



KUOS 뉴스레터

The Korean Urological Oncology Society

Vol. No 2016_2

CONTENTS

학술대회 초대의 글	1
2016년 제29회 대한비뇨기종양학회 정기학술대회	2
2016년 제1차 비뇨기종양학회 학술집담회	3
The 14th KUOS Multidisciplinary Conference	9
학회소식	28
2016 대한비뇨기종양학회 워크숍	29

Q 학술대회 초대의 글



비뇨기종양학회 회원 여러분 안녕하십니까?

올해는 유난히도 빨리 여름이 시작되어 벌써 더위가 성큼 다가왔습니다.

2016년 8월 27일 부산 해운대 백병원에서 개최되는 제29회 대한비뇨기종양학회 정기학술대회에 회원 여러분을 초대하게 되어 기쁘게 생각합니다.

작년에 시행하려다 메르스 발생으로 못했던 워크숍을 비뇨기종양학회의 자문위원, 원로회원과 젊은 회원을 모시고 5월 말에 진료지침 워크숍을 전북 남원에서 성황리에 마쳤습니다. 열띤 토론과 함께 회원 여러분의 학회에 대한 관심과 열정을 확인할 수 있었습니다. 지면으로나마 감사를 드립니다.

우리 비뇨기종양학회의 정기 학술대회는 매년 새로운 지식과 정보, 연구 결과를 제공하고 공유하는 장으로서, 학문적 토의와 논쟁을 통한 발전의 공간으로서 그 역할을 충실히 해왔습니다. 지난 학술대회를 통해 회원들의 적극적인 참여와 노력은 비뇨기종양 연구 및 학문적 발전의 밑거름으로써 우리 학회의 가장 큰 자랑이자 역사라고 자부합니다.

이번 학술대회는 비뇨기종양 전반에 걸쳐 국내외에서 활발히 활동하고 연구하시는 분들을 좌장 및 연자, 패널로 모시고 비뇨기종양 분야의 이슈를 토론하고 정리할 수 있는 시간이 되실 것이라고 생각합니다. 또한 Podium Session은 지난 1년 동안 회원 여러분들이 비뇨기종양 분야에 불철주야 연구하신 성과를 발표하고 서로 토의할 수 있는 유익한 자리가 되리라 생각합니다.

이번 학술대회가 유익한 정보를 서로 공유하며 학문적 발전을 도모하고, 회원 여러분의 소통과 교제의 장이 될 수 있기를 바라며 회원 여러분의 적극적인 성원과 참여를 부탁드립니다. 아울러 무더운 여름철에 회원 여러분의 가정에 건강과 행복이 함께하시길 기원합니다.

감사합니다.

2016년 6월

대한비뇨기종양학회 회장 김형진

2016년 제29회 대한비뇨기종양학회 정기학술대회

- 일시: 2016. 8. 27. 토
- 장소: 해운대 백병원

08:30-09:00	Registration	
09:00-09:05	President's Welcome	대한비뇨기종양학회 회장 김형진
09:05-09:10	Congratulatory Remarks	대한비뇨기과학회 회장 주명수
09:10-09:15	Congratulatory Remarks	인제의대 교수 박석산
09:15-10:05	Podium Session I: Prostate Cancer	
10:05-10:35	Special Lecture	
	Single Cell Genomics	
10:35-10:50	Coffee Break	
10:50-12:00	Symposium I : Management of Bladder Cancer	
	1) Emerging Therapies for Non Muscle Invasive Bladder Cancer	
	2) Risk-based Neoadjuvant Chemotherapy in MIBC?	
	3) Future Directions in Bladder Cancer Immunotherapy	
	Panel Discussion: Case Based Approach	
12:00-13:10	진료지침 발간 기념식 및 전체 사진 촬영	
	Lunch	
13:10-13:30	연수보고회	
13:30-13:50	Project 2015 Report / 2016 Proposal	
13:50-14:40	Podium Session II: Bladder and Renal Cancer	
14:40-15:00	Coffee Break	
15:00-15:50	Podium Session III: Prostate Cancer	
15:50-16:50	Symposium II : Management of Prostate Cancer	
	1) Active Surveillance for Prostate Cancer: Good Idea or Lost Opportunity?	
	2) Treatment for Pelvic Nodal Relapse after Radical Prostatectomy	
	3) Chemotherapy in Hormone-na ve Prostate Cancer?	
	4) Management of Non-metastatic CRPC	
16:50-17:20	2016 KUOS Annual Business Meeting	
17:20-17:30	학술상 시상 및 폐회사 (Adjourn)	

2016년 제1차 비뇨기종양학회 학술집담회

[2016년도 제1차 비뇨기종양학회 학술집담회]

일 정 안 내

- 일시 : 2월 26일(금) 17:50~19:00
- 장소 : 경북대학교병원 6병동 10층 대강당

17:50~18:00	개회사 및 인사말	대한비뇨기종양학회 김형진 회장
18:00~18:20	Management of complications after surgical treatment of RCC	좌장: 김형진 (전북의대) 연자: 한준현 (한림의대)
18:20~19:00	Case Discussion Panels: 강석호 (고려의대), 서성일 (성균관의대), 전승현 (경희의대), 한준현(한림의대)	진행: 정병창 (성균관의대)
19:00	폐회사	대한비뇨기종양학회 김형진 회장

대한비뇨기종양학회 회장 김 형 진



정병창

2016년 2월 26일 대한비뇨기종양학회 제1차 집담회

증례 토의

성균관의료 정병창

2013.11.28 OPD F/U (POD #15)

외과병리검사 결과보고

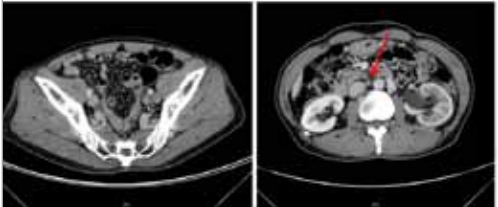
Angiomyolipoma 1) size : 1.2x1.1cm
2) negative resection margin (safety margin: 0.4cm)

Lab : wnl

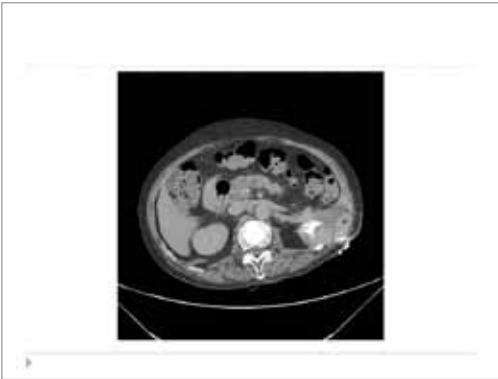
Wound healing 되지 않아, 연고지병원에서 소독중

Case 4

- M/68, Lt distal ureter tumor
- Lt laparoscopic nephroureterectomy with LN dissection



Autotransplantation of rt. kidney



F / 54

Chief complaint
fatigue, anorexia (onset: 1 month ago)

Present illness
1개월 전부터 피곤하고, 밥맛 없는 증상을 호소

외부병원 복부 초음파 검사에서 Lt renal mass 발견됨
복부CT 검사에서 s/o Lt RCC 소견으로 본원 내원함

M / 75

Chief complaint
Incidentally detected renal mass, left (onset: 2 month ago)

Present illness
2013.08.28 외부병원에서 시행한 TRUS Bx에서 prostate cancer (PSA 8.3, adenocarcinoma, Right 3core positive, GS 3+4) 진단받음
staging w/u으로 시행한 AP-CT에서 Lt renal mass 발견되어 본원 내원함

* prostate cancer에 대해서는 외부병원에서 호르몬 치료만 받기로함

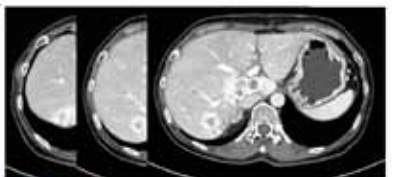
Past surgico-medical history

- HTN/DM/Tbc/Hepatitis (-/-)
- Pneumoconiosis
36년 전, 탄광에서 골무로 일함
- Operation history (+)
기흉수술 7회
2013년 우측 폐 부분절제술
- Social Hx.
Smoking (-) : 15년 전 금연
Alcohol (-)
- Family Hx.
None

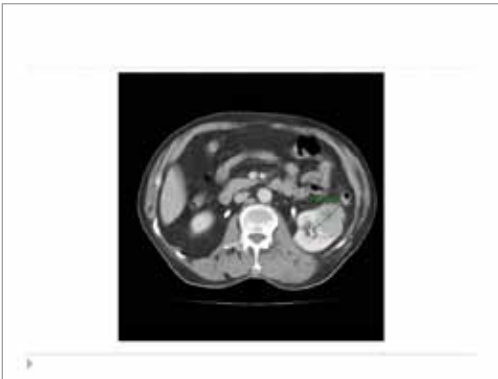
R/O PMR (progressive massive fibrosis) with underlying pneumoconiosis



POD # 4개월 9일 OPD F/U

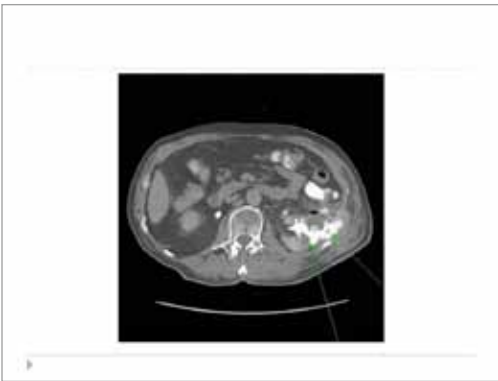
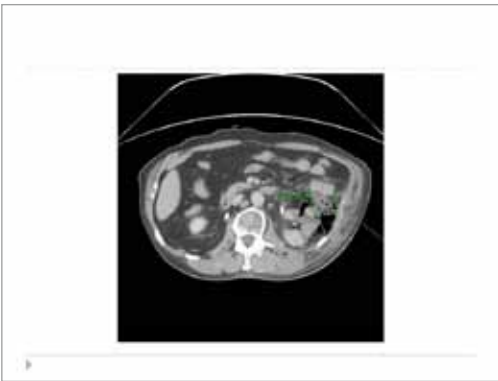
- Chest CT
Improved hematoma in pericardial space
No interval change since the last CT
- AP-CT


Palliative Pazopanib start



2013.12.04 s/p US guided kidney Bx.

