

## URO-NEWSLETTER GREIFSWALD

Informationen über die Klinik und Poliklinik für Urologie Universitätsmedizin Greifswald

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

die Medizin unterliegt einer permanenten Entwicklung, die Fortschritt und Veränderungen bedeutet. In dieser Ausgabe werden wir neue Therapiekonzepte, Möglichkeiten, alternative und aktuelle Operationstechniken vorstellen und diskutieren. Wir möchten insbesondere über aktuelles Wissen und über zeitgemäße Standards im Fachgebiet der Urologie berichten.

Weiterhin werden wir Sie über Neuigkeiten in der Poliklinik und Klinik für Urologie der Universitätsmedizin Greifswald informieren.

Das gesamte Team wünscht viel Spaß beim Lesen!

Mit besten Grüßen

Professor Dr. med. Martin Burchardt und Mitarbeiter



# THEMENÜBERSICHT

- 02 Brachytherapie
- 03 Harnröhrenrekonstruktion mit freiem Mundschleimhauttransplantat
- 04 Laparoskopische Pyeloplastik
- 05 Flexible Endoskopie
- 06 Therapie der Harninkontinenz
- 07 Klinische Studien
- 08 Aktuelles aus der Klinik
- 09 Überblick über die Sprechstunden
- 10 Kontaktinformationen

# Brachytherapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms

Neben der radikalen Prostatektomie (endoskopisch extraperitoneal oder offen retropubisch) haben wir als weitere Therapieoption des lokal begrenzten Prostatakarzinoms die interstitielle Brachytherapie in Form der permanenten Seed-Implantation (LDR-Brachytherapie) in unserer Einrichtung etabliert. Die technischen Voraussetzungen zur Durchführung dieser Therapie sind entsprechend vorhanden. Die Indikationsstellung für diese Behandlungsoption orientiert sich an den Leitlinien der EAU. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- klinisches Stadium T1c bis T2a
- Gleason-Score 2-6
- PSA < 10 ng/ml
- keine subvesikale Obstruktion, IPSS: 0 – 8
- Qmax >15 ml/s
- Prostatavolumen < 50 cm<sup>3</sup>

Die Planung und Durchführung der Brachytherapie erfolgt in Zusammenarbeit mit einem Strahlenphysiker und einem Strahlentherapeuten der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Universitätsmedizin Greifswald. Entsprechend der vorgenommenen Planung werden die „Seeds“ mit Hilfe der transrektalen Sonographie und eines Zielrasters über eine Hohlnadel in die Prostata implantiert.

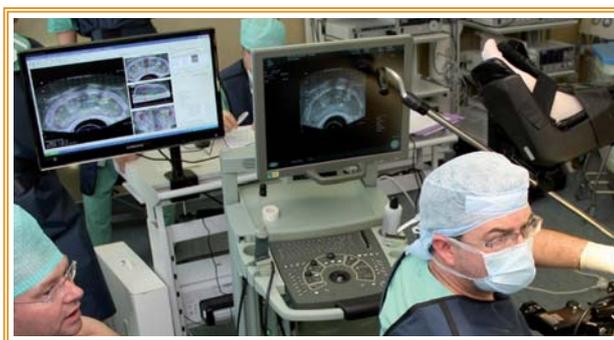


Abbildung: Applikation von Seeds im Operationssaal

Für die Behandlung der ersten 30 Patienten stand uns Herr Dr. Frank Kahmann vom Institut für ambulante Prostatatherapien Berlin als Supervisor zur Verfügung. Die Seed-Implantation wird stationär in Spinal- bzw. Allgemeinanästhesie durchgeführt. Die Entlassung erfolgt in der Regel am zweiten postoperativen Tag. Sollten Sie einen für diese Behandlungsoption geeigneten Patienten haben, bitten wir um Vorstellung in unserer interdisziplinären Prostatakarzinomsprechstunde (Donnerstag 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr).

