

Die Harnblase



Zeitschrift des
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Ausgabe 2 | 2011



63.
Kongress der
Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.
14. - 19. September 2011
Congress Center Hamburg

**EINLADUNG ZUM
ÖFFENTLICHEN PATIENTENFORUM**
anlässlich des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

**„Was gibt es Neues zum Harnblasenkarzinom?“
Patienten fragen - Experten antworten**
Ein Forum für Betroffene, Angehörige und alle Interessierten

Donnerstag, 15. September 2011, 19.00 bis 21.00 h
Congress Center Hamburg (CCH), Saal 6
Am Dammtor / Marseiller Strasse
20355 Hamburg
Freier Eintritt!

Mitwirkende:
Priv.-Doz. Dr. med. M. Burger (Regensburg)
Priv.-Doz. Dr. med. J. Lehmann (Kiel)
Prof. Dr. med. S. Roth (Wuppertal)
Prof. Dr. med. C. Wülfing (Hamburg-Altona)
Vertreter der nationalen Selbsthilfegruppen

Weitere Informationen unter:
www.dgu-kongress.de oder Telefon +49 (0) 129 12 41 457

Ärzte und Patienten informierten





BAD OEXEN

Klinik für onkologische Rehabilitation
und Anschlussheilbehandlung



Vom Fachwerkhaus bis
moderne Architektur



Landschaftlich reizvoll gelegen!

Erfolgreiche Rehabilitation durch:

- qualifiziertes Behandlungsteam
- langjährige Erfahrung
- stilvolles Ambiente
- Familiäre Atmosphäre

Wir bieten individuell abgestimmte Therapien für Patientinnen und Patienten mit

- Prostatakrebs/urologischen Tumoren
- Brustkrebs/gynäkologischen Tumoren
- Magen - Darmkrebs/gastroenterologischen Tumoren
- Stoma- und Inkontinenzproblemen
- Bösartige Systemerkrankungen

Spezielle Leistungen:

- Abteilung für Mütter/Väter mit begleitenden Kindern
- Rehamaßnahmen für junge Erwachsene

Bei Mitaufnahme von Begleitpersonen:

- Angehörigenberatung und physikalische Anwendungen
- Schulunterricht und Freizeitbetreuung von begleitenden Kindern im dazugehörigen „Kinderhaus“



Bewegung und Entspannung
durch Qi Gong



Neue Ausstattung und
moderne Technik

Oeynhausen 27 • **Bad Oeynhausen** • Tel. (05731) 537-0
www.badoeynhausen.de • e-mail: klinik@badoeynhausen.de

Zeit für einen Neustart...



Mutter/Vater - Kind-Rehabilitation



INHALT

	Seite
Inhalt / Impressum	3
Wie radikal muss die Zystektomie sein?	4
Aktuelles: Hyperthermie-Mitomycin-Instillation	
Filme zum Thema Krebs auf www.krebshilfe.tv	7
Telemedizin – Mobile Gesundheitsmessgeräte	8
Öffentliches Patientenforum zum Thema Harnblasenkarzinom	9
Medizinische Berichte	
vom Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. 2011	10
Überleben mit Hygiene	12
Inkontinenz:	
Nachhaltiger Erfolg und gesteigerte Lebensqualität dank Botox.....	13
Kleines Wörterbuch Blasenkrebs	13
Vereinsangaben Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.	14
Selbsthilfegruppen Blasenkrebs in Deutschland	15
Gemeinsam sind wir stärker – darum:	
Mitglied werden im ShB und Mitglieder werben für den ShB	16
Wilfried Betzinger hatte Blasenkrebs.....	17
Buchbesprechungen.....	18
Adressen hilfreicher Organisationen	19

Die Harnblase ist Ihre Zeitschrift. Sie lebt davon, dass auch Sie diese mit Inhalt füllen. Haben Sie einen Hinweis für unsere	Leserinnen und Leser? Was verbindet Sie besonders mit dem Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.? Oder möchten Sie Lob	oder Kritik äußern? Es gibt vieles, das uns und die Leserinnen und Leser interessiert. Also teilen Sie es uns mit!
--	---	--

IMPRESSUM

Die Harnblase

Nr.14, November 2011

ISSN 2190-474X

Herausgeber

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Ansprechpartner in dieser Angelegenheit:

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Telefon:0231 403676

E-Mail: bockelbrink@blasenkrebs-shb.de

Redaktion, V.i.S.d.P.

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Redaktionsmitarbeit

Corinna Busch

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Franz Hagenmaier

SHG Blasenkrebs Hessen

Gisela Lemke

SHG Blasenkrebs Hamburg

Alfred Marenbach

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Dr. Manfred Petrik

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Gestaltung, Layout, Anzeigenverwaltung

Karl-Heinz Bockelbrink

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Die Harnblase 2/2011

Druck

druckwerk gmbh, schwanenstraße 30,
44135 dortmund, telefon: 0231 5860915
www.druckwerk.info

Erscheinungsweise

Die Harnblase erscheint im Mai und November eines Jahres.

Bezugsbedingungen

Die Zeitschrift wird bundesweit kostenlos verteilt und verschickt. Sie kann außerdem angefordert werden und steht auch im Internet unter www.-blasenkrebs-shb.de zum Download bereit.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge stimmen nicht zwangsläufig mit der Meinung des Herausgebers überein.

Die Autoren erklären sich mit der redaktionellen Bearbeitung ihrer Beiträge einverstanden.

Diese Zeitschrift kann u. a. werbliche Informationen über verschreibungspflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel erhalten. Ihre Anwendung ersetzt aber keinesfalls die Inanspruchnahme eines Arztes. Alle in der Werbung angebotenen Produkte stellen keine Empfehlung des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. dar. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion vom Herausgeber nicht übernommen werden.

Wir danken

recht herzlich allen Förderern, Spendern und Partnern, die die Herstellung unserer Zeitschrift unterstützen:

BAD OEXEN

Klinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung



Deutsche Krebshilfe e. V.



Deutsche Krebshilfe
HELFFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Wie radikal muss die Zystektomie sein?

Das Harnblasenkarzinom stellt entsprechend der aktuellen epidemiologischen Daten des Robert – Koch – Instituts mit 21.400 bzw. 7.300 jährlichen Neuerkrankungen bei Mann und Frau den viert- bzw. achthäufigsten soliden bösartigen Tumor dar. Ungefähr zwei Drittel der Tumoren sind zum Zeitpunkt der Diagnose oberflächliche Karzinome, die mittels eines chirurgischen Geräts (Zystoskop) operativ entfernt werden können ohne oder mit sich anschließender Einleitung von chemotherapeutischen Mitteln in die Harnblase zum kurzzeitigen Verbleib dort (adjuvante intravesikale Instillationstherapie). Knapp ein Drittel der Malignome (bösartige Tumoren) weisen bereits eine Muskelinfiltration (Eindringen von Krebszellen in das Muskelgewebe der Harnblase) auf und bedürfen einer radikalen chirurgischen Therapie, um optimale onkologische Therapieergebnisse zu erzielen.

Die nach den europäischen Leitlinien empfohlene Therapie der Wahl stellt die radikale Zystektomie (chirurgische Entfernung der Harnblase) mit Anlage einer kontinenten oder inkontinenten Harnableitung dar. Beim Mann schließt der operative Eingriff die Entfernung von Harnblase und der distalen Harnleiter (unterer Teil der Harnleiter), Prostata, Samenbläschen, Samenleiter und der regionalen Lymphknoten im Sinne einer ausgedehnten Lymphknotendissektion (Lymphknotenentfernung) ein. Bei der Frau werden standardmäßig Harnblase, Harnröhre und distale Harnleiter, vorderes Scheidendach, Gebärmutter und die regionalen Lymphknoten entfernt. In Abhängigkeit vom endgültigen pathohistologischen Befund (Feststellung der feingeweblichen Veränderungen) des radikalen Zystektomiepräparates liegen die Heilungsraten nach 5 Jahren bei ca. 80% für die organbegrenzten Karzinome sowie bei ca. 45-50% und bei 30% für die lokal fortgeschrittenen bzw. die Karzinome mit Lymphknotenbeteiligung. Neben der reinen onkologischen Kontrollrate sollte die Therapie des muskelinvasiven Blasenkarzinoms gerade bei jüngeren Patientinnen und Patienten physiologische Funktionen wie Kontinenz, Potenz und Sexualität sowie die Nierenfunktion berücksichtigen.

Zudem sollte die radikale Chirurgie mit einer möglichst geringen Morbidität, das heißt einer kurzen Hospitalisation (Klinikaufenthalt), rascher Regeneration und schnellen Reintegration in das berufliche und soziale Leben vergesellschaftet sein. Sowohl für die Aufrechterhaltung der physiologischen Funktionen als auch für das Erreichen einer schnellen Rekonvaleszenz (Gesundung) müssen die Operationstechnik, die perioperative (Zeitraum rundum die Operation) Behandlung sowie die postoperativen (nach der Operation) Maßnahmen der Rehabilitation individuell an den Patienten und den Tumor angepasst werden.

Im Folgenden möchte ich die Indikation (Anzeigen der medizinischen Maßnahmen), Durchführung und postoperativen Ergebnisse der in unserer Klinik propagierten und fortentwickelten prostata-schonenden Zystektomie beim Mann beschreiben. Ziel der prostataschonenden Zystektomie beim Mann ist es, die Radikalität des Eingriffs zu minimieren und die onkologischen sowie funktionellen Ergebnisse zu verbessern. Die von uns propagierte Operationstechnik führt zu einer Verbesserung von Potenz, Ejakulation und Kontinenz, wie im Folgenden dargestellt wird.



Professor Dr. med.
Axel Heidenreich
Direktor der Klinik für
Urologie Universitäts-
klinikum Aachen

Die klassische radikale Zystoprostatektomie (Harnblasen- und Prostataentfernung) mit Anlage einer orthotopen Ileumneoblase (künstliche Harnblase aus Darm am gleichen Ort mit gleicher Funktion wie die frühere Harnblase) führt nach 3-6 Monaten zu einer zufriedenstellenden Kontinenz von ca. 92% tagsüber und nachts von ca. 86%, wie verschiedene Arbeitsgruppen reproduzierbar darstellen konnten (Tabelle 1). Allerdings ist die Potenz bei der Mehrzahl der

	n	Kontinenz Mann	Kontinenz Frau
Studer, 06	462	92%	82%
Carrion, 04	138	93%	80%
Kulkarni, 03	102	90%	81%
Heidenreich, 07	225	93%	82%

Tabelle 1: Kontinenzergebnisse nach radikaler Zystektomie und Anlage einer orthotopen Ileumersatzblase

Männer trotz nervschonender Operationstechniken und Gabe von 5-Phosphodiesteraseinhibitoren unabhängig vom Alter wie Sildenafil, Tadalafil und Sildenafil nur in 30-45% aufrecht erhalten (Tabelle 2); die Ejakulation geht in allen Fällen aufgrund der Resektion von Samenbläschen und Prostata verloren.

	n	Potenz	Potenz + PDE-5	Gesamt
Studer, 06	422	22.4%	15.4%	37.8%
Puppo, 08	37	76%	19%	95% (?)
Kessler, 06	331	6.9%	19.6%	26.5%
Zippe, 04	49	16%	9%	25%
Heidenreich, 07*	65	35%	12%	47%

Tabelle 2: Potenserhalt nach radikaler Zystektomie

Gerade bei jüngeren Männern mit organbegrenztem muskelinvasiven (in das Muskelgewebe der Harnblase eingedrungene Krebszellen) oder nicht muskelinvasiven High Risk Blasenkarzinom (pT1G3) (Hochrisiko-Blasentumor) spielen Fragen nach der Aufrechterhaltung von Sexualität und Potenz eine wichtige Rolle der postoperativen Lebensqualität. Die Operateure sind aus meiner Sicht bei geeigneter Indikation gefordert, die standard- und routinemäßige radikale Operationstechnik an den Patienten und an den Tumor anzupassen.

