

RAK SEČNEGA MEHURJA

Ciril Oblak

UVOD

Za zdravljenje raka sečnega mehurja je neprecenljivega pomena, da je bolezen odkrita dovolj zgodaj. Na žalost se simptomi, predvsem krvav seč, lahko pojavijo šele, ko je bolezen že napredovala; prepogosto pa ljudje sploh ne obišejo zdravnika, četudi opazijo ta znak – še posebej če imajo krvav seč le enkrat ali nekajkrat.

Incidenca raka sečnega mehurja v Sloveniji narašča zaradi izpostavljenosti dejavnikom tveganja v preteklosti in sedanosti, predvsem pa zaradi staranja prebivalstva. Bistveno, približno dvakrat pogosteje kot ženske za njim zbolevajo moški. Zdravljenje je v začetnih oblikah manj invazivno, ob rači v mišično steno sečnika je praviloma kombinirano in agresivno ter s številnimi posledicami, četudi nam uspe raka samega odstraniti.

POGOSTOST

Raka sečnega mehurja je v Sloveniji in večini držav po svetu iz leta v leto vse več. Še pred nekaj leti smo bili lahko zadovoljni, saj smo imeli manjše zbolevanje kot v drugih državah Evrope (12 novo odkritih na 100.000 prebivalcev). Bolezen je bila takrat najpogostejša v sredozemskih državah, v Angliji in na Škotskem. Leta 1994 je v Sloveniji zbolelo 116 moških in 49 žensk. Pogostost zbolevanja do 74. leta starosti je bila pri ženskah 0,3 na 100 in pri moških 1,2 na 100. Značilno za pretekla obdobja pa tudi za sedanost je, da je rak sečnika pogostejši z večanjem starosti. Napoved za leta od 2005 do 2009 je 78 novo odkritih rakov pri ženskah in 215 pri moških.

NEVARNOSTNI DEJAVNIKI

Pomembna nevarnostna dejavnika sta spol in starost. Znane so tudi karcinogene kemikalije, ki lahko povzročijo raka na sečnem mehurju: anilinska barvila, ki so se uporabljala v tekstilni industriji, aromatski amini, zdravilo (citostatik) ciklofosamid, razne zmesi zdravil, ki so vsebovale analgetik fenacetin, in tobačni dim. Kadilci zbolevajo približno 4-krat pogosteje kot nekadilci.

Dejavnosti, v katerih so delavci bolj ogroženi z rakom sečnika, so proizvodnja aluminija in avramina, vplinjane premoga in gumarska dejavnost. Nevarnostni dejavnik je tudi izpostavljenost ionizirajočemu sevanju, izpuhu dieselskih motorjev, v nekaterih deželah Afrike tudi krvnemu metljaju *Schistosoma haematobium*. Eden od nevarnostnih dejavnikov je tudi dedovanje okvarjenih genov.

SIMPTOMI IN ZNAKI

Najpomembnejši simptom je neboleča občasna hematurija (mokrenje krvavega seča), ki se pojavi v približno 85 % primerov bodisi kot makro- (vidna) ali mikrohematurija (vidna le ob laboratorijskem pregledu seča). Pogosti so tudi dražeči simptomi, predvsem pogoste, nujne, boleče ali pekoče mikcije. Če je bolezen že napredovala, lahko zajame vtočišča sečevodov v sečnik; sečevod in ledvični meh se razširita, po daljšem času pa odpove prizadeta ledvica. Kasne simptome in znake povzročajo zasevki, ki so najpogostejše v lokalnih bezgavkah; oddaljeni zasevki so v jetrih (38 %), pljučih (36 %) in kosteh (21 %).

PREISKAVE

Osnovna za diagnozo sta zgodovina bolezni (anamneza), v kateri je vodilni znak krvav seč, in laboratorijski pregled seča. Cistoskopija, pregled sečnika in sečnice z instrumentom, je odlična preiskovalna metoda, ki v 70 % primerov raka razkrije posamezno, v ostalih primerih pa raščo na več mestih. Včasih, še zlasti v nejasnih primerih, uretrocistoskopijo dopolnimo s citološko preiskavo izpirka sečnika. V diagnostičnem postopku za ugotavljanje stadija uporabljamo še ultrazvočne in rentgenske preiskave (slikanje pljuč, intravenska urografija, računalniška tomografija).

