



KUOS 뉴스레터

The Korean Urological Oncology Society

Vol. No 2014_3

CONTENTS

회장인사말

..... 1

종양학회 이사회 소식

..... 2

신임 집행부 워크숍

..... 3

27차 학술대회소식

..... 4

종양-내비뇨 공동심포지엄
소식

..... 15

집담회 소식

..... 21

공지사항

..... 21

Q 회장 인사말



존경하는 대한비뇨기종양학회 회원 여러분 안녕하십니까?

우리 비뇨기종양학회를 위해 봉사할 새로운 집행부의 구성이 완료되었고 지난 9월 27~28일에 상임이사 워크숍을 진행하여 학회 발전을 위한 토의와 현 집행부에서 중점적으로 추진할 사업에 대하여 논의가 있었습니다.

우리 비뇨기종양학회는 다른 세부전공학회에 비해 젊고 유능한 인재 발굴에 소홀하였고 충분한 기회도 제공하지 못했던 것이 사실입니다. 젊은 비뇨기종양학회 회원들을 위한 프로그램 개발과 국제화 시대에 맞추어 젊은 회원들이 비뇨기종양 관련 국제학회 등에서 활동할 수 있는 기회를 제공하기 위하여 학회에서 지원 방안을 모색하도록 하겠습니다. 첫째, 현재도 전임의, 공보의에게 AUA, EAU 학회 참가를 지원하고 있는데 지원금을 상향 조정하겠습니다. 둘째, 국제화 시대에 맞추어 젊은 회원들이 비뇨기종양 관련 국제학회에서 역할을 할 수 있도록 기회를 제공할 것입니다. 예를들어 젊은 회원들이 비뇨기종양 관련 국제학회 Committee 등에서 장기간 활동할 수 있는 기회를 제공하고, 희망하는 기관에 단기간 해외연수 지원 또는 국제학회의 리더나 위원회의 위원장으로 활동하는 기관에 한국을 대표하는 차세대 리더(대한비뇨기종양학회에서 추천서 발행)로서 단기간 연수를 보내는 방안을 추진하겠습니다.

우리나라 비뇨기종양의 현황에 대한 데이터베이스도 어느정도 구축이 되었고 현재 신암연구회, 전립선암연구회가 구성되어 활동을 시작하였습니다. 각 장기별 연구회가 더욱 활성화되고 연구를 중심으로 동아시아 비뇨기종양을 전공하는 학자들과의 교류 및 학술모임이 유지, 발전할 수 있도록 학회 차원에서 적극적으로 지원하겠습니다.

오래전에 각 장기별 진료지침서가 발간되었다가 활동이 없었지만 각 장기별 특별위원회를 중심으로 진료지침 작성을 활성화하고 업데이트를 상시적으로 학회 홈페이지, 뉴스레터 등에 제공하도록 하겠습니다.

대한비뇨기종양학술지는 우리 학회와 대한전립선학회가 공동으로 발행하고 있습니다. 타 학회의 학술지는 SCIE 및 학술지등재가 되어 있는데 우리 학술지는 아직 그러지 못한 실정입니다. 학술지의 등재(후보)를 위해서는 상임이사, 이사 및 회원 여러분의 적극적인 참여와 투고가 절실한 상황입니다. 아울러 학회에서도 학술지 투고 활성화를 위해 여러 방안을 마련하여 추진하겠습니다.

현재 비뇨기종양학회 회원들의 연구활동을 장려하기 위해 기초 및 임상 연구과제로 구분해서 선정하여 지원하고 있는데, 방광, 전립선, 신장 등의 장기별로 연구과제를 선정할지 검토하겠습니다.

학술 및 연구활동 이외에도 회원들의 친목 및 교제도 중요하다고 생각합니다. 원로회원부터 비뇨기종양을 시작하는 젊은 회원까지 소통과 화합을 위해 노력하겠습니다.

원로회원과 젊은회원을 모시고 워크숍과 집담회 또는 세미나 형식으로 1년에 한번정도 모임을 추진하고자 합니다.

비뇨기종양학회 회원 여러분!

비뇨기종양학회는 우리 모두의 열정과 노력으로 이루어 놓은 학회입니다. 저는 지난 수년간 비뇨기종양학회에서의 경험을 토대로 올바른 학회 운영을 위하여 최선의 노력을 하겠습니다. 우리 비뇨기종양학회 회원 모두의 아낌없는 협조와 성원을 부탁드립니다.

감사합니다.

2014년 9월

대한비뇨기종양학회 회장 김 형 진 배상

2014년 대한비뇨기종양학회 이사회 소식



신임 이사로 22명을 선정함

강석호	고대안암병원	송채린	서울아산병원	구자현	서울대
장인호	중앙대	김대경	대전을지대학병원	윤석중	충북대
서성일	삼성서울병원	정병창	삼성서울병원	서호경	국립암센터
정현	서울대 보라매병원	정현철	원주세브란스기독병원	김정현	강원의대
홍준혁	서울아산병원	김명기	전북의대	한준현	한림대 동탄성심
이동현	이대 목동	이승배	보라매	최영득	세브란스병원
홍성규	분당서울대	김태형	중앙대	정한	인천 길병원
홍정희	단국대				

연간 2번의 학술대회와, 2번의 공통심포지엄, 2번 이상의 집담회에 적극적인 참여를 바랍니다.

새로운 집행부서

- A. 회장: 김형진
- B. 부회장: 조진선
- C. 대회협력부회장: 김홍섭, 천준
- D. 신임 상임이사 및 간사

	위원장	간사
총무	전성수	정병창
부총무		정병창, 김명기
재무	송기학	
학술	곽철	구자현
편집	이형래	
연구	변석수	
진료지침이사	권동득	
보험	주관중	이용성
홍보	홍성후	하유신
국제교류추진	김선일	
협력, 윤리	박홍석	
정보	조문기	조강수
간행	박동수	이재원
기획	성도환	유창희
대한내비뇨기과학회 협력특별위원회	박성우	
전립선암진료지침 특별위원회	이승배	이승환
신암진료지침 특별위원회	송채린	김태환
방광암진료지침 특별위원회	윤석중	황의창

Q 신임 집행부 워크숍



대한비뇨기종양학회상임이사회워크숍

- 일시: 9월27일(토)
- 장소: 곤지암리조트 E/W빌리지 1층 Conference M9



Q 27차 학술대회 소식



2014년 제 27회 대한비뇨기종양학회 정기학술대회 및 총회

일시_2014년 8월 30일(토) 08:30-17:40

장소_전북대학교병원 임상연구지원센터 2층 새만금홀

평점_대한의사협회 4점

회원 여러분 안녕하십니까?

2014년 8월 30일 마지막 주 토요일에 개최되는 제 27회 대한비뇨기종양학회 정기 학술대회에 회원 여러분을 초대하게 되어 기쁘게 생각합니다.

지난 20년 이상 대한비뇨기종양학회 정기 학술대회는 매년 새로운 지식과 정보를 제공하고 공유하는 장으로서, 때로는 학문적 토의와 논쟁을 통한 발전의 공간으로서 그 역할을 충실히 지켜왔습니다. 지난 학술대회를 통한 회원들의 적극적 참여와 노력은 비뇨기종양 질환 연구 및 학문적 발전의 밑거름으로써 우리 학회의 가장 큰 자랑이자 자산이라고 자부합니다.

