

UROLOŠKI RAK PRI MOŠKIH

Ciril Oblak

Med sečila pri obeh spolih sodijo parni ledvici in sečevoda, sečni mehur, in sečnica, pri moških pa še prostata s semenskimi mešički, semenovoda, testisa z obmodkoma in spolni ud. K sečilom navadno štejemo še parni nadledvični žlezi, čeprav sta to organa s tako imenovanim notranjim izločanjem, ki v kri izločata različne hormone. K sečilom lahko prištevamo tudi žleze, ki skrbijo za primerno vlažnost sečnice pri obeh spolih. Na vseh opisanih organih so možne številne bolezni, na žalost je med njimi pogost tudi rak.

V sestavku bom zaradi obširnosti teme opisal le pogostejše maligne bolezni, ki se pojavijo na moških sečilih.

RAK NADLEDVIČNIC

Nevroblastom nastane iz simpatičnega živčevja. Pojavi se lahko na raznih mestih, vendar kar v 45 % primerov zraste v sredici nadledvičnice. Pri otrocih je tretji najpogostejši maligni tumor, zaseva relativno zgodaj. V klinični sliki izstopa tumor v predelu abdomna, v krvi so zvišane vrednosti (nor)adrenalina, v seču na vanilmandljeve kisline.

Zdravljenje je kombinirano, kirurško, z obsevanjem in kemoterapijo. Prognoza je na splošno slaba, je pa tem boljša, čim mlajši je otrok.

Manj pogosta maligna tumorja sta malignom v sklopu feokromocitoma (10 % vseh feokromocitomov) in tumor pri Cushingovi bolezni, ki je v približno 5 % primerov malignen.

RAK LEDVIC

Najpogostejši rak ledvic je **adenokarcinom** (hipernefrom, Grawitzev tumor), ki zraste iz zbirnih cevčic v ledvični piramidi; obsega kar 95 % vseh primerov rakov na ledvicah. Večinoma nastane po tridesetem letu starosti, pri moških je dvakrat pogostejši kot pri ženskah. Ne glede na stadij bolezni ob diagnozi preživi 5 let le 62 % bolnikov: v tem času ima namreč zasevke že 20–30 % bolnikov, nadaljnjih 20–40 % bolnikov pa jih dobi po kirurškem posegu.

Klasični znaki so kri v seču, bolečina in oteklina v predelu ledvic. Na srečo je v zadnjih letih tumor praviloma odkrit, še preden se pojavijo vsi ti razmeroma pozni znaki. Prvi znak je tako največkrat nenadna in neboleča hematu-

rija. Bolečina se pojavi takrat, kadar se v ledvičnem mehu tvorijo krvni strdki, ki jih bolnik nato izloča ob kolikah.

Danes ga največkrat najdemo z ultrazvočnim (UZ) pregledom. Če je večji, je za zamejitev umestno še računalniškotomografsko slikanje (CT), redkeje tudi ledvična angiografija.

Zdravljenje je običajno radikalna nefrektomija – odstranitev celotne ledvice in okolnega maščevja. Le pri manjših tumorjih pride v poštev delna odstranitev ledvice. Odstranitev regionalnih bezgavk ne vpliva na izid bolezni. Velikim tumorjem, ki jih ni mogoče varno odstraniti, je treba najprej zamašiti žile (embolizacija) in jih šele nato odstraniti. V zadnjem času so dostopna tudi zdravila (Sutent, Sorafenib, Tamsirolimus), ki v nekaterih primerih lahko izboljšajo preživetje bolnikov z napredovalo boleznijo.

Tumorji votlega sistema lahko zrastejo kjer koli v ledvičnem mehu ali sečevodu. Imajo približno enake lastnosti kot rak sečnega mehurja. Tudi pri njih je najpogostejši znak hematurija. Izvid UZ pregleda je pogosto negativen, še posebej če votli sistem ali sečevod nista razširjena, kot sta, če tumor zavira odtekanje urina. Te tumorje je večinoma lažje dokazati z intravensko urografijo, ki pokaže nepravilno polnjenje votlega sistema ali sečevoda. Dobrodošel je tudi citološki pregled seča, včasih CT.

Za zdravljenje je največkrat potrebna odstranitev ledvice in sečevoda v celoti, le v izbranih primerih je lahko poseg manjši.

Pri otrocih je relativno pogost **nefroblastom** (Wilmsov tumor). Najpogosteje se pojavi do 4. leta starosti. Zraste iz embrionalnih celih v ledvičnem tkivu in je prirojen. Je zelo malignen, hitro raste in pogosto in hitro zaseva.

V klinični sliki se največkrat pokaže kot trebušni tumor. Potrdita ga UZ pregled in CT, v nejasnih primerih je potrebna punkcija za citologijo.

Za zdravljenje sta potrebni radikalna odstranitev ledvice in kemoterapija.

