

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: Komplette Remission  
unter Therapie mit Sunitinib bei  
einem lymphogen und pulmonal  
metastasierten Nierenzellkarzinom**

Pfleger G, Kuber W

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (3)*

*(Ausgabe für Österreich), 29-31*

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (3)*

*(Ausgabe für Schweiz), 24-26*

Homepage:

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

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

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://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

# Komplette Remission unter Therapie mit Sunitinib bei einem lymphogenen und pulmonal metastasierten Nierenzellkarzinom

G. Pfleger, W. Kuber

Aus der Abteilung für Urologie des A.ö. Krankenhaus Oberwart

## ■ Einleitung

Die gute Wirksamkeit von Multikinaseinhibitoren in der Therapie des metastasierten Nierenzellkarzinoms ist durch mehrere Studien belegt [1, 2]. Der Multi-Tyrosinkinaseinhibitor Sunitinib hemmt eine Reihe von Rezeptor-Tyrosinkinasen, allen voran die PDGF-Rezeptoren Alpha und Beta sowie die VEGF-Rezeptoren 1–3; Tumorangio-genese und Zellproliferation werden blockiert und eine Apoptose der Tumorzellen stimuliert [3]. Sunitinib hat sich als Erstlinien-Therapie beim mRCC in verschiedenen Studien bewährt [4, 5].

Zur palliativen Tumornephrektomie als alleiniger Maßnahme gibt es bezüglich der Gesamtüberlebenszeit keine signifikanten Daten. In Kombination mit den nun zur Verfügung stehenden Multikinasehemmern scheint sich ein Überlebensvorteil zu ergeben.

Über einen Patienten mit mRCC und kombinierter Behandlung – palliative Tumornephrektomie und anschließende Sunitinib-Therapie – mit nachfolgender kompletter Remission soll im Folgenden berichtet werden:

## ■ Kasuistik

Im Mai 2007 wird ein 48-jähriger Patient an der Urologischen Abteilung, A. ö. Krankenhaus Oberwart, stationär aufgenommen. Im Rahmen einer auswärtigen Sonographie zur Abklärung einer Makrohämaturie wurde eine große, solide Raumforderung an der rechten Niere festgestellt.

Bei der Aufnahme ist der Patient beschwerdefrei, er befindet sich in einem sehr guten Allgemeinzustand (ECOG 0). Eine arterielle Hypertonie ist mit einem ACE-Hemmer sehr gut eingestellt, das Aufnahme-labor ist bis auf gering erhöhte Leberparameter (GOT 50, GPT 53, GGT 128) unauffällig.

Die präoperativen CT-Untersuchungen zeigen einen 10 cm großen, teilweise nekrotischen Tumor am rechten oberen Nierenpol. Die lokoregionären Lymphknoten sind etwas vergrößert (Abb. 1a).

Es finden sich im rechten Lungenunterlappen 2 Metastasen mit ca. 1 cm Durchmesser. Praetracheal, subcarinal und am rechten Lungenhilus sind Lymphknotenmetastasen bis zu 3 cm nachweisbar (Abb. 1b und 1c).