전주 전북대 병원에서 개최하게 되는 이번 학술대회는 전립선암/신장암의 두 분야로 나누어 국내 외에서 활발히 연구하시는 분들을 좌장 및 연자로 모시고 비뇨기종양 분야의 이슈를 정리할 수 있는 시간이 되실 것이라 생각합니다. 또한 podium session은 지난 1년간 회원 여러분들이 비뇨기종양 분야에 불철주야 연구 하신 성과를 발표하고 서로 토의할 수 있는 유익한 자리가 되리라 생각합니다.

이번 학술대회가 유익한 정보를 나누며 학문적 발전을 도모하는 장이 될 수 있기를 기원하며 회원 여러분의 적극적인 참여를 부탁드립니다.

감사합니다.

대한비뇨기종양학회 회장 안 한 중



PROGRAM

08:30-09:00	Registration	
09:00-09:10	President's Welcome	대한비뇨기종양학회 회장 안한중
09:10-09:50	Podium Session I	좌장 : 김철성 (조선의대), 김홍섭 (건국의대)
09:50-10:20	Special Lecture Update on enzalutamide	좌장 : 홍성준 (연세의대) 홍성규 (서울의대)
10:20-10:40	Coffee Break	
10:40-11:50	Symposium I : Small Renal Mass	좌장 : 김형진 (전북의대), 김세중 (아주의대)
	1) Kidney biopsy : Revisited	황의창 (전남의대)
	2) Active surveillance : When and How?	김현태 (경북의대)
	3) Focal therapy : Update	전황균 (성균관의대)
	4) Nephrometry score: Myth or Reality?	함원식 (연세의대)
11:50-13:00	Lunch	
13:00-13:40	Project 2013 Report / 2014 Proposal	좌장 : 변석수 (서울의대)
13:40-14:20	Podium Session II	좌장 : 이경섭 (동국의대), 권동득 (전남의대)
14:20-15:00	Invited lecture West meets East: How are mCRPC patients treated at MD Anderson?	좌장 : 장성구 (경희의대) Efstathiou E (MD Anderson Cancer Center, USA)
15:00-15:20	Coffee Break	
15:20-16:00	Podium Session III	좌장 : 천 준 (고려의대), 박종연 (울산의대)
16:00-17:10	Symposium II : High Risk Localized Prostate Cancer	좌장 : 안한중 (울산의대), 김원재 (충북의대)
	1) Definition of high risk prostate cancer	강석호 (고려의대)
	2) What's new in radiation therapy for high risk prostate cancer	김수동 (동아의대)
	3) Surgical outcomes of high risk prostate cancer	홍성후 (가톨릭의대)
	Panel discussion : 하홍구 (부산의대), 정재영 (국립암센터), 강석호 (고려의대), 김수동 (동아의대), 홍성후 (가톨릭의대)	

홍성규

Update on Enzalutamide

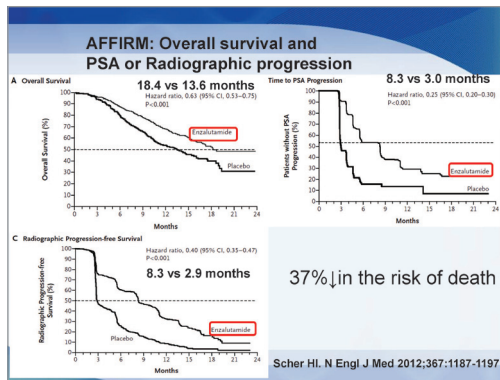
Sung Kyu Hong

분당서울대학교병원
SUNG KYU HONG

Enzalutamide Mechanism of Action

The diagram illustrates the mechanism of action of Enzalutamide. It shows Testosterone entering the cell and binding to the Androgen Receptor (AR) in the cytoplasm. Enzalutamide acts as an AR antagonist, blocking androgen binding to AR. This prevents the nuclear translocation of the AR complex, which in turn prevents the AR complex from binding to DNA and initiating the transcription of androgen-responsive genes.

Expert Opin Drug Discov 2014;9:837-845



AFFIRM: Adverse events

Table 3. Adverse Events, According to Grade.

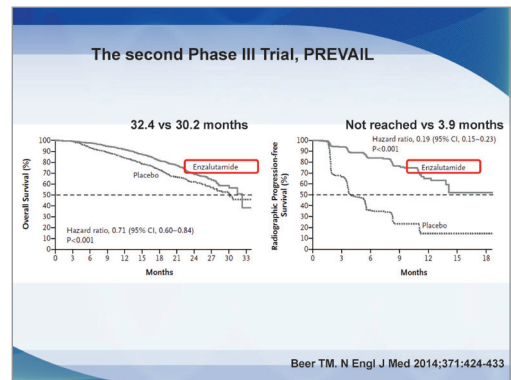
Adverse Event	Enzalutamide (N=800)		Placebo (N=399)	
	Any Grade	Grade ≥3	Any Grade	Grade ≥3
≥1 Adverse event	785 (98)	362 (45)	390 (98)	212 (53)
Any serious adverse event	268 (34)	222 (28)	154 (39)	114 (29)
Discontinuation owing to adverse event	61 (8)	37 (5)	39 (10)	28 (7)
Adverse event leading to death	23 (3)	23 (3)	14 (4)	14 (4)
Frequent adverse events more common with enzalutamide*				
Fatigue	269 (34)	50 (6)	116 (29)	29 (7)
Diarrhea	171 (21)	9 (1)	70 (18)	1 (0)
Hot flash	162 (20)	0	41 (10)	0
Musculoskeletal pain	108 (14)	8 (1)	46 (10)	1 (0)
Headache	93 (12)	6 (1)	22 (6)	0
Clinically significant adverse events				
Cardiac disorder				
Any	49 (6)	7 (1)	30 (8)	8 (2)
Myocardial infarction	2 (0)	2 (0)	2 (0)	2 (0)
Abnormality on liver-function testing†	8 (1)	3 (0)	6 (2)	3 (1)
Seizure	5 (0)	5 (1)	0	0

Scher HI. N Engl J Med 2012;367:1187-1197

Comparison : Xtandi/Abiraterone/Cabazitaxel (post-chemo)

	Enzalutamide (AFFIRM)	Abiraterone (COU-AA-301, Final OS analysis)	Cabazitaxel (TROPC)
MOA	ARSI (Androgen receptor signaling pathway)	CYP17A1 inhibitor (Androgen Biosynthesis Inhibitor)	Microtubule Inhibitor
Efficacy vs Placebo			
OS	• 18.4 mo vs 13.6 mo (HR=0.63) (HR=0.74)	• 15.8 mo vs 11.2 mo (HR=0.74)	• 15.1 mo vs 12.7 mo (HR=0.70)
PFS	• 8.3 mo vs 2.9 mo (HR=0.40)	• 5.6 mo vs 3.6 mo (HR=0.66)	• 2.8 mo vs 1.4 mo (HR=0.74)
Time to PSA Progression	• 8.3 mo vs 3.0 mo (HR=0.25)	• 8.5 mo vs 6.6 mo (HR=0.63)	• 6.4 mo vs 3.1 mo (HR=0.75)
PSA reduction > 50%	• 54% vs 2%	• 29.5% vs 5.5%	• 39.2% vs 17.8%
Time to first SRE	• 16.7 mo vs 13.3 mo	• 9.9 mo vs 4.9 mo	• None
Safety	Low risk of AE. Seizure risk 0.8% Fatigue, diarrhea, hot flash, musculoskeletal pain, headache	Low risk of AE. Liver and adrenal monitoring Mineral corticoid related AE cardiac disorders	Hematological (Neutropenia, leukopenia, anemia) diarrhea, peripheral neuropathy, peripheral edema
Tolerability	• No prednisone • No food effect dosing	• Co-med prednisone • must be taken on an empty stomach	• Co-med prednisone • intravenous injection
Indication	• mCRPC post-docetaxel	• mCRPC post-docetaxel • Chemo-naïve (US, EU)	• mCRPC post-docetaxel
NCCN (pre/post)	Category 2A/Category 1	Category 1/Category 1	None/Category 1

1. Scher HI. *N Engl J Med* 2012;367:1187-97. 2. Fizazi K, et al. *Lancet Oncol* 2012 Oct;13(10):983-92. doi: 10.1016/S1470-2045(12)70379-0. Epub 2012 Jun 28. 3. *Ann Oncol* 2012;23(10):2455-64. 4. *Lancet* 2013;381(1145):54.



