

tetes, etwa 15 Zentimeter langes Dünndarmstück. Das offene Ende dieses Dünndarmstücks wird über die Bauchhaut ausgeleitet. Die Öffnung in der Bauchhaut nennt man Stoma. Diese Form der Harnableitung heißt Ileum-Conduit („Bricker-Blase“) oder, wenn Dickdarm verwendet wurde, Colon-Conduit. Bei dieser Form der Harnableitung läuft der Urin in einen kleinen Beutel auf dem Stoma ab.

Neoblase:

Eine andere Form der Harnableitung ist die Schaffung einer echten Ersatzblase (Neoblase). Hierbei wird ebenfalls aus ausgeschalteten Darmteilen ein Sammelbeutel gebildet, der an die Harnröhre angeschlossen wird. Es wird dabei also kein künstlicher Harnaussgang angelegt, sondern der natürliche Weg genutzt. Der Urin wird wie bei der natürlichen Blase über die Schließmuskeln gehalten. Die Blase muss in regelmäßigen Abständen alle drei bis vier Stunden durch Pressen entleert werden.

Eine Variante der Neoblase ist der so genannte Pouch. Ausgeschaltete Darmanteile bilden bei dieser Harnableitungstechnik einen Sammelbeutel mit ventilartiger Einstülpung, die meist im Bereich des Bauchnabels implantiert wird. Der Urin wird vom Patienten mehrmals am Tag durch einen Katheter entleert, der in die Öffnung in der Bauchdecke eingeführt wird.

Eine weniger gebräuchliche Form der Harnableitung ist die Einpflanzung der beiden Harnleiter in ein nahe dem Darmausgang gelegenes Dickdarmstück. Die Urinentleerung erfolgt danach zusammen mit dem Stuhlgang.

Was kann man bei fortgeschrittenem Harnblasenkrebs tun?

Haben Patienten schon bei der Diagnosestellung oder nach der ersten Behandlung nachweisbare Krebszellen in den Lymphknoten im Unterbauch, oder hat der Tumor Tochter-

geschwülste (Metastasen) in anderen Organen gebildet, ist eine Chemotherapie möglich. Sie wird meist mit mehreren verschiedenen Zytostatika durchgeführt und stellt eine teils stationäre, teils ambulante Behandlung dar.

Welche Untersuchungen stehen in der Nachsorge an?

Wie oft Patienten mit Harnblasenkrebs nach der ersten Behandlung wieder zum Arzt müssen, hängt von der Ausbreitung des Tumors und der Art der Behandlung ab. Bei oberflächlichen Tumoren werden z.B. regelmäßige Blasenspiegelungen empfohlen. Betroffene, die nach einer Entfernung der Blase mit einer Ersatzblase, einem Stoma oder einer anderen Form der Harnableitung leben, sollten sich auch langfristig regelmäßig untersuchen lassen

Wie sind die Heilungschancen?

Vor allen in frühen Stadien ist die Prognose bei Blasen-Krebs gut. Ist der Tumor noch nicht in die Muskelschicht der Harnblase eingewachsen, liegen die Heilungschancen bei rund 80 Prozent. Hat er die Muskelschicht befallen, überleben immer noch etwa 60 Prozent der Erkrankten die kommenden fünf Jahre. Hat der Tumor bereits die andere Organe befallen, sinkt die Fünf-Jahres-Überlebensrate auf ca. 20 Prozent.

Zertifizierung



Adresse

Asklepios Klinik Harburg

Urologie
Haus 8, Urologisches Zentrum, 1. OG
Station 83 B – 3. OG
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg
Tel.: (0 40) 18 18-86 25 55
Fax: (0 40) 18 18-86 34 25
www.asklepios.com/harburg



Gemeinsam für Gesundheit

www.asklepios.com

Patienteninformation

Harnblasenkrebs

■ Was ist Harnblasenkrebs?