## Ansprechpartner

Dr. med. Maik Pechoel  
Oberarzt

E-Mail: [pechoel@uni-greifswald.de](mailto:pechoel@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865977  
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Thilo Schiller  
Assistenzarzt

E-Mail: [thilo.schiller@uni-greifswald.de](mailto:thilo.schiller@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865977  
Fax: 03834 – 865978



Interdisziplinäre Prostatakarzinomsprechstunde Donnerstag 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr

# Harnröhrenrekonstruktion mit freiem Mundschleimhauttransplantat

## Ursache der Harnröhrenstriktur?

Die Ursachen für das Auftreten von Harnröhrenstrikturen sind sehr vielfältig. Diese können vorangegangene Harnwegsinfektionen, Unfälle, Katheter oder Voroperationen sein.

## Gibt es alternative Methoden?

Mit der Mundschleimhaut steht zur Rekonstruktion der Harnröhre ein körpereigenes Material zur Verfügung, das exzellente Ergebnisse in der Rekonstruktion der Harnröhrenstriktur oder bei genitalen Fehlbildungen ermöglicht. Dieses körpereigene Material zeigt keine Abstoßung und hat im Gegensatz zu Mesh-Spalthauttransplantaten keine Schrumpfungstendenz. Es findet Verwendung als Onlay oder Inlay, unabhängig von der Länge der zu rekonstruierenden Harnröhre.

Desweiteren sind zweizeitige Rekonstruktionen mit Mundschleimhaut möglich.



Abbildung:  
intraoperatives Bild,  
Darstellung der  
Harnröhre vom  
Damm aus

## Behandlung mittels Urethrotomia interna?

Das Standardverfahren zur Behandlung einer Harnröhrenstriktur ist die Urethrotomia interna nach Sachse. Nach einmaligem Fehlversuch ist das erneute oder mehrmalige Durchführen einer Urethrotomia interna aber nicht sinnvoll, da die Wahrscheinlichkeit des erneuten Auftretens einer Harnröhrenstriktur bei über 75 % liegt. Wiederholte Urethrotomien zerstören zusätzlich gesunde Harnröhrenschleimhaut und verursachen langstreckige Strikturen. Wiederholte Bougiebehandlungen führen auch nicht zum dauerhaften Erfolg.

## Wie sind die Ergebnisse?

In größeren Serien der Literatur (Barbagli et al., Mundy et al.) werden Erfolgsraten zwischen 70-94 % beschrieben. Auch bei einem Harnröhrenstriktur-Rezidiv nach vorausgegangener Rekonstruktion mit einem freien Mundschleimhauttransplantat ist eine wiederholte Harnröhrenplastik ebenfalls mit Transplantation von Mundschleimhaut möglich. Die Ergebnisse nach einem Zweiteingriff entsprechen in der Literatur etwa den Ergebnissen des Ersteingriffes.



Abbildung links:  
Urethrogramm Rezidiv-Striktur  
Abbildung rechts:  
postoperatives Urethrogramm

## Ansprechpartner

Dr. med. Laura Dobkowicz  
Oberärztin

E-Mail: [laura.dobkowicz@uni-greifswald.de](mailto:laura.dobkowicz@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865984  
Fax: 03834 – 865978



Laila Schneidewind  
Assistenzärztin

E-Mail: [laila.schneidewind@uni-greifswald.de](mailto:laila.schneidewind@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865983  
Fax: 03834 – 865978



Harnröhrensprechstunde am Montag 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr

# Laparoskopische Pyeloplastik

In der derzeitigen Behandlung der Nierenbeckenabgangsstenosen und -varianten stehen mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung. Neben der offenen chirurgischen Technik und endourologischen Verfahren hat in den letzten Jahren die minimalinvasive Chirurgie an Bedeutung gewonnen.

Wir bieten in unserer Klinik neben der offen chirurgischen Methode die laparoskopische Nierenbeckenplastik nach Anderson-Heynes an. Dabei wird das Instrumentarium über zwei bis vier etwa 1cm lange Hautschnitte eingeführt und die Operation unter Sicht am Monitor durchgeführt. Dabei kann auf das modernste Equipment zurückgegriffen werden.

