

Das Problem Harnblasenkarzinom: Was ist 2009 unsere Realität?

Fakten, die die Urologie herausfordern

Auf der Basis der Schätzdaten des Robert Koch Institutes zeigt sich deutlich, dass das Harnblasenkarzinom seit 1980 bis zur Jahrtausendwende eine drastische Entwicklung mit einer Verdopplung der Neuerkrankungszahlen von aus-
gehend 11.000 Männern und 3500 Frauen auf 21.000 Männer und 7500 Frauen aufweist. Im aktuellen Verlauf der letzten fünf Jahre hat sich die Erkrankungszahl auf einem hohen Niveau von etwa 28.500 stabilisiert. Das entspricht einer Häufigkeit von Neuerkrankungen von 35 pro 100.000 für beide Geschlechter, 52/100.000 für Männer und 18/100.000 für Frauen. Im europäischen Vergleich hat die Bundesrepublik damit bei Männern die vierthöchste Neuerkrankungsrate und bei Frauen die höchste Neuerkrankungsrate aller europäischer Staaten. Neben dieser betrüblichen europäischen Führungsposition kommt hinzu, dass Krebsregisteranalysen genaueren Einblick in die Risikoverteilung der Neuerkrankungen ermöglichen.

In einer groß angelegten Sammelanalyse veröffentlichten schon 1998 Fischer und Kollegen auf der Basis von etwas über 16.000 Neuerkrankungsfällen, dass bereits 33,3 % der betroffenen Harnblasenkrebs-Erkrankten im Zustand der invasiven Erkrankung ($\geq pT2$) diagnostiziert wurden. Zu allem Übel waren von diesen 33 % der massiv erkrankten Patienten wiederum zwei Drittel im Zustand der Metastasierung.

In der aktuellsten Analyse aus dem Tumorzentrum Brandenburg, einem der besten onkologischen Informationsdienste Deutschlands, wird im onkologischen Sachbericht 2008 beschrieben, dass 29% aller Primärdiagnosefälle im Stadium UICC II oder höher sind. Hierbei muss man ergänzend festhalten, dass dies keine Schätzzahlen sind, sondern die Daten eines funktionierenden landesweiten Krebsregisters sind, das 2,7 Millionen Einwohner betreut und die Erfassungsdichte von mehr als 93% aller malignen Erkrankungen tatsächlich erfasst. Also auch 10 Jahre nach der Analyse von Fischer und Kollegen hat sich kein bedeutender Wandel im Bereich invasive Karzinome zum Zeitpunkt der Primärdiagnose ergeben. In Bezug auf das tumorspezifische Überleben zeigt sich in Brandenburg, dass je nach Tumorstadium der invasiv erkrankten Patienten zwischen 47% und 20% nach fünf Jahren noch leben. Die anderen Betroffenen sind durch ihre Tumorerkrankung zu Tode gekommen.

Wenn man diese Verhältnismäßigkeit auf die aktuelle Zahl der Neuerkrankungen projiziert, so heißt das, dass in Deutschland etwa 6 bis 10.000 Menschen jedes Jahr im Zustand der invasiven Erkrankung des Harnblasenkarzinoms diagnostiziert werden und darüber hinaus bereits 50% der Betroffenen dem unausweichlichen Schicksal der todbringenden Variante metastasiertes Harnblasenkarzinom zugeordnet werden müssen. Dies spiegelt sich dann auch in der jährlichen Rate an Todesfällen (13.000), die durch das Harnblasenkarzinom verursacht wurden, wieder.



Dr. med. Gerson Lüdecke
Arzt für Urologie
- medikamentöse Tumorthherapie-
Oberarzt der Klinik und Poliklinik für
Urologie, Kinderurologie und Andrologie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
GmbH,
Standort Gießen

Das Empfinden im urologischen Alltag, dass der größte Teil unserer endoskopisch operierten Patienten nicht invasive histologische Befunde erbringt, ist sicherlich auch die Folge der vielen Rezidiv-Operationen bei nicht muskelinvasiven Karzinomen, die das Ausmaß des Risikos etwas verschleiert.

