

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Nierenzellkarzinom

Radon C

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2016; 23 (Sonderheft

2) (Ausgabe für Österreich), 10-11

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Nierenzellkarzinom

C. Radon

■ Diagnostik und Bildgebung

Durch die vermehrte Verwendung von Schnittbildverfahren werden in zunehmendem Ausmaß Raumforderungen der Niere inzidentell diagnostiziert. Viele dieser kleinen Nierentumoren werden bei älteren Patienten gefunden. Deshalb stellte sich im vergangenen Jahr die Frage nach der Wertigkeit einer Nierenbiopsie sowie auch der Möglichkeit einer präoperativen, radiologischen Einschätzung der Dignität renaler Tumoren.

Zusammenfassung eines Vortrags von Prof. Dr. Markus Kuczyk, Klinik für Urologie und Urologische Onkologie, Medizinische Hochschule Hannover, im Rahmen des 9. Uro-Update, 19.–20. Februar 2016, Berlin/Düsseldorf

Eine Metaanalyse von insgesamt 19 amerikanischen Studien von Johnson et al. [1] zeigte, dass die präoperative Bildgebung keine sichere Dignitätsbestimmung von Raumforderungen der Niere ermöglicht. Der Zusammenhang von Tumorgröße und korrekter präoperativer Klassifizierung wurde untersucht. 40,4 % der radiologisch als potenziell maligne eingestuft Tumoren mit einem Durchmesser < 1 cm waren in der histologischen Aufarbeitung des Operationspräparates benigne. Radiologisch als maligne klassifizierte Tumoren > 7 cm zeigten nur in 6,4 % eine benigne Histologie (1–2 cm: 20,9 %; 2–3 cm: 19,6 %; 3–4 cm: 17,2 %; 4–7 cm: 9,2 %).

2 Studien beschäftigten sich mit der Übereinstimmung der Histologie der Nierenbiopsie und dem endgültigen histologi-

schen Ergebnis des Operationspräparates: Bernard et al. [2] führten im Rahmen einer prospektiven Studie 130 präoperative Biopsien von Raumforderungen der Niere durch. 7,7 % der Biopsien waren inkonklusiv. In nur 6 % der verwertbaren Biopsien fand sich ein Unterschied zwischen dem histologischen Ergebnis der Biopsie und des Operationspräparates. In 31,7 % wurde das Fuhrman-Grading in der Biopsie als zu niedrig bewertet. Richard et al. [3] untersuchten die Diagnose-rate von Biopsien von Nierentumoren < 4 cm. Bei Durchführung von bis zu 2 Biopsien pro Tumor waren insgesamt 94 % verwertbar. Dabei zeigte sich eine Übereinstimmung von Histologie und Fuhrman-Grading in 93 % sowie 94 %. Zystische Tumoranteile, Kontrastmittelanreicherung unter 20 HU, eine Distanz zwischen Haut und Tumor > 13 cm sowie Tumoren der linken Niere sind Prädiktoren für eine inkonklusive Nierenbiopsie [4]. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren konnte der Anteil der nicht verwertbaren Biopsien von 14,7 % auf 8,7 % gesenkt werden.

Nach Empfehlung der EAU-Guidelines [5] sollte eine Biopsie bei radiologisch nicht eindeutig klassifizierbaren Raumforderungen der Niere sowie bei ausgewählten Patienten mit kleinen Tumoren vor Active Surveillance, vor Durchführung einer Radiofrequenz- oder Kryoablation und zur Optimierung der Behandlungsstrategie bei mRCC durchgeführt werden. Eine routinemäßige Biopsie vor geplanter Nierenteilresektion oder Tumornephrektomie ist nicht vorgesehen.

■ Systemische Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms

Im Jahr 2015 standen 2 neue Substanzen zur Therapie des mRCC im Mittelpunkt: Nivolumab (PD-1-Checkpoint-Inhibitor) und Cabozantinib (MET/VEGFR/AXL-Inhibitor).