Die Vorteile des Verfahrens gegenüber der offenen Operation sind das gute kosmetische Ergebnis, geringerer postoperativer Analgetikaverbrauch und kürzere Hospitalisationszeiten bei vergleichbar guten Ergebnissen.

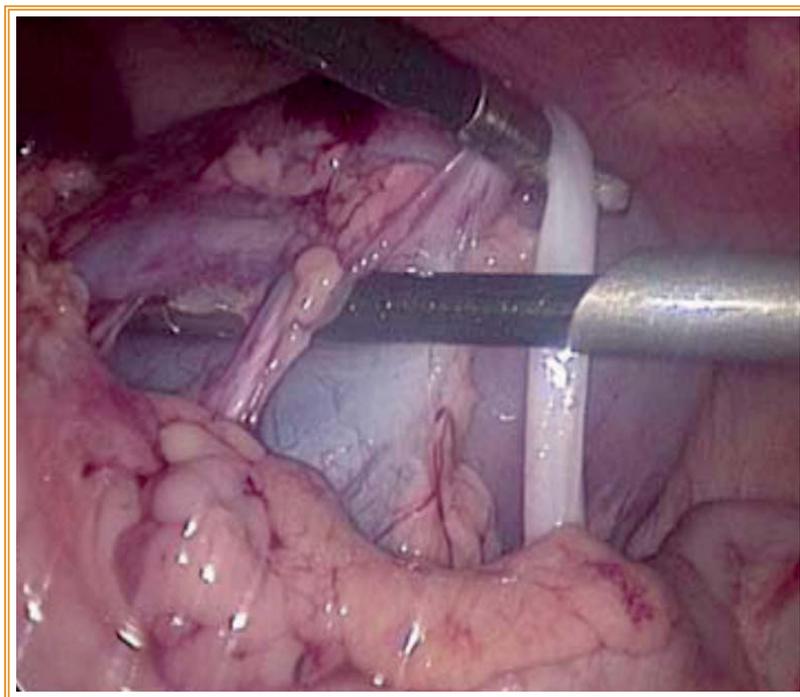


Abbildung: Laparoskopisches Bild der Niere

## Ansprechpartner

Andreas Streitböger  
Assistenzarzt

E-Mail: [andreas.streitboerger@uni-greifswald.de](mailto:andreas.streitboerger@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865966  
Fax: 03834 – 865978



PD Dr. med. Uwe Zimmermann  
Leitender Oberarzt

E-Mail: [ziuro@uni-greifswald.de](mailto:ziuro@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865976  
Fax: 03834 – 865978



Laparoskopiesprechstunde am Montag von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr. Wir bitten um eine Terminvereinbarung in unserer Poliklinik.

# Flexible Endoskopie

Die Beurteilung von Urethra, Harnblase, Ureteren und Nierenbecken mit endoskopisch-minimalinvasiven Untersuchungsmethoden gehören zum Standard der urologischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Greifswald. Neben allen Möglichkeiten der starren Endoskopie bietet die Klinik und Poliklinik für Urologie die flexible Endoskopie an. Hierfür stehen zur endoskopisch-fiberoptischen Beurteilung der Harnhohlorgane flexible Endoskope der neuesten Generation zur Verfügung. In Kombination mit fünf HDTV-Videoendoskopietürmen kann hiermit eine „State-of-the-Art“-Bildgebung auf dem aktuellsten Stand der Technik erreicht werden und dadurch eine bestmögliche Diagnostik und Therapie auch in schwierigen anatomischen Situationen ermöglicht werden. Bei Patienten nach Traumata, mit Kontrakturen oder mit Prolaps-Situationen kann mit der flexiblen Endoskopie, verglichen mit den Möglichkeiten der starren Endoskopie, leichter eine Diagnostik durchgeführt werden.

