

Impressum

Projektgruppe Urologische Tumoren des
Regionalen Tumorzentrums Weser-Ems e.V.

Dr. J. Busche, Diepholz, Urologe;
Dr. A. Busecke, Emden, Urologe;
Dr. J. Diers, Vechta, Hämatologe und internist. Onkologe;
Dr. Ch.-P. Esk, Delmenhorst, Urologe;
Dr. Th. Hanisch, Friesoythe, Urologe;
Prof. Dr. R.-P. Henke, Oldenburg, Pathologe;
I. Keineke, Vechta, Urologe;
Dr. H.A. Klasen, Oldenburg, internist. Onkologe;
Dr. R. Laut, Bad Zwischenahn, Urologe;
Dr. J. Leifeld, Leer, Urologe;
Dr. K. Leonhard, Wilhelmshaven, Urologe;
Dr. G. Rodemer, Wilhelmshaven, Urologe;
Dr. Ch. Stallmann, Vechta, Strahlentherapeut;
Dr. K. Willborn, Oldenburg, Strahlentherapeut

Stand 05.07.05



Regionales Tumorzentrum Weser-Ems e.V.
Ärztehaus
Huntestraße 14
26135 Oldenburg
www.tuz-weser-ems.de



NIERENZELLKARZINOM

**Projektgruppe
Urologische
Tumoren**

Nierenzell- karzinom

**Empfehlungen zur
Diagnostik, Therapie
und Nachsorge**

Epidemiologie/Ätiologie

Ca. 9/100.000 NE im Jahr in den Industriestaaten mit steigender Tendenz. Männer sind doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Häufung mit zunehmendem Lebensalter, Gipfel in der 6. und 7. Dekade.

Prädispositionen sind unklar, vermutet werden:

- Tabakrauchen
- Übergewicht bei Frauen
- regelmäßige langjährige Analgetika- oder Diuretika-einnahme
- Schwermetalle (Cadmium?)
- hereditäre Disposition

gesicherte Faktoren:

- chronische Niereninsuffizienz
- von Hippel-Lindau'sche Krankheit
- Tuberoöse Sklerose
- sekundäre Entartung primär benigner Angiomyolipome

Klinik

Heute in den meisten Fällen (25-40%) Zufallsbefund.

- Hämaturie
- Gewichtsverlust
- Flankenschmerzen
- unklares Fieber
- Tastbarer Tumor
- Beinödeme
- Abgeschlagenheit
- symptomatische Varikozele

Diagnostik

- Sono
- KM-CT
- ggf. MRT (z.B. bei Kontrastmittelallergie, Niereninsuff., von der Spezifität und Sensivität dem CT nicht überlegen)
- Rö Thorax
- Knochenszintigraphie (symptomorientiert)

Zwingend bei stattgehabter Hämaturie:

Ausscheidungsurographie

Cystoskopie zum Ausschluß eines Urothelkarzinoms

Differentialdiagnose

- Onkozytom
- Angiomyolipom
- Hämangiom
- Zysten
- xanthogranulomatöse Pyelonephritis
- Nierenkarbunkel
- Sarkome
- Urothelkarzinom
- Metastasen, u.a.

TNM Klassifikation (UICC 2002)

T1: ≤ 7 cm in größter Ausdehnung, begrenzt auf Niere

T1a: ≤ 4 cm in größter Ausdehnung

T1b: > 4 cm, ≤ 7 cm in größter Ausdehnung

T2: > 7 cm, begrenzt auf Niere

T3: in größere Vene oder perirenale Invasion oder Nebenniere, aber innerhalb Gerota-Faszie

T3a: direkt in perirenales Gewebe oder Nebenniere, aber innerhalb Gerota-Faszie

T3b: makroskopische Ausbreitung in Nierenvene oder infradiaphragmale V. cava

T3c: Ausbreitung in supradiaphragmale V. cava

T4: jenseits Gerota-Faszie

N1: Metastasen in 1 regionären Lymphknoten

N2: Metastasen in mehr als 1 regionären Lymphknoten

M0: keine Fernmetastasen

M1: Fernmetastasen

Histologie

- Klarzellig 60-85%
- Papillär 7-14%
- Chromophob 4-10%
- Onkozytisch 2-5%
- Sammelgang-Karzinom (Duct Bellini) 1%

Therapie

a) des nichtmetastasierten Nierenzellkarzinoms

akzeptiert:

- radikale Tumornephrektomie nach Robson (Adrenalektomie empfohlen, insbesondere bei kleinen Tumoren des unteren Nierendrittels nicht zwingend, reg. Lymphadenektomie für das Staging sinnvoll aber ohne Auswirkung auf die Lebenserwartung).
- op. Entfernung eines Tumorthrombus aus der V. cava bei fehlendem Nachweis von Lymphknotenmetastasen.

diskutiert:

- nierenerhaltende Tumorresektion bei Einzelnieren, bilat. Auftreten und drohender Dialysepflicht, Tumoren < 4 cm.

b) des metastasierten Nierenzellkarzinoms

interdisziplinär (onkol. Urologe, int. Onkologe, Strahlentherapeut) und individuell symptomorientiert:

- palliative Nephrektomie
- Metastasenresektion (insbesondere bei solitären Lungenmetastasen)
- Immun-/Immunchemotherapie (meist IFN α , IL2 und 5-FU)
- inhalative IL 2 Therapie (bei ausschließlich pulmonaler Metastasierung, Unverträglichkeit der syst. Therapie, Cave: Problem der Kostenerstattung)
- palliative Radiatio bei Hirn-/Knochenmetastasen

Nachsorge alle T-Stadien

- 1. und 2. Jahr alle 3 Monate ->
- 3. und 4. Jahr alle 6 Monate ->
- ab 5. Jahr jährlich ->

-> körperliche Untersuchung, Labor, Rö.-Thorax, Sonographie, ggf. CT