Die radikale prostataschonende Zystektomie stellt ein Operationsverfahren dar, das einen Funktionserhalt des unteren Urogenitaltraktes (Organe der Harnbereitung und der Harnableitung sowie Geschlechtsorgane) bei gleicher onkologischer Effektivität wie bei radikaler Zystektomie zum Ziel hat. Im Rahmen der Operation wird die gesamte Harnblase inklusive des Blasenhalses von der Prostata und den Samenblasen abgesetzt und entfernt. Die ausgedehnte pelvine (auf das Becken bezogen) Lymphknotenentfernung erfolgt wie üblich in den Bereichen der Fossa obturatoria (kleines Becken) sowie der A. iliaca interna, externa und communis (Beine und Becken versorgende Blutgefäße). Dadurch dass die Prostata im Übergangsbereich zum Beckenboden und damit zum äußeren Schließmuskel und den Gefäß-Nervenbündeln nahezu unberührt bleibt, können die Funktionen Potenz, Kontinenz und Ejakulation in einem hohen Prozentsatz aufrechterhalten werden. Bei der Aufrechterhaltung der Potenz muss natürlich der Erektionsstatus vor der Operation berücksichtigt werden. Epidemiologische Studien zeigen, dass ca. 20-30% der 60-65jährigen Männer bereits Erektionsstörungen in unterschiedlichem Ausmaß aufweisen, die nach radikaler Tumorchirurgie nicht verbessert werden können. Die Daten verschiedener Arbeitsgruppen weisen eine Potenzrate von 80-90% nach prostataschonender Zystektomie auf (Tabelle 3); die

Kontinenzrate bewegt sich in einem Bereich von ca. 90% (Tabelle 3).

Prä- und intraoperative Diagnostik

(vor und während der OP) Da im Rahmen der funktionserhaltenden Zystektomie Prostata und Samenblasen erhalten bleiben, muss eine sehr intensive und exakte präoperative Diagnostik erfolgen, um drei Risikobereiche zu analysieren, die das präoperative funktionelle und onkologische Ergebnis gefährden können:

1. Ausschluss einer obstruktiven (geheimen) gutartigen Prostatavergrößerung

Erste Hinweise auf das Vorliegen einer therapiebedürftigen Prostatavergrößerung gibt die ausführliche Anamnese des Patienten: abgeschwächter Harnstrahl, häufiger Harndrang, häufiges nächtliches Wasserlassen, Betätigen der Bauchpresse und Startschwierigkeiten weisen auf abklärungsbedürftige Befunde hin. Ein objektiver Fragebogen, der sog. IPSS, rundet die Anamneseerhebung ab. An weiteren Untersuchungen sind eine transrektale (eine Ultraschallsonde wird durch den Mastdarm eingeführt) Sonografie der Prostata zur objektiven Volumenbestimmung sowie eine Sonografie (Ultraschall-Untersuchung) der Blase mit Restharnbestimmung und der Nieren zum Ausschluss einer Harnstauung indiziert (angezeigt). Die sogenannte Harnstrahlmessung gibt weitere Hinweise auf die mögliche Funktionseinschränkung der Blasenentleerung durch eine Prostatavergrößerung. In Einzelfällen kann eine Blasen-

funktionsmessung (Urodynamik) bei spezifischen Fragestellungen durchgeführt werden. Wird durch die Diagnostik eine therapiebedürftige Prostatavergrößerung diagnostiziert, ist im Rahmen der Zystektomie die Durchführung einer Ausschälung der Prostata über die Harnröhre (transurethrale Prostatektomie – TURP) notwendig, um nach prostataschonender Zystektomie eine Entleerungsstörung der Neoblase zu vermeiden.

2. Ausschluss eines begleitenden Prostatakarzinoms

In Abhängigkeit vom Alter der zu operierenden Patienten weisen bis zu 40% der Männer ein begleitendes organbegrenzt Prostatakarzinom auf, welches durch die klassische radikale Zystoprostektomie (kombinierte chirurgische Entfernung von Harnblase und Prostata) entfernt wird. Im Rahmen der prostataschonenden Zystektomie ist es wichtig, ein derartiges Karzinom mit möglichst hoher Sicherheit auszuschließen. Hierzu werden in unserer Klinik die Serumkonzentration von PSA (prostataspezifisches Antigen) und des PSA-Verlaufes beurteilt sowie eine transrektale Sonografie mit dem Histoscanningverfahren (Verfahren zur Prostatakrebsdiagnostik) und / oder eine Kernspintomografie (= MRT= Magnetresonanztomografie) der Prostata durchgeführt. Bei immer noch zweifelhaften Voruntersuchungs-Ergebnissen wird ggfs. eine Prostatabiopsie (Gewebeentnahme) durchgeführt. Auch bei unauffälligem Befund muss die Prostata im Sinne von regelmäßigen Nachuntersuchungen kontrolliert werden. Eine Behandlung eines möglicherweise später diagnostizierten Prostatakarzinoms mittels operativer oder strahlentherapeutischer Verfahren ist immer möglich, die Heilungsrate des PCA (Prostata-Carzinoms) ist trotz orthotoper Ileumneoblase nicht eingeschränkt.

Autor	n	Kontinenz	Potenz
Saidi, 04	25	95%	85%
Botto, 04	34	90%	85%
Horenblas, 05	44	95%	77%
Wunderlich, 06	31	93%	87%
Rozet, 08	100	97%	88%
Heidenreich, 08	48	96%	92%

Tabelle 3: Kontinenz- und Potenserhalt nach prostataschonender Zystektomie

3. Ausschluss eines Carcinoma in situ (CIS) (flaches, auf der Blaseschleimhaut liegendes, noch nicht invasives, jedoch hochaggressives Karzinom) oder eines Blasenkarzinoms in der prostatistischen Harnröhre

Da die prostatistische Harnröhre ebenfalls mit Urothel – also der Schleimhaut, aus der sich ein Blasenkarzinom entwickelt – ausgekleidet ist, muss ein begleitendes CIS oder ein in das Prostatagewebe infiltrierender Blasen-Tumor sicher ausgeschlossen werden. Die Fluoreszenzzytoskopie und fluoreszenzunterstützte transurethrale Blasen-Tumorresektion (Bildgebungstechnik zur visuellen Beurteilung der Harnblasenwand und zur Entfernung von Tumoren), die wir ansonsten routinemäßig bei allen Eingriffen durchführen, ist in dieser Situation nicht geeignet, so dass intraoperativ die transurethrale Gewinnung von Resektionsspänen (Gewebeprobe) der Prostata erforderlich ist, die dann in einem sogenannten Schnellschnittverfahren (Untersuchung von Gewebeprobe während der OP) analysiert werden. Gleichzeitig erfolgt eine Schnellschnittuntersuchung des prostatistischen Absetzungsrandes der Harnblase. Sind beide Befunde negativ, kann die prostataschonende Zystektomie durchgeführt werden, ist einer der Schnellschnitte positiv, muss eine klassische nervschonende radikale Zystoprostatektomie erfolgen.

4. Ausschluss von regionalen Lymphknoten- und von Fernmetastasen

Lymphknotenmetastasen im kleinen Becken stellen eine relative Kontraindikation (Gegenanzeige) zur prostataschonenden Zystektomie dar, da diese Tumoren meist ein lokal fortgeschrittenes Tumorstadium aufweisen und aus onkologischen Gründen eine komplette Resektion (Abtragung von erkranktem Gewebe) von Harnblase und Prostata notwendig ist. Fernmetastasen verbieten eine primäre radikale Zystektomie und machen eine systemische Chemotherapie (Behandlung mittels Infusion und Tabletten, die das Zellwachstum hemmen) als erste

Therapie der Wahl notwendig. Die klassischen bildgebenden Verfahren wie Computertomografie und Kernspintomografie haben eine Fehlerrate von ca. 40% in der Erkennung von kleinen Metastasen, so dass wir bei allen Patienten vor einer radikalen Zystektomie eine sogenannte Positronen-Emissions-Tomografie (FDG-PET) in Kombination mit einem CT (FDG-PET/CT) (kombiniertes nuklearmedizinisches und radiologisches bildgebendes Verfahren) durchführen, die eine wesentliche höhere Empfindlichkeit aufweist. Unsere bisherigen Resultate zeigen eine nahezu 95%ige Übereinstimmung zwischen den Befunden des PET/CT und der feingeweblichen Untersuchung der im Rahmen der Operation entfernten Lymphknoten.

Intra- und postoperativer Verlauf

Der operative Verlauf erfolgt in Vollnarkose, alle Patienten erhalten einen periduralen (Injektion eines Betäubungsmittels in den Spalt zwischen Wirbelsäule und Rückenmark) Schmerzkatheter, der eine sehr frühzeitige Mobilisation und Nahrungsaufnahme ermöglicht. Die mittlere Operationszeit der radikalen Zystektomie mit Ileumneoblase liegt in unserer Klinik bei 210 Minuten; der mittlere Blutverlust ist mit 510ml anzugeben und die Transfusionsrate liegt bei 8%. Der mittlere stationäre Aufenthalt beträgt 14 Tage.

Die orthotope Ileumneoblase wird über 12 Tage mit einem transurethralen (durch die Harnröhre) Dauerkatheter abgeleitet, die beiden in die Neoblase eingepflanzten Harnleiter werden über 7 Tage mit sogenannten Harnleiterkathetern abgeleitet. Vor der Entfernung der jeweiligen Katheter wird über ein Röntgenbild mit Kontrastmittel die Dichtigkeit der Anastomosen (Verbindungsstellen: Harnleiter-Darm, Harnleiter-Harnröhre) bestimmt.

Da in unserer Klinik das Konzept der sogenannten „Fast Track Chirurgie“ (fasttrack (engl.): schneller Pfad) verfolgt wird, können die Patienten am Abend des Operationstages bereits wieder die erste Flüssigkeit zu sich nehmen. Am ersten

postoperativen Tag erfolgt die Mobilisation durch einen speziell ausgebildeten Physiotherapeuten und die Nahrungsaufnahme von flüssiger und leichter Kost wird begonnen. Nach Entfernung des Blasenkatheters erfolgt unter Anleitung des Physiotherapeuten eine spezielle Krankengymnastik zum Beckenboden- und Kontinenztraining. Zudem erfolgt eine Beratung bezüglich einer spezifischen Diät für die ersten postoperativen Monate. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt schließt sich in aller Regel eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in spezialisierten Kliniken an.

