

RAK urotelija

Jožica Červek

Rak urotelija je heterogena skupina malignih bolezni: rak sečnega mehurja je najpogostejši maligni tumor urinarnega trakta, po pogostnosti mu sledi rak ledvičnega meha in sečevodov, najmanj pogost v tej skupini bolezni pa je rak sečnice. Karcinomi sečil vzniknejo v 90 % iz ortotopnega prehodnoceličnega epitela. Veliko redkeje pa so to poroženevajoči ali žlezni karcinomi.

Kot vsaka maligna bolezen se tudi rak sečil po končanem prvem zdravljenju lahko ponovi. Zato mora tak bolnik ostati pod redno zdravniško kontrolo (sledenje bolnika). Namen sledenja je ugotoviti ponovitev bolezni in čim prej pričeti s ponovnim zdravljenjem.

Večina ponovitev bolezni se pojavi v prvih dveh letih po končanem zdravljenju (1). Na možnost ponovitve kažejo prognostični kazalci: stadij bolezni (globina invazije v steno sečil), stopnja diferenciacije karcinoma (celična atipija spremembe na jedrih, število mitoz), način zdravljenja, radikalnost kirurškega posega.

Pri karcinomih sečil so lokalni recidivi pogosti, metastatski potencial pa imajo globoko invazivni karcinomi. Zasevajo limfogeno (abdominalne bezgavke) in hematogeno (jetra, pljuča, kosti).

Karcinom sečnega mehurja

Karcinome sečnega mehurja delimo glede na prognozo in način zdravljenja v površinske (do T_1) in mišično invazivne ($T_2 - T_4$).

Površinski rak sečnega mehurja je v večini primerov lokalizirana bolezen, z majhnim metastatskim potencialom; 5-letno preživetje je 90 %. Lokalni recidivi pa so zelo pogosti, pojavijo se v 80 %. Zato so redne endoskopske kontrole enkrat letno potrebne vsaj 10 let. Metastatski potencial recidivnih karcinomom se poveča na 20 % (2).

Mišično invazivni karcinom sečnega mehurja je ob postavitvi diagnoze že v 50 % sistemska bolezen; 5-letno preživetje je 50 do 20 %, odvisno od globine invazije. Pogostnost lokalnih recidivov pa je odvisna od načina lokalnega zdravljenja. Mišično invazivni karcinom sečnega mehurja odstranimo s totalno cistektomijo ali pa ga zdravimo s postopki, da ohranimo mehur (TUR, kombinirana kemoterapija in radioterapija). Število lokalnih recidivov je po totalni cistektomiji manjše (v naši seriji do 16 %) kot pri zdravljenju, ki ohrani mehur (do 25 %) (3).

Klinični znaki ponovitve karcinoma urotelija:

Najpogostejši znak ponovitve karcinoma urotelija je neboleča hematurija, ki jo ugotavljamo v 75 do 90 %.

Motnje mikcije: značilne so pogoste in urgentne mikcije, pekoče mikcije pa se pojavijo pri 30 % bolnikov.

Klinični znaki napredovale oziroma lokalno razširjene bolezni pa so bolečine v mali medenici, zapora danke in otekline nog, ki govorijo za zaporo v limfnem ali venskem sistemu. Tudi hidronefroza, običajno enostranska, je znak napredovale maligne bolezni (4).

Preiskave za potrditev recidiva in za določitev razširjenosti obolenja:

Po anamnezi in kliničnem pregledu opravimo laboratorijske preiskave: nativni pregled urina, pregled krvne slike in določitev dušičnih retentov v krvi (možnost obstruktivne uropatije). Citološka preiskava urina na maligne celice je pozitivna v 70 % in je zato pomembna metoda pri sledenju bolnikov s karcinomom urotelija.

Najpomembnejša preiskava, ki recidiv zanesljivo potrdi, pa je cistoskopija z biopsijo vidnih sprememb v mehurju. Z biopsijo tudi določimo globino invazije v steno.

Dodatne preiskave: rentgensko slikanje pljuč, i.v. pielografija, CT ali UZ abdomna. Z navedenimi preiskavami opredelimo recidiv glede na njegovo velikost in globino invazije v steno, ugotovimo morebitno prizadetost bezgavk in prisotnost oddaljenih zasevkov.

Rak sečevodov in ledvičnega meha

Retrogradna pielografija in uretroskopija z biopsijo sta preiskavi, ki sum na ponovitev bolezni v sečevodih in ledvičnem mehu potrdita ali ovržeta (5).

Zaključek

Krvav urin pri bolniku, ki je bil zdravljen zaradi karcinoma urotelija, predstavlja sum na lokalni recidiv. Utemeljene in potrebne so dodatne endoskopske, rentgenske in laboratorijske preiskave za pojasnitev hematurije.

Bolečine v kosteh, otežkočeno dihanje in kašelj, nelagodnost v trebuhu pa vzbujajo sum na zasevke v oddaljenih organih. Njihovo naravo pojasnimo z ustreznimi preiskavami.

Literatura

1. Pompe-Kirn V, Zakotnik B, Volk N, Benulič T, Škrk J. Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji 1963-1990. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1995: 56-61.
2. Stimler C, Zukiwski A. Urothelial cancer. In: Pazdur R, ed. Medical oncology: a comprehensive review. Huntington: PRR Inc., 1993: 315-321.
3. Červek J, Čufer T, Kragelj B, Zakotnik B, Stanonik M. Sequential transurethral surgery, multiple drug chemotherapy and radiation therapy for invasive bladder carcinoma: initial report. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1993; 25:777-782.
4. Newling DWW, Denis L, Gerard JP, Scalliet PGM, Stoter G. Bladder cancer. In: Peckham M, Pinedo H, Veronesi U, eds. Oxford textbook of oncology. Vol.2. Oxford: Oxford University Press, 1995: 1459-1479.
5. Vicente J, Laguna P, Palou J, Sole-Balcells FJ. Transitional cell carcinoma in the upper urinary tract: diagnosis and management. Urology Int 1995; 2:7-9.