomas Alber

Die Varikozele testis ist definiert als abnorme Dilatation der testikulären Venen im Plexus pampiniformis. Die Inzidenz des gesunden Jugendlichen in der Adoleszenz beträgt ca. 14-20%, was in etwa der Prävalenz bei Erwachsenen entspricht.

In 78-93% tritt die Varikozele links auf. Dies ist anatomisch durch die rechtwinkelige Einmündung der linken V. testicularis in die V. renalis bedingt. Selten finden sich eine singuläre rechtsseitige Varikozele (zwischen 1-11%) oder bilaterale Varikozelen (7-11%).

Die erste detaillierte historische Schilderung einer Varikozele und deren operativer Versorgung erfolgte durch Celsus (42 v. Chr. - 37

n. Chr.). Oberflächliche skrotale Venen wurden dabei mit scharfen und ätzenden Metallgegenständen verschorft und dann mit verschiedenen Pasten bedeckt. 1831 wurde durch Cooper eine partielle Skrotalexzision bei Varikozele propagiert und Hartmann versorgte um 1900 Varikozelen mittels kompletter Skrotumresektion. Schwerste Komplikationen mit Blutungen und Infektionen bis zu Sepsis waren häufig, sodass auch konservative Therapiemaßnahmen wie kalte Waschungen, Stuhlregulierung, netzartige Suspensorien und verschiedene Puder versucht wurden. Curling stellte 1856 erstmals die Vermutung auf, dass eine Varikozele die exokrine Hodenfunktion schädigen könnte.

untersuchung, da die Patienten üblicherweise beschwerdefrei sind. Schmerzen werden in den meisten Serien nur bei 2-10% der Patienten angegeben.

Der Patient sollte im Stehen und im Liegen untersucht werden. Das Skrotum wird begutachtet auf eine sichtbare Schwellung („Würmer im Sack“). Dann wird der Samenstrang in Ruhe und unter Valsalvamanöver getastet und die beiden Hoden zur Beurteilung der Konsistenz und zum Größenvergleich palpirt.

Als wichtigstes klinisches Zeichen einer durch die Varikozele hervorgerufenen Hodenschädigung gilt das reduzierte Hodenvolumen der betroffenen Seite. Bei Jugendlichen gilt eine Hodenvolumendifferenz von 2ml oder 20% im Vergleich zur Gegenseite als signifikant. Die Datenlage bezüglich Hodenvolumenasymmetrie bei Varikozele ist jedoch sehr widersprüchlich. Während in einigen Studien bis zu 70% von Patienten mit Grad II und III Varikozele ein reduziertes linksseitiges Hodenvolumen aufwiesen, zeigte sich in anderen Studien kein Hodenvolumenunterschied zwischen Kontrollen ohne und Jugendlichen mit Varikozele. Die Hodenasymmetrie kann einen Indikator für eine Einschränkung der Samenqualität darstellen, allerdings gibt es auch Untersuchungen, bei denen dieser Zusammenhang nicht hergestellt werden konnte.

Der spontane Verlauf der Hodenvolumenasymmetrie ist ebenso nur ungenügend untersucht. Es gibt kleine Serien, in denen bis zu 50% der Jugendlichen

Obwohl die Varikozele bekanntermaßen einen Risikofaktor für Subfertilität darstellt, ist der tatsächliche Krankheitswert der Varikozele noch immer Gegenstand zahlreicher Diskussionen. In Kohortenstudien konnten Paternitätsraten von 85% bei Männern mit Varikozele aufgezeigt werden und Daten zum natürlichen Verlauf der Varikozele bei unbehandelten Jugendlichen haben eher noch zusätzliche Verwirrung geschaffen.

### Ätiologie und Pathophysiologie

Das Auftreten der Varikozele ist multifaktoriell bedingt. Neben einer genetischen Prädisposition spielt auch der Körperhabitus eine Rolle. Erhöhte Körpergröße und vermindertes Körpergewicht ist mit einem vermehrten Auftreten assoziiert, wahrscheinlich bedingt durch eine längere V. spermatica und

einer Erhöhung des hydrostatischen Drucks verbunden mit insuffizienten Venenklappen. Das „Nussknackerphänomen“ bezeichnet die Kompression der linken V. renalis zwischen Aorta und A. mesenterica sup. und spielt pathogenetisch möglicherweise zusätzlich eine Rolle.

Eine Schädigung des Hodens wird bei 20% der Jugendlichen mit Varikozele postuliert und soll in erster Linie durch die Erhöhung der skrotalen und intratestikulären Temperatur verursacht sein. Testikuläre Proteine sollen eine geringere Temperaturstabilität aufweisen. Weiters wird eine Minderdurchblutung des ipsilateralen Hodens durch Erhöhung des venösen Drucks vermutet.

### Diagnose

Die Diagnose erfolgt **klinisch** meist als Zufallsbefund im Rahmen einer Routine-

# Triple A für die UROLOGIE bleibt



**Aglandin®**  
Tamsulosin

**Androfin®**  
Finasterid

**Androbloc®**  
Bicalutamid

GEROT  LANNACH

Ihr österreichischer Partner  
im Bereich Urologie



## Aus der ÖGU

ohne jegliche therapeutische Intervention ein spontanes Aufholwachstum zeigten.

Weiters sollte eine **Duplexsonografie** beider Hoden inklusive Hodenvolumenmessung erfolgen. Zur Berechnung des Hodenvolumens empfiehlt sich die sonografische Ausmessung des Hodens und Berechnung des Volumens mittels Lambert Formel:  $\text{Volumen} = 0,71 (\text{Länge} \times \text{Breite} \times \text{Höhe})$  oder die Verwendung eines Orchidometers (Prader Orchidometer, Takihara Orchidometer).

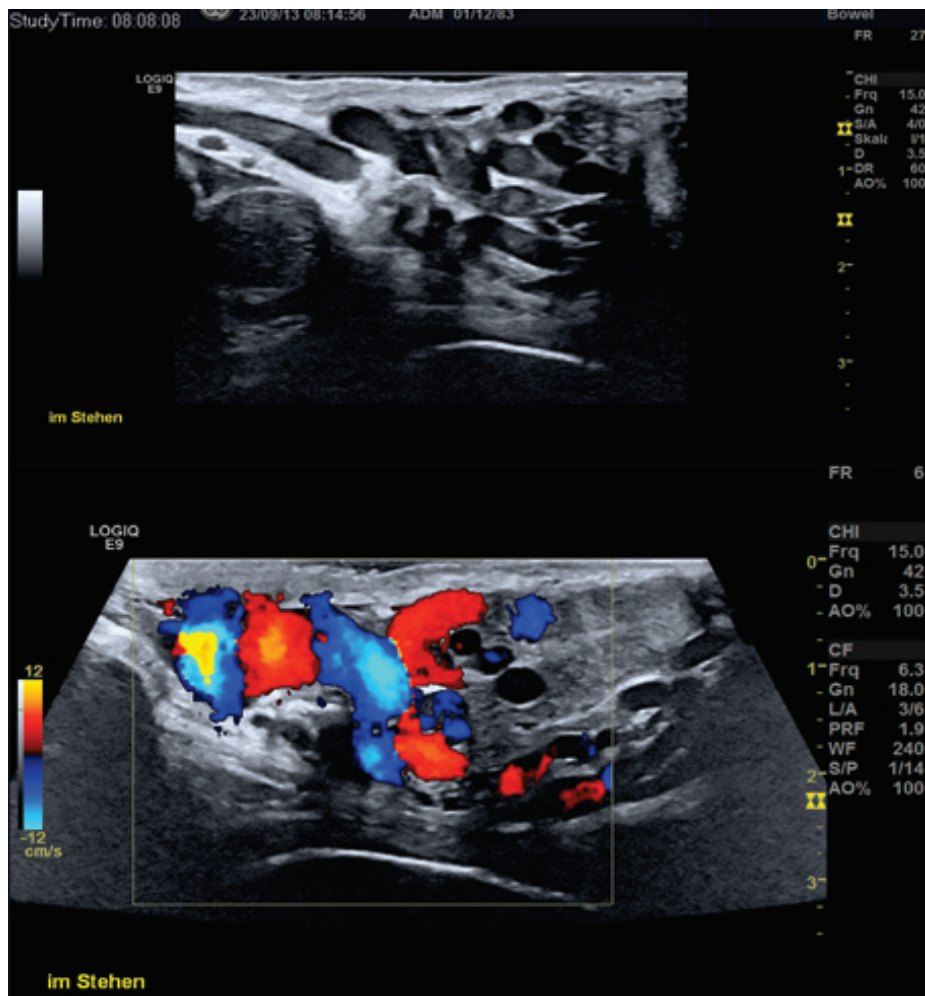
Nach der **WHO-Klassifikation** wird die Varikozele in 3 Grade und die klinisch nicht relevante subklinische Form eingeteilt:

- **Subklinisch:** nicht sichtbar, nicht tastbar in Ruhe und unter Valsalva, nur sonografisch nachweisbar
- **Grad I:** nicht sichtbar, unter Valsalva tastbar
- **Grad II:** nicht sichtbar, bereits in Ruhe tastbar
- **Grad III:** bereits äußerlich sichtbar

Eine ausgeprägte Varikozele sollte im Liegen verschwinden. Sollte das vor allem auf der rechten Seite nicht der Fall sein, was außerordentlich selten ist, wäre an eine Untersuchung zum Ausschluss einer abdominellen Raumforderung zu denken.

Das **Spermiogramm** beim Jugendlichen mit Varikozele spielt im klinischen Alltag eine untergeordnete Rolle. Zum einen stellt sich die Frage, ob die Durchführung ethisch vertretbar ist und wenn ja ab welchem Alter und zum anderen stellt sich die Frage nach der Relevanz. Eigene Spermiogramm-Grenzwerte existieren nicht und die Spermiogenese bei jedem Einzelnen ist in der Pubertät großen Schwankungen unterworfen. Es gibt 4 kontrollierte Studien zur Ejakulatqualität, wobei keine eine signifikante Einschränkung unter den unteren WHO-Normbereich aufweist. In einer Studie zeigte sich ein signifikanter Unterschied der Spermienkonzentration zwischen Jugendlichen mit oder ohne Varikozele in der Altersgruppe zwischen 15 und 21 Jahren, wobei die Werte oberhalb des unteren Grenzbereiches lagen.

Auch die Bestimmung des **Hormonlabors** hat eher akademischen Charakter und wird nicht routinemäßig durchgeführt. In einer Studie von Gaurino et al. zeigten sich bei Jugendlichen mit Varikozele und pathologischem Spermiogramm erhöhte basale und stimulierte (unter



GnRH Stimulation) LH und FSH Spiegel, während Jugendliche mit Varikozele und normalen Spermiogrammparametern diese Veränderungen nicht zeigten.

### Indikationen zur Therapie

Die Indikationen zur Therapie der Varikozele bei Jugendlichen sind:

1. Varikozele Grad III
2. Varikozele Grad II mit vermindertem Hodenvolumen (Hodenvolumendifferenz >2ml) und/oder mit Symptomatik (z.B. inguinale Schmerzen bei Sport)

### Therapie

Die aktuellen ÖGU-Leitlinien für Kinderurologie empfehlen bei der operativen Sanierung einer Varikozele beim Jugendlichen eine suprainguinale Varikozelenligatur nach Palomo oder eine laparoskopische Varikozelenligatur. Die klassische operative Versorgung der jugendlichen Varikozele ist die offene Operation nach Palomo. Dabei werden suprainguinal die A. und V. testicularis durch-

trennt. Der Eingriff ist leicht zu erlernen und zeigt sehr gute Ergebnisse bezüglich Rezidivrate (2-4%), weswegen er in vielen Zentren bei jungen Patienten favorisiert wird. Der Nachteil ist die nicht unerhebliche Rate an Hydroceelen (bis 30%). Das führte zu Modifizierungen des Eingriffs. Mit Lupenbrille und Schonung von Lymphgefäßen und Arterie kann die Hydroceelenrate erheblich gesenkt werden. Durch Injektion von Isosulphanblau (ein Isomer von Patentblau) unter die Tunica dartos an die Lamina parietalis der Tunica vaginalis 10 Minuten vor der Operation können die suprainguinalen Lymphbahnen deutlich besser identifiziert und geschont werden, wodurch die Hydroceelenrate weiter gesenkt werden kann.

Die laparoskopische Varikozelenligatur wurde erstmals 1992 von Donovan und Winfield publiziert. Der Eingriff ist leicht zu erlernen und die OP-Dauer ist kurz. Ein lymphgefäßschonendes Vorgehen ist dabei einer suprainguinalen Massenligatur vorzuziehen.

Die aktuellen europäischen Leitlinien für Kinderurologie empfehlen zudem die

mikrochirurgische Varikozelenligatur. Diese wurde erstmals 1992 von Goldstein publiziert. Es zeigt sich dabei eine geringe Rezidivrate und Hydrocelenrate, wobei der Eingriff sicherlich komplizierter zu erlernen und zeitaufwändiger ist. Zu erwähnen ist auch ein potenzielles Risiko einer Hodenatrophie, welches bei den oben genannten suprainguinalen Verfahren nicht besteht.

Die retrograde radiologische Embolisierung oder Sklerosierung wird nicht zuletzt wegen der Strahlenbelastung bei Jugendlichen nur bei Rezidiven eingesetzt und gehört nicht zur ersten Wahl.

## Ergebnisse nach operativer Therapie

**Hodenvolumendifferenz:** In zahlreichen Studien konnte bei 32-83% ein Aufholwachstum („Catch-up Growth“) des ipsilateralen Hodens nach operativer Therapie nachgewiesen werden, was als Zeichen der Verbesserung der Hodenfunktion gewertet wurde. Die Sache scheint jedoch um einiges komplexer zu sein. Das Aufholwachstum zeigt sich im

Verlauf auch bei bis zu 50% unbehandelter Jugendlicher sowie bei operierten mit Rezidivvarikozele. Ein testikuläres Ödem oder venöse Stase spielen bei der postoperativen Hodenvergrößerung möglicherweise auch eine Rolle und es gibt keine Daten, ob das Aufholwachstum auch mit verbesserten Ejakulatparametern einhergeht.

**Spermienqualität:** In zwei älteren randomisierten Studien (Laven et al. 1992 und Yamamoto et al. 1995) konnte bei therapierten Jugendlichen im Vergleich zu untherapierten eine deutliche Verbesserung des Spermioграмms nach Eingriff festgestellt werden, wobei sogar die Spermioграмmwerte eines gesunden Kontrollkollektivs überschritten wurde. Dies wurde als Rebound-Phänomen in der Spermio-genese gewertet. Viele andere Serien zeigten jedoch keine signifikanten Spermioграмmunterschiede zwischen behandelten und unbehandelten Jugendlichen.

**Schmerzen:** Wenn Schmerzen die Indikation für die Varikozelenanierung sind, dann liegt die Schmerzfreiheit nach Eingriff bei etwa 68-88%.

## Zusammenfassung:

20% der Jugendlichen mit Varikozele entwickeln eine Hodenschädigung, wobei verlässliche prognostische Parameter fehlen. Hochgradige, schmerzhafte und mit vermindertem Hodenvolumen einhergehende Varikozelen sollten saniert werden. Wie sich die operative Versorgung einer jugendlichen Varikozele auf die spätere Fertilität auswirkt, wird auch weiter ein kontroversielles Thema bleiben.

OA Dr. Thomas Alber  
Abteilung für Urologie  
LKH Leoben  
EBU Certified Training Center  
Vordernbergerstrasse 42  
8700 Leoben  
thomas.alber@lkh-leoben.at

Prim. Univ. Doz. Dr.  
Josef Oswald, FEAPU  
Arbeitskreisvorsitzender des AK für  
Kinderurologie der ÖGU  
Krankenhaus der Barmherzigen  
Schwestern Linz  
Seilerstätte 4, 4010 Linz  
josef.oswald@bhs.at

www.ak-kinderurologie.at  
www.kinderurologie-eritrea.at

## Fachinformation von Seite 9

**1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS:** CIALIS 2,5 (5) [10] [20] mg Filmtabletten. **2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** Jede Tablette enthält 2,5 (5) [10] [20] mg Tadalafil. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 87 (121) [170] [233] mg Lactose (als Monohydrat). Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1. **4.1 Anwendungsgebiete:** Cialis 2,5 [10] [20] mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Cialis (5) mg: Zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bei erwachsenen Männern. Tadalafil zur Behandlung einer erektilen Dysfunktion kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. Zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms bei erwachsenen Männern. CIALIS ist nicht angezeigt zur Anwendung bei Frauen. **4.3 Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass Tadalafil die blutdrucksenkende Wirkung von Nitraten verstärkt. Dies wird auf eine gemeinsame Wirkung von Nitraten und Tadalafil auf den Stickstoff-monoxid / cGMP-Stoffwechsel zurückgeführt. Daher ist die Anwendung von CIALIS bei Patienten kontraindiziert, die organische Nitrate in jeglicher Form einnehmen (siehe Abschnitt 4.5). Männer mit kardialen Erkrankungen, denen von sexueller Aktivität abgeraten wird, dürfen CIALIS nicht verwenden. Ärzte müssen das potentielle kardiale Risiko einer sexuellen Aktivität bei Patienten mit einer vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankung berücksichtigen. Die folgenden Patientengruppen mit Herz-Kreislauf-Erkrankung waren in klinische Studien nicht eingeschlossen und daher ist die Anwendung von Tadalafil kontraindiziert: - Patienten mit Herzinfarkt während der vorangegangenen 90 Tage, - Patienten mit instabiler Angina pectoris oder einer Angina pectoris, die während einer sexuellen Aktivität auftrat, - Patienten mit Tadalafilsuffizienz Schweregrad II oder höher nach New York Heart Association (NYHA) während der letzten 6 Monate, - Patienten mit unkontrollierten Arrhythmien, Hypotonie (< 90/50 mm Hg) oder unkontrollierter Hypertonie, - Patienten mit einem Schlaganfall während der vorangegangenen 6 Monate. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriitischen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist CIALIS kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4). Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, ATC-Code G04BE08. **6.1 Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Triacetin, Titandioxid (E171), Talkum. Filmüberzug 2,5 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172), Eisen (III)-oxid (E172). Filmüberzug 5, 10 & 20 mg: Eisen (III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (E172). **7. INHABER DER ZULASSUNG:** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Niederlande. NR, Apothekenpflichtig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Kurzfachinformation: Oktober 2012.

## Aus dem Arbeitskreis Laparoskopie

# 3. Symposium für urologische Laparoskopie in Vöcklabruck (19. 9. 2013 – 20. 9. 2013)

Der Arbeitskreis für Laparoskopie der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie veranstaltete nach bewusst einjähriger Pause, zum 3. Mal das Laparoskopische Symposium im Landeskrankenhaus Vöcklabruck.

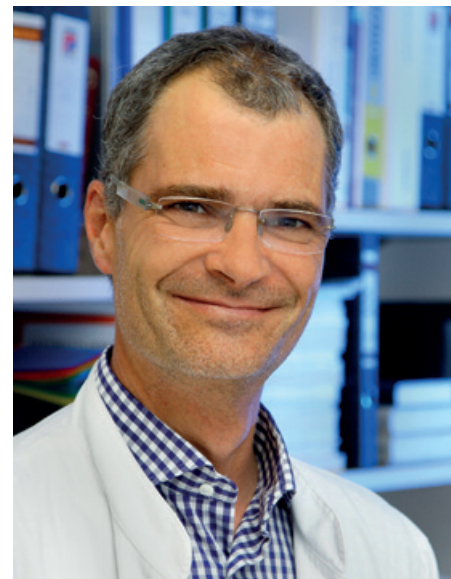
Auf allgemeinen Wunsch wurde das grundsätzliche Konzept des 2-tägigen Symposiums beibehalten.

In den letzten beiden Jahren haben sich auf dem Gebiet der Laparoskopie zahlreiche Weiterentwicklungen ergeben. So wurden uns seitens der Industrie, der für ihre Präsentationen neuerlich ein ganzer Vormittag zur Verfügung gestellt wurde, spannende Neuigkeiten vermittelt. Am ersten Nachmittag konnten die 73 Teilnehmer aus Medizin und Industrie die laparoskopischen Neuigkeiten und Weiterentwicklungen im Bereich des laparoskopischen Equipments im Rahmen des „Hands-On-Trainings“ selbst testen. Den Teilnehmern standen dabei wieder

erfahrene Laparoskopieure als Tutoren zur Verfügung.

In der operativen Technik gab es von Operateuren und Tutoren wieder Tipps und Tricks, die die Kollegen sowohl im Rahmen des „Hands-On-Trainings“ üben konnten und auch am 2. Tag von den Operateuren live demonstriert bekamen.

Einer der Schwerpunkte des diesjährigen Symposiums war die 3-D-Thematik in der Laparoskopie, die sowohl bei den praktischen Übungen am ersten Tag, aber auch live im OP präsentiert wurde. So gelang es nach großen Anstrengungen im Vorfeld seitens der Technik und der EDV erstmalig in Österreich, Operationen über 3D-Spezialbeamer in hochwertiger dreidimensionaler Darstellung live aus dem OP auf eine große Leinwand in den Vortragssaal zu übertragen. Auch die interaktive Diskussion mit den Operateuren aus dem Auditorium kam dabei wieder nicht zu kurz.



**Prim. Dr. Michael Dunzinger**

Das Interesse war insgesamt sehr groß und das anschließende Feedback der Teilnehmer am Ende des Symposiums überaus positiv.

Ein besonderer Dank gilt nochmals den zahlreichen Helfern aus Medizintechnik, Haustechnik und EDV des Landeskrankenhauses Vöcklabruck, ohne deren Einsatz diese Veranstaltungen nicht möglich wären.

**Prim. Dr. Michael Dunzinger**  
Leiter des Arbeitskreises für  
Laparoskopie

## Aus dem Arbeitskreis Assistenten in Ausbildung

# Facharztprüfung Urologie 2013 – Zwei wesentliche Änderungen = Verbesserungen?

Am 5. Oktober 2013 fand heuer die österreichische Facharztprüfung (FAP) in Wien und Linz statt. Der bisherige Termin der nationalen Prüfung im November jeden Jahres, örtlich in Linz durchgeführt, wurde vorverlegt und ist nun ident mit dem schriftlichen Teil der europäischen Prüfung zur Erlangung des „Fellow of the European Board of Urology (FEBU)“. Eine sogenannte „written web-based examination“ mit 150 Fragen, die in 150 Minuten in Form von einem Multiple-Choice-Test am Computer beantwortet werden müssen. Für den FEBU muss noch ein mündlicher Teil

absolviert werden. Diese „oral examination“ wird am 31. Mai 2014 in Brüssel stattfinden.

31 Kandidaten traten zur Prüfung an, 27 konnten ein positives Ergebnis erzielen. Europaweit absolvierten insgesamt 365 Jungurologen zeitgleich dieselbe Prüfung. Für 101 Absolventen – in Österreich, der Schweiz, Ungarn, Holland und Polen – war das auch die nationale Facharztprüfung.

Die Prüfungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Urologie hat die Gleichwertigkeit dieser Prüfung aner-



**Dr. Clemens Heßler**



# EREKTIONSHÄRTE DURCH VIAGRA®<sup>1</sup>

## Jetzt auch in Weiß erhältlich



Neues Aussehen, dieselbe VIAGRA®-Qualität.

Nach denselben Qualitätsstandards und mit gewohnter Detailgenauigkeit hergestellt.

**Sildenafil Pfizer®**  
sildenafil citrate

Echte Pfizer-Qualität



Von den Herstellern von

**VIAGRA®**  
sildenafil citrate

THINK HARD<sup>1</sup>

## Aus der ÖGU



Dr. Armin Henning (links) und Dr. Clemens Mayr (rechts) wurden für die besten Prüfungen 2012 bzw. 2013 ausgezeichnet. Überreicht wurden die Preise vom Präsidenten der ÖGU, Univ. Prof. Dr. Karl Pummer und Generalsekretär Prim. Univ. Doz. Dr. Walter Albrecht.

kannt und damit kann nach positiver Absolvierung eine entsprechende formale Anerkennung über die jeweilige Landesärztekammer beantragt werden.

Leider besteht nun durch die terminliche und organisatorische Zusammenlegung der nationalen FAP mit der EBU-Prüfung de facto nur mehr eine Möglichkeit, im Jahr anzutreten. Bis zum Jahr 2012 erhielten alle Kandidatinnen und Kandidaten nach einem Antreten beim schriftlichen Teil der FEBU im September bei negativem Ergebnis eine zweite Chance bei der offiziellen nationalen FAP im November.

Positiv in diesem Zusammenhang – die zweite Abänderung – ist die Verringerung der notwendigen Ausbildungsmonate zur Anmeldung für die FAP. Viele Auszubildende kommen in die Verlegenheit eines auslaufenden Vertrages,

auch wenn die FAP im ersten Anlauf nicht geschafft wurde. Somit kann man jetzt schon relativ früh in der Ausbildung zur FAP antreten. Ob das jedoch im Sinne der Sache ist, sei dahingestellt. Die österreichische Akademie der Ärzte (eigenliches durchführendes Organ der Ärztekammer für alle FAPs) verlaudet dazu:

„... 44 anrechenbare Ausbildungsmonate tunlichst im Hauptfach (bislang 56 anrechenbare Ausbildungsmonate) sind ab 1.7.2013 Zulassungsvoraussetzung zum Antritt zur Facharztprüfung.“

Große Schwierigkeiten bereitete die Anmeldung zu FAP 2013 durch die doppelte Zuständigkeit, da man sich sowohl über die Landesärztekammer als auch direkt bei der EBU anmelden konnte. Das führte zu einigermaßen Verwirrung aller

Assistentinnen und Assistenten. Auch die Kosten sind zu hinterfragen, da man für die exakt gleiche Prüfung bei einer Anmeldung über die Ärzteakademie € 792,- und bei der EBU € 300,- zu bezahlen hat.

Abschließend möchten wir allen Absolventen der FAP noch einmal herzlich gratulieren und zwei Kollegen ein wenig hervorheben: **Dr. Armin Henning**, Donauespital Wien, hat die beste österreichische Prüfung 2012 in Linz und **Dr. Clemens Mayr**, Barmherzige Schwestern Linz, die beste Prüfung 2013 abgegeben! Beide wurden entsprechend im Rahmen der Jahreshauptversammlung 2013 in Linz geehrt!

Dr. Clemens Heßler  
Vorsitzender des Arbeitskreises  
Assistenten in Ausbildung

## Young Urology Award 2013

**Dr. Isabel Heidegger**, Universitätsklinik Innsbruck, gewann den „Young Urology Award 2013“ mit der Arbeit **„Oncogenic functions of IGF1R and INSR in prostate cancer include enhanced tumor growth, cell migration and angiogenesis.“**

Die Fortbildungskommission und der Assistentenarbeitskreis der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie verliehen diesen Preis im Rahmen der Fortbildungstagung der ÖGU in Linz. Der Preis wurde von Präsident Univ. Prof. Dr. Pummer und Generalsekretär Prim. Univ. Doz. Dr. Albrecht während der Jahreshauptversammlung überreicht.





# Zystektomie Datenbank der ÖGU seit 24 Monaten online – 320 Fälle inkludiert

Die Zystektomie-Datenbank der ÖGU wurde im Jänner 2013 online gestellt. **Bis dato haben 24 urologische Abteilungen Ihre Patienten inkludiert!** Mit Stichtag 15.11.2013 wurden insgesamt **320 Patienten in die Datenbank eingegeben.** In der nebenstehenden Abbildung ist dargestellt, welche urologischen Abteilungen Ihre Patienten in diese Zystektomiedatenbank inkludiert haben (topographisch nicht ganz korrekt).

Wie aus dieser Karte ersichtlich, sind die **westlichen Bundesländer** (Salzburg, Tirol, Vorarlberg) **deutlich unterrepräsentiert.** Ich appelliere an dieser Stelle an die entsprechenden Primärärzte/Ordinarii, sich doch zur Teilnahme an dieser ÖGU-Studie zu entschließen.

## Zunächst möchte ich mich bei allen für Mitarbeit und Engagement bedanken!

Mir ist bewusst, dass diese Dateneingabe für die meist jüngeren Kollegen eine zusätzliche zeitliche Belastung darstellt, die leider auch finanziell nicht abgegolten werden kann (diesbezüglich sind Überlegungen im Gange, um eine Entschädigung anbieten zu können). Wenn man bedenkt, dass manche urologischen Abteilungen keine Zystektomien durchführen, so ist diese Anzahl der teilnehmenden Zentren (n=24) schon sehr bemerkenswert.

Sobald wir 350-400 Fälle in diese Datenbank inkludiert haben, wird eine erste detailliertere Analyse durchgeführt und diese Daten dann zunächst als

## Teilnehmende Zentren



Abstrakt und anschließend als Publikation veröffentlichen. Mit 350-400 prospektiv und multizentrisch erfassten Patienten lässt sich sicher eine schöne Arbeit verfassen (mein Ziel ist es, 1-2 Kollegen die Möglichkeit für eine Erstautorenschaft zu bieten). Ein Fortführen der Datenbank ist für die nächsten Jahre finanziell gesichert, mein Ziel wäre es, zumindest 500-700 Patienten zu inkludieren.

Auf Grund meiner Wahl zum Generalsekretär der ÖGU werde ich den wissenschaftlichen Vorsitz der Zystektomie-Datenbank aus Kapazitätsgründen abgeben. Ich habe diesbezüglich bereits mit dem Vorsitzenden des onkologischen Arbeitskreis (Priv. Doz. Dr. Ponholzer) Kontakt aufgenommen und wir werden innerhalb der Gruppe der teilnehmenden Abteilungen einen neuen Vorsitzenden wählen.

Ich möchte mich nochmals bei allen für Ihr Engagement bedanken und Euch bitten, auch weiterhin Patienten zu inkludieren und vor allem den Follow-up zu komplettieren. Dieses Projekt (das erste dieser Art) ist für die ÖGU als wissenschaftliche Gesellschaft wichtig, dient zur hochwertigen Qualitätskontrolle und stärkt auch unsere Position standespolitisch.