RAK SEČNEGA MEHURJA

Znaki raka na sečniku, predvsem krvav seč, se lahko pojavijo šele pozno, ko se je bolezen že razbohotila. Incidenca raka sečnega mehurja v Sloveniji narašča, najbrž predvsem zaradi staranja prebivalstva. Moški zbolevajo pogosteje (do 74. leta 12 od 1000) kot ženske (3/1000). Za rakom prostate je rak sečnika drugi najpogostejši rak pri moškem. V začetnih obdobjih je zdravljenje razmeroma malo agresivno, ko pa rak preide na mišično steno sečnika, je povsem drugačno.

Najpomembnejša nevarnostna dejavnika sta starost in spol. Tveganje večajo nekatere substance, npr. barvilo anilin, aromatski amini, zdravila (citostatik

ciklofosamid in fenacetin). Kadilci zbolevajo približno 4-krat pogosteje kot nekadilci.

Vodilni znak je neboleča občasna hematurija (krvav urin), ki se pojavi v približno 85 %, je pa lahko vidna ali nevidna. Nevidno dokaže laboratorijski pregled seča. Ko tumor v sečniku nekoliko zraste, se lahko pojavi tudi pogosta, nujna, boleča ali pekoča mikcija. Ko se tumor večja, začne ovirati odtekanje urina iz zgornjih sečil; zastajanje urina pred sečnikom povzroči razširitev sečevoda in ledvičnega meha, s čimer pa je ogroženo delovanje ledvic, ki lahko tudi odpovedo. Prvi znak bolezni so lahko tudi zasevki, ki so najpogostejši v bezgavkah, oddaljeni pa v jetrih (38 %), pljučih (36 %) in kosteh (21 %).

Po anamnezi pripomorejo do diagnoze preiskave, med katerimi je osnovna laboratorijski pregled seča. Bolezen dokaže cistoskopija, ki v približno eni tretjini primerov odkrije v sečniku več žarišč. Ob cistoskopiji je mogoče napraviti tudi biopsijo in nato histološki pregled, vendar jo pogosteje opravimo kasneje, pri endoskopski operaciji – transuretralni resekciji (TUR), ki poteka v anesteziji. Cistoskopijo lahko dopolnimo s citološko preiskavo izpirka sečnika ali samega seča. Za ugotavljanje stadija bolezni naredimo še preiskavo z ultrazvokom, CT, rentgensko slikanje pljuč, redko intravensko urografijo.

Pri površinski obliki raka je za zdravljenje dostikrat zadostna TUR bolezenske spremembe. Da bi preprečili ponovitev bolezni, v sečnik po posegu instiliramo zdravilo mitomicin, kasneje pa posebej prirejeno cepivo proti tuberkulozi. Seveda so kasneje – navadno do konca življenja – potrebni redni kontrolni pregledi.

Če tumor vrašča v mišico sečnika (infiltracija), je potrebno kombinirano zdravljenje – kemoterapija, obsežnejši kirurški posegi in zdravljenje z obsevanjem.

Najpogosteje je treba sečnik odstraniti v celoti – s prostato in lokalnimi bezgavkami. Za izpeljavo seča uporabimo del črevesja. Pri huje napredovali bolezni največkrat sečnika ne odstranimo, naredimo le t.i. mokro izpeljavo, nato pa zdravimo s kemoterapijo in obsevanjem. V najhujših primerih je zdravljenje omejeno le na lajšanje težav in izboljšanje kakovosti življenja.

RAK PROSTATE

Rak prostate je bolezen starejših moških, zato pogostost zbolevanja raste, najbolj v razvitejših deželah. V Sloveniji odkrijemo več kot 600 novih bolnikov na leto, tako da je rak prostate na drugem mestu vseh rakov.

Med nevarnostnimi dejavniki sta najpomembnejša starost in dednost, manjša pa sta uživanje živalskih maščob in rdečega mesa ter čezmerna telesna teža.

Rak prostate skoraj nikoli nima zgodnjih znakov. Simptomi so največkrat enaki kot pri benigno zvečani žlezi, tako da je prvi simptom raka lahko bolečina v kosteh zaradi zasevkov.

Sum na bolezen praviloma postavimo z digitalnim rekatlnim pregledom, transrektalno ultrazvočno preiskavo in merjenjem za prostato specifičnega antigena (PSA) v krvi, potrdimo pa s pregledom biopsijskih vzorcev žleze.

Kadar raka ugotovimo zgodaj, je verjetno najboljša metoda zdravljenja radikalna prostatektomija – odstranitev prostate s semenskimi mešički in regionalnimi bezgavkami vred, možno pa je tudi obsevanje, bodisi klasično ali pa z vsaditvijo radioaktivnih implantatov v žlezo. Obsevanje je lahko tudi koristno dodatno zdravljenje po radikalni prostatektomiji, če kirurški robovi niso bili v zdravem.

