

Hämaturie, Dysurie – wann welche Abklärung?

Warum Blasenkrebs oft so lange unbemerkt bleibt

Blasenkrebs ist eine der heimtückischsten Krebsarten und wird oft nur durch Zufall entdeckt. Häufig sogar erst in einem Stadium, in dem es für eine erfolgreiche Behandlung fast zu spät ist. Dabei hat das Blasenkarzinom, früh erkannt, eine Heilungschance von über 90 Prozent. Welche Frühsymptome es gibt, wann man eine Abklärung initiieren sollte und welche Therapiemöglichkeiten bestehen, behandelt dieser Beitrag.

Martin Spahn und Stephan Bauer

Jedes Jahr erkranken in der Schweiz etwa 1200 Menschen an Harnblasenkrebs, und circa 550 Menschen jährlich sterben an diesem Tumor (1). Bei Männern, die etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen, ist der Blasenkrebs die fünfhäufigste Krebsart überhaupt. Warum Tumoren in der Harnblase und in den Harnwegen entstehen, ist meist unklar. Eine der Hauptrisikofaktoren ist das Rauchen. Experten schätzen, dass etwa 30 bis 70 Prozent aller Blasenkrebsfälle darauf zurückzuführen sind. Aber auch Chemikalien, wie zum Beispiel die aromatischen Amine, die in der Chemie-, der Stahl-, der Lederindustrie, der Zahntechnik und dem Friseurhandwerk verwendet werden, können Blasenkrebs verursachen.

Eine Makrohämaturie sofort abklären

Ein Kardinalsymptom des Blasenkarzinoms ist die Hämaturie. Bei bis zu 30 Prozent der Männer, die eine Makro-

hämaturie haben, findet sich in der weiteren Abklärung ein Blasenkarzinom. Dennoch wird eine einmalige Makrohämaturie vom Patienten oft bagatellisiert, und in der Folge wird kein Arzt aufgesucht. Diese Zeitverzögerung in der Entdeckung und Behandlung eines Blasenkarzinoms kann negative Auswirkungen auf das Überleben des Patienten haben. So ist zum Beispiel bekannt, dass bei einem neu diagnostizierten Blasenkarzinom eine Verzögerung der radikalen Zystektomie um drei Monate zu einer deutlichen Verschlechterung des Überlebens führt. Demnach ist bei Makrohämaturie ein rasches, gezieltes Handeln angezeigt. Eine urologische Untersuchung sollte innerhalb von ein bis zwei Wochen erfolgen.

Während die Makrohämaturie eine klare Indikation für die sofortige urologische Abklärung ist, stellt die Mikrohämaturie ein komplexeres Problem dar. Bei bis zu 50 Prozent der Patienten, die sich in der allgemeinärztlichen/internistischen Praxis vorstellen, liegt eine Mikrohämaturie vor. Die komplette Abklärung dieser Mikrohämaturie zeigt aber letztlich nur bei weniger als 2 Prozent der Patienten einen Blasen-tumor (2, 3).

MERKSÄTZE

- ▶ Das Blasenkarzinom ist ein oft unterschätzter Tumor. Dem Wahrnehmen möglicher Symptome und der frühzeitigen urologischen Abklärung kommt eine entscheidende Bedeutung für die Prognose des Patienten zu.
- ▶ Während oberflächliche Blasenkarzinome durch die transurethrale Blasenresektion (TUR-B) behandelt werden können, erfordern muskelinvasive Blasenkarzinome eine komplexe und hoch spezialisierte operative Behandlung im interdisziplinären Setting.
- ▶ Dem Patienten sollten in einem hoch spezialisierten Zentrum alle Möglichkeiten der kontinenten und inkontinenten Harnableitung angeboten werden, um die im individuellen Fall optimale Rekonstruktion zu ermöglichen.
- ▶ Der standardisierten Operation sowie der Dokumentation der Operationsqualität kommen grosse Bedeutung zu. Diese sollten von Patienten und zuweisenden Ärzten vom behandelnden Urologen eingefordert werden.

Welches Vorgehen bei unspezifischen Symptomen?

