



PROSTATAZENTRUM BERN

BEHANDLUNGSPFAD BLASENKARZINOM DIAGNOSE, BEHANDLUNG & NACHSORGE

ERSTELLT 01/2020, ÜBERPRÜFT 11/2022

VON DR. MED. SILVAN BOXLER UND PROF. DR. MED. MARTIN SPAHN



LINDENHOFGRUPPE

Zielpopulation

Der Behandlungspfad dient als Hilfestellung bei der Abklärung, Behandlung und Nachsorge von Patienten mit Symptomen oder Befunden die auf das Vorliegen eines Blasenkarzinoms hinweisen und beschreibt das klinische Management von Patienten mit bestätigtem Blasenkarzinom.

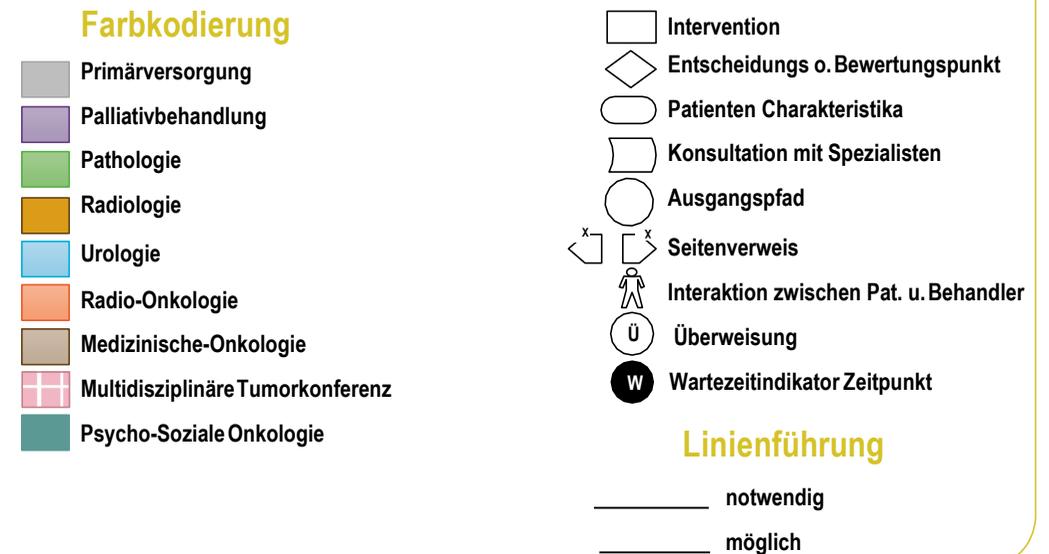
Allgemeine Anmerkungen

- Hausärzte und Internisten spielen eine wichtige Rolle in der Früherkennung und Behandlung von Blasen Tumoren und sollten über Möglichkeiten weiterer Abklärungen und Untersuchungen informiert werden. Die Einbeziehung von Hausärzten und Internisten ist ein wichtiger Teil dieses Behandlungspfads. Für Patienten die keinen Hausarzt haben besteht die Möglichkeit sich im Hirslanden Checkup-Center untersuchen zu lassen (<https://www.hirslanden.ch/de/klinik-hirslanden/centers/checkupzentrum-hirslanden.html>)
- Wartezeiten: Patienten mit Verdacht auf Blasenkarzinom sollten innert 10 Tagen urologisch untersucht werden.
- Patienten mit Blasenkarzinom werden gemäss den Richtlinien des Schwerpunkt Urologie des Tumorzentrums Hirslanden im interdisziplinären Tumorboard besprochen.
- Patienten und Angehörige sollten aktiv in die Entscheidungsfindung und Behandlung mit einbezogen werden.
- Psychoonkologie beinhaltet das standardisierte Screening und die Psychologische Betreuung von Patienten und Angehörigen zur Unterstützung im Umgang mit der Blasenkrebskrankung und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität und ist integraler Bestandteil der Behandlung.
- Informationen und Unterstützung zur Raucherentwöhnung sollten frühzeitig in die Behandlung mit einbezogen werden. Unterstützung erhalten Patienten im Rauchstoppzentrum im Herzzentrum Klinik Hirslanden Zürich (<http://www.rauchstoppzentrum.ch>)
- Für weitere Informationen zur systemischen Tumorbehandlung: Siehe aktuelle NCCN und EAU Guidelines
- Die Palliativbehandlung sollte zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung mit berücksichtigt und ggf. in der Behandlung hinzugezogen werden.
- Die Bezeichnung "Behandler" in diesem Behandlungspfad schliesst Hausärzte, Internisten, und weitere Spezialisten, Pflegefachpersonal und Notfallärzte mit ein.
- Klinische Studien sollten für jede Behandlungsphase geprüft werden
- Hyperlinks werden in diesem Dokument benutzt um Informationen über relevante Hirslanden Tumorzentrum Tools und Ressourcen zu informieren.

Referenzen

- 1Kassouf, W., Aprikian, A., Black, P., Kulkarni, G., Izawa, J., Eapen, L., ... & Sridhar, S. S. (2016). Recommendations for the improvement of bladder cancer quality of care in Canada: A consensus document reviewed and endorsed by Bladder Cancer Canada (BCC), Canadian Urologic Oncology Group (CUOG), and Canadian Urological Association (CUA), December 2015. Canadian Urological Association Journal, 10(1-2), E46.
- 2Kassouf, W., Traboulsi, S. L., Kulkarni, G. S., Breau, R. H., Zlotta, A., Fairey, A., ... & Siemens, D. R. (2015). CUA guidelines on the management of non-muscle invasive bladder cancer. Canadian Urological Association Journal, 9(9-10), E690.
- 3 Gakis, G., Witjes, J. A., Comperat, E., Cowan, N. C., De Santis, M., & Lebre, T. (2015). Guidelines on primary urethral carcinoma. EAU Guidelines Office, Arnhem, 1-14.

Behandlungspfad Legende



Pathway Haftungsausschluss

Diese Pathway gibt einen Überblick über die Symptomatik und die klinische Aufarbeitung einer Blasenkrebsdiagnose, die eine Person im Zentrum für Urologie Hirslanden, Tumorzentrum Hirslanden Zürich erhalten kann.