Comparison : enzalutamide / Abiraterone (pre-chemo)		
	Enzalutamide (Prevail)	Abiraterone (COU-AA-302, 3 rd Interim)
Baseline/Visceral disease allowed	Yes	No
Enrollment	1,715	1,088
OS	• 32.4 mo vs 30.2 mo (HR=0.706)	• 35.3 mo vs 30.1 mo (HR=0.79)**
rPFS	• NYR mo vs 3.9 mo (HR=0.186)	• 16.5 vs. 8.2 mo(HR=0.52)
Time to initiation of che mo	• 28.0 mo vs 10.8 mo(HR=0.35)	• 26.5 mo vs 16.8 mo(HR=0.61)
Time to PSA progression	• 11.2 mo vs 2.8 mo (HR=0.169)	• 11.1 mo vs 5.6 mo (HR=0.50)
PSA reduction ≥ 50%	• 78.0% vs 3.5% (p<0.0001)	• 62% vs 24% (p<0.001)
Safety	Total AE: 96.9% vs. 93.2% Grade ≥ 3: 42.9% vs. 37.1% SAE: 32.0% vs. 26.8% Fatigue, back pain, constipation, arthralgia, hypertension, seizure	Total AE: 99% vs. 97% Grade ≥ 3: 49% vs. 44% SAE: 33% vs. 27% Fatigue, fluid retention, hypertension, hypokalaemia, ALT/AST increased, hyperglycaemia
Tolerability	• No prednisone • No food effect dosing	• Must be taken on an empty stomach. • Co-med prednisone

Enzalutamide resistance

Nuclear ARV7 expression in bone marrow-infiltrating tumor cells

Resistant to enzalutamide →

Sensitive to enzalutamide →

Efstathiou E. Eur Urol 2014;Epub ahead of print

Enzalutamide after docetaxel & abiraterone

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europanurology.com

EAU
European Association of Urology

Platinum Priority – Prostate Cancer
Editorial by Yohann Loriot and Karin Fizazi on pp. 37–38 of this issue

Enzalutamide in Castration-resistant Prostate Cancer Patients Progressing After Docetaxel and Abiraterone

Andres Jan Schrader^{a,b,*}, Martin Boegemann^{a,b,1}, Carsten-H. Ohlmann^{c,1}, Thomas J. Schnoeller^a, Laura-Maria Krabbe^b, Turkan Hajili^a, Florian Jentzmik^a, Michael Stoeckle^a, Mark Schrader^a, Edwin Herrmann^b, Marcus V. Cronauer^a

^aDepartment of Urology, Ulm University Medical Center, Ulm, Germany; ^bDepartment of Urology, Muenster University Medical Center, Albert-Schweitzer Campus 1, Muenster, Germany; ^cDepartment of Urology, Saarland University Medical Center, Homburg/Saar, Germany

Schrader AJ. Eur Urol 2014;65:30-36

Enzalutamide after docetaxel & abiraterone

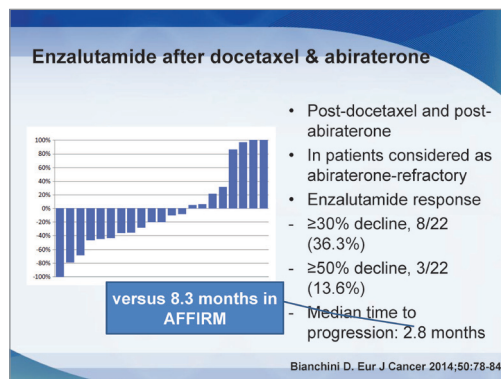
Table 2 – Response to androgen-deprivation therapy

Response	Patients, no. (%)
Primary ADT	
Significant response (PSA decline >50%)	33 (94.3)
Biochemical progression	2 (5.7)
Abiraterone in CRPC	
Any PSA decline	21 (60.0)
PSA decline >30%	17 (48.6)
PSA decline >50%	16 (45.7)
Enzalutamide following abiraterone	
Any PSA decline	18 (51.4)
PSA decline >30%	13 (37.1)
PSA decline >50%	10 (28.6)

ADT = androgen-deprivation therapy; CRPC = castration-resistant prostate cancer; PSA = prostate-specific antigen.



54% in AFFIRM

Schrader AJ. Eur Urol 2014;65:30-36



- ### Conclusions
- The development of enzalutamide lend insights into an unprecedented success in CRPC treatment.
 - Approved for the post-docetaxel setting in 2012, additional approval of enzalutamide in pre-docetaxel setting is widely anticipated: → usage in even earlier setting may change the landscape of prostate cancer management
 - However, more data are needed: (mechanism for resistance, potential for combination, better sequence.....)

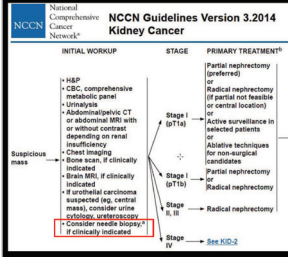
황의창

Small Renal Mass Kidney biopsy: Revisited

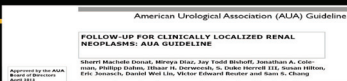
Eu Chang Hwang M.D., Ph.D
Chonnam National University Medical School &
Hwasun Hospital

Current Guidelines: NCCN 2014



Biopsy of small lesions may be considered to obtain or confirm a diagnosis of malignancy and guide surveillance, cryosurgery, and RFA strategies

Current Guidelines: AUA 2013



- Active Surveillance
 - Biopsy may be considered to prior to AS
- Renal Ablation
 - Patients should undergo a pretreatment diagnostic biopsy
 - Repeat biopsy
 - New enhancement, progressive increase in size,
 - new nodularity, satellite or port side lesion

Current Guidelines: EAU 2014

Percutaneous biopsy is always required before ablative therapy and systemic therapy without previous pathology	Gr A
Percutaneous biopsy is recommended in active surveillance strategies in order to stratify the follow-up according to tumor histology	Gr B
When biopsy is indicated, good-quality needle cores should be obtained with a coaxial technique in order to increase the safety of the procedure and maximize its diagnostic yield	Gr B

Summary

- Still underutilized
- Low morbidity
- Good diagnostic yield and accuracy
 - Identifying malignancy: nearly 100%
 - Identifying subtyping: 88~100%
 - cautions: sampling error, hybrid tumors
 - Identifying nuclear grade: moderate, need more data
 - Oncocytic lesions