Häufig weisen Patienten mit Blasenkarzinom auch keine spezifischen Symptome auf, und die Tumoren werden oft erst in einem späten Stadium entdeckt. Neben einer Hämaturie können irritative Miktionsbeschwerden mit erhöhter Miktionsfrequenz, Drangsymptomatik, Inkontinenz und Nykturie, aber auch eine Dysurie, sowie rezidivierende/persistierende Harnwegsinfekte wegweisend für ein Blasenkarzinom sein. Welchem Patienten aber sollte eine weiterführende urologische Abklärung empfohlen werden? *Abbildung 1* zeigt einen Algorithmus, der bei der Triage der Patienten hilfreich ist und überflüssige Untersuchungen reduziert. Zur urologischen Abklärung gehören im Allgemeinen neben der Anamnese und der körperlichen Untersuchung die Sonografie des Harntraktes, eine Urinanalyse mit Urinzytologie, das 3-Phasen-(Uro-)CT und die Zystoskopie mit Entnahme einer Blasen-spülzytologie.

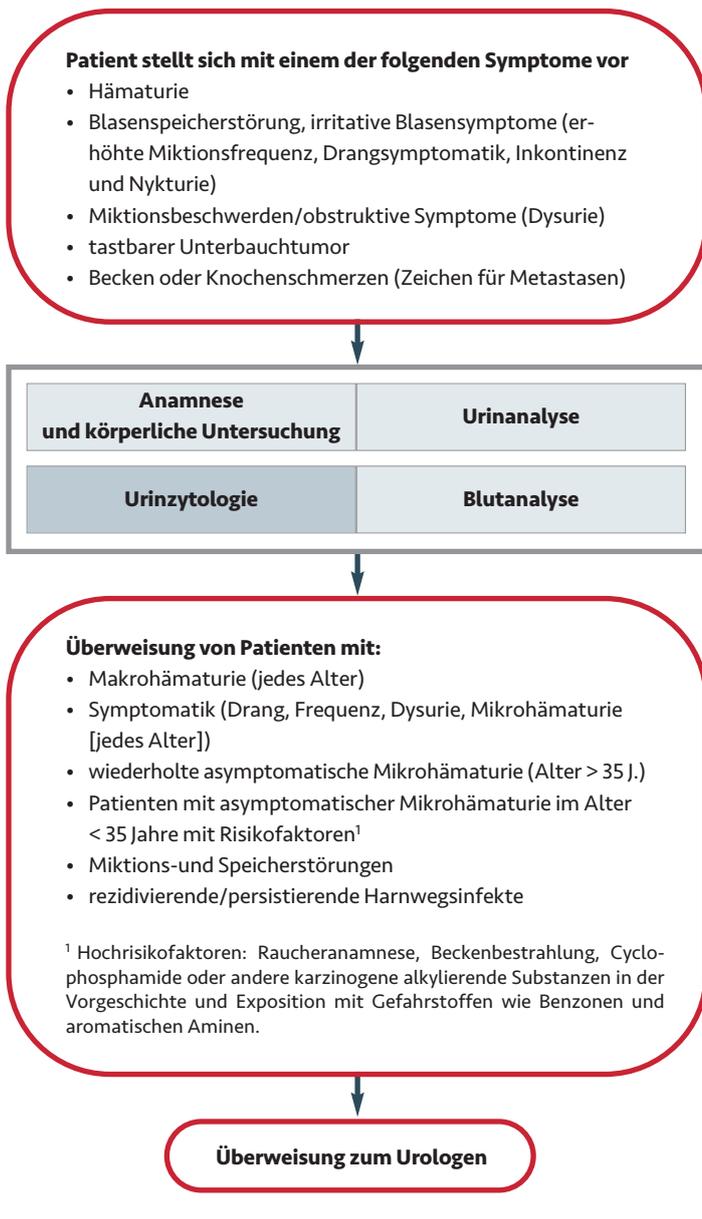


Abbildung 1: Blasen tumor: Symptomatik und Abklärungsalgorithmus
© Zentrum für Urologie Zürich, Klinik Hirslanden Zürich