Univ. Prof. Dr. Stephan Madersbacher  
Wiss. Leiter, Zystektomiedatenbank  
der ÖGU





## Konstituierende Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Mann und Gesundheit

Am 13. November 2013 fand in Wien die konstituierende Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Mann und Gesundheit statt. Neben den Gründern **Dr. Michael Eisenmenger** und dem Unternehmensberater und Erwachsenenbildner **Michael Bayer, MBA, MSc.** waren Managing Director bei PricewaterhouseCoopers **Dr. Andrea Kdolsky**, die Kieferchirurgin und Kinderzahnärztin **DDr. Gabriela Eisenmenger**, die Urologen **OA Dr. Markus Margreiter** und **Dr. Gerhard Hafner**, der Psychotherapeut **Mag. Michael-Andreas Heiss** und der Lehrer und Trainer **Michael Holzer** erschienen.

Eisenmenger gab einen kurzen Abriss über die bisherigen Tätigkeiten. Um in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden, wurden ein Logo entworfen und eine Website ([www.mann-und-gesundheit.at](http://www.mann-und-gesundheit.at)) mit Hilfe der Firma Sol4 IT-Consulting ([www.sol4.at](http://www.sol4.at)) gestaltet. Um dem Prinzip der fachübergreifenden Organisation gerecht zu werden, wurden zahlreiche Fachgesellschaften, insbesondere aus dem internistischen Bereich, aber auch die Österreichische Gesellschaft für Urologie und Andrologie über die neue Gesellschaft informiert und deren Mitglieder zur Mitarbeit eingeladen. Die Reaktionen waren durchaus positiv, allein Präsident und Vorstand der ÖGU befanden, dass eine Kooperation nicht notwendig sei. Eisenmenger konnte jedoch über die Absprache zur Zusammenarbeit mit der Männerpolitischen Grundsatzabteilung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit (DGMG), der deutschen Stiftung für Männergesundheit, der Akademie für Sexuelle Gesundheit, der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und der Österreichischen Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel (ÖGES) berichten. Die

ÖGMuG wurde von der ÖGES eingeladen, bei deren Jahrestagung 2014 eine Sitzung „Mann und Gesundheit“ zu organisieren. Diese Aufgabe wurde von Margreiter übernommen.

Um auch in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit aufzuzeigen, wurde gemeinsam mit **Eva Pernek** von MedAhead der 1. Interdisziplinäre Kongress „Mann und Gesundheit“, welcher am 1. März 2014 im Tagungszentrum Schönbrunn in Wien stattfinden wird, organisiert und die Themen der Vorträge festgelegt. Den Abschluss des Kongresses wird ein Round-table-Gespräch bilden, bei dem von Heiss präsentierte Fälle von den Expertinnen und Experten diskutiert werden sollen. Das Ergebnis dieser Diskussion wird dann in die erste Publikation der ÖGMuG einfließen.

Danach erfolgte die Wahl der ersten Funktionsträger der ÖGMuG. Michael Eisenmenger wurde zum Präsidenten, Michael Bayer zum Vizepräsidenten, Gabriela Eisenmenger zur Kassierin und Andrea Kdolsky zur Schriftführerin gewählt.

In der anschließenden Diskussion wurde das weitere Vorgehen besprochen. So wurden vier Aufgabenfelder definiert und die jeweils Verantwortlichen bestimmt: Biologisch-organisch – Margreiter, Psyche – Heiss, Sozial – Kdolsky und Bewegung/Sport – Holzer. Koordiniert wird die Zusammenarbeit der Aufgabenfelder durch den Vizepräsidenten Bayer.

Neben Vorstand und den Aufgabenfeldern wurde auch ein Wissenschaftlicher Beirat geschaffen, der die wissenschaftlichen Aussagen und Publikationen auf einem hohen Niveau halten soll. Die Leitung dieses Beirats hat **Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hörtl** übernommen. Weitere Mitglieder sind die Endokrinologen **Univ. Doz. Dr. Vinzenz Stepan** und **Univ. Prof. Dr. Alois Gessl**



**Dr. Michael Eisenmenger**

sowie der Nephrologe **Univ. Prof. Dr. Erich Pohanka**.

Es ist zwar derzeit noch eine kleine Runde, die sich hier über die Gesundheit des Mannes ihre Gedanken gemacht hat, aber es hat sich schon oft gezeigt, dass kleine überschaubare Einheiten, getragen von Menschen, die gewillt sind, etwas zu bewegen, viel erreichen können. Die Generalversammlung war durch den Willen zur Zusammenarbeit über alle Fachgrenzen hinweg gekennzeichnet.

Bereits am 14. November erfolgte die erste Presseaussendung über diese konstituierende Generalversammlung über die Austria Presseagentur durch die Agentur Martschin (Partner der ÖGMuG):

Um aber den Auftrag der Gesellschaft erfüllen zu können, nämlich ein Netzwerk für den Mann in Gesundheitsfragen zu bilden, ist eine Vermehrung der Mitgliederzahl notwendig. Daher abschließend der Appell an alle Andrologen und Androloginnen (und Urologen/Urologinnen): Werdet Mitglied der ÖGMuG und werdet ein Knotenpunkt in diesem Netzwerk.

**Dr. Michael Eisenmenger**  
Präsident der Österreichischen  
Gesellschaft für Mann und  
Gesundheit  
2460 Bruck an der Leitha

## Neuer Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Geschlechtsspezifische Medizin in der Urologie“

Im Rahmen der Herbsttagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie fand am 15. November in Linz eine Sitzung der Arbeitsgruppe „Geschlechtsspezifische Medizin in der Urologie“ statt. **Dr. Michael Eisenmenger** gab einen kurzen Abriss über die Aktivitäten der AG im letzten Jahr.

So wurde auch 2013 eine urologische Sitzung für die Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin organisiert. Diese Jahrestagung fand am 19. April 2013 im Fleming's Hotel Wien Westbahnhof statt. **Prim. Dr. Gottfried Gamperl** brachte ein Update über die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Fötalzeit. Thema des Vortrags von **Prim. Univ. Doz. Dr. Josef Oswald** waren die rezidivierenden Harnwegsinfekte und der vesikoureterale Reflex bei Mädchen und Buben. Den Abschluss der Sitzung machte Dr. Eisenmenger, der dem interessierten Publikum die Fragen der Androtropie und die Probleme der Männergesundheit näher brachte.

Bei dieser Jahrestagung der ÖGGSM wurde der Vorstand neu gewählt. Eisenmenger stand für eine neuerliche Wiederwahl als stellvertretender Vorsitzender nicht mehr zur Verfügung und schied aus dem Vorstand aus. Als Dank

für seine Leistungen wurde Eisenmenger zum Ehrenmitglied der ÖGGSM ernannt. Als Mann und Urologe folgte ihm **Dr. Harun Fajkovic** von der Wiener Klinik als Schriftführer in den Vorstand der ÖGGSM nach. Fajkovic ergänzte Eisenmengers Bericht mit der Information, dass zwischen der Gender Unit der Medizinischen Universität Wien, der ÖGGSM und der Urologischen Univ.-Klinik Wien eine Kooperation zur wissenschaftlichen Aufarbeitung der Nephrolithiasis aus gendermedizinischer Sicht geschlossen wurde.

Da Eisenmenger sich nun ausschließlich den Aufgaben um die Österreichische Gesellschaft für Mann und Gesundheit widmen möchte, legte er den Vorsitz in der Arbeitsgruppe zurück. Auch hier folgte ihm Harun Fajkovic nach. Als Fajkovics Stellvertreterin wurde **Dr. Nike Morakis** gewählt. Fajkovic dankte Eisenmenger für die Initiierung der AG und seine Tätigkeiten als ihr erster Vorsitzender.

Die große Zahl junger und engagierter Mitglieder um den neuen Vorsitzenden Fajkovic lässt auf weitere kräftige Lebenszeichen der AG „Geschlechtsspezifische Medizin in der Urologie“ hoffen.

**Dr. Michael Eisenmenger**

Fachinformation zu Seite 13

**Aglandin retard 0,4 mg-Kapseln. Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält 0,4 mg Tamsulosinhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: Mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer, Polysorbat 80, Natriumdodecylsulfat, Triethylcitrat und Talkum. Kapselhülle: Gelatine, Indigotin, Titandioxid, Gelbes Eisenoxid, Rotes Eisenoxid und Schwarzes Eisenoxid. Drucktinte: Schellack, Schwarzes Eisenoxid und Propylenglycol. **Anwendungsgebiete:** Mono- und Kombinationstherapie von Symptomen des unteren Harntraktes (LUTS) bei der benignen Prostatahyperplasie (BPH). **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit (einschließlich Arzneimittel-induziertes Angioödem) gegen Tamsulosin oder einen der sonstigen Bestandteile; - orthostatische Hypotonie in der Anamnese; - Schwere Leberinsuffizienz. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Alpha1A-Adrenorezeptor-Antagonist. ATC-Code: G04CA02. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 10 und 30 Stück. *Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!*

**Androloc 50 mg – Filmtabletten, Androloc 150 mg – Filmtabletten. Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 50 mg bzw. 150 mg Bicalutamid. Jede Tablette enthält 60,44 mg bzw. 181 mg Lactose-Monohydrat. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Crospovidon, Povidon K-29/32, Magnesiumstearat, Natriumdodecylsulfat. Tablettenüberzug: Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Macrogol 4000, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** 50 mg: Zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom in Kombination mit einer LHRH-Analogen-Therapie oder chirurgischen Kastration. 150 mg: Ist angezeigt entweder als alleinige Therapie oder adjuvant zu radikaler Prostatektomie oder Strahlentherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom und hohem Progressionsrisiko. **Gegenanzeigen:** Bicalutamid darf nicht bei Patienten eingesetzt werden, die bereits Überempfindlichkeitsreaktionen gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile gezeigt haben. Bicalutamid ist bei Frauen und Kindern kontraindiziert. Die gleichzeitige Anwendung von Terfenadin, Astemizol oder Cisaprid mit Bicalutamid ist kontraindiziert. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiandrogene. ATC-Code: L02 B B03. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Packungsgrößen:** 30 Stück. *Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!*

**Androfin 5 mg - Filmtabletten. Zusammensetzung:** Eine Filmtablette enthält 5 mg Finasterid. **Sonstige Bestandteile:** Tablettenkern: Natriumdodecylsulfat, vorverkleisterte Stärke, Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) und Magnesiumstearat. Tablettenüberzug: Sepifilm 002 (bestehend aus: Hypromellose, mikrokristalliner Cellulose, Macrogol-8-Stearat Typ I). **Anwendungsgebiete:** Benigne Prostatahyperplasie (BPH). **Gegenanzeigen:** - Frauen, Kinder und Jugendliche, - Überempfindlichkeit gegen Finasterid oder einen der sonstigen Bestandteile, - Schwangerschaft - Anwendung durch Frauen die schwanger sind oder möglicherweise schwanger sein könnten (siehe Abschnitt 4.6 Schwangerschaft und Stillzeit, Finasterid-Exposition - Risiko für männliche Föten). **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Testosteron-5- $\alpha$ -Reduktase-Hemmer. ATC-Code: G04CB01. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** 30 Stück. *Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!*

# Sie wollen Ihren Patienten in eine Studie einbringen – Hier finden Sie aktuelle nationale und internationale Studienprotokolle und deren Kontaktpersonen

Studienname: P11-1

**Sipuleucel-T in Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom vor oder nach Chemotherapie, PSA>5**

**Studien-Koordinatoren:**

Priv. Doz. Dr. Maria De Santis (01 / 601 91-999 2313)

Dr. Mark Bachner (01 / 601 91-999 2325)

Studienname: SWITCH II – RCC-Sequenzstudie

**Sorafenib → Pazopanib vs. Pazopanib → Sorafenib – Metastasiertes/fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom, messbare Läsion**

**Studien-Koordinatoren:**

Priv. Doz. Dr. Maria De Santis (01 / 601 91-999 2313)

Dr. Nicole Weissenböck (01 / 601 91-2324)

Studienname: PFO-CTC

**CTC-zirkulierende Tumorzellen – 1 Blutröhrchen: Urothelial-Ca der Blase, PD nach oder während platinhaltiger CTX**

**Studien-Koordinatoren:**

Priv. Doz. Dr. Maria De Santis (01 / 601 91-999 2313)

Dr. Nicole Weissenböck (01 / 601 91-2324)

**Involved Node Radiotherapy and Carboplatin Chemotherapy in Stage IIA/B Seminoma**

**Studien-Koordinator:**

corinne.rusterholz@sakk.ch

**Dose intensified salvage radiotherapy in biochemically relapsed prostate cancer without macroscopic disease. A randomized phase III trial**

**Studien-Koordinator:**

lukas.stalder@sakk.ch

**Orteronel maintenance therapy in patients with metastatic castration resistant prostate cancer and non-progressive disease after-line docetaxel therapy: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial**

**Studien-Koordinator:**

heike.kenner@sakk.ch





### Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Wir möchten die Zusammenarbeit der urologischen Studienzentren in Österreich unterstützen und ersuchen um die Bekanntgabe der an Ihrer Abteilung aktuell laufenden Studientitel und der Kontaktperson.

## Titel der Studie

---



---



---

## Kontakt

---

Die laufenden Studientitel und der Name der Kontaktperson werden in den NÖGU – Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie veröffentlicht.

## Redaktionsschluss:

### Sommerausgabe:

15. Mai

### Winterausgabe:

15. November

**Bitte übermitteln Sie dieses Formular an:**

**ver**  **med**

**MEDIZINISCHE TAGUNGEN UND PUBLIKATIONEN**  
MEDICAL CONVENTIONS AND PUBLICATIONS

Per Mail: [office@vermed.at](mailto:office@vermed.at)

Per Fax: 0316 / 42 60 71

## Aus dem Berufsverband und der Bundesfachgruppe

### Finanzkrise und Gesundheitsreform: Untergang oder Chance für den freien Arzt?

G. Ludvik

Jahrzehntelange Klientelpolitik, eine der kürzesten Lebensarbeitszeiten weltweit, sowie ein aufgeblasener Verwaltungsapparat mit 22 Krankenkassen haben das international neidvoll betrachtete österreichische Sozialsystem unfinanzierbar werden lassen. Egal welcher politischen Weltanschauung man den Vorzug geben mag, jede im Parlament und den Landesregierungen repräsentierte Couleur hat durch eine jahrzehntelange ungebremste Ausgabenpolitik die Zuneigung ihrer Wähler teuer erkaufte und somit ihren Anteil an diesem Dilemma.

#### Wohlüberlegte und langfristige Reformen

In der nun steigenden Nervosität ergießen sich sogenannte „Experten“ täglich in wenig reflektierten Reformvorschlägen. Statt richtige, wohlüberlegte und langfristige Reformen, die wohl auch über den nächsten Wahltermin wirken sollten, in Angriff zu nehmen und in dieser Diskussion endlich auch die Expertise der Ärztinnen und Ärzte einzuholen, versuchen unsere politischen Repräsentanten die bestehenden verkrusteten Strukturen mit allen Mitteln zu erhalten, um ja keinen Konflikt mit Bündeln, Kammern und Gewerkschaften einzugehen, deren Einfluss eigentlich in diesem Bereich nichts mehr verloren hat. Im Erfinden von neuen Abgaben herrscht hingegen grenzenlose Kreativität, vor allem, wenn es um die Enteignung der mittlerweile in der Minderheit befindlichen Nettozahler geht. Mögen aktuelle

Medienstimmen den Eindruck einer wenig schmerzhaften Perpetuierung des Status quo wecken, doch bei auch nur ansatzweiser Beherrschung der Grundrechnungsarten wird man relativ rasch erkennen, dass (nicht nur) unser Sozialsystem vor dem Bankrott steht. Im Hintergrund scheinen sich nun Parteiideologen mit ihren marxistischen Kollektivierungs- und Zentralisierungsabsichten im Gesundheitssystem gegen die Pragmatiker durchzusetzen. Von den derzeit politisch als großer Wurf gefeierten Versorgungszentren (VZ), der quasi eierlegenden Wollmilchsau der Gesundheitspolitik, erwartet man sich eine wundersame Reduktion der Gesundheitsausgaben, bei gleichzeitigen Renditen für die Betreiber. Ein Blick nach Deutschland belehrt den Interessierten eines Besseren: ein VZ nach dem anderen meldet Insolvenz an, da niedere Pauschalabgeltungen für eine individuelle Patientenbetreuung nicht kostendeckend sind; zurück bleiben ganze medizinisch unver-sorgte Landstriche.

#### Die Rolle von uns Ärzten

Doch ist ausnahmslos der Regierung mit ihren populistischen Eigeninteressen für diese dramatische Entwicklung die Schuld zu geben?

Haben wir Ärzte nicht zu lange weg-gesehen, zu oft in Verhandlungen nein gesagt, uns in unserem Mikrokosmos auf ewig sicher gefühlt? Haben wir womöglich am Entstehen dieser Misere, die uns nun existenziell in unserer freien



Dr. Georg Ludvik

Berufsausübung zu gefährden droht, vielleicht auch unseren Anteil?

Wo war in den letzten Jahren unser Alternativplan für eine umfassende und praktikable Gesundheitsreform? Haben wir uns nach kurzfristigen Beschwichtigungen durch unsere Volksvertreter nicht zu schnell wieder in unser Schneckenhaus zurückgezogen?

Wie und wo können wir uns in einer dringend notwendigen Gesundheitsreform einbringen? Haben wir den Mut zu einer tabulosen Diskussion über die Zukunft unserer Profession? Sind wir bereit, Kleingeist und Eitelkeiten zu überwinden und konstruktiv an einer Neustrukturierung unseres Gesundheitssystems mitzuarbeiten, die letztendlich auch unser aller finanzielles Auslangen garantiert?

#### Digitale Kommunikation

Im Spitalsbereich kann eine bessere digitale Kommunikation mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten Liegezeiten und unnötige Ambulanzbesuche sowie Doppelbefundungen signifikant reduzieren. Statt Elga (das den Datenaustausch vom Spital zum niedergelassenen Arzt nicht vorsieht), könnte eine einheitliche bzw. landesweit kompatible Krankenhaussoftware Diagnosewege im Sinne der Patienten erheblich verkürzen.

Die rapide technische Entwicklung und die dafür erforderliche hohe Expertise prädestiniert vor allem kleinere Fachabteilungen als künftige Spezialzentren

für besondere Fragestellungen und operative Techniken. Nur hier können infolge hoher Routine gute Erfolgsraten bei gleichzeitig niederen Kosten und kurzer Hospitalisierung erreicht werden.

Der überwiegende Teil der ambulanten Leistungen kann in den Ordinationen erbracht werden, solange wir Niedergelassenen den Mehraufwand nicht scheuen, uns entsprechend weiterzubilden, technisch auszustatten und intensiver zu kommunizieren. Die Diskussion über eine höhere Flexibilität bezüglich der Öffnungszeiten mit regionalen Abstimmungen und die Einführung von Wochenenddiensten in Ballungszentren darf nicht mehr tabu sein.

### Klare Vorteile für Praxen und Gemeinschaftspraxen

Fast alle Praxen und Gemeinschaftspraxen beweisen seit Jahren tagtäglich ihre enormen logistischen und ökonomischen Vorteile gegenüber Ambulanzzentren. Die mit ELGA bezweckte Ver-

netzung untereinander, mit diagnostischen Instituten und Krankenhäusern ist gelebte Realität und funktioniert in modernen Praxen seit Jahren (auch ohne staatliche Kontrollmechanismen) einwandfrei. Leider wurde dies bislang durch unsere Fachgesellschaften und Ärztekammern nie entsprechend öffentlichkeitswirksam transportiert.

In die Reform der Arztausbildung sollte die Absolvierung eines verpflichtenden Ambulanzsemesters in einer Kassenpraxis einfließen. Gerade hier erlernt der angehende Facharzt die notwendige Routine, den Umgang mit eingeschränkten Ressourcen, wirtschaftliches Denken und Handeln; Fähigkeiten, die im Krankenhausbereich hoch gefragte Eigenschaften sein werden. Der intensive Austausch junger Kolleginnen und Kollegen zwischen Abteilungen mit Fachschwerpunkten sollte im eigenen Interesse von den Abteilungsleitern aktiv gefördert werden. Die nunmehr genau geregelte Facharztausbildung sollte durch ein landesweit einheitliches Dienstrecht begleitet werden, damit endlich unsere

riskante und hochqualitative Leistung auch entsprechend entlohnt werden kann.

Die Gestaltung einer Zukunft als freie und in ihrer fachlichen Entscheidung unabhängige Ärztinnen und Ärzte liegt in unserer Hand, wenn wir endlich bereit sind, uns als solidarische Berufsgruppe selbstbewusst und einig nach außen zu präsentieren, sonst werden wir als entmündigte Gesundheitsfacharbeiter nicht mehr nach modernen medizinischen Erkenntnissen und ethischen Gesichtspunkten handeln dürfen.

Auch unseren aggressivsten Kritikern in der Politik muss eines klar werden: Ohne die Partizipation einer geschlossenen Ärzteschaft wird es keine nachhaltige Gesundheitsreform, keine Topmedizin und keinen Wohlfahrtsstaat mehr geben.

Dr. Georg Ludvik  
Bundesfachgruppenobmann  
Urologie,  
Vizepräsident des bvU

## Zum Titelbild

### Martin Praska

- 1963 in Wiesloch bei Heidelberg geboren
- 1985-1990 Akademie der bildenden Künste Wien, Diplom mit Auszeichnung
- 1986 Silberner Fiegerpreis
- 1987 Arbeitsstipendium der *Invest Kredit AG*
- 1993 Malersymposium Werfen, Salzburg
- 1994 Auslandsstipendium Krumau, Tschechien
- 1995 Mitglied der Künstlervereinigung MAERZ
- 1998 Auslandsstipendium London
- 1999 Gründung der Künstlergruppe „Die halbe Wahrheit“
- 2002-2004 Vorsitzender der IG BILDENDE KUNST

[www.martinpraska.at](http://www.martinpraska.at)





# Hauptthema

## Editorial

A. Ponholzer

Ein Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe der NÖGU sind seltene Tumore im Urogenitaltrakt und es war daher die Aufgabe des AUO eine Reihe von Beiträgen zu diesem Thema zu verfassen. An dieser Stelle sei ausdrücklich allen Autoren aufrichtig gedankt, es war eine kurze Abgabezeit zu befolgen und trotzdem gelang ein hochqualitativer Überblick über die onkologische Expertise der Österreichischen Urologie.

Die Artikel zu den Themen Harnblase, Hoden, Lymphome und die beiden Fallberichte bieten einen guten Einblick in das spannende Feld der Uroonkologie und des Potentials des AUO der ÖGU. Der übersichtliche Markt in Österreich macht es uns gut möglich umfassend vernetzt zu bleiben, voneinander persönlich zu lernen und potentiell auch gute Studien (z.B. Register zu seltenen Tumorerkrankungen) zustande zu bringen.

Diese Stärke sollten wir uns bewusst machen und auch im Auftritt gegenüber anderen Fachgruppen nutzen. Junge

Kollegen sind aufgefordert in den Arbeitskreisen der ÖGU aktiv mitzuwirken und diese Potentiale auszuschöpfen. Die Unterstützung der erfahrenen Kollegen ist ihnen sicher und der Profit auf allen Ebenen groß (Patient, Arzt, Fachgesellschaft). Nur worum wir uns aktiv und nachweisbar kümmern wird dauerhaft Bestandteil unseres Faches bleiben.



Herzliche Grüße vom AUO,  
**Anton Ponholzer**  
(Co-Editor)

## Seltene Tumoren des Hodens – Stromatumoren

W. Albrecht

Nicht-Keimzell Tumoren des Hodens sind mit 1-4% aller Hodentumoren beim Erwachsenen selten. Insgesamt sind etwa 900 Fälle publiziert, die häufigsten sind Leydigzell- und Sertolizell-Tumoren, die als einzige von klinischer Relevanz sind, da sie durch ihre Hormonstörungen diagnostiziert und daher organerhaltend operiert werden können. Metastasen dieser Tumoren sind ebenfalls beschrieben. Seit 2005 hat die Testicular Cancer Working Group der European Association of Urology diese Tumoren in die Leitlinien eingeschlossen [1]. Der Autor

hat das entsprechende Kapitel der Leitlinien gemeinsam mit dem Pathologen Prof. Ferran Algaba verfasst.

### Testikuläre Stromatumoren

Die meisten Publikationen sind Fallstudien, nur wenige Arbeiten berichten über Serien von mehr als 10 Fällen, die meisten davon sind in der pathologischen Literatur publiziert. Die korrekte Inzidenz und der Anteil an metastatischen Tumoren sind daher nach wie vor unklar.

Dennoch sind die Symptome, die präoperativ testikuläre Stromatumoren erkennen lassen, gut etabliert (EBM IIa und IIb). Empfehlungen für die Diagnose und das operative Vorgehen sind daher möglich.

### Pathologie und Klassifikation

Die Nicht-Keimzelltumoren des Hodens umfassen nach der WHO Klassifikation 2004 Samenstrangtumoren, Stromatumoren sowie gemischte unspezifische Stromatumoren [2].



Partner der Urologen

Ihr Patient muss nicht alt sein,  
um ein Prostatakarzinom zu bekommen.  
Aber er kann durchaus alt werden.



Effektive Therapie  
durch Studien belegt



Innovative Galenik  
mit nur 1 ml Flüssigkeit



Fast schmerzfreie Applikation  
und gute lokale Verträglichkeit

LEUPRORELIN  
**Trenantone**<sup>®</sup>  
LHRHa 3 Monats-Depot

LEUPRORELIN  
**Sixantone**<sup>®</sup>  
LHRHa 6-Monats-Depot



## Hauptthema – Seltene Tumore in der Urologie

### **Sex cord/gonadal stromal tumours**

- Leydig cell tumour
- Malignant Leydig cell tumour
- Sertoli cell tumour
  - NOS – general
  - sclerosing
  - large cell calcifying
- Malignant Sertoli cell tumour
- Granulosa cell tumour
  - adult type
  - juvenile type
- Thecoma /fibroma group of tumours
- Other sex cord/gonadal stromal tumours
  - incompletely differentiated
  - mixed
- Gonadoblastoma (containing germ cell and sex cord/gonadal stromal)

### **Miscellaneous non-specific stromal tumours**

- Ovarian epithelial tumours
- Tumours of the collecting ducts and rete testis
- Tumours (benign and malignant) of non-specific stroma

### **Leydigzelltumor**

Leydigzelltumoren treten in 1-3 % bei Erwachsenen auf [3,4] der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen der dritten u. sechsten Dekade. Bei Kindern werden sie in 3% gefunden [4], am häufigsten zwischen 3 und 9 Jahren. Etwa 3% aller Leydigzelltumoren sind bilateral [3]. Eine höhere Inzidenz findet sich beim Klinefeltersyndrom [4].

Leydigzelltumoren sind mit 550 publizierten Fällen der häufigste Typ der Stromatumoren des Hodens, vier größere Serien [3,5-7] berichten über 119 Patienten. Insgesamt wurden nur 124 Patienten 24-49 Monate nachgesorgt.

Histopathologisch sind sie eindeutig identifizierbar und haben eine Größe von bis zu 5cm, in 30% finden sich Nekrosen. Immunhistochemisch kann Vimentin, Inhibin, Protein S100, Steroidhormone und Zytokeratin nachgewiesen werden [2]. Historische Angaben sprechen von etwa 10% malignen Tumoren, überwiegend bei älteren Patienten ohne endokrine Symptomatik [3]. Folgende Parameter sind bei malignen Tumoren häufig:

- Größe > 5 cm
- Zytologische Atypien
- Erhöhte mitotische Aktivität (> 3 je Gesichtsfeld bei 10facher Vergrößerung)

- Erhöhte MIB-1 Expression (18,6% vs. 1,2% bei benignen Tumoren) [5]
- Nekrosen
- Gefäßinvasion [5]
- Lokal fortgeschrittene Tumoren
- p53 Überexpression [8]
- DNA-Aneuploidie [5,8]

Allerdings kann keine dieser Eigenschaften als sicherer Risikofaktor für spätere Metastasierung gewertet werden, neuere Publikationen lassen einen niedrigeren Anteil an malignen Tumoren vermuten [7].

### **Diagnose**

Die meisten Tumoren sind Zufallsbefunde bei einer Hodensonographie aus anderen Ursachen. Häufig werden Leydigzelltumoren auch in Abklärung von Hormonstörungen gefunden. In bis zu 80% findet sich ein hohes Östrogen und Estradiol sowie ein erniedrigtes Testosteron mit erhöhten LH und FSH [9,10]. Die klassischen Hodentumor-Marker AFP, Beta-HCG, LDH und PLAP sind negativ. Etwa 30% der Patienten haben eine Gynäkomastie [11,12], 3% der Tumoren sind bilateral [3]. Es ist daher zu empfehlen, bei allen Hodentumoren vor der Operation einen kompletten Hormonstatus und die Hodentumormarker zu bestimmen. Eine Computertomographie von Lunge und Abdomen mit Kontrastmittel soll durchgeführt werden.

### **Sertolizelltumor**

In der Literatur finden sich Daten über weniger als 300 Tumoren bei Erwachsenen.

Der Häufigkeitsgipfel liegt bei etwa 45 Jahren, der Tumor tritt sehr selten vor dem 20. Lebensjahr auf. Lediglich 40 Patienten wurden mehr als 2 Jahre nachbeobachtet [13-17].

Die Tumorzellen exprimieren Vimentin, Zytokeratin, Inhibin und Protein S 100 [13]. Maligne Tumoren wurden in 10-22 % beschrieben und treten bei großen Tumoren über 5 cm, einer erhöhten mitotischen Aktivität (> 5 Mitosen/Gesichtsfeld bei 10facher Vergrößerung), Nekrosen und vaskulärer Invasion auf [18-20]. Naturgemäß kann auch beim Sertolizell-tumor keine Risikogruppe für die Metastasierung definiert werden.

