

INHALTSVERZEICHNIS

1. Gemeinschaft I - Patho & Uro Gemeinschaft - Nierenzellkarzinom	1
1.1. Zahlen	1
1.2. Untersuchungen	1
1.3. Tumortypen	1
1.4. v. Hippel-Lindau	1
1.5. Kennzeichen	1
1.6. Adenome	1
1.7. Klarzelliges	2
1.8. Nephroblastom	2
1.9. Klinik	2
1.10. Therapie	2
1.11. Zugänge	2
1.12. Chemo	2
1.13. Immuntherapie	2
1.14. Target-Drugs	2
1.15. Strahlen	2

1. GEMEINSCHAFT I - PATHO & URO GEMEINSCHAFT - NIERENZELLKARZINOM

Knüchel & Bremer

1.1. Zahlen.

- 2-3% alles malignen
- dritthäufigster für Urologen
- Gipfel bei 50-60J
- meistens Zufallsbefunde die die Raumforderung im Ultraschall entdecken

1.2. Untersuchungen.

- CT nach jedem zweifelhaften Ultraschall
- Röntgen-Thorax da Metastasierung in die Lunge Hauptweg
- keine Tumormarker vorhanden!

- Szintigrafie bei Knochenschmerzen (bzw. Knochenfenster im CT)
- MRT nicht besser als CT

1.3. Tumortypen.

- Nierenzellkarzinom des Tubuliepithel
- Urothelkarzinom des Nierenbeckens
- Angiomyolipom aus dem Stroma
- selten auch Metastasen von Melanom oder BCA oder Lymphom
- unklar was Risikofaktoren sind
- genetische Prädisposition jedoch vorhanden
- Nierenzellkarzinom sehr gefäßreich

1.4. v. Hippel-Lindau.

- Tumorsuppressor kaputt
- Netzhautangiome
- Cerebelläre Hämangioblastome
- Nierenkarzinom

1.5. Kennzeichen.

- gefäßreich
- oberer oder unterer Pol
- Symptomatisch erst wenn der Tumor schon ziemlich groß ist
- Hypernephrom = klarzelliges Nierenkarzinom macht 80% der Tumoren aus
- Metastasierung durch späten Gefäßanschluss auch eher spät - T1 bis 7 cm
- Cava-Zapfen: Cava wird infiltriert - stärkere Metastasierung

1.6. Adenome. gutartiges

- Onkozytom (scharf begrenzt, zentrale Narbe)
- papilläres Adenom
- metanephrogenes Adenom = Embryoniere

1.7. Klarzelliges.

- = hellzelliges
- Lymphogene und hämatogene Metastasierung
- jeder klarzellige Tumor ist ein Karzinom - Größe ist nicht wie in anderen Geweben kein Hinweis auf die Dignität des Tumors

1.8. Nephroblastom.

- = Wilmstumor
- unreife Zellen - fast Stammzellen
- sehr blauzellig
- Chemo funktioniert, anschließend OP
- bei Kindern 5.-häufigster Tumor

1.9. Klinik.

- 20% bereits metastasiert bei Entdeckung
- Krebspatienten die Nephrektomiert werden bekommen keine Spender-niere → Dialyse (5 Jahre Wartezeit)
- bei 50% entwickeln sich letztlich Metastasen
- unbehandelte Metastasierung: 6-12 Monate
- pT1a z.B. 95% überleben 10 Jahre
- gesamt überleben ca 60% 5 Jahre

1.10. Therapie.

- alles außer OP ist palliativ

1.11. Zugänge.

- Zugangswege: 3 Stück je nach Größe - z.T. durchs Zwerchfell hindurch
- Lumbal: Patient seitengeknickt - direkter Zugang zum Retroperitoneum
- Transperitoneal ist unpraktischer - war früher üblicher
- Laparoskopisch: auch Transperitonealer Zugang
- Niere raus per Bergeschnitt oder Pürrierstab

1.12. Chemo.

- Chemo bringt überhaupt nicht (Klarzeller)
- nur spezialtumoren sind so angreifbar

1.13. Immuntherapie.

- Interferone und so weiter
- ein knappes Prozent mit Metastasen remittiert spontan komplett nach Primariusresektion
- bei 18% ansprechen jedenfalls

1.14. Target-Drugs.

- Multityrosinkinaseinhibitoren
- hemmen VEGF-Rezeptoren
- daher weniger Angiogenese

1.15. Strahlen.

- nur palliativ gegen Schmerzen