

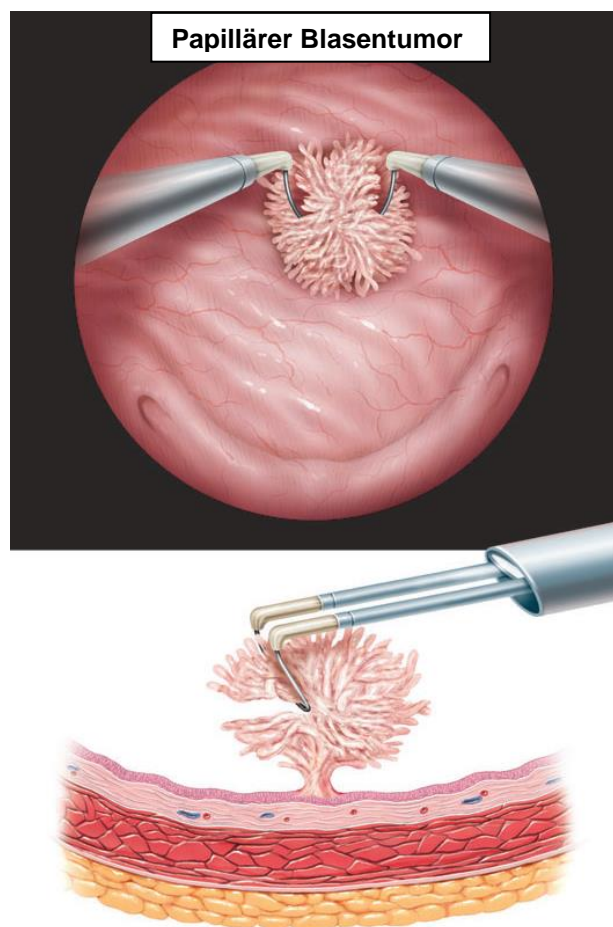
14. August 2020

Blasenkrebs

Das Urothelkarzinom der Blase ist ein Tumor mit hoher Rezidiv- und Progressionshäufigkeit und kann bei nicht frühzeitigem Erkennen zu einer schnellen Metastasierung führen. Grundsätzlich wird das Urothelkarzinom vom nicht-muskel-invasiven (oberflächlichen) zum muskel-invasiven Karzinom unterschieden.

Standardverfahren in der Diagnostik ist zunächst eine Blasenspiegelung (Zystoskopie) mit der Untersuchung des Urins auf tumorverdächtige Zellen. Diese kann in 95% ambulant unter örtlicher Betäubung in unserer Sprechstunde erfolgen. Sollte sich dort der Verdacht erhärten, ist eine Ausschabung des Tumors auch transurethrale Resektion der Blase (TUR-Blase, siehe nebenstehende Abbildung¹) genannt in Anästhesie indiziert. Je nach intraoperativen Befund erfolgt zeitnah im Anschluss eine in die Blase instillierte Verabreichung von wachstumshemmenden Stoffen wie Chemotherapeutika um das Rezidivrisiko zu senken.

Man unterscheidet papilläre (baumartige) und flächenhafte Tumoren sowie das Carcinoma in situ (CIS), eine flache, aber sehr aggressive Tumorform. Da diese zum Teil schwer zu identifizieren sind, können neue Detektionstechniken hinzugezogen werden. Hierfür bieten wir die fluoreszenzassistierte photodynamische Diagnostik an zur Verbesserung der Detektionsrate im Vergleich zur Weißlichtzystoskopie.



¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1464-410X.2010.09387.x>

Behandlung des oberflächlichen, nicht-muskelinfiltrierenden Blasenkrebs

Die richtige Therapieentscheidung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Entscheidend hierfür sind Tumorgröße, Erstbefund oder Rezidivtumor, Vorliegen eines Carcinoma in situ sowie die Aggressivität des Tumors. Anhand dieser Faktoren werden meist folgende mögliche Therapiemöglichkeiten mit Ihnen besprochen:

- Regelmäßige Kontrollen mittels Blasenspiegelungen, falls der Tumor im Gesunden entfernt wurde.
- TUR-Nachresektion (die Nachresektion verbessert die diagnostische Genauigkeit in Bezug auf Ausdehnung und Tumorcharakterisierung). Eine Nachresektion sollte innerhalb von 6 Wochen nach der ersten Resektion durchgeführt werden.
- Lokale (in die Blase instillierte) Verabreichung von immunantwort-auslösenden Substanzen wie etwa BCG oder aber intravesikale Chemotherapeutika-Applikationen um das Rezidivrisiko zu senken (Wir bieten hierfür die sogenannte Thermo-Chemotherapie der Harnblase an)

Behandlung eines muskelinfiltrierenden Blasenkrebs

Sind Tumorableger in den Lymphknoten wenig wahrscheinlich ist die operative Entfernung der Blase (Zystektomie) sowie der Lymphknoten im kleinen Becken indiziert. Ggf. wird auch eine präoperative Chemotherapie zur Risikoreduktion eines späteren Lymphknotenrezidivs besprochen. Hier werden in der Regel die gesamte Blase und unmittelbare Nachbarorgane, beim Mann Prostata und Samenblasen, bei der Frau Gebärmutter und Eierstöcke und Anteile der vorderen Vaginalwand, entfernt.

Entsprechend dem Befund in der Blase und der allgemeinen Situation des Patienten sind verschiedene harnableitende Verfahren im Rahmen der Zystektomie möglich:

Kontinente Ableitungen mit Anschluss an die Harnröhre (bspw. Neoblase) oder katheterisierbare Pouchformen und inkontinente Ableitungen im Sinne eines künstlichen Ausgangs (Ileum-Conduit)

Da diese Operationen aufgrund ihrer Komplexität sowie Risikokonstellation an einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden sollten, arbeiten wir eng mit den Kollegen der Urologie am Insepspital in Bern zusammen.