

Harnblasenkarzinom

Patienteninformation



Inhaltsverzeichnis

1 Die Harnblase im Allgemeinen	4
2 Das Harnblasenkarzinom	6
3 Symptome und typische Beschwerden	8
4 Diagnose	11
5 Therapiemöglichkeiten	18
6 Ihre Eigeninitiative in der Therapie	23
7 Hilfe und Unterstützung – Adressen, Links und Literatur ..	26
8 Glossar – Wichtige Fachbegriffe und Erklärungen	30
Fragen an Ihren Arzt	32
Eigene Notizen	34

Die Harnblase im Allgemeinen

Wo im Körper liegt sie und welche Aufgaben erfüllt sie?

Mit der Harnblase, umgangssprachlich auch Blase genannt, hat jeder Mensch mehrmals täglich zu tun. Und zwar immer dann, wenn sie voll ist und der Harndrang groß wird. Sie ist damit eines der wenigen Organe, das wir bewusst wahrnehmen und spüren. Aber was ist die Harnblase eigentlich genau? Um Sie besser mit den Aufgaben der Blase vertraut zu machen, wollen wir an dieser Stelle kurz ihre Lage im Körper und ihre Funktion erklären.

Die Harnblase befindet sich im unteren Bauchraum. Sie liegt dabei im vorderen Bereich des kleinen Beckens, direkt hinter der Schambeinfuge und den Schambeinen (Abb. 1). Man spricht bei der Harnblase von einem Hohlorgan bzw. Hohlmuskel. Denn durch ihren Aufbau ist sie einerseits leicht dehnbar; andererseits kann sich die Muskulatur so zusammenziehen, dass die Blase entleert wird. Innen ist

die Blase mit einer Schleimhautschicht ausgekleidet, dem sogenannten Urothel. Darum befinden sich Muskelschichten, Binde- und Fettgewebe.

Die Aufgabe der Blase besteht in der Speicherung des Urins, einem Ausscheidungsprodukt des Körpers. Der Urin wird von den Nieren über die Harnleiter in die Blase transportiert, dort gesammelt und schließlich über die Harnröhre nach außen abgegeben. Diesen Moment kennt jeder: Wir müssen auf die Toilette gehen.

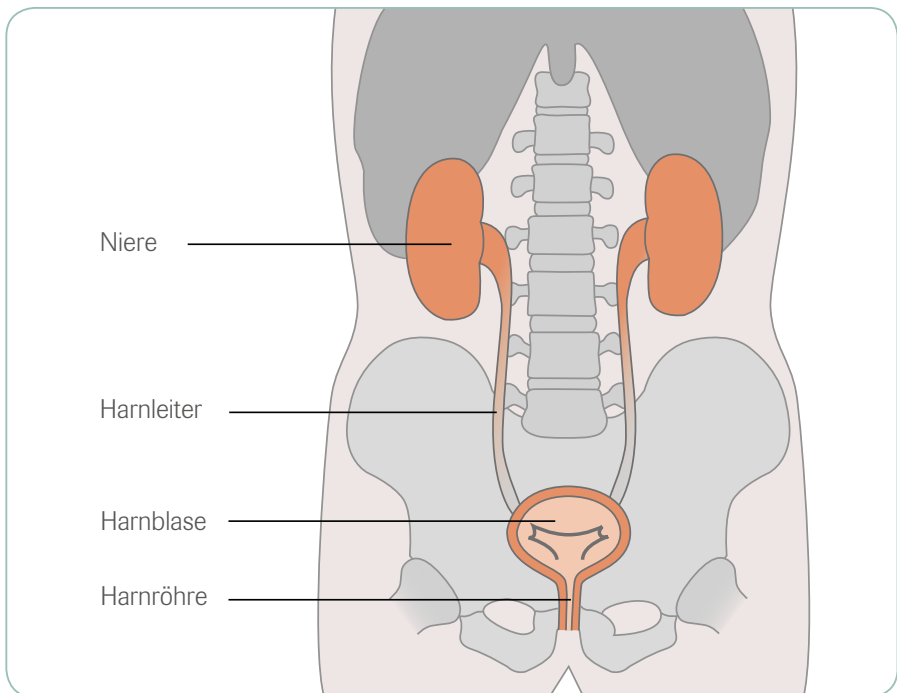


Abb. 1: Lage der Harnblase im menschlichen Körper

Das Harnblasenkarzinom

Was ist ein Harnblasenkarzinom und wie entsteht es?

Der Verdacht auf ein Harnblasenkarzinom lässt viele Fragen aufkommen. Wie wird sich mein Leben verändern? Was kommt jetzt alles auf mich zu? An wen kann ich mich wenden? Ein guter Rat ist es, zunächst ruhig zu bleiben. Viele Ihrer Fragen werden in diesem Ratgeber beantwortet. Doch als erstes möchten wir erklären, worüber eigentlich gesprochen wird. Was ist ein Harnblasenkarzinom? Wogegen gehen wir vor?

Alle Zellen wachsen, teilen und vermehren sich. Das ist normal und dient dazu, die Gesundheit und Funktionalität des Körpers zu erhalten. Problematisch wird es erst, wenn Zellen beginnen sich unkontrolliert zu teilen und überschüssige Zellen auszubilden. Diese werden als Tumore bezeichnet. Allerdings handelt es sich nicht bei allen Tumoren zwangsläufig um Krebszellen. Hierbei ist es wichtig, zwischen gutartigen (benigne) und bösartigen (maligne) Tumoren zu unterscheiden.

