

9. Thesen

1. Da ein Drittel aller lokal begrenzten Nierenzellkarzinome nach kurativer Therapie einen progredienten Verlauf zeigen, ist die Abschätzung der individuellen Prognose des Patienten besonders wichtig.
2. Klassische Prognoseparameter sind nicht in jedem Fall in der Lage einen Progress vorauszusagen.
3. Es wurden 70 Patienten mit histologisch nachgewiesenem Nierenzellkarzinom untersucht, die im Zeitraum 1991 bis 1995 operiert wurden.
4. Die Beurteilung der Präparate erfolgte nach dem Aktuellen TNM-System der UICC von 2003.
5. Der Schwerpunkt der Auswertung lag auf den klarzelligen Nierenzellkarzinomen, da diese die größte und zugleich homogene Gruppe bilden.
6. Die Tumorgefäße wurden mit einem Antikörper gegen das CD31-Antigen immunhistochemisch markiert.
7. Die computergestützte und die manuelle Bestimmung der Mikrogefäßdichte lieferten vergleichbare Ergebnisse.
8. Mit der computergestützten Bildanalyse konnte gezeigt werden, dass Nierenzellkarzinome im Stadium pT2 schlechter vaskularisiert sind, als die im Stadium pT1a und pT1b.
9. Eine Abnahme der Tumorgefäßdichte mit abnehmender Differenzierung konnte nachgewiesen werden.
10. Die Patienten wurden im Mittel 60,2 Monate nachbeobachtet.
11. Das rezidivfreie Intervall für sekundär metastasierte Patienten lag bei 30,6 Monaten.

12. Eine deutlich niedrigere Tumorgefäßdichte war für primär metastasierte Nierenzellkarzinome, verglichen mit sekundär oder nicht metastasierten, nachweisbar.
13. Eine besonders hohe Mikrogefäßdichte wurde in Karzinomen von Patienten gefunden, die sekundäre Metastasen entwickelten hatten und am Ende des Beobachtungszeitraumes noch am Leben waren.
14. Die 5-Jahresüberlebenswahrscheinlichkeit war bei Patienten mit klarzelligen Nierenzellkarzinomen niedriger als bei denen mit papillären und chromophoben.
15. Ein Unterschied in der 5-Jahresüberlebenswahrscheinlichkeit für Patienten mit gut bzw. schlecht vaskularisierten Nierenzellkarzinomen war nicht nachweisbar.
16. Patienten mit gut vaskularisierten Nierenzellkarzinomen überlebten innerhalb der 5 Jahre deutlich länger.
17. Patienten im Tumorstadium pT1a hatten eine deutlich höhere 5-Jahresüberlebenswahrscheinlichkeit als Patienten im Stadium pT2.
18. Patienten mit mäßig differenzierten Tumoren hatten eine höhere 5-Jahresüberlebenswahrscheinlichkeit als diejenigen mit schlecht differenzierten Karzinomen.
19. Eine hohe Tumorgefäßdichte ist mit einer besseren Prognose verbunden.
20. Als Prognoseparameter ist die Mikrogefäßdichte noch nicht geeignet.