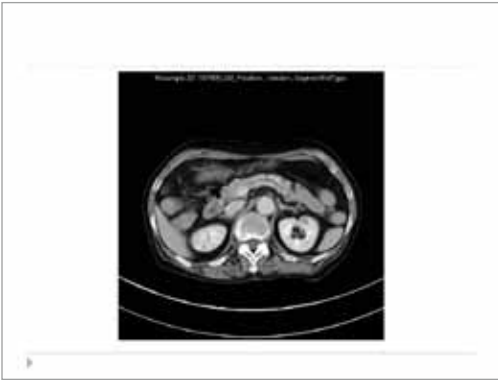
s/p CT guided percutaneous RFA
(under mask with TIVA)



F / 76

Chief complaint
Intermittent LUQ pain (onset: 2 month ago)

Present illness
2개월 전부터 간헐적으로 좌측 상복부 통증을 호소
외부병원에서 복부 초음파 검사 및 CT검사 시행 후 Lt renal mass 발견되어 본원 내원함



한준현

Management of complications after surgical treatment of RCC

Hallym University Dongtan Sacred Heart Hospital
Han, Jun Hyun M.D., Ph.D.

Laparoscopy and Robotics

Perioperative Complications of Robot-assisted Partial Nephrectomy: Analysis of 886 Patients at 5 United States Centers

Youssef S. Tanouho, Jihad H. Kaouk, Mohamed E. Allal, Craig G. Rogers, Michael D. Stilleman, Bartosz F. Kaczmarek, Shahab P. Hillyer, Jeffrey K. Mullins, Yichun Chiu, and Sam B. Bhayani

- June 2007 to November 2011, 886 patients at 5 United States centers underwent RAPN
- Intraop: 23 pts (2.6%)
- Postop. : 115 pts (13.0%)
- 43 (30.9%) were classified as Clavien 1; 64 (46.0%), Clavien 2; 21 (15.1%), Clavien 3; 11 (7.9%), Clavien 4.
- No complication-related deaths occurred.

Complications After Robotic Partial Nephrectomy at Centers of Excellence: Multi-Institutional Analysis of 450 Cases

Gregory Spana, Georges-Pascal Haber,* Lori M. Dulabon, Firas Petros, Craig G. Rogers, Sam B. Bhayani,* Michael D. Stilleman† and Jihad H. Kaouk‡,§

- A total of 450 consecutive robotic assisted partial nephrectomies between June 2006 and May 2009.
- Overall complication 71 patients (15.8%)
- Intraoperative : 8(1.8%)
- Postoperative : 65 (14.4%)
- Conversion to RN: 7 (1.6%)

Prolonged Urinary Leakage After Partial Nephrectomy: A Novel Management Pathway

A, B, C, D

UROLOGY 83: 485e488, 2014

Glue ablation of a late-presentation urinary fistula after partial nephrectomy

The British Journal of Radiology, 82 (2009), e248-e248

- A 57-yr-old woman, an right lower pole partial nephrectomy for clear cell RCC.
- After 1 yr., a 10 cm urinoma anterior to the rt kidney compressing the UPJ and upper ureter.
- PCN, D-J stent → continuous drainage
- Under LA and fluoro, Histoacryl glue (B Braun, Germany) was injected using a catheter. 6 ml of a 50:50 Histoacryl/lipiodol mixture

Malrotated kidney as a complication of partial nephrectomy

53-yr- woman c DM, HT L assisted OPN
CT : 48 mm, posterior, central & endophytic in RK
Complete mobilization of the right kidney and the operation was otherwise routine.
Urine leak requiring ureteric stent POD 5. Discharged on POD 9.

Hemorrhage

At different points during the case

- Hilar dissection
- Tumor resection
- Clamping removal
- Immediate or delayed posop period

Arterio-caliceal fistula and superselective embolization

Arterio-caliceal fistula and superselective embolization



Bowel injury

- Can be a **serious complication**, particularly if **unrecognized**.
- **Incidence** of laparoscopic bowel injury during urologic surgery was **0.13%** (266/205,969 cases),
- of which, **69% were unrecognized** at the time of surgery.

Rhabdomyolysis

- Due to **compression** related to **prolonged positioning**.
- Risk factors include **male sex, high body mass index, prolonged operative times, and the lateral decubitus position**.
- Suspected when a patient reports **discrete musculoskeletal pain** immediately upon recovering from anesthesia.

Rhabdomyolysis

- **acute renal failure** (occurring in 4%-33% of patients), **compartment syndrome**, **cardiac dysrhythmias** via **electrolyte abnormalities, and DIC**.
- Management includes **iv fluid hydration** with the initiation of sodium bicarbonate therapy for **urine alkalinization** in order to prevent myoglobin deposition in the glomeruli and progressive nephropathy.

Conclusions

- **Partial nephrectomy remains a challenging operation that requires considerable experience.**
- **PN is a time sensitive procedure that requires more than 1 pair of skilled hands (bedside vascular control and suction).**
- **As a result, maximizing the success of partial nephrectomy is important.**

The 14th KUOS Multidisciplinary Conference

<http://www.kuos.or.kr>

일시: 2016년 3월 26일(토) 08:30-17:40

장소: 차의대 바이오컴플렉스

평점: 대한의사협회 4점

안녕하십니까?

2016년 3월 26일 차의대 바이오컴플렉스에서 개최되는 14회 Multidisciplinary Conference에 여러분을 초대합니다.

Multidisciplinary Conference는 지난 10여년 간 비뇨기종양의 진단 및 치료에 대해 여러 과 선생님들을 모시고 깊이 있는 토론의 장으로서 발전해왔습니다. 올해에도 전립선암과 신장암을 주제로 최신지견과 생동감 있는 토론이 이루어지도록 준비하였습니다.

이번 Conference는 "RCC: updates", "localized and locally advanced RCC", "updates of prostate cancer", 및 "metastatic prostate cancer" 라는 주제로 전문지식을 넓히고 각 과 선생님들과 함께 실제 증례를 중심으로 열띤 학술 토론의 장이 될 것을 기대합니다.

특히 해외연자로 영국의 Noel Clarke 교수가 호르몬-순응 전이성 전립선암에서의 초기항암치료에 대한 최신지견을, 미국의 Isaac Y. Kim 교수가 신장암에서 androgen signaling의 역할에 대한 최신지견을 발표해 주실 예정입니다.

14회를 맞이하는 Multidisciplinary Conference에 여러 저명하신 교수님들을 초빙하여 우리 대한비뇨기종양학회 회원들과 교류 및 공동연구의 방향을 모색하고자 합니다. 이번 학술대회를 계기로 비뇨기종양을 연구하시는 여러 과 선생님들의 학술적 교류가 더욱 활발해지는 계기가 되기를 기원합니다. 경험이 많으신 회원님들의 적극적 참여와 지도를 부탁드립니다.

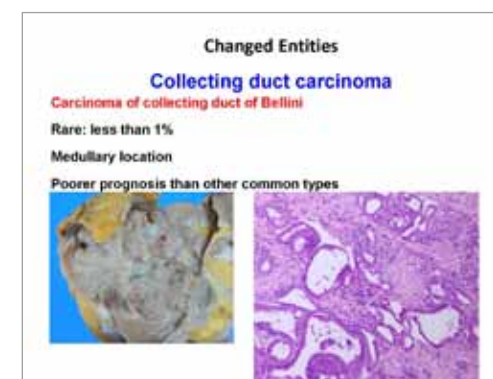
2016년 한해도 회원 여러분들의 건강과 발전이 함께하시기를 기원합니다.