### **Diagnose**

Die meisten Tumoren sind sonographische Zufallsbefunde. Der Tumor tritt fast

immer unilateral und unifokal auf, hormonelle Störungen sind selten [13]. Die klassischen testiculären Tumormarker sind immer negativ. Die diagnostische Aufarbeitung sollte identisch wie beim Sertolizelltumor vorgenommen werden. Das sonographische Bild ist meistens hypoechogen, lediglich die großzellige kalzifizierte Form hat ein charakteristisches Schallbild, hervorgerufen durch die Verkalkungen [21,22]. Dieser Subtyp zeigt in 40% hormonelle Störungen und ist in fast der Hälfte der Fälle bilateral. Die betroffenen Männer sind auch deutlich jünger [19]. Diese Subform scheint öfter maligne zu sein, insbesondere bei späterem Auftreten [13].

### **Granulosa Zelltumor**

Dieser sehr seltene Tumor tritt in einer juvenilen und einer adulten Form auf. Der juvenile Typ ist benign und häufig kongenital. Der adulte Typ hat seinen Häufigkeitsgipfel bei 44 Jahren, 20% scheinen maligne zu sein, diese sind größer, zeigen eine vaskuläre Invasion und vermehrt Nekrosen [23].

### **Thecome und Fibrome**

sind sehr selten und benign [2].

### **Andere Samenstrang- und Stroma-Tumoren**

„Sex cord/gonadal stromal tumours“ können als inkomplett differenziert oder als gemischte Formen auftreten. Es gibt nur einzelne Fälle, Metastasen wurden nicht beobachtet [2]. Jedenfalls sollten alle Tumoranteile beschrieben werden, da der klinische Verlauf vom aggressivsten Anteil bestimmt wird [24].

### **Gonadoblastom (Keimzell und Samenstrang-/Stroma-Tumoren)**

Wenn Keimzell-Nester in Stromatumoren eingebettet sind, wird dieser Tumor als Gonadoblastom bezeichnet. Er findet sich am häufigsten bei Gonadendysgenese und ist in 40% der Fälle bilateral. Die Prognose hängt vom biologischen Verhalten des Keimzell-Anteils ab [25].



## Samenstrang- und rete testis Tumoren

Sehr selten treten benigne Adenome und maligne Adenokarzinome mit einer Mortalitätsrate von 50% auf.

## Therapie

Obwohl eine sonographische Unterscheidung von benignen Läsionen und malignen Keimzelltumoren nicht sicher möglich ist, ist zu bedenken, dass mehr als 80% aller nichttastbaren Läsionen im Hoden benignen sind. Bei allen kleinen asymptomatischen Tumoren sollte daher zunächst der Tumor zur Schnellschnittuntersuchung geschickt werden, um einen Organerhalt zu ermöglichen. Insbesondere bei Patienten mit Gynäkomastie, hormonellen Störungen oder einem typischen Ultraschall (Verkalkungen u. kleinen klar abgrenzbaren Tumoren) sollte an eine benigne Läsion gedacht und eine sofortige Ablatio testis vermieden werden [26]. Voraussetzung für einen Hodenerhalt ist eine Tumorgöße von weniger als 1/3 des Hodens, eine suffiziente präoperative Testosteronproduktion sowie eine gute Compliance in der Nachsorge des informierten Patienten [27].

Bei Tumoren mit histologischen Zeichen der Malignität, insbesondere bei älteren Patienten, empfehlen manche Autoren nach der Ablatio testis eine retroperitoneale Lymphadenektomie zur Verhinderung der Metastasierung [28]. Fortgeschrittene Tumoren mit Metastasen in den Lymphknoten, Lunge oder Knochen sprechen äußerst schlecht auf Chemotherapie oder Bestrahlung an und das Überleben ist kurz.

## Nachsorge

Verbindliche Empfehlungen für die Nachsorge können auf Grund fehlender Daten und dem rasch letalen Verlauf metastasierter Tumoren nicht gegeben werden. Bei lokalisierten Tumoren ohne Anzeichen der Malignität kann eine individualisierte Surveillance-Strategie eingeschlagen werden. Da spezifische Tumormarker fehlen, spielt die Bildgebung eine entscheidende Rolle. In Fällen mit präoperativen Hormonstörungen können die betroffenen Tests im follow-up einen Hinweis für ein Rezidiv geben [29].

## Korrespondenzadresse:

Prim. Priv. Doz. Dr. Walter Albrecht, FEBU  
Mitglied EAU Leitlinien-Gruppe  
Hodentumor  
Zweitmeinungszentrum Hodentumor  
Vorstand der Urologischen Abteilung  
Landesklinikum Weinviertel Mistelbach  
Lichtensteinstraße 67  
2130 Mistelbach  
walter.albrecht@mistelbach.lknoe.at

## Literatur

- [1] Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K, Horwich A, Laguna MP, and the Testicular Tumour Working Group of the EAU. Guidelines on testicular tumours. EAU Guidelines 2013; ISBN 978-90-79754-71-7.
- [2] WHO histological classification of testis tumours. In: Pathology & Genetics. Tumours of the urinary system and male genital organs. JN Eble, G Sauter, JI Epstein, IA Sesterhenn (editors). IARC Press: Lyon, 2004, p 218, 250-262.
- [3] Kim I, Young RH, Scully RE. Leydig cell tumours of the testis. A clinicopathological analysis of 40 cases and review of the literature. Am J Surg Pathol 1985; 9:177-192.
- [4] Ulbright TM, Amin MB, Young RH. Tumours of the testis, adnexia, spermatic cord and scrotum. AFIP 1999.
- [5] Chevillet JC, Sebo TJ, Lager DJ, Bostwick DG, Farrow GM. Leydig cell tumour of the testis: a clinicopathologic, DNA content, and MIB-1 comparison of nonmetastasizing and metastasizing tumours. Am J Surg Pathol 1998; 22:1361-1367
- [6] Matveev BP, Gurarii LL. [Leydig-cell tumours of the testis] Urol Nefrol (Mosk) 1997; 34-36
- [7] Heer R, Jackson M J, El-Sherif A, Thomas DJ. Twenty-nine Leydig cell tumors: Histological features, outcomes and implications for management. International Journal of Urology 2010; 17:886-889
- [8] McCluggage WG, Shanks JH, Arthur K, Banerjee SS. Cellular proliferation and nuclear ploidy assessments augment established prognostic factors in predicting malignancy in testicular Leydig cell tumours. Histopathology 1998; 33:361-368
- [9] Mineur P, de Cooman S, Hustin J, Verhoeven G, de Hertogh E. Feminizing testicular Leydig cell tumour: hormonal profile before and after unilateral orchidectomy. J Clin Endocrinol Metab 1987; 64:686-691
- [10] Reznik Y, Rieu M, Kuhn JM, Mandard JC, Bottet P, Lemonnier D, Bekka S, Mahoudeau J. Luteinizing hormone regulation by sex steroids in men with germinal and Leydig cell tumours. Clin Endocrinol (Oxf) 1993; 38:487-493
- [11] Bercovici JP, Nahoul K, Tater D, Charles JF, Scholler R. Hormonal profile of Leydig cell tumours with gynecomastia. J Clin Endocrinol Metab 1984; 59:625-630
- [12] Haas GP, Pittaluga S, Gomella L, Travis WD, Sherins RJ, Doppman JL, Linehan WL, Robertson C. Clinical occult Leydig cell tumour presenting with gynecomastia. J Urol 1989; 142:1325-1327
- [13] Young RH, Koelliker DD, Scully RE. Sertoli cell tumours of the testis, not otherwise specified: a clinicopathologic analysis of 60 cases. Am J Surg Pathol 1998; 22:709-721
- [14] Proppe KH, Scully RE. Large-cell calcifying Sertoli cell tumour of the testis. Am J Clin Pathol 1980; 74:607-619.
- [15] Zukerberg LR, Young RH, Scully RE. Sclerosing Sertoli cell tumour of the testis. A report of 10 cases. Am J Surg Pathol 1991; 15:829-834
- [16] Giglio M, Medica M, De Rose AF, Germinale F, Ravetti JL, Carmignani G. Testicular Sertoli cell tumours and relative sub-types. Analysis of clinical and prognostic features. Urol Int 2003; 70:205-210
- [17] Plata C, Algaba F, Andujar M, Nistal M, Stocks P, Martinez JL, Nogales FF. Large cell calcifying Sertoli cell tumour of the testis. Histopathology 1995; 26:255-259
- [18] Jacobsen GK. Malignant Sertoli cell tumours of the testis. J Urol Pathol 1993; 1:233-255
- [19] Kratzer SS, Ulbright TM, Talerma A, Strigley JR, Roth LM, Wahle GR, Moussa M, Stephens JK, Millos A, Young RH. Large cell calcifying Sertoli cell tumour of the testis: contrasting features of six malignant and six benign tumours and a review of the literature. Am J Surg Pathol 1997; 21:1271-1280
- [20] Henley JD, Young RH, Ulbright TM. Malignant Sertoli cell tumours of the testis: a study of 13 examples of a neoplasm frequently misinterpreted as seminoma. Am J Surg Pathol 2002; 26:541-550
- [21] Gierke CL, King BF, Bostwick DG, Choyke PL, Hattery RR. Large-cell calcifying Sertoli cell tumour of the testis: appearance at sonography. AJR Am J Roentgenol 1994; 163:373-375
- [22] Chang B, Borer JG, Tan PE, Diamond DA. Large-cell calcifying Sertoli cell tumour of the testis: case report and review of the literature. Urology. 1998; 52:520-522
- [23] Al-Bozom IA, El-Faqih SR, Hassan SH, El-Tiraifi AE, Talic RF. Granulosa cell tumour of the adult type. A case report and review of the literature of a very rare testicular tumour. Arch Pathol Lab Med 2000; 124:1525-1528
- [24] Perito PE, Ciancio G, Civantos F, Politano VA. Sertoli-Leydig cell testicular tumour. case report and review of sex cord/gonadal stromal tumour histogenesis. J Urol 1992; 148:883-885.
- [25] Scully RE. Gonadoblastoma. A review of 74 cases. Cancer 1970; 25:1340-1356
- [26] Wegner HE, Dieckmann KP, Herbst H, Andresen R, Miller K. Leydig cell tumour – comparison of results of radical and testis sparing surgery in a single center. Urol Int 1997; 59:170-173.
- [27] Heidenreich A, Holtl W, Albrecht W, Pont J, Engelmann UH. Testis preserving surgery in bilateral testicular germ cell tumors. Br J Urol 1997; 79:253-257
- [28] Mosharafa AA, Foster RS, Bihle R, Koch MO, Ulbright TM, Einhorn LH, Donohue JP. Does retroperitoneal lymph node dissection have a curative role for patients with sex cord-stromal testicular tumours? Cancer 2003 ;98:753-757
- [29] Maeda T, Itoh N, Kobayashi K, Takahashi A, Masumori N, Tsukamoto T. Elevated serum estradiol suggesting recurrence of Leydig cell tumor nine years after radical orchiectomy. Int J Urol. 2002; 9:659-661

# Lymphome im Urogenitaltrakt

I. Schauer<sup>1</sup> und St. Madersbacher<sup>2</sup>

## Zusammenfassung

Lymphome zählen zu den fünf häufigsten Malignomen, wobei primär extranodale Lymphome 25-40% aller Fälle ausmachen. Lymphome im Urogenitaltrakt sind insgesamt selten und umfassen lediglich 5% aller extranodalen Lymphome [1]. Trotz oder gerade wegen dieser Seltenheit ist es für Urologen wichtig, an die Möglichkeit eines Lymphoms im Urogenitaltrakt zu denken, denn das Management dieser Tumore ist in der Regel kein radikal-chirurgisches sondern ein konservativ medikamentös-onkologisches. Darüber hinaus wird zur exakten Klassifikation von Lymphomen zunehmend unfixiertes Material zur Durchführung einer Durchflusszytometrie oder molekular- und zytogenetischer Untersuchungen benötigt.

## Lymphome – Allgemein

Maligne Lymphome entwickeln sich, wenn Zellen des lymphatischen Systems entarten. Man unterscheidet zwei Gruppen: die Hodgkin-Lymphome und die Non-Hodgkin-Lymphome (NHL). Während die Hodgkin Lymphome eine Tumorentität darstellen, werden in der Gruppe der NHL eine Reihe von Lymphomen zusammengefasst. Sie werden nach ihrem Ursprung in B- und T-Zell-Lymphome unterteilt und können in den Lymphknoten, Tonsillen, der Milz und im Knochenmark oder auch primär extranodal entstehen. Die Manifestation primär extranodaler NHL ist in fast allen Organen beschrieben worden, auch in den Organen des Urogenitaltraktes.

Die Mehrheit aller malignen Lymphome gehört zu den Non-Hodgkin-Lymphomen. In Österreich erkranken jährlich 15 von 100.000 Einwohnern neu an einem NHL. Die Inzidenz der Hodgkin-Lymphome liegt bei 2–3 jährlichen Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner. Die Klassifikation erfolgt nach der WHO-

Klassifikation auf der Basis des Zell-Phänotyps, des Reifungsstadiums und der molekularbiologischen Eigenschaften sowie dem klinische Erscheinungsbild [2]. Etablierte Risikofaktoren sind (i) chronische Immunsuppression (HIV-Infektion, St. p. Organtransplantation), (ii) virale Infektionen (z.B. Epstein-Barr Virus) und (iii) das Alter für NHL. Dies gilt nicht für die Hodgkin-Lymphome, die in jedem Alter auftreten können. Für Hodgkin-Lymphome wurde eine gewisse familiäre Häufung nachgewiesen.

Die Diagnose wird anhand der histologischen Aufarbeitung von Lymphknoten oder eines betroffenen Organs, z.B. des Hodens oder der Niere, gestellt. Es sollte genug Gewebe vorhanden sein, um zusätzlich zur Formalinfixierung auch eine Immunphänotypisierung oder gegebenenfalls molekular- und zytogenetische Untersuchungen und Genexpressionsanalysen an frisch gefrorenem Gewebe durchführen zu können.

Das Tumorstaging basiert auf der Bildgebung mittels CT, MR, Knochenscan und PET und wird nach der Ann-Arbour-Klassifikation angegeben. Die Therapie richtet sich nach dem histologischen Subtyp und dem Staging. Die niedrigmalignen NHL haben auch ohne Behandlung einen langsamen natürlichen Verlauf von mehreren Jahren. Im Gegensatz dazu verlaufen die hochmalignen NHL ohne Behandlung innerhalb weniger Monate tödlich. Trotz aggressiver Therapie neigen diese Lymphome zu häufigen Rezidiven. Das Vorhandensein bestimmter Faktoren weist auf eine schlechtere Prognose hin. Zu diesen zählen ein Alter unter 60 Jahren, eine LDH-Erhöhung, der Befall von mehr als einem extranodalen Organ, sowie ein reduzierter Allgemeinzustand.

## Pathohistologie urogenitaler Lymphome

In der größten rezenten, klinisch-pathologischen Serie arbeiteten Schniederjan et al. 40 Patienten mit urogenitalen Lymphomen auf [1]. Von diesen 40 Patienten hatten 26 (65%) primäre urogenitale Lymphome. Das Durchschnittsalter bei Diagnose betrug 56 Jahre (4-86

Jahre). Es fand sich eine männliche Dominanz von 1,6:1. Den häufigsten Lymphom-Subtyp stellte das diffuse B-Zell-Lymphom (43%), gefolgt vom Burkitt-Lymphom (10%), extranodalem Marginalzonenlymphom (10%), SLL/CLL (SLL – small lymphocytic lymphoma, nicht-leukämisch verlaufende Form der CLL – chronisch lymphatische Leukämie) (10%) und follikulärem Lymphom (10%), B-Zell-ALL (ALL – akute lymphatische Leukämie) (5%), nicht klassifizierbarem B-Zell-Lymphom, Mantelzelllymphom, Plasmazytom, polymorphem lymphoproliferativem post-Transplantations-Lymphom und einem nicht näher beschriebenen T-Zell-Lymphom (je 2,5%).

Das am häufigsten betroffene Organ ist die Niere (37,5%), gefolgt von Hoden (22,5%), Prostata (20%), Blase (12,5%), Penis (5%) und Ureter (2,5%). Die zur Diagnose führende klinische Symptomatik wurde in der Regel durch die betroffenen Organe bestimmt, eine B-Symptomatik war hingegen selten.

In der Gruppe der **primären** urogenitalen Lymphome wurde unter den B-Zell-Lymphomen am häufigsten das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL - ein high-grade B-Zell-Lymphom) beschrieben. Des Weiteren gibt es Berichte zum kleinzelligen B-Zell-Lymphom (B-SLL), zum follikulären Lymphom, zu MALT (mucosa associated lymphoid tissue – mukosa-assoziiertes lymphatisches Gewebe) Lymphomen und zum Marginalzonenlymphom (low-grade MALT), zum Burkitt-Lymphom, und vereinzelt zum Mantelzelllymphom, das unter den NHL die schlechteste Prognose aufweist.

Zu den **primären** urogenitalen T-Zell-Lymphomen gehören das anaplastische großzellige Lymphom, das primäre kutane periphere T-Zell-Lymphom, das high-grade periphere T-Zell-Lymphom und das CD30-negative großzellige T-Zell-Lymphom.

Therapeutisch steht beim Lymphom die chirurgische Entfernung nicht im Vordergrund. Die Behandlung der Wahl richtet sich nach der Klassifikation des Lymphoms und besteht in der Erstlinientherapie beim NHL meist aus einer Polychemotherapie (CHOP-Schema: Cyclo-

<sup>1</sup> Abteilung für Urologie, Kaiser-Franz-Josef Spital, Wien

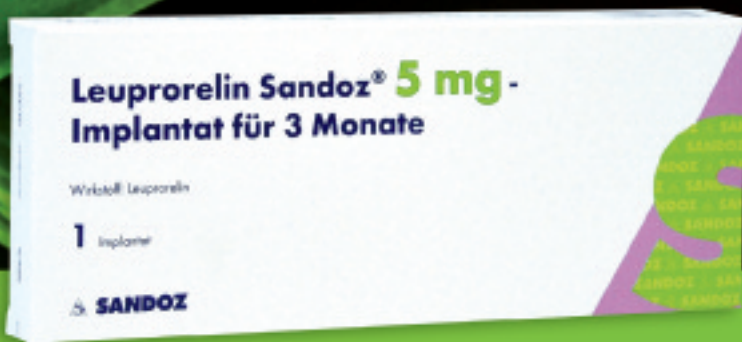
<sup>2</sup> Abteilung für Urologie und Andrologie, Donauespital – SMZ-Ost, Wien





# Leuprorelin Sandoz®

Effektiv. Einfach. Wirtschaftlich.





## Hauptthema – Seltene Tumore in der Urologie

phosphamid, Adriamycin/Doxorubicin, Vincristin/Oncovin und Prednison), welche beim B-Zell-NHL meist zusammen mit dem Immuntherapeutikum und Anti-CD20-Antikörper Rituximab (R-CHOP) verabreicht wird. Rituximab kann in diesem Fall als Erhaltungstherapie die Langzeitergebnisse verbessern helfen [3]. Bei aggressiven NHL kommt auch Pirarubicin, ein Doxorubicin-Analogon, im Rahmen des THP-COP-Schemas (Pirarubicin, Cyclophosphamid, Vincristin, Prednison) zur Anwendung. Pirarubicin weist bei ähnlicher Effektivität wie Doxorubicin eine geringere Rate an Alopezie, gastrointestinaler Toxizität und Arrhythmien auf [4]. Beim CD20-positiven follikulären B-Zell-NHL besteht eine weitere Behandlungsmöglichkeit in einer Radioimmuntherapie mit Ibritumomab-Tiuxetan zur Konsolidierung nach Induktions-Chemotherapie [5].

### Niere

Die Niere ist das am häufigsten im Rahmen einer Lymphomkrankung betroffene urologische Organ. Die Patienten sind meist über 60 Jahre alt [6]. In der größten Autopsieserie von Lymphompatienten war eine Mitbeteiligung der Niere, die uni- oder bilateral auftreten kann, bei jedem 3. Patienten nachweisbar. Klinisch wurde diese aber nur bei 14% erkannt [7].

Ähnlich wie beim Nierenzellkarzinom erfolgt die Diagnose häufig inzidentell oder im Rahmen einer Durchuntersuchung aufgrund eines palpablen Tumors in der Flanke, B-Symptomatik oder Gewichtsverlust. Des Weiteren können auch Flankenschmerzen und Makrohämaturie vorliegen. In computertomographischen Untersuchungen präsentieren sich renale Lymphome häufig als hypervaskularisierte Tumore mit minimaler und typischer Signalverstärkung [8] (Abb. 1 und 2). Der häufigste Lymphom-Typ der Niere ist das DLBCL, daneben wurden auch follikuläre Lymphome und MALT-Lymphome beschrieben.

Renale Lymphome können zu einer bilateralen diffusen Vergrößerung der Niere und auch zu einer chronischen Niereninsuffizienz mit Proteinurie führen. Histologisch findet sich in diesen Fällen eine Kompression der Tubuli durch monomorphe Lymphozyten. Diese Kompression des Nierenparenchyms führt zur Nierenfunktionsbeeinträchtigung. Eine Chemotherapie führt in der Regel zu einer rapiden Verbesserung der Nierenfunktion, auch wenn Normalwerte selten

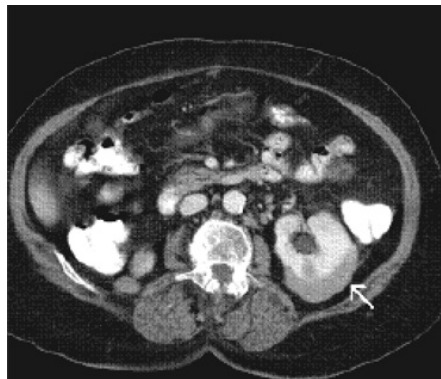


Abb. 1: Die kontrastmittelverstärkte CT zeigt eine subkapsuläre homogene Weichteil-Raumforderung, die weniger stark anfärbt als das normale Nierengewebe [Kose F, Sakalli H, Mertoğlu H, et al. Primary renal lymphoma: report of four cases. *Onkologie* 2009;32:200-202].



Abb. 2: Die Gadolinium-verstärkte T1-gewichtete fettunterdrückte Sequenz in coronarer Schicht zeigt eine subkapsuläre homogene Raumforderung (Pfeil) [Kose F, Sakalli H, Mertoğlu H, et al. Primary renal lymphoma: report of four cases. *Onkologie* 2009;32:200-202].

erreicht werden [9]. Die Prognose des primär renalen Lymphoms ist schlecht, da es rasch disseminiert und ohne aggressive Kombinationschemotherapie eine Sterblichkeit von 75% innerhalb des ersten Jahres aufweist [10]. Bei früher Diagnose ist auch eine Heilung möglich [6]. Im Falle eines einseitigen Befalles scheint die multimodale Therapie mittels Nephrektomie und anschließender Chemotherapie mittels R-CHOP-Schema und Radiatio die besten Erfolge zu bringen.

### Hoden

Etwa 5% aller Hodentumore sind Lymphome, welches der häufigste Hodentumor beim Mann über 50 Jahre und die zweithäufigste Manifestation eines urogenitalen Lymphoms ist [11]. Histologisch können alle Lymphom-Arten vorkommen, der mit 80% bei weitem häufigste Subtyp ist das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom [12]. Seltener werden follikuläre Lymphome, Mantelzelllymphome und T-Zell-Lymphome beschrieben. Das klinische Leitsymptom ist die schmerzlose skrotale Schwellung. Des Weiteren kann eine B-Symptomatik mit Nachtschweiß, Gewichtsverlust und Fatigue vorliegen. Die wichtigste Differentialdiagnostik ist der Keimzelltumor. Die Labordiagnostik entspricht primär auch der beim Keimzelltumor (plus BSG und Differentialblutbild). Das Staging umfasst eine CT Thorax/Abdomen, Knochenszintigraphie und ev. Knochenmarkspunktion. Häufig erfolgt die histologische Diagnose im Rahmen der radikalen inguinalen Semikastratio bei v.a. Keimzelltumor. Wird ein Lymphom des

Hodens auf Grund des Alters, bei bilateralem Befall, wegen des Vorliegens einer bereits bekannten disseminierten Lymphomkrankung oder auf Grund einer Risikokonstellation (chron. Immunsuppression, HIV) vermutet, ist eine Biopsie des Hodens ausreichend. Eine radikale Semikastratio ist bei diesen Konstellationen nur bei klinischer Symptomatik angezeigt, die Therapie erfolgt mittels Chemotherapie.

### Prostata

Eine lymphatische Beteiligung der Prostata ist sehr selten und liegt in weniger als 0,1% aller Lymphome vor. Die Patienten sind bei Diagnosestellung meist über 60 Jahre alt. Die Symptome bei initialer Präsentation umfassen dysurische und algurische Miktionsbeschwerden, Makrohämaturie, erschwerte Miktions bis Harnverhalt, perineale Schmerzen und B-Symptomatik. Die Diagnosestellung erfolgt meist durch Biopsie eines suspekten Tastbefundes oder durch transurethrale Resektion aufgrund von obstruktiven Miktionsbeschwerden. Die meisten primären Lymphome der Prostata sind diffuse B-Zell-Lymphome, gefolgt vom SLL/CLL, sowie follikulärem Lymphom. Selten liegt ein primär extranodales MALT oder ein Mantelzelllymphom vor.

Die Therapie der Wahl ist eine Chemotherapie, eine radikale Prostatektomie reicht als Monotherapie nur selten aus. Die Prognose ist schlecht, ein Großteil der Patienten verstirbt innerhalb von 3 Jahren [1].

## Harnblase

Ein lymphatischer Befall der Harnblase ist bei weniger als 1% aller Blasentumore nachweisbar. In der Literatur sind etwa 200 Fälle berichtet. Ein isolierter Befall der Harnblase ist mit 0,2% eine Rarität, meist sind parallel Lymphknoten oder andere Organe betroffen. Das Alter der Patienten liegt zwischen 20 und 87 Jahren. Ein Lymphom der Harnblase kann asymptomatisch sein oder, ähnlich der Symptomatik des Urothelkarzinoms, durch Hämaturie, Dysurie und Nykturie auffallen. In ca. 20% der Fälle wurde eine chronische Zystitis beschrieben [13]. Das endoskopische Bild ist nicht pathognomonisch, meist werden die Raumforderungen als nodulär, zum Teil auch suburothelial wachsend beschrieben. In 70% der Fälle liegt ein solitärer Tumor vor, in 20% findet man multiple Tumore und bei 10% eine diffuse Blasenwandverdickung. Ulzerationen der Harnblasenschleimhaut sind bei primären Harnblasenlymphomen selten, bei sekundären Lymphomen jedoch häufig [14].

Der häufigste histologische Subtyp des primären Blasenlymphoms ist das MALT-Lymphom, gefolgt vom diffus großzelligen B-Zell-Lymphom, dem häufigsten Subtyp des sekundären Blasenlymphoms. Differentialdiagnostisch wichtig ist das dedifferenzierte high-grade Urothelkarzinom, das kleinzellige Urothelkarzinom sowie das sehr seltene lymphoepithelioma-like Karzinom. Bei der Differentialdiagnose spielen immunhistochemische Untersuchungen eine große Rolle.

Die Diagnose erfolgt in der Regel im Rahmen einer transurethralen Blasenresektion. Eine komplette endoskopische Resektion ist nicht erforderlich, da die Primärtherapie eine Chemotherapie (je nach histologischem Subtyp) ist. Liegt ein primäres Blasenlymphom vor, so ist das Ansprechen auf eine Chemotherapie exzellent, dies gilt vor allem für das primäre MALT der Harnblase mit einem medianen Überleben von 9 Jahren [15]. Im Falle eines sekundären Harnblasenlymphoms beträgt das mediane Überleben weniger als 12 Monate.

## Penis

Eine Mitbeteiligung des Penis bei Lymphomen ist selten, für primäre Lymphome des Penis existieren in der Literatur etwa 50 Fälle [16].

Die betroffenen Patienten präsentieren sich mit schmerzlosen penilem Knoten,



Abb. 3: **Dorsale Ansicht eines nekrotischen Ulcus der Glans penis** [Stamatiou K, Pierris N. Lymphoma presenting as cancer of the glans penis: a case report. Case Rep Pathol 2012;2012:948352].

auch multilokulär, indurierten Plaques, diffuser Schwellung des Penis oder Ulzerationen (**Abb. 3**). Des Weiteren wurden Miktionsbeschwerden, Hämaturie, erektile Dysfunktion, Phimosen oder Priapismen beschrieben [17]. Die Diagnosestellung ist aufgrund der Seltenheit und der uneinheitlichen Symptomatik erschwert. Obwohl das Lymphom des Penis primär im mittleren/höheren Lebensalter auftritt, so existiert zumindest ein Fallbericht bei einem 4-jährigen Patienten, der wegen einer Schwellung des Penis aufgefallen ist [18]. Das diffuse großzellige B-Zell-

Lymphom macht auch hier den Hauptteil der Fälle aus.

Die klinisch wichtigste Differentialdiagnose ist das Plattenepithelkarzinom mit der Gefahr einer nicht angezeigten Penis(teil)amputation. Dies unterstreicht die Rolle der Biopsie vor allem bei schon bekanntem Lymphom oder bei atypischer klinischer Präsentation (z.B. mit einer diffusen Infiltration des Penischaftes) oder simultanen Veränderungen in der Harnblase und Prostata welche auf eine systemische Erkrankung hinweisen.

