

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Über- und Untertherapie von Nierentumoren

Remzi M

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2010; 17 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 39-40

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

Über- und Untertherapie von Nierentumoren

M. Remzi

■ Zunahme des kleinen asymptomatischen Nierentumors

Das klinische Erscheinungsbild von Nierentumoren hat sich in den vergangenen Dekaden stark verändert. Zirka 60–85 % aller neu entdeckten Nierentumoren werden zufällig im Rahmen von Ultraschall-, CT- und MRI-Untersuchungen diagnostiziert. Die größte Steigerung in der Inzidenz findet sich bei Nierentumoren ≤ 4 cm. Zwischen 1983 und 2002 kam es zu einer 3-fachen Steigerung der Inzidenz von Nierentumoren < 2 cm und 2–4 cm. Im selben Zeitraum wurden 50 % mehr Tumoren zwischen 4–7 cm und 26 % mehr Tumoren > 7 cm gefunden [1]. Ein sehr großer Anteil dieser Tumoren ist klinisch asymptomatisch und hat eine sehr gute Prognose [2].

■ Ist der kleine Nierentumor aggressiv?

Allerdings kann die Größe alleine keine verlässliche Auskunft über die Aggressivität und Biologie des Tumors geben. Ab einer Größe von 3 cm steigt die potenzielle Aggressivität des Tumors [3]. Je nach Serie sind ca. 20 % dieser Tumoren gutartig [4], bei dem restlichen Anteil handelt es sich um Nierenzellkarzinome (NZK). Radiologische Parameter und auch die Tumorgöße allein können selten zwischen gutartigen, für den Patienten ungefährlichen, oder aggressiven Tumoren unterscheiden. So können auch kleine Tumoren selten, aber doch metastasieren [5].

■ Herausforderung heute

Die große Herausforderung besteht aktuell darin, prätherapeutisch zu entscheiden, ob der Nierentumor einen Einfluss auf das Überleben und die Lebensqualität des Patienten hat [6]. Hinzu kommt, dass neben den klassischen operativen Methoden (Tumornephrektomie und nierenerhaltende Exzision des Nierentumors), neuere minimalinvasive Methoden wie Radiofre-

quenzablation, Kryotherapie und HIFU existieren [2], für die es jedoch noch keine standardisierten Nachsorgeschemata gibt und deren Anwendung auf spezialisierte Zentren oder im Rahmen von Studienprotokollen beschränkt ist. Aufgrund der exzellenten Outcome-Daten jeglicher Therapien bei kleinen Nierentumoren (≤ 4 cm) wird heute auch eine Observation oder aktive Überwachung („surveillance“) sowie eine prätherapeutische Nierentumorbiopsie zwecks Festlegung der weiteren Therapie diskutiert. All diese Daten zeigen, dass es in einem gewissen Prozentsatz der kleinen Nierentumoren zu einer potenziellen Übertherapie kommen kann.

■ Überwachungsstrategien

Das größte Problem einer Überwachungsstrategie liegt darin, dass es keine validen Daten bezüglich des klinischen Verhaltens und der nötigen Untersuchungsfrequenz des Tumors gibt und damit eine adäquate Patientenselektion und Beratung erschwert werden. Weder Wachstum im Rahmen von Serienbildgebungsverfahren (CT oder MRT), noch das pathohistologische Biopsieergebnis (inklusive molekularbiologischer, genetischer und immunhistochemischer Verfahren) können valide die Aggressivität eines Tumors vorhersagen. Es finden sich sowohl bei größenkonstanten, als auch bei wachsenden Tumoren bis zu 80 % NZK in der endgültigen pathologischen Untersuchung. In der Arbeit von Volpe et al. zeigte ein Viertel aller observierten Patienten eine schnelle Zunahme des Tumolvolumens innerhalb eines Jahres und ein Patient entwickelte Metastasen im Beobachtungszeitraum [7]. Die Biopsie kann gegebenenfalls potenziell weniger gefährliche Tumorentitäten – wie z. B. den Hybridtumor aus Onkozytom und chromophoben NZK – identifizieren, die sich wohl eher für eine Überwachung eignen [8]. Die Überwachung von kleinen lokalisierten Nierentumoren wird heute auch als Alternative z. B. in den Richtlinien der „Amerikanischen Gesellschaft für Urologie“ bei selektionierten Patienten zur Diskussi-

on gestellt [9]. Eine Metaanalyse zeigte ein durchschnittliches Wachstum von 0,28 cm per Jahr, und Metastasen traten nur in 1 % (4/390) der Patienten auf [10]. Diese guten Ergebnisse werden durch einen Selektionsbias, ein geringe mediane Nachbeobachtungszeit von nur 30 Monaten und eine geringe Biopsierate (nur 46 % waren biopsisch verifizierte NZK) getrübt. Derzeit existieren keine validen Überwachungsprotokolle: Wann und bei welchen Patienten ist eine Biopsie notwendig? Wieviel Bildgebung und in welchen Abständen ist diese notwendig? Ab welcher Größenprogression ist eine aktive Therapie indiziert? Gibt es andere radiologische Parameter (z. B. Nekrose), die uns leiten können?

