



Niniejszy dokument stanowi nieautoryzowane tłumaczenie niewielkiego fragmentu oryginalnego dokumentu

Wytyczne postępowania dla lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy w zakresie raka nerki, pęcherza moczowego i prostaty, 2011

Wytyczne postępowania dla lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy w zakresie raka nerki, pęcherza moczowego i prostaty 2011

[Wytyczne postępowania dla lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy w zakresie raka nerki, pęcherza moczowego i prostaty: Ministerstwo Zdrowia, 2011](#)

Przygotowano na podstawie wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego:

Wytyczne dotyczące raka nerki.

Wytyczne dotyczące raka pęcherza moczowego nienaciekającego mięśniówki właściwej (Ta, T1 i CIS).

Wytyczne dotyczące raka pęcherza moczowego naciekającego mięśniówkę właściwą oraz raka uogólnionego.

Wytyczne dotyczące raka prostaty.

Tłumaczenie:

lek. med. Marcin Ligaj

Opracowanie:

dr n. med. Roman Sosnowski

Wytyczne dotyczące raka nerki

Epidemiologia i etiologia

Najczęstszym typem raka nerki jest tzw. rak nerkowokomórkowy, który dotyczy ok. 90% wszystkich nowotworów tego narządu. Do rozwoju raka nerkowokomórkowego przyczyniają się palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie, a także obciążenia genetyczne.

Objawy:

- większość guzów nie powoduje żadnych objawów;
- ok. 50% chorych diagnozuje się przypadkowo podczas badań obrazowych przeprowadzanych z powodu zespołów objawowych nie charakterystycznych dla raka nerki.

Badania obrazowe:

- USG jamy brzusznej;
- tomografia komputerowa (TK);
- rezonans magnetyczny (stosowany w czasie, gdy badania wykonane na podstawie TK nie rozstrzygają wątpliwości);
- pozytronowa tomografia emisyjna (PET) nie jest obecnie standardem diagnostycznym.

Biopsja nerki:

- celem biopsji nerki jest ocena histologiczna guza nerki oraz stopień zaawansowania;
- jest wskazana u pacjentów przed rozpoczęciem leczenia, u których wykryto przerzuty.

Rozpoznanie histopatologiczne:

Stopień złośliwości raka nerki ustalany jest na podstawie przyjętej klasyfikacji wg Fuhrman, która wyróżnia 4 stopnie zaawansowania: G1, G2, G3, G4.

Klasyfikacja ta, wyróżnia 3 typy nowotworu nerki:

- typ jasnokomórkowy (80-90%);
- typ brodawkowaty (10-15%);
- typ chromofobny (4-5%).

Czynniki rokownicze:

- **czynniki anatomiczne:** rozmiar guza, przerzuty do węzłów, rozprzestrzenienie się guza do nerki;
- **czynniki histologicznego:** podtyp raka, martwica nowotworu;
- **czynniki kliniczne:** stan ogólny pacjenta, niedokrwistość, wyniszczenie organizmu.

Wskazania do operacji nerkooszczędnej (nefrektomia częściowa):

- niski stopień zaawansowania raka nerki typ (T1);
- jedyna nerka pod względem czynnościowym i fizjologicznym;
- zagrożenie upośledzenia sprawności drugiej nerki;
- jednostronny rak nerki, druga nerka zdrowa.

Radykalna nefrektomia metodą laparoskopową:

- jest standardem leczenia raka nerki typu T2 oraz małych guzów, które nie kwalifikują się do leczenia nerkooszczędzającego.



Wytyczne dotyczące raka pęcherza moczowego

Epidemiologia i etiologia:

- jest to najczęstszy nowotwór układu moczowego;
- 70% przypadków stanowi rak nienaciekający mięśniówki właściwej;
- 30% przypadków stanowi rak z naciekaniem mięśniówki właściwej.

Czynniki rozwoju:

- palenie tytoniu (odpowiada za 40-50% przypadków choroby wśród mężczyzn oraz 20-30% przypadków u kobiet);
- zawodowa ekspozycja na substancje chemiczne (obecne w barwnikach, farbach, chemikaliach);
- przebyta radioterapia;
- przewlekłe zakażenia dróg moczowych;
- przebyta chemioterapia;
- płeć (mężczyźni częściej zapadają na raka pęcherza moczowego).

Metodą prewencji raka pęcherza moczowego jest zaprzestanie czynnego jak i biernego palenia papierosów!

Objawy:

- krwiomocz;
- ból podczas oddawania moczu;
- ból w miednicy.

Diagnostyka obrazowa:

- urografia (IVU);
- ultrasonografia (USG); jako wstępna ocena zmian w obrębie dróg moczowych;
- rezonans magnetyczny; ocenia stopień zaawansowania pierwotnego nowotworu pęcherza moczowego;
- tomografia komputerowa; ocenia zaawansowanie inwazyjnego raka pęcherza moczowego.

Leczenie nowotworu nienaciekającego błony mięśniowej pęcherza moczowego:

- przezcewkowa elektroresekcja (TUR);
- cystoskopia fluorescencyjna.

Wytyczne dotyczące raka gruczołu krokowego

Epidemiologia i etiologia:

- stanowi drugą przyczynę zgonu wśród mężczyzn;
- stanowi ok. 15% wszystkich nowotworów u mężczyzn.

Czynniki ryzyka:

- podeszły wiek;

- pochodzenie etniczne (Europa północna, USA);
- uwarunkowania genetyczne.

Rozpoznanie:

- badanie „per rectum”;
- oznaczenie stężenia swoistego antygenu sterczowego PSA w surowicy;
- ultrasonografia przezodbytnicza.

Tabela 1. Ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego przy niskich wskaźnikach PSA w surowicy.

Poziom PSA (ng/ML)	Ryzyko raka gruczołu krokowego
0-0,5	6,6%
0,6-1	10,1%
1,1-2	17,0%
2,1-3	23,9%
3,1-4	26,9%

Metody lecznicze:

- prostatektomia radykalna (usunięcie całego gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi);



Niniejszy dokument stanowi nieautoryzowane tłumaczenie niewielkiego fragmentu oryginalnego dokumentu

**Wytyczne postępowania dla lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy w zakresie raka nerki, pęcherza
moczowego i prostaty, 2011**

- radioterapia radykalna (wskazana dla młodych pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na chirurgiczne leczenie);
- leczenie hormonalne.

Ogólne zalecenia dotyczące kontroli chorego:

- badania kontrolne należy wykonywać po 3 i 6 miesiącu od początku leczenia;
- badaniami podstawowymi są: oznaczenia stężenia PSA, oznaczenie stężenia testosteronu, ocena objawów klinicznych;
- chorym bez przerzutów, z dobrymi wynikami leczenia zaleca się wykonywanie badań co 6 miesięcy, a badanie to powinno zawierać wywiad pacjenta, badanie „per rectum” i oznaczenie PSA w surowicy.