Handelt es sich um eine sekundäre Manifestation eines Lymphoms, so ist die Standardbehandlung eine systemische Chemotherapie je nach histologischem Subtyp. Für ein primäres Lymphom des Penis existieren – auf Grund der Rarität – verständlicherweise keine einheitlichen Behandlungsleitlinien. Die Empfehlungen reichen von systemischer Chemotherapie über lokaler Radiotherapie bis hin zum radikal-chirurgischen Vorgehen bzw. einem kombinierten therapeutischen Ansatz. Das gute Ansprechen auf eine Chemotherapie (83% Rezidiv-freies Überleben nach 2 Jahren) drängen sowohl die Radiotherapie wie auch Penis(teil)amputation auf Grund kosmetischer und funktioneller Konsequenzen in der Primärtherapie in den Hintergrund und spielen lediglich in der Rezidivsituation eine Rolle [19].



Abb. 4: **Ureter mit diffusem großzelligem B-Zell-Lymphom, welches die gesamte Wand infiltriert und das Urothel unterminiert** [Schniederjan SD, Osunkoya AO. Lymphoid neoplasms of the urinary tract and male genital organs: a clinicopathological study of 40 cases. Modern Pathology 2009;22:1057-65].

### Harnleiter

Harnleiterlymphome (Abb. 4) sind eine extreme Rarität mit wenigen Fällen in der Literatur. Die Patienten fallen meist durch Flankenschmerzen und/oder Hydro-nephrose auf. In der Regel liegt ein uni-lateraler Befall vor, eine Gruppe berichtete über einen synchronen, bilateralen Fall [20,21].

### Nebenhoden

Zum extranodalen NHL des Nebenhodens gibt es zwei japanische Fallberichte. Beide Patienten, 17 und 56 Jahre alt, wurden aufgrund einer schmerzlosen Schwellung des Nebenhodens vorgestellt. In beiden Fällen ergab die Aufarbeitung des radikalen Orchiektomie-Präparates die Diagnose eines malignen Lymphoms, welches mittels Chemotherapie behandelt wurde [22,23].

### Schlussfolgerung

Insgesamt handelt es sich beim urogenitalen Lymphom um eine seltene Tumorentität. Dies spiegelt sich auch in der hauptsächlich aus Fallberichten und kleinen Fallserien bestehenden Literatur wider. Besonders in untypischen Fällen sollte das urogenitale Lymphom in differentialdiagnostische Überlegungen miteinbezogen werden, um eine adäquate Diagnostik, Klassifikation, klinisches Staging und schließlich Therapie zu ermöglichen und um eine unnötige radikal-chirurgische Vorgangsweise (z.B.: Penisamputation, Semikastratio) zu vermeiden.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Ingrid Schauer  
Abteilung für Urologie  
Kaiser-Franz-Josef Spital –  
Sozialmedizinisches Zentrum Süd  
Kundratstraße 3, 1100 Wien  
ingrid.schauer@wienkav.at  
Tel.: +43-1 / 601 91-9994834  
Fax: +43-1 / 601 91-4809

### Literatur

- [1] Schniederjan SD, Osunkoya AO. Lymphoid neoplasms of the urinary tract and male genital organs: a clinicopathological study of 40 cases. *Mod Pathol* 2009; 22:1057-65.
- [2] Swerdlow SH, Campo E, Harris NL et al. World Health Organization Classification of Tumours of Hematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon: IARC 2008.
- [3] Yared J, Kimball A, Baer MR, Bahrain H, Auerbach M. Rituximab maintenance therapy until progression after rituximab and chemotherapy induction in patients with follicular lymphoma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk* 2011;13(3):253-7.
- [4] Zhai L, Guo C, Cao Y, et al. Long-term results of pirarubicin versus doxorubicin in combination chemotherapy for aggressive non-Hodgkin's lymphoma: single center, 15-year experience. *Int J Hematol* 2010;91(1):78-86.
- [5] Bodel-Milin C, Ferrer L, Pallardy A, et al. Radioimmunotherapy of B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Front Oncol* 2013;11(3):177.
- [6] Gellrich J, Hakenberg OW, Naumann R, Manseck A, Lossnitzer A, Wirth MP. Primary renal non-Hodgkin's lymphoma – a difficult differential diagnosis. *Onkologie* 2002;25(3):273-7.
- [7] Richmond J, Sherman RS, Diamond HD, Craver LF. Renal lesions associated with malignant lymphomas. *Am J Med* 1962;32:184-207.
- [8] Valarmathi K, Jamila A, Ravi S, Selvambigai M. A rare case of renal tumour. *J Clin Diagn Res* 2013;7(9):2006-7.
- [9] Cohen LJ, Renke HG, Laubach JP, Humphreys BD. The spectrum of kidney involvement in lymphoma: a case report and review of the literature. *Am J Kidney Dis* 2010;56(6):1191-6.
- [10] Porcaro AB, D'Amico A, Novella G, et al. Primary renal lymphoma of the kidney. Report of a case and update of the literature. *Arch Ital Urol Androl* 2002;74:44-7.
- [11] Vitolo U, Ferreri AJ, Zucca E. Primary testicular lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;65:183-9.
- [12] Moller MB, d'Amore F, Christensen BE. Testicular lymphoma: a population-based study of incidence, clinicopathological correlations and prognosis. The Danish Lymphoma Study Group, LYFO. *Eur J Cancer* 1994;30A:1760-4.
- [13] Hughes M, Morrison A, Jackson R. Primary bladder lymphoma: management and outcome of 12 patients with a review of the literature. *Leuk Lymphoma* 2005;46(6):873-7.
- [14] Johnson MH, Nepple KG, Humphrey PA. Bladder lymphoma. *J Urol*. 2012;188(1):269-70.
- [15] Kempton CL, Kurtin PJ, Inwards DJ, et al. Malignant lymphoma of the bladder: evidence from 36 cases that low-grade lymphoma of the MALT-type is the most common primary bladder lymphoma. *Am J Surg Pathol* 1997;21:1324-33.
- [16] Stamatiou K, Pierris N. Lymphoma presenting as cancer of the glans penis: a case report. *Case Rep Pathol* 2012;2012:948352.
- [17] Arena F, di Stefano C, Peracchia G, Barbieri A, Cortellini P. Primary lymphoma of the penis: diagnosis and treatment. *Eur Urol* 2001;39(2):232-5.
- [18] Chu L, Mao W, Vikramsingh KC, et al. Primary malignant lymphoma of the glans penis: a rare case report and review of the literature. *Asian J Androl* 2013;15:571-2.
- [19] Marks D, Crosthwaite A, Varigos G, Ellis D, Morstyn G. Therapy of primary diffuse large cell lymphoma of the penis with preservation of function. *J Urol* 1988;139:1057-8.
- [20] Hashimoto H, Tsugawa M, Nasu Y, et al. Primary non-Hodgkin lymphoma of the ureter. *BJU Int* 1999;83:148-9.
- [21] Kubota Y, Kawai A, Tsuchiya T, et al. Bilateral primary malignant lymphoma of the ureter. *Int J Clin Oncol* 2007;12:482-4.
- [22] Inoue H, Mizutani S, Miyoshi S. A case of malignant lymphoma presenting as epididymal tumor. *Hinyokika Kyo* 1998;44(3):195-8.
- [23] Suzuki K, Sai S, Kato K, Murase T. A case of malignant lymphoma of the epididymis. *Hinyokika Kyo* 2000;46(4):291-3.



Fallbericht

# Epitheloides Angiomyolipom – PECO<sub>m</sub> der Niere

I. Berger<sup>1</sup>, W. Stiglbauer<sup>2</sup>, J. Polak<sup>2</sup>, M. Susani<sup>3</sup>, J. Hofbauer<sup>1</sup>

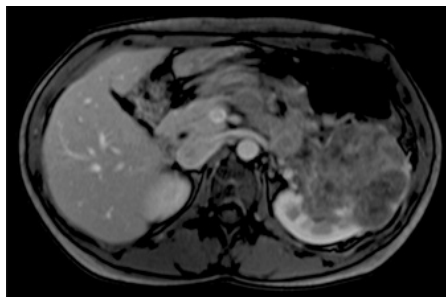
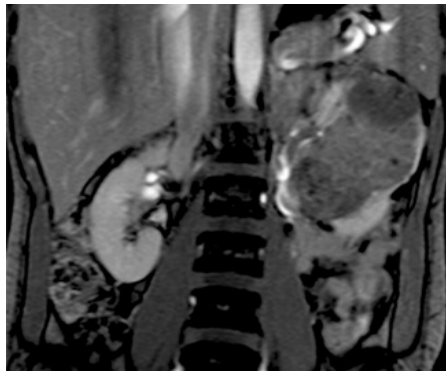
Im August 2012 wurde eine 37-jährige Patientin wegen einer 9cm großen Raumforderung an der linken Niere zur radikalen Tumornephrektomie aufgenommen. Die Patientin berichtete über bereits länger bestehende Müdigkeit und Flankenschmerzen links.

Anamnestisch bestand ein Z.n. Ovarialzystenexstirpation links, Z.n. laparoskopischer CHE, Z.n. TE, sowie eine chron. habituelle Obstipation. Wegen einer Anämie nahm die Patientin Eisenpräparate ein. Das präoperative Labor war bis

auf eine LDH-Erhöhung auf 546U/l unauffällig. Im Rahmen des Stagings ergab sich sonst kein Hinweis auf metastatische Absiedelungen.

Am 11.9.2012 wurde die transabdominale radikale Tumornephrektomie links durchgeführt. Intraoperativ zeigte sich ein Nierentumor, welcher fast die gesamte Niere einnahm mit zahlreichen starkkalibrigen Tumorgefäßen. Der histologische Befund ergab ein epitheloides Angiomyolipom mit tumorfreien Hiluslymphknoten (0/6). Aufgrund der besonderen Tumorentität wurde das histologische Präparat zur Bestätigung der Diagnose an einen Referenzpathologen gesandt.

Anteil an Frauen höher ist (6,5:1 vs. 4:1), die Assoziation zum Komplex der Tuberosen Sklerose stärker ist (26,7% vs. 6,7%) und die Tumore im Mittel größer sind (8,6 cm vs. 5,6 cm). Die mittlere Tumorgöße eines reinen epitheloiden PECO<sub>m</sub> ist 11 cm, bis 35% der Patienten weisen zum Zeitpunkt der Diagnose ein lokal fortgeschrittenes Tumorstadium und bis 36% der Patienten eine Metastasierung auf. Ungefähr die Hälfte der Patienten verstirbt am Tumorprogress. Die mittlere Zeit bis zur Metastasierung beträgt 17 bis 31 Monate, wobei die Metastasen am häufigsten in Leber (63%), Lunge (25%), Peritoneum (18,8%) und Zwerchfell, Colon sowie im kleinen Becken (zu jeweils 6,3%) auftreten. Eine Lymphknotenbeteiligung per se muss nicht unbedingt eine schlechte Prognose bedeuten. Die Prognose hängt von anderen prognostischen Faktoren ab, wie z.B. vom Tumorstadium.



MR der Nieren präoperativ

## Definition PECO<sub>m</sub>

Die Weltgesundheitsorganisation hat den Terminus „PECO<sub>m</sub>“ eingeführt, unter welchem „ein mesenchymaler Tumor“ definiert wird, „der histologisch und immunhistochemisch aus perivaskulären epitheloiden Zellen besteht“. Der Ursprung dieser perivaskulären epitheloiden Zellen (PEC) ist nicht geklärt. Sie könnten aus undifferenzierten Zellen des Neuralrohrs, aus Myoblasten oder glatten Muskelzellen stammen oder auch perizytischen Ursprungs sein. Sie zeigen eine myomelanozytische Differenzierung.

PECO<sub>m</sub> findet man an unterschiedlichen anatomischen Lokalisationen wie Uterus, Bindegewebe, Pankreas, Niere, Blase, Prostata, Ovarien, Vulva, Vagina und im Gastrointestinaltrakt. Die wichtigsten Entitäten dieser Tumorfamilie sind Lymphangioliomyomatosen (LAM), Angiomyolipome (AML) und epitheloide Angiomyolipome (EAML). Der Anteil der epitheloiden Angiomyolipome an allen Angiomyolipomen wird auf 8% geschätzt. Epitheloide Angiomyolipome der Niere sind im Gegensatz zu Angiomyolipomen in drei Viertel der Fälle symptomatisch. Bei Patienten mit einem EAML handelt es sich um jüngere Patienten (38,6 a vs. 52,3 a), wobei der

## Histologische Besonderheiten

Nach einer Arbeit von Nese können epitheloide Angiomyolipome histologisch in zwei Gruppen unterteilt werden:

1. PECO<sub>m</sub> mit einem karzinomartigen Wachstumstyp (Muster A) und
2. PECO<sub>m</sub> mit einem diffusen Wachstumsmuster (Muster B) mit epitheloiden Zellen und Spindelzellen.

Bei Tumoren mit dem Wachstumsmuster A sind die Zellen in kohäsiven Nestern angeordnet, voneinander durch Septen getrennt, sodass eine pseudoglanduläre Konfiguration entsteht. Die Zellen zeigen diffuse Atypien. Intranukleäre Einschlüsse und Kerndegeneration werden in diesem Wachstumsmuster oft beobachtet neben ausgedehnten Nekrosen mit Mikroabszessen und Blutungen.

Tumoren mit dem Wachstumsmuster B sind durch epitheloide Zellen und Spindelzellen charakterisiert, welche

Mag. Dr. Ingrid Berger<sup>1</sup>  
 Prim. Dr. Wolfgang Stiglbauer<sup>2</sup>  
 Dr. Juraj Polak<sup>2</sup>  
 Univ. Prof. Dr. Martin Susani<sup>3</sup>  
 Univ. Doz. Dr. Johann Hofbauer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Urologie, Landesklinikum Wr. Neustadt  
<sup>2</sup> Institut für Pathologie, Landesklinikum Wr. Neustadt  
<sup>3</sup> Klinisches Institut für Pathologie, Med. Universität Wien

## Hauptthema – Seltene Tumore in der Urologie

dicht zusammengepackt sind. Insgesamt scheinen diese Tumore homogener zu sein, mit geringeren Blutungen, die Zellen zeigen kaum atypische Mitosen.

Es wurden auch Tumore mit einem kombinierten karzinomartigen und diffusen Wachstumsmuster beschrieben.

### Prognostische Faktoren

Nese et al. entwickelten ein Prognosemodell:

In einer univariaten Analyse konnten der tuberöse Sklerose Komplex, Tumorgöße > 7cm, Wachstumsmuster A, Infiltration des perirenal Fettgewebes bzw. der Nierenvene und das Vorliegen von Nekrosen als Risikofaktoren für einen Tumorprogress identifiziert werden. Es wurde ein Risikomodell berechnet, wonach beim Vorliegen von bis zu einem Parameter ein niedriges Progressionsrisiko vorliegt, mit 2 bis 3 Parametern ein intermediäres Risiko und beim Vorliegen von 4 oder mehr Parametern eine Hochrisikosituation für eine Tumorprogression. Hatte ein Patient 3 oder mehr Risikofaktoren, war die Wahrscheinlichkeit für eine Tumorprogression bei 80%. In einer logistischen Regressionsanalyse waren Wachstumsmuster A und Infiltration des perirenal Fetts bzw. der Nierenvene unabhängige Risikofaktoren für das Gesamtüberleben. Die Organüberschreitung bzw. Venenbeteiligung sowie das karzinomartige Wachstumsmuster sind somit unabhängige prognostische Faktoren für den klinischen Verlauf.

#### Prognosefaktoren

Assoziation mit dem tuberöse Sklerose Komplex (TSC)

Tumorgöße > 7cm

Wachstumsmuster A

Infiltration des perirenal Fettgewebes bzw. der Nierenvene

Vorliegen von Nekrosen

#### Risikoklassifizierung

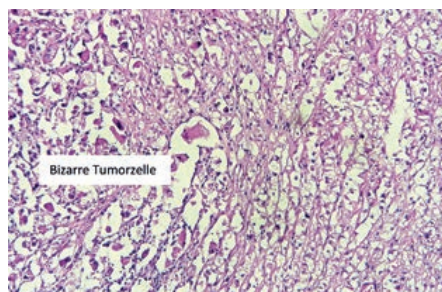
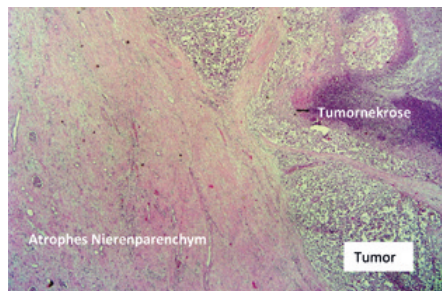
**0-1 Risikofaktoren:**  
niedriges Progressionsrisiko

**2-3 Risikofaktoren:**  
intermediäres Progressionsrisiko

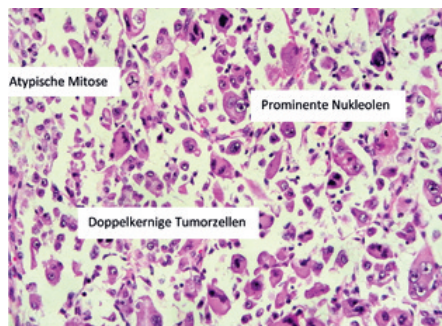
**Ab 4 Risikofaktoren:**  
hohes Progressionsrisiko

Epitheloide Angiomyolipome sind, ähnlich wie das klassische Angiomyolipom, negativ für epitheliale Marker und S-100, aber positiv für melanozytische Marker. Die epithelioiden Zellen exprimieren HMB-45 und Melan-A/MART-1. Die Zellen zeigen ausgeprägte Kernatypien, das Zytoplasma kann hell bis eosinophil sein. Nekrosen können vorliegen.

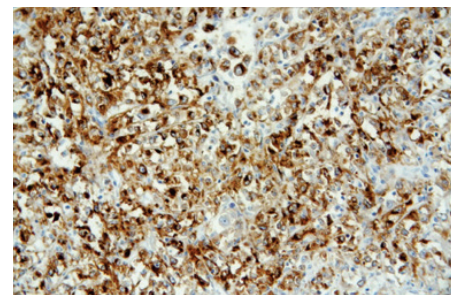
Im vorliegenden Fall zeigte sich ein hochgradig dedifferenzierter, hochaggressiver Tumor mit Tumorzellen mit bizarren polymorphen Kernen. Vom Wachstumsmuster konnte das Präparat eher dem diffusen Wachstumsmuster zugeordnet werden, da atypische Mitosen selten waren und keine pseudoglanduläre Konfiguration erkennbar war. Allerdings lagen ausgeprägte Nekrosen vor.



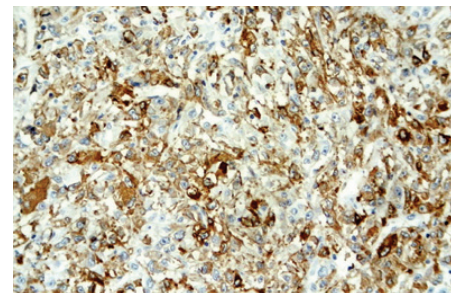
Hellzellige Tumorkomponente



Im vorliegenden Fall zeigten sich in der Immunmorphologie am Paraffinschnitt positive Reaktionen mit HMB-45 sowie stark positive Reaktionen für Melan-A, weiters fokal positive Reaktionen mit einem Antikörper gegen SM-Actin bzw. auch Vimentin.



HMB-45



Vimentin

Es lag keine Reaktion der neoplastischen Strukturen mit Antikörpern gegen AE1/AE3, S-100, CD1a, p53, EGFR, Muc1, EMA, Myogenin, Desmin, 5D3, CK7 oder PAX-8 vor. Die molekularpathologischen Untersuchungen konnten sowohl ein Translokationskarzinom wie auch ein Melanom ausschließen und die Diagnose damit auf ein epitheloides Angiomyolipom eingrenzen.

Bei der Patientin waren nach dem Prognosemodell von Nese zumindest 3 Risikofaktoren vorliegend, nämlich Tumorgöße über 7 cm, Infiltration der Nierenvene sowie ausgedehnte Nekrosen. Die Pat. hatte damit ein intermediäres Progressionsrisiko, obwohl zum Zeitpunkt der Diagnose und Tumornephrektomie noch keine Metastasierung nachweisbar war.

### Pathophysiologie und Therapieansatz

Bei Angiomyolipomen kommt es zu einem Verlust der TSC1/TSC2 Funktion und damit wird mTOR inadäquat aktiviert. Dies ist auch bei epithelioiden Angiomyolipomen nachweisbar. Auf molekularer Ebene kodieren die Tumorsuppressorgene TSC1 und TSC2 (Tuberöse Sklerose Komplex) für Proteine, welche den Mammalian Target of Rapamycin Komplex negativ regulieren. Weiters kommt es zu einer mTOR-abhängigen Aktivierung des Hypoxia-Inducible Faktors und zu einem gleichzeitigen Anstieg des Vascular Endothelial





Versagen der  
Androgen  
Deprivations  
Therapie



Chemo-  
therapie

**ERSTATTUNG  
SEIT 1.10.2013<sup>3</sup>**

#### DIE NEUE UND EINZIGE OPTION ...

... für asymptomatische/mildsymptomatische Patienten mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach Versagen der ADT, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist.<sup>2,3</sup>

Seit 1. 10. 2013 im Gelben Bereich des Erstattungskodex gelistet. Diagnose und Ersteinstellung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, ggf. Tumorboard.<sup>1</sup>

[www.zytiga.at](http://www.zytiga.at)

#### FACHKURZINFORMATION ZYTIGA 250mg Tabletten

**Bezeichnung des Arzneimittels:** ZYTIGA 250 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 250 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 189 mg Lactose und 6,8 mg Natrium. Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon (K290K32), Hochdispertes Silicumdioxid, Natrium-dodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** ZYTIGA ist indiziert mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen

der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist und zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger sein könnten, schwere Leberfunktionsstörung (Child-Pugh Klasse C). **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Verschreibungspflicht/Apothekerpflicht:** Rezept- und apothekerpflichtig. **ATC-Code:** L02BX03. **Weitere Angaben**

zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation (018297).

#### Referenzen:

1. de Bono JS et al., N Engl J Med 2011; 364: p1995-2005
2. ZYTIGA Fachinformation Österreich
3. 108. Änderung des Erstattungskodex,

Ämtliche Verlautbarung Nr. 9/2013 siehe [www.asvat](http://www.asvat)

PHAT/ZYT/00213/0025g(1)



## Hauptthema – Seltene Tumore in der Urologie

Growth Faktors, was zu Tumorwachstum und Progression führt.

In einer Phase III-Studie, welche das Absetzen von Sirolimus bei Angiomyolipom-Patienten untersuchte, zeigte sich, dass die Größe der AML Läsionen unter einer 12 Monatstherapie mit Sirolimus um ungefähr 50% abnahmen, aber nach Absetzen wieder an Größe zunahm. Die Therapie mit mTOR-Inhibitoren scheint derzeit der beste Behandlungsansatz für Patienten mit epitheloiden Angiomyolipomen zu sein, was auch in der Literatur anhand von Fallberichten eindrucksvoll beschrieben wurde. Leider gibt es bisher keine Studien, welche die Wirksamkeit von mTOR Inhibitoren gezielt bei malignen epitheloiden Angiomyolipomen untersuchen.

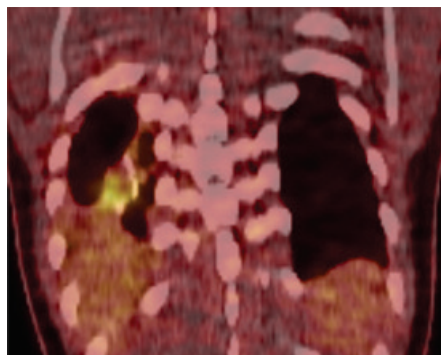
Im vorliegenden Fall wurde im interdisziplinären Tumorboard aufgrund der Tumorfreiheit postoperativ entweder die Observanz mit Staging in 3 Monaten oder die Therapie mit einem mTOR-Inhibitor empfohlen. Aufgrund der offenen Datenlage entschied sich die Patientin schließlich für die Observanz. Im Jänner 2013 zeigten sich disseminierte Lungenmetastasen sowie eine kleine Läsion im Lebersegment 5. Aufgrund der nun manifesten Metastasierung wurde Everolimus 10mg täglich etabliert. Die Patientin vertrug die Therapie praktisch ohne Nebenwirkungen.

### Klinischer Verlauf nach Therapiebeginn mit Everolimus

Im nächsten Staging 3 Monate später kam es bis auf eine semiliquide Raumforderung im apicalen Unterlappensegment der rechten Lunge zu einer Remission. Diese Raumforderung wurde CT gezielt punktiert. Der histologische Befund ergab tumorfreie Lungenparenchymanteile mit ausgedehnten entzündlichen Veränderungen und Parenchymnekrosen. Trotzdem wurde am 21.6.2013 aufgrund der aggressiven Primärtumorität eine thorax-chirurgische Exstirpation der Läsion im Sinne einer extraanatomischen Segmentresektion aus dem rechten Mittel- und Unterlappen sowie einer Lymphadenektomie interlobär durchgeführt. Das histologische Ergebnis erbrachte den Nachweis einer metastatischen Absiedelung eines epitheloiden Angiomyolipoms im rechten Unterlappen, alle weiteren Probeexzisionen und Lymphknoten waren jedoch tumorfrei.

Die Patientin war somit nach Exstirpation dieser cavernösen Raumforderung tumorfrei. Everolimus wurde 2 Wochen postoperativ wieder etabliert. Die Patientin war in weiterer Folge beschwerdefrei.

In der Computertomographie des Thorax und Abdomens 3 Monate später zeigte sich im Bereich der Operationsstelle im rechten Lungenunterlappen eine 2,2 cm im Durchmesser haltende Struktur mit zum Teil breitbasigem Kontakt zur Pleura bei ansonsten unauffälligem Befund. Zur weiteren Abklärung wurde ein FDG-PET CT veranlasst. Die Läsion zeigte einen signifikant erhöhten Traceruptake mit einem max. SUV von 4 und musste daher als suspekt gewertet werden.



FDG-PET mit suspektem Herd im rechten Unterlappen

Daher wurde am 2.12.2013 die thorax-chirurgische Exstirpation der suspekten Läsion vorgenommen. Die endgültige Histologie ergab in der Biopsie des rechten Oberlappens ein nekrobiotisches Granulom und der Rundherd im Unterlappen rechts zeigte eine ältere nekrotisierende und abszedierende Entzündung mit epitheloidzelliger Randreaktion und spärlich Gram positiven Bakterien ohne Anhalt für Malignität. Somit liegt ein Ansprechen auf die Therapie mit dem mTOR-Inhibitor Everolimus vor.

Aufgrund der Hochrisikosituation wird die Therapie mit Everolimus 10mg fortgesetzt und zwei Wochen postoperativ wieder aufgenommen werden.

### Korrespondenzadresse:

Mag. Dr. Ingrid Berger  
Abteilung für Urologie  
Landesklinikum Wiener Neustadt  
Corvinusring 3-5  
2700 Wr. Neustadt  
ingrid.berger@wienerneustadt.lknoe.at

## Schlussfolgerung

Perivaskuläre epithelioide Zelltumore (PECome) sind eine äußerst seltene, hochaggressive Tumorentität aus der Familie mesenchymaler Tumore. Ein Drittel der Patienten ist zum Zeitpunkt der Diagnose metastasiert, etwa die Hälfte der Patienten versterbt am Tumorprogress.

Durch den Verlust des TSC1/TSC2 Tumorsuppressorgens kommt es zu einer pathologischen Aktivierung des mTOR Signalweges. Die Inhibierung von m-TOR hat bei Patienten mit PEComen signifikante klinische Wirkung gezeigt und somit sind m-TOR-Inhibitoren der logische therapeutische Ansatz bei dieser seltenen Tumorentität.

