

URO-NEWSLETTER GREIFSWALD

Informationen über die Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsklinikum Greifswald

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leserinnen und Leser,

mit dem Uro-Newsletter möchten wir Sie in regelmäßigen Abständen über neue Aspekte im Fachgebiet und Neuigkeiten der Klinik und Poliklinik für Urologie in Greifswald informieren. Der Themenschwerpunkt der ersten Ausgabe informiert Sie über neue Therapieverfahren zur minimal invasiven Behandlung von Erkrankungen der Niere und der Prostata.

Darüber hinaus möchten wir mit diesem Heft auf die veränderten Strukturen der ambulanten Sprechstunden und Ansprechpartner in unserer Einrichtung hinweisen.

Wir sind der Meinung, dass eine gute Kooperation und kollegiale Zusammenarbeit die beste Voraussetzung für eine optimale Versorgung unserer Patienten ist. Für spezielle und direkte Auskünfte stehen wir Ihnen gern und jederzeit zur Verfügung. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Mit besten Grüßen

Professor Dr. med. Martin Burchardt und Mitarbeiter



THEMENÜBERSICHT

- 02 Endoskopisch-extraperitoneale radikale Prostatektomie (EERPE)
- 03 Lasertherapie bei obstruktiven Miktionsbeschwerden
- 04 Laparoskopische Nephrektomie und Nierenteilresektion
- 05 Mini-PNL
- 06 Operative Therapie der weiblichen Harninkontinenz
- 07 Aktuelles aus der Klinik
- 08 Überblick über die Sprechstunden
- 09 Kontaktinformationen

Schlüsselloch-Chirurgie bei Prostatakrebs - Endoskopisch-extraperitoneale, radikale Prostatektomie (EERPE)

Die „endoskopisch-extraperitoneale radikale Prostatektomie“ (EERPE) wurde seit Anfang 2005 an der Klinik für Urologie der Medizinischen Hochschule Hannover von Professor Dr. Burchardt durchgeführt. Mit dieser Therapie hat sich das Spektrum an der Greifswalder Uniklinik erweitert, so dass neben der bestehenden offenen radikalen Prostatektomie, der externen Strahlentherapie und der Brachytherapie der hiesigen Urologie jedem Patienten eine individuell angepasste Therapie - auch nach Präferenzen des Erkrankten - angeboten werden kann.

Wie funktioniert die EERPE?

Gemäß den Techniken der Leipziger (Prof. Dr. Stolzenburg) und der Pariser Universitätskliniken für Urologie (Prof. Dr. Abbou) werden bei der EERPE über fünf kleine Hautschnitte unterhalb des Bauchnabels die Instrumente in das Becken des Patienten eingeführt. Ein am Anfang der Operation eingeführter Ballon drängt zuvor das Peritoneum und die dahinter liegenden Darmanteile zurück. Mittels der Kamera wird dieses „künstliche“ extraperitoneale Operationsfeld auf einem Monitor in fünf- bis fünfzehnfacher Vergrößerung überblickt. Dies ermöglicht eine sehr gute Sicht im Operationsgebiet.

Vorzüge dieses Verfahrens sind ein minimalinvasiver Zugangsweg, eine verbesserte Visualisierung des Operationsfeldes (Kameraoptik, Monitor) und ein minimaler Blutverlust von durchschnitt-

lich 200 ml während der Operation. Die Katheterverweildauer nach der Operation beträgt im Durchschnitt 6 Tage. Entsprechend dem offenen Vorgehen erfolgt am 6. Tag ein Zystogramm vor Katheterentfernung. Der minimalinvasive Zugangsweg soll zu einer schnelleren Rekonvaleszenz der Patienten beitragen.

Onkologische und funktionelle Ergebnisse variieren - häufig leider auch aufgrund der Präferenz des Autors der entsprechenden wissenschaftlichen Arbeit. Die erste systematische Übersichtsarbeit von Professor Dr. Martin Burchardt aus dem Jahre 2007 (World J Urol) stellte die Ergebnisse der offenen, laparoskopischen und roboter-assistierten radikalen Prostatektomie gegenüber. Diese Arbeit ergab, dass die Operationsformen sich hinsichtlich der Tumorkontrolle und Vermeidung von Nebenwirkungen wie

Inkontinenz und erektiler Dysfunktion nicht unterscheiden. Lediglich die Erfahrung des Operateurs in seinem Verfahren ist ausschlaggebend. Die Metaanalyse zeigte jedoch, dass minimal-invasive Operationsverfahren mit Vorteilen in der Rekonvaleszenz und der Vermeidung von Bluttransfusionen einhergehen.

