

## Nachsorge

Risiko-adaptiert und stadiengerecht!

In ca. 65 % handelt es sich um gut- bis mittelgradig differenzierte Tumoren, die durch erneute TUR in der Regel ausreichend behandelt werden können. Mehr als 50 % aller Rezidive sind kurativ behandelbar. Lebenslange urologische Nachsorge ist sinnvoll.

Durch Verbesserung der Chemotherapie gibt es auch bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien Möglichkeiten zur Verbesserung des Krankheitszustandes.

Bei symptomfreien Patienten:

- Ausführliche Anamnese
- Klinische Untersuchung: wenig hilfreich, palp. Leisten-LK =N2
- U-status  
pos. Urinbefunde zeigen in 80 % ein Tumorrezidiv an
- Urinarycytologie  
überlegene Methode bei G2/G3,  
hohe Treffsicherheit bei Tis
- Sonographie
- Urogramm
- Cystoskopie
- Labor  
allgemeine Tumorzeichen, Leber- oder Knochenmetastasen, Niereninsuffizienz infolge Harnstauung. Keine verlässlichen Serum-Tumormarker. Stoffwechselveränderungen bei Verwendung/Verlust resorbierender Darmanteile (Folsäure, Vit. B 12, Blutgase)
- Röntgen-Thorax  
CT/Knochenszintigramm keine Routine

## Impressum

Projektgruppe Urologische Tumoren des  
Regionalen Tumorzentrums Weser-Ems e.V.

Dr. J. Busche, Diepholz, Urologe;  
Dr. A. Busecke, Emden, Urologe;  
Dr. J. Diers, Vechta, Hämatologe und internist. Onkologe;  
Dr. Ch.-P. Esk, Delmenhorst, Urologe;  
Dr. Th. Hanisch, Friesoythe, Urologe;  
Prof. Dr. R.-P. Henke, Oldenburg, Pathologe;  
I. Keineke, Vechta, Urologe;  
Dr. H.A. Klasen, Oldenburg, internist. Onkologe;  
Dr. R. Laut, Bad Zwischenahn, Urologe;  
Dr. J. Leifeld, Leer, Urologe;  
Dr. K. Leonhard, Wilhelmshaven, Urologe;  
Dr. G. Rodemer, Wilhelmshaven, Urologe;  
Dr. Ch. Stallmann, Vechta, Strahlentherapeut;  
Dr. K. Willborn, Oldenburg, Strahlentherapeut

Stand 05.07.05



**Regionales Tumorzentrum Weser-Ems e.V.**

Ärztehaus  
Huntestraße 14  
26135 Oldenburg  
[www.tuz-weser-ems.de](http://www.tuz-weser-ems.de)

**HARNBLASENTUMOREN**



**Projektgruppe  
Urologische  
Tumoren**

**Harnblasen-  
tumoren**

**Empfehlungen zur  
Diagnostik, Therapie  
und Nachsorge**

## Einleitung

Das Harnblasenkarzinom ist nach dem Prostatakarzinom der häufigste urologische Tumor. 3 % aller malignen Neoplasien. In ca. 95 % handelt es sich um Urothelkarzinome, Plattenepithel- und Adenokarzinome kommen in 3-5 % vor. Inzidenz in Deutschland 44,4/100.000 bei Männern, 16,5/100.000 bei Frauen. Lt. Statistik der AG Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland erkrankten 2003 24.750 Menschen an einem malignen Blasen-tumor. Das Maximum der Inzidenz liegt in der 7. Lebensdekade. Mehr als 70 % der Patienten, die wegen eines Blasenkarzinoms behandelt wurden, zeigen im Verlauf ein Tumorrezidiv.

## Risikofaktoren

- Rauchen
- Benzol
- Anilinfarbstoffe
- Nitrosamine
- chronische Harnwegsinfekte u.a.

## Symptome

schmerzlose Mikro/Makrohämaturie, Dysurie, persistierender Harndrang, Inkontinenz, obstruktive Blasenentleerungsstörungen, Abflussstörungen der oberen Harnwege in fortgeschrittenen Stadien.