대한비뇨기종양학회 회장 김 형 진

08:30-09:00	Registration	
09:00-09:05	President's Welcome	대한비뇨기종양학회장 김형진
09:05-09:10	Congratulatory Remarks	대한비뇨기과학회장 주명수
09:10-10:30	Symposium (I): RCC: Updates	좌장: 김홍섭 (전국대의) / 성경탁 (동아대의)
	1. Variant histologic forms of RCC	문경철 (서울대의)
	2. MR imaging in RCC	성득제 (고려대의)
	3. Renal biopsy: when should it be used?	황의창 (전남대의)
	4. Immunotherapy with programmed cell death inhibitor drugs: who achieve durable response?	김범석 (서울대의)
10:30-10:50	Coffee break	
10:50-12:10	Consensus meeting (I): Localized and locally advanced RCC	좌장: 권동득 (전남대의) / 송기학 (충남대의)
	1. Optimal management for T1b renal cancer in patients with normal GFR	강성구 (고려대의)
	2. Management of adrenal gland in patient with RCC	김선일 (아주의대)
	3. The role of lymphadenectomy in patient with RCC	이동현 (이화대의)
	Panel Discussion	
	증례 진행: 강성구 (고려대의)	
	패널: 김범석, 김선일, 문경철, 성득제, 황의창	
12:10-13:40	Luncheon Symposium 및 이사회	좌장: 김형진 (전북대의)
	Initial chemotherapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer	Noel Clarke (Department of Urology, Christie Clinic, Manchester, UK)
13:40-15:00	Symposium (II): Updates of prostate cancer	좌장: 박동수 (차의대) / 박홍석 (고려대의)
	1. Prognostic significance of the updated International Society of Urological Pathology (ISUP) grading system	권기영 (성균관대의 병리과)
	2. MR-fusion biopsy: usefulness & clinical application	이학중 (분당서울대병원 영상의학과)
	3. The role of PET-CT in prostate cancer	민정준 (전남대의 핵의학과)
	4. Role of hormonal therapy in adjuvant and salvage radiotherapy	김태환 (경북대의)
15:00-15:30	Invited Lecture	좌장: 조진선 (한림대의)
	Role of androgen signaling in renal cell carcinoma	Isaac Y. Kim (New Jersey Cancer Center)
15:30-15:50	Coffee break	
15:50-17:10	Consensus meeting (II): metastatic prostate cancer	좌장: 안한중 (울산대의) / 조문기 (원자력병원)
	1. Oligo-metastatic prostate cancer: Definition and treatment	정승일 (전남대의)
	2. Chemotherapy in CRPC	박세훈 (성균관대의 혈액종양내과)
	3. CRPC guideline	박인근 (가천대의 혈액종양내과)
	Panel Discussion	
	증례: 진행 정승일 (전남대의)	
	패널: Isaac Y. Kim, 권기영, 권동득, 민정준, 박세훈, 박인근, 이제현, 이학중, 전성수	
17:10-17:40	총회	
17:20-17:30	학술상 시상 및 폐회사 (Adjourn)	



문경철



MIT (microphthalmia transcription factor) family
translocation RCC

Xp11.2 translocation RCC and t(6;11) RCC

11) RCC

- Approximately 38 cases

- Biphase morphology- larger and small cells

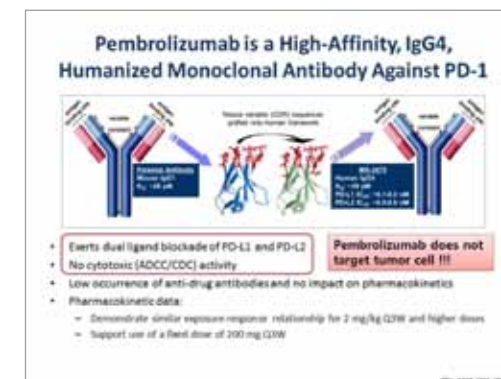
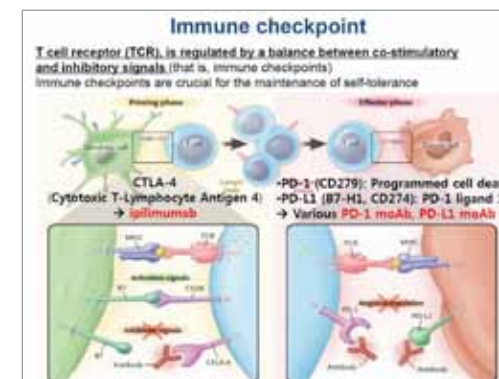
- TFEB +, Melan-A/HMB4

Case	Age	Site/Issue	Disposal of Evidence of Case	Average to TSD or TSDB	Median Age (SD)	Small Cells (%)
1	14.0	NA	None	11.6	11.6	0
2	17.0	None	Dispositive/limited/combined	15.0	15.0	0
3	18.0	2-year FPN, 1-year FPN, 1-year FPN	None/none with BCU/Cyto/combined with BCU	15.0	15.0	0
4	20.0	27-year TSD with BCU	None	15.0	15.0	0
5	30.0	14.1-year TSD with dispositive, FPC dispositive	Reassignable pathway	16.7	16.7	0
6	34.0	15-year	BREX case with dispositive	16.7	16.7	0
7	34.0	15-year	Cyto, penicillinase/Isolation	16.7	16.7	0
8	35.0	15-year	Dispositive with dispositive	16.7	16.7	0

RM indicates highest molecular material; FWHM, full-width at half-max; TAC, total area count; N/A, not available.

(Am J Surg Pathol 2012;36:1316-1326)

Renal cell tumours	
Clear cell renal cell carcinoma	8310/3
Multilocular cystic renal neoplasm of low malignant potential	8316/1*
Papillary renal cell carcinoma	8260/3
Hereditary leiomyomatosis and renal cell carcinoma-associated renal cell carcinoma	8311/3*
Chromophobe renal cell carcinoma	8317/3
Collecting duct carcinoma	8319/3
Renal medullary carcinoma	8510/3*
MT family translocation renal cell carcinomas	8311/3*
Succinate dehydrogenase-deficient renal carcinoma	8311/3
Mucinous tubular and spindle cell carcinoma	8480/3*
Tubulocystic renal cell carcinoma	8316/3*
Acquired cystic disease-associated renal cell carcinoma	8316/3
Clear cell papillary renal cell carcinoma	8323/1*
Renal cell carcinoma, unclassified	8312/3

김범석
모모기

황의창

Traditional Ix vs. Expanded Ix

- to make a pathologic diagnosis in the case of renal mass with other primary malignancy
 - to confirm a case of suspected infection in a renal mass (e.g. abscess)
 - RCC must be differentiated from renal lymphoma
 - for histological diagnosis of radiologically indeterminate or small renal masses
 - to obtain histology before ablative treatments
 - Follow up of thermal ablation
 - to select the most suitable form of targeted pharmacologic therapy in the setting of metastatic disease
 - Patient with history of malignancy
- Campbell 9th ed p1217

Campbell 91st ed p1317

JUNE 2004 171 1802
JUNE 2008 180 1267
EUR JUNE 2008 50 1000
EUR JUNE 2008 90 570

Guidelines

- **EAU**
 - recommends RMB prior to surveillance, ablation, and systemic therapies while discouraging its use for masses managed surgically
- **NCCN**
 - small lesions may be considered to obtain or confirm a diagnosis of malignancy and guide surveillance, cryosurgery, and radiofrequency ablation strategies
- **AUA**
 - only recommended prior to ablation or in patients with traditional indications

J. Law Econ. 2006, 18(2), 1037-1053
 Eur. Law Econ. 2005, 47, 593-613
 Working Paper, 2006, Nov. 2

PD-1/PD-L1 Inhibitors Currently in Clinical Development

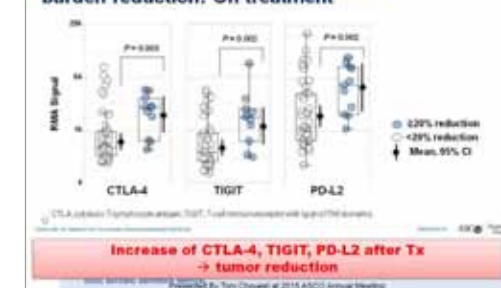
Drugs in Clinical Development had Stage PD-1 or PD-L1					
Target	Drug Name	Other Names	Source	Intype	Clinical Testing Phase
PD-1	MSD0080	BBP-014	Mod immune Anti-Onc	information not available	Phase I/II
	Nivolumab	Oxipic, BMS-00285, MDL-7758, SNG-4533	BMS, Ono Pharmaceuticals	fully human IgG4	approved, treatment efficacy: unresectable melanoma (Opdivo), L10 and KEYNOTE (SCLC)
	Pembrolizumab	Keytruda, MK-3475	Merck	humanized IgG4	approved, treatment efficacy: unresectable melanoma (Keytruda)
	Ipilimumab	CT-015	Cure Tech	humanized IgG1	Phase I/II
PD-L1	BMS-00285	MDA-103	BMS	fully human IgG4 *	Phase I/II
	MSD4736	Durvalumab	Medimmune Anti-Onc	Fused human IgG1†	Phase I/II
	MPDL3280A	MSD Anti-PD-L1 IgG4	Genentech, Roche	Fc-fused human IgG1†	Phase I/II
	MSB0010710	Ipil	BMS biotech	fully human IgG1†	Phase I/II

* Fully human mAb was produced in genetically engineered mice
† Fc-fused mAb were engineered to abrogate ADCC and complement-dependent cytotoxicity (CDC)

Source: clinicaltrials.gov (2015)

Nivolumab in RCC biomarker study (ASCO2015 abstr4500)

Immune checkpoint gene expression and tumor burden reduction: On treatment

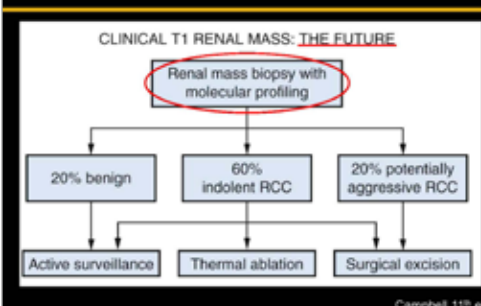


Should a biopsy be done on all small Solid Renal Masses (SRM) ?

