



„Die Sache ist also eigentlich simpel: Die operative Therapie des Nierentumors sollte – wann immer möglich – organhaltend und minimalinvasiv erfolgen.“

Prof. Dr. med. Christian Doehn
Urologikum Lübeck

Wo sind die Studien?

Gute Studien zur operativen Therapie des Nierenzellkarzinoms sind (in Deutschland) eine Seltenheit. Es gab sie zur Nephrektomie versus partieller Nephrektomie, zur Wertigkeit der Lymphadenektomie und der der zytoreduktiven Nephrektomie im metastasierten Stadium. Diese EORTC-Studien haben vor allem eins gezeigt: eine langsame Rekrutierung. Dieses Problem scheint bei operativen Therapien ein generelles zu sein.

Gehen wir also anders vor. Vor über 50 Jahren hat Charles Robson die radikale Nephrektomie definiert. Man nehme die Niere samt perirenal Gewebes, der Nebenniere sowie der regionalen Lymphknoten. Aus heutiger Sicht in den meisten Fällen eine klare Übertherapie. In den folgenden Jahrzehnten wurde immer weniger Gewebeentfernung für notwendig erachtet. Nebenniere und Lymphknoten bleiben heute zumeist in situ, 1997 publizierte Andrew Novick erstmals über die partielle Nephrektomie. Möglicherweise führt die Veröffentlichung der Langzeitdaten im Jahr 2022 zur breiten Akzeptanz.

Die erste laparoskopische Nephrektomie nahm im Jahr 1990 das Team um Ralph Clayman vor. Dabei wurde eine ganze tumortragende Niere über einen laparoskopischen Zugang entfernt. Eine neue Methode zur Organbergung und ein jüngst entwickelter Organmorcellator ermöglichten es, die 190-g-Niere über eine 1-mm-Inzision zu entfernen. Es handelte sich histopathologisch übrigens um ein Onkozytom.

Die operative Therapie ist weiterhin der wichtigste Pfeiler der Therapie des nicht metastasierten Nierenzellkarzinoms. Es geht dabei vor allem um die technische Machbarkeit und die onkologische Indikation. Letztere ist im Zweifelsfall entscheidend.

Die Sache ist also eigentlich simpel: Die operative Therapie des Nierentumors „soll/sollte“ – wann immer möglich – organerhaltend und minimalinvasiv erfolgen. Aktive Überwachung ist erlaubt und die fokale Therapie ebenfalls – bitte jeweils gut begründet. Zur operativen Therapie findet sich in dieser URO-NEWS ein Beitrag aus einer für Nieren-OPs bekannten Klinik. Aber wie sieht die deutsche Realität aus?

Werden Nierentumoren wie in Leitlinien beschrieben operiert? Für die Jahre 2010 bis 2018 gibt es dazu Registerdaten von mehr als 70.000 Patienten. Nierenteilresektion und der Einsatz der Laparoskopie nehmen über die Zeit langsam zu. Aber lesen sie selbst, wie Bernd Hoshcke aus Cottbus die Sache bewertet.

Nun gibt es Patienten, die nach operativer Therapie mit hoher Wahrscheinlichkeit geheilt sind – und andere sind es eben nicht. Seit über 30 Jahren wird versucht, das Rezidivrisiko zu kalkulieren – erstmals übrigens 1989 vom deutschen Pathologen Stephan Störkel (Störkel-Score), später dann von den Amerikanern. Nun gibt es erstmals eine zugelassene adjuvante Therapie nach Nierentumor-OP – natürlich ein Checkpointinhibitor. Die „number needed to treat“ (wieviele Patienten muss ich adjuvant behandeln, um einen Rezidivfall zu verhindern?) liegt allerdings bei 10. Gut oder schlecht? Antworten darauf gibt Jens Bedke aus Tübingen.

Beim metastasierten Nierenzellkarzinom und der Frage nach zytoreduktiver Nephrektomie geht es mehr denn je um die richtige Patientenselektion. Wichtige Kriterien sind guter Allgemeinzustand und geringe Metastasenlast. Eine Standortbestimmung von Michael Staehler aus München.

Zu guter Letzt noch das Thema Corona: Das Hü und Hott zu vielen Teilaspekten dieser Thematik aus identischen (z. B. politischen) Ställen ist mitunter unerträglich. Wo sind die Studien? In Deutschland Mangelware! Und woran hat et jelegen? Das fragt man sich dann immer, woran et jelegen hat! In diesem Fall löst Hans-Martin Wenchel, Profi für Hygiene, Umweltmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Köln, für uns auf.

Schauen sie in das Heft, dort bekommen Sie von bestens geeigneten Autoren viele Antworten zu den ganzen Fragen ...

Viel Freude, Ihr

Christian Doehn