

RAK SEČIL PRI ODRASLIH

Franc Marolt

Uvod

Rak sečil je razmeroma redka bolezen. Vseeno je pomembna za vse zdravnike, ker so prvi simptomi neznačilni in se lahko pojavijo dokaj pozno. Oboje vpliva na to, kako hitro potrdimo bolezen; od pravočasnega pričetka zdravljenja pa je odvisen uspeh zdravljenja. Zato moramo pri vseh bolnikih s (kasneje opisanimi) težavami pomisliti tudi na možnost raka sečil.

Incidenca raka mehurja v Sloveniji narašča pri obeh spolih. Register raka za Slovenijo navaja v poročilu RR št. 34 za leto 1992 172 novih bolnikov: 138 moških in 34 žensk (1). Ugotavljamo tudi, da se spreminja starostna struktura bolnikov, saj narašča delež bolnikov v starejših starostnih skupinah. (2). Razširjenost bolezni ob diagnozi pri nas ni zadovoljivo opredeljena, ker bolnišnice Registru pogosto ne sporočajo potrebnih podatkov.

Podatke o raku ledvice obravnava Register skupaj s podatki o raku sečnih izvodil. Leta 1992 je zbolelo 132 bolnikov: 69 moških in 63 žensk (1). Tudi v tem primeru ugotavljamo porast incidence pri obeh spolih. Največ bolnikov je bilo ob diagnozi starih 55-74 let. Zanimiva pa je ugotovitev glede razširjenosti bolezni. Register poroča o večjem deležu lokalizirane bolezni pri ženskah, zlasti po letu 1983. K temu so lahko pripomogle pogostejše UZ preiskave pri njih, zaradi drugih bolezni in zaradi pogostejše kontrole ob ginekoloških pregledih (2).

Klinična slika in diferencialna diagnostika

Za tumorje sečil je značilno, da bolnikom dolgo ne povzročajo težav in da so nato prva znamenja podobna kot pri mnogih bolezenskih procesih. Težave, ki vzbujajo sum na prizadetost sečil, praviloma razjasnimo s preiskavami, če pravočasno pomislimo na vse možne vzroke. Tumorje sečil lahko odkrijemo in potrdimo s sistematičnim pregledom, pa tudi naključno s preiskavo, če pridejo bolniki na pregled zaradi drugih težav. Praviloma pa pomislimo nanje ob znamenjih, ki jih povzročajo primarni tumorji in oddaljene metastaze, ter ob spremembah, ki so posledica vpliva tumorja na celoten organizem.

Hematurija je najpogostejše znamenje tumorjev sečil in je običajno neboleča. Makroskopsko krvav urin je vznemirljiv znak, ki bolnika praviloma takoj napoti k zdravniku. Spremljajoče krčevite bolečine so lahko posledica obstrukcije sečnih izvodil s krvnimi strdki.

Tudi bolečina je pogost znak. Pri tumorjih ledvic je lokalizirana v ledvenem predelu in je različno intenzivna: od samo nelagodnega občutka do močnih

bolečin. Pri tumorjih mehurja so bolečine v spodnjem delu trebuha. Zaradi vraščanja tumorja v sosednje organe je bolečina zelo močna in trdovratna.

Bolniki prihajajo na pregled tudi zaradi težav, ki so jih povzročile oddaljene metastaze: bolečine po kosteh, trdovraten kašelj, zlatenica, povišana temperatura, hujšanje itd. Te težave, posebno skupaj z že prej naštetimi, so močno sumljive za napredoval rak sečil.

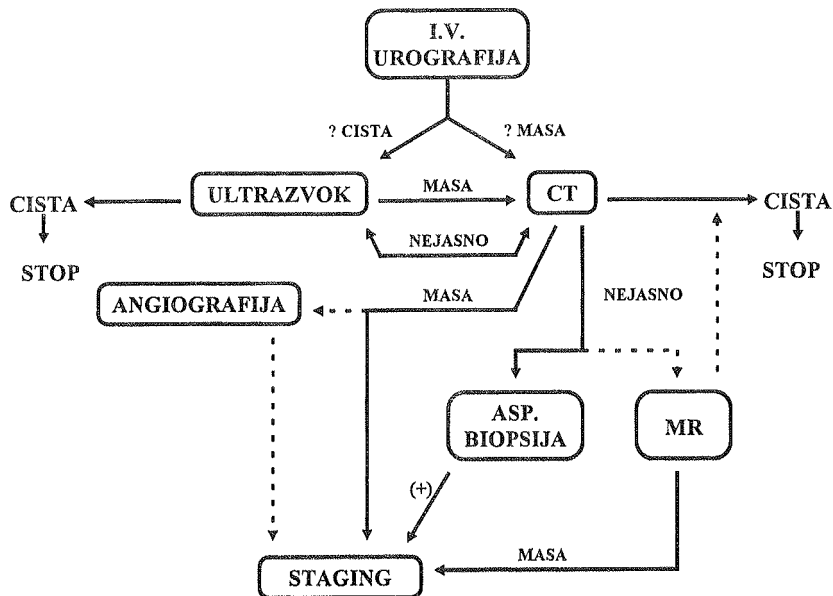
Tipljive tvorbe, ugotovljene pri fizikalnem pregledu (ledveno, v predelu mehurja) so ponavadi znak napredovelega tumorja. Pri pregledu otipamo povečane bezgavke, pa tudi druge organe, zaradi oddaljenih metastaz (jetra, podkožne metastaze itd.).