Die flexible Urethrocystoskopie (Blasenspiegelung) ist mit hoher diagnostischer Aussagekraft ambulant möglich. Weiterhin werden routinemäßig diagnostische und therapeutische flexible Ureterorenoskopien (Harnleiter- und Nierenbeckenspiegelung) in Narkose durchgeführt.

Durch die in mehreren Freiheitsgraden beweglichen Endoskopspitzen werden die einzelnen Nierenkelche auch die des unteren Nierenbeckenkelchsystems zugänglich. Dabei ist die Entnahme von Probebiopsien und die endoskopische Lithotripsie und Entfernung von Harnsteinen möglich.

Bei entsprechender Indikation erfolgt zusätzlich die Anwendung von etablierten Laserverfahren.

Ziel ist es, individuelle Lösungen zur optimalen Diagnostik und Therapie ihrer urologischen Probleme anzubieten.



Abbildung: Beurteilung des unteren Nierenbeckenkelchsystems durch flexible Endoskopie

## Ansprechpartner

Dr. med. Thilo Schiller  
Assistenzarzt

E-Mail: [thilo.schiller@uni-greifswald.de](mailto:thilo.schiller@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865977  
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Dirk Rösing  
Oberarzt

E-Mail: [dirk.roesing@uni-greifswald.de](mailto:dirk.roesing@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865985  
Fax: 03834 – 865978



Steinsprechstunde Freitag 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr

# Neurourologie und Harninkontinenz

Die multifaktorielle Ätiologie der neurogenen und nicht neurogenen Blasenfunktionsstörungen und Harninkontinenz erfordert eine individuelle Diagnostik. Zur Festlegung der Therapiestrategie ist oft eine videogestützte Urodynamik notwendig. Nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten wird in unserer Klinik ein breites Spektrum invasiver / operativer Behandlungsverfahren angeboten.

## Transurethrale intravesikale Injektion von Botulinumneurotoxin

Die Indikationen für die Anwendung von Botulinumtoxin in den Detrusor vesicae sind

- therapieresistente neurogene und nicht neurogene urodynamisch nachgewiesene Detrusorüberaktivität und
- therapieresistente überaktive Harnblase ohne Detrusorüberaktivität

Die Injektion von Botulinumtoxin wird in unserer Klinik in regionaler oder allgemeiner Anästhesie unter stationären Bedingungen durchgeführt.

## Implantation eines Neuromodulators

Bei neurogenen und nicht neurogenen Speicherstörungen und Entleerungsstörungen der Harnblase kann nach Versagen der konservativen Therapie die Neuromodulation angewendet werden. Seit 1981 wurde das um die Arbeitsgruppe Tanagho (San Francisco) entwickelte Verfahren verwendet und optimiert. Seit 2001 führen wir die minimalinvasive Methode nach Spinelli (Mailand) durch. Vor der eigentlichen Implantation des Neuromodulationssystems erfolgt eine mehrtägige Testphase mit in Lokalanästhesie applizierten Testelektroden in die Neuroforamina S3 beidseits. Nach erfolgreicher Testung werden die permanenten Elektroden und der Impulsgenerator implantiert. Das System kann vom Patienten durch ein externes Patientenprogrammiergerät gesteuert werden.

## Implantation eines artifiziellen Sphinkters

Zur Behandlung der mittelgradigen und schweren Belastungsharninkontinenz bieten wir seit 15 Jahren die Implantation des artifiziellen Sphinkters nach Scott an. Seit November 2008 findet auch der neu entwickelte Sphinkter „FlowSecure“ Anwendung. Durch den direkt mit der Manschette verbundenen „Stress relief“ - Ballon erfolgt bei erhöhtem abdominellen Druck eine Druckanpassung der Manschette. Vor der Implantation wird eine 3-tägige stationäre Vorbereitung zur Reduktion des Infektionsrisikos durchgeführt. Das System wird etwa 6 Wochen nach der Operation aktiviert.