- | Pros | Cons |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Biopsies are commonly done prior to intervention for other tumors (breast, prostate, ureter, bladder, etc) Confirmatory biopsy will avoid unnecessary procedures on benign masses Determine efficacy of TA Targeted therapies may (FUTURE) be tumor specific | <ul style="list-style-type: none"> Kidney tumors are well characterized radiographically Great majority are NOT benign (size dependent) Biopsies not 100% accurate When confirmatory the results didn't change the plan Avoids the need for 2 procedures |

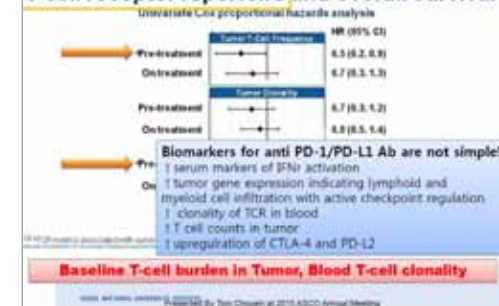
surgical field

Conclusions

Campbell 11th e

[Nivolumab in RCC biomarker study \(abst#4500\)](#)

T-cell receptor repertoire and overall survival



Immune-related response criteria

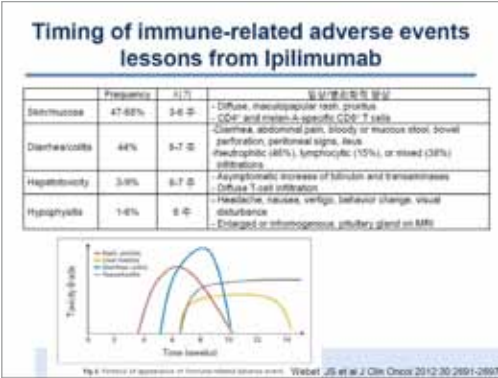
(continued from previous page)

	WHO criteria	iRC
Dimension	Bi-dimensional	Bi-dimensional
Sum	LD x SO	LD x SO
Tumor burden	None	$SPD_{max} + SPD_{min}$
New lesions		
Measurable ($\geq 5 \times 5 \text{ mm}$)	PD PD	Incorporated into tumor burden
Nonmeasurable ($< 5 \times 5 \text{ mm}$)		Do not define progression
Non-index lesions	Contribute to define BOR	Contribute to define iCR
Complete remission	Disappearance of all lesions in two consecutive observations not less than 4 weeks apart	
	$\geq 50\% \text{ in } SPD_{max}$	$\geq 50\% \text{ in } SPD_{max} + SPD_{min}$
Partial remission	Two consecutive observations not less than 4 weeks apart	
	$\geq 25\% \text{ in } SPD_{max} + SPD_{min}$	$\geq 25\% \text{ in } SPD_{max}$ in two consecutive observations at least 4 weeks apart
Progressive disease	at any single time point	
	$\geq 25\% \text{ in } SPD_{max}$	$\geq 25\% \text{ in } SPD_{max} + SPD_{min}$

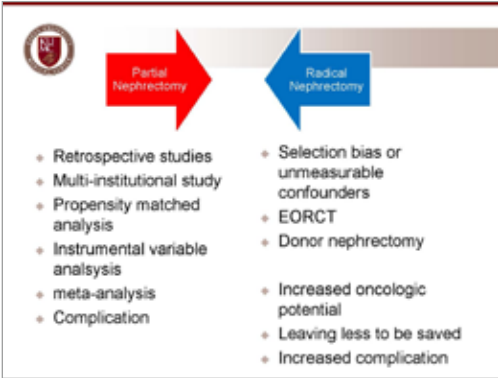
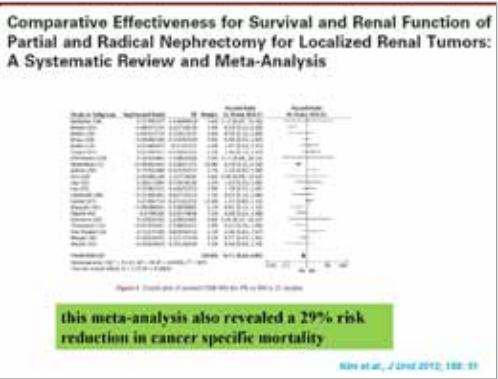
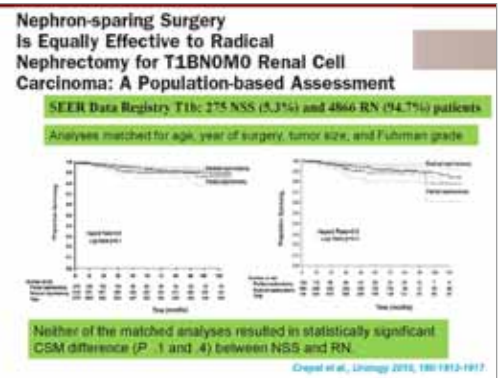
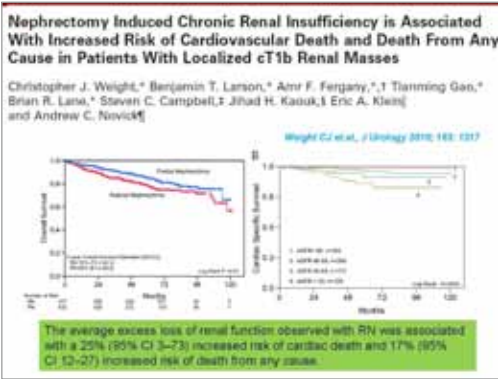
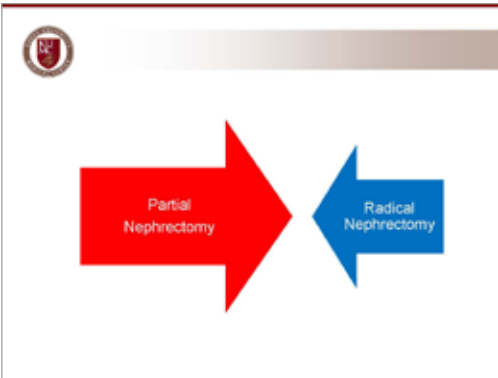
without rapid clinical deterioration

Source: Kaplan et al. (1999), Cheson et al. (2006), Cheson et al. (2009)

0000, 000000, 00000000

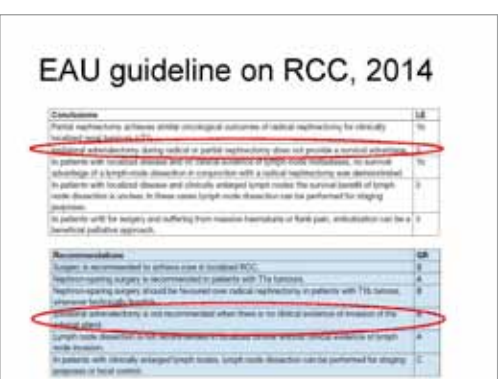


강성구



김선일

- ### 부신의 임상해부학적 특징
- 신장과 부신은 해부학적으로 분리되어 있는 별도의 장기로써; 방광과 전립선 또는 전립선과 정낭의 관계처럼 서로 연속적이지는 않다.
 - 신종양이 부신을 침윤하는 경우는 비교적 드물게 발견된다.
 - 단위 그림 당 가장 많은 열형공급을 받는 장기 중 하나.
 - 좌측 부신정맥을 제외하고 정맥과 림프관을 서로 공유하지 않는다.
 - 횡경막 바로 아래에 위치해 있어 접근이 쉽지 않고 열형공급이 풍부해서 부신절제술은 수술시간을 연장시키고 출혈 등의 합병증 위험을 증가시킬 수 있다.



