

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Harnblasenkarzinom: Möglichkeiten
zum Blasenerhalt und Blasenersatz**

John H, Padevit C

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2015; 22 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 7-8

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2015; 22 (1)

(Ausgabe für Österreich), 5-6

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Harnblasenkarzinom: Möglichkeiten zum Blasenerhalt und Blasenersatz

H. John, C. Padevit

■ Zusammenfassung

Die schmerzlose Makrohämaturie ist das klinische Leitsymptom beim Harnblasenkarzinom. Die Zystoskopie ist die führende diagnostische Abklärung, gefolgt von Bildgebung und transurethraler diagnostischer und therapeutischer Tumoresektion. Bei Erstdiagnose sind 70 % der Blasenkarzinome oberflächlich und nicht-muskelinvasiv, 30 % der Fälle sind bereits muskelinvasiv und können nicht mehr organerhaltend behandelt werden. Transurethral behandelbare Blasenkarzinome werden reseziert, die postoperative intravesikale Instillations-Chemotherapie oder Immuntherapie senken die Rezidivrate. Regelmäßige zystoskopische Kontrollen erfassen ein Rezidiv langfristig. Ist das Karzinom endourologisch nicht beherrschbar oder muskelfiltrativ, muss eine radikale Zystektomie erfolgen. Inkontinente Harnableitungen mit einem Urostoma sind das Ileum-Conduit oder die Ureterokutaneostomie. Kontinente Lösungen sind die orthotope Ersatzblase an die Harnröhre oder die Ersatzblase an den Nabel mit Selbstkatheterismus.

■ Einleitung

Das Urothelkarzinom der Harnblase ist die häufigste maligne Erkrankung des Harntraktes. Aufgrund des Nikotinabusus als stärkster Risikofaktor sind Männer häufiger als Frauen betroffen (Inzidenz 27 vs. 9/100.000/Jahr) [1].

Bei einer schmerzlosen Makrohämaturie muss eine Zystoskopie erfolgen. Ein unauffälliger Ultraschall schließt einen Blasen-tumor keinesfalls aus – oft differenziert eine Zystoskopie aber eine Blasen-falte von einem Blasen-tumor (Abb. 1). Die photodynamische Diagnostik kann die Sensitivität der Tumorerkennung erhöhen, wobei die Relevanz in prospektiven Studien kontrovers diskutiert wird [2]. Primär folgt nach erfolgtem Staging die transurethrale Blasen-tumoresektion (TUR-B) [2].

■ Blasenkarzinombehandlung mit Blasenerhalt

Bei „low-grade“ pTa- und pT1-Tumoren erfolgt die TUR-B in der Regel mit postoperativer Frühinstillation von Epirubicin, Mitomycin oder Doxycyclin (Abb. 2). Damit kann die Rezidivrate von 48 % auf 36 % gesenkt werden [3]. Die Indikation zur Nachresektion soll großzügig gestellt werden, da der Blasen-tumor bei der Erstresektion häufig unterschätzt wird [4]. Bei oberflächlichen High-grade-Tumoren mit hohem Rezidiv- und Progressionsrisiko wird bei Tumorfreiheit nach TUR-B eine Induktionstherapie mit wöchentlichen Gaben von Bacillus Calmette-Guérin (BCG) durchgeführt. Diese Immuntherapie mit beträchtlicher Toxizität kann nach den Induktionsinstillationen als Erhaltungstherapie weitergeführt werden und verlängert das rezidivfreie Intervall [5]. Die regelmäßigen Zystoskopiekontrollen kombiniert mit

Blasenspülzytologien über 10–15 Jahre erfassen ein Rezidiv und sichern mit folgender TUR-B in ca. 70 % den Blasenerhalt. In 30 % der Fälle kommt es im Verlauf zur Progredienz und zur Zystektomiesituation. Für die individuelle Abschätzung des Rezidiv- und Progressionsrisikos kann der EORTC-Risiko-Kalkulator benutzt werden (<http://www.eortc.be/tools/bladdercalculator>). Dabei werden die Anzahl der Tumorerde, Tumorgöße, T-Stadium, Präsenz eines Carcinoma in situ, Grading und vorgängige Rezidive berücksichtigt.

■ Möglichkeiten der Harnableitung nach Zystektomie

Bei Erstdiagnose sind bereits 30 % der Blasenkarzinome muskelinvasiv und qualifizieren für eine radikale Zystektomie (T2–T4, N0, M0). Weitere Zystektomieindikationen sind das BCG-resistente Carcinoma in situ und multilokuläre „high-grade“ T1-Karzinome. Bei der Wahl der oberen Harnableitung ist die Aufklärung des Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten von inkontinenten und kontinenten Harnableitungen wichtig [6]. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Lebensqualität zwischen den beiden grundsätzlichen Techniken nicht divergiert.

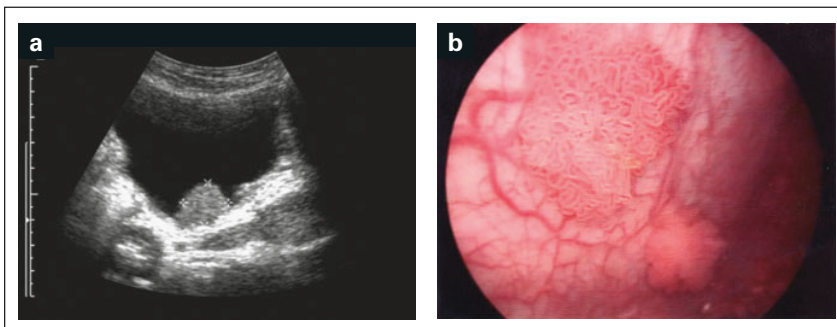


Abbildung 1: (a) Ein sichtbarer Blasen-tumor im Ultraschall als Zufallsbefund ist selten. (b) Die Zystoskopie ist durch eine bildgebende Methode ersetzbar.