DIAGNOZA – ZDRAVLJENJE

Rak sečnega mehurja, ki je bolezen prehodnoceličnega epitelija, je lahko v površinski ali pa invazivni obliki. Razlikovanje je izredno pomembno, ker je različno tudi nadaljnje zdravljenje.

Diagnozo največkrat potrdimo s transuretralno resekcijo (TUR) spremembe v sečniku: s posebno električno zanko odstranimo tkivo in ga pošljemo na patomorfološki pregled.

Površinski rak

Pri površinski obliki raka, še posebej če so spremembe le manjše, je TUR dostikrat edini poseg, ki ga bolnik potrebuje. Seveda so nato – tako rekoč do smrti – potrebni redni kontrolni pregledi.

Pri nekaterih oblikah raka, predvsem površinskih, sta se v zdravljenju in preprečevanju ponovitev zelo izkazala vbrizgavanje zdravila mitomicin v mehur takoj po posegu (TUR) in še nekajkrat zatem in/ali posebej pripravljeno cepivo tuberkuloze; sprva ga dajemo 6-krat na teden, nato pa intervale podaljšujemo. Redni kontrolni pregledi so sprva potrebni na 3 mesece, nato pa – če ni ponovitev – redkeje.

Invazivni rak

Če gre za infiltracijo (vraščanje) rakastega tkiva v mišičje sečnika, je navadno potrebno kombinirano zdravljenje, sestavljeno iz kemoterapije, obsevanja in večjih kirurških posegov. Med slednje sodi delna odstranitev sečnika, ki pa ni pogosta. Pogostejša je odstranitev celotnega sečnika, skupaj s prostato in lokalnimi bezgavkami. Seč lahko izpeljemo na trebušno steno po vijugi tenkega črevesja (mokra stoma – Brickerjev mehur), včasih pa je mogoče napraviti iz črevesja tudi nov sečnik. Takšen, na novo izdelan rezervoar-sečnik našijemo na sečnico. Bolniki ne potrebujejo vrečke za zbiranje urina, lahko urinirajo po naravni poti, kar pomeni bistveno večjo kakovost življenja.

Pri napredovalih oblikah raka takšne operacije niso smiselne. Navadno se odločimo za mokro izpeljavo, sečnika niti ne odstranimo. Možno je dodatno zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem. Cilj zdravljenja je lajšanje simptomov, predvsem bolečin in krvavitve na vodo, ter izboljšanje kakovosti življenja.

ZAKLJUČEK

Rak sečnega mehurja je za rakom prostate druga najpogostejša maligna bolezen pri urološkem bolniku. Bistveno je, da bolezen odkrijemo pravočasno, kar pomeni, čim bolj zgodaj, saj sta uspešnost zdravljenja in prognoza zelo odvisni od stadija bolezni. Sprva malo maligna bolezen postane silno agresivna. Na žalost se lahko simptomi in znaki pojavijo pozno, kar močno poslabša prognozo. Zelo dobra preiskava, s katero lahko večino rakov odkrijemo zgodaj, je ultrazvočna, vendar mora biti ob pregledu

mehur vsaj delno napolnjen s sečem. Ljudje bi morali biti bolj pozorni, kaj izločajo, kakšen je njihov seč, saj je največkrat prvi znak te bolezni prav krvav urin.

Literatura

Rath GD. Bladder cancer. *Postgrad Med* 1992; 105-24.

Pompe-Kirn V, Japelj B, Primic-Žakelj M, Volk N. Napoved incidence raka v Sloveniji do leta 2000 in 2010. Raziskovalno poročilo za prvo leto. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1997.

Jelle O, Barentsz J, Witjes A, Ruijs JH. What is new in bladder cancer imaging. *Urol Clin North Am* 1997; 3: 583-603.

Kurth KH. Diagnosis and treatment of superficial transitional cell carcinoma of the bladder: Fact and perspectives. *Eur Urol* 1997; 31 (Suppl 1): 10-9.

Benson MC, Olson CA. Urinary diversion. In: Walsh PC, Retik AB, Stoney TA, Vaughan ED, editors. *Campbells' urology*. Philadelphia: Saunders, 1992: 2654-719.

Steinberg DG, Trump DL, Cummings BK. Metastatic bladder cancer. *Urol Clin North Am* 1992; 19 (4): 735-46.