

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE RAKA SEČNEGA MEHURJA

Miro Mihelič

Kirurško zdravljenje raka sečnega mehurja je lahko edina in dokončna oblika zdravljenja, pri multidisciplinarnem zdravljenju pa lahko le ena od stopenj v diagnostiki in zdravljenju. Pogostejše prihaja v poštev druga inačica, saj nam je danes jasno, da gre pri tem raku za sistemsko bolezen, ki se rada ponavlja in resno ogroža bolnikovo življenje.

Kirurško zdravljenje

- a) prične vedno kot **prva stopnja diagnostike in zdravljenja**. Pri tem ocenimo razraslost tumorja (stadij), okvirno tudi agresivnost (resičast, ozka baza - manj agresiven; mesnat, široka baza - bolj agresiven) in možnost dokončnega zdravljenja z operacijo, kar je odvisno od velikosti, preraščanja in vraščanja v okolico.
- b) služi za oceno uspešnosti sočasnega dodatnega (adjuvantnega) zdravljenja s kemoterapevtiki ali obsevanjem.
- c) je lahko tudi končno zdravljenje, z upanjem na ozdravljenje ali le kot varstveni ukrep pred hujšimi komplikacijami (krvavitve, bolečine).

Prvo stopnjo imenujemo **radikalno kirurško zdravljenje**. To pomeni agresivno, obsežno operacijo, pri kateri odstranimo sečni mehur, skupaj z regionalnimi bezgavkami ter nadomestimo mehur s preoblikovanim črevesjem. Druga vrsta zdravljenja je **paliativni kirurški poseg**, "toaletta". Odstranimo le oboleli organ ali pa samo preprečimo izločanje seča v sečni mehur (derivacija), zato da se izognemo neljubim zapletom in omogočimo bolniku relativno kvalitetno nadaljnje življenje.

Pri kirurškem zdravljenju raka sečnega mehurja obstajajo razne vrste operacij:

Endoskopske operacije: (preko sečne cevi): transuretralna resekcija z visokofrekvenčnim električnim tokom ("kutor") ali z lasersko koagulacijo. Glede ozdravitve sta metodi enakovredni. Lasersko zdravljenje ne da tkiva za histološko oceno, zato je bolj primerno za manjše papilarne tumorje, ki se ponavljajo, so ozkobazni, fino resičasti.

Ker s to metodo ne dobimo tkiva, je to zdravljenje le radikalno ali paliativno, ni pa primerno za oceno uspešnosti dodatnega zdravljenja. Dobro je to, da pri tej vrsti zdravljenja razen kratke narkoze niso potrebni nikakršni drugi ukrepi. Zgradba stene sečnega mehurja za tumorjem se ne spremeni, kljub popolnemu uničenju celic, in predstavlja ogrodje za obnovo v naslednjih tednih.

Pri ~~elektresekciji~~ posnemamo tumorsko tkivo v plasteh, ki jih ločeno shranjujemo in pošiljamo v histološki pregled. Najprej odrežemo tumor do stene sečnega mehurja, nato pa v globino do na oko zdrave mišice ali pa namenoma preko stene. Ta drugi del predstavlja bazo tumorja (tu so podatki o njegovi invazivnosti).

Upati smemo, da bomo pri zdravljenju lahko radikalni pri ozkobaznih, resičastih ali (vendar manj verjetno) pri majhnih mesnatih tumorjih, ki so omejeni samo na eno mesto (solitarni).

Da bi izključili možnost obstajanja tumorske bolezni na več mestih (multifokalnost) in celo v več stopnjah (npr. karcinom in situ, ki ga je na sluznici sečnega mehurja dokaj težko prepoznati), je nujno potrebno napraviti tako imenovani "mapping": odvzamemo košček sluznice iz stene sečnega mehurja na različnih, enakomerno razporejenih mestih.

S fotosenzibilizacijo pri nas tumorjev ne zdravimo. Pri tem posegu prejme bolnik v krvni obtok snov, ki se najbolj kopiči v tumorskih celicah. Ko te celice endoskopsko osvetlimo, vidimo, da se je v njih začel močan oksidacijski proces, ki jih uničuje.

"Klasične" operativne metode so prav tako lahko radikalne ali paliativne. Le redko se odločimo za odstranitev celega sečnega mehurja, s prostato ali brez nje, brez predhodnega dodatnega zdravljenja. To napravimo le, če gre za številne resičaste, ozkobazne tumorje (papi-lomatoza). Ker se nastajanje le-teh v 70 % vsake dve leti ponovi in ker kažejo izrazito nagnjenje k agresivnosti, je tak poseg upravičen. Ob tem je nujno potrebno oceniti bolnikovo kondicijo, ker je ta odločilen činitelj. Po dodatnem zdravljenju in oceni morebitnega napredovanja raka in bolnikovega stanja se odločimo za radikalno zdravljenje. Odstranimo oboleli organ, pri ženskah tudi rodila, zaradi zagotovitve varne kirurške meje (to imenujemo prednja pelvična ekstenzacija). Vedno odstranimo prvi dve skupini bezgavk (limfatična centra): paravezikalne in obturatorne.