## Harnblasenaugmentation

Bei organisch fixierter Low-Compliance-Blase besteht oft die Indikation zur supratrigonalen Blasenaugmentation. Ziel des Eingriffs ist der Schutz des oberen Harnhohlsystems vor Druckschäden und die Kontinenz. Hierbei wird nach subtotaler Zystektomie ein detubularisiertes Ileumsegment als Reservoir aufgesetzt. Je nach Sphinkterfunktion kann der Eingriff mit der Implantation eines artifiziellen Schließmuskels kombiniert werden. Die Blasenentleerung erfolgt dann durch den intermittierenden Selbstkatheterismus.



Abbildung: Röntgenbild eines Neuromodulators



Abbildung: Schematisches Bild des „FlowSecure“- Sphinkters

### Ansprechpartner

Svetlana Piehler  
Fachärztin für Urologie

E-Mail: [efimova@uni-greifswald.de](mailto:efimova@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865960  
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Dirk Piehler  
Oberarzt

E-Mail: [piehler@uni-greifswald.de](mailto:piehler@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865960  
Fax: 03834 – 865978



Neurourologische Sprechstunde Dienstag bis Donnerstag nach Terminvereinbarung

# Klinische Studien

## 1. Metastasiertes Nierenzellkarzinom:

1. Switch-Studie: Die Klinik und Poliklinik für Urologie nimmt an der multizentrischen RCC-Switch-Studie teil, bei der Sunitinib (Sutent®) vs. Sorafinib (Nexavar®) und Sorafinib vs. Sunitinib beim metastasiertem Nierenzellkarzinom appliziert werden.  
(Ansprechpartner Frau Dr. C. Rönnau, PD Dr. U. Zimmermann)
2. GOLD-Studie: Randomisierte, Multizentrische Phase III-Studie zum Vergleich der Sicherheit und Wirksamkeit von TKI258 im Gegensatz zu Sorafenib bei Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom nach Versagen der antiangiogenen Therapie (VEGF- und mTOR-Inhibitor).  
(Ansprechpartner Frau Dr. C. Rönnau, PD Dr. U. Zimmermann)

## 2. Metastasiertes Prostatakarzinom:

Randomisierte Phase III-Studie, die die Standarderstlinientherapie Docetaxel/ Prednison mit Docetaxel/ Prednison in Kombination mit Custirsen bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom vergleicht.  
(Ansprechpartner Frau Dr. C. Rönnau, Frau OÄ Dr L. Dobkowicz, PD Dr. U. Zimmermann)

## 3. Teilnahme an einer Registerstudie für das Peniskarzinom (Ansprechpartner Dr. T. Schiller)

## 4. Teilnahme an einer Registerstudie zum Hodentumor (Klassisches Seminom) (Ansprechpartner OA Dr. M. Pechoel, A. Streitböger)

## 5. Dosisfindungsstudie eines Antibiotikums mit neuem Wirkungsmechanismus zur Therapie von komplizierten Harnwegsinfektionen (Ansprechpartner Frau OÄ Dr. L. Dobkowicz)

Die Patienten werden engmaschig in der Klinik und Poliklinik für Urologie betreut und kontrolliert.

Es sind weitere Studien in Planung. Über die neu begonnenen Studien werden wir berichten. Aktuelle Information finden sie auch auf der Homepage der Klinik und Poliklinik für Urologie.

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

Sollten Sie Fragen haben, Beratung und Therapieempfehlungen wünschen oder Interesse an einer Studie haben, empfehlen wir eine Vorstellung in unserer uro-onkologischen Sprechstunde in der Poliklinik am Freitag von 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr nach Terminvereinbarung oder eine direkte Kontaktaufnahme bei den genannten Ansprechpartnern.

