

Harnblasenkrebs

Neues und Bewährtes
aus Diagnostik und Therapie

Häufigkeiten und Krankheitssymptome

Aktuelle Zahlen vom Robert-Koch-Institut belegen für das Jahr 2010 für Deutschland schätzungsweise 21.400 Männer und 8.500 Frauen, die an Harnblasenkrebs, das in der Fachsprache Urothelkarzinom der Blase genannt wird, erkranken. Die Symptome sind Geschlechtsunabhängig. In erster Linie ist eine rote, rose oder burgundfarbene Verfärbung des Urins noch dazu schmerzfrei hoch verdächtig. Eine Verfärbung des Urins mit Schmerzen kann hingegen auch viele andere Ursachen haben. Es reicht eine einmalige Verfärbung des Urins aus, die den aufmerksamen Patienten veranlassen sollte, seinen Arzt aufzusuchen und dies abklären zu lassen.

Es gibt aber auch Menschen, die eine solche einmalige Episode ausblenden und erst bei der zweiten Episode zum Arzt gehen, meist erst Monate später. Tückisch ist, dass die Symptome nicht anhaltend sind.

Diagnostik und Therapie

Die Untersuchung des Harntraktes erfolgt „von oben nach unten“. Der Urologe beginnt zunächst in den Nieren und endet in der Blase: durch eine Ultraschall- und Röntgen-Kontrastmitteluntersuchung der Nieren und danach - und das immer bei einer schmerzlosen Blutung - durch eine Blasenspiegelung. Findet man einen Tumor wird zunächst eine Gewebeprobe entnommen, die im Regelfall die gleichzeitige Entfernung des Tumors bedeutet. Dieses geschieht unter Narkose unter rückenmarksnaher Betäubung und durch die Harnröhre hindurch mit einem etwas dickeren Instrument, als bei der normalen Spiegelung. Der Befund wird mit einer Art Drahtschlinge, durch die ein elektrischer Strom gegeben und mit der eine Schneidwirkung erzielt wird, entfernt. Das abgetrennte Gewebe und der Wundgrund können auch verschorft werden so das Blutungen vermieden

werden können. Schließlich erfolgt die Ausspülung der Gewebepartikel durch die Blase, die dann mikroskopisch untersucht werden. Dieses alles erfolgt ohne äußere Schnitte durch den Weg der Harnröhre.

Neu ist, dass man heute bei dieser Abtragung Fluoreszenz-Farbstoffe verwenden kann. Circa eine Stunde vor Beginn des Eingriffs wird dem Patient ein Medikament verabreicht, das sich in den aktiven Zellen, zu denen insbesondere Tumorzellen gehören, anreichert. Bei der Spiegelung und Abtragung wird dann von einem hellen Weißlicht auf ein blaues Fluoreszenz-Licht umgeschaltet. Durch Ansammlung dieses Medikamentes in den Tumoren leuchten Tumore rot auf, so dass hier Tumorareale besser erkannt werden können und selbst kleinere Befunde oder auch Vorstufen vom behandelnden Arzt sicherer identifiziert und entfernt werden können. Mit dem natürlichen Augenlicht bei einer herkömmlichen Weißlichtspiegelung können vor allem sehr kleine Tumorareale nicht unbedingt

entdeckt werden, so dass sich die diagnostische Trefferquote durch dieses Medikament (Wirkstoffname: Hexaminolävulinsäure hydrochlorid) erhöht wird. Diese Form der Untersuchung wurde in diesem Jahr 2010 mit in den Leistungskatalog aufgenommen.