Summary

- Selection (size, location, surgeon experience)
- Unable to determine the true impact of partial vs radical nephrectomy on the long-term survival in a younger population
- A normal preoperative renal function : RN instead of PN will not cause substantial harm to old patients

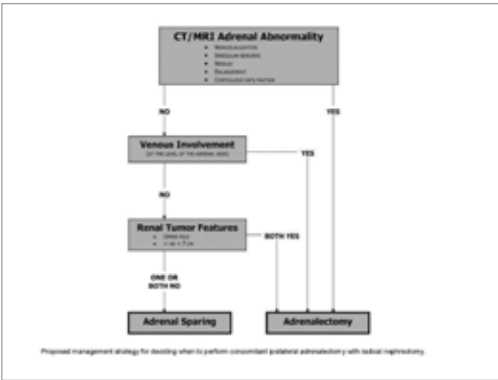
- ### NCCN guidelines on Kidney Cancer, version 2.2014
- Ipsilateral adrenal gland resection should be considered for patients with large upper pole tumors or abnormal-appearing adrenal glands on CT.
 - Adrenalectomy is not indicated when imaging shows a normal adrenal gland or if the tumor is not high-risk, based on size and location

The Necessity of Adrenalectomy at the Time of Radical Nephrectomy: A Systematic Review

Rebecca L. O'Malley,* Guilherme Godoy,† Jamie A. Kozlowski* and Samir S. Taneja†,§

From the Urology Oncology Program, Department of Urology, New York University School of Medicine, New York, New York

Vol. 181, 2009-2017, May 2009



결론

- 근치적 신절제술시 동측 부신절제술은 일상적으로 시행하지 않는다.
- 부신 침윤에 대한 CT 등 영상의학검사의 민감도와 음성예측률이 높기 때문에 CT 관독에 이상소견이 있을 경우에 한정해서 부신절제술을 시행한다.
- 단, 부신 근처의 큰 종양이나 좌측 신정맥내 종양혈전이 있는 좌측신암, 대정맥내 종양혈전이 있는 우측신암은 부신절제술을 시행하는 것이 좋다.
- 부분신절제술의 경우에도 근치적 신절제술과 같은 원칙으로 부신절제 여부를 결정한다.

Systematic Review

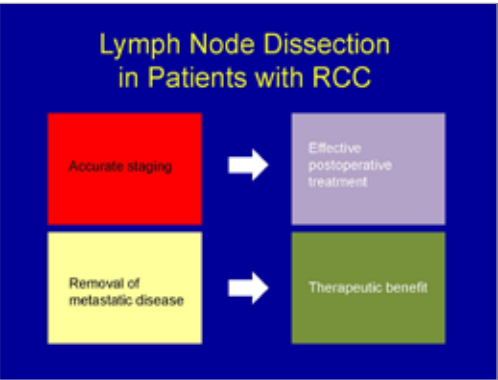
- Sample size were small
- None of the studies adjusted appropriately for important prognostic factors
- any finding should be interpreted with cautions

Bekema et al. Eur Urol 2013

Conclusion

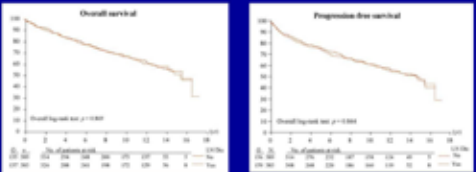
- There is no effective adjuvant therapy at present.
- More high quality evidence is needed to draw any conclusion on therapeutic benefit of LND.

이동현



Randomized Controlled Study
Radical Nx c LND vs Radical Nx

EORTC 30881 (n=772)
Clinically N0M0



Blom et al. Eur Urol 2009

강성구

GUGY CT (2015.6.10)

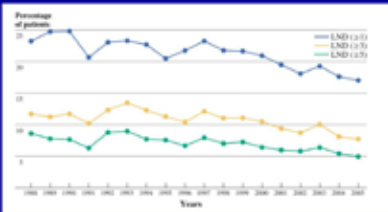


Impression

- Renal cell carcinoma, left
- Right adrenal gland mass
 - r/o metastasis
 - pheochromocytoma
 - primary adrenal carcinoma: Hormonal study – nonfunctional mass
- Metastasis w/up
 - : Chest CT, Bone scan, Pet CT
 - NO determinate metastatic lesion

SEER database

Percentage of Patients Undergoing LND



Kates et al. Ann Surg Oncol 2012

Systematic Review

Study	Radical Nx	LND	Radical Nx + LND	Radical Nx - LND	Radical Nx + LND	Radical Nx - LND
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400
Blom et al. (2009)	400	400	400	400	400	400

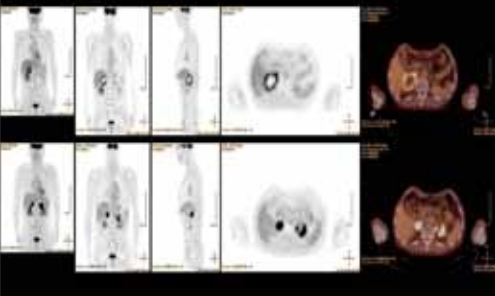
Bekema et al. Eur Urol 2013

Lt Radical nephrectomy &
Lt. adrenalectomy

- Pathology
 - RCC, unclassified (sarcomatoid feature)
 - pT3a

Kidney great vessels, left, radical nephrectomy and adrenalectomy:
1. Primary tumor (sarcomatoid RCC, unclassified)
2. Size: 5.5x4.5x3.5 cm
3. Tumor grade: H (sarcomatoid)
4. Metastatic disease: not identified. 20-40 micrometastases (sarcomatoid) identified.
5. Tumor grade: H (sarcomatoid)
6. Tumor grade: H (sarcomatoid)
7. Tumor grade: H (sarcomatoid)
8. Tumor grade: H (sarcomatoid)
9. Tumor grade: H (sarcomatoid)
10. Tumor grade: H (sarcomatoid)
11. Tumor grade: H (sarcomatoid)
12. Tumor grade: H (sarcomatoid)
13. Tumor grade: H (sarcomatoid)
14. Tumor grade: H (sarcomatoid)
15. Tumor grade: H (sarcomatoid)
16. Tumor grade: H (sarcomatoid)
17. Tumor grade: H (sarcomatoid)
18. Tumor grade: H (sarcomatoid)
19. Tumor grade: H (sarcomatoid)
20. Tumor grade: H (sarcomatoid)
21. Tumor grade: H (sarcomatoid)
22. Tumor grade: H (sarcomatoid)
23. Tumor grade: H (sarcomatoid)
24. Tumor grade: H (sarcomatoid)
25. Tumor grade: H (sarcomatoid)
26. Tumor grade: H (sarcomatoid)
27. Tumor grade: H (sarcomatoid)
28. Tumor grade: H (sarcomatoid)
29. Tumor grade: H (sarcomatoid)
30. Tumor grade: H (sarcomatoid)
31. Tumor grade: H (sarcomatoid)
32. Tumor grade: H (sarcomatoid)
33. Tumor grade: H (sarcomatoid)
34. Tumor grade: H (sarcomatoid)
35. Tumor grade: H (sarcomatoid)
36. Tumor grade: H (sarcomatoid)
37. Tumor grade: H (sarcomatoid)
38. Tumor grade: H (sarcomatoid)
39. Tumor grade: H (sarcomatoid)
40. Tumor grade: H (sarcomatoid)
41. Tumor grade: H (sarcomatoid)
42. Tumor grade: H (sarcomatoid)
43. Tumor grade: H (sarcomatoid)
44. Tumor grade: H (sarcomatoid)
45. Tumor grade: H (sarcomatoid)
46. Tumor grade: H (sarcomatoid)
47. Tumor grade: H (sarcomatoid)
48. Tumor grade: H (sarcomatoid)
49. Tumor grade: H (sarcomatoid)
50. Tumor grade: H (sarcomatoid)
51. Tumor grade: H (sarcomatoid)
52. Tumor grade: H (sarcomatoid)
53. Tumor grade: H (sarcomatoid)
54. Tumor grade: H (sarcomatoid)
55. Tumor grade: H (sarcomatoid)
56. Tumor grade: H (sarcomatoid)
57. Tumor grade: H (sarcomatoid)
58. Tumor grade: H (sarcomatoid)
59. Tumor grade: H (sarcomatoid)
60. Tumor grade: H (sarcomatoid)
61. Tumor grade: H (sarcomatoid)
62. Tumor grade: H (sarcomatoid)
63. Tumor grade: H (sarcomatoid)
64. Tumor grade: H (sarcomatoid)
65. Tumor grade: H (sarcomatoid)
66. Tumor grade: H (sarcomatoid)
67. Tumor grade: H (sarcomatoid)
68. Tumor grade: H (sarcomatoid)
69. Tumor grade: H (sarcomatoid)
70. Tumor grade: H (sarcomatoid)
71. Tumor grade: H (sarcomatoid)
72. Tumor grade: H (sarcomatoid)
73. Tumor grade: H (sarcomatoid)
74. Tumor grade: H (sarcomatoid)
75. Tumor grade: H (sarcomatoid)
76. Tumor grade: H (sarcomatoid)
77. Tumor grade: H (sarcomatoid)
78. Tumor grade: H (sarcomatoid)
79. Tumor grade: H (sarcomatoid)
80. Tumor grade: H (sarcomatoid)
81. Tumor grade: H (sarcomatoid)
82. Tumor grade: H (sarcomatoid)
83. Tumor grade: H (sarcomatoid)
84. Tumor grade: H (sarcomatoid)
85. Tumor grade: H (sarcomatoid)
86. Tumor grade: H (sarcomatoid)
87. Tumor grade: H (sarcomatoid)
88. Tumor grade: H (sarcomatoid)
89. Tumor grade: H (sarcomatoid)
90. Tumor grade: H (sarcomatoid)
91. Tumor grade: H (sarcomatoid)
92. Tumor grade: H (sarcomatoid)
93. Tumor grade: H (sarcomatoid)
94. Tumor grade: H (sarcomatoid)
95. Tumor grade: H (sarcomatoid)
96. Tumor grade: H (sarcomatoid)
97. Tumor grade: H (sarcomatoid)
98. Tumor grade: H (sarcomatoid)
99. Tumor grade: H (sarcomatoid)
100. Tumor grade: H (sarcomatoid)