## Literatur

**Hakan Aydin**, Cristina Magi-Galluzzi, Brian R. Lane, MD, PhD, Linda Sercia, Jose I. Lopez, MD, z Brian I. Rini, MD, Ming Zhou: Renal Angiomyolipoma, Clinicopathologic Study of 194 Cases With Emphasis on the Epithelioid Histology and Tuberous Sclerosis Association, Am J Surg Pathol Volume 33, Number 2, February 2009

**Nalan Nese**, Guido Martignoni, Christopher D. Fletcher, Ruta Gupta, Chin-Chan Pan, Hyung Kim, Jae Y. Ro, S. Hwang, Katsuaki Sato, Franco Bonetti, Maurizio Pea, Mital B. Amin, Ondrej Hes, Alexandr Svec, Masatoshi Kida, Mahesha Vankalakunti, Dror Berel, Andre Rogatko, Allen M. Gown, Mahul B. Amin: Pure Epithelioid PEComas (So-Called Epithelioid Angiomyolipoma) of the Kidney: A Clinicopathologic Study of 41 Cases: Detailed Assessment of Morphology and Risk Stratification, Am J Surg Pathol Volume 35, Number 2, February 2011: pp161-176

**John J. Bissler**, Francis X. McCormack, Lisa R. Young, Jean M. Elwing, Gail Chuck, Jennifer M. Leonard, Vincent J. Schmithorst, Tal Laor, Alan S. Brody, Judy Bean, Shelia Salisbury, David N. Franz: Sirolimus for Angiomyolipoma in Tuberous Sclerosis Complex or Lymphangioliomyomatosis, NEJM 358;2; January 10, 2008

**Patricia Serrano Frago**, Celia Del Agua Arias Camisón, Maria Jesus Gil Sanz, Marta Allué López, Alberto Gonzalvo Ibarra, Luis Plaza Mas, And L. A. Rioja Sanz: Controversies Related To Epithelioid Variant Of Renal Angiomyolipoma: A Review Of The Literature, Urology 67 (4), 2006

**Heidi Kenerson**, Andrew L. Folpe, Thomas K. Takayama, Raymond S. Yeung: Activation of the mTOR pathway in sporadic angiomyolipomas and other perivascular epithelioid cell neoplasms, Human Pathology (2007) 38, 1361– 1371

**Andrew J. Wagner**, Izabela Malinowska-Kolodziej, Jeffrey A. Morgan, Wei Qin, Christopher D.M. Fletcher, Natalie Vena, Azra H. Ligon, Cristina R. Antonescu, Nikhil H. Ramaiya, George D. Demetri, David J. Kwiatkowski, and Robert G. Maki, Clinical Activity of mTOR Inhibition With Sirolimus in Malignant Perivascular Epithelioid Cell Tumors:

Targeting the Pathogenic Activation of mTORC1 in Tumors, JCO Volume 28 Number 5 February 10 2010

**Guido Martignoni**, Maurizio Pea, Daniela Reghelli, Giuseppe Zamboni, Franco Bonetti: PEComas: the past, the present and the future, Virchows Arch (2008) 452:119–132

**Fadi Brimo**, Brian Robinson, Charles Guo, Ming Zhou, Matthieu Latour, Jonathan I. Epstein: Renal Epithelioid Angiomyolipoma With Atypia: A Series of 40 Cases With Emphasis on Clinicopathologic Prognostic Indicators of Malignancy, Am J Surg Pathol Volume 34, Number 5, May 2010

**Guido Martignoni**, Maurizio Pea, Daniela Reghellin, Giuseppe Zamboni, Franco Bonetti: Perivascular Epithelioid Cell Tumor (PEComa) in the Genitourinary Tract, Adv Anat Pathol Volume 14, Number 1, January 2007

**Nicholas Wolff**, Wareef Kabbani, Thomas Bradley, Ganesh Raj, Lori Watumull, James Brugarolas, Sirolimus and Temsirolimus for Epithelioid Angiomyolipoma, JCO Volume 28 Nr 5 Feb 10 2010

**Pedram Argani**, Raluca Yonescu, Laura Morsberger, Kerry Morris, George J. Netto, Nathan Smith, Nilda Gonzalez, Peter B. Illei, Marc Ladanyi, Constance A. Griffin: Molecular Confirmation of t(6;11)(p21;q12) Renal Cell Carcinoma in Archival Paraffin-embedded Material Using a Break-apart TFEB FISH Assay Expands its Clinicopathologic Spectrum, Am J Surg Pathol Volume 36, Number 10, October 2012

## Fallbericht

# Hochdifferenziertes paratestikuläres lipomartiges Liposarkom des Funiculus spermaticus

M. Schmudermaier<sup>1</sup>, A. Nader<sup>2</sup>, E. Plas<sup>1</sup>

## Einleitung

Paratestikulär gelegene Sarkome sind seltene maligne Tumorerkrankungen. Die häufigsten histologischen Subtypen sind Liposarkome (46%), Leiomyosarkome (20%), Histiozytome (13%) sowie Rhabdomyosarkome (9%). Das mittlere Alter bei Diagnosestellung beträgt bei paratestikulären Sarkomen 64,7 Jahre, nur Rhabdomyosarkome treten deutlich früher auf (26,3 Jahre) [1]. Liposarkome werden in hochdifferenzierte und dedifferenzierte Subtypen unterteilt.

## Der Fall

Ein 62-jähriger Mann wurde in unserer Ambulanz wegen einer seit 6 Monaten langsam Größenprogredienten, schmerzlosen Raumforderung im Bereich des rechten Samenstranges vorstellig. Der Patient war bereits mehrfach in fachärztlicher Kontrolle wegen der Raumforderung gewesen, diese wurde jedoch wiederholt als unauffällig beurteilt. Ein auswärts durchgeführtes MRT bestätigte den Verdacht eines Lipoms. Die sonstige urologische Anamnese war unauffällig, es bestand ein Zustand nach vierfachem aortocoronarem Bypass nach Myokardinfarkt vor 18 Jahren, eine Spinalkanalstenose L4/5 ohne motorische oder sensible Beeinträchtigung, arterielle Hypertonie und eine Hyperlipidämie. Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich bei Adipositas ein praller indolenter Tumor rechts hochscrotal, der nach Angabe des Patienten ein Größenwachs-

tum aufwies. Der übrige urologische Status wie auch die Hodentumormarker waren unauffällig,

Sonographisch präsentierte sich eine extratunical gelegene homogene Raumforderung, die Hoden waren beidseits unauffällig ohne Hinweis auf eine intratestikuläre Veränderung.

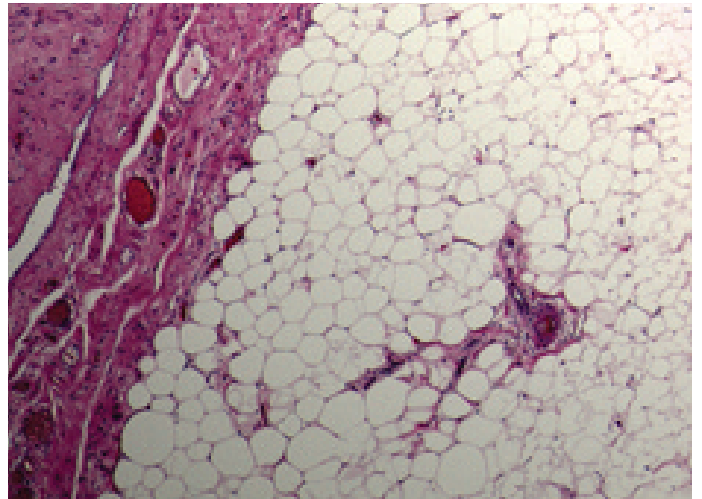
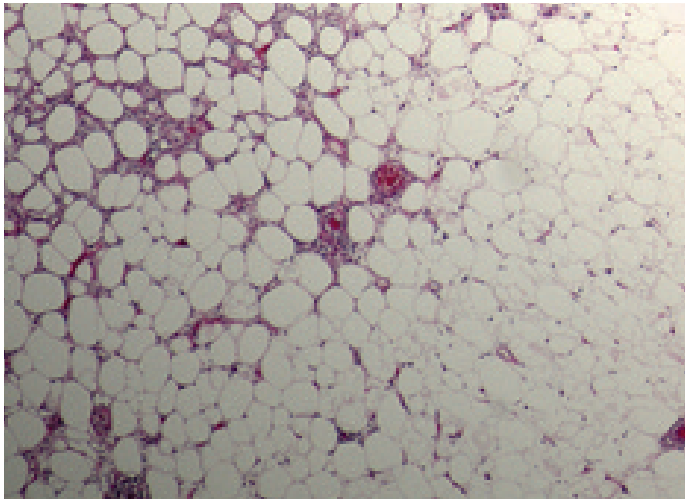
Aufgrund der Größenprogredienz innerhalb der letzten Monate wurde die Indikation zur Tumorexcision über einen inguinalen Zugang gestellt.

Intraoperativ war die im größten Durchmesser 20,5 cm messende Raumforderung nicht eindeutig vom Funiculus spermaticus abzutrennen, weshalb man sich bei unklarer Dignität für eine inguinale Semicastratio entschied. Histologisch zeigte sich in dem insgesamt 1500g schweren Präparat ein von einer dicken fibrösen Kapsel bedeckter, zum Hoden und Nebenhoden scharf abgegrenzter lipomatöser Tumor, aufgebaut aus von zarten Bindegewebssepten durchsetzten Läppchen aus Fettzellen mit minimalen Größenschwankungen ohne atypische hyperchromatische Kerne. Aufgrund des Nachweises von MDM2, einem Marker für Liposarkome, in den Tumorzellen, konnte jedoch ein hochdifferenziertes, lipomartiges Liposarkom diagnostiziert werden.

Der Patient wurde ohne adjuvante Therapie nach Hause entlassen, eine mögliche Strahlentherapie wurde diskutiert, jedoch aufgrund der R0 Resektion als aus der Differenzierung des Liposarkoms nicht durchgeführt. Da Liposarkome jedoch zu Rezidiven im Retroperitoneum neigen, ist eine Nachsorge mittels Bildgebung (MRT) im ersten Jahr zweimal, in der Folge jährlich indiziert.

<sup>1</sup> Abteilung für Urologie, Hanusch Krankenhaus, Wien

<sup>2</sup> Abteilung für Pathologie, Hanusch Krankenhaus, Wien



### Diskussion

Paratestikuläre hochdifferenzierte Liposarkome sind sehr selten Malignome, die auch histologisch nur eingeschränkt von benignen Lipomen zu unterscheiden sind. Hinweise auf maligne Entartung können rasches Wachstum, Größe und Farbe des histologischen Präparats geben. Da Liposarkome rezidivieren, ist ein negativer Absetzungsrand als fehlender Rezidivnachweis ein positiver Prädiktor für das Gesamtüberleben. Die adjuvante Therapie wäre eine Strahlentherapie, wobei die Rezidivrate trotzdem hoch bleibt. Aus diesem Grund ist gerade die

aggressive R0 Resektion besonders wichtig. Rezidive treten nicht nur lokal, sondern besonders entlang der gonadalen Gefäße auf. Wegen der Rezidivneigung ins Retroperitoneum insbesondere innerhalb der ersten 2 Jahre postoperativ sind Nachkontrollen mittels MRT erforderlich.

### Korrespondenzadresse:

Prim. Univ. Doz. Dr. Eugen Plas  
Abteilung für Urologie  
Hanusch-Krankenhaus  
Heinrich-Collin-Straße 30  
1140 Wien  
eugen.plas@wgkk.at

### Literaturangaben:

- [1] Rodríguez D, Barrisford GW, Sanchez A, Preston MA, Kreydin EI, Olumi AF: Primary spermatic cord tumors: Disease characteristics, prognostic factors, and treatment outcomes. *Urol Oncol* (13): S1078-1439; 2013
- [2] Khandekar MJ, Raut CP, Hornick JL, Wang Q, Alexander BM, Baldini EH. Paratesticular liposarcoma: unusual patterns of recurrence and importance of margins. *Ann Surg Oncol* 20(7):2148-55; 2013

## Seltene Tumore der Harnblase

M. Scholz

Harnblasentumore gehören zu den häufigsten Tumoren in der Urologie und repräsentieren ca. 3,2% aller Tumore weltweit. 80% dieser Tumore sind Urothelkarzinome und die restlichen 20% umfassen andere epitheliale Tumore (Adenokarzinome, Plattenepithelkarzinome, etc.) Sarkome und Lymphome [1].

Die Makrohämaturie ist das häufigste Krankheitssymptom. Viele dieser Tumore sind aggressiv und präsentieren sich zum Zeitpunkt der Diagnose in einem fortgeschrittenen Stadium. Generell ist die Prognose für diese Patienten eher ungünstig. Die Therapie der Wahl ist bei den meisten Tumoren ein ausgedehnte chirurgische Sanierung ± neoadjuvanter

oder adjuvanter Chemotherapie.

### Plattenepithelkarzinome

Plattenepithelkarzinome der Harnblase sind aufgrund der Bilharziose in Afrika sehr häufig. In den westlichen Ländern kommen diese Karzinome eher selten vor. Plattenepithelkarzinome, die nicht Bilharziose induziert sind, repräsentieren weniger als 5% der Blasen Tumore. Chronische Irritationen der Blase durch Infektionen, Blasensteine und Dauerkatheter sind die häufigsten Ursachen. Die Karzinome sind zum Zeitpunkt der Diagnose muskelfiltrativ und schlecht differenziert. In einer MD Anderson

Cancer Center Studie starben 51,9% der Patienten innerhalb einer medianen Beobachtungszeit von 15,3 Monaten. In der Multivariananalyse war die Zystektomie der einzige Faktor für ein besseres Überleben. Neoadjuvante bzw. adjuvante Chemotherapie konnte die Überlebensrate nicht verbessern [2].

### Adenokarzinome

Adenokarzinome der Harnblase umfassen etwa 0,5-2% aller Blasen Tumore. 4% aller Patienten mit Blasenexstrophie entwickeln in ihrem Leben ein Adenokarzinom [3]. Zusätzlich können primäre Adenokarzinome der Blase in Kombina-



tion mit Bilharziose, Endometriose, Blasenaugmentation und anderen irritativen Bedingungen entstehen. Ähnlich wie bei den Urothelkarzinomen gibt es eine männliche Predominanz. In einer Seer-Datenbank Analyse waren von 1.525 Adenokarzinome der Harnblase 10% Urachuskarzinome [4].

Weniger als 1% aller Blasentumore sind Urachuskarzinome. Makrohämaturie und ein palpabler abdomineller Tumor sind die Primärsymptome. Zur Abgrenzung von einem urachusunabhängigen Adenokarzinom dient die Tatsache, dass der Tumor am Blasendach liegt, der Urachus beziehungsweise Rudimente des Urachus mit dem Tumor verbunden sind und die übrige Blasenschleimhaut frei von Dysplasie oder proliferativen Erkrankungen ist. Weiters sollte eine Cystitis cystica bzw. Cystitis glandularis sowie der Hinweis auf einen anderen Primärtumor ausgeschlossen sein. Urachuskarzinome sind aggressive Tumore mit meistens großer Tumormasse zum Zeitpunkt der Diagnose. In der Literatur liegt die 5-Jahres Überlebensrate bei diesen Patienten bei 40-45% [5,6]. Die Therapie der Wahl ist die Blasenteilresektion unter Mitnahme des Ligamentum umbilicale und des Nabels. Obwohl etwa die Hälfte der Patienten Metastasen entwickeln, zeigen die derzeitigen Daten keinen Vorteil bezüglich neoadjuvanter bzw. adjuvanter Chemotherapie [6].

Urachusunabhängige Adenokarzinome sind häufiger in Ländern mit Bilharziose zu finden. Die radikale Zystektomie ist die primäre Therapie der Wahl. In einer retrospektiven Analyse von 185 zystektomierten Patienten berichten El-Mekresh et al. eine 5-Jahres Überlebensrate von 55%. Stadium, Grading und Lymphknotenmetastasen sind die einzigen prognostischen Faktoren [7].

Das Siegelringzellkarzinom der Harnblase ist eine äußerst seltene Erkrankung. 2010 publizierten Akamatsu et al. einen Review mit 54 Fällen. Das mediane Alter zum Zeitpunkt der Diagnose war 61,2 Jahre und die geschlechtsspezifische Verteilung 2:1 (Mann:Frau). Die Hälfte der Patienten hatte Metastasen zum Zeitpunkt der Diagnose und die Gesamtüberlebensrate lag nach 2 Jahren bei 43%. Von den nach 2 Jahren 8 krankheitsfreien Patienten wurden 7 Patienten radikal operiert [8]. Nichtsdestotrotz ist das optimale therapeutische Vorgehen bei diesen Tumoren bis dato nicht eindeutig geklärt.

### Neuroendokrine Tumore

Die neuroendokrinen Tumore stellen auch eine sehr seltene Erkrankung dar. Diese Tumore entwickeln sich aus den neuroendokrinen Zellen und präsentieren sich als eine heterogen Gruppe: Karzinoide, großzellige oder kleinzellige Tumore.

Die häufigsten Symptome bei Patienten mit einem Karzinoid der Blase sind Hämaturie und Miktionsbeschwerden. Eine TUR-Blase ist bei kleinen Tumoren meistens ausreichend. Der Krankheitsverlauf bei diesen Patienten ist ausgezeichnet. Undifferenzierte Karzinoide haben dagegen eine schlechte Prognose [9,10].

Großzellige neuroendokrine Tumore sind häufig mit Urothelkarzinomen, Plattenepithelkarzinomen und Adenokarzinomen vergesellschaftet. Ähnlich wie die kleinzelligen Karzinome sind diese Tumore aggressiv und metastasieren häufig.

Kleinzellige Tumore repräsentieren etwa 0,5-1% der Blasentumore. Diese Tumore sind häufig mit Urothelkarzinomen, Plattenepithelkarzinomen und Adenokarzinomen vergesellschaftet und zeigen eine männliche Prädominanz. In den meisten publizierten Daten liegt das mediane Alter, zum Zeitpunkt der Diagnose, zwischen 64 und 68 Jahren. Anamnestisch zeigen sich häufig Makrohämaturie und Nikotinabusus [11]. In einer retrospektiven Serie konnte das MD Anderson Cancer Center zeigen, dass Patienten mit einem resektablen Tumor, zum Zeitpunkt der Diagnose, durch eine neoadjuvante Chemotherapie profitieren. Ein Downstaging war in 57% der Patienten möglich. Die krankheitsspezifische Überlebensrate nach 5 Jahren lag bei diesen Patienten bei 78% versus 36% bei jenen Patienten, die nur zystektomiert wurden. Aufgrund dieser Daten wird eine neoadjuvante Chemotherapie favorisiert [12].

### Sarkome

Weniger als 2% der genito-urogenitalen Tumore sind Sarkome. Etwa die Hälfte der Blasensarkome sind Leiomyosarkome, 20% sind Rhabdomyosarkome und der Rest Angio-, Osteo- und Carcinosarkome. Die meisten Patienten haben eine Makrohämaturie. Auch bei den Leiomyosarkomen besteht eine männliche Prädominanz (2:1/Mann:Frau). Zum Zeitpunkt der Diagnose sind etwa 50% lokal-beschränkt, etwa 1/3 lokal-

fortgeschritten und zirka 6% metastasiert. Die Therapie der Wahl ist die radikale Zystektomie mit neo- oder adjuvanter Chemotherapie [13].

Rhabdomyosarkome und Angiosarkome sind sehr aggressive Tumore. Zum Zeitpunkt der Diagnose sind diese Tumore meistens lokal-fortgeschritten und eine ausgedehnte chirurgische Sanierung ist angezeigt. Eine Chemotherapie bei weit fortgeschrittenen Tumoren wird empfohlen, auch wenn die Prognose bei diesen Tumoren sehr schlecht ist.

### Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Scholz, F.E.B.U  
Urologische Abteilung  
SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital  
Kundratstraße 3  
1100 Wien  
michael.scholz@wienkav.at

### Literatur:

- [1] Ploeg M et al. Clinical epidemiology of nonurethelial bladder cancer: Analysis of the Netherlands Cancer Registry. *J Urol* 2010;183:915-920
- [2] Kassouf W et al. Outcome and patterns of recurrence of nonbilharzial pure squamous cell carcinoma of the bladder: A contemporary review of the University of Texas MD Anderson Cancer Center experience. *Cancer* 2007;110:764-769
- [3] Smeulders N and Woodhouse CR. Neoplasie in adult exstrophy patients. *BJU Int* 2001;87(7):623-628
- [4] Wright JL et al. Differences in survival among patients with urachal and nonurachal adenocarcinomas of the bladder. *Cancer* 2006;106:712-728
- [5] Siefker-Radtke AO et al. Multimodality management of urachal carcinoma: The MD Anderson Cancer Center experience. *J Urol* 2003;169:1295-1298
- [6] Ashley RA et al. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. *Cancer* 2006;107:712-720
- [7] El Mekresh et al. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: A report of 185 cases. *Br J Urol* 1998;82:206-212
- [8] Akamatsu S et al. Primary signet-ring cell carcinoma of the urinary bladder. *Urology* 2010;75:615-618
- [9] Chen YB et al. Primary carcinoid tumors of the urinary bladder and prostatic urethra: A clinicopathology study of 6 cases. *Am J Surg Pathol* 2011;35:442-446
- [10] Oderda M et al. Pathological features and adverse prognosis of a contemporary series of neuroendocrine bladder tumours. *Uro Int* 2011;86:185-190
- [11] Boyle H et al. Treatment of uncommon malignant tumours of the bladder. *Curr Opin Urol* 2011;21:409-414
- [12] Siefker-Radtke et al. Evidence supporting preoperative chemotherapy for small cell carcinoma of the bladder: A retrospective review of the MD Anderson Cancer Center experience. *J Urol* 2004;172:481-484
- [13] Spiess PE et al. Review of the MD Anderson experience in the treatment of bladder sarcoma. *Urol Oncol* 2007;25:38-45

# Bericht von der Fortbildungs- tagung der ÖGU vom 15-16. November 2013 in Linz

M. Remzi

Die Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie (ÖGU) fand vom 15.-16. 11.2013 in Linz statt. Ich möchte mich hiermit noch einmal bei allen Teilnehmern, Vortragenden und Vorsitzenden, sowie bei der Kongressorganisation bedanken. Auch dieses Jahr ist es uns gelungen, einen neuen Besucherrekord aufzustellen.

In dieser Darstellung fasse ich den Kongress aus meinem Gedächtnis zusammen. Es handelt sich nicht um Originalzitate der Referenten und nicht um eine vollständige Zusammenfassung. Einige Artikel sind schon vorab im J UROL UROGYNÄKOL 2013; 20 (Sonderheft 7) erschienen. Weiters wurde Prof. Pöltner gebeten, seinen Vortrag zum Abdruck im Urologik bereit zu stellen.

## Androgenrezeptor

Der diesjährige Schwerpunkt war der Androgenrezeptor (AR). Den Auftakt machte **Doz. Cronauer** aus Ulm. Der Übergang vom androgenabhängigen Prostatakarzinom (PCa) zum kastrationsresistenten PCa (CRPCa) erfolgt in 20-30% der Fälle durch einen AR-Bypass. In 70-80% ist der AR selber an dieser Entwicklung beteiligt. Es gibt hierzu fünf Mechanismen:

1. Hypersensitiver Signalweg (Überexpression, Cofaktor-Deregulation)
2. Promisker Signalweg (Mutationen)
3. Outlaw-Signalweg (aberrante Aktivierung z.B. durch Zytokine)
4. Steroidogener Signalweg
5. AR $\Delta$ LB-Signalweg

Über den AR $\Delta$ LB-Signalweg berichtete Cronauer genauer, da dieser für Abira-

terone- und Enzalutamide-Resistenzen verantwortlich ist. Die Ligandbindungsdomäne (LBD) des AR ist dabei verändert. CRPCa-Zellen exprimieren häufig konstitutiv aktive, C-terminal deletierte, AR-Formen, welchen die LBD bzw. große Teile der LBD fehlen (AR $\Delta$ LBD). Die Entstehung der AR $\Delta$ LBD Veränderungen entstehen durch

- a) vor allem alternatives Splicing,
- b) seltenen Nonsense Mutationen, oder
- c) enzymatischem Abbau.

Durch diese Veränderung kommt es zu einem Signal des AR unabhängig von Dihydrotestosteron (DHT) und kann auch nicht mehr durch Antiandrogene geblockt werden, da diese ja nicht mehr an veränderten LBD blocken können.

Auch über eine N-terminale Inhibition durch Bisphenolderivate und Stilbene und die Möglichkeit einer Verhinderung der Dimerisierung des AR bzw. des AR $\Delta$ LBD (Resveratrol, FDAS) wurde berichtet.

**Prof. Kratzik** berichtete über den Zusammenhang von Testosteron (T) und AR. Wie wir alle wissen, bekommen Eunuchen kein Prostatakarzinom und Patienten mit einer Typ 2 Störung der 5-alpha Reduktase besitzen nur rudimentäre Prostataanteile. Von außerordentlicher Bedeutung ist auch, dass wir mit der „klassischen“ Hormontherapie (HT) beim PCa zwar die T-Werte im Serum erniedrigen, aber unklar ist, was im eigentlichen Gewebe passiert. So sind die T und DHT Werte in den Zellen beim PCa im Gegensatz zu Kontrollen und gutartiger Prostatahyperplasie um das Vielfache erhöht. Auch hier wurde nochmal gezeigt, dass die AR-Aktivität durch Genmodifikationen beim PCa erhöht ist. Ein weiterer Mechanismus ist der von Locke et al. 2008 beschriebene



Priv. Doz. Dr. Mesut Remzi

Backdoor-pathway, bei dem aus Progesteron T gebildet wird. Auch in diesem „Backdoor-Pathway“ wird CYP17 benötigt.

Weiters stellte Prof. Kratzik die Frage, ob T immer der Böse (Promoter) im Zusammenhang mit dem PCa sei. So gibt es Szenarien, in denen T auch antiproliferativ wirken kann und es gibt hierzu auch einige klinische Studienansätze, bei denen exogenes T beim metastasierten PCa eingesetzt wird.

Die klinische Bedeutung des AR heute beleuchtete **Prof. Pummer**. So wirken Ketokonazol, Abiraterone und Orteronel der Biosynthese von DHEA durch Enzyblockung entgegen. In der COU-AA301 Studie führte Abiraterone beim CRPCa nach Chemotherapie zu einem Überlebensvorteil gegenüber Placebo von 4,9 Monaten und in der 302-Studie prä Chemotherapie von 5,2 Monaten gegenüber Prednison allein. Ein direktes „targeting“ erfolgt durch Antiandrogene wie Flutamid, Nilutamid und Bicalutamid, sowie heute auch viel potenter durch das Enzalutamid. Das Enzalutamid hat eine 8fach höhere Affinität zum AR, blockiert die nukleäre Translokation, blockiert die Bindung der DNA an den AR und blockiert auch die Co-Aktivatoren Rekrutierung. Die Effektivität zeigte sich in der AFFIRM Studie mit einem Überlebensvorteil gegenüber Placebo von 4,8 Monaten.

Auch die PREVAIL Studie, die den Einsatz

von Enzalutamid prä Chemotherapie untersuchte, wurde vorgestellt. Auch hier kam es zu einem Überlebensvorteil.

Indirekte Angriffspunkte durch Hemmung der nukleären Translokation, nicht über die LBD, finden sich auch beim ARN-509, EPI-001, Docetaxel und Cabazitaxel. Weitere Ausführungen besprachen die maximale Androgenblockade von Labrie 1984 vorgestellt, sowie die Bicalutamid 150mg Monotherapie.

Zusammenfassend spielt der AR heute eine zentrale Rolle unter physiologischen und therapeutischen Bedingungen beim Prostatakarzinom. Das AR „Targeting“ ist die optimale Basis jeder Therapie, indirekt durch Elimination des Liganden, direkt durch Androgenentzug oder Androgenblockade.

Einen Ausblick über die Bedeutung des AR in der nahen Zukunft bekamen wir von **Prof. Kramer**. Er vermutete, dass Abiraterone, Oteronel und Enzalutamid vor allem prä Chemotherapie eingesetzt werden und dass die nachfolgende Chemotherapie durch Cabazitaxel und nicht durch Docetaxel erfolgen wird. Prof. Kramer spekulierte, dass wir immer früher mit den neuen Medikamenten anfangen und nach der Strategie alles für alle verfahren werden. Dies wird solange anhalten, bis wir Marker besitzen, mit denen wir unsere Therapie triggern und monitorisieren können. Kandidaten dafür sind die Zeit des Ansprechens auf die klassische HT und der initiale Gleason Score. Vermutlich werden wir bis 2016 die Ergebnisse der Milleniumstudie (Orteronel + Prednison vs. Placebo + Prednison) haben und Oteronel wird sich seinen Platz suchen.

Er zeigte auch, dass es AR positive und negative PCa Zellen gibt, die auch co-existent im selben Patienten zu findet sind. Diese AR-Expression kann auch zwischen Primärtumor und Metastasen unterschiedlich sein.

Bezüglich Sequenztherapien senkte er die Hoffnung, Abiraterone nach Enzalutamid bzw. Enzalutamid nach Abiraterone geben zu können, da die Ansprechraten nach vorheriger Chemotherapie eher schlecht sind. Durch die neuen Medikamente werden wir andere Formen/Verläufe des Prostatakarzinoms sehen, wie zum Beispiel Hautmetastasen.

Als letzter in der Sitzung hatte **Doz. Klatte** die schwierige Aufgabe, über die Rolle des AR bei anderen urologischen Malignomen zu berichten. Werner Foßmann erhielt 1956 den Nobelpreis für

Medizin, nachdem er eine Herzkatheterisierung mit einem Blasenkateter über die Ellenbeugenvene im Alter von 25 Jahren durchführte. Es ranken sich nun Gerüchte, wie sein damaliger Chef, Prof. Sauerbruch mit ihm verfahren sei. Er hat ihn wohl gerügt, „... mit solchen Kunststücken habilitiert man sich in einem Zirkus und nicht an einer anständigen deutschen Klinik!“ Er hat der akademischen Medizin den Rücken gekehrt und ist Urologe geworden. Wie viel von der ganzen Geschichte Dichtung und wie viel Wahrheit ist, wissen wir nicht. Aber dieses Beispiel zeigt, dass Anderes nicht minder interessant/wichtig sein kann. So kann der AR beim Urothelkarzinom eine Rolle spielen. Derzeit hat er keine klinische Rolle, aber ist aus akademischen Gesichtspunkten interessant.

### Chirurgie – neue Aspekte: Warum so und nicht anders?

**Prof. Klingler** berichtete zunächst über die Rolle der Tumornephrektomie heute. Diese wird heute vor allem bei fortgeschrittenen und komplexen Tumoren durchgeführt. Der Standard aufgrund der geringeren Morbidität heute ist der laparoskopische Zugang. Der offene Zugang ist somit auf noch komplexere Tumore (Invasion in die Umgebung, Cavathrombus, extreme Größen) limitiert und stellt somit ein Ausbildungsproblem dar.

**Dr. Wimhofer** zeigte die vier Säulen der nierenerhaltenden Nierentumorchirurgie: Onkologie, Nierenfunktion, Komplikationen und Reproduzierbarkeit. Aufgrund vergleichbarer onkologischer Ergebnisse und technischer Entwicklungen werden immer mehr Nierentumore nierenerhaltend erfolgreich operiert und wird heute in Zentren häufiger angewandt als die Nephrektomie. Weiterhin das Problem ist die warme Ischämiezeit. Es wurde auch klar festgestellt, dass es immer noch besser für die Nierenfunktion ist, einen Tumor mit längerer warmer Ischämiezeit zu operieren als eine Nephrektomie durchzuführen. Diese Fakten wurden durch exzellente Daten aus dem eigenen Zentrum unterlegt und über die Möglichkeit der zero-Ischämie bei bestimmten Tumoren berichtet.

In der Diskussion wurde über die Rolle der Nierenerhaltung beim alten Patienten gesprochen. Der Erhalt der Nierenfunktion bei gesunder kontralateraler Niere wirkt sich erst im Langzeit-Follow-up der Patienten aus, hat aber eine po-

tentiell höhere Morbidität, so dass bei älteren Patienten auch die Tumornephrektomie eine gute Option sein kann.