Der behandelnde Arzt bemüht sich im Regelfall, alle sichtbaren Tumoren zu entfernen, wobei auch mehrere Herde in der Blase auftreten können. Sollte ein primär sehr großer Befund vorliegen oder man vermutet, dass die Erkrankung durch die Entfernung nicht zu heilen ist, wird nur in Randbezirken, um die Diagnose zu stellen, ein repräsentativer Anteil des Tumors entfernt. Die gewonnenen Proben werden dann mikroskopisch untersucht und klassifiziert, danach entscheidet sich für den Patienten, wie es mit ihm therapeutisch weitergeht. Ein entscheidendes Kriterium ist, ob die Tumoren noch oberflächlich sind, also sich im Schleimhautniveau ausbreiten oder sich schon in die Blasenmuskulatur hineingewachsen haben, beziehungsweise auf dem Weg dahin sind. In diesem Fall lässt sich die Erkrankung durch eine einfache Ausschabungsmethode auf Dauer nicht heilen. Tauchen Tumorherde nur oberflächlich auf, werden die behandelnden Ärzte überlegen, ob man eine vorbeugende Medikamenten-Therapie durchführt oder hierauf verzichten kann. Bei oberflächlichen Tumoren, die aber beispielsweise aggressiver aussehen, wird dem Patienten eine Chemotherapie oder eine Immuntherapie verabreicht. Anders als bei herkömmlichen Chemotherapien werden die Chemotherapeutika beim Harnblasenkrebs direkt in die Blase gegeben und deshalb treten auch keine der üblichen Ganzkörper-Nebenwirkungen auf. Für solche innerhalb der Harnblase verabreich-

ten (intravesikalen) Chemotherapien stehen verschiedene Medikamentenwirkstoffe wie Mitomycin C, Epirubicin oder Doxorubicin zur Auswahl. Eine solche Behandlung erfolgt circa 24 Stunden nach der Operation, um die neu Einnistung von Tumorzellen zu verhindern.

Immuntherapeutische Medikamente sind ebenfalls sehr wirksam, wenn sie direkt in die Blase gegeben werden. Dabei handelt es sich in der Regel um in Ihrer Wirkung abgeschwächte Tuberkelbakterien (ursprünglich Tuberkulose auslösende Erreger), die in der Blase eine örtliche Antwort des Immunsystems hervorrufen. Dies hat zur Folge, dass das Wiederauftreten von entarteten Zellen weniger häufig stattfindet oder sich auch kleinere Tumoren wieder zurückbilden können. Solche Chemo- oder Immuntherapien werden über einen Zeitraum von 6 – 8 Wochen jeweils einmal wöchentlich verabreicht. Auch gibt es sogenannte Erhaltungstherapien, bei denen man beispielsweise nach ein bis drei Monaten eine sogenannte Auffrischungsbehandlung erhält, um das Wiederauftreten der Tumoren hinauszuzögern oder zu verhindern.

Behandlung fortgeschrittener Tumore ohne Metastasen

Bei Patienten mit Tumoren, die bereits die Blasenwand durchbrochen haben, wird zunächst eine Ganzkörperuntersuchung gemacht. Dabei wird eine Röntgenaufnahme der Lunge, ein sehr guter Ultraschall des Bauchraumes oder eine komplette Untersuchung mit dem Computertomographen (CT) durchgeführt, um auszuschließen, dass Metastasen vorhanden sind.

Wenn erwiesen ist, dass keine Fernabsiedlungen vorhanden sind, sondern nur in der Blase ein Tumoreinbruch in tiefere Zonen stattfindet, ist eine komplette Entfernung der Blase bei Patienten durchzuführen, die nicht hochbetagt sind oder ernsthafte schwere Begleiterkrankungen haben. Dies ist heutzutage sogar sehr gut bei über 80 Jährigen, rüstigen Patienten möglich, um für den restlichen Lebensabschnitt Übleres zu verhindern. Beim Mann werden die Blase, die Prostata und die Samenblasen entfernt sowie die umgebenden Lymphknoten. Bei Frauen wird über die Blase hinaus die Gebärmutter, ein Teil der Scheidenvorderwand und ein bis zwei der Eierstöcke entfernt (je nach Alter). Nerven, die für den Schließmuskel oder die Potenz notwendig sind, können bestenfalls partiell geschont werden.

Die größte Auswirkung in Bezug auf die Lebensqualität resultiert nun daraus, wie der Patient sich künftig seines Urins entledigt. Die einfachste Variante ist, dass man einen Urinbeutel bekommt, der auf die Bauchhaut geklebt wird, in dem der Urin abfließt, wir nennen das Conduit. Dabei wird ein etwa 15 cm langes Dünndarmstück entnommen, in die Haut eingepflanzt und in das andere Ende vom „Rohr“ werden die Harnleiter implantiert. Der Urin läuft so aus den Nieren über die Harnleiter in das kurze Dünndarmstück hinein, um sich dann über die Haut in den Beutel zu entleeren. Das ist ein sogenanntes „nasses Stoma“, das so seit vielen Jahrzehnten verwendet und angelegt wird. Es ist zuverlässig, belastbar und gut, aber man hat dann eben einen Beutel.