Die Wegweiskarte soll nur zu Informationszwecken verwendet werden. Die Pathway-Karte soll keinen medizinischen Ratschlag darstellen oder ersetzen und sollte in keiner solchen Hinsicht herangezogen werden. Darüber hinaus unterliegen alle Pathway Maps der klinischen Beurteilung, und tatsächliche Praxismuster folgen möglicherweise nicht den vorgeschlagenen Schritten, die in der Pathway Map dargelegt sind. In der Situation, in der der Leser kein Gesundheitsdienstleister ist, sollte der Leser immer einen Gesundheitsdienstleister konsultieren, wenn er irgendwelche Fragen bezüglich der Informationen hat, die in der Wegweiskarte dargelegt sind. Die Information auf dem Weg schafft keine Arzt-Patient-Beziehung zwischen dem Zentrum für Urologie Zürich, Klinik Hirslanden Zürich oder dem Tumorzentrum Hirslanden Zürich und dem Leser. Obwohl bei der Erstellung der in der Wegweiskarte enthaltenen Informationen Sorgfalt aufgewendet wurde, werden die Informationen ohne jegliche Zusicherung, Gewährleistung oder Bedingung, ob ausdrücklich oder stillschweigend, gesetzlich oder anderweitig, als "wie sie ist" bereitgestellt auf die Qualität, Genauigkeit, Aktualität, Vollständigkeit oder Zuverlässigkeit der Informationen.

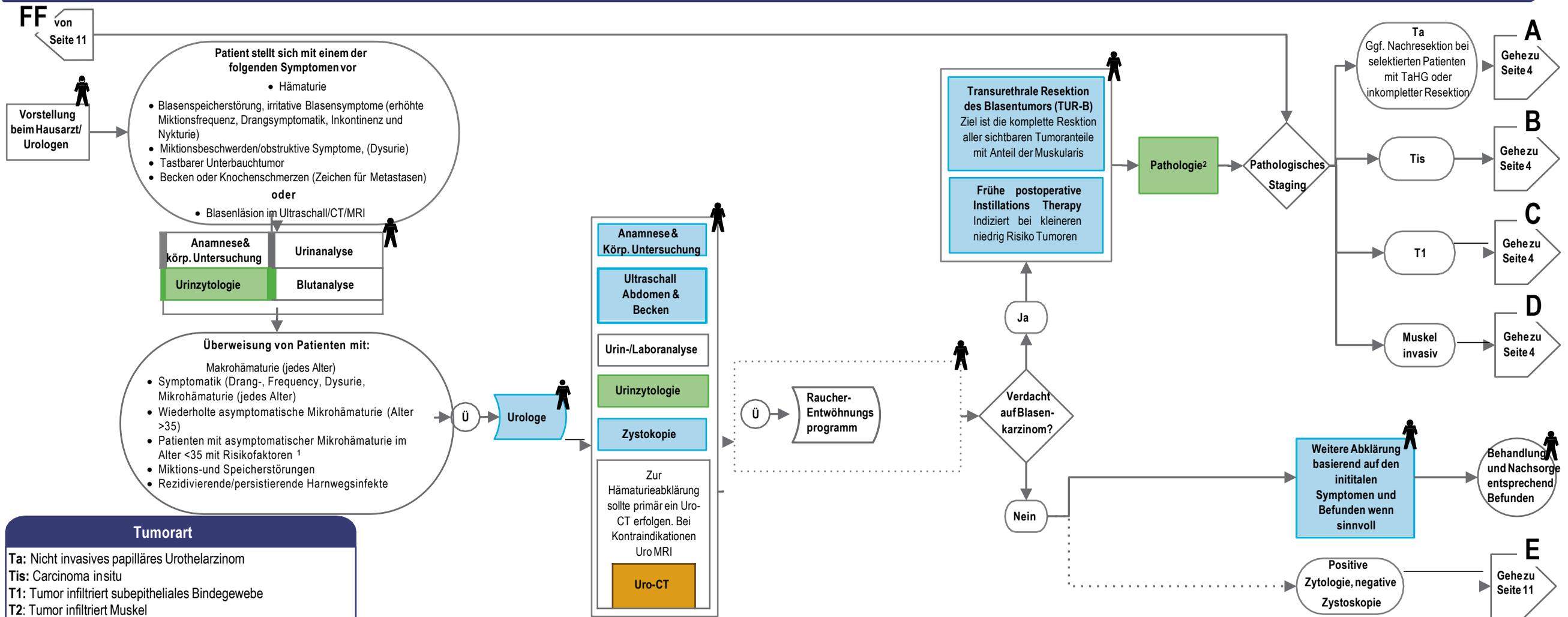
Das Zentrum für Urologie Zürich, Klinik Hirslanden und das Tumorzentrum Hirslanden Zürich, sowie die Inhaltsanbieter der Pathway-Karte (einschließlich der Ärzte, die zu den Informationen in den Pathway-Maps beigetragen haben) übernehmen keine Haftung, weder direkt noch indirekt, für Folge-, Kontingenz-, Spezial- oder Nebeninformationen, die sich auf die Informationen auf dem Pfad beziehen oder deren Verwendung, sei es aufgrund von Vertragsbruch oder unerlaubter Handlung (einschließlich Fahrlässigkeit), auch wenn auf die Möglichkeit hingewiesen wird. Jeder, der die Informationen in der Wegweiskarte verwendet, tut dies auf sein eigenes Risiko und verpflichtet sich, das Zentrum für Urologie Zürich und das Tumorzentrum Hirslanden Zürich und seine Inhaltsanbieter von jeglicher Haftung, Verlust, Schaden auszuschliessen und für entstehende Kosten und Ausgaben (einschließlich Anwaltskosten und -kosten) zu entschädigen, die sich aus der Verwendung der Informationen in der Wegweiskarte durch diese Person ergeben.

Diese Weg-Karte spiegelt möglicherweise nicht die gesamte verfügbare wissenschaftliche Forschung wider und ist nicht als umfassende Ressource gedacht. Das Zentrum für Urologie und das Tumorzentrum Hirslanden Zürich und seine Inhaltsanbieter übernehmen keine Verantwortung für Auslassungen oder unvollständige Informationen in dieser Pfadlandkarte. Es ist möglich, dass andere relevante wissenschaftliche Erkenntnisse seit Abschluss dieser Wegweiskarte gemeldet wurden. Diese Pfad-Map kann durch einen aktualisierten Pfad zum selben Thema ersetzt werden.

