

Uro-Onkologische Sprechstunde

CIO Gebäude (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter3)
Telefon: 0221 478-42583
E-Mail: onko-anmeldung@uk-koeln.de
Prof. Dr. Pia Paffenholz
Dienstag 08:00 – 15:00 Uhr

Privat- und Zweitmeinungssprechstunde

Telefon: 0221 478-82077

› Privat, Uro-Onkologie und Zweitmeinung

Prof. Dr. Axel Heidenreich
Montag 09:00 – 15:30 Uhr

› Uro-Onkologie und Zweitmeinung

Prof. Dr. David Pfister
Mittwoch 11:30 – 15:30 Uhr

Poliklinik Urologie

DTZ (Gebäude 18a, Ebene 1)
Telefon: 0221 478-82094

Patienten in stationärer onkologischer Versorgung

Station 17.2, Ebene 17
Case-Management
Telefon: 0221 478-89487

Patienten mit Chemotherapie oder Immuntherapie

CIO Gebäude (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter3)
Telefon: 0221 478-42583
E-Mail: onko-anmeldung@uk-koeln.de

Behandlung im Rahmen klinischer Studien

CIO Gebäude
(Gebäude 70, Ebene 1, Cluster 2, Raum 1.020)
Telefon: 0221 478-82112
E-Mail: urologie-studienkoordination@uk-koeln.de

Im Notfall

Außerhalb der regulären Öffnungszeiten wenden Sie sich bitte an den urologischen Dienstarzt über die zentrale Notaufnahme, Ebene 01
Telefon: 0221 478-0

Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie



» Kontakt

Ansprechpartner

Prof. Dr. Dr. h.c. Axel Heidenreich
Prof. Dr. David Pfister
Prof. Dr. Pia Paffenholz

Adresse

- › Poliklinik für Urologie: DTZ, (Gebäude 18a, Ebene 1)
- › Station Urologie: Bettenhaus (Gebäude 9, Ebene 17)
- › Uro-Onkologische Sprechstunde und Chemotherapie:
CIO Gebäude (Gebäude 70, Ebene 1, Schalter 3)
Cluster 2



Das **Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)** ist das gemeinsame Krebszentrum der Unikliniken Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf.
krebszentrum-cio.de | cio.uk-koeln.de



**UNIKLINIK
KÖLN**

Nierenzellkrebs



Centrum für Integrierte Onkologie
Aachen Bonn Köln Düsseldorf

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Das Nierenzellkarzinom ist die häufigste maligne Tumorerkrankung der Niere und die fünfthäufigste Tumorerkrankung des Erwachsenen.

Der Erkrankungsgipfel liegt im höheren Alter bei etwa 60-70 Jahren wobei Männer etwas häufiger als Frauen betroffen sind (1,5:1). Als epidemiologische Risikofaktoren werden derzeit Rauchen, Adipositas, Bluthochdruck diskutiert. Eine familiäre Belastung sowie terminale Niereninsuffizienz scheinen ebenfalls mit einer höheren Erkrankungswahrscheinlichkeit verbunden zu sein.

Dank früherer Diagnosestellung und frühzeitiger, meist operativer Therapie konnte die Sterblichkeit in den letzten Jahren erfreulicherweise deutlich gesenkt werden. Insbesondere durch den vermehrten Einsatz bildgebender Verfahren wie Ultraschall und Computertomographie konnte die Rate an zufällig diagnostizierten Karzinomen erhöht werden, die meist noch kleiner und von geringerem Tumorstadium sind und dadurch eine deutlich verbesserte Gesamtprognose aufweisen.

Als Kollegen möchten wir im Verbund mit den niedergelassenen Urologen in Köln und Umgebung eine Behandlung auf höchstem Niveau anbieten und als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. h. c. Axel Heidenreich
Klinikdirektor und Leiter des Prostatakrebszentrums

Lokal begrenzter Nierentumor

Diese Tumoren sind auf das Nierenparenchym begrenzt unabhängig davon, ob sie exophytisch wachsen oder komplett intraparenchymal liegen. Es besteht keine Ausbreitung in das Hohlsystem oder die großen Gefäße. Tumoren dieser Gruppe können je nach Größe und Lage organerhaltend operiert werden oder mittels kompletter Organentfernung therapiert werden. Bei kleinen peripheren Tumoren (bis etwa 2 cm) sind sowohl die Active surveillance als auch die Radiofrequenzablation etablierte Therapieverfahren.

Tumoren mit Infiltration des Nierenbeckens und/oder der großen Gefäße

Sobald ein Tumor das Nierenbecken oder die großen Gefäße infiltriert hat, ist immer die radikale Nephrektomie ggf. mit Thrombektomie Therapie der Wahl. Tumorthromben können je nach Ausdehnung einfach aus dem Gefäß entfernt werden oder das Gefäß kann komplett entfernt und mit einem entsprechendem Gefäßersatz versorgt werden. Ausnahmen sind in einem imperativen Organerhalt, wie beispielsweise einer Einnierigkeit zu sehen.

Adjuvante Therapie

Bei hoch Risikopatienten steht die Immuntherapie mit dem PD-1 Inhibitor Pembrolizumab zur Verhinderung einer Metastasierung zur Verfügung. Die Therapie läuft über ein Jahr nach Nierenentfernung oder Metastasen-chirurgie.

Metastasierte Tumoren

Bei gutem Allgemeinzustand und einer geringen Metastasenlast wird die tumortragende Niere im Sinne eines zytoreduktiven Ansatzes entfernt und dann eine Systemtherapie eingeleitet. Lokal begrenzte, gut zugängliche Metastasen können ebenfalls operativ behandelt werden.

Ihr persönliches Nachsorgeschema

› Niedrig-Risiko (0-2 Punkte)

- › Nachsorge 5 Jahre postoperativ
- › Erster Termin nach 6 Monaten CT Abdomen
- › Jährlich Sonographie Abdomen bzw. CT Thorax/Abdomen im Wechsel
- › Blutuntersuchung: Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte

Intermediäres Risiko (3-5)

- › Erster Termin nach 6 und 12 Monaten
- › Jährlich bis zum 5. Jahr CT Thorax/Abdomen, Danach alle 2 Jahre CT Thorax/Abdomen
- › Blutuntersuchung: Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte

› Hochrisiko (= <6)

- › 1. Jahr und nach 3, 6 und 12 Monaten
- › 2. Jahr halbjährlich
- › 3.-5. Jahr jährlich
- › ab 6. Jahr jährlich
- › CT Thorax/Abdomen
- › Blutuntersuchung Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte

› Active surveillance

- › Individuelle Überwachung je nach Lage und Größe des Tumors zwischen halbjährlich und jährlich
- › CT Thorax/Abdomen
- › Blutuntersuchung: Blutbild, Elektrolyte, Nierenwerte

› Unter Systemtherapie bei metastasiertem Nierenzellkarzinom

- › 3 monatige CT Thorax Abdomen ggf. weitere bildgebende Diagnostik
- › Engmaschige Kontrolle des Blutbilds, der Leber-, Schilddrüsen- und Nierenwerte
- › Blutdruck Blutzucker