

RAK MOŠKIH SPOLNIH ORGANOV

Marjeta Stanovnik

Rak moda

Rak moda je eden izmed redkih rakov, ki so v visokem odstotku ozdravljivi tudi v napredovalem stadiju, ko je bolezen že močno razširjena. Še večja je ozdravitev pri zgodaj odkriti bolezni. Tako imajo bolniki s seminomom v I. stadiju bolezni od 95 do 100 % možnosti za popolno ozdravitev. V II. stadiju bolezni jih ozdravi od 80 do 90 %, v III. in IV. stadiju pa od 70 do 90 %. Število ozdravljenih bolnikov z neseminomskim rakom moda je nekoliko manjše. V I. stadiju jih ozdravi od 90 do 95 %. Po začetnem zdravljenju z orhiektomijo in retroperitonealno limfadenektomijo pa okoli 10 % bolnikov doživi relaps. V stadiju II A in II B je po orhiektomiji in retroperitonealni limfadenektomiji ter adjuvantni kemoterapiji je ozdravitev okoli 90 %, medtem ko relaps doživi od 1 do 8 % bolnikov. V stadiju II C z obsežno tumorsko maso v retroperitoneju, v stadiju III, z metastazami v mediastinumu in supraklavikularno ter v stadiju IV z metastazami v parenhimskih organih, pa je ozdravitev le od 50 do 80 % (odvisno od obsežnosti tumorske mase in lokalizacije metastaz).

Pri bolnikih, ki so že dosegli popolno remisijo, lahko še vedno pride, ne glede na stadij bolezni, do ponovitve bolezni. Zelo malo je malignih bolezni, pri katerih je tako pomembno pravočasno ugotoviti nov napad bolezni (relaps), kot prav pri bolnikih z rakom moda. To je pomembno zato, ker imajo bolniki, ki so doživeli relaps, ob pravočasni diagnozi in ustreznem zdravljenju, še vedno možnost popolne ozdravitve. Bolezen se najpogosteje ponovi v prvem in drugem letu po končanem zdravljenju. Niso pa tako redki relapsi tudi kasneje, 5, 8, 10 ali celo 12 let po tem, ko je bolnik dosegel popolno remisijo. Pri nekem bolniku z ozdravljenim seminomom moda smo ugotovili relaps bolezni s seminomsko metastazo v levi nadključnični jami celo 28 let po zaključku zdravljenja seminoma.

Glede na največjo pogostnost relapsa takoj po končanem zdravljenju, so redne kontrole smiselne samo v prvih letih po zaključenem zdravljenju. Bolnike kontroliramo v prvem letu vsak drugi mesec, v drugem letu na tri mesece, v tretjem na 4-5 mesecev, v četrtem na 6 mesecev, po 5. letu pa enkrat letno do 8. ali 10. leta (odvisno tudi od stadija bolezni).

Na žalost večina bolnikov v začetku nima posebnih težav, po katerih bi pravočasno posumili na morebitno ponovitev bolezni. Bolnik lahko s samopregledovanjem opazi morebiten pojav tumorja v preostalem modu ali povečane bezgavke (najpogosteje v levi nadključnični jami). Bolnike, pri katerih obstaja velika možnost za ponovitev bolezni, zato tudi opozorimo na morebitne spremembe, ki bi lahko kazale na ponoven pojav bolezni. Tudi pri rednih kontrolah bolnikov moramo zato biti še posebej pozorni na zatrdline v

preostalem modu, na povečane bezgavke, predvsem v levi nadključnični jami, na morebitno ginekomastijo, na tipljive tumorje v trebuhu, na nevrološke motnje (predvsem centralnega živčnega sistema - CZS), na izgubo telesne teže, na bolečine ali trdovraten kašelj. Na žalost pa se te spremembe pokažejo šele, ko je bolezen že močno razširjena.

Pri večini bolnikov z rakom moda pa imamo možnost odkriti relaps bolezni že veliko prej. To nam omogoča laboratorijska kontrola vrednosti tumorskih markerjev. Približno 90 % bolnikov ima pred začetkom zdravljenja zvišane vrednosti vsaj enega od treh tumorskih markerjev (AFP, BHCg, LDH).

Ko dosežemo kompletno remisijo, se normalizirajo tudi vrednosti tumorskih markerjev. Če se bolezen ponovi, se ponovno zviša, in to najpogosteje, tisti marker, ki je bil patološki že pred začetkom zdravljenja. Ker so omenjeni tumorski markerji visoko senzibilni in visoko specifični, je lahko njihovo naraščanje prvi znak za ponovitev bolezni, še preden se ta pokaže s klinično sliko ali jo dokažemo z drugimi diagnostičnimi postopki. Zato je pravilo, da moramo vsako ponovno narascanje vrednosti tumorskih markerjev vzeti kot resen znak za ponovitev bolezni in takoj opraviti potrebne kontrolne preiskave za določitev mesta relapsa.