© Boxler und Spahn, Urologen in Bern Urheberrechte, Markenrechte und alle anderen Rechte, einschließlich aller Text- und Grafikbilder. Kein Teil dieses Dokuments darf ohne die vorherige schriftliche Genehmigung von Boxler und Spahn in irgendeiner Form oder auf irgendeine Weise verwendet oder reproduziert werden, außer für den persönlichen Gebrauch.

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



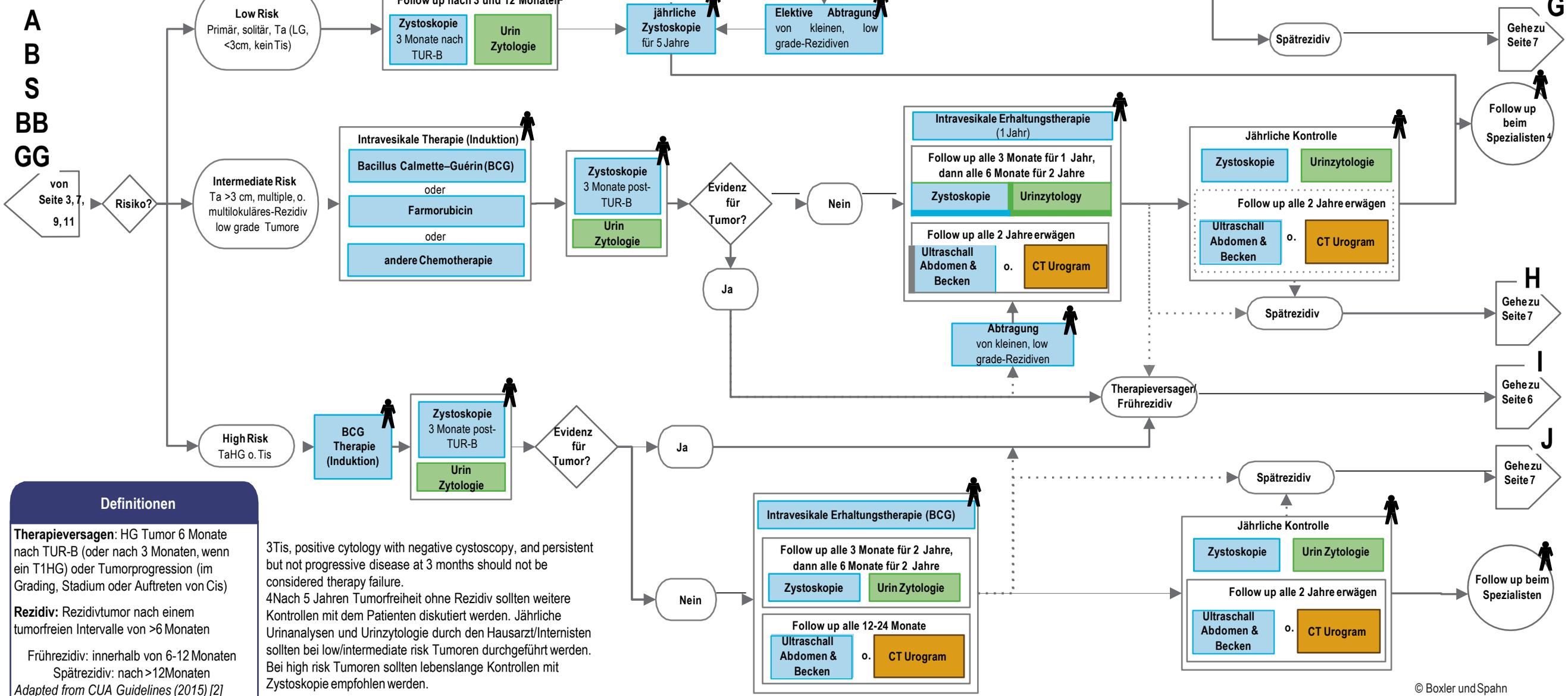
Tumorart

Ta: Nicht invasives papilläres Urothelkarzinom
Tis: Carcinoma in situ
T1: Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T2: Tumor infiltriert Muskel
T3: Tumor infiltriert perivesikales Gewebe
T4: Tumor infiltriert Nachbarorgane (Prostatastroma, Samenblasen, Uterus, Vagina, Beckenwand, Abdominalwand)
PUNLMP: Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential
LG: Low-grade papilläres urotheliales Karzinom
HG: High-grade papilläresurotheliales Karzinom
WHO/ISUP 2004

¹ Hoch Risiko Faktoren: Raucheranamnese, Beckenbestrahlung, Cyclophosphamide o. andere Karzinogene alkylierende Substanzen in der Vorgeschichte, und Exposition mit Gefahrstoffen wie Benzene und aromatische Amine. ² Beurteilung durch einen spezialisierten Uro-Pathologen mit Beurteilung von: Histologievarianten, Lamina Propria/Muskelinvasive Tumore mit minimaler Invasion.