Die elegantere Lösung ist, dass man eine sogenannte Neoblase fertigt, also eine komplette neue Blase anlegt. Diese wird an die Harnröhre ange-



geschlossen und der Patient kann auf normalem Weg wieder Wasser lassen und das ohne Beutel. Dieses geht bei Frauen und Männern. Es gibt mehrere Techniken. Vereinfacht kann man es sich so vorstellen, dass der Operateur einen knappen halben Meter Dünndarm entnimmt und aus diesem Dünndarm-Segment durch verschiedene, operative Umformungsmaßnahmen eine Kugel erzeugt wird. Diese Kugel wird einerseits an den Harnröhrenstumpf angeschlossen, damit der Urin über den Penis oder Harnröhre der Frau wieder entleert werden kann. Auf der anderen Seite der Kugel wird der Harnleiter eingepflanzt, so dass der Urin über die Nieren durch die Harnleiter in die neue Darmblase entleert wird. Hier sammelt er sich wie in einer normalen Blase an und kann dort auch gehalten werden, ohne dass man Urin verliert. Der Patient ist wieder kontinent und ab einer gewissen Füllung, wird diese willkürlich entleert. Allerdings gibt es keinen Harndrang,

nur ein „Ersatzgefühl“ in etwa wie ein dumpfer Druck.

Durch eine Bauchpresse kann man dann den Urin entleeren.

Wenn es nicht möglich ist, eine neue Blase an die Harnröhre wieder anzuschließen, kann trotzdem eine solche neue Blase aus Darm ohne äußeren Beutel angelegt werden. Man nennt diese Form dann einen „Pouch“.

Die neue Blase muss dann mehrfach täglich vom Patienten selbst durch eine kleine, trockene Öffnung beispielsweise im Nabel mit Hilfe eines dünnen Schlauches entleert (katheterisiert) werden. Ein Pouch ist „trocken“ und kosmetisch unauffällig.

Die beiden zuletzt genannten Methoden sind der Rolls-Royce in der operativen Urologie und wegen der notwendigen Sorgfalt und vieler Einzelschritte etwas zeitaufwändig; sie dauern cirka fünf bis sechs Stunden.

Bei Patienten, die eine neue Blase erhalten haben, sollte auf jeden Fall eine Anschluss-Heilbehandlung durchgeführt werden, weil gerade diese Patienten nach diesem Eingriff noch viel zu lernen haben, beispielsweise das Wasserhalten trainieren oder die Ernährungsgewohnheiten anpassen.

Eine Strahlentherapie kombiniert mit einer Chemotherapie könnte nach neuesten Studienergebnissen - die auf dem amerikanischen Krebskongress

ASCO 2010 sowie dem Radioonkologiekongress ASTRO 2010 vorgestellt wurden – eine wirkungsvolle Alternative zur radikalen Operation darstellen.

Behandlungsmöglichkeiten bei Metastasen fortgeschrittener Harnblasentumore

Wenn Blasenkrebs Tochtergeschwülste bilden (Metastase) siedeln sich diese bevorzugt in den Lymphknoten im kleinen Becken an oder sie befallen vergleichsweise häufig die Lunge und die Leber. Seltener aber auch zu beobachten sind Knochenabsiedlungen. Wenn Metastasen vorhanden sind, nimmt man Abstand von der Entfernung der Blase, weil dann keine Heilung mehr erzielt werden kann.

In diesem Fall kommt dann die Ganzkörper-Chemotherapie ins Spiel. In Deutschland gibt es eine Therapieform, die aus zwei verschiedenen Substanzen besteht, die standardmäßig eingesetzt werden. Dabei läuft ein Zyklus über 3 oder 4 Wochen, wobei allerdings nicht an jedem Tag behandelt wird, sondern nur am Tag 1 und 2 sowie Tag 8 und Tag 15 und dies wiederholt sich dann und wird teilweise ambulant durchgeführt. Zunächst werden mindestens zwei solcher Kurse verabreicht und danach wird das Ergebnis neu bewertet ob die Metastasen die Tumoren angesprochen haben oder nicht. Wenn die „Chemo“ anspricht, werden weitere Zyklen je nach Krankheitsverlauf veranlasst. Stationäre Chemotherapien bieten die meisten urologischen Kliniken. Ambulante Chemotherapien können in spezialisierten urologischen Praxen oder beim hierin erfahrenen Internisten für Hämatologie und Onkologie durchgeführt werden.