Harnblasenkrebs (Harnblasenkarzinom) ist eine bösartige Geschwulst der Blase. In rund 95 % der Fälle handelt es sich dabei um sogenannte Urothelkarzinome, die von der Schleimhaut ausgeht, die das Innere der Harnblase auskleidet. Nicht selten entstehen diese Tumore gleich an mehreren Stellen in der Harnblase.

Das Durchschnittsalter bei Ausbruch der Erkrankung liegt bei 65 Jahren, wobei Männer häufiger als Frauen betroffen sind.

Die Häufigkeit liegt bei Männern bei rund 30 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100.000 Männer. Bei Frauen ist diese Zahl mit 8:100.000 etwas geringer. In Deutschland treten pro Jahr rund 16.000 neue Fälle von Blasenkrebs auf.

■ Welche Risikofaktoren für die Entstehung des Harnblasenkrebses sind bekannt?

Die Entstehung von Harnblasenkrebs wird durch verschiedene Faktoren begünstigt. Als größter Risikofaktor gilt das Rauchen. Auch Passivrauchen trägt zur Steigerung des Risikos bei. Viele der im Zigarettenrauch enthaltenen Substanzen wirken krebserregend. Ein erhöhtes Krebsrisiko findet sich auch in einigen Industriebereichen beziehungsweise bei einigen Berufsgruppen. So gelten bestimmte chemische Stoffe, wie die sog. aromatischen Amine als krebserregend und werden mit der Entstehung von Blasenkrebs in Verbindung gebracht. In Branchen wie beispielsweise der Textil-, Farb- oder chemischen Industrie gilt der Harnblasenkrebs als anerkannte Berufskrankheit. Allerdings sind die Anzahl der Erkrankungen durch Arbeitsschutzmassnahmen deutlich seltener geworden.

■ Welche Symptome können auftreten?

Harnblasenkrebs macht in frühen Stadien oft kaum Beschwerden. Die Symptome sind meistens eher unspezifisch und ähneln denen verschiedener anderer Harnwe-

gs- und Nierenerkrankungen. Häufig macht sich der Harnblasenkrebs durch Blut im Urin (Hämaturie) bemerkbar. Weitere Symptome können verstärkter Harndrang sein, bei dem jedoch nur kleine Mengen entleert werden. Schmerzen beim Wasserlassen, Schmerzen in den Flanken, Venen- oder Lymphstauung sowie Knochenschmerzen sind eher Symptome eines fortgeschrittenen Harnblasenkarzinoms.

Welche Untersuchungen sind bei Verdacht auf Harnblasenkrebs nötig?

Bei Verdacht auf Blasenkrebs wird zunächst eine körperliche Untersuchung und ein Testung des Urin auf Blut durchgeführt.

Weitere wichtige Untersuchungen sind:

Blasenspiegelung (Urethrozystoskopie): Hierbei wird eine Optik unter lokaler Betäubung durch die Harnröhre in die Blase vorgeschoben. Somit kann das Innere des Organs nach verdächtigen Stellen absucht werden. Diese Untersuchung ist wichtigste und durch kein alternatives Verfahren zu ersetzen.

Ultraschalluntersuchung des Urogenitaltraktes: Hier kann bei der Beurteilung der Blase und der Nieren manchmal der Tumor der Blase erkannt werden.

Urinzytologie: Hierbei handelt es sich um eine Untersuchung des Harns auf Tumorzellen.

Röntgenuntersuchungen: Häufig wird eine Röntgenkontrastdarstellung der Nieren, der Harnleiter und der Blase (Uro-

graphie) durchgeführt, um andere Erkrankungen des Nierenbeckens und der Harnleiter auszuschließen. Bei einem Harnblasenkrebs, der bereits in die Muskelschicht der Blasenwand vorgedrungen ist, müssen weitere Informationen über die Ausbreitung des Tumors eingeholt werden, zum Beispiel durch eine Computertomografie (CT) des Bauchraumes.

Wonach richtet sich die Behandlung des Harnblasenkrebses?