Wer kommt für die prostataschonende Zystektomie in Frage?

Wie bereits weiter oben erwähnt, kommen für diese Therapie nur Patienten in Betracht, die kein Risiko eines Lokalrezidivs (Wiederauftreten eines Tumors am selben Ort) durch Befall der Prostata oder aufgrund eines lokal fortgeschrittenen Blasenkarzinoms in sich tragen. Patienten mit einem multilokulären (an mehreren Orten) Blasenkarzinom, einem Karzinom im Blasenhalzbereich, einem CIS im Blasenhalso oder der prostatistischen Harnröhre und Patienten mit einem Befall des Prostatastromas (Prostata-Bindegewebe) müssen aufgrund des hohen Rezidivrisikos ebenso von der prostataschonenden Zystektomie ausgeschlossen werden wie Patienten mit Lymphknotenmetastasen. Nur bei dieser strengen Indikationsstellung können hohe Heilungsraten gewährleistet werden und der Patient wird nicht gefährdet. Eine Auswertung der am Universitätsklinikum Aachen operierten männlichen Patienten mit einem muskelinvasiven Blasenkarzinom zeigt, dass nur knapp 10% aller Männer für diesen Eingriff in Frage kommen.

Behandlungsergebnisse

Intraoperativ wurden bei keinem Patienten signifikante Komplikationen beobachtet. Im unmittelbaren postoperativen

Verlauf entwickelten 10% der Patienten eine vorübergehende Darmlähmung (paralytischer Ileus), die konservativ durch medikamentöse Behandlungsverfahren behoben wurde. Eine Lymphzyste (Ausweitung eines Lymphgefäßes) entwickelte sich bei 3 Patienten und wurde durch die sonografisch gesteuerte Einlage einer Drainage behoben.

Unsere bisherigen postoperativen Ergebnisse zeigen eine hohe onkologische Kontrollrate von 96% bei einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 3-5 Jahren. Die Kontinenz- und Potenzraten liegen bei 96% und 92%, die antegrade Ejakulation (Ejakulation in Richtung Harnröhrenausgang) konnte in 62%

der Männer aufrechterhalten werden, bei den übrigen Patienten lag eine rückwärtige Ejakulation in die Harnblase vor. 2 Patienten entwickelten im Nachbeobachtungszeitraum eine symptomatische Prostatavergrößerung, die bei vorhandener Neoblase durch eine klassische transurethrale Prostataresektion (Entfernung von vergrößertem und behinderndem Prostatagewebe) bzw. Laserablation (Laserverdampfen) behandelt wurde.

Zusammenfassung

Die radikale prostataschonende Zystektomie stellt eine sinnvolle Therapieoption in der Behandlung des muskelinvasiven und des nichtmuskelinvasiven High Grade

Blasenkarzinoms (Blasenerkrankung mit hohem Gefährlichkeitsgrad) dar, wenn die oben genannten Kriterien erfüllt sind. Die Operationstechnik sollte aufgrund der besonderen Auswahlkriterien und der besonderen operativen Expertise (Gutachten eines Experten) an ausgewählten Zentren durchgeführt werden.

Professor Dr. med. Axel Heidenreich
Direktor der Klinik für Urologie
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel.: 0241 808 9374
Fax: 0241 808 2441
E-Mail: aheidenreich@ukaachen.de

Aktuelles

Hyperthermie-Mitomycin-Instillation

Über die Methode, das Chemotherapeutikum nach einer TUR-B nicht in einer „Rollkur“ kalt anzuwenden, sondern in der Blase erhitzt, haben wir bereits in der Ausgabe 2/2009 dieser Zeitschrift detailliert berichtet. Damals waren nur in Berlin, Gießen und München solche Behandlungen nach der „Synergo®“-Methode möglich. Zwischenzeitlich wird nun auch in Bonn diese Therapie durchgeführt. Deshalb wollen wir erneut darüber berichten.

Wenn im Frühstadium des oberflächlichen Harnblasenkarzinoms trotz Anwendung von Mitomycin oder BCG weiterhin Rezidive auftreten, wird in Folge irgendwann dem Patienten geraten, die Blase entfernen zu lassen. Studien haben nun gezeigt, dass bei einem hohen Prozentsatz dieser Patienten der Tumor durch die intravesikale Hyperthermie-Instillations-Chemotherapie besiegt und damit die eigene Blase erhalten werden konnte. Bei der intravesikalen Hyperthermie-Instillations-Chemotherapie wird die Effektivität und Eindringtiefe des Chemotherapeutikums durch die Hitze des im Katheter eingebauten Mikrowellensenders erhöht. Dadurch können bei der Blasen-Spülung auch versteckte, tieferliegende Tumorzellen erreicht werden, die zudem noch mehr geschädigt werden als bei den bisherigen Behandlungsmethoden. Die neue Hyperthermie-Instillation bietet sich bei

Patienten an, deren Tumorklassifizierung pT1 G3 oder pTcis nicht übersteigt.

Die Behandlung zieht sich in der Regel über ca. 10 Monate hin, bei 12 bis 16 Klinikaufenthalten. Zu Beginn der Therapie findet einmal wöchentlich eine „Blasenspülung“ statt und das 6 bis 10 Wochen lang. Danach erfolgt alle 6 Wochen eine „Blasenspülung“ und dies 6-mal. Eine Nacht in der Klinik ist jedes Mal einzukalkulieren. Aber das nimmt man doch gerne in Kauf, um die Lebensqualität mit der eigenen Blase zu erhalten, auch die etwas längere Anfahrtszeit.

Folgende Kliniken bieten diese Behandlung an:

Bonn, Medizinisches Zentrum Friedensplatz Bonn:

Dr. med. Matthias Schmidt

Tel. 0228 22720-0

info@medizinisches-zentrum-bonn.de

Die Behandlung findet dann in Kooperation mit der Bonner Robert-Janker-Klinik statt.

Gießen, Universitätsklinikum, Klinik und Poliklinik für Urologie:

Dr. med. Gerson Lüdecke, Tel. 0641

98544-506, -536, -503 oder

0641-98556353

gerson.luedecke@

chiru.med.uni-giessen.de

München, Städtisches Krankenhaus Harlaching:

Dr. med. Florian Hasner, Tel. 089 6210

2791 oder 089 6210 2548

urologie@khhm.de

Detaillierte Informationen über diese Behandlung und Links zu den o.g. Studien finden Sie in www.Blasenkrebs-SHG.de/Nachrichten.html #Synergo

Franz Hagenmaier

Filme zum Thema Krebs auf www.krebshilfe.tv

Deutsche Krebshilfe mit umfangreicher Filmdatenbank im Internet

Das Internet ist inzwischen eine der wichtigsten Quellen für medizinische Informationen in Deutschland. Die Deutsche Krebshilfe trägt dem Rechnung und hat ihr Online-Informationsangebot um eine Mediathek erweitert: Unter www.krebshilfe.tv finden Betroffene, Angehörige und Interessierte ab sofort zahlreiche informative Filmbeiträge rund um das Thema Krebs.

Seit 2006 produziert die Deutsche Krebshilfe regelmäßig ihr TV-Magazin „in vivo“. Fast 200 Beiträge aus diesen Sendungen sowie Ausschnitte aus ihren Informationsfilmen stellt die Deutsche Krebshilfe ab sofort auf ihrer Internetseite als Mediathek zur Verfügung.

Die Beiträge sind nach einzelnen Tumorerkrankungen sowie übergeordneten Themengebieten wie „Krebs bei Kindern“, „Leben mit Krebs“ und „Krebstherapien“ sortiert. Eine Suchfunktion erleichtert das Navigieren, so dass Betroffene schnell und einfach die Filme finden können, die für ihre individuelle Fragestellung relevant sind.

Mit den Informationsfilmen der Deutschen Krebshilfe im neuen Internet-Fernsehsender wird eine allgemeinverständliche und umfangreiche Aufklärung für Betroffene und Angehörige geboten.

Die einzelnen Sendungen von „in vivo“ können weiterhin kostenlos bei der Deutschen Krebshilfe auf DVD bestellt werden.

Weitere Informationen unter

www.krebshilfe.de

Telemedizin – Mobile Gesundheitsmessgeräte

Das iPhone* wird zum Gesundheitsmanager

Für den ShB war ich auf einer Pressekonferenz der Deutschen Telekom in Hamburg, auf der die Öffentlichkeit über den Verkaufsstart von weiteren Medizinprodukten informiert wurde. Angeboten werden „intelligente Gesundheitslösungen“, mit denen z.B. Blutzucker, Temperatur, Gewicht, Blutdruck und Puls einfach und schnell erfasst, ausgewertet und gespeichert werden können.

Das Angebot richtet sich an Menschen, die sich körperlich fit halten und ihre Werte langfristig beobachten möchten, als auch chronisch Kranke oder ältere Patienten, für die die permanente Messung von Vitalwerten unabdingbar ist.

Vorge stellt wurden die neuen „Vita-Dock-Messmodule“ CardioDock (Blutdruck und Puls), GlucoDock (Blutzucker), ThermoDock (Infrarot-Thermometer) und TargetScale (Körperanalysewaage).

Der Nutzer benötigt dazu Mobil-Geräte von Apple (iPhone, iPad oder den iPod touch), in die die Messmodule gesteckt werden und die einfach und intuitiv zu bedienen sind („Plug and Play“), sowie die Vita-Dock App (Anwendungsprogramm für Mobilgeräte), die kostenlos aus dem Apple Store heruntergeladen werden kann. Die Daten werden dann auf dem persönlichen Gerät erfasst. Zukünftig können die Nutzer auf Wunsch ihre Gesundheitsdaten aber auch ihrem Arzt oder Familienmitgliedern sicher und online zur Verfügung stellen.

Vorteile für das Gesundheitssystem

Mobile Computeranwendungen haben in den letzten Jahren im privaten Bereich stark zugenommen und werden zukünftig eine immer größere Rolle spielen. Hauptgründe hierfür sind deutlich verbesserte Datennetze, sinkende Telefonkosten und technisch verbesserte Endgeräte. Die Voraussetzungen für den breiten Einsatz telemedizinischer Anwendungen sind deshalb gegeben.

Zukünftig werden Ärzte, Krankenkassen, Kliniken, andere medizinische Einrichtungen und Patienten mit IT- und Telekommunikationslösungen (ICT) bei ihrer Arbeit unterstützt. Verbessert werden nicht nur die Abläufe bei den Krankenkassen oder Kliniken, sondern auch der schnelle und sichere Datenaustausch. Die hausärztliche Betreuung von Patienten in ländlichen Regionen kann durch den Einsatz telemedizinischer Verfahren ebenfalls verbessert werden. Ihr Einsatz kann dazu beitragen, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu verringern.

Telemedizin-Anwendungen gewährleisten die Verknüpfung von professioneller medizinischer Betreuung durch systematische Erfassung und Überwachung mittels technischer Hilfsmittel mit der Pflege im häuslichen Umfeld. Statt seine Patienten lediglich zur Routinekontrolle bzw. zum Datenauslesen der Messgeräte in die Praxis zu bitten, ist der vom Patienten befugte Arzt via Internet jederzeit über dessen Werteverlauf informiert. Bei Problemfällen mit starken Schwankungen der Werte hat er die Chance schneller als bisher einzugreifen. Außerdem gibt es Anwendungen zur Überwachung der Medikamenteneinnahme, zum Abruf von Laborergebnissen, zur Fernüberwachung oder Fernsprechstunde und andere.