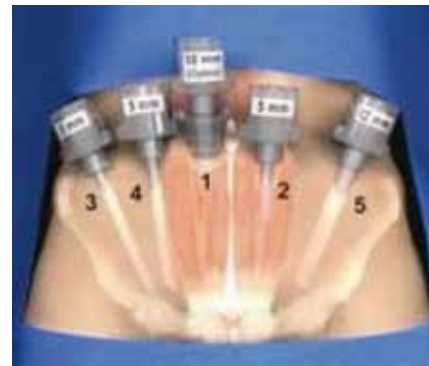


Abbildung: Der chirurgische Zugangsweg



A.) Schematische Darstellung: p: Prostata, nb: Nervenbündel, bl: Blase, pb: Os pubis

B.) Ventrale Blasenhalssdissektion: Eröffnung Übergang Harnblase zur Prostata mit Darstellung des Katheters

Ansprechpartner

Andreas Streitbörgers
Assistenzarzt

E-Mail: andreas.streitboerger@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865966
Fax: 03834 – 865978



Professor Dr. med. Martin Burchardt
Klinikdirektor

E-Mail: martin.burchardt@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865979
Fax: 03834 – 865978



Laparoskopiesprechstunde Montag 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr nach Terminvereinbarung

Lasertherapie von obstruktiven Miktionsbeschwerden

Die Lasertherapie zur Behandlung obstruktiver Miktionsbeschwerden im Rahmen einer gutartigen Prostatavergrößerung und zur Therapie einer subvesikalen Obstruktion beim Vorliegen eines Prostatakarzinoms wird durch die Entwicklung von geeigneten Lasern von Ärzten und Patienten in zunehmendem Maße nachgefragt.

Favorisiert werden hierbei ablative Laserverfahren, die ähnlich gute Ergebnisse wie die transurethrale Resektion der Prostata erbringen. Die Sicherheit und Effektivität dieser Methode bei kleineren Drüsen konnte bereits objektiv in einigen wenigen verfügbaren Studien belegt werden. Rein vaporisierende Laserverfahren treten gegenüber diesen Verfahren in den Hintergrund. Grundsätzlich lassen sich diese Therapieverfahren mit dem Holmium-Laser und dem Thulium-YAG-Laser durchführen. Bei der ablativen Laserresektion erfolgt die Zerkleinerung des enukleierten Prostatagewebes mit einem Morcellator in der Harnblase.

Die Vorteile der Lasertherapieverfahren sind eine vergleichbare Resektionseffektivität wie bei der transurethralen Resektion (TUR) der Prostata, das Ausbleiben eines TUR-Syndroms und eine geringe Eindringtiefe mit Ejakulationsprotektion. Die Möglichkeit der histologischen Untersuchung des Gewebes bleibt hierbei erhalten. Seit Januar 2010 kommt in der Klinik und Poliklinik für Urologie der Thulium-YAG-Laser (Revolix®-Laser, 120 Watt) zum Einsatz.

Die Resektionshöhle ist mit der nach radikaler TUR-Prostata vergleichbar.

Der Laser erlaubt zudem durch eine glatte Schnittführung eine ausgezeichnete Blutstillung und damit einen geringen Blutverlust. Eine Operation ist unter antikoagulativer Therapie möglich. Antikoagulierte Patienten (Einnahme von Cumarin-Derivaten, Heparin-Präparaten oder Thrombozytenaggregationshemmer, wie z. B. Clopidogrel, ASS) können mittels des kombinierten Ansatzes (Vaporisation + Resektion) behandelt werden. In diesen Fällen kommt als Therapieziel nicht die radikale Ablation, sondern eine ausgedehnte Channelvaporisation zum Einsatz.

Zusammenfassung:

- Vergleichbare Resektionseffektivität zur TUR-Prostata und offenen Adenomenukleation
- Hohes Blutstillungspotential
- Gewinnung einer Histologie bei Laserenukleation
- Eingriff auch unter Antikoagulation möglich

Für die Festlegung welches Therapieverfahren bei obstruktiven Miktionsbeschwerden eingesetzt werden sollte, besteht die Möglichkeit dies in der Sprechstunde für Prostataerkrankungen jeden Donnerstag von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr nach Terminvereinbarung in unserer Poliklinik mit dem Patienten zu diskutieren.

Ansprechpartner

Dr. med. Alexandros-Naoumis Georgiou
Facharzt für Urologie

E-Mail: georgiou.alexandros@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865984
Fax: 03834 – 865978



PD Dr. med. Uwe Zimmermann
Leitender Oberarzt

E-Mail: ziuro@uni-greifswald.de
Tel: 03834 – 865976
Fax: 03834 – 865978



Interdisziplinäre Prostatakarzinomsprechstunde am Donnerstag 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr

Das laparoskopische Operationsverfahren hat das operative Spektrum insbesondere in der Nierenchirurgie erweitert und verändert. Der Vorteil der Laparoskopie besteht in einem geringeren Analgetikabedarf, einem schnelleren Kostaufbau, der schnelleren Mobilisation, kleinerer Narben, einer kürzeren Krankenhausverweildauer und einer schnelleren Rekonvaleszenz. Wir bieten die Möglichkeit, Nierentumore in Abhängigkeit vom Lokalbefund und von Voroperationen im Bauchraum organerhaltend (Nierenteilresektion) oder radikal (Nephrektomie) laparoskopisch zu operieren.