Abbildung 2: Die frühpostoperative intravesikale Chemotherapie reduziert die Rezidivrate.



Abbildung 3: Orthotoper Ileum-Pouch. Frühpostoperative Pouchographie vor Katheterentfernung mit korrekt refluxiven Ureteren und dichter Harnröhrenanastomose.

Die Niederdruckableitung eines Ileum-Conduits wurde erstmals 1950 von Bricker beschrieben [7]. Es stellt eine komplikationsarme und sichere Lösung dar, die auch heute bei älteren Patienten oft vorteilhaft verwendet wird. Eine inkontinente Ableitung ist insbesondere dann zu wählen, wenn die glomeruläre Filtrationsrate altersentsprechend < 50 % beträgt, ein insuffizientes Sphinktersystem oder ein trigonaler bzw. paraurethraler Tumorbefall vorliegt und eine zusätzliche Urethrektomie allenfalls geplant werden muss. Eine Ureterokutaneostomie hat den Vorteil, keine Ileo-Ileostomie durchführen zu müssen, und ist deshalb bei einem Short-Bowel-Syndrom oder bei hochbetagten Patienten mit schlechter Prognose eine Option. Nachteil einer Ureterokutaneostomie sind häufige Stomastosen, weshalb diese Ureteren dauergeschient werden müssen.

Kontinente Harnableitungen erhalten die körperliche Integrität nach außen und werden bei jüngeren Patienten < 75 Jahre von den Patienten nach Möglichkeit gerne gewählt.

Fortgeschrittene Karzinome werden als Kontraindikationen für eine orthotopie Ersatzblase kontrovers diskutiert. Wir verwenden dabei in der Regel die Technik nach Studer, wo die Harnleiter in einen afferenten, ca. 10 cm langen Schenkel End-zu-Seit implantiert werden (Abb. 3). Bei der kutanen Ableitung einer Ersatzblase erfolgt die Selbstkatheterisierung durch die kontinente Nippelkonstruktion im Nabelbereich. Frauen bevorzugen häufig die katheterisierbaren Nabelstomas aufgrund der nicht seltenen hyperkapazitären Neoblasendekompensationen bei Frauen. Kontinente Ersatzblasen müssen regelmäßig ca. alle 3–4 Stunden geleert werden, mit getimter Miktion auch nachts. Zudem entstehen vor allem in den ersten 2–3 Jahren nach Anlage einer Ersatzblase durch die Ammoniak-Resorption gerne metabolische Azidosen mit Müdigkeit als klinisches Leitsymptom. Entsprechend sollten negative Basen-Exzesswerte > 3 mmol/l mit Bikarbonat substituiert werden.

■ Diskussion

Oberflächliche Blasenkarzinome können in der Regel mit transurethralen Resektionen, topischen Chemotherapie-Instillationen und Zystoskopie-Verlaufskontrollen blasenerhaltend betreut werden. Dabei gilt es aber, eine Progression nicht zu verpassen und die kurative Option einer radikalen Zystektomie nicht zu verlieren.

Muss eine radikale Zystektomie durchgeführt werden, stellt sich die Frage nach einer inkontinenten oder kontinenten Harnableitung. Bei onkologisch und funktionell möglicher kontinenter Ableitung bevorzugen Männer oft einen orthotopen Blasenersatz, Frauen nicht selten eine katheterisierbare Nabelblase. Ältere Patienten haben in der Regel mit einem problemlos versorgbaren Ileum-Conduit eine gute Lebensqualität und können nachts mit diesem Niederdrucksystem durchschlafen.

Literatur:

1. Babjuk M, Burger M, Zigeuner R, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder: update 2013. *Eur Urol* 2013; 64: 639–53.
2. Grossman HB, Stenzl A, Fradet Y, et al. Long-term decrease in bladder cancer recurrence with hexaminolevulinate enabled fluorescence cystoscopy. *J Urol* 2012; 188: 58–62.
3. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004; 171: 2186–90, quiz 2435.
4. Divrik RT, Yildirim U, Zorlu F, et al. The effect of repeat transurethral resection on recurrence and progression rates in patients with T1 tumors of the bladder who received intravesical mitomycin: a prospective, randomised clinical trial. *J Urol* 2006; 175: 1641–4.
5. Järvinen R, Kaasinen E, Sankila A, et al.; FinnBladder Group. Long-term efficacy of maintenance bacillus Calmette-Guérin versus maintenance mitomycin C instillation therapy in frequently recurrent TaT1 tumours without carcinoma in situ: a subgroup analysis of the prospective, randomised FinnBladder I study with a 20-year follow-up. *Eur Urol* 2009; 56: 260–5.
6. Thüroff JW, Hampel C, Leicht W, et al. [Indications for different types of urinary diversion]. *Urologe A* 2012; 51: 473–6.
7. Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. *Surg Clin North Am* 1950; 30: 1511–21.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Hubert John
 Chefarzt Klinik für Urologie
 EBU-Certified Training Center
 Kantonsspital Winterthur
 CH-8401 Winterthur
 E-Mail: hubert.john@ksw.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)