Bösartige Tumore werden als Krebs (Karzinom) bezeichnet. Sie haben meist ein rasches und aggressives Wachstum. Dadurch kann es passieren, dass die veränderten Krebszellen in benachbartes Gewebe eindringen und dieses somit zerstören. Eine weitere Gefahr besteht darin, dass sich Krebszellen vom Tumor ablösen. Diese können über die Blutbahn oder das lymphatische System in andere Körperregionen gelangen und dort Tochtergeschwülste (Metastasen) ausbilden.

Bisher ist es nicht möglich, die Ursachen zur Entstehung bösartiger Tumore eindeutig auszumachen. Von zahlreichen Faktoren weiß man aber, dass sie das Risiko erhöhen, einen Harnblasentumor zu entwickeln. Ein wesentlicher Risikofaktor stellt das Rauchen dar. Daneben erhöht auch der Kontakt mit bestimmten chemischen Stoffen, insbesondere mit aromatischen Aminen, das Risiko an einem Harnblasentumor zu erkranken. Darüber hinaus können eine chronische Blasenentzündung, eine gehäufte Einnahme von Schmerzmitteln mit dem Wirkstoff Phenacetin oder eine über Jahre anhaltende Infektionskrankheit Ursachen sein.



Symptome und typische Beschwerden

Woran erkenne ich ein Harnblasenkarzinom?

Ein Harnblasenkarzinom bleibt oft lange unentdeckt, da es – besonders in seinen frühen Stadien – kaum Symptome aufzeigt. Dennoch gibt es vereinzelte Anzeichen, die auf die Gefahr einer Erkrankung hinweisen können. Scheuen Sie sich deshalb nicht, bei einem Verdacht Ihren Facharzt darauf anzusprechen. Denn auch hier gilt: Je früher ein mögliches Karzinom entdeckt wird, desto größer sind die Chancen auf Heilung.

Besonders in frühen Stadien verursacht Harnblasenkrebs kaum bis keine Beschwerden. Selbst eine Blutung des Tumors ist meist schmerzlos, tritt aber bei ca. 80% aller Patienten mit Harnblasenkrebs auf. Der Urin ist in diesen Fällen rötlich bis braun verfärbt und gibt damit einen Hinweis. Weiterhin



können Harndrang, bei dem aber kein Harn ausgeschieden wird, häufiges Wasserlassen oder individuelle, nicht direkt einzuordnende Beschwerden eine Erkrankung andeuten.

Erst im fortgeschrittenen Stadium können Schmerzen des seitlichen Körperrumpfes, ein tastbarer Tumor im Bauchraum, Lymphknotenvergrößerungen, Lymph- oder Venenstauungen oder Knochenschmerzen auftreten.

WICHTIG ZU WISSEN

Alle aufgeführten Symptome können zwar auf eine bösartige Erkrankung der Blase hindeuten, allerdings sind auch völlig harmlose Ursachen dafür denkbar. In jedem Fall sollte dies von einem Facharzt für Urologie abgeklärt werden. Denn Harnblasenkrebs im Frühstadium kann gut therapiert werden und ist dauerhaft heilbar.



Diagnose

Welche Methoden stehen zur Verfügung und was bedeutet die Diagnose für mich?

Bei einem Verdacht oder unklaren Symptomen, sollten Sie keine Angst davor haben, einen Urologen aufzusuchen. Nur gründliche Untersuchungen geben Ihnen Klarheit, ob es sich um einen Tumor handelt, ob dieser gut- oder bösartig ist, wo der Tumor sitzt, ob Metastasen vorliegen und welche Behandlung den größten Erfolg verspricht. Erst nach einer gründlichen Diagnose lässt sich sinnvoll eine individuelle Therapie planen.

Welche Untersuchungen erwarten mich?

Begonnen wird meist mit einem ausführlichen Gespräch, der Anamnese. Der Urologe macht sich ein Bild über die aktuellen Beschwerden, über Vorerkrankungen und eventuelle Risikofaktoren. Auch eine gründliche körperliche Tastuntersuchung (Palpation) kann bereits weitere Hinweise liefern. Anschließend werden verschiedene körperliche und analytische Untersuchungen vorgenommen, um eine klare Diagnose stellen zu können.

Untersuchung von Urin- und Blutproben

Zunächst müssen Fragen beantwortet werden wie: „Lassen sich Blutspuren im Urin finden?“ oder „Sind die Blutwerte in Ordnung?“. Dazu werden Urin- und Blutproben im Labor gründlich untersucht. Besonders bei der Methode der Urinzytologie (Untersuchung des Urins auf krankhafte Zellbestandteile, insbesondere Krebszellen) können Erkrankungen der Harnblase, der harnableitenden Wege und des Nierenkelchsystems bereits im Frühstadium diagnostiziert werden.

Ultraschalluntersuchung

Um eventuelle Veränderungen der inneren Organe zu erkennen, wird eine Ultraschalluntersuchung der unteren Bauchregion, der Nieren und der Blase vorgenommen. Auffälligkeiten lassen indirekt auf einen Tumor schließen.