Summary

Technical aspect	Recommendations
Number of cores	At least two cores
Needle size	18 G or larger
Sampling pattern	Different tumor regions
Biopsy of cystic lesions	In individual, carefully selected cases
Tumor size limit	No size limit Smaller lesions may have lower yield

- Current Ix
 - Indeterminate SRM on imaging
 - Suspicious metastatic disease
 - Potential candidates for AS, RFA, cryoablation
 - Follow up of thermal ablation
 - Metastatic RCC (systemic therapy)


김현태

Symposium I : Small Renal Mass

Active surveillance : When and How

Department of Urology
School of Medicine, Kyungpook National University

Hyun Tae Kim

 KYUNGPOOK NATIONAL UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE

Direct comparison of AS to Intervention for SRM

- ❖ The Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses (DISSRM) Registry
 - Prospective multi-institutional clinical study
 - To report the outcomes of patients undergoing AS and immediate intervention for newly diagnosed SRMs
 - Non-inferiority principles to demonstrate equivalent cancer-specific survival rates at 5 years for AS and immediate intervention

General Recommendations of Selection Criteria for AS

- ❖ Increased age
- ❖ Decreased life expectancy
- ❖ Suitability for surgery
- ❖ Decreased risk of metastatic disease
- ❖ There is a paucity of data supporting or defining specific objective criteria for selection of patients for AS

Conclusions

- ❖ SRMs (≤ 4 cm in dimension) are biologically heterogeneous with 20% to 30% being benign lesions; 70% to 80% of malignancies are low-grade; early stage lesions are believed to behave in an indolent manner; and 20% to 30% are potentially aggressive tumors.
- ❖ Active surveillance (AS) has emerged as a viable option for the management of SRMs with $< 2\%$ of patients progressing to metastatic disease in retrospective and prospective studies.

Conclusions

- ❖ The Delayed Intervention and Surveillance for Small Renal Masses (DISSRM) Registry provide additional information regarding the selection criteria, the use and timing of serial imaging, and operational considerations in patients undergoing AS.

Observation Protocol

CT scan (ID) every 6-6 months for 2 years
QoL at 6 months, 1 year, 2 years

↓

CT scan (ID) every 6-12 months for 3 years
QoL annually

DISSRM score

Growth rate > 0.5 cm/year or symptomatic

→ Intervention

DISSRM Registry

전황균

Focal therapy: Update

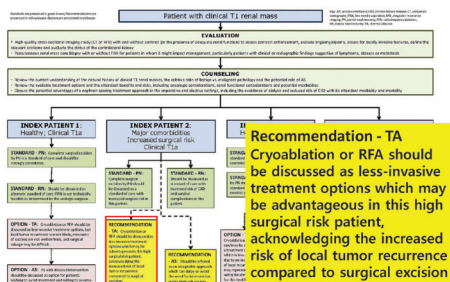
Hwang Gyun Jeon

Department of Urology, Samsung Medical Center,
Sungkyunkwan University school of Medicine

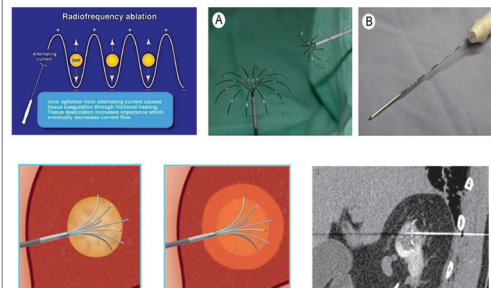
Current guidelines: EAU Guideline on Renal Cell Carcinoma: 2010

Recommendations	Grade
For T1 RCCs, nephron-sparing surgery should be performed whenever possible. Open partial nephrectomy currently remains the standard.	A
Laparoscopic radical nephrectomy is recommended in T2 renal cell cancer when nephron-sparing surgery is not suitable.	B
Extended lymphadenectomy does not improve survival and can be restricted to staging purposes.	A
Adrenalectomy is generally not recommended except when a normal adrenal gland cannot be excluded by imaging and palpation.	B
Embolisation can be a beneficial palliative approach in patients unfit for surgery and suffering from massive haematuria or flank pain.	C
Patients with small tumours and/or significant comorbidity who are unfit for surgery should be considered for an ablative approach (eg. cryotherapy and radiofrequency ablation).	A

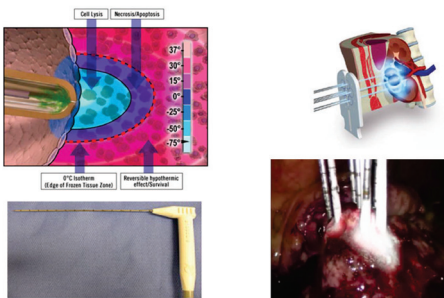
AUA Guideline on clinical T1 Renal mass: 2009



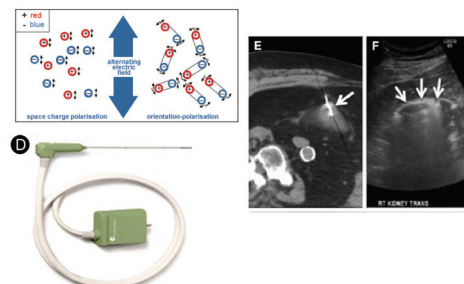
RFA



Cryoablation



Microwave ablation - mechanism



Summary

- RFA, Cryoablation: standard for thermal ablation
- Long-term data: durable local control and low risk of recurrence in T1a, better functional and perioperative outcomes
- Indication: extend to young, healthy adults and cT1b
- Candidates: informed on the risk of residual disease requiring a second treatment
- Microwave: potential of creating localized high temperature but require additional technological development to ensure sufficient ablation results

함원식

Nephrometry score: Myth or reality?

Won Sik Ham, MD, Ph.D
Department of Urology
Yonsei University Health System

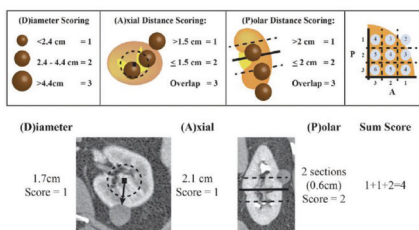
1

Scoring systems for renal tumors

Padua ^a	RENAL ^a	C Index ^a
(Polar location (superior, inferior, anterior)) Exophytic or endophytic nature Renal rim (lateral or medial) Renal sinus involvement Collecting system involvement Tumor size (radius) Anterior or posterior location	Radius of tumor Exophytic, endophytic nature Nearness to collecting system or sinus Anterior or posterior location Location relative to polar lines	Distance between kidney center and tumor center Radius of tumor
*Points or score assigned. †Measurements used to calculate a value. ‡J Urol 2009;182:2444 §Eur Urol 2009;56:786 ¶J Urol 2010;183:1708		

Novel scores

• Diameter-axial-polar (DAP) nephrometry



J Urol 2012;188:384

Risk of Surgical Complication (RoSCo) score

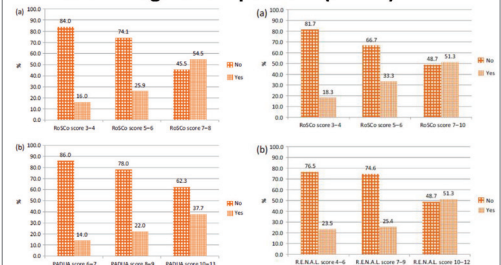


Fig. 1 - Distribution of complications according to (a) Risk of Surgical Complication (RoSCo) score categories (including PADS and RENAL scores) and (b) PADS score only. The new algorithm achieved predictive accuracy of 88% for surgical complications, with a gain of +6% relative to the use of PADS only (52%).

