

## 7.10.2. Blaas

### 1 Oppervlakkige blaastumoren

#### 1.1 Inleiding

Met oppervlakkige blaastumoren bedoelt men papillaire tumoren stadium Ta en T1 alsook het carcinoma in situ.

Endogene risicofactoren: erfelijkheid (genetische polymorfismen) en urinaire stase, chronische urineweginfectie en Schistosoma.

Exogene risicofactoren: tabak, fenacetine en cytostatica, bestraling van het kleine bekken, 2-naftylamine, benzidine, toluïdine en arseen. Verhoogd voorkomen in geval van beroepsblootstelling: rubber, leder, aluminiumindustrie, chauffeurs zwaar transport, schilders en machinisten.

#### 1.2 Classificatie: Blaas TCC TNM 2002

Ta	niet-invasief papillair
Tis	in situ: vlakke tumor
T1	subepitheliaal bindweefsel
T2	muscularis
	T2a: binnenste helft
	T2b: buitenste helft
T3	doorheen de muscularis
	T3a: microscopisch
	T3b: extravescicale massa
T4	
	T4a prostaat, uterus, vagina
	T4b bekkenwand, abdominale wand
N1	solitair ≤ 2cm
N2	solitair > 2 tot 5cm, multipel ≤ 5cm
N3	> 5cm

#### 1.3 Diagnose

- Symptomen: macroscopische (microscopische) hematurie en dysurie
- Klinisch onderzoek: weinig relevant.
- Echografie van blaas is niet betrouwbaar
- CT abdomen met contrast ter controle van het pyelon en de ureters (hogere urinewegen)
- Urinecytologie: bruikbaar voor hooggradige tumoren en carcinoma in situ. Laaggradige tumoren Gaan soms gepaard met een vals negatieve cytologie.
- Cystoscopie

## 1.4 Behandeling

- Transurethrale resectie. De tumor wordt zo mogelijk in één tijd geresecteerd. en nadien wordt de bodem afzonderlijk geresecteerd en voor APO verzonden. De biopsies bevatten best spierlaag.
- Verdachte zones worden apart gebiopsieerd.
- Ad random biopsies worden geadviseerd bij onverklaarde positieve cytologie

## 1.5 prognostische groepering van de oppervlakkige blaastumoren:

- Laagrisico tumoren : solitaire en laaggradig letsel TaG1
- Intermediaire groep : Multipole Ta letsels, TaG2, T1 graad1, T1 graad2
- Hoogrisico tumoren : Ta graad 3, T1 graad 3 en CIS

## 1.6 Nazorg na TURblaas

Na een TURBlaas volgt een éénmalige instillatie met Mitomycine) zo snel mogelijk na de resectie.

Na anatomopathologisch onderzoek en afhankelijk van de risicogroep:

- a. Laaggradig risico: follow-up
- b. Intermediair risico: Mitomycine spoelingen 6 maal wekelijks, daarna optioneel maandelijks tot 6-maandelijks na TUR.  
Nota: complicaties van Mitomycine: irritatieve klachten, chemische cystitis, hematurie, systemische complicaties zoals arthralgie, griepaal syndroom en rash.
- c. Hoogrisico: BCG, te beginnen vanaf een tweetal weken na de transurethrale resectie.  
Frequentie: 6-wekelijkse instillaties. Vanaf zes weken na de laatste spoeling tweede resectie van de littekens voor pathologische controle .  
Nota: complicaties van BCG: cystitis en dysurie (R/paracetamol en anticholinergica)

## 1.7 Follow-up

- Cystoscopie ter controle van de lagere urinewegen
- Laagrisico tumoren: 3 maand en wanneer negatief: 9 maand en dan jaarlijks gedurende 5 jaar
- Hoogrisico: 3-maandelijkse cystoscopie gedurende 2 jaar, daarna 4-maandelijkse cystoscopie in het derde jaar, 6-maandelijkse cystoscopie tot 5 jaar waarna jaarlijks.
- Intermediaire groep: 3-maandelijks eerste jaar, 4-maandelijks 2de en 3de jaar, halfjaarlijks 4<sup>de</sup> en 5de jaar, daarna jaarlijks
- Radiologie ter controle van de hogere urinewegen
- met echografie van de nieren of ct abdomen met contrast om 6-24 maanden

## 2 Spierinvasief blaascarcinoma

### 2.1 Inleiding

Epidemiologie, risicofactoren, diagnostische oppuntstelling en classificatie werden reeds bij de oppervlakkige blaastumoren besproken.