Ausmass der Resektion abhängig vom histologischen Befund

Wurde ein Blasen tumor diagnostiziert, ist die operative Entfernung mittels transurethraler Blasenresektion (TUR-B) indiziert. Da die Prognose grundlegend von der Infiltrationstiefe abhängt, kommt der histopathologischen Untersuchung für die Planung der weiteren Behandlung eine entscheidende Rolle zu (4). Man unterscheidet die sogenannten oberflächlichen (nicht muskelinvasiven) Blasenkarzinome (Abbildung 2), die durch eine TUR-B beherrscht werden können, von den sogenannten muskelinvasiven Tumoren (Abbildung 3). Diese infiltrativ in die Blasenwand einwachsenden Tumoren haben ein hohes Progressions- und Metastasierungspotenzial und bedürfen einer raschen aggressiveren Therapie. Die Standardbehandlung dieser Patienten ist die radikale Zystektomie. Bei männlichen Patienten beinhaltet diese die En-bloc-Resektion von Blase, Prostata und anhängenden Samenblasen.

Blasenkarzinomstadien

Die Prognose betroffener Patienten hängt von der Grösse und der Infiltrationstiefe des jeweiligen Blasen tumors ab. Die folgenden Abbildungen zeigen die verschiedenen Tumorstadien.

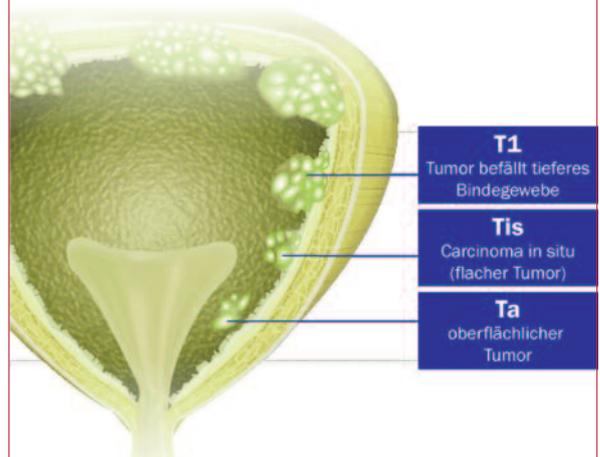


Abbildung 2: Bei nicht invasiven Tumoren handelt es sich um frühe Krebsstadien (Ta, T1 und Tis) mit guten Heilungschancen.

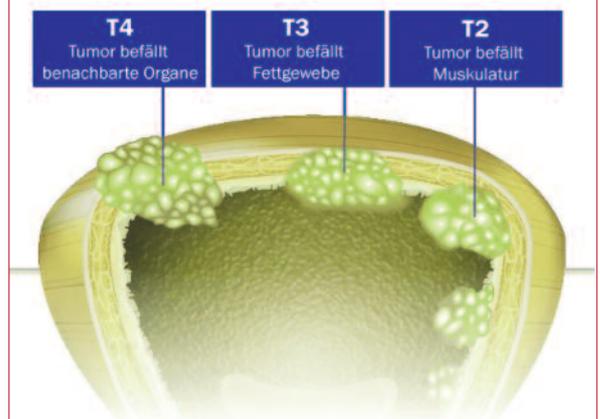


Abbildung 3: Infiltrierend wachsende Urothelkarzinome im Tumorstadium T2, T3 und T4 haben eine schlechtere Prognose und bedürfen einer aggressiven lokalen Therapie.