Conclusions

- Standardize the reporting of anatomical tumor features
 - Inevitable interobserver variability
 - Ambiguous definition of anatomic components
- Determine surgical complexity
 - Compare surgical outcomes and practice patterns across institutions
 - Correlation with clinical outcomes?
 - Aid significantly in clinical decision making?

5

INVITED LECTURE

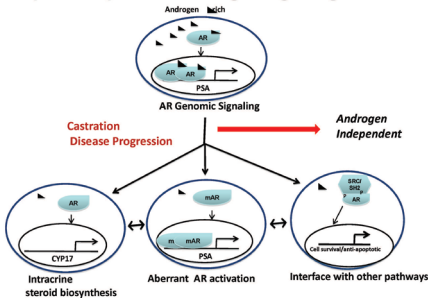
Treating a man with Prostate Cancer

Eleni Efsthathiou MD PhD

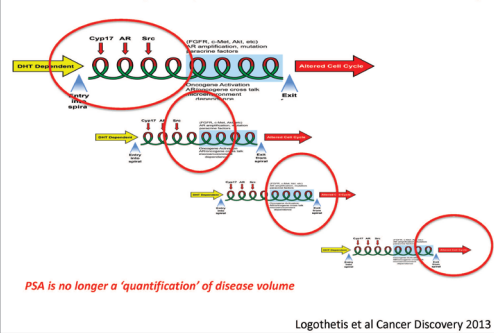
DAVID H. KOCH CENTER
FOR APPLIED RESEARCH OF
GENITOURINARY CANCERS

THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD Anderson
Cancer Center
Making Cancer History®

Adaptive Response of Androgen Signaling in CRPC



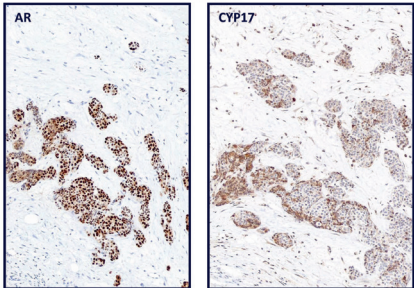
Disease Heterogeneity in the far advanced disease setting



PSA is no longer a 'quantification' of disease volume

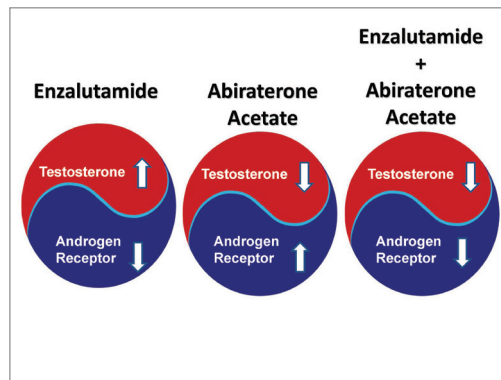
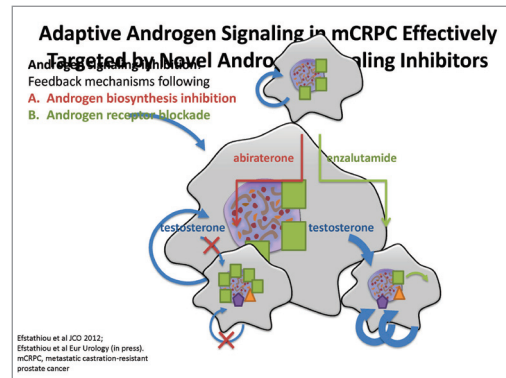
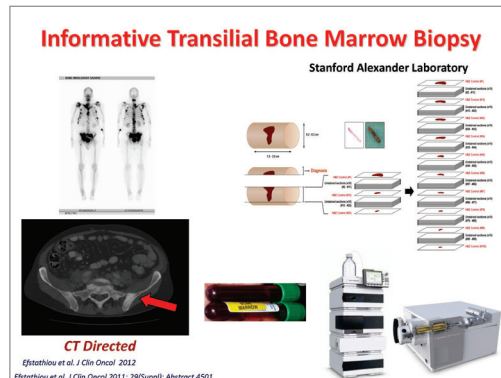
Logothetis et al Cancer Discovery 2013

Persistent Androgen Signaling in Tumor Cells in the marrow



Patient continued on treatment for 18 months. Survived 30 months

Effsthathiou et al. J Clin Oncol



강석호

High Risk Localized Prostate Cancer

Definition of High Risk Prostate Cancer

강 석 호

□ definition of high-risk pca, at present

Source	definition
D'Amico et al.	PSA ≥ 20ng/mL or GS 8-10 or clinical stage ≥ T2c
AUA	PSA ≥ 20ng/mL or GS 8-10 or clinical stage ≥ T2c
NCCN	PSA ≥ 20ng/mL or GS 8-10 or clinical stage ≥ T3 or any two of the following: T2b/c, GS 7, PSA 10-20ng/mL
EAU	PSA ≥ 20ng/mL or GS 8-10 or clinical stage ≥ T3a
RTOG	PSA 20-100 ng/mL, GS 8-10 and any T stage or clinical stage ≥ T2, PSA <100ng/mL and GS 8-10

김수동

What's new in radiation therapy for high risk prostate cancer

동아의대
김수동

Summary

- External beam radiation is safe, well tolerated and effective
 - Improves survival with favorable toxicity profiles in high risk, locally advanced disease
 - level I evidence supports dose escalation to improve cancer control
- Technology is abundant in EBRT and can be used creatively to
 - increase total dose
 - deliver higher doses per fraction
- LADT (2-3yr) + RT > STADT (4-6months) + RT in High risk patients
- Adjuvant RTx - Seminal vesicle invasion
 - Positive surgical margins
 - Extraprostatic extension

홍성후

Surgical outcomes of high-risk prostate cancer

Sung-Hoo Hong, MD., PhD.
Department of Urology, College of Medicine,
The Catholic University of Korea

Conclusions

- RP with e-PLND can achieve prolonged disease control and good cancer-specific survival in patients with high-risk PCa.
- RP provides more accurate risk assessment than clinical staging and, therefore, can guide additional effective therapy.
- In over one third of patients, the disease is confined to the resection specimen at pathology and those patients have excellent cancer-specific survival rates at long follow-up.
- Nevertheless, it is clear that in many patients, RP alone will not control the disease and multimodal therapy is needed to optimize cancer control.



2014년 제 4회 대한비뇨기종양학회·대한ENDOUROLOGY학회 공동 심포지엄

| 일시 | 2014년 9월 20일 (토) 15:00~18:30
| 장소 | 연세대학교 원주캠퍼스 미래관 중강당(237호)
| 평점 | 대한의사협회 2점



초대의 글

대한비뇨기과학회 회원 여러분 안녕하십니까?

2014년 9월 20일 개최되는 제4회 대한비뇨기종양학회-대한ENDOUROLOGY학회 공동 심포지엄에 회원 여러분을 초대하게 되어 기쁘게 생각합니다. 대한비뇨기종양학회와 대한ENDOUROLOGY학회는 유수한 역사와 전통 속에서 각자의 분야에서 대한비뇨기과학회의 발전에 공헌을 해왔습니다. 최근 복강경 및 로봇 수술로 대표되는 최소침습수술의 발전으로 비뇨기종양 환자들에게 최소침습수술이 널리 적용되면서 양 학회의 공통 관심사에 대한 여러 차원에서의 의견 교류와 공동 연구의 필요성을 보다 절감하게 되었습니다. 이에 2013년부터 양 학회 공동심포지엄을 개최하게 되었으며 그 동안 3회의 공동 심포지엄에서 많은 회원 여러분의 참석과 활발한 의견 교류가 이루어졌습니다.