**Doz. Remzi** sprach über die Nebennierenchirurgie. Drei Fragen, die man sich bei Entdeckung eines Inzidentaloms stellen muss:

1. Ist der Tumor hormonaktiv?
2. Gibt es Hinweise für Malignität?
3. Hat der Patient in der Anamnese andere maligne Erkrankungen?

Auch die Anamnese (Hypertonie, andere Malignome) kann weitere Implikationen haben. Es gibt einen klaren Zusammenhang zwischen Tumorgröße (4-6cm) und Wahrscheinlichkeit für ein adrenokortikales Karzinom (ACC). Wann sollte operiert werden? Bei hormonaktiven Phäochromozytomen, Aldosteron-produzierenden Adenomen und bei Verdacht auf Malignität. Unklar bleibt der Stellenwert der Chirurgie beim Cushing und bei Vorliegen von Metastasen. Was sind nicht-chirurgische Inzidentalome? Finden sich im Nativ-CT HU von weniger als 10, spricht alles für ein Adenom. Sollte ein Kontrastmittel-(KM-)CT gemacht worden sein, so kann man auf die Auswaschphase nach 10 Minuten schauen (> 60 % KM ausgewaschen). Des Weiteren wurden das Aldosteron-produzierende Adenom, das Pheochromozytom und das ACC besprochen.

Die Rolle der Lymphadenektomie beim Hodentumor wurde von **Prof. Janetschek** aufgearbeitet. Im klinischen Stadium I gibt es derzeit keine Indikation. Es wurden Strategien zur Senkung der Rate an retrograde Ejakulationen durch die Weisbach-Felder bei primärer retroperitonealer Lymphadenektomie angeregt. Wichtig waren auch die Ausführungen zu Stadium II nach Chemotherapie. Hier wurde die Rolle von Feldern im Gegensatz zur Lumpektomie besprochen.

Die Rolle des Roboters bei der radikalen Prostatektomie wurde von **Dr. Lamche** aufgearbeitet. Neben technischen Vorteilen wurden eigene Ergebnisse gezeigt, die Hinweise für eine frühere Erholung der Kontinenz und auch Potenz im Gegensatz zu historischen eigenen Daten aufzeigten. Die Komplikationsraten nach Clavien-Dindo waren gering (5% I, 6% II, 3% IIIb, 0,5% IVb und 1% V). Zu einer hitzigen Diskussion führten die Aussagen über die Erlangung der Frühpotenz nach einem Monat. Wichtig war Dr. Lamche, dass für das Erreichen dieser exzellenten Ergebnisse ein strukturiertes Ausbildungsprogramm von Nöten sei,



## Kongressbericht

aber er verschwiegen auch nicht, dass der Roboter mit erheblichen Zusatzkosten verbunden ist.

Zum Abschluss dieser Sitzung tat **Prim. Dunzinger** seine Sicht zur laparoskopischen radikalen Prostatektomie (RPE) kund. In seinen Ausführungen legte er viel Wert darauf, dass es sich bei Operationsmethoden um eine Entwicklung handelt, die stetig im Fluss ist. So lässt sich eine offene RPE heute nicht mit denen aus den Anfangsjahren vergleichen. Studien aus den 90er Jahren zeigten noch eine Mortalität von 2%, Transfusionsraten (Durchschnitt 4) von >50%, Komplikationsraten von 43% und 4 Rektumläsionen bei 188 RPE. 32% dieser Patienten hatten als Spätfolge eine Anastomosenstriktur. Die Schlussfolgerung damals war: RPE mit minimaler Mortalität und akzeptabler Morbidität. Heute wären diese Ergebnisse eine Katastrophe und völlig inakzeptabel. Heute operieren wir anatomischer und dies hat letztendlich dazu geführt, dass die Morbidität gering ist (eine Transfusion heute ist eine absolute Ausnahme), die Frühkontinenzraten gesteigert werden konnten und auch junge vorher potente Patienten eine gute Chance haben nach der RPE wieder potent zu werden.

Letztendlich führt das zur Schlussfolgerung, dass bei Respektierung der Anatomie und Anwendung der entwickelten Techniken (z.B. Nervenerhalt, Sphinkterapparat) heute signifikant bessere Ergebnisse erzielt werden können, wie noch vor einem Jahrzehnt. In dieser Entwicklung spielt die laparoskopische RPE eine außerordentliche Rolle.

### Die Stunde des urologischen Nachwuchs (SDUN)

Ich möchte mich hier noch einmal bei allen Einreichenden (n=9) bedanken. Die SDUN wurde dieses Jahr erstmalig in Kooperation mit dem Arbeitskreis der Assistenzärzte (Vorsitz Dr. Clemens Heßler) und der Fortbildungskommission abgehalten.

**Dr. Heßler** sprach in seinem mutigen Vortrag darüber, was er sich von einem Chef erwarte: Dies war in erster Linie, gefördert und gefordert zu werden.

#### Gefordert:

- Verantwortung übertragen zu bekommen,
- eigene Stärken und Schwächen erkennen,
- im theoretischen Wissen, wie in der

- praktischen Tätigkeit, sich Fertigkeiten aneignen, die man sich primär vielleicht nicht zutraut und
- Interesse und Engagement (zeitlich ...).

#### Gefördert:

- Fort- und Weiterbildungen,
- konstruktive Kritik (positive wie negative) und
- Lob und Anerkennung und klare Struktur und Organisation des klinischen Alltages.

Die diesjährige Gewinnerin war Fr. **Dr. Heidegger** aus Innsbruck. In ihrem top publizierten Projekt untersucht sie den Einfluss von IGF1-Rezeptor und Insulin-Rezeptoren (INSR) auf Tumorwachstum und Angiogenese im PCa. Sie konnte zeigen, dass es unterschiedliche Funktionen des IGF-Netzwerkes in Karzinomzellen und gutartigen Zellen gibt. Somit sollte sowohl der IGF1R als auch der INSR A beim IGF targeting Therapien in Betracht gezogen werden.

Zweite wurde Fr. **Dr. Pichler**, Innsbruck, die die Wertigkeit der laparoskopischen Lymphknotendisektion nach Chemotherapie beim Stadium II Nicht-Seminomen innerhalb der ersten 100 Patienten evaluierte. Die Ergebnisse waren viel versprechend (geringe Morbidität), onkologisch mit offenen Serien vergleichbar. Dies ist gerade in einer so jungen Patientengruppe von besonderer Bedeutung.

Der drittplatzierte **Dr. Rutkowski**, Korneburg, stellte erste internationale Ergebnisse zu einer neuartigen adjustierbaren Schlinge (Phorbas) bei männlicher Inkontinenz vor. Die ersten Ergebnisse waren mit den etablierten Systemen vergleichbar. Der postoperative Schmerz scheint bei diesem System geringer. Die theoretisch leichtere Adjustierbarkeit des Systems konnte aufgrund der noch zu kurzen Implantationszeiten noch nicht evaluiert werden.

Weitere eingereichte Arbeiten (alphabetisch) waren:

**Dr. Bretterbauer** – Retrospektive Datenanalyse und Telefonbefragung zur Patientenzufriedenheit nach 365 Inkontinenzoperationen beim Mann.

**Doz. Klätte** – Systematischer Review und komparative Meta-Analyse von perioperativen und onkologischen Ergebnissen der laparoskopischen Cryoablation und laparoskopischen Nierenteilresektion für die Behandlung von kleinen Nierentumoren.

**Dr. Kühhas** – Superficial tunica albugi-

nea excision, using geometric principles, for the correction of congenital penile curvature.

**Dr. Seklehner** – Trends and inequalities in the surgical management of ureteric calculi in the USA.

**Dr. Sevcenco** – Utility and limitations of 3-Tesla-Diffusion-weighted MRI for differentiation of renal tumours.

**Dr. Wehrberger** – Anticholinergika-Therapie – Langzeitdaten zur Compliance in einer populations-basierten Studie mit 24.319 Patienten.

### Das Urothelkarzinom der Harnblase

**Dr. Hruby** erörterte die Fragestellung: Gibt es eine Früherkennung, oder muss ich warten bis Blut im Harn ist. Aufgrund der bisher vorhandenen Tests ist ein Massenscreening nicht effizient und ein Screening sollte sich auf High-Risk Patienten beschränken. Aber auch hierfür gibt es bisher keine schlüssigen Konzepte.

**Doz. Klätte** nahm zur Diagnostik Stellung. Die Einordnung des PDD, des Narrow Band Imaging (NBI) der optischen Kohärenztomographie und der Raman Spektroskopie wurde untersucht. Schlussfolgernd stellte Doz. Klätte fest, dass die Rolle der Urin-Biomarker weiterhin gering ist und dass die Fluoreszenz-Zystoskopie die Detektion des CIS erhöht, das Risiko eines Rezidivs senkt und vor allem im Setting einer positiven Zytologie und negativen Weißlichtzystoskopie seine Wertigkeit besitzt.

Ist unsere klassische TUR/Blase eine gute endoskopische Therapie? **Dr. Sommerhuber** gab zu bedenken, dass bei der klassischen TUR/Blase onkologische Prinzipien, nämlich dass man nicht durch den Tumor schneidet, verlassen werden. Auch die hohen Rezidivraten und das Upstaging zeigen die Limitationen einer TUR/Blase. Die Nachresektion nach 2-6 Wochen nach erster TUR/Blase sollte Routine, vor allem bei pT1 und High-Grade Tumoren sein. Einen Ausblick in die Zukunft stellt die en bloc Resektion z.B. mit dem Hybridknife dar. Allerdings fehlen uns hierzu die Daten, um den vielversprechenden theoretischen Ansatz überzeugend in die Praxis umzusetzen.

**Prof. Zigeuner** sprach über die Problematik, die uns die Einführung des neuen Grading-Systems brachte. Nicht jeder alte G2 Patient ist ein Low-Grade Tumor, sondern diese Gruppe kann Low- oder

High-Grade sein. Dies ist aber wichtig bei der Entscheidung einer weiteren Instillationstherapie. Die unmittelbar postoperativ durchgeführte Single-Shot Chemoinstillation reduziert das Rezidivrisiko um 30-40%. Die BCG-Maintenance ist dem Induktionszyklus überlegen und ist der topischen Maintenance-Chemotherapie hinsichtlich Rezidivrisiko überlegen. Dies gilt sowohl für intermediate als auch High-Risk Tumore. Der Vorteil bezüglich des Progressionsrisikos ist weniger eindeutig. So ist beim Low-Risk eine Single-Shot Chemo ausreichend, beim Intermediate-Risk: BCG oder Chemo für ein Jahr sinnvoll, wobei BCG Maintenance eine geringe Rezidivrate hat aber die Verträglichkeit bei Mitomycin besser ist. Beim High-Risk ist eine BCG Maintenance für drei Jahre propagiert.

Prof. Krause legte die Sachlage bzgl. des Vergleichs offene versus laparoskopische/roboterassistierte radikale Zystektomie dar. Die onkologischen Ergebnisse bei beiden Methoden scheinen gleichwertig zu sein. Der Vorteil der minimal-invasiven Variante sind der geringere Blutverlust, der Nachteil die längeren Operationszeiten und ungelöst scheint das Problem der Harnableitung intrakorporal versus extrakorporal. Daten aus dem österreichischen Zystektomieregister zeigen, dass 80% offen, 15% laparoskopisch und 5% roboter-assistiert operiert werden. Wichtig war Prof. Krause die Feststellung, dass die Lymphadenektomie im Rahmen der Zystektomie auch einen therapeutischen Effekt hat, aber dass die Anzahl der Lymphknoten als einziges Qualitätskriterium

oft doch zu wenig ist. Darüber hinaus wurden die Operationsgrenzen, die Rolle der frühen Zystektomie, die neoadjuvante Chemotherapie sowie die Harnableitungen besprochen. Zusammenfassend: Die Lymphadenektomie beim Harnblasenkarzinom hat eine therapeutische Bedeutung, es gibt Alternativen zur offenen OP-Technik, die Alternativen zur radikalen Zystektomie (z.B. Radiochemotherapie mit TUR/Blase) zeigen eher enttäuschende Ergebnisse, und die Zystektomie ist sehr häufig ein Eingriff beim alten Patienten.

Den Ehrenvortrag von Prof. Hörtl sowie die Sitzung Recht und Ethik in der Medizin, sowie aktuelles aus der Industrie sollte direkt von den Autoren wiedergegeben werden.

### Das Kinderwunschpaar

Zum Abschluss wurde es andrologisch. Prof. Obruca gab uns neue Einsichten in das ivF-Zentrum. So steigt das Alter der Frau mit Kinderwunsch kontinuierlich an und betrug 2011 im Durchschnitt 30 Jahre. Die Fruchtbarkeit der Frau hängt aber stark vom Alter ab und zeigt einen Rückgang zwischen 30-40 Jahren und danach einen dramatischen Abfall. 45% aller Frauen im ivF-Zentrum sind 38 Jahre oder älter. Neue Methoden helfen dabei auch in dieser schwierigen Gruppe mittels ivF den Kinderwunsch in zahlreichen Fällen zu erfüllen. Neuartige Methoden (nicht alle in Österreich erlaubt/verfügbar) sind verschiedene medikamentöse/hormonelle Therapien, in vitro Maturatio (Nachreifen von Eizellen unter Hormongabe im Labor), neuartige ICSI

Techniken, Selektion von Embryonen mittels Morphologie, genetische Untersuchungen mittels Polkörperpunktion und Eizellspende.

Die nicht vorhandene Rolle des Urologen beim ivF-Fond wurde von Doz. Plas dargestellt. Er stellte aber klar, dass die Ursachen der assistierten Reproduktionstechniken (ART) in 55% beim Mann und in 27% bei Mann und Frau zu suchen sind. Derzeit ist der Urologe nur für Gewinnung des Samens aus dem Hoden wichtig.

Prof. Schwarzer zeigte verschiedenste Methoden der Samengewinnung für die ART. So ist es zunächst wichtig, zwischen obstruktiver und nicht-obstruktiver Azoospermie zu unterscheiden. Diesen Vortrag fasste Prof. Schwarzer im J Urol Urogyn Sonderheft 7 zusammen.

Zuletzt erklärte Prof. Jungwirth die Änderungen des neuen Spermogramms (WHO 2010 versus WHO 1998) und wie diese zu Stande kamen. Gerade die nur 4% geforderten morphologisch normalen Spermien führen immer wieder zur Diskussion. Er verdeutlichte, dass es sich hierbei um Perzentilen und nicht Durchschnittswerte handelt.

Priv. Doz. Dr. Mesut Remzi  
Urologische Abteilung  
Landesklinikum Korneuburg  
Wiener Ring 3-5, 2100 Korneuburg  
Tel: +43-2262/780-5740  
Fax: +43-2262/780-2850

Vorsitzender der  
Fortbildungskommission der ÖGU

#### Fachinformation von Seite 17

**Sildenafil Pfizer 25/ 50/ 100 mg Filmtabletten. Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 25 mg/ 50 mg/ 100mg Sildenafil (als Citrat). Sonstiger Bestandteil: mit bekannter Wirkung: Lactose Monohydrat 1mg pro Tablette. Liste der sonstigen Bestandteile: Tablettenkern: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, wasserfrei, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat Filmüberzug: Hypromellose, Lactose Monohydrat, Triacetin, Titandioxid (E171) **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Männern mit erektiler Dysfunktion. Das ist die Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Sildenafil Pfizer kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Entsprechend seiner pharmakologischen Wirkung auf den Stickstoffmonoxid/zyklischen-Guanosinmonophosphat (cGMP)-Stoffwechsel konnte gezeigt werden, dass Sildenafil den blutdrucksenkenden Effekt von Nitraten verstärkt. Daher ist die gleichzeitige Gabe mit Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie beispielsweise Amylnitrit) oder jeglichen Nitraten kontraindiziert. Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wie auch Sildenafil sind bei Patienten, denen von sexueller Aktivität abzuraten ist (z. B. Patienten mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie instabiler Angina pectoris oder schwerer Herzinsuffizienz), nicht anzuwenden. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Sildenafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht. Bei folgenden Patienten wurde die Sicherheit von Sildenafil nicht untersucht, daher ist die Anwendung kontraindiziert: schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg), Patienten mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt sowie mit bekannter erblich bedingter degenerativer Retinaerkrankung wie beispielsweise *Retinitis pigmentosa* (eine Minderheit dieser Patienten hat eine genetisch bedingte Störung der retinalen Phosphodiesterasen). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. ATC Code: G04B E03. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Mai 2013. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

**VIAGRA 25 mg/50 mg/100 mg Filmtabletten. Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält Sildenafilcitrat entsprechend 25 mg/50 mg/100 mg Sildenafil. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. **Filmüberzug:** Hypromellose, Titandioxid (E171), Triacetin, Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132). **Anwendungsgebiete:** VIAGRA wird zur Behandlung von erwachsenen Männern mit erektiler Dysfunktion angewendet. Das ist die Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. VIAGRA kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Entsprechend seiner pharmakologischen Wirkung auf den Stickstoffmonoxid-zyklischen-Guanosinmonophosphat (cGMP)-Stoffwechsel (siehe Abschnitt 5.1 der Fachinformation) konnte gezeigt werden, dass Sildenafil den blutdrucksenkenden Effekt von Nitraten verstärkt. Daher ist die gleichzeitige Gabe mit Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie beispielsweise Amylnitrit) oder jeglichen Nitraten kontraindiziert. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Sildenafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht (siehe Abschnitt 4.4 der Fachinformation). Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wie auch Sildenafil sind bei Patienten, denen von sexueller Aktivität abzuraten ist (z. B. Patienten mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie instabiler Angina pectoris oder schwerer Herzinsuffizienz), nicht anzuwenden. Bei folgenden Patienten wurde die Sicherheit von Sildenafil nicht untersucht, daher ist die Anwendung kontraindiziert: schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg), Patienten mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt sowie mit bekannter erblich bedingter degenerativer Retinaerkrankung wie beispielsweise *Retinitis pigmentosa* (eine Minderheit dieser Patienten hat eine genetisch bedingte Störung der retinalen Phosphodiesterasen). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urologika; Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. ATC Code: G04B E03. **Inhaber der Zulassung:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Stand der Information:** Juli 2013. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Angaben zu besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

## 39. Gemeinsame Tagung der ÖGU und der Bayerischen Urologenvereinigung

# Es war sehr schön, es hat mich sehr gefreut ...!

K. Pummer

Regionalkongresse sind trotz zunehmender internationaler Vernetzung wichtig. Ihre Stärke liegt in der entspannten Atmosphäre, dem Fehlen sprachlicher Barrieren und der Möglichkeit für jüngere Kolleginnen und Kollegen eigene Forschungsergebnisse vielleicht erstmals präsentieren zu können und so Erfahrung für internationale Veranstaltungen zu sammeln.

Vom 6.-8. Juni dieses Jahres fand in Graz die 39. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie und der Bayerischen Urologen Vereinigung statt. Graz war damit zum vierten Mal Austragungsort dieser traditionsreichen und wichtigen Veranstaltung, die sich in den letzten Jahren zu einem der bedeutendsten Regionalkongresse des deutschsprachigen Raumes entwickelt hat.

Man kann es ohne Übertreibung vorwegnehmen: Der Kongress war ein voller Erfolg. Und dabei hatte es gar nicht so gut begonnen. Schwere Unwetter und Überschwemmungen, die insbesondere Bayern und den Norden Österreichs heimsuchten, führten zu teils massiven Behinderungen bei der Anreise der Kongressteilnehmer. Dass trotzdem so viele Besucher gekommen sind, ist nicht zuletzt dem hohen Kommitment der in- und ausländischen Kolleginnen und Kollegen zu verdanken, welches sie der Veranstaltung und – viel wichtiger – auch dem Fach Urologie gegenüber aufbringen.

Gestatten Sie mir vorweg ein paar Zahlen zu diesem Kongress. In insgesamt 11

Plenumssitzungen wurden die neuesten Entwicklungen aus praktisch allen Bereichen der Urologie und Andrologie von ausgewiesenen Experten kritisch behandelt. Erfreulich auch, dass so viele eigene Forschungsergebnisse in vier freien Vortrags- und fünf Postersitzungen präsentiert wurden. Weiters fanden sieben von der Industrie gesponserte Satellitensymposien, der traditionelle Pflegekongress, ein Schülerforum, sowie ein Patientenforum statt. Und last but not least war die Industrie mit 67 Ausstellern beeindruckend stark vertreten.

Zur Rolle der Industrie erlauben Sie mir eine Bemerkung. Fortbildung ist für den ärztlichen Beruf unverzichtbar – nicht umsonst wird sie vom Gesetzgeber auch zwingend gefordert. Fortbildung braucht aber Kongresse. Und ohne die Mitwirkung und ohne die Unterstützung der Industrie wäre ein Kongress wie dieser heute gar nicht mehr möglich – und wenn doch, dann nur zu horrenden Registrierungskosten. Die Industrie ist aber auch der Motor des Fortschritts und wir verdanken ihr nahezu alle medizinischen Innovationen der letzten Jahre. Somit sind Industrie und Ärzte eine für den Patienten wichtige und auch erfolgreiche Partnerschaft. Umso unverständlicher ist es, wenn in populistischer Art und Weise versucht wird, diese Partnerschaft in der öffentlichen Wahrnehmung als eine rein „kommerzielle Liaison“ in ein schräges Licht zu rücken.

Als Tagungspräsident fühlt man sich naturgemäß für alles verantwortlich, was zum Gelingen oder Scheitern eines Kon-



Univ. Prof. Dr. Karl Pummer

gresses beiträgt. Das meiste kann man selbst beeinflussen, manches nicht, und bei vielem ist man auf die Hilfe und Unterstützung einer Vielzahl von Persönlichkeiten angewiesen, denen ich an dieser Stelle für ihr Engagement und ihren unermüdlichen Einsatz meinen verbindlichsten Dank aussprechen möchte.

Allen nachfolgenden Präsidenten möchte ich schon jetzt viel Erfolg und gutes Gelingen für die Ausrichtung ihrer künftigen Kongresse wünschen und knüpfe daran die feste Hoffnung, dass diese Tagung noch viele Jahre eine Fortsetzung findet. Und als kleinen Trost kann ich ihnen versichern, dass mit der Zeit die Erinnerung an die vielen Stunden der organisatorischen Aufgaben verblasst. Was bleibt, ist die Erinnerung an schöne und informative Kongresstage und – was am wichtigsten ist – an zufriedene Teilnehmer.

Abschließend kann ich nur betonen: Es war mir eine große Ehre und eine Freude zugleich, diesen Kongress für Sie alle auszurichten. Oder, wie man in Österreich zusagen pflegte, „es war sehr schön, es hat mich sehr gefreut“.

Univ. Prof. Dr. Karl Pummer  
Univ. Klinik für Urologie  
Med. Universität Graz  
Auenbruggerplatz 5/6  
8036 Graz



## In Memoriam

# Wirkl. Hofrat Univ. Doz. Dr. Walter Kuber

## (30. 8. 1948 – 25. 10. 2013)

Walter Kuber wurde am 30. August 1948 in Wien geboren und hat ebenda die Matura mit Auszeichnung abgelegt, sowie das Medizinstudium absolviert. Letzteres mit einem Begabtenstipendium, das ihm aufgrund der Tatsache gewährt wurde, dass er auch sämtliche Prüfungen an der Uni mit ausgezeichnetem Erfolg ablegte!

Kuber hat sich sehr bald der Urologie zugewandt und seine Facharztausbildung an der Wiener Urologischen Universitätsklinik – unter Professor Rumelhart – absolviert. Im Jahr 1981, zwei Jahre nachdem er seine Ausbildung zum Urologen beendet hatte, entschied er sich, der begeisterte Naturliebhaber und Jäger, hinaus zu gehen aufs Land und landete glücklicherweise in Oberwart, wo gerade die Urologische Abteilung des Schwerpunkt-Krankenhauses in Betrieb genommen wurde.

Welch bedeutungsvolle Rolle er an der damals von mir geführten Abteilung spielen sollte, ahnte ich anfangs nicht. Es ist uns allen sehr bald aufgefallen, dass wir einen Mitarbeiter gewonnen hatten, der geradezu arbeitswütig und in allen Belangen der Medizin und des Krankenhauses engagiert war. Seine Performance ist zu Beginn von manchen Mitarbeitern etwas verschreckt aufgenommen worden, sehr bald aber haben nicht nur die Patienten von Walters sprühendem Temperament profitiert, sondern wir haben erkannt, welchen Schatz wir mit ihm gefunden hatten.

Bei seinem Arbeitsantritt in Oberwart

hatte er etwa 25 wissenschaftliche Arbeiten im Gepäck und hat in diesem Sinn weiter gearbeitet. Schließlich hat das dazu geführt, dass er den raren Fall eines aus einem „Provinzspital“ habilitierten Arztes verkörperte, der es neben einem rund um die Uhr-Spitalsjob, 9.000 (neuntausend) operativen Eingriffen und einer Kassenpraxis, auf mehr als 100 fundierte wissenschaftliche Arbeiten brachte.

Kuber hat 1991 die Venia Legendi in der Urologie mit ganz wesentlichen Arbeiten zum Prostatakarzinom und dessen hormoneller Behandlung erlangt. Er war Mitglied in diversen urologischen Fachgesellschaften, hat zahlreiche Veranstaltungen, etwa den Burgenländischen Männergesundheitsstag und Benefizveranstaltungen organisiert.

Außerdem hat sich Walter Kuber mit Begeisterung für internationale Forschungsprojekte, Kongresse und Studienaufenthalte in Deutschland und England interessiert, sowie eine ganze Reihe zeitraubender Ämter übernommen. Er war vor allem viele Jahre Präsident der Österreichischen Krebshilfe Burgenland, war gerichtlich beeideter Sachverständiger und gefragter Experte in Fragen des Gesundheitswesens.

Auch in der Standespolitik hat er, als Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer, Zeichen gesetzt, hat Vorträge gehalten, zahllose Veranstaltungen durchgeführt und sich konsequent der Fortbildung junger Ärzte angenommen. Ab 1998 hat Kuber die Leitung der Urologischen Abteilung Oberwart übertra-



Wirkl. Hofrat Univ. Doz. Dr. Walter Kuber

gen bekommen und bis zu seinem Tod innegehabt!

Und Walter Kuber war nicht nur auch ein guter Arzt im ursprünglichen Sinn des Wortes, nicht nur auch ein guter Freund, nicht nur auch einer der führenden Jäger in diesem Land, nicht bloß irgendein kommunikativer Mensch mit mitreißendem Humor. Nein, er war in all diesen Disziplinen ein Vorzugschüler! Er war das personifizierte Leben und Lachen der Urologie in Oberwart, mit seinem polternden Temperament auch Treibstoff und Motor der Entwicklung dieses Faches im Burgenland.

Wer dem manchmal nicht zu bremsenden Gedankensturm Walters verschreckt, hilflos oder gar ablehnend gegenüberstand, hat diesen blitzgescheiten, grundehrlichen und herzenguten Mann nicht recht verstanden. Das behaupte ich, der ich oft genug ganz unverdienter Weise von den Erfolgen meines ehemaligen Oberarztes profitiert hatte. Ich habe Walter sehr gern gehabt und trauere um ihn mit seiner Familie – nicht zuletzt wegen seines Mutes, das gefährlichste Geräusch der Welt zu machen: laut zu denken!

Lutz E. Popper

# Gesundheitsökonomie und Wissenschaft aus der Sicht des Wirtschaftskapitäns

Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner im Gespräch mit Dr. Hans Peter Haselsteiner, Generalbevollmächtigter der STRABAG SE.

**Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner:** Herr Dr. Haselsteiner, als wir in den 1950/60er Jahren gemeinsam das Bundesrealgymnasium in Lienz besuchten, lag das Pensionsantrittsalter der Männer durchschnittlich bei 65 Jahren, heute bei 59. Sie sollten also schon längst im Ruhestand sein, arbeiten aber weiter. Liegt das an der Tatsache, dass Sie Chef einer großen Firma sind oder haben Sie eine so robuste Gesundheit?

**Dr. Hans Peter Haselsteiner:** Die Gesundheit ist ausreichend robust, dass ich über das 65. Lebensjahr arbeiten und hoffentlich auch noch etwas leisten kann. Überdies hatte ich das Privileg, ein Leben lang einen Beruf ausgeübt zu haben, der für mich nicht nur Arbeit sondern auch Erfüllung, Freude und Glück ist. Was nicht heißt, dass ich nicht hin und wieder gestresst bin, und ungern ins Büro gehe, aber im Großen und Ganzen ist es Erfüllung. Dass die Firma groß ist, hat nichts damit zu tun.

Früher richtete sich der Bekanntheitsgrad einer Person vorwiegend nach immateriellen Leistungen: Prominent waren Entdecker, Dichter, Wissenschaftler. Heute hat man den Eindruck, dass andere Dinge mehr zählen. Sie sind ein sehr bekannter Mann weil Sie ein erfolgreicher Unternehmer sind ...?

Ja, aber die Bekanntheit von Fußball- und Filmstars ist natürlich noch viel größer, als die von Unternehmensführern oder von Politikern. Ich glaube aber, dass die Wissenschaftler und Nobelpreisträger, die Literaturpreisträger, Stars wie von Oper und Theater immer noch einen hohen Stellenwert haben. Sie



Dr. Hans Peter Haselsteiner

haben ihn nur nicht mehr allein. In der Zwischenzeit haben diese „Wirtschaftsstars“, z.B. die reichsten 100 der Welt, eben auch an Sexappeal gewonnen. Ob man das jetzt gut heißt, oder nicht, ist ein anderes Kapitel – es ist aber so.

Teilen Sie den Eindruck, dass die so genannte Marktwirtschaft heute mehr eine „MARKTGESELLSCHAFT“ geworden ist, dass also die primäre Wertdefinition einer Person in der Gesellschaft der „finanzielle Erfolg“ darstellt?

