

Maik Kerstin Schubert

Dr.med.

Die Wertigkeit der transurethralen Nachresektion im Therapiekonzept oberflächlicher Harnblasenkarzinome

Geboren am 01.06.1976 in Heidelberg

Reifeprüfung am 19.06.1996 in Heidelberg

Studiengang der Fachrichtung Medizin von WS 1996/97 bis WS 2003/04

Physikum am 30.06.1999 an der Semmelweis Universität für medizinische Wissenschaften

Budapest

Klinischen Studium in Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität

Praktisches Jahr in Heidelberg, KH Salem

Staatsexamen am 7.4.2004 an der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Urologie

Doktorvater: Herr Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Iking

Die vorliegende Arbeit wurde mit dem Ziel durchgeführt, den Stellenwert der transurethralen Nachresektion in der Behandlungsstrategie oberflächlicher Harnblasentumoren zu erörtern. Von besonderem Interesse war hierbei die Ermittlung der Rate der Resttumoren nach der Erstresektion.

Anhand der Patientenkartei des Krankenhauses Salem, Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, wurden 197 Patienten ermittelt, die zwischen Januar 1995 und Dezember 1999 aufgrund von oberflächlichen Harnblasenkarzinomen mittels transurethraler Resektion (TUR) operiert und innerhalb von 12 Wochen (im Mittel 42 Tage) einer Nachresektion unterzogen wurden.

Das Patientenkollektiv war durch ein Durchschnittsalter von 69,45 Jahren zum Zeitpunkt der Erstresektion und einem zahlenmäßigen Überwiegen des männlichen Anteils um den Faktor 2,34 gegenüber dem weiblichen gekennzeichnet. Dies entspricht vergleichbaren Literaturangaben bezüglich der an Harnblasenkrebs erkrankten Patienten.

Die Untersuchung der Resttumorraten nach TUR, welche durch die Nachresektion ermittelt wurden, ergab, dass bei 22,34 % der untersuchten Patienten die Erstresektion nicht vollständig war. Besonders häufig wurden bei pTis-, pT1- und undifferenzierten (G3) Tumoren

Tumorpersistenz in der Nachresektion gefunden. Diese Ergebnisse ließen sich bei der statistischen

Analyse mit einer hohen Signifikanz belegen. Die Vergleichsdaten in der Literatur liegen zwischen 18,3 % und 76 % Resttumorraten.

Die Struktur der Patientengruppe, die in der Nachresektion Tumorpersistenz aufwies, unterschied sich erstaunlicherweise stark vom Ausgangskollektiv. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe lag mit 84 Jahren um fast 15 Jahre höher. Ebenso war der männliche Anteil der Patienten nur noch 1,59 mal größer als jener der weiblichen Patienten.

Die Frage, ob der Operateur der Erstresektion Einfluss auf die Tumorpersistenz hat, konnte nicht mit einer statistisch gesicherten Signifikanz beantwortet werden.

Erfreulicherweise entwickelte kein Patient innerhalb von drei Monaten nach erstmaliger histologisch gesicherter Tumorfreiheit ein Frührezidiv. Dies untermauert die in der Literatur weitverbreitete Annahme, dass es sich bei Frührezidiven in der Mehrzahl der Fälle um Reste des Primärtumors handelt.

Zur Beantwortung der Frage nach einer Alternative zur Nachresektion nach TUR wurde der Gedanke verfolgt, dass durch Detektion aller Tumoren und Tumoranteile bei der Erstresektion auf die Nachresektion verzichtet werden könnte. Allein durch die fluoreszenzzytostoskopisch unterstützte Erstresektion ließe sich dieses Ziel erreichen. Diese Methode hat sich jedoch noch nicht für den Routineeinsatz etablieren können.

Aus der Auswertung der eigenen Ergebnisse, nämlich dass bei mehr als $\frac{1}{5}$ der Patienten durch die Nachresektion Tumorpersistenz entdeckt und entfernt wurde sowie die 3-Monatsrezidivrate auf 0 % gesenkt werden konnte, ergeben sich unter Einbeziehung der Literatur folgende Empfehlungen für die Therapie oberflächlicher Harnblasentumoren:

Solange sich das Verfahren der Fluoreszenzzytostoskopie bei der Erstresektion von oberflächlichen Blasentumoren noch nicht etabliert hat und auch keine Ergebnisse über die erzielte Tumorpersistenzrate vorliegen, sollte unbedingt bei allen Patienten eine Nachresektion routinemäßig innerhalb von 12 Wochen nach TUR vorgenommen werden.