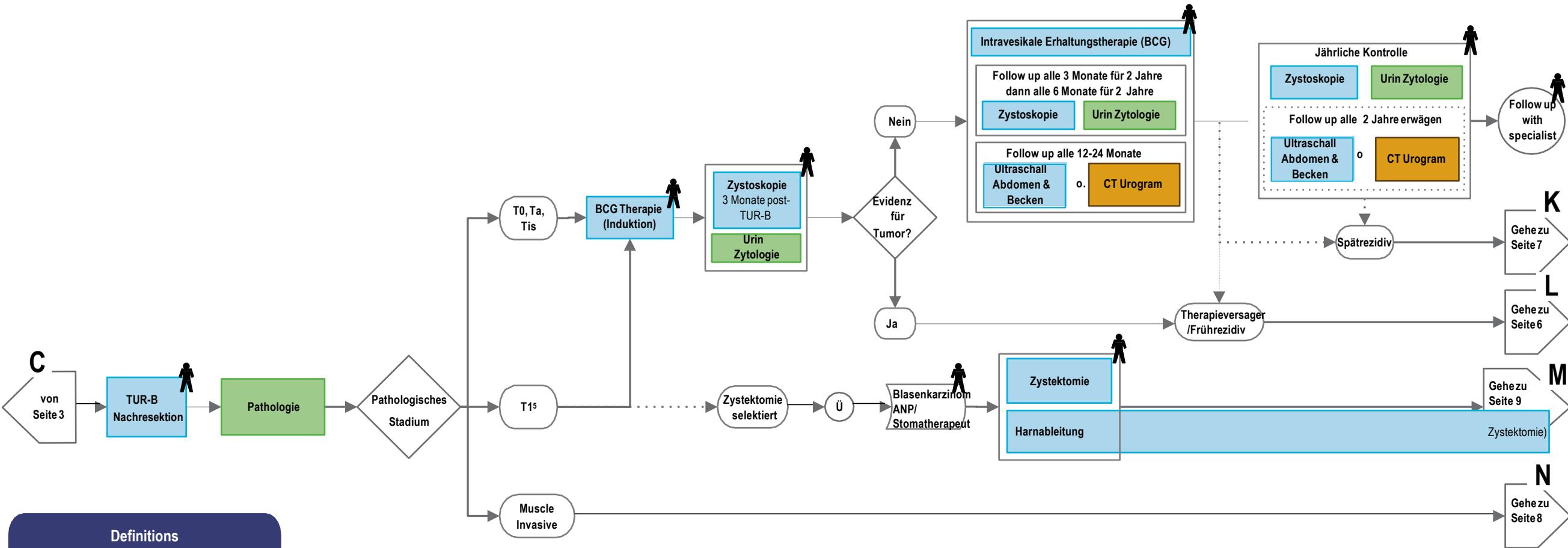
Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



Definitions

Therapieversagen: HG Tumor 6 Monate nach TUR-B (oder nach 3 Monaten, wenn ein T1HG) oder Tumorprogression (im Grading, Stadium oder Auftreten von Cis)

Rezidiv: Rezidivtumor nach einem tumorfreien Intervalle von >6 Monaten

Frührezidiv: innerhalb von 6-12 Monaten

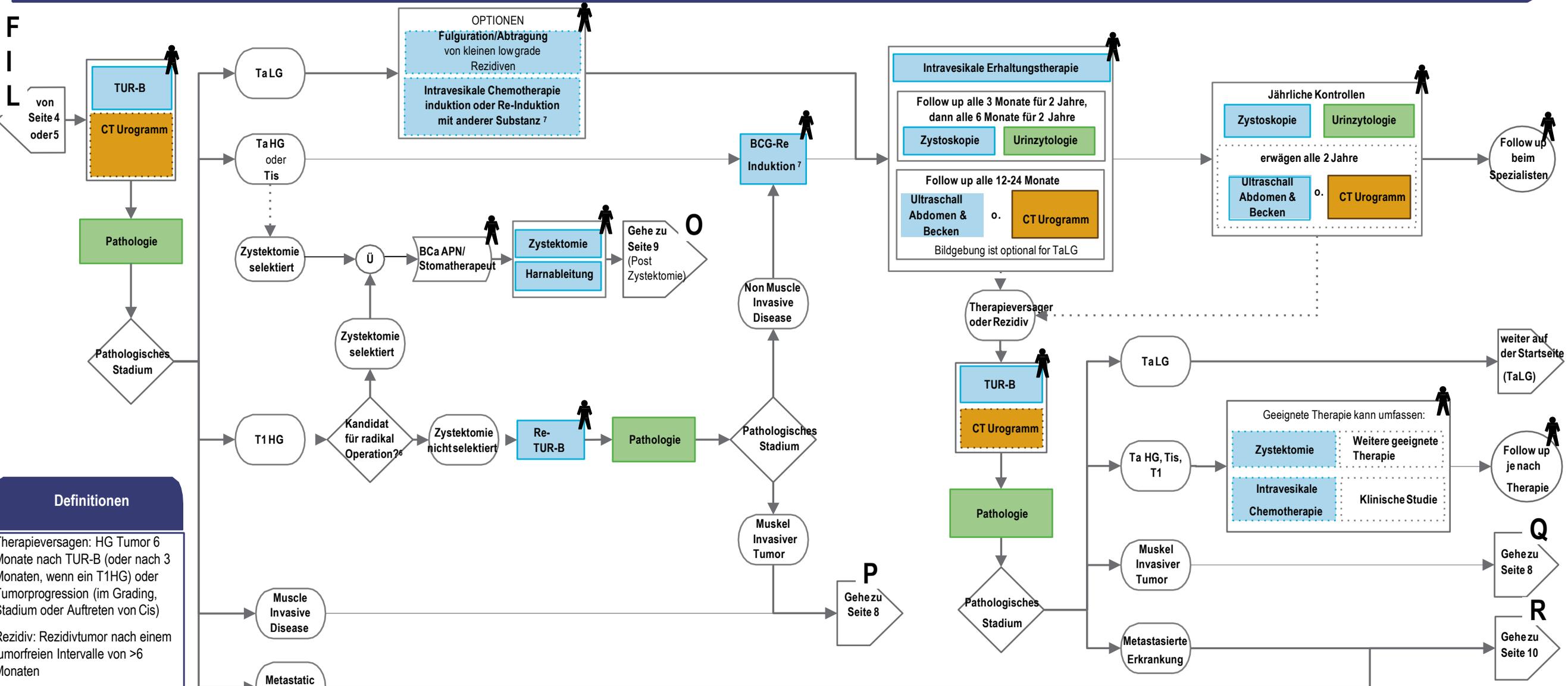
Spätrezidiv: nach >12 Monaten

Adapted from CUA Guidelines (2015) [2]

5 Zystektomie sollte bei höchstem Risiko (T1HG+ Ca. i.S., multiple T1HG, T1HG >3c, oder Mikropapillärem, "nested" oder plasmazytoider Tumorvariante oder lymphovaskulärer Invasion empfohlen werden).