Motzer et al. [6] publizierten die erste randomisierte Nivolumab-Phase-II-Studie: Nivolumab wurde in 3 unterschiedlichen Dosierungen (0,3 mg/kg, 2 mg/kg, 10 mg/kg) an insgesamt 168 Patienten mit metastasiertem klarzelligem Nierenzellkarzinom untersucht. Alle Patienten hatten bereits eine antiangiogenetische Therapie (VEGF-TKIs oder Bevacizumab) durchlaufen. 70 % der Patienten hatten bereits mehr als eine Therapielinie (mTOR-Inhibitoren, Zytokine und zytotoxische Therapien) erhalten. Es wurde ein medianes PFS von 2,7 (Dosis: 0,3 mg/kg), 4,0 (2 mg/kg) und 4,2 Monaten (10 mg/kg) erreicht. Die objektive Ansprechrate lag bei 20 % (0,3 mg/kg), 22 % (2 mg/kg) und 20 % (10 mg/kg). Des Weiteren wurde ein OS von 18,2, 25,5 und 24,7 Monaten gezeigt. Als Nebenwirkung trat vor allem Fatigue auf (24 %, 22 %, 35 %), davon insgesamt in 11 % der Fälle als Grad-3-4-Toxizität.

Eine weiterführende Phase-III-Studie [7] (Everolimus versus Nivolumab bei mehrfach vorbehandelten Patienten) zeigte einen Überlebensvorteil für Patienten, die mit Nivolumab behandelt wurden (25 vs. 19,6 Monate). Die objektive Ansprechrate dieser Patienten ist ebenfalls deutlich höher (25 % zu 5 %, Odds Ratio: 5,98). 19 % der Patienten, die Nivolumab erhielten, zeigten eine Grad-3-4-Nebenwirkung (2 % Fatigue), demgegenüber hatten 37 % der Everolimus-Patienten Grad-3-4-Nebenwirkungen (8 % Anämie).

In einer weiteren Studie [8] wurde die Wirkung von Cabozantinib versus Everolimus nach Progression unter Anti-VEGFR-Therapie untersucht. Vorteile für Cabozantinib zeigten sich in der medianen PFS, der objektiven Ansprechrate sowie im OS. Auf Nebenwirkungen wurde mit Dosisanpassungen reagiert, dies erfolgte bei 60 % der Patienten unter Cabozantinib. Demgegenüber stehen nur 25 % Dosisreduktionen unter Everolimus.

Cabozantinib und Nivolumab werden aufgrund dieser Ergebnisse einen fixen Platz in der Zweitlinientherapie erhalten. Dies hat im Herbst 2015 bereits Berücksichtigung in den EAU-Guidelines gefunden.

Literatur:

1. Johnson DC, Vukina J, Smith AB, et al. Preoperatively misclassified, surgically removed benign renal masses: a systematic review of surgical series and United States population level burden estimate. *J Urol* 2015; 193: 30–5.
2. Bernhard JC, Bigot P, Pignot G, et al. The accuracy of renal tumor biopsy: analysis from a national prospective study. *World J Urol* 2015; 33: 1205–11.
3. Richard PO, Jewett MAS, Bhatt JR, et al. Renal tumor biopsy for small renal masses: a single-center 13-year experience. *Eur Urol* 2015; 68: 1007–13.
4. Prince J, Bultman E, Hinshaw L, et al. Patient and tumor characteristics can predict

nondiagnostic renal mass biopsy findings. *J Urol* 2015; 193: 1899–04.

5. Ljungberg B, Bensalah K, Bex A, et al. EAU Guidelines for Renal Cancer. <http://uroweb.org/guideline/renal-cell-carcinoma/>
6. Motzer RJ, Rini BI, McDermott DF, et al. Nivolumab for metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase II trial. *J Clin Oncol* 2015; 33: 1430–7.
7. Motzer RJ, Escudier B, McDermott DF, et al. Nivolumab versus everolimus in advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2015; 373: 1803–13.
8. Choueiri TK, Escudier B, Powles T, et al. Cabozantinib versus everolimus in advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2015; 373: 1814–23.

Korrespondenzadresse:

Dr. Cornelia Radon
Abteilung für Urologie und Andrologie
SMZ Ost – Donauspital
A-1220 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail: cornelia.radon@wienkav.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)