Fortschritt in der Therapie fortgeschrittener Harnblasentumore:

Für Patienten, bei denen die Standard-Chemotherapie nicht mehr anspricht gab es bislang keine wirksamen Behandlungsoptionen. Seit Ende 2009 konnte an dieser Stelle ein Therapiefortschritt erzielt werden. Für diese Patienten steht nunmehr ein Medikament zur Verfügung, dessen Wirkstoff Vinflunin heißt. Vinflunin wird bei Patienten eingesetzt, die nicht oder nicht mehr auf die Standard Therapie ansprechen. Vinflunin gehört zu der Substanzgruppe, den sogenannten Vinca-Alkaloiden und wird mit Hilfe einer einmaligen Infusion verabreicht, die im dreiwöchigen Zeitabstand gegeben wird. In einer breit angelegten klinischen Zulassungsstudie mit 370 Patienten konnte der Nachweis für die Wirksamkeit des Präparates geführt werden. Im Rahmen der Studie erhielt die eine Patientengruppe mit 253 Personen Vinflunin sowie eine optimale unterstützende Therapie, die andere Gruppe, die insgesamt 117 Personen umfasste, erhielt lediglich eine optimale unterstützende Therapie. Sowohl im Hinblick auf das Gesamtüberleben als auch hinsichtlich der Krankheitskontrolle, des Ansprechens der Medikation sowie die Zeit bis zum Fortschreiten der Erkrankung konnte Vinflunin einen deutlichen Vorteil nachweisen. Der Vorteil im Bezug auf das mittlere Gesamtüberleben betrug 2 Monate.

Behandlungsqualität ist kein Zufall

In Deutschland werden im Durchschnitt in einer urologischen Klinik

etwa zehn Blasenentfernungen im Jahr durchgeführt. Die Qualität des operativen Eingriffs hängt natürlich nicht nur von der Anzahl der durchgeführten Operationen ab, sondern auch von der Expertise der Operateure. Als Patient, dem eine solche Operation bevorsteht, kann man sich am besten bei den Ärzten seines Vertrauens oder im Internet in den veröffentlichten Qualitätsberichten der Kliniken informieren.

Auch ältere Patienten können von der Therapie profitieren

War man noch vor Jahren der Meinung, das sich bei betagten älteren Menschen eine Operation nicht lohne, da sie zu riskant sei, haben doch Studien in jüngster Zeit immer wieder belegt, das die Vorteile eines operativen Eingriffs, selbst für älteren Menschen jenseits der 80, überwiegen.

Selbsthilfe ist wichtig

Bei circa 30.000 Neuerkrankten in Deutschland erstaunt es, wie wenig Selbsthilfegruppen es gibt. Wir selbst haben daher 2010 für die Duisburger gemeinsam mit dem Selbsthilfebund Blasenkrebs die erste „Selbsthilfegruppe Blasenkrebs in Duisburg“ gegründet.

Es gibt bereits circa 10 feste Mitglieder mit wachsender Tendenz. Hier haben Betroffene die Möglichkeit, Gespräche mit anderen Patienten zu führen und es gibt eine enge Zusammenarbeit zwischen der

Gruppe und uns Ärzten. Patienten in einer akuten Situation können so Betroffene treffen, die häufig ähnliche oder gleiche Erfahrungen gemacht haben sowie durch deren Know-How deutlich profitieren.



*Selbsthilfe-Bund
Blasenkrebs e.V.*

www.blasenkrebs-shb.de

Ansprechpartner:

Peter Schröder
Tel. 0208/421511

Karl-Heinz Bockelbrink
Tel. 0231/403676



Prof. Dr. Dr. Detlef Rohde

Urologische Klinik, Marien-Hospital,
Katholisches Klinikum Duisburg GmbH

Wanheimerstr. 167a,
47053 Duisburg
Tel. 0203/6009-331
E-Mail: urologie@kkd.de