원주에서 개최하게 되는 이번 공동 심포지엄에서는 방광암 환자에서 근치적방광절제술 이후의 요로 재건술과 요로상피암에서의 내시경적 수술에 대해 토의하게 되었습니다. 관련 분야에서 활발히 연구를 하시고 임상 경험을 축적하신 선생님들을 좌장 및 연자로 모시고 해당 분야 이슈를 정리할 수 있는 유익한 시간이 되실 것으로 생각합니다. 각 강의에 이어 임상에서의 고민을 심도 있게 논의하고 서로의 경험을 공유할 수 있는 흥미로운 증례 토의도 준비하였으니 활발한 토의가 되었으면 합니다.

이번 공동 심포지엄이 회원들간에 유익한 정보를 나누며, 비뇨기과의 학문적 발전을 도모할 수 있는 장이 되기를 기원하며 회원 여러분의 적극적인 참여와 토의 부탁 드립니다.

감사합니다.

대한비뇨기종양학회 회장 김 형 진
대한ENDOUROLOGY학회 회장 권 태 군

PROGRAM

15:00~15:30 Registration
15:30~15:40 Welcome Address 김형진 (대한비뇨기종양학회 회장)
권태군 (대한ENDOUROLOGY학회 회장)

15:40~16:50 Symposium I: Urinary diversion
좌장: 김형진 (전북의대), 권태군 (경북의대)

- Orthotopic neobladder reconstruction in women 구자현 (서울의대)
- Robotic-assisted intracorporeal urinary diversion 정병창 (성균관의대)
Case Discussion :
구자현 (서울의대), 윤석중 (충북의대), 정병창 (성균관의대), 강석호 (고려의대)

16:50~17:10 Coffee break

17:10~18:20 Symposium II: Endoscopy in urothelial carcinoma
좌장: 안한중 (울산의대), 박형근 (울산의대)

- Utility, accuracy and impact of ureteroscopy 한용규 (연세의대)
- Principle and techniques of transurethral resection of bladder tumor 서호경 (국립암센터)
Case Discussion :
서호경 (국립암센터), 정승일 (전남의대), 한용규 (연세의대), 송필현 (영남의대)

18:20~18:30 Closing

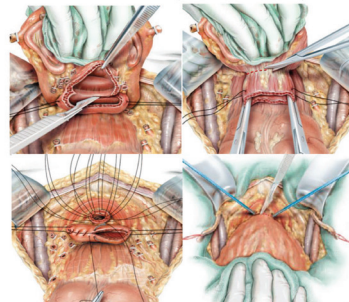


구자현

Orthotopic Neobladder Reconstruction in Women

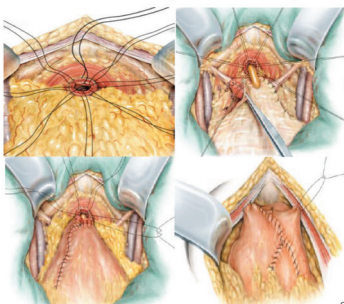
Ja Hyeon Ku, M.D., PhD
Associate Professor of Urology,
Department of Urology,
Seoul National University School of Medicine

Radical cystectomy



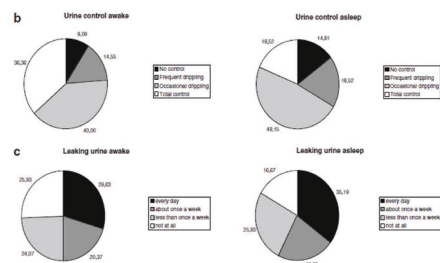
Ghoneim, BJUI 2004

Radical cystectomy

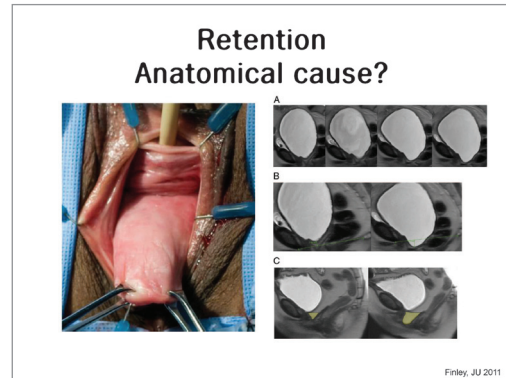
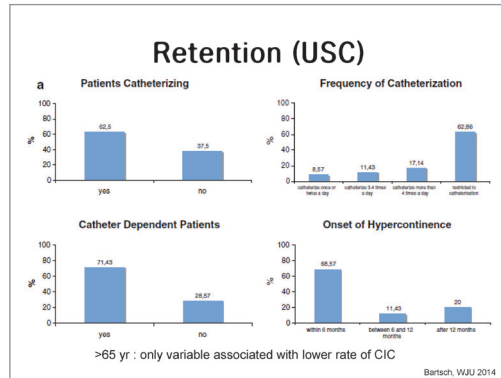


Ghoneim, BJUI 2004

Incontinence (USC)



Bartsch, WJUI 2014



Retention How to prevent?

- Minimize redundancy in neobladder neck
- Omental pedicle between anterior vagina and neobladder
- Pouch size 40cm vs. larger
- Suspend vaginal fornices to Cooper's ligament
- Suspend vaginal apex to pre-sacral fascia
- Pelvic floor relaxation – biofeedback (Few reports)

Hautmann, U 2007

Summary

- Patient selection critical
- Contraindications
 - Cancer at Bladder neck or urethra
- Preserve distal 2/3 of urethra and endopelvic fascia
- Increased incidence urinary retention requiring intermittent catheterization

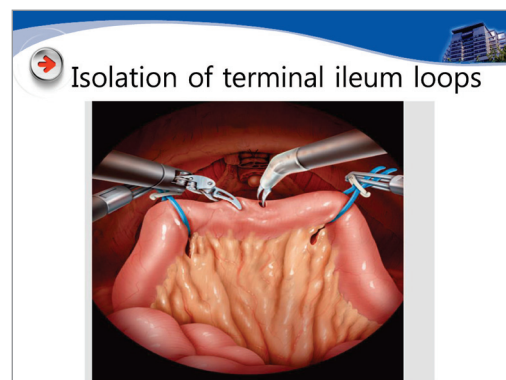
정병창

Robotic Radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion

Byong Chang Jeong

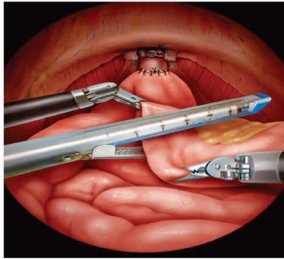
Department of Urology, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine

SAMSUNG SAMSUNG MEDICAL CENTER

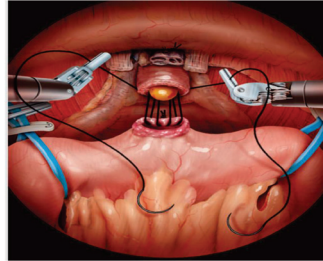




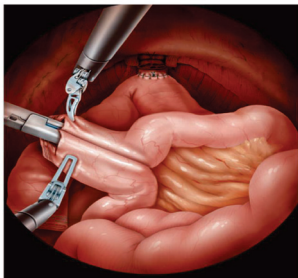
Resection of ileal loops



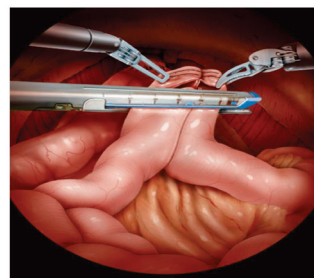
Urethrovesical anastomosis



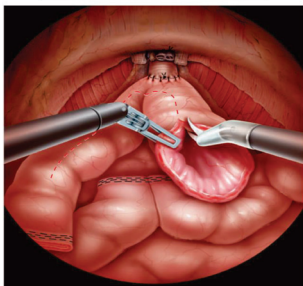
Making the enteric anastomosis



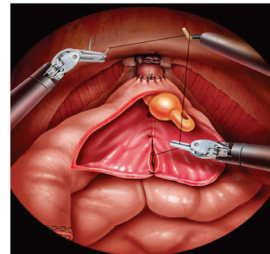
Making the enteric anastomosis



Detubularization

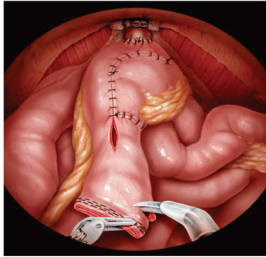


Construction of the posterior wall of the reservoir

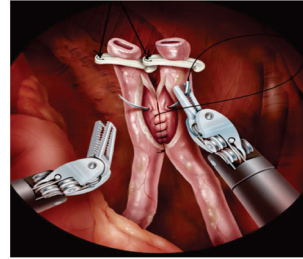




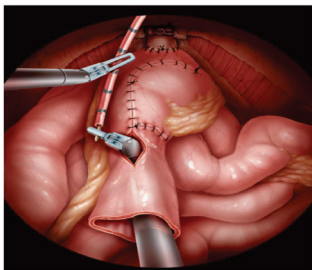
Construction of the anterior
reservoir wall.



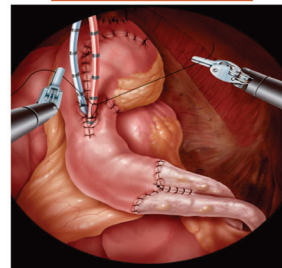
Wallace type
(construction of the ureter plate)



Insertion of Single-J stent



Fixation of ureter stent on the
neobladder wall



서호경

Principles and Techniques of TUR of Bladder Tumor

Ho Kyung Seo, MD Ph,D
Center for Prostate Cancer
National Cancer Center



Principles

- Diagnosis as well as treatment
- An examination under anesthesia (EUA) should be performed
- **complete** transurethral resection of all visible bladder tumor (TURBT) **including ground of the tumor**
- apparently **uninvolved areas** of the bladder mucosa
- Repeat TUR

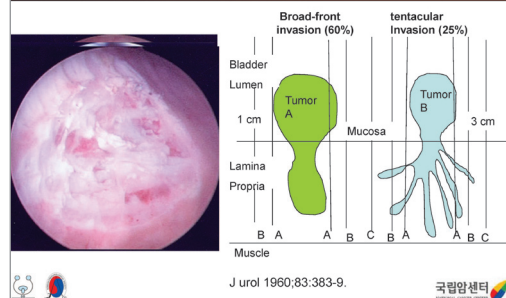


Surgical Technique

- TURBT is performed with the bladder about **half full**.
- Each visible tumor is in general resected completely and submitted separately for histopathological evaluation.
- Separate resection specimens are taken from **the ground of resection** including detrusor muscle and additionally from the **surrounding urothelium**



Why we should remove the uninvolved areas



A second TUR is recommended

- After incomplete initial TUR
- It there was no muscle in the specimen after initial resection, with exception of Ta G1 tumor and primary CIS
- In all T1 tumor
- In all G3 tumor, except primary CIS
- Can detect residual tumor in 33-53% of T1 tumors
- Can correct the staging error in 4-8%
- Reduces the recurrence rate in T1 tumor
- Provides an important prognostic information



Should 2nd TUR be performed in all T1 or G3 tumors?



SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

- TUR is the current standard for **diagnosis** of bladder cancer as well as **therapy of NMIBC**
- An examination under anesthesia (EUA) should be performed
- **All visible masses** should be removed completely including **ground of the tumor**
- **Uninvolved** adjacent mucosa of the tumor also should be removed
- Repeat TUR



Q 집담회 소식



[대한비뇨기종양학회 집담회 개최 안내]

2014년 대한비뇨기종양학회 2차 집담회가 7월 18일(금) 서울성모병원에서 개최될 예정입니다.
회원 여러분의 많은 관심과 참여 부탁드립니다.

- 일시: 2014년 7월 18일 18:00-19:00시

- 장소: 서울성모병원 608호

18:00-18:10	Opening remark	대한비뇨기종양학회 안한중 회장
18:10-19:00	Subject: Active surveillance in prostate cancer 좌장: 김대경 (을지대)	
18:10-18:30	Introductory lecture: Guidelines & clinical evidence	유창희 (한림대)
18:30-19:00	Case discussion Panels: 강석호 (고려대), 구자현 (서울대), 유창희 (한림대), 정승일 (전남대)	
19:00	Closing remark	대한비뇨기종양학회 안한중 회장