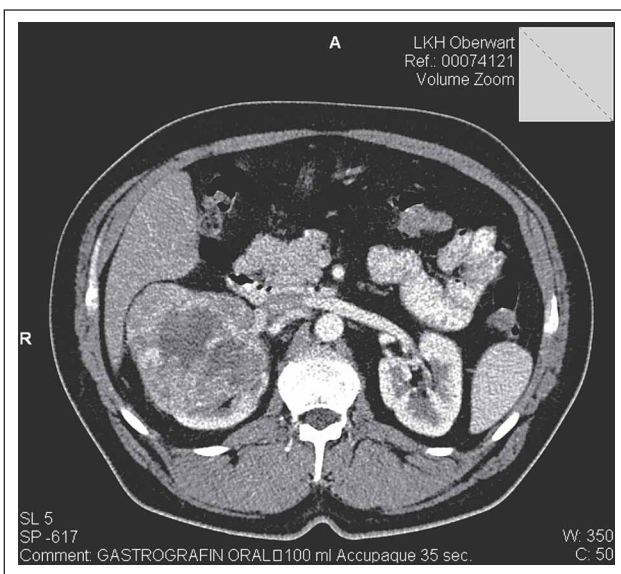


Abbildung 1a: Tumor re Niere

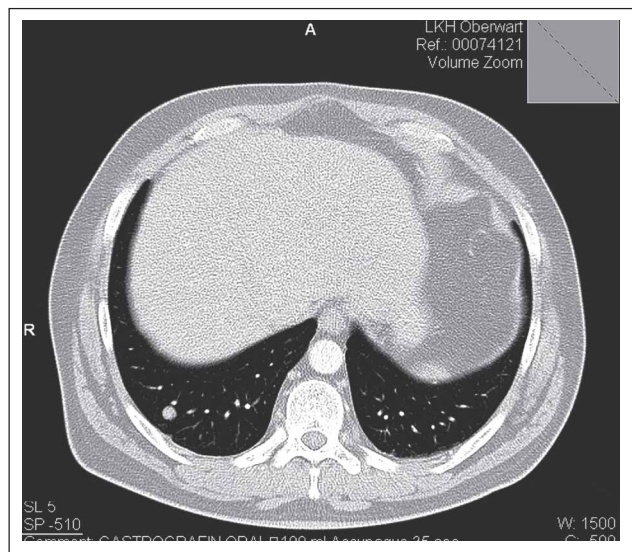


Abbildung 1b: Lungenmetastase re basal

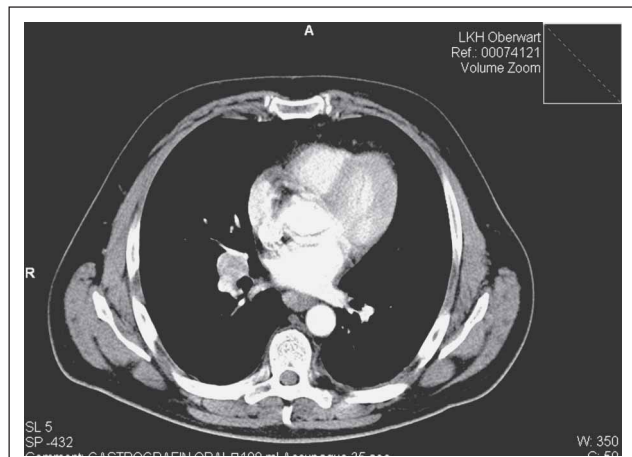


Abbildung 1c: Lymphknotenmetastase re Hilus

Die transperitoneale palliative Tumornephrektomie rechts wird im Mai 2007 durchgeführt. Der postoperative Verlauf gestaltet sich problemlos, die Wunde verheilt pp.

- Histologisch handelt es sich um ein klarzelliges Nierenzellkarzinom mit sarkomatösen Anteilen, welches das perirenale Fettgewebe infiltriert. Veneneinbrüche werden nachgewiesen, der Resektionsrand ist im Bereich des Nierenhilus positiv.
- UICC-Klassifikation: pT3a, N2, M1, L0, V1, R1
- Grading: G3 nach Fuhrmann

Aufgrund der ausgedehnten Metastasierung, des histologischen Gradings und des positiven Resektionsrandes wird eine weitere Therapie mit Sunitinib beschlossen.

Der Patient beginnt 3 Wochen postoperativ mit Sunitinib 50 mg im üblichen Schema (4 Wochen on/2 Wochen off). Diese Therapie wird vom Patienten gut toleriert – es kommt lediglich zu einer Diarrhöneigung (Grad 1) und Müdigkeit (Grad 1–2). Diese Fatigue führt aber in weiterer Folge durch Beeinträchtigung der Lebensqualität des Patienten zu einer Dosisreduktion.

In 3-monatigen Abständen wird ein Restaging mittels CT-Abdomen/Thorax durchgeführt. Bereits bei der ersten Nachkontrolle sind die Lungenmetastasen nicht mehr nachweisbar, die thorakalen Lymphknoten zum Teil verkleinert. Nach 9 Monaten sind sowohl Lungen- als auch Lymphknotenmetastasen verschwunden, sodass der Patient nach 6 Zyklen Sunitinib 50 mg eine komplette Remission (CR) erreicht hat. Bei einer nach weiteren 3 Monaten erfolgten Kontrolle bestätigt sich der CR-Status des Patienten.

Mit dem Patienten wird die Notwendigkeit einer weiteren Therapie auch ohne nachweisbare Metastasen besprochen. Der Patient möchte aber zur Verminderung seiner Fatigue eine möglichst niedrige Medikamentendosis erhalten. Er wird nach entsprechender Risikoauflärung auf Sunitinib 37,5 mg umgestellt. Das Schema 4 Wochen on/2 Wochen off wird beibehalten. Auch mit dieser Dosierung bleibt der Patient stabil in CR.

Bei der letzten Kontrolle im Mai 2009 – 2 Jahre postoperativ – ist der Patient nach wie vor in CR bei gutem Allgemeinzustand. Bei der letzten CT-Kontrolle im Mai 2009 sind keine Metastasen nachweisbar (Abb. 2a und 2b).

## ■ Diskussion

Bei Sunitinib handelt es sich um eine sehr effektive und nebenwirkungsarme Therapie zur Behandlung des mRCC [4, 6]. Im dargestellten Fall traten an Nebenwirkungen lediglich eine Diarrhöneigung und Fatigue auf. Eine minimale TSH-Erhöhung als Zeichen einer intermittierend auftretenden latenten Hypothyreose besserte sich regelmäßig in der Therapiepause. Eine Substitutionstherapie war nicht notwendig und wurde auch vom Patienten abgelehnt. Die seit Langem bekannte arterielle Hypertonie ist ohne Änderung der präoperativen Medikation unter der gesamten Therapiedauer gut eingestellt gewesen. Die zunächst erhöhten Leberparameter hatten sich während der Therapie nicht verschlechtert und zuletzt sogar normalisiert.