Poleg natančnega kliničnega pregleda naj opravi bolnik še rentgenski pregled pljuč, UZ trebuha in preostalega testisa, CT trebuha in po potrebi tudi prsnega koša ali glave, ter osnovne laboratorijske krvne preiskave. Če je možno, opravimo tudi ultrazvočno vodeno citološko punkcijo sumljivih sprememb. Včasih pa z nobeno od naštetih preiskav ne moremo ugotoviti relapsa bolezni. Ob naraščajočih vrednostih tumorskih markerjev se tudi v takih primerih odločimo za ponovno uvedbo kemoterapije, ker menimo, da gre za mikroskopsko bolezen, ki je z običajnimi diagnostičnimi preiskavami še ne moremo odkriti.

Omeniti moram še težave, ki jih lahko imajo ozdravljeni bolniki po dolgotrajni, intenzivni citostatski terapiji, po večkratnih operacijah ali po obsevanju. Ti bolniki imajo pogosto težave, ki lahko kažejo na ponovitev bolezni, vendar se kasneje izkaže, da gre le za komplikacije po zdravljenju. To pa so pasažne motnje, ileus, limfatične ciste v retroperitoneju, okvare ledvic, centralnega ali perifernega živčevja, spremembe v krvni sliki.

Bolnike s tumorjem mod zdravimo in kontroliramo v Onkološkem inštitutu.

Kontrolne in diagnostične preiskave pa bolniki lahko opravijo tudi v drugi ustanovi, vendar s pogojem, da so te opravljene v čim krajšem času in z veliko natančnostjo. Zavedati se namreč moramo, da je v primeru relapsa bolezni potrebno čimprej pričeti s ponovnim zdravljenjem, saj lahko vsak zamujen dan pomeni hujšo obliko bolezni in težjo ozdravitev.

Rak prostate

Rak prostate je ozdravljiv samo v zgodnjem stadiju bolezni, ko je tumor omejen na prostato in še ne metastazira v bezgavke ali druge organe. Metastatični rak prostate je neozdravljiva bolezen, 10 let preživi manj kot 5 % bolnikov. Bolniki z zgodnjim rakom prostate živijo dlje, v najboljših primerih jih 10 let preživi tudi

do 80 %, odvisno seveda od stadija bolezni in diferenciacije tumorja. Redni pregledi so potrebni pri bolnikih, ki so bili radikalno kirurško zdravljeni ali obsevani in še niso imeli metastaz. Taki bolniki veljajo za ozdravljene in pri njih lahko ob zgodnjem odkritju obnove bolezni z ustreznim hormonskim zdravljenjem ublažimo morebitne težave, pri nekaterih pa celo upočasnimo napredovanje bolezni. Kontrolne preiskave bi morali opravljati vsaj 2 - 3-krat letno, kar je seveda odvisno od vrste preiskave. Ker vemo, da rak prostate najpogosteje zaseva v kosti, moramo biti posebno pozorni na morebitne bolečine v kosteh, ki so se pojavile na novo ali ali ki so spremenile svoj značaj. Pozorni moramo biti tudi na motnje pri mikciji, da ne bi prezrli lokalni recidiv.

Prva in najpomembnejša preiskava je klinična. V laboratoriju določamo vrednosti AF, kisle fosfataze in PSA v serumu. Z rentgensko in scintigrafsko preiskavo ugotavljamo mesto morebitnih zasevkov v kosteh. Ultrazvočna preiskava pa nam pomaga pri odkrivanju povečanih retroperitonealnih bezgavk in lokalnega recidiva v prostati. če je potrebno, s citološko punkcijo potrdimo maligni proces. če je s katerokoli od teh preiskav podan sum na ponovitev bolezni, je potrebno diagnostiko izpeljati do konca, do jasne potrditve ponovnega razrasta malignoma. Takega bolnika je nato potrebno napotiti na ustrezno zdravljenje. Bolnike z napredovalim rakom prostate, ki že prejemajo zdravlila, pa moramo tako ali tako redno pregledovati, da lahko spremljamo učinkovitost zdravljenja.

Literatura

1. DeWys WD. Urologic and male genital malignancies. In: Skeel RT, ed. Handbook of cancer chemotherapy. 3rd ed. Boston: Little Brown, 1991: 220-236.
2. Einhorn LH, Richie JP, Shipley WU. Cancer of the testis. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA eds. Cancer: principles and practice of oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1993: 1126-1151.
3. Hanks GE, Myers CE, Scardino PT. Cancer of the prostate. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA eds. Cancer: principles and practice of oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 1993: 1073-1113.
4. Horwich A, ed. Testicular cancer: investigation and management. London: Chapman & Hall, 1991.
5. Jones WG, Smith PH. Cancer of the prostate. In: UICC - International Union against Cancer: Manual of clinical oncology. 6th ed. Berlin: Springer Verlag, 1994: 409-418.
6. Keller JW, McCune CS, Sahasrabudhe DM. Urologic and male genital cancers. In: Rubin P, McDonald S, Qazi R, eds. Clinical oncology: a multidisciplinary approach for physicians and students. 7th ed. Philadelphia: Saunders WB, 1993: 419-453.
7. Meyer S, Nash SC. Prostate cancer: making survival decisions. Chicago: The University of Chicago Press, 1994.
8. Schmoll HJ, Hossfeld DK. Cancer of the testis. In: UICC - International Union against Cancer: Manual of clinical oncology. 6th ed. Berlin: Springer Verlag, 1994:395-408.