

Harnblasenkarzinom behandeln

Radiochemotherapie versus Zystektomie?



Dr. Sebastian A. Exner

Die radikale Zystektomie ist medizinisch die therapeutisch bewährteste Methode bei der Behandlung des muskelinvasiven Urothelkarzinoms. Aber es hat sich weltweit bei der Behandlung enorm viel getan. Bei ausgesuchter Patientenklientel, hierzu müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein (z.B. darf der Tumor nur an einer Stelle aufgetreten sein), spricht man mittlerweile von einer trimodalen Therapie. Diese Therapieform besteht aus einer kompletten TUR-B, Chemotherapie und Strahlentherapie.

Direkte Studien dazu fehlen, es gibt aber Metaanalysen mit knapp 13 000 Patienten und diese zeigen, dass der Unterschied zwischen einer Zystektomie und einer trimodalen Therapie zwar nicht signifikant ist, aber nach bisheriger Datenlage sich eine leichte Überlegenheit der Zystektomie gegenüber einer trimodalen Therapie zeigt. Das bedeutet: Wer sich für letztere Therapie entscheidet muss möglicherweise mit einer Wiederkehr des Tumors rechnen. Wer aber als Patient Angst oder Bedenken gegenüber einer Zystektomie wegen der erheblichen lebenslangen Nebenwirkungen äußert, kann den Weg einer Radiochemotherapie gehen und dies unter dauernder zystoskopischer Kontrolle mit regelmäßigen Staging. Wenn die Radiochemotherapie letztendlich doch versagt, sollte der Patient sich einer Zystektomie unterziehen.

ShB-Vorstandsmitglied Dr. Edmond Schiek-Kunz hat zu diesem Thema Strahlentherapeut Dr. Sebastian A. Exner interviewt. Der Mediziner ist Facharzt für Strahlentherapie und Radioonkologie am Strahlencentrum Hamburg MVZ. Er erläutert aus Sicht eines Strahlentherapeuten die Vor- und Nachteile der Strahlentherapie.

Herr Dr. Exner: Sie halten die Radiochemotherapie beim invasiven Harnblasenkarzinom für eine echte Alternative zur Zystektomie ?

Sehr geehrter Herr Dr. Schiek-Kunz, Harnblasenkarzinome sind relativ strahlensensible Tumore. Es geht erst mal um die Frage, warum wir bei anderen Tumoren organerhaltend therapieren, aber die Harnblase so kompromisslos „geopfert“ wird. Zum Beispiel können wir bei einem Tumor des Kehlkopfes durch eine alleinige Radiochemotherapie den Kehlkopf erhalten. Im Fall von Brustkrebs kann durch eine postoperative Bestrahlung regelmäßig auf eine Brustamputation verzichtet werden. Ebenso kann möglicherweise eine alleinige Bestrahlung Prostatakrebs ohne Operation kurieren.

Eine moderne Radiochemotherapie beim invasiven Harnblasenkarzinom stellt eine gleichwertige Alternative dar, möglicherweise mit Vorteilen für die Lebensqualität.

Wie sieht die Therapie im Einzelnen aus?

Die harnblasenerhaltende Radiochemotherapie existiert schon nun mehr seit 25 Jahren und findet sich übrigens auch in der S3-Leitlinie. Es sollte möglichst eine komplette transurethrale Resektion (TUR) des Tumors erfolgen, welcher als wichtigster Prognosefaktor für die Radiochemotherapie gilt. Dem folgt die Radiochemotherapie. Typischerweise circa 28 bis 30 Bestrahlungen, 1x täglich, montags bis freitags für zehn Minuten. Möglicherweise bei gewissen Risikofaktoren in Kombination mit einer milden Chemotherapie in der ersten und letzten Behandlungswoche, oder auch wöchentlich, je nach Schema. Anschließend erfolgt eine Therapiepause von sechs bis acht Wochen mit einer anschließend Kontroll-TUR. Sollte sich kein Tumor mehr zeigen, erfolgt die reine Nachsorge. Falls sich dennoch ein persistierender Tumor zeigt, kann dann immer noch eine Operation im Sinne einer „Salvage-Zystektomie“ durchgeführt werden - somit eine Heilung im Nachgang.