## Ansprechpartner

Dr. med. Cindy Rönnau  
Assistenzärztin

E-Mail: [cindy.roennau@uni-greifswald.de](mailto:cindy.roennau@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865983  
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Laura Dobkowicz  
Oberärztin

E-Mail: [laura.dobkowicz@uni-greifswald.de](mailto:laura.dobkowicz@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865984  
Fax: 03834 – 865978



Dr. med. Maik Pechoel  
Oberarzt

E-Mail: [pechoel@uni-greifswald.de](mailto:pechoel@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865977  
Fax: 03834 – 865978



PD Dr. med. Uwe Zimmermann  
Leitender Oberarzt

E-Mail: [ziuro@uni-greifswald.de](mailto:ziuro@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865976  
Fax: 03834 – 865978



Uro-Onkologische Sprechstunde am Freitag 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr

# Aktuelles aus der Klinik

## Wir begrüßen neue Kollegen...



Frau Dr. med. Laura Dobkowicz  
Oberärztin

seit 01.10.2010 Oberärztin in der Klinik  
und Poliklinik für Urologie  
Universitätsmedizin Greifswald

E-Mail: [laura.dobkowicz@uni-greifswald.de](mailto:laura.dobkowicz@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865984  
Fax: 03834 – 865978



Frau Laila Schneidewind  
Assistenzärztin

Seit 01.09.2010 Assistenzärztin in der  
Klinik und Poliklinik für  
Urologie Universitätsmedizin Greifswald

E-Mail: [laila.schneidewind@uni-greifswald.de](mailto:laila.schneidewind@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865983  
Fax: 03834 – 865978

## Wir gratulieren...



Frau Dr. med. Cindy Rönnau  
zur bestandenen Promotion.

## Fortbildungen

Thema: Fortbildung Harnröhrenchirurgie  
Zeit: 23.11.2011 18.00 Uhr  
Ort: Hörsaal Zahnklinik Walther-Rathenau-Strasse 42a

# Überblick über die Sprechstunden in der Poliklinik

|            |                         |  |
|------------|-------------------------|--|
| Montag     | 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Allgemeine und prästationäre Sprechstunde  |
|            | 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Privat-Sprechstunde<br>Sprechstunde für Laparoskopie und<br>minimal invasive Chirurgie         |
|            | 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr | Kinderurologische Sprechstunde<br>Sprechstunde für Harnröhren- und<br>Rekonstruktive Chirurgie |
| Dienstag   | 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Allgemeine und prästationäre Sprechstunde  |
|            | 07.30 Uhr bis 15.00 Uhr | Sprechstunde für Neuro-Urologie  |
| Mittwoch   | 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Allgemeine und prästationäre Sprechstunde  |
|            | 07.30 Uhr bis 15.00 Uhr | Sprechstunde für Neuro-Urologie  |
| Donnerstag | 08.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Interdisziplinäre<br>Prostatakarzinom-Sprechstunde<br>inkl. TRUS und Biopsie                   |
|            | 07.30 Uhr bis 15.00 Uhr | Sprechstunde für Neuro-Urologie  |
|            | 12.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Uro-Gynäkologische Sprechstunde  |
| Freitag    | 08.00 Uhr bis 13.00 Uhr | Uro-Onkologische Sprechstunde<br>inkl. Studienpatienten  |
|            | 13.00 Uhr bis 15.00 Uhr | Andrologische Sprechstunde   |
|            | 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr | Stein-Sprechstunde   |

Die Sprechstunden können Sie auch auf unserer Homepage nachlesen.

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](mailto:urologie.anmeldung@uni-greifswald.de)

# Adressen und Telefonnummern

## Anschrift der Klinik

Universitätsmedizin 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](mailto:simone.lemm@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865979  
Fax: 03834 – 865978



Anne Hauff  
E-Mail: [anne.hauff@uni-greifswald.de](mailto:anne.hauff@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865913  
Fax: 03834 – 865978



## Oberarztsekretariat

Annette Müller  
E-Mail: [annette.mueller@uni-greifswald.de](mailto:annette.mueller@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865976  
Fax: 03834 – 865978

## Arzt- und Studiensekretärin

Martina Pohl  
E-Mail: [martina.pohl@uni-greifswald.de](mailto:martina.pohl@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865965  
Fax: 03834 – 865993