Bei weiblichen Patienten erfolgt in der Regel die vordere Exenteration mit Entfernung der Blase, des Uterus und der Vaginalvorderwand. In selektierten Fällen kann bei Frauen der Uterus und die Vagina intakt belassen werden. In allen Fällen ist die radikale Zystektomie mit einer extendierten iliakalen Lymphadenektomie verbunden. Diese hat nicht nur diagnostische Bedeutung, sondern kann bei Patienten mit minimaler, lymphogener Metastasierung auch einen kurativen Effekt haben. Der Qualität der Operation und einer standardisierten Durchführung kommt eine grosse Bedeutung zu, um eine optimale Tumorkontrolle und funktionelle Ergebnisse zu erreichen. Im Rahmen der hoch spezialisierten Medizin sind eine prospektive Dokumentation der durchgeführten Operation und der intra-/postoperativen Komplikationen zu fordern sowie ein Qualitätssicherungssystem, wie es zum Beispiel in prospektiven, klinischen Studien erforder-

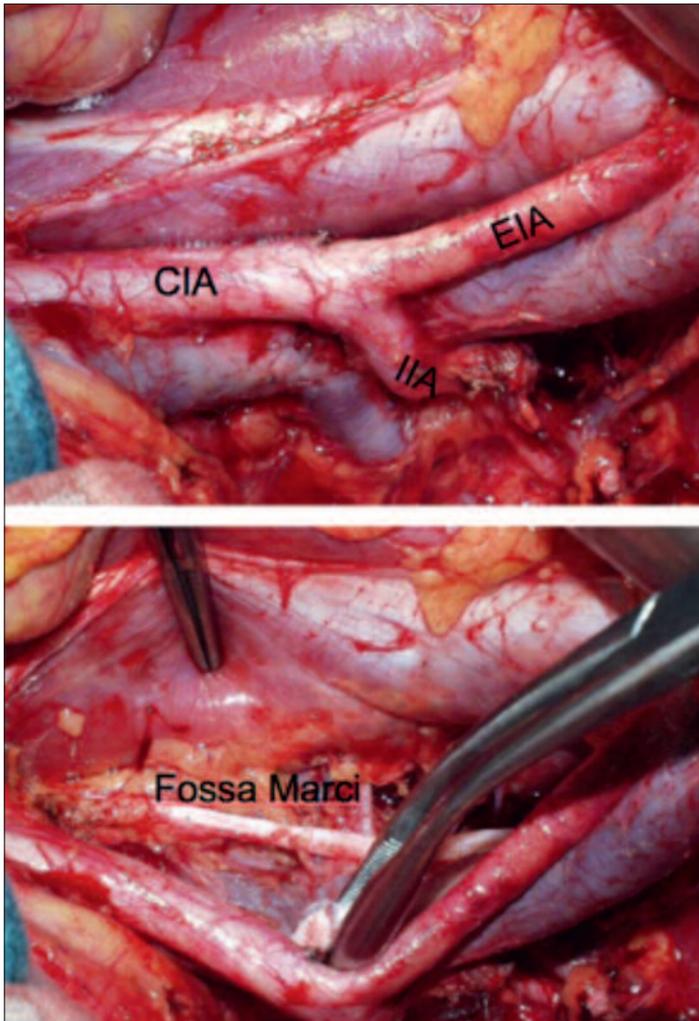


Abbildung 4: Intraoperative Dokumentation einer korrekt durchgeführten extendierten pelvinen Lymphadenektomie. (CIA = A. iliaca communis; EIA = A. iliaca externa; IIA = A. iliaca interna) © Spahn

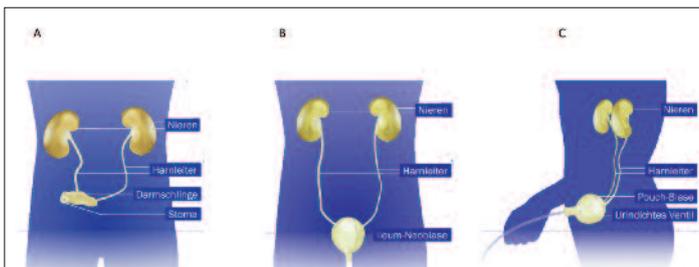


Abbildung 5: Formen der Harnableitung: A) Ileum-Conduit, B) Ileum Neoblase, C) Ileozökalpouch (MAINZ-Pouch I).

lich ist (5). *Abbildung 4* zeigt den intraoperativen Dokumentationsbefund einer korrekt ausgeführten pelvinen Lymphadenektomie im Rahmen der Zystektomie. Bei grossen Tumoren mit oder ohne Lymphknotenmetastasen ist gegebenenfalls eine neoadjuvante Chemotherapie nach dem Schema MVAC (Methotrexat, Vinblastin, Adriamycin und Cisplatin) oder nach dem Schema Gemcitabin/Cisplatin der Operation vorzulagern.