Röntgenkontrastdarstellung

Wurde Blut im Urin nachgewiesen, wird eine Röntgenkontrastdarstellung der Nieren, der Harnleiter und der Blase (Urographie) durchgeführt. Mit dieser Methode gewinnt der Urologe einen Überblick über den gesamten Harntrakt.

Blasenspiegelung

Um die Schleimhaut der Blase zu untersuchen, wird der Urologe eine Blasenspiegelung (Zystoskopie) durchführen. Dafür wird ein dünner, weicher und biegsamer Schlauch (Endoskop) durch die Harnröhre bis in die Blase eingeführt. Der Schlauch ist mit einer Kamera und einer Lichtquelle versehen. So können Größe, Ausdehnung, Lage oder sogar mehrere vorhandene Tumore erkannt werden. Die Blasenspiegelung ist notwendig, um die endgültige Diagnose zu sichern und die operative Therapie zu planen. In der Regel handelt es sich um eine komplikationsarme und weitgehend schmerzfreie Untersuchung.

WICHTIG ZU WISSEN

Neben der Standard-Weißlicht-Zystoskopie wird heute auch die photodynamische Diagnostik (PDD) eingesetzt, um Harnblasentumore besser sichtbar zu machen und bei einer transurethralen Resektion festzustellen, ob der Tumor vollständig entfernt wurde. Es werden Zystoskope eingesetzt, die mit Filtern ausgerüstet sind, welche sowohl eine Standard-Weißlicht-Zystoskopie als auch eine Blaulicht-Fluoreszenz-Zystoskopie im Wechsel erlauben. Unter Blaulicht fluoreszieren die Tumorzellen rot. Darüber hinaus empfehlen auch die EAU-Richtlinien (European Association of Urology = Europäische Urologische Gesellschaft) die Anwendung der Fluoreszenz-Zystoskopie. Die Untersuchung wird bei lokaler Betäubung durchgeführt.

Biopsie

Bei einer Biopsie werden dem Körper Gewebeproben entnommen, um diese von einem Pathologen unter dem Mikroskop feingeweblich (histologisch) untersuchen zu lassen. Die Entnahme kann dabei direkt während der Blasenspiegelung über das Endoskop geschehen. Oft ist diese Untersuchung die einzig zuverlässige Methode, um ein Blasenkarzinom zweifelsfrei auszuschließen oder zu diagnostizieren.

Tumormarker

Zum Teil werden zur Diagnose auch Tumormarker (z. B. NMP-22) eingesetzt. Diese sind aber zurzeit in der Forschung umstritten und haben noch keinen breiten Einsatz gefunden.

Es wurde ein Tumor gefunden – was ist jetzt zu tun?

Transurethrale Resektion

Liegt in irgendeiner Weise ein Tumor vor, ist es wichtig, den Tumor zu entfernen und genau zu klassifizieren. Hierfür wird erneut ein Endoskop verwendet, das vorsichtig durch die Harnröhre in die Blase eingeführt wird (Abb. 3). Das Endoskop ist mit einer Elektroschlinge ausgestattet, mit deren Hilfe der Tumor entfernt (reseziert) wird. Diese Methode wird als transurethrale Resektion der Blase (TUR-B) bezeichnet.

Die TUR-B hat bei nicht-invasiven Harnblasentumoren, also nicht tiefer in die Blasenwand wachsenden Tumoren, sowohl eine diagnostische als auch eine therapeutische Bedeutung. Denn nicht-invasive Tumore können auf diesem Wege komplett abgetragen werden. Lassen sich an den Rändern des entnommenen Tumorgewebes keine Tumorzellen mehr finden, ist die operative Behandlung bei dieser Art von Tumoren beendet.