Linearbeschleuniger - „Eine moderne Radiochemotherapie stellt eine gleichwertige Alternative dar“

Die Nebenwirkungen einer Zystektomie sind beträchtlich und für die Betroffenen mit einer jahrelangen Einschränkung der Lebensqualität verbunden: Inkontinenz, Verlust der Männlichkeit, Müdigkeitssyndrom, Ansäuerung des Körpers. Mit welchen Nebenwirkungen müssen die Patienten nach einer Radiochemotherapie rechnen?

Die Nebenwirkungen durch die Radiochemotherapie sind extrem überschaubar und eher akuter Natur. Temporäre, leichte Blutbildveränderungen, leichte Übelkeit, leichte Müdigkeit, leichter Durchfall und leichte Blasenreizungen. Die Elastizität des Harnblasenmuskel könnte über die Jahre etwas gemindert werden, wodurch sich das Harnblasenvolumen verringern könnte, was wiederum mit häufigerem Wasserlassen korreliert. Meiner Meinung nach, ein relativ kleiner Preis, den man für den Harnblasenerhalt zahlen kann.

Unterscheidet sich die Nachsorge von der einer radikalen Zystektomie?

Aufgrund der Tatsache, dass man noch eine Blase hat, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Blasenspiegelung. Bei gewissen Risikofaktoren wie zum Beispiel initial vergrößerten Lymphknoten könnte man zusätzlich noch ein CT oder MRT vom Becken durchführen. Zur Detektion oder Bestätigung von Absiedlungen in Lymphknoten oder Knochen eignet sich eine FDG-PET-CT Untersuchung, die wiederum gezielt bestrahlt werden können.

Warum glauben Sie, ist den betroffenen Patienten die Alternative zur Operation nicht bekannt?

Die Frage stellen sich wohl auch viele meiner Kollegen. Von wissenschaftlicher Seite betrachtet ist die Studienlage undankbar. Operative und strahlentherapeutische Studien lassen sich schwer vergleichen, da zum Teil Tumore bei der Zystektomie mitbehandelt werden, die durch eine Zystektomie definitiv übertherapiert worden sind, aber das Gesamtüberleben statistisch positiv beeinflussen. Wohin gegen die Patienten, die eine Radiochemotherapie erhalten meist sehr viel weit fortgeschrittenere Tumore zeigen und die Patienten häufig einen deutlich schlechteren Allgemeinzustand oder Begleiterkrankungen aufweisen. Beide Punkte beeinflussen das Gesamtüberleben negativ. Zudem wurden bei den früheren Untersuchungen Strahlentechniken angewendet, die nach heutigen Gesichtspunkten überholt sind und nur mäßig gut vertragen wurden.

Klassischer Weise wird ein Betroffener als erstes vom Urologen gesehen, dann in eine chirurgische Klinik überwiesen, wo möglicherweise nicht ausreichend ganzheitlich informiert wird.

Ich kann nur vermuten, dass die Krankenhäuser unter Druck stehen und Operationszahlen bringen müssen. Möglicherweise auch, weil die Fallbesprechungen - also Tumorkonferenz - meist gleich in der operativen Abteilung stattfindet. Daher ist das Einholen einer zweiten Meinung und die Frage nach anderen Therapien ganz wichtig.

Sehen Sie künftig eine mögliche Zusammenarbeit zwischen den Radioonkologen und den operierenden Urologen?

Auf der Ebene der Tumorkonferenz arbeiten wir bereits mit Krankenhäusern zusammen, da eine zertifizierte Zentrumbildung nur mit der Strahlentherapie funktioniert. Wir interessieren uns sehr für eine gemeinsame Sprechstunde mit aufgeschlossenen operativen Kollegen, insbesondere weil die harnblasenerhaltende Radiochemotherapie nur in Kombination mit den beiden Fachrichtungen unter Einbeziehung eines Onkologen funktioniert. Ich denke, es geht am besten miteinander und von einer guten und gelebten Kooperation profitieren Patienten am meisten.

Dr. Edmond Schiek-Kunz