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



Definitionen

Therapieversagen: HG Tumor 6 Monate nach TUR-B (oder nach 3 Monaten, wenn ein T1HG) oder Tumorprogression (im Grading, Stadium oder Auftreten von Cis)

Rezidiv: Rezidivtumor nach einem tumorfreien Intervalle von >6 Monaten

Frührezidiv: innerhalb von 6-12 Monaten Spätrezidiv: nach >12 Monaten

Adapted from CUA Guidelines (2015) [2]

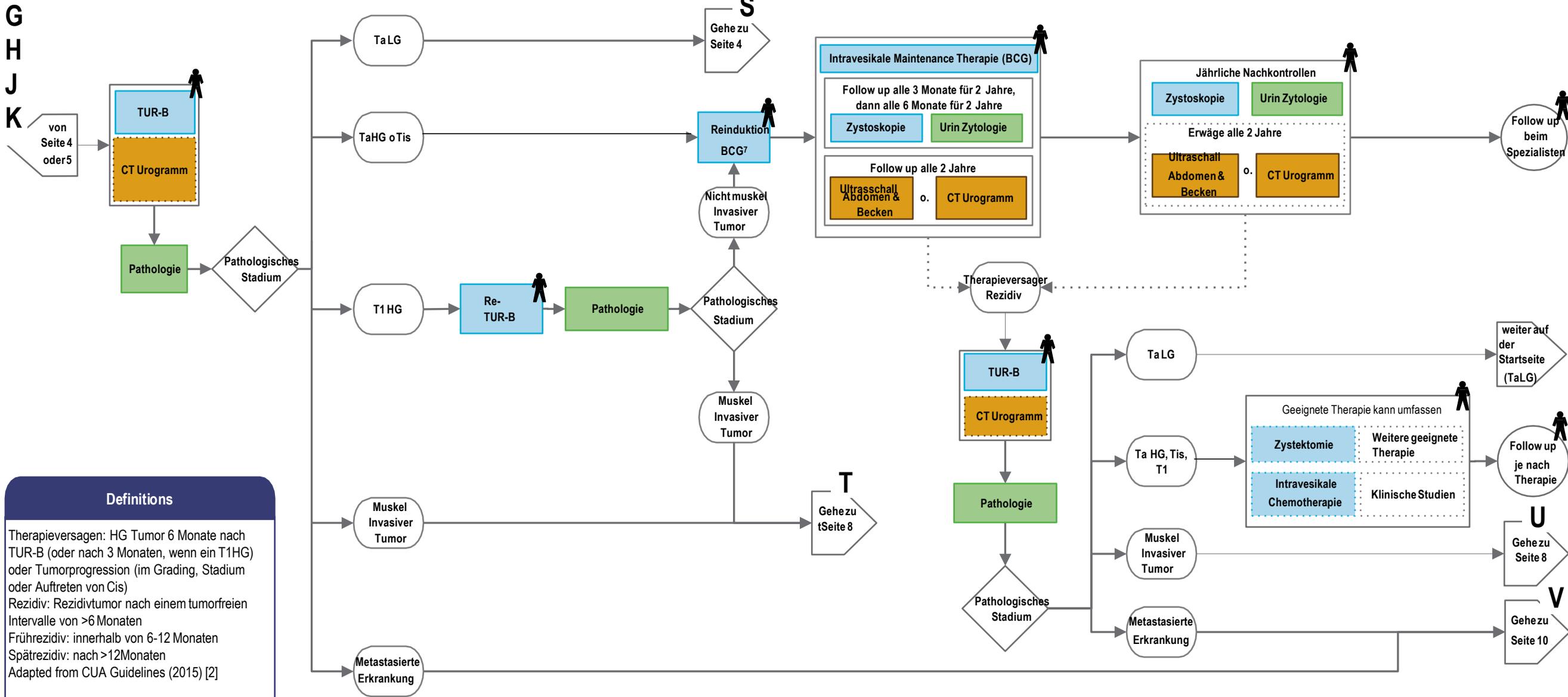
6 Mitbeachtung der Patientenpräferenz, Performance Status, Ko-Morbiditäten und ob high risk Faktoren vorliegen (T1HG+CIS, Multiple T1HG, T1HG > 3 cm, oder mickopapilläre, nested, plasmacytoid Variante, LVI+)

7 Erwägung anderer intravesikaler Salvage Therapien, klinische Studien bei Patienten mit Rezidiv/Therapieversagen (>2 Rezidive)

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung

G
H
J
K



Definitionen

Therapieversagen: HG Tumor 6 Monate nach TUR-B (oder nach 3 Monaten, wenn ein T1HG) oder Tumorprogression (im Grading, Stadium oder Auftreten von Cis)