Mithilfe dieser kurzen, aber prägnanten Tatsachenbeschreibung wird deutlich, dass wir uns in dem Behandlungskreis Harnblasenkrebs in einem Hochrisiko-Terrain bewegen. Hinzu kommt, dass wir in den letzten Jahrzehnten keine nennenswerte Änderung dieses Sachverhaltes durch unsere medizinischen Bemühungen erarbeiten konnten. Die Überlebensrate fällt zwar langsam und geringfügig seit etwa 6 Jahren, aber die Stadienverteilung bleibt gleich.

"Warum ist das so?"

Die einfache Antwort darauf lautet, dass leitlinienkonformes Verhalten in Bezug auf die Diagnostik des Harnblasenkarzinoms aus der Historie die Urologen bis heute nicht weiter gebracht hat. Mit anderen Worten, Urologen, die in ihren Praxen sitzen und auf symptomatische Patienten warten, werden das Verhältnis zwischen kurativ behandelbaren nicht invasiven Karzinomen und invasiven

Krebsinzidenzschätzungen für Deutschland bis 2004

Region	Deutschland	Deutschland
Tumor	Harnblasenkrebs (ICD 188)	Harnblasenkrebs (ICD 188)
Geschlecht	Männer	Frauen
Indikator	Erkrankungsfälle	Erkrankungsfälle
Altersgruppe	Alle Altersgruppen	Alle Altersgruppen
Jahr		
1980	11 124	3 467
1981	11 767	3 762
1982	12 376	4 054
1983	12 966	4 347
1984	13 574	4 656
1985	14 208	4 979
1986	14 811	5 290
1987	15 510	5 577
1988	16 064	5 851
1989	16 640	6 129
1990	17 361	6 440
1991	17 948	6 714
1992	18 528	6 968
1993	19 075	7 191
1994	19 569	7 376
1995	20 078	7 525
1996	20 510	7 619
1997	20 838	7 672
1998	21 066	7 688
1999	21 286	7 705
2000	21 481	7 706
2001	21 607	7 681
2002	21 616	7 600
2003	21 530	7 473
2004	21 414	7 336

© Robert Koch-Institut, 30.11.2008

5-Jahres-Überlebensrate beim Blasenkarzinom



Quelle: Grossman HB et al. JAMA 2005;293:810-6

Karzinomen auch in den nächsten Jahrzehnten nicht zum Besseren weiter entwickeln. Auf dem Boden der klassischen drei Symptome Makrohämaturie, chronische Mikrohämaturie und Urgency wird es auch in Zukunft keine früheren Diagnosen und damit keinen höheren Anteil kurativ behandelbarer Patienten geben.

Die Perspektive lautet risikoadaptiertes Screening

Das Harnblasenkarzinom stellt aber eine besondere Erkrankung dar, die durch ihre epidemiologischen Fakten den Schlüssel anbietet, um aus dem Dilemma zwischen Passivität, Warten auf symptomatische Personen und ineffektivem Massen-Screening herauszukommen.

Seit 1895 sammelt die medizinische Gemeinschaft Erkenntnisse zur Entstehung des Harnblasenkarzinoms. Dr. Rehn hat in Frankfurt den Zusammenhang zwischen Fuchsin-Exposition und der berufsbedingten Entstehung eines Harnblasenkarzinoms erstmalig beschrieben. Über einen Zeitraum von etwa 40 Jahren haben Mediziner aus aller Herren Länder dazu beigetragen die onkogenen Noxen des Harnblasenkarzinoms zu identifizieren. Dies mündete in Deutschland schließlich in die so genannte K1-Liste der deutschen Berufsgenossenschaften, die die nachweislich verursachenden chemischen Substanzen definiert, die ein Harnblasenkarzinom auslösen können. Ferner hat die wissenschaftliche Arbeit geklärt, welche Erkrankungen eine Entstehung eines Harnblasenkarzinoms begünstigen und welche medizinischen Therapien die Entstehung eines Harnblasenkarzinoms als sekundäre Malignität drastisch steigern.

