

Jahrzehntelang galt deshalb das fortgeschrittene Nierenzellkarzinom als unheilbar. Seit einigen Jahren gibt es nun eine sogenannte zielgerichtete Therapie. Hierbei handelt es sich um Medikamente, die gezielt in den Stoffwechsel der Krebszelle eingreifen und z. B. eine weitere Gefäßbildung, die für die Tumorausbreitung notwendig ist, verhindern oder ein weiteres Wachstum der Zelle durch Behinderung des Stoffwechsels blockieren. Solche Medikamente können über unterschiedlichste Wege gegeben werden. Als Infusion oder als Tablette sind die wichtigsten Darreichungsformen. Mit Hilfe dieser zielgerichteten Therapie wurden revolutionäre Erfolge in der Therapie der fortgeschrittenen Nierenzellkarzinome erzielt. Das bedeutet, dass auch im Falle einer schweren Metastasierung heute ein wesentlich längeres Überleben erzielt werden kann als bis in das Jahr 2000.

Inzwischen besitzen wir gute Erkenntnisse, in welcher Kombination und zeitlichen Abfolge derartige Medikamente am besten gegeben werden sollten. Man kann 2011 einigermaßen sicher vorhersagen, welches der zur Verfügung stehenden Medikamente am ehesten als sogenanntes Erstlinienmedikament und welches als Zweit-, und Drittlinienmedikament geeignet ist. Da es sich um zielgerichtete Medikamente handelt, die alle an unterschiedlichen Stellen in den Stoffwechsel der Krebszelle eingreifen, kann jede dieser Therapiephasen auch unterschiedliche Risiken und Nebenwirkungen für den Patienten bedeuten. Diese Nebenwirkungen sind von jenen einer klassischen Chemotherapie weit entfernt, das heißt zum Beispiel, dass schwere Blutbildveränderungen oder auch ein Haarausfall eher eine absolute Ausnahme sind.

Über die bereits jetzt zugelassenen Medikamente hinaus gibt es noch eine große Reihe von weiteren Medikamenten bzw. neuen Therapiesequenzen, die im Rahmen von klinischen Studien untersucht werden. Hier werden noch nicht für diese Indikation zugelassene, neue Substanzen zur Verfügung gestellt und deren Wirkung sowie das Nebenwirkungsspektrum subtil untersucht.

Zusammenfassung

Wir haben heute in der Therapie des Nierenkrebses epochale Verbesserungen zu verzeichnen. Subtile operative Techniken ermöglichen, beim lokal begrenzten, das heißt nicht metastasierten Nierenkrebs in den meisten Fällen eine nierenerhaltende oder zumindest nierenfunktionsschonende Therapie. Die schlüssellochchirurgische Operation ist dabei der wichtigste Eckpfeiler.

Weitere Informationen über spezielle Operationstechniken, über zielgerichtete Substanzen in der Therapie fortgeschrittener Tumore oder über neue Studien erhalten Sie in der Klinik für Urologie und Kinderurologie des Universitätsklinikums Magdeburg.

Klinik für Urologie und Kinderurologie des Universitätsklinikums Magdeburg

Direktor Prof. Dr. med. Martin Schostak
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
Telefon: 0391 67-15036

Nierenkrebs

heutige Möglichkeiten
bei Diagnostik und Heilung



Wie wird der Krebs festgestellt?

Der Nierenkrebs ist eine jener tückischen Erkrankungen, die meistens sehr lange symptomlos bleiben, also nur durch Zufall entdeckt werden können. Einen umso größeren Stellenwert hat die routinemäßige Ultraschalluntersuchung der Nieren. So können Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und ggf. einer weitergehenden Diagnostik zugeführt werden. Eine Computertomographie oder eine Kernspintomographie macht hochauflösende Schichtbilder von allen Organen in der durchleuchteten Region und kann dem Arzt detaillierte Informationen darüber geben, ob ein Krebsverdacht besteht oder nicht. Heutzutage sind deshalb die meisten Nierentumore bei Diagnosestellung noch relativ klein. So lange diese Situation besteht und der Krebs nicht die Umgebung infiltriert, Blutgefäße oder den ableitenden Harntrakt erreicht hat, ist er nicht zu spüren und gleichzeitig meistens heilbar.