Ziel ist es, das Leben von chronisch kranken Menschen einfacher und sicherer zu machen und damit ihre Lebensqualität zu steigern. Der Patient bzw. der Nutzer misst z.B. wie

gewohnt (mehrmals) täglich seinen Blutzucker, seinen Blutdruck oder sein Gewicht. Während er die Messergebnisse bisher handschriftlich notieren musste, kann er sie jetzt automatisch vom Messgerät über eine geschützte Internetverbindung an eine sichere Online-Datenbank weiterleiten. Zusätzlich kann er Informationen wie Medikationen, Mahlzeiten, sportliche Aktivitäten oder auch Arztbesuche mobil seinem Tagebuch hinzufügen. So entsteht eine Patientendokumentation mit grafisch aufbereiteten Informationen und statistischen Auswertungen. Das Portal verfügt über die gleichen Sicherheitsstandards wie im Online-Banking, d.h. nur der Patient selbst und von ihm autorisierte Personen wie sein Hausarzt oder Angehörige können die Werte einsehen. Auf Wunsch können diese Vertrauenspersonen auch einen Alarmruf hinterlegen.

Dank dieser modernen Assistenzsysteme können Menschen im Alter länger mobil bleiben und ein selbst bestimmtes Leben führen.

Gisela Lemke
Selbsthilfegruppe Blasenkrebs
Hamburg

* Das iPhone von Apple ist ein Smartphone, d.h. ein Mobiltelefon mit mehr Computerfunktionalität und -konnektivität, als ein herkömmliches fortschrittliches Mobiltelefon zur Verfügung stellt. Aktuelle Smartphones lassen sich meist über zusätzliche Programme (sogenannte Apps) vom Anwender individuell mit neuen Funktionen aufrüsten. Ein Smartphone kann auch als ein kleiner transportabler Computer (PDA) mit zusätzlicher Funktionalität eines Mobiltelefons verstanden werden.

Öffentliches Patientenforum zum Thema Harnblasenkarzinom

anlässlich des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. in Hamburg

Der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) fand vom 14. – 17. September 2011 in Hamburg statt. Er stand unter einem zweigeteilten Motto: „Zukunft sichern: Uroonkologische Leitfunktion“ und „Nachwuchs fördern“.

Rund 7 300 Teilnehmer aus 57 Ländern der Welt besuchten diesen Kongress, dessen wissenschaftliche und berufspolitische Schwerpunkte vornehmlich der urologischen Krebstherapie galten.

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. (ShB) war mit einem Informationsstand auf dem Kongress vertreten. Mitglieder der Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hamburg und die Mitglieder des ShB-Vorstandes standen für Informationen über Selbsthilfe und für Gespräche zur Verfügung.

Auf dem Kongress, der jährlich stattfindet, findet auch immer ein öffentliches Patientenforum für Betroffene, Angehörige und Interessenten statt. Der Kongress-Präsident, Prof. Dr. Joachim Steffens, sieht das Patientenforum als ein Sprachrohr für die Öffentlichkeit, in dem die Deutsche Gesellschaft für Urologie traditionsgemäß über wichtige Entwicklungen zu häufigen urologischen Erkrankungen informiert.

Das Thema des diesjährigen Patientenforums lautete: „Was gibt es Neues zum Harnblasenkarzinom?“ Patienten fragen – Experten antworten.

Das Patientenforum wurde organisiert und moderiert von Prof. Dr. Christian Wülfing, Chefarzt der Abteilung für Urologie der Asklepios Klinik Altona in Hamburg. Der Vorstand des ShB hat die Organisation dieser DGU-Veranstaltung unterstützt. Frau Lemke und Frau Hartmann, Mitglieder der Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Hamburg, Herr Petersmann von der Blasenkrebs Online Selbsthilfegruppe und Herr Dr. Petrik vom Vorstand des ShB stellten sich gemeinsam mit den vier Referenten den Fragen der ca. 130 Besucher.

Betroffenen und ihre Nächsten sowie interessierten Besuchern im Sinne zeitgemäßer Prävention verständliche Aufklärung zum Thema Blasenkrebs zu geben, war das Anliegen dieses Patientenforums. Den Patientenvertretern ging es auch um die emotionale Krankheitsbewältigung, um die Informationen über die psychischen Aspekte des Umgangs mit der Erstdiagnose, der Therapieentscheidung und der Nachsorge.

Die vier Experten der medizinischen Fachgesellschaft informierten zunächst über aktuelle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten des Blasenkarzinoms. Da Blasenkrebs in sehr unterschiedlichen Stadien auftreten kann, sind auch die diagnostischen und therapeutischen Schritte sehr unterschiedlich. Aufgrund des Fortschritts im Bereich neuer Diagnosemöglichkeiten, neuer operativer Techniken und auch neuer Medikamente kann den an Blasenkrebs erkrankten Patienten heutzutage eine Vielfalt moderner Maßnahmen angeboten werden.

Risikofaktoren für die Entstehung von Blasenkrebs sind Tabakkonsum, be-

stimmte Chemikalien wie aromatische Amine, in der Krebstherapie eingesetzte Zytostatika und chronische Blasenentzündung. Außerdem werden familiäre Häufungen beobachtet.

Blut im Urin oder häufiges, zum Teil schmerzhaftes Wasserlassen sind mögliche Symptome.

Eine gesetzliche Früherkennungsuntersuchung für Blasenkrebs gibt es nicht. Urintests werden von einigen Experten für gefährdete Personengruppen empfohlen.

Bei Feststellung eines Blasenkarzinoms handelt es sich meistens um oberflächliche Karzinome. Bei der Entfernung dieser oberflächlichen Tumoren -bei einer Blasenpiegelung durch die Harnröhre- gilt die sogenannte photodynamische Diagnostik, die den Tumor unter Blaulicht sichtbar macht, als derzeit beste Methode.

In fortgeschrittenem Stadium, wenn die Krebsgeschwülste in die Blasenwand eingedrungen sind, kann die Entfernung der Harnblase mit Bildung einer Harnableitung erforderlich werden. Bei etwa 70 Prozent der Patienten ermöglicht eine Ersatzblase aus eigenem Dünndarm den Erhalt von Lebensqualität und körperlicher Integrität.

Abhängig vom Tumorstadium kann bei der Behandlung von Blasenkrebs zusätzlich eine Chemotherapie notwendig sein.

Dem Vortragsblock folgte eine moderierte Fragerunde, in der die o. g. Vertreterinnen und Vertreter des Selbsthilfe-Bundes Auskunft über Ihre Erfahrungen bei der körperlichen und seelischen Krankheitsbewältigung gaben und in der die Ärzte persönliche Fragen der Teilnehmer beantworteten.



Eckhard Petersmann



Rosa Hartmann

Gisela Lemke Dr. Manfred Petrik Prof. Dr. med. Christian Wülfing

Medizinische Berichte

vom Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

In den folgenden drei Artikeln lesen Sie Berichte von Sitzungen, die während des 63. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg (14.-17.09.11) stattfanden. In diesen Sitzungen stellte ein Arzt das jeweilige medizinische Thema vor, das dann von der teilnehmenden Ärzteschaft diskutiert wurde.

Zum besseren Verständnis der medizinischen Fachsprache, die in den Berichten verwendet wird, finden Sie Erläuterungen im Anschluss an den jeweiligen Bericht.

Routinemäßige Photodynamische Diagnostik¹ (PDD) mit Hexaminolaevulinsäure führt zur signifikant verbesserten Detektion von Carcinoma in situ (Cis)².

R. Steiner*, P. Honeck*, G. Wendt-Nordahl*, T. Knoll*

*Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Klinik für Urologie, Sindelfingen

Einleitung: Das Urothelkarzinom der Blase³ gehört in Europa zu der häufigsten urologischen Krebserkrankung. Insbesondere das Carcinoma in situ (Cis) weist eine hohe Rezidiv- und Progressionsrate⁴ auf. Durch eine frühzeitige Detektion kann eine intravesikale Instillationstherapie⁵ in einem frühen Stadium erfolgen und zu einer Verlängerung des rezidivfreien Intervalls führen. Seit April 2009 nutzen wir in unserer Klinik Hexaminolaevulinsäure zusätzlich zur Weißlicht-Zystoskopie⁶ routinemäßig zur Detektion von Blasentumoren im Rahmen von transurethralen Resektionen⁷.

Material und Methoden: Bis Januar 2011 wurde Hexaminolaevulinsäure bei 310 Blasentumorpatienten im Rahmen der TUR-Blase⁷ eingesetzt. 228 Patienten erhielten eine TUR bei Erstdiagnose oder bei Rezidiv, 82 als Nachresektion.

Ergebnisse: Es wurden bislang insgesamt 340 Urothelkarzinome diagnostiziert.

Am häufigsten nachweisbar mit 32% waren Cis (19% der Patienten), es folgten an zweiter Stelle mit 18% TaG1-Karzinome⁸ (14% der Patienten).

Für die PDD ergab sich bei allen Patienten eine Sensitivität⁹ von 94% und eine Spezifität¹⁰ von 34% (Weißlicht-Zystoskopie: Sensitivität 70%, Spezifität 65%).

Bei 28 Patienten mit Nachweis eines Cis (47% der Cis-Patienten) wären durch alleinige Weißlicht-Zystoskopie diese zum Teil multifokalen Tumore¹¹ übersehen worden.

Bei allen anderen nichtmuskelinvasiven Tumorentitäten¹² ist bislang kein signifikanter Vorteil der PDD bzgl. der Detektionsrate ersichtlich.

Schlussfolgerung: Die routinemäßige Anwendung der PDD mit Hexaminolaevulinsäure erhöhte die Detektionsrate von Cis um das 1,8-fache (häufigste Tumorentität). Dieses Ergebnis rechtfertigt unsere Vorgehensweise, die PDD grundsätzlich allen Patienten anzubieten, die zur TUR-Blase anstehen, um frühzeitig eine Therapieeinleitung (v. a. BCG-Instillation¹³) vornehmen zu können.

¹ Untersuchungsverfahren zur Erkennung von Tumoren

² flaches, auf der Schleimhaut liegendes, noch nicht in die Muskelschicht eingedrungenes, aber hochaggressives Karzinom

³ Harnblasenkrebs

⁴ Wiederauftreten eines Tumors und Fortschreiten im Wachstum

⁵ lokale Chemotherapie, bei der Medikamente durch einen Katheter in die Blase eingeführt werden und dort eine Zeit lang verbleiben

⁶ Blasenspiegelung mit Einsatz von Weißlicht

⁷ Entfernung erkrankten Gewebes aus der Harnblase über die Harnröhre

⁸ nicht in die Muskelschicht eingedrungener Tumor der niedrigsten Stufe (Grad 1) in der Krebs-Klassifikation

⁹ Fähigkeit eines Testverfahrens, tatsächlich Kranke als krank zu erkennen

¹⁰ Fähigkeit eines Testverfahrens, nicht Erkrankte als solche zu erkennen

¹¹ an verschiedenen Stellen auftretende Tumore

¹² Tumorgruppen, deren bösartige Zellen nicht ins Muskelgewebe eingedrungen sind

¹³ Ein abgeschwächter Lebendimpfstoff –entwickelt aus Tuberkelbazillen– wird mittels eines Katheters in die Harnblase eingebracht, wodurch die Tumorzellen vernichtet werden.