Povsem naključno lahko z osnovnimi preiskavami ugotovimo: anemijo, eritrociturijo, povišano vrednost krvnega pritiska ali pospešeno SR. Včasih so samo te ugotovitve prvi znaki tumorjev sečil in jih moramo pojasniti z dodatnimi preiskavami.

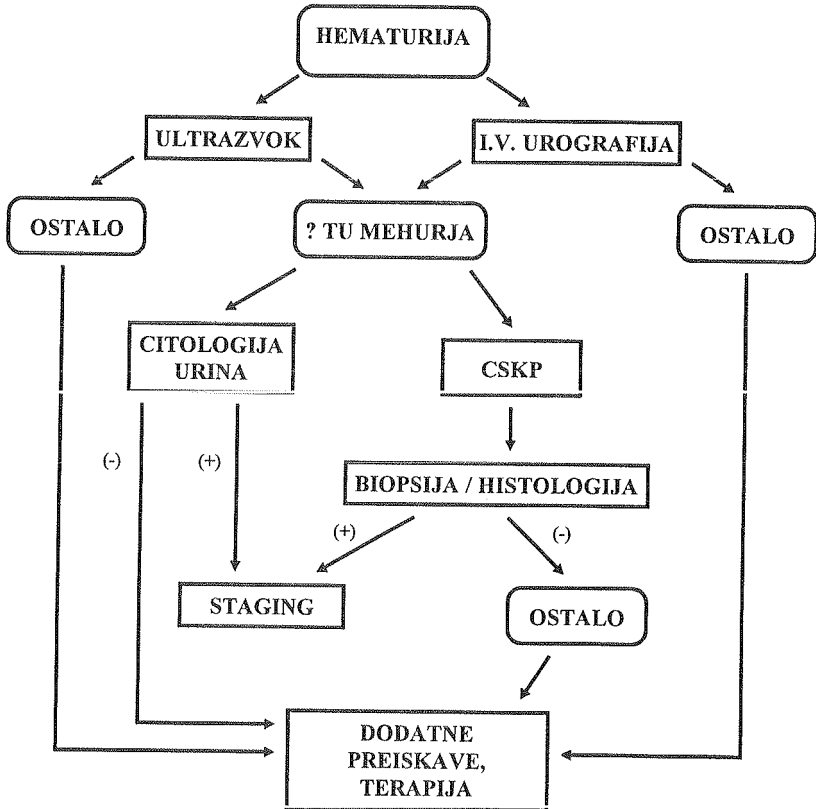
Pri bolnikih, ki so prišli na pregled z navedenimi, neznačilnimi težavami, moramo ugotoviti pravi vzrok zanje in čimprej pričeti z zdravljenjem. Vzrokov je veliko, maligni tumorji sečil predstavljajo le manjši del. Pomisliti moramo na vnetja, urolitiaz, stanja po poškodbah, benigne tumorje, druge tumorje posnemajoče bolezenske procese itd.

Najpogosteje moramo odgovoriti na dve vprašanji: kaj je vzrok hematuriji in pri sumu na ledvični tumor ugotoviti, če je to res in kakšen je ta tumor. Vse te dileme

SLIKA 1



SLIKA 2



praviloma razjasnimo z dodatnimi preiskavami: rentgenskimi, UZ-om, CT preiskavo, cistoskopijo, biopsijo in histološko preiskavo ter s citološkimi diagnostičnimi metodami. Zaporedje preiskav ob sumu na tumor ledvic, kot ga priporočamo, je prikazano na sliki 1, ob sumu na raka mehurja pa na sliki 2.