F/U Torso PET-CT (2015.9.24)



Target therapy

- 1L1C CTx. (Torisel(Temsirolimus) mono)
- 8th wks. (2015.10.13 ~ 2015.12.2)
- HO admission (2015.12.3) – f/u evaluation

MRI Abdomen (2015.12.4)



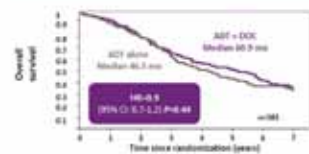
CHAARTED: Study Design



- Open-label, multicenter phase II trial conducted in US
- Standard docetaxane premedication **but no daily prednisone**

Source: Finelli et al. J Clin Oncol 2015;33:1511-16

GETUG-15



Randomised phase II study in 321 patients with metastatic hormone-naïve PCa
Source: Klotz et al. J Clin Oncol 2015;33:1511-16

- RCC with sarcomatoid feature (Fuhrman grade 4)
- multiple lung metastases
- rt. adrenal gland & liver & rt. kidney & IVC
- ascending colon

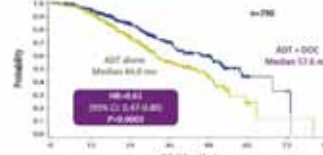
s/p Lt. radical nephrectomy with adrenalectomy

What is your next plan?

Pulmonary Tb

- General weakness & fever (38.3 °C)
- Sputum collection
 - AFB Fluorescent Stain (+)
 - AFB culture: Mycobacterium tuberculosis complex (+)
- Tb medication start (2015.12.3)
 - Isoniazid
 - Rifampicin
 - Pyrazinamide
 - Ethambutol
 - Pyridoxine

CHAARTED



Randomised phase II study in 782 patients with metastatic hormone-naïve PCa
Source: Finelli et al. J Clin Oncol 2015;33:1511-16



Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial

Source: Clarke et al. Lancet Oncol 2015;16:1227-37

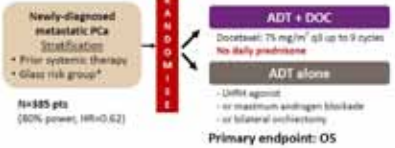
Noep Clarke

Initial Chemotherapy in Hormone Sensitive Prostate Cancer

NW Clarke
Consultant Urological Surgeon
Professor of Urological Oncology
Manchester, UK



GETUG-15: Study Design



Source: Klotz et al. J Clin Oncol 2015;33:1511-16


Conclusions

- Docetaxel improves survival for hormone-naïve prostate cancer in men with Metastatic disease
- Docetaxel is now the Standard of Care for men with prostate cancer with M1 disease at first presentation:
EAU Guidelines 2016
NCCN Guidelines 2016

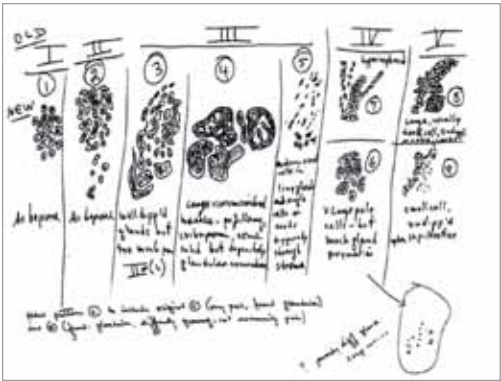
권기영

김태환

Gleason System



- By Dr. Donald F. Gleason and Veterans Administration Cooperative Urological Research Group (VACURG)
- 1960-1975: based on = 4000 patients
- Specimens studied: TURP, 14-gauge needle biopsies and prostatectomies (mostly simple)



Indications for adjuvant RT

- pT3 disease
- Positive surgical margin
- Gleason score 8-10 or seminal vesicle involvement

Adjuvant RT is usually given within 1 year after RP and once any operative side effects have improved/stabilized.

Patients with positive surgical margin may benefit the most

Indications for salvage RT

- Undetectable PSA that becomes detectable and then increases on 2 subsequent measurements
- Treatment is more effective when pre-treatment PSA is low and PSA/RT is long

Evolution of Gleason System

- First proposed in 1966
- Modified in 1977 by Dr. Gleason
- ISUP modification : 2005
- ISUP update and suggestion of new grade group : 2014
- WHO incorporation of new grade group : 2016

Definition of New Grading System

- Grade group 1 (Gleason score 3 + 3 = 6)
- Grade group 2 (Gleason score 3 + 4 = 7)
- Grade group 3 (Gleason score 4 + 3 = 7)
- Grade group 4 (Gleason score 8)
- Grade group 5 (Gleason scores 9-10)

GS 6 tumors come first in grouping.

Both GS 7 and GS > 7 tumors are separated in two groups.

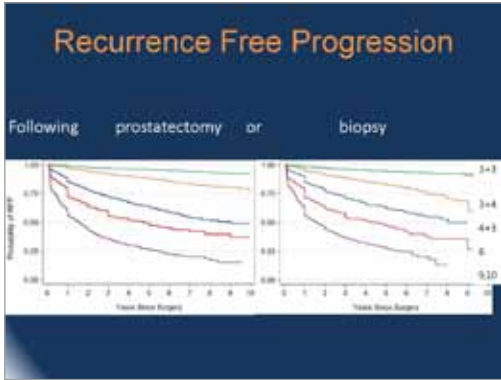
ADT for clinically localized prostate cancer

- Neoadjuvant ADT for RP is strongly discouraged outside of a clinical trial.
- ADT should not be used as monotherapy in clinically localized prostate cancer.
- Immediate and continuous use of ADT in men with positive nodes following RP resulted in significantly improved overall survival compared to men who received delayed ADT
- Many of the side effects of continuous ADT are cumulative over time on ADT

ADT with RT as definitive treatment

The addition of androgen deprivation therapy (ADT) to external-beam radiation therapy (EBRT) as definitive treatment for high-risk localized prostate cancer (PCa) has been demonstrated to improve patient outcomes in multiple randomized controlled trials.

An advantage in overall survival (OS) has been associated with both the use of short-term ADT (6-18 months) and long-term ADT (2-3 years) for men treated with definitive radiation therapy (RT).



Advantages of new Grading System

- More accurate grade stratification
- (Simplified grading)
- Lowest grade in practice is designated as grade 1.
 - Avoids potential misunderstanding from the patients.

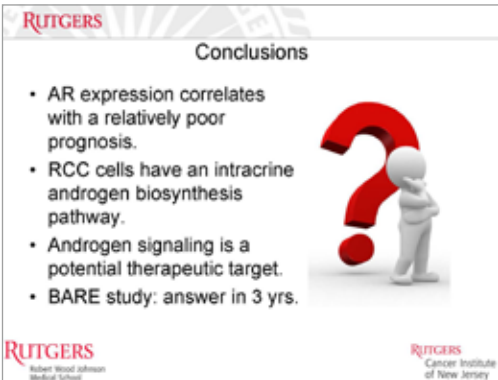
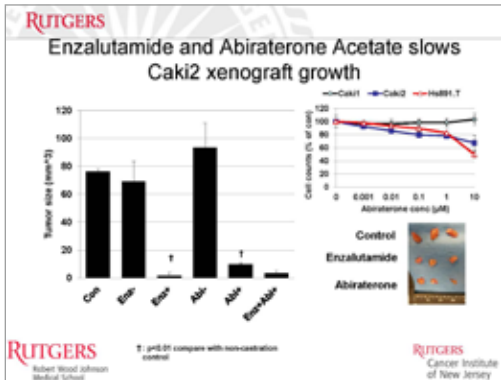
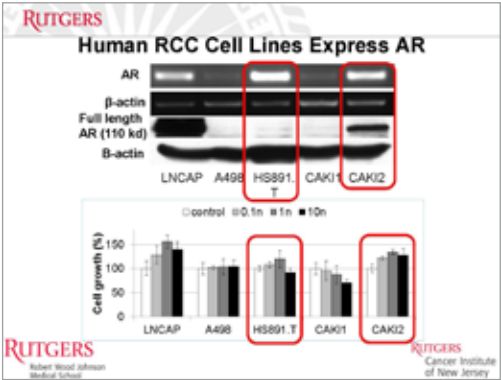
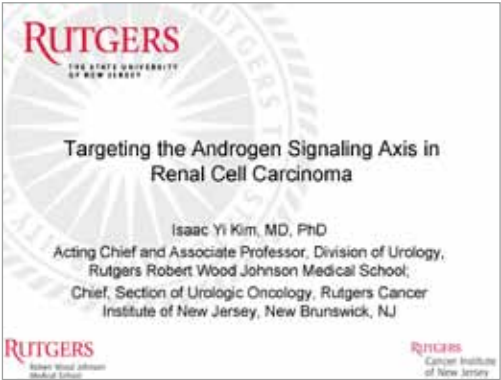
ADT with RT as definitive treatment

Both Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 92-02 and European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) 22961 compared short-term ADT with long-term ADT and found improved outcomes among those randomized to long-term ADT