Jede Makrohämaturie, jeder therapieresistenter Harnweginfekt und jede anhaltende Harndrangsymptomatik ist endoskopisch zu klären!

## Diagnostik

### Obligat

klinische Untersuchung, U.-Status, Urin-cytologie, Sonographie, Endoskopie, Urogramm (in ca. 3-5 % weitere Tumoren des oberen Harntraktes).

### Fakultativ

transrektale Sonographie, photodynamische Diagnostik, NMP22 oder andere molekularbiologische Marker.

## TNM Klassifikation (UICC 2002)

Tis	Carcinoma in situ
Ta	nicht-invasives papilläres Karzinom
T1	Infiltration subepithelial
T2	aInvasion der oberflächlichen Muskulatur
T2b	Infiltration der tiefen Muskulatur
T3a	Infiltration des perivesikalen Gewebes mikroskopisch
T3b	makroskopisch
T4a	Infiltration von Prostata, Uterus oder Vagina
T4b	Infiltration von Becken- und Bauchwand
N1	Befall eines Lymphknotens <=2 cm
N2	Befall eines (2-5 cm) oder mehrere Lymphkn. <= 5 cm
N3	Lymphknoten > 5 cm
M1	Fernmetastasen

## Histologisches Grading

G1	gut differenziert	40 %
G2	mäßig differenziert	30 %
G3	schlecht differenziert	23 %
G4	undifferenziert	7 %

Histolog. Typisierung nach den Richtlinien der WHO (2004)

## Risikogruppen

Für Therapie und Prognose sind Tumorausbreitung, Lokalisation und pathohistologische Parameter relevant. Daher ist eine Stratifizierung nach Risikogruppen sinnvoll:

**Low-risk:** Erstbefund, papillärer Tumor Ta-1 N0 M0 ca.80 %

**High-risk:** Rezidiv, multi-lokulär, Tis, T2-3a N0 M0 ca.12 %

**Fortgeschritten:** T3b-4 N1-3 M1 ca.8 %

## Therapieoptionen

- Transurethrale Resektion (TURB) kurativ bzw. zur histolog. Sicherung
- Nachresektion nach 6 Wochen
- Instillationstherapie, z.B. mit Mitomycin oder BCG
- Radikale Cystektomie mit Harnableitung
- Chemotherapie
- Strahlentherapie

## Therapie

### I. Low-risk-Gruppe:

Transurethrale Resektion/ggf. Nachresektionen.  
Nachsorge nach kurativer TUR.

### II. High-risk-Gruppe:

Bei multilokulären T./rezidiv. T. : topische Chemo-Therapie (z.B. Mitomycin) /Carcinoma in situ (Tis): BCG-Instillationen Radikale Cystektomie mit Blasenersatz/Harnableitung (kontinente Ableitung, z.B. orthotoper Blasenersatz, Pouch; inkontinente Ableitung, z.B. Ileumkonduit), Radio-Chemotherapie bei Inoperabilität oder Operationsverweigerern.

### III. Fortgeschrittene Tumoren:

Chemotherapie (Gemcitabine + Taxane), Schmerztherapie, Bisphosphonate, Strahlentherapie, palliative operative Therapie (z.B. transurethrale Resektionen bei rezidivierenden Blutungen, Salvage-Cystektomie).

## Prognose

Die größte Bedeutung für die Prognose besitzen Art und Ausmaß der Tumorausbreitung. Je tiefer die Invasion des Tumors in die Harnblasenwand, um so häufiger ist der Einbruch in Blut- und Lymphgefäße und um so schlechter die Prognose. Eine besondere Bedeutung kommt dem Carcinoma in situ (Tis, immer G3!) als aggressiver Tumor-Entität zu.

### 5-Jahres-Überlebensraten

• pT1	65 %
• pT2-pT3a	30 %
• pT3b	5 %
• pT4	0 %