■ Überwachung auch bei Tumoren > 4 cm?

Größere Tumoren (T1b) haben ein deutlich höheres Progressionsrisiko im Rahmen einer Überwachung. So zeigten Sowery et al. ein schnelles Wachstum von 1,43 cm pro Jahr und einer von 9 Patienten entwickelte Metastasen [11]. In der Arbeit von Breisland et al. zeigten T1b-Tumoren ebenfalls eine größere Wachstumsrate und ein höheres Progressionsrisiko [12].

Letztendlich – obwohl die Daten klar zeigen, dass es auch beim kleinen Nierentumor eine Übertherapie gibt – entscheiden meist nur der Gesundheitszustand und das Alter des Patienten darüber, ob und welche Therapie angewendet wird [13].

■ Nierenteilresektion ist heute Standard

Weiters erkannte man in den vergangenen Jahren, dass die Tumornephrektomie bei kleinen Nierentumoren meist eine Übertherapie bedeutet, so dass im Rahmen der neuen EAU-Leitlinien die nierenerhaltende Operation den Standard für den kleinen Nierentumor darstellt. Trotz dieser Erkenntnisse wissen wir, dass diese Therapie nicht in dem

Ausmaß zum Einsatz kommt, in dem sie notwendig wäre. In einigen Studien zeigte sich, dass die empfohlene Nierenteilresektion für kleine Nierentumoren in < 20 % (USA) oder sogar in < 4 % [2] (Großbritannien) angewendet wird.

Es gibt zahlreiche Daten, die die routinemäßige Adrenalectomie und Lymphadenektomie infrage stellen, da diese häufig eine Übertherapie darstellen [14].

Literatur:

1. Hollingsworth JM, Miller DC, Daignault S, et al. Rising incidence of small renal masses: a need to reassess treatment effect. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 1331–4.
2. Remzi M, Javadli E, Özsoy M. Management of small renal masses: a review. *World J Urol* 2010; 28: 275–81.
3. Remzi M, Özsoy M, Klingler HC, et al. Are small renal tumors harmless? Analysis of histopathology features according to tumor size in tumors 4 cm or less in diameter. *J Urol* 2006; 176: 1–4.

4. Remzi M, Katzenbeisser D, Waldert M, et al. Renal tumour size measured radiologically before surgery is an unreliable variable for predicting histopathological features: benign tumours are not necessarily small. *BJU Int* 2007; 99: 1002–6.
5. Klatte T, Patard JJ, de Martino M, et al. Tumor size does not predict risk of metastatic disease or prognosis of small renal cell carcinomas. *J Urol* 2008; 179: 1719–26.
6. Remzi M, Marberger M. Renal tumor biopsies for evaluation of small renal tumors: why, in whom, and how? *Eur Urol* 2009; 55: 359–67.
7. Volpe A, Panzarella T, Rendon RA, et al. The natural history of incidentally detected small renal masses. *Cancer* 2004; 100: 738–45.
8. Waldert M, Klatte T, Haitel A, et al. Hybrid renal cell carcinomas containing histopathologic features of chromophobe renal cell carcinomas and oncocytomas have excellent oncologic outcomes. *Eur Urol* 2009; 57: 661–6.
9. Novick AC, Campbell SC, Belldegrun A, et al. Guideline for management of the clinical stage 1 renal mass. American Urological Association Website, 2009. <http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/renalmass09.pdf> [gesehen 31.08.2010].
10. Chawla SN, Crispen PL, Hanlon AL, et al. The natural history of observed enhancing renal masses: meta-analysis and review of the world literature. *J Urol* 2006; 175: 425–31.

11. Sowers RD, Siemens DR. Growth characteristics of renal cortical tumors in patients managed by watchful waiting. *Can J Urol* 2004; 11: 2407–10.
12. Beisland C, Hjelte KM, Reisaeter LAR, et al. Observation should be considered as an alternative in management of renal masses in older and comorbid patients. *Eur Urol* 2009; 55: 1424–7.
13. Özsoy M, Klatte T, Waldert M, et al. Surveillance for the management of small renal masses. *Adv Urol* 2008; 196701.
14. Kiesow U, Kieser W, Köhl U, et al. Adrenalectomie im Rahmen der Tumornephrektomie – ein Overtreatment? *Urologe A* 2001; 40: 52–7.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Mesut Remzi

Urologische Abteilung

Medizinische Universität Wien

A-1090 Wien

Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: resut.remzi@meduniwien.ac.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](#)