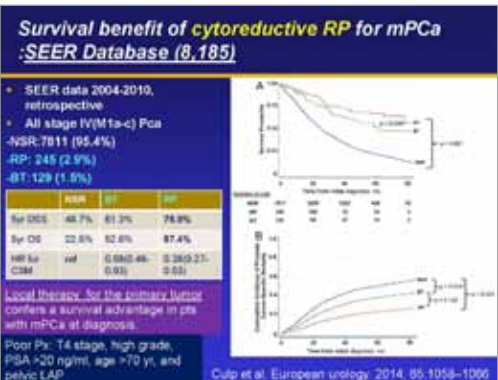
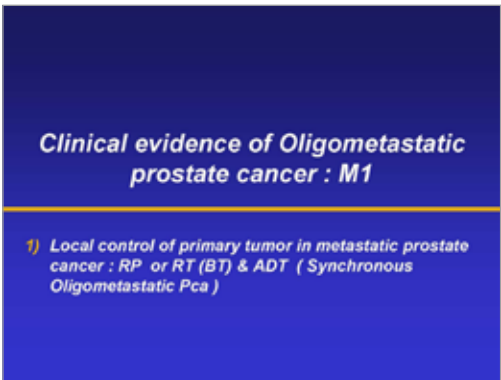
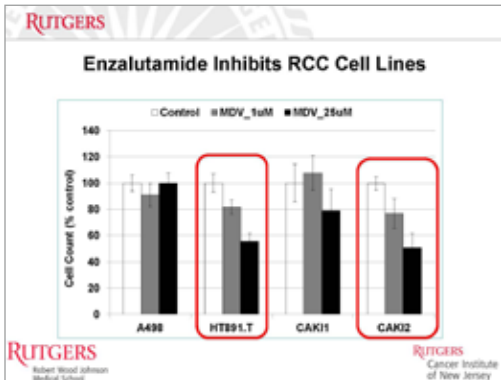
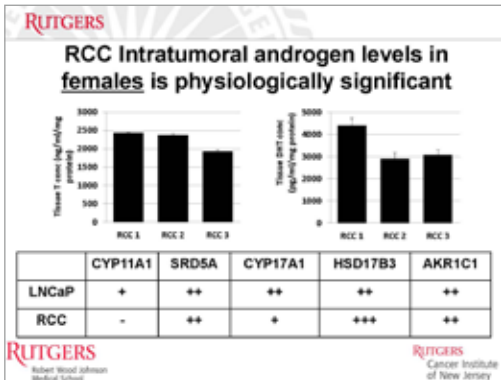
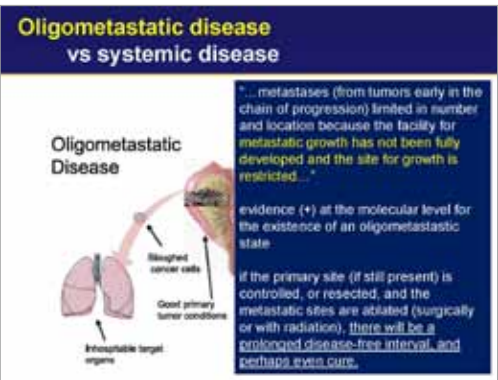
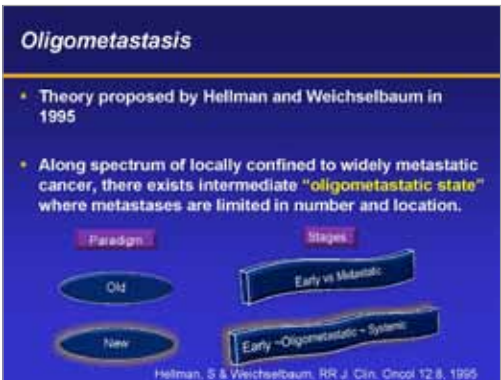
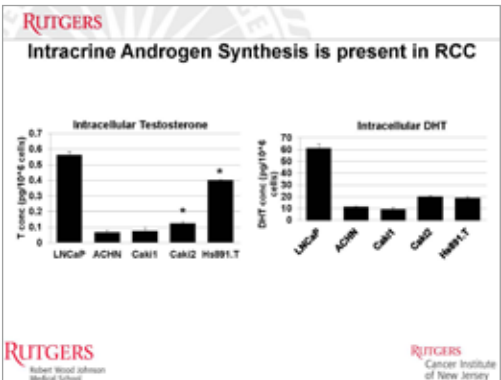
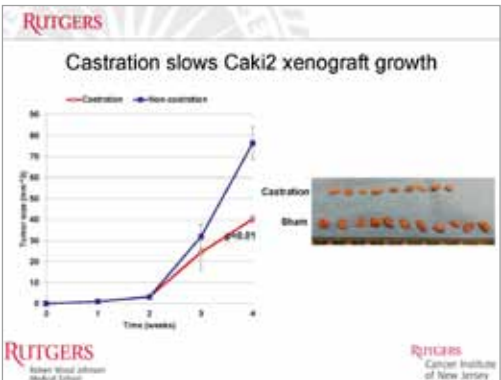
Conclusions

- In patients with high risk disease features of prostate cancer, adding Androgen deprivation therapy to post-prostatectomy RT may improve outcomes.
- If you consider adding ADT to post-PP RT, a sufficient duration of ADT may be preferable.
- The decision to administer ADT should be made by the patient and urologist, keeping in mind that not all men are at equal risk of recurrence or progression.

Isaac Y, Kim



정승일



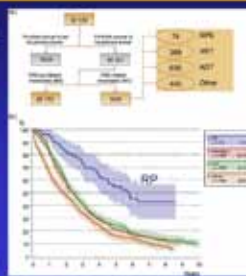
Role of RP in Metastatic Prostate Cancer
: Data from the Munich Cancer Registry

- 1989-2010, Retrospective
- 1538 newly diagnosed M+ Pca
- 1464(95%) No surgery
- 74(5%) RP

5-yr OS
RP= 55%
No RP= 21% (p<0.01)

Limitation

- No data on why RP, performance status, co-morbidity & other treatment details.
- Comparing highly selected 5% vs 95%



Glatzke et al. Eur Urol 2014;66:602-3

What is the best way to treat oligometastatic prostate cancer?

Prostate

- radical prostatectomy
- brachytherapy

+

Androgen deprivation therapy (ADT)

radical prostatectomy → brachytherapy

Butwhich mPca patients may have an improved survival benefit ?

When Is Chemotherapy Appropriate?

- Tumor factors
- Patient factors

Metastases
PSA
Differentiation
Doubling time

Age¹
PS
Symptoms²
Comorbidities³

“Can this patient avoid chemotherapy?”

“Can this patient tolerate chemotherapy?”

1 Hull WH, Prostate Cancer 2006
2 Halabi S, J Clin Oncol 2006
3 Hootnerman S, Crit Rev Oncol Hematol 2006

How Do Physicians Make Their Choices in Treatment of Cancer?

Metastatic prostate cancer

Multidisciplinary team review

Treatment goals
Patient and tumor characteristics
and patient preference

Guidelines
Informed by best available evidence + expert opinion

Treatment strategy

Clinical expertise

Treatment selection

1 Borkan JE, J Manipulative Physiol Ther 2001

Conclusion

- Synchronous oligometastasis
- Improved survival and decreased symptomatic local progression
- Local treatment in LN(+) Pca patients.
- Local treatment in metastatic Pca patients.
(RP >> XRT)

- Oligorecurrence
- : SBRT or sLND (clinical trial)
- : promising approach but the low level of evidence

Conclusion

- Too early to start surgery in M+ disease routinely
- Due to the lack of high-quality evidence, its role needs to be confirmed in future prospective trials.
(STAMPEDE, HORRAD etc)
- The selection of ideal candidates and optimal treatment alternative (radiotherapy, radical prostatectomy or other) warrants further investigation.

Differentiation?

- High Gleason score predictive of “non”-response to abiraterone¹
- Chemotherapy effective in poorly-diff tumors²



1 Azria D, ESMO 2012
2 Ostard S, ESMO 2012

We Have Multiple Treatment Options for CRPC


- Nobody knows what is the “best” choice.
- Decisions should be individualized based on disease status, comorbidities and organ functions.
- Or decisions based on (known yet) biomarkers or “out-of-pocket” expenses
- Consider utilization of all the available agents, in sequence or in combination.

박세훈

박인근

Expected Survivals for CRPC Patients (After Docetaxel-Era)

First-line PFS with docetaxel¹ (6.3 mo)



1 Petrylak DP, N Engl J Med 2004; 2 de Bono JS, Lancet 2010
3 de Bono JS, N Engl J Med 2011; 4 Scher HI, N Engl J Med 2012
5 Parker C, N Engl J Med 2013; 6 Beer TM, N Engl J Med 2014

Issues Considered When We Choose Treatment Options



Cabazitaxel (Jevtana®)

Docetaxel (Taxotere®)


Enzalutamide (Xtandi®)

Abiraterone (Zytiga®)

Radium-223 (Xofigo®)

Sipuleucel-T (Provenge®)

거세저항성 전이성 전립선암 진료지침



[KQ2.1.] 거세저항성 상태의 진단 기준 및 확인 방법은 무엇인가?