Das blutende Conduit

M. Seger*, C. Pfeiffer*, P. de Geeter*, R. de Petriconi**, R. Hautmann**, B. Volkmer*/**

* Klinikum Kassel, Klinik für Urologie, Kassel,

** Universitätsklinik Ulm, Klinik für Urologie, Ulm

Einleitung: Das Ileum-Conduit ist die verbreitetste Form der Harnableitung nach Zystektomie¹. Die Makrohämaturie² über das Conduit lässt eine Vielzahl von Differenzialdiagnosen³ zu, die wir anhand eines großen Kollektivs zweier Kliniken untersuchten.

Material und Methoden: Zwischen 1976 und 2010 wurden an 2 Kliniken insgesamt 2864 Harnableitungen, davon 1118 Ileum-Conduits (39%) angelegt. Alle Fälle mit transfusionsbedürftiger Hämaturie⁴ wurden analysiert.

Ergebnisse: Bei 1118 Patienten mit Ileum-Conduit wurden 15 Fälle mit therapiebedürftiger schwerer Makrohämaturie² beobachtet (1,3%). Dabei handelte es sich um:

1 Blutung bei Tumorrezidiv⁵ im oberen Harntrakt

6 arterioureterale⁶ Fisteln, davon 2 zur Aorta⁷, 3 zur A. iliaca communis⁸ und 1 zur A. iliaca externa⁸ (bei vergessener, inkrustierter⁹ Harnleiterschleife). Zur Fistel kam es in 3 Fällen durch Abszedierungen¹⁰, in 2 Fällen durch einen Tumorprogress. Alle arterioureteralen⁶ Fisteln wurden durch endolumale Stenteinlage¹¹ saniert.

In 2 Fällen kam es zu spontanen Blutungen aus dem Conduit aufgrund von Angiodysplasien¹², die erfolgreich umstochen wurden.

2 Patienten bluteten spontan aus dem oberen Harntrakt bei einem Leberversagen mit schwerster Gerinnungsstörung.

In 2 Fällen fand sich eine radiogene, bzw. bakterielle Ileitis¹³ als Blutungsursache.

2 weitere Patienten entwickelten einen portalen Hypertonus¹⁴ bei Leberzirrhose mit sekundärer Blutung aus dem Conduit, die durch TIPS (Transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunt) erfolgreich behandelt wurden.

Schlussfolgerung: Einer Blutung aus dem Conduit können seltene, lebensbedrohliche Erkrankungen zugrunde liegen. Die Bildgebung mit Angio-CT¹⁵ kann in der Blutungsphase meist wegweisend sein. Meist ist interventionelle Radiologie¹⁶ zur minimal-invasiven Therapie unvermeidlich.

¹ chirurgische Entfernung der Harnblase

² sichtbare Rotfärbung des Urins

³ Gesamtheit der Diagnosen, die als Erklärung für die Krankheitszeichen oder med. Befunde in Betracht zu ziehen sind

⁴ Blutbeimengung im Urin, die eine Bluttransfusion erforderlich macht

⁵ Wiederauftreten eines Tumors nach erfolgreicher Erstbehandlung

⁶ Arterie: Blutgefäß Ureter: Harnleiter

⁷ zentrales Blutgefäß, das das sauerstoffreiche Blut vom Herzen in die Körper-Peripherie transportiert

⁸ Beine und Becken versorgende Blutgefäße

⁹ eingelagert

¹⁰ Ausbildung eines Abszesses (abgekapselte Ansammlung von Eiter)

¹¹ Stent (Röhrchen) endo (innen)

¹² Fehlbildungen von Arterien, Venen und Lymphgefäßen

¹³ Entzündung eines Teils des Dünndarms

¹⁴ erhöhter Druck in der Pfortader

¹⁵ radiologisches Untersuchungsverfahren, bei dem die Blutgefäße untersucht werden

¹⁶ Teilgebiet der diagnostischen Radiologie, in dem unter Bildsteuerung therapeutische Eingriffe vorgenommen werden

Roboterassistierte radikale Zystektomie¹ – Erfahrungen bei den ersten 40 Patienten

M. Yanovskiy*, M. Musch*, H. Löwen*, Y. Davoudi**, M. Vanberg*, A. Börgers***, D. Kröpfl*

* Kliniken Essen-Mitte, Klinik für Urologie, Kinderurologie und urologische Onkologie, Essen

** Die Gesundheitsunion, Urologische Gemeinschaftspraxis Standort Barmen, Wuppertal

*** Kliniken Essen-Mitte, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Essen

Einleitung: Im Rahmen eines 03/2009 aufgelegten daVinci-„Roboterprogramms“² wurde aufgrund der ermutigenden Literaturdaten frühzeitig die Roboterassistenz bei der radikalen Zystektomie implementiert³. Wir präsentieren die operativen und frühen postoperativen⁴ Erfahrungen, die bei den ersten 40 Patienten gewonnen wurden.

Material und Methoden: 08/2009 – 12/2010 wurden 40 Patienten einer transperitonealen⁵ Roboter assistierten, radikalen Zystektomie (RARC) mit erweiterter pelviner Lymphadenektomie⁶ (ePLA) durch 3 Operateure unterzogen. Die Harnableitung erfolgte extrakorporal⁷. Alle Daten wurden prospektiv⁸ erfasst.

Ergebnisse: Das Alter der Patienten betrug 52 – 85 Jahre (Median⁹ 70), der BMI¹⁰ lag bei 16 – 40 (Median 27) und der Allgemeinzustand entsprach ASA¹¹ 2 (n=19) oder ASA 3(n=21). Es wurden 26 Ileumconduits¹², 13 Ileumneoblase¹³ und 1 Mainz-Pouch II¹⁴ angelegt. Die Operationszeit betrug 327-575 min. (Median 397,5) und gliederte sich wie folgt: RARC 50-223 min. (Median 125), ePLA 17-145 min. (Median 60), Harnableitung 55-249 min. (Median 110). Der Blutverlust betrug 100-800 ml (Median 300). Es wurden 6-51 (Median 26,5) Lymphknoten entnommen. Einen R1-Befund¹⁵ wies ein Patient auf. Es traten keine intraoperativen¹⁶ Komplikationen auf. Bis Entlassung traten bei 29 Patienten Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation¹⁷ auf: 5 (12,5%) Grad I, 17 (42,5%) Grad II, 2 (5%) Grad III, 1 (2,5%) Grad IIIa, 1 (2,5%) IIIb, 3 (7,5%) Grad IV. Der erste postoperative Stuhlgang wurde bei 32 (80%) Patienten am 1.-3.Tag beobachtet. Die mediane Krankenhausliegedauer betrug 19 Tage (11-56).

Schlussfolgerungen: Die Erfahrungen bei den ersten 40 RARC- Patienten ermutigten uns, dieses Verfahren allen geeigneten Patienten als Alternative anzubieten.

¹ Entfernung der Harnblase

² da Vinci-Operationssystem: ein OP-System, bei dem der Operateur mittels einer Steuerungskonsole einen Operationsroboter fernbedient. Dabei führt der Roboter lediglich die Bewegungen des Operateurs und keinerlei eigene Aktionen aus. Über kleine chirurgisch erzeugte Öffnungen werden die zum Eingriff nötigen Instrumente eingeführt.

³ eingeführt

⁴ nach der Operation

⁵ durch die Bauchhöhle

⁶ Entfernung von Lymphknoten im kleinen Becken

⁷ außerhalb des Körpers

⁸ vorausschauend für eine Studie

⁹ Median (Zentralwert) ist der Wert, der alle erhobenen Werte so teilt, dass jeweils eine Hälfte über dem Median und eine unter dem Median liegt.

¹⁰ Body-Mass-Index (Körpermasseindex) ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße.

¹¹ Schema der Amerikanischen Gesellschaft für Anästhesie (6-Punkte-Skala) zur Einteilung von Patienten bezüglich ihres körperlichen Zustands. ASA Klasse 1 bezeichnet einen normalen, gesunden Menschen.

¹² Ileum (Dünndarm) Conduit (Übergangsstück)

Die Harnableitung erfolgt über ein ausgeschaltetes Stück Dünndarm, in das an einem Ende die Harnleiter eingepflanzt und dessen anderes Ende durch die Haut als Stoma (künstlicher Urinausgang) ausgeleitet wird. Das Stoma wird mit einem Stomabeutel versorgt.

¹³ künstliche Harnblase aus Dünndarm. Die Harnleiter werden in die Ersatzblase eingepflanzt. Die Ersatzblase wird an die Harnröhre angeschlossen. Somit ist der Patient kontinent und das Wasserlassen erfolgt über den natürlichen Weg.

¹⁴ Reservoir, das im Bereich des Krummdarms (Dickdarmabschnitt kurz vor dem After) durch eine spezielle Nahttechnik geschaffen wird. Die Harnleiter werden in das Reservoir eingepflanzt. Der Urin wird zusammen mit dem Stuhl über den After ausgeschieden.

¹⁵ mikroskopisch nachgewiesener Resttumor, der im chirurgischen Entnahmebereich verblieben ist.

¹⁶ während der Operation

¹⁷ System zur Einteilung der Schwere einer Komplikation nach der Operation. Die Einteilung erfolgt in Grade von I bis V.

Überleben mit Hygiene

Wunder – Hände waschen

Hände waschen nicht vergessen. Wenn Sie husten, dann bitte: Hand vor den Mund. Noch besser: In die Ellenbogenbeuge husten. Hygienemaßnahmen, wie sie jetzt anlässlich der bevorstehenden Erkältungen wieder angesagt sind, klingen bisweilen läppisch. Mit Kleinigkeiten gegen Grippe und Erkältungen? Aber wie ist es mit der Hygiene überhaupt?

Sagen wir so: Hände waschen gilt immer noch als eine der besten Hygienemaßnahmen überhaupt. In Studien fand man heraus, dass das Bewusstsein dafür komplett unterentwickelt ist. Nicht nur bei der normalen Bevölkerung, nein auch bei den Ärzten!

Auf der Krawatte eines Arztes haben Forscher im Labor mehr Keime gefunden als auf einem Klodeckel! Da muss man sich über die Ausbreitung von Krankenhauskeimen nicht wundern.

Aber auch wir Patienten fassen alles an. Ob wir uns die Hand zur Begrüßung geben oder eine Wange streicheln – wir sind es dem anderen schuldig, dass wir saubere Hände haben.

Das ist natürlich nicht so einfach. Blättern wir nicht im Wartezimmer unseres Arztes die vielfach benutzten Zeitschriften durch? Schieben wir nicht vor uns den gleichen Einkaufswagen her, den eben noch ein grippekranker Mensch benutzt hat? Und was ist mit der Toilettentür in der Autobahnraststätte?