Rezidiv: Rezidivtumor nach einem tumorfreien Intervalle von >6 Monaten

Frührezidiv: innerhalb von 6-12 Monaten

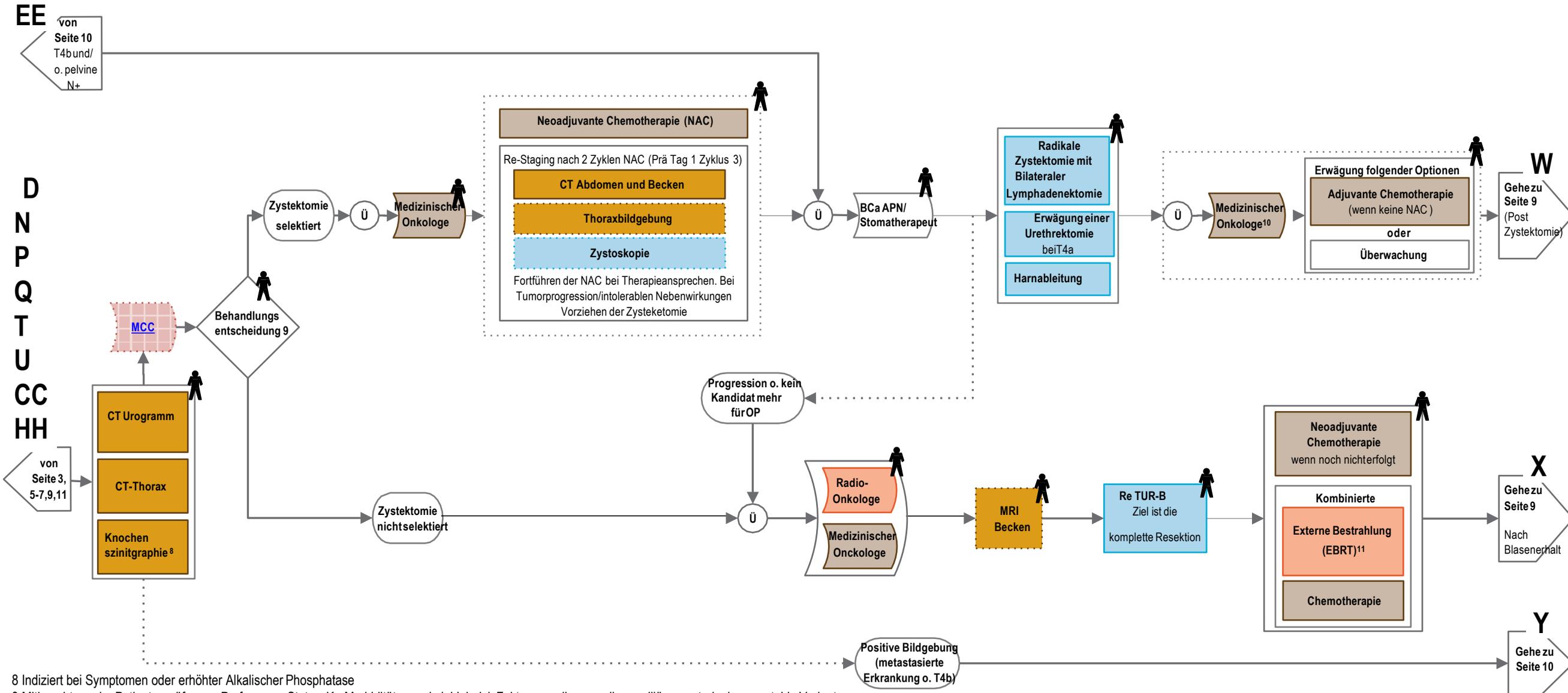
Spätrezidiv: nach >12 Monaten

Adapted from CUA Guidelines (2015) [2]

7 Erwäge andere Salvage intravesikale Substanzen, klinische Studien bei Patienten mit Therapieversagen nach Induktions Instillationstherapie (>2 Rezidive)

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



8 Indiziert bei Symptomen oder erhöhter Alkalischer Phosphatase

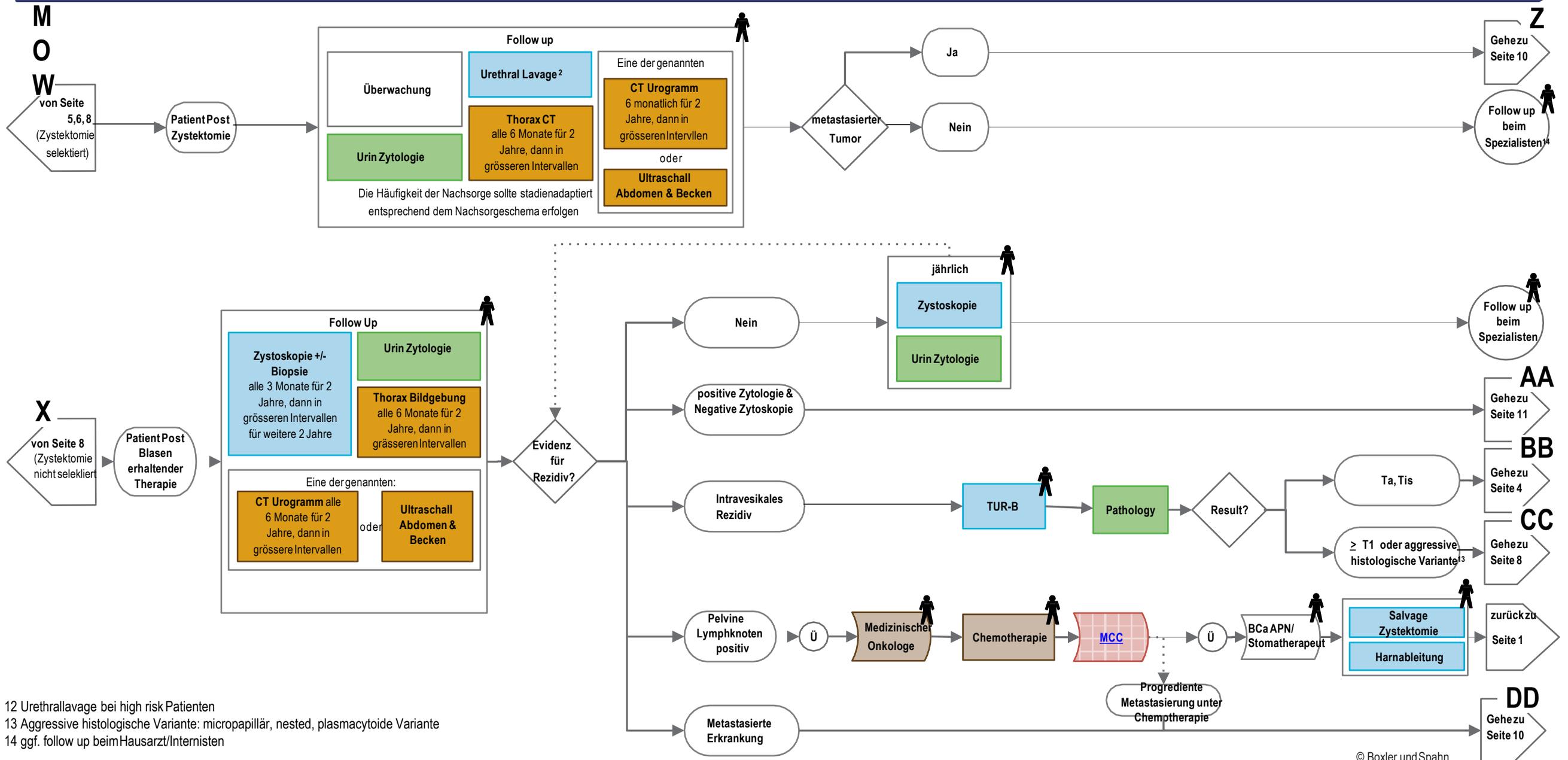
9 Mitbeachtung der Patientenpräferenz, Performance Status, Ko-Morbiditäten und ob high risk Faktoren vorliegen: mikropapilläre, nested, plasmacytoide Variante

