



„Am besten wäre immer noch die operative Tumorentfernung. Nur muss, will, darf, kann (oder soll?) man dies nicht bei allen und vor allem nicht bei älteren Patienten durchführen.“

Prof. Dr. med. Christian Doehn
Urologikum Lübeck

Über die verschiedenen Nierenzellkarzinome

Gründe, über die verschiedenen Nierenzellkarzinome und damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen zu berichten, gibt es in ausreichender Zahl. Als Auftakt habe ich mir als Koordinator dieses Schwerpunkts in *URO-NEWS* zum Ziel gesetzt, zur Frage des Hypernephroms Antworten zu geben. Die Intention ist klar: Der Begriff muss weg. Viel wichtiger sind jedoch der kleine Nierentumor – nennen wir ihn heute einmal „small renal mass“ – und die medikamentöse Therapie des Nierenzellkarzinoms.

Die renale Raumforderung bis 4 cm Durchmesser, also die „small renal mass“, wird vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl an Zufallsbefunden immer bedeutsamer. Die Kenntnis des biologischen Verlaufs dieser Tumoren hat in den letzten 30 Jahren zu einer schrittweisen Reduktion des therapeutischen Aufwands geführt: von der radikalen Nephrektomie über die Nephrektomie ohne Adrenalektomie und Lymphadenektomie über die partielle Nephrektomie mit immer weniger Sicherheitsabstand und fallweiser Akzeptanz von R1-Befunden bis zu der fokalen Therapie mittels „Radiofrequenz“ oder „Kryo“ oder sogar gar keiner Therapie im Sinne einer aktiven Überwachung. Die fokale Therapie und aktive Überwachung sind nur deshalb erlaubt, weil die Mehrzahl der „small renal masses“ ein biologisch günstiges Verhalten besitzt – aber nicht falsch verstehen: Am besten wäre immer noch die operative Tumorentfernung. Nur muss, will, darf, kann (oder soll?) man dies nicht bei allen und vor allem nicht bei älteren Patienten durchführen. So kommen die fokale Therapie oder die aktive Überwachung ins Spiel: Die fokale Therapie wird uns in dieser Ausgabe von Jon Jones vorgestellt, der dieses Thema auch in der S3-Leitlinie zum Nierenzellkarzinom als Leiter der zugehörigen Arbeitsgruppe verantwortet.

An dieser Stelle muss allerdings auch erwähnt werden, dass die „small renal mass“ größenabhän-

gig bei bis zu 40% der Patienten benigner Natur sind. Allein aufgrund dieser Tatsache sollte uns die Biopsie in den Sinn kommen. Diese wird uns von Stephan Störkel und Heiko Wunderlich serviert. Ersterer ist seit fast 40 Jahren (auch) im Nierenzellkarzinom unterwegs und hat uns im Hinblick auf diese Erkrankung viele Augen geöffnet. Letzterer hat in einer Klinik gelernt und agiert, die bereits vor vielen Jahren umfänglich in Nierenzellkarzinomen gemacht hat. Unvergessen ist eine Publikation im *Journal of Urology* über 250 Patienten mit Nierenbiopsie (wenn auch ex-situ) – und das im Jahr 2005.

Die medikamentöse Therapie des Nierenzellkarzinoms verändert sich besonders schnell und macht daher häufige Aktualisierungen notwendig. Im CME-Beitrag werden die aktuellen Daten in bester Manier von Jan Roigas in den notwendigen Kontext gebracht.

Zwei weitere Themen haben den Weg in die Juni-Ausgabe gefunden: Die letzte Abhandlung zum PSA im Deutschen Ärzteblatt bedarf einer fachgerechten Kommentierung. Hierum kümmern sich Elmar W. Gerharz und Andreas J. Gross in wortgewaltiger Manier. Dabei wurde auch ein Stichwort – Grönemeyer – gegeben, bei dem ich nicht anders kann, als folgende Begebenheit wiederzugeben: Der Sänger Herbert Grönemeyer hat einen Bruder. Der ist Starmediziner. Dieser hat im Jahr 2017 seinen Gedanken zum Thema Prostata – leider – freien Lauf gelassen. Ich zitiere nur einen Satz: „Um herauszufinden, ob die Prostata vergrößert ist, kontrolliert der Arzt anfänglich den PSA-Wert.“ Den Rest erspare ich Ihnen.

Was nun ein Nocebo ist, finden Sie bitte selbst heraus – Moritz Borchers hilft Ihnen dabei. Mit Erkenntniszugewinn! Viel Spaß mit dieser Ausgabe wünscht Ihr