Ja, bis zu einem gewissen Grad mag das so sein, aber vielleicht täuscht dann doch der Augenschein und das wirkt dann doch eher abgehoben. Auf den ersten Blick gibt es überhaupt nichts mehr außer Geld oder Erfolg, etwas anderes zählt nicht mehr. Und doch ist es nicht so. Die Gesellschaft weiß auch zu differenzieren. Ich glaube, dass die Menschen sehr wohl den Einsatz und das Engagement des Individuums zu schätzen wissen – egal ob sein Beruf ein großes Sozialprestige hat oder nicht.

Wie sehen Sie als erfolgreicher Geschäftsmann die Performance der österreichischen Gesundheitsökonomie, etwa dass es in manchen Gebieten alle zehn Kilometer ein Spital gibt?

Alle 10 Kilometer ist total idiotisch. Ich habe mich mit dem Gesundheitsökonom Professor Köck über die damit verbundenen Investitionen unterhalten, als damals der Neubau von Baden und Mödling beschlossen wurde. Man konnte es ja nicht fassen, dass noch im Jahr 2007 oder 2008 solche Entscheidungen möglich waren. Aber mit dem Geld des Steuerzahlers ist eben alles machbar.

*Auf den ersten Blick  
gibt es überhaupt  
nichts mehr außer Geld  
oder Erfolg, etwas  
anderes zählt nicht  
mehr. Und doch ist es  
nicht so.*

**Also keine kaufmännisch gerechtfertigte Entscheidung?**

Ganz im Gegenteil, ich glaube, dass hier Schindluder in großem Maße getrieben wird. Ich bin ja Stiftungsvorstand im Krankenhaus Spittal an der Drau und weiß, wie die Benchmarks sind und was ein Bett kostet – was es bei uns kostet und was es anderswo kostet. Da gibt es enorme Unterschiede, ohne dass eine Erklärung mitgeliefert wird.

**Seit Jahren wird über die Vielzahl an Versicherungskassen in Österreich diskutiert. Sind sie gerechtfertigt?**

Das ist natürlich ein Übel und ich hoffe, dass das Thema nicht mehr von der politischen Agenda gestrichen wird. Hier besteht Handlungsbedarf. Das läuft alles noch so, als ob Informationen mit reitenden Boten überbracht würden obwohl es nicht nur eine sondern drei oder vier Revolutionen in der Kommunikation gegeben hat. Diese Organisationen sind im Jahr 1950 stehen geblieben als es noch nicht einmal ein Telefax gegeben hat. Würde ein Unternehmen so agieren wäre es nicht einmal, sondern schon 20-mal bankrott.

**Aber die Funktionäre wehren sich recht erfolgreich dagegen.**

Na selbstverständlich, sie wären ja sonst auch „hackstad“

*Ich bin ja Stiftungsvorstand im Krankenhaus Spittal an der Drau und weiß, wie die Benchmarks sind und was ein Bett kostet – was es bei uns kostet und was es anderswo kostet. Da gibt es enorme Unterschiede, ohne dass eine Erklärung mitgeliefert wird.*



Univ. Prof. Dr. Othmar Zechner

**Warum geht der Österreicher eigentlich so viel früher in Pension als z.B. die Menschen in Schweden? Ist die Arbeitswelt bei uns so viel ungesünder oder liegt es vielleicht auch an „Gefälligkeitsgutachten“ von Seiten einzelner Mediziner?**

Ach Gott, es wird wohl eine Mischung aus allem sein. Ich glaube, dass viele Menschen durchaus gerne länger arbeiten würden, aber sie stoßen dabei an Grenzen. Die Arbeitgeber haben derzeit keine Veranlassung, die teuersten ihrer Mitarbeiter länger in Beschäftigung zu halten, solange die Lebensleistungskurven nicht angepasst werden. Wenn wir Menschen länger in Arbeit behalten wollen, brauchen wir andere Entlohnungssysteme und viel flexiblere Zeitmodelle. Zum Beispiel ab 60 nicht mehr full-time, sondern mehr Halbzzeitbeschäftigungen, also gleitende Übergänge. Das bedeutet natürlich einen Verzicht auf das Spitzeneinkommen, das man zum Lebensleistungshöhepunkt beanspruchen könnte. Das kann man eben vielleicht mit 65 nicht mehr leisten. Es gibt natürlich das Gegenargument, die Erfahrung mache alles wett, aber das ist nur ein Teilaspekt. Es ist natürlich auch die Gewohnheit geworden zu sagen, man geht so früh wie möglich in Pension ohne überhaupt zu wissen, was daran besonders erstrebenswert wäre. Viele die in die Pension drängen, können sie dann nicht in jenem Maß genießen, wie sie sich das erwarten. Diese Problematik ist im Wahlkampf – auch von Seiten der „Neos“, die ich unterstützt

habe – im Mittelpunkt gestanden und ist jetzt zu Recht das zentrale Thema dieser Koalition.

**Gibt es im Gesundheitswesen Ihrer Meinung nach relevanten Missbrauch – und wenn ja, was wäre die Alternative: mehr Kontrolle oder mehr Selbstbehalte?**

Ich war immer für Selbstbehalt gemessen am Einkommen. Ich würde dann einen hohen Selbstbehalt, z.B. 50% oder mehr, bezahlen und bei den kleinen und kleinsten Einkommen, wäre es dann nur mehr ein symbolischer Betrag. Ich würde in jedem Fall einem Selbstbehalt das Wort reden, weil ich einfach glaube, dass dieser Lenkungseffekt notwendig ist. Außerdem kommt dazu, dass die Kostenwahrheit gegenüber dem Patienten notwendig ist, er soll letztlich genau wissen, welche Kosten er verursacht.

**Ein Selbstbehalt ist auch ein Korrektiv gegenüber dem Arzt.**

Sie sagen es, das hängt ja zusammen. Ein Selbstbehalt ist ja nur gerechtfertigt, wenn der Patient über die Kosten Bescheid weiß. Die Kosten erziehen und der Selbstbehalt lenkt.

**Zum Thema Wissenschaft: Glauben Sie, dass unsere Studenten an den Universitäten so gut ausgebildet werden, dass sie im Hinblick auf zukünftige Berufschancen konkurrenzfähig sind?**

Das lässt sich nicht verallgemeinernd beantworten. Es gibt Unterschiede zwischen den Universitäten und zwischen einzelnen Professoren und auch innerhalb der Universitäten und der einzelnen Institute. Ich glaube, dass wir auf der einen Seite herausragende Lehrpersonalitäten haben und auf der anderen Seite natürlich sehr viel Durchschnitt produziert wird.

**Teilen Sie den Eindruck von Christoph Badelt, dem Rektor der Wirtschaftsuniversität, dass die Politik kaum Interesse an der Hochschulpolitik hat? Als Beispiel führte er die kapazitätsorientierte Studienplatzfinanzierung an.**

Das ist eine schwierige Frage, ich glaube, dass Bundesminister Töchterle ein Interesse an diesen Fragen hatte. Dass er seinen Standpunkt innerhalb der Bundesregierung nicht immer durchgesetzt hat, ist ein anderes Kapitel. Es mag sein, dass das übrige Kabinett von den leeren Kassen getrieben ist und von der Notwendigkeit, etwas einzusparen. Damit geht man den Weg des geringsten



## Im Brennpunkt

Widerstandes. Die Wissenschaft ist nun eine jener Sparten, die die kleinste Lobby hat. Das geht solange, bis die Studenten auf die Straße gehen, dann haben sie wieder eine Lobby. Aber das war zuletzt 1968 der Fall – und das haben wir beide erlebt.

Wie stehen Sie zu Studienggebühren?

Ich würde ein gestaffeltes System nach Einkommen und Vermögen und begleitet von einem Stipendien- und einem Kreditsystem vorschlagen.

Die Drittmittelfinanzierung als wichtige Säule der Forschungstätigkeit stößt in der Medizin immer wieder an die Grenzen des Antikorruptionsgesetzes. Soll man auf diese Finanzierung verzichten oder das Gesetz ändern?

Ich kenne mich leider zu wenig in dieser Frage aus, um Ihnen eine kompetente Antwort darauf zu geben. Ich glaube, dass die Antikorruptionsgesetze gut und wichtig sind, dass man sie aber doch zu allgemein gesetzt hat und vielleicht da oder dort Korrekturen anbringen sollte. Auf der anderen Seite sollten jedoch sinnvolle Kooperationen, die diesen Charakter der Korruption nicht haben, zugelassen werden.

In der Medizin bestand seit vielen Jahren eine sinnvolle Kooperation zwischen Pharmaindustrie bzw. Produzenten von medizinischen Apparaten, die für den Fortschritt der Medizin vorteilhaft und wichtig war.

Das meinte ich ja. Andererseits war die Einführung des Antikorruptionsgesetzes gerade diesbezüglich notwendig. Ich erinnere mich an meine Ärztefreunde, die ihre großen Urlaube auf Kosten einer Firma genossen haben und das auch offen ausgesprochen wurde. Das ist die Kehrseite der Medaille. Die Antikorruptionsgesetze werden wir nicht wegbringen, wir wollen sie auch nicht wegbringen. Man sollte sich aber im Einzelfall überlegen, ob nicht Korrekturen notwendig wären z. B. bei der Höhe des Minimalbetrages.

Die von unseren Politikern propagierte „Spitzenmedizin“ ist in Wahrheit von einer intensiven und begleitenden wissenschaftlichen Tätigkeit nicht trennbar.

*Die Anti-korruptionsgesetze werden wir nicht wegbringen, wir wollen sie auch nicht wegbringen. Man sollte sich aber im Einzelfall überlegen, ob nicht Korrekturen notwendig wären z. B. bei der Höhe des Minimalbetrages.*

Könnten Sie sich als bekannter Mäzen auf sozialem Gebiet auch ein Mäzenatentum in der Medizin vorstellen, wie z.B. in den USA, wo zufriedene und wohlhabende Patienten Spenden an klinische Institutionen übermitteln, um wissenschaftliche und bauliche Erweiterungen zu finanzieren?

Ich für mich schließe das aus, weil ich schon vor vielen Jahren einen Grundsatzbeschluss gefasst habe, zwei Dinge zu fördern: Das eine ist das Soziale und das andere ist die Kunst. Ich habe Universitäten, Bildung, Forschung, Naturschutz und was es sonst noch Förderungswertes gibt, ausgeschlossen, einfach deshalb, damit die Mittel die zur Verfügung stehen wirkungsvoller eingesetzt werden können. Ich wollte mich nicht verzetteln und habe ein entsprechendes Statut für meine Stiftung verfasst.

Wäre eine solche Finanzierung medizinischer Forschung in Österreich prinzipiell möglich?

Ich würde mir das sehr wünschen. Ich habe gerade Herrn Mateschitz dazu gratuliert, dass er die Medizin Universität in Salzburg so fördert, die es ohne ihn wahrscheinlich nicht gäbe. Ich bin der

Meinung, dass es ihn sehr befriedigen wird, dass die Universität einen so guten Ruf hat und die Absolventen so begehrt sind. Ich finde, das ist großartig. Es gibt auch andere Beispiele, wo ich nur sagen kann „Chapeau“ – wunderbar. Meine persönliche Entscheidung war immer eine andere.

Trotz unserer so genannten Spitzenmedizin besteht ein Unterschied im durchschnittlichen Gesundheitszustand zwischen „arm und reich“. Handelt es sich dabei um ein Versorgungsproblem oder um ein Versäumnis der Gesundheitspolitik?

Ich kenne viele Systeme, sicherlich nicht alle, aber bei jenen die ich kenne, ist keines frei von Klassensystemen. Sie äußern sich nur unterschiedlich. Einerseits gibt es die Sonderklasseversicherten, andererseits die Prominenten. Wie so häufig sind uns die nordischen Länder in Punkto Gleichstellung voraus, aber auch dort gibt es das.

Wie stehen Sie zur Eigenverantwortung in der Gesundheitsvorsorge?

Das ist ein wichtiges Thema. Ich als Liberaler trete überhaupt für eine umfassende Eigenverantwortung ein. Selbstverständlich sollten wir jeden Menschen darauf hinweisen, mit seiner Gesundheit verantwortungsvoll umzugehen. Insbesondere bei jenen, bei denen diese Forderung kein finanzielles Problem ist. Es gibt ja leider viele Menschen, die ihre Gesundheit allein deshalb nicht fördern können, weil sie sich es nicht leisten können. Das mag in Österreich ein untergeordnetes Problem sein.

Ich kenne allerdings durch meine Sozialprojekte Länder, in denen hunderte, ja tausende Menschen keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können und sie nicht einmal zum Arzt kommen, weil ihnen das Geld für den Bus fehlt.

Glauben Sie, dass Sie genug für Ihre eigene Gesundheit tun oder getan haben?

Na ja getan nicht, aber jetzt bemühe ich mich einigermaßen. Je älter man wird, je endlicher der Horizont wird, den man noch hat, um so mehr schaut man auf seine Gesundheit.

Herr Dr. Haselsteiner, ich danke für das Gespräch!

*Die Zeiten, als sich ein Arzt in narzistischer Selbstüberschätzung als „Gott in Weiß“ empfunden hatte, sind schon lange vorbei. Heutzutage kann dieses Attribut wohl nicht einmal von übelwollenden Kritikern der Berufsausübung von Ärzten den Kollegen vorgeworfen werden. Die Gruppe der Niedergelassenen sieht sich ständig von der Knute der Kassen bedroht, während die Spitalsärzte in allen Hierarchieebenen einer ständig wachsenden Regulierungswut der Administrationen ausgesetzt sind und durch geradezu blastomatöse Bürokratie überbelastet und durch restriktive Regulative mehr gefesselt denn unterstützt werden.*

## Lust und Frust im Ärztemantel

O. Zechner

Einerseits gibt eine Vielzahl von Spitalsärzten an, durch permanente Überbelastung am Limit ihrer physischen und psychischen Kapazitäten zu arbeiten, andererseits klagen Spitzeninstitutionen wie das AKH, welche vormalig ob ihrer personellen und apparativen Ausstattung allseits beneidet wurden, dass sie als Folge gesetzlicher Vorgaben, den Betrieb nicht mehr in gewohntem Umfang aufrechterhalten könnten.

Als die Mitglieder meiner Generation junge Assistenzärzte an den Kliniken waren, waren uns Begriffe wie „Arbeitszeitgesetz“ oder „Arbeitsruhezeitgesetz“ unbekannt. Es war vollkommen selbstverständlich, dass wir weder nach einem Nacht- oder Wochenenddienst, also nach 24 bzw. 48 Stunden Arbeitszeit den Dienst beendeten, sondern zumindest weitere acht Stunden an der Klinik verbrachten. Natürlich hat es zwischendurch auch Ruhepausen gegeben, diese waren aber zwangsläufig vom Fach und dem anfallenden Arbeitsvolumen abhängig. Ebenso war uns das Zustandsbild des „burn out“ nicht bekannt, und offenbar auf Basis dieser Unkenntnis litten wir auch nicht daran.

Was ist nun der Grund, dass trotz zunehmender und restriktiver Regulierung der Arbeitszeit so viele der Kollegen über Überbelastung und mangelndes Wohlbefinden im Beruf klagen? Sind es die nachweisbar gestiegenen Patientenfrequenzen, welche in Kombination mit den drastisch vermehrten administrativen Obliegenheiten zwangsläufig einen gesteigerten Arbeitsaufwand zur Folge haben?

Ich glaube, darin die alleinige Ursache des Unbehagens in weiten Teilen der Ärzteschaft festzuschreiben und konsequenterweise in der Personalvermehrung die Lösung zu sehen, ist zu kurz gedacht.

Nun sind wir Ärzte nicht die einzige Berufsgruppe, innerhalb derer sich eine ständig wachsende Anzahl über den

Verlust an Freude an der Arbeit und damit einhergehender, schwindender Motivationsbereitschaft beklagen.

Demzufolge haben sich Experten damit beschäftigt, den Ursachen für mangelnde Freude am Arbeitsplatz auf den Grund zu gehen. Sie tun dies natürlich nicht aus reinem Eigeninteresse, sondern dahinter steht, wie nicht anders zu erwarten, ein definiertes Interesse der Wirtschaft. Denn es braucht keine groß angelegten Studien um herauszufinden, dass ein motivierter und engagierter Mitarbeiter, der sich mit seiner Arbeitstätigkeit identifiziert, ein substantielles Mehr an produktiver Leistung abzuliefern imstande ist, als ein frustrierter und demotivierter Kollege.

Der Psychologieprofessor **Howard Gardner** von der Harvard Universität hat 1995 mit Kollegen das „*Good Work Project*“ begründet, um Ursachen für Frust bzw. Zufriedenheit am und im Umfeld des Arbeitsplatzes zu identifizieren.

Wie zu erwarten, hat die Befragung von 1.200 Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen breite Überschneidungen gezeigt. Bemerkenswert ist jedoch die Charakterisierung zweier Berufe, welche beispielhaft herausgegriffen werden: Genforscher sind begeistert von ihrem Beruf, Journalisten hingegen verzweifelt (Die ZEIT, Nr. 44, 2013).

Als Ursache für dieses konträre Verhalten kristallisierte sich heraus, dass die Genforscher ihre Arbeit als anspruchsvoll und für die Menschheit von Nutzen empfinden. Darüber hinaus verfügen sie über genügend Zeit und finanzielle Ressourcen, um ihrer Forschungstätigkeit nachzugehen.

Demgegenüber fühlen sich die Journalisten frustriert, da sie ständig unter finanziellem und zeitlichem Druck arbeiten müssen, und es ihnen kaum gestattet wird, für sie selbst relevante Themen zu recherchieren bzw. zu schreiben. Ich möchte diese Phänomene, insbesondere

hinsichtlich der Journalisten nicht weiter vertiefen, da ich mir, unter anderem, durchaus vorstellen kann, dass die dominierende Prämisse, vorzugsweise des Boulevards „bad news are good news“, einem Menschen mit gesundem Verstand schon mal die Stimmung vermiesen kann.

Vielmehr scheint mir doch die Tätigkeit der Genforscher jener der Mediziner viel ähnlicher.

In der Tat bestehen allerdings gravierende Unterschiede. Wohl können beide Berufsgruppen für sich reklamieren, ihre jeweilige Tätigkeit hätte das Wohl der Menschen zum Ziele, damit ist jedoch der Fundus an Gemeinsamkeiten schon fast aufgebraucht.

In der heutigen Medizin sind vor allem Zeit aber auch bis zu einem gewissen Rahmen die Verfügbarkeit finanzieller Mittel in unseren Ländern knapp geworden. Als Hauptursache für dieses bedauerliche Phänomen sehe ich die zunehmende Kommerzialisierung der Medizin. Durch die Quantifizierung des finanziellen Wertes medizinischer Einzelleistungen sind die klinischen Institutionen aus einem intellektuellen und fachlichen, in einen ökonomischen Wettstreit gedrängt worden. War es früher die fachliche Exzellenz, die als Aushängeschild der jeweiligen Institution fungierte, so ist es heute das Umsatzvolumen. Diese aus meiner Sicht kontraproduktive Entwicklung hat z.B. in Deutschland dazu geführt, dass Chefarzte ihr Gehalt in Art eines Prämiensystems durch Steigerung des Umsatzes an medizinischen Leistungen substantiell aufbessern konnten. Dass dabei nicht mehr die Person des Patienten im Mittelpunkt stand sondern ausschließlich die Frequenz der medizinischen Einzelleistungen, liegt auf der Hand. Der Patient mutierte damit – überspitzt formuliert – von der Person zum Werkstück. Glücklicherweise wurde diese unschöne Vorgangsweise abgestellt.

Der Harvardphilosoph **Michael Sandel** hat darauf hingewiesen, dass es zwei Gebiete gibt, welche keinesfalls nach marktwirtschaftlichen Prinzipien betrieben werden sollten: das Bildungssystem und das Gesundheitswesen! Derzeit geschieht jedoch nicht nur in den USA sondern auch bei uns in Europa das genaue Gegenteil!

Weitgehend unbeachtet bleibt dabei jedoch das Verhalten der Ärzteschaft im Rahmen des Wandels von individualisiertem Heilberuf zur Dienstleistung unter marktwirtschaftlichen Bedingungen. Vielleicht helfen uns die Ergebnisse von

*Leider werden viele junge Kollegen gerade zu Beginn ihrer Ausbildung enttäuscht und nicht selten frustriert, wenn der Spitalsalltag ihnen die Augen öffnet, dass sie zuvorderst als Systemerhalter benötigt werden. Es ist nur naheliegend, dass in Folge enttäuschter Erwartungen auch die ethischen Ressentiments auf der Strecke bleiben.*

Gardner's Untersuchungen, um den zugrundeliegenden Faktoren näher treten zu können.

Gardner sieht drei wichtige Faktoren, um ein zufriedenes Berufsempfinden zu erlangen: **Exzellenz, Ethik** und **Engagement**.

Nun stellen gerade diese Begriffe gewissermaßen die Eckpfeiler des Arztberufes dar. Welch junger Arzt hat nicht am Anfang seiner Tätigkeit seine beruflichen Ziele darin gesehen, kranken Menschen in Not zu helfen, ihre Leiden – körperlicher oder seelischer Natur – zu heilen oder zumindest zu lindern, und seine ärztliche Arbeit mit größtmöglicher Präzision zu verrichten.

Leider werden viele junge Kollegen gerade zu Beginn ihrer Ausbildung enttäuscht und nicht selten frustriert, wenn der Spitalsalltag ihnen die Augen öffnet, dass sie zuvorderst als Systemerhalter benötigt werden. Es ist nur naheliegend, dass in Folge enttäuschter Erwartungen auch die ethischen Ressentiments auf der Strecke bleiben.

Wir wollen nun diese drei Faktoren zur zufriedenen Berufsausübung gesondert unter den speziellen Kautelen der Medizin untersuchen.

### Exzellenz

Darunter wird allgemein, nicht nur in der Medizin, eine entsprechende Expertise verstanden, deren Grundlage eine profunde Ausbildung darstellt. Hier kommt einer der gravierendsten Fehler unseres derzeitigen Ausbildungssystems zu Tage. Angesichts der Tatsache, dass abhängig von der Position innerhalb der Spitalshierarchie, nahezu 40% des Arbeitsaufwandes für administrative Obliegenheiten anfällt, liegt es klar auf der Hand, dass diese Zeit sowohl in der Patientenbetreuung als auch in der Kapazität zur Ausbildung fehlt. Dieser fatale Mangel betrifft vorzugsweise die in Ausbildung befindlichen Kollegen, insgesamt sind jedoch alle Beteiligten in sämtlichen Hierarchieebenen davon betroffen. Eine unverzichtbare Voraussetzung zur kontinuierlichen und notwendigen Fort- und Weiterbildung ist der ständige intra- und interdisziplinäre Diskurs. Leider werden diese Veranstaltungen, sofern überhaupt angeboten, auf Grund der strikten Arbeitszeitregelungen meistens in den laufenden Routinebetrieb hinein gepresst. Eine freiwillige Fortbildung nach Ablauf der regulären Dienstzeiten wird von der überwiegenden Mehrzahl der Kollegen abgelehnt bzw. wäre wahrscheinlich heutzutage gar nicht mehr erlaubt.

Demzufolge fühlen sich besonders die jüngeren Kollegen durch eigentlich berufsfremde Tätigkeiten (Administration) belästigt und darüber hinaus schlecht ausgebildet.

Die perpetuierenden Forderungen nach substantieller Entlastung durch entsprechendes administratives Personal verhalten seit Jahren in den dafür tauben Ohren der Verantwortlichen. Lediglich der Personalstand in den Zentralen erfreut sich eines kontinuierlichen Wachstums – allein der Kundige fragt sich warum?

Die wirklichen Fachleute hinterfragen schon lange, welcher Sinn den aufwendigen Dokumentationsvorgängen zugrunde liegt. Eine brauchbare und nachvollziehbare Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken kann bei der Mehrzahl der verwendeten Systeme nämlich nicht erkannt werden!

Es gibt allerdings noch weitere Faktoren, welche einer fundierten Ausbildung kei-



neswegs förderlich sind. So führt z.B. eine schwangerschaftsbedingte Unterbrechung der Ausbildungszeit zwangsläufig zu einer Dysfunktion des kontinuierlichen Ductus einer Ausbildung. Wenn keine gezielten Anstrengungen unternommen werden, so ist meistens unter Einhaltung der vorgegebenen Ausbildungszeit ein unterbrechungsbedingter Qualitätsmangel zu befürchten. Dieses Faktum wurde meines Wissens bislang weder diskutiert noch berücksichtigt. Auch eine Reduzierung der üblichen Wochenarbeitszeit aus welchen Gründen immer, kann meines Erachtens der Qualität einer Ausbildung nicht dienlich sein.

Aus mehreren Gründen, die hier dargelegten stellen nur die gravierendsten Mängel dar, wird von der Mehrzahl der auszubildenden Ärzte nicht nur die Qualität hinterfragt sondern es greift ein allgemeines Unbehagen und Frustgefühl Platz. Dieses Manko wird bedauerlicherweise nahezu die gesamte Berufslaufbahn mitgeschleppt. Dieses Phänomen führt nicht nur, wie bereits in den Medien berichtet, zu einem faktischen Mangel an ärztlichem Nachwuchs, sondern resultiert letztlich in einer verlorenen Generationen von Ärzten, deren eigentliche Fähigkeiten weder entdeckt noch geweckt und in Zukunft schon gar nicht genützt werden.

Als Erklärung für diesen unbefriedigenden Zustand wird allgemein eine zu hohe Arbeitsbelastung wegen eines scheinbar evidenten Personal Mangels herangezogen. Meines Erachtens handelt es sich hierbei um einen Trugschluss. In Nordamerika verbringen die Ärzte wesentlich mehr Zeit am Arbeitsplatz in den Kliniken und verfügen über ungleich weniger Freizeit als in unseren Breiten. Dafür wird ihnen aber ein strukturiertes und unvergleichlich besseres Ausbildungsprogramm offeriert, welches in Kontinuität zu einem sorgfältigen und forderndem Programm ihrer universitären Ausbildung steht.

## Ethik

Der Moralthologe **Günter Virt** pflegt zu bemerken, dass „immer, wenn die Moral in der Krise ist, die Ethik gefragt ist“. Nun wird in breiten Bevölkerungskreisen davon ausgegangen, dass ein ethisch motiviertes Verhalten integrierter Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung sein sollte.

Für den jungen und in Ausbildung befindlichen Arzt stellt sich jedoch die

Frage, was unter dieser Definition verstanden wird bzw. auf welche Art und in welcher Form sie gelehrt werden sollte. Bedauerlicherweise wird er/sie weder im Rahmen der Studienzeit noch im Zuge der Berufsausbildung definierte Verhaltensregeln noch ein strukturiertes Ausbildungskonzept vorfinden.

Was bleibt und auch bislang vorhanden war ist die Vorbildwirkung der Ausbilder. Das hat auch im Laufe der Jahrhunderte an ärztlichen Tätigkeiten gar nicht so schlecht funktioniert, war natürlich davon abhängig, ob ein Tutor sein Berufsverständnis nach entsprechend ethischen Grundkonzepten ausrichtete oder eben nicht. Es wäre jedoch blauäugig, das Zufallsprinzip hinsichtlich der Qualität auch in Zukunft und gegebenenfalls unter streng regulierten Richtlinien der Ausbildung zu leugnen.

Medizinische Informationen sind heutzutage auf elektronischem Wege umgehend und in umfassender Fülle zu erlangen – ethisch gerechtfertigtes Verhalten kann man nur durch Vorbilder erlernen, man kann es nicht „erlesen“!

*Was bleibt und auch bislang vorhanden war ist die Vorbildwirkung der Ausbilder. Das hat auch im Laufe der Jahrhunderte an ärztlichen Tätigkeiten gar nicht so schlecht funktioniert, war natürlich davon abhängig, ob ein Tutor sein Berufsverständnis nach entsprechend ethischen Grundkonzepten ausrichtete oder eben nicht.*

Es sollte allerdings nicht unterschätzt werden, welchen Einfluss der Paradigmenwechsel in der Berufsauffassung vom „Arzt als Helfer und Begleiter des Kranken in existentieller Not“ zum Dienstleister auf die Bedeutung der ethischen Motivation in der Berufsausübung der modernen Ärzte gezeitigt hatte.

Dieses Phänomen wird auch von **Werner Vogt** in seinem Buch „Mein Arzttroman“ am Beispiel der leitenden Ärzte veranschaulicht: Die sachzwanghaft argumentierende Spitalsökonomie ist gerade dabei, den fachlich rigiden Primararzt alter Schule mit hierarchischem Führungsstil durch den fachlich flexiblen, aber ökonomisch alternativlos agierenden Managertyp zu ersetzen. Flache Hierarchiekonzepte mögen durchaus ihren Reiz haben und werden vielerorts gepriesen. In der Medizin sind allerdings, speziell in Akutsituationen friktionsfreie und rasche Entscheidungsfindungen mit klaren Verantwortungszuweisungen vonnöten.

## Engagement

Anlässlich der Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie im November 2013 hat ein Assistenzarzt in einem Vortrag die „Erwartungen des Assistenten“ zur Sprache gebracht. In dieser bemerkenswerten Mitteilung wurde aufgezeigt, dass primär kein Mangel an Engagement von Seiten der auszubildenden Ärzte besteht, es werden jedoch entsprechende Voraussetzungen von den für die Ausbildung verantwortlichen Ärzten erwartet. Die junge Generation will vor allem „gefordert und gefördert“ werden. Dies impliziert die Übertragung definierter Verantwortung, um die eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen. Die Berufsausübung sollte in Form einer freudigen und sinnhaften Arbeit erfolgen, wobei die bereits eingangs erwähnte Überlastung mit administrativen Agenden kontraproduktiv wirkt.

Das direkte Gespräch mit konstruktiver Kritik, verbunden mit einem konsequenten „feed back-System“ sind unerlässliche Säulen einer zufriedenstellenden Ausbildung. Gerade von diesen jungen und engagierten Ärzten wurde auf die Unverzichtbarkeit einer Vorbildfunktion der Ausbilder hingewiesen.