대한비뇨기종양학회 회장 안 한 중

Q 공지사항



1. 2015년 12월 9일 화요일 송년회 겸 집담회

- 장소 미정

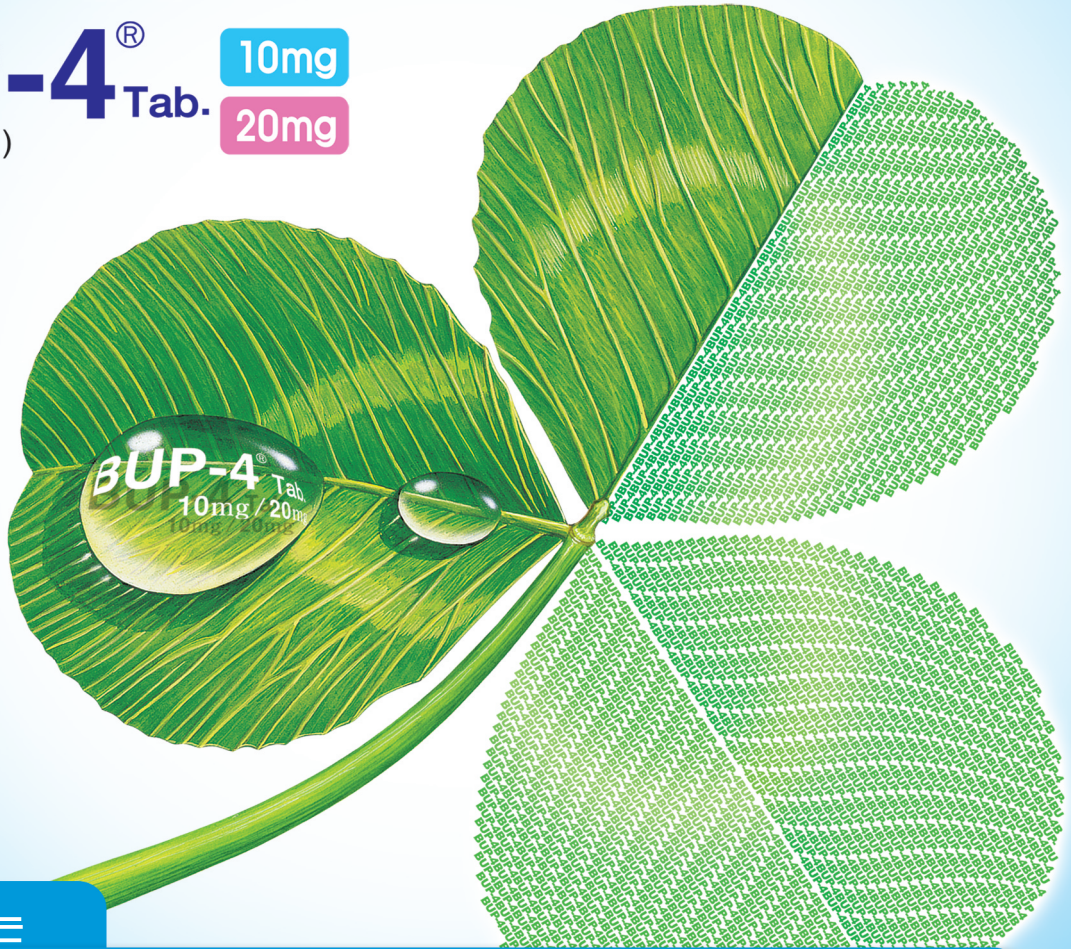
2. 향 후 학술대회

- 2015년 1월 24일 토요일 : 제5회 대한내비뇨기과학회-대한비뇨기종양학회 공동 심포지엄; 부산
- 2015년 3월 28일 토요일 : KUOS Multidisciplinary Conference: 서울아산병원
- 2015년 3월 27일 금요일 : East Asia Urologic Oncology Group Symposium : 서울아산병원

“세 잎 클로버는 행복(Happiness)을 상징합니다.”

맞춤형 과민성방광 치료제!!

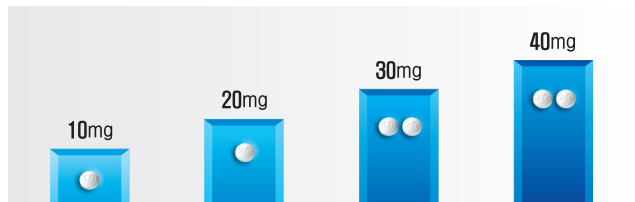
BUP-4[®] Tab. 10mg / 20mg
(Propiverine · HCl)



비유파-4[®]는

1. Original 약제로 우수한 효과와 내약성을 가진 과민성 방광 치료제입니다.
2. 항콜린작용 및 칼슘길항작용의 이중작용으로 방광의 이상수축을 효과적으로 억제합니다.
3. 방광선택성이 높기 때문에 구갈 등의 부작용 발현율이 매우 적게 나타납니다.
4. 용량 조절이 용이하고, 최대 40mg까지 처방이 가능합니다.

BUP-4 Dose Escalation



Dual Action, Double Power

BUP-4[®] Tab. 10mg / 20mg
(Propiverine · HCl)

[성분 · 함량] Propiverine HCl.....10mg / 20mg

[효능 · 효과] 1. 하기질환 또는 아래 상태에 의한 빈뇨, 요실금 : 신경인성 방광, 신경성빈뇨, 불안정방광, 방광자극상태 (만성방광염, 만성전립선염)
2. 절박뇨, 빈뇨, 절박성 요실금과 같은 과민성방광 증상

[용법 · 용량] 성인에게는 Propiverine 20mg(10mg)을 1일 1회 투여, 또는 연령·증상에 따라 1일 2회까지 투여가능

[보험코드] 645400470(10mg) / 645400480(20mg)

JEIL 제일약품

TAIHO PHARM. CO., LTD. Tokyo, Japan

The World's #1*

LHRH Agonist**



* 처방하기 전에 제품설명서 전문을 참조하시기 바랍니다.

루프린® 주/DPS
루프로렐린아세트산염 3.75mg / 11.25mg

* Data from: Synovate, 2011 Aug ** Luteinizing - hormone - releasing hormone agonist

루프린 - 주 3.75mg ----- 보합고시가 132,804원 / Vial

효능·효과: 중추성사춘기조발증, 자궁내막증, 자궁근증, 전립선암, 폐경전 유방암 **용법·용량:** 1. 자궁내막증: 보통 성인에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 3.75mg 을 피하주사 한다. 단, 체중이 50kg 미만의 환자에게는 1.88mg 을 투여한다. 또한 초회투여는 월경주기 1~5일째에 한다. 2. 자궁근증: 보통 성인에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 1.88mg 을 피하주사 한다. 단, 체중대가 고도인 환자에는 3.75 mg 을 투여한다. 또한 초회투여는 월경주기 1~5일째에 한다. 3. 전립선암/폐경전 유방암: 보통 성인에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 3.75mg 을 피하주사 한다. 4. 중추성 사춘기조발증: 보통 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 체중 kg 당 30µg 을 피하주사한다. 또한 증상에 따라 체중 kg 당 90µg 까지 증량할 수 있다. **Needle Gauge:** 25G **한약용액:** 1mL **첨부용제:** Gelatin Free

루프린 DPS 3.75 mg ----- 보합고시가 132,804원 / Syringe

효능·효과: 자궁내막증, 자궁근증, 전립선암, 폐경전 유방암 **용법·용량:** 1. 자궁내막증: 보통 성인에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 3.75mg 을 피하주사 한다. 또한 초회투여는 월경주기 1~5일째에 한다. 2. 자궁근증: 보통 체중대가 고도인 환자, 자궁중대가 고도인 환자에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 3.75 mg 을 피하주사한다. 또한 초회 투여는 월경주기 1~5일째에 한다. 3. 전립선암, 폐경전 유방암: 보통 성인에는 4주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 3.75mg 을 피하주사 한다. **Needle Gauge:** 25G **한약용액:** 1mL **첨부용제:** Gelatin Free

루프린 DPS 11.25mg ----- 보합고시가 233,332원 / Syringe

효능·효과: 자궁내막증, 자궁근증, 전립선암, 폐경전 유방암 **용법·용량:** 1. 자궁내막증: 보통 성인에는 12주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 11.25mg 을 피하주사 한다. 또한 초회투여는 월경주기 1~5일째에 한다. 2. 전립선 전립선암, 폐경전 유방암: 보통 성인에는 12주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 11.25 mg 을 피하주사 한다. 3. 자궁근증: 보통 체중대가 고도인 환자, 자궁중 대가 고도인 환자에는 12주 1회 루프로렐린아세트산염으로서 11.25 mg 을 피하주사한다. 또한 초회 투여는 월경주기 1~5일째에 한다. **Needle Gauge:** 23G **한약용액:** 1mL **첨부용제:** Gelatin Free

사용상의 주의사항: 얼굴의 화끈거림, 열감, 어지럼증, 어깨결림, 두통, 불면, 식욕부진, 오심, 구토, 우울상태 등 ※ 보다 자세한 정보는 제품설명서를 참조하시기 바랍니다.



한국 다케다제약주식회사

서울특별시 강남구 대치동 945-10 KT&G 코스모대치타워 12층 135-280 Tel. 02-3484-0800 Fax. 02-3484-0808