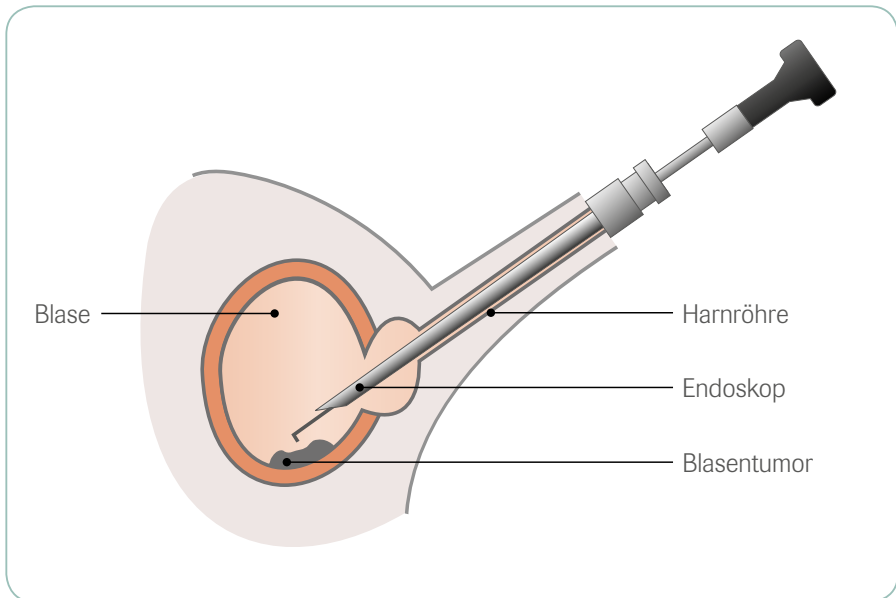


Abb. 3: Operative Entfernung des Tumors

Klassifizierung des Tumors

Nach der Entnahme wird das Gewebe unter dem Mikroskop genau untersucht, ganz gleich, um welche Art Tumor es sich handelt. Es ist in jedem Fall wichtig den Tumor zu klassifizieren, um die weitere Therapie zu planen. Klassifizieren bedeutet, dass der Tumor auf sein Krankheitsstadium (Ausdehnung und Größe des Tumors) und auf seine Malignität (Bösartigkeit, wie stark weichen die Tumorzellen von gesunden ab) hin untersucht wird. Dieser Vorgang wird auch als Staging (Bestimmung des Krankheitsstadiums) und Grading (Malignitätsgrad) bezeichnet.

Staging und Grading

Für die Stadieneinteilung, das Staging, wird die TNM-Klassifikation herangezogen. T steht für die Tumorausbreitung und gibt an, wie weit der Tumor in das Gewebe eingedrungen ist (Infiltrationstiefe), wo er in der Blase liegt und wie groß er ist. N steht für die Zahl und Lokalisation der befallenen Lymphknoten und M steht für das Auftreten und die Lokalisation von Fernmetastasen in anderen Organen (Abb. 4 und 5).

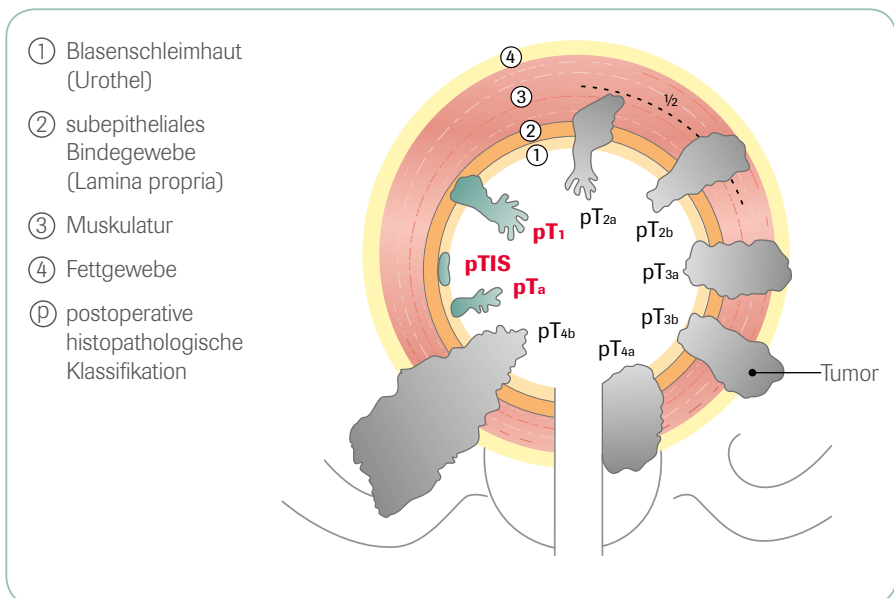


Abb. 4: Tumorausbreitung in der Harnblase (modifiziert nach SOBIN, 2002)

T	Primärtumor
Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Ta	Nicht invasives papilläres Karzinom
TIS	Carcinoma in situ („flacher Tumor“)
T1	Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T2	Tumor infiltriert Muskulatur <ul style="list-style-type: none"> • pT2a: Tumor infiltriert oberflächliche Muskulatur (innere Hälfte) • pT2b: Tumor infiltriert tiefe Muskulatur (äußere Hälfte)
T3	Tumor infiltriert perivesikales Fettgewebe <ul style="list-style-type: none"> • pT3a: Mikroskopische Infiltration • pT3b: Makroskopische Infiltration (extravesikaler Tumor)
T4	Einwachsen in Nachbarorgane <ul style="list-style-type: none"> • pT4a: Prostata, Vagina oder Uterus • pT4b: Becken- oder Bauchwand
N	Regionäre Lymphknoten
Nx	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Metastasen in solitärem Lymphknoten ≤ 2 cm
N2	Metastasen in solitärem Lymphknoten > 2 cm und ≤ 5 cm oder in multiplen Lymphknoten ≤ 5 cm
N3	Metastase(n) in Lymphknoten > 5 cm
M	Fernmetastasen
Mx	Das Vorliegen von Metastasen kann nicht beurteilt werden
M0	keine Fernmetastase(n)
M1	Fernmetastase(n)

Abb. 5: TNM-Klassifikation

Darüber hinaus macht ein Pathologe über seine feingeweblichen (histologischen) Untersuchungen Aussagen zum Grading des Tumors. Die Differenzierungsgrade sind nach Regeln der WHO (1973) festgelegt. Es werden die Grading-Stadien G1, G2, G3 und CIS (Carcinoma In Situ) unterschieden. Eine neuere Einteilung der WHO von 2004 beschreibt die Tumore wie folgt.

