

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: primäres Osteosarkom
der Blase**

Esterbauer B, Schmeller N

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2000; 7 (5) (Ausgabe

für Österreich), 53-55

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

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



FALLBERICHT: PRIMÄRES OSTEOSARKOM DER BLASE

ANAMNESE

64jähriger Patient, wegen schmerzloser Makrohämaturie seit 1 Woche erstmalig vorstellig

ERHOBENE BEFUNDE

Körperlicher Status: altersentsprechend, unauffällig

DRUS: mäßig vergrößerte Prostata, weich

Thoraxröntgen: unauffällig

I.v.-Pyelogramm: unauffälliger oberer Harntrakt, bds. prompte Kontrastharnausscheidung, keine Harntransportstörung, Blase selbst unauffällig

Laborwerte: PSA-Wert 3,4 ng/ml, komplettes Blutbild normal, ebenso Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte und Leberwerte im Normbereich.

Es wurde eine *Urethrozystoskopie* in Allgemeinnarkose durchgeführt. Es zeigten sich entzündlich veränderte Schleimhautareale, die biopsiert wurden.

Histopathologischer Befund: chronische, zum Teil xanthogranulomatöse Entzündungsinfiltration der Blasenschleimhaut mit Verkalkung und heterotoper Ossifikation.

Der Patient wurde antibiotisch behandelt und nach Abklingen der Hämaturie entlassen.

Die *Wiederaufnahme* erfolgte 1 Monat später mit erneuter Makrohämaturie. Zu diesem Zeitpunkt zeigte ein i.v.-Pyelogramm eine mittelgradige Hydronephrose li., der Harnleiter war bis prävesikal dargestellt, dort Kontrastmittelabbruch, in der Blase selbst auf der li. Seite Kontrastmittelaussparung.

Zystoskopiebefund: gr. solider Tumor an der li. Seitenwand den Bereich des li. Ostiums einschließend.

Danach erfolgte in erneuter Narkose die *transurethrale Resektion* dieses Tumors.

Pathohistologischer Befund: malignes mesenchymales Geschwulstgewebe mit Knochenbildung, wobei letztere differentialdiagnostisch einem

primären osteogenen Sarkom oder aber auch einer metastatischen Verknöcherung eines anderen Tumors entsprechen könnte.

Nachtragsbefund: Nach Einholen eines Konsiliarbefundes wird nun die Diagnose „Primäres Osteosarkom der Harnblase“ favorisiert.

Aufgrund dieses Befundes wird nun ein *Staging* durchgeführt. *Abdomen und Becken-CT:* Keine pathologisch vergrößerten retroperitonealen Lymphknoten, mäßige Hydronephrose li., tumorös imponierende Verdickung der unteren Harnblasenhinter- und Seitenwand li. mit offensichtlich intramuraler Verkalkung. Das li. Ostium in diesen Prozeß involviert. Perivesikal streifige Fettgewebsinfiltration (Abb. 1–3).

Ganzkörperskelettszintigraphie mit 540 MBQTC 99 MD-Phosphonat: Keine pathologischen Mehranreicherungen, die Hinweis auf einen pathologischen Knochenherd geben könnten. Im Bereich der Blase findet sich eine eher runde intensive fokale Anreicherung, die sich von der Harnblasen-

Abbildung 1: Becken-CT im Bereich der li. SW, beginnende tumoröse Raumforderung



Abbildung 2: Tumoröse Verdickung der Harnblasen-Seitenwand li.



Abbildung 3: Großer Tumor li. Seiten- und Hinterwand der Blase + intramurale Verkalkung



aktivität deutlich abhebt und im li. Blasenbereich zur Darstellung kommt (Abb. 4 u. 5).

WEITERER VERLAUF

Die Histologie nach transurethraler Resektion ergab 3 Differentialdiagnosen: 1. reines Osteosarkom der Blase, 2. Karzinosarkom mit überwiegender Osteosarkomkomponente, 3. Blasenkarzinom mit ossärer Metaplasie, wobei von unseren Pathologen und auch von einem Referenzpathologen das reine Osteosarkom favorisiert wurde.

Der Patient wurde aufgrund dieser Befunde und dem negativen Staging einer radikalen Operation, einer Cystoprostatektomie, unterzogen. Die histologische Aufarbeitung des OP-Präparates ergab ein primäres osteogenes Sarkom der Blase sowie ein inzidentelles Adenokarzinom der

Prostata. Es handelte sich um ein T4-Stadium, da die vordere Rektumwand infiltriert war, diese wurde jedoch mitreseziert. Die entfernten Lymphknoten waren tumorfrei. Da es sich um ein T4-Stadium handelte, wurde der Patient einer postoperativen Strahlentherapie mit 59 Gray zugeführt, jedoch kam es schon nach wenigen Wochen noch unter der Radiotherapie zur Ausbildung eines Lokalrezidivs. Dieses schnellwachsende Lokalrezidiv führte zu einem akuten Ileus; im Rahmen dieser Komplikation ist der Patient dann auch 6 Monate nach Diagnosestellung verstorben.

Es liegen immunhistochemische Untersuchungen vor, auf deren Abbildung wurde jedoch verzichtet, da nur Schwarz-Weiß-Bilder gedruckt werden. Diese Untersuchungen sprechen eindeutig für ein primäres Osteosarkom.

Korrespondenzadresse:

Ass. Dr. Brigitte Esterbauer
LKA-St. Johanns-Spital, Urologi-

sche Abteilung
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48

KOMMENTAR ZUM FALLBERICHT

Das primäre Osteosarkom der Blase ist ein sehr seltener Tumor, weniger als 30 Fälle finden sich in der Literatur. Männer sind häufiger betroffen als Frauen (2–4: 1), der Altersgipfel liegt in der 7. Dekade.

Histologisch handelt es sich um ein meist niedrig differenziertes Sarkom mit Osteoid-Anteil. Sarkomatoides Urothelkarzinom und urotheliales Karzinom mit ossärer Metaplasie kann mittels immunhistochemischen Untersuchungen (Cytokeratin, Vimentin, muskelspezifisches Aktin, Desmin und S-100 Protein) ausgeschlossen werden. Als mögliche Ursachen werden vorangegangene

Abbildung 4: Ganzkörperskelettszintigraphie: im Bereich der Blase li. Aktivitätsanreicherung durch Verknöcherung



Abbildung 5: Deutlich sichtbare Aktivitätsanreicherung im Bereich der li. Blasenwand



pelvine Radiatio, Cyclophosphamid-hältige Chemotherapie, chronische Entzündungen und Blasentumoren diskutiert. Die meisten Fälle werden erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Das Tumorstaging entscheidet weit eher als die Therapie über die Prognose, die ungeachtet des therapeutischen Vorgehens generell schlecht ist. Die

meisten Patienten versterben innerhalb von 6 Monaten.

Wie bei lokalisierten Sarkomen anderen Ursprungs führt eine frühzeitige Radikaloperation zu längeren Überlebenszeiten. Im metastasierten Stadium kann eine Polychemotherapie mit Methotrexat, Doxorubicin, Cisplatin und Ifosfamid versucht werden. We-

gen der Seltenheit des Tumors kann naturgemäß keine generelle Therapieempfehlung gegeben werden.

*Dr. Walter Albrecht
Vorsitzender des Arbeitskreises für
urologische Onkologie (AUO)*

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](#)