Es konnte bereits nach 2 Zyklen eine deutliche Besserung der Metastasierung im Sinne einer partiellen Remission beobachtet werden. Eine CR war nach 6 Zyklen erreicht und konnte auch nach Dosisreduktion auf 37,5 mg bei einer Nachuntersuchung nach 2 Jahren gehalten werden.

## ■ Zusammenfassung

Mit einer Therapie unter Sunitinib primär 50 mg täglich (Schema 4 Wochen on/2 Wochen off) und nachfolgender Dosisreduktion auf 37,5 mg täglich (Schema 4 Wochen on/2 Wochen off) konnte eine CR nach 6 Zyklen erreicht und über 2 Jahre beibehalten werden. Diese Kasuistik zeigt, dass bei gutem Performance-Status und adäquater kardio-pulmonaler Situation die Kombination palliative Tumornephrektomie und anschließende Sunitinib-Therapie zur kompletten Remission führen kann.

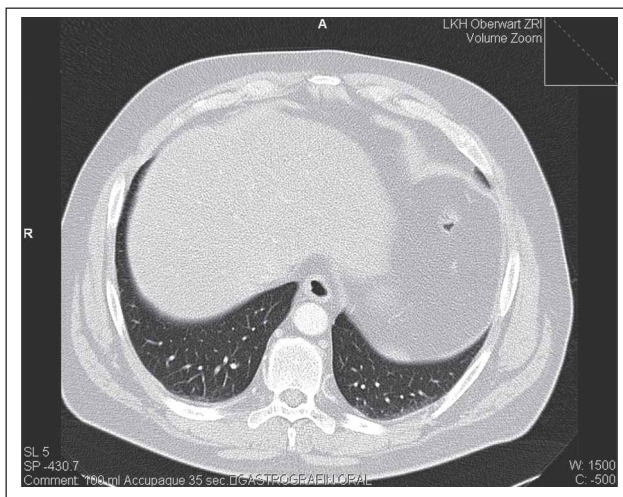


Abbildung 2a: Metastasenfreie Lungenbasis re

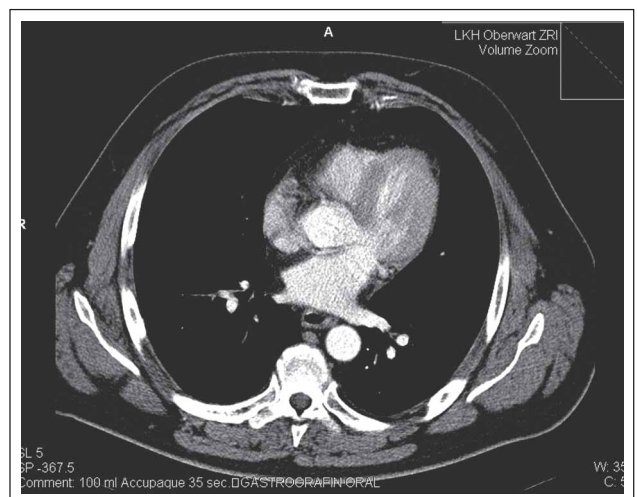


Abbildung 2b: Metastasenfreier Lungenhilus re

## ■ Relevanz für die Praxis

- Tumornephrektomie ist auch in der palliativen Situation in Kombination mit einem Multikinasehemmer sinnvoll.
- Komplette Remission kann mit einem Multikinasehemmer erreicht und über einen längeren Zeitraum gehalten werden.
- Das Nebenwirkungsprofil ist bekannt und gut tolerierbar.

## Literatur:

1. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356: 115–24.
2. Escudier B, Eisen T, Stadler WM, Szczylik C et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356: 125–34.
3. Faivre S, Demetri G, Sargent W, Raymond E et al. Molecular basis for sunitinib efficacy and future clinical development. *Nat Rev Drug Discov* 2007; 6: 734–45.
4. 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* Jun 1 2009; DOI 10.1200/JCO.2008.20.1293 [Epub ahead of print].

5. Gore ME et al. Sunitinib in metastatic renal cell carcinoma (mRCC): Preliminary assessment of toxicity in an expanded access trial with subpopulation analysis. *J Clin Oncol* 2007; 25 (18S): abstr 5010.

6. Porta C et al. Short- and long-term safety with sunitinib in an expanded access trial in metastatic renal cell carcinoma (mRCC). *J Clin Oncol* 2008; 26 (15S): abstr 5114.

## Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Gottfried Pflieger*  
*Abteilung für Urologie, A.ö. Krankenhaus Oberwart,*  
*A-7400 Oberwart, Dornburggasse 80*  
*E-Mail: gottfried.pflieger@krages.at*

## Weitere Informationen:

*Pfizer Corporation Austria Gesellschaft m.b.H.*  
*Dr. Susanne Maier*  
*A-1210 Wien, Florisdorfer Hauptstraße 1*  
*E-Mail: susanne.maier@pfizer.com*

# 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](#)