Papilläre (warzenförmig) urotheliale Neoplasien (Neubildung von Gewebe) werden in folgende Kategorien unterteilt:

PUNLMP = Papilläre urotheliale Neoplasien with low malignant potential („niedriges bösartiges Potential“)

LGPUC = Low grade papilläre urotheliale Carcinome (niedriger Grad)

HGPUC = High grade papilläre urotheliale Carcinome (hoher Grad)

Häufig werden die Tumore aber noch mit dem alten System beschrieben. Ein Blasen-tumor mit Grading G1 hat in der Zell- und Gewebestruktur noch eine erkennbare Ordnung mit einer kontrollierten Differenzierung (low grade). Hingegen ist ein Blasen-tumor mit Grading G3 (high grade) unkontrolliert und undifferenziert. Dieser Tumor zeigt ein rasch fortschreitendes Wachstum.

Das CIS stellt eine Sonderform dar: Es ist flach, liegt in der obersten Schleimhautschicht und ist aggressiv. Es hat die Neigung, sich in ein muskelinvasives Karzinom zu wandeln (Progression).

Unterschieden werden nicht-muskelinvasive (oberflächliche) Harnblasenkarzinome (Ta -T1, CIS) und muskelinvasive (tiefe) Harnblasenkarzinome (T2-T3). T1 wird nach neueren Definitionen auch als muskelinvasives Harnblasenkarzinom bezeichnet.

Weitere Untersuchungen bei invasiven Tumoren

Die T-Stadien und das Grading sind wichtige prognostische Faktoren, welche die nachfolgenden Therapiemaßnahmen bestimmen. Liegt ein invasives Harnblasenkarzinom vor, werden weitere Untersuchungen notwendig, um mögliche Metastasen zu erkennen. Diagnostische Methoden wie Computertomographie (CT), Kernspintomographie (MRT) und Skelettszintigraphie sind hier zu nennen.

Therapie- möglichkeiten

Welche Behandlung benötige ich?

Die Diagnose Harnblasenkrebs ist dank dem Fortschritt der Medizin in vielen Fällen mit guten Chancen auf Heilung verbunden. Bewahren Sie deshalb zunächst einmal Ruhe. Es ist wichtig die nächsten Schritte sorgfältig zu durchdenken und Entscheidungen nicht zu überstürzen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt in Ruhe über den Befund und der sich anschließenden Therapie. In diesem Kapitel erfahren Sie, welche Therapieoptionen Ihnen zur Verfügung stehen.

Bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung eines Harnblasenkarzinoms stehen die Chancen auf eine vollständige Heilung gut. Die jeweilige Therapie und deren Erfolg stehen dabei in direktem Zusammenhang mit der Klassifikation des Tumors. Ihr Arzt wird Sie genau über das weitere Vorgehen aufklären. Besprechen Sie in diesem Zusammenhang auch die Heilungschancen (Prognose) Ihrer Erkrankung und wie damit umzugehen ist.

Wie werden Blasenkarzinome in der Therapie unterschieden?

Grundsätzlich wird in der Therapie zwischen nicht-invasiven und invasiven Harnblasenkarzinomen unterschieden, da sich die Vorgehensweisen in der jeweiligen Therapie maßgeblich unterscheiden. Das Hauptaugenmerk liegt in diesem Kapitel auf den nicht-invasiven Karzinomen.

Therapie bei nicht-invasiven Harnblasenkarzinomen

Die nicht-invasiven Karzinome machen rund 80 % der diagnostizierten Harnblasenkarzinome aus. Diese haben gute Heilungschancen, da sie meist ein niedriges bösartiges Potential aufweisen, sich auf die Schleimhaut (Urothel) begrenzen, ein warzenförmiges (papilläres) Bild zeigen und die Zellen noch weitgehend gut differenziert sind. Diese Tumore neigen nicht zur Metastasierung und die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs (Wiederauftreten eines Tumors) ist gering. Kommt dieser Tumor unilokulär (an einer Stelle vorkommend) vor, wird dieser mit Hilfe der transurethralen Resektion der Blase (TUR-B) entfernt und anschließend eine Frühinstillation durchgeführt. Hierbei werden Medikamente über einen Katheter direkt in die Harnblase eingespült. Eine weitere Therapie ist nicht notwendig.



Dagegen müssen multilokuläre Harnblasentumore (an mehreren Stellen vorkommend) oder ein CIS (Carcinoma in situ) weiter behandelt werden. Es ist bekannt, dass diese Tumore häufig Rezidive (Wiederauftreten des Tumors) ausbilden und sich progressiv verhalten. Je nach Klassifikation wird nach der operativen Entfernung des Tumorgewebes eine adjuvante (begleitende) intravesikale Instillationstherapie mit Chemo- bzw. Immuntherapeutika empfohlen (Abb. 6).

Diese Instillationstherapie beginnt mit der Frühinstillation, die meist zwei bis maximal 24 Stunden nach der Entfernung des Tumors durchgeführt wird. Diese kann das Einnisten von gelösten Tumorzellen verhindern und reduziert dadurch das Rezidivrisiko. Zur Frühinstillation wird ausschließlich ein Zytostatikum verwendet. Je nach Operationsverlauf und Klassifikation der Tumore wird sofort oder nach Abheilung der Operationswunde die Instillationstherapie entweder mit einem Chemotherapeutika (Substanzen, die Tumorzellen im Organismus schädigen oder abtöten) oder einem Immuntherapeutikum (Aktivierung des Immunsystems durch pharmazeutisch wirksame Stoffe) weitergeführt.

