

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Was gibt's Neues beim  
Harnblasenkarzinom?**

Scholz M

*Journal für Urologie und  
Urogynäkologie 2007; 14 (Sonderheft  
6) (Ausgabe für Österreich), 18*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://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**



M. Scholz

## WAS GIBT'S NEUES BEIM HARNBLASENKARZINOM?

### KLASSIFIKATION

Durch die WHO-Klassifikation 2004 wurde erstmals zwischen nichtinvasiven und invasiven Urothelkarzinomen unterschieden. Die Nomenklatur wurde mit der Einführung neuer Entitäten vereinheitlicht. Die frühere 3gradige Einteilung der Tumordifferenzierung wurde aufgehoben und durch „low-“ und „high-grade“ ersetzt. Zusätzlich wurde eine neue Gruppe von papillären Urotheltumoren, die papilläre Neoplasie niedrigmalignen Potentials (PUNLMP), eingeführt. Internationale klinische Daten zeigen, daß diese verfeinerte Stadieneinteilung der neuen WHO-Klassifikation die Behandlungsoptionen des Blasenkarzinoms positiv beeinflusst. In einer retrospektiven Studie von 215 Patienten mit „low-grade“ und nichtinvasiven Blasentumoren konnten Herr et al. zeigen, daß nach einer Rezidivfreiheit nach 3 und 6 Monaten bei der Kontrollzystoskopie eine halbjährliche Kontrolle in den ersten 5 Jahren und danach jährlich ausreichend ist.

### BIOMARKER

Mit dem Ziel der Früherkennung bzw. Reduktion der Zystoskopieintervalle in der Nachsorge von Blasen-tumorpatienten wurden in den letzten Jahren verschiedene Biomarker für Blasen-tumore entwickelt und auf

den Markt gebracht. Obwohl einige dieser Marker besser sind als das PSA für die Prostata, gibt es bis heute kein „PSA für die Blase“. Weiterhin gilt die Zystoskopie als der Goldene Standard in der Nachsorge von Blasen-tumoren. Einer der Gründe liegt sicherlich in der hohen Erwartungshaltung. Yossepowitch et al. konnten mit einer Befragung an 200 Patienten zeigen, daß  $\frac{2}{3}$  der Befragten nur bei einer 95%-Genauigkeit eines Blasen-tumormarkers bereit sind, diesen an Stelle einer Zystoskopie in der Nachsorge zu akzeptieren. Die Zukunft liegt sicherlich in einem kombinierten Einsatz.

### FLUORESZENZ-ZYSTOSKOPIE

Ein weiteres Instrumentarium zur besseren Erkennung von Blasen-tumoren, das in der letzten Zeit deutlich an Interesse zugenommen hat: Fradet et al. verglichen die Fluoreszenz-Zystoskopie mit Hexaminolävulin-säure-Hydrochlorid (Hexvix®) vs. Weißlicht-Zystoskopie an 298 Patienten mit Blasen-tumoren und konnten durch die Fluoreszenz-Zystoskopie 34,2 % mehr Tumore identifizieren als mit der konventionellen Weißlicht-Zystoskopie. Die Sensitivität für das Carcinoma in situ lag bei 87 % für die Fluoreszenz- und 83 % für die Weißlicht-Zystoskopie. In einer anderen prospektiv randomisierten Blasen-tumorstudie (pTa, pT1, CIS) zeigte sich eine statistisch signifikante Rezidivreduktion durch die

Fluoreszenz-Zystoskopie bei einem medianen Follow-up von 7,1 Jahren. Auch wenn die primären Kosten durch die Fluoreszenz-Zystoskopie erhöht sind, sehen die Autoren durch die signifikante Rezidivreduktion eine Kostenersparnis von € 168 pro Patient pro Jahr.

### BCG-THERAPIE

Unverändert besteht eine rege Diskussion über das optimale Therapie-regime bei der Immuntherapie mit BCG. Die spanische CUETO-Gruppe verglich in einer randomisierten prospektiven Studie „low-dose“ BCG ( $\frac{1}{3}$ ) vs. „very low dose“ BCG ( $\frac{1}{6}$ ) vs. 30 mg Mitomycin C bei Intermediate-risk-Blasentumoren. Aufgrund ihrer Ergebnisse empfehlen sie die  $\frac{1}{3}$ -Dosis als die niedrigst wirkende adjuvante BCG-Therapie. In einer weiteren multizentrischen randomisierten Studie konnte diese Gruppe zeigen, daß neben den bekannten Risikofaktoren der Multifokalität und der Rezidivhäufigkeit auch das Geschlecht und das Carcinoma in situ ein unabhängiger Risikofaktor bezüglich Rezidiv bei Patienten mit BCG-Therapie sind.

#### **Korrespondenzadresse:**

OA Dr. Michael Scholz  
Urologische Abteilung  
Kaiser-Franz-Josef-Spital (SMZ-Süd)  
A-1100 Wien, Kundratstraße 3  
E-Mail: michael.scholz@wienkav.at

# 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](#)