### 2.2 Staging

CT scan voor lymfeklier status.

Botsan: bij lokaal gevorderde tumoren alsook in geval van lymfeklieraantasting.

## 2.3 Behandeling van het invasief blaascarcinoma

### **Radicale cystectomie met lymfeklierdissectie**

De bilaterale lymfeklierdissectie wordt niet alleen uitgevoerd t.h.v. de fossa obturatoria doch ook t.h.v. iliaca interna, de iliaca externa en het caudale deel van de iliaca communis vlak voor zijn bifurcatie.

Radicale cystectomie bij de man is een cystoprostatectomie en bij de vrouw een voorste exenteratie.

Best gebeuren er vriescoupes van de sectievlakken van de ureters.

De ingreep kan open of laparoscopisch gebeuren.

De urethra mag niet gespaard worden indien er aantasting is van de blaashals of de urethra prostatica.

Urinederivatie: Bricker derivatie, orthotope vervangblaas (Hautmann, Studer, Mainz...) of heterotope vervangblaas met continent en catheteriseerbaar stoma in de navel of op de buikwand (appendix of Monti)

### **Partiële cystectomie**

Ofwel door transurethrale resectie ofwel met open chirurgie kan een deel van de blaas weggenomen worden bij primaire solitaire tumoren bij patiënten waarbij een totale cystectomie niet haalbaar of niet wenselijk is. Er zijn dus schaarse indicaties en in principe zou dit dan moeten worden gecombineerd met ofwel preoperatieve radiotherapie, gebruik van brachytherapie ofwel met chemo.

### **Neoadjuvante chemotherapie**

Niet geïndiceerd bij BCG falende T1G3. Wel een optie in geval van  $\geq$  T2G3. Bij manifeste klieraantasting is chirurgie niet de eerste optie. 2 cycli chemotherapie gevolgd door controle imaging. Indien respons verder gaan tot 4 cycli waarna heelkunde in een tweede tijd. Indien er geen respons is t.h.v. de klieren: palliatieve situatie waarbij chirurgie of radiotherapie de overleving niet zal verbeteren.

### **Adjuverende chemotherapie**

In geval van pN+ of vanaf pT2G3 kan adjuverende chemotherapie overwogen worden

### **Radiotherapie**

Radiotherapie als enige behandeling voor blaascarcinoma geeft behoorlijke resultaten doch minder goede lokale controle dan chirurgie.

- Brachytherapie  
Ir192 voor solitaire tumoren, kleiner dan 5 cm zonder carcinoma in situ en na voorafgaandelijke externe bestraling. Te overwegen bij patiënten die geen cystectomie aankunnen.
- Externe radiotherapie: kan worden toegepast in combinatie met chemotherapie in een blaaspreservatie protocol. Als enige behandeling voor een invasief blaascarcinoom zijn de resultaten van externe radiotherapie slechter dan die van chirurgie met betrekking tot de lokale controle en waarschijnlijk ook met betrekking tot de overleving. Bij patiënten die niet lokaal controleerbaar zijn door de transurethrale resectie en die toch ook geen cystectomie kunnen hebben, is radiotherapie te overwegen. Dit gaat in een aantal gevallen gepaard met blaasschrompeling waarvoor dan een salvage cystectomie kan geïndiceerd zijn, niet omwille van tumorpersistentie doch wegens mictieklachten.

## 2.4 Follow-up

Gedurende het eerste en het tweede jaar 3-maandelijkse follow-up, in het 3de, 4de en 5de jaar 6-maandelijkse follow-up en dan verder jaarlijks na 5 jaar.

Onderzoeken: cytologie, echo abdomen en RX thorax en cystoscopie indien de urethra nog aanwezig is. Daarenboven halfjaarlijkse CT gedurende de eerste 2 jaar en daarna jaarlijks.