

Versäumnisse bei der Diagnose des Harnblasenkarzinoms

Blutzellen im Harn sind so lange verdächtig auf ein Karzinom, bis dies mit geeigneten Methoden nachgewiesen oder ausgeschlossen ist.

von Volkmar Lent, Friedrich Baumbusch, Josef Hannappel und Lothar Jaeger*

Urotheliale Karzinome gehen von der Schleimhaut des Nierenbeckens, des Harnleiters und der Harnblase aus. Sie finden sich entsprechend der größeren Oberfläche mehrheitlich in der Harnblase, können aber auch zeitgleich und später in allen drei Etagen der ableitenden Harnwege auftreten. Männer sind dreimal häufiger betroffen als Frauen. Wie bei keinem anderen Tumor sind im Hinblick auf die Karzinogenese Toxine erkannt und erforscht worden, obwohl der Nachweis eines Zusammenhanges im Einzelfall schwierig ist.

Die schmerzlose Harnblutung ist in 80 Prozent der Fälle das typische Erstsymptom; „dysurische“ Beschwerden wie auch entzündliche Befunde können ein urotheliales Karzinom maskieren. So wird in den fachlichen Leitlinien empfohlen, dass eine Harnblutung so lange als tumorverdächtig zu gelten hat, bis ein Tumor gefunden oder aber eine andere Blutungsquelle nachgewiesen worden ist. Denn Verlauf und Prognose eines urothelialen Karzinoms sind wie bei anderen Tumorentitäten abhängig vom Tumorstadium und vom Grad der Bösartigkeit zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, Kriterien also, die auch für die Therapie bestimmend sind.

Eine kurative transurethrale Resektion ist nur dann möglich, wenn das Harnblasenkarzinom im Stadium pT1 noch nicht in die Muskulatur eingebrochen ist und eine zeitgerechte Nachresektion diesen Befund bestätigt. Bei Einbruch des Karzinoms in die Muskulatur ist eine Heilung nur durch die radikale Entfernung der Harnblase mit Bildung einer Ersatzblase möglich. Bei Einbruch in Nachbarorgane muss die Operation auch deren Sanierung durch – anteilige – Darmresektion oder

Uterus- und Adnexentfernung umfassen. Mit entsprechenden Fällen wurde die Gutachterkommission wiederholt befasst.

Fall 1 – Sachverhalt

Der 54-jährige Patient litt im April an einer akuten Miktionsstörung mit sichtbarer Harnblutung. Im August/September wurde bei einer hausärztlichen Untersuchung der Nachweis einer Erythrozyt- und Leukozyturie geführt. Es erfolgte eine Behandlung mit Tavanic®. Anschließend bestand die Erythrozyturie fort. Daraufhin erfolgte im September eine erste Untersuchung durch den belasteten Urologen. Hierbei wurde die Leukozyturie bestätigt, die Prostata war schmerzhaft. Bei der Urethro-Zystographie wurde eine Prostatavergrößerung dargestellt. Bei der Ausscheidungs-Urographie fanden sich regelrechte Verhältnisse. Blutwerte (Kreatinin, PSA) waren unauffällig. Es wurde die Diagnose einer rezidivierenden Prostatitis (ohne Zwei- oder Drei-Gläser-Probe) gestellt.

Im Oktober trat neuerlich eine Miktionsstörung mit terminaler Hämaturie auf. Bei der Untersuchung durch den Urologen waren der Harnstatus normal und die Prostata schmerzhaft. Es erfolgte eine Behandlung mit Enoxor®.

Im November und Dezember nahmen die Beschwerden ab, persistierten jedoch bei Vollfüllung der Harnblase. Im Januar des Folgejahres traten wiederkehrende Schmerzen beim Wasserlassen auf. Im Harnstatus wurden Erythrozyten und Leukozyten nachgewiesen. Die Sonographie der Harnorgane war ohne Krankheitsbefund.

Im Juli trat wiederum eine Miktionsstörung ohne Blutabgänge auf. Im Harnstatus fand sich eine Erythrozyturie. Bei der Sonographie wurde der Nachweis einer vergrößerten Prostata geführt. Im September wurde bei anhaltenden Miktionsbeschwerden erneut eine Makrohämaturie festgestellt. Die Behandlung erfolgte mit Tarivid®. Im November nahm die Miktionsstörung zu mit terminaler Hämaturie.