Bei dieser Chemotherapie handelt es sich um die sogenannte intravesikale (in die Blase gegeben) Chemotherapie. Durch einen Katheter (Röhrchen) wird das Zytostatikum (Substanz, die das Zellwachstum bzw. die Zellteilung hemmt) direkt in die Harnblase instilliert (eingespült). Das meistverwendete Medikament in Deutschland ist das Mitomycin (MMC). Es kann das Wachstum von Krebszellen hemmen und diese abtöten.

Das wichtigste Immuntherapeutikum ist das BCG (Bacillus Calmette-Guérin). Es ist ein attenuiertes Bakterium. Das bedeutet, dass die Bakterien keine Infektion mehr hervorrufen können, wohl aber eine Immunantwort. Das BCG bewirkt eine Abwehrreaktion, die auf die Blase konzentriert ist. Dadurch können Resttumorzellen bekämpft und eine Immunantwort gegen die Tumorzellen generiert werden.

Bei beiden Substanzen wird gleich vorgegangen: Die Substanz wird in Kochsalzlösung gelöst und über einen Einmalkatheter in die Blase gegeben. Dort verbleibt sie für ein bis zwei Stunden und wird dann ganz normal in die Toilette ausgeschieden.

Für detaillierte Informationen zu diesen Behandlungsmethoden steht Ihnen der Patientenpass Mitomycin zur Verfügung.

Tumorstadium	Differenzierungsgrad (WHO 1973)	Primärtumor/ Rezidivtumor	Adjuvante Intravesikale Therapie	Chemo- bzw. Immuntherapie
pTa	G1	Primärtumor	nein	keine
pTa	G1	Rezidiv	ja	Chemotherapie
pTa	G2	Primär-/ Rezidivtumor	ja	Chemo- oder Immuntherapie
pTa	G3	Primär-/ Rezidivtumor	ja	Immuntherapie
CIS	G3	Primärtumor	ja	Immuntherapie
pT1	G1, G2	Primär-/ Rezidivtumor	ja	Chemo- oder Immuntherapie
pT1	G3	Primärtumor	ja	Immuntherapie
<p>Die Risikokategorisierung des nicht-invasiven Harnblasenkarzinoms kann durch das Vorliegen multifokaler Tumore, die Tumorgöße und das Vorliegen eines Carcinoma in situ beeinflusst werden. p = postoperative histopathologische Klassifikation</p>				

Abb. 6: Adjuvante intravesikale Instillationstherapie mit Chemo- bzw. Immuntherapeutika (modifiziert nach EAU, 2018)

Therapie bei invasiven Harnblasenkarzinomen

Ist das Harnblasenkarzinom invasiv, bleibt im Normalfall nur noch die chirurgische Entfernung der kompletten Blase, auch radikale Zystektomie genannt. Dabei wird die Harnblase, die benachbarten Lymphknoten und weitere Teile des Harntraktes entnommen. Sollten Sie hierzu genauere Informationen wünschen, empfehlen wir Ihnen die Ratgeber der deutschen Krebshilfe, siehe www.krebshilfe.de.





Ihre Eigeninitiative in der Therapie

Was kann ich tun?

Für die weitere Bekämpfung Ihres Krebsleidens ist eine fachärztliche Beobachtung und Kontrolle unumgänglich. Sie haben jedoch zusätzliche Möglichkeiten den Verlauf Ihrer Krankheit positiv zu beeinflussen. Dieses Kapitel gibt Ihnen dazu einen kurzen Überblick. Detailliertere Informationen können Sie bei Ihrem Arzt erfragen oder Sie nutzen die Kontaktmöglichkeiten im nächsten Kapitel.

Gehen Sie unbedingt zur medizinischen Nachsorge

Bei der Behandlung eines Harnblasenkarzinoms ist die Nachsorge besonders wichtig. Zum einen aufgrund des hohen Rezidivrisikos, zum anderen wegen der Gefahr, dass ein nicht-invasives Karzinom doch weiter fortschreitet. Der Goldstandard ist dabei die regelmäßige Blasenspiegelung (Zystoskopie).

Wird bei einer Nachresektion des nicht-invasiven Harnblasenkarzinoms kein weiteres Tumorgewebe festgestellt, folgen Kontrollzystoskopien. Die Häufigkeiten und Intervalle dieser Kontrolluntersuchungen richten sich nach der diagnostizierten Risikogruppe. Bei einem Niedrig-Risiko-Tumor wird eine Zystoskopie nach drei Monaten und bei Rezidiv-Freiheit einmal jährlich durchgeführt. Patienten mit einem Harnblasenkarzinom mittleren Risikos sollen eine Zystoskopie im 1. Jahr alle drei Monate, im 2. und 3. Jahr alle sechs Monate und ab dem 4. Jahr einmal jährlich erhalten. Patienten mit einem Blasenkarzinom hohen Risikos sollen eine Zystoskopie in den ersten zwei Jahren alle drei Monate, im 3. und 4. Jahr alle sechs Monate und ab dem 5. Jahr einmal jährlich erhalten.