Dass wir heute das Glück haben, auch bei guter Gesundheit alt werden zu können, hat vor allem mit dem Ausbau der Hygiene zu tun. Aber das war nicht immer so.

Keime, die hat man lange überall vermutet – nicht nur in einem nach Desinfektionsmittel riechenden Krankenhaus. Wie wichtig Hygiene ist, zeigt ein Blick in die Geschichte. Hygiene geht auf „Hygieia“, der griechischen Göttin der Quellen und Flüsse, zurück. Den **Griechen** war der Zusammenhang zwischen Gesunderhaltung des Körpers und ge-

sundem Wasser bekannt. Auch die **Römer** wussten das und versorgten ihre Wohngebiete mit Frischwasser- und Abwasserkanälen.

Die Geschichte der modernen Hygiene beginnt 1846 mit **Ignaz Semmelweis** (1818-1865). Während seiner Tätigkeit im ersten Gebärhaus in Wien wies er nach, dass das Kindbettfieber (Wochenbettfieber) eine Schmutzinfektion ist, die über die Hände von Geburtshelfern übertragbar ist. Als Maßnahme führte er das Waschen der Hände mit einer Chlorkalklösung ein. Dadurch gelang es ihm, die Übertragung des Kindbettfiebers und damit die hohe Sterberate bei Wöchnerinnen drastisch zu reduzieren.

Louis Pasteur (1822-1895) entdeckte 1858, dass der Gärungsprozess kein rein chemischer Vorgang ist, sondern von Krankheitskeimen hervorgerufen wird. 1865 schaffte er es, durch Erhitzen gärender Flüssigkeiten diesen Prozess zu unterbrechen und z.B. Kuhmilch länger haltbar zu machen. Dieser Effekt konnte für die Konservierung (Pasteurisierung) vieler weiterer verderblicher Lebensmittel nutzbar gemacht werden.

Robert Koch (1843-1910) züchtete erstmals mit Hilfe von Nährböden Bakterien und wies sie gezielt nach. Ende des 19. Jahrhunderts konnte er die Erreger z.B. der Gonorrhoe, Tuberkulose, Cholera, Meningitis, Pest und Syphilis identifizieren.

Eigentlich wollte **Alexander Fleming** (1881-1955) auch nur Bakterien züchten. Doch er hatte unsauber gearbeitet und außer Bakterien wuchs auch ein Schimmelpilz auf

der Petrischale. Das Experiment war missglückt, aber bevor Fleming die Schale wegschmiss, sah er: Rund um die Schimmelpilze wuchsen kleine Bakterien. „That is funny“, („Das ist lustig“), soll der Schotte gesagt haben – und hat damit eine Revolution in der Medizin eingeleitet. Aus dem Schimmelpilz wurde das Penicillin. Ein großer Fortschritt. Doch heute sind viele Bakterien immun gegen Antibiotika. Diese „Resistenzen“ sind ein Grund für die Klinikkeime.

Bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden Sauberkeit und Desinfektion in der Medizin nicht als notwendig angesehen. Operationsschürzen der Chirurgen wurden so gut wie nie gewaschen. Medizinische Instrumente wurden vor dem Gebrauch nicht gereinigt. Auch wurden nicht selten in Krankenhäusern die Wunden von verschiedenen Patienten nacheinander mit demselben Schwamm gereinigt.

Den Durchbruch zur Veränderung schaffte, wie gesagt, Ignaz Semmelweis. Heute ist vielen Verantwortlichen klar, dass Hygiene im Krankenhaus ganz wichtig ist und Geld kostet.

Dass man einen hohen Standard an Hygiene im Krankenhaus erreichen kann, zeigt das Beispiel Holland. Dort werden Krankenhauspatienten schon bei der Einlieferung auf den Keim MRSA hin untersucht und gegebenenfalls isoliert. Auch das Pflegepersonal wird regelmäßig untersucht und intensiv geschult. Das Ergebnis: Die Infektionsraten und die daraus resultierenden Todesfälle sind um ein Vielfaches niedriger als bei uns.

Quelle:
Westdeutsche Allgemeine
Gesundheitszeitung

Inkontinenz: nachhaltiger Behandlungserfolg und gesteigerte Lebensqualität dank Botox

Durchbruch bei der Zulassung von Botulinum Toxin A

Botulinum Toxin A (kurz Botox) ist bislang bekannt als Schönheitsmittel. Doch auch im Kampf gegen die Inkontinenz ist Botox mittlerweile ein probates Therapeutikum mit überlegener Langzeitwirkung.

Die Betroffenen hoffen seit Jahren auf den Einsatz des innovativen Wirkstoffs Botulinum Toxin A. Die kürzliche Zulassung von Botulinum Toxin A zur Behandlung der neurogenen Blase bei Querschnittverletzten und MS-Patienten in Irland gilt, auf Grund entsprechender Regeln im EU – Recht, als Durchbruch auch für andere Europäische Länder, darunter Deutschland.

Dank der Einführung des intermittierenden Katheterismus (Legen eines Katheters zur einmaligen Entleerung der Blase) und der medikamentösen Therapie mit Anticholinergika (bewirken, dass die starke Aktivität der Blase gesenkt wird, wodurch das Fassungsvermögen der Blase erhöht wird), die wiederholte und aufsteigende Harnwegsinfekte und damit eine Nierenschädigung reduzieren oder ganz verhindern, haben die meisten Querschnittpa-

tienten inzwischen eine normale Lebenserwartung. „Mit dem Einsatz von Botulinum Toxin A kann nun ein entscheidender Fortschritt in der Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden“, sagt Prof. Dr. Axel Haferkamp. Der Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum der Goethe Universität Frankfurt, erwartet die Zulassung in Deutschland in den nächsten Wochen und damit einen Wandel in der sogenannten Zweitlinientherapie der neurogenen Blasenfunktionsstörung, bei der die Harnblase ihre normale Speicher- und Entleerungsfunktion auf Grund einer Störung im Nervensystem verloren hat. Diese kann nach angeborener oder traumatischer Querschnittslähmung, bei Erkrankung wie Multiple Sklerose oder Parkinson, nach Schlaganfall oder als Folge eines Diabetes mellitus auftreten.

Ziel der neurourologischen Behandlung ist es vielmehr, durch eine systematische Therapie Sekundärfolgen wie vermehrte und aufsteigende Harnwegsinfekte, Nierenbeckenentzündungen, Nierenfunktionsverlust und Dialyse sowie

Harninkontinenz entgegenzuwirken. Letztere kann mit Botulinum Toxin A effektiv behandelt werden. Der Wirkstoff wird unter örtlicher Betäubung direkt in die Harnblase gespritzt und bewirkt eine partielle Lähmung der Blasenmuskulatur, was den Druck in der Blase verringert und Symptome wie häufigen und unwillkürlichen Harndrang im Mittel über 42 Wochen reduziert oder völlig unterbindet. Gegenwärtig ist das nur an ausgewiesenen Zentren im Rahmen von Studien möglich, wobei in der Regel keine Kostenübernahme der etwa 1000 Euro teuren Injektion durch die Krankenkassen erfolgt. Die Behandlung wird weiter in spezialisierten Zentren erfolgen und bedeutend mehr Patienten als bisher zu Gute kommen. Dennoch gilt es, allzu große Erwartungen zu dämpfen: Das laufende Zulassungsverfahren deckt lediglich die Indikation zur Behandlung der neurogenen Blase in Folge von Rückenmarksverletzung und Multipler Sklerose ab.

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. - Pressestelle

Broschüre „Kleines Wörterbuch Blasenkrebs“ erschienen

Wenn Sie zum ersten Mal mit der Diagnose Blasenkrebs konfrontiert werden, dann sind Sie sehr verunsichert und wissen nicht, wie es weitergehen soll. Bei den Gesprächen mit Ihren behandelnden Ärzten in Praxis und Klinik wird Ihnen vieles unverständlich sein. Damit Sie für diese Gespräche besser gerüstet sind, sollten Sie verstehen, was die Fachausdrücke bedeuten, die benutzt werden. Dabei soll Ihnen das „Kleine Wörterbuch Blasenkrebs“, welches vom Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. herausgegeben wird, helfen.

Dieses Wörterbuch ist erhältlich beim

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.
Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn
E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de



Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.



Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. ist eine bundesweit tätige Selbsthilfeorganisation für an Harnblasenkrebs erkrankte Personen und deren Angehörige sowie die Dachorganisation von lokalen Selbsthilfegruppen. Er wurde am 14.12.2004 in Berlin gegründet, um die Öffentlichkeit über die Erkennung sowie die Behandlung von Blasenkrebs und alle damit zusammenhängenden Probleme aufzuklären, den Selbsthilfegedanken bei Betroffenen und ihren Angehörigen zu fördern sowie deren Interessen zu bündeln und zu vertreten und sie in ihrer Lebenssituation zu unterstützen und zu beraten. Im ShB haben sich Einzelpersonen und Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen.

Der ShB ist ein eingetragener Verein mit anerkannter Gemeinnützigkeit. Die rechtliche Grundlage ist die Satzung in der Fassung vom 24.04.2009. Sie enthält wichtige Bestimmungen und konkrete organisatorische Regelungen. Der ShB verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke. Er ist selbstlos tätig und die Mittel dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Die Delegiertenversammlung ist das oberste Organ des ShB. Sie

besteht aus den von den ordentlichen Mitgliedern in den einzelnen Bundesländern gewählten Delegierten. Die Delegiertenversammlung tritt einmal pro Jahr zusammen. Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden und mindestens zwei, höchstens vier weiteren Mitgliedern.

Finanzen

Durch Spenden, Fördermittel und Sponsorengelder finanziert sich der ShB. Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben.

Kontakt Daten des Vorstands

Peter Schröder, Vorsitzender
Telefon: 0208 421511

E-Mail:
schroeder@blasenkrebs-shb.de

Karl-Heinz Bockelbrink,
1. stv. Vorsitzender
Telefon: 0231 403676

E-Mail:
bockelbrink@blasenkrebs-shb.de

Dr. Manfred Petrik,
2. stv. Vorsitzender
Telefon: 02304 239860

E-Mail:
petrik@blasenkrebs-shb.de

Alfred Marenbach Schriftführer
Telefon: 02133 45365

E-Mail:
marenbach@blasenkrebs-shb.de

Joachim Weier,
komm. Schatzmeister
Telefon: 02302 32196

E-Mail:
weier@blasenkrebs-shb.de

Seit April 2009 gehört der ShB zum **HAUS DER KREBS-SELBSTHILFE** in Bonn.



Kontakt

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.

Geschäftsstelle:
Siepmanns Hof 9
45479 Mülheim an der Ruhr

Telefon-Hotline: 0208 62 19 60 41

Büro im Haus der Krebs-Selbsthilfe Bonn
Postanschrift: Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Eingang: Thomas-Mann-Straße 44a über Noeggerathstr.