10 Refer if pT3-4 or N+

11 EBRT can be performed alone if not a candidate for chemotherapy

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung



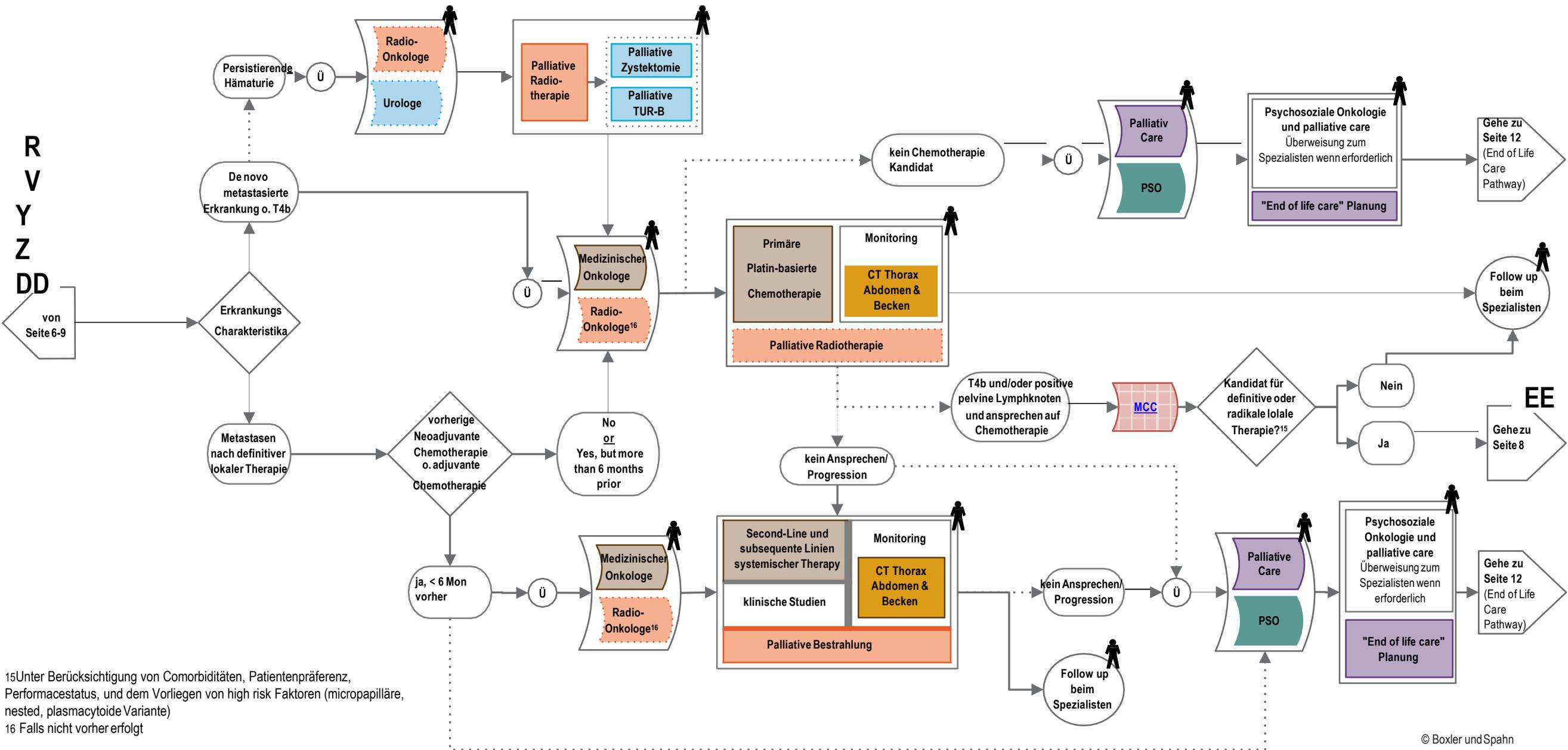
12 Urethralavage bei high risk Patienten