1. Laparoskopische radikale Nephrektomie

Die laparoskopische Nephrektomie wird nach den europäischen Leitlinien der European Association of Urology (EAU) bei Schrumpfnieren und beim Nierenzellkarzinom im Stadium T1 bis T2 empfohlen. Die Indikation zur laparoskopischen radikalen Tumornephrektomie besteht nach den aktuellen EAU Leitlinien bei T1- und T2- Tumoren, die aufgrund einer zentralen Lage nicht organerhaltend operiert werden können.

2. Laparoskopische partielle Nephrektomie

Die laparoskopische Nierenteilresektion ist bei Tumoren im T1- und T2- Stadium bis zu einer Größe von 7 cm möglich. Ein minimaler Sicherheitsabstand zum gesunden Nierengewebe ist oft ausreichend, um den Tumor vollständig zu entfernen. Das nierenerhaltende Vorgehen setzt allerdings eine nicht unerhebliche laparoskopische Erfahrung voraus, da kurze Ischämiezeiten analog zur offenen Operation erreicht werden sollten.

Wir führen seit Dezember 2009 beide Operationsverfahren durch. Fragen zur Indikationsstellung von laparoskopischen Eingriffen beantworten wir gern in der Laparoskopiesprechstunde von Professor Dr. Burchardt am Montag von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr nach Terminvereinbarung.



Abbildung: laparoskopisches Bild eines Nierentumors vor partieller Nephrektomie

Ansprechpartner

Professor Dr. med. Martin Burchardt
Klinikdirektor

E-Mail: martin.burchardt@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865979
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Maik Pechoel
Oberarzt

E-Mail: pechoel@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865977
Fax: 03834 – 865978



In den letzten Jahren hat es auf dem Gebiet der minimal-invasiven Steintherapie viele Innovationen gegeben. Neben der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) haben sich weitere Verfahren etabliert:

- Starre und flexible Ureterorenoskopie (URS) mit oder ohne Steindesintegration
- Minimal-invasive perkutane Nephrolitholapaxie (Mini-PNL)

Ziel dieser Verfahren ist die schonende Behandlung der Patienten verbunden mit einer schnellstmöglichen Steinfreiheit, welche für den heute berufstätigen Patienten eine enorm wichtige Rolle spielt. Die perioperative Morbidität kann bei hoher Standardisierung dieser Methoden als gering angesehen werden. Unterstützt werden diese Operationsmethoden durch den Einsatz eines Lasers zur Lithotripsie. Seit Januar 2010 kommt in unserer Klinik der Sphinx®-Laser zur Steintherapie zum Einsatz.

Zur Therapie der Nierenkelch- und Nierenbeckensteine (< 2 cm) war bisher in unserer Klinik die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) die Behandlungsmethode der Wahl. Jedoch kommt es vor allem bei den unteren Kelchsteinen trotz guter Desintegration zu unbefriedigenden Abgangsraten. Daher entwickeln wir derzeit für jeden Patienten ein individuelles Therapiekonzept, welches alle modernen Methoden der Steinbehandlungen berücksichtigt. So führen wir seit einiger Zeit die Mini-PNL sowohl zur Behandlung von Kelchsteinen als auch von Ausgusssteinen durch.

Bei Steinen mit einem Durchmesser ab 1 cm werden nach ultraschallgesteuerter oder auch röntgenologischer Punktion des Nierenbeckens über einen Einschnitt-Bougie mit einem 16,5 Charr. Dilatator das Niederdruck-Nephroskop (Firma Storz) in das Kelchsystem eingeführt. Nach ballistischer (Lithoklast®) oder lasergestützter Lithotripsie erfolgt die Steinbergung im Spülstrom mittels hydrodynamisch erzielt „Staubsaugereffekt“. Nach antegrader Einlage einer Ureterschleife erfolgt der Verschluss des Punktionskanals mittels einer Thrombin-Gelatine-Matrix (FloSeal® der Firma Baxter). Auf die passagere Einlage eines Nephrostomiekatheters kann in der Regel verzichtet werden. Bei Steinfreiheit wird der Ureterstent nach 14 Tagen entfernt.

Um Ihnen bei der Indikationsstellung der Steinbehandlung behilflich zu sein, bieten wir seit März 2010 jeden Freitag in der Zeit von 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr eine Steinsprechstunde in unserer Poliklinik an.