Blasenkrebs geht fast immer von der Schleimhaut aus, die die Harnblase innen auskleidet. Die Behandlung richtet sich daher in erster Linie danach, wie tief der Tumor in die Blasenwand eingedrungen ist und ob sich bereits Tochtergeschwulste (Metastasen) in den nächstgelegenen Lymphknoten oder in anderen Körperbereichen gebildet haben.

Als oberflächliche Harnblasenkarzinome werden solche Tumoren bezeichnet, die noch nicht über die Schleimhautschicht hinaus in die Tiefe der Blasenwand gewachsen sind. Die Tumorerkrankung ist dann mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auf die Harnblase beschränkt. Etwa 70 bis 80 Prozent der Patienten haben zum Zeitpunkt der Diagnose ein oberflächliches Harnblasenkarzinom. Für sie sind die Aussichten günstig, da diese Tumoren relativ selten metastasieren.

Wie wird der oberflächliche Harnblasenkrebs behandelt?

Bei oberflächlichen Tumoren steht in der Regel eine organerhaltende Therapie im Vordergrund, die Blase muss also nicht entfernt werden. Die Tumorentfernung erfolgt mit einer Elektroschlinge durch die Harnröhre hindurch unter Narkose. Für diesen Eingriff müssen die Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von etwa zwei bis fünf Tagen rechnen.

Unmittelbar nach der Tumorentfernung kann eine einmalige Gabe von Medikamenten zur Abtöten von Tumorzellen in das Innere der Harnblase eine Einnistung sich frei bewegend Tumorzellen verhindern. Je nach vorher diagnostiziertem Ausbreitungsgrad und Anzahl der Tumoren wird bis sechs Wochen nach dem Ersteingriff ein weiterer Eingriff mit der Elektroschlinge durchgeführt (sogenannte Nachresektion). Hierdurch soll sicher gestellt werden, dass der Tumor möglichst komplett entfernt worden ist.

Nach der vollständigen Tumorentfernung kleiner, wenig bösartiger Tumoren sind in der Regel nur urologische Nachkontrollen mit regelmäßigen Blasenspiegelungen nötig. Haben die Untersuchungsergebnisse Anhaltspunkte für eine erhöhte Rückfallgefahr erbracht, können weitere Schritte notwendig sein, um vorzubeugen. Infrage kommt hier eine Spültherapie der Blase mit einem Chemotherapeutikum oder eine Immuntherapie mit dem Impfstoff BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Der Impfstoff BCG, der ursprünglich zur

Behandlung der Tuberkulose eingesetzt wird, steigert die lokale Immunabwehr der Blase.

Wann muss die Harnblase entfernt werden?

Bei Tumoren, die in die Muskelschicht der Blase eingedrungen sind, ist meistens die Entfernung der ganzen Blase erforderlich. Auch bei großflächigen oder zahlreichen oberflächlichen Karzinomen, die sich nach operativ-medikamentöser Behandlung nicht zurückbilden oder erneut wachsen, kann eine Blasenentfernung notwendig sein, da eine Zunahme der Bösartigkeit droht und es zur Metastasierung kommen kann.

Bei Männern wird neben der Harnblase zugleich Prostata und Samenblasen entfernt, bei Tumorbefall der Harnröhre muss die Harnröhre ebenfalls entfernt werden.

Bei Frauen werden zusätzlich die Gebärmutter, die Eierstöcke, ein Teil der Scheidenwand und meistens die Harnröhre entfernt. Eine operative Harnblasenentfernung ist ein großer Eingriff und benötigt eine Nachbetreuung von etwa zwei bis drei Wochen im Krankenhaus. Mit der operativen Harnblasenentfernung wird eine andere Art der Harnableitung erforderlich.

Welche Möglichkeiten der alternativen Harnableitung gibt es?

Wurde die Harnblase entfernt, so muss ein neuer Weg für die Harnableitung geschaffen werden. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Ileum-Conduit: Die einfachste Form ist die Einpflanzung der beiden Harnleiter in ein ausgeschal-