13 Aggressive histologische Variante: micropapillär, nested, plasmacytoide Variante

14 ggf. follow up beim Hausarzt/Internisten

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung

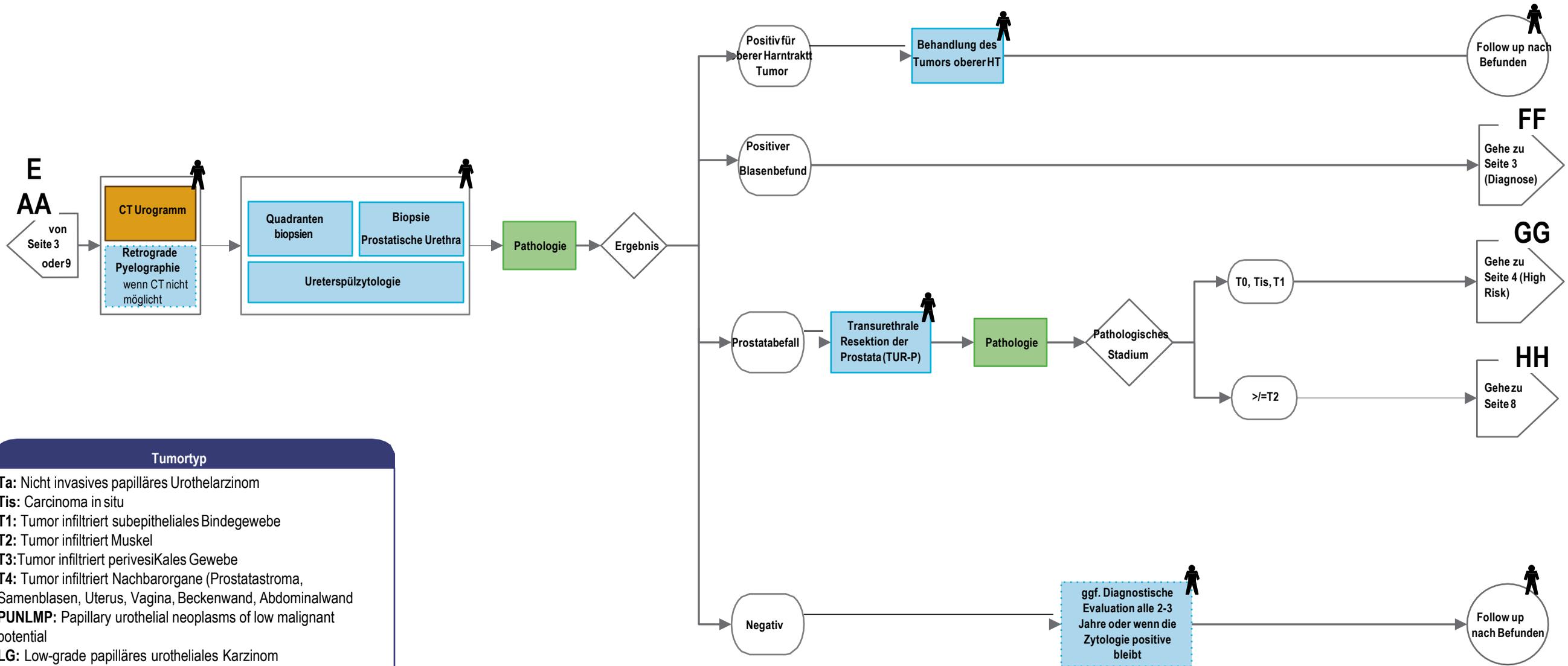


15 Unter Berücksichtigung von Comorbiditäten, Patientenpräferenz, Performancestatus, und dem Vorliegen von high risk Faktoren (micropapilläre, nested, plasmacytoide Variante)

16 Falls nicht vorher erfolgt

Screen für psychosoziale Bedürfnisse, Bewertung und Behandlung von Symptomen

Erwägen Sie die Einleitung von Palliativbehandlungen frühzeitig während der Krebsbehandlung

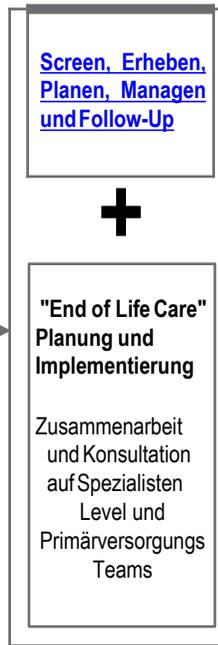
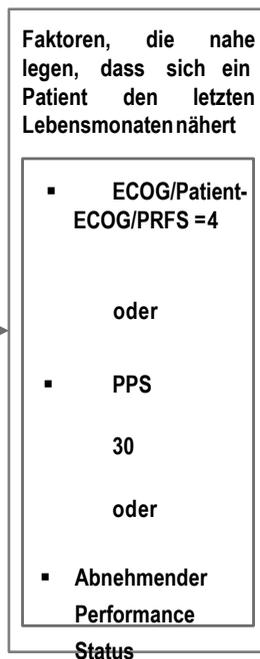


Tumortyp
Ta: Nicht invasives papilläres Urothelkarzinom
Tis: Carcinoma in situ
T1: Tumor infiltriert subepitheliales Bindegewebe
T2: Tumor infiltriert Muskel
T3: Tumor infiltriert perivesikales Gewebe
T4: Tumor infiltriert Nachbarorgane (Prostatastroma, Samenblasen, Uterus, Vagina, Beckenwand, Abdominalwand)
PUNLMP: Papillary urothelial neoplasms of low malignant potential
LG: Low-grade papilläres urotheliales Karzinom
HG: High-grade papilläresurotheliales Karzinom
WHO/ISUP 2004

Behandlungspfad Zielgruppe:

Menschen mit Krebs die sich den Lebensende nähern und ihre Familien.

Während dieser Abschnitt der Pfad-Karte auf die am Ende des Lebens erbrachte Versorgung ausgerichtet ist, beginnt der palliative Care-Ansatz viel früher im Krankheitsverlauf



"End of Life Care"

Vorausplanung

- Sicherstellen, dass der Patient festgelegt hat, wer sein Ersatzentscheidungsträger sein wird.
- Sicherstellen, dass der Patient dem Ersatzentscheidungsträger seine Wünsche, Werte und Überzeugungen mitgeteilt hat, um diesen bei künftigen Entscheidungen zu unterstützen.

Besprechen und dokumentieren der Pflegeziele mit Patient und Familie

- Die Informationsbedürfnisse von Patient und Familie sowie das Verständnis der Krankheit bewerten und angehen, Lücken zwischen Realität und Erwartung angehen, realistische Hoffnung fördern und Gelegenheit bieten, Prognosen und Lebenserwartung sowie die Bereitschaft zum Tod zu untersuchen
- Einführung von Patient und Familie in Ressourcen in der Gemeinschaft (z. B. Tageshospiz-Programme, Spitex)

Entwickeln Sie einen Behandlungsplan und Einholen der Zustimmung

- Bestimmen Sie, wen der Patient in den Entscheidungsprozess einbeziehen möchte (z. B. Entscheidungsträger ersetzen, wenn die Person nicht in der Lage ist)
- Entwicklung eines Behandlungsplans in Bezug auf das Krankheitsmanagement, der die Werte und gegenseitig festgelegten Ziele der Pflege berücksichtigt

Screenen für spezifische psychosoziale Probleme am Lebensende

- Konkrete Beispiele für psychologische Bedürfnisse sind: vorweggenommene Trauer, vergangene Traumata oder Verluste, Vorbereitung von Kindern (Kleinkinder, Jugendliche, junge Erwachsene), Vormundschaft für Kinder, Todesangst
- Berücksichtigung verfügbarer Ressourcen und / oder spezialisierte Dienste

Identifizierung von Patienten, die von spezialisierten palliativmedizinischen Diensten profitieren könnten (Beratung oder Transfer)

Entwickeln und implementieren Sie proaktiv einen Plan für den erwarteten Tod

- Erkunden Sie die Todesfallort Präferenzen und bewerten Sie, ob diese realistisch ist.
- Erkunden Sie die möglichen Einstellungen des Sterbens und die erforderlichen Ressourcen (z. B. Zuhause, Hospiz, Palliativstation, Langzeitpflege oder Pflegeheim, Exit)
- Planen Sie Medikamente zur Behandlung von Schmerzen und Symptomen sowie für unerwartetes Schmerz- und Symptommanagement
- Vorbereitung und Unterstützung für die Familie beachten
- Besprechung von Notfallplänen mit Patienten und Angehörigen (die im Notfall, zu Hause, in der Pflege oder im Altersheim anrufen müssen)

Planung der häuslichen Pflege

- Verbinden Sie sich frühzeitig mit Spitex
- Stellen Sie sicher, dass ausreichende Ressourcen vorhanden sind
- Identifizieren Sie Familienmitglieder, die einem Risiko für abnormes / kompliziertes Trauern ausgesetzt sind, und verbinden Sie sie proaktiv mit Trauerressourcen