Pri moškem odstranimo prostato in sečno cev na medeničnem dnu (membranozna uretra) in v presredku (bulbarna uretra), če rak raste proti izhodu mehurja in v prostato.

Vsaj 40 % bolnikov, ki jih tako zdravimo, je pred operacijo spolno aktivnih. Zato je treba stremeti za tem, da kljub tako radikalnemu operativnemu posegu ne poškodujemo živcev, ki tečejo ob prostati in omogočajo erekcijo, razen če bi s tem ogrozili varne meje operacije (radikalnost). Walsh navaja podatke o 100-odstotni ohranitvi erektilne potencia, vendar se nam zdi podatek morda nekoliko pretiran, če pomislimo na vse mogoče psihične obremenitve pri zdravljenju, na dodatno zdravljenje, ki lahko poškoduje žilje, in končno tudi na spremembo zunanjšega izgleda telesa, ki je lahko ključni obremenilni dejavnik (stoma).

Idealnega nadomestka za sečni mehur ni. Če želimo po cistektomiji urin speljati ponovno skozi sečno cev, moramo napraviti rezervar iz črevesja. Ta poseg imenujemo **notranja derivacija** (totalna cistoplastika). Tako operacijo lahko napravimo le pri dobro delujoči mi-

šici zapiralki. Nadomestni sečnik iz debelega ali tankega črevesja le shranjuje seč. Bolnik ga izpraznjuje z napenjanjem in sproščanjem mišic medeničnega dna (navadno ob hkratnem odvajanju blata) ali pa je bolnika treba kateterizirati. Ženske se morajo ponavadi kateterizirati same. O polnosti sečnega mehurja ni več pravega signala; bolnik ima občutek polnega črevesja ali napetega trebuha. Za uspešno uriniranje mora biti ohranjena uigranost med delovanjem sečnega mehurja in mišice zapiralke. Ker tega ni več, prihaja do motenj: v nekaterih primerih do zapore, v drugih do nočnega uhajanja seča (za kar pa so lahko tudi drugi vzroki).

Zaradi obsežnosti operacije ali pa zaradi bojazni pred inkontinenco se odločimo za zunanjo izpeljavo seča (supravezikalno derivacijo), mokro ali suho (kontinentno).

Pri mokri izpeljavi se seč izloča preko **mokre stome**. To je bolj enostavna metoda, primerna za starejše ljudi in za bolele na ledvicah; v poštev prihaja tudi pri paliativnem zdravljenju raka sečnega mehurja. Kratek del tankega črevesja povezuje oba sečevoda s površino kože (npr. Brickerjeva metoda izpeljave seča). Ta stoma je nad površino kože, tako da se urin preliva v vrečko, ki jo bolnik stalno nosi.

Bolj zapletena, zahtevna za operaterja in bolnika pa je suha izpeljava seča preko **kontinentne stome**, ki vodi v rezervar, narejen iz črevesa, ki leži v trebuhu. Tako operacijo smemo napraviti pri bolnikih z relativno ugodno prognozo, urejenim presnovnim stanjem ter ohranjenim, čim manj spremenjenim črevesjem, dalje pri bolnikih, ki imajo čut za samoopazovanje, so sposobni skrbeti zase in so ročno spretni. Seč se nabira v rezervarju (angleško ga imenujemo "pouch", izg. pa-uč), ki ga bolnik prazni preko stome s katetrom. Ne uporablja nobenih pripomočkov za stomo, ampak stomo le prekrije z gazo ali prelepi s posebnim Conseal sistemom.

Če se rak mehurja razrašča v okolico, če bolnik iz njega krvavi, če mu povzroča hude bolečine, če nastanejo v tumorju in okolici fistule in nekroze, če tumor zmanjšuje prostornino sečnega mehurja in s tem ovira dotok navadno koncentriranega urina, je takemu bolniku nujno treba pomagati. To naredimo tako, da paliativno odstranimo tumorske mase in sečni mehur ter izvedemo enostavno zunanjo izpeljavo seča.

Tudi kratko življenje naj bo čim bolj kvalitetno, smrt pa čim manj dramatična in neznosna, tako za umirajočega kot za njegove bližnje, ki ga spremljajo v njegovem trpljenju.

Če imamo pred sabo ta cilj, je upravičen vsak poseg, ki bolniku lajša trpljenje.