

Harnblasenkrebs:

Inzidenz und Ätiologie

Der Harnblasenkrebs ist die zweithäufigste urologische Tumorerkrankung und steht bei den Gesamttumorerkrankungen an siebthäufigster Stelle. Hauptrisikofaktor für die Entstehung ist der Tabakkonsum. Männer erkranken etwa dreimal häufiger als Frauen. Das Haupterkrankungsalter liegt jenseits des 70. Lebensjahres.

Klinische Symptome und Diagnose

Das Hauptsymptom des Harnblasenkrebses ist die sichtbare **Blutbeimengung im Urin** (Makrohämaturie), die in der Regel schmerzlos ist. In diesem Falle sollte umgehend ein Urologe aufgesucht werden. Als erste diagnostische Maßnahme erfolgt hier eine **endoskopische Untersuchung der Harnblase** (Harnblasenspiegelung, Zystoskopie). Zeigt sich hier ein auffälliger Befund, wird im Anschluss in der Klinik unter Betäubung eine **endoskopische Gewebeentnahme (TURB)** aus den veränderten Schleimhautarealen durchgeführt, die zur feingeweblichen Untersuchung geschickt wird. Insbesondere bei flachen, d.h. auf das Schleimhautniveau beschränkten veränderten Bezirken ist das Vorliegen eines Harnblasentumors von einer entzündlichen Schleimhautveränderung nur schwer zu unterscheiden. In diesen Fällen wird in unserer Klinik die **fluoreszenzgestützte Harnblasenspiegelung (PDD) und Narrow Band Imaging** angeboten, bei der tumorös veränderte Schleimhautbezirke exakt von nicht tumorösen Arealen abgegrenzt werden können.

Behandlung des Harnblasenkrebses

Wird bei der feingeweblichen Untersuchung die Diagnose Harnblasenkrebs gestellt, hängt die weitere Behandlung von der Eindringtiefe der Krebszellen in die Harnblasenwand ab.

Bei **nicht muskelinvasiven**, d.h. auf die Schleimhaut begrenzten Tumoren ist eine vollständige **endoskopische Abtragung** mit anschließender zumindest einmaliger Harnblasenspülung mit einem **Chemotherapeutikum** oder einem **Immuntherapeutikum** ausreichend.

Danach erfolgt in festgelegten zeitlichen Intervallen eine urologische Nachuntersuchung, bei der eine Kontrollspiegelung der Harnblase erfolgt.

Generell ist unser Bestreben, die Blase so lange wie möglich zu erhalten.

Wird im Rahmen der feingeweblichen Untersuchung ein tieferes Eindringen des Tumors in die Wand der Harnblase festgestellt, steigt das Risiko, dass Tumorzellen sich im Körper absiedeln (Metastasierung). Dann kann die Erkrankung durch die endoskopische Tumorentfernung allein nicht ausreichend behandelt werden. In diesen Fällen ist, wenn sich der Tumor in einem heilbaren Stadium befindet, eine **vollständige Entfernung der Harnblase** erforderlich. Dies beinhaltet beim Mann die Entfernung der Prostata und der Samenblasen und bei der Frau der Gebärmutter und der Eierstöcke.

Operationstechniken zur Entfernung der Harnblase

An unserer Klinik wird die Entfernung der Harnblase als offene Schnittoperation und als „Schlüssellochoperation“ mit dem DaVinci Operationsroboter angeboten.

In den vergangenen Jahren hat sich dieses sogenannte „minimalinvasive“ Operationsverfahren etabliert. Die Vorteile der DaVinci-assistierten Technik, wie die hohe Präzision der Gewebepräparation und die exzellenten Sichtbedingungen (3-D Sicht), wirken sich direkt auf das Operationsergebnis aus. Dadurch können ein geringerer Blutverlust bei der Operation, schnellere körperliche Erholung nach der Operation erzielt werden.

Harnableitung

Nach Entfernung der Harnblase wird eine Form der Harnableitung benötigt. Dabei wird zwischen einer **trockenen (kontinenten)** und einer **nassen (inkontinenten)** Harnableitung unterschieden.

Bei der **inkontinenten Harnableitung** werden die Harnleiter entweder direkt (Ureterokutaneostomie) oder unter Zwischenschaltung eines

Darmsegmentes (Conduit) an der Haut ausgeleitet. Der Urin wird in einem auf der Haut aufgeklebten Beutel aufgefangen.

Bei der **kontinenten Harnableitung** erfolgt unter Verwendung von Darm (Dünndarm oder Dünn- und Dickdarm), die Bildung einer sogenannten „Ersatzblase“, die den Urin speichern kann und bei Bedarf entleert wird. Unsere Klinik bietet jegliche Form der Ersatzblasenbildung an. In den meisten Fällen ist ein Anschluss der Ersatzblase an die Harnröhre möglich. Ist aus tumorchirurgischer Sicht eine Entfernung der Harnröhre notwendig, so kann die Ersatzblase mit dem Bauchnabel verbunden werden und durch regelmäßigen Einmalkatheterismus entleert werden. Alternativ können die Harnleiter auch in den Dickdarm eingepflanzt werden (Sigma-Rektum Pouch). Der Urin wird dann zusammen mit dem Stuhl über den After entleert.