Auf diesem Erkenntnisstand wurde der interaktive Fragebogen "Risikocheck Blasenkrebs" entwickelt und steht nach seiner Validierung allen Interessierten, Betroffenen und den betreuenden Medizinern als Open-Access Tool im Internet zur Verfügung. Dieses Instrument ist unter den Internetadressen

<http://www.risikocheck-blasenkrebs.info>

<http://blasenkrebs.net>

zu erreichen. Die Benutzung ist einfach und nach voll-

Risikocheck - Blasenkrebs

Das Bild zeigt die Benutzeroberfläche des 'Risikocheck - Blasenkrebs'. Oben sind vier farbige Registerkarten zu sehen: 'Persönliches Risiko' (blau), 'Rauch Risiko' (grün), 'Berufliches Risiko' (rot) und 'Medizinisches Risiko' (orange). Darunter befindet sich ein Fragebogen mit Feldern für 'Alter *' (Dropdown-Menü mit '1-19'), 'Geschlecht *' (Dropdown-Menü mit 'männlich') und eine Ja/Nein-Frage: 'Gibt oder gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blasenkrebs (Eltern, Großeltern, Geschwister)?'. Am unteren Rand des Fragebogens befinden sich zwei Buttons: 'zurück zum Startscreen' und 'zum Gesamt-Risiko'. Unter dem Fragebogen sind fünf kleine Kreisdiagramme dargestellt, die jeweils ein Risikofeld repräsentieren: 'Persönliches Risiko', 'Rauch Risiko', 'Berufliches Risiko', 'Medizinisches Risiko' und 'Gesamt Risiko'. Rechts neben dem Fragebogen sind vier kreisförmige Bilder zu sehen, die verschiedene Stadien oder Aspekte des Blasenkarzinoms darstellen. Unten rechts befindet sich ein Copyright-Hinweis: 'Copyright 2008 Dr. Gerson Liedecke - Urologisches Informationszentrum - www.blasenkrebs.net'.

ständiger Beantwortung des Fragenkatalogs erhält man eine Risikoeinstufung auf die Möglichkeit ein Blasenkarzinom entwickeln zu können. Hierbei werden die Teilbereiche persönliches Risiko, Rauchrisiko, Berufsrisiko und medizinisches Risiko in ihren einzelnen Aspekten bewertend dargestellt und das Gesamtrisiko erläutert. Die Auswertung kann ausgedruckt werden, um eine inhaltliche Diskussion mit dem behandelnden Hausarzt oder Urologen zu führen. Die Risikobewertung und das Ausmaß der durchzuführenden Diagnostik können danach vom Patienten auf dem Boden der Beratung entschieden werden. Hiermit eröffnet sich erstmals eine sinnvolle und validierte Strategie, Blasenkarzinome schon vor der Entwicklung von Symptomen zu diagnostizieren.

Erklärungen:

Inzidenz:

Häufigkeit von Neuerkrankungen

Primärdiagnosefälle im Stadium UICC II:

Primärdiagnose meint den Erstbefund einer bösartigen Erkrankung.

UICC II meint Stadium II des Urethelkarzinoms; dies entspricht einem pT2, pN0, pM0 TNM Ergebnis.

Makrohämaturie:

Bezeichnet das mit bloßem Auge erkennbare Blut im Urin.

Mikrohämaturie:

Bezeichnet das Vorhandensein von Blut, das durch besondere diagnostische Methoden nachweisbar ist.

Urgency:

Harndrang

Fuchsin:

Ein Farbstoff, der in der Mikroskopie und Histologie verwendet wird.