Napredovalega raka zdravimo drugače. Ker je odvisen od moških spolnih hormonov, ga poskušamo zdraviti z zmanjšanjem njihove koncentracije bodisi z zdravili (tabletami, injekcijami ali implantacijo v podkožje) bodisi z odstranitvijo mod. Zmanjšanje moških spolnih hormonov uspešno zadržuje napredovanje bolezni nekaj let, vendar ga spremljajo precejšnji neželeni stranski učinki – ginekomastija, zardevanje v obraz, zmanjšanje mišične mase in psihične spremembe. Morda je prav zaradi njih v zadnjem času v ospredju javnega zanimanja nestandardno zdravljenje – predvsem z raznimi dietami in postom, pa tudi z zdravili proti benigni hiperplaziji prostate, npr. finasteridom in dutasteridom.

RAK TESTISOV

Pogostost raka testisov se v zadnjih letih veča, ni pa znano, zakaj. Pri moških, starih 20–34 let, je zdaj najpogostejši solidni tumor. Posebna oblika tega raka, tumor rumenjakeve vrečke, se pojavlja predvsem pri otrocih.

Vodilni klinični znak je oteklina v mošnji, ki lahko – največkrat zaradi krvavitve v tumor – tudi nenadoma postane boleča. Približno 10 % bolnikov ima ob diagnozi že znake zasevkov, nekaj tudi ginekomastijo.

Diagnozo postavimo s kliničnim pregledom, odločilnega pomena pa je UZ pregled. Ker večina tumorjev testisa zaseva po predvidljivem vzorcu, je zamejevanje bolezni nekoliko lažje.

Zdravljenje raka testisov je na splošno zelo uspešno, seveda pa je odvisno od napredovalosti bolezni. Če je bolezen odkrita v zgodnjem stadiju, je lahko

zadosti le odstranitev prizadetega moda, sicer pa je potrebno kombinirano zdravljenje, kirurško in kemoterapija; za radioterapijo se odločimo le še redko.

RAK PENISA

Rak penisa je na srečo redek; obsega manj kot en odstotek primerov raka pri moškem. Najpogosteje nastane iz prekanceroz, kot so levkoplakija, balanitis kserotika, obliterans in gigantski kondilom. Poznamo tudi karcinom in situ, kot sta *morbus Bowen* in *erythroplasia Queyrat*. Za rakom penisa navadno zbolijo moški, ki slabo skrbijo za higieno zunanega spolovila ali pa jim glavico spolnega uda prekriva ozka kožica; sprememb zato v začetku sploh ne morejo opaziti. Dečki, ki so obrezani kmalu po rojstvu, praktično ne zbolejajo za to boleznijo.

V začetnih stadijih je lahko učinkovito zdravljenje s kremo, ki vsebuje cito-statik fluorouracil, ali pa zdravljenje z lasersko ablacijo. Ob napredovali boleznih pride v poštev le operacija – največkrat delna odstranitev penisa in, če so zajete, tudi bezgavk. Možna je dodatna terapija s cistostatiki.

Za preživetje je odločilno, ali se je bolezen že naselila v bezgavke. Če se ni, je 5-letno preživetje 65–90-odstotno, če so zajete površinske bezgavke, je 30–50-odstotno, ob zajetih globokih žlezah je le še manjše od 20 %, z oddaljenimi zasevki ob diagnozi pa nadaljnjih 5 let ne preživi nihče.

Najbrž ne preseneča, da je tudi pri vseh uroloških rakih najpomembnejše, kdaj je diagnoza postavljena. Zato naj znova toplo položim na srce vsem moškim, naj se opazujejo in prisluhnejo svojemu telesu. V veliko pomoč jim je lahko redno letno spremljanje PSA in občasna, še boljše pa redna ultrazvočna preiskava sečil.

LITERATURA

- Stanonik M. Nadledvična žleza. In: Smrkolj V, editor. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 454–8.
- Janzen NK, Kim HL, Figlin RA, Belldegrund AS. Surveillance after radical or partial nephrectomy for localised renal cell carcinoma and management of recurrent disease. *Urol Clin North Am* 2003; 30: 843–52.
- Figlin RA. Renal cell carcinoma: management of advanced disease. *J Urol* 1999; 161: 381–6.
- Tršinar B. Sečevod. In: Smrkolj V, editor. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 459–68.
- Rath GD. Bladder cancer. *Postgraduate Med* 1992: 105–24.
- Kurth KH. Diagnosis and treatment of superficial transitional cell carcinoma of the bladder: fact and perspectives. *Eur Urol* 1997; 31 (Suppl 1):10–9.
- Steinberg DG, Trump DL, Cummings BK. Metastatic bladder cancer. *Urol Clin North Am* 1992; 19 (4): 735–46.
- Begun FP. Epidemiology and natural history of prostate cancer. In: Lepor H, Lawson RK, editors. Prostate diseases. Philadelphia, London, Toronto: W.B. Saunders, 1993: 257–68.

- Strohmaier WL. Follow-up in prostate cancer patients: which parameters are necessary? *Eur Urol* 1999; 35: 21–5.
- Homan G. Penis. In: Smrkolj V, editor. *Kirurgija*. Ljubljana: Sledi, 1995: 488–94.
- Homan G, Oblak C. Testis in semenska izvodila. In: Smrkolj V, editor. *Kirurgija*. Ljubljana: Sledi, 1995: 494–9.