Tauschen Sie sich über Ihre Krankheit aus

Sprechen Sie mit dem Arzt Ihres Vertrauens. Scheuen Sie sich nicht, die einzelnen Therapiemöglichkeiten zu diskutieren und wie sich diese auf Ihre Lebensqualität auswirken können. Gut informiert zu sein, kann Ängste und Befangenheit nehmen. Das gilt nicht nur für Sie selbst, sondern auch für Familienmitglieder und Freunde.

Im 7. Kapitel dieses Ratgebers finden Sie eine Vielzahl von Adressen, beispielsweise Kontaktdaten zu Selbsthilfegruppen, in denen Sie mit ähnlich betroffenen Menschen ins Gespräch kommen können. Sie können sich gegenseitig Trost spenden und sich über Ihre Erfahrungen austauschen.

Hauptrisikofaktor für das Entstehen von Harnblasenkarzinomen ist das Rauchen. Es ist nie zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören – besonders, wenn Sie sich bereits in Behandlung befinden.

Achten Sie auf Ihre Ernährung

Eine gesunde Ernährung ist in vielerlei Hinsicht vorteilhaft. Sie trägt zum allgemeinen Wohlbefinden bei und kann Risiko senkend wirken. Besonders eine obst- und gemüse-reiche Ernährung gilt dabei als hilfreich.

Bitte beachten:

Vor der Einnahme von ergänzenden Wirkstoffen in der Krebstherapie informieren Sie bitte Ihren behandelnden Arzt. Auch Spurenelemente, Kräuter und Pflanzen können Nebenwirkungen auslösen und die begonnene Therapie ungewollt beeinflussen.

Treiben Sie regelmäßig Sport

Körperliche Aktivität hat viele positive Auswirkungen auf Ihren Organismus. Zum einen stärken Sie damit Ihr Herz, Ihren Kreislauf, Ihren Stoffwechsel und Ihr Immunsystem. Zum anderen helfen Sie Ihrer Psyche. Frische Luft und Licht steigern das Wohlbefinden und lassen Sie allgemein optimistischer denken.

All das kann den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Viele Patienten berichten von einer Abnahme Ihrer Beschwerden und einer Verbesserung der Belastbarkeit und der Lebensqualität. Auch andere Erkrankungen, z. B. Diabetes, werden durch Sport positiv beeinflusst.

Hilfe und Unterstützung

Adressen, Links und Literatur

Kostenlose Onkologie-Hotline des Deutschen Krebsforschungszentrums: 0800-4203040

Deutsches Krebsforschungszentrum Krebsinformationsdienst (KID)

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg

Tel.: 06221 42-2854

Informationsdienst für krebsbezogene Anfragen

(täglich von 8:00 bis 20:00 Uhr) Hotline: 0800 4203040 (kostenlos)

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de, www.krebsinformationsdienst.de

Spitzenverband der deutschen Unfallversicherungsträger DGUV

Glinkastr. 40, 10117 Berlin

Tel.: 0800 6050-404, www.dguv.de

Weitere Informationen zum Thema Berufskrankheit

Zuständig ist immer die Bezirksverwaltung, Sektion oder Geschäftsstelle des Unfallversicherungsträgers, die dem Sitz des Unfallbetriebes geografisch am nächsten liegt.

<http://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/index.jsp>

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)

DEGRO-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 47, 10117 Berlin

Tel.: 030 84419188, Fax: 030 84419189

E-Mail: office@degro.de, www.degro.org

**Deutsche ILCO e. V. (Selbsthilfevereinigung für Stomaträger
und Menschen mit Darmkrebs)**

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889450, Fax: 0228 33889475
E-Mail: info@ilco.de, www.ilco.de

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.

Friedrichstr. 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 795-88393, Fax: 069 795-88383
E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de, www.kontinenz-gesellschaft.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin
Tel.: 030 322932900, Fax: 030 3229329-66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de, www.krebsgesellschaft.de

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-152 (Mo–Do von 10.00–14:00 Uhr)
E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de, www.blasenkrebs-shb.de

**Westdeutsches Tumorzentrum
Universitätsklinikum Essen**

Hufelandstraße 55, 45147 Essen
Tel.: 0201 7232011, Fax: 0201 7235747
E-Mail: wzt@uk-essen.de, www.wzt-essen.de

Weitere Informationen sind auch auf der Internetseite der DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie) einzusehen: www.urologenportal.de