- 거세 저항성 전립선암으로 진단하기 위해서는 호르몬 박탈 치료 유지 중, 테스토스테론 혈중 수치가 거세 수준이어야 하고, 혈중 PSA 수치가 최소한 1주 간격으로 3회 측정된 검사에서 2회 이상 상승하거나, 신기능검진, 방사선학적 검사, 또는 골격 핵의학 검사에서 악화 소견이 확인되어야 한다 (LE: 5; GR: SR).

[KQ2.2.] 거세저항성 전립선암 환자에서 남성호르몬 박탈치료는 지속되어야 하는가?

- 거세 저항성 전립선암으로 진행된 환자라도 추가적인 치료와 상관없이 내-외과적 호르몬 박탈 치료는 지속되어야 한다 (LE: 1a-1c; GR: SR).

[KQ2.3.] 전립선 신경내분비암은 어떤 경우 의심하고 진단하여야 하는가?

- 거세저항성 전립선암 치료 중 혈중 PSA수치의 변화는 크지 않으나 임상적, 영상의학적, 또는 핵의학적 검사에서는 빠르게 진행되는 경우에 신경내분비암이 아닌지 확인하여야 한다 (LE: 4; GR: SR).

[KQ2.8.] 도세탁셀 항암치료 후 진행되는 거세저항성 전립선암에서 카바지탁셀은 효과적인 치료법인가?

- 카바지탁셀은 프레드니솔론과 병용하여 이전에 도세탁셀을 포함한 화학요법 치료를 받은 적이 있는 호르몬 저항성 전이성 전립선암의 치료로 고려되어야 한다. (LE1b; GR: SR)

[KQ2.9.] 거세저항성 전립선암에서 미토잔트론의 효과는?

- 미토잔트론과 당질코르티코이드 병합치료는 거세 저항성 전이성 전립선암에서 생존 기간을 연장시켜주는 듯하지만 도세탁셀이나 카바지탁셀을 사용할 수 없는 경우, 증상 호전을 목적으로 사용할 수 있다 (LE: 1b; GR: WR).

[KQ2.4.] 전이성 전립선암에서 어떤 치료를 결정하기 전 고려되어야 할 사항은 무엇이며 치료의 목표 설정은 어떻게 하는가?

- 치료를 결정하기 전에 환자에게 치료의 효과와 부작용 및 비용에 대한 정보를 제공해야 하며, 환자가 치료의 목적을 이해할 수 있도록 해야 한다 (LE: 5; GR: SR).
- 환자의 동반된 질환을 평가해야 하며, 만성 질환이 2가지 이상인 경우 치료의 복잡성과 불확실성을 고려하여 개인의 상태에 맞는 치료 계획을 세우고, 공동의사결정(shared decision making)을 하도록 한다 (LR: 5; GR: SR).
- 완화적 돌봄(palliative care)은 모든 환자에게 제공되어야 하며, 증상이 있거나 삶의 질이 저하된 환자에게 치료의 종류에 상관없이 제공해야 한다 (LE: 5; GR: SR).

[KQ2.5.] 도세탁셀 항암치료를 받지 않은 거세저항성 전립선암에서 아비라테론 또는 엔잘루타마이드는 효과적인 치료법인가?

- 도세탁셀 치료 경험이 없는 무증상 또는 경미한 증상을 가진 거세 저항성 전립선암에서 아비라테론과 프레드니손 병용요법 또는 엔잘루타마이드 요법은 일차치료로 고려되어야 한다 (LE: 1a; GR: WR).

[KQ2.10.] 거세저항성 전립선암에서 케토코나졸, 에스트라무스틴 또는 비카루타마이드의 효과는?

- 케토코나졸과 프레드니손 병용요법은 거세저항성 전이성 전립선암의 2차 호르몬 치료로 사용 시 객관적 반응율과 PSA반응율의 효과를 보일 수 있으나 생존기간의 개선은 보여주지 못하였다. (LE: 2b; GR: WR).
- 거세저항성 전립선암의 치료에 있어 에스트라무스틴 및 비카루타마이드 등과 같은 불특정 2차 호르몬 치료제들은 단기간 PSA감소 등과 같은 효과를 가져올 수 있지만, 생존기간을 증가시킨다는 근거는 없다. (LE: 2c; GR: WR)

[KQ2.11.] 줄레드로네이트 또는 데노수맵을 거세저항성 전립선암 환자에게 사용해야 하는가?

- 골 관련 합병증의 위험성이 높은 다발성 골전이를 동반한 거세 불응성 전립선암환자에게 데노수맵 또는 줄레드로네이트 등 뼈를 표적으로 하는 약제들을 사용해야 한다. 데노수맵 혹은 줄레드로네이트 등의 약제를 사용하기 전 치료 결사를 시행하여야 하며, 치료 시 경구 칼슘 및 비타민 D제제를 같이 사용하고 주기적으로 혈청 칼슘 농도를 측정하는 것이 권고된다 (LE: 1a; GR: SR).

[KQ2.6.] 거세저항성 전립선암의 치료에 있어 도세탁셀 항암치료의 임상적 의의는 무엇인가?

- 도세탁셀과 (3주 간격 또는 2주 간격) 프레드니솔론의 병용요법은 전이성 거세저항성 전립선암 환자의 1차 항암치료의 표준요법이다 (LE: 1a; GR: SR).
- 에스트라무스틴과의 병합치료도 1차 항암치료로 고려될 수 있다 (LE: 1b; GR: WR).

[KQ2.7.] 도세탁셀 항암치료 후 진행되는 거세저항성 전립선암에서 아비라테론 또는 엔잘루타마이드는 효과적인 치료법인가?

- 이전 아비라테론이나 엔잘루타마이드치료 병력이 없는 거세저항성 전립선암 환자가 도세탁셀 치료 이후 진행된 경우 아비라테론과 프레드니손 요법 또는 엔잘루타마이드 요법을 고려하여야 한다 (LE: 1b; GR: SR).

[KQ2.12.] 골결전이를 동반한 거세저항성 전립선암 환자에서 Radium-223치료는 효과적인가?

- Radium-223은 내장 장기 전이를 동반하지 않고 증상이 있는 골전이를 동반한 거세 저항성 전립선암 환자에게 사용시 통증을 완화하고 골관련 합병증을 줄이며 생존기간을 연장시킨다 (LE: 1a; GR: WR).

[KQ2.13.] 거세저항성 전립선암에서 치료에 대한 반응 판정은 어떻게 하는가?

- 거세저항성 전립선암 환자에서 반응판정은 전산화 단층촬영이나 자기공명영상과 같은 영상의학적 방법 (골전이를 제외한 연부조직 전이 및 내장전이), 골주사 검사와 같은 핵의학적 방법 (골전이), 혈중 전립선 특이항원농도, 그리고 증상을 고려하여 종합적으로 판단한다 (LE: 5; GR: SR).

학회소식

차기회장:

한림대 조진선교수가 이사회에서 차기회장으로 추대되었다.

임기는 2016년 9월부터 2년간이다.



학술상

- 임상: 남종길, 정문기: Predicting progression and survival in Korean patients with high grade T1 bladder cancer using EORTC risk tables
- 기초: 임송원, 지병훈: The internalization of BCG in bladder cancer cells may be inhibited by human beta-defensin 3

2016 대한비뇨기종양학회 워크샵

대한비뇨기종양학회
The Korean Urological Oncology Society

대한비뇨기종양학회 워크샵

| 일시 | 2016년 5월 28일(토) 14:30-18:40
| 장소 | 남원 (켄싱턴 리조트)

PROGRAM

14:30-15:00	Registration	
15:00-15:10	President's Welcome	대한비뇨기종양학회장 김형진
15:10-16:10	Symposium (I): 신암 신암의 역학 및 진단 국소 신암의 치료 진행된 신암의 치료 증례토의 진행: 강성구 (고려의대) 패널: 김수동 (동아대의), 김정현 (강원의대), 홍성후 (가톨릭의대), 황의창 (전남의대)	좌장: 김홍섭 (건국대의) / 천 준 (고려의대) 김수동 (동아대의) 홍성후 (가톨릭의대) 황의창 (전남의대)
16:10-16:30	Coffee break	
16:30-17:30	Symposium (II): 방광암 비근육침습방광암에서 방광내 화학요법 및 면역요법 근육침습방광암에서 항암요법 전립선 요로상피암의 진단과 치료 증례토의 진행: 정병창 (성균관의대) 패널: 구자현 (서울의대), 김태환 (경북의대), 서호경 (국립암센터), 윤석중 (충북의대), 조강수 (연세의대)	좌장: 이형래 (경희의대) / 김선일 (아주의대) 윤석중 (충북의대) 김태환 (경북의대) 서호경 (국립암센터)
17:30-18:30	Symposium (III): 전립선암 한국인 전립선암 진료지침의 필요성 한국인 전립선암 진료지침의 한계점 패널토의 - 향후 개선방향 진행: 정승일 (전남의대) 패널: 박재신 (대구가톨릭의대), 윤상민 (인하의대), 이승환 (연세의대), 송재만 (연세의대), 장성구 (경희의대), 정창욱 (서울의대), 조문기 (원자력의학원), 최한용 (성균관의대), 하홍구 (부산의대), 홍성준 (연세의대)	좌장: 김형진 (전북의대) / 조진선 (한림의대) 조문기 (원자력의학원) 정창욱 (서울의대)
18:30-18:40	Closing	