Laparoskopie

Bei im Rahmen der Früherkennung festgestellten kleinen Tumoren, gelingt es heutzutage in den meisten Fällen, nur den Tumor allein zu entfernen und den Rest der Niere zu schonen. Idealerweise geschieht das schlüssellochchirurgisch (laparoskopisch). Dabei werden nur kleinste Kanülen eingeführt, über die der Arzt seine Arbeitsinstrumente in den Bauchraum einbringt. Nun wird der Bauchraum mit Gas aufgeblasen und in dieser so entstandenen Höhle kann dann operiert werden. Die Niere wird vollständig vom umgebenden Gewebe befreit und die Blutgefäße freigelegt. Ist dann der Tumor identifiziert, kann er aus dem Nierengewebe herausgeschnitten werden. Gelegentlich ist es dazu notwendig, die Blutzufuhr zur Niere kurzfristig zu unterbinden.

Dazu werden spezielle Klemmen benutzt. Der so entstandene Defekt im Organ muss anschließend wieder versorgt werden. Dazu wird die Schnittstelle vernäht und anschließend ein spezielles Gel aufgetragen, welches einerseits eine gute Blutstillung bewirkt und andererseits die Narbenbildung begünstigt. So operiert, muss man nur wenige Tage eines stationären Aufenthaltes in Kauf nehmen und hat mit keinerlei Einbußen in der Nierenfunktion zu rechnen.

Nierenteilresektion

Bei ungünstiger Lage und/oder Größe des Tumors ist nicht immer eine laparoskopische Nierenteilresektion möglich. Weitere Alternativen sind dann die Teilresektion über einen offenen Schnitt in der Flanke oder in bestimmten Situationen auch die vollständige Entfernung der Niere. Letzteres kann in den allermeisten Fällen wieder schlüssellochchirurgisch durchgeführt werden. Der Schnitt, der dann zur Bergung des Organs notwendig ist, ist wesentlich kleiner als er für eine offene Nierenentfernung notwendig gewesen wäre. Die operative Entfernung des Nierentumors selbst ist der wichtigste Schritt zur Heilung vom Nierenkrebs. Ziel sind dabei sogenannte negative Absetzungsränder, das heißt, dass der Tumor chirurgisch im Gesunden entfernt werden konnte. Das wird der Pathologe nach der Operation subtil untersuchen und dem Chirurgen in seinem Bericht bestätigen.

Besondere Techniken

Die allgemeine Komplikationsrate der o. g. operativen Eingriffe ist heutzutage erfreulich gering, so dass sie sehr gut vertragen werden. Selbst wenn die ganze Niere betroffen ist und eine Entfernung dieses Organs infolge dessen notwendig wird, muss dies nicht bedeuten, dass eine Blutwäsche nötig ist. Glück-

licherweise ist die Niere paarig angelegt. In den allermeisten Fällen kann das auf der anderen Seite befindliche Organ die Funktion beider Seiten allein übernehmen.

Manchmal kommt es zur speziellen Situation, dass bereits eine Niere entfernt wurde und es nun auf der anderen Seite zu einem neuen Auftreten eines Nierenkrebses kommt. Dann muss mit besonderer Sorgfalt auf die Erhaltung des verbleibenden Nierengewebes geachtet werden. Manchmal muss dazu das Nierengewebe während der OP vollständig blutfrei gemacht werden. Das geschieht, indem man kleine Kanülen in die zuführenden Blutgefäße einführt und dann mit isotonischer Kochsalzlösung das Blut aus der Niere herauspült. Diese spezielle Operationstechnik, die sogenannte „in-situ-Perfusion“, ermöglicht eine wesentlich präzisere Detailpräparation des betroffenen Organs. So können auch zentral sitzende, größere oder komplexe Tumore unter Erhalt der Restniere entfernt werden.

Therapie bei fortgeschrittenen Tumoren

Wie oben erwähnt ist die Chirurgie in allen Fällen, in denen der Krebs auf das Organ selbst begrenzt ist und noch keine Tochterzellen (Metastasen) gesetzt hat, der zentrale Schlüssel zur Heilung. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen trotz bestehender Metastasierung eine Entfernung des tumorbefallenen Primärorgans sinnvoll ist. Das gilt vor allem, wenn sämtliche Absiedelungen chirurgisch sanierbar sind, z. B. im Falle eines Nierentumors rechts mit einer einzelnen Lungenmetastase, welche in zwei Eingriffen saniert werden. Nierenzellkarzinome gelten als unempfindlich für eine klassische, medikamentöse Chemotherapie, weil sie ein sogenanntes „Drug-Resistance-Gen“ besitzen, das das Chemotherapeutikum sofort wieder aus der Zelle herausschleust.