Als weitere wichtige Aspekte einer gelückten Ausbildung und in weiterer Folge Berufsausübung wurden ein angenehmes Betriebsklima, die Vereinbarkeit von Beruf mit einem zufriedenstellenden

*Der Paradigmenwechsel vom elitären Beruf mit höchstem Sozialprestige zum sachzwangorientierten Dienstleister und andererseits der Interessenswandel innerhalb der Gesellschaft: die vielgepriesene „Marktwirtschaft“ hat sich klammheimlich zur „Marktgesellschaft“ gewandelt, in welcher der finanzielle Erfolg die dominierende Prämisse der Wertschätzung des Individuums darstellt.*

Privatleben sowie eine ausreichende Entlohnung angegeben.

Diese Erwartungshaltung der nachfolgenden Generation stellt durchaus eine Herausforderung an die Chefärzte und die auch mit der Ausbildung betrauten Oberärzte dar. Diese Forderungen dürfen aber nicht auf die Abteilungsebene beschränkt werden, sondern müssen an die administrativen Ebenen der Spitals-träger weitergeleitet werden, da der dafür notwendige Zeitaufwand nicht zu Lasten der Patientenbetreuung gehen darf.

Die administrativen Zentralen machen es sich viel zu leicht, indem sie die Verantwortung für die Ausbildung ausschließlich den Primärärzten zuweisen. Wie bereits mehrfach erwähnt, sind sämtliche Akteure in den klinischen Abteilungen mit zum größten Teil unnötiger Bürokratie überlastet.

Experten fordern schon lange, dass in den gesetzgebenden Körperschaften die vorliegenden Gesetze auf Praktikabilität und Notwendigkeit durchforstet werden sollten. Ebenso täte ein „Controlling“ im Spitalswesen auf Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von administrativen Belangen Not.

### Schlussfolgerungen

Prinzipiell ist der ärztliche Berufsstand und hiermit auch das gesamte Gesundheitssystem unseres Landes von zwei ernstzunehmenden Gefahren bedroht. Einerseits scheint es bereits jetzt, aber noch in größerem Umfange in Zukunft einen Mangel an Ärzten zu geben, zur Zeit vorzugsweise abseits der Ballungszentren, wo sowohl niedergelassene als auch Spitalsärzte zum Teil über Monate und Jahre gesucht werden, andererseits greift in breiten Schichten der Ärzteschaft ein Unbehagen hin bis zur Frustration in der Berufsausübung Platz.

Diese Phänomene stehen meines Er-

achtens im Zusammenhang und sind umso verwunderlicher, als in den früheren Generationen die Kollegen ihren Beruf mit einem Höchstmaß an Engagement, zum Teil auch unter Vernachlässigung und manchmal auch zum Schaden ihres Privatlebens, auszuüben pflegten. Dies trifft zwar nicht für sämtliche Angehörige dieser Generationen zu, aber den meisten davon war doch eine strikte Fokussierung auf ihren Beruf eigen, welche mit einem hohen Maß an Pflichtgefühl aber durchaus auch mit Enthusiasmus vergesellschaftet war.

Es mag sein, dass dies ein generationentypisches Phänomen ist – da die frühere Generation der „Workaholics“ und hier die „Generation Y“. Ich für meine Person bezweifle, dass die kognitive Perzeption und die emotionale Befindlichkeit sich innerhalb einer Generation in solch dramatischer Weise ändern können. Ich sehe vielmehr im gesellschaftlichen Umfeld die Ursache für diesen Wandel: der Paradigmenwechsel (wie oben angemerkt) vom elitären Beruf mit höchstem Sozialprestige zum sachzwangorientierten Dienstleister und andererseits der Interessenswandel innerhalb der Gesellschaft: die vielgepriesene „Marktwirtschaft“ hat sich klammheimlich zur „Marktgesellschaft“ gewandelt, in welcher der finanzielle Erfolg die dominierende Prämisse der Wertschätzung des Individuums darstellt. Dies war die kausale Infektion, welche letztlich zur Geisel unseres Gesellschaftswesens führte – zur Gier! Davon ist leider auch die Medizin nicht verschont geblieben.

Ich habe zwar so meine Gedanken, trotzdem fehlen mir zur Zeit die fundierten Rezepte, um dieser fatalen Entwicklung gegenzusteuern.

Auf alle Fälle liegt der Schlüssel und damit auch der Ball bei der „Jungen Generation“, um den notwendigen „turn around“ zu schaffen – und damit auch die Hoffnung ...

# Berufe heute

H. Lipsky

In dieser wunderbaren Zeit der unbegrenzten Möglichkeiten in der wir leben, gibt es viele neue Berufe. Natürlich gibt es immer noch Handwerker, die übrigens sehr gut bezahlt sind, dann noch Verkäufer, Ärzte Juristen, Krankenschwestern und viele herkömmliche Berufe, aber es gibt höchst interessante Berufszweige von deren Existenz man bisher keine Ahnung hatte.

So gibt es *Risikoforscher, Zukunftsforscher, Nachhaltigkeitsforscher, Motivationsforscher*, welche offenbar tun was ihr Name sagt. Aber es gibt viele Risiken, eine ungeahnte unklare Zukunft, viele Motive und viele Dinge deren Nachhaltigkeit zu erforschen es gilt. Wer ist so ausgebildet, dass er das alles kann?

Die Frage ist, was tut beispielsweise eine *teilnehmende Medienbeobachterin im Institut für Kultur- und Sozialanthropologie*? Liest sie die Zeitung? Nur nebenbei, was tun Sozialanthropologen?

Die Donauuniversität Krems, eine Stätte der Ausbildung bietet eine Fülle neuen Wissen an:

So sprechen „*Key-Note Speaker*“ über „*E-Democracy*“ and „*Open Government*“, das Lehrangebot reicht des weiteren von „*Change-Wissensmanagement*“ bis zum „*Informatikdesign*“ und man lernt neben „*Migrationssensiblen Wohnmanagement*“ auch „*Selbstreflexion*“ und „*Selbsterfahrung*“ im Departement für *Psychotherapie und Biopsychosozialer Gesundheit*.

Bei der „*E-Demo crazy*“ vertraut man den elektronischen Medien die Durchführung des Regierens und des Wählens an. Hier findet durch die elektronischen Medien ständig zwischen Regierung und Wählern ein Informationsaustausch statt. Wer die Medien nicht beherrscht, ist von der Demokratie folglich ausgeschlossen. Der nächste Schritt wird sein, dass man auch ein elektronisches Parlament macht.

„*Change – Wissensmanagement*“ ist ein Hybrid der Sozialwissenschaften und Psychologie, das die arbeitenden Menschen dazu bringen, soll noch mehr zu arbeiten und noch leistungsfähiger zu werden. Von Unternehmensberatern, die Geschäftsprozesse planen und modellieren, werden in Phasen verschiedene Organisationsmodelle eingeführt, die sich auch nach einiger Zeit wieder ändern müssen, sonst hätten die Unternehmensberater nichts mehr zu tun.

Von den, einem normal Sterblichen, unbekanntem Spezialgebieten, wie „*Biopsychologie*“ oder „*Sozialanthropologie*“, sei gesagt, dass diese nicht genau abgegrenzt sind und sich mit anderen Fachgebieten überschneiden. Überall wo Psychologie dabei ist, scheiden sich die Geister und es gibt viele Lehrmeinungen.

„*Leadership*“ ist ein wichtiges Wort geworden. Wehe dir, wenn du diese Eigenschaft nicht besitzt. Von dem Mangel an Leadership bis zum „*Loser*“ ist es nicht weit. Nun gibt es die Neuroleadership. Hier werden die neuesten Erkenntnisse der Hirnforschung auf die Managementtheorie übertragen. Bis jetzt hat man uns wie Pawlow'sche Hunde gesteuert und mit Belohnung und Bestrafung konditioniert, hat aber dabei immer noch nicht das Letzte aus uns herausgeholt. Das muss unbedingt gesteigert werden und man will dabei nicht die Psychologie sondern die letzten Ergebnisse der Hirnforschung verwenden.

Jetzt setzt man nur auf Belohnung. Die letzte Erkenntnis ist nun: Wird Lob eingesetzt, fühlt man sich wohl und motiviert. Negative Gefühle wie Wut, Angst und Panik sind schlecht und sollen vermieden werden. Zuwendung, Beachtung und Eingebundensein führen zu Ausschüttung von Glückshormonen und vermeiden negative Emotionen. Und das Gedächtnissystem muss ständig gefor-

dert werden. Aus der Erinnerung sollen nützliche Informationen beigesteuert werden. Die Erfahrung bekommt somit einen Wert und wird für Führungskräfte wichtig. Also doch nicht alle Alten entlassen.

Was kann man nun gezielt für sein Hirn tun? Man gewährt ihm eine „*Focus Time*“, eine „*Play Time*“, eine „*Connecting Time*“, eine „*Physical Time*“, eine „*Time-in Time*“, eine „*Down Time*“ und eine „*Sleep Time*“. Das meinen die Neuroleadership-Berater. Sich zu konzentrieren, zu spielen, Kontakt mit anderen zu haben, sich zu entspannen und zu schlafen, wäre auch mir eingefallen, allein durch den Gebrauch meines Hausverstandes. Aber vielleicht haben diese Forschungen alle zum Ziel, den Hausverstand wieder zu entdecken, „*a la recherche de la raison perdu*“.

Die Psychologen sehen diesen neuen Zugang mit scheelem Blick, denn sie fürchten mit Recht, dass sie von den Forschungsmilliarden, die in den USA dafür bereitgestellt werden in Zukunft weniger bekommen als die Hirnforscher. Beim „*Migrationssensiblen Wohnmanagement*“ lernt man wahrscheinlich, dass es besser ist seine Wohnung zu verkaufen, wenn rundherum lärmende türkische Familien eingezogen sind.

Was eine „*Karriereberaterin*“ tut, wäre noch zu ergründen, aber das kostet wahrscheinlich auch viel.

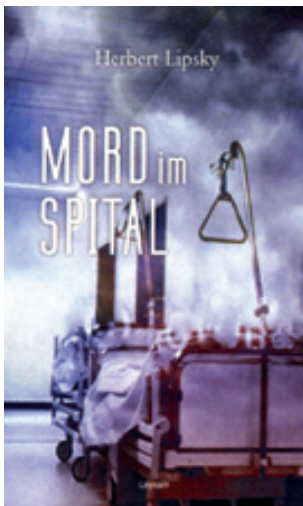
Da gibt es wunderschöne englische Namen für Berufe wie den „*Key Account Manager*“, der eigentlich nur ein Betreuer von Schlüsselkunden ist. Die den englischen Bezeichnungen sind sehr oft ein Euphemismus für alte Berufsbezeichnungen wie etwas den eines „*Relationship Manager*“ anstatt Kundenbetreuers und „*Sales Manager*“ klingt besser als Vertreter.

Der „*Generaldirektor*“ heißt heute „*CEO (Chief Executive Officer)*“ und der



Kaufmännische Geschäftsführer „CFO (Chief Financial Officer)“. „COO“ heißt „Chief Organisation Officer“.

Der „Global Risk Consultant“ analysiert für die Unternehmen auf der ganzen Welt die Risiken durch Feuer, menschliche Fehler, durch Maschinen, durch Geschäftsunterbrechung und Naturgewalten haben könnten. Kann man das?



### Mord im Spital

Herbert Lipsky

In einer Grazer Klinik stirbt der Chef eines großen Pharmakonzerns völlig unerwartet nach einer Operation. Schnell stellt sich heraus, dass es Mord war. Gegen seinen Willen wird Chirurg Paul Leistenschneider in die Ermittlungen hineingezogen. Treibt im Spital ein „Todesengel“ sein Unwesen? Oder geht es um kriminelle Machenschaften in der Pharmaindustrie, in der nur eines zählt: Macht und Geld ...

Erschienen im Leykam Verlag

**Ein Beispiel für neue Berufe wäre eine Expertin bzw. ein Experte zur Koordination des Fußverkehrs, welche die Stadt Wien sucht.**

#### Hier die Annonce:

Zur kommunikativen Vermittlung zwischen Bürgerinnen und Bürgern und der Verwaltung sucht die Stadt Wien für die Mobilitätsagentur eine Expertin beziehungsweise einen Experten zur Koordination des Fußverkehrs in Wien.

Um den Anteil der Fußgängerinnen und Fußgänger am Modal Split auch weiterhin auf hohem Niveau zu halten, ist eine weitere Attraktivierung des öffentlichen Raums wichtig. Dazu gehören unter anderem auch eine komfortable Ausgestaltung von Gehbereichen und Zonen für Fußgängerinnen und Fußgänger sowie angepasste Ampelschaltungen. Die Erweiterung der Radfahragentur Wien in eine Mobilitätsagentur ist vorgesehen.

Sie sind kommunikativ, verfügen über Berufserfahrung im Bereich Projektmanagement und sind an einer nachhaltigen Verkehrsentwicklung in Wien interessiert. Die Zukunft des Fußverkehrs in Wien ist Ihnen wichtig und Sie wollen maßgeblich Einfluss darauf nehmen. Sie bieten das nötige Know-how und sind sicher, dass Sie den hohen Ansprüchen dieses Jobs entsprechen.

#### Aufgaben

- Ansprechstelle für Anliegen der Fußgeherinnen und Fußgeher
- Initiierung von Werbekampagnen und eines „Wiener FußgeherInnen-Leitsystems“
- „Zu Fuß in Wien“ – begrifflich implementieren

- Entwicklung eines „Masterplan Gehen“ in Zusammenarbeit mit städtischen Fachdienststellen
- Einbindung bei strategischen Planungsprozessen
- Vorbereitung/Begleitung von themenspezifischen Veranstaltungen
- Themenführerschaft erarbeiten/generieren

#### Anforderungen

- Ausbildung: Reifeprüfung an einer höheren Schule beziehungsweise einer anderen bei der Stadt Wien für die Einstufung in die Verwendungsgruppe B anerkannte Ausbildung
- Kenntnisse der Wiener Stadtverwaltung und der einschlägigen Gesetze und Verordnungen (Straßenverkehrsordnung et cetera) von Vorteil
- Erfahrung beziehungsweise Ausbildung im Bereich komplexer Verkehrszusammenhänge
- Erfahrung im Umgang mit Medien (Öffentlichkeitsarbeit, Präsentationstechnik)
- Erfahrung im Bereich Eventmanagement, Projektabwicklungen, Moderation und Gesprächsführung
- Eine persönliche Erfahrung als Fußgänger bzw. als Radfahrer ist ebenfalls nachzuweisen.

#### urologia historica – Ankündigung

### Eine Krankengeschichte vom Ende des 18. Jahrhunderts: Der Unterschied der Begegnung zwischen Arzt und Patient in der „klassischen Medizin“ mit jener der „modernen Medizin“

Für NÖGU 49 / 2014 planen wir eine Krankengeschichte von Ende des zweiten Drittels des 18. Jahrhunderts vorzustellen, die **Thomas Henkelmann** in seinem Buch „Zur Geschichte des pathophysiologischen Denkens: John Brown (1735-1788) und sein System der Medizin“ beschreibt. Wir wollten damit zeigen, wie unterschiedlich die Begegnung des Arztes mit dem Patienten in der „klassischen Medizin“ im Vergleich mit der heutigen Medizin war. Außerdem zeigte sich, dass es sich bei dem Patienten – unserer Meinung nach – am ehesten um ein urologisch-nephrologisches Problem gehandelt haben dürfte.

Auf Grund von Unterlagen, die uns Paris zur Verfügung stellte, konnten wir auch **Joseph Dieutaud** (vom „Dieutaud’schen Trigonum“ der Blase) in der Gruppe der „frühen Pathologen“ einreihen und damit dieses Thema endlich abschließen.“

40.

## Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie

15.–17. Mai 2014  
Heinrich-Lades-Halle  
Erlangen



Tagungspräsident:  
Prof. Dr. med. Bernd Wullich  
Universitätsklinikum Erlangen  
Klinik für Urologie

Organisation:  
INTERPLAN Congress,  
Meeting & Event Management AG

Anmeldung und weitere Informationen online unter:  
[www.uro2014.de](http://www.uro2014.de)

### European Urology Forum 2014

1.-4. Februar 2014, Davos, CH  
<http://esudavos2014.uroweb.org/>

### 47. Alpenländisches Urologen- symposium: „Ungeklärtes aus dem Urologienalltag“

26.-29. März 2014, Werfenweng  
<http://aoc-genuss.jimdo.com/>

### 29th Annual EAU Congress

11.-15. April 2014, Stockholm, S  
<http://www.eaustockholm2014.org/>

### Frühjahrstagung und Mitglieder- versammlung des bvU 2014

2.-3. Mai 2014, Semmering  
[www.urologisch.at](http://www.urologisch.at)

### AUA Annual Meeting 2014

16.-21. Mai 2014, Orlando, USA  
<http://www.aua2014.org/>

### 50th ASCO Annual Meeting 2014

30. 5.-3. 6. 2014, Chicago, USA  
<http://am.asco.org/>

#### Fachinformation zu Seite 27

**TRENANTONE® - Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Zweikammerspritze mit 130 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 11,25 mg Leuprorelinacetat, entsprechend 10,72 mg Leuprorelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Pulver: Polymilchsäure, Mannitol. Lösungsmittel: Carmellose-Natrium, Mannitol, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Trenantone wird angewendet bei Erwachsenen. **Bei Männern:** Zur symptomatischen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Bei Frauen:** Mammakarzinom prä- und perimenopausaler Frauen, bei denen eine endokrine Behandlung angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen anderen Bestandteil des Präparates; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; intraarterielle Injektion. **Bei Männern:** Nach chirurgischer Kastration bewirkt Trenantone keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. **Bei Frauen:** Schwangerschaft und Stillzeit. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1120 Wien. **Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** [0712]

**SIXANTONE® - Zweikammerspritze. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Zweikammerspritze mit 352,9 mg Pulver und 1 ml Lösungsmittel enthält: 30 mg Leuprorelinacetat, entsprechend 28,58 mg Leuprorelin. Sonstiger Bestandteil: Carmellose-Natrium, 5 mg/Zweikammerspritze. **Sonstige Bestandteile:** Retardmikrokapseln: Polymilchsäure, D-Mannitol. Suspensionsmittel: D-Mannitol, Carmellose-Natrium, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke, Essigsäure 99% (zur pH-Wert-Einstellung). **Anwendungsgebiete:** Zur palliativen Therapie des fortgeschrittenen hormonabhängigen Prostatakarzinoms. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin oder andere GnRH-Analoga, Polymilchsäure oder einen der sonstigen Bestandteile; nachgewiesene Hormonunabhängigkeit des Karzinoms; nach chirurgischer Kastration (Sixantone bewirkt keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels); Frauen, Kinder und Jugendliche. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga, ATC Code L02AE02. **Abgabe:** NR, Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** Takeda Pharma Ges.m.b.H., 1120 Wien. **Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** [0213]

#### Fachinformation von Seite 31

**Bezeichnung des Arzneimittels:** Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** 1 Implantat enthält 5 mg Leuprorelin (als Acetat). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Hormone und verwandte Mittel, Gonadotropin-Releasing Hormon-Analoga. ATC Code: L02AE02. **Anwendungsgebiete:** Palliative Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem hormonabhängigen Prostatakarzinom. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Leuprorelin, andere GnRH-Analoga oder gegen Polymilchsäure. Bei nachgewiesener Hormonunabhängigkeit des Karzinoms ist die Behandlung mit Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate nicht indiziert. Nach chirurgischer Kastration bewirkt Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate keine weitere Absenkung des Testosteronspiegels. Leuprorelin Sandoz 5 mg - Implantat für 3 Monate ist bei Frauen und pädiatrischen Patienten kontraindiziert. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Polymilchsäure. **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 05/2012. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

# Zytiga® und Prednison aus endokrinologischer Sicht



Dr. Claudia Stiegler

Zytiga® wird oral eingenommen und hemmt das Enzym CYP17 (17-alpha-Hydroxylase und 17,20-Lyase) irreversibel, welches in der Nebenniere und im Hoden den letzten Schritt der Androgenbiosynthese katalysiert, aber auch im Prostataumgewebe exprimiert wird [1,2]. Dies führt zur gewünschten Totalblockade der Androgenproduktion. Die Inhibierung der 17-alpha-Hydroxylase bewirkt eine Erniedrigung des Glukokortikoidspiegels in der Nebenniere, was über Stimulation via Hypothalamus zu einer gesteigerten hypophysären Sekretion von ACTH (adrenokortikotropes Hormon) führt. Die erhöhten ACTH-Spiegel bedingen wiederum eine vermehrte Synthese von Mineralokortikoiden in der Nebenniere; diese sind auch für die häufigsten Nebenwirkungen von Zytiga® wie Blutdruckanstieg, Hypokaliämie und Neigung zu Ödemen verantwortlich.

## 10mg Prednison/Prednisolon entsprechen den Guidelines bei AGS mit CYP17-Mangel

Die Hemmung der 17-Alpha-Hydroxylase und 17,20-Lyase in der Nebenniere unter der Therapie mit Zytiga® führt zu den gleichen Symptomen und Laborbefunden, wie sie auch beim Adrenogenitalen Syndrom (AGS) mit CYP17-Defizit vorliegen. Das Fehlen von CYP17 führt zu einer gestörten Synthese von Glukokortikoiden mit konsekutiv erhöhten ACTH-Spiegeln, einer Hyperplasie der Nebennieren, einer Überproduktion von Mineralokortikoiden und zu einem Defizit an adrenalen und gonadalen Androgenen. Die Therapie des AGS mit CYP17-Mangel erfolgt mit Glukokortikoiden in einer Dosierung, die ausreicht, um die gesteigerte ACTHBildung und Sekretion durch die Hypophyse zu normalisieren. Die derzeit empfohlene Begleittherapie von Zytiga® mit Prednison oder Prednisolon in einer Dosierung von 10mg täglich entspricht daher internationalen Richtlinien in der Behandlung des angeborenen CYP17-Mangels und füllt die Glukokortikoid-Spiegel wieder auf [3].

## Bedeutung von Glukokortikoiden in der Tumortherapie

Vorteile und mögliche Nachteile der Glukokortikosteriode in der Karzinomtherapie werden kontrovers diskutiert [4,5]. Generell werden Glukokortikoide bei Karzinompatienten adjuvant als Analgetikum aufgrund ihrer Antiödem- und antiinflammatorischen Wirkung eingesetzt [6]. Auch Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom und Schmerzen aufgrund ossärer Metastasierung sprechen gut auf niedrig dosiertes Prednison an [7-9]. Glukokortikoide verbessern die Lebensqualität signifikant durch ihre positive Wirkung auf Inappetenz, Übelkeit, Stimmung und allgemeines Krankheitsgefühl [10]. Sie üben einen direkten antineoplastischen Effekt auf Prostataumorzellen aus. Dieser Effekt beruht auf der verminderten Produktion von Androgenen in der Nebenniere durch Beeinflussung des Regelkreises mit negativem Feedback in Richtung Hypophyse: Endogene, aber auch exogene Glukokortikoide hemmen die Ausschüttung von ACTH, was zu einer Suppression der adrenalen Steroidbiosynthese einschließlich der Androgensynthese führt [11]. Sie beeinflussen einerseits das androgenunabhängige Wachstum der Prostatakarzinomzellen direkt durch Hemmung der Angiogenese, indem die Produktion des Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) und des Interleukin 8 (IL-8) unterdrückt wird, andererseits die Lymphangiogenese durch Verminderung von VEGF-C [12,13].

## Management potenzieller Nebenwirkungen aus endokrinologischer Sicht

Die totale Androgenblockade durch Zytiga® und die chronische Kortisontherapie erhöhen aus meiner Sicht signifikant das Risiko für osteoporotisch bedingte Frakturen. Patienten sollten daher neben einer Basistherapie mit Vitamin D (800–2.000IE/d) und einer ausreichenden Kalziumzufuhr (500-1.000mg, vorzugsweise über die Nahrung) entweder mit Bisphosphonaten oder Denosumab therapiert werden (bereits bei einem T-Score im osteopenischen Bereich in der Osteodensitometrie). Beide Substanzgruppen kommen auch in der Therapie ossärer Metastasierung beim Prostatakarzinom zum Einsatz.

Treten trotz Begleittherapie mit Prednison Mineralokortikoid-bedingte Nebenwirkungen (Hypokaliämie, Ödemneigung, Hypertonus) auf, kann die Kortisondosis erhöht werden oder ein Aldosteronantagonist (Spironolacton, Eplere-non) zum Einsatz kommen. Medikamente, die zu einer Hypokaliämie führen können, sollen vermieden werden (Thiaziddiuretika, Schleifendiuretika, Laxanzien). Der Kaliumspiegel sollte zwei- bis vierwöchentlich, Blutdruck und Hydrationszustand (Zunahme des Körpergewichts) regelmäßig auch vom Patienten selbst überprüft werden.

Eine mögliche Verschlechterung der Blutzuckereinstellung unter der Glukokortikoidtherapie kann eine Dosisadaptation sowohl oraler Antidiabetika als auch der Insulindosierung notwendig machen. Besonders am Beginn der Therapie mit Zytiga® sollten engmaschige Kontrollen des Blutzuckertagesprofils erfolgen.

OÄ Dr. Claudia Stiegler  
Klinische Abteilung für  
Endokrinologie und Nuklearmedizin  
Universitätsklinik für Innere Medizin  
Medizinische Universität Graz

### Literatur:

- [1] Montgomery RB et al, Cancer Res 2008; 68: 4447
- [2] Attard G et al, J Clin Oncol 2008; 26: 4563-4571
- [3] Speiser PW et al, J Clin Endocrinol Metab 2010; 95: 4133-4160
- [4] Fakhri M et al, Urology 2012; 60: 553-561
- [5] Herr I et al, Lancet Oncol 2006; 7(5): 425-30
- [6] Della Cuna GR et al, Eur J Cancer Clin Oncol 1989; 25(12): 1817-21
- [7] Tannock I et al, J Clin Oncol 1989; 7: 590-7
- [8] Osoba D et al, J Clin Oncol 1999; 17 (6): 1654-1663
- [9] Small EJ et al, J Clin Oncol 2000; 18 (7): 1440-1450
- [10] Wilcox JC et al, Br Med J 1984; 288: 27
- [11] Small EJ et al, J Clin Oncol 1997; 15: 382-8
- [12] Yano A et al, Clin Cancer Res 2006; 12(10): 3003-9
- [13] Yano A et al, Clin Cancer Res 2006; 12(20): 6012-8

Weitere Informationen siehe  
[www.zytiga.at](http://www.zytiga.at)



## Betmiga® (Mirabegron)

## Neue Therapiekategorie für die überaktive Blase

Mirabegron eröffnet eine neue therapeutische Klasse für die Behandlung der überaktiven Blase (ÜAB).

Die gegenwärtige Therapie der ÜAB erfolgt mit Muskarinrezeptor-Antagonisten (z.B. Solifenacin, Oxybutinin, Tolterodin und Darifenacin). Diese haben, trotz guter Wirkung, einen begrenzten Behandlungshorizont aufgrund der mit der Behandlung einhergehenden Nebenwirkungen, wie Mundtrockenheit, Verstopfung und Sehstörungen. Mirabegron ist ein  $\beta_3$ -Agonist, der einmal täglich angewendet wird und dessen Wirkung auf einem völlig neuen Mechanismus im Vergleich zu den bisherigen Therapiestandards beruht. Während Muskarinrezeptor-Antagonisten über die Blockierung des Muskarinrezeptors in der Blase ungewollte Blasenkontraktionen verhindern, stimuliert Mirabegron den  $\beta_3$ -Rezeptor im

Detrusormuskel und führt dadurch zu einer Entspannung der Blase. Desweiteren wird auch das Füllvolumen der Blase verbessert ohne die Blasenentleerung zu behindern. Die Europäische Kommission hat Mirabegron im Dezember 2012 auf Vorschlag des Komitees für Humane Arzneimittel (CHMP) zugelassen. In Österreich wurde Betmiga® im Juli 2013 beim Hauptverband zur Erstattung eingereicht und ist daher derzeit in der Roten Box verfügbar.

**Nähere Informationen:**

Astellas Pharma Ges.m.b.H.  
Mag. Felix Cerny  
Tel.: 01/877 2668-53  
felix.cerny@astellas.com

Fachinformation zu Umschlagseite 4

**Inkontinanz Filmtabletten. Zulassungsinhaber:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., 6067 Absam/Tirol. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 15 mg Trosipiumchlorid. (1 Filmtablette enthält 30 mg Trosipiumchlorid). **Hilfsstoffe:** Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokristalline Zellulose, Lactose Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (pflanzlich), Hypromellose. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Detrusorinstabilität oder Detrusorhyperreflexie mit den Symptomen Pollakisurie, imperativer Harndrang und Dranginkontinenz. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen Bestandteil des Präparates, Harnverhaltung, Engwinkelglaukom, Tachyarrhythmien, Myasthenia gravis, schwere Colitis ulcerosa, toxisches Megacolon, dialysepflichtige Niereninsuffizienz (Kreatininclearance unter 10ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), Kinder unter 12 Jahre. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig ATC-Code: G04BD. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Fachinformation zu den Seiten 37 und 58

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Es ist daher wichtig, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung in Bezug auf ZYTIGA® zu melden.

**FACHKURZINFORMATION ZYTIGA 250mg Tabletten. Bezeichnung des Arzneimittels:** ZYTIGA 250 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 250 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 189 mg Lactose und 6,8 mg Natrium. Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon (K29/K32), Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** ZYTIGA ist indiziert mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist und zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger sein könnten, schwere Leberfunktionsstörung [Child-Pugh Klasse C]. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BX03. **Weitere Angaben** zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation (108297)

# Inkontan

Wirkstoff: Trospiumchlorid

## HARNINKONTINENZ FLEXIBEL THERAPIEREN



- + Nicht liquorgängig
- + Gut kombinierbar
- + Individuelle Dosierung durch Snap-Tab



Fachinformation siehe Seite 59

WIEDER FREI FÜHLEN ...