Die Blase ist weg – was nun?

Natürgemäss erfordert die Entfernung der Harnblase eine Ersatzlösung, um den Urin zu sammeln und auszuscheiden.

Die einfachste Lösung stellt die inkontinente (nasse) Harnableitung über ein Urostoma dar. Bei dieser werden die beiden Ureteren in ein aus der Nahrungspassage ausgeschaltetes Ileumsegment implantiert, welches dann über die Bauchwand ausgeleitet wird (*Abbildung 5*). Der Urin wird in diesem Fall in einem auf die Haut aufgebrachten Stomabeutel aufgefangen. Neben dieser nassen Harnableitung besteht aber auch die Möglichkeit, eine kontinente Harnableitung anzulegen, bei der der Patient keinen Stomabeutel tragen muss. Hierbei spielt die Ileum-Neoblase eine wichtige Rolle (6). In diesem Fall wird aus einem Ileumanteil ein Urinreservoir gebildet, welches an die Harnröhre angeschlossen wird. Der Patient entleert seine Blase dann auf natürlichem Weg über die Harnröhre.

Was tun, wenn die Harnröhre nicht erhalten werden kann?

In manchen Situationen kann aus onkologischen Gründen die Harnröhre nicht erhalten werden. Diesen Patienten wurde in der Vergangenheit vielfach lediglich eine nasse Harnableitung angeboten. Dennoch besteht mit dem MAINZ-Pouch I eine hervorragende Lösung, auch diesen Patienten eine kontinente Lösung anzubieten. Hierfür wird ein ileozökales Darmsegment benutzt, um ein kontinentes Reservoir zu bilden, welches über den Nabel ausgeleitet wird. Die Blasenentleerung erfolgt in diesem Fall durch einen intermittierenden Selbstkatheterismus über das Nabelstoma, welches kosmetisch unauffällig in der Nabelgrube positioniert wird (7).

Die Entscheidung, welche Form der Harnableitung einem Patienten empfohlen werden kann, ist immer eine individuelle Entscheidung und sollte neben den medizinischen Faktoren individuelle Gegebenheiten, Alter und Komorbiditäten berücksichtigen (8). ▲

Prof. Dr. med. Martin Spahn (korrespondierender Autor)
 Dr. med. Stephan Bauer
 Zentrum für Urologie, Zürich
 Prostatakrebszentrum Klinik Hirslanden Zürich
 Klinik Hirslanden
 Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
 Tel. 044 387 20 30, Fax 044 387 20 31
 E-Mail: martin.spahn@hirslanden.ch
 Internet: www.hirslanden.ch

Interessenkonflikte: keine

Referenzen:

1. <https://www.krebsliga.ch>
2. Jung H et al.: Association of hematuria on microscopic urinalysis and risk of urinary tract cancer. *J Urol* 2011; 185(5): 1698–1703.
3. Hiatt RA, Ordonez JD: Dipstick urinalysis screening, asymptomatic microhematuria, and subsequent urological cancers in a population-based sample. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3(5): 439–443.
4. Madersbacher S et al.: Radical cystectomy for bladder cancer today – a homogeneous series without neoadjuvant therapy. *J Clin Oncol* 2003; 21(4): 690–696.
5. Members of EQ, Working Groups of Scientific E. Multidisciplinary quality assurance and control in oncological trials: Perspectives from European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Eur J Cancer* 2017; 86: 91–100.
6. Studer UE, Varol C, Danuser H: Orthotopic ileal neobladder. *BJU Int* 2004; 93(1): 183–193.
7. Thuroff JW et al.: Mainz pouch continent cutaneous diversion. *BJU Int* 2010; 106(11): 1830–1854.
8. Spahn M, Boxler S: Urinary diversion in elderly patients. *Urologe* 2015; 54(12): 1753–1757.