Im Dezember wurde bei einer Urethrozystoskopie ein Harnblasentumor nachgewiesen. Im Januar des nächsten Jahres erfolgte die transurethrale Resektion des Harnblasentumors und der Prostatawucherung. Die histologische Untersuchung wies ein muskel-invasives Harnblasenkarzinom geringer Differenzierung (pT 2 G3) nach. Nachfolgend wurde eine pelvine Lymphadenektomie mit Nachweis von bilateralen Metastasen vorgenommen. Es folgte eine palliative Zystektomie mit orthotoper Ileozystoplastik.

Bei der histologischen Untersuchung fand sich ein 2,5 x 2 cm durchmessendes Harnblasenkarzinom ohne exophytisches Wachstum mit Infiltration bis in das Fettgewebe. Nach der Operation trat eine Pneumonie mit respiratorischer Insuffizienz auf. Wegen eines Ileus war eine Re-laparatomie und wegen einer Anastomosenstenose eine Ileozöktomie erforderlich. Nach allmählicher Erholung wurde von März bis Mai eine Chemotherapie abgeschlossen. Im Oktober fanden sich bei den bildgebenden Untersuchungen von Abdomen, Schädel und Knochen zahlreiche Metastasen. Im Januar des nächsten Jahres erfolgte bei Tumorprogression eine Schmerztherapie. Im Juli trat der Tod ein.

Fall 2 – Sachverhalt

Die 75-jährige Patientin wurde im September nach früherer Uterusexirpation und linksseitiger Adnexektomie (vor 31 Jahren) wegen eines Zystadenoms einer Adnexektomie rechts unterzogen. Wegen anschließender Makrohämaturie nach fraglicher Harnblasenläsion nahm der behandelnde Frauenarzt eine Zystoskopie vor, bei der als mögliche Operationsfolge Schleimhautveränderungen nachgewiesen wurden.

Von Oktober bis zum Mai des übernächsten Jahres erfolgten insgesamt 22 Behandlungen durch den belasteten Urologen. Im Januar des auf den gynäkologischen Eingriff folgenden Jahres bestanden Blasenbeschwerden; die Untersuchungen ergaben den Nachweis einer Erythrozyturie und Leukozyturie. Die Sonographie war ohne Krankheitsbefund. Im

Februar blieb eine Miktionszystourethrographie ohne Nachweis eines Refluxes oder eines Deszensus. Die Ausscheidungsurographie war nur eingeschränkt zu beurteilen. Eine Harnblasenspiegelung wurde geplant, aber nicht durchgeführt.

Bei vier weiteren Konsultationen im Februar wegen wiederkehrender Schmerzen bei Erythrozyt- und Leukozyturie wurden Nitrofurantoin und ein Schmerzmittel verordnet. Es wurde eine Zystoskopie nach Beseitigung der Harninfektion empfohlen. Bei drei Konsultationen im März ergab sich eine anhaltende Erythrozyt-, Leukozyt- und Nitriturie. In der Karteikarte wurde vermerkt, dass die Patientin die vorgeschlagene Zystoskopie nicht gewünscht habe; eine diesbezügliche Sicherungsaufklärung über die Notwendigkeit der Untersuchung und die möglichen Folgen ihrer Unterlassung ist nicht dokumentiert. Es wurde weiter Nitrofurantoin als Langzeittherapie verordnet.

Vom Februar bis Mai des Folgejahres bestanden die Erythrozyt-, Leukozyt- und Nitriturie bei zwölf Konsultationen fort. Die medikamentöse Therapie wurde unverändert fortgesetzt.

Ab Anfang Mai wechselte die Patientin in die Behandlung eines anderen Urologen. Bei einer Harnblasenspiegelung mit Gewebentnahme wurde ein Harnblasenkarzinom mit Muskelfiltration (pT2 G2-3) nachgewiesen. Mitte Juli erfolgte deshalb die radikale Zystektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits. Ende Juli war wegen Anastomoseninsuffizienz eine Reaparatomie erforderlich.

Im November des nächsten Jahres wurden Tumorrezidive im kleinen Becken und Knochenmetastasen festgestellt. Im Dezember erlitt die Patientin einen paralytischen Ileus. Sie verstarb im Februar des nächsten Jahres infolge ihres Tumorleidens.