Telefon: Zentrale ShB 0228 33889 150
Vorstand 0228 33889 151
Büro 0228 33889 152

Fax: 0228 33889 155

E-Mail: info@blasenkrebs-shb.de

Internet: www.blasenkrebs-shb.de

eingetragen unter
VR 51704 Amtsgericht Duisburg
Steuer-Nr.: 120/5702/1288
Finanzamt Mülheim an der Ruhr

Bankverbindung:

Konto-Nr.: 15339995
Bankleitzahl: 660 908 00
Kreditinstitut: BBBank

Der ShB wird gefördert durch





Selbsthilfegruppen Harnblasenkrebs

Stand: 5.10.2011

Aachen

SHG Blasenkrebskrankungen Aachen
Ansprechpartner: Karl-Heinz Bockelbrink
Telefon: 0231 403676

Allgäu

SHG Allgäu für Blasenkrebskranke
Ansprechpartnerin: Margot Sammet
Telefon: 08370 922620

Berlin

SHG Blasenkrebs Berlin
in der Selbsthilfe Harnblasenkrebs e.V.
Ansprechpartner: Detlef Höwing
Telefon: 030 7440073
Mobil: 0178 2777132
www.selbsthilfe-harnblasenkrebs.de

Bocholt

SHG für Träger einer Ersatzblase Bocholt (STEBB) e. V.
Ansprechpartner: Peter Schröder
Telefon: 0208 421511
www.stebb-blasenkrebs-bocholt.de/ms

Bonn

SHG Blasenkrebs Bonn
Ansprechpartner: Alfred Marenbach
Telefon: 02133 45365

Darmstadt

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Darmstadt
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253
www.blasenkrebs-shg.de/Darmstadt

Dortmund

SHG Blasenkrebskrankungen Dortmund
Ansprechpartner: Karl-Heinz Bockelbrink
Telefon: 0231 403676
Ansprechpartner: Walter Gabelmann
Telefon: 0231 251429
www.shg-blasenkrebs-do.de

Duisburg

SHG Blasenkrebs Duisburg
Ansprechpartner: Heidi und Wilfried Groß
Telefon: 02303 9349112

Ellwangen

Selbsthilfegruppe Blasenkrebs Ellwangen
Ansprechpartnerin: Andrea Bolsinger
Telefon: 07961 8785459

Essen

SHG Harnblasenkrebs Essen
Ansprechpartnerin: Monika Pulfrich
Telefon: 0201 587954
Ansprechpartner: Hans Stephan
Telefon: 0201 264134

Frankfurt

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Frankfurt
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253
www.blasenkrebs-sgh.de/Frankfurt

Friesland

SHG Blasenkrebs Friesland
Ansprechpartner: Jens Uwe Pawlowski
Telefon: 04422 999237

Halle (Saale)

SHG Erektile Dysfunktion + Blasenkrebs Halle
Ansprechpartner: Fred-Johannes Twarde
Telefon: 03456 858828

Hamburg

SHG Blasenkrebs Hamburg (Harburg)
Ansprechpartner: Günter Burmeister
Telefon: 040 76960348
Ansprechpartnerin: Gisela Lemke
Telefon: 040 27808001

Hamburg

SHG Blasenkrebs Hamburg (Wandsbek)
Ansprechpartnerin: Gisela Lemke
Telefon: 040 27808001
Ansprechpartner: Horst Speetzen
Telefon: 04152 74399

Hessen

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Hessen
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
www.shgbh.de

Karlsruhe

SHG Mainz Pouch Gruppe Karlsruhe
Ansprechpartnerin: Hildegard Verron-Beetz
Telefon: 0721 689118

Karlsruhe

SHG Blasenkrebs Karlsruhe
Ansprechpartner: Rudi Schneider
Telefon: 07247 21839
Ansprechpartner: Josef Dietz
Telefon: 07252 3871

Köln

SHG Blasenkrebs Köln
Ansprechpartner: Friedrich Wauer
Telefon: 02203 9095765
www.shg-blasenkrebs-koeln.de

Köln

SHG Blasenkrebs
Heilig-Geist-Krankenhaus, Köln-Longerich
Ansprechpartnerin: Gabriele Schwersen
Telefon: 0221 7491-8264

Leipzig

SHG Mainz-Pouch I Leipzig
Ansprechpartnerin: Renate Fränkel
Telefon: 0341 2321368

München

SHG Blasenkrebs München
Ansprechpartnerin: Barbara Rüter
Telefon: 089 762903

Niederrhein (Oberhausen)

SHG Blasenkrebs Niederrhein (Oberhausen)
Ansprechpartner: Wolfgang Brüggemann
Telefon: 02041 51085
Ansprechpartner: Hans-Peter Jelissen
Tel.: 0203 730187

Nürnberg

SHG Ersatzblase Nürnberg 1
Ansprechpartnerin: Helga Rottkamp
Telefon: 0911 6320540

Nürnberg

SHG Blasenkrebs Nürnberg 2
Ansprechpartnerin: Monika Hollweck
Telefon: 09101 997708

Online - Forum

Online Selbsthilfegruppe Blasenkrebs
Ansprechpartner: Eckhard Petersmann
Telefon: 02331 463547
www.forum-blasenkrebs.de

Recklinghausen

SHG Blasenkrebs / Cystektomie Recklinghausen
Ansprechpartner: Franz Pölking
Telefon: 02361 45679

Rhein-Kreis Neuss

SHG Nieren- und Harnblasen-Krebs
Rhein-Kreis Neuss
Ansprechpartner: Manfred Papenheim
Telefon: 02131 541242

Rhein-Main-Gebiet

SHG Männer aktiv gegen Krebs e. V.
Ansprechpartner: Thorsten Fittkau
Telefon: 06182 947676
www.maenner-aktiv-gegen-krebs.de

Schwäbisch Gmünd

SHG Blasenkrebskrankungen
Schwäbisch-Gmünd
Ansprechpartnerin: Andrea Bolsinger
Telefon: 07961 8785459

Südbaden

SHG Blasenkrebs Südbaden (Breisgau)
Ansprechpartnerin: Gaby Stünzi
Telefon: 07631 73150

Thüringen

SHG Harnblasentumor Thüringen
Ansprechpartner: Claus Hofmann
Telefon: 03643 500370
www.harnblasentumor-thueringen.de

Wetterau-Kreis

Blasenkrebs Selbsthilfegruppe Wetterau
Ansprechpartner: Franz Hagenmaier
Telefon: 06039 931094
Ansprechpartner: Winfried Sowa
Telefon: 0170 9024253

Zwickau

SHG Blase-Prosta-Krebs
Ansprechpartner: Jürgen Löffler
Telefon: 0375 296455

Gründung neuer Selbsthilfegruppen Blasenkrebs

In folgenden Regionen sollen neue Selbsthilfegruppen Blasenkrebs gegründet werden.

Bochum

Gera

Lüneburg

Mannheim

Velbert

Haben Sie Interesse? Wollen Sie mehr wissen?

Fragen Sie in unserem Büro in Bonn nach.

Telefon: 0228 33889 150

Gemeinsam sind wir stärker – darum: Mitglied werden im ShB und Mitglieder werben für den ShB! Jetzt handeln!

**Liebe Leserin, lieber Leser,
sehr geehrte Damen und Herren,**

viele von Ihnen wissen es:

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V. ist eine bundesweit tätige Vereinigung von an Blasenkrebs erkrankten Menschen und deren Angehörige sowie von Selbsthilfegruppen Blasenkrebs.

Aktuell hat dieser Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. über 500 Mitglieder und das müssen noch mehr werden, damit der ShB die Interessen der Blasenkrebskranken und deren Angehörige noch stärker vertreten kann. Nur gemeinsam können wir die Entscheidungen in der Gesundheitspolitik und bei den Gesundheitsbehörden zugunsten von uns Patienten und unseren Angehörigen beeinflussen. Ferner ist das Harnblasenkarzinom ein bisschen das vernachlässigte Kind der Forschung. Dies bedeutet, dass in der Grundlagenforschung sowie in der klinischen Anwendungsforschung beim Harnblasenkarzinom nur wenig geforscht wird. Mit einer großen Mitgliederzahl können wir unseren Wunsch nach intensiverer Forschung nachdrücklicher aussprechen.

Werden Sie Mitglied im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. und werben Sie bitte weitere Mitglieder.

Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Ein Austritt ist jederzeit möglich.

Senden Sie bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung an:

Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e. V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Ja, ich werde Mitglied im ShB!

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich ab dem meine Mitgliedschaft im Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer: PLZ, Ort:

Telefon-Nr.: Fax: E-Mail:

Ich bin Mitglied der Selbsthilfegruppe:

Ich möchte mich einer Selbsthilfegruppe anschließen und bitte um Informationen.

Ich möchte eine Selbsthilfegruppe gründen und bitte um Informationen.

Ich bin Blasenkrebspatient/in Angehörige/r bzw. Lebenspartner/in von
und möchte somit ordentliches Mitglied werden.

Ich möchte außerordentliches (förderndes) Mitglied werden.

Datum: Unterschrift:

Ich bin darüber informiert, dass der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. zur Erfüllung seiner satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften personbezogene Daten mit Hilfe von Computern verarbeitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Wilfried Betzinger hatte Blasenkrebs

**In der Selbsthilfegruppe lernt man, wie man mit Nebenwirkungen leben kann
Bloß keine Tabus – sonst wird es schwierig**

Der 64-jährige Wilfried Betzinger hatte Blasenkrebs und lebt seitdem mit einer Ersatzblase. Aus den Folgen seiner Erkrankung macht er keinen Hehl. Nachts trägt er eine Vorlage. „Man weiß ja nie“, sagt er und weiter sagt er: „Ich bin impotent wie die meisten an Blasenkrebs Erkrankten.“

In der Selbsthilfegruppe und auch sonst spricht Wilfried Betzinger ganz offen über seine Krankheit und deren Nebenwirkungen. „Ich erlebe, dass vor allem Männer sich scheuen, die Dinge beim Namen zu nennen. Man muss mit der Krankheit leben, kann trotzdem Lebensqualität haben und das Leben genießen lernen.“

Der ehemalige Maschinenbauer ist beim Thema Genießen und das verbindet er auch mit Sex. Scheu ist der Rentner nicht, wenn er über Hilfsmittel redet. Ganz offen kann er über Penispumpe, Penisinjektion oder aber vom trockenen Orgasmus berichten. „Bei meiner Blasenoperation mussten die Prostata und auch die Samenblase entfernt werden und dieser Situation stelle ich mich.“ Herr Betzinger ermutigt alle Kranken, sich auch dieser Situation zu stellen. Vor allem: „Wenn man das mit seiner Partnerin bespricht, kann man das meistern und muss auf nichts verzichten.“ Er lacht, so einfach ist das.

Wilfried Betzinger ist die pure Lebensfreude anzusehen. Wenn er zurückblickt, kann er den Gründonnerstag vor sechs Jahren nicht vergessen. Als er an jenem Morgen zur Toilette geht, ahnt er nichts Böses. Es ist ein schöner Tag und alles ist auf Gemütlichkeit programmiert. Doch damit ist es schlagartig vorbei, als er in seinem Urin Blut sieht. Seine Frau drängt ihn, sofort zum Arzt zu gehen. Denn im Gegensatz zu ihrem Mann glaubt sie nicht an eine harmlose Entzündung der Blase.



Wenig später stellt der Arzt die Diagnose: „Blasenkrebs.“ Und das war ein Schock!