## Poliklinik für Urologie

Marion Frank  
E-Mail: [marion.frank@uni-greifswald.de](mailto:marion.frank@uni-greifswald.de)  
Tel.: 03834 – 865992  
Fax: 03834 – 865986



## Termin-Koordinatorin (OP-Termine, stationäre Aufnahmen)

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



## Impressum

Schriftleitung: Dr. med. Cindy Rönnau, 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 mRCC<sup>1</sup>

 **SUTENT®**  
Sunitinib

Kapseln



1. Motzer RJ, 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/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), Schellack, Propylenglycol, Natriumhydroxid; -25 mg/-37,5 mg/-50 mg zusätzlich: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H<sub>2</sub>O (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 intravaskuläre Koagulation, peritoneale Blutungen, Rhabdomyolyse, Apoplex, Dehydrierung, Nierenversagen, akute respiratorische Insuffizienz, Pleuraerguss, Pneumothorax, Schock und plötzlicher Tod. **In GIST-Studien:** Sehr häufig: Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie; Hypothyreose; Appetitlosigkeit; Beeinträchtigung des Geschmackssinns, Kopfschmerzen; Hypertonie; Durchfall, Übelkeit, Stomatitis, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, Bauchschmerzen/aufgeblähter Bauch, Blähungen, Schmerzen im Mundbereich; Gelbfärbung/Verfärbung der Haut, palmar-plantares Erythrodyasäthesie-Syndrom, Veränderung der Haarfarbe, Hautausschlag; Schmerzen in den Extremitäten; Erschöpfung/Kraftlosigkeit, Schleimhautentzündung, Ödeme. Häufig: Leukopenie, Lymphopenie; Schlaflosigkeit; 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, Hautschäden; 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 Geschmackssinns, Kopfschmerzen; Hypertonie; Nasenbluten; Durchfall, Übelkeit, Oberbauchbeschwerden, Stomatitis, Erbrechen, Bauchschmerzen/aufgeblähter Bauch, Verstopfung, Zungenschmerzen, Blähungen, Schmerzen im Mund, Mundtrockenheit; palmar-plantares Erythrodyasäthesie-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/-wallung; 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 schilddrüsenstimulierendes 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) einschl. 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.



www.pfizer.de

b-9v8su-hk-0

# Minimal invasive Steintherapie

## Das Miniatur-Nephroskop System nach NAGELE



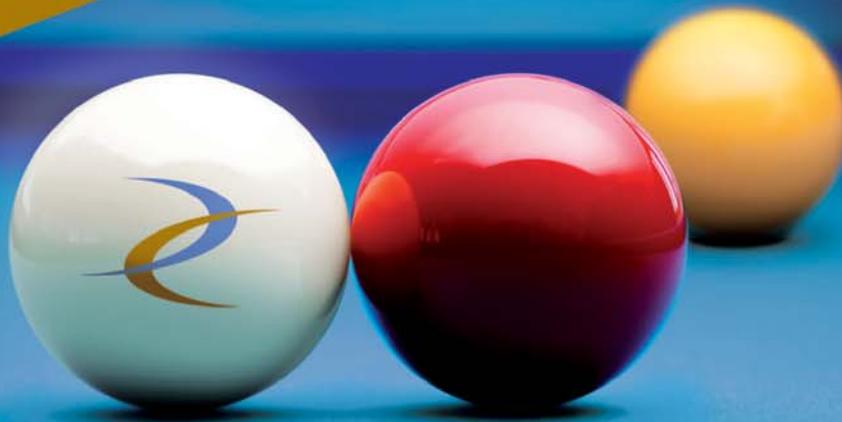
URO 60.1/D/06/09/A

**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@karlstorz.de  
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraßer-Hauptstraße 148/1/G1, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43/1/715 60470, Fax: +43/1/715 60479, E-Mail: storz-austria@karlstorz.at  
www.karlstorz.com

>> 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 v. 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. chemo-naiven 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, Alopezie, Hand-Fuß-Syndrom (palmar-plantares Erythrodyssäthesie-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, Glossodynie), 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 Leukoenzephalopathie, 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