Gutachterliche Beurteilung

Karzinome der Harnblase (in etwa 97 Prozent urothelial, in etwa 2 Prozent plattenepithelial, in etwa 1 Prozent drüsig sowie in etwa 1 Prozent sekundär infiltriert) wachsen bei hoher Differenzierung überwiegend oberflächlich, bei mäßiger bis geringer Differenzierung zunehmend invasiv.

Ihre häufigsten Symptome sind: eine „schmerzlose“ Makrohämaturie (in 70 bis 80 Prozent), eine chronische Miktionsstörung sowie eine rezidierte „Harninfektion“. Vielfach bestehen lediglich eine Erythrozyturie, Leukozyturie und/oder eine Nitriturie. In fortgeschrittenen Stadien kommt es zu Unterbauch- und Flankenschmerz, Nierenversagen und Niereninsuffizienz, Anämie, Kachexie und Knochenschmerz.

Insbesondere eine Harnblutung ist bei Betroffenen im 5. bis 9. Lebensjahrzehnt und/oder mit Risikofaktoren (Kanzero-genexposition durch Tabakrauch, Industrieemissionen, Analgetika-Abusus) solange karzinomverdächtig, bis dies ausgeschlossen ist.

Hierzu eignen sich bildgebende Verfahren teils wegen geringer Sensitivität (Ultraschalluntersuchung), teils wegen erheblicher Strahlen- und Kostenbelastung (Ausscheidungsurographie und Zystographie, Computertomographie und Kernspintomographie) nur eingeschränkt oder gar nicht. Mit einer zytologischen Untersuchung wären bis zu 60 Prozent der höher differenzierten und bis zu 95 Prozent der niedriger differenzierten Tumoren nachweisbar. Andere „Tumormarker“ haben sich noch nicht bewährt. Die sicherste Methode ist die Sichtuntersuchung (Zystoskopie) der Harnblase.

Sowohl in dem ersten als auch in dem zweiten dargestellten Sachverhalt bestan-

den typische Symptome eines Harnblasenkarzinoms: Rezidivierende bzw. persistierende Blutbeimengungen (makro- bzw. mikroskopisch) und Entzündungszeichen des Harns bei gestörter bzw. schmerzhafter Harnblasenfunktion. In beiden Fällen wurde von den behandelnden Urologen eine bildgebende Diagnostik ohne klärendes Ergebnis durchgeführt. Die nichtinvasive Zytologie sowie die „invasive“ Zystoskopie wurden dagegen unterlassen. Im zweiten Fall vermerkte der Urologe zwar deren Ablehnung durch die Patientin, versäumte es aber, eine Sicherungsaufklärung vorzunehmen.

In beiden Fällen behandelten die Urologen typische Symptome eines Harnblasenkarzinoms über etwa 1¼ Jahre als eigenständige Krankheiten, im ersten Fall als rezidivierende Prostatitis, ohne Beweissicherung durch eine Zwei- oder Dreigläser- Probe, im zweiten Fall als rezidivierende Harninfektion, ohne Nachweis ihrer Ursache. In beiden Fällen wurden gutachterlich weder der fachliche Standard noch die erforderliche Sorgfalt für gewahrt erachtet. Als Folge der Versäumnisse, die im ersten Fall als schwerwiegend gewertet wurden, sind die Therapieaussichten durch die Diagnoseverschleppung verschlechtert worden.

Die Professoren Dr. Volkmar Lent, Dr. Friedrich Baumbusch und Dr. Josef Hannappel sind korrespondierende und zugleich Stellvertretende Geschäftsführende Mitglieder, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a. D. Lothar Jaeger ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Die KinderschutzAmbulanz am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf betreut und therapiert seelisch und körperlich misshandelte Kinder.

Ihre Spende hilft, damit diese Kinder wieder unbeschwert lachen können.



Damit kleine
Kinderseelen
wieder **lachen** lernen.

Spendenkonto-Nr. 43 000 900
Stadtsparkasse Düsseldorf
BLZ 300 501 10
Kennwort: KinderschutzAmbulanz

www.kinderschutzambulanz.de



Die KinderschutzAmbulanz

Wir helfen misshandelten Kindern.