„Dabei war ich regelmäßig bei der urologischen Vorsorge, ich hatte nie Beschwerden“, stellt er fest.

Die damalige Diagnose ist „pT2, G3“. Hiermit konnte er damals wenig anfangen, aber der Arzt erklärte ihm, dass er an einem aggressiven Blasenkrebs erkrankt sei und der Tumor schon das Muskelgewebe befallen habe. Daher rieten die Ärzte ihm zur Entfernung der Blase und zu einer Ersatzblase. Er stimmte zu. Seine Blase wurde entfernt und die neue Blase wurde aus einem Stück seines Dünndarms geformt. Dieses, in der Regel 50 bis 70 Zentimeter lange Darmstück musste lernen, Urinauffangbecken zu werden und nicht mehr Darm zu sein. Für Wilfried Betzinger waren Wochen des Lernens und des Trainings angesagt. Die ersten sechs Tage nach der Operation „ließ es einfach an mir herunter“. Denn Harndrang verspürt ein Neoblasenträger nicht, maximal einen Druck im Bauchraum. Um die Blase in den Griff zu kriegen, stellte sich Wilfried Betzinger einen We-

cker. Am Anfang leerte er jede Stunde, auch nachts, seine Blase. Bloß nicht inkontinent sein, lautete seine Devise. „Heute hab ich das im Griff“, sagt er. Sein Toilettengang richtet sich nach der Uhr, alle drei Stunden ist es soweit. Auch nachts.

Wilfried Betzinger sagt, dass seine Operation, Entfernen der Blase einschließlich des Anlegens der Ersatzblase, der schwierigste Eingriff ist, den es in der Urologie gibt. Sieben Stunden war er „unter dem Messer“. Sieben Stunden lang haben die Ärzte alles getan, damit Wilfried Betzinger wieder ein normales Leben führen kann.

„Es hat gut geklappt. Weil mein Krebs nicht gestreut hatte, brauchte ich weder eine Chemotherapie noch Bestrahlung“, sagt er.

Nur an den Nebenwirkungen musste er arbeiten. Neben der Impotenz gab es auch Verdauungsprobleme. Herr Betzinger hat alles in den Griff bekommen. Hilfe in der Selbsthilfegruppe war dabei entscheidend.

„Hier gibt es keine Tabus, hier wird über alles gesprochen“, stellt er fest.

Buchbesprechungen



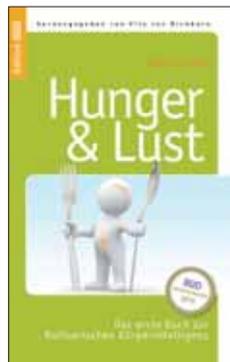
Leben trotz Krebs – eine Farbe mehr
Interviews zu einem gelingenden Leben nach Krebs
von Elmar Reute, 189 Seiten
Schattauer Verlag, Stuttgart 2010

Die Diagnose „Krebs“ wirft das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen aus der Bahn. Nach dem Schock muss das Leben weitergehen. Dazu berichten 17 Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krebserkrankungen ihre besonderen Erfahrungen und Erlebnisse, wie sie mit Hilfe psychoonkologischer Betreuung ihre Krankheit verstanden und bewältigt haben.

In den Interviews werden alle wichtigen Fragen angesprochen und von den Betroffenen individuell beantwortet: Was ist Krebs? Was will ich über meine Krankheit wissen? Wie kann ich meine Krankheit verstehen? Wie gefährlich ist mein Krebs? Was nützt und was hilft mir? Finde ich den richtigen Arzt? Wie bewältige ich meine Angst? Muss ich sterben? Die Antworten geben Einblicke in das unterschiedliche persönliche Empfinden und in die familiäre Betroffenheit. Sie stellen die Verbesserung dar, die sich durch persönliche Betreuung ergibt. Jeder Krebs-Betroffene findet in diesen Berichten eigenes Erleben und eigene Gedanken wieder.

Ein außergewöhnliches, bewegendes Buch, das ich sehr empfehle.

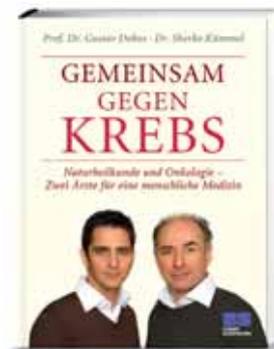
Alfred Marenbach



Hunger & Lust
von Uwe Knop, 236 Seiten,
erweiterte Neuauflage 2010
Eichborn Edition Books on Demand,
Norderstedt 2009

Statt nach fiktiven Ernährungsregeln und Diät ratschlägen zu essen, sollten die Menschen besser ihren echten Hunger wieder entdecken. Der Autor sagt: „Der echte Hunger, das ist der biologische Hunger, den wir spüren, wenn unser Körper Nährstoffe benötigt. Wenn Sie echten Hunger haben, dann spielt es keine Rolle, was Sie essen, sondern dass Sie sich dabei wohlfühlen und genießen, bis Sie satt sind.“ In **Hunger & Lust** klärt der Autor auch vereinfacht über die Grundlagen des menschlichen Energiehaushalts auf. Dabei stellt er den einzig maßgeblichen Faktor vor, der uns zu- oder abnehmen lässt: die Energiebilanz. Der Autor erläutert darüber hinaus die entscheidende Rolle unseres Erbguts in der Ernährung und der daraus resultierenden zahlreichen Körperformen. Der Ernährungswissenschaftler Knop liefert dazu die grundsätzlichen Empfehlungen, wie Menschen ihren echten Hunger wieder spüren lernen – auch, um dieses essenzielle Gefühl zur Lebenserhaltung künftig vom „hungerfreien Essen“ zu unterscheiden.

Hunger & Lust ist ein Buch für mündige Essbürger mit eigener Meinung, das zum kritischen Nachdenken und selbstbewussten Hinterfragen von Ernährungsregeln und Diätversprechen anregt.



Gemeinsam gegen Krebs
von Gustav Dobos und Sherko Kümmel, 304 Seiten
Verlag Zabert Sandmann,
München 2011

In ihrem Buch zeigen die Autoren, wie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Onkologen und Naturheilkunde-Experten eine neue Ära der Krebsmedizin einleitet. Im Rahmen der zunehmend individualisierten Tumorthherapie hat die Naturheilkunde vieles zu bieten, was die gefürchteten Nebenwirkungen einer onkologischen Behandlung mildern kann. Beispielsweise lindert Akupunktur Schmerzen, Übelkeit und auch Angst. Kältehandschuhe wirken Nagelschäden und Nervenschmerzen entgegen. Bewegung in Verbindung mit gesunder Ernährung beugt nicht nur langfristig einem Rückfall vor, sondern hilft auch kurzfristig gegen Depressionen und chronische Müdigkeit. Sehr wichtig sind Meditation und Entspannung. Lebensstiländerungen verändern nachweisbar die Aktivität der Gene.

Gemeinsam gegen Krebs

- zeigt einen Paradigmenwechsel in der Krebsmedizin, der individualisierte Hochleistungsmedizin mit ganzheitlichen Heilverfahren kombiniert
- informiert wissenschaftlich fundiert über die erfolgreiche Behandlung von Nebenwirkungen der onkologischen Therapie
- gibt Patienten Ratschläge, wie sie selbst aktiv werden können und darüber mit ihrem Arzt sprechen sollten
- ist eine wichtige Orientierungshilfe für Patienten und Angehörige im Dschungel von Medizin und unseriösen Heilangeboten

Patientenkongresse 2012

Eine Initiative des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe



Der Patientenkongress ist eine Veranstaltungsreihe des Patientenbeirats der Deutschen Krebshilfe e.V.

Experten der Onkologie und Vertreter von Krebs-Selbsthilfeorganisationen stehen Ihnen mit Vorträgen und für Fragen auf dem Patientenkongress zur Verfügung.

17. März 2012
Erlangen

21. April 2012
Halle / Saale

15. September 2012
Mainz

17. November 2012
Kiel

**Deutsche Krebshilfe e.V.**

Buschstraße 32, 53113 Bonn
 Telefon: 0228 729900
 Fax: 0228 7299011
 Informations- und Beratungsdienst 0800 4203040
www.krebshilfe.de

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin
 Telefon: 030 322932900
 Fax: 030 322932966
www.krebsgesellschaft.de

Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
 Telefon: 06221 420
 Fax: 06221 422995
 Service-Telefon Krebsinformationsdienst
 0800 4203040
www.dkfz.de

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

Voßstrasse 3, 69115 Heidelberg
 Telefon: 06221 138020
 Fax: 06221 1380220
www.biokrebs.de

Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.

Alte Straße 4, 30989 Gehrden
 Telefon: 05108 926646
 Fax: 05108 926647
 Beratungs-Hotline: 0180 5287574
www.prostatakrebs-bps.de

Deutsche ILCO e.V.

(künstliche Harnableitung,
 künstlicher Darmausgang)
 Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
 Telefon: 0228 33889450
 Fax: 0228 33889475
www.ilco.de

Deutsche Fatigue Gesellschaft e.V.

(tumorbedingte Erschöpfung)
 Maria-Hilf-Straße 15, 50667 Köln
 Telefon: 0221 9311596
 Fax: 0221 9311597
www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de

Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

(ungewollter Verlust von Harn)
 Kirchgasse 9, 35305 Grünberg
 Telefon: 06401 225350
www.inkontinenz-selbsthilfe.de

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Friedrich Ebert-Straße 124, 34119 Kassel
 Telefon: 0561 780604
 Fax: 0561 776770
www.kontinenz-gesellschaft.de

Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion

(Impotenz)
 Weiherstraße 30A, 82194 Gröbenzell
 Telefon: 08142 597099
www.impotenz-selbsthilfe.de

ICA-Deutschland e.V.

Förderverein Interstitielle Cystitis
 (chronische Entzündung der Blasenwand)
 Untere Burg 21, 53881 Euskirchen
 Telefon: 0163 9084493
www.ica-ev.de, www.multinationalica.org

Bundesministerium für Gesundheit

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
 Telefon: 030 206400
www.bmg.bund.de

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
 Telefon: 030 184413420
 Fax: 030 184413422
www.patientenbeauftragte.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
 Telefon: 0221 89920
www.bzga.de

Unabhängige Patientenberatung Deutschland

UPD gemeinnützige GmbH
 Bundesgeschäftsstelle
 Littenstraße 10, 10179 Berlin
 Telefon: 030 200892343
 Fax: 030 200892350
www.upd-online.de

INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e.V.

Theodor Springmann Stiftung,
 Patientenberatungsstelle
 Reuchlinstraße 10 – 11, 10553 Berlin
 Telefon: 030 44024079
 Fax: 030 44024099
www.inkanet.de

Nakos

Nationale Kontakt- und Informationsstelle
 zur Anregung und Unterstützung
 von Selbsthilfegruppen
 Wilmersdorfer Straße 39, 10627 Berlin
 Telefon: 030 31018960
 Fax: 030 31018970
www.nakos.de

FORSCHUNG FÜR PFLANZLICHE ARZNEIMITTEL

Aktuelle Broschüre:

Misteltherapie

Information für Patienten

Kostenlos anfordern!



ABNOBA GmbH