Literatur, die in diesem Ratgeber verwendet wurde

- S-3 Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Leitlinienprogramm Onkologie, S3-Leitlinie Harnblasenkarzinom, November 2016
- Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO) (ed.) (2016) Improving nutritional care for cancer patients in Germany. Joint position paper from the German Cancer Society's (GCS) Working Group on Prevention and Integrative Oncology (PRIO), in collaboration with other associations. Ernährungs Umschau 63(02): 43-47
- Stiftung Deutsche Krebshilfe (Hrsg.): Blasenkrebs – Antworten, Hilfen, Perspektiven. Die Blauen Ratgeber (18). Bonn, Stand 11/2016
- Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, Berlin, Robert Koch-Institut
- WHO-Klassifikation von 1973 und 2004 in BABJUK, M.; OOSTERLINCK, W.; SYLVESTER, R.; KAASINEN, E.; BÖHLE, A.; PALOU, J.: Guidelines on TaT1 (Non-muscle invasive) Bladder Cancer. European Association of Urology, 2010
- VAN RHIJN, B. W. G.; BURGER, M.; LOTAN, Y.; SOLSONA, E.; STIEF, C. G.; SYLVESTER, R. J.; WITJES, J. A.; ZLOTTA, A. R.: Recurrence and Progression of Disease in Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer: From Epidemiology to Treatment Strategy. European Urology 56 (2009), 430-442
- SIMON, J.; FINTER, F.; SCHNÖLLER, T.; HAUTMANN, R.; RINNAB, L.: Intravesikale Therapie beim nicht muskelinvasiven Urothelkarzinom der Harnblase – Indikation und praktisches Management. Urologe 48 (2009), 1263-1272
- RÜBBEN, H. (Hrsg.): Uroonkologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2007
- National Cancer Institute (Hrsg.): What you need to know about™ bladder cancer. NCI Publications Locator, 2001
- EAU Guidelines, Non-muscle-invasive Bladder Cancer, Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen, 2018. ISBN: 978-90-79754-91-5
- SOBIN, DH.; WITTEKIND, C. (Hrsg.): TNM-Classification of Malignant Tumors. 6th ed. New York: Wiley-Liss, 2002

Glossar

adjuvant	begleitend
Adventitia	äußere Schicht der Harnblase (Bindegewebsschicht)
benigner Tumor	gutartiger Tumor
Biopsie	Gewebeentnahme durch ein Endoskop
BCG (Bacillus Calmette-Guérin)	Immuntherapeutikum, abgeschwächte Tuberkuloseerreger vom Rind
CIS / TIS	Carcinoma in situ / Tumor in situ
Grading	Grad der Entartung von Zellen
histologisch	feingeweblich
histopathologisch	krankhafte Veränderung des Gewebes
Instillationstherapie	Medikamente werden in die Harnblase eingespült
intravesikal	in die Harnblase
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungen
Karzinom	Krebs, bösartiger Tumor
Latenzzeit	symptomfreie Phase zwischen dem Einwirken einer Noxe (Krankheitsursache) bis zum Auftreten von Symptomen bzw. klinisch fassbarer Manifestation (bis zum Auftreten der Krankheit)
lymphatisches System	Gesamtheit der Lymphknoten, die spezielle Zellen enthalten, die Bakterien oder Krebszellen herausfiltern können

maligner Tumor	bösartiger Tumor
Metastase	Tochtergeschwulst eines Tumors in einem anderen Teil des Körpers
Mucosa, auch Urothel	Schleimhautschicht
papillär	warzenförmig
postoperativ	nach der Operation
Prognose	Heilungschancen
Progression	Fortschreiten der Erkrankung (Verschlechterung der Differenzierung und/oder des T-Stadiums)
reseziert	entfernt
Rezidiv	Wiederauftreten des Tumors
Staging	Bestimmung der Tumorgöße, der Ausdehnung der Krebserkrankung, s. a. TNM-Klassifikation
Submucosa	unter der Schleimhautschicht (Mucosa)
TNM-Klassifikation	Bestimmung des Tumors (T = Tumorausbreitung; N = Regionäre Lymphknoten; M = Fernmetastasen)
transurethrale Resektion der Blase (TUR-B)	Abtragen des Harnblasentumors durch die Harnröhre
unilokulär	an einer Stelle vorkommend
Urinzytologie	Untersuchung des Urins auf krankhafte Zellbestandteile, insbesondere Krebszellen
Zystektomie	vollständige Entfernung der Harnblase
Zystoskopie	Blasenspiegelung
Zytologie	Zellenlehre

Fragen an Ihren Arzt

- Warum muss bei mir eine Blasenspiegelung durchgeführt werden?

- Wie lange dauert der Eingriff? Ist das schmerzhaft?

- Kann ich nach dem Eingriff Autofahren?

- Wann liegen die Ergebnisse vor?

- Wie lautete die Diagnose?

- Kann ich mir eine zweite Meinung einholen?
Können Sie mir einen Vorschlag machen?

- Bei einer eventuellen Krebsdiagnose — Was passiert dann mit mir?

- Wie sieht der Ablauf der OP aus? Was wird im Nachgang gemacht?

- Liegt bei mir eine Berufskrankheit vor?

- Gibt es spezielle Zentren, an die ich mich wenden kann?
Wer würde eine eventuelle Operation durchführen?

-
- Welche Arzneimittel werde ich bekommen?

- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
Welche werden empfohlen?

- Wie könnte der Behandlungsplan aussehen?

- Welches sind die Risiken bzw. Nebenwirkungen der jeweiligen Therapie?

- Wie sollte ich mich beim Auftreten von Nebenwirkungen verhalten?

- Wie lange wird die Behandlung dauern?

- Wird sich die Behandlung auf meine gewohnten Aktivitäten auswirken?

- Wie kann ich mich vor Rezidiven bzw. Progression schützen?

- Wie sieht meine Prognose aus?

Eigene Notizen

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



A series of horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for writing.

Harnblasenkarzinom

Patienteninformation