Ansprechpartner

Dr. med. Thilo Schiller
Assistenzarzt

E-Mail: thilo.schiller@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865977
Fax: 03834 – 865978



Eckhard Johannes Schenk
Assistenzarzt

E-Mail: schenkec@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865966
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Dirk Rösing
Oberarzt

E-Mail: dirk.roesing@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865985
Fax: 03834 – 865978



Die Ära der operativen Therapie der Belastungsharninkontinenz begann 1913 mit der Raffung des geschwächten Gewebes am Blasen Hals als Kelly plication. Die nächsten Meilensteine in der Inkontinenzchirurgie bildeten unter anderem die Vesikourethropexie nach Marschall-Marchetti-Krantz 1949, die vaginale Nadelsuspension nach Pereyra 1959, Stamey 1973 und Raz 1981 sowie die abdominelle Kolposuspension nach Burch und die Fascienzügelplastik. Ulmsten und Petros haben 1995 das retropubische Tensionfree Vaginal Tape (TVT) als neue Schlingenoperation zur Stabilisierung der mittleren Urethra eingeführt.

Mittlerweile sind die spannungsfreien Schlingen eine etablierte und weitverbreitete Methode. Der französische Urologe Delorme entwickelte 2001 ein transobturatorisches Verfahren, wobei das Band von außen nach vaginal (outside-in) mit einer speziellen helixartigen Nadel geführt wird (TOT).

Während die retropubischen Systeme Diaphragma urogenitale, Cavum Retzii und die Bauchwand passieren müssen, treten die transobturatoriellen Systeme durch die Membrana obturatoria und die Körperfazie in der Schenkelbeuge.

Die kritischen Strukturen (Vasa obturatoria) liegen dabei ausreichend weit entfernt vom Stichkanal. Die Rate an Komplikationen (Blutung, Perforation der Harnblase) ist bei der transobturatoriellen Technik gering (Fischer, J Urol Urogynaekol 2005). Außerdem schützt im Gegensatz zum TVT die transversale Verlaufsrichtung das Band vor dem Abgleiten in Richtung Blasen Hals.

Die klassische Indikationsstellung für die moderne suburethrale Schlinge ist die Belastungsharninkontinenz bei (hyper-) mobiler Urethra. Als präoperative Diagnostik empfehlen wir die vaginale Inspektion sowie eine Zystometrie mit Urethradruckprofil.

Neben der TVT-Technik wird für ausgeprägtere Inkontinenzgrade ab sofort in unserer Klinik die TOT-Operationstechnik durchgeführt.



Abbildung: Darstellung einer helixartigen Nadel beim transobturatorischem Verfahren (TOT; mit freundlicher Genehmigung von AMS Deutschland)

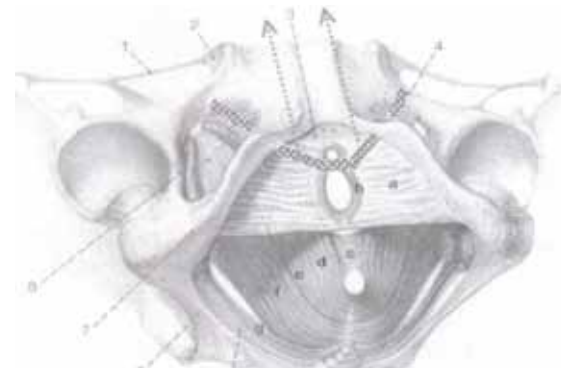


Abbildung: schematische Darstellung TOT (mit freundlicher Genehmigung von AMS Deutschland)

Wir begrüßen einen neuen Kollegen...



Herrn Dr. med. Alexandros-Naoumis Georgiou
Facharzt für Urologie

seit 01.02.2010 Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsklinikum Greifswald

E-Mail: georgiou.alexandros@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865966
Fax: 03834 – 865978

Wir gratulieren...



Herrn Dr. med. Thilo Schiller zu seiner im Dezember 2009 bestandenen Promotion.



Herrn OA Dr. med. Maik Pechoel zum erfolgreichen Abschluss des Master-Fernstudienganges: Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen am Fachbereich Sozialwissenschaften der Technischen Universität Kaiserslautern und der Medizinischen Fakultät der Privaten Universität Witten/Herdecke, Verleihung des akademischen Grades Master of Arts (M.A.).