Klasične RTG preiskave pri bolnikih s tumorji sečil

I. v. urografija, retrogradna ali anterogradna pielografija in cistouretoerografija so rentgenske kontrastne preiskave, ki nam omogočijo oceno funkcije sečil in pregled njihove anatomije. Z njimi dobimo pomembne podatke o številnih patoloških procesih v sečilih. Do pred približno 10 leti so bile to osnovne preiskave pri bolnikih s hematurijo oz. pri tistih, pri katerih smo posumili na rak sečil. Omogočile so nam izbiro nadaljnjih diagnostičnih postopkov do dokončne

potrditve bolezni in pričetka zdravljenja. Novejše slikovne preiskave so njihovo težo spremenile, ohranile pa so bistveno vlogo pri razjasnitvi vzroka hematurije in odkrivanju tumorjev sečnih izvodil in mehurja.

Druge klasične RTG preiskave so pomembne tudi v primerih, ko je bolezen razširjena in ko z njimi lahko potrdimo oddaljene metastaze (pljuča, kosti itd.).

Diagnostika tumorjev sečil z UZ slikovno metodo

UZ preiskava bolnikov z boleznimi trebušnih organov je v zadnjem desetletju tudi pri nas vse bolj razširjena in vse bolj pogosta. Zaradi navidezne enostavnosti, nedokazane škodljivosti in tudi pripisane ji učinkovitosti jo mnogi uvrščajo na prvo mesto med slikovnimi metodami pri bolnikih s tumorji sečil. S to preiskavo lahko ugotavljamo spremembe na organih, ko te še ne povzročajo težav. Pri tumorjih to pomeni odkrivanje zgodnjih primerov, ko je še možno uspešno zdravljenje. Ker je ta preiskava močno subjektivno pogojena, je usposobljenost oziroma izkušnost preiskovalca izredno pomembna.

Računalniška tomografija pri diagnostiki tumorjev sečil

Računalniška tomografija (CT) je rentgenska diagnostična metoda, ki uspešno potrjuje bolezenski proces in nam posreduje v primeru tumorjev sečil pomembne podatke o lokalizaciji, razširjenosti tumorjev in obsegu bolezni. Skupaj z UZ preiskavo nam je odprla možnosti za ugotavljanje majhnih tumorjev ledvic, ki jih s klasičnimi RTG preiskavami nismo mogli najti, to pa je za uspešno primarno zdravljenje najbolj pomembno.

Obe preiskavi sta zaradi natančnosti prikaza tumorskega procesa tudi zmanjšali potrebo po angiografiji. Le-to zdaj priporočamo samo ob nejasnih UZ in CT izvidih in v primeru dogovorjene predoperativne embolizacije pri bolnikih z rakom ledvic.

Citološka preiskava urina in aspiracijska biopsija s tanko iglo

Ta preiskava je lahko prva in najenostavnejša morfološka diagnostična metoda, ki razjasni mnoge dileme: pospeši ali zaključi namreč postopek za potrditev bolezni in s tem omogoči pravočasen pričetek zdravljenja.

Cistoskopija, biopsija, histološka preiskava vzorca

Te preiskave predstavljajo zadnji korak v diagnostičnem procesu: bolezen je prikazana in potrjena, zdaj se je treba odločiti za način zdravljenja. Za to pa potrebujemo samo še podatke, koliko je bolezen razširjena (staging).

Zaključek

Pri bolnikih z neznačilnimi bolezenskimi znamenji moramo predvsem pravočasno pomisliti tudi na možnost raka sečil; tako bolezen potrdimo brez nepotrebne izgube časa. Bolnika takoj napotimo v ustanovo, kjer je na razpolago potrebna oprema za diagnostične preiskave. Sodobna diagnostika nam omogoča potrditev rakavega procesa, ko ta še ne povzroča težav, ko je še lokaliziran in je učinkovitost terapije dokazano največja. Glavna ovira za uspešnejše odkrivanje in potrjevanje raka sečil je v pomanjkanju sodobnih diagnostičnih pripomočkov in zaradi tega še v pomanjkanju strokovnih izkušenj.

Literatura:

1. Incidenca raka v Sloveniji 1992. Ljubljana: Onkološki inštitut, Register raka za Slovenijo, 1995.
2. Pompe-Kirn V., Zakotnik B., Volk N., Benulič T., škrk J. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1990. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1995.
3. Ackerman LV, del Regato JA. Cancer diagnosis, treatment and prognosis. 5th ed. St. Louis: Mosby CV, 1977.
4. Tumorji ledvic: 25. memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika z mednarodno udeležbo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1994.
5. Perez CA, Brady LW. Principles and practice of radiation oncology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott JB, 1992.