



Urologe 2021 · 60:1389–1390
<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01688-1>
Angenommen: 24. September 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021



Nicht-muskelinvasives Blasenkarzinom

Herausforderung an Behandler und Patient!

Joachim Noldus¹ · Marc-Oliver Grimm² · Maximilian Burger³

¹ Klinik für Urologie und Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, St. Elisabeth Gruppe GmbH, Katholische Kliniken Rhein-Ruhr, Herne, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

³ Klinik für Urologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland

Das nicht-muskelinvasive Urothelkarzinom der Blase (NMIBC) stellt wegen seiner hohen Rezidivrate von fast 80 % und seinen heterogenen histologischen Variationen mit niedrig bis sehr hohem Rezidiv- und Progressionsrisiko eine Herausforderung in therapeutischer Sicht an den Behandler und wegen der nicht unerheblichen Morbidität an den Patienten dar.

Die in dieser Ausgabe folgenden 5 Artikeln befassen sich mit den Themen Prophylaxe, Therapie und operativen/technischen Verfahren.

Die EORTC-Risikotabellierung mit seinem Risiko- und Progressionsscore ist Grundlage des EORTC-Risikokalkulator und differenziert Patienten mit niedrigem, intermediärem, hohem und sehr hohem Risiko. Dementsprechend richtet sich die Invasivität der Therapie von intravesikaler Instillation bis zur Zystektomie.

Gakis beschäftigt sich in seinem Review von 2000–2021 mit der (Chemo-)Pro-

phylaxe des niedrig und intermediärem Risikotyp mit der Mitomycin-Instillationstherapie (MMC) als Hauptindikationseinsatz. BCG ist die Domäne für Patienten mit hohem und sehr hohem Risiko; hier hat sich aktuell die Risikoklassifikation der EAU-Leitlinie geändert (*Leucht et al.*) Auch die Immuntherapie und gentherapeutische Ansätze werden neuerdings für diese (Very-)high-risk-NMIBC in Studien untersucht.

Von *Landenberg et al.* analysieren den Stellenwert der Urethrozystoskopie, Urinzytologie und Urinmarker in der Nachsorge. Für die Autoren stellt der Tumor mit intermediärem Risiko das „Problem“ dar, da hier nach ihren Einschätzungen eine Überdiagnostik praktiziert wird. Eine markerbasierte Nachsorge wird in prospektiven Studien zurzeit analysiert.

Mit technischen Aspekten befassen sich 2 Arbeiten. *Jahnen et al.* stellen die TUR-Techniken und deren potenziellen Vorteile – bipolar, Laser, en bloc – und Innovatio-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

nen in der intraoperativen Darstellung mit photodynamischer Technik (PDD) und die digitale Bildverstärkung dar. Als Alternative der BCG-Instillation bei Patienten mit hohem und sehr hohem Risiko gilt die „Frühzystektomie“. Roghmann *et al.* beschreiben in der Analyse die Indikation und Technik. Diese Therapie zeigt eine 15-Jahres-Gesamtüberlebensrate von 70 %. Hier muss jedoch die Morbidität des Eingriffs mit dem Patienten abgewogen werden, wobei auch eine BCG-Instillationstherapie eine nicht unerhebliche Belastung für den Patienten bedeutet.

Interessenkonflikt. J. Noldus, M.-O. Grimm und M. Burger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Univ. Prof. Dr. med. Joachim Noldus

Klinik für Urologie und Neuro-Urologie, Marien Hospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, St. Elisabeth Gruppe GmbH, Katholische Kliniken Rhein-Ruhr Hölkeskampring 40, 44625 Herne, Deutschland
joachim.noldus@rub.de

Prof. Dr. med. Marc-Oliver Grimm

Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1, 07747 Jena, Deutschland
marc-oliver.grimm@med.uni-jena.de

Prof. Dr. med. Maximilian Burger, FEBU

Klinik für Urologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef
Landshuter Str. 65, 93053 Regensburg, Deutschland
mburger@caritasstjosef.de

35. DEUTSCHER KREBSKONGRESS

KREBSMEDIZIN

SCHNITTSTELLEN
ZWISCHEN INNOVATION
UND VERSORGUNG

23. BIS 26. FEBRUAR 2022 // CITYCUBE BERLIN

JETZT ANMELDEN!

WWW.DKK2022.DE // #DKK2022