Fortbildungen

Thema: „Moderne Steintherapie“
Zeit: Mittwoch, 24.11.2010, 18.00 Uhr bis 21.00 Uhr
Ort: Klinik und Poliklinik für Urologie des Universitätsklinikums Greifswald, Fleischmannstraße 42-44, 17475 Greifswald

Ansprechpartner: Dr. med. Thilo Schiller und OA Dr. med. Dirk Rösing

Ansprechpartner

Svetlana Piehler
Fachärztin für Urologie

E-Mail: efimova@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865960
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Dirk Piehler
Oberarzt

E-Mail: piehler@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865985
Fax: 03834 – 865978



Neurourologische Sprechstunde Dienstag bis Freitag nach Terminvereinbarung

Überblick über die Sprechstunden in der Poliklinik

Montag	09.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	10.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Privatsprechstunde inkl. Laparoskopiesprechstunde
	14.00 Uhr bis 16.00 Uhr	Kinderurologische Sprechstunde
Dienstag	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	12.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Sexualmedizinische Sprechstunde
	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Neurourologische Sprechstunde
Mittwoch	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Allgemeine und prästationäre Sprechstunde
	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Neurourologische Sprechstunde
Donnerstag	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Interdisziplinäre Prostatakarzinomsprechstunde inkl. TRUS und Prostatastanzbiopsie
	08.00 Uhr bis 12.00 Uhr	Neurourologische Sprechstunde
	12.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Urogynäkologische Sprechstunde
	08.00 Uhr bis 15.00 Uhr	Interdisziplinäre Prostatakarzinomsprechstunde inkl. TRUS und Prostatastanzbiopsie
Freitag	09.00 Uhr bis 14.00 Uhr	Uro-Onkologische Sprechstunde inkl. Studienpatienten
	12.00 Uhr bis 14.00 Uhr	Andrologische Sprechstunde
	12.00 Uhr bis 14.00 Uhr	Steinsprechstunde

Sprechstunden können Sie auch auf unserer Homepage entnehmen.

Terminvereinbarung unter der Tel. 03834 – 865992 oder 865987 Fax: 03834 – 865986

Formular für die Fax-Anmeldung: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie>
Online-Anmeldung: urologie.anmeldung@uni-greifswald.de

Adressen und Telefonnummern

Anschrift der Klinik

Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Klinik und Poliklinik für Urologie
Fleischmannstraße 42-44
17475 Greifswald

Homepage: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/urologie>

Im Notfall erreichen Sie uns jederzeit unter folgender Telefonnummer!
Notfalltelefon: 03834 – 865967 oder 865966



Sekretariat Professor Dr. med. Martin Burchardt

Simone Lemm
E-Mail: simone.lemm@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865979
Fax: 03834 – 865978



Anne Hauff
E-Mail: anne.hauff@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865913
Fax: 03834 – 865978



Poliklinik für Urologie

Marion Frank
E-Mail: marion.frank@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865992
Fax: 03834 – 865986



Oberarztsekretariat

Annette Müller
E-Mail: annette.mueller@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865976
Fax: 03834 – 865978

Termin-Koordinatorin (OP-Termine, stationäre Aufnahmen)

Karina Römer
E-Mail: roemer@uni-greifswald.de
Online-Anmeldung:
urologie.anmeldung@uni-greifswald.de
Tel.: 03834 – 865987
Fax: 03834 – 865986



Impressum

Schriftleitung: Cindy Rönnau, OA Dr. med. Maik Pechoel, PD Dr. med. Uwe Zimmermann

Verantwortlich für den Inhalt: Professor Dr. med. Martin Burchardt

Layout und Druck: Kerstin Zimmermann Design, Christopher Kramp Abteilung Marketing

Perspektiven eröffnen – SUTENT® bei mRCC



Überleben mit SUTENT®

➤ 26,4 Monate in der First-Line bei mRCC¹



J. Motzer RI, Hutson TE, Tomczak P, et al. Overall Survival and Updated Results for Sunitinib Compared With Interferon Alfa in Patients With Metastatic Renal Cell Carcinoma. J Clin Oncol. June 2009; 27.

