

## **Karzinome des oberen Harntrakts ( Harnleiter- und Nierenbeckenkarzinome)**

Urothelkarzinome sind mit ca. 90 Prozent die häufigsten bösartigen Tumore der ableitenden Harnwege, davon treten ca. 90 Prozent in der Harnblase auf. Im oberen Harntrakt (Harnleiter und Nierenbecken) finden sich weniger als 10 Prozent aller Urothelkarzinome. Nierenbeckentumore machen ca. 5 Prozent der Urothelkarzinome aus und beziffern ca. 10 Prozent aller malignen Tumore an der Niere.

Ureterkarzinome befinden sich zu ca. 73 Prozent im prävesikalen Harnleiterdrittel, zu 24 Prozent im mittleren Ureterdrittel und zu 3 Prozent im proximalen Ureterdrittel. Uretertumore kommen bei Männern etwa doppelt so häufig vor wie bei Frauen. Die Inzidenz wird mit ca. 10 pro 100.000 Einwohner pro Jahr angegeben. Das durchschnittliche Manifestationsalter liegt bei 65 Jahren. Das Urothelkarzinom des oberen Harntraktes kann u.a. endemisch mit der Balkanephritis und mit Analgetikaabusus assoziiert sein.

Das Urothelkarzinom äußert sich in ca. 75 Prozent der Fälle durch eine schmerzlose Hämaturie, seltener kommen Flankenschmerzen (durch Okklusion des Harnleiters durch Koagel oder Tumor) und Miktionsbeschwerden als Leitsymptome vor. Zur Diagnostik gehören eine Zystoskopie und die Abklärung des oberen Harntraktes mittels Ausscheidungsurogramm bzw. retrograde Ureteropyelographie.

In manchen Fällen entstehen die Karzinome multizentrisch im gesamten Harntrakt und entwickeln regelmäßig verschieden lokalisierte Rezidive. Invasive Tumore sind in der Regel biologisch aggressiv und weisen eine hohe Metastasierungstendenz auf.

## **Therapie:**

### **A. Nierenbeckenkarzinome**

Die Therapie eines Nierenbeckenkarzinoms beinhaltet die vollständige Nephroureterektomie, hierbei wird eine Blasenwandmanschette mitentfernt. Wenn der Ureter nicht entfernt wird, ist die Wahrscheinlichkeit eines Tumorrezidivs im verbleibenden Ureterstumpf mit 15 Prozent sehr hoch. Die Überlebensrate korreliert direkt mit dem Tumorstadium und dessen Differenzierungsgrad. Bei Patienten mit bilateralen Tumoren, Niereninsuffizienz, hohem Operationsrisiko oder Tumoren in einer funktionellen Einzelniere, kann eine patienten- und tumoradaptierte chirurgische Therapie mit einer Lasertherapie der Tumore im oberen Harntrakt in Betracht gezogen werden. Hier sind aber engmaschige Nachkontrollen notwendig.

### **B. Harnleiterkarzinome**

Die Behandlung des Harnleitertumors im proximalen und mittleren Drittel erfolgt standardmäßig durch die Nephroureterektomie. Bei alleiniger Resektion des Tumors ist in bis zu 60 Prozent mit einem Rezidiv zu rechnen. Der distale Harnleitertumor wird wenn nicht muskelinvasiv wachsend und entdifferenziert ist organerhaltend durch die Harnleiterresektion mit Ureterneozystostomie bzw. Darminterponat versorgt. Die endoskopische Tumorzerstörung oder -resektion ist mit einem hohen Tumorrezidivrisiko von 30–90 Prozent belastet. Wie beim Nierenbeckenkarzinom kann aber in Härtefällen diese nach entsprechender Aufklärung der Patienten durchgeführt werden.

## **Nachsorge:**

Die Nachsorge der Patienten mit Karzinomen des oberen Harntraktes entspricht in etwa demjenigen der Patienten mit Blasenkarzinomen mit Zystoskopie, Diagnostik des oberen Harntraktes mittels



Ausscheidensurographie/retrograde Ureteropyelographie und ggf. weiteren radiologischen Verfahren wie z. B. Computertomographie.

INFORMATION