

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Urothelkarzinom des oberen Harntraktes

Mack D

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 51

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

UROTHEL-KARZINOM DES OBEREN HARNTRAKTES

1. KLASSIFIKATION (WHO 1997)

- Tx – Tumor kann nicht klassifiziert werden
- T0 – Kein Tumor nachweisbar
- Ta – Nicht invasives papilläres Karzinom
- Tis – Carcinoma in situ
- T1 – Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
- T2 – Tumor infiltriert die Muskulatur
- T3 – Nierenbecken: Infiltration des perirenal Fettgewebes oder des Nierenparenchyms; Ureter: Infiltration des periureteralen Fettgewebes
- T4 – Infiltration benachbarter Organe oder durch die Niere in das perirenale Fettgewebe

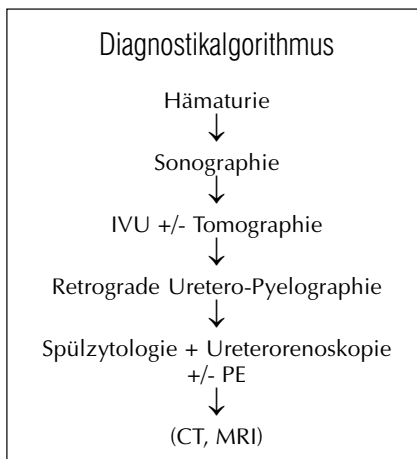
N, M – Klassifikation identisch wie bei Harnblase

G – Identisch wie bei Harnblase

Urothelkarzinome der Niere sind seltene Tumoren und betreffen ca. 10 % aller malignen Tumoren an der Niere. Im gesamten oberen Harntrakt (Nierenbecken und Ureter) verteilen sich die Urothelkarzinome (TCC) auf zwei Drittel in das Hohlsystem der Niere und ein Drittel in den Ureter. Zwei Drittel präsentieren sich als solitäre Läsionen, ein Drittel als primär multifokale Tumoren. Das metachrone Auftreten des primären TCC des oberen Harntraktes und der Blase liegt bei 24 % mit einer Latenzzeit von 19 Monaten, umgekehrt treten TCC des oberen Harntraktes bei der Primärdiagnose TCC der Harnblase nur in 2 % mit einer Latenz von 58 Monaten auf. Ca. 60 % sind low grade-TCC (G 1,2) und in 50 % Ta/T1.

2. DIAGNOSTIK

Das Leitsymptom ist in über 90 % der Fälle die Hämaturie. Harnleitertumoren führen häufig zu Harnstauungsniere mit moderater Symptomatik, Koliken können aber im Rahmen der Hämaturie durch Koagel auftreten.



Erklärungen zum Algorithmus

Die Sonographie steht an erster Stelle der Abklärung einer Hämaturie. Andere Ursachen einer Hämaturie aus dem oberen Harntrakt müssen ausgeschlossen werden (im besonderen der Parenchymtumor und die Steinerkrankung). Für die Darstellung eines Nierenbeckentumors ist die Sonographie nur bedingt aussagekräftig, für den Uretertumor ungeeignet und zwingt zu weiteren diagnostischen Schritten. Das intravenöse Urogramm, gegebenenfalls mit einer konventionellen Tomographie kombiniert, ist die Standarduntersuchung. Der Nierenbecken- und Uretertumor stellt sich charakteristisch als nicht schattengebender wandständiger Füllungsdefekt dar. Kann damit keine eindeutige Diagnose gestellt werden, muß eine retrograde Uretero-Pyelographie angeschlossen werden. Die Abnahme einer Spülzytologie ist nur

nach Sistieren der Hämaturie sinnvoll. Läßt auch diese Untersuchung Zweifel an der Diagnose, ist die Ureterorenoskopie (starr oder flexibel) + Entnahme einer PE (sofern technisch möglich) indiziert. Radiologisch differentialdiagnostisch ist an andere nicht schattengebende Füllungsdefekte zu denken: Konkrement, Papillennekrose, Blutkoagel, Pyelo-Ureteritis cystica.

Computertomographie und MRI sind optionale Maßnahmen und für die Diagnostik des Nierenbecken- und Uretertumors weitgehend wertlos. Sie sind sehr wohl aber in der Fragestellung nicht-schattengebendes Konkrement und des regionalen Lymphknotenstatus von Bedeutung, wenn der Verdacht auf einen muskelinvasiven Tumor besteht.

3. THERAPIE

Standard

Nierenbecken und oberes Ureterdrittel: Nephroureterektomie mit Blasenmanschette, Segmentresektion des Ureters bei Tumoren im mittleren Drittel mit End-End-Anastomose, Resektion des distalen Ureterdrittels mit Uretero-Zystoneostomie.

Alternative Therapien

Elektroresektion bzw. Lasertherapie nur in ausgewählten Fällen bei oberflächlichem Urothelkarzinom. Alle weiteren parenchymsparenden Verfahren, wie Segmentresektionen, perkutane Resektionen, Nierenbeckenteilresektionen, sowie intrapelvine und ureterale Spülungen mit Zytostatika bzw. Immuntherapeutika nur nach strengster Indikationsstellung wie bei funktionellen oder anatomischen Einzelniere und eingeschränkter Nierenfunktion bzw. multimorbiden Patienten.

Metastasierte Karzinome

Analog zum Urothelkarzinom der Harnblase.

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](#)