Sutent® 12,5 mg/25 mg/37,5 mg/50 mg Hartkapseln. Wirkstoff: Sunitinib. **Zusammensetzung:** Wirkstoff. Eine Hartkapsel enthält Sunitinibmalat, entsprechend 12,5 mg/25 mg/37,5 mg/50 mg Sunitinib. Sonstige Bestandteile: Mannitol (Ph. Eur.), Croscarmellose-Natrium, Povidon (K 25), Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Gelatine, Eisen(III)-oxid (E 172), Titandioxid (E 171), Scheifack, Propylenglycol, Natriumhydroxid, -25 mg/-37,5 mg/-50 mg zusätzl.: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung nicht resezierbarer u./od. metastasierter maligner gastrointestinaler Stromatumoren (GIST), wenn eine Behandlung mit Imatinibmesylat wegen Resistenz oder Unverträglichkeit fehlgeschlagen ist. Zur Behandl. fortgeschrittener metastasierter Nierenzellkarzinome (mRCC). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Die wichtigsten schweren Nebenwirkungen bei der Behandlung von Patienten mit soliden Tumoren waren Lungenembolie (1 %), Thrombozytopenie (1 %), Tumor-Hämorrhagie (0,9 %), febrile Neutropenie (0,4 %) und Hypertonie (0,4 %). Die häufigsten (bei mind. 20 % der Patienten) Nebenwirkungen aller Schweregrade umfassen u. A. Erschöpfung; gastrointestinale Beschwerden wie etwa Durchfall, Übelkeit, Stomatitis, Oberbauchbeschwerden und Erbrechen; Verfärbung der Haut; Dysgeusie und Anorexie. Bei Patienten mit soliden Tumoren waren Erschöpfung, Hypertonie und Neutropenie die häufigsten Nebenwirkungen im Schweregrad 3 und eine erhöhte Lipase das häufigste Nebenwirkung im Schweregrad 4. Hepatitis und Leberversagen traten bei weniger als 1 % der Patienten auf und eine Verlängerung des QT-Intervalls bei weniger als 0,1 %. Ereignisse mit tödlichem Ausgang umfassten u. a. Multiorganversagen, disseminierte intravasculäre Koagulation, peritoneale Blutungen, Rhabdomyolyse, Apoplex, Dehydratation, Nierenversagen, akute respiratorische Insuffizienz, Pleuraerguss, Pneumothorax, Schock und plötzlicher Tod. **In GIST-Studien:** Sehr häufig: Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie; Hypothyreose; Appetitlosigkeit; Beeinträchtigung des Geschmacksinns; Kopfschmerzen; Hypertonie; Durchfall; Übelkeit; Stomatitis; Erbrechen; Oberbauchbeschwerden; Bauchschmerzen/aufgeblähter Bauch; Blähungen; Schmerzen im Mundbereich; Gelbfärbung/Verfärbung der Haut; palmar-plantares Erythrodyasthesie-Syndrom; Veränderung der Haarfarbe; Hautausschlag; Schmerzen in den Extremitäten; Erschöpfung/Kraftlosigkeit; Schleimhautentzündung, Ödeme. Häufig: Leukopenie, Lymphopenie; Schilddrüsenfunktionsstörung; Parästhesie, Schwindel, periphere Neuropathie, Hypästhesie; Nasenbluten, Dyspnoe; Chromaturie; Verstopfung; Zungenschmerzen, Mundtrockenheit, gastroösophagealer Reflux, Ulzerationen/Beschwerden im Mundbereich; trockene Haut, Haarausfall, Dermatitis, periorbitale Ödeme, Hautreaktionen, Erythem, Ekzem/Juckreiz, Hyperpigmentierung der Haut, Abschälen der Haut, Blasenbildung, Hautreaktionen, Hyperkeratose, Akne; Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen/-spasmen, Rückenschmerzen, Muskelschwäche; Pyrexie; Lipase erhöht, weißes Blutbild erniedrigt, Ejektionsfraktion verringert, Hämoglobin erniedrigt, Kreatininphosphokinase erhöht, Thrombozytenzahl erniedrigt, Gewichtsabnahme, Erhöhung von Amylase, Aspartataminotransferase und Alaninaminotransferase. **In der zytokinrefraktären und der nicht vorbehandelten mRCC-Studie:** Sehr häufig: Neutropenie, Thrombozytopenie, Anämie, Hypothyreose; verringerter Appetit, Beeinträchtigung des Geschmacksinns, Kopfschmerzen; Hypertonie; Nasenbluten; Durchfall; Übelkeit; Oberbauchbeschwerden; Stomatitis; Erbrechen; Bauchschmerzen/aufgeblähter Bauch; Verstopfung; Zungenschmerzen; Blähungen; Schmerzen im Mund; Mundtrockenheit; palmar-plantares Erythrodyasthesie-Syndrom; Gelbfärbung/Verfärbung der Haut; Hautausschlag; trockene Haut; Veränderung der Haarfarbe; Haarausfall; Schmerzen in den Extremitäten; Erschöpfung/Kraftlosigkeit; Schleimhautentzündung; Ödeme; Ejektionsfraktion verringert, Gewichtsverlust. Häufig: Leukopenie, Lymphopenie; verstärkter Tränenfluss, Lidödem; Dehydratation; Schwindel, Parästhesie, periphere Neuropathie, Hypästhesie, Hyperästhesie; Hitzegefühl/-wärmung; Dyspnoe, pharyngolaryngeale Schmerzen, Husten, Dysphonie, trockene/verstopfte Nase, Belastungsdyspnoe, Pleuraerguss; gastroösophagealer Reflux, Dysphagie, Cheilitis, Zahnfleischbluten, Hämorrhoiden, Proktalgie, Ulzerationen im Mundbereich, Magenbeschwerden, Rektalblutungen; Hautrötung, Abschälen der Haut, Juckreiz, periorbitale Ödeme, Dermatitis, Hautschäden, Schädigung/Verfärbung der Nägel, Blasenbildung, Hautreaktionen, Hyperkeratose, Akne; Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen/-spasmen, Rückenschmerzen; Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen, Brustschmerzen; Schlaflosigkeit, Depressionen; Thrombozytenzahl erniedrigt, Leukozytenzahl erniedrigt, Lipase erhöht, Hämoglobin erniedrigt, Kreatininphosphokinase erhöht, Aspartataminotransferase erhöht, Amylase erhöht, Kreatininwert erhöht, Blutdruck erhöht, Alaninaminotransferase erhöht. **Weitere Nebenwirkungen nach Markteinführung:** Häufig: erhöhtes schildrüsenstimulierendes Hormon (TSH); Gelegentlich: Herzinsuffizienz; dekompensierte Herzinsuffizienz; Linksherzversagen; Pankreatitis; Leberversagen. Selten: Verlängerung des QT-Intervalls, Torsade de pointes; gastrointestinale Perforationen. Häufigkeit unbekannt: Infektionen (mit oder ohne Neutropenie) einschli. Pneumonien, thrombotische Mikroangiopathie; Hyperthyreose; Myopathie u./od. Rhabdomyolyse; Pleuraerguss, Lungenembolie, akute respiratorische Insuffizienz; Proteinurie, nephrotisches Syndrom. **Warnhinweis:** Enthält Mannitol und Propylenglycol. **Packungsgrößen:** Sutent 12,5 mg/25 mg/37,5 mg/50 mg Hartkapseln: 30 Hartkapseln (N1). Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Pfizer Limited, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Vereinigtes Königreich. **Repräsentant in Deutschland:** PFIZER PHARMA GmbH, 10785 Berlin. **Stand:** Juni 2009.



Minimal invasive Steintherapie

Das Miniatur-Nephroskop System nach NAGELE



STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Deutschland, Telefon: +49 (0)7461 708-0, Fax: +49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karl-storz.de
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraße/Hauptstraße 148/1/G1, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43/1/715 60470, Fax: +43/1/715 60479, E-Mail: storz.austria@karl-storz.at
www.karl-storz.com

LITCO 60.1 (D/05/00)VA

>> Beim fortgeschrittenen
Nierenzellkarzinom*



Keine Kreuzresistenzen zwischen
Nexavar® und Sunitinib belegt.*^{1,2,3,4}

*Nexavar® ist angezeigt zur Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, bei denen eine vorherige Interferon-alpha- oder Interleukin-2-basierte Therapie versagt hat oder die für solch eine Therapie nicht geeignet sind.

 **Nexavar®**
Sorafenib

 Bayer HealthCare
Bayer Vital

Den Patienten im Leben halten. 

1 Richter S, et al. DGHO 2008, Wien, Vortrag: Onkologe 2008; 31(Suppl. 4): 234, Abstract V684
2 Porta C, et al. EAU 2009, Stockholm, Poster, Abstract 252.

3 Zimmermann K, et al. Oncology 2009; 76(5): 350-354
4 Eichelberg C, et al. Eur Urol 2009; 54(6): 1373-1378

Retrospektive Studien besitzen eine limitierte Aussagekraft, die durch prospektive Untersuchungen bestätigt werden sollte.

Nexavar® 200 mg Filmtabletten Wirkstoff: Sorafenib (als Tosilat). Vor Verschreibung Fachinformation beachten. Zusammensetzung: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 200 mg Sorafenib (als Tosilat). Sonstige Bestandteile: Croscarmellose-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Macrogol (3350), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172). Anwendungsgebiete: 1. Behandl. d. Leberzellkarzinoms, 2. Behandl. v. Patienten m. fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom, bei denen eine vorherige Interferon-alpha- od. Interleukin-2-basierte Therapie versagt hat od. die für solch eine Therapie nicht geeignet sind. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegenüber Sorafenib od. einem d. sonst. Bestandteile. Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise: Auftreten v. Hand-Fuß-Syndrom u. Hautausschlag, übl.weise CTC-Grad 1 u. 2, kann symptomat. topische Behandl., Dosisänderung u./od. vorübergehende od. dauerhafte Unterbrechung d. Behandl. erfordern. Blutdruck regelmäßig überprüfen und, falls erforderlich, behandeln (mögl. Auftreten v. arterieller Hypertonie, i. d. Regel leicht bis mäßig, in früher Phase d. Behandl.). Bei schwerer od. andauernder Hypertonie od. hypertensiver Krise (trotz eingeleiteter antihypertensiver Therapie) dauerhafte Unterbrechung d. Nexavar-Behandl. erwägen. Erhöhtes Blutungsrisiko möglich; falls eine Blutung ärztl. Behandl. erfordert, ggf. Nexavar-Behandl. dauerhaft unterbrechen. Bei Auftreten v. kardialen Ischämien u./od. Herzinfarkt vorübergehende od. dauerhafte Unterbrechung d. Behandl. erwägen (erhöhte Inzidenz v. kardialen Ischämien/Herzinfarkten). Bei Auftreten von gastrointestinaler Perforation (bei weniger als 1 % der Patienten berichtet) Nexavar-Behandl. unterbrechen. Sorafenib-Exposition könnte bei Patienten m. schwerer Leberfunktionsstörung erhöht sein. Bei gleichzeitiger Einnahme v. Warfarin od. Phenprocoumon regelmäßig Änderungen v. Prothrombinzeit u. INR-Werten sowie das Auftreten v. Blutungen überwachen (Berichte v. seltenen Blutungsereignissen od. Erhöhungen d. INR-Werte bei gleichzeit. Warfarin-Einnahme). Es wurden keine Untersuchungen zur Wundheilung durchgeführt; vor größeren chirurg. Eingriffen vorsorglich Behandl. vorübergehend unterbrechen. Erfahrungen bei Älteren sind eingeschränkt; Fälle von Nierenversagen wurden berichtet (Überwachung der Nierenfunktion erwägen). Für Patienten mit hohem Risiko gem. MSKCC-Prognose-Kategorie (Nierenzellkarzinom) liegt keine Bewertung d. Nutzen-Risiko-Verhältnisses vor. Vorsicht ist geboten bei gleichzeitiger Anwendung m. Arzneimitteln, die vorwiegend über UGT1A1 (z. B. Irinotecan) od. UGT1A9 metabolisiert bzw. ausgeschieden werden. Vorsicht ist geboten bei gleichzeitiger Anwendung m. Docetaxel. Das Risiko reduzierter Sorafenib-Plasmakonzentrationen sollte berücksichtigt werden, bevor eine Behandlung mit Antibiotika begonnen wird. In einer randomisierten, kontrollierten klinischen Studie b. chemonäiven Patienten m. nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) i. d. Stadien IIIB-IV, wurde i. einer Untergruppe v. Patienten m. Plattenepithelkarzinom d. Lunge, d. m. Sorafenib u. Carboplatin u. Paclitaxel behandelt wurden, eine höhere Mortalität festgestellt, als bei denen, d. m. Carboplatin u. Paclitaxel allein behandelt wurden. Nebenwirkungen: Sehr häufig: Lymphopenie, Hypophosphatämie, Blutungen (inkl. Magen-Darm-, Atemwegs-, Hirnblutungen), Hypertonie, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Alopecie, Hand-Fuß-Syndrom (palmar-plantares Erythrodysesthesie-Syndrom), Erythem, Pruritus, Müdigkeit, Schmerzen (inkl. Schmerzen im Mund, im Abdomen, Knochen-, Tumor-, Kopfschmerzen), erhöhte Amylase-/Lipase-Werte. Häufig: Leukopenie, Neutropenie, Anämie, Thrombozytopenie, Appetitlosigkeit, Depression, periphere sensorische Neuropathie, Tinnitus, Herzinsuffizienz, Heiserkeit, Verstopfung, Stomatitis (inkl. Mundtrockenheit, Glossodymie), Dyspepsie, Dysphagie, trockene Haut, exfoliative Dermatitis, Akne, Hautabschuppung, Arthralgie, Myalgie, Nierenversagen, erektile Dysfunktion, Asthenie, Fieber, grippeartige Erkrankung, Gewichtsabnahme, vorübergehender Anstieg d. Transaminasen. Gelegentl.: Follikulitis, Infektion, Überempfindlichkeitsreakt. (inkl. Hautreakt., Urtikaria), Hypothyreose, Hyperthyreose, Hyponatriämie, Dehydrierung, reversible posteriore Leukoencephalopathie, myokardiale Ischämie, Myokardinfarkt, hypertensive Krise, Rhinorrhoe, interstitielle Lungenerkrankungs-ähnliche Ereignisse (Pneumonitis, akute Atemnot, usw.), gastroösophagealer Reflux, Pankreatitis, Gastritis, gastrointestinale Perforationen, Bilirubinanstieg, Gelbsucht, Cholezystitis, Cholangitis, Ekzem, Erythema multiforme, Keratoakanthom/Plattenepithelkarzinom der Haut, Stevens-Johnson-Syndrom, Gynäkomastie, vorübergehender Anstieg d. alkalischen Phosphatase im Blut, INR anormal, Prothrombinspiegel anormal. Verschreibungspflichtig. Bayer Schering Pharma AG, 13342 Berlin, Deutschland Version: DE/9/